DSM-5'E GÖRE

Anormal PSİKOLOJİ



EDİTÖRLER
DR. ÖĞR. ÜYESİ EZGİ TUNA
DR. ÖĞR. ÜYESİ ÖZNUR ÖNCÜL-DEMİR

nobel

DSM-5'E GÖRE ANORMAL PSİKOLOJİ

Editörler: Dr. Öğr. Üyesi Ezgi Tuna - Dr. Öğr. Üyesi Öznur Öncül-Demir

Yayın No.: 3011
Psikoloji / Psikolojik Danışma Rehberlik No.: 200
ISBN: 978-625-406-557-6
E-ISBN: 978-625-406-558-3
Basım Sayısı: 1. Basım, Kasım, 2020

© Copyright 2020, NOBEL AKADEMİK YAYINCILIK EĞİTİM DANIŞMANLIK TİC. LTD. ŞTİ. SERTİFİKA NO.: 40340
Bu baskının bütün hakları Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti.ne aittir. Yayınevinin yazılı izni olmaksızın, kitabın tümünün veya bir kısmının elektronik, mekanik ya da fotokopi yoluyla basımı, yayımı, çoğaltımı ve dağıtımı yapılamaz.

Nobel Yayın Grubu, 1984 yılından itibaren ulusal ve 2011 yılından itibaren ise uluslararası düzeyde düzenli olarak faaliyet yürütmekte ve yayınladığı kitaplar, ulusal ve uluslararası düzeydeki yüksekögretim kurumları kataloglarında yer almaktadır.

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

Redaksiyon : Naim Dilek -naim@nobelyayin.com-
Sayfa Tasarım : Gülbeyaz Güler -gulbeyaz@nobelyayin.com-
Kapak Tasarım : Mehtap Yürümez -mehtap@nobelyayin.com-
Baskı Sorumlusu : Yavuz Şahin -yavuz@nobelyayin.com-
Baskı ve Cilt : Atalay Konfeksiyon Matbaacılık ve Reklam İnşaat Turizm Otomotiv San. ve Tic. Ltd. Şti.
Sertifika No: 47911 Zübeyde Hanım Mah. Suzgün Cad. No.: 7 Altındağ/Ankara

Kütüphane Bilgi Kartı

Tuna, Ezgi., Öncül-Demir, Öznur.

DSM-5'E GÖRE ANORMAL PSİKOLOJİ */ Editörler: Ezgi Tuna - Öznur Öncül-Demir*
1. Basım xiv + 642 s. 17x24 cm. Kaynakça var, dizin yok.
ISBN 978-625-406-557-6
E-ISBN: 978-625-406-558-3
1. Psikopatoloji 2. Psikolojik Bozukluklar 3. DSM-5

Genel Dağıtım

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

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

BÖLÜMLER VE YAZARLARI

EDİTÖRLER

Ezgi Tuna

Öznur Öncül-Demir

---

1. Bölüm PSİKOPATOLOJİNİN TANIMI VE TARİHÇESİ

Dr. Öğr. Üyesi Öznur Öncül-Demir

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Psikoloji Bölümü

---

2. Bölüm ANORMAL PSİKOLOJİDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR: BÜTÜNSEL BAKIŞ AÇISINA DOĞRU

Dr. Öğr. Üyesi Ezgi Tuna

Çankaya Üniversitesi Psikoloji Bölümü

---

3. Bölüm TANI, KLİNİK DEĞERLENDİRME VE ARAŞTIRMA

Psk. Dr. Yeliz Şimşek-Alphan

Dipnot Danışmanlık

4. Bölüm DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

Dr. Öğr. Üyesi Derya Gürcan-Yıldırım
Atatürk Üniversitesi

5. Bölüm KAYGI (ANKSİYETE) BOZUKLUKLARI

Dr. Öğr. Üyesi Gizem Sarısoy-Aksüt
Antalya Bilim Üniversitesi

6. Bölüm OBSESİF KOMPULSİF VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Dr. Öğr. Üyesi Talat Demirsöz
Hacettepe Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

7. Bölüm TRAVMA İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Dr. Öğr. Üyesi Duygu Cantekin
Nişantaşı Üniversitesi Psikoloji Bölümü

8. Bölüm DİSOSİYATİF BOZUKLUKLAR VE BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUKLARI

Araş. Gör. Dr. Kerim Selvi
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Psikoloji Bölümü

9. Bölüm ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

Dr. Öğr. Üyesi Muazzez Merve Avcıoğlu
Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi Psikoloji Bölümü

10. Bölüm YEME BOZUKLUKLARI

Dr. Öğr. Üyesi F. Elif Ergüney Okumuş
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Psikoloji Bölümü

11. Bölüm CİNSEL BOZUKLUKLAR

Uzm. Dr. Aybeniz Civan Kahve

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği

12. Bölüm MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI

Doç. Dr. Itır Tarı Cömert

Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Psikoloji Bölümü

13. Bölüm ÇOCUKLUK VE ERGENLİK DÖNEMİ PSİKOLOJİK RAHATSIZLIKLARI

Doç. Dr. İlkiz Altınoğlu Dikmeer

Çankırı Karatekin Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Psk. Dr. Belgin Üstün Güllü

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

14. Bölüm İLERİ YAŞ DÖNEMİNDE PSİKOLOJİK RAHATSIZLIKLAR VE NÖROBİLİŞSEL BOZUKLUKLAR

Dr. Öğr. Üyesi Öznur Öncül-Demir

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Psikoloji Bölümü

15. Bölüm KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

Dr. Öğr. Üyesi Halime Şenay Güzel

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Psikoloji Bölümü

16. Bölüm ANORMAL PSİKOLOJİDE ETİK VE YASAL KONULAR

Dr. Öğr. Üyesi Gaye Z. Çenesiz

Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Psikoloji Bölümü

İÇİNDEKİLER

Bölümler ve Yazarları iii
Editörlerin Ön Sözü xiii

1. Bölüm PSİKOPATOLOJİNİN TANIMI VE TARİHÇESİ 1
Öznur Öncül-Demir

Tarihçe Neden Önemli? 1
Anormal Davranışı Tanımlamak 2
Psikolojik Rahatsızlıkları Olan Kişilere Yönelik Ayrımcı Tutumlar ve Damgalama 6
Psikopatolojinin Tarihçesi 8
Bölüm Özeti 32
Kaynaklar 34

2. Bölüm ANORMAL PSİKOLOJİDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR: BÜTÜNSEL BAKIŞ AÇISINA DOĞRU 37
Ezgi Tuna

Anormal Psikolojide Nedensellik 38
Psikolojik Rahatsızlıkları Anlamakta Kullanılan Yaklaşımlar 40
Psikolojik Rahatsızlıklara Bütünsel Bir Bakış Açısı 61

Bölüm Özeti 62
Kaynaklar 64

3. Bölüm TANI, KLİNİK DEĞERLENDİRME VE ARAŞTIRMA 69
Yeliz Şimşek Alphan

Psikolojik Tedavilerde İlk Adım: Tanı 70
Klinik Değerlendirme 85
Araştırma 93
Bölüm Özeti 96
Kaynaklar 97

4. Bölüm DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI 101
Derya Gürcan-Yıldırım

Depresif Bozukluklar 103
Bipolar Bozukluklar 124
İntihar 133
Bölüm Özeti 135
Kaynaklar 138

5. Bölüm KAYGI (ANKSİYETE) BOZUKLUKLARI 149
Gizem Sarısoy-Aksüt

Kaygı Bozukluklarının Genel Görünümü ve Tanı Kriterleri 152
Özgül Fobiler 154
Sosyal Kaygı Bozukluğu 162
Panik Bozukluk 167
Agorafobi 172
Yaygın Kaygı Bozukluğu 173
Ayrılma Kaygısı Bozukluğu 178
Seçici Konuşmazlık 181
Bölüm Özeti 182
Kaynaklar 183

6. Bölüm OBSESİF KOMPULSİF VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR 189

Talat Demirsöz

Obsesif Kompulsif Bozukluk 190
Beden Dismorfik Bozukluğu 205
İstifleme Bozukluğu 207
Saç Yolma Bozukluğu (Trikotilomani) 209
Deri Yolma Bozukluğu 210
Bölüm Özeti 212
Kaynaklar 214

7. Bölüm TRAVMA İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR 225

Duygu Cantekin

Travma Sonrası Stres Bozukluğu 226
Akut Stres Bozukluğu 230
Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Epidemiyolojisi 231
Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etiyolojisi 234
Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tedavisi 245
Bölüm Özeti 249
Kaynaklar 251

8. Bölüm DİSOSİYATİF BOZUKLUKLAR VE BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUKLARI 257

Kerim Selvi

Giriş 257
Disosiyatif Bozukluklar 258
Bedensel Belirti ve İlişkili Bozukluklar 268
Bölüm Özeti 279
Kaynaklar 280

9. Bölüm ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR 285
Muazzez Merve Avcıoğlu

Şizofreninin Klinik Görünümü ve Belirtileri 287
DSM-5 ve Şizofreni 292
Şizofreninin Epidemiyolojisi 294
Şizofreninin Etiyolojisi 296
Şizofreninin Seyri 303
Şizofreninin Tedavisi 304
Bölüm Özeti 312
Kaynaklar 314

10. Bölüm YEME BOZUKLUKLARI 319
F. Elif Ergüney Okumuş

Yeme Bozukluklarında Genel Görünüm ve Tanı Kriterleri 321
Yeme Bozukluklarında Eşlik Eden Psikolojik ve Fiziksel Problemler 330
Yeme Bozukluklarında Prognoz 331
Yeme Bozukluklarının Epidemiyolojisi 331
Yeme Bozukluklarının Etiyolojisi 334
Yeme Bozukluklarının Tedavisi 346
Koruma/Önleme Çalışmaları 352
Bölüm Özeti 356
Kaynaklar 358

11. Bölüm CİNSEL BOZUKLUKLAR 369
Aybeniz Civan Kahve

Cinsiyet Kimliği ile İlgili Temel Kavramlar 370
Cinsel İşlev Bozuklukları 372
Parafililer 394
Bölüm Özeti 405
Kaynaklar 406

12. Bölüm MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI 415

İtır Tarı Cömert

Madde Kullanım Bozuklukları Hakkında Genel Bilgiler ve Genel Görünüm 415
Uyuşturucu ve Uyarıcı Maddeler ve Özellikleri 420
Madde Kullanım Bozukluğunun Epidemiyolojisi 426
Madde Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisi 432
Madde Bağımlılığına Eşlik Eden Psikiyatrik Durumlar 438
Madde Kullanım Bozukluklarında Tedavi 439
Bölüm Özeti 448
Kaynaklar 449

13. Bölüm ÇOCUKLUK VE ERGENLİK DÖNEMİ PSİKOLOJİK RAHATSIZLIKLARI 453

İlkiz Altınoğlu Dikmeer
Belgin Üstün Güllü

Gelişimsel Psikopatoloji 454
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu 455
Özgül Öğrenme Bozukluğu 461
Yıkıcı Davranım Bozuklukları 466
Otizm Spektrum Bozukluğu 472
Sosyal İletişim Bozukluğu 477
Zihinsel Yetersizlik 478
Kaygı Bozuklukları 482
Dışa Atım Bozuklukları 488
Son Söz 492
Bölüm Özeti 492
Kaynaklar 495

14. Bölüm İLERİ YAŞ DÖNEMİNDE PSİKOLOJİK RAHATSIZLIKLAR VE NÖROBİLİŞSEL BOZUKLUKLAR 505

Öznur Öncül-Demir

Yaşlanmaya Uyum Sağlama 506
İleri Yaş Döneminde Depresyon 510
Nörobilişsel Bozukluklar 514

Deliryum ... 519
Major ve Hafif Nörobilişsel Bozukluklar ... 523
Major ve Hafif Nörobilişsel Bozukluk Türleri ... 527
Major ve Hafif Nörobilişsel Bozuklukların Tedavisi ... 535
Bölüm Özeti ... 543
Kaynaklar ... 545

15. Bölüm KİŞİLİK BOZUKLUKLARI ... 551

Halime Şenay Güzel

Kişilik Bozukluğu Tanımı ve Kişilik Bozukluğuna Tarihsel Bakış ... 552
Kişilik Bozukluklarının Genel Etiyolojisi ... 558
Kişilik Bozukluklarının Sınıflandırılması ... 560
Kişilik Bozukluklarının Tedavisi ... 591
Bölüm Özeti ... 594
Kaynaklar ... 596

16. Bölüm ANORMAL PSİKOLOJİDE ETİK VE YASAL KONULAR ... 609

Gaye Z. Cenesiz

Etik Nedir? ... 609
Psikolojik Rahatsızlıkların Tedavisinde Etik ... 610
Psikopatoloji Araştırmalarında Etik ... 619
Bireyin Yasalar Karşısındaki Konumu ... 622
Bölüm Özeti ... 631
Kaynaklar ... 633

EDİTÖRLERİN ÖN SÖZÜ

Bu kitap, çok değerli yazarların katkı ve çabalarıyla siz okuyucularla buluştu. Öncelikle söze editörler olarak büyük emeklerle ortaya çıkan bu kitap için çok heyecanlı olduğumuzu belirterek başlamak isteriz. Bu kitap yazılırken amacımız DSM-5 tanı kategorileriyle tanımlanan psikolojik rahatsızlıkları, bunların klinik görünümünü, yaygınlığını, oluşumlarında rol oynayan faktörleri, tanı ve tedavilerinde kullanılan yaklaşımları ve alandaki yasal ve etik konuları psikoloji bakış açısıyla anlayabilmek ve okuyucuya aktarabilmekti. Bu amacın ardında ise anormal psikolojiye yönelik merakımız ve psikolojik rahatsızlıklarla mücadele eden bireyleri anlamaya dair çabamız vardı. *DSM-5'e Göre Anormal Psikoloji* kitabının bizimle aynı merak ve çabayı paylaşan ruh sağlığı uzmanları, akademisyenler ve öğrenciler için temel bir başvuru kitabı olmasını umuyoruz.

Günümüzde psikolojik rahatsızlıkların anlaşılmasına yönelik araştırmaların giderek hız kazanmasıyla birlikte bu rahatsızlıkların oluşumu, seyri ve tedavisi ile ilgili geçmişe kıyasla oldukça fazla şey biliyoruz. Artan bu bilgiyle paralel olarak, toplumda psikolojik rahatsızlıklarla ilgili farkındalık ve tutumların hızlı bir değişim içerisinde olduğunu söyleyebiliriz. Bir yandan toplumda psikolojik rahatsızlıklara dair artan bir merak olduğunu ve anormal psikoloji alanının giderek daha fazla popülerlik kazandığını gözlemlemekteyiz. Ancak bir yandan da psikolojik rahatsızlıklara yönelik ayrımcı ve damgalayıcı tutumların devam ettiğini biliyoruz. Bu durumun, psikolojik rahatsızlıklarla ilgili bakış açımızı ve bilgilerimizi sık sık tazelemeyi ve güncellemeyi zorunlu kıldığını düşünüyoruz. Bu amaçla, bu kitabı oluştururken mümkün olduğunca güncel ve güvenilir bilimsel kaynakları ve araştırma bulgularını bir araya getirmeye özen gösterdik. Ayrıca, psikolojik rahatsızlıklara dair psikolojik, biyolojik ve sosyal-kültürel açıklamalara, anormal psikoloji alanındaki güncel konulara ve cevaplanamamış sorulara değinmeye çalıştık. Bu sayede, okuyucuya psikolojik rahatsızlıklara dair anlaşılır bilgiler sunarken, çok boyutlu ve eleştirel bir bakış açısı kazandırmayı da hedefledik.

DSM-5'e Göre Anormal Psikoloji projesinin hayata geçirilmesindeki en büyük motivasyonlardan biri de Türkiye'de psikoloji alanındaki özgün ve kültüre duyarlı kaynaklara olan ihtiyaçtı. Ülkemizde psikopatoloji alanında oldukça nitelikli başvuru kaynakları olmasına rağmen bu

kaynakların çeviri materyaller olmasının önemli bir eksiklik olduğunu düşünüyoruz. Varolan kaynakların çeviri olması, dilin anlaşılır olmamasına ve Türkiye'ye özgü bulguların bu kaynaklarda yer almamasına yol açıyordu. Ayrıca, çevrilen eserlerin çoğunlukla Batılı kültürlerde yazılmış olması, anormal psikoloji alanında kültürel bakış açısıyla ilgili kısıtlılıklar yaratmaktaydı. Dünyada anormal psikoloji alanında kültürel faktörlerin öneminin giderek daha fazla anlaşıldığını düşünürsek, ülkemizde kullanılan kaynaklarda kültürel boyutun yeterince ele alınamaması bu konuda önemli bir ihtiyaç doğurmaktaydı. Söz konusu eksikliklerden yola çıkarak, bu kitapta mümkün olduğunca Türkiye'deki örneklemlerle yapılan çalışma bulgularına, Türkiye'ye özgü konulara, kültürel faktörlere ve kültürler arası farklılıklara değinmeye çalıştık. Böylece, okuyucunun hem uluslararası güncel alanyazını takip etmesini, hem de varolan örüntülerin Türkiye'deki karşılıklarını kavramasını ve kültürel bakış açısı kazanmasını hedefledik. Bu amaçla yaptığımız düzenlemelere örnek verecek olursak:

- Psikopatolojinin tanımı ve tarihçesi anlatılırken Avrupa'daki tarihçenin yanı sıra psikopatolojinin Doğu toplumlarındaki ve İslam dünyasındaki tarihsel yolculuğuna da kapsamlı bir biçimde yer vermeye çalıştık.
- Anormal psikolojide güncel yaklaşımların ve tanı, klinik değerlendirme ve araştırmanın tanıtıldığı bölümlerde Türkiye'den örneklere de yer verdik. Psikolojik rahatsızlıkların detaylı olarak ele alındığı bölümlerde, söz konusu rahatsızlıkla ilgili teorik yaklaşımların ve güncel araştırma sonuçlarının yanı sıra Türkiye'de yürütülen araştırma bulgularına da değindik. Böylelikle okuyucuya psikolojik rahatsızlıkların Türkiye'de nasıl temsil edildiğine dair bir tablo sunmuş olduk.
- Özellikle tedaviye ayrılan kısımlarda Türkiye'deki uygulamalardan ve pratikte karşılaşılan örneklerden veriler sunduk. Bu sayede kitabın okuyucuları için Türkiye'de psikolojik rahatsızlıkların tedavisi için daha gerçekçi bir bakış sunmaya çalıştık.
- Etik ve yasal konulara değindiğimiz son bölümde ise, ülkemizdeki yasal düzenlemelere değinerek yabancı kaynaklarda yer almayan Türkiye'deki uygulamaların anlaşılmasına katkı sağlamaya çalıştık.

Sözü bitirirken, kitabın oluşma sürecinde emeği geçen yazarlara bir kez daha teşekkür etmek isteriz. Ayrıca, biz editörleri Nobel Yayınevi ile buluşturan değerli Dr. Öğr. Üyesi Nakşidil Torun Yazıhan'a bu projenin gerçekleşmesindeki katkısı için teşekkürü borç biliriz. Kitap fikrinin oluşmasından tamamlanmasına kadar neredeyse iki yıl gibi uzun bir süre geçti. Bu uzun soluklu süreçte ailelerimizin desteği büyüktü. Ailelerimize de bu süreçteki sevgi, sabır ve destekleri için teşekkür ederiz.

DSM-5'e Göre Anormal Psikoloji kitabının ülkemizde psikolojik rahatsızlıkların daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunmasını ümit ediyoruz.

İyi okumalar dileriz.

Ezgi Tuna
Öznur Öncül-Demir

1. Bölüm

PSİKOPATOLOJİNİN TANIMI VE TARİHÇESİ

Öznur Öncül-Demir

TARİHÇE NEDEN ÖNEMLİ?

Psikopatolojinin tarihçesi; felsefi ve bilimsel gelişmelerin paralelinde psikolojik rahatsızlıkların nedenlerinin anlaşılmasına, hastalara yaklaşımın, bakım ve tedavi koşullarının iyileştirilmesine doğru giden sürecin tarihçesidir (King, Woody & Viney, 2013). Psikopatolojiye yönelik ilgi, ilk çağlardaki kayıtlarda bile bulunmaktadır (Matthews & Matthews, 2013). Buna rağmen psikolojik rahatsızlıkların nedenlerinin anlaşılması ve doğru tedavi yöntemlerinin keşfedilmesi ancak 20. yüzyılda mümkün olabilmiştir (King, Woody ve ark., 2013). Bu süre zarfında ruh sağlığı alanı birçok hatalı uygulamaya sahne olmuştur. Benzer hataların gelecekte de tekrarlanmaması, ancak geçmişte yaşananlara yönelik bir kavrayışa sahip olmakla mümkün olabilir (King, Woody ve ark., 2013).

Psikolojik rahatsızlıklara yaklaşımın tarihçesi, sadece felsefe ve bilimdeki gelişmeler ve bu gelişmelerin uygulamadaki karşılıklarından ibaret değildir. İnsanlık, tarih boyunca, çeşitli nedenlerle "çoğunluktan farklı davranan, normların dışına çıkan" kişilere yönelik birtakım tutumlar geliştirmiştir. Anormal davranışla psikolojik rahatsızlıklar arasındaki çizgi çoğunlukla muğlak kalmış (Dols, 1992), böyle olunca psikolojik rahatsızlıklar bir hastalık olarak tanımlanmanın ötesinde, doğa üstü güçler, ahlak ve erdem, din, suç davranışı ve hukuk, toplumdaki ön yargılar ve ayrımcı tutumlar, belli grupların toplumdan ayrıştırılması ve marjinalleştirilmesi gibi, sağlık alanının oldukça dışına çıkan toplumsal ve politik konularla ilişkilendirilmiştir (King, Woody ve ark., 2013). Tıpkı bilimsel gelişmeler için olduğu gibi, anormal davranışa yönelik tutumların tarih boyunca ne tür toplumsal dönüşümlere sahne olduğunun anlaşılması, bu tutumlardan kaynaklı vahim hataların gelecekte tekrarlanmaması için son derece önemlidir (King, Woody ve ark., 2013).

King, Woody ve arkadaşları (2013), tarihin yargılarımızı ve yanlılıklarımızı şekillendiren bir bellek olduğundan söz eder. Tarihçe iyi bir şekilde anlaşıldığında ruh sağlığı alanının bugün içinde bulunduğu koşulları ve gelecekteki yönelimleri daha iyi anlayabiliriz. Bu bağlamda psikolojik rahatsızlıkların tarihçesinden öğrenilecek iki önemli ders vardır:

1. Anormal davranışın nasıl tanımlandığı, bu tür davranışlara yönelik yaklaşımları belirler. Örneğin, anormal davranışın kötü ruhların etkisiyle gerçekleştiğini düşünen bir kişi çözümü kötü ruhları uzaklaştıran yöntemlerde arar. Psikolojik rahatsızlıkların da tıpkı diğer hastalıklar gibi biyolojik nedenleri olduğunu düşünen biri ise çareyi biyolojik tedavilerde arar.
2. Psikolojik rahatsızlıklara yönelik ayrımcı tutumlar, son derece köklü bir geçmişe sahiptir. Bu tutumlar nedeniyle günümüzde hâlen psikolojik şikayetleri için yardım arayışına girmekten çekinen, ailesinin, arkadaşlarının ve birlikte çalıştığı kişilerin bu şikayetlerini öğrenmesini istemeyen birçok kişi olduğu gibi hastaların yardım arayışına girmemesi nedeniyle hâlâ tam olarak anlaşılamamış birçok psikolojik rahatsızlık vardır. Bu durumun değişmesi, ancak bu tutumların nasıl şekillendiğini ve kök saldığını anlamakla mümkün olacaktır.

ANORMAL DAVRANIŞI TANIMLAMAK

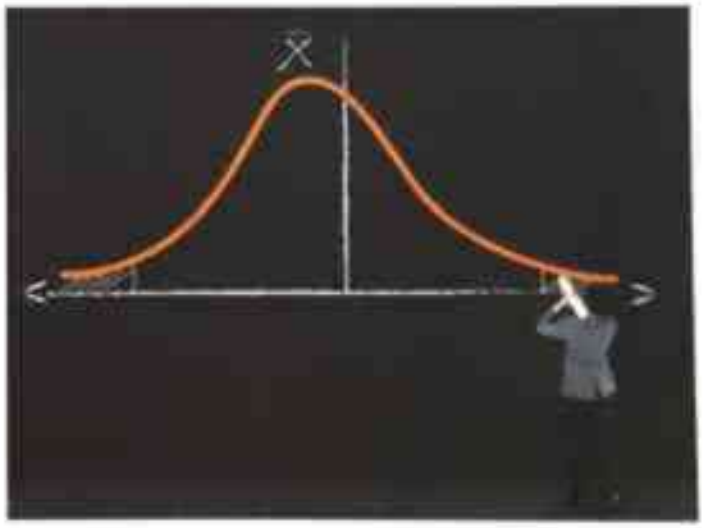
Anormal davranış nasıl tanımlanır? İnsanlar tarih boyunca bazı davranışların; sıra dışı, garip, rahatsız edici, hatta tehlikeli olduğunu düşündüler (Dols, 1992). Ancak bu davranışların çoğu bir psikolojik rahatsızlığa işaret etmiyordu. Peki anormal davranış ile psikolojik rahatsızlığı nasıl ayırt edebiliriz? Günümüzde, psikolojik rahatsızlığı tanımlamak için nesnel olarak belirlenmiş ölçütlerden bahsetmek mümkün. Ancak bu ölçütlerin nasıl belirlendiğini anlamak için tarih boyunca öne sürülen bakış açılarını ele almak gerekir.

Papiasvili ve Mayers (2013a), anormal davranışı tanımlamaya yönelik yaklaşımları "tarihsel-kültürel", "istatistiksel", "öznel" ve "nesnel, evrensel, yasal" olmak üzere dört başlık altında incelemiştir. Farklı kaynaklarda "anti-normatif" (Foley, 1935) bakış açısı olarak da isimlendirilen **tarihsel-kültürel yaklaşım**, anormal davranışın toplumsal olarak nasıl tanımlandığıyla ilgilidir (Dols, 1992). Buna göre belli yaşam tarzları, düşünce yapıları ve davranışlar, toplumun amaç ve ideallerinden belirgin derecede farklıdır ve kimi durumlarda toplum için rahatsız edicidir (Foley, 1935; Papiasvili & Mayers, 2013a). Bu yaklaşım, anormal davranışı mantık, ahlak, estetik gibi toplumun yüksek değerlerinin karşısında konumlandıran bir yaklaşımdır (Foley, 1935) ve toplumsal-kültürel olması nedeniyle zamana ve coğrafyaya bağlı olarak değişebilmektedir (Dols, 1992). Geçmişte anormal olarak tanımlanan bazı durumlar günümüzde kabul görmekte (örneğin, belli bir yaşa kadar olan bütün çocukların zorunlu eğitime tabi olması), geçmişte normal olarak karşılanan birçok şey ise günümüzde anormal kabul edilmektedir (örneğin, kölelik). Bazı davranışlar ise bir kültürde normal kabul edilirken başka bir kültürde anormal olarak değerlendirilir (örneğin, bazı doğa üstü güçlerin kendisiyle konuştuğunu söyleyen bir kişi bir kültürde hasta olarak tanımlanmakta, başka bir kültürde ise bilge ya da özel güçleri olan bir kişi olarak görülmektedir, Bennett, 2006). Daha önemlisi, psikolojik rahatsızlığı olan insanların önemli bir kısmı, top-

lum ideallerini sarsacak düzeyde sapkın bir davranış sergilemediği gibi, toplumda infial yaratan davranışları (örneğin, ağır bir suç davranışı) sergileyen kişiler nadiren bir psikolojik rahatsızlığa sahiptir (Bennett, 2006; Dols, 1992).

İstatistiksel yaklaşım, anormal davranışın belli bir popülasyonda görülme sıklığı (Papiasvili & Mayers, 2013a) ve yaygın olarak kabul gören normlardan ne ölçüde sapıldığı ile ilgilidir (Bennett, 2006). Farklı kaynaklarda "sapma (deviation) modeli" olarak da isimlendirilen bu yaklaşım, toplumun ölçütlerini (normlarını) kıstas alması bakımından anormal davranışı yine toplumsal olarak tanımlayan bir bakış açısıdır (Dols, 1992). Bennett (2006), istatiksel olarak normal dağılımın uçlarında bulunmanın tek başına psikolojik rahatsızlığı tanımlamak için yeterli olmadığını öne sürer. Örneğin, bazı kişiler (sanatçılar, bilim insanları vs.) potansiyellerini en üst düzeyde açığa çıkartarak toplumun genelinden ayrışabilmektedir. Benzer şekilde, maddi olanaklar, çekicilik, kariyerinde yükselme, zeka vs. açısından toplumun genelinden farklılaşan birçok kişi vardır ancak bu kişilerin çoğu psikolojik rahatsızlığa sahip değildir (Bennett, 2006). Dikkat çekici bir nokta olarak, istatistiksel açıdan "anormal" ifadesinin aslında "olumsuz anlamda bir sapmaya" işaret etmesidir (Bennett, 2006). Yine de bu yaklaşım tek başına söz konusu davranışın patolojik olup olmadığına dair bir bilgi vermemektedir (Foley, 1935).

Foley (1935), istatistiksel yaklaşıma atıfta bulunarak, insanların da bazen kendi normlarının dışına çıkabildiklerine dikkat çeker. Bu durum, Papiasvili ve Mayers'in (2013a) "**öznel yaklaşım**" olarak tanımladığı başlıkla ilgilidir. Kişi, her zamankinden farklı bir ruh hâli deneyimlediğinde bu durumdan kişisel olarak rahatsızlık hissedebilmektedir (Foley, 1935; Papiasvili & Mayers, 2013a). Öznel yaklaşım, tıpkı istatistiksel yaklaşım gibi, psikolojik rahatsızlık olasılığını düşündürmekle beraber tek başına yeterli bir açıklama değildir. Örneğin, yakın zamanda deprem yaşayan bir kişinin bir süreliğine normalde olduğundan daha stresli olması, kişi için rahatsız edici olsa da psikolojik rahatsızlık olarak tanımlanmamaktadır.



Şekil 1. İstatistiksel yaklaşım, anormal davranışın belli bir popülasyonda görülme sıklığı ve yaygın olarak kabul gören normlardan ne ölçüde sapıldığı ile ilgilidir.

Bütün bu tartışmalar doğrultusunda anormal davranış "**nesnel, evrensel ve yasal**" olarak tanımlanmaya çalışılmıştır (Papiasvili & Mayers, 2013a). Bu yaklaşım, psikolojik rahatsızlıkları, toplumun ve bireylerin öznel kanaatlerinin ötesinde, somut veriler doğrultusunda tanımlamayı amaçlar. Psikolojik rahatsızlıklar için geliştirilen tanı kriterleri, bu amaç doğrultusunda ortaya çıkmıştır. Bu yaklaşımın en önemli varsayımlarından biri, psikolojik rahatsızlıkların zamandan ve mekândan bağımsız olduğu, yani evrensel olduğudur (Papiasvili & Mayers, 2013a). Tanı kriterlerinin geliştirilmesi ve evrenselliği ile ilgili tartışmalara bu bölümün ilerleyen kısımlarında detaylı olarak yer verilecektir. Son olarak, psikolojik rahatsızlıkların nesnel olarak tanımlanması, yasal

konular açısından da önemlidir (Papiasvili & Mayers, 2013a). Kişinin akıl sağlığının yerinde olup olmaması, ceza hukukundan medeni kanuna kadar bağlayıcılığı olan önemli bir kriterdir (Dols, 1992). Dolayısıyla, "akıl sağlığı" ile tam olarak neyin kastedildiğinin nesnel olarak tanımlanması gerekir.

Foley (1935), anormal davranışı nesnel olarak tanımlamanın zorluğunu vurgulayarak bazı önemli tartışmalara dikkat çeker: Örneğin, anormal davranış farklı şiddetlerde karşımıza çıkar. Ruh sağlığı alanı ise sadece nadir görülen aşırı uç örneklerle değil, anormal davranış skalasının tamamıyla ilgilenmektedir (Foley, 1935). Örneğin, bir süredir kendisini depresif hisseden kişiyle şiddetli depresyon nedeniyle hastane yatışı verilen kişiye kadar herkes ruh sağlığı uzmanlarının ilgi odağındadır. Bir diğer önemli konu, anormal davranışın sadece belli bir davranışa işaret etmesi ile ilgilidir. Buna göre, anormal davranışı olan bir kişinin diğer bütün davranışları normal dağılım içerisinde yer alabilmektedir (Foley, 1935).

Günümüzde ruh sağlığı, insanların kendi iyi oluş hâllerini (well-being) destekler biçimde başkaları ile ilişki kurabilmeleri, bilişsel ve duygu düzenleme becerilerinden etkin bir şekilde yararlanabilmeleri, iş, okul ve ev yaşantısında işlevselliklerini sürdürebilmeleri ve kendi potansiyellerinin farkında olarak bunu geliştirmek için çaba sarf etmeleri olarak tanımlanır (Johnstone, 2001). Dolayısıyla ruh sağlığı, psikolojik rahatsızlığın olmamasından çok daha fazlasıdır; psikolojik rahatsızlık ise bir tanı almayı gerektirir (Johnstone, 2001). Anormal davranışın tanımıyla ilgili tartışmalar doğrultusunda günümüzde şu ölçütlerin tanı kriterlerine temel teşkil ettiği düşünülmektedir: İşlevselliğin bozulması, öznel sıkıntı, sosyal normlara uymama, kişiler arası ilişkilerin bozulması ve süreklilik. Bu ölçütlerin her biri psikolojik rahatsızlık olasılığını düşündürmekle birlikte hiçbirinin tek başına psikolojik rahatsızlık tanısı koymak için yeterli olmadığını vurgulamak gerekir (Bennett, 2006).

1. İşlevselliğin bozulması: Psikolojik rahatsızlık, kişinin evinde, iş yerinde ve okulunda günlük işlevlerini ve sorumluluklarını yerine getirememesine neden olur ve üretkenliğine zarar verir (Bennett, 2006; Johnstone, 2001). İşlevselliğin ne derece bozulduğu, aynı zamanda rahatsızlığın ne denli şiddetli olduğunu gösterir (Hardcastle & Hardcastle, 2003, aktaran: Johnstone, 2001).

2. Öznel sıkıntı: Psikolojik rahatsızlık kişiye sıkıntı verir ya da sıkıntılı bir süreç sonrasında ortaya çıkmıştır (Bennett, 2006).

3. Sosyal normlara uymama: Psikolojik rahatsızlık, kişinin içinde bulunduğu kültürde belli durumlara verilen sıradan tepkilerden belirgin ölçüde farklıdır (Bennett, 2006).

4. Kişilerarası ilişkilerin bozulması: Psikolojik rahatsızlık, kişinin yakın ilişkilerinde problemler yaşaması ile sonuçlanabilmektedir (Johnstone, 2001).

5. Süreklilik: Psikolojik rahatsızlık süreklilik arz eder, çoğunlukla ısrarcı ve tekrarlayan niteliktedir. DSM-5'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, APA, 2013) yer alan psikolojik rahatsızlık başlıklarının çoğunda tanı konulabilmesi için şikayetlerin belli bir süre boyunca görülmesi gerektiği belirtmiştir.

YAKIN BAKIŞ 1 Türkçede Psikolojik Rahatsızlıklara (Deliliğe) Yüklenen Anlamlara Örnekler

Dols (1992), bir toplumda psikolojik rahatsızlıklara yönelik tutumları anlamak için dil çalışmalarını ve eski edebi kaynakları incelemenin öneminden bahseder. Nitekim dil, bir toplumun ve kültürün kolektif algısını yansıtır (Çelik, 2016). Dols'un Orta Çağ İslam Dünyasında psikolojik rahatsızlıkları incelediği kitabının başlığı olan *Majnun (Mecnun)*, eski Arap metinlerinde, Farsçada ve Türkçede sık karşılaşılan bir ifade olup (Dols, 1992) (1) "sevdadan ötürü kendini kaybetmiş" ve (2) "çılgın, deli" anlamlarına gelir (TDK, 2020). Bu ifade, yoğun aşk duygusunun psikolojik rahatsızlığa yol açabildiğine yönelik toplumsal ve kültürel bir inancı yansıtır (Dols, 1992).

Koçak (2004), Türk halk anlatılarında deliliğin üç şekilde karşımıza çıktığından söz eder. İlk olarak alp-yiğit deli tipi, gözünü budaktan sakınmayan anlamına gelmekle birlikte 15. yüzyılda Dede Korkut Oğuznamelerinde askeri bir ifade olarak kullanılmıştır. İkinci olarak veli-deli tipi, Türk İslam toplumlarında 13. yüzyıldan itibaren, toplumsal yaşantıdan uzaklaşarak Tanrı'ya yaklaşma düşüncesine paralel olarak ortaya çıkmıştır (Koçak, 2004). Çelik (2016), veliliğin "Tanrı aşkıyla aklını yitirmiş kimse" anlamına gelen "meczup" ya da "ermiş" kelimeleriyle ilişkilendirildiğinden bahsederek, "Gerçekten Allah'a ulaşabilmek için aklın sınırlarını aşmak gerekir." anlamına gelen "Deli olmayınca veli olunmaz." atasözünü örnek gösterir. Koçak'ın (2004) üçüncü olarak bahsettiği deli tipi ise psikolojik rahatsızlığı olan kişi anlamındadır.

Çelik (2016), Türkiye Türkçesi atasözü ve deyimlerinde toplumun delilik algısını inceleyen kapsamlı bir derleme çalışması yapmıştır. Bu çalışmada sunulan örnekler, her ne kadar bir kısmı günümüzde geçerliliğini yitirmiş olsa da toplumsal şemalarımızı, dolayısıyla da psikolojik rahatsızlıklara sahip kişilere yönelik tutumlarımızı şekillendirmesi bakımından son derece önemlidir. Çelik'in çalışmasına göre Türkçede psikolojik rahatsızlığı olan kişilere yüklenen anlamların bir kısmı şöyledir:

1. **Cinlerle ilişkilendirilme, öfkeli olma ve saldırganlık:** Psikolojik rahatsızlıkların cinler gibi doğa üstü güçlerle ilişkilendirilmesi, erken dönem Tengricilik ve Şamanizm inançlarının hâkim olduğu dönemde ortaya çıkmış ve çeşitli dönüşümlere uğrayarak günümüze kadar gelmiştir (Çelik, 2016). Nitekim "mecnun" kelimesi de kökü itibariyle "cinlerin musallat olmasına" işaret eder (Çelik, 2016). Cinlerle ilişkilendirilme ise kendi içinde başka anlamlar barındırır. Örneğin, "cinleri ayağa kalkmak", "cini tutmak" ya da "cin ifrit olmak" deyimlerinin karşılığı olan aşırı derecede öfkelenme hâli, bu anlamlardan biridir (Çelik, 2016). "Deli etmek" ve "deli olmak işten değil" deyimlerinde de delilik, doğrudan cinlere atıfta bulunmamakla beraber sinirli ve hiddetli olmayla ilişkilendirilmiştir. Çelik (2016), cinlerden insana zarar gelebileceği inancına paralel olarak deliliğin "dengesiz" ve "zararlı" davranışlarla sonuçlandığı düşüncesinin hakim olduğunu vurgular. Örneğin, "Gördün deli, savul geri!" atasözü, deli olan kişilerin tehlikeli olabildiğine yönelik bir uyarı niteliğindedir (Çelik, 2016).

2. **Muhakeme yetisinin olmaması ve ilişkili anlamlar:** Birçok atasözünde delilik, akıllı olmanın karşıtı olarak karşımıza çıkar. Ancak muhakeme yetisinden yoksun olan delilerin bu nedenle ne tür davranışlar sergiledikleri ya da ne gibi özelliklere sahip olduklarıyla ilgili başka anlamlar da eklenmiştir. Örneğin, "Delinin başı ucunda yatmaktan, akıllının ayağı ucunda yatmak hayırlıdır.", "Deliyle bal yiyeceğime, akıllıyla taş çekerim.", "Deli dostun olacağına akıllı düşmanın olsun." gibi örnekler, akılsız kimselerden hayır gelmeyeceği, bu kişilerin güvenilmez oldukları ve bu kişilerden sorumluluk beklenemeyeceği gibi uyarılar içerir (Çelik, 2016). Muhakemeden yoksun olma, ölçüsüz davranma ve toplum normlarına uymama ile de ilişkilendirilmiştir. "Deliye bal tattırmışlar, çarşıda katran bırakmamış." atasözü ya da "deli saraylı gibi" deyimi buna örnek gösterilebilir. Günlük hayatta çok sık kullanılan bir atasözü olan "Deliye her gün bayram." ifadesi ise delilerin, muhakeme yetisinden yoksun olmaları nedeniyle olayların ciddiyetini kavrayamamaları ve sorumlu tutulamayacakları nedeniyle mutlu oldukları varsayımına dayanır (Çelik, 2016).

3. **Psikolojik rahatsızlıkları olan kişilere yönelik duygular:** Çelik (2016), psikolojik rahatsızlıkları olan kişilerin Allah tarafından esirgendiğine dair inancın yaygın olduğundan, bu nedenle bu kişilerin dışlanmak yerine hoş görüldüğünden, toplumda kabul edildiğinden bahseder. Öte yandan, delilerin davranışları nedeniyle ailelerini zor durumda bıraktıklarına, ailelerine bağımlı oldukları için acınası ve zavallı olarak görüldüklerine işaret eden örnekler de vardır: "Deli utanmaz, sahibi utanır.", "Olusü olan bir gün ağlar, delisi olan her gün ağlar." atasözlerinde olduğu gibi (Çelik, 2016). Son olarak, "Demir ıslanmaz, deli uslanmaz." ve "Karaya sabun, deliye öğüt neylesin." atasözleri, delilerin iyileşmelerinin mümkün olmadığına işaret etmektedir (Çelik, 2016).

PSİKOLOJİK RAHATSIZLIKLARI OLAN KİŞİLERE YÖNELİK AYRIMCI TUTUMLAR VE DAMGALAMA

Tarih boyunca anormal davranışa toplumsal olarak yüklenen olumsuz anlamlar, psikolojik rahatsızlığı olan kişilerin ayrımcı tutumlara, hak ihlallerine ve damgalamaya (stigmatization) maruz kalmaları ile sonuçlanmıştır (Johnstone, 2001). Günümüzde her ne kadar psikolojik rahatsızlıkların tanı kriterleri nesnel olarak tanımlanmaya çalışılmış olsa da geçmişten beri süregelen ön yargılar toplumda halen varlığını sürdürür. Her yıl dünya genelinde milyonlarca kişinin psikolojik rahatsızlıklardan etkilendiği düşünüldüğünde, damgalama başta hastalar ve hasta yakınları olmak üzere toplumun önemli bir kesimini etkileyen ve ruh sağlığı alanındaki gelişmeleri engelleyen ciddi bir problem olarak karşımıza çıkar (Overton & Medina, 2008).

Damgalama (stigma), Yunancada "utanç lekesi" anlamına gelen *stigmata* kelimesinden gelmektedir (Overton & Medina, 2008). Sadece bu tanımlama bile, psikolojik rahatsızlığı olan kişilere yönelik olumsuz tutumları, bu tutumların nasıl bir duygu içerdiğini, yönelttiği muhtemel

davranışları ve bu durumun sürekliliğini işaret eder niteliktedir. Psikolojik rahatsızlıkları nedeniyle stigmaya maruz kalan kişiler; tarih boyunca insandışılaştırılmış, toplum için bir tehdit olarak görülmüş, psikolojik rahatsızlık "kalıcı" bir durum gibi algılanmış ve bu kişiler toplumdan izole edilerek, bazı durumlarda hapsedilmiş ya da öldürülmüşlerdir (Bennett, 2006; Johnstone, 2001). Damgalama devam ettiği sürece, günümüz modern toplumlarında bile psikolojik rahatsızlığı olan kişilerin toplum içinde son derece kırılgan ve dezavantajlı bir konumda olduklarını vurgulamak gerekir (Johnstone, 2001).



Şekil 2. Psikolojik rahatsızlıkları nedeniyle stigmaya maruz kalan kişiler tarih boyunca toplum için bir tehdit olarak görülmüş ve toplumdan izole edilmişlerdir.

Damgalamayla ilişkili yanlış inançlar arasında belki de en yaygın olanı, psikolojik rahatsızlıkları olan kişilerin "tembel, işleri aksatma olasılığı olan, sorumluluk verilemez", "davranışları öngörülemez" ve "şiddete eğilimli" olarak algılanmalarıdır (Overton & Medina, 2008). Nitekim, psikolojik rahatsızlıkların medyadaki temsilleri de bu tür yanlış inançları yeniden üretir niteliktedir (Overton & Medina, 2008). Bu varsayımlar, psikolojik rahatsızlığı olan kişilerin bazı haklardan mahrum bırakılmalarını meşrulaştırması bakımından oldukça ciddidir (Johnstone, 2001). Örneğin, psikolojik rahatsızlığa sahip birçok kişi, iş başvurusu esnasında bu tür tutumlarla karşılaşmakta ve işe alınmamaktadır (Green, Hayes, Dickinson, Whittaker & Gilheany, 2003). Yine birçok kişi, bu tutumlarla karşılaşma, iş yerinde yalnızlaştırılma ya da işten çıkartılma endişesiyle psikolojik sıkıntılarını iş arkadaşlarıyla paylaşmaktan kaçınır (Wolport, 2001, aktaran; Overton & Medina, 2008). Aynı varsayımlardan hareketle bazen ev sahipleri psikolojik rahatsızlığı olan kişilere evlerini kiraya vermek istemeyebilmektedir (Overton & Medina, 2008). Tedavinin sağlık sigortası tarafından karşılanmasıyla ilgili yaşanan güçlükler ise psikolojik rahatsızlıklarla ilgili ayrımcılığın bir diğer yüzüdür (Overton & Medina, 2008).

Damgalama, en az psikolojik rahatsızlığın kendisi kadar zarar verici olabilmektedir (Overton & Medina, 2008). Hasta ve hasta yakınları, damgalamaya maruz kalma endişesiyle (ya da kendileri de bu tür yanlış inançlara sahip olup bu inançları kendi durumlarıyla ilişkilendiremedikleri için) hastalığı inkâr edebilmekte ve yardım arayışına girmeyebilmektedir. Buna ek olarak damgalanma, kişinin özgüvenini zedelemesi ve sosyal destek kaynaklarını sınırlaması nedeniyle de tedavinin gidişatını olumsuz etkiler (Overton & Medina, 2008).

Corrigan ve arkadaşları, yaptıkları çeşitli çalışmalarla psikolojik rahatsızlığı olan kişilere yönelik damgalamayı şöyle açıklamaktadır: İlk olarak psikolojik rahatsızlığı olan kişinin bu durumuyla ilgili ipuçları fark edilir (örneğin, kişinin davranışlarında bir değişim olması). Ardından ilgili şemalar ve kalıp yargılar aktif hâle gelir. Bunun sonucunda afektif (korku ve tiksinme), bilişsel (ön yargı) ve davranışsal tepkiler (ayrımcılık) açığa çıkar. Ön yargılar, afektif tepkiyi düzenleme işlevi görebilir. Örneğin, psikolojik rahatsızlığı olan kişiye karşı korkma ve tiksinme hisseden bir kişi, "Çok üzülüyorum böyle kişiler için, ama bazen tehlikeli olabiliyorlar, bize

bulaşmasın." diyebilir. Davranışsal bir tepki olan ayrımcılık ise genelde kaçınmayı ya da psikolojik rahatsızlığı olan kişiyi uzaklaştırmayı içerir. Böylelikle kişi, kendi ideal kimliğini korumuş, bulaşmayı önlemiş ve karşısındakiyle kendisiyle arasına sınır koymuş olur (Corrigan, Green, Lundin, Kubiak & Penn, 2001; Corrigan, River ve ark., 2001).

Damgalamayla mücadelede, psikolojik rahatsızlıkları olan kişilerin hak ihlallerine maruz kalmalarına karşı çıkılması ve ön yargıları değiştirme amacıyla geniş kesimlere eğitim verilmesi oldukça önemlidir (Overton & Medina, 2008). Ancak, psikolojik rahatsızlığı olan kişilerle doğrudan etkileşime geçme, diğer yöntemlere kıyasla çok daha etkilidir (Overton & Medina, 2008). Corrigan ve arkadaşları, temas, iletişim ve iş birliğinin, daha önce korku ve tiksinme duygularıyla "onlar" olarak algılanan kişilere dair "biz" algısının gelişmesine katkı yaptığını öne sürer (Corrigan, Green ve ark., 2001; Corrigan, River ve ark., 2001). Damgalamayla mücadeleye ruh sağlığı alanından başlanmalıdır. Bu nedenle psikolojik rahatsızlıkları olan kişilerle etkileşime geçme ve kendi kalıp yargılarını sorgulama, özellikle ruh sağlığı alanında çalışan kişiler için son derece gereklidir (Overton & Medina, 2008).

PSİKOPATOLOJİNİN TARİHÇESİ

İlk Çağ

Anormal davranışı anlama çabası, insanlık tarihi kadar eskidir (Matthews & Matthews, 2013). İlk Çağ'da tüm dünyada, Doğu'da Çin'den Batı'da Yunan ve Roma uygarlıklarına kadar anormal davranışın nedenlerine yönelik açıklamalara ve tedavi girişimlerine rastlamak mümkündür (King, Woody ve ark., 2013). Bu açıklamalar zaman içerisinde büyük oranda değişime uğramakla birlikte (Bennett, 2006) hem anormal davranışa yönelik toplumsal şemalarımızı şekillendirmiş (Çelik, 2016) hem de psikolojik rahatsızlıklara bilimsel yaklaşımın ortaya çıkmasına temel teşkil etmiştir.

İlk Çağ uygarlıklarında anormal davranışla ilgili açıklamalara yakından bakıldığında, özellikle üç konu başlığı karşımıza çıkar: (1) Anormal davranışın nedeninin şeytani güçlere atfedilmesi, (2) Denge kavramı ve zihin-beden ilişkisi ve (3) İlk biyolojik açıklamalar ve anormal davranışın tıbbın ilgi alanı içerisine girmesi.

Anormal davranış ve demonoloji: Şeytani güçlerin etkilerini konu edinen demonoloji, Çin, Hindistan, İran, Mısır, Babil gibi antik çağ uygarlıklarını ele alan kaynaklarda dönemin yaygın bir yaklaşımı olarak karşımıza çıkar (Bennett, 2006; King, Woody ve ark., 2013). Şeytani güçlerin sadece psikolojik rahatsızlıklara değil, diğer birçok hastalığa yol açan temel etken olduğu düşünülmüştür. Ancak anormal davranış ve demonoloji arasındaki ilişki, "ahlak" üzerinden de kurulmuştur. Örneğin, Mısır ve Hindistan'da akıl hastalıkları ahlaka uygun olmayan davranışlarla ilişkilendirilmiş, bu nedenle de şeytani güçlerin bu hastalıklara yol açtığı varsayılmıştır. Babil'de erdemli davranışın şeytani güçleri uzak tuttuğuna inanılmıştır (King, Woody ve ark., 2013). Antik Yunan'da ise insanın iyi oluş hâli, güçlü ve zayıf yönleri ve herhangi bir rahatsızlığının olması, Tanrılara yakın ya da uzak olması ile açıklanmaya çalışılmıştır (King, Woody ve ark., 2013).

Şeytani gücün tanımı ve şeytan çıkarma ya da kötü ruhların kovulması amacıyla başvurulan yöntemler kültüre göre farklılaşır. Örneğin, Alexander ve Selesnick (1966, aktaran: King, Woody ve ark., 2013), Babil'de her bir hastalığın başka bir şeytani güçle açıklandığını belirtmiştir. Buna

göre akıl hastalığına yol açan şeytani güç "Idta" olarak isimlendirilmiştir. Şeytan çıkarma için İran'da dini ve büyüsel ayinler düzenlenmiş, Mezopotamya'da ise bazı bitkilerin şeytanları öldürdüğüne ve bazı sembollerin şeytanları uzak tuttuğuna inanılmıştır (King, Woody ve ark., 2013). Tanımlar ve yöntemler değişse de temel mantık aynıdır: anormal davranışa ve hastalığa yol açan kötü ruhların bedenden kovulması gerekir. Demonoloji, Orta Çağ'da dini açıklamalarla birleşmiş, Rönesans Avrupa'sında toplum üzerinde kontrol uygulanmasını sağlayan politik bir araca dönüşmüş ve böylelikle yüzyıllar boyunca varlığını sürdürmüştür. 18. yüzyıl, demonolojinin resmî olarak uygulandığı son dönemlerdir. Ancak günümüz modern toplumlarında bile anormal davranışın doğa üstü güçlerle açıklandığı batıl inanç ve pratiklerle karşılaşmak mümkündür (Abi-Hashem, 2013).

Denge kavramı ve zihin-beden ilişkisi: Günümüzde birçok rahatsızlık, fizyolojik ya da psikolojik "dengenin" bozulması ile açıklanır. Hastalıkların önlenmesine ya da tedavisine yönelik yaklaşımlar da bu dengenin korunmasına ya da yeniden sağlanmasına yöneliktir. Bu bakış açısı, İlk Çağ'dan günümüze miras kalan bir yaklaşımdır. Örneğin, Çin'de hem fiziksel hem de psikolojik sağlık yin ve yang arasındaki dengeyle ilişkili görülmüştür. Hindistan'da aşırılıkların (örneğin, aşırı duygusal tepkilerin) "dengeyi" bozduğu görülmüş ve dengenin korunması için yoga, meditasyon gibi dinginlik sağlayan yöntemlere başvurulmuştur (King, Woody ve ark., 2013).

Çin'de, denge kavramıyla ilişkili olarak zihin ve beden arasında etkileşim olduğunun düşünülmesi yine günümüze kadar geçerliliğini sürdüren bir yaklaşımdır (King, Woody ve ark., 2013). Buna göre zihindeki dengenin bozulması bedensel, bedendeki dengenin bozulması ise zihinsel rahatsızlıklarla sonuçlanabilir. Bu yaklaşım aynı zamanda fizyolojik psikolojinin temeli olarak değerlendirilir (King, Woody ve ark., 2013).

Fiziksel ve zihinsel sağlığın "denge" gerektirmesi, Antik Çağ Yunan filozof ve tıp alimleri tarafından da sıklıkla vurgulanmıştır. Sağlık tanrısı olarak bilinen Asklepios adına Yunan ve Roma uygarlıklarında inşa edilen tapınaklarda, hastaların tedavisi için düzenli uyku, dengeli beslenme, hamam ve telkin gibi uygulamalarla karşılaşılır (King, Woody ve ark., 2013). Empedokles, dört temel elementin (ateş, toprak, hava ve su) kanda mükemmel bir denge oluşturduğunu ve zihinsel sağlığın bu denge durumuna bağlı olduğunu öne sürmüştür. Empedokles'in bu açıklaması, Hipokrat'ın psikolojik rahatsızlıklara yönelik ilk biyolojik açıklama olarak kabul edilen öz sıvı (humor) teorisine temel teşkil eder (King, Woody ve ark., 2013).

İlk biyolojik açıklamalar ve anormal davranışın tıbbın ilgi alanı içerisine girmesi: Hipokrat (MÖ 460 - MÖ 370), demonolojinin bu kadar yaygın olduğu bir dönemde batıl ve mistik açıklamaları reddetmesi, anormal davranışı ahlaki yozlaşma ile ilişkilendirmemesi (Matthews & Matthews, 2013) ve hem fiziksel hem de zihinsel bozuklukları biyolojik nedenlerle açıklaması bakımından son derece önemlidir (King, Woody ve ark., 2013).

Hipokrat, insan davranışlarının beyin tarafından kontrol edildiğini ve davranışla ilgili rahatsızlıkların beyindeki bir bozuklukla açıklanabileceğini düşünmüştür (Matthews & Matthews, 2013). Empedokles'in dört temel element görüşünü kabul ederek, bu elementlerin vücutta dört öz sıvıya (humor) karşılık geldiğini öne sürmüştür: Siyah safra (black bile), sarı safra (yellow bile), kan (blood) ve balgam (phlegm) (Bennett, 2006). Temel elementler sıcak ya da soğuk ve nemli ya da kuru olarak da tanımlanıyordu. Dolayısıyla vücuttaki dört öz sıvıya da bu özellikler atfedilmişti: Siyah safra soğuk ve kuru, sarı safra sıcak ve kuru, kan sıcak ve nemli, balgam ise soğuk ve nemli olarak tanımlanmıştı (Matthews & Matthews, 2013).

Hipokrat, öz sıvı (humor) teorisinde, psikolojik rahatsızlıkların nedenini bu öz sıvılardaki aşırılık ya da dengesizlik olarak açıklamıştır. Örneğin, siyah safradaki aşırılığın melankoliye, sarı safradaki aşırılığın manik davranışlara, kandaki aşırılığın paranoyaya ve balgamdaki aşırılığın epilepsiye yol açtığını düşünmüştü (Matthews & Matthews, 2013). Hipokrat'ın bu açıklamaları aynı zamanda psikolojik rahatsızlıkların sınıflandırılmasına yönelik ilk girişim olarak kabul edilir (King, Woody ve ark., 2013). Tedavi ise bu aşırılığın çeşitli yöntemlerle giderilmesini içeriyordu (dengeli beslenme, egzersiz yapma, temiz hava, dinlenme, gülme, hamam, öz sıvıdaki aşırılığın vücuttan atılması gibi) (Bennett, 2006).



Şekil 3. Hipokrat (MÖ 460 – MÖ 370), batıl ve mistik açıklamaları reddetmiş ve zihinsel bozuklukları biyolojik nedenlerle açıklamıştır.

Hipokrat'ın bazı açıklamaları modern psikiyatri ve psikolojide hâlâ geçerliliğini sürdüren görüşlerdir. Örneğin, öz sıvıların sıcaklık ve nemlilik özelliklerini gözeterek mevsimlerin ve coğrafi koşulların psikolojik rahatsızlıkları etkilediğini düşünmüştür (Matthews & Matthews, 2013). Ayrıca, hastanın rüyalarının kişiliği hakkında bilgi verdiğini varsaymıştır. Kişinin içinde bulunduğu koşulların psikolojik rahatsızlıklara katkıda bulunduğunu öne sürerek hastanın durumunu doğru bir şekilde değerlendirmek için hastanın davranışlarını yakından gözlemlemek gerektiğini belirtmiştir (Matthews & Matthews, 2013). Son olarak, hekimlere hastayı iyileştirmeseler bile zarar vermemeleri gerektiğini vurgulaması (King, Woody ve ark., 2013), günümüz ruh sağlığı alanındaki etik ilkelerle örtüşmektedir. Anormal psikolojinin tarihçesinde psikolojik rahatsızlığı olan bireylere yönelik yüzyıllar boyunca süren insanlık dışı uygulamalar dikkate alındığında, milattan önce 400'lü yıllarda Hipokrat'ın böyle bir açıklama yapmış olması son derece ilerici ve insani bir bakış açısıdır.

Hipokrat'ın yaklaşımı, sadece antik Yunan'la sınırlı kalmamıştır. Büyük İskender'in İskenderiye'yi kurmasıyla birlikte Hipokrat'ın yaklaşımı Mısır'a ulaşmış, Mısır'da kurulan sanatoryumlarda akıl hastaları o döneme göre son derece insani kabul edilebilecek yöntemlerle tedavi edilmeye çalışılmıştır (Matthews & Matthews, 2013).

YAKIN BAKIŞ 2 Antik Dünya'da Psike

Sokrates ve Platon, insanın ruhsal yapısını ve psikolojik rahatsızlıkların "psikolojik" nedenlerini anlamaya çalışmışlar ve insanın ruhsal yapısıyla ilgili olarak üçlü katman teorisini öne sürmüşlerdir (Simon, 1972, aktaran: King, Woody ve ark., 2013). Buna göre psike, yukarıdan aşağıya doğru rasyonel (rational), afektif (affective) ve arzu duyan (appetitive) olmak üzere üç katmandan oluşur. Rasyonel psike, entelektüel işleyiş ve gerçekliği değerlendirebilme kapasitesiyle, dolayısıyla da akıl sağlığıyla, ilişkilidir. Rasyo-

nel katmanın beyinde yer aldığı varsayılmıştır. Afektif katman duygularla ilgilidir ve bu katmanın göğüs kafesinde yer aldığı düşünülmüştür. Arzu duyan katman ise kontrolsüz, içgüdüsel, asosyal ve bedenin bencil amaçları ile ilişkili olarak tanımlanmış ve bağırsakta konumlandığı düşünülmüştür (Simon, 1972, aktaran: King, Woody ve ark., 2013). Sokrates ve Platon'a göre psikolojik rahatsızlıklar, ruhun katmanları arasındaki uyumsuzluk ve çatışma nedeniyle ortaya çıkar. Buna göre, arzu duyan katman diğerlerine göre daha baskın çıkar ve kontrolü ele geçirir (Simon, 1972, aktaran King, Woody ve ark., 2013). Platon aynı zamanda rüyaların yorumlanmasının önemine değinmiştir. Rüyaların, engellenen arzulardan kaynaklandığını, dolayısıyla kişiyi anlayabilmek için önemli olduğunu öne sürmüştür (Matthews & Matthews, 2013). Sokrates ve Platon'un bu görüşlerinin, Freud'un "zihnin topografik modeli" görüşüne temel teşkil ettiği düşünülür.

Antik Yunan filozoflarının görüşlerinde bilişsel terapi yaklaşımının da ilk izlerine rastlamak mümkündür. Örneğin Platon, diyalektiğin, işlevsel olmayan düşüncelerin değişmesini sağladığını, dolayısıyla bir tür "konuşarak tedavi etme yöntemi" olduğunu öne sürmüştür (King, Woody ve ark., 2013). Aristoteles ise, psikolojik rahatsızlığı olan kişilerin akıl yürütmekte zorlandıklarını, dolayısıyla bu kişilerle akıl yürütme çerçevesinde konuşmanın önemine dikkat çekmiştir (Matthews & Matthews, 2013).

Roma uygarlığında, psikolojik rahatsızlıkları tıbbi yaklaşımla anlama ve sınıflandırma çabasının devam ettiğini ve tedavi için çeşitli ilaç ve bitkilerden yararlanıldığını görüyoruz. Roma tıbbında hastalığın iyileştirilmesi, "hastanın rahatlaması" olarak tanımlanmış ve hastayı rahat ettiren yöntemler (müzik, masaj, hamam gibi) önerilmiştir (King, Woody ve ark., 2013; Matthews & Matthews, 2013).

Galenus Claudius (Galen; 129199), İlk Çağ'da psikolojik rahatsızlıkların anlaşılmasına katkıda bulunmuş, Hipokrat'ın ardından gelen en önemli kişidir. Galen; Hipokrat, Platon ve Aristoteles'in görüşlerine (bk. Yakın Bakış 2) kendi görüşlerini de ekleyerek kapsamlı bir teoriye dönüştürmüştür. Öyle ki Galen'in çalışmaları Orta Çağ'a kadar tıp alanında bir standart teşkil etmiştir (Matthews & Matthews, 2013).

Galen, psikolojik rahatsızlıkların fizyolojik temelli olduğunu, aynı zamanda zihinsel işleyişin de bedeni etkilediği görüşünü benimsemiştir (King, Woody ve ark., 2013). Hipokrat ve Platon'un görüşlerine paralel olarak insan davranışlarının, duyuların ve bilincin merkezi olarak beyni işaret etmiştir (Dols, 1992). Dört yıl gladyatörlerin hekimliğini yapan Galen, beyin hasarının kişilik ve davranışlarda değişime yol açtığını gözlemlemiştir (Sturges, 2013). Hipokrat'ın öz sıvı (humor) teorisinden yola çıkarak öz sıvılardaki dengesizliğin duygu ve davranışları etkilediğini (Sturges, 2013) ve Hipokrat'ın tanımladığı öz sıvıların dört tür mizaç özelliğine karşılık geldiğini öne sürmüştür: Kolerik (choleric: çabuk öfkelenen), flegmatik (phlegmatic: durgun, miskin), sıcak kanlı (sanguine: neşeli, cana yakın) ve melankolik (melancholic: üzgün, depresif) (King, Woody ve ark., 2013).

Galen, Hipokrat'ın sınıflandırma sistemini geliştirmiştir (Matthews & Matthews, 2013). Melankoli, epilepsi ve maniye ek olarak anoia (akıl yürütmeyle ilgili problemler), moria (zeka

geriliği), phrenitis (deliryum ve ateşin görüldüğü, algıyı ve yargılamayı etkileyen bir beyin hastalığı), lethargus (letarji) ve histeriden söz etmiştir (Dols, 1992; Matthews & Matthews, 2013). Galen aynı zamanda delüzyonlardan bahsetmesi ve detaylı vaka tanımlamaları yapması bakımından da önemlidir (Dols, 1992). Galen, bu rahatsızlıkların fiziksel bir dengesizlik ve aşırıya kaçma durumundan kaynaklandığını düşündüğü için (örneğin, öz sıvılardaki aşırılık), tedavi için aşırılığı gidermeye ve dengeyi yeniden sağlamaya yönelik fiziksel yaklaşımlar önermiştir (örneğin; ilaçlar, bitkiler, hacamat, dengeli beslenme, egzersiz gibi) (Dols, 1992; Matthews & Matthews, 2013). Ayrıca, *Ruhun Tutkularının Tanı ve Tedavisi Üzerine (On the Diagnosis and Cure of the Soul's Passions)* isimli kitabında, psikolojik rahatsızlıkların tedavisi için hastanın daha olgun, bilge ve saygın bir kişiden yardım alması gerektiğini önermiştir (Jackson, 1969, aktaran King, Woody ve ark., 2013). Galen'in bu tanımına göre psikolojik rahatsızlıkları tedavi eden hekim, aynı zamanda hastanın ahlaki açıdan kişilik gelişimini hedefleyen bir akıl hocası görevi görmelidir (Dols, 1992).

Orta Çağ

Batı Roma İmparatorluğu'nun yıkılışı (476), Orta Çağ'ın başlangıcı olarak kabul edilir. 15. yüzyılın sonlarına doğru Kristof Kolomb'un Amerika'yı keşfine kadar süren bu dönemin kendine özgü bazı özellikleri vardır (Papiasvili & Mayers, 2013a). Orta Çağ, Avrupa için bir açıdan travmatik bir dönemdir. Batı Roma uygarlığının yıkılmasıyla birlikte rasyonel ve kendine yeten insan ideali çökmüş, bunun yerini Hristiyan teolojisinin hakimiyet kazandığı ve insanların salgınlar, kıtlıklar, savaşlar gibi başlarına gelen birçok felaketle baş edebilmek için doğa üstü güçlere sığındıkları bir dönem başlamıştır (Papiasvili & Mayers, 2013a). Öte yandan üniversitelerin kurulması, ticaretin gelişmesi, matbaanın icadı, bilimde deneysel yöntemin uygulanması ve felsefedeki birçok gelişme yine Orta Çağ'da gerçekleşmiştir. Orta Çağ'ın bütün bu özellikleri, ruh sağlığı alanını ve anormal davranışa yaklaşımı da etkilemiştir (Papiasvili & Mayers, 2013a). Avrupa'da, özellikle Orta Çağ'ın erken dönemlerinde demonolojiye geri dönüldüğünü, akıl hastalığının dini otoriteler tarafından tanımlanarak şeytani güçlerle açıklandığını görüyoruz. Doğuda ise İslam Dünyası'nda psikolojik rahatsızlıklar tıbbi bir hastalık olarak ele alınmış ve tedavi edilmiştir (Papiasvili & Mayers, 2013a). Orta Çağ'da Avrupa ve İslam Dünyası'nda psikolojik rahatsızlıklara yaklaşımın farkını görebilmek için bu iki başlığı ayrı ayrı ele almak gerekir.

Orta Çağ - İslam Dünyası: Orta Çağ İslam Dünyası'nda alimler ve hekimler, Hipokrat ve Galen geleneğini İslami etkiler ve kendi araştırmalarının sonuçlarıyla birleştirmişlerdir (Papiasvili & Mayers, 2013a). Psikolojik rahatsızlıklar, "hastalık" olarak tanımlanmış, "Bimaristan (Bimarhane)" olarak adlandırılan hastanelerde tedavi edilmiş ve tedavide ağırlıklı olarak hidroterapi, müzik gibi yöntemlerden yararlanılmıştır (Dols, 1992). İlk hastaneler Bağdat'ta, Fes'te ve Kahire'de kurulmuştur (9. yüzyıl başında) (Dols, 1992; Papiasvili & Mayers, 2013a). 10. yüzyıldan itibaren Orta Doğu'nun önemli şehirlerinde hastanelere rastlanmaktadır. Şam ve Halep'te 1270 yılında kurulan hastanede (Papiasvili & Mayers, 2013a) ve Selçuklu İmparatorluğu döneminde Kayseri'de kurulan hastanede akıl hastalarına ayrılan bölümler bulunmaktaydı (Dols, 1992). Bu hastanelerin kurulmasına Osmanlı İmparatorluğu döneminde de devam edilmiştir (Dols, 1992). Dönemin hastanelerinden belki de en önemli-

si, Kahire'de El Melikü'l Mansur Kalavun tarafından yaptırılmış olan Mansuri Hastanesidir (Dols, 1992). Bimarhane, medrese ve türbe içeren bu hastanede, akıl hastalarının tedavisi için bibliyoterapi yaklaşımı uygulanmıştır (Papiasvili & Mayers, 2013a).

Dönemin alimleri ve hekimleri psikolojik rahatsızlıkların sınıflandırılmasına, nedenlerinin anlaşılmasına ve tedavisine önemli katkılarda bulunmuştur. Örneğin, Ebu Zeyd el-Belhi (787-886) duyguların rolüne değinmesi, özellikle korku, üzüntü ve obsesyonu tanımlaması bakımından önemlidir (Papiasvili & Mayers, 2013a). Duyguların önemine değinen bir diğer alim olan Ali Bin Abbas El-Mecusi (930-994), *Kitabü'l Meleki* isimli kitabında akıl hastalıklarına öz sıvılardaki düzensizlik gibi "doğal" (biyolojik) etmenlerin yanı sıra kişinin duygu durumu (örneğin, öfkeli, sıkıntılı, kaygılı ya da tutkulu bir biçimde aşık olması), aktivite ve dinlenme düzeyi ve çevresel etkenler gibi "doğal olmayan" (biyolojik olmayan) faktörlerin de katkıda bulunduğunu öne sürmüştür (Dols, 1992). 900'lerde yaşamış olan İshak bin İmran ise kayıp, ayrılık gibi yaşam olaylarının melankoliye yol açabildiğini belirtmiştir. İshak bin İmran ayrıca, "doğal" ve "doğal olmayan" ayrımını tedavi yaklaşımına da uygulamış ve "doğal olmayan" etmenlerin yol açtığı durumlar için telkin, müzik gibi yöntemlere başvurulması gerektiğini savunmuştur (Dols, 1992).



Şekil 4. Kahire'de El Melikü'l Mansur Kalavun tarafından yaptırılmış olan Mansuri Hastanesinde akıl hastalarının tedavisi için bibliyoterapi yaklaşımı uygulanmıştır.

Bağdat'taki hastanede akıl hastalarını tedavi eden birimin başkanı olan Ebu Bekir El-Razi (865-925), psikolojik rahatsızlıkların demonoloji ve batıl inançlarla açıklanmasına karşı çıkmıştır (King, Woody ve ark., 2013; Papiasvili & Mayers, 2013a). El-Razi, psikolojik rahatsızlıkların tedavisinde umudu korumanın (Papiasvili & Mayers, 2013a), dikkatin yönünü değiştirmenin ve ilaç tedavisinin öneminden bahsetmesi bakımından da önemlidir (King, Woody ve ark., 2013).

Orta Çağ'da tıp denildiğinde akla gelen en önemli isim şüphesiz İbn-i Sina'dır (980-1037). *El-Kanun Fi't Tıbb (Tıp Prensipleri)* isimli kitabı altı ciltlik ansiklopedik bir eser olup tıbbın genel ilkelerinden çeşitli hastalıkların detaylı tasvirlerine ve ilaç formüllerine kadar kapsamlı bir içerik sunar (Dols, 1992). Yunan, Roma ve İslam dünyasındaki bilgileri sentezleyen bu kitap, ardından gelen beş yüzyıl boyunca Avrupa'da tıp alanında bir standart oluşturmuş (Papiasvili & Mayers, 2013a) ve günümüze kadar ulaşmıştır.

İbn-i Sina, psikolojik rahatsızlıklarla da yakından ilgilenmiştir. Beyinde farklı bölgelerin farklı işlevlerden sorumlu olduğunu öne sürmüş ve psikolojik rahatsızlıklarda beynin oynadığı



Şekil 5. İbn-i Sina'nın (980-1037) *El-Kanun Fi't Tıbb (Tıp Prensipleri)* adlı altı ciltlik eseri, ardından gelen beş yüzyıl boyunca Avrupa'da tıp alanında bir standart oluşturmuş ve günümüze kadar ulaşmıştır.

rol üzerine varsayımlarda bulunmuştur (King, Woody ve ark., 2013). Örneğin, beynin ön bölgesinin algı ve sağduyuyu, daha arkadaki bölgelerin ise bellek işlevlerini kontrol ettiğini belirtmiştir (King, Woody ve ark., 2013). *El-Kanun Fi't Tıbb* kitabında, beyin rahatsızlıkları ve duyuların işlevlerinin zarar görmesiyle ilgili detaylı açıklamalar bulunur. Örneğin, kitabın üçüncü bölümünde freni (çeşitli beyin hastalıkları için kullanılan bir tabir olup günümüzde kullanılmamaktadır) ve deliryum, dördüncü bölümünde ise uyku bozuklukları, bellek problemleri, mani ve melankoli gibi birçok durumu semptomları, etiyolojisi ve tedavisiyle birlikte ele alır (Dols, 1992).

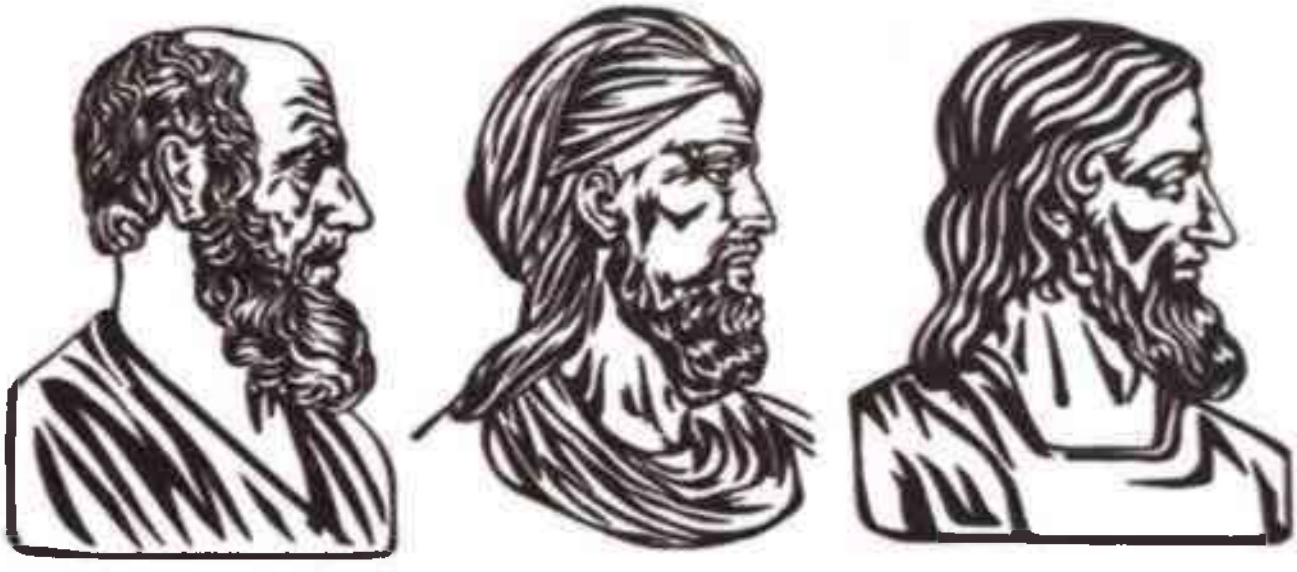
İbn-i Sina, psikolojik rahatsızlıkların tedavisinde fizyolojik ve psikolojik yaklaşımların birlikte uygulanmasının önemine dikkat çekmiştir (Papiasvili & Mayers, 2013a). Örneğin, melankoliyi tanımlarken siyah safradaki dengesizliğin düşünce yapısını değiştirdiğini, bu rahatsızlık ilerledikçe tedavi edilmesinin zorlaştığını ve çeşitli ilaç tedavilerinin yanı sıra hastanın neşelenmesinin, temiz hava almasının, müzik dinlemesinin gerekli olduğunu belirtmiştir (Dols, 1992). Son olarak İbn-i Sina "kara sevdayı" hastalık olarak tanımlamış, hastalığın semptomlarının melankoliye benzemekle birlikte delüzyonel bir durum da içerdiğinden söz etmiştir (Dols, 1992).

Orta Çağ - Avrupa: Avrupa'da, Orta Çağ'ın özellikle erken dönemlerinde, anormal davranış şeytani ve ilahi doğa üstü güçlerin etkileri ile açıklanıyor ve cadılıkla ilişkilendiriliyordu. Bu nedenle anormal davranışın kontrol altına alınması, kilisenin yetki alanı içerisinde yer alıyordu (Papiasvili & Mayers, 2013a). Kilisenin uyguladığı yöntemler, dini ayinleri (örneğin; dualar, ilahiler vb.) ve şeytan çıkarma uygulamalarını içeriyordu (Bennett, 2006). Şeytan çıkarma yöntemleri, kişiye ahlaki davranış kazandırma amacıyla başvurulan görece ılımlı yöntemlerden (örneğin; oruç tutma, dua etme), aç bırakma ya da kırbaçlama gibi son derece radikal yöntemlere kadar değişebiliyordu. Radikal yöntemlerin arka planındaki varsayım, şeytan tarafından ele geçirildiği düşünülen bedenin acı çekmesi, böylelikle kötü ruhların rahatsız olup bedeni terk etmesiydi (Bennett, 2006; Papiasvili & Mayers, 2013a). Bazı durumlarda ise şeytani güçler tarafından ele geçirildiği ve cadı olduğu düşünülen kişinin yakılarak öldürülmesi söz konusuydu (Papiasvili & Mayers, 2013a).

Orta Çağ'ın sonlarına doğru, demonoloji yükselişe geçmiş ve sistematik hale gelmiştir (King, Woody ve ark., 2013; Papiasvili & Mayers, 2013a). Bu sürece katkıda bulunan en önemli etken, 1487 yılında demonolojinin baş yapıtı olarak kabul edilen *Malleus Maleficiarum*'un yayınlanmış olmasıdır (The Witches' Hammer, Türkçeye *Cadı Çekici* olarak çevrilmiştir).

Papa İnnocent VIII tarafından görevlendirilen, engizisyonda görevli iki manastır keşişi ve teoloji profesörü tarafından yazılan bu kitap, cadıların nasıl tanınacağı ve nasıl yargılanıp cezalandırılacağı ile ilgili detaylı açıklamalar içeriyordu (King, Woody ve ark., 2013). Kitabın yazılma amacı "kendilerini şeytana teslim eden" kişilerin tespit edilmesi, yargılanması, böylelikle toplum üzerinde sosyal kontrol uygulanmasıydı (King, Woody ve ark., 2013). Nitekim *Malleus Maleficiarum*'un Avrupa'da birçok dile çevrilmesi ve yaygın bir biçimde uygulanmasıyla birlikte sadece psikolojik rahatsızlıkları olan kişiler değil (Papiasvili & Mayers, 2013a), muhalif ya da ahlaken yozlaşmış olduğu düşünülen kişiler, yani başka bir deyişle her tür "anormal" davranış, hedef hâline gelmişti (King, Woody ve ark., 2013). Örneğin, Johann Weyer isimli bir hekim, 1563 yılında yayınladığı *Büyü Üzerine (On Magic)* isimli kitabında, cadı olarak nitelendirilen kişilerin çoğunlukla yaşlılardan, kadınlardan ve psikolojik rahatsızlığı olan kişilerden oluştuğunu öne sürmüş ve bu görüşleri nedeniyle kendisi de cadılıkla suçlanmıştır (Dreher, 2013). Orta Çağ ve Rönesans Avrupa'sını kasıp kavuran cadı avları, 18. yüzyılın sonuna dek sürmüştür (King, Woody ve ark., 2013)

Orta Çağ'da Avrupa'da demonoloji yaygın olmasına rağmen tıbbi gelişmeler de söz konusuydu. İbn-i Sina'nın kitabı *El-Kanun Fi t Tıbb* Latinceye çevrilmiş ve Orta Çağ hekimleri için müfredat oluşturmuştu (Papiasvili & Mayers, 2013a). Hipokrat, Galen ve İbn-i Sina tarafından geliştirilen öz sıvı (humor) teorisi, psikolojik rahatsızlıklar için kabul gören yaklaşımdı. Tedavi için müzik, dengeli beslenme, bitkisel tıp ve hacamat, kan verme gibi klasik yöntemlere başvuruluyordu (Papiasvili & Mayers, 2013a). Teolojik ve tıbbi yaklaşımları sentezleyen uygulamalarla da karşılaşılıyordu. Örneğin, psiko-cerrahinin en erken ve ilkel örneklerinden biri olan trepanasyon (kafa tasına delik açma) ile hem öz sıvılardaki aşırılığın dengelendiği hem de şeytani güçlerin kovulduğu düşünülüyordu (Papiasvili & Mayers, 2013a).



Şekil 6. Hipokrat, Galen ve İbn-i Sina tarafından geliştirilen öz sıvı (humor) teorisi, Orta Çağ'da Avrupa'da psikolojik rahatsızlıklar için kabul gören tıbbi yaklaşımdı.



Şekil 7. Psiko-cerrahinin en erken ve ilkel örneklerinden bir olan trepanasyon (kafa tasına delik açma) ile hem öz sıvılardaki aşırılığın dengelendiği hem de şeytani güçlerin kovulduğu düşünülüyordu.



Şekil 8. 1247 yılında Londra'da açılan St. Mary of Bethlehem Hastanesi, kurulduğu ilk yıllarda birçok akıl hastasına sığınak olmuş, ancak 17. yüzyıla gelindiğinde hastaların insanlık dışı muamelelere maruz kalmaları nedeniyle tımarhane anlamına gelen "bedlam" adıyla anılmaya başlamıştır.

Orta Çağ'ın sonlarına doğru kilisenin otoritesinin zayıflamasıyla birlikte psikolojik rahatsızlıklar yeniden tıbbın yetki alanı içerisine girmiş, akıl hastaneleri ve sığınma evleri (asylum) kurulmuştur (Bennett, 2006). Kurulduğu ilk yıllarda akıl hastalarına insani yaklaşımın görüldüğü bu kurumlar, akıl hastaları için bir tür sığınak görevi görmüştür (Papiasvili & Mayers, 2013a). Ancak ilerleyen yıllarda bu kurumların aşırı kalabalık hâle gelmesi, buna karşılık psikolojik rahatsızlıkların etkili bir biçimde tedavisinin henüz bilinmiyor olması, insanlık dışı uygulamaların yaygınlaşmasına neden olmuştur (Bennett, 2006). Bu durumun bilinen en meşhur örneği, 1247 yılında Londra'da açılan St. Mary of Bethlehem Hastanesidir. Kurulduğu ilk yıllarda birçok akıl hastasına sığınak olan bu hastane (Papiasvili & Mayers, 2013a), 17. yüzyıla gelindiğinde hastaların zincirlendiği, izole edildiği, hatta hastaneye yapılan "turistik" gezilerde teşhir edildiği bir yer hâline gelmiş, bu nedenle tımarhane anlamına gelen "bedlam" adıyla anılır olmuştur (Bennett, 2006).

Rönesans

Rönesans, bireyselciliğin yükselişe geçtiği, insanların kendi hayatlarına daha fazla iç görüyle yaklaştıkları ve bedenle zihin arasındaki ilişkinin anlaşılmaya çalışıldığı bir dönemdir (Dreher, 2013). Sir Francis Bacon, 1620 yılında, bireysel vakaların anlaşılması için detaylı bir gözlem yapılması gerektiğini vurgulamış, bunun yanı sıra duygular, uyku, rüyalar, zihinsel işlevler ve bellek gibi konuların araştırılması gerektiğini öne sürmüştür. Bütün bu başlıklar günümüz modern psikoloji biliminin çalışma konularıdır (Dreher, 2013).

Rönesans döneminde, İlk Çağ düşünürlerinin öne sürdüğü "denge" kavramı oldukça önemli bir hâle gelmiştir. Rönesans sanatında, felsefesinde ve edebiyatında, insan hayatı melekler ve hayvanlar arasında bir zincir konumunda olan "dengeyi" temsil eder (Dreher, 2013). Bu görüşe göre insan bilinci üç katmandan oluşmaktadır: (1) Beslenme, büyüme, çoğalma gibi ihtiyaçlarla ilgili olan bitkisel ruh (vegetal soul), (2) duyular ve tutkularla ilgili olan ve hayvanlarla ortaklaştığımız sezgisel ruh (sensible soul), (3) akıl yürütme ve irade gücüyle ilgili olup meleklerle ortaklaştığımız rasyonel ruh (rational soul). Bu durumda insanın "denge" konumunda olması, akıl ve tutku gibi iki güçlü kutup arasında yer almasını ifade ediyordu (Dreher, 2013). Akıl hastaları ise "rasyonel akıldan yoksun" olarak tanımlanmış ve zekâ geriliği olanlarla birlikte, akıl hastası olmayan kişilere kıyasla daha aşağıda konumlandırılmışlardı (Dreher, 2013).

Demonoloji, Rönesans döneminde Avrupa'da, Orta Çağ'da olduğu gibi yaygın olarak uygulanıyordu (Dreher, 2013). Ancak hem felsefe hem de bilim dünyasında bu durum eleştirilmeye başlanmıştı. Örneğin, Baruch Spinoza (1632-1677) ve Rene Descartes (1596-1650), psikolojik rahatsızlıkların demonoloji ile açıklanmasına karşı çıkarak davranışı etkileyen faktörlerin doğal etmenlerle açıklanabileceğini savunmuşlardır (King, Woody ve ark., 2013). Bu görüşler, 18. ve 19. yüzyılda ruh sağlığı alanında esen reform rüzgarlarının başlangıcıdır.

18-19. Yüzyıl ve Ruh Sağlığı Alanında Reform

Orta Çağ ve Rönesans döneminde akıl hastalarının içinde bulunduğu koşullar düşünüldüğünde günümüzde hâlen varlığını sürdüren ayrımcı tutumlar ve damgalamanın kökenleri daha iyi anlaşılır. 17. yüzyıl sonlarına doğru akıl hastaları; alay konusu olan, teşhir edilerek ucube muamelesi gören, korkulan ve toplumun genelinden hem fiziksel hem de psikolojik olarak izole edilerek adeta tiksinilen bir nesneye dönüşür (King, Woody ve ark., 2013; Overton & Medina, 2008). 18. yüzyıla gelindiğinde, yüzyıllarca süren demonoloji uygulamalarına ve akıl hastalarına yönelik insanlık dışı muamelelere yönelik eleştiriler artar. 18. yüzyılın sonlarına doğru psikiyatrinin ayrı bir bilim dalı olarak tanınmaya başlanması, psikolojik rahatsızlıkların kilisenin yetki alanından çıkıp yeniden bilimin yetki alanına girdiğinin en önemli göstergesidir (Bennett, 2006; Papiasvili & Mayers, 2013b). Ancak bu geçiş süreci sancılı olmuş ve birtakım sınıfsal farklılıklar ortaya çıkmıştır. Örneğin, Almanya'da üst sınıftaki kişiler ilaçla tedavi edilirken alt sınıftaki kişiler demonoloji uygulamalarına maruz kalmaya devam etmiştir (Dreher, 2013). Benzer bir durum sanayi devrimi döneminde de yaşanmıştır. 19. yüzyılın ilk yarısında Avrupa, İngiltere ve Amerika'da akıl hastanelerinin sayısı artmış, ancak artan nüfusla birlikte akıl hastaneleri kapasitelerinin üzerinde hizmet vermek zorunda kalmış ve daha çok sayıda nitelikli personel ihtiyacı ortaya çıkmıştır (Papiasvili & Mayers, 2013b). Akıl hastanelerinin koşullarının yeniden kötüleştiği bu dönemde üst sınıfın özel kliniklerde, alt sınıfın ise akıl hastanelerinde tedavi edildiğini görüyoruz (Shorter, 2005). Psikolojik rahatsızlıkları olan kişilerin büyük akıl hastanelerinde tedavi altına alınması, her ne kadar Orta Çağ ve Rönesans dönemi koşulları düşünüldüğünde devrim niteliğinde bir gelişme olarak kabul edilse de ekonomik nedenler, psikiyatrinin henüz tedavi ihtiyacına yanıt veremiyor olması ve anormal davranışı olan bireylere yönelik tutumlar, hastaların bu kurumlarda insanlık dışı muamelelere maruz kalmaları ve toplumdan tamamen izole edilmeleri ile sonuçlanmıştır. Bu durum, 19. ve 20. yüzyılda ruh sağlığı alanının en büyük tartışma konusu hâline gelmiştir (Scull, 2006).

İngiliz hekim William Battie (1703-1776), 1758 yılında yayınladığı *Akıl Hastalığı Üzerine Bir İnceleme (A Treatise on Mental Illness)* isimli kitabında, akıl hastanelerindeki uygulamaları eleştirmiş ve hastaların insani koşullarda tedavi görmeleri gerektiğini öne sürmüştür (Kılıç, 2013). Battie'den yaklaşık 30 yıl sonra William Tuke (1732-1822), akıl hastalarının kapatılmasına, zincirlenmesine ve ciddi miktarda kan alma (bleeding) gibi uygulamalara karşı çıkmıştır (King, Woody ve ark., 2013). Tuke, İngiltere'nin York şehrinde akıl hastanelerine alternatif bir şifa yurdu açma girişiminde bulunur. 1796 yılında açılan York Retreat'te, hastaların doğa ile iç içe oldukları, temiz hava alıp dinlendikleri, çeşitli aktivite, uğraş ve eğitim faaliyetlerine katıldıkları, hastaların öz kontrollerini yeniden kazanmalarının hedeflendiği terapötik bir ortam sağlanır (King, Woody ve ark., 2013; Papiasvili & Mayers, 2013b).

Philippe Pinel (1745-1826), Fransa'da akıl hastalarının daha insani koşullarda tedavi olmaları için mücadele eden bir başka önemli isimdir (King, Woody ve ark., 2013; Shorter, 2005). Pinel, Paris Bicêtre ve Salpêtrière hastanelerinde akıl hastalarının içinde bulunduğu korkunç koşullarla karşılaşmıştır. Bu koşulların değişmesi için çözüm arayışları içerisine girmiş ve hükümetin desteğine başvurmuştur. Her ne kadar başlangıçta kendi merhametinin kurbanı olmaması uyarısıyla karşılaşmışsa da, uğraşları sonucunda hükümet desteğini alarak hastaların zincirlerden kurtulmalarını, bahçeye çıkıp temiz hava almalarını, temiz yatakhanelerde kalmalarını ve çeşitli terapötik aktivitelere katılmalarını sağlamıştır (King, Woody ve ark., 2013). Pinel, aynı zamanda hasta ve doktor arasındaki terapötik ilişkinin önemine dikkat çekmiş ve tedavinin hastaların öz kontrol becerilerini yeniden kazanmalarını hedefleyecek şekilde düzenlenmesini önermiştir (Papiasvili & Mayers, 2013b). Pinel'in girişimleri ruh sağlığı alanında oldukça ses getirmiş ve bu dönemdeki reform uygulamaları "Pinel Reformları" adıyla da anılır hale gelmiştir.

İtalya'da Vincenzo Chiarugi (1759-1820) ve Almanya'da Johann Christian Reil (1759-1813), akıl hastalarının tedavisinde; psikodrama, uğraş terapisi, duyguların dışavurulması gibi yöntemlere başvurarak reform hareketine katkıda bulunmuşlardır.

Amerika'da modern psikiyatrinin kurucusu kabul edilen Benjamin Rush (1745-1813), psikolojik rahatsızlıkların fizyolojik nedenlerle açıklanması gerektiğini savunmuştur (King, Woody ve ark., 2013). Rush'un bazı yöntemleri tartışmalıdır; örneğin, hastanın kol ve bacaklarının bağlandığı ve başının bir parça ile sabitleştirildiği bir sandalye tasarlamış (sakinleştirme sandalyesi - tranquilizing chair) ve bu sandalyenin deli gömleğinden daha insani olduğunu öne sürmüştür (King, Woody ve ark., 2013). Öte yandan Rush, akıl hastalarının bireysel, sosyal, temizlik ve uğraşı ihtiyaçlarının olduğuna vurgu yapması ve kendi döneminde hastaların bu ihtiyaçlarının karşılanması için mücadele etmesi bakımından önemlidir (King, Woody ve ark., 2013; Papiasvili & Mayers, 2013b).

Yukarıda anılan isimler, ruh sağlığı alanında insani yaklaşım uygulamalarını gerçekleştirmeleri bakımından oldukça önemlidir. Ancak bu kişilerin çabaları kendi alanları ile sınırlı kalmış, sadece üst sınıfa mensup kişilerin erişebildikleri imtiyazlar hâlini almış ve toplumsal bir harekete dönüşmemiştir (King, Woody ve ark., 2013). 19. yüzyılda ruh sağlığında reformun toplumsal bir harekete dönüşmesi ve alt sınıftaki kişilerin de insani uygulamalara erişebilmeleri Dorothea Lynde Dix (1802-1887) ile gerçekleşmiştir (King, Woody ve ark., 2013; King, Niess, Maddi & Perkins, 2013; Papiasvili & Mayers, 2013b).

Boston'da öğretmen olan Dix, 1841 yılında geçici süreliğine öğretmenlik yapmak üzere gittiği bir cezaevinde mahkumların içinde bulundukları olumsuz koşulları gözlemleme imkânı bulur (Papiasvili & Mayers, 2013b). Akıl hastaları ve zihinsel yeti eksikliğine sahip olan kişilerin, diğer mahkumlarla birlikte aşırı kalabalık, olumsuz hijyen koşullarına sahip ve ısıtılmayan koğuşlarda kaldığını görür (King, Woody ve ark., 2013). Bu durum karşısında oldukça etkilenen Dix, cezaevi müdürüyle görüşür ancak mahkumların bu koşulları ayırt etme kapasitelerinin olmadığı, ayrıca bu koşulları hak ettikleri yanıtını alır. Bunun üzerine cezaevi yönetimine dava açan Dix, davayı kazanır ve elde ettiği bu başarının ardından Massachusetts'te bütün akıl hastanelerindeki ve cezaevlerindeki olumsuz koşulların iyileştirilmesi için bir çalışma başlatır (King, Woody ve ark., 2013). Senator Charles Sumner gibi bazı politikacıların da desteğini alarak akıl hastalarının tedavisi için daha fazla ödenek ayrılmasını sağlar. Benzer yöntemi 40 yıl boyunca diğer eyaletlerde de uygulamıştır (detaylı araştırma yapma, önerge hazırlama, politikacıların desteğini alma ve ödenek talep etme). Dix'in uğraşları sonucunda ülkedeki birçok akıl hastanesi ve cezaevinin koşulları iyileştirilmiş, zihinsel yeti eksikliği olan çocuklar için özel eğitim kurumları açılmış ve ruh sağlığı alanında nitelikli personel yetiştirilmesi için okullar kurulmuştur (King, Niess ve ark., 2013; King, Woody ve ark., 2013). Ancak ne yazık ki savaşlarla beraber gelen ekonomik sıkıntılar, akıl hastanelerinin ve cezaevlerinin koşullarının yeniden kötüleşmesi ile sonuçlanmıştır (King, Woody ve ark., 2013). Nitekim ruhsal rahatsızlığı olan kişiler tarih boyunca toplumun en zayıf halkalarından biri olmuş ve savaş, doğal afet ya da ekonomik kriz gibi koşullarda ödeneklerin kısıtlanması ilk olarak ruh sağlığı alanını etkilemiştir (Bennett, 2006). Ekonomik kısıtlamalar, nitelikli ve yeterli sayıda personel istihdamını ve insani bakım koşullarının sağlanmasını olanaksız hâle getirir. Bu durum ise hastaların şiddet, istismar ve ihmalle karşılaşmaları ile sonuçlanır. Bunun örneklerine ne yazık ki günümüzde dahi rastlamak mümkündür.



Şekil 9. On dokuzuncu yüzyılda ruh sağlığında reformun toplumsal bir harekete dönüşmesi ve alt sınıftaki kişilerin de insani uygulamalara erişebilmeleri Dorothea Lynde Dix (1802-1887) ile gerçekleşmiştir.

20. Yüzyıl

Shorter (2005), 19. ve 20. yüzyılda psikiyatri tarihini üç döneme ayırır: (1) Akıl hastanelerinin sayısının arttığı ve biyolojik yaklaşımın ön planda olduğu dönem (1770-1870), (2) Psikojenik akımın ve psikanalitik psikoterapinin ruh sağlığı alanında hâkim olduğu dönem (1870-1970) ve (3) 1970'lerden sonra psikofarmakolojideki gelişmelerle birlikte biyolojik psikiyatrinin yeniden ön plana çıktığı dönem. 19. yüzyılda akıl hastanelerinin koşullarıyla ilgili reform tartışmalarına yer vermiştik. Ancak psikojenik akımın yükselişinden söz etmeden önce 19. yüzyılın sonu ve 20. yüzyılın başında biyoloji, genetik ve psikiyatri alanındaki gelişmelerden söz etmek gerekir.

19. yüzyıl sonu ve 20. yüzyılın başında biyolojik psikiyatri: Psikiyatride, ayrı bir bilim dalı olarak tanındığı ilk zamanlardan beri süren "somatojenik/biyolojik" ve "psikojenik/psikososyal" tartışması, günümüzde hâlen devam eden en önemli tartışmalardan biridir. Somatojenik (ya da biyolojik) yaklaşım, psikolojik rahatsızlıkların nedenlerini beyinde gerçekleşen değişimlerle açıklamaya çalışır (Bennett, 2006; Papiasvili & Mayers, 2013b). Psikojenik (ya da psikososyal) yaklaşım ise psikolojik rahatsızlıkların içsel çatışmalar gibi psikolojik nedenlerden kaynaklandığını öne sürer (Bennett, 2006).

19. yüzyılda, beyin araştırmalarına yönelik ilgi artmıştı. 1887'de Rus hekim Sergei Korsakoff'un "Korsakoff Sendromunu" tanımlaması, Pierre Paul Broca ve Carl Wernicke'nin yaptığı çalışmalarla beyinde belli bölgelerin belli işlevleri kontrol ettiğini öne sürmeleri nörofizyoloji araştırmalarının en önemli örnekleridir (Papiasvili & Mayers, 2013b). Modern nörolojinin kurucusu olarak kabul edilen Martin Charcot'un Multiple Skleroz hastalığını tanımlaması ve Alois Alzheimer'ın Alzheimer hastalığına yol açan plak oluşumunu keşfetmesi de bu dönemin önemli gelişmelerindendir.

20. yüzyılın başında ruh sağlığında biyolojik yaklaşımın en önemli temsilcilerinden biri Wilhelm Wundt'un öğrencilerinden olan Emil Kraepelin'dir (Bennett, 2006; Papiasvili & Mayers, 2013b). Freud ile aynı yılda dünyaya gelen Kraepelin, psikanalize şiddetle karşı çıkmış, psikanalizi bilimden ziyade sanat olarak tanımlamış ve psikolojik rahatsızlıkların biyolojik nedenlerle açıklanması görüşünü savunmuştur (King, Woody ve ark., 2013). Kraepelin, psikolojik rahatsızlıkların sınıflandırılması üzerine yaptığı kapsamlı çalışmalarla bilinmektedir (Carlson, 2013). Bu çalışmalar özellikle manik depresif psikoz (bipolar bozukluk) ve Kraepelin'in prematüre bozulma anlamına gelen "dementia praecox" olarak isimlendirdiği şizofreni hastalığı hakkında detaylı açıklamalar içermektedir (King, Woody ve ark., 2013). Alman nörolog Alois Alzheimer'ın Alzheimer hastalığını bütün yönleriyle tanımladığı çalışmasının öncesinde, Kraepelin "yaşlılık öncesi demans (pre-senile dementia" üzerine klinik araştırmalar yapmıştır. Alzheimer 1907 yılında klasik araştırmasını yayınladıktan sonra Kraepelin, meslektaşını onurlandırmak adına bu hastalığa "Alzheimer Hastalığı" adını vermiştir (King, Woody ve ark., 2013). Kraepelin, ilaçların psikolojik rahatsızlıklar üzerindeki etkileriyle ilgili yaptığı çalışmalarıyla psikofarmakolojinin gelişmesine de katkıda bulunmuştur (Bennett, 2006).

20. yüzyılın ilk yarısında psikolojik rahatsızlıkların biyolojik tedavisi, ağırlıklı olarak barbiturat tedavisini (merkezi sinir sisteminde depresan görevi gören, bağımlılık potansiyeli olan ilaç grubu), Elektro Konvülsif Terapiyi (EKT; özellikle majör depresyon tedavisinde yaygın olarak kullanılmıştır) ve psiko-cerrahiyi içeriyordu. Şizofreni, bipolar bozukluk gibi rahatsızlıkların etkili biyolojik tedavisinden söz etmek ise mümkün değildi (Papiasvili & Mayers, 2013b).

Psiko-cerrahinin (psychosurgery) modern anlamda ilk örneği, 1930'larda Portekizli iki nörolog (Egas Moniz ve Almeida Lima), psikolojik rahatsızlıkların (nevrozların) tedavisi için frontal loba cerrahi müdahalede bulunmalarıdır (Bennett, 2006). Daha sonra "lobotomi" olarak isimlendirilen bu yöntem, 1960'lara dek oldukça yaygınlaşmıştı. Malizia (2000, aktaran: Bennett, 2006), 1936-1961 yılları arasında İngiltere'de 10.000'in üzerinde hastaya lobotomi uygulandığını, bu kişilerden şizofreni hastası olan %20'lik ve depresyon hastası olan %50'lik kesimin fayda gördüğünü, ancak hastaların yaklaşık %60'ında problemli bir kişilik değişimi yaşandığını belirtmiştir. Bütün bu sorunlara rağmen lobotomiyi savunan hekimlerin en

önemli gerekçesi, başka bir etkili tedavi seçeneğinin olmayışıydı (Bennett, 2006). 1950'li yıllardan itibaren gerçekleşen psikofarmakolojik devrimle birlikte, özellikle 1970'lerden itibaren lobotomi uygulaması terk edilmiştir (Bennett, 2006).

20. yüzyılda biyolojik psikiyatri alanındaki önemli gelişmelerden biri nörotransmiterlerin keşfedilmesidir. 1936 yılında farmakolog Otto Loewi, asetilkolini keşfetmiş ve Nobel ödülüne layık görülmüştür (King, Woody ve ark., 2013). Otto Loewi'nin çalışmalarının ardından diğer nörotransmiterlerin keşfedilmesine yönelik araştırmalar artmıştır. Bu çalışmalar, 20. yüzyılın ikinci yarısında gerçekleşen psikofarmakolojik devrime zemin hazırlamıştır (King, Woody ve ark., 2013).



Şekil 10. 1936 yılında farmakolog Otto Loewi, asetilkolini keşfetmiş ve bu çalışmasıyla Nobel ödülüne layık görülmüştür.

Bir diğer önemli gelişme ise genetik araştırmalarıdır (King, Niess ve ark., 2013). Davranışsal genetik araştırmalarından elde ettiğimiz bilgi birikimi sayesinde bugün, belli genlerin doğrudan psikolojik rahatsızlıklara yol açmadığını (Bennett, 2006), çok sayıda genin birbirleriyle ve çevresel faktörlerle etkileşime geçerek nörotransmiter aktivitelerini etkilemeleri sonucunda psikolojik rahatsızlıklara katkıda bulunduğunu biliyoruz (Kring, Johnson, Davison & Neale, 2014). Ancak 20. yüzyılın ilk yarısı, her türlü anormal davranışın (psikolojik rahatsızlıklar, zekâ geriliği, suç davranışı vb.) kalıtsal olduğu ile ilgili oldukça güçlü tartışmalara sahne olmuştur (Bennett, 2006; King, Niess ve ark., 2013). Bu tartışmalar, dönemin toplumsal ve politik ortamında "öjenik akımının (eugenics)" ortaya çıkmasına yol açmıştır. Öjenik akımı; akıl sağlığı, zekâ, işlevsellik vs. açısından daha kötü durumda olan kişilerin toplumun ilerlemesini engellediği (King, Niess ve ark., 2013), anormal davranışa yol açan genlere sahip kişilerin çocuk sahibi olmalarının önlenmesi ile toplumu olumsuz etkileyen anormal davranışların da önlenebileceği varsayımına dayanıyordu (Bennett, 2006). Bu varsayım doğrultusunda Avrupa'nın birçok yerinde, İngiltere'de ve Amerika'da belli gruplara yönelik doğum kontrol ve sterilizasyon programları uygulanmıştır (Bennett, 2006).

19. yüzyıl sonu ve 20. yüzyılın başında psikojenik yaklaşım: 19. yüzyılın sonlarından itibaren psikanalitik yaklaşımın ortaya çıkması ve psikolojinin (aynı zamanda anormal psikolojinin) bir bilim dalı olarak gelişmesiyle birlikte, psikolojik rahatsızlıkların temel nedeninin "psikolojik" olduğunu öne süren açıklamalar ön plana çıkmıştır (Bennett, 2006; King, Niess ve ark., 2013). Psikojenik yaklaşımın temsilcileri denildiğinde ilk olarak 18. yüzyıl sonlarına geri dönmek ve Franz Anton Mesmer'den söz etmek gerekir (Bennett, 2006; King, Woody ve ark., 2013). Bir hekim olan Mesmer (1734-1815), dönemindeki birçok kişi gibi manyetik çekime ve mıknatısların hastalıkların tedavisinde kullanılmasına ilgi duymuştur (King, Woody ve ark., 2013). Körlük, baş ağrısı, kronik ağrı gibi birçok fizyolojik durumun tedavisinde kullandığı bu yöntemin sonucunda hastaların trans benzeri bir deneyim yaşadıklarını gözlemlemiştir. Aynı yöntemi epilepsi ve histeri hastalarında da uygulayan Mesmer, Viyana'da oldukça popüler olmuş ancak bilim

camiası tarafından sert bir şekilde eleştirilmiştir. Mesmer'in yaptığı uygulamalar, Jean Martin Charcot gibi önemli isimleri etkilemiş ve modern hipnoterapinin başlangıcı olarak kabul edilmiştir (King, Woody ve ark., 2013).

19. yüzyıl sonlarında ise psikojenik akımın en önemli temsilcisi kuşkusuz Sigmund Freud'dur (1856-1939) (Bennett, 2006). Viyana doğumlu olan Freud, 1873 yılında tıp doktoru unvanını almıştır (King, Woody ve ark., 2013). Biyolojik psikiyatri üzerine bir müddet çalıştıktan sonra, içinde bulunduğu dönemde biyolojik tedavilerin etkisizliği karşısında hayal kırıklığına uğramış ve başka çözüm arayışlarına yönelmiştir (Papiasvili & Mayers, 2013b). İlk olarak Paris'te Salpetriere hastanesinde Jean Martin Charcot ile birlikte histeri vakaları üzerine çalışmıştır. Charcot ve ekibinin, tıbbi olarak açıklanamayan, fakat fiziksel semptomların görüldüğü bir rahatsızlık olan histeriyi hipnozla tedavi etme çabaları, "bilinç dışı" ve "dissosiasyon" gibi önemli bilinç durumlarını keşfetmelerini sağlamıştır. Freud, Viyana'ya geri döndüğünde, psikolojik rahatsızlıkların nedeninin bilinç dışı süreçlerden kaynaklandığı görüşü üzerine sistematik çalışmalara başlamıştır (Papiasvili & Mayers, 2013b).

1880'lerin sonunda Freud, Viyanalı başka bir hekim olan Joseph Breuer ile birlikte hipnoterapi uygulamalarına devam etmiştir. Bu süreçte, hastaların hipnoz esnasında güçlü duygusal tepkiler gösterdiklerini, bu deneyimden sonra hipnozdan çıktıklarında rahatlamış olduklarını (katarsis), ancak hipnoz altındayken serbest bir şekilde anlattıkları ile (serbest çağrışım) semptomları arasında bir ilişki kuramadıklarını gözlemlemiştir (Papiasvili & Mayers, 2013b). Bunun üzerine Freud, kendi geliştirdiği psikanalitik psikoterapide hipnoz yöntemini terk ederek serbest çağrışım yöntemine ağırlık vermiştir (King, Woody ve ark., 2013).

Emil Kraepelin ve Sigmund Freud, her ne kadar birbirine karşıt yaklaşımların öncüleri olsalar da psikiyatrinin 19. yüzyıl sonlarında yaşadığı büyük buhran döneminde yaptıkları devrim niteliğindeki çalışmalarla 20. yüzyılda ruh sağlığı alanının gelişmesine öncülük etmişlerdir. 20. yüzyılın ilk yarısında, psikanalitik yaklaşımı temel alan Anna Freud ve Erik Erikson gibi isimler Ego Psikolojisi kuramı ile, Carl Gustav Jung, Alfred Adler, Henry Stack Sullivan, Karen Horney ve Melanie Klein gibi birçok isim ise yine psikanalitik yaklaşım çerçevesinde kendi teorilerini geliştirerek bu alana önemli katkılarda bulunmuşlardır (Papiasvili & Mayers, 2013b). Psikanalitik yaklaşım, 2. Dünya Savaşı döneminde Almanya'daki psikanaliz ekolü savunucularının Amerika'ya göç etmeleriyle birlikte Amerika'da da yaygınlaşmıştır (Shorter, 2005).

Klinik psikolojinin yükselişi

Anormal psikolojinin tarihçesinden bahseden kaynaklarda çoğunlukla psikolojik rahatsızlığı olan kişilere yönelik tutumlardan ve modern psikiyatri tarihinden söz edilir. Ancak, psikolojinin kurucuları sayılan ve genelde deneysel psikoloji alanıyla birlikte anılan isimlerin de psikopatoloji ve psikoterapi tarihine çok önemli katkıları olmuştur (King, Woody ve ark., 2013). Örneğin, Gustav Theodore Fechner (1801-1887) ve Wilhelm Wundt (1832-1920) gibi isimlerin duyu ve algı üzerine yaptıkları deneysel çalışmalar, Emil Kraepelin ve Lightner Witmer gibi anormal psikoloji alanına önemli katkıları olan kişileri etkilemiştir (King, Woody ve ark., 2013; Papiasvili & Mayers, 2013b). Benzer şekilde, Ivan Pavlov (1849-1936) ve Edward Thorndike (1874-1949) gibi isimlerin öncülük ettiği davranışçı yaklaşım, 20. yüzyılın ilk yarısında hem eğitim hem de psikoterapi alanını güçlü bir şekilde etkilemiştir (King, Woody ve ark., 2013).

19. yüzyıl sonunda orta sınıfın ortaya çıkmasıyla birlikte popüler dergiler yayınlanmaya başlanmıştı. 1872 yılında yayın hayatına başlayan *Popular Science Monthly* dergisinde (aylık popüler bilim dergisi) psikolojik rahatsızlıklarla ilgili de yazıların yayınlanması, toplumun anormal psikoloji alanına yönelik artan ilgisinin bir göstergesidir (King, Niess ve ark., 2013). William James, Boston School of Psychotherapy'i (Boston Psikoterapi Okulu) bu dönemde kurmuş ve bu kurumun bilimsel psikoterapinin merkezi haline gelmesini sağlamıştır (King, Niess ve ark., 2013; King, Woody ve ark., 2013). Ardından Lightner Witmer (1867-1956), 1896 yılında Amerika'da ilk psikoloji kliniğini kurmuş ve klinik psikolojiyi "deneysel psikolojinin psikopatolojiye uygulanması" olarak tanımlamıştır (King, Niess ve ark., 2013; Papiasvili & Mayers, 2013b). Witmer 1907 yılında *The Psychological Clinic* dergisinin yayın hayatına başlamasına öncülük etmiş ve bu dergide klinik psikolojiyi yeni bir disiplin olarak tanıtmıştır (King, Woody ve ark., 2013). Witmer'e göre klinik psikoloji hem ölçme ve değerlendirmeyi hem de tedaviyi içeriyordu. Ancak klinik psikoloji alanı uzunca bir süre ölçme ve değerlendirmenin daha ön planda olduğu bir alan olmuştur (King, Woody ve ark., 2013).

20. yüzyıla yaklaşırken çocuk gelişimi ve eğitimi konularının toplumda giderek daha fazla ilgili uyandırmasıyla birlikte klinik psikoloji de öncelikli olarak çocukların değerlendirilmesi ve özel eğitim ihtiyacı olan çocukların belirlenmesi ile ilgilenmiştir (Papiasvili & Mayers, 2013b). Fransa'da Alfred Binet ve Theodore Simon'un 1905-1908 yıllarında ilk zekâ testini geliştirmeleri oldukça önemli bir gelişmedir. Birinci Dünya Savaşı'ndan itibaren psikolojide ölçme ve değerlendirme yaygınlaşmış, zekâ testlerini, kişilik testlerinin geliştirilmesi takip etmiştir (1924 yılında Rorschach Testi, 1935'te Tematik Algı Testi, 1943'te Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri yayınlanmıştır.). Böylelikle klinik psikoloji, psikolojik rahatsızlıkların değerlendirilmesinde de ön plana çıkmaya başlamıştır (Papiasvili & Mayers, 2013b).

Klinik psikoloji, 1. Dünya Savaşı'nın ardından uygulamalı bir disiplin olarak üniversitelerde yerini almaya başlamıştır. 1917 yılında Amerikan Klinik Psikologlar Birliği (American Association of Clinical Psychologists) kurulmuştur. Bu kuruluş uzun ömürlü olmamıştır, ancak 1919 yılında Amerikan Psikologlar Birliğinde (APA) klinik psikoloji biriminin açılmasına katkıda bulunmuştur (King, Niess ve ark., 2013; King, Woody ve ark., 2013). 1920'de John B. Watson'ın korkunun koşullanması üzerine yaptığı klasik çalışmalar, davranışçı psikoterapinin kilometre taşı olarak kabul edilir. Kısa bir süre içerisinde *Behavior Research and Therapy* gibi dergilerin yayın hayatına başlaması bunun en önemli göstergesidir (King, Woody ve ark., 2013).

İkinci Dünya Savaşı döneminde klinik psikoloji yeni bir ivme kazanmıştır. Shell-shock (bugün travma sonrası stres bozukluğu olarak isimlendirdiğimiz rahatsızlık) yaşayan askerlerin sayısı arttıkça giderek daha fazla sayıda psikolog, askerlere ve gazilere yönelik hem ölçme ve değerlendirme hem de tedavi hizmeti vermeye başlamıştır. Hatta klinik psikoloji eğitimi olmayan deneysel psikologlar bile bu girişime katkıda bulunmuştur (King, Woody ve ark., 2013). Amerika'da 1500 psikolog ordu mensuplarına yardımda bulunmuş, bu sayının neredeyse üç katı kadar psikolog da savaş sonrasındaki dönemde özel uygulamalarda klinik destek vermeye devam etmiştir (Andrews & Dreese, 1948, aktaran: King, Woody ve ark., 2013). Savaş sonrası dönemde Carl Rogers ve Victor Frankl gibi isimlerin öncülük ettiği hümanistik ve varoluşçu psikoterapi yaklaşımları ortaya çıkmış, özellikle travma alanında çalışan psikologlar uygulamalarını çoğunlukla psikodinamik ve hümanistik yaklaşımları birleştiren eklektik yöntemlerle yürütmüşlerdir (Papiasvili & Mayers, 2013b).

İkinci Dünya Savaşı'nın ardından klinik psikolojiye yönelik ilgi artmış, buna karşılık APA'da lisans üstü akreditasyon standartları oluşturulmuştur (King, Woody ve ark., 2013). Bu gelişmeleri, 1949 yılında klinik psikoloji eğitiminde bilim insanı - uygulamacı modelinin (scientist-practitioner model) bir standart hâline gelmesini sağlayan Boulder konferansı, 1953 yılında klinik araştırma ve uygulamalarında etik yönetmeliğin oluşturulması ve *Journal of Clinical Psychology* gibi prestijli bilimsel dergilerin yayın hayatına başlaması takip etmiştir (King, Woody ve ark., 2013).

Psikofarmakolojide devrim

20. yüzyılın ilk yarısında, psikiyatri çoğunlukla psikotik hastalıklara odaklanmıştı (Papiasvili & Mayers, 2013b). Ancak farmakolojik tedaviler bu hastaların semptomlarında belirgin bir değişime yol açmıyordu (Papiasvili & Mayers, 2013c). Diğer rahatsızlıklar için, nevrozlar ve kişilik bozuklukları üzerine yoğunlaşan psikanalitik tedavi seçeneği mevcuttu (Papiasvili & Mayers, 2013b). Fakat psikanaliz uzun süreli olması nedeniyle pahalıydı, dolayısıyla ancak üst sınıfın erişebildiği bir tedavi seçeneğiydi (Papiasvili & Mayers, 2013c). Bu durum, 1950'lerin öncesinde psikiyatriyi ciddi bir açmazın içinde bırakmıştı (Papiasvili & Mayers, 2013c).

Psikiyatrinin bu açmazdan kurtulmasını sağlayan gelişme, hiç beklenmedik bir yerden geldi (Papiasvili & Mayers, 2013c). 1951 yılında Fransız cerrah Henri Laborit, anesteziyi etkinleştirmek için antihistaminik olarak kullandığı ilaçlardan birinin (klorpromazin) hastaları sakinleştirdiğini gözlemlemiştir (Bennet, 2006). Yapılan deneysel çalışmaların ardından, klorpromazin (piyasa adıyla Largactil ya da Thorazine) çok hızlı bir biçimde piyasaya sürülmüş ve özellikle delüzyon, halüsinasyon ve ajitasyon gibi semptomların tedavisi için ilk seçenek hâline gelmiştir (Shorter, 2005). Elde edilen bu başarının ardından 20. yüzyılın ikinci yarısında psikofarmakoloji araştırmaları önemli bir ivme kazanmış ve yıllar içerisinde psikolojik rahatsızlıkların tedavisi için daha etkili, daha güvenli ve daha az yan etkiye yol açan ilaç tedavileri geliştirilmiştir (Papiasvili & Mayers, 2013c; Shorter, 2005). Bütün bu gelişmelerin kısa vadedeki en önemli karşılığı, şüphesiz ruh sağlığı alanında "ayaktan tedavi döneminin" başlamasıdır.

Psikofarmakolojideki gelişmeler, duygudurum bozukluklarının tedavisi için de paralel bir seyir izlemiştir (Papiasvili & Mayers, 2013c). 1949 yılında Avustralyalı psikiyatrist John Cade, bipolar bozukluk tedavisinde lityumu kullanan ilk kişidir (King, Woody ve ark., 2013). Lityum, Amerika'da 1970 yılında onaylanmış ve piyasaya sürülmüştür (Papiasvili & Mayers, 2013c). Majör depresyon ve kaygı bozukluklarının tedavisinde kullanılan trisiklik antidepresanlar (örnek, İmipramin - Tofranil) ve benzodiazepin (örnek, Diazepam - Valium; ikinci sırada yer alan isimler ilaçların piyasada bilinen adlarıdır) yine 1950'li yıllarda keşfedilmiş ve 60'lardan itibaren yaygınlaşmıştır



Şekil 11. Antipsikotiklerin keşfedilmesi, psikiyatride ayaktan tedavi döneminin başlamasına yol açan önemli bir gelişmedir.

(Papiasvili & Mayers, 2013c; Shorter, 2005). Psikofarmakolojideki gelişmelerle birlikte, 1950'li yıllarda yaygın bir biçimde uygulanan EKT giderek daha az uygulanır olmuştur. Yine de EKT, günümüzde, farmakolojik tedaviye yanıt vermeyen ve yüksek intihar olasılığı bulunan depresyon hastalarının tedavisinde önerilen bir tedavi seçeneği olmaya devam etmektedir (Freeman, 1995, aktaran: Bennett, 2006).

Psikofarmakolojideki, özellikle de antipsikotik tedavisindeki, gelişmelerin iki önemli sonucu olmuştur: Birincisi, bu gelişmeler psikiyatrideki "somatojenik/psikojenik" tartışmasını yeniden gündeme getirmiştir (Shorter, 2005). 20. yüzyılın başında "psikojenik" yaklaşım baskın çıkarken, yüzyılın ikinci yarısında somatojenik ya da nörojenik yaklaşım (psikolojik rahatsızlıkların beyin kimyasındaki düzensizliklerden kaynaklandığı görüşü) ruh sağlığı alanında daha baskın çıkan görüş olmuştur (Shorter, 2005).

Psikofarmakolojik devrimin bir diğer sonucu ise toplumsaldır. Antipsikotik tedavisi ile birlikte akıl hastanelerindeki hastalar yavaş yavaş taburcu edilmeye başlanmış, ayaktan tedavi dönemine geçilmiş ve daha öncesinde akıl hastanelerine kapatılan hastalar topluma geri dönmüştür (Bennett, 2006). Bu durum, psikofarmakolojideki gelişmelerin neden bir "devrim" niteliğinde olduğunu açıklar. Ancak bu süreç beraberinde yeni sorunlar gündeme getirmiştir. Uzun yıllar kurum bakımında kalan hastaların, işlevsellliklerini ve toplum içinde yaşama becerilerini büyük oranda kaybettikleri görülmüştür (Bennett, 2006). Bu durum, hastaların bir kısmının akıl hastanelerine geri dönmeleriyle (Bennett, 2006), bir kısmının ise sokakta yaşamak durumunda kalmalarıyla ve suça yönelmeleriyle sonuçlanmıştır (Papiasvili & Mayers, 2013c). Ruh sağlığı alanında 1960'lardan 80'lere kadar olan dönem, bir geçiş süreci olmanın sancılarına sahne olmuştur.

Geçiş döneminin sancıları - Anti-psikiyatri hareketi: 1960'lı yıllara gelindiğinde, psikiyatri uygulamalarına ağır bir eleştiri niteliğindeki anti-psikiyatri hareketi üzerine yazılan yayınların sayısı artmaya başlamıştı. Anti-psikiyatri hareketi, akıl hastanelerinin koşullarından tedavilerin etkililiğinin tartışılmasına, ruh sağlığı alanındaki insan hakları ihlallerinden anormal davranış tanımının sorgulanmasına kadar varan oldukça geniş kapsamlı bir harekettir (Shorter, 2005). Örneğin, bu akımın önemli temsilcilerinden Franco Basaglia, akıl hastanelerinin adeta birer hapishaneye dönüştüğünü ve hastaların ayaktan tedavi edilmeleri gerektiğini savunmuştur (Shorter, 2005). Erving M. Goffman, akıl hastanesine kapatılmanın insan onurunu zedelediğini öne sürmüştür. Thomas Szasz, EKT'yi tartışmaya açmış, bu yöntemin hastaları korkuttuğunu, hastayı insan konumundan çıkarttığını, zaman zaman bir tedavi seçeneği olmaktan çıkıp bir tür cezalandırma aracına dönüştüğünü belirtmiştir (Bennett, 2006). Szasz'ın eleştirileri, EKT'ye onay veren bilimsel otoriteler tarafından bile haklı bulunmuş ve EKT'nin anestezi yapılmaksızın uygulanmamasına, EKT'nin sadece belli koşullarda uygulanmasına ve alternatif tedavi seçeneklerinin araştırılmasına yönelik çalışmalar başlatılmıştır (Bennett, 2006).

Anti-psikiyatri hareketi, anormal davranış tanımını da tartışmaya açmıştır. Bu konudaki temel eleştiri, psikolojik rahatsızlıkların tıbbi bir hastalık değil, toplumsal, politik ve hukuki karşılığı olan bir "mit" olduğuydu (Papiasvili & Mayers, 2013c). Örneğin, dönemin önemli filozoflarından Michel Foucault, psikiyatrinin normlara uymayan kişilere yönelik bir tür sosyal kontrol aracı olduğunu öne sürmüştür (Shorter, 2005). Ken Kesey, 1962 yılında yayınladığı *Guguk Kuşu* isimli kitabında (One Flew Over The Cuckoo's Nest), akıl hastanelerindeki has-

taların aslında hasta olmadıklarını, fakat "normlardan sapan" kişiler olduklarını ve bu nedenle ayrımcılığa uğradıklarını tartışmıştır (Papiasvili & Mayers, 2013c).

Psikolojik rahatsızlıkların tanımlanması ile ilgili en güçlü eleştirilerden biri ise, tanı kriterlerinin geçerliliğini tartışmaya açan psikolog David Rosenhan'dan gelmiştir (Papiasvili & Mayers, 2013c). Rosenhan, 1973 yılında yaptığı bir araştırmada asistanlarından bir akıl hastanesine gitmelerini ve psikotik hasta taklidi yapmalarını istemiştir. Rosenhan'ın asistanlarının gerçek hastalar oldukları düşünülmüş ve kendilerine 7-52 gün süreliğine hastane yatışı verilmiştir. Asistanlar bu süre zarfında hasta taklidi yapmayı bırakmıştır. Buna rağmen "tedavilerine" devam edilmiş ve "remisyonda" oldukları söylenerek taburcu edilmişlerdir ("Remisyonda" ifadesi, hastalığın tam olarak iyileşmediği, ileride yeniden atak geçirme olasılığının olduğu anlamına gelmektedir.). Rosenhan, daha sonra aynı çalışmayı bir başka hastane için de tekrarlayacağını söylemiştir. Bu hastane, belli bir süre boyunca gelen başvuruların bir kısmını "hasta olmadıkları ve rol yaptıkları" gerekçesiyle tedaviye almamış, ancak daha sonra Rosenhan'ın aslında bu hastaneye kimseyi göndermediği, hastaneye başvuran kişilerin ise gerçekten hasta oldukları anlaşılmıştır. Rosenhan, bu çalışmalardan yola çıkarak, tanı kriterlerinin hasta olan ve olmayanı, iyileşen ve iyileşmeyeni ayırt edemediğini öne sürmüştür (Papiasvili & Mayers, 2013c). Psikiyatrist Robert Spitzer (daha sonra APA DSM-III grubuna başkanlık etmiştir), Rosenhan'ın çalışmasını yöntem bakımından eleştirmiş, ancak psikiyatrik hastalıkların sınıflandırılmasının gözden geçirilmesi ve daha güvenilir hâle getirilmesi gerektiğini kabul etmiştir (Papiasvili & Mayers, 2013c).

Anti-psikiyatri hareketi, akıl hastanelerinin koşullarının iyileştirilmesine, ruh sağlığında etik ve insan hakları konularının sorgulanmasına, tanı kriterlerinin yeniden düzenlenmesine etki eden önemli bir harekettir (Shorter, 2005). Bu hareket, akıl hastanelerinin ayaktan tedaviye geçiş sürecinde hastaların ihtiyaçlarını gözeten uygulamaların geliştirilmesine de katkıda bulunmuştur (Papiasvili & Mayers, 2013c). Günümüze kadar gelen süreçte ruh sağlığı hizmetleri çeşitlenmiş (psikiyatri hekimi, psikiyatri hemşiresi, klinik psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi), hastaların topluma yeniden uyum sağlamalarını kolaylaştırmayı amaçlayan hizmetler başlatılmış (gündüz hastaneleri, rehabilitasyon klinikleri gibi), poliklinik faaliyetleri artmış ve hastaların ayaktan tedavi sürecinde "birleşik" tedavi seçeneklerine yönlendirilmeleri yaygınlaşmıştır (ilaç tedavisinin yanı sıra sanat ve uğraş terapisi, psikoterapi, psikoeğitim, grup terapileri gibi) (Papiasvili & Mayers, 2013c).

Sınıflandırmanın tarihçesi: 19. yüzyılın sonu ve 20. yüzyılın başına gelindiğinde psikiyatrinin ciddi bir açmaz içinde olduğundan söz etmiştik. Bu dönem aynı zamanda, psikolojik rahatsızlıkların sınıflandırılması için henüz bir standardın olmadığı dönemdi; her bir psikiyatri kitabında farklı bir sınıflandırmaya rastlamak mümkündü (Shorter, 2005). Emil Kraepelin'in, böyle bir karmaşa döneminde öne sürdüğü sınıflandırma sistemi, alanın ihtiyaçlarına yanıt vererek kısa bir süre içerisinde otorite kabul edildi (Bennett, 2006; Shorter, 2005). Kraepelin, psikolojik rahatsızlıkları semptomlarına, klinik seyirlerine ve bilinen etiyolojik özelliklerine göre gruplandırmıştır (Papiasvili & Mayers, 2013b). Birçok farklı psikoz tanısını "dementia praecox" başlığı altında toplamıştır (1908 yılında İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleuler bu başlığı "şizofreni" olarak değiştirmiştir.) (King, Woody ve ark., 2013; Shorter, 2005). Kraepelin'in sınıflandırması bugün bipolar bozukluk olarak isimlendirdiğimiz manik-depresif rahatsızlıkları, o dönemde "nevroz" başlığı altında toplanan duy-

gu durum bozukluklarını ve daha birçok rahatsızlığı içermekteydi (Papiasvili & Mayers, 2013c; Shorter, 2005).

20. yüzyılın başlangıcında ruh sağlığı alanında hakimiyeti olan psikanalitik yaklaşım ise psikolojik rahatsızlıkların sınıflandırmasına eğilmemişti. Bu yaklaşım, semptomlardan ziyade semptomlara yol açan bilinçdışı çatışmaları konu edindiği için, herkesin "iyi" ve "hasta" olma arasında yer aldığı boyutsal (dimensional) bir anlayışa sahipti (Shorter, 2005). Kategorik ve boyutsal yaklaşım tartışması, psikanalitik bakış açısından bağımsız olarak günümüzde hâlâ sınıflandırma sistemleri için geçerliliği devam eden bir tartışmadır (Kring ve ark., 2014). Bu tartışmaya, konunun sonunda yer verilecektir.

Kraepelin'in sınıflandırma sistemi, Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO) tarafından ilk kez 1909 yılında yayınlanan Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılmasına (International Classification of Diseases, ICD) temel teşkil etmiştir (Bennett, 2006). Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) ise 1952 yılında psikolojik rahatsızlıkların sınıflandırılması için kendi sistemi olan DSM'yi geliştirmiştir (Bennett, 2006). DSM'nin ilk iki versiyonu, çok sayıda kategori içermesi (Papiasvili & Mayers, 2013c) ve ağırlıklı olarak psikanalitik terminolojiden yararlanıldığı için tanı kriterlerinin muğlak olması bakımından eleştirilmiştir (King, Woody ve ark., 2013).

1970 yılında Amerikan psikiyatrisi, Kraepelin'in 1880 yılında karşı karşıya olduğu krize benzer bir kriz içerisindeydi (Papiasvili & Mayers, 2013c). Tanı kriterlerinin geçerliliğini sorgulayan önemli tartışmalara yanıt olarak, psikiyatrist Robert Spitzer'in başkanlığında toplanan bir grup psikiyatrist, 1980 yılında DSM-III'ü yayınladı (Shorter, 2005). DSM-III'te, önceki versiyonlardan oldukça farklı olarak, belli bir psikolojik rahatsızlığın tanısını almak için gerekli olan koşullar açık ve net bir biçimde tanımlanmıştı (Shorter, 2005).

Psikolojik rahatsızlıkların anlaşılmasındaki gelişmelere paralel olarak, tanı kriterlerini daha geçerli ve güvenilir hâle getirmek amacıyla ve ruh sağlığı alanında ortaya çıkan yeni ihtiyaç ve gündemlere yanıt verebilmek için DSM sürekli güncellenmektedir (Bennett, 2006). 1994'te DSM-4, 2000'de DSM-4-TR ve 2013 yılında DSM-5 yayınlanmıştır (King, Woody ve ark., 2013).

DSM, güncellenen her yeni versiyonuyla, psikolojik rahatsızlıkların "objektif olarak" ve "herkesin anlayabileceği şekilde" tanımlama amacını gerçekleştirir (Bennett, 2006). Anormal davranışın hangi noktadan itibaren bir "hastalığa" karşılık geldiğini söylemek, her şeyden önce psikolojik rahatsızlık tanısının kötüye kullanımını önlemek için önemlidir. Bu tanımların her bir psikolojik rahatsızlık için ayrı ayrı yapılması, yanlış tanı konulmasının ve dolayısıyla yanlış tedavi uygulanmasının önüne geçmeye yöneliktir (Bennett, 2006). Belli bir tedavi uygulandıktan sonra ise tedavinin sonuç verip vermediğini değerlendirmek için yine tanı ölçütlerine ihtiyaç vardır (Bennett, 2006). Tanı kriterlerin operasyonel olarak tanımlanması, bilimsel araştırmaların yürütülmesi için de ihtiyaç duyulan bir konudur (Bennett, 2006).

Öte yandan, psikolojik rahatsızlıkları operasyonel olarak tanımlama çabası "indirgemeci" olduğu, bireysel deneyimlerin zenginliğini ve davranışı etkileyen psikososyal faktörleri göz ardı ettiği gerekçeleriyle eleştirilmiştir (Bennett, 2006). Psikolojik bakış açısı (psikanalitik, varoluşçu, bilişsel-davranışçı ve diğer birçok yaklaşım), bu ihtiyaca yanıt vermesi bakımından oldukça önemlidir (Bennett, 2006). Günümüzde, psikolojik rahatsızlıkların tam olarak anlaşılmasının ancak çok yönlü ve çok disiplinli bir perspektifle mümkün olduğu,

yaygın çevrelerce kabul görmektedir (Bennett, 2006; Papiasvili & Mayers, 2013b; Papiasvili & Mayers, 2013c).

DSM'nin güncellenmesini etkileyen bir diğer tartışma konusu kültürler arası geçerliliğin sağlanmasıdır (Bennett, 2006). Kraepelin'in çalışmaları ve sonrasında geliştirilen sınıflandırma sistemleri, rahatsızlıkların "evrensel" olduğu varsayımına dayalıdır (Carlson, 2013). Ancak bu durumun gerçekte böyle olup olmadığı tartışmalıdır (Bennett, 2006). Örneğin, Türkiye'de ve bazı Asya kültürlerinde olumsuz bir duygunun bedensel şikayetlerle ifade edilmesi yaygındır ("yüreğim yanıyor" sözünde olduğu gibi), ancak bu duruma Batı kültürlerinde nadiren rastlanır (Chen, 1995, aktaran: Bennett, 2006). Benzer şekilde doğu kültürlerinde bedensel şikayetler için yardım arayışına girmek, psikolojik şikayetlere kıyasla daha çok kabul görür (Bennett, 2006). Bu örneklerden yola çıkarak, tanı kriterlerinin bütün kültürler ve bütün dönemler için geçerli olmayabileceğini söylemek mümkündür (Bennett, 2006) (daha detaylı tartışma için bk. Yakın Bakış 3).

Son olarak, tanı kriterlerinin kategorik olarak düzenlenmesi (tanı koyarken belli kriterlerin "var olup olmadığının" dikkate alınması), DSM'ye yöneltilen bir diğer eleştiridir (Bennett, 2006). Bu yaklaşıma alternatif olarak ileri sürülen boyutsal bakış açısı ise psikolojik şikayetleri olan insanların, toplumun geri kalanından belirgin bir biçimde farklılaştığı görüşünü reddeder (Widiger & Costa, 1994, aktaran: Bennett, 2006). Örneğin, depresif ve kaygılı olma, birçoğumuzun zaman zaman farklı şiddetlerde deneyimlediği bir durumdur. Depresif bozukluk ve kaygı bozuklukları yaşayan kişiler ise boyutsal yaklaşıma göre, normal dağılımın daha uç noktalarında yer alan kişilerdir (Bennett, 2006). Bunun yanı sıra, psikolojik rahatsızlıklar kategorik olarak sınıflandırıldığında, "eş tanı" (bir kişide birden fazla rahatsızlığın belirtilerinin görülmesi), "heterojenlik" (aynı tanıya sahip kişilerin klinik görünümlerinin farklılaşması) ve belirgin şikayetleri olmasına rağmen tanı kriterlerini tam olarak karşılamayan kişiler için "başka türlü adlandırılamayan bozukluk" tanımının yaygın bir biçimde kullanılıyor olması, alanda tartışılan diğer konulardır (Bennett, 2006). DSM-5 genel olarak kategorik yaklaşımı korumakla birlikte ekler bölümünde kişilik özellikleri için boyutsal yaklaşımla ilgili bir bölüm içermektedir (APA, 2013).

YAKIN BAKIŞ 3 Kültürlerarası Bakış Açısı

Tanı kriterlerinin evrensel olarak geçerli olup olmadığı tartışması, Kraepelin'in sınıflandırma sistemi geliştirmeye yönelik çalışmalar yürüttüğü 19. yüzyılın sonlarından itibaren ruh sağlığı alanında tartışılan bir konudur (Bursztyn, Afonso & Black, 2013). Kraepelin, psikolojik rahatsızlıkların nedenlerini biyolojik yaklaşıma göre açıkladığı için, rahatsızlıkların etiyolojisinin bütün dünyada geçerli olduğunu düşünüyordu (Carlson, 2013). Tanı kriterlerinin evrensel geçerliliğini araştırmak için 1903 yılında Java'ya seyahat eden Kraepelin, kültürel çeşitlilikle karşılaşmış ve bu durumu kültürün gelişmişlik düzeyiyle ilişkilendirmiştir (Carlson, 2013).

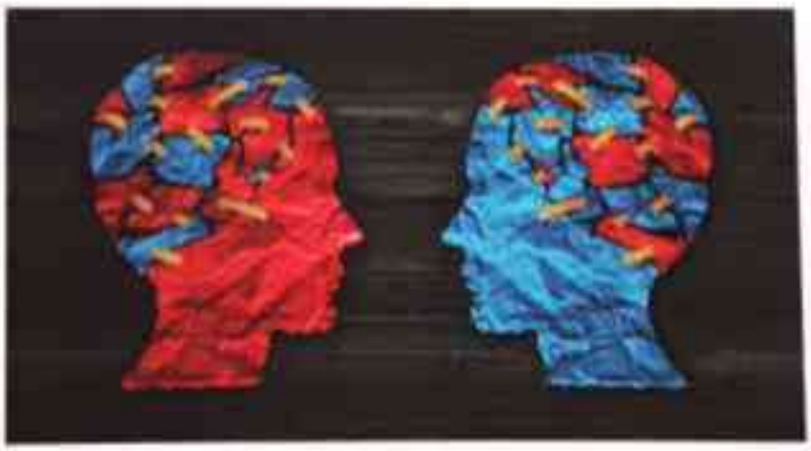
20. yüzyılın ilk yarısında yükselen öjenik akımın etkisiyle, psikolojik rahatsızlıklardaki kültürel çeşitlilik genetik ve ırk gibi faktörler üzerinden açıklanmıştır. Bu

yaklaşıma yönelik muhalif tutumlar ise ancak 1950'lere gelindiğinde ses getirebilmiş, 60'lardan itibaren ise kültürlerarası çeşitlilik konusu ruh sağlığı alanında önemli bir yer edinmiştir (Carlson, 2013). Kültürlerarası bakış açısıyla ilgili temel tartışma konuları şunlardır (Bursztyn ve ark., 2013):

Kültürel bağlamın ve çevresel koşulların psikolojik rahatsızlıklar üzerindeki etkisi nedir? Bu tartışma, psikolojik rahatsızlıkların tıbbi modelle sınırlandırılmasını eleştirmekte ve insan deneyiminin zenginliğinin çok disiplinli bir bakış açısıyla ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır (Bursztyn ve ark., 2013).

Bir diğer tartışma konusu, "Batılı toplumlarda geliştirilen tanı kriterlerinin evrensel mi yoksa sadece batılı toplumlar için mi geçerli olduğu?" sorusudur. Günümüzde, psikolojik rahatsızlıkların dünyanın her yerinde var olduğunu biliyoruz. Ancak kültür, psikolojik rahatsızlıkların klinik görünümünde belirgin farklılıklara yol açar (Bursztyn ve ark., 2013). Örneğin, şizofreni hastalığı bütün toplumlarda görülmekle birlikte halüsinasyon ve delüzyonların içeriği kültüre özgü ögeler içerir. Öte yandan, araştırmacılar psikolojik rahatsızlığın şiddeti arttıkça kültürel farklılığın azaldığına dikkat çeker (Draguns & Tanaka-Matsumi, 2003, aktaran Bursztyn ve ark., 2013).

Batı toplumlarında geliştirilen tanı kriterlerinin evrensel geçerliliğini sorgulayan bir diğer eleştiri, bir kültürde psikolojik rahatsızlık olarak tanımlanan bir durumun başka bir kültür için normatif olabildiğine dikkat çeker. Buna göre bütün kültürlerde aynı tanı kriterleri standart olarak uygulandığında bazı kültürel davranışlar "hastalık" olarak tanımlanabilmekte ya da farklı kültürlerde psikolojik şikâyete neden olan durumlar gözden kaçabilmektedir (Canino & Alegria, 2008, aktaran Bursztyn ve ark., 2013).



Şekil 12. Aynı tanı kriterleri bütün kültürlerde standart olarak uygulandığında bazı kültürel davranışlar "hastalık" olarak tanımlanabilmekte ya da farklı kültürlerde psikolojik şikayete neden olan durumlar gözden kaçabilmektedir.

DSM'de kültürel faktörler ve çeşitlilik konusu ilk olarak dördüncü basımda gündeme gelmiş (Carlson, 2013), DSM-IV-TR'nin ekler bölümünde kültüre özgü 25 psikolojik rahatsızlık tanımlanmış ve kültürel farklılıklara duyarlı formülasyon için çerçeve sunulmuştur (APA, 2010). DSM-5'te kültüre bağlı sendrom tanımlamaları ve kültürel farklılıkların değerlendirilmesine yönelik formülasyon gözden geçirilmiş ve DSM-5 kültürel çeşitliliğe daha duyarlı hâle getirilmiştir (APA, 2013).

YAKIN BAKIŞ 4 Türkiye'de Çağdaş Psikiyatrinin Başlangıcı: Luigi Mongeri, Raşid Tahsin ve Mazhar Osman

20. yüzyılın başında Türkiye'de ruh sağlığı alanındaki gelişmeler, Avrupa'ya paralel bir seyir izler. Bunun en önemli nedeni, Osmanlı İmparatorluğu'nun son dönemlerinde çağdaş psikiyatrinin kurucu mimarlarının Almanya'da, Kraepelin'den eğitim almış olmalarıdır (Kılıç, 2013; Köknel, 2010). Bunun yanı sıra Türkiye'de özellikle 20. yüzyılın ilk yarısında çağdaş psikiyatrinin gelişimini incelerken, dönemin toplumsal, politik ve ekonomik koşullarını, ülkenin 2. Meşrutiyet, 1. Dünya Savaşı, Kurtuluş Savaşı ve Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulması başta olmak üzere önemli toplumsal değişimlere sahne olduğunu unutmamak gerekir (Köknel, 2010).

Türkiye'de çağdaş psikiyatri denildiğinde ilk olarak Luigi Mongeri'den söz etmek gerekir. İtalyan asıllı bir hekim olan Mongeri, 1850'li yıllarda Süleymaniye Bimarhanesinde akıl hastalarının içinde bulundukları olumsuz koşulları değiştirmeye yönelik reform niteliğinde girişimlerde bulunduğu için İstanbul'un Pinel'i olarak anılmaktadır (Kılıç, 2013; Köknel, 2010). 1873'te ortaya çıkan salgın nedeniyle Süleymaniye Bimarhanesindeki hastalar Üsküdar Toptaşı Bimarhanesine taşınmışlardır (Köknel, 2010). Mongeri, Toptaşı Bimarhanesinde 9 yıl baş hekim olarak görev yapmıştır (Kılıç, 2013).

Mongeri'den sonra Toptaşı Bimarhanesinde baş hekimlik yapan kişilerden biri olan Raşid Tahsin, II. Abdülhamit Döneminde açılan Gülhane Askeri Tatbikat Okulunda akıl ve sinir hastalıkları dersine girmiştir. Böylelikle Türkiye'de çağdaş psikiyatri eğitimi başlamıştır (Köknel, 2010).

Mazhar Osman, İhsan Şükrü Aksel ve Fahreddin Kerim Gökay gibi isimlerle birlikte, Türkiye'de çağdaş psikiyatrinin kurucuları olarak anılan en önemli kişilerden biridir (Kılıç, 2013; Köknel, 2010). 1906 yılında Gülhane Askeri Tıbbiye Mektebinde Raşid Tahsin'in asistanlığına başlayan Mazhar Osman, 1909 yılında Almanya'ya giderek iki yıl Kraepelin'in, daha sonra ise Alois Alzheimer gibi ünlü hekimlerin yanında çalışmıştır (Köknel, 2010). 1919 yılında Toptaşı Bimarhanesine baş hekim ve müdür olarak atanan Mazhar Osman, 1. Dünya Savaşı sonrasında göreve başladığı bimarhanede fiziksel koşulların kötüleştiğini ve hastaların ihmal edildiğini görmüştür (Kılıç, 2013). Bu durum karşısında yoğun bir üzüntü duyduğu bilinen Mazhar Osman'ın, görev yaptığı uzun yıllar boyunca Türkiye'de akıl hastanelerinin koşullarının iyileştirilmesi ve tedavinin bilimsel yöntemlerle uygulanması için mücadele ettiği bilinmektedir (Kılıç, 2013; Köknel, 2010).

1923 yılında, Cumhuriyet'in ilanı ve İstanbul'un kurtarılmasından sonra, Atatürk'ün başkanlığında toplanan bakanlar kurulu, Mazhar Osman'ın önerisiyle Bakırköy Reşadiye Kışlasının İstanbul Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi (İstanbul Emraz-ı Akliye ve Asabiye Hastalıkları Hastanesi) olmasına karar vermiştir (Köknel, 2010). 1927 yılında Toptaşı Bimarhanesindeki hastalar Bakırköy'de yeni açılan hastaneye taşınır. Mazhar

Osman, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesindeki baş hekimlik görevini 1941 yılına kadar sürdürmüştür (Köknel, 2010).

Türkiye'de çağdaş psikiyatrinin gelişmesi için çaba sarf eden Mazhar Osman, öğrencileri olan İhsan Şükrü Aksel, Fahreddin Kerim Gökay gibi isimlerin yurt dışında eğitim almalarını sağlamıştır (Köknel, 2010). 1920 yılında Türkiye Yeşil Ay Cemiyetinin kurulmasına katkıda bulunmuştur (Köknel, 2010). 1930 yılında İhsan Şükrü Aksel'le birlikte Türkiye'ye özgü bir sınıflandırma sistemi geliştirmişlerdir. Bu sistem, 1960'a kadar kullanılmıştır (Köknel, 2010).



Şekil 13. Türkiye'de modern psikiyatrinin kurucularından biri olan Mazhar Osman, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesindeki baş hekimlik görevini 1941 yılına kadar sürdürmüştür.

20. yüzyılda psikoterapi

Psikiyatrideki gelişmeler, klinik psikoloji ve psikoterapi alanını da etkilemiştir (Papiasvili & Mayers, 2013c). 1950'lere kadar olan dönemde üç temel psikoterapi yaklaşımı ön plana çıkmaktaydı: dinamik, hümanist ve davranışçı ekol (Papiasvili & Mayers, 2013c). Bilimsel gelişmelere paralel olarak yeni yaklaşımlar ortaya çıkmış (örneğin, bilişsel ve bilinçli farkındalık temelli psikoterapiler gibi) (King, Woody ve ark., 2013), psikoterapi alanı çok yönlü bir bakış açısı kazanmış (örneğin, ilaç tedavisi ve psikoterapinin birlikte uygulanması) ve ruh sağlığı alanında karşılaşılan yeni ihtiyaç ve taleplere yanıt verebilmek amacıyla bazı yaklaşımlarda birleştirmelere gidilmiştir (Papiasvili & Mayers, 2013c). Bugün, hemen hemen bütün psikolojik rahatsızlıklara, tanı kriterlerini karşılamasa da klinik ilgi odağı olabilen durumlara, danışanların farklı ihtiyaç, beklenti ve farkındalık düzeylerine hitap eden bireysel, çift, aile ve grup terapisi gibi farklı seçeneklerle karşımıza çıkan, psikoterapi etkililik araştırmaları ile desteklenen çeşitli psikoterapi yaklaşımları bulunmaktadır.

BÖLÜM ÖZETİ

Psikopatolojinin tarihçesi; felsefi ve bilimsel gelişmelerin paralelinde psikolojik rahatsızlıkların nedenlerinin anlaşılmasına, hastalara yaklaşımın, bakım ve tedavi koşullarının iyileştirilmesine doğru giden sürecin tarihçesidir. İnsanlık, tarih boyunca, çeşitli nedenlerle "çoğunluktan farklı davranan, normların dışına çıkan" kişilere yönelik birtakım tutumlar geliştirmiştir. Bu tutumlar aynı zamanda toplumun psikolojik rahatsızlıkları olan kişilere yönelik duygu ve davranışlarını da yansıtır. Günümüzde psikolojik rahatsızlıkların tanı kriterlerine temel teşkil eden bazı ölçütler geliştirilmiştir. Buna göre anormal davranış kişinin işlevselliğine zarar verdiğinde, kişide sıkıntıya yol açtığında, sosyal normlardan farklılaştığında, kişiler arası ilişkilerde bozulmalara neden olduğunda ve bu durum belli bir süre boyunca devam ettiğinde psikolojik rahatsızlık olasılığı düşünülebilmektedir. Ancak, bu kriterlerin hiçbiri tek başına psikolojik rahatsızlığa işaret etmediği gibi, psikolojik rahatsızlıktan söz edebilmek için kişinin mutlaka tanı kriterlerini karşılaması gerektiği unutulmamalıdır.

Anormal davranışa toplumsal olarak yüklenen olumsuz anlamlar, psikolojik rahatsızlığı olan kişilerin ayrımcı tutumlara, hak ihlallerine ve damgalamaya maruz kalmaları ile sonuçlanmıştır. Damgalama, en az psikolojik rahatsızlığın kendisi kadar zarar verici olabilmektedir. Damgalamayla mücadelede, psikolojik rahatsızlıkları olan kişilerin hak ihlallerine maruz kalmalarına karşı çıkılması ve ön yargıları değiştirme amacıyla geniş kesimlere eğitim verilmesi oldukça önemlidir. Bunun yanı sıra araştırmalar en etkili çözüm olarak damgalamaya maruz kalan kişilerle etkileşime geçmenin önemine vurgu yapar.

İlk Çağ uygarlıklarında anormal davranışla ilgili açıklamalara yakından bakıldığında, özellikle üç konu başlığı karşımıza çıkar: 1) Anormal davranışın nedeni şeytani güçlere atfedilmiş ve şeytan çıkarma ya da kötü ruhların kovulması amacıyla çeşitli yöntemlere başvurulmuştur. 2) Fizyolojik ve psikolojik sağlığın "denge" gerektirdiği düşüncesi ön plana çıkmış ve zihin-beden arasındaki ilişki anlaşılmaya çalışılmıştır. 3) Hipokrat ve Galen gibi ünlü hekimler, psikolojik rahatsızlıklara ilişkin ilk biyolojik açıklamaları öne sürmüşlerdir.

Orta Çağ'da Avrupa'da demonoloji uygulamaları yaygınlaşmış, buna karşılık İslam Dünyası'nda psikolojik rahatsızlıklar tıbbi bir hastalık olarak ele alınmış ve tedavi edilmiştir. İbn-i Sina'nın tıbbın genel ilkelerinden çeşitli hastalıkların detaylı tasvirlerine ve ilaç formüllerine kadar kapsamlı bir içerik sunduğu *El-Kanun Fi't Tıbb (Tıp Prensipleri)* isimli altı ciltlik eseri, ardından gelen beş yüzyıl boyunca Avrupa'da tıp alanında bir standart oluşturmuş ve günümüze kadar ulaşmıştır.

Rönesans döneminde psikolojik rahatsızlıkların demonoloji ile açıklanmasına karşı çıkan görüşler ortaya çıkmış, bu görüşler 18. ve 19. yüzyılda ruh sağlığı alanındaki reform hareketlerini etkilemiştir. 18. yüzyılda İngiltere'de William Battie ve William Tuke, Fransa'da Philippe Pinel, İtalya'da Vincenzo Chiarugi, Almanya'da Johann Christian Reil ve Amerika'da Benjamin Rush, akıl hastanelerinin koşullarının iyileştirilmesi ve psikolojik rahatsızlıkların tedavisinde insani yöntemlerin uygulanması bakımından ön plana çıkan isimlerdir. 19. yüzyılda ruh sağlığında reformun toplumsal bir harekete dönüşmesi ve alt sınıftaki kişilerin de insani uygulamalara erişebilmeleri ise Dorothea Lynde Dix'in çabaları sayesinde gerçekleşmiştir. Ancak savaşlarla beraber gelen ekonomik sıkıntılar, akıl hastanelerinin koşullarının yeniden kötüleşmesi ile sonuçlanmıştır.

19. yüzyıl sonunda ve 20. yüzyılın başında beyin araştırmalarına yönelik ilginin artması, Emil Kraepelin'in psikolojik rahatsızlıkların sınıflandırılmasına yönelik çalışmaları, nörotransmiterlerin keşfedilmesi ve genetik alanındaki araştırmalar, biyolojik psikiyatri açısından önemli gelişmelerdir. Ancak, psikolojik rahatsızlıkların etkili bir biçimde tedavi edilemiyor olması nedeniyle 20. yüzyılın ilk yarısında psikanalitik yaklaşım, ruh sağlığı alanında daha baskın çıkan yaklaşımdır. Bu dönemde deneysel psikoloji alanındaki ilerlemeler ve psikolojik ölçme ve değerlendirmeye yönelik talep, klinik psikoloji alanının gelişmesine katkıda bulunmuştur.

1950'lere gelindiğinde psikofarmakoloji alanındaki ilerlemeler, özellikle de birinci kuşak anti-psikotiklerin keşfedilmesi, psikiyatri alanında ayaktan tedavi dönemine geçilmesi bakımından devrim niteliğindedir. Ancak, uzun süre kurum bakımında kalan hastaların yeniden topluma uyum sağlamaları kolay olmamıştır. 1960'lı yıllara gelindiğinde ortaya çıkan anti-psikiyatri hareketi, akıl hastanelerinin koşullarını, tedavilerin etkililiğini, ruh sağlığı alanındaki insan hakları ihlallerini ve anormal davranış tanımını tartışmaya açmıştır. Bu tartışmalar sonucunda akıl hastanelerinin koşullarının iyileştirildiği, ayaktan tedavi gören hastaların ihtiyaçlarına yönelik uygulamaların geliştirildiği ve tanı kriterlerinin yeniden düzenlenerek daha geçerli ve güvenilir bir hale getirildiği yeni bir dönem başlamıştır.

KAYNAKLAR

Abi-Hashem, N. (2013). Parapsychology, sects, cults, and religious fundamentalism. T. G. Plante (Ed.). *Abnormal Psychology across the Ages: History and Conceptualizations* (ss. 231-246). USA: Praeger.

American Psychiatric Association (APA). (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR. USA: Washington, DC.

American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Bennett, P. (2006). *Abnormal and Clinical Psychology: An Introductory Textbook*. (2nd ed.). UK: Open University Press.

Bursztyn, A. M., Afonso, S. G. & Black, K. (2013). Through a cultural lens: psychopathology within and across borders. T. G. Plante (Ed.). *Abnormal Psychology across the Ages: History and Conceptualizations* (ss. 217-229). USA: Praeger.

Carlson, M. S. (2013). From colonial constructs of abnormality to emerging indigenous perspectives. T. G. Plante (Ed.). *Abnormal Psychology across the Ages: History and Conceptualizations* (ss. 51-72). USA: Praeger.

Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A., & Penn, D. L. (2001). Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. *Psychiatric Services, 52*, 952-958. DOI: https: doi.org/10.1176/appi.ps.52.7.953

Corrigan, P. W., River, P. L., Lundin, R. K., Penn, D. L., Uphoff-Wasowski, K., Campion, J., ... Kubiak, M. A. (2001). Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin, 27*, 187-195. DOI: https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006865

Çelik, A. (2016). Türkiye Türkçesi atasözü ve deyimlerinde toplumun delilik algısı. *Uluslararası Edebiyat ve Toplum Sempozyumu*. 28-30 Nisan. Bartın Üniversitesi.

Dols, M. W. (1992). *Majnun: The Madman in Medieval Islamic Society*. D. E. Immisch (Ed.). Oxford, UK: Clarendon Press.

Dreher, D. E. (2013). Abnormal psychology in the renaissance. T. G. Plante (Ed.). *Abnormal Psychology across the Ages: History and Conceptualizations* (ss. 33-50). USA: Praeger.

Foley, J. P. (1935). The criterion of abnormality. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 3*(3). 279-291. DOI: https://doi.org/10.1037/h0058894

Green, G., Hayes, C., Dickinson, D., Whittaker, A. & Gilheany, B. (2003). A mental health services users perspective to stigmatization. *Journal of Mental Health, 12*, 223-234. DOI: https:/ doi. org/10.1080/0963823031000118212

Johnstone, M. J. (2001). Stigma, social justice and the rights of the mentally ill: challenging the status quo. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing, 10*, 200-209. DOI: https://doi. org/10.1046/j.1440-0979.2001.00212.x

Kılıç, R. (2013). *Deliler ve Doktorları: Osmanlı'dan Cumhuriyet'e Delilik*. İstanbul: Tarih Vakfı Yurt Yayınları

King, D. B., Niess, A. B., Maddi, A. E. & Perkins, L. S. (2013). The rise of abnormal psychology during the progressive era: reflections from an american scientific periodical. T. G. Plante (Ed.). *Abnormal Psychology across the Ages: History and Conceptualizations* (ss. 73-86). USA: Praeger.

King, D. B., Woody, W. D. & Viney, W. (2013). *A History of Psychology: Ideas and Context*. (5th ed.). NJ, USA: Pearson.

Koçak, A. (2004). Halk anlatılarında deli tipi üzerine bazı tespitler. *Mitten Meddaha Türk Halk Anlatıları Uluslararası Sempozyum, 1*, 280-289.

Köknel, Ö. (2010). 1900-1950 yılları arasında Türkiye'de psikiyatri. M. O. Öztürk & B. Kaya (Ed.). *Türkiye'de Psikiyatrinin Örgütsel Belleği* (ss. 329-343). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayını.

Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. & Neale, J. (2014). *Abnormal Psychology*. (12th Ed.). NJ, USA: John Wiley & Sons.

Matthews, J. R. & Matthews, L. H. (2013). Influences of the greeks and romans. T. G. Plante (Ed.). *Abnormal Psychology across the Ages: History and Conceptualizations* (ss. 1-14). USA: Praeger.

Overton, S. L. & Medina, S. L. (2008). The stigma of mental illness. *Journal of Counseling and Development, 86*, 143-151. DOI: https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00491.x

Papiasvili, E. D. & Mayers, L. A. (2013a). Perceptions, thoughts, and attitudes in the middle ages. T. G. Plante (Ed.). *Abnormal Psychology across the Ages: History and Conceptualizations* (ss. 15-32). USA: Praeger.

Papiasvili, E. D. & Mayers, L. A. (2013b). The ascent of psychiatry and psychology in 1800-1945: multiple dimensions of mental conditions emerge. T. G. Plante (Ed.). *Abnormal Psychology across the Ages: History and Conceptualizations* (ss. 87-104). USA: Praeger.

Papiasvili, E. D. & Mayers, L. A. (2013c). Continuing explorations of the multiple dimensions of the human mind: 1950-2000. T. G. Plante (Ed.). *Abnormal Psychology across the Ages: History and Conceptualizations* (ss. 105-122). USA: Praeger.

Scull, A. (2006). *The Insanity of Place/The Place of Insanity: Essays on the History of Psychiatry*. London: Routledge.

Shorter, E. (2005). *A Historical Dictionary of Psychiatry*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Sturges, J. W. (2013). Biological views. T. G. Plante (Ed.). *Abnormal Psychology across the Ages: History and Conceptualizations* (ss. 187-200). USA: Praeger.

Türk Dil Kurumu (TDK). *Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük*. https://sozluk.gov.tr adresinden 19.08.20 tarihinde erişilmiştir.

2. Bölüm

ANORMAL PSİKOLOJİDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR: Bütünsel Bakış Açısına Doğru

Ezgi Tuna

VAKA ÖRNEĞİ 1

Deniz Bey, 32 yaşında, bir şirkette yazılım mühendisi olarak çalışan ve tedaviye sosyal ortamlarda yaşadığı yoğun kaygı sebebiyle başvuran erkek danışandı. Deniz Bey; vaktinin çoğunu yalnız geçirdiğini, mecbur kalmadıkça etrafındaki kişilerle iletişim kurmadığını, kurması gerektiğinde ise terleme, ellerinin titrediğini ve yoğun kaygı belirtileri yaşadığını ve bir bahane bularak ortamı terk ettiğini anlatmıştı. İş yerinde öğle yemeklerini odasında yiyor, toplantılarda bilgisayarına notlar alarak iş arkadaşlarıyla sohbet etmekten ve göz göze gelmekten kaçınıyor, konuşması gerektiğinde ise ne söyleyeceğini bilemiyor ve rezil duruma düştüğünü hissediyordu. İş yerinde sosyal etkinliklere davet edilmez olmuştu ve sevilmediğine inanıyordu. Bu sıkıntıları uzun yıllardır yaşadığını ifade eden Deniz Bey, kendini bildi bileli çekingen bir kişi olduğunu, çocukluğunda ebeveynlerinin kendisini girişken olmaması sebebiyle sıkça eleştirdiğini ve arkadaşlık kurması için ona baskı yaptıklarını hatırlıyordu. Okul hayatı boyunca insanlarla yakınlık kurmak ve sevilen bir kişi olmak istese de bunu bir türlü beceremediğini ve burslu olarak okuduğu özel okulda alay edilen, dışlanan, fakat derslerinde oldukça başarılı bir çocuk olduğunu söylemişti. Yapılan değerlendirme sonucunda Deniz Bey'in sosyal kaygı bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığı saptanmıştı. Deniz Bey, yaşadığı belirtileri anlamlandırmakta zorlanıyor ve tüm bunların beynindeki kimyasalların iyi çalışmamasından kaynaklanıyor olmasını umduğunu, böylece ilaç kullanırsa yaşadığı sıkıntıdan kolayca kurtulacağını ifade ediyordu.

Tarih boyunca insanlar psikolojik rahatsızlıkların nedenlerini anlamaya ve açıklamaya çalışmıştır. Bilimsel araştırmanın olmadığı çağlarda bu rahatsızlıklar, birçok kişi tarafından kötü ruhlar ve şeytani güçlerin bir sonucu olarak görülürken, daha modern açıklamalar biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlere ve bunların etkileşimine odaklanmaktadır. Bu bölümde anormal psikolojiyi anlamak için kullanılan, psikolojik rahatsızlıkların kavramsallaştırılmasına ve tedavisine yön vermiş teorik bakış açıları incelenerek psikolojik rahatsızlıkların neden oluştuğuna dair öne sürdükleri mekanizmalar ele alınacaktır.

ANORMAL PSİKOLOJİDE NEDENSELLİK

İnsanların yaşadıkları ruhsal sıkıntı ve anormal davranışların **etiyolojisini**, yani bunlara sebep olan durumları ve altta yatan nedensel ilişkileri anlamak oldukça güçtür. Yukarıda verilen Deniz Bey örneğinde olduğu gibi, psikolojik rahatsızlıkların tam olarak neden oluştuğunu açıklamak kafa karıştırıcı olabilir: Deniz Bey'in sosyal kaygı bozukluğu tanısına neden olan doğuştan getirdiği çekingen mizaç özellikleri midir, beynindeki kimyasallarda oluşan dengesizlik mi, yoksa eleştirel ebeveynleri mi? Peki, okul hayatındaki dışlanma ve alay edilme deneyimlerinin bu rahatsızlığa katkısı var mıdır? Peki ya bugün sahip olduğu sevilmediğine ve konuşursa rezil olacağına dair inançları sosyal kaygısını ne derece etkilemektedir?

Genel olarak bilimde üç farklı türde nedensellikten söz etmek mümkündür: Gerekli neden, yeterli neden ve katkıda bulunan neden. Bir değişkenin bir sonuç açısından **gerekli neden** olması için, sonucun görülmesinin mutlaka bu değişkenin varlığına bağlı olması gerekmektedir. Örneğin, grip tanısı almak için enflüanza virüsüne maruz kalmak gereklidir ve bu virüse maruz kalmadıkça grip olmak mümkün olmaz. Anormal psikoloji alanında bu tür bir nedenselliğe pek rastlanmamaktadır. Yani, psikolojik rahatsızlıkların tek bir nedensel faktörle açıklanması pek mümkün değildir. Bir değişkenin **yeterli neden** olması için ise bu değişken görüldüğünde, sonucun da mutlaka ortaya çıkması gerekmektedir. Yani, yeterli nedenin bulunması sonucun oluşacağını garanti eder. Örneğin, patolojik internet kullanımını bilişsel-davranışçı yaklaşıma göre açıklayan Davis (2001), işlevsel olmayan düşüncelerin patolojik internet kullanımı için yeterli neden olduğunu öne sürmektedir. Bu modele göre kişide "Sadece internet ortamında saygı görebilirim." gibi işlevsel olmayan düşünceler her oluştuğunda, patolojik internet kullanımı ortaya çıkmaktadır. Anormal psikoloji alanında en sık olarak karşılaşılan ise **katkıda bulunan nedenlerdir**. Bir değişkenin katkıda bulunan neden olarak kabul edilmesi için sonucun görülme ihtimalini artırması gerekmektedir. Katkıda bulunan neden, sonucun oluşması için gerekli ya da yeterli değildir; yalnızca sonucun oluşması ihtimalini istatiksel olarak artırır. Örneğin, stresli yaşam olaylarına maruz kalmak depresyona katkıda bulunan bir neden olabilir; fakat, depresyona girmek için stresli yaşam olaylarına maruz kalmak gerekli değildir ve stresli olaylar depresyona girmeyi garanti etmez. Diğer bir deyişle, stres depresyon için gerekli veya yeterli bir neden değildir, fakat katkıda bulunan bir neden olarak depresyonun oluşma ihtimalini artırır.

Genel olarak davranış bilimlerinde olduğu gibi anormal psikoloji alanında da bir davranışın veya psikolojik rahatsızlığın oluşumunu etkileyen çok sayıda faktör bulunmaktadır. Bununla birlikte, söz konusu davranış ya da psikolojik rahatsızlık da altta yatan nedensel faktörleri etkileyebilir. Neden ve sonuç arasındaki bu karşılıklı etkiden dolayı hangi değişkenin neden, hangisinin ise bunun bir sonucu olduğunu ayırt etmek karmaşık bir hâl alabilir. Örneğin, Deniz Bey'in

insanlardan uzak durmasının altında yatan faktör diğerlerinin onu sevmediği ve istemediğine dair düşünceleri olabilir mi? Belki de Deniz Bey gruplarda istenmediğini düşündükçe insanlardan uzak durmaktadır. Peki, diğerlerinin Deniz Bey'i aralarına dahil etmemesinin altında yatan neden Deniz Bey'in mesafeli duruşu olabilir mi? Belki de insanlar Deniz Bey'in kendilerinden uzak durmasını sosyal etkinliklere katılmaya istekli olmadığı şeklinde yorumlayarak onu davet etmiyor olabilir. Sanki her iki süreç de birbirini etkiliyor görünmektedir. Bu örnekte olduğu gibi, anormal psikoloji alanında değişkenler arasında tek yönlü ilişkilerden ziyade birbirini şekillendiren, yani karşılıklı ve iki yönlü, etkiler yaygındır ve ilişkileri tanımlarken mutlaka bu karşılıklı etkilerin göz önünde bulundurulması gerekir.

Neden-sonuç ilişkisi kurmanın güçlüğü sebebiyle anormal psikolojide daha sık olarak birbiriyle ilişkili değişkenlerden ve bu değişkenler arasındaki **korelasyon**lardan söz edilir. İki değişkenin korele olması, birindeki artış ya da azalmanın, diğerindeki artış ya da azalma ile ilişkili olduğu anlamına gelmektedir. Örnek olarak, zayıf beden idealini gösteren medya içeriklerine maruz kalmanın kadınlarda beden algısındaki bozulmalarla ilişkili olduğu bilinmektedir (Grabe, Ward, & Hyde, 2008). Fakat, bu bilgi beden algısındaki bozulmaların söz konusu medya içeriklerinden kaynaklandığı anlamını taşımaz. Nitekim, başlangıçta beden algısı bozuk kadınlar zayıf beden idealini yansıtan medya içeriklerine daha fazla odaklanıyor olabilir. Dolayısıyla korelasyon, bize yalnızca iki değişkenin ilişkili olduğu bilgisini vermekte ve neden-sonuç ilişkisini göstermemektedir.

Anormal psikolojide sıkça kullanılan bir başka kavram ise **risk faktörüdür**. Eğer bir değişken zamansal olarak bir sonuçtan önce geliyor ve bu sonucun oluşumunu tahmin etmekte kullanılabiliyorsa buna risk faktörü denir. Yani, söz konusu değişkenin var olması, sonradan gelen sonuç için bir risk oluşturmaktadır. Örneğin, Wang (2005) boylamsal bir araştırmada, çalışan yetişkinler için iş stresinin gelecekteki depresyon epizodlarını yordayan bir risk faktörü olduğunu göstermiştir. Buna rağmen bir değişkenin sonuç için risk faktörü olması her zaman nedensellik içermez. Bir değişkenin **nedensel risk faktörü** olması için bu değişken değişim gösterdiğinde, sonucun da değişmesi gerekmektedir. Diğer bir deyişle, eğer nedensel risk faktörünü manipüle edebiliyor ve buna bağlı olarak sonucun da değiştiğini görüyorsak, burada nedensellik bulunduğunu söyleyebiliriz.

Bununla birlikte, risk altındaki bireylerin her birinin bir psikolojik rahatsızlık geliştirmediği görülmektedir. Buna dair gözlemler, **koruyucu faktör** kavramının oluşmasına ve araştırma odağı olmasına katkıda bulunmuştur. Koruyucu faktörler, risk faktörlerinin aksine, bireyleri psikolojik rahatsızlıklar gibi olumsuz sonuçlardan koruduğu düşünülen koşul ya da özelliklerdir. Örneğin, yaşamın ilk yıllarında çocuğun kendisine bakım veren kişilerle kurduğu güvenli bir bağlanma ilişkisinin onu ileriki yaşamındaki stresin olumsuz etkilerinden ve psikolojik rahatsızlıklardan koruyan bir faktör olduğuna dair bulgular vardır (Lewis, 2014).



Şekil 1. Araştırmalar sosyal desteğin psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkmasını önleyen bir koruyucu faktör olduğunu göstermektedir.

Gelişimsel psikopatoloji alanında yaygın olarak kullanılan iki kavram olan **eş sonluluk** (equifinality) ve **çok sonluluk** (multifinality) kavramları,psikolojik rahatsızlıkların ardındaki nedenleri değerlendirirken bize rehberlik edebilir. Eş sonluluk prensibine göre, farklı olaylar ve süreçler, aynı sonuca yol açabilir; yani, belirli bir psikolojik rahatsızlığa giden pek çok farklı gelişimsel yol var olabilir (Cicchetti & Rogosch, 1996). Buradan yola çıkarak, aynı psikolojik rahatsızlığa sahip iki kişide aynı risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin rol oynamamış olabileceğini söyleyebiliriz. Çok sonluluk prensibine göre ise, aynı olaylar ve süreçler farklı kişilerde birbirinden farklı sonuçlara yol açabilir; yani, aynı koşullara sahip iki kişi farklı psikolojik rahatsızlıklara sahip olabilir ya da biri psikolojik rahatsızlık geliştirirken diğeri geliştirmeyebilir (Cicchetti & Rogosch, 1996). Diğer bir ifadeyle, aynı risk faktörleri ve koruyucu faktörlere sahip iki kişide aynı psikolojik rahatsızlığın oluşmayabileceğini göz önünde bulundurmak önemlidir.

PSİKOLOJİK RAHATSIZLIKLARI ANLAMAKTA KULLANILAN YAKLAŞIMLAR

Tarih boyunca anormal davranışı açıklamak için çok sayıda yaklaşım kullanılmıştır. Bu yaklaşımların her biri psikolojik rahatsızlıkların oluşma sebepleriyle ilgili bir model sunar ve hangi yaklaşımı kullandığımızın önemli sonuçları vardır. Psikolojik rahatsızlıkları açıklarken kullandığımız yaklaşım bu rahatsızlıkları ne şekilde kavramsallaştıracağımız, ölçüp değerlendireceğimiz, önleyebileceğimiz ve tedavi edeceğimiz konusunda bize yol gösterici olmaktadır.

Farklı yaklaşımların her birinin aynı psikolojik rahatsızlığı nasıl farklı pencerelerden gördükleri şaşkınlık vericidir. Örnek olarak Deniz Bey'in yaşadığı sosyal kaygıyı ele alacak olursak, bu kaygıya sebep olan faktörleri biyolojik, psikolojik veya sosyokültürel bakış açısıyla değerlendirebiliriz. Biyolojik yaklaşıma göre Deniz Bey'in sosyal kaygı bozukluğu belirtilerinde doğuştan getirdiği davranışsal ketleme (behavioral inhibition) mizaç özelliğinin ve sosyal etkileşimler sırasında beyninde amigdala ve diğer limbik bölgeler yaşanan aşırı aktivasyonun rol oynadığını söyleyebiliriz. Psikolojik yaklaşıma göre ise Deniz Bey'in kaçınma gibi işlevsel olmayan baş etme stratejileri kullanmasının ve rezil olacağına dair inançlarının sosyal kaygı belirtilerine katkıda bulunduğunu düşünebiliriz. Son olarak, sosyokültürel yaklaşıma göre Deniz Bey'in ebeveynlerinin aşırı kontrolcü bakım verme tarzının ve çocukluk yıllarında yaşadığı dışlanmanın sosyal kaygı bozukluğu tanısı almasında etkili olmuş olabileceğini savunabiliriz. Elbette ki, bir davranışı ya da psikolojik rahatsızlığı anlamak için hiçbir bakış açısı tek başına yeterli değildir ve her bir yaklaşımın güçlü ve zayıf olduğu noktalar vardır. Bu sebeple tüm bu bakış açılarının etkileşimini ve birlikte oynadıkları rolü bütünsel olarak değerlendirmek büyük önem taşımaktadır.

İlerleyen kısımda sırasıyla biyolojik yaklaşım, psikolojik yaklaşım ve sosyokültürel yaklaşımın psikolojik rahatsızlıkları nasıl açıkladıklarına değinilecektir.

Biyolojik Yaklaşım

Biyolojik yaklaşım, anormal davranışın biyolojik temellerine odaklanmakta ve psikolojik rahatsızlıkların genetik yatkınlıklar, hormon veya nörotransmiterlerle ilgili bozulmalar ve

beyindeki yapısal farklılıklar gibi etmenlerle ilişkili olduğunu öne sürmektedir. Yüzyıllardan beri varlığını sürdüren bu yaklaşımın teknolojideki gelişmeler ve artan araştırma olanaklarının da katkısıyla günümüzde popülerliğinin zirvesinde olduğunu söyleyebiliriz. Geleneksel biyolojik yaklaşımlar psikolojik rahatsızlıkları merkezi sinir sistemi, otonom sinir sistemi veya endokrin sistemine bağlı "hastalıklar" olarak görmekte ve biyolojik mekanizmaların bu hastalıkları açıklamakta yeterli olabileceğine inanmaktaydı. Günümüzde modern biyolojik yaklaşımlar ise anormal davranışı açıklarken çevresel etmenlerin rolünü kabul etmekte ve basit biyolojik veya organik mekanizmaların psikolojik rahatsızlıkları tek başına açıklamakta yeterli olmayacağı görüşünü desteklemektedir. Biyolojik yaklaşım kapsamında genetik faktörlerin, beynin yapısı ve işlevlerinin, nörotransmiterlerin, endokrin sisteminin ve mizacın rolü ele alınacaktır.

Genetik faktörlerin rolü

Genler, vücut hücrelerinde bulunan proteinlerin yapımına dair yönergeler içeren uzun DNA molekülleri olarak tanımlanabilir. Genler, nasıl göründüğümüz ve davrandığımız konusunda ebeveynlerden çocuklarına geçen bilgileri taşır. Genler, her bir insan hücresi içinde bulunan 23 çift, yani toplamda 46 adet kromozom üzerinde yer alır ve hepimiz bu kromozomların yarısını biyolojik annemizden, diğer yarısını ise biyolojik babamızdan miras alırız. Kromozom üzerinde yer alan her bir genin anne ve babadan alınan iki farklı varyasyonundan her birine ise **alel** adı verilir. Bireylerin genetik bileşiminin tamamına **genotip** denir ve yaşam boyunca sabit kalan göz rengi gibi özellikler genotip tarafından belirlenir. Yalnızca tek yumurta ikizleri ortak bir genotipe sahiptir. **Fenotip** ise zekâ ve antisosyal davranış gibi genetik ve çevresel etmenlerin etkileşimi sonucu belirlenmiş, zamanla değişebilen ve gözlemlenebilen özellikleri içerir. Tek bir gen ile ilişkilendirilebilen bazı fiziksel hastalıkların aksine, kişilik özellikleri ve psikolojik rahatsızlıklar birden fazla gen kombinasyonunun ortak sonucunu yansıtan, yani poligenik, bir sürecin ve çevresel faktörlerin etkileşimi ile oluşmaktadır.

Davranışsal genetik, karmaşık sosyal davranışların ardındaki genetik katkıları istatistiksel yöntemler kullanarak inceleyen disiplinler arası bir araştırma alanıdır (Charney, 2017). Bu alandaki çalışmaların büyük kısmını aile, ikiz ve evlatlık çalışmaları oluşturmaktadır. Bu çalışmalarda genetiğin etkisi direkt olarak ölçülmez; eğer psikolojik rahatsızlıkların oluşumunda genetik faktörler etkiliyse kişilerin genetik benzerliği arttıkça psikolojik rahatsızlıkların görülme ihtimalinin de artacağı varsayımına dayanılarak, genetik geçişin oranı ile ilgili bir tahmin yürütülür.

Aile çalışmalarında araştırmacılar, söz konusu psikolojik rahatsızlığa sahip kişileri (proband) belirleyerek bu kişilerin aile soyağaçlarını inceler ve hangi akrabalarda bu rahatsızlığın bulunduğunu belirler. Kişi ile akrabalar arasındaki genetik benzerlik azaldıkça, rahatsızlığın bu akrabalarda görülme ihtimalinin de azalması beklenir. Ayrıca bu çalışmalarda, belirli bir psikolojik rahatsızlığa sahip olmayan kişiler kontrol grubu olarak kullanılarak, rahatsızlığın bu kişilerin ailelerindeki görülme oranı, rahatsızlığa sahip kişilerin ailelerindeki görülme oranı ile kıyaslanır. Eğer genetik aktarım varsa, hastalığa sahip kişinin ailesindeki görülme oranının kontrol grubuna kıyasla daha yüksek olması beklenir. Aile çalışmaları, psikolojik rahatsızlıkların genetik olarak aktarımı hakkında önemli bilgiler sunsa da aile bireyleri ortak genetik faktörlerin yanı sıra ortak çevresel koşullara da sahip olduğundan, psikolojik rahatsızlığa katkıda bulunan genlerin ve çevrenin etkisini aile çalışmaları ile birbirinden ayrıştırmak mümkün değildir.

İkiz çalışmalarında ise sıklıkla genetik olarak %100 benzer olan tek yumurta ikizleri ile yaklaşık %50 benzer olan çift yumurta ikizlerinde, ikizlerden birinde söz konusu psikolojik rahatsızlık varsa, diğerinde de bu rahatsızlığın görülme oranı (concordance rate) kıyaslanır. Eğer rahatsızlık tamamen genetik faktörlerden kaynaklanıyorsa tek yumurta ikizlerinden birinde bu rahatsızlık varsa, diğerinde de %100 bulunması, çift yumurta ikizlerinde ise rahatsızlığın aynı anda görülme oranının daha düşük olması beklenir. Eğer genetik olarak tamamen benzer olan tek yumurta ikizlerinde aynı anda bu rahatsızlığın görülme ihtimali %100'den azsa, bu rahatsızlığın oluşumdan genetik yatkınlığın yanı sıra başka faktörlerin de rol oynadığını düşünebiliriz. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde 3416 kadın ergen ikizle yapılan çalışmada ikizlerden birinde intihar girişimi öyküsü varsa diğerinde de olma ihtimali tek yumurta ikizleri için %25, çift yumurta ikizleri için ise %12,8 olarak bulunmuştur (Glowinski ve ark., 2001). Bu bulgu, intihar girişimlerinde genetik faktörlerin rol oynadığını, fakat genetik yapının bu davranışı açıklamada tek başına yeterli olmadığını önermektedir.

Evlatlık çalışmalarında ise en yaygın olarak belirli bir psikolojik rahatsızlığa sahip ve küçük yaşta evlatlık verilen kişilerin biyolojik ve evlatlık alan ailelerinde bu psikolojik rahatsızlığın görülme oranına bakılmaktadır. Eğer rahatsızlıkta genetik etkilerin payı büyükse, biyolojik ailede rahatsızlığın görülme oranının evlatlık alan aileye göre daha yüksek olması beklenmektedir. Eğer çevresel faktörlerin rahatsızlığa katkısı daha büyükse, çocukla ortak bir çevreye maruz kaldıklarından evlatlık alan ailede bu rahatsızlığın biyolojik aileye göre daha yüksek oranda görülmesi muhtemeldir. Örnek verecek olursak, İsveç'te 18.000'den fazla erken yaşta evlatlık verilen kişinin dahil edildiği çalışmada, biyolojik ebeveynlerinde ve/veya kardeşlerinde alkol kullanım bozukluğu olan kişilerde bu rahatsızlığın görülme olasılığının olmayan kişilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Kendler, Edwards, Ohlsson, Sundquist, & Sundquist, 2015).

Moleküler genetik alanındaki gelişmelerle birlikte, daha güncel çalışmalarda **bağlantı analizi** (linkage analysis) ve **gen ilişkilendirme** (gene association) yöntemleri kullanılmaktadır. Bağlantı analizinde araştırmacılar psikolojik rahatsızlıklar için yatkınlık oluşturan genleri taşıyan genomun kromozomdaki yerini tespit etmeye çalışmaktadır (Clayton & McKeigue, 2001; Laird & Lange, 2006). Bu çalışmalar belirli bir gende birbirine yakın yerde bulunan genetik özelliklerin kalıtım yoluyla birlikte aktarılacağı temel varsayımına dayanmaktadır. Özellikle İnsan Genom Projesi ile birlikte bağlantı analizi kullanılarak birçok hastalık ve özellikle ilişkili gen tespit edilmiştir. Daha karmaşık kalıtım mekanizmalarıyla aktarılan hastalıklar için tercih edilen gen ilişkilendirme yönteminde ise belirli bir genetik işaretin görülme sıklığı bir rahatsızlığa sahip kişilerde ve sahip olmayan kontrol grubunda kıyaslanır (Clayton & McKeigue, 2001; Laird & Lange, 2006). Alternatif olarak, aday bir gendeki mutasyonlar tespit edilerek söz konusu hastalıkla ilişkisi vaka ve kontrol grupları kıyaslanarak araştırılır.

Genetik faktörler ve çevre ilişkisi

Genetik faktörler birçok psikolojik rahatsızlığın ortaya çıkmasında rol oynasa bile genetik yapı bu rahatsızlıkların görülmesi için tek başına yeterli olmamaktadır. Örneğin, genetik yatkınlığın en fazla rol oynadığı düşünülen psikolojik rahatsızlıklardan biri olan şizofrenide dahi aynı genetik yapıya sahip tek yumurta ikizlerinin eş hastalanma oranı %50'nin altındadır (Hilker ve ark., 2018). Birçok durumda genetik yapı ancak kişi stresli yaşam olayları gibi belirli çevresel koşullara maruz kalırsa rahatsızlığın ortaya çıkması için bir yatkınlık oluşturmaktadır. Dolayısıyla, psikolojik rahat-

sızlıkların oluşumunda hem genetik hem de çevresel faktörlerin ortak katkısının bulunduğunu ve bu faktörlerin karşılıklı olarak birbirini etkileyerek şekillendirdiğini söyleyebiliriz.

Gen-çevre korelasyonu adı verilen sürece göre genetik yapımız, ne tür çevresel koşullara maruz kalacağımız konusunda etkili olmaktadır. Örneğin, mizaç olarak daha aktif ve sıcak bir bebek sessiz ve pasif bir bebeğe göre daha fazla sosyal uyaranı kendine çekerek genetik yapısı sayesinde yarattığı bu zengin sosyal ortama maruz kalmaktadır. Çocuk, yaşı ilerledikçe genetik yatkınlığına uygun çevreleri oluşturma ve seçme konusunda daha aktif rol üstlenmektedir. Örneğin, antisosyal davranışa genetik yatkınlığı bulunan bir çocuk, kendine ilgi alanı ve kişilik olarak benzer kişilerden oluşan arkadaş gruplarına dahil olabilir ve bu durum çocuğun antisosyal davranış gösterme ihtimalini artırabilir. Burada genetik faktörlerin çevreyi şekillendirmesi söz konusudur.

Genetik faktörler bireylerin çevresel koşullara hassasiyetlerini ve verdikleri tepkileri de etkilemektedir. Diğer bir deyişle, benzer çevresel koşullara maruz kalan iki kişi, farklı genetik özellikleri sebebiyle bu koşullara farklı tepkiler verebilir. Buna **gen-çevre etkileşimi** adı verilir. Örneğin, depresyonda serotonin taşıyıcı geninin bir varyantında (5-HTTLPR) iki kısa ("s") alele sahip olan bireylerde strese hassasiyetin daha yüksek olduğu ve bu genetik özelliğe sahip kişilerin strese maruz kaldıktan sonra bir depresif epizod geçirmeye daha yatkın oldukları çok sayıda çalışma tarafından gösterilmiştir (Karg, Burmeister, Shedden, & Sen, 2011). Burada genetik yapı, depresyon için bir yatkınlık oluşturmakta ve kişinin stresli çevresel koşullarından ne derece etkilendiğinde belirleyici olmaktadır. Bununla birlikte, çevre de hangi genetik yapıların dışa vurulacağı konusunda belirleyici olabilir. Çevre ve deneyimin genlerin dışa vurumunu ve dışa vurulan bu genlerin beyin ve davranışa olan etkisini inceleyen alana **epigenetik** adı verilir.



Şekil 2. Gen-çevre korelasyonuna göre, biyolojik olarak zor mizaç özelliklerine sahip bir bebek, onu sakinleştirmekte zorlanan ebeveynlerinden daha az sıcaklık ve ten teması görebilir; yani, genetik yapı bebeğin maruz kaldığı çevreyi şekillendirir.

Gen-çevre etkileşimini psikolojik rahatsızlıklar bağlamında bilimsel olarak çalışan modellere örnek olarak **Strese Yatkınlık Modellerini** (diathesis-stress models) gösterebiliriz. 1960'lı yıllarda şizofreni teorileri ve araştırmalarıyla yan yana gelen *yatkınlık* ve *stres* kavramları, günümüzde birçok psikolojik bozukluğu açıklamak için kullanılan modellere öncü olmuştur (Ingram & Luxton, 2005). Bu modeller bir psikolojik rahatsızlığın ortaya çıkması için kişide belirli yatkınlık faktörlerinin var olması ve aynı zamanda kişinin strese maruz kalması gerektiğini ileri sürmektedir. Erken dönemdeki modellerde yatkınlık kavramı biyolojik yatkınlık olarak kabul edilirken, daha güncel modellerde bu kavram psikolojik (ör., bilişsel süreçler) ve sosyal (ör., yetiştirilme tarzı) yatkınlık faktörlerini de kapsayacak şekilde genişlemiştir.

Strese Yatkınlık Modellerine göre, yatkınlığın derecesi ve stresin yoğunluğu birleşerek, rahatsızlığın oluşma ihtimalinde belirleyici olmaktadır. Buna göre, eğer kişide bazı genlerin kombinasyonu veya beyin işlevlerinde bir bozukluk gibi yatkınlık faktörleri varsa, bu durum rahatsızlığın gelişmesini garanti etmez; rahatsızlığın ortaya çıkışı stresin derecesine bağlıdır. Eğer

kişide söz konusu psikolojik rahatsızlığa dair güçlü bir yatkınlık varsa, az düzeyde strese maruz kalmak bile bu rahatsızlığın oluşumu için yeterli olabilir (van Heeringen, 2012). Fakat eğer kişide yatkınlık yoksa, yoğun stresе maruz kalsa dahi psikolojik rahatsızlık oluşmaz. Bu alandaki önemli boylamsal çalışmalardan birinde Caspi ve arkadaşları (2002), erkek çocukları yetişkinlik dönemine kadar izlemiş ve saldırganlıkla ilişkilendirilen düşük MAO-A aktivite seviyesine sahip (yani genetik yatkınlığı bulunan) çocuklar arasında, yalnızca yoğun istismara maruz kalanların yetişkinlikte antisosyal davranış geliştirdiğini göstermiştir (Şekil 3). Yani bazı genetik etkiler yalnızca stres gibi belirli çevresel risk faktörlerine maruz kalan kişilerde açığa çıkıyor görünmektedir. Bununla birlikte, aynı çalışmada düşük MAO-A aktivitesi gösterenlerle kıyaslandığında, yüksek MAO-A aktivitesine sahip çocuklar (genetik yatkınlığı bulunmayanlar) istismara maruz kalsalar dahi antisosyal davranış geliştirmemiştir. Sonuç olarak, çevresel etkiler genetik yatkınlığın dışavurumunda belirleyici olduğu gibi, genetik yatkınlık da çevresel koşulların kişi üzerinde nasıl ve ne derece etkili olduğu konusunda belirleyici olabilmektedir.



Şekil 3. Caspi ve arkadaşları (2002), saldırganlığa genetik yatkınlığı bulunmayan çocukların strese maruz kalsalar dahi antisosyal davranış geliştirmediklerini, genetik yatkınlığı bulunanlardan ise yalnızca istismara uğrayanların antisosyal davranış geliştirdiklerini göstermiştir.

Beynin yapısı ve işlevlerinin rolü

Beyindeki yapısal bozuklukların kişinin psikolojik işlevleri ve anormal davranış üzerinde rol oynayabileceği günümüzde yaygın şekilde bilinmektedir. Fakat bu görüş, Phineas Gage vakasının yaşandığı yıllarda pek de yaygın değildi. Phineas Gage'in 1848 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nin Vermont eyaletinde çalıştığı demiryolu inşasında geçirdiği kaza, onu tıp ve nöropsikoloji alanyazınında ölümsüz bir isim haline getirmiştir. Gage, yaşanan patlamanın ardından demir bir kazığın çenesinin altından girip kafatasını delmesi sonucu ağır yaralanmış, fakat hayatta kalmayı başarmıştır. Bu kazadan sonra Gage'in hareket, konuşma, hafıza gibi işlevlerinde bir değişim gözlenmezken, kişilik yapısıyla ilgili önemli farklılıklar dikkati çekmekteydi. Kaza öncesinde uyumlu ve sevilen bir kişi olan Gage, kazanın ardından dürtüsel, saygısız, sosyal kurallara uymayan bir kişi haline gelmişti. Kazadan yaklaşık 150 yıl sonra Gage'in kafatasını inceleyen bilim insanları, Gage'in beyninin frontal lobunda bir hasar oluştuğunu tespit etmiştir (Damasio, Grabowski, Frank, Galaburda, & Damasio, 1994). Dolayısıyla, kazadan yıllar sonra Gage'in kişiliğindeki değişimlerin rasyonel karar verme ve duyguları işlemlemede önemli rol üstlenen frontal bölgedeki hasarla ilişkili olduğu anlaşılmıştır.

Elbette psikolojik rahatsızlıkların çoğu bu tür büyük yapısal hasarlardan kaynaklanmamaktadır. Günümüzde, gelişmiş beyin görüntüleme teknikleri sayesinde psikolojik rahatsızlıkları olan kişilerde beynin yapısı ve işlevlerindeki daha ince bozulmalara ve farklılıklara dair geçmişe kıyasla oldukça fazla şey biliyoruz. Örneğin, obsesif-kompulsif bozukluk tanısı almış kişilerle

yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında bu kişilerde ödül ve cezanın algılanmasında ve öğrenme süreçlerinde rol oynayan orbitofrontal korteks ve ventral striatum bölgelerinin işlevlerinde bozulmalara rastlanmıştır (Remijnse ve ark., 2006). Bu bozulmalar, hastaların kompülsiyon adı verilen ritüelistik davranışları (ör., temizlik yapma) ödüllendirici olarak algılamaları gibi klinik belirtilerle uyumludur. Şizofreni hastalarıyla yapılan araştırmalar ise bu kişilerde hipokampüs ve amigdala bölgelerinde hacim kaybı olduğunu göstermekte ve bu bulgu delüzyonlar gibi pozitif psikotik semptomlarla ilişkilendirilmektedir (Bogerts ve ark., 1993).

Beyin yapısı ve işlevlerindeki bu farklılıklar, genetik faktörlerden etkilenebileceği gibi, çevresel koşullarla da şekillenebilmektedir. **Nöroplastisite** (neural plasticity) adı verilen mekanizma sayesinde merkezi sinir sistemine ait yapılar (ör., nöronlar arasındaki bağlantılar) yaşam boyunca deneyim ve öğrenme ile yeniden organize olabilir ve çevreye uyum sağlayabilir; yani, belirli oranda esnekliğe sahiptir. Örneğin, çocukluk çağı istismar ve ihmalinin hipokampüs ve anterior singulat korteksin de aralarında bulunduğu çeşitli beyin bölgelerinde hacim kaybına neden olduğu düşünülmektedir (Teicher, Samson, Anderson, & Ohashi, 2016). Fakat, eğer çevresel koşullara erken müdahale edilebilirse, beyin gelişimindeki bazı aksaklık ve bozukluklar belirli ölçüde geri alınabilmektedir (ör., Bükreş Erken Müdahale Projesi; Sheridan, Fox, Zeanah, McLaughlin, & Nelson, 2012). Nöroplastisite ile ilgili bu bulgular psikolojik rahatsızlıkların oluşumunda ve önlenmesinde çevresel koşulların ve erken müdahalenin öneminin altını çizmektedir.

Nörotransmiterlerin ve endokrin sisteminin rolü

Sinir sistemindeki nöronların diğer nöronlarla iletişime geçerken kullandıkları kimyasal maddeler olarak tanımlanabilecek **nörotransmiterler**, stimüle ettikleri nöronda bulunan reseptörlere bağlanarak bir tepkimeye yol açma veya var olan bir tepkimeyi engelleme işlevine sahipirler. Güncel biyolojik yaklaşımlar, nörotransmiterlerle ilgili bazı bozulmaların anormal davranışın etiyolojisinde rol oynadığını öne sürmektedir. Örneğin, serotonin nörotransmiterinin işlevlerindeki bozulmalar depresyonla, dopamin nörotransmiterindeki bozulmalar ise şizofreniyle ilişkilendirilmektedir. Fakat, bir rahatsızlığın tek bir nörotransmiterle ilgili bir bozulmadan kaynaklandığına dair öneriler oldukça basittir ve nörotransmiter sistemlerinin karmaşık ve birbiriyle bağlantılı yapısını yansıtmamaktadır. Nitekim, bir nörotransmiterin işlevi reseptörün tipine göre değişebilir, aynı davranışı birden fazla nörotransmiter düzenliyor olabilir veya bir nörotransmiter bir diğeriyle etkileşerek bir başka nörotransmiterin etkisini düzenleyip davranışı etkileyebilir (ör., Seo, Patrick, & Kennealy, 2008).

Nörotransmiterlerle ilgili bozulmalar farklı şekillerde gerçekleşebilir. Nörotransmiter, fazla üretiliyor veya salınıyor olabileceği gibi nörotransmiterin deaktivasyonu (ör., geri emilimi) ile ilgili bir aksaklık yaşanıyor olabilir. Bununla birlikte, reseptörün aşırı hassasiyeti veya yeterince hassas olmayışı ya da az veya fazla sayıda reseptörün bulunması da nörotransmiterin işlevleriyle ilgili dengesizliklere yol açabilir. Birçok psikolojik bozukluğu tedavi etmekte kullanılan ilaçlar nörotransmiterle ilgili bu düzensizlikleri gidermeyi hedef almaktadır. Örnek olarak, şizofreni tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçlar beyindeki dopamin reseptörlerini bloke edip dopamin aktivitesini azaltarak etkisini göstermektedir. Genel olarak nörotransmiterlerin etkisini arttıran maddelere **agonist**, azaltan veya bloke eden maddelere **antagonist** ve nörotransmiterin tam tersi bir etki oluşturanlara ise **ters agonist** adı verilmektedir.

Nörotransmiterlerin bugünkü bilinen sayısı 100'ün üzerinde olmakla birlikte, psikolojik rahatsızlıklarla en sık ilişkilendirilen nörotransmiterler; serotonin, dopamin, gama amino

yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında bu kişilerde ödül ve cezanın algılanmasında ve öğrenme süreçlerinde rol oynayan orbitofrontal korteks ve ventral striatum bölgelerinin işlevlerinde bozulmalara rastlanmıştır (Remijnse ve ark., 2006). Bu bozulmalar, hastaların kompülsiyon adı verilen ritüelistik davranışları (ör., temizlik yapma) ödüllendirici olarak algılamaları gibi klinik belirtilerle uyumludur. Şizofreni hastalarıyla yapılan araştırmalar ise bu kişilerde hipokampüs ve amigdala bölgelerinde hacim kaybı olduğunu göstermekte ve bu bulgu delüzyonlar gibi pozitif psikotik semptomlarla ilişkilendirilmektedir (Bogerts ve ark., 1993).

Beyin yapısı ve işlevlerindeki bu farklılıklar, genetik faktörlerden etkilenebileceği gibi, çevresel koşullarla da şekillenebilmektedir. **Nöroplastisite** (neural plasticity) adı verilen mekanizma sayesinde merkezi sinir sistemine ait yapılar (ör., nöronlar arasındaki bağlantılar) yaşam boyunca deneyim ve öğrenme ile yeniden organize olabilir ve çevreye uyum sağlayabilir; yani, belirli oranda esnekliğe sahiptir. Örneğin, çocukluk çağı istismar ve ihmalinin hipokampüs ve anterior singulat korteksin de aralarında bulunduğu çeşitli beyin bölgelerinde hacim kaybına neden olduğu düşünülmektedir (Teicher, Samson, Anderson, & Ohashi, 2016). Fakat, eğer çevresel koşullara erken müdahale edilebilirse, beyin gelişimindeki bazı aksaklık ve bozukluklar belirli ölçüde geri alınabilmektedir (ör., Bükreş Erken Müdahale Projesi; Sheridan, Fox, Zeanah, McLaughlin, & Nelson, 2012). Nöroplastisite ile ilgili bu bulgular psikolojik rahatsızlıkların oluşumunda ve önlenmesinde çevresel koşulların ve erken müdahalenin öneminin altını çizmektedir.

Nörotransmiterlerin ve endokrin sisteminin rolü

Sinir sistemindeki nöronların diğer nöronlarla iletişime geçerken kullandıkları kimyasal maddeler olarak tanımlanabilecek **nörotransmiterler**, stimüle ettikleri nöronda bulunan reseptörlere bağlanarak bir tepkimeye yol açma veya var olan bir tepkimeyi engelleme işlevine sahiptirler. Güncel biyolojik yaklaşımlar, nörotransmiterlerle ilgili bazı bozulmaların anormal davranışın etiyolojisinde rol oynadığını öne sürmektedir. Örneğin, serotonin nörostranmiterinin işlevlerindeki bozulmalar depresyonla, dopamin nörostranmiterindeki bozulmalar ise şizofreniyle ilişkilendirilmektedir. Fakat, bir rahatsızlığın tek bir nörotransmiterle ilgili bir bozulmadan kaynaklandığına dair öneriler oldukça basittir ve nörotransmiter sistemlerinin karmaşık ve birbiriyle bağlantılı yapısını yansıtmamaktadır. Nitekim, bir nörotransmiterin işlevi reseptörün tipine göre değişebilir, aynı davranışı birden fazla nörotransmiter düzenliyor olabilir veya bir nörotransmiter bir diğeriyle etkileşerek bir başka nörotransmiterin etkisini düzenleyip davranışı etkileyebilir (ör., Seo, Patrick, & Kennealy, 2008).

Nörotransmiterlerle ilgili bozulmalar farklı şekillerde gerçekleşebilir. Nörotransmiter, fazla üretiliyor veya salınıyor olabileceği gibi nörotransmiterin deaktivasyonu (ör., geri emilimi) ile ilgili bir aksaklık yaşanıyor olabilir. Bununla birlikte, reseptörün aşırı hassasiyeti veya yeterince hassas olmayışı ya da az veya fazla sayıda reseptörün bulunması da nörotransmiterin işlevleriyle ilgili dengesizliklere yol açabilir. Birçok psikolojik bozukluğu tedavi etmekte kullanılan ilaçlar nörotransmiterle ilgili bu düzensizlikleri gidermeyi hedef almaktadır. Örnek olarak, şizofreni tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçlar beyindeki dopamin reseptörlerini bloke edip dopamin aktivitesini azaltarak etkisini göstermektedir. Genel olarak nörotransmiterlerin etkisini artıran maddelere **agonist**, azaltan veya bloke eden maddelere **antagonist** ve nörotransmiterin tam tersi bir etki oluşturanlara ise **ters agonist** adı verilmektedir.

Nörotransmiterlerin bugünkü bilinen sayısı 100'ün üzerinde olmakla birlikte, psikolojik rahatsızlıklarla en sık ilişkilendirilen nörotransmiterler; serotonin, dopamin, gama amino-

bütirik asit (GABA) ve norepinefrindir. **Serotonin** (5-hydroxytryptamine, 5-HT), duygudurumun düzenlenmesi; uyku, cinsellik, beslenme ve uyarılmanın kontrolü ve ağrının düzenlenmesi gibi çok sayıda fizyolojik ve nöropsikolojik süreçte rol üstlenmektedir. Serotonin mekanizmasındaki bozulmalar; duygudurum bozuklukları, yeme bozuklukları, saldırganlık ve dürtüsellik gibi pek çok psikolojik rahatsızlık ve anormal davranışla ilişkilendirilmiştir (Csernansky & Sheline, 1993). Serotoninin geri emilimini inhibe eden ilaçlar (ör., fluoksetin) depresyon, yeme bozuklukları ve kaygı bozuklukları gibi birçok psikolojik rahatsızlığın tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. **Dopamin**in düzenlediği işlevler arasında ise ödül ve keyif deneyimleri, motor işlevler, motivasyon ile duygusal ve bilişsel süreçleri saymak mümkündür. Dopamin sistemi; madde bağımlılığı, şizofreni, Parkinson hastalığı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi çok sayıda rahatsızlıkta ve bunların tedavisinde rol oynamaktadır (Le Foll, Gallo, Le Strat, Lu, & Gorwood, 2009). **GABA**, nöronlar arasındaki bilgi aktarımını düzenleme ve diğer nörotransmiterlerin aktivitesini ketleme işlevi üstlenen bir nörotransmiter olarak tanımlanabilir. GABA işlevlerindeki düzensizlikler, özellikle kaygı bozuklukları ile ilişkilendirilmektedir. Nitekim, kaygı bozukluklarının tedavisinde sıklıkla kullanılan benzodiazepinler (ör., Xanax, Ativan) GABA nörotransmiterinin etkisini artırarak yatıştırıcı ve sakinleştirici etki sağlamaktadır. Son olarak, **norepinefrin** (diğer adıyla noradrenalin) tehlike veya yoğun stres gibi acil durumlardaki tepkilerimizi şekillendiren, çevreye yönelik dikkati artıran ve vücudumuzu ve beynimizi harekete hazırlayan bir nörotransmiterdir. Hipertansiyon için kullanılan bazı ilaçlar norepinefrin reseptörlerini bloke ederek nabzı ve kan basıncını düşürmektedir. Norepinefrinin panik bozuklukta rol oynuyor olabileceğine dair bulgular mevcutsa da (Versiani ve ark., 2002), bu nörotransmiterin belirli bir davranış ya da psikolojik rahatsızlıktan çok beynin neredeyse tüm kısımlarını etkileyen genel bir etkisi olduğunu söyleyebiliriz.

Nörotransmiter sisteminin yanı sıra, bazı psikolojik rahatsızlıklar endokrin sistemi tarafından üretilen kimyasallar olan **hormon**lardaki dengesizliklerle de ilişkilendirilmektedir. Vücuttaki endokrin bezleri çeşitli hormonları üreterek kana salınımlarını yapmakta ve bu hormonlar hedef aldıkları beyin bölgesi veya organ üzerinde etkilerini göstermektedir. Endokrin sistemini koordine ederek vücuttaki diğer endokrin bezlerini yöneten ve hipotalamusla ilişki içinde çalışan ise beyindeki hipofiz bezidir. Birçok görevin yanında, hipofiz bezi vücudumuzun stresli durumlardaki hormonal yanıtlarını düzenlemektir.

Vücudumuzda stresli durumlarda aktive olan önemli mekanizmalardan biri **hipotalamik-pitüiter-adrenal eksen**dir (HPA ekseni). Bu mekanizma, kişi stresli bir durumla karşılaştığında hipotalamusun kortikotropin salgılattırıcı hormonu (CRH) üreterek hipofiz bezini uyarması, hipofiz bezinin buna yanıt olarak adrenokortikotropik hormonu (ACTH) üreterek böbrek üstü bezlerinin dış yüzeyi olan adrenal korteksi uyarması, buna karşılık adrenal korteksin aralarında kortizolun de bulunduğu glükokortikoidleri üretmesi, glükokortikoidlerin ise vücudu stresle baş etmek için hazır hâle getirmesi adımlarını içermektedir (Mehta & Binder, 2012). Stres ortadan kalktığında ise HPA eksenine negatif geri bildirim verilerek stres tepkisi sona erdirilir (Şekil 4). Bu sistemdeki bozulmalar kişinin strese hassasiyetini artırarak veya kişinin strese dayanıklılığını azaltarak onu psikolojik rahatsızlıklara daha yatkın hâle getirebilir. Bununla birlikte, çalışmalar çocukluk çağı travması gibi erken dönemde maruz kalınan yoğun stresin HPA ekseni işlevlerini bozabileceğini önermektedir (Klaassens ve ark., 2011). HPA eksenindeki aksaklıklarla ilişkilendirilen psikolojik rahatsızlıklar arasında travma son-

rası stres bozukluğu ve depresyonu sayabiliriz (Flory & Yehuda, 2015).



Şekil 4. HPA ekseni

Mizacın rolü

Mizaç, ilk olarak bebeklik ve erken çocukluk döneminde gözlemlenen, kişiliğin temelini oluşturan, biyolojik yapı ve süreçlerdeki kişilerarası farklılıklardan temel aldığı ve kısmen stabil olduğu düşünülen kişisel özellikler olarak tanımlanabilir (Bates, Schermerhorn, & Petersen, 2014; Rothbart & Bates, 2006). Mizaç özellikleri; genellikle tepkisellik (reactivity) ve öz düzenleme (self-regulation) olmak üzere iki temel boyutta ele alınmaktadır. Tepkisellik, uyaranlar karşısında duygusal, bilişsel ve fiziksel uyarılmanın hızı ve yoğunluğu, öz düzenleme ise bu tepkiselliği düzenleme becerisi ve bu yolda kullanılan stratejilerdir (Rothbart & Bates, 2006).

Erken dönem mizaç özellikleri, kişinin çevresel koşullara hassasiyetini ve tepkilerini (ör., stresli durumlardaki hormon salınımını) ve gelecekte oluşabilecek psikolojik rahatsızlıkları etkileyebilir. Örneğin, yaşamın ilk iki yılında davranışsal ketlenme (behavioral inhibition) mizacına sahip, yani yabancı uyaranlar karşısında çekingen ve kaçınmacı olan, bebeklerin yetişkinlikte yabancı yüzlerden oluşan uyaranlarla karşılaştıklarında amigdalada daha fazla MRI aktivitesi gösterdikleri bulunmuştur (Schwartz ve ark., 2003). Bu bulguyla tutarlı biçimde, davranışsal ketlenmesi yüksek olan çocukların gelecekte kaygı bozukluklarına daha yatkın olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Hirshfeld ve ark., 1992; Schwartz, Wright, Shin, Kagan, & Rauch, 2003). Mizaç ve psikolojik işlevler arasındaki ilişkiyi inceleyen ve 1184 anne-çocuk çiftini hamilelikten çocukluk dönemine kadar izleyen boylamsal bir çalışmada ise çocuğun bir yaşındaki duygusal tepkiselliği arttıkça, 5.5 yaşındaki duygusal ve davranışsal problemleri ile hiperaktivite/dikkatsizlik belirtilerinin de arttığı bulunmuştur (Abulizi ve ark., 2017).

Yapılan çalışmalar biyolojik bir temeli olduğu düşünülen mizacın dışavurumunun, zaman içindeki değişiminin ve psikolojik rahatsızlıklar üzerindeki etkisinin aile ortamı gibi çevresel koşullardan etkilendiğini göstermektedir. Örneğin, Hanington, Ramchandani ve Stein (2010) boylamsal bir çalışmada bebek 6 aylıkken anne ve babada görülen depresyonun bebeğin iki yaşındaki zor mizaç özelliklerini yordadığını göstermiş; ebeveyndeki depresyonun çocuğa verilen bakımın kalitesini düşürerek çocuğun mizacını olumsuz etkiliyor olabileceğini ifade etmiştir. Dolayısıyla, çoğunlukla kalıtım gibi biyolojik faktörlerle şekillendiği düşünülse de mizacın çevresel koşullardan etkilendiği göz önünde bulundurulmalı ve psikolojik rahatsızlıklara katkısı bu bağlamda değerlendirilmelidir.

Psikolojik Yaklaşım

Psikolojik rahatsızlıkları açıklamak için kullanılan ve psikolojik faktörleri temel alan teoriler oldukça çeşitli olup sayıları tam olarak bilinmemektedir. Bu kısımda üç popüler ve etkili

yaklaşım olarak; psikodinamik teoriler, davranışçı teoriler ve bilişsel-davranışçı teoriler ele alınacak ve her bir yaklaşımın anormal davranış ve psikolojik rahatsızlıklara dair bakış açıları gözden geçirilecektir.

Psikodinamik teoriler

Psikanalitik teoriyi geliştiren Sigmund Freud, yaşamın erken dönemindeki deneyimlerin kişilik gelişimi ve psikolojik rahatsızlıkların oluşumunda önemli rol üstlendiğini söylemiş ve psikolojik rahatsızlıkların erken çocukluk dönemdeki travmatik yaşantılardan temellenen bilinç dışı dürtüler ve çatışmalardan kaynaklandığını öne sürmüştür. Bireyleri normal-anormal düzleminde değerlendiren psikanalitik bakış açısı, sağlıklı bireylerin de zaman zaman psikolojik rahatsızlıklara dair birtakım belirtiler gösterebileceğini savunmaktadır (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2018).

Psikanalitik teorinin temel varsayımlarından biri bilinç dışının bireylerin ruhsal dünyası ve davranışlarında önemli bir yer tutmasıdır. Freud'un topografik modeline göre zihin; bilinç dışı, bilinç öncesi ve bilinç olmak üzere üç katmandan oluşur (Freud, 1920). Bu bölümler arasında farkındalığımızın olmadığı, en derindeki, en geniş ve ulaşılması en güç katmanı **bilinç dışı** oluşturmaktadır. Bilinç dışı, temel olarak cinsellik ve saldırganlıktan oluşan en ilkel dürtülerinizi barındırır ve bu dürtüler kaygıya yol açtığı için bilinç seviyesine ulaşmadan burada muhafaza edilir. Bilinç dışındakiler ancak rüyalar, fanteziler ve dil sürçmeleri gibi dolaylı yollarla ifade bulur veya psikanalitik psikoterapi ile bilince taşınarak kişiliğe entegre edilebilir. **Bilinç öncesi**nde ise bilinç seviyesine erişmemiş anılar bulunur ve eğer kişi üzerine odaklanırsa bunları bilince taşıyabilir. Daha yüzeyde bulunan **bilinç**, kişinin farkında olduğu düşünce ve duyguları içeren, görece dar bir alanı kapsar.

Freud, yapısal modelinde kişilik yapısının; id, ego ve süperego olmak üzere üç kısımdan oluştuğunu söylemektedir. **İd**, kişiyi cinsellik gibi hedonik ihtiyaçları anında tatmin etmeye yönlendiren, biyolojik ve içgüdüsel doyumun peşinde koşan kısımdır; çoğunlukla bilinç dışı dürtülerimizi içerir. İd, haz ilkesi ile çalışır ve çoğunlukla istekleri gerçeklikle, kişinin uzun vadeli hedefleriyle ve toplumsal kurallarla örtüşmez. İd'e bir nevi ebeveynlik yapan ve onun dürtülerinin daha güvenli ve adaptif şekilde tatmin edilmesi için rasyonel düşünce, karar verme ve problem çözme gibi süreçleri devreye sokan ise **egodur**. Ego, gerçeklik ilkesine göre çalışır. **Süperego** ise ebeveynlerimizle özdeşlik kurmamızın ardından daha ileriki yıllarda gelişen ve ebeveynlerimizin beklentileri, sosyal ve toplumsal kurallar ve yaptırımlar ile şekillenen ahlaki kısmı oluşturur; eğer standartlarına uymazsak bizi utanç ve suçluluk ile cezalandırır. İd ve süperego arasında kalan ego, idin dürtüleri, süperegonun kural ve beklentileri ve dış dünyanın gerçekliği arasında bir denge kurmak için çabalar (Freud, 1923). Eğer bu sistemler arasındaki çatışma çözülemezse, psikolojik rahatsızlıklar ortaya çıkabilir. Örneğin, süperego aşırı baskın olduğunda artan suçluluk ve utancın depresyona, süperego yeteri kadar gelişmediğinde ise antisosyal davranışlara neden olabileceği düşünülür.

Egonun bilinç dışı işlevlerinden biri otomatik ve gerçeği çeşitli derecelerde saptıran **savunma mekanizmalarını** kullanarak kabul edilemez bilinç dışı düşünce, duygu ve arzuları bilinçten uzak tutmak ve oluşturabilecekleri kaygıyı önlemektir. Bunun için kullanılan en temel savunma mekanizması bastırmadır (repression). Teoriye göre, herkes çeşitli savunma mekanizmalarını zaman zaman kullanır fakat eğer bu mekanizmalar kişinin genel davranış örüntüsüne hâkim olacak kadar yineleyici biçimde ve yaygın kullanılıyorsa ve işlevselliği bozuyorsa patolojik hâle gelebilir. Genel olarak, nevrotik sıkıntıları olan kişiler bastırma ve rasyonalizasyon gibi gerçeği daha az saptıran ve daha az genelleyici savunma mekanizmalarını kullanırken, daha ağır bozuklukları

olan kişilerin inkar ve yansıtma gibi daha ilkel mekanizmalar kullandıkları düşünülmektedir (McWilliams & Weinberger, 2003).

Freud, psikoseksüel gelişimin beş aşamada gerçekleştiğini ve her aşamanın belirli bir beden bölgesindeki tatmin ve hazla ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Oral dönemde (doğum-1 yaş) haz ağız bölgesine odaklıdır ve bebek ağız yoluyla uyarılma ve beslenme ihtiyaçlarını karşılar. Anal dönemde (2-3 yaş) bebek anüs bölgesinde dışkıyı kontrol eden kasların gevşeme ve kasılması yoluyla haz alır. Fallik dönemde (3-6 yaş) ise çocuğun ilgisi genital bölgeye çevrilir; karşı cins ebeveynine yönelik bilinç dışı ensestöz arzular geliştiren çocuk, aynı cins ebeveynini bir rakip olarak görür. Freud bu durumu **oedipus kompleksi** olarak tanımlamış ve fallik dönemin, ensestöz fantezilerin bastırılıp aynı cins ebeveynle özdeşim kurulması yoluyla sağlıklı biçimde çözümlenebileceğini söylemiştir. Sonraki aşama olan gizlilik döneminde (6-11 yaş) ise kişi, ergenlik döneminde tekrar canlanacak olan cinsel dürtüleri bastırır. Freud sonrası psikodinamik teorilerde bu dönem ego gelişimi ve sosyal kuralların öğrenilmesiyle ilişkilendirilmiştir (Prochaska & Norcross, 2013). Son olarak, genital dönemde (12 yaş ve sonrası) kişi geçmişte bastırılan karşı cins ebeveyne yönelik cinsel dürtüleri yansıtabileceği başka birey arayışına girer; cinsel ilişki ve üreme yoluyla hazza ulaşır.

Kurama göre psikolojik rahatsızlıkların oluşmasında çocuğun dürtülerinin çevresi tarafından aşırı doyuma ulaşmış olması (çocuğun hiç engelleme yaşamadan doyum sağlaması) veya bu dürtülerin ketlenerek yeterince doyurulmaması (çocuğun doyumdan yoksun bırakılmış olması) rol oynamaktadır (McWilliams, 1994). Çocuk hangi aşamada ketlenmiş veya aşırı doyurulmuşsa bu aşamaya saplanır ve söz konusu aşamanın meseleleriyle aşırı meşgul hâle gelir. Örneğin, oral döneme saplanmış bir kişi, tıpkı yaşamın ilk yılında bebeğin anneye ve memeye olan bağımlılığı gibi, yetişkin ilişkilerinde de aşırı bağımlı ve yapışkan olabilir. Aynı zamanda, aşırı yeme ve alkol kullanımı gibi ağız bölgesine odaklı hazlara fazlaca düşkün olabilir.

Psikanalitik teoriye göre birçok psikolojik rahatsızlığın temelinde kaygı bulunmaktadır. Kaygı, açık şekilde deneyimlenir veya bastırılır; eğer ego kaygıyı düzenlemekte yetersiz kalırsa kaygı psikolojik belirtiler ile ortaya çıkabilir. Stresli yaşam olayları gibi durumlar kişinin saplandığı psikoseksüel aşamanınkine benzer dürtülerin ve o aşamaya ait çatışmaların yeniden canlanmasına sebep olur. Kişi, bu dürtülerin bilince ulaşmasını engellemek için yoğun bir enerji harcar. Psikolojik rahatsızlıklardaki belirtiler hem bu istenmedik dürtülere karşı kişinin kullandığı savunmaların, hem de bilinç dışı arzularının bir yansımasıdır (Prochaska & Norcross, 2013). Freud, histerik hastalar üzerinde yaptığı çalışmalar sonucu, kişilerin kaygı uyandırıcı travmatik çocukluk çağı yaşantılarını bastırarak bilinçten uzak tuttuklarını ve olumlu kanallara aktarılabilecek ruhsal enerjiyi bu rahatsız edici materyali bilinç dışında tutmak için kullandıklarını öne sürmüş, dissosiasyon gibi histerik belirtilerin bastırma savunma mekanizmasının başarılı



Şekil 5. Psikanalitik kurama göre, psikoseksüel gelişim evrelerinde dürtülerin aşırı doyumu veya ketlenmesi bu evrede saplanmaya yol açabilir. Örneğin, anal dönemde aşırı kısıtlanan çocuk, yetişkinlikte temizlik, düzen ve tutumlulukla meşgul hâle gelebilir.

olamadığı durumlarda bilinç dışı çatışmaların bir yansıması olarak ortaya çıktığını belirtmiştir. Yani kurama göre psikolojik belirtiler, kişinin kişiliğinin farklı yanları arasındaki çatışmaların ve rahatsız edici dürtülerin yarattığı kaygının sembolik ve bilinç dışı ifadesidir (Berzoff, 2011). Kişi, psikoseksüel gelişimde ne kadar erken döneme saplanmışsa, psikolojik rahatsızlıkların da o kadar ağır olacağı varsayımı vardır; çünkü bu durumda kişi, kaygıyla baş etmek için daha erken döneme ait ilkel savunma mekanizmalarını kullanır (Prochaska & Norcross, 2013).

Güncel psikodinamik teoriler

Psikodinamik teori, Freud sonrası çok sayıda kuramcının katkılarıyla şekillenmiş, bilinç dışı ve savunma mekanizmaları gibi bazı kavramlar teorinin ana hatlarında yerini korurken, cinsellik ve saldırganlık dürtüleri gibi bazı kavramlar zaman içinde eleştirilerek önemini bir miktar yitirmiştir.

Daha yeni akımlar arasından **Ego Psikolojisi,** Freud'un kızı Anna Freud'un (1895-1982) da aralarında bulunduğu kuramcılar tarafından egonun işlevlerinin öneminin vurgulanmasıyla ortaya çıkmıştır. Klasik psikanaliz, daha çok idin dürtüleri ve bunların yarattığı çatışmalara odaklanırken, ego psikolojisi teorisyenleri kuramı savunma mekanizmaları ve egonun diğer işlevleri (or.; hafıza, zekâ, muhakeme) yönünde geliştirerek psikolojik rahatsızlıkların egonun işlevlerini yeterince yerine getirememesiyle ilişkili olduğunu öne sürmüştür. Ego psikolojisi kuramcılarından Erik Erikson (1902-1994) insan gelişimini yaşam boyu devam eden ve her biri farklı bir gelişimsel kriz içeren sekiz evrede tanımlamış ve Freud'un aksine gelişimi psikoseksüel değil, psikososyal bir süreç olarak konumlandırmıştır (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2018). Örneğin, kimlik gelişimini ergenlik dönemi için önemli bir psikososyal görev olarak tanımlayan Erikson, bu süreç başarıyla atlatılırsa kimliğin kazanılacağını, eğer bu süreçte aksamalar meydana gelirse bireyin kimlik karmaşası yaşanacağını vurgulamıştır.

Nesne İlişkileri kuramı ise Melanie Klein (1882-1903) ve D. W. Winnicott'un (1896-1971) da aralarında bulunduğu kuramcılar tarafından geliştirilmiş ve erken çocukluk döneminde diğer kişilerle kurulan ilişkilerin ve bu ilişkilerin zihinsel temsillerinin (nesne) kişilik ve psikolojik rahatsızlıkların gelişiminde belirleyici olduğunu savunmuştur. Nesne ilişkileri kuramına göre kişi, klasik psikanalizden farklı olarak, dürtülerinin doyumunun değil, nesnelerin ve onların sağladığı bakımın peşindedir (Prochaska & Norcross, 2013). Winnicott'a göre eğer çocuk sevildiği, korunduğu ve anlaşıldığı "yeterince iyi" bir bakım alırsa zihinsel nesne temsilleri, yani ilişkilerle ilgili zihinsel kalıpları ve beklentileri, olumlu olacak ve bu kucaklayıcı çevre (holding environment) içinde gerçek benliği gelişebilecektir (Mitchell & Black, 1995). Winnicott psikolojik rahatsızlıkları çocuğun aldığı bakımın gerçek ihtiyaçlarıyla uyumlu olmaması ve onu kucaklayan bir çevrenin olmaması ile ilişkilendirmiş, çocuğun bu durumda çevreye adapte olmak için sahte bir benlik geliştirdiğini ve yetişkinliğinde kendi gerçek istek ve düşünceleriyle bağlantısı kopuk, diğerlerinin beklentilerine göre yaşayan bir kişiye dönüştüğünü söylemiştir (Mitchell & Black, 1995).

Diğer güncel psikodinamik teoriler arasında Kendilik Psikolojisi, Bireysel Psikoloji ve İlişkisel Psikanaliz'i sayabiliriz.

Davranışçı Teoriler

Yirminci yüzyılda zamanın ruhu hâline gelen pozitivizmin ve bilimsel bir psikoloji arayışının bir sonucu olarak ortaya çıkan davranışçı teoriler, yalnızca gözlemlenebilir ve objektif şekilde

tanımlanabilir uyaran ve tepkilerin incelendiği bir psikoloji anlayışını beraberinde getirmiştir. Davranışçı teoriler her türlü davranışın öğrenme süreçlerinin bir sonucu olarak ortaya çıktığının ve bu süreçler tarafından sürdürüldüğünün altını çizmektedir. Diğer bir ifadeyle, bir kişinin hem normal hem de anormal davranışlarını anlamak için, davranışın öncesinde yatan öğrenme geçmişini incelemek gereklidir.

Klasik koşullanmanın rolü

Davranışçı yaklaşımın öncülerinden olan Ivan Pavlov (1849-1936) koşullanma refleksini keşfederek köpeklerde yemek verildiğinde oluşan salya üretimi refleksinin, henüz yemek verilmeden de (örneğin, yemek verecek kişinin ayak seslerini duyduklarında veya bir zil çaldığında) tetiklendiğini göstermiştir (Schultz & Schultz, 2008). Bu örnekte, yemeğe (şartsız uyaran) karşı doğal bir tepki olan, yani öğretilmemiş, salya üretimi tepkisi (şartsız tepki), normalde köpekte herhangi bir tepki oluşturmayan, fakat bu deneyde yemekle birlikte verilen, ayak sesi veya zil sesi ile eşleştirilmektedir. Bu eşleştirme birçok kez gerçekleştikten sonra, köpek ayak sesi veya zil sesini (şartlı uyaran) duyduğunda, yemek verilmese dahi, salya üretmektedir (şartlı tepki). Nötr bir uyaranın (zil sesi), şartsız bir uyaranla (yemek) yineleyici biçimde eşleştirilerek şartlı tepkiyi (salya üretimi) tetikleme kapasitesi kazandığı bu sürece **klasik koşullanma** adı verilmektedir. **Genelleme** sonucunda, şartlı uyarana benzer başka uyaranlar da şartlı tepkiyi uyandırabilir. Örneğin, köpek farklı bir zil sesi duyduğunda da salya üretmeye başlayabilir. Fakat, şartlı uyarana benzemeyen bir uyaran karşısında, örneğin davul sesi çalındığında, köpek şartlı tepkiyi göstermez; buna **ayırt etme** (discrimination) adı verilir. Eğer koşullu uyaran şartsız uyaran olmadan yineleyici biçimde sunulursa, yani zil sesi defalarca çalınmasına rağmen yemek hiç gelmezse, şartlı tepkinin (salya tepkisi) gücü azalabilir. Bu sürece **sönme** (extinction) adı verilir. Buna rağmen, zil sesi ertesi gün tekrar verildiğinde salya üretimi gerçekleşebilir. Koşullu tepkinin geri gelmesi sürecine **kendiliğinden canlanma** (spontaneous recovery) denmektedir.

Peki klasik koşullanma teorisi psikolojik rahatsızlıkları anlamamızda nasıl bir yere sahiptir? Özellikle özgül fobilerde ve diğer bazı kaygı bozukluklarında klasik koşullanmanın önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Klasik bir örnek verecek olursak, John B. Watson (1878-1958) psikoloji alanyazınında "Küçük Albert" adıyla geçen 11 aylık bir bebeği beyaz bir fareden korkmaya koşullandırmıştır. Başta fare Albert'ta herhangi bir korku uyandırmazken, Albert fareye her yaklaştığında yüksek ve rahatsız edici bir sesin çalınması sonucu Albert fareden korkar hale gelmiş, hatta bu korku diğer beyaz ve tüylü nesnelere de genellenmiştir. Benzer şekilde özgül fobilerde de korku tepkisinin zararsız bir nesne ya da duruma (ör., uçağa binme) koşullanması söz konusudur. Panik bozuklukta ise başlangıçta nötr olan uyaranlar, örneğin kalp atışındaki değişiklik gibi içsel duyumlar veya sinema gibi yerler, panik atakla eşleştirilerek kişide korku uyandırır ve hatta gelecekteki bir panik atağı tetikler hale gelebilir (Bouton, Mineka, & Barlow, 2001). Buna rağmen, travmatik bir koşullanma deneyimi yaşayan herkes bir psikolojik bozukluk geliştirmemektedir; dolayısıyla klasik koşullanma psikolojik rahatsızlıkları tek başına açıklayan bir mekanizma değildir (Dymond & Roche, 2009).

Edimsel koşullanmanın rolü

Diğer bir koşullanma türü olan **edimsel koşullanmanın** tepkiselden ziyade daha karmaşık davranışları (ör.; sağlıklı beslenme, kurallara uyma vb.) açıklamakta kullanıldığını ve anormal davra-

nışın oluşumunda ve sürdürülmesinde rol oynadığını söyleyebiliriz. B. F. Skinner'a (1904-1990) göre davranışlarımız ve bunların gelecekte de oluşma ihtimali, davranışın ardından gelen sonuçlarla ilişkilidir. Eğer bir davranışın ardından olumlu bir sonuç (olumlu pekiştireç) veya olumsuz bir sonucun ortadan kalkması (olumsuz pekiştireç) geliyorsa, bu davranışın öğrenilmesi ve gelecekte de oluşma ihtimali artacaktır. Örneğin, yemekten sonra tabağını kaldıran bir çocuğun davranışı ebeveynleri tarafından övgü ile karşılanırsa (olumlu pekiştireç) veya tabağı kaldırmak babasının eleştirilerinin kesilmesine yol açarsa (olumsuz pekiştireç) bu davranışın artmasını bekleriz. Öte yandan, eğer bir davranış ceza ile sonuçlanırsa, davranışın oluşma ihtimali azalacaktır. Ceza, olumsuz bir uyaran olabileceği gibi, olumlu bir uyaranın ortadan kaldırılması da olabilir. Örneğin, kardeşinin oyuncağını kıran bir çocuk için ebeveynlerinin kendisine bağırması da televizyon izlemesinin yasaklanması da bu davranışı azaltan bir ceza olacaktır.

Psikolojik rahatsızlıklardaki anormal davranışın oluşup sürdürülmesinde edimsel koşullanma süreçlerinin önemli bir rolü vardır. Örneğin, madde kullanım bozukluklarında madde kullanımını sürdüren etmenlerden biri, madde kullanıldığında kişinin mide bulantısı gibi hoş olmayan yoksunluk belirtilerinin ortadan kalkmasıdır (O'Brien, Childress, Ehrman, & Robbins, 1998). Bu durumda, yoksunluk belirtilerinin yok olması madde kullanımını teşvik eden bir olumsuz pekiştireç olmaktadır. Yeme bozukluklarında ise aile ve akranlar tarafından zayıflığın övülmesinin olumlu pekiştireç işlevi görerek hastalığın belirtilerini artırdığına dair bulgular vardır (Stice, 1998). Kaygı bozukluklarında ise hem kaygının etiyolojisinde hem de sürdürülmesinde **şartlı kaçınma tepkisi** (conditioned avoidance response) rol oynamaktadır. Kaçınma davranışı, şartlı uyaranın oluşturduğu kaygıyı azalttığı için güçlenmekte, fakat güçlendikçe şartlı uyaranın kaygı uyandırıcı etkisinin sönmesini engellemektedir (Dymond & Roche, 2009). Örneğin, arabayla bir köprüden geçerken yaşadığı panik atağın ardından bu köprüden (şartlı uyaran) her geçişinde korku (şartlı tepki) duyan bir kişi, buradan geçmekten kaçındıkça kaygısını azaltmakta (olumsuz pekiştireç) ve bu sayede kaçınma davranışı devam etmektedir. Fakat, bu kişi kaçındıkça köprü ve korku arasındaki koşullanmanın sönme ihtimali de azalmakta ve kişinin panik bozukluk belirtileri devam etmektedir.



Şekil 6. Tıkanırcasına yeme davranışı olan kişilerde abur cubur yiyecekler, lezzetli ve kolay tüketilebilir olmaları sebebiyle olumlu pekiştireç işlevi, olumsuz duyguları yatıştırıcı özellikleri sebebiyle ise olumsuz pekiştireç işlevi görerek yeme davranışını sürdürebilirler.

Sosyal öğrenmenin rolü

Albert Bandura, 1960'lı yıllarda çocukların saldırganlığı nasıl öğrendiği üzerine bir dizi araştırma yapmış ve **sosyal öğrenme kuramını** geliştirmiştir. Buna göre, öğrenme sürecinde herhangi bir uyarana veya ödül ve cezaya direkt olarak maruz kalmak gerekli değildir; başkalarının davranışlarını gözlemleyerek, taklit ederek ve model alarak da öğrenmek mümkündür. Örneğin, Bandura (1965) deneysel bir çalışmada çocukları üç deney koşuluna atayarak onlara bir modelin Bobo adı verilen oyuncağa saldırganlık gösterdiği üç film klibinden birini izletmiş, bu kliplerde model ödül-

lendirilmiş (koşul 1), cezalandırılmış (koşul 2) veya hiçbir tepkiyle karşılaşmamıştır (koşul 3). Sonuç olarak, modelin cezalandırıldığı klibi izleyen çocukların diğer iki gruba göre oyuncağa karşı daha az saldırganlık gösterdiği bulunmuştur. Dolayısıyla bu koşuldaki çocuklar ceza ile bizzat karşılaşmasalar dahi, cezalandırılan modeli gözlemleyerek davranışlarını şekillendirmiştir.

Psikolojik rahatsızlıkların ve anormal davranışın gelişiminde de gözlemleyerek öğrenme ve model alma süreçleri rol oynayabilir. Örneğin, Gerull ve Rapee (2002) anne ve çocuklarıyla yaptıkları çalışmada lastikten yapılmış bir yılan ve örümcek verdikleri annelerden olumlu veya olumsuz bir yüz ifadesi sergilemelerini istemiştir. Annelerini yılan ve örümcek karşısında olumsuz yüz ifadesi sergilerken gözlemleyen çocuklar daha sonra bu uyaranla bizzat karşılaştıklarında diğer çocuklara göre daha fazla korku ve kaçınma göstermiştir. Bu çalışma çocukluk çağı korkularının oluşumunda gözlemleyerek öğrenmenin önemli bir yer tutuyor olabileceğini göstermektedir.

Bilişsel Davranışçı Teoriler

Klasik davranışçı yaklaşımı benimseyen araştırmacı ve kuramcılar her ne kadar zihinsel süreçleri görmezden gelerek sadece gözlemlenebilir davranışa odaklanmış ve "biliş" (cognition) kelimesini kullanmaktan uzak durmuş olsalar da, 1960 ve 70'li yıllarla birlikte bilişsel yaklaşım psikoloji alanında hatırı sayılır bir popülerlik kazanmıştır. Bilişsel yaklaşımı savunan kuramcılar, insanların yalnızca ödül ve cezadan ya da bilinç dışı çatışmalardan etkilenen pasif bireyler olduğu bakış açısını reddetmiş, bireyleri edindiği bilgiyi aktif şekilde işlemleyen ve deneyimlerinden çeşitli anlamlar çıkaran daha aktif aktörler olarak konumlandırmıştır. Bilişsel yaklaşımda etkili olan en önemli isimler Rasyonel Duygusal Terapi'nin (yeni adıyla Rasyonel Duygusal Davranışçı Terapi) kurucusu Albert Ellis (1913-2007) ve Bilişsel Terapi'nin kurucusu Aaron Beck'tir (1921-).

Başlangıçta varolan bilişsel ve davranışçı yaklaşımlar arasındaki fikir ayrılığına rağmen, günümüzde bu iki yaklaşım iç içe geçerek "bilişsel davranışçı teoriler" üst başlığında toplanmış ve bu yaklaşımı benimseyen kuramcılar düşünce, duygu ve davranışın bütünsel süreçler olduğu fikrinde birleşmiştir. Hatta bu entegrasyon sürecinin bir göstergesi olarak Aaron Beck tarafından kurulan "Beck Bilişsel Terapi Enstitüsü" 2011 yılında ismini "Beck Bilişsel Davranışçı Terapi Enstitüsü" olarak değiştirmiştir (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2018).

Genel olarak bilişsel davranışçı yaklaşım, düşünce ve bilgi işlemleme süreçlerinin duygularımızı ve davranışlarımızı şekillendirdiğini, psikolojik rahatsızlıkların ise bilişsel süreçlerdeki rasyonel olmayan inanışlardan ve çarpıtmalardan kaynaklandığını öne sürmektedir. Bilişsel davranışçı yaklaşıma göre karşılaştığımız olaylar direkt olarak duygu ve davranışlarımızı şekillendirmez; asıl belirleyici olan kişinin olayları nasıl algıladığı ve yorumladığıdır. Ellis'in **ABC modeline** göre (Ellis, 1993; Ellis & Dryden, 2007), günlük yaşamda karşılaştığımız bazı olaylar rasyonel ve rasyonel olmayan inançlarımızı tetikler ve bu inançlar verdiğimiz tepkilerde belirleyicidir. Örneğin, bir kişi hazırlıksız gittiği bir iş mülakatında başarısız olduğunda bu olay karşısında (A; activating event) rasyonel veya rasyonel olmayan bazı inançları (B; beliefs) tetiklenebilir (Şekil 7). Rasyonel inançlara örnek olarak, kişi bir sonraki mülakat için daha hazırlıklı olmasının iyi olabileceğini düşünebilir. Rasyonel olmayan düzlemde ise kişi mülakatı yapan kişilerin adil olmadığını ve hakkını yediklerini düşünebilir. Bu inançlar, kişide çeşitli duygu ve davranışlara sebep olacaktır (C; consequences). Örneğin, adil bir mülakat olmadığını düşünen

kişi öfkelenebilir; daha hazırlıklı olmasının iyi olacağını düşünen kişi bir sonraki iş başvurusu için eksiklerini giderebilir. Ellis, rasyonel olmayan inançların kişilerde düşük özgüven, kaygı ve depresyon gibi olumsuz sonuçlara yol açabileceğini ve psikolojik rahatsızlıkların rasyonel olmayan inançların bir sonucu olduğunu söyler; bu durumda iyileşme ancak rasyonel olmayan inançlar rasyonel olanlarla değiştirildiğinde gerçekleşebilir (Ellis, 1993; Ellis & Dryden, 2007).

Tetikleyici olay (A) →	İnançlar (B) →	Tepki (C)
İş mülakatında başarısız olma	"Hakkımı yediler"	Öfke
	"Daha iyi hazırlanmalıydım"	Üzüntü
	"Asla iş bulamayacağım"	Umutsuzluk
	"Ya yine başarısız olursam?"	Kaygı

Şekil 7. Ellis'in ABC modeline göre rasyonel ve irrasyonel inançlarımız tepkilerimizi şekillendirir.

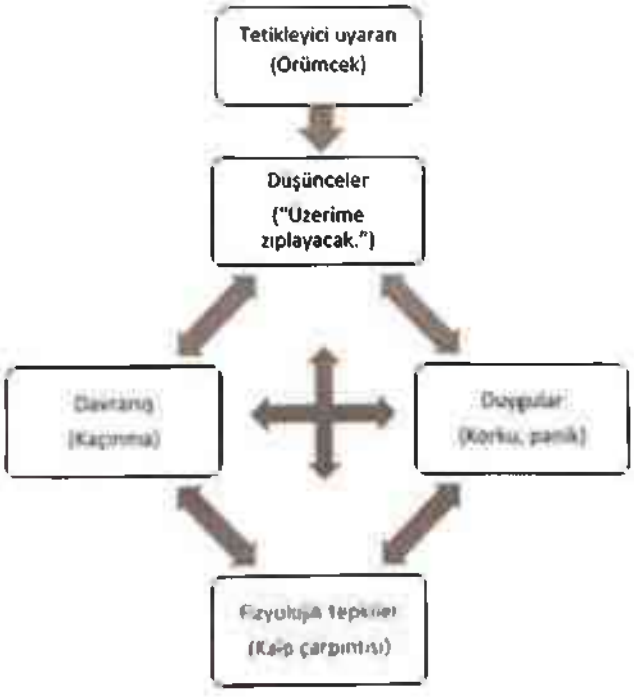
Benzer şekilde Beck de **otomatik düşünce** adını verdiği, olaylar karşısında otomatik ve hızlı şekilde beliren ve çoğunlukla farkına varmadığımız olumsuz ve gerçeği çarpıtan düşüncelerin duygu ve davranışlarımızı belirlediğini savunur. Buna göre, olayların kendisinden ziyade, onları değerlendirirken yaptığımız **bilişsel çarpıtmalar** duygusal sıkıntıya yol açmaktadır (Beck, 1976). Örneğin, **seçici odaklanma** yapan bir kişi, bir durumdaki tek bir detaya odaklanır ve durumu bütünsel olarak göremez. **Aşırı genelleme** yapan kişi tek bir durumdan yola çıkarak bu durumu geneller. **Felaketleştirme** yapan bir kişi ise gelecekteki olayların aşırı olumsuz biçimde sonuçlanmasını bekler. Sosyal kaygı bozukluğu olan Deniz Bey'den örnek verecek olursak, bir arkadaş buluşmasından sonra Deniz Bey aslında keyifli geçen buluşmada yalnızca bir arkadaşının kendisiyle vedalaşmadan ortamdan ayrılmasına odaklanarak arkadaş grubu içinde istenmediğini (seçici odaklanma) ve insanların hiçbir zaman onu görmediklerini düşünebilir (aşırı genelleme); bu kişiyle tekrar karşılaşırsa yerin dibine gireceğini aklından geçirebilir (felaketleştirme). Bu çarpıtmalar Deniz Bey'in utanç ve üzüntü gibi olumsuz duygularına ve büyük ihtimalle de bir sonraki buluşmadan kaçınma davranışına neden olacaktır. Beck toplam yedi bilişsel çarpıtma tanımlamış (Beck, 1976), fakat diğer kuramcılar bu çarpıtmalara yenilerini eklemiştir.

Beck'e göre (1967, 1976) kendimizle, başkalarıyla ve dünyayla ilgili **bilişsel şemalarımız** duygusal ve davranışsal tepkilerimizi etkileyerek bizi psikolojik rahatsızlıklara yatkın hâle getirmektedir. Şemalar, normal bilişsel gelişim sürecinde şekillenen ve çevremizdeki uyaranları ve deneyimlerimizi anlamlandırırken kullandığımız stabil bilişsel yapılar olarak tanımlanabilir (Padesky, 1994). Şemalar, neye odaklandığımız, neyi hatırladığımız, bilgiyi nasıl sınıflandırdığımız ve anlamlandırdığımız gibi pek çok süreci etkiler. Bu şemaların bir kısmı kişinin benliği ile ilgilidir; **benlik şeması** olarak adlandırılan bu yapılar, kişinin kendiyle ilgili atıf ve inançlarının temelini oluşturur. İnsanlar biyolojik yatkınlık, öğrenme geçmişi ve/veya erken dönemdeki olumsuz yaşam olayları sonucunda çarpıtılmış ve doğru olmayan bazı şemalar geliştirebilir: "başarısızım", "insanlar güvenilmez" veya "sevilmeyi hak etmem" gibi. Bu şemalar olumsuz bir yaşam olayı sonucu tetiklenerek aktive olabilir ve olumsuz otomatik düşüncelerin ve varsayımların oluşmasına neden olur. Örneğin, "başarısızım" şemasına sahip bir kişi, hayatının akademik olarak zorlandığı bir dö-

neminde bu şemanın aktive olmasıyla, karşılaştığı durumları bilişsel olarak çarpıtabilir (ör., ortalama puan aldığı bir sınavı başarısızlık olarak değerlendirebilir) ve bu çarpıtmalar işlevsel olmayan duygu ve davranışlara (ör., karamsarlık, erteleme davranışı) yol açabilir. Bilişsel şemaları stres ve yaşam olaylarıyla tetiklenen yatkınlık faktörleri olarak düşünürsek Beck'in bilişsel davranışçı modelinin bir strese yatkınlık modeli olduğunu söyleyebiliriz.

Bilişsel şemalarımız yalnızca düşünce ve inançlarınızı değil, diğer bilişsel süreçleri de şekillendirmektedir. Yapılan araştırmalar; dikkat, hafıza, bilgi işleme gibi bilişsel süreçlerin psikolojik rahatsızlıkların etiyolojisinde ve belirtilerin sürmesinde önemli rol üstlendiğine işaret etmektedir. Kaygı bozukluklarında tehdit içeren ipuçlarına karşı yanlı bir dikkat vardır; örneğin, özgül fobisi olan kişiler olmayanlara kıyasla çevrelerindeki fobik uyaranı, mesela uzaktan geçen bir köpeği, çok daha hızlı tespit edebilirler (Öhman, Flykt, & Esteves, 2001). Depresyonda ise olumsuz uyaranlara yönelik yanlı bir dikkat vardır ve bu uyaranlar daha kolay hatırlanır (Everaert, Duyck, & Koster, 2014).

Beck, farklı psikolojik rahatsızlıkların farklı şemalarla ve olumsuz otomatik düşüncelerle ilişkili olduğunu söylemektedir (Beck, 1976; Beck & Emery, 1985). Örneğin, depresyon "olumsuz bilişsel üçlü" ile ilişkilidir (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979): Benliğin olumsuz değerlendirilmesi (ör., "değersizim"), dünyanın ya da olayların olumsuz değerlendirilmesi (ör., "dünya yaşamaya değer bir yer değil") ve geleceğin olumsuz değerlendirilmesi (ör., "hiçbir şey değişmeyecek"). Kaygı bozukluklarında ise bilişsel süreçlerde tehlike ile ilgili temalar hakimdir; kaygı bozukluğuna sahip hastalar gelecekteki bazı durum ve olayları tehdit olarak görme eğilimindedirler ve zarar görme ihtimallerini abartırlar (Beck & Emery, 1985; ör., "örümcek üzerime tırmanabilir","eğer panik atak geçirirsem buradan çıkamam"). Bu çarpıtılmış düşünceler, kaygıya eşlik eden bedensel belirtilere ve kaçınma gibi davranışlara yol açar (Şekil 8). Bilişsel davranışçı yaklaşım; depresyon ve kaygı haricinde yeme bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluk, kişilik bozuklukları gibi pek çok psikolojik rahatsızlık için uyarlanmış olup bu modellerden yola çıkılarak geliştirilen tedavi planları günümüzde yaygın şekilde kullanılmaktadır (bk. Wells, 1997; Savaşır, Soygüt, & Barışkın, 2009; Zayfert & Black Becker, 2007).



Şekil 8. Bilişsel davranışçı modele göre kaygı

YAKIN BAKIŞ 1 Psikolojik Rahatsızlıklarda Ortak Bir Mekanizma: Duygu ve Duygu Düzenleme

Duygular, günlük hayatımızı önemli ölçüde etkiler ve psikolojik rahatsızlıkların gelişimine katkıda bulunabilir. Günümüzde, psikolojik rahatsızlıkların etiyoloji ve tedavisinde duygu ve duygu düzenleme ile ilgili süreçlerin büyük rol oynadığı kabul edilmekte ve bu süreçlerdeki aksaklıkların etiyoloji ve tedavide tanılar-üstü (transdiagnostic) bir mekanizma olabileceği düşünülmektedir (Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010; Jazaieri, Urry, & Gross, 2014). Öyle ki, psikolojik bozuklukların DSM tanı kriterlerine bakıldığında bu kriterlerin %75'inde duygu ve duygu düzenlemeyle ilgili bozulmaların yer aldığı görülmektedir (aktaran: Werner & Gross, 2010). Bununla birlikte, duygu ve duygu düzenlemenin öneminin anlaşılması ile bu alanlardaki zorluklar güncel tedavilerin önemli bir hedefi hâline gelmiştir.

Psikolojik bozukluklarda duyguların aşırı yoğun, sık veya uzun süreli yaşanması, bazı duyguların çok nadir ya da kısa süreli yaşanması veya duruma uygun duygunun yaşanmamasıyla ilgili sorunlar göze çarpmaktadır (Gross & Jazaieri, 2014). Örneğin, kaygı bozukluklarında korku ve kaygının aşırı yoğun ve sık yaşanması, majör depresif bozuklukta olumlu duyguların nadiren yaşanması, şizofrenide ise duruma uygun duygunun yaşanmaması ile ilgili sorunlar görülebilir. Duygularla ilgili bozulmaların yanında, duyguların düzenlenmesiyle ilgili güçlükler de psikolojik rahatsızlıklara yol açan ortak bir faktör olarak kabul edilmektedir. Duygu düzenleme, bireylerin hangi duyguları, hangi zamanda ve nasıl yaşayacağını ve nasıl ifade edeceklerini düzenledikleri bilinçli ve bilinç dışı süreçleri içerir (Gross, 1998). Bireyler günlük hayattaki olaylar karşısında duygularını ve buna bağlı tepkilerini düzenleyemediğinde yaşadıkları psikolojik sıkıntı daha şiddetli ve uzun süreli olmakta; zaman içinde depresyon, kaygı bozuklukları, yeme bozuklukları ve madde kullanımı gibi çeşitli sorunlara dönüşebilmektedir (Aldao ve ark., 2010). Yapılan çalışmalar, çok sayıda duygu düzenleme stratejisi arasında yeniden anlamlandırma (reappraisal), kabullenme ve problem çözmenin genellikle daha uyumsal olduğunu; bastırma (suppression), ruminasyon ve kaçınmanın kronik kullanımının ise psikolojik rahatsızlıklar için risk oluşturduklarını göstermektedir (Aldao ve ark., 2010; Aldao, Sheppes, & Gross, 2015). Psikolojik rahatsızlıklarda genellikle olumsuz duygunun düzenlenmesi ile ilgili sorunlar oluşsa da bipolar (iki uçlu) bozuklukta olduğu gibi olumlu duygunun düzenlenmesiyle ilgili de zorluklar yaşanabilir (Gruber, 2011).



Şekil 9. Duyguların ifade edilmemesi ve bastırılması birçok psikolojik ve fiziksel rahatsızlık için risk oluşturmaktadır.

Psikolojik rahatsızlığı olan kişilerde duygularla ilgili farkındalığın az olması da sıkça yaşanan zorluklardan biridir. Çalışmalar, travma sonrası stres bozukluğu (Edwards, 2019), depresyon (Honkalampi, Hintikka, Laukkanen, & Viinamaki, 2002) ve yeme bozuklukları (Prefit, Candea, & Szentagotai-Tatar, 2019) gibi pek çok psikolojik rahatsızlıkta duyguları ayırt etme ve tanımlamada güçlüğün ortak bir mekanizma olabileceğine işaret etmektedir. Duygularla ilgili farkındalık az olduğunda kişinin duygularını işlevsel şekilde düzenlenmesi ve hedeflerine yönelik davranışa geçebilmesi zorlaşmakta, yaşadığı ruhsal sıkıntı artmaktadır.

Sosyokültürel Yaklaşım

Bilişsel davranışçı yaklaşıma yöneltilen en büyük eleştirilerden biri; olumsuz yaşam koşulları, travmalar ve ayrımcılık gibi kişinin elinde olmayan faktörleri göz ardı ederek psikolojik rahatsızlıkları kişinin kontrolündeki inanç ve düşüncelere bağlamasıdır. Yapılan çok sayıda araştırma sonucundan yola çıkarak biliyoruz ki aile, cinsiyet, sosyoekonomik düzey ve kültür gibi kişilerarası ve kültürel faktörler psikolojik rahatsızlıkların oluşumunda önemli etkiye sahiptir. Bu bölümde güncel araştırmalarda dikkate alınan çok sayıda kişilerarası, sosyal ve kültürel faktör arasından aile, cinsiyet, sosyoekonomik düzey ve kültürün psikolojik rahatsızlıklar üzerindeki etkisi ele alınacaktır.

Ailenin rolü

Sosyal çevrenin önemli bir parçası olan aile, hem psikolojik rahatsızlıklar için risk oluşturması hem de koruyucu bazı mekanizmalar sağlaması açısından önemlidir (Sentse, Veenstra, Lindenberg, Verhulst, & Ormel, 2009). Son yıllarda bipolar bozukluk, şizofreni, yeme bozuklukları gibi çok sayıda psikolojik rahatsızlığın gelişimi, tedavisi ve önlenmesinde ailenin önemli rol oynadığı görülmüş ve aileye yönelik müdahaleler tedavi sürecinin önemli bir parçası haline gelmiştir (ör., Cook-Darzens, 2016; Fishman, Wenzel, Wildberger, & Burgower, 2020).

Sistemik yaklaşıma göre kişi, içinde bulunduğu sistemin parçası olarak varlığını sürdürür ve bu sistemin ögeleriyle sürekli etkileşim içindedir. Sistemik aile teorileri, aileyi alt sistemlerden oluşan, kendi hiyerarşik yapısı, kuralları ve iletişim örüntüleri bulunan ve var olan dengesini (homeostasis) sürdürme eğilimindeki karmaşık bir yapı olarak görür (Bavelas & Segal, 1982). Psikolojik belirtiler, **tanımlanmış hasta** (identified patient) olarak adlandırılan ve aile üyelerinin sorun olarak gördüğü kişide (ör., davranım bozukluğu gösteren bir ergen) ortaya çıkar; fakat, bu belirtiler aslında aile sistemindeki rahatsızlığın bir yansımasıdır ve aile bireylerinin birbirini dairesel olarak etkileyen katkıları sonucu oluşur (Bavelas & Segal, 1982; Metcalf, 2011; Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2018). Kısaca, sistemik aile teorilerine göre psikolojik rahatsızlıklar kişide değil, kişinin bulunduğu sistemdedir; aile sistemi tarafından ortaya çıkarılır, sürdürülür ve ancak aile sistemine müdahale edilirse çözülebilir.

Normal psikolojik gelişimde ve psikolojik rahatsızlıkların etiyolojisinde aile işlevlerinin, çocuğa bakım veren kişilerin çocukla kurduğu ilişkinin ve çocuğa verilen bakımın niteliği ve kalitesinin katkısı büyüktür. Ebeveynlik stillerine odaklanan araştırmalar genel olarak çocuğa verilen yetersiz bakımın varlığındaki yüksek ebeveyn kontrolünün, çocuğa yönelik aşırı koru-

macılığın, ebeveynlerin çocuğu reddetme davranışının ve ihmalin psikolojik rahatsızlıklar için risk faktörü oluşturduklarını, ebeveynlerin çocuğa yönelik duygusal sıcaklığının ise koruyucu bir faktör olduğunu göstermektedir (Jauregui Lobera, Bolanos Rios, & Garrido Casals, 2011; Lieb ve ark., 2000; Sentse ve ark., 2009). Bunun yanında, aile işlevlerindeki bozulmalar ve çocuğun uğradığı istismar ve/veya ihmal de bilişsel, sosyal ve duygusal gelişimde aksaklıklara yol açmakta ve depresyon, kaygı bozuklukları, intihar davranışı, madde kullanım bozukluğu gibi pek çok psikolojik rahatsızlık için risk oluşturmaktadır (Collishaw ve ark., 2007; Kessler ve ark., 2010; Vachon, Krueger, Rogosch, & Cicchetti, 2015). Ayrıca, bir ebeveynin ölümü, boşanma, ebeveynlerde psikolojik bir rahatsızlığın veya ciddi bir fiziksel hastalığın bulunması, ebeveynlerden uzun süre ayrı kalma, ebeveynlerin madde kullanımı ve suça karışması da çocuğun gelecekte bir psikolojik rahatsızlık geçirmesi olasılığını artırmaktadır (Collishaw ve ark., 2007; Kessler ve ark., 2010).

Riskli ailelerden gelen ve istismar gibi olumsuz yaşantılara maruz kalan çocukların bağlanma stilleri de diğer çocuklarınkinden farklılaşmaktadır. Bowlby'nin bağlanma kuramına göre çocuk, erken dönemde bağlanma figürleri ile kurduğu ilişkide bu kişilerin sıcaklığı, ulaşılabilirliği ve duyarlılığından yola çıkarak kendisiyle, diğerleriyle ve ilişkilerle ilgili temsiller oluşturur ve bu temsiller kişinin çevreyle ilgili beklentilerini ve bilgi işleme süreçlerini şekillendirir (Cicchetti & Howes, 1991). Özellikle erken dönemde bağlanma figürleri tarafından uygulanan istismar ve ihmal, çocuğun kendilik değeri, yeterliliği ve diğerlerinin güvenilirliğiyle ilgili olumsuz temsiller oluşturmasına yol açar. Bu tür yaşantılara maruz kalan çocukların bağlanma stilleri çoğunlukla güvensiz/dezorganizedir; nitekim, bağlanma figürleri hem korkunun hem de potansiyel bir yatıştırılmanın kaynağı durumundadır (Cicchetti & Doyle, 2016; Cicchetti & Howes, 1991). Güvensiz bağlanma stilleri direkt olarak ruh sağlığı sorunlarına yol açmasa da gelişimsel süreçlerde yarattıkları bozulmalarla psikolojik rahatsızlıkların oluşumu için bir temel oluştururlar (Cicchetti & Doyle, 2016). Örneğin, güvensiz bağlanma stiline sahip çocuklar arkadaş ilişkilerinde daha kaçınmacı davranabilir, anlaşmazlıklara daha düşmanca yaklaşabilir ve diğerlerinin niyetini okurken daha olumsuz sonuçlara varabilir; bu da onları içselleştirme ve dışsallaştırma sorunlarına daha yatkın kılar (Cicchetti & Howes, 1991; Davies & Sturge-Apple, 2014).



Şekil 10. Çocukluk dönemi istismar ve ihmali; bilişsel, sosyal ve duygusal gelişimde pek çok bozulmaya yol açarak psikolojik rahatsızlıklar için risk oluşturabilir. Buna rağmen, koruyucu faktörler sayesinde bu tür olumsuz deneyimlere sahip her çocuk bir psikolojik rahatsızlık geliştirmez.

Buna rağmen, çocukluk döneminde istismar ve/veya ihmale uğrayan kişilerin önemli bir kısmı yetişkinliğe geldiklerinde herhangi bir psikolojik rahatsızlık geliştirmeden yaşamlarını sürdürmektedir. Özellikle sosyal desteğin travmatik yaşantıların psikolojik rahatsızlıklara yol açma ihtimalini azaltmaktaki koruyucu rolü büyüktür. Yapılan çalışmalar, çocukluk dönemi istismar ve/veya ihmaline maruz kalmış kişilerde ebeveynlerden biriyle kurulan yakın ve sıcak bir ilişkinin, ergenlik ve yetişkinlik dönemindeki iyi arkadaş ilişkilerinin ve yetişkinlik dönemindeki stabil romantik ilişkilerin psikolojik rahatsızlıklara karşı koruyucu etkilerini ortaya koymaktadır (Collishaw ve ark., 2007).

Sosyoekonomik düzeyin rolü

Psikolojik rahatsızlıkların oluşumunu etkileyebilecek sosyokültürel faktörlerden biri de, sosyoekonomik düzeydir. Yapılan çalışmalar birçok psikolojik rahatsızlığın düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireyler arasında daha yaygın olduğunu göstermektedir. Reiss (2013), 23 ülkeden 52 çalışmanın bulgularını incelediği meta-analiz çalışmasında düşük sosyoekonomik düzeye sahip aileleri olan çocuk ve ergenlerin yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olanlara kıyasla psikolojik rahatsızlığa sahip olma olasılıklarının yaklaşık üç kat fazla olduğunu göstermiştir.

Psikolojik rahatsızlıklar ile sosyoekonomik düzey arasındaki ilişkiyi açıklayan iki temel yaklaşım bulunmaktadır. İlk olarak, psikolojik rahatsızlıkların kişilerin işlevselliğini bozarak gelir seviyesini düşürüyor olabileceği argümanıdır (Wadsworth & Achenbach, 2005). Örneğin, şizofreni gibi rahatsızlıklar kişinin çalışma hayatında aksaklıklara yol açarak maddi olarak ailesine bağımlı olmasına ve sosyoekonomik skalada alt basamaklarda yer almasına yol açabilir. Araştırmalar tarafından daha çok desteklenen diğer argüman ise yoksulluk, işsizlik ve dezavantajlı mahallelerde yaşama gibi çevresel koşulların bireyler üzerinde yarattığı yüksek stresin depresyon ve kaygı bozuklukları gibi psikolojik rahatsızlıklara yol açtığıdır (Reiss, 2013; Santiago, Wadsworth, & Stump, 2011; Wadsworth & Achenbach, 2005). Söz konusu stres, direkt olarak psikolojik rahatsızlıkları tetikliyor olabileceği gibi, kişinin sahip olduğu genetik yatkınlıkların dışavurumunu etkileyerek de psikolojik rahatsızlıkların oluşumuna katkıda bulunabilir (Wadsworth & Achenbach, 2005). Bununla birlikte, düşük sosyoekonomik düzey diğer risk faktörlerini (or., ebeveynlerde bir psikolojik rahatsızlığın varlığı gibi) etkileyerek bireylerde psikolojik rahatsızlıkların oluşma ihtimalini artırabilir (Reiss, 2013). Ayrıca, ekonomik faktörler kişilerin tedavi olanaklarına ve diğer kaynaklara ulaşımını kısıtlayarak psikolojik rahatsızlıkların düzeyini ve seyrini olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Wadsworth & Achenbach, 2005).

Cinsiyetin rolü

Psikolojik rahatsızlıkların kadın ve erkekler arasında görülme sıklığındaki farklar oldukça dikkat çekicidir. Cinsiyet farkının en belirgin olduğu rahatsızlıklardan biri olan depresyonu ele alacak olursak, araştırmalar depresyonun kadınlarda erkeklere kıyasla neredeyse iki kat daha sık görülmekte olduğunu ve bu farkın ergenlik yıllarında ortaya çıktığını göstermektedir (Essau, Lewinsohn, Seeley, & Sasagawa, 2010; Van de Velde, Bracke, & Levecque, 2010). Genel olarak depresyon, kaygı bozuklukları ve yeme bozuklukları gibi rahatsızlıklar kadınlarda daha yaygın görülmekteyken; madde kullanım bozuklukları, davranım bozukluğu, otizm ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun da aralarında bulunduğu bazı rahatsızlıkların erkeklerde daha yaygın olduğunu söyleyebiliriz (Zahn-Waxler, Shirtcliff, & Marceau, 2008; Tuchman, 2010). Bununla birlikte, bazı psikolojik rahatsızlıkların başlama yaşı, risk faktörleri, seyri, belirtilerinin görünümü ve hastaların tedaviye verdikleri yanıt da cinsiyete göre farklılık gösterebilmektedir (Essau ve ark., 2010; Häfner, 2003). Cinsiyet tek başına psikolojik rahatsızlıklara yol açmasa da kadın ve erkekler arasındaki bu gibi farklar cinsiyetin psikolojik rahatsızlıkların oluşumunda etkili olan faktörlerden biri olabileceğini önermektedir.



Şekil 11. Sosyokültürel yaklaşıma göre cinsiyet, psikolojik rahatsızlıklara sebep olmasa da kadına yüklenen toplumsal cinsiyet rolleri, cinsiyete dayalı ayrımcılık ve cinsel taciz gibi etmenler, kadınları depresyon gibi bazı rahatsızlıklara daha yatkın yapmaktadır.

Psikolojik rahatsızlıkların yaygınlığı, görünümü ve seyri gibi alanlardaki cinsiyet farklarının altında biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenlerin karmaşık bir etkileşimi bulunmaktadır. Sosyokültürel bakış açısına göre, toplumda kadınlara yüklenen sosyal roller ve kadınlara yönelik kültürel normlar, kadın bedeninin nesneleştirilmesi, kadınların cinsel taciz gibi bazı travmatik yaşam olaylarına daha sık maruz kalması, cinsiyete dayalı ayrımcılık ve kadınların eğitim ve sosyoekonomik kaynaklara ulaşımındaki güçlükler kadınları depresyon gibi bazı psikolojik rahatsızlıklara daha yatkın hale getirmektedir (Fredrickson & Roberts, 1997; Piccinelli & Wilkinson, 2010; Van de Velde ve ark., 2010). Söz konusu cinsiyet farklarında sosyokültürel faktörlerin rolünü gösteren bulgulardan biri, kadının değerli olduğu ve kadın-erkek eşitsizliğinin daha az olduğu toplumlarda depresyondaki cinsiyet farkının görülmemesi veya daha az görülmesidir (Piccinelli & Wilkinson, 2010).

Kültürün rolü

Birçok araştırmacı, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı* (DSM; American Psychiatric Association, 2013) tarafından tanımlanan psikolojik rahatsızlıkların evrensel olduğunu ve belirtilerin dışavurumunda farklılıklar olsa da, temeldeki psikolojik rahatsızlığın farklı kültürlerde aynı olduğu görüşünü savunmaktadır (Roberts & Roberts, 2007; Willcutt, 2012). Buna rağmen, normal ve anormal tanımları, bir durumun patolojik kabul edilmesi için gereken belirtilerin süresi ve düzeyi, psikolojik rahatsızlıkların görülme sıklığı, belirtilerin klinik görünümü, bireylerin kullandıkları baş etme mekanizmaları, rahatsızlığın seyri ve tedaviye yanıtı gibi çok sayıda değişken kültür tarafından şekillendirilmektedir (Lewis-Fernández & Kleinman, 1995; Marsella & Yamada, 2007). Psikiyatri alanında kültürel faktörlere verilen dikkat ve önemin artması ve etnik azınlıklar ile uluslararası uzman ve araştırmacıların baskısıyla birlikte DSM son iki basımına kültürle ilgili bölümler eklemiştir (Marsella & Yamada, 2007).

DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) tarafından "kültürel sendromlar" olarak tanımlanan, belirli kültürel gruplarda ve belirli bağlamlarda ortaya çıkan belirti grupları, kültürün psikolojik rahatsızlıklar üzerindeki etkisini çarpıcı biçimde ortaya koymaktadır. Örneğin, Kore kültürüne özgü *Hwa-Byung* adlı rahatsızlıkta göğüs ağrısı ve nefes almada güçlük gibi bedensel belirtilere ağlama, öfke, ölüm korkusu, boşluk ve anlamsızlık hisleri gibi duygusal ve davranışsal belirtiler eşlik etmektedir (Lee, Wachholtz, & Choi, 2014). Bu rahatsızlığın geleneksel Kore kültürüne bağlılık, kadın olmak, psikososyal güçlükler (ör., evlilik sorunları) ve duyguların bastırılması gibi faktörlerin bir araya gelmesi sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir (Lee ve ark., 2014). Kültürel sendromlar, belirli bir kültür tarafından paylaşılan inançlar, beklentiler ve kuralların, o kültüre özgü psikolojik rahatsızlıkların oluşumuna katkıda bulunabileceğini göstermektedir.

Kültürel sendromların dışında kültür; anormal davranışın tanımlanmasında, yaygınlığında ve belirtilerin görünümünde de etkilidir. Örnek verecek olursak Mann ve arkadaşlarının (1992) dört ülkeden ruh sağlığı uzmanlarıyla yaptığı çalışma, kültürün psikolojik rahatsızlıkları tanımlamadaki etkisini ortaya koymaktadır. Bu çalışmada araştırmacılar uzmanlardan 4-8 yaş arası erkek çocuklarının video kliplerini değerlendirmelerini istemiş, Çinli ve Endonezyalı uzmanlar çocukların davranışlarını diğer uzmanlara göre daha fazla hiperaktif veya yıkıcı davranış olarak nitelendirmiştir. Öfke ve saldırganlık gibi güçlü duygu ve davranışların bastırılması bu ülke kültürlerinin bir parçası olarak kabul edilmektedir; bu sebeple bu kültürlerde hiperaktif ve yıkıcı davranışlara olan tolerans daha düşük ve bu tür davranışların patolojik kabul edilme ihtimali daha fazla olabilir (Canino & Alegria, 2008).

Kültür ve psikolojik rahatsızlık ilişkisinde en sık çalışılan psikolojik rahatsızlıklardan biri depresyondur. Depresyon, araştırmaların yapıldığı hemen her ülkede tespit edilmiş olsa da depresyonun Tayvan ve Kore gibi ülkelerde Kuzey Amerika'ya kıyasla daha seyrek görüldüğüne dair bulgular vardır (Weissman ve ark., 1996). Ayrıca, farklı kültürlerden gelen depresyon hastalarının rapor ettikleri belirtiler kültürlerarası farklılık göstermektedir. Örneğin, Çinli depresyon hastalarının Batı kültüründen gelen hastalara göre daha fazla bedensel belirti rapor ettikleri. Batılı hastaların ise depresyonu daha fazla psikolojik belirtilerle tanımladıkları sık rastlanan bir bulgudur (ör., Ryder ve ark., 2008). Bu ve benzeri çalışmalar psikolojik rahatsızlıkları ve altta yatan faktörleri incelerken kültürel bağlamı anlamanın önemine dikkat çekmektedir.

PSİKOLOJİK RAHATSIZLIKLARA BÜTÜNSEL BİR BAKIŞ AÇISI

Buraya kadar bahsedildiği gibi biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel değişkenler psikolojik rahatsızlıkların oluşumuna katkıda bulunmaktadır. Psikolojik rahatsızlıkları açıklamada kullanılan yaklaşımlardan her birinin güçlü oldukları yönler ve kısıtlılıkları bulunmaktadır; dolayısıyla, bu yaklaşımlardan hiçbiri tek başına psikolojik rahatsızlıkları anlamamız için yeterli değildir. Çoğu zaman psikolojik rahatsızlıkları oluşturan tek bir alandaki bozulmalardan ziyade birden fazla alandaki değişkenlerin etkileşimidir (Şekil 12). Nitekim, psikolojik rahatsızlıklar tek bir değişkenle (ör., nörotransmiter eksikliği) açıklanamayacak kadar karmaşık ve çok boyutludur. Bu yüzdendir ki günümüzde pek çok araştırmacı ve klinisyen sağlıklı olma hâlini ve hastalıkları açıklarken **biyo-psiko-sosyal modeli** kullanmaktadır. İlk kez George Engel tarafından 1970'lerin sonunda ortaya atılan biyo-psiko-sosyal bakış açısı, hastalıkların biyolojik, psikolojik ve sosyal boyutlarına bütünsel olarak dikkat vermenin önemini vurgulamakta ve bu boyutların dinamik ve etkileşimsel yapısına dikkat çekmektedir (Borrell-Carrió, Suchman, & Epstein, 2004).

Araştırmalar, psikolojik rahatsızlıkların ve anormal davranışın gelişiminde biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel alanların farklı oranlarda katkıları olabileceğini göstermektedir. Örneğin, şizofreni gibi rahatsızlıklarda biyolojik alan daha baskın olabilirken, ihmale uğramış bir çocukta görülen alt ıslatma sorunu sosyokültürel alanla daha yakından ilişkili olabilir. Bununla birlikte, bu alanların davranış üzerindeki etkileri kişinin geçtiği farklı gelişimsel aşamalar boyunca değişebilir. Yaşamın ilk aylarında kalıtım yoluyla aktarılan mizaç özelliklerinin bir davranış üzerindeki etkisi daha fazlayken, okul çağına gelindiğinde aynı davranışın ortaya



Şekil 12. Psikolojik rahatsızlıkların oluşumunda etkili yaklaşımlar

çıkmasında arkadaş gruplarında dışlanma gibi sosyokültürel değişkenler daha belirleyici hale gelebilir. Diğer bir ifadeyle, bir kişideki psikolojik rahatsızlığın oluşumunda rol oynayan faktörler bu kişinin gelişimsel aşamalarına göre farklılık gösterebilir.

Sonuç olarak, psikolojik rahatsızlıkları değerlendirirken, bütünsel bir bakış açısı kullanmanın son derece önemli olduğunu söyleyebiliriz. Bunu yaparken biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel alanlardaki risk faktörlerinin ve koruyucu faktörlerin söz konusu davranışa veya psikolojik rahatsızlığa katkılarını ve bu faktörlerin etkileşimlerinin yarattığı etkileri göz önünde bulundurmak gerekmektedir.

BÖLÜM ÖZETİ

Anormal davranışların ve psikolojik rahatsızların etiyolojisini anlama çabası yüzyıllardır devam etmektedir. Anormal psikoloji alanında neden-sonuç ilişkisi kurmanın güçlüğü sebebiyle daha çok risk faktörleri ve koruyucu faktörlerden söz edilmektedir. Psikolojik rahatsızlıkları anlarken biyolojik yaklaşım, psikolojik yaklaşım ve sosyokültürel yaklaşımdan faydalanmak mümkündür. Biyolojik yaklaşıma göre, psikolojik rahatsızlıkların oluşumunda genlerin etkisi, beynin yapı ve işlevlerinde bozulmalar, nörotransmiter ve hormonlardaki bazı dengesizlikler ile mizaç özellikleri belirleyici olmaktadır. Günümüzde biyolojik yaklaşımı savunan araştırmacılar çevrenin biyolojik faktörlerle korelasyonu ve etkileşimine dikkat çekmektedir. Strese

yatkınlık modellerine göre, biyolojik yatkınlıklar stresli yaşam olayları gibi çevresel koşullarla bir araya gelerek bir psikolojik rahatsızlığın ortaya çıkmasına sebep olmaktadırlar.

Psikolojik yaklaşım içinde yer alan psikanalitik kuram ise psikolojik belirtilerin bilinç dışı çatışmaların yol açtığı kaygı sonucu oluştuğunu öne sürmektedir. Daha güncel psikodinamik yaklaşımlar ise egonun işlevlerini yerine getirememesi ve olumsuz içselleştirilmiş nesne temsilleri gibi faktörleri psikolojik rahatsızlıklarla ilişkilendirmektedir. Yine psikolojik yaklaşımı savunan davranışsal bakış açısına sahip kuramcılar ise psikolojik rahatsızlıkların oluşumunda öğrenme süreçlerinin önemini vurgulamakta ve klasik koşullanma, edimsel koşullanma ve sosyal öğrenmenin katkılarına dikkat çekmektedirler. Bilişsel süreçlerin psikoloji alanında popülerlik kazanması ile birlikte güçlenen bilişsel yaklaşım ise zaman içinde davranışçı kuramla entegre olarak bilişsel davranışçı yaklaşıma evrilmiştir. Bilişsel davranışçı teoriler, olumsuz duygu ve davranışların oluşumunda durum ve olayların değil, kişilerin bunlara yönelik çarpıtılmış düşünce ve inançlarının belirleyici olduğunu öne sürmektedir. Buna göre, farklı psikolojik rahatsızlıkların ardında farklı işlevsel olmayan bilişsel şemalar ve düşünme biçimleri yatmaktadır.

Sosyokültürel yaklaşıma göre ise, kişilerarası, sosyal ve kültürel faktörler psikolojik rahatsızlıkların oluşumunda rol oynamaktadır. Bu faktörler arasında aileyle ilgili etmenler (or.; ebeveynlik, bağlanma stilleri, istismar ve ihmal, ebeveynlerin psikolojik rahatsızlıkları), cinsiyet, sosyoekonomik düzey ve kültürün psikolojik rahatsızlıklar üzerinde etkili olduğunu söyleyebiliriz.

Biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel yaklaşımdan hiçbiri psikolojik rahatsızlıkları tek başına açıklamakta yeterli değildir. Bu sebeple, tüm bu boyutları ve bunların etkileşimini biyo-psiko-sosyal bakış açısıyla değerlendirmek psikolojik rahatsızlıkları daha bütünsel olarak anlamamızda bize rehberlik edebilir.

KAYNAKLAR

Abulizi, X., Pryor, L., Michel, G., Melchior, M., Van Der Waerden, J., & EDEN Mother–Child Cohort Study Group. (2017). Temperament in infancy and behavioral and emotional problems at age 5.5: The EDEN mother-child cohort. *PLoS one*, *12*(2).

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5th edition). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, *30*(2), 217-237.

Aldao, A., Sheppes, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, *39*(3), 263-278.

Bandura, A. (1965). Influence of models' reinforcement contingencies on the acquisition of imitative responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, *1*, 589-595.

Bavelas, J. B., & Segal, L. (1982). Family systems theory: Background and implications. *Journal of Communication*, *32*(3), 99-107.

Beck. A. T. (1967). Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York, NY: Harper & Row.

Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York, NY: International Universities Press.

Beck, A. T, & Emery, G. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cog-nitive perspective. New York, NY: Basic Books

Beck. A. T., Rush. A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). Cognitive Therapy of Depression. New York, NY: The Guilford Press.

Berzoff, J. (2011). Freud's Psychoanalytic Concepts. (pp. 18-47) In. Berzoff, J., Flanagan, L. M. & Hertz, P. (Eds.). Inside out and outside in: Psychodynamic clinical theory and psychopathology in contemporary multicultural contexts. (4th ed.). New York, NY: Roman & Littlefield.

Bogerts, B., Lieberman, J. A., Ashtari, M., Bilder, R. M., Degreef, G., Lerner, G., ... & Masiar, S. (1993). Hippocampus-amygdala volumes and psychopathology in chronic schizophrenia. *Biological psychiatry*, *33*(4), 236-246.

Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine*, *2*(6), 576-582.

Bouton, M. E., Mineka, S., & Barlow, D. H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological review*, *108*(1), 4-32.

Canino, G., & Alegría, M. (2008). Psychiatric diagnosis–is it universal or relative to culture?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*(3), 237-250.

Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T.E., Mill, J., Martin, J., Craig, I.W., Taylor, A., & Poulton, R. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, **297**, 851–853.

Cicchetti, D., & Doyle, C. (2016). Child maltreatment, attachment and psychopathology: mediating relations. *World Psychiatry*, *15*(2), 89.

Cicchetti, D., & Howes, P. W. (1991). Developmental psychopathology in the context of the family: Illustrations from the study of child maltreatment. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *23*(3), 257–281.

Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1996). Equifinality and multifinality in developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, *8*(4), 597-600.

Clayton, D., & McKeigue, P. M. (2001). Epidemiological methods for studying genes and environmental factors in complex diseases. *The Lancet*, *358*(9290), 1356-1360.

Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child abuse & neglect*, *31*(3), 211-229.

Cook-Darzens, S. (2016). The role of family meals in the treatment of eating disorders: a scoping review of the literature and implications. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *21*(3), 383-393.

Csernansky, J. G., & Sheline, Y. I. (1993). Abnormalities of serotonin metabolism and nonpsychotic psychiatric disorders. *Annals of clinical psychiatry*, *5*(4), 275-281.

Damasio, H., Grabowski, T., Frank, R., Galaburda, A. M., & Damasio, A. R. (1994). The return of Phineas Gage: clues about the brain from the skull of a famous patient. *Science*, *264*(5162), 1102-1105.

Davies, P. T., & Sturge-Apple, M. L. (2014). Family Context in the Development of Psychopathology. In: Sameroff A.J., Lewis M., Miller S.M. (Eds.) *Handbook of Developmental Psychopathology* (pp. 143-161). Boston, MA: Springer.

Dymond, S., & Roche, B. (2009). A contemporary behavior analysis of anxiety and avoidance. *The Behavior Analyst*, *32*(1), 7-27.

Edwards, E. R. (2019). Posttraumatic stress and alexithymia: A meta-analysis of presentation and severity. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. Advance online publication.

Essau, C. A., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Sasagawa, S. (2010). Gender differences in the developmental course of depression. *Journal of affective disorders*, *127*(1-3), 185-190.

Everaert, J., Duyck, W., & Koster, E. H. (2014). Attention, interpretation, and memory biases in subclinical depression: A proof-of-principle test of the combined cognitive biases hypothesis. *Emotion*, *14*(2), 331.

Ellis, A. (1993). Reflections on rational-emotive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, *61*(2), 199-201.

Ellis, A., & Dryden, W. (2007). *The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy*. New York, NY: Springer Publishing Company.

Fishman, M., Wenzel, K., Vo, H., Wildberger, J., & Burgower, R. (2020). A pilot randomised controlled trial of assertive treatment including family involvement and home delivery of medication for young adults with opioid use disorder. *Addiction*. Advance online publication.

Flory, J. D., & Yehuda, R. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues in clinical neuroscience*, *17*(2), 141.

Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of women quarterly*, *21*(2), 173-206.

Freud S. (1920). *Beyond the Pleasure Principle* Standard Edn Vol. XVIII London: Hogarth.

Freud S. (1923). *The Ego and the Id* Standard Edn Vol. XIX. London: Hogarth.

Gerull, F. C., & Rapee, R. M. (2002). Mother knows best: Effects of maternal modelling on the acquisition of fear and avoidance behaviour in toddlers. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 279–287.

Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, *2*(3), 271-299.

Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, *2*(4), 387-401.

Gruber, J. (2011). Can feeling too good be bad? Positive emotion persistence (PEP) in bipolar disorder. *Current Directions in Psychological Science*, *20*, 217–221.

Häfner, H. (2003). Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*, *28*, 17-54.

Hanington, L., Ramchandani, P., & Stein, A. (2010). Parental depression and child temperament: Assessing child to parent effects in a longitudinal population study. *Infant Behavior and Development*, *33*(1), 88-95.

Hilker, R., Helenius, D., Fagerlund, B., Skytthe, A., Christensen, K., Werge, T. M., ... & Glenthøj, B. (2018). Heritability of schizophrenia and schizophrenia spectrum based on the nationwide Danish twin register. *Biological psychiatry*, *83*(6), 492-498.

Hirshfeld, D. R., Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Bolduc, E. A., Faraone, S. V., Snidman, N., ... & Kagan, J. (1992). Stable behavioral inhibition and its association with anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *31*(1), 103-111.

Honkalampi, K., Hintikka, J., Laukkanen, E., & Viinamaki, J. L. H. (2001). Alexithymia and depression: a prospective study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics*, *42*(3), 229-234.

Glowinski A, Bucholz KK, Nelson EC, Fu Q, Madden P, Reich W, Heath AC. (2001). Suicide attempts in an adolescent female twin sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*, 1300–1307.

Grabe, S., Ward, L. M., & Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological bulletin*, *134*(3), 460.

Jauregui Lobera, I., Bolanos Rios, P., & Garrido Casals, O. (2011). Parenting styles and eating disorders. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *18*(8), 728-735.

Karg, K., Burmeister, M., Shedden, K., & Sen, S. (2011). The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: evidence of genetic moderation. *Archives of general psychiatry*, *68*(5), 444-454.

Kendler, K. S., Ji, J., Edwards, A. C., Ohlsson, H., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2015). An extended Swedish national adoption study of alcohol use disorder. *JAMA psychiatry*, *72*(3), 211-218.

Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ... & Benjet, C. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, *197*(5), 378-385.

Klaassens, E. R., Giltay, E. J., Cuijpers, P., van Veen, T., & Zitman, F. G. (2012). Adulthood trauma and HPA-axis functioning in healthy subjects and PTSD patients: a meta- analysis. *Psychoneuroendocrinology*, *37*(3), 317-331.

Laird, N. M., & Lange, C. (2006). Family-based designs in the age of large-scale gene- association studies. *Nature Reviews Genetics*, *7*(5), 385-394.

Le Foll, B., Gallo, A., Le Strat, Y., Lu, L., & Gorwood, P. (2009). Genetics of dopamine receptors and drug addiction: a comprehensive review. *Behavioural pharmacology*, *20*(1), 1-17.

Lee, J., Wachholtz, A., & Choi, K. H. (2014). A review of the Korean cultural syndrome Hwa- Byung: Suggestions for theory and intervention. *Asia T'aep'yongyang sangdam yon'gu*, *4*(1), 49.

Lewis M. (2014). Toward a Development of Psychopathology. In: Sameroff A.J., Lewis M., Miller S.M. (Eds.) *Handbook of Developmental Psychopathology* (pp. 3-23). Boston, MA: Springer.

Lewis-Fernandez, R., & Kleinman, A. (1995). *Cultural Psychiatry. Psychiatric Clinics of North America. 18(3), 433 448.*

Lieb, R., Wittchen, H. U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B., & Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of general psychiatry*, *57*(9), 859- 866.

Mann, E. M., Ikeda, Y., Mueller, C. W., Takahashi, A., Tao, K. T., Humris, E., Li, B. L., & Chin, D. (1992). Cross-cultural differences in rating hyperactive-disruptive behaviors in children. *The American Journal of Psychiatry, 149*(11), 1539–1542.

Marsella, A.J., & Yamada, A. (2007). Culture and Psychopathology: Foundations, Issues, and Directions. In S. Kitayama, & D. Cohen, (Eds.) *Handbook of cultural psychology* (pp. 797-818). New York: Guilford Publications

McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. New York, NY: Guilford Press.

McWilliams, N., & Weinberger, J. (2003). Psychodynamic psychotherapy. In G. Stricker, T. A. Widiger, & I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of psychology: Clinical psychology, Vol. 8* (p. 253–277). John Wiley & Sons Inc.

Mehta, D., & Binder, E. B. (2012). Gene× environment vulnerability factors for PTSD: the HPA- axis. *Neuropharmacology*, *62*(2), 654-662.

Metcalf, L. (2011). *Marriage and family therapy: A practice-oriented approach*. New York, NY: Springer Publishing Company.

Mitchell, S. A., & Black, M. J. (1995). *Freud and beyond: A history of modern psychoanalytic thought*. New York, NY: Basic Books.

O'Brien, C. P., Childress, A. R., Ehrman, R., & Robbins, S. J. (1998). Conditioning factors in drug abuse: can they explain compulsion?. *Journal of psychopharmacology*, *12*(1), 15-22.

Öhman, A, Flykt, A, Esteves, F. (2001). Emotion drives attention: detecting the snake in the grass. Journal of experimental psychology: general. *130*(3), 466-478.

Padesky, C. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *1*(5), 267-278.

Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression: Critical review. *The British Journal of Psychiatry, 177*(6), 486-492.

Prefit, A. B., Cândea, D. M., & Szentagotai-Tătar, A. (2019). Emotion regulation across eating pathology: a meta-analysis. *Appetite, 143*, 104438.

Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2013). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Stamford, CT: Cengage Learning.

Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Social science & medicine, 90*, 24-31.

Remijnse, P. L., Nielen, M. M., van Balkom, A. J., Cath, D. C., van Oppen, P., Uylings, H. B., & Veltman, E. (2010). Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research. *Journal of addictive diseases, 29*(2), 127-138.

Roberts, R. E., & Roberts, C. R. (2007). *Ethnicity and Risk of Psychiatric Disorder Among Adolescents. Research in Human Development, 4(1-2), 89-117.*

Rothbart, M.K. & Bates, J.E. (2006). Temperament. In: Damon, W., Lerner R.M., Eisenberg, N. (Eds.) Handbook of child psychology: Vol. 3. *Social, emotional, and personality development* 6th ed. (pp. 99-166). Hoboken, NJ: Wiley.

Ryder, A. G., Yang, J., Zhu, X., Yao, S., Yi, J., Heine, S. J., & Bagby, R. M. (2008). The cultural shaping of depression: somatic symptoms in China, psychological symptoms in North America? *Journal of abnormal psychology, 117*(2), 300.

Santiago, C. D., Wadsworth, M. E., & Stump, J. (2011). Socioeconomic status, neighborhood disadvantage, and poverty-related stress: Prospective effects on psychological syndromes among diverse low-income families. *Journal of Economic Psychology, 32*(2), 218-230.

Savaşır, I., Soygüt, G., & Barışkın, E. (2009). Bilişsel-Davranışçı Terapiler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2008). *A history of modern psychology*. Belmont, CA: Thomson Higher Education.

Schwartz, C. E., Wright, C. I., Shin, L. M., Kagan, J., & Rauch, S. L. (2003). Inhibited and uninhibited infants" grown up": adult amygdala response to novelty. *Science, 300*(5627), 1952-1953.

Sentse, M., Veenstra, R., Lindenberg, S., Verhulst, F. C., & Ormel, J. (2009). Buffers and risks in temperament and family for early adolescent psychopathology: Generic, conditional, or domain-specific effects? The trails study. *Developmental Psychology, 45*(2), 419.

Seo, D., Patrick, C. J., & Kennealy, P. J. (2008). Role of serotonin and dopamine system interactions in the neurobiology of impulsive aggression and its comorbidity with other clinical disorders. *Aggression and violent behavior, 13*(5), 383-395.

Sheridan, M. A., Fox, N. A., Zeanah, C. H., McLaughlin, K. A., & Nelson, C. A. (2012). Variation in neural development as a result of exposure to institutionalization early in childhood. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 109*(32), 12927-12932.

Sommers-Flanagan, J. & *Sommers-Flanagan*, R. (2018). *Counseling and psychotherapy theories in context and practice: Skills, strategies, and techniques* (3rd ed.). New Jersey: John Wiley & Sons Inc.

Stice, E. (1998). Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin-ideal predict onset of bulimic symptoms. *Behaviour research and therapy, 36*(10), 931-944.

Teicher, M. H., Samson, J. A., Anderson, C. M., & Ohashi, K. (2016). The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience, 17*(10), 652.

Wadsworth, M. E., & Achenbach, T. M. (2005). Explaining the link between low socioeconomic status and psychopathology: testing two mechanisms of the social causation hypothesis. *Journal of consulting and clinical psychology, 73*(6), 1146.

Wang, J. (2005). Work stress as a risk factor for major depressive episode (s). *Psychological medicine, 35*(6), 865-871.

Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G., ... & Lépine, J. P. (1996). Crossnational epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association, 276*(4), 293–299.

Wells, A. (1997). Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide. John Wiley & Sons Inc.

Werner, K., & Gross, J. J. (2010). *Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework*. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (p. 13–37). New York, NY: The Guilford Press.

Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*, *9*(3), 490-499.

van Heeringen, K. (2012). Stress–Diathesis Model of Suicidal Behavior. In Dwivedi, Y. (Ed.), *The Neurobiological Basis of Suicide* (p. 113–124). Boca Raton (FL): CRC Press/Taylor & Francis.

Vachon, D. D., Krueger, R. F., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2015). Assessment of the harmful psychiatric and behavioral effects of different forms of child maltreatment. *JAMA psychiatry*, *72*(11), 1135-1142.

Van de Velde, S., Bracke, P., & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social science & medicine*, *71*(2), 305-313.

Veltman, D. J. (2006). Reduced orbitofrontal-striatal activity on a reversal learning task in obsessive-compulsive disorder. *Archives of general psychiatry*, *63*(11), 1225-1236.

Versiani, M., Cassano, G., Perugi, G., Benedetti, A., Mastalli, L., Nardi, A., & Savino, M. (2002). Reboxetine, a selective norepinephrine reuptake inhibitor, is an effective and well-tolerated treatment for panic disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *63*(1), 31–37.

Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A., & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, *4*, 275-303.

Zayfert, C., & Black Becker, C. (2007). Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD: A Case Formulation Approach. New York, NY: The Guildford Press.

3. Bölüm

TANI, KLİNİK DEĞERLENDİRME VE ARAŞTIRMA

Yeliz Şimşek Alphan

VAKA ÖRNEĞİ 1

Arif, 24 yaşındadır ve ailesiyle beraber yaşamaktadır. İyi bir üniversitede iktisat okuyan Arif'in bölümde altıncı senesidir ve bu sene mezun olması beklenmektedir. Arif, çocukluğundan bu yana utangaç biri olarak bilinmektedir. Akranlarıyla ilişki kurmada güçlükler yaşayan Arif başarılı bir öğrenci olmasına karşın rekabete asla girmemeyi tercih ettiğini belirtmiştir. Ne okulda, ne de mahallede bir arkadaşı vardır. Ergenlik yıllarından bahsederken eve gelen misafirlerin karşısına çıkmadığını ve pek kimseyle iletişim kurmamaya başladığını anlatmıştır. Görüşme esnasında kısa cümleler kurduğu, sevinç, üzüntü ya da öfke belirtisi göstermediği not edilmiştir. Saçma şeyler konuşup rezil olabileceğine inanan Arif, insanların onunla dalga geçmesi ihtimalinden bahsetmiştir. Şu sıralar odasından pek çıkmayan Arif, bilgisayar oyunları oynayarak gününü geçirdiğini ve aslında internet ortamında pek çok arkadaşı olduğunu dile getirmiştir. Arif'i psikoloğa getiren annesi ve babası oğullarının bu hâlinden dolayı oldukça üzgün ve kaygılı olduklarını ifade etmişlerdir.

Psikolojik rahatsızlıkların tedavisinde ilk aşama, tanı ve değerlendirmedir. Doğru bir değerlendirme ve takiben doğru bir tanı, uygun tedavi adımlarını oluşturmak ve uygulamak için büyük önem taşır. Tanı ve değerlendirme hemen her zaman beraber anılır çünkü tanı koymak uygun psikolojik değerlendirmeler ile mümkün olur. **Tanı**, psikolojik bir rahatsızlığı (ya da hastalığı) taşıdığı belirtiler üzerinden, değerlendirme teknikleri kullanarak (ör.: psikolojik

testler, klinik görüşme) tespit etme sürecidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2019). **Psikolojik değerlendirme,** tarihi oldukça eskiye dayanan ve çağdaş psikolojinin üzerinde çalışarak giderek geliştirdiği bir psikoloji dalıdır (Butcher, 2010). Yukarıda bahsedilen klinik vakada (Vaka Örneği 1) öğrenilmesi gereken pek çok detay vardır. Örneğin, Arif neden insanlarla iletişim kurmaktan uzak durmaktadır? Arif görüşmede kendini nasıl ifade etmektedir? Diğer insanlarla yaşadığı ilişkisel zorluklar artma ya da azalma eğilimi göstermekte midir? Elbette bu soruların sayısı arttırılabilir. Hastanın sosyal ortamlarda duyduğu rahatsızlık, kişilerarası ilişkilerde yaşadığı yoğun güçlükler hem şizotipal kişilik hem de çekingen kişilik belirtileri arasında yer alır. Vakanın detaylı bir değerlendirmeye tabi tutulması sayesinde, tanıdığı insanların yanında kaygısının azalma eğilimine girdiği tespit edilirse şizotipal kişilik tanısı elenebilir. Böylece, konulan tanı doğrultusunda Arif ihtiyaç duyduğu psikolojik hizmete ulaşabilir (Poston ve Hanson, 2010). Öte yandan, doğru bir değerlendirme ile beraber doğru bir tanı konulabilmesi için dayanak oluşturan bilimsel araştırmalardır. Güncel araştırmalar doğrultusunda tanısal değerlendirmeler ve uygulanan tedaviler de değişim gösterebilmektedir. Dolayısıyla bu bölümde sırasıyla tanı sınıflandırma sistemleri (ICD ve DSM), detaylı olarak güncel sınıflandırma sistemi olan DSM-5, sınıflandırma ve değerlendirmeye kültürel bakış, psikolojik değerlendirme ve son olarak araştırma konularına değinilecektir.

YAKIN BAKIŞ 1 Bazı Önemli Noktalar

1. Tanı ve değerlendirme, ruh sağlığı uzmanlarının kullandığı, psikoterapi ve araştırma uygulamalarında olduğu gibi bilgi ve yetenek gerektiren, karmaşık olabilen bir süreçtir.
2. Tanı ve değerlendirmeye psikolojik tedavi sürecinde gereken zaman mutlaka ayrılmalıdır.
3. Ruh sağlığı uzmanı ihtiyaç duyarsa farklı değerlendirme yöntemlerine başvurabilir. Uzmanın bu değerlendirme yöntemlerine dair gerekli eğitimleri almış olması önem arz eder.
4. Tanı ve değerlendirmeye tabi tutulan kişi, bu süreçte ruh sağlığı uzmanı tarafından tıbbi muayeneye yönlendirilebilir.

PSİKOLOJİK TEDAVİLERDE İLK ADIM: TANI

Tanı, farklı ruh sağlığı uzmanlarının ve araştırmacıların ortak bir dil üzerinden iletişim kurmasını sağlar. Belirli ölçütler etrafında sınıflandırılan psikolojik rahatsızlıklar ile ilgili daha kapsamlı bilgiye ulaşmak için tanı yine ilk basamak olarak karşımıza çıkar. Tanı koymak için klinisyenler normalden anormale bir spektrumda tanımlanabilecek psikolojik rahatsızlıklarda anormalin kesim noktasını (tam olarak nerede başladığını) tespit etmeye ihtiyaç duyarlar. Farklı psikolojik rahatsızlıklara dair detaylı bilgilere ulaşacağınız bu kitapta da her bölüm

başlangıcında anormal kapsamına dahil edilen bu tanıların isimlerini göreceksiniz. Bahsi geçen anormalin tespiti için Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanan ve ruh sağlığı çalışanları tarafından yaygın olarak başvurulan *Ruhsal Bozukluklar Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı* (DSM-5) kullanılmaktadır ve bu kitapta da psikolojik rahatsızlıklar DSM-5 sınıflandırma sistemi temel alınarak anlatılmıştır. DSM sınıflandırma sisteminin yanı sıra bu kitapta detaylı bahsedilmeyen ancak yine yaygın olarak kullanılan Dünya Sağlık Örgütü'nün yayımladığı ICD (International Classification of Disease-Uluslararası Hastalık Sınıflaması) bulunmaktadır.

Klinisyenler DSM ve ICD'yi çeşitli amaçlar dahilinde kullanabilirler. En yaygın kullanım nedenleri arasında ise idari gerekçeler (ör., engellilik raporu çıkarmak) ile tanı koymak, diğer ruh sağlığı çalışanları ile iletişim kurmak ve öğrencileri eğitmek yer almaktadır. ICD'nin en yaygın kullanım amaçları arasında ise yine idari gerekliliklerı karşılamak, bir tanı koymak ve diğer ruh sağlığı çalışanları ile iletişimi sağlamak bulunmaktadır (First ve ark., 2018). DSM-5'ten daha detaylı bahsetmeden önce tanı ve değerlendirmenin temelini oluşturan güvenirlik ve geçerlilik kavramlarını ele alacağız.

Güvenirlik: Sınıflandırmanın Temel Taşı

Bir sınıflandırma sisteminde yer alan tanı ölçütlerinin ya da herhangi bir ölçeğin her uygulandığında aynı sonucu üretmesi güvenirlik anlamına gelir. Başka bir ifadeyle güvenirlik, yapılan değerlendirmenin ya da ölçümün tutarlı olmasıdır. Örneğin, elinizdeki tartı bilgisayarınızı her defasında farklı bir ağırlıkta gösteriyorsa bu, tartınızın güvenilir bir ölçüm aracı olmadığını gösterir. Değerlendirme ve sınıflandırma söz konusu olduğunda, güvenirlik bir insana dair gözlem ve değerlendirmelerin farklı değerlendiriciler ya da ölçüm araçları kullanılsa dahi aynı tanı kategorisine yerleştirilmesidir. Eğer bu kişiye dair farklı gözlemler mevcutsa bu durum tanı ölçütlerinin netliğine dair şüphe uyandırır (bk. Aboraya, Rankin, France, El-Missiry ve John, 2006)

Gözlemciler arası güvenirlik, iki bağımsız gözlemcinin gözlem sonrası değerlendirmeleri arasındaki tutarlılığı gösterir. Örneğin, çocukların uyum davranışlarını gözlemleyen iki araştırmacı sonuçları karşılaştırdığında aynı davranışlara "uyumlu", diğer aynı davranışlara da "uyumsuz" dediyse burada iki gözlemci arasında %100 tutarlılık vardır, davranış değerlendirme ölçütleri de güvenilirdir diyebiliriz. Aynı kişilerden, art arda ya da belli bir zaman aralığının ardından alınan ölçümler arasındaki tutarlılık **test-tekrar test güvenirliği** olarak adlandırılır. Araştırmacı veya klinisyen aynı testi iki defa vermektense, bu testin farklı formlarını (versiyonlarını) vermeyi tercih edebilir. **Eş değer form güvenirliği**, aynı kişinin farklı zamanlarda bir testin farklı formlarına verdiği cevapların tutarlılığı ile hesaplanır. Son olarak, aynı testteki maddelerin kendi aralarındaki tutarlılığına **iç tutarlılık güvenirliği** denir. Örneğin depresyonu ölçen bir testin farklı maddeleri birbirleriyle ilişkili bulunmalıdır. Kişi bir işe başlamada isteksiz olduğunu belirtiyorsa aynı kişinin enerjisinin de düşük olmasını bekleriz zira ikisi de depresyon belirtileri arasında yer almaktadır.

Tanı güvenirliği, hem araştırmaların doğru bir çerçevede ilerlemesi hem de insanlara doğru ruh sağlığı hizmeti sunulabilmesi açısından kritik öneme sahiptir (Regier ve ark., 2013). Peki, bir hastaya konulan tanının güvenirliği nasıl anlaşılır? Aynı hastaya, farklı klinisyen-



Şekil 1. Bağımsız gözlemcilerin aynı değerlendirmeyi yapması gözlemciler arası güvenirliğin bulunduğuna işaret eder.

ler tarafından aynı tanının konması ya da aynı hastanın, aynı klinisyen tarafından farklı zamanlarda aynı tanıyı alması konulan tanının güvenilir olduğunu gösterir. Bu noktada tanı güvenirliliğini sağlamada rol oynayan faktörlerden bahsetmek gerekir. İlk olarak, hasta ile ilgili faktörler tanı güvenirliğini etkiler. Hastanın klinisyene doğru, tutarlı ve amaca dönük bilgiler vermesi önemlidir ancak bazı hastaların kaygıdan, düşük odaklanma düzeyinden ya da içinde bulunduğu psikolojik durumdan ötürü tanı koymaya yardımcı olacak bilgileri vermede güçlük yaşayabileceği unutulmamalıdır. Tanı güvenirliğinde ikinci olarak klinisyen ile ilgili faktörler sayılabilir. Klinisyenin özellikle ilk görüşmede detaylı bilgi alması için gereken tecrübeye sahip olup olmaması, görüşme becerileri, gözlem becerileri, aldığı eğitim, kullandığı yaklaşım ve teknikler, tanı ve sınıflandırmaya dair bilgi ve tecrübesi vb. özellikler doğru tanı için belirleyici olabilmektedir. Son olarak ise tanı ölçütlerinin güvenirliği etkilediğinden bahsedilebilir. Örneğin, ölçütler yeterince açık ve anlaşılır mıdır? Farklı uzmanlar, aynı ölçütlerden aynı anlamları çıkarabilmekte midir? Bu sorulara verilen cevaplar olumlu ise orada tanı ölçütleri bağlamında bir güvenirliğin varlığından bahsetmek mümkün olur (Aboraya, Rankin, France, El-Missiry ve John, 2006).

Geçerlilik: Gerçekten Ne Ölçüyoruz?

Geçerlilik, bir ölçüm aracının (ör., bir testin) ölçmek istediği şeyi gerçekten ölçüp ölçmediği ile ilişkili bir kavramdır. Bilgisayarınızı üzerine koyduğunuz tartı gerçekten ağırlığı mı ölçüyor? Tartının iddiası ağırlığı ölçtüğü yönünde, bizim de ölçmek istediğimiz şey bilgisayarımızın ağırlığı ancak ölçüldüğünde ortaya çıkan değerin gerçekten ağırlık olduğundan emin miyiz? Bu noktada geçerliliğin güvenilirlik ile ilişkili olduğuna değinmek gerekir. Sadece güvenilir bir ölçeğin geçerli olduğundan bahsedilebilir (Nelson-Gray, 1991). Bilgisayarımız için her defasında farklı bir ağırlık gösteren tartımızın, gerçekten ağırlık ölçmediğini (yani geçerliliği bulunmadığını) hemen söyleyebiliriz. Beş farklı klinisyen aynı danışan için farklı tanılar dile getiriyorsa, bu tanıların herhangi birinin geçerli olduğunu varsaymak mümkün değildir.

Geçerliliğin farklı türlerine bakarak bir ölçeğin geçerliliği ile ilgili bilgi sahibi olabiliriz. İlk olarak, **içerik geçerliliği** ölçeğin maddelerinin ölçmek istenilen kavramı tüm yönleriyle yeterli oranda ölçüp ölçmediğine bakar. Beck Depresyon Envanteri'ni düşünelim (Beck, Ward, Mendelson, Mock ve Erbaugh, 1961). Bireyin depresif belirtilerinin düzeyini ölçmeyi amaçlayan bu ölçeğin maddeleri depresyonun tüm belirtilerini ölçmeye dönük maddelerden oluşuyorsa, ölçeğin içerik geçerliliğine sahip olduğu ileri sürülebilir. Ancak bu ölçek kullanı-

larak kişinin kaygı belirtilerine dair bilgi alınmak istenirse bu ölçek içerik geçerliliği bakımından zayıf kalacaktır.

Kriter geçerliliği, bir ölçeğin başka bir ölçekle (kriter ile) beklenen şekilde ilişkili olup olmadığına bakılarak anlaşılır. Kriter geçerliliğin, uyum ve yordama geçerliliği şeklinde iki türü bulunmaktadır. Örneğin, Beck Depresyon Envateri'nin umutsuzluk ölçen bir ölçek ile ilişkili olmasını bekleyebiliriz. Her iki testin de uygulanması sonucu ortaya çıkan geçerlilik, **uyum geçerliliği** olarak adlandırılır (bk. Watson ve ark., 2007). **Yordama geçerliliği** ise bir ölçeğin ileri bir tarihte ölçülen başka bir değişkeni tahmin edebilme yeteneğidir. Buna örnek olarak umutsuzluk ölçen bir ölçeğin depresyonun gelecekteki gelişimine ilişkin bir veri olarak kullanılması verilebilir.

Daha karmaşık bir kavram olan **yapı geçerliliğini** anlamak için önce "yapı"nın ne olduğuna bakmak yerinde olacaktır. Burada bahsi geçen yapı (construct) beyinde gerçekleşen bir nitelik, özellik, yatkınlık ya da beceriye karşılık gelir (ör., yabancı dil öğrenme becerisi) ve teori ile ilişkilidir. Özellikle, operasyonel tanımı olmayan, kolayca ve açıkça gözlemlenemeyen bir kavramı ölçmeye çalışıyorsak yapı geçerliliğine bakarız. Örneğin zekâyı ölçmek zordur, zekâyı gösteren tek bir ölçümden bahsetmek mümkün değildir. Bu nedenle de birden fazla test uygulamak gerekir. Okul başarısı, dikkat, bilgi, motivasyon, hafıza, problem çözme becerileri gibi farklı nitelikleri ölçerek zekâya dair bir sonuç çıkarmak mümkün olabilir. Yapı geçerliliği bu farklı kaynaklardan gelen verilere bakılarak değerlendirilir. "Teori ile ilişkilidir" derken ifade edilmek istenen ise, zekânın bu bahsi geçen niteliklerin bir arada bulunacağına dair bir teoriden yola çıkılarak değerlendirilmesidir. Bu nedenle, yapı geçerliliği, teori test etme sürecinin önemli bir parçasıdır denilebilir (Strauss ve Smith, 2009).

Sınıflandırmanın Tarihçesi

Psikolojik rahatsızlıkları sınıflandırmaya dönük ilk çabalar, 18. yüzyılın sonu ile 19. yüzyılda daha çok Avrupa'da gerçekleşiyor gibi görünse de sınıflandırmanın tarihi çok daha eskilere uzanmaktadır (Fabrega, 2001). Batı'nın psikolojik rahatsızlıklara dair geleneksel tarihi, sınıflandırmayı aslen antik Yunan, özellikle de Akdeniz bölgesinde yaşayan geç Helenistik ve Roma toplumlarına dayandırmaktadır. O zamanlardan orta çağa ve sonrasına kadar uzanan dönemde fark edilen ve tanımlanan psikolojik rahatsızlıklara dair kayıtlar bulmak mümkündür. Ancak o zamanlarda dinsel ve tinsel referansların daha baskın olduğu ve akılcı, seküler yorumlara rastlamanın ise daha zor olduğu görülmektedir. Ancak 19. yüzyılda botanik ve kimya gibi diğer disiplinlerde de sınıflandırma sistemlerinin geliştirilmesiyle beraber psikolojik rahatsızlıklara dair sınıflandırmalar da öne çıkmaya başlamıştır. Alman psikiyatrist Emil Kraepelin (1856-1926) ilk kez 1883'te yayımlanan psikiyatri ders kitabında davranış bozukluklarını sınıflandırmış ve tanımlamıştır (Bar ve Ebert, 2010). Kraeplin, kimi belirtilerin direkt olarak bir psikolojik rahatsızlığa işaret ettiğini reddetmiş ve belirtilerin farklı birleşimlerle bir araya gelerek belirli psikolojik rahatsızlıkları oluşturabileceğini iddia etmiştir. Kraeplin ayrıca, psikozun dementia praecox (şimdi bilinen adıyla şizofreni) ve manik depresyon (şimdi bilinen adıyla iki uçlu duygu durum bozukluğu) şeklinde iki formu olduğunu öne sürmüştür. Kraeplin'in bu sınıflandırma sistemi sonradan oluşturulacak sistemler için de bir öncül olmuştur. Aynı dönemde Birleşik Krallık'ta (Statistical Committee of the Royal Medico-Psychological Association, 1882), Fransa'da (Cong-

ress of Mental Science, 1889) ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (Association of Medical Superintendents of American Institutions for the Insane, 1886) de bazı psikiyatrik sınıflandırma sistemleri yayımlanmış ancak kabul görmesi ya da psikolojik tanılar açısından bir birlik sağlanması mümkün olmamıştır. Sınıflandırma sistemlerinin ilk örnekleri, tanı sistemi oluşturmaktan ziyade psikolojik rahatsızlık yaşayan kişilerin enstitülere yatırılması için kullanılacak prensipleri belirlemeyi amaçlamıştır (Grob, 1991).

1939 yılında Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO) Uluslararası Ölüm Nedenleri Listesi'ni (ICD) yayımlanmıştır. 1948'deki genişletilmiş basımında bu isim Hastalıklar, Yaralanmalar ve Ölüm Nedenlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırmasına dönüşmüş ve psikolojik rahatsızlıklar da bu listeye eklenmiştir. Ancak bu listede yer alan psikolojik rahatsızlıklara dair sınıflandırma yaygın bir kabul görmemiştir. Amerikan Psikiyatri Birliği, WHO'nun çalışmasına destek vermesine rağmen, 1952 yılında kendisi de Ruhsal Bozuklar Tanı Ölçütleri El Kitabı (Diagnostic and Statistical Manual - DSM) yayımlanmıştır. El kitabının ilk yayımlandığı tarihten bu yana etkisi önce Amerika'da, ardından Avrupa ve Asya'da artarak devam etmiştir. DSM dünyada, Türkçe de dahil olmak üzere 20'den fazla dile çevrilmiştir.

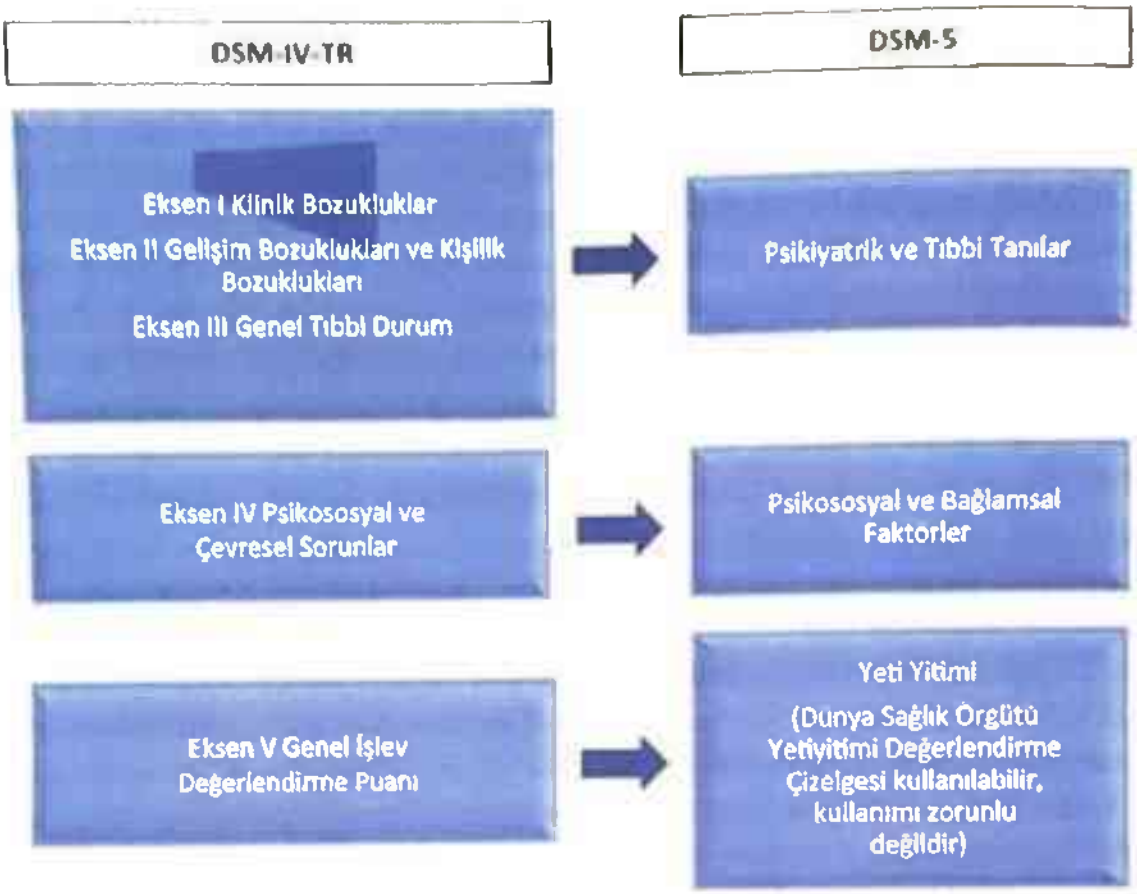
Psikodinamik yaklaşımın etkisi altında hazırlanmış ilk DSM kapsamlı biçimde oluşturulmuş 102 tanı kategorisinden oluşmaktaydı. Bu kategoriler iki temel gruba ayrılmıştı: 1) Yapısal beyin işlev bozukluklarından olduğu varsayılan organik durumlar (ör.; zehirlenme, travma ya da diğer fizyolojik bozuklar nedeniyle oluşmuş), 2) Sosyal-çevresel stres yükleyicilerin bireylerin karakteri ve baskıya uyumu üzerinde yarattığı etkiden kaynaklandığı varsayılan durumlar. İkinci grup daha sonra psikoz (manik depresif bozukluk ve şizofreni bu grupta yer alıyordu) ve spektrumun diğer tarafında psikonevroz (depresyon, kaygı bozuklukları, kişilik bozuklukları bu gruptaydı) olarak iki alt gruba daha ayrılmıştı (Kawa ve Giordano, 2012). DSM-I'deki yetersizlikleri telafi etmek amacıyla 1968 yılında DSM-II yayımlanmıştır. DSM-II'de yapılan iki ana değişiklikten ilki psikodinamik teori ile uyumlu olarak ruhsal bozukluk tanımının genişletilerek genel popülasyonda yer alan daha hafif vakaların da tanı sistemi içinde yer alması olmuştur. Yani, açıkça psikiyatrik bozukluğa işaret etmeyen ancak psikiyatrist muayenesi gerektiren durumlar bir tanı kategorisi olarak DSM'ye dahil edilmiştir (Spitzer ve Wilson, 1968). İkinci olarak, Kraepelin sınıflandırmasına benzer şekilde daha sistematik ve belirli bir kategorileşme sağlanmıştır. Daha fazla alt kategori oluşturulmuştur. DSM-I ile o dönem Dünya Sağlık Örgütü'nün yayımlamış olduğu ICD-6 arasında bariz farklılıklar bulunsa da DSM-II ile ICD-8 arasında bir ortaklaşma sağlanmıştır. 1980'de yayımlanan DSM-III ise psikiyatride bir dönüm noktası olarak kabul edilmektedir (Kawa ve Giordano, 2012). Aradan geçen yıllarda yapılan bilimsel yayınlar, geçerli ve güvenilir ölçeklerin geliştirilmesi, psikodinamik teorilerin görgül çalışmalarla yeterince desteklenememesi, psikologlar, psikolojik danışmanlar ve sosyal çalışmacıların ruh sağlığı alanında etkin rol oynamaya başlaması ve psikofarmakolojik ilerlemeler DSM-III'te yapılan değişikliklere zemin oluşturmuştur (Mayes ve Horwitz, 2005). Psikodinamik yaklaşımdan uzaklaşmanın bir göstergesi olarak "nevroz" yerine "nevrotik bozukluklar" tanısı kullanılmaya başlanmıştır. Artan bilgi birikimi sayesinde, DSM-II'de yer alan 182 tanı kategorisine karşın DSM-III'te 265 tanı yer almıştır. Bununla beraber tanı ölçütleri de daha net biçimde ortaya konmuş, değişen alt kategoriler olmuştur (ör., "Özgül Öğrenme Rahatsızlıkları" beş farklı "Özgül Gelişimsel Bozukluk" alt-kategorisine ayrılmıştır). Yeni tanı kategorileri psikiyatrik sınıflandırma sistemine dahil edilmiştir (ör.; Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Dikkat Dağınıklığı Bozukluğu, Cinsel İşlev Bozuklukları). En

önde gelen değişikliklerden biri politik ve sosyal etkiler ile DSM tanı sınıflandırması içinde yer alan "Homoseksüellik" kategorisinin listeden çıkarılması olmuştur (Millon ve Klerman, 1986). İçeriksel değişikliklerin yanında, pek çok bozukluk için dahil edilme ve dışlama ölçütleri belirlenmiştir. Tanı konması için gereken belirtiler ve süreleri de ayrıca belirtilmiştir. 1994'te DSM-IV ve DSM-IV-TR (DSM-IV'ün gözden geçirilmiş ve güncellenmiş sürümü) yayımlanmıştır. DSM-IV-TR'nin en belirgin özelliği kişiyi değerlendirirken çok eksenli sınıflandırma sistemi kullanması olmuştur. Bu sistemde klinisyenin beş eksenin her biri için değerlendirme yapması gerekmektedir. Bu **çok eksenli sınıflandırma sistemi** ve en sonunda yer alan Genel İşlev Değerlendirme Ölçeği 2013 yılında yayımlanan ve hâlen kullandığımız DSM-5'te yer almamaktadır.

VAKA ÖRNEĞİ 2

Damla, 26 yaşında bir avukattır. Babasını çok küçük yaşta kaybettiğini belirtmiştir. Babası, basit bir hastalık ile hastaneye başvurduğunda kendisine vurulan iğnenin yarattığı alerjik durum sonucu aniden vefat etmiş. Damla'nın da çocukluğundan bu yana alerjik astım tanısı vardır. Babası Türk olmayan Damla, yurtdışında yaşayan baba tarafı akrabalarının hiçbirini tanımamaktadır. Anne ve anneannesiyle beraber yaşadığını söylemiştir. Kardeşinin olmadığını ama çok sayıda arkadaşı olduğunu belirtmiş ancak bir süredir iş yoğunluğundan dolayı bu arkadaşlarıyla pek görüşmediğini anlatmıştır. Kendisi için organize edilen doğum gününe dahi gitmediğini ifade etmiştir. Damla'nın annesi de kendi babasını çok küçük yaşta kaybetmiştir. Annesinin kendi annesiyle çok yakın bir ilişkileri vardır. Damla ikisinin de pek evden çıkmadığını vurgulamıştır. Aile, dede ve babadan kalan evlerin kiralarıyla geçinmektedir. Hayatında çok önemli bir yer tuttuklarını söylediği anne ve anneannesi, Damla'dan hep çok başarılı olmasını beklemiştir. Damla öncesinde kendini daha rahat ve kaygısız biri olarak nitelendirirken avukatlık stajı esnasında karşılaştığı pek çok sorunun kendisini tedirgin ettiğinden bahsetmektedir. İşyerinde pek kimseyle arkadaşlık kuramamıştır. Öğle araları da dosya okuması gerektiğini belirtmiştir. En son gözlem için katıldığı mahkemede yoğun kalp çarpıntısı ve baş dönmesi yaşamıştır. Nefesinin daraldığını da anlatan Damla mahkeme salonundan çıkıp koridorda beklerken yarım saat içinde sakinleştiğini söylemiştir. Sonrasında hayatının daha da zorlaştığından bahsetmiştir. Artık mahkemelere katılmanın onun için bir tür işkence hâlini aldığını ve meslek hayatının tehlikeye girmesinden endişe duyduğunu ifade etmiştir. "Avukat olamazsam hiçbir şey olamam." diyen Damla bir an evvel iyileşmek istediğini söylemektedir.

Damla'nın DSM-5 Tanısı	Damla'nın DSM-IV-TR Tanısı
Tanımlanmamış kaygı bozukluğu	Eksen I tanımlanmamış kaygı bozukluğu
Alerjik astım	Eksen II yok
	Eksen III alerjik astım
	Eksen IV yok
	Eksen V GAF: 30



Şekil 2. DSM-IV-TR'nin çoklu eksen sınıflandırma sisteminin DSM-5'teki görünümü

Tablo 1. DSM-IV ve DSM-5 Bölümleri

DSM-IV Bölümleri	DSM-5 Bölümleri
1. Genellikle İlk Olarak Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Konulan Bozukluklar	Çıkarıldı*
2. Deliryum, Demans, Amnezik ve Diğer Bilişsel Bozukluklar	17. Nörobilişsel Bozukluklar
3. Genel sağlık durumuna bağlık zihinsel bozukluklar	Çıkarıldı*
4. Madde ile ilişkili bozukluklar	16. Madde ile ilişkili bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları
5. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar	2. Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar
6. Duygudurum Bozuklukları	3. İki Uçlu Duygu Durum Bozukluğu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar
	4. Depresyon Bozuklukları
7. Kaygı Bozuklukları	5. Kaygı (Anksiyete) Bozuklukları
8. Somatoform Bozukluklar	9. Bedensel Belirti Bozuklukları ve İlişkili Bozukluklar
9. Düzmece Bozukluklar	Çıkarıldı*
10. Dissosiyatif Bozukluklar	8. Çözülme (Dissosiyasyon) Bozuklukları

DSM-IV Bölümleri	DSM-5 Bölümleri
11. Cinsel ve Cinsiyet Kimliği Bozuklukları	13. Cinsel İşlev Bozuklukları
	14. Cinsel Kimliğinden Yakınma (Hoşnut Olmama)
	19. Cinsel Sapkınlık (Parafili) Bozuklukları
12. Yeme Bozuklukları	10. Beslenme ve Yeme Bozuklukları
13. Uyku Bozuklukları	12. Uyku-Uyanıklık Bozuklukları
14. Başka Türlü Adlandırılamayan Dürtü Kontrol Bozuklukları	15. Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları
15. Uyum Bozuklukları	Çıkarıldı*
16. Kişilik Bozuklukları	18. Kişilik Bozuklukları
Yok	1. Nörogelişimsel Bozukluklar
Yok	6. Takıntı-Zorlantı Bozukluğu (Obsesif-Kompulsif Bozukluk) ve İlişkili Bozukluklar
Yok	7. Örselenme (Travma) ve Tetikleyici Etkenle (Stresörle) İlişkili Bozukluklar
Yok	11. Dışa Atım Bozuklukları
Yok	20. Diğer Ruhsal Bozukluklar
Yok	21. İlaçların Yol Açtığı Devinim Bozuklukları ve İlaçların Diğer Yan Etkileri

*"Çıkarıldı" cetveli bozukluğun DSM-5'te yer almamasından ziyade bu kategorinin yeniden sınıflandırma ile başka bir kategori altında yer aldığı anlamına gelmektedir.

U.S. Department of Health & Human Services Substance Abuse and Mental Health Administration izniyle yeniden basılmıştır.

DSM-5'te Yer Alan Önemli Değişiklikler

DSM, 1952'de yayımlanan ilk sürümünden sonra her yeni sürümde belli iyileştirmeler yapılmıştır. Daha geçerli ve güvenilir tanı ölçütleri oluşturulması DSM-III'ten bu yana temel hedef olmuştur. DSM-5'in ana amacı ise güncel bilimsel ve klinik çalışmalarla DSM-IV'ün kısıtlılıklarını aşarak psikiyatrik bozukluklar için görgül bir temel oluşturmaktır. Öte yandan klinisyenlerin ve araştırmacıların daha rahat kullanabileceği bir rehber hazırlanmaya çalışılmıştır. DSM-5 çalışma grupları içinde Kültür ve Cinsiyet Çalışma Grubu da yer almış, her toplantıya mutlaka bir uluslararası üye dahil edilmiştir (Regier, Kuhl ve Kupfer, 2013).

DSM-5'te bir giriş bölümü ve kitabın esasları ile nasıl kullanılacağını anlatan bir bölüm el kitabına dahil edilmiştir. Öte yandan kişilerin kapsamlı olarak değerlendirilmesine yardımcı olmak ve tanı ile tedavi planına katkı sunmak için kitaba ölçme gereçleri eklenmiştir. Tanısal değerlendirmede kültürel unsurların önemli olduğu yerlerde kullanılmak üzere "Ruhsal Bozukluklarla İlgili Kültürel Kavramlar Sözlükçesi" DSM-5 içinde kendisine yer bulmuştur.

2013'te yayımlanan DSM-5'te yer alan en belirgin değişiklik DSM-IV'te bulunan çoklu eksen sisteminin kaldırılması olmuştur. DSM-IV'te Eksen I, II ve III'de yer alan bilgiler "Psikiyatrik ve Tıbbi Tanılar" başlığı altında birleştirilerek hibrit bir tanı şablonu oluşturulmuştur.

DSM-IV'ün Eksen IV'ü çevresel stres faktörlerini belirleyen bir boyut olarak sabit kalmış ancak Eksen V Genel İşlev Değerlendirme Ölçeği skoru yaygın kullanıma dahil edilmemiştir. Yine de isteyen klinisyenler Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi'ni (World Health Organization Disability Assessment Schedule - WHODAS) kullanabilmektedir (Kunt ve Dereboy, 2018).

Çok eksenli tanı sistemine en büyük eleştiri çok sayıda eş tanı (comorbidity) konmasının yolunu açmış olması idi (Şar, 2010). DSM-5 ile beraber bu durumun önüne geçilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca bu sayede DSM ile ICD birbirine biraz daha yaklaşmıştır. Öte yandan, çoklu eksen sisteminden vazgeçilmesiyle kişilik bozukluklarına dair ayrı bir değerlendirme yapan yaklaşımın ortadan kaldırılması bir kavramsal değişikliği de beraberinde getirmiştir (Şar, 2010). Bu durumun klinik yansımaları zaman içinde daha net olarak ortaya çıkacaktır.

DSM-5 kullandığı terminolojide de bazı değişikliklere gitmiştir. Örneğin, İngilizce "Somatoform Disorders", "Somatic Symptom and Related Disorders" olarak değiştirilmiş; Türkçe çevirisinde bu fark "Somatoform Bozukluklar" yerine "Bedensel Belirti ve İlişkili Bozukluklar" olarak karşımıza çıkmıştır. DSM-5'in Türkçe çevirisi, İngilizce basımının hemen ardından 2013 yılında yayımlanmıştır (Köroğlu, 2013). DSM'nin yeni basımının çevirisinde kavramların Türkçe karşılıkları üzerinde titiz bir çalışma yürütülmüştür. Bilim dili olarak Türkçe'nin kullanımını yaygınlaştırmayı da hedefleyen çeviride kullanılan terminoloji bilim insanlarının katkılarına açıktır (bk. Köroğlu, 2014; Yıldız, 2014).

DSM-5'te yer alan bir diğer önemli değişiklik bazı tanıların birleştirilmesi olmuştur. Örneğin, DSM-IV-TR'de Yaygın Gelişimsel Bozukluklar başlığı altında bulunan otistik bozukluk, Asperger Sendromu, başka türlü adlandırılamayan yaygın gelişimsel bozukluk ve çocukluğun dezintegratif bozukluğu tanı kategorileri yerine, birleştirilmiş tek bir "Otizm Açılımı Kapsamında Bozukluk" tanısı oluşturulmuştur. Bununla beraber, tanı ölçütleri daha açık yönlendirmeler ile netleştirilmeye çalışılmış, pek çok ölçüt yeniden daha açık biçimde ifade edilmiştir. Otizm açılımı kapsamında bozukluk örneğinde bozukluğun yol açtığı zorluklar nedeniyle bireyin ihtiyaç duyduğu desteğin düzeyine bağlı olarak derecelendirme yapılması uygun görülmüştür. Bu değişikliğin arkasındaki ana neden otizmin, farklılaşan gelişim alanlarında ortaya çıkan belirtileri hafiften ağıra değişen bir açılımdaki bireyleri kapsayacak biçimde kavramsallaştırmaktır (Özkaya, 2013). Farklı alt grup tanıları oluşturmak yerine, otizmin şiddetine göre tanı konması amaçlanmıştır.



Şekil 3. İnternette Oyun Oynama Bozukluğu (IOOB) henüz DSM-5'teki tanılar arasında yer almasa da ileri düzey çalışma yapılması önerilmekte ve kitabın araştırma ekinde bulunmaktadır.

DSM-5'e yeni tanılar da eklenmiştir. Eklenen yeni tanılar, daha doğru bir tanı ve tedavinin sağlanmasını amaçlamaktadır. Bu bağlamda mani belirtilerinin ta-

mamını karşılamadığı hâlde sıklıkla (ve çoğu durumda gereksiz yere) konulan çocuklukta bipolar bozukluk tanısı yerine (Tandon, 2015) yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu tanısı rehbere eklenmiştir. DSM-IV-TR'de yer almayıp DSM-5'te yer verilen diğer bazı bozukluklar deri yolma bozukluğu ve biriktiricilik bozukluğudur. Diğer taraftan tanı konması için oluşturulmuş tanı ölçütlerinin süresi, sayısı ya da sıklığında değişiklikler olan tanı grupları da bulunmaktadır. Örneğin Dikkat Eksikliği/Aşırı Hareketlilik Bozukluğunda, yetişkinlerin (17 yaş ve daha büyük olanlarda) DSM-IV'te tanı alması için belirtilerin en az 6 tanesini göstermesi gerekirken, DSM-5'te 5 belirti tanıyı almak için yeterli olmuştur. Bununla beraber, 4 yeni belirti daha dahil edilme ölçütleri arasına eklenmiştir. Yeni ölçütler değilse de yetişkinlerde tanı almak için karşılanması gereken belirti sayısının azalması dikkat eksikliği aşırı hareketlilik bozukluğuna sahip erişkinlerin teşhis edilebilmesini kolaylaştırmıştır (Matte ve ark., 2015).

Tanı ve Değerlendirmede Kültürel Bakış

Klinisyenin doğru tanı koyabilmesi için hastayı sadece psikopatolojik belirtileriyle değil, daha bütüncül bir bakış açısıyla içinde yaşadığı kültür, toplumsal yapı, sosyoekonomik durum bağlamında değerlendirmesi büyük önem taşır. Her toplumun kendine özgü simge, anlam ve değerler dünyası o toplumun kültürünü oluşturur (Cimilli, 2012). Her kültür kendi bireyleri için iyi, kötü, uyumlu, uyumsuz davranışları, bir başka ifadeyle normları belirler (Çam ve Uğuryol, 2019). Dolayısıyla bir kültürde norm içi kabul edilen bir davranış, bir başla kültürde patolojik olarak görülebilir.

Öte yandan psikolojik rahatsızlıklar evrenseldir. Bir başka ifadeyle, psikolojik rahatsızlıklara her kültürde rastlanır. Örneğin, şizofreni (ör., sanrılar) ve depresyona (ör., ilgi ve zevk kaybı) dair belirtiler farklı kültürlerde dahi benzerlik gösterir (Draguns ve Tanaka-Matsumi, 2003). Yine de kültüre aşina olmayan bir klinisyenin belirtileri yanlış yorumlayıp, yanlış tanıya gitmesi mümkündür (Egeland, Hostetter ve Eshleman, 1983). Dolayısıyla, psikolojik rahatsızlıkların bireyler tarafından nasıl açıklandığı, belirtileri, bu belirtilere yüklenen anlamlar ve yardım arama davranışlarının kültürden kültüre değişiklik gösterebileceği unutulmamalıdır (Ecks, 2016; Sayar, 1998). Mesela Doğu toplumlarında daha çok bedenselleştirme (somatizasyon) ile kendini gösteren depresyon, Batı toplumlarında suçluluk duyguları ve intihar ile karakterize olmuştur (Yeşilbaş, 2008). Türkiye'de yapılmış bir çalışma bu savı desteklemektedir. Türkiye'de, özellikle kadınlarda ruhsal sorunların bedensel ifade-



Şekil 4. Depresyon belirtileri farklı kültürlerde benzer olsa da bu belirtilerin görülme sıklığının, belirtilere yüklenen anlamların ve yardım arama davranışlarının kültürden kültüre değişiklik gösterebileceği unutulmamalıdır. Örneğin, Hopi Kızılderililerinde üzüntü o kadar sık görülen bir duygudur ki üzüntünün kişi için önemli bir noktaya ulaşması iki hafta değil en az bir ay içinde olmaktadır (Manson, 1995).

sı oldukça yaygındır ("İçimde bir ağırlık var.", "Sanki biri kalbimi eline almış sıkıyor.") (Şar, Akyüz, Doğan ve Öztürk, 2009). Bu bağlamda klinisyenler kültür, etnik yapı, coğrafi bölge, din, dil, gelenekler, ahlaki değerler ve pratikler, cinsiyet/cinsel yönelim ve sosyoekonomik konum kaynaklı ruh sağlığı ile ilişkili unsurlardan haberdar olmalıdır.

DSM kültüre her basımında bir öncekinden daha fazla önem atfetmiştir. Bu bağlamda, DSM-5 önceki basımlara oranla kültürel konuları en fazla odağına alan basımdır (Ecks, 2016). Böylece, kültür kavramına üç bölümde yer vermiştir. İlk olarak, kültürel meseleler giriş bölümünde ele alınmıştır. Ayrıca tanıya dair kültür ile ilişkili boyutlara pek çok psikolojik rahatsızlık kapsamında yer verilmiştir. Bir bölüm kültürel kavramsallaştırma ve görüşmelere ayrılmıştır. Kültürel kavramsallaştırma görüşmesi adı verilen ve 16 yarı yapılandırılmış sorudan oluşan bir görüşme ile klinisyenin kültürün klinik duruma etkisini anlaması amaçlanarak rehberin ekine konmuştur (APA, 2013). Bu kültürel görüşme, DSM'nin diğer basımlarında mevcut değildir. Ayrıca ICD-10'da da kültüre özgü bu denli bir vurguya rastlanmamaktadır.

DSM-5'in ruhsal bozukluklarda kültüre özgü tanılara yer verilen kültürel kavramlar sözlükçesi ekinde, yaygın olarak görülmeyen ancak değişen kültürlerde rastlanan bazı ruhsal bozukluklara yer verilmiştir. Kültüre bağlı sendromlar adı verilen 10 rahatsızlık sözlükçe kapsamına alınmıştır (DSM-IV'te bu sayı 25 idi). Kültüre bağlı sendromlar sadece belirli toplumlarda ve kültürel alanlarda yaşayan insanların rahatsızlık verici ruhsal deneyimleri olarak tarif edilebilir (Paniagua, 2018). Örneğin Hindistan'da sık görülen *dhat* (erkeklerin boşalmaya, idrarın beyazlaşmasına, zayıflık ve tükenmeye dair yaşadığı aşırı kaygı durumu), Çin'de rastlanan *Shenjing shuairuo* (fiziksel ve zihinsel yorgunluk, baş ağrıları, odaklanmada güçlük, sersemlik, uyku bozukluğu ve hafıza kaybı ile sindirim sistemi rahatsızlıkları, cinsel işlevsizlik, kolay uyarılma ve otonom sinir sistemi bozuklukları ile karakterize olan psikolojik rahatsızlık), Latin Amerika'da görülen *Susto* (Korkutucu bir olay yaşadıktan sonra ruhunun bedenini terk etmesine atfedilen ve mutsuzluk ve hastalıkla sonuçlanan psikolojik durum. Susto yaşayan kişi, sosyal rollerini devam ettirmede güçlük çeker. Tipik belirtileri iştah kaybı, yetersiz ya da çok fazla uyku, kabuslu uyku, üzüntü, ilgi kaybı ve öz değer düşüklüğü olarak bilinir.) kültüre bağlı sendromlar arasında sayılabilir.

Psikolojik rahatsızlıklar biyolojik parametreler kadar, yerel ve toplumsal oluşumların da etkisi altında biçimlenmektedir (Sayar, 1998). Kültürü odağına alan bir klinisyen toplum ile rahatsızlık arasındaki bağıntıları inceler. Bu inceleme sayesinde, örneğin, Porto Riko'lularda görülen yerel bir ruhsal rahatsızlık olan *attaque de nervios*'un bir sıkıntı ifadesi olmakla beraber, ahlaki ve politik bir yaşantı olduğu da anlaşılır. Bu nedenle, DSM-5 klinisyenleri kültüre bağlı etkileri değerlendirmeye davet etmektedir.

DSM-5'te kültüre özgü boyutların rehberdeki tanı ölçütlerine de dahil edilmesine özen gösterilmiştir. Örneğin, Japon kültürünü yansıtan bir kavram olarak "ötekini gücendirmeye dair korku", sosyal kaygı bozukluğu belirtileri arasında kendine yer bulmuştur (APA, 2013). Diğer taraftan tanı ölçütlerinin altına tanı konması için gereken belirtiler olarak sayılmaması notu düşülse de kültüre özgü belirtilere yer verilmiştir. Örneğin, panik bozuklukta yer alan 13 tanı ölçütünün yanında kulak çınlaması, boyun ağrısı, baş ağrısı, denetim dışı çığlık atma veya ağlama görülebileceğine dair bir not bulunmaktadır.

Tablo 2. Kaygı (Anksiyete) Bozukluklarının Türkiye'nin Farklı Bölgelerinde Görülme Sıklığı

Bölge-Şehir	Örneklem/Yaş/Yaygınlık	Örneklem Büyüklüğü	Sonuç
Konya	Genel toplum taraması, 18 yaş ve üzeri, son 1 yıl yaygınlığı	3012	%3 OKB
Aydın	Üniversite öğrencileri, nokta yaygınlık	700	%21,7 SAB
Sivas	Genel toplum taraması, 65 yaş ve üzeri, nokta yaygınlık	462	%0,4 PB, %3,2 OKB, %1,9 TSSB, %2,8 SAB, %6,9 YAB, %11,5 ÖF
Adana	Üniversite öğrencileri, nokta yaygınlık	804	%4,2 OKB
Sivas	Üniversite öğrencileri, nokta yaygınlık	1003	%9,6 SAB
Şanlıurfa	15-49 yaş, kadınlar; yaşamboyu yaygınlık	270	%4,8 (FB), %3,6 (TSSB), %3,2 (OKB), %2,2 (TBAB), %1,2 (PB)
Van	Lise son sınıf öğrencileri, nokta yaygınlık	520	%5,9 OKB

Not 1: OKB: Obsesif ve kompulsif bozukluk, SAB: Sosyal anksiyete bozukluğu, PB: Panik bozukluğu, TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu, YAB: Yaygınlaşmış anksiyete bozukluğu, ÖF: Özgün fobi, FB: Fobik Bozukluk, TBAB: Tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu.
Not 2: Binbay ve ark. (2014)'te yer alan tablodan uyarlanmıştır. Binbay ve ark. (2014) izniyle yeniden basılmıştır.
Not 3: Çalışma, DSM-IV esas alınarak yapılmıştır.

DSM'ye Yöneltilen Bazı Eleştiriler

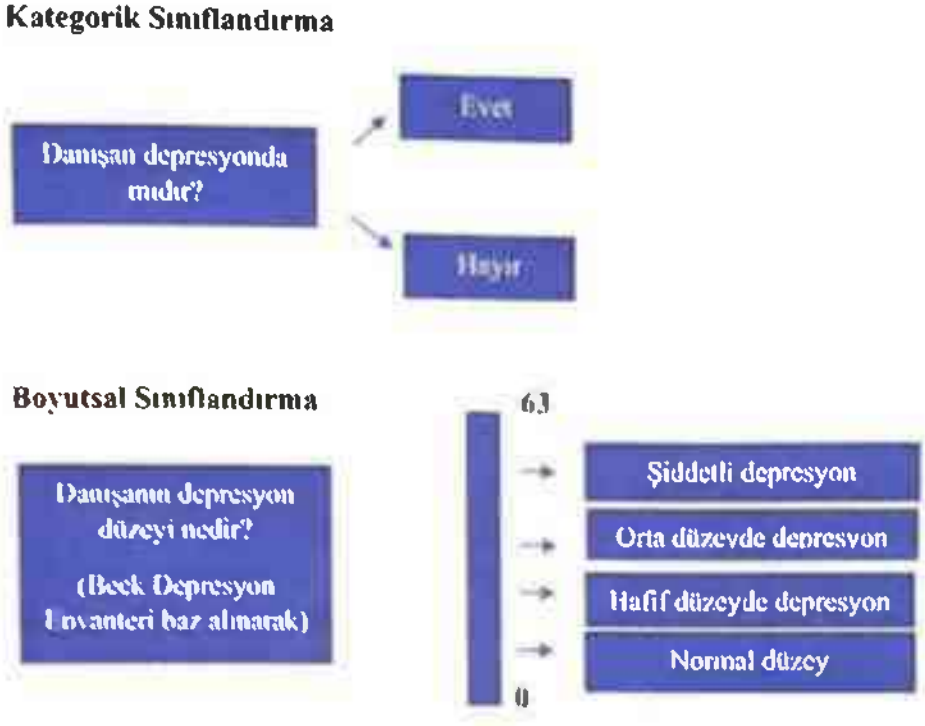
Çok Tanı: DSM-5 diğer bütün basımlardan daha fazla sayıda tanı sunmaktadır. DSM-5'te 300'den fazla farklı tanı bulunmaktadır. Bu kadar çok sayıda tanı ve altında daha fazla sayıda tanı ölçütü ile uzmanların aklında kalması mümkün olmayan bir kalabalık ortaya çıkmıştır. Bu durum bazı araştırmacı ve klinisyenler tarafından eleştirilmektedir (Nemeroff ve ark., 2013). Örneğin, ağır olmayan bilişsel bozukluk ayrı bir tanı olarak bulunmalı mıdır? Çünkü yaşlanma ile beraber gelen olağan kimi unutkanlıklar bu kategori kapsamında yer alabilir. DSM-5 ile, normal yas süreci majör depresif bozukluğa ya da kötü yeme alışkanlıkları tıkınırcasına yeme bozukluğuna dahil edilebilir (Frances, 2014). Bir başka örnek de dikkat dağınıklığı bozukluğu tanısının yetişkinlerde daha az belirti ile verilebilmesidir. Bu, tanı konacak yetişkin sayısının artması anlamına gelir.

DSM-5'e bir başka eleştiri, eş tanı sorununu aşmada beklenen yolu kat etmemesinden dolayı yapılmıştır. Farklı tanı grupları arasında küçük farklar bulunabilmektedir. Küçük farklar bireyin birden fazla tanı grubu altına dahil edilebilmesi gibi bir sorunsalı beraberinde getirmektedir. Ayırıcı tanıya karar verebilmek için Nussbaum (2013) göz önünde bulundurulması gereken altı durumdan bahsetmiştir: 1) Birey belirtileri ne düzeyde kasten üretmiştir (örneğin: sigortadan para almak, suçtan muaf olmak, erken emeklilik gibi ikincil kazançlar olduğunu hatırda tutmak gerekir)? 2) Belirtiler ne düzeyde madde kullanımı ile ilişkilidir? 3) Belirtiler ne düzeyde diğer tıbbi rahatsızlıklar ile ilişkilidir? 4) Belirtiler ne düzeyde gelişimsel çatışma ya da bir dönem ile ilişkilidir? 5) Belirtiler ne düzeyde psikolojik bozukluk ile ilişkilidir? 6) Belirtiler ne düzeyde psikolojik bozukluk ile ilişkili değildir?

Peki, bu durumda daha fazla tanı tek bir kategori altında birleştirilebilir mi? Daha önce belirtildiği gibi DSM-5'in tanıları birleştirmeye dönük çalışmaları olmuştur. Örneğin, madde kötüye kullanım ve bağımlılık tanıları birleştirilerek madde kullanım bozukluğu tanısı oluşturulmuştur. Ancak DSM-5'e yeni tanılar da eklenmiştir ve sonuçta tanı enflasyonunun önüne geçilememiştir.

Kategorik mi? Boyutsal mı? DSM'de tanılar kategorik bir sınıflandırmaya tabidir. Yani, "Hasta depresyonda mıdır, değil midir?" sorusuna cevap aranır. Bu soru klinisyene rehberlik eden bir eşik belirlemek adına faydalı olsa da her zaman var olanı tam olarak yansıtmayabilir. Psikolojik belirtiler, hem kategorik hem de boyutsal olarak değerlendirilebilecek karmaşık olgulardır. Örneğin, majör depresyon hem klinik örneklemde hem de toplum için yaygın olarak görülen bir psikolojik rahatsızlıktır ancak depresyonun düzeyi kişiden kişiye hatırı sayılır bir değişkenlik gösterir (Kessler ve ark., 2003). Aynı durum kaygı bozuklukları için de geçerlidir. Kaygı yaşayan insanlar, bu tanı sınıfına dahil olurken yaşadıkları bireysel deneyimler ve düzeyleri birbirinden farklılaşabilir (Stein ve ark., 2010). Oysa kategorik sınıflandırma içerisinde bu insanların hepsi aynı tanı grubuna dahil olacaktır. Örneğin, Damla vakasında (Vaka Örneği 2) Damla'nın panik bozukluğu tanısı alması için 13 belirtiden 4'ünü karşılaması gerekir. Ancak burada neden 5 ya da 3 değil de 4 belirtinin yeterli olduğu açık değildir. Nitekim Damla'nın sayıca 3 belirtisi vardır, bu durumda tanısı ne olmalıdır? Buna göre bir an evvel iyileşmek isteyen Damla'ya nasıl bir tedavi uygulanacaktır? DSM-5'te kesim noktalarının (cut-off) keyfi belirlendiği, bu nedenle tanının klinisyenin sübjektif değerlendirmelerine kaldığı eleştirisi yapılmaktadır (Hoffman, 2014). Objektif değerlendirmeler için objektif testlere ihtiyaç duyulduğu açıktır.

Sadece tanıları saptamak yerine bu tanıların şiddet düzeyini belirlemek oldukça faydalı olabilir. Şiddetine göre tanı ölçütlerinden beklenen sayı karşılanmasa da kişi o tanıyı alabilir. Yine de bu eleştirilere rağmen DSM-5 kategorik yaklaşımı benimsemiştir. Bir yenilik olarak kişilik özellikleri için boyutsal bir değerlendirmeyi, ekler bölümüne koymuştur. Öte yandan, DSM'nin bir önceki basımında olduğu gibi bir tanının tüm ölçütlerini karşılamayan kişiler için "tanımlanmamış" kategorisi (ör., tanımlanmamış kaygı bozukluğu) oluşturulmuştur. Damla bu kategoriye dahil edilebilir. Aynı durumun birçok kişi için de geçerli olması muhtemeldir (Gornall, 2013).



Şekil 5. Kategorik ve boyutsal sınıflandırma karşılaştırması

Tanı Kategorileri Ne Kadar Güvenilir? Vaka örneğine geri dönelim (Vaka Örneği 2). Diyelim ki Damla kendisine en uygun tedaviyi ararken iki farklı psikoloğa gitti. Bir tanesi Damla'da toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi) olduğunu düşünüyor. Diğeri ise panik bozukluk değerlendirmesi üzerinden ilerliyor. Bu durumda bu tanıların güvenilirliğinden bahsetmek mümkün müdür? Farklı tanı isimleri duyan Damla için bu oldukça kafa karıştırıcı olabilir. Hatta kaygısını artırarak iyileşmeye dair umudunu azaltabilir. DSM giderek netleştirdiği tanı ölçütleri ile tanı güvenilirliğini artırmayı hedeflemiştir. Yine de DSM'nin günlük kullanımındaki güvenilirliği ile araştırmalarda rapor edilen güvenilirliği arasında fark olması muhtemeldir. Klinisyenlerin yargıları, tecrübesi ve kültüre duyarlılığı farklı değerlendirmeler yapmalarına neden olabilir. Bu durumda, uygulamada güvenilirlik her daim şüphe edilen bir alan olarak kalacaktır.

Bazı araştırmacılar, DSM-5 her ne kadar bilimsel temelli yaklaşımları esas alsa da alan-yazında hızla artan nörobiyolojik gelişmeler ve yeni bulguların sınıflandırma sistemine dahil etmediğini ileri sürmektedirler. Bu araştırmacılara göre, tanı ve değerlendirmede kullanılan özellikle biyolojik temelli testlerin daha özgün ve hassas olması şizofreni, bipolar bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu gibi tanıların doğru bir şekilde verilmesini kolaylaştıracaktır (Nemeroff ve ark., 2013).

Tanı Kategorileri Ne Kadar Geçerli? DSM'de tanılar örneğin, kan testi alınarak konmaz. Tanılar farklı bulgu ve değerlendirme örüntülerinin bir araya getirilmesiyle oluşturulur.

Tanılar farklı boyutlarda bilgi üretebilmeye yardımcı olmalıdır. Örneğin konulan tanılar, doğru tahminler üretebildiği müddetçe yapı geçerliliğine sahiptir. Tanının sadece klinik özellikleri değil, etiyolojisi ve prognozu ile ilgili de bir bakış açısı sunması önem teşkil eder. Danışan şu anda ne yaşamaktadır? Bu yaşantısının oluşumundaki muhtemel tetikleyiciler ya da hassasiyetler nelerdir (Ör.: ailede psikolojik rahatsızlık öyküsü var mıdır? Bir genetik yatkınlıktan bahsetmek mümkün müdür?)? Danışan tedaviye nasıl cevap verir? Belirtiler zaman içinde nasıl bir seyir gösterir? Sosyal becerileri yönünden durumu ne gösterir? vb. Dolayısıyla, tanıyı pek çok boyutuyla ortaya koyan araştırmalar sayesinde bir tanı sadece ölçütlerinden ibaret olmakla kalmaz, bütüncül bir bilgi yelpazesi oluşturur. Eğer bir tanı güçlü bir yapı geçerliliğine sahipse, o tanıyı alan bireye dair birçok özelliği tahmin edebilmemizi sağlar. Yine Damla vakası (Vaka Örneği 2) üzerinden örneklendirecek olursak tahminlerimizi şöyle sıralayabiliriz: Başarı vurgusu yoğun olan bir aile ortamında yetişmiş ve ilk defa bir işe başlamıştır. Çevresel stres faktörlerinin yoğun olması muhtemeldir. Ailede seyreden sosyal içedönüklük stresin arttığı durumda Damla'da da baş göstermiş olabilir. Psikoterapi ile olumlu sonuçlar görmek mümkündür. Danışanın sosyal becerileri yeniden geliştirilebilir.

Kuzey Amerika ve Avrupa Ülkelerinin Sınıflandırma Sistemi: Çok eski yıllardan bu yana DSM'nin geleneksel tanı kategorilerinin, kavramsallaştırma ve pratiklerinin Avrupa-Kuzey Amerika eksenli olduğu söylenegelir (Kleinman, 1977). Batı kültüründe yazılmış, yaygın olarak da Batı kaynaklı bilimsel çalışma ve yaklaşımları esas alan DSM, kültürel geçerlilik çalışmaları tamamlanmadan başka dillere tercüme edilip kullanılmaya başlanır. Aynı durum Türkiye için de geçerlidir. DSM-5'in basımı 2013 yılında yapılmış, Türkçe çevirisi de aynı yıl yapılarak yayımlanmıştır ki bu durumda kitabın kültürel geçerlilik çalışmalarının henüz tamamlanmadan kullanılmaya başlandığı söylenebilir.

Öte yandan, kültürel geçerlilik çalışmalarının ya da aslında kültüre özgü sınıflandırma sistemlerinin gerekliliğinden bahsedilse de her kültürün kendine ait bir sınıflandırma sistemi oluşturması uzmanlar arası ortak dil kullanımı ve araştırmaların tüm dünyada birikerek artan karakterine bir set çekebilir.

Psikolojik Rahatsızlık Tanılarına Dair Genel Eleştiri: Tanı koymak, belli bir amaç doğrultusunda gerçekleşir. Tanı koymanın anlamı ve faydalarına giriş bölümde değinmiştik. Ancak hayattaki pek çok şey gibi tanı almanın da avantajları yanında dezavantajları bulunmaktadır. Dezavantajların başında da damgalanma gelir. Bir kişinin iki uçlu duygudurum (bipolar) bozukluğu tanısı aldığını hayal edin. Bu tanı ile beraber kişinin hayatında belirgin değişiklikler olacaktır. Rahatsızlığının fark edilmesi kişiyi daha fazla kaygılandırabilir örneğin. Özellikle hastalığının adıyla beraber anılmaya başlanması ("bipolar Ayşe") psikolojik rahatsızlığın bu bireyin kişiliğinin önüne geçmesi gibi bir risk oluşturabilir.

Kişinin biricikliği unutulmamalıdır. Bu bağlamda tanı koyarken kullanılan dile de dikkat edilmesi önemlidir (ör., otistik değil otizmli denmesi gibi).

Tanı kategorilerine bir şekilde ihtiyaç duyuyor ve kullanıyoruz. Belirli ölçütlerle yapılan güvenilir değerlendirmeler sayesinde psikolojik rahatsızlıklar yaşayanların ihtiyaçlarını da önemli ölçüde karşılayabiliyoruz. Yine de tanı kategorilerini sistematik bir gelişime tabi tutmak gerektiği açıktır.

KLİNİK DEĞERLENDİRME

VAKA ÖRNEĞİ 3

Olcay, ilkokul 2. sınıfa gidiyordu. Derslerde oldukça başarılıydı ancak çok utangaçtı ve çabuk sıkılmak gibi bir problemi vardı. Arkadaşlarıyla çok iyi geçinemiyordu çünkü onların oyunlarına dahil olmak istemiyordu. Öğretmeni Olcay'ın ailesine durumu anlattı ve Olcay'a bir zekâ testi yaptırmalarını istedi. Olcay'ın zekâ testini yapan psikolog okula bir rapor yazıp yolladı. Okul yönetimi ve Olcay'ın öğretmeni Olcay'ın üstün zekâlı olduğunu böylece öğrendiler. Sonrasında Olcay kendisi gibi üstün zekâlı öğrencilerden oluşan bir sınıfa yerleştirildi. O sınıfta uyumu gayet yüksekti. Yeni arkadaşlar edindi ve kendini daha iyi hissetmeye başladı.

Ufuk, üniversiteden mezun olduktan sonra polis olmak istediğine karar verdi. Sportif bir yapısı vardı ve kendini cesur biri olarak tarif etmekteydi. Gerekli eğitimleri üstün başarıyla tamamladıktan sonra Ufuk'a bir kişilik testi uygulandı. Testin sonuçları bu polis adayının düşünmeden harekete geçebildiğini ve amirlerle ilişkilerde zorluk yaşayabileceğini gösteriyordu. Bu nedenlerle, başarılı diploma notuna rağmen Ufuk'un polis teşkilatına alınması uygun görülmedi.

Bölümün buraya kadar olan kısmında tanıdan, işlevlerinden ve sınıflandırma sistemi DSM-5'ten söz ettik. Tanı koymak, bir değerlendirme ile mümkün olur. Ruh sağlığı uzmanları çeşitli ölçekler ve değerlendirme araçları kullanarak danışan için uygun tanıyı tespit etmeye çalışırlar. Tanı koymanın yanı sıra kişinin eğilimleri, kişilik özellikleri, zekâsı ya da bilişsel fonksiyonlarını değerlendirmek de söz konusu olabilir. Örneğin Vaka Örneği 3'te Olcay vakasındaki gibi, çocuğa uygun eğitim modelini saptamak için ya da Ufuk vakasında olduğu gibi işe alım sürecinde farklı psikolojik değerlendirmeler kullanılabilir. Dolayısıyla, değerlendirme sadece tanı için kullanılmaz diyebiliriz. Yukarıdaki örnekler dışında, tanının arkasından başlayan psikoterapötik müdahalelerin etkililiğini ölçmek için de zaman zaman bu değerlendirmelere başvurulabilir. Belirli aralıklarla uygulanan testler sayesinde danışanın rahatsızlığının müdahale ile beraber seyri izlenmiş olur.

Psikolojik değerlendirme kapsamında klinik görüşmeleri, belirti değerlendirme ölçekleri, nesnel ve yansıtmalı testler de dahil olmak üzere kişilik testlerini ve son olarak zekâ testlerini ele alacağız. Psikologlar değerlendirme sürecinde çoğu zaman tek bir ölçüm aracı ya da tekniği kullanmazlar. Farklı tekniklerden gelen veriler daha bütüncül bir tablo sunar. Dolayısıyla bahsi geçen değerlendirme yöntemleri arasında en iyisi şudur diyemeyiz, zira en iyi değerlendirme çeşitli teknik ve kaynak kullanımı ile ortaya çıkmaktadır.

Klinik Görüşme

Psikopatolojik değerlendirme çoğunlukla ilk görüşmede ya da öngörüşmede gerçekleşir. Klinisyenler bu görüşmeleri yapılandırılmamış, yarı yapılandırılmış ya da yapılandırılmış olarak

yapmayı tercih edebilirler. Peki, psikolojik rahatsızlık değerlendirmesi yapmaya yönelik görüşmelerde bir klinisyen ne öğrenmeye çalışır? Aşağıda bu görüşmede öğrenilebileceklere dair örnek teşkil edebilecek sorular verilmiştir.

- Geliş nedeni nedir?
- Ne kadar zamandır şikayetleri devam etmektedir?
- Şikayetleri belirli bir olayın (ör.; noşanma, trafik kazası) arkasından mı ortaya çıkmıştır? Yoksa uzun zamandır mı vardır? Yoksa hem kısa vadeli hem de uzun vadeli şikayetleri mi vardır?
- Hastanın bilişsel fonksiyonları nasıldır?
- Duygusal durumu nasıldır?
- Şikayetleri ile başa çıkmak için ne yapmaktadır?
- Daha önce psikolog ya da psikiyatrist görüşmesi var mıdır?
- Psikiyatrik ilaç kullanmış mıdır?
- Ailede psikolojik rahatsızlık öyküsü var mıdır?
- Alkol ve madde kullanımı var mıdır?
- Kendine zarar verme davranışı, intihar riski mevcut mudur?
- Şikayetleri hastanın sosyal ve mesleki hayatını etkilemiş midir?
- Danışanın sahip olduğu belirtileri değerlendirildiğinde bir DSM-5 tanı ölçütünü karşılamakta mıdır?

Klinik Görüşmenin Özellikleri

Klinik görüşme esnasında klinisyen sadece aklındaki sorular için cevap almaya çalışmaz. Danışan içeri girdiği andan itibaren hâlini, tavrını, kıyafetini, konuşmasını, duygulanımını takip eder. Aslında danışanın cevapları, o cevaplarla beraber gelen duygular, yüz ifadesi ve beden hareketleri, konuşma hızı, seçtiği kelimeler ile anlamlanır. Tüm bu değerlendirme ile beraber gerçekleşen izleme süreci uzmanın bir **klinik gözlem** oluşturmasını sağlar.

İyi bir klinik görüşme yapmak tecrübe ve yetenek ister. Klinisyenin tüm bu değerlendirme ve gözlem ile beraber, danışan ile bir iş birliği oluşturması, zamanını iyi değerlendirmesi, örneğin, çok konuşmayan bir danışan ise onu konuşmaya teşvik edecek iletişimi kurması gerekir. Klinisyenin her danışanı yargılamadan, empati ile ve koşulsuz kabul göstererek karşılaması önemlidir. Danışan ile iş birliği kurmanın yolu, öncelikle güven ortamını sağlamaktan geçer. Bu nedenle uzmanın danışanın mahremiyetine önem vermesi elzemdir. Örneğin, başvuru dosyasının nerede ve ne şekilde saklandığı, danışanın verdiği bilgilerin üçüncü bir kişiyle paylaşılıp paylaşılmayacağı bilgisi danışana mutlaka önceden



Şekil 6. Etkili ve doğru bir değerlendirme süreci için psikolog ile danışan arasında iş birliği kurulmalıdır. Danışan kendini rahat ve güvende hissetmelidir. Psikoloğun danışanın gizliliğini güvenceye alması büyük önem taşır.

verilmelidir. Ses kaydı alınıyorsa, kaydı başlatmadan evvel danışanın onayı istenir. Tüm bu süreç danışan uzman arasında bir güvenlik alanı oluşturabilir ve bu sayede danışan kendini daha rahat ifade edebilir.

Daha önce belirtildiği üzere klinisyenler, klinik görüşmede yapılandırılmış ya da yarı yapılandırılmış görüşmeler yapmayı tercih edebilir. Diğer taraftan klinisyenin yıllar içinde önemli gördüğü noktalara dair kafasında kendi listesi ya da başlı başına bir ilk görüşme tarzı oluşabilir. Bu yapılandırılmamış görüşme ile elde edilen bilgiler başka uzmanların aynı kişiyle yapacağı görüşmeden elde edilen bilgilerle benzerlik taşımayabilir ki bu aslında görüşmelerin güvenilirliğini azaltan bir faktördür.

Yapılandırılmış ve Yarı Yapılandırılmış Görüşmeler

Ruh sağlığı uzmanları, klinik görüşmelerde güvenilirliği arttırmak ve standardize edilmiş bilgiler elde etmek için **yapılandırılmış görüşmeler** yapmayı tercih edebilirler. Farklı uzmanların görüşmelerinden çeşitli bilgiler almaktansa, tanıyı bütün yönleriyle sorgulayacak belirli bir yol izlemek yapılandırılmış görüşme ile mümkün olur. Bu görüşmeler sayesinde tanı koyma süreci her yönüyle kontrol edilmiş olur. Danışana sorulacak sorular ve izlenecek yol en başından bellidir. Öte yandan, **yarı yapılandırılmış görüşme**de uzmanın elinde belli bir soru listesi olsa da bilgiyi daha yeterli bir düzeye çıkarmak için farklı sorular sorma esnekliğini elinde bulundurur. Uzman, ihtiyacına göre görüşmeye aklından yeni sorular ekleyebilir ya da bazı soruları hiç sormamayı tercih edebilir. DSM-5 tanı sistemi için oluşturulmuş Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5 Structured Clinical Interview for DSM-5), DSM-5 tanısı koymak için uzmanlar tarafından yaygın olarak kullanılan bir yapılandırılmış klinik görüşme örneğidir. Kişilik Bozuklukları için oluşturulmuş bir çeşidi de mevcuttur (SCIM-PD). SCID ilk yayımlandığı 1986 yılından bu yana sayısız klinik değerlendirme ve binlerce araştırmada kullanılmıştır (First, 2015).

SCID-5 bilgiyi dallara ayırır ve danışanın bir soruya verdiği cevap sorulacak diğer soruyu belirler. Bilgi, üç sütunda toplanır. İlk sütunda klinisyenin danışana soracağı sorular yer alır. İkinci sütunda DSM-5 tanı ölçütleri yazılır. Son sütunda ise "?, 1, 2, 3" ölçeğinde, ölçütler üzerinde danışanın belirtilerinin şiddeti anlaşılır. Yetersiz bilgi var ise "?", bilgi yok ise ya da yanlış bilgi verilmişse "1", tanıyı karşılamayacak ölçüde bilgi verilmişse "2", eşikte ve doğru bilgi verilmiş ise de "3" işaretlenir.

Yapılandırılmış ve yarı yapılandırılmış görüşmeler mutlaka ruh sağlığı uzmanları tarafından uygulanmalıdır. Uygun tanıyı koymak için yapılan görüşmeler klinik görüşme becerileri ile tanı ve değerlendirme bilgisi gerektirir. Klinisyen danışanın durumuna göre (ör.; ağır zihinsel engelli, yaşlı, ajite, ağır psikotik belirtileri olan) yapılandırılmış görüşmenin uygunluğuna karar verir; zira SCID her durumda kullanım için uygun değildir.



Şekil 7. Klinisyenler tanı koyma sürecinde yapılandırılmamış, yarı yapılandırılmış ya da yapılandırılmış görüşmeler yapmayı tercih edebilirler.

SCID-5 amacının da işaret ettiği üzere yüksek güvenilirliğe ve geçerliliğe sahip bulunmuştur (Shankman ve ark., 2018). Öte yandan, klinik uygulamalarda pek çok uzman yapılandırılmış görüşmelerden ziyade yarı yapılandırılmış ya da yapılandırılmamış görüşmelerden faydalanır. Yapılandırılmamış görüşmeler, klinisyene sağladığı esneklik sayesinde danışanda daha derinlemesine bilgi almayı kolaylaştırır. Ek sorularla daha detaylı bilgi alabilen klinisyen aynı zamanda daha önce bahsedilen ve önem arz eden danışan ile iş birliği kurmak ile ilgili de daha fazla yol kat etmiş olur. Bununla beraber, yapılandırılmamış görüşmelerdeki bilgiyi analiz etmenin zorluğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Belirti Değerlendirme Ölçekleri

Klinisyen; hem tanı koymaya yardımcı olması adına en başta, hem de vakayı takip etme sürecinde belirtilerin seyri ile ilgili bilgi almak için daha sonra belirti değerlendirme ölçeklerinden faydalanabilir. Bu ölçekler arasında stres, depresyon, kaygı, pozitif ve negatif duygulanım ölçen ölçekler sıralanabilir ki bahsi geçen belirtiler bu kitapta ele alınan pek çok psikolojik rahatsızlıkta takip edilir. Aşağıda Türkiye'de de kliniklerde yaygın olarak kullanılan öz bildirime dayalı ölçeklere bazı örnekler verilmiştir:

- Algılanan Stres Ölçeği (Türkçeye uyarlayan: Eskin, Harlak, Demirkıran ve Dereboy, 2013)
- Kısa Semptom Envanteri (Türkçeye uyarlayan: Şahin ve Durak, 1994)
- Beck Depresyon Envanteri (Türkçeye uyarlayan: Hisli, 1989)
- Pozitif ve Negatif Duygu Ölçeği (Türkçeye uyarlayan: Gençöz, 2000)

Kişilik Testleri

Değerlendirme süreci, psikolojik testlerle şekillenir. Psikolojik testlerin en yaygın olarak kullanılan iki türü; kişilik testleri ve zeka testleridir. Kişilik testleri, bu bölümde öz bildirime dayalı kişilik testleri ve projektif kişilik testleri olarak iki başlık altında incelenecektir.

Öz Bildirime Dayalı Kişilik Envanterleri: Kişilik envanterleri bir insanın kişilik özelliklerini ölçmeyi amaçlayan testlerdir. Psikolojik rahatsızlıkları anlamanın yanı sıra, örneğin, bir kişinin bir okula ya da işe uygunluğunu anlamak amacı ile de kullanılabilir. Bir kişilik envanterinde kişiye bazı eğilimler sunularak, bu eğilimlerin kendisini ifade edip etmediğini belirtmesi istenir. Bu sayede, o kişiye dair temel özelliklerin bilgisine ulaşmak ve o kişinin topluma uyum becerilerini anlamak amaçlanır. Bu testler geliştirildiğinde çok sayıda insana uygulanarak hangi yapıdaki insanların hangi tür cevaplar verdiğine dair bir analiz yapılmış ve böylece bazı normlar belirlenmiştir. Bu sürece, **standardizasyon** adı verilir. Bir kişinin bu testlere verdiği cevaplar istatistiksel olarak belirlenen normlarla karşılaştırılabilir.

Kişilik envanterlerinin en bilineni, ülkemizde de en yaygın olarak kullanılanı 1940'lı yıllarda Hathaway ve McKinley tarafından geliştirilen **Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri**'dir (MMPI). 1989 yılında revize edilen MMPI, MMPI-2 olarak anılmaya başlanmış (Butcher ve ark., 1989), 50'den fazla dile adapte edilmiş ve yıllar içerisinde psikopatolojik değerlendirme ve kişilik ölçümleri için en çok kullanılan envanter olmuştur. Ölçeğin Türkiye standardizayonu

Savaşır (1981) tarafından yapılmıştır. MMPI-2'nin Türkçe adaptasyonu ise Savaşır ve Çulha (1996) tarafından gerçekleştirilmiştir.

Tablo 3. MMPI Alt-Ölçekleri ve Örnek Maddeler

Ölçek	Örnek Madde	Yorum
? (Bir şey diyemem)	Cevapsız bırakılan ya da hem doğru hem de yanlış olarak işaretlenen soruların sayısı	En fazla 10 boş olabilir. Çok fazla boş bırakılması, testi almaya dair direnç, baştan savma cevap verme, okuma güçlüğü ya da zekâ geriliği, ağır depresyon ya da obsesif eğilimleri gösterebilir.
L (Yalan)	Oyunda kaybetmektense kazanmayı tercih ederim (Yanlış)	Kişi kendini iyi göstermeye çalışıyor.
F (Sıklık ya da nadirlik)	Başkaları engel olmasaydı daha çok başarılı olurdum (Doğru)	Anormal gözükme çabası.
K (Düzeltme)	Ailemle pek az kavga ederim (Doğru)	Kendini olduğundan daha iyi ve sağlıklı göstermeye çalışıyor.
1. Hs (Hipokondiyazis)	Sağlığım birçok arkadaşımın gibi iyidir (Yanlış)	Kişi sağlığı ile ilgili endişelidir.
2. D (Depresyon)	Tanıdığım insanların çoğu kadar becerikli ve zeki olduğumu sanıyorum (Yanlış)	Kişi yetersizlik duyguları içindedir.
3. Hy (Histeri)	Çoğu zaman boğazım tıkanır gibi olur (Doğru)	Somatik reaksiyonlar. Ayrıca kendini ifade etmede güçlükler yaşıyor.
4. Pd (Psikopati)	Kimse beni anlamıyor (Doğru)	Kişi insanlarla ilişki kurmakta zorlanıyor, yüzeysel ilişkileri sürdürebiliyor.
5. Mf (Erkeksilik-Kadınsılık)	Çiçek koleksiyonu yapmayı ya da evde çiçek yetiştirmeyi severim (Doğru, kadın)	Kişi geleneksel cinsiyet rolleri ile uyumlu hobilere sahip.
6. Pa (Paranoya)	Beni takip edenler olduğuna inanıyorum (Doğru)	Şüpheci, gerçekdışı varsayımları var.
7. Pt (Psikastaneni)	Hafızam genellikle iyidir (Yanlış)	Kişi kendinden memnuniyetsiz, özgüveni düşük, kaygılı.
8. Sc (Şizofreni)	Başkalarıyla beraber olduğum zaman bile kendimi yalnız hissederim (Doğru)	Kişi sosyal ilişkilerinde zayıf, izole, bağ kurmakta zorlanıyor.
9. Ma (Hipomani)	Bazen zararlı ya da kötü işler yapmak için içimde çok güçlü istek duyarım (Doğru)	Dürtüsel, kendine zarar verebilecek eyleme koyma hareketleri var.
10. Si (Sosyal içedönüklük)	Keşke bu kadar utangaç olmasam (Doğru)	Kişi çok çekingen, yakınlık kurmada güçlükler yaşıyor.

Not. Ceyhun ve Oral dan (2003) faydalanılarak hazırlanmıştır.

Bir psikolog olan Hathaway ve bir nöropsikiyatrist olan McKinley tarafından geliştirilmiş olan envanterde kişilerin kendileri için doğru ya da yanlış olarak işaretleyebileceği 566 tane cümle yer almaktadır. Farklı alt testler oluşturmak üzere kullanılan bu maddeler; normal kişilik özellikleri, psikiyatrik belirtiler, bedensel yakınmalar, toplumsal tutum ve inançlar, aile, eğitim, evlilik, cinsiyet ve meslek gibi çok çeşitli alanlardan oluşmuştur. Bununla beraber, kişinin testi alma tutumlarıyla da ilgili maddeler bulunmaktadır (Ceyhun ve Oral, 2003; Cox, Weed ve Butcher, 2009). Hipokondiyazis, depresyon, histeri, psikopatik sapma, erkeksilik-kadınsılık, paranoya, psikasteni, şizofreni, hipomani ve sosyal içedönüklük alt ölçekleri geliştirilmiştir. Ayrıca, MMPI'da geçerlik alt testleri (Bir şey diyemem -?-, yalan -L-, sıklık ya da nadirlik -F-, düzeltme -K-) mevcuttur (bk. Tablo 3). Testi değerlendiren klinisyen testi alan kişi için bir profil çıkarır. Bu profilde farklı alt-ölçeklerde alınan puanların oluşturduğu grafik görülebilir. Kesme puanının üzerinde bulunan alt-ölçekler dikkate alınarak profil klinisyen tarafından yorumlanarak raporlanır.

VAKA ÖRNEĞİ 4

Gökhan; 36 yaşında, evli, bir çocuk babası bir mühendistir. Yıllardır aynı firmada çalıştığını, uzun zamandır terfi alamadığını ve son dönemde yaşanan ekonomik sıkıntılar nedeniyle de maaşını düzensiz aldığı aylar olduğunu belirtmiştir. Yeni iş araması gerektiğini bildiğini ancak bir türlü başvuru yapamadığını ifade etmiştir. Çok ilgili ancak eleştirel olabilen eşi, Gökhan'ın bir an evvel harekete geçmesi için ısrarcı olmaktadır. Gökhan işyerinde mevcut işlerine devam etmekte zorlanmaktadır. Gün içinde kendini oldukça gergin ve tedirgin hisseden Gökhan günün büyük bir bölümünü gizlice bilgisayar oyunu oynayarak geçirmektedir. Bununla beraber, her akşam alkol almaya başladığını söylemiştir.

Gökhan'ın MMPI Raporu

Gökhan'ın MMPI profili geçerli olarak değerlendirilmiştir. Testin geçerlilik alt ölçeklerine bakıldığında, düşük L puanı Gökhan'ın teste içten ve samimi yanıtlar verdiğini göstermektedir. Gökhan'ın değerlendirmeler boyunca kendini anlatmak konusunda hevesli oluşu ve cümle tamamlama testinde de vurguladığı "Problemlerim olduğunu kabul ediyorum." ifadesi bu bulguyla paralellik göstermektedir. Aynı zamanda, Gökhan'ın eğitim düzeyi de göz önüne alındığında beklenenden az savunucu tutum sergilemesi benlik saygısının düşük olması ve kendinden memnun olmamasıyla açıklanabilir. Düşük F skoru ile birlikte geçerlilik alt skalalarının konfigürasyonuna bakıldığında yükselen bir eğri çizen Gökhan'ın "normal" olduğu ancak hikâyesiyle de bağlantılı olarak belirli bir alanda sıkıntı yaşadığı düşünülmüştür. Testin klinik alt ölçeklerine bakıldığında, Gökhan herhangi bir psikopatolojisi olduğuna dair bir izlenim vermemektedir. Ancak, var olan klinik ölçek konfigürasyonunun Gökhan'ın öyküsü ile örtüştüğü noktalar bulunduğu düşünülmektedir. Gökhan, sosyal etkileşime açık, uysal, farkındalığı yüksek, ancak pasif, güvensiz, tedirgin ve gergin olma ile karakterize bir profil çizmektedir. Belirgin bir problem olarak öne çıkan son dönemlerde iş yerinde yaşadığı sıkıntılar nedeniyle kendini baskı altında hissetmekte, ancak yaşadığı yetersizlik duyguları ile engellenmekte ve dolayısıyla kendini ifade etmekte güçlük yaşamaktadır. Durumunu düzeltmeye dair bir adım atamaması güvensiz hissetmesine ve geleceğe dair kaygılar yaşamasına neden olmaktadır. Histeri ve psikasteni ölçeklerindeki kısmi yükselme bu yorumları destekler niteliktedir.

Projektif Kişilik Testleri: Projektif test, kişiye pek çok anlama gelebilecek standart bir uyaranın (ör.; sahneler, çizimler, mürekkep lekeleri) gösterildiği, kişiliği anlamada da kullanılabilen bir psikolojik değerlendirme aracıdır. Bu testlerde amaç kişinin örtük (bilinç dışı) süreçlerini bahsi geçen uyaranlara yansıtması, bir başka ifadeyle açığa vurmasıdır (bk. Krohn ve Mayman, 1974).

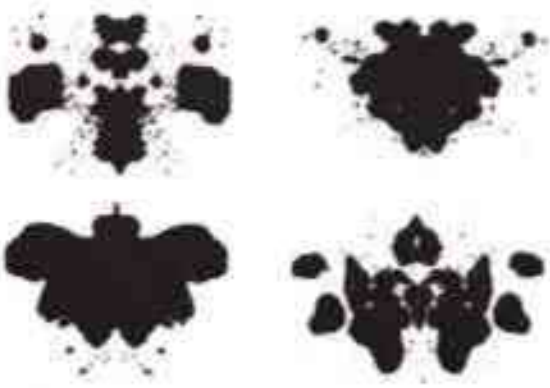
Daha çok psikodinamik yaklaşım dahilinde kullanılan Freud ve takipçilerinin çalışmalarıyla desteklenen yansıtmalı testlerde direkt sorular sorulmadığından kişide teste dair direnç oluşması ihtimali daha azdır. Projektif testlerin temelini oluşturan "**projeksiyon** (yansıtma)" kavramına göre birey az yapılandırılmış uyaranlara kişiliğinin dinamik örüntüsüyle yanıt verir (bk. Basu, 2014).

Tematik algı testi (TAT)

Yansıtmalı bir testtir. Bir psikolog olan Henry Murray ve sanatçı aynı zamanda psikanalist Christina Morgan tarafından 1930'lu yıllarda geliştirilmiştir. Bu testte kişiye siyah beyaz resimler gösterilir ve gösterilen her bir resim ile ilgili bir hikaye anlatması istenir. Bu resimlerin ortak noktası anlamlarının belirgin olmayışıdır. Bu durumda kişi kendi iç dünyasından hikayeler getirecektir. Örneğin, pencereden dışarı bakan yaşlı bir kadın ve onun yanında ancak ona arkasını dönmüş duran bir adamın olduğu resme bakarak, adamın bir kabahat işlemiş olduğunu ve yanında duran annesinin yüzüne bakamadığını anlatan erkek bir danışanın yoğun suçluluk düşünceleri içinde olduğu not edilebilir. Öte yandan TAT'nin geçerlilik ve güvenilirliğine dair alanyazında pek çok eleştiriye rastlamak mümkündür (Lilienfeld, Wood ve Garb, 2000).

Rorschach mürekkep lekesi testi

En çok bilinen projektif testtir. Hermann Rorschach tarafından 1921 yılında psikolojik rahatsızlıkların tespitini yapabilmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu testte kişiye birer birer toplam 10 tane mürekkep lekesi testi gösterilir ve bu lekelerin neye benzediği sorulur. İkinci aşamada da gördüğü şekilleri nerede gördüğü göstermesi istenir. Mürekkep lekelerinin yarısı siyah, beyaz ve gri tonlarındadır, ikisi kırmızı lekeler içerir ve son üçü de pastel renklere sahiptir.



Şekil 8. Rorschach testinde her bir mürekkep lekesi gösterilir ve neye benzediği kişiye sorulur.

Rorschach testi de TAT gibi uzun yıllar boyunca standardize edilmemiş uygulama ve puanlama, zayıf puanlayıcılar arası güvenilirlik, norm yetersizliği, zayıf geçerlilik ve çevresel duruma bağlı etkilere açık olması bakımından eleştirilmiştir (Wood, Nezworski ve Stejskal, 1996). Öte yandan Exner (1993) yıllar içinde gözden geçirerek geliştirdiği puanlama sistemiyle Rorschach testinde puanlayıcılar arası güvenilirliği artırmıştır. Zekâ testleri ya da projektif olmayan kişilik testleri kadar olmasa da, daha sonraki yıllarda yapılan araştırmalarda Rorschach testi daha güvenilir ve geçerli sonuçlar vermiştir (ör., Liebman, Porcerelli ve Abell, 2005). Ancak Rorschach testinde uygulama ve değerlendirmeyi öğrenmek kolay değildir, derinlemesine bir çalışma gerektirir. Rorschach testi uygulama, değerlendirme ve yorumlama becerisi çoğu zaman uzun süren nitelikli eğitimler ile mümkün olabilir (Weiner ve Meyer, 2009).

Aşağıda orijinal bir Rorschach kartına verilen gerçek bir klinik vakadan yanıt bulunmaktadır:

> Bu kartta iki tane ejderha görüyorum. Sanki şey... Birbirlerine ateş püskürtüyorlar. Sonunda nefessiz kalmışlar. Birinin ciğerleri parçalanmış. Daha fazla ateş püskürtemiyor. Ancak öteki hâlâ ateş saçmaya devam ediyor (Erkek, 29).

Bu örnekte vakanın agresif ve saldırgan tutumları öne çıkıyor. Öte yandan kişinin hikâyesiyle tutarlı olarak kendini güçsüz hisseden ve daha fazla kendini koruyamayan "bir ejderha" söz konusu. Bu kişinin babası tarafından işyerindeki başarısızlığı nedeniyle ağır eleştirilere maruz kaldığı bilinmektedir. Dolayısıyla, teste verilen cevaplar sayesinde bu kişinin yaşantısı ve duygu dünyası ile ilgili daha derinlemesine bilgi sahibi olunmuştur.

Cümle tamamlama testi

Bir başka yansıtmalı testtir. Cümle Tamamlama Testi'nde kişiye yarım bırakılmış bazı cümleler verilir ve bu cümleleri aklına ilk geldiği şekilde tamamlaması istenir. Örneğin; "Keşke.....", "En nefret ettiğim şey....." ya da "İnsanlar....." gibi cümleler verilebilir. Yukarıda bahsi geçen projektif testlerde olduğu gibi burada da mantık kişinin kısmen belirsiz uyaran karşısında ilgilerini, duygularını, tavırlarını, arzularını, üzüntülerini ve kişiliğinin diğer önemli taraflarını ortaya çıkarmasıdır. Cümle tamamlama testleri arasında en bilineni ve Türkiye'de kliniklerde de yaygın olarak kullanılanı Beier Cümle Tamamlama Testi'dir. Bu testlerin de puanlama ve yorumlama sistemleri mevcuttur. Olumlu-olumsuz yanıtlar, kısa veya uzun cümleler, uyarıcı kelimeye uyan yanıt verip vermemesi, aynı fikrin tekrar tekrar ortaya çıkması ve tabi ki cümlelerin içeriği detaylı olarak değerlendirilir.

Zekâ Testleri: Zekâya ve onu ölçmeye dair merak, binlerce yıl öncesine dayansa da zekânın ilk defa ölçülmesi Fransız psikolog Alfred Binet'in (1857-1914) özel eğitime ihtiyaç duyan çocukları tespit etmek için görevlendirilmesi ile mümkün oldu. Zekâ katsayısı, daha yaygın bilinen adıyla IQ (intelligent quotient) kavramı da böylece oluştu. 1900'lü yılların başında, Binet ve meslektaşı Henri Simon (1872-1961) çocuklara sorulmak üzere sorular hazırlamaya başladılar. Ancak bu sorular arasında okulda öğretilen kavramlardan ziyade dikkati, hafızayı ve problem çözme becerilerini ölçmeye odaklandılar. Binet, bu sorular arasında okul başarısını en iyi yordayan soruları ayırt etmeyi amaçladı (Siegler, 1992). İlk zekâ testi olan Binet-Simon Ölçeği böylece ortaya çıktı ve bugün kullanılan zekâ testlerinin de temelini oluşturdu.

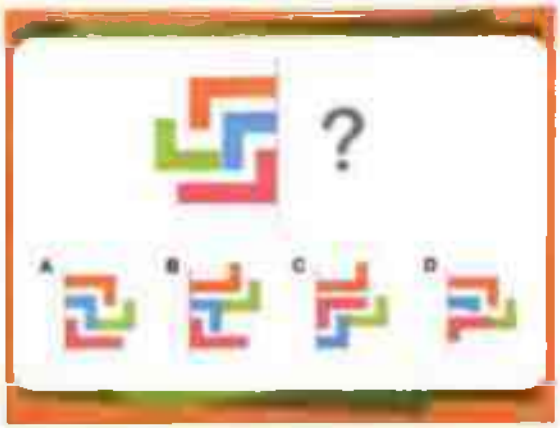
Zekâ testleri kişinin zihinsel yeteneğini değerlendirmenin bir yoludur. Daha basit bir ifadeyle, zekâ testlerinde sorulan farklı sorular ile kişinin zekâ düzeyi anlaşılmaya çalışılır. Bu testler bireysel olarak uygulanır. Yaygın olarak kullanılan zekâ testleri arasında Weschler Yetişkin Zekâ Ölçeği 4. Sürüm (WAIS-IV), Weschler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği 4. Sürüm (WISC-IV), Weschler Okul Öncesi ve İlkokul Zekâ Ölçeği 3. Sürüm (WPPSI-III) ve Stanford-Binet 5. Sürüm (SB5) bulunmaktadır. Zekâ testleri sistematik olarak güncellenir ve standardizasyonları yapılır. Sayılan bu ölçeklerden pratik ihtiyacı en yoğun olan WISC-IV'ün Türkiye uyarlaması, 2008-2011 yılları arasında Öktem ve arkadaşları tarafından tamamlanmıştır ve hâlen kullanılmaktadır (Uluç, Öktem, Erden, Gençöz ve Sezgin, 2011).

Daha önce de belirtildiği gibi zekâ testlerinin önemli bir amacı okul performansının tahmin edilebilmesidir ki WISC-IV'ün yaygın kullanımı da bu amaç temelinde gerçekleşir. Ancak zekâ testlerinin başka amaçlarından da bahsedilebilir. Örneğin, özgül öğrenme güçlüğü olan kişilere

tanı koymada, zekâ gelişim bozukluğu olan kişileri belirlemede, üstün zekâlı çocukları tespit etmede ya da mesela, demans vakalarında zihinsel yeteneği değerlendirmek için zekâ testlerine başvurulabilir.

YAKIN BAKIŞ 2 Zekâ Testleri Tam Olarak Neyi Ölçüyor?

Zekâ testleri yaygın bir şekilde kullanılsa da bu testlere dönük eleştiriler hâlâ mevcuttur. Öncelikle bu testler psikologların yaptığı zekâ tanımına göre neyi ölçeceğini belirlemektedir. Önemli eleştirilerden bir tanesi, zekâ testlerinin bilişsel yeteneği ölçerken duygusal kapasite, sosyal beceriler, motivasyon ya da ahlaki değerler gibi özellikleri değerlendirme dışında bırakmasıdır. Diğer taraftan zekâ testleri iddia ettiği gibi gerçekten zekâyı ölçer mi? Gerçek hayatta bazen irrasyonel görüneni tercih etmek/yapmak daha "zekice" değil midir? Zekâ var olan koşullarda en uygun, en adaptif ve hedefe dönük olanı yaratmak için kullanılıyor dersek zekâ testlerinin bu özellikleri ne kadar ölçtüğü belirsizdir. Öte yandan, bahsi geçen testlerin Batı düşünme tarzı temelinde oluşturulduğunu da gözden kaçırmamak gerekir. Doğu'nun toplulukçu yaklaşımı ve değerleri bu testlerde ne kadar vurgulanmaktadır? Son olarak, zekâ testleri ile ilgili önemli bir tartışma bu testleri kullanmanın ne kadar yararlı olduğu ile ilgilidir. Zekâ testleri akademik başarıyı yordasa da hayattaki genel başarının ölçütü olmayabilir. Ayrıca zekâ testlerinin ayrımcılığa yol açabilecek bir araç olma ihtimalini de unutmamak gerekir. Örneğin, öğrenciler arasında zekâ testlerine dayanarak bir sınıflandırmaya gitmek ön yargıları besleyebilir ve ne kadar fayda getireceği tartışmalıdır (Wilson, 2017'den faydalanılarak hazırlanmıştır).



ARAŞTIRMA

Psikopatoloji araştırmaları, "Hangi psikoterapi yaklaşımları bireyin işlevselliğini arttırmada etkilidir?", "Strese neden olan faktörlerdir nelerdir?", "Hangi kişilik özellikleri kaygıya daha yatkındır?", "İnsanların değişen koşullara uyum sağlamasına nasıl yardım edilebilir?" ya da "Çocukluk çağı travmalarının sonraki dönemde kişinin depresif belirti yaşaması üzerindeki etkileri nelerdir?" gibi pek çok sorunun cevaplarını arar. Bir başka deyişle, anormalliği, psikolojik rahatsızlıkların nedenlerini, bu rahatsızlıkların özelliklerini ve gidişatını, psikolojik rahatsızlıklardan nasıl korunulacağı ve bu rahatsızlıkların nasıl tedavi edilebileceğini anlamak psikopatoloji araştırmalarının temel motivasyonlarıdır.

Araştırmalar, bir hipotez ya da bazen tek bir soruyla başlayabilir. Tüm hipotezler test edilebilir değildir ancak bütün bilimsel hipotezler test edilebilir olmalıdır. Araştırmacılar hipotezlerini test etmek için araştırma desenleri oluştururlar. Bir araştırma deseninde yer alan temel bileşenler bağımlı ve bağımsız değişkenlerdir. **Bağımsız değişken,** bir duyguyu, davranışı ya da durumu etkileyen değişken iken; **bağımlı değişken,** bağımsız değişken tarafından etkilenen duygu, davranış ya da durum olarak tarif edilebilir. Örneğin, çocukluk çağı travmalarının depresif semptomlar üzerindeki etkisini araştıran bir çalışmada bağımsız değişken çocukluk çağı travmaları (ör., Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği), bağımlı değişken ise depresif belirti düzeyidir (ör., Beck Depresyon Envanteri). Öte yandan, bağımlı değişken üzerindeki etkilerden gerçekten bağımsız değişkenin sorumlu olması **iç geçerliliğe** işaret eder. Araştırmadan çıkan sonuçların genellenebilir olması ve örneklemin genel popülasyonu yansıtıyor olması da **dış geçerliliğin** varlığını göstermektedir.

Araştırmacılar bir çalışmanın iç geçerliliğinin yüksek olması için karıştırıcı faktörleri elemek isterler. Bunun için kontrol grubu kullanabilir ya da örneğin deneysel çalışmalar söz konusuysa katılımcıları farklı gruplara seçkisiz (rastgele) atayabilirler.

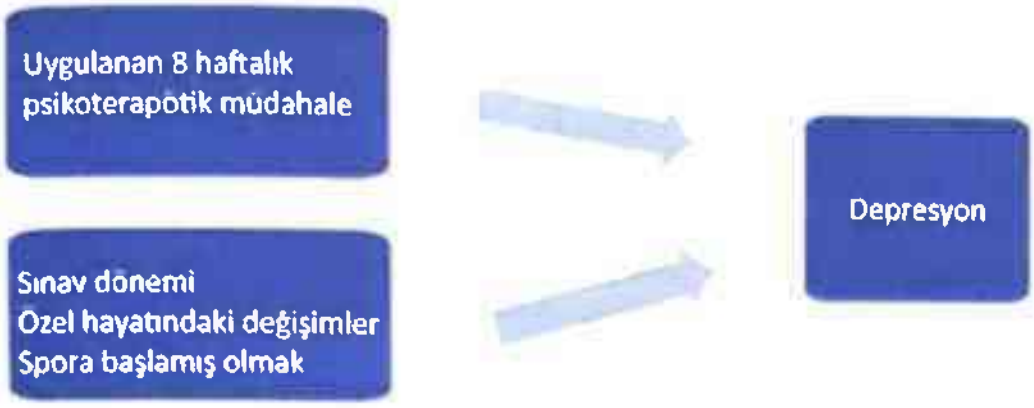
Psikopatoloji çalışmaları için farklı araştırma desenleri kullanılabilmektedir. Bunların arasında vaka çalışmaları, korelasyonel çalışmalar, deneysel çalışmalar ve zamana dayalı araştırmalar (kesitsel ve boylamsal yöntemler) yer almaktadır. Şimdi bu araştırma desenlerini daha detaylı olarak inceleyeceğiz.

Vaka Çalışmaları

Vaka çalışmaları bir kişinin, grubunun, durumun ya da topluluğun derinlemesine araştırılmasıdır. Bu çalışmalarda veri çoğu zaman farklı pek çok kaynaktan edinilmektedir (ör.; gözlem, mülakat, günlük okuma vb.) (McLeod, 2019). Vaka çalışmalarında elde edilen bilgiler farklı analiz yöntemleriyle değerlendirilebilir. Nitel analiz yöntemleri, örneğin, yorumlayıcı fenomenolojik analiz, kuram oluşturma (grounded theory), tematik analiz gibi yöntemler vaka çalışmalarında sıklıkla kullanılmaktadır (Baxter ve Jack, 2008).

Vaka çalışmaları psikoloji araştırmalarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Vaka çalışmalarına örnek olarak Freud'un ünlü Little Hans vakası verilebilir (Freud, 1909a). Freud hastalarını anlamak ve onlara yardım edebilmek için çok detaylı araştırmalar yapmış ve notlar çıkarmıştır. Bu notlardan yola çıkarak yazdığı makaleler bugün hâlâ pek çok araştırmanın kaynakçasında kendine yer bulmaktadır.

Öte yandan vaka çalışmalarının bazı kısıtlılıkları da bulunmaktadır. Örneğin, deneysel çalışmalarda bulunan koşulları kontrol eden mekanizma vaka çalışmalarında yoktur. Bu nedenle, vaka çalışmaları karıştırıcı faktörlerin etkisine daha açıktır ve bu durum çalışmaların iç geçerliliğine dair soru işaretleri oluşturabilmektedir.



Şekil 9. Bir araştırmada sekiz hafta boyunca uygulanan bir psikoterapötik müdahalenin katılımcıların depresyon düzeylerine etkisini ölçtüğünüzü hayal edin. Burada depresyon düzeyine etki eden sadece sizin uygulamanız olmayacaktır. Örneğin, öğrenciler ile çalışıyorsanız bu öğrencilerin vize dönemine girmesi, kendi özel hayatlarındaki değişimler, aynı dönemde bir spor etkinliğine başlamış olmaları gibi faktörler de sonuç üzerinde etkili olacaktır. İşte bu faktörlere araştırmalar da **karıştırıcı değişken** adı verilir.

Korelasyonel Çalışmalar

Korelasyonel çalışmalar iki ya da daha fazla değişken arasındaki ilişkiyi ölçen çalışmalardır. Bu çalışmalarda kontrol edilen bir bağımsız değişken bulunmaz. Dolayısıyla, hangi değişkenin hangisini etkilediği bilinemez ve bir neden-sonuç ilişkisi kurulamaz. İki değişken arasındaki ilişki -1 ile +1 arasında değişmektedir. "0" iki değişken arasında hiçbir ilişki olmadığına işaret eder. Negatif korelasyon bir değişken artarken diğeri azalıyor, pozitif korelasyon ise iki değişken aynı anda artıyor ya da azalıyor anlamına gelmektedir. Örneğin, yaptığımız korelasyonel analizde sosyal kaygı ile yalnızlık duygusu arasında pozitif bir ilişki saptadığımızı varsayalım. Bu durumda, "sosyal kaygı arttıkça yalnızlık duygusu da artmaktadır" yorumunu yapabiliriz. Ancak soysal kaygı yalnızlığa neden olur ya da yalnızlık sosyal kaygıya neden olur gibi neden-sonuç ilişkisi belirten yorumlar yapamayız.

Deneysel Çalışmalar

Deneysel çalışmaların doğasında kontrol edilen bir ya da daha fazla bağımsız değişkenden bahsedilir. Bu bağımsız değişkenlerin etki ettiği bir ya da daha fazla bağımlı değişken de bulunur. Bu koşullarda ortaya çıkan sonuçlar üzerinden neden-sonuç ilişkisi kurulabilir. Deneysel çalışmalarda araştırmacılar karıştırıcı değişkenlerin etkisini en aza indirmek için deneylerin dikkatle tasarlarlar. Örneğin, bağımsız değişkenlerin farklı gruplar (deney grubu, kontrol grubu) olduğu bir çalışmada her iki gurubun kontrol edilen değişken dışında her bakımdan eşit/benzer olması istenir. Bunu sağlamak adına seçkisiz atama (random assignment) yöntemi kullanılarak gruplar oluşturulur. Tüm bunlarla beraber, bu çalışmaların iç geçerliliği oldukça yüksektir.

Kesitsel ve Boylamsal Çalışmalar

Kesitsel çalışmalar, farklı yaş gruplarının belli değişkenler bağlamında aynı anda ölçüme tabi tutulmasıdır. Örneğin 15, 25 ve 35 yaşındaki bireylerin stres düzeyleri aynı anda ölçülüp,

aralarında bir karşılaştırma yapılabilir. **Boylamsal çalışmalarda** ise aynı kişi ya da grup yine belirli değişkenler bağlamında yıllar boyunca takip edilir. Az önceki örnek üzerinden ilerlersek, boylamsal çalışmada bir grup insanın 15, 25 ve 35 yaşında stres düzeylerinin ölçülmesi gerekmektedir. Bazı çalışmalar her iki yöntemi de kullanarak, örneğin üç farklı yaş grubunun 20 yıl boyunca stres düzeylerini ölçebilir. Bu çalışmalara **ardışık çalışmalar** (sequential studies) denilmektedir.

BÖLÜM ÖZETİ

Psikolojik rahatsızlıkların tedavisinde ilk aşama, tanı ve değerlendirmedir. Doğru bir değerlendirme ve takiben doğru bir tanı uygun tedavi adımlarını oluşturmak ve uygulamak için büyük önem taşır. Tanı ve değerlendirme hemen her zaman beraber anılır çünkü tanı koymak uygun psikolojik değerlendirmeler ile mümkün olur. DSM-5, ülkemizde de yaygın olarak kullanılan bir psikolojik rahatsızlıkları sınıflandırma sistemidir. Güncellenerek 5. sürümüne ulaşan DSM-5 pek çok boyutta tanı ve sınıflandırmayı DSM'nin önceki basımlarından birkaç adım öteye götürmeye çalışmıştır. Kültürel etmenlerin artan önemi, tanı ölçütlerinde netlik sağlama noktasındaki ilerlemeler, yeni araştırma bulguları ile bazı tanıların birleştirilmesi ve bazı tanıların sınıflandırma sisteminden çıkarılması, aynı zamanda bazı tanıların da yeni basıma eklenmesi olumlu gelişmeler olarak kaydedilebilir. DSM-5 güvenilirlik ve geçerlilik ölçütlerinde örneğin, DSM-II'den daha iyidir ancak bu konuda hâlâ soru işaretlerinin mevcut olduğunu da söylemek mümkündür. Sürekli iyileştirilmesine rağmen DSM mükemmele ulaşmış gözükmemektedir. Çok fazla sayıda tanı, tanıların kategorik düzeni, yukarıda bahsedilen geçerlilik ve güvenilirliğe dair soru işaretleri ve ayrıca Batı toplumlarının psikolojik rahatsızlıkları üzerinden çerçevelenen yapısı DSM-5'i eleştirilerin odağına koymaktadır.

Psikolojik değerlendirme, doğru bir tanı koymak için elzemdir. Kapsamlı bir psikolojik değerlendirme, farklı tekniklerin bir arada kullanılmasıyla gerçekleştirilebilir. Bu teknikler arasında klinik görüşmeler, kişilik testleri, belirti değerlendirme ölçekleri, projektif testler ve zekâ testleri sayılabilir. Tüm bu uygulamaların sağlıklı bir şekilde yapılabilmesi için klinisyenin danışan ile işbirliği içinde olması gerekir. Bu da kabullenici ve güvenli bir görüşme ortamı sayesinde olur.

Psikopatolojide tanı ve değerlendirme araştırmalardan beslenerek oluşturulur ve kullanılır ya da uygulanır. Psikolojik rahatsızlıkları, genel yapısıyla, özellikleri ve nedenleriyle, gidişatı ve korunma/tedavi yöntemleriyle anlamak psikopatoloji araştırmalarının temel motivasyonları arasında yer alır. Psikopatolojide araştırmalar vaka çalışmaları, korelasyonel çalışmalar ve deneysel çalışmalar yoluyla yapılabilmektedir. Kesitsel ve boylamsal yöntemlerin kullanılabildiği bu araştırmalardan çıkan sonuçlar birikerek tanı ve klinik değerlendirmenin temelini oluşturmaktadır.

KAYNAKLAR

Aboraya, A., Rankin, E., France, C., El-Missiry, A. ve John, C. (2006). The reliability of psychiatric diagnosis revisited: The clinician's guide to improve the reliability of psychiatric diagnosis. *Psychiatry (Edgmont (Pa.: Township)*, *3*(1), 41–50.

APA (2019). Dictionary of psychology. https://dictionary.apa.org

American Psychiatric Association. (2013). Cultural Concepts in DSM-5. https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM_Cultural-Concepts-in-DSM-5.pdf adresinden alınmıştır.

Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Beşinci Baskı (DSM-5). Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E. (2013). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Bar, K.-J. ve Ebert, A. (2010). Emil Kraepelin: A pioneer of scientific understanding of psychiatry and psychopharmacology. *Indian Journal of Psychiatry, 52*(2), 191. doi:10.4103/0019-5545.64591

Basu, J. (2014). Psychologists' ambivalence toward ambiguity: Relocating the projective test debate for multiple interpretative hypotheses. *SIS Journal of Projective Psychology and Mental Health, 21*(1), 25–36.

Baxter, P. ve Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report, 13*(4), 544–559.

Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. ve Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561–571.

Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K... Ulaş, H. (2014). Türkiye'de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi, 25*(4), 264–281.

Butcher, J. N. (2010). Personality assessment from the nineteenth to the early twenty-first century: Past achievements and contemporary challenges. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*(1), 1–20. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.1314

Butcher, J. N., Graham, J. R., Tellegen, A. ve Kaemmer, B. (1989). *Manual for the restandardized Minnesota Multiphasic Personality Inventory: MMPI-2*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Ceyhun, B. ve Oral, N. (2003). *Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri: Değerlendirme Kitabı (2. Baskı)*. Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi.

Cimilli, C. (2012). Psikiyatride kültürel formülasyon. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2*(2), 164–174.

Cox, A.C., Weed, N.C. ve Butcher, J.N. (2009). The MMPI-2: History, interpretation, and clinical issues. *Oxford Handbooks Online*, 1–54. doi: 10.1093/oxfordhb/9780195366877.013.0014

Çam, M. ve Uğuryol, M. (2019). Ruhsal hastalıktan iyileşmeye kültürel etki. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 11*(1), 55–64. doi: 10.18863/pgy.391783

Draguns, J. G. ve Tanaka-Matsumi, J. (2003). Assessment of psychopathology across and within cultures: Issues and findings. *Behaviour Research and Therapy, 41*(7), 755–776. doi:10.1016/s0005-7967(02)00190-0

Ecks, S. (2016). The strange absence of things in the "culture" of the DSM-V. *Canadian Medical Association Journal, 188*(2), 142–143. doi:10.1503/cmaj.150268

Exner, J. E., Jr. (1993). *The Rorschach: A comprehensive system: Basic foundations (3rd ed.)*. John Wiley & Sons.

Egeland, J. A., Hostetter, A. M. ve Eshleman, S. K. (1983). Amish Study: 3. The impact of cultural factors on diagnosis of bipolar illness. *American Journal of Psychiatry, 140*, 67–71.

Eskin, M., Harlak, H., Demirkıran, F. ve Dereboy, Ç. (2013). Algılanan stres ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: Güvenirlik ve geçerlik analizi. *New Symposium Journal, 51*(3), 132–140.

Fabrega, H. (2001). Culture and history in psychiatric diagnosis and practice. *Psychiatric Clinics of North America, 24*(3), 391–405. doi:10.1016/s0193-953x(05)70236-7

First, M. B. (2015). Structured Clinical Interview for the DSM (SCID). *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, 1–6. doi:10.1002/9781118625392.wbecp351

First, M. B., Rebello, T. J., Keeley, J. W., Bhargava, R., Dai, Y., Kulygina, M., ... Reed, G. M. (2018). Do mental health professionals use diagnostic classifications the way we think they do? A global survey. *World Psychiatry, 17*(2), 187–195. doi:10.1002/wps.20525

Frances, A. (2014). DSM, psychotherapy, counseling and the medicalization of mental illness: A commentary from Allen Frances. *The Professional Counselor, 4*(3), 282–284. doi:10.15241/afm.4.3.282

Freud, S. (1909). Analysis of a phobia of a five year old boy, McLeod, S.A. (2008) Simply Psychology içinde https://www.simplypsychology.org/little-hans.html adresinden alınmıştır.

Gençöz, T. (2000). Pozitif ve negatif duygu ölçeği: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi, 15*(46), 19–26.

Grob, G.N. (1991). Origins of DSM-I: Of setting appearance and reality. *American Journal of Psychiatry, 148*, 421–431.

Gornall, J. (2013). DSM-5: A fatal diagnosis? *BMJ, 346*, 1–5. doi:10.1136/bmj.f3256

Hathaway, S. R. ve McKinley, J. C. (1940). A multiphasic personality schedule (Minnesota): Construction of the schedule. *Journal of Psychology, 10*, 249–254.

Hisli, N. (1989). Beck Depresyon Envanterinin üniversite ögrencileri için geçerliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi, 7*(23), 3–13.

Hofmann S. G. (2014). Toward a cognitive-behavioral classification system for mental disorders. *Behavior therapy, 45*(4), 576–587. doi:10.1016/j.beth.2014.03.001

Krohn, A. ve Mayman, M. (1974). Levels of object representation in dreams and projective tests. *Bulletin of Menninger Clinic, 38*, 445–466.

Kawa, S. ve Giordano, J. (2012). A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine, 7*(1), 2. doi:10.1186/1747-5341-7-2

Kessler, B.C., Berglund, P., Demler, O., Jin,R., Koretz, D...Wang, P.S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *JAMA, 289* (23), 3095–3105.

King, M., Dinos, S., Shaw, J., Watson, R., Stevens, S., Passetti, F., ... Serfaty, M. (2007). The Stigma Scale: Development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *British Journal of Psychiatry, 190*(03), 248–254. doi:10.1192/bjp.bp.106.024638

Kleinman, A. (1977). Depression, somatization, and the 'New Cross-Cultural Psychiatry'. *Social Science and Medicine, 11*, 3–9.

Köroğlu, E. (2014). Türk Psikiyatri Dergisi'nde yayımlanan "DSM-5 Türkçe Çevirisi Üzerine" adlı mektuba yanıt. *Türk Psikiyatri Dergisi, 25*(3), 215–217.

Kunt, D.A. ve Dereboy, F. (2018). Dünya Sağlık Örgütü Yetiyitimi Değerlendirme Çizelgesi'nin (WHODAS 2.0) Türkçe çevirisinin geçerlik ve güvenirliğinin psikiyatri hastaları ve sağlıklı kontrollerde incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi, 29*(4), 248–257.

Liebman, S. J., Porcerelli, J. ve Abell, S. C. (2005). Reliability and validity of Rorschach aggression variables with a sample of adjudicated adolescents. *Journal of Personality Assessment, 85*(1), 33–39. doi:10.1207/s15327752jpa8501_03

Lilienfeld, S. O., Wood, J. M. ve Garb, H. N. (2000). The scientific status of projective techniques. *Psychological Science in the Public Interest, 1*(2), 27–66. doi:10.1111/1529-1006.002

Manşon, S.M. (1995). Culture and major depression: Current challenges in the diagnosis of mood disorders. *The Psychiatric Clinics of North America, 18*(3), 487–502.

Matte, B., Rohde, L. A., Turner, J. B., Fisher, P. W., Shen, S., Bau, C. H. D ... Grevet, E. H. (2015) Reliability and validity of proposed DSM-5 ADHD symptoms in a clinical sample of adults. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 27*(3), 228–236. doi:10.1176/appi.neuropsych.13060137

Mayes, R. ve Horwitz, A. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences, 41*, 249–267.

McLeod, S. A. (2019). *Case study method*. Simply Psychology. https://www.simplypsychology.org/case-study.html adresinden alınmıştır.

Millon, T. ve Klerman, G.L. (1986). *Contemporary Directions and Psychopathology: Towards the DSM-IV*. New York: The Guilford Press.

Morgan, C.D. ve Murray, H.A. (1935). A method for investigating fantasies: The Thematic Apperception Test. *Archieves of Neurology and Psychiatry, 34*(2), 289–306. doi:10.1001/archneurpsyc.1935.02250200049005

Nelson-Gray, R.O. (1991). DSM-IV: Empirical guidelines from psychometrics. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(3), 308–315.

Nemeroff, C. B., Weinberger, D., Rutter, M., MacMillan, H. L., Bryant, R. A., Wessely, S., … Lysaker, P. (2013). DSM-5: A collection of psychiatrist views on the changes, controversies, and future directions. *BMC Medicine, 11*, 202. doi:10.1186/1741-7015-11-202

Nussbaum, A. M. (2013). *The Pocket Guide to the DSM-5 Diagnostic Exam*. Arlington, VA: Author.

Özkaya, B. (2013). Transition from pervasive developmental disorders to autism spectrum disorder: Proposed changes for the upcoming DSM-5. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry, 5*(2), 127.doi:10.5455/cap.20130509

Paniagua, F. A. (2018). ICD-10 versus DSM-5 on cultural issues. *SAGE Open, 8*(1), 1–14. doi:10.1177/2158244018756165

Regier, D. A., Kuhl, E. A. ve Kupfer, D. J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry, 12*(2), 92–98. doi:10.1002/wps.20050

Regier, D. A., Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kraemer, H. C., Kuramoto… Kupfer, D. J. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada: II. Test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *The American Journal of Psychiatry, 170*, 59 –70. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12070999

Sayar, K. (1998). Kültür ve psikopatoloji. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 8, 176–179.

Savaşır, I. (1981). *Minesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri-Elkitabı (Türk Standardizasyonu)*. Ankara: Sevinç Matbaası.

Savaşır, I. ve Çulha, M. (1996). *Development of the MMPI-2 in Turkey: International Adaptations of the MMPI-2 (1. Baskı)*. Mineapolis, London: University of Minnesota Press.

Shankman, S. A., Funkhouser, C. J., Klein, D. N., Davila, J., Lerner, D. ve Hee, D. (2017). Reliability and validity of severity dimensions of psychopathology assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID). *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 27*(1), e1590. doi:10.1002/mpr.1590

Siegler, R. S. (1992). The other Alfred Binet. *Developmental Psychology, 28*(2), 179–190.

Spitzer, R.L. ve Wilson, P.T. (1968). *Section 7: A guide to the new nomenclature. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2. Baskı)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Stein, D. J., Ruscio, A. M., Lee, S., Petukhova, M., Alonso, J … Kessler, R. C. (2010). Subtyping social anxiety disorder in developed and developing countries. *Depression and Anxiety, 27*(4), 390–403. doi: 10.1002/da.20639

Strauss, M. E. ve Smith, G. T. (2009). Construct validity: Advances in theory and methodology. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 1–25. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153639

Şahin, N.H. ve Durak, A. (1994). Kısa semptom envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi, 9*(31), 44–56.

Şar, V. (2010). DSM-5 taslak tanı ölçütlerine genel bir bakış: "Batı cephesinde yeni bir şey yok" mu? *Klinik Psikiyatri Dersisi, 13*, 196–208.

Şar, V., Akyüz, G., Dogan, O. ve Öztürk, E. (2009). The prevalence of conversion symptoms in women from a general Turkish population. *Psychosomatics, 50*(1), 50–58. doi:10.1176/appi.psy.50.1.50

Tandon, R. (2015). Bipolar and depressive disorders in diagnostic and statistical manual of mental disorders-5: Clinical implications of revisions from diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV. *Indian Journal of Psychological Medicine, 37*(1), 1–4. doi:10.4103/0253-7176.150796

Uluç, S., Öktem, F., Erden, G., Gençöz, T. ve Sezgin, N. (2011). Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği-IV Klinik bağlamda zekânın değerlendirilmesinde Türkiye için yeni bir dönem. *Türk Psikoloji Yazıları 14*(28), 49–57.

Watson, D., O'Hara, M. W., Simms, L. J., Kotov, R., Chmielewski...Stuart, S. (2007). Development and validation of the Inventory of Depression and Anxiety Symptoms (IDAS). *Psychological Assessment, 19*(3), 253–268. doi: 10.1037/1040-3590.19.3.253

Weiner, L. A. B. ve Meyer, G. (2009). Personality assessment with the Rorschach Inkblot Method. Butcher, J.N., *Oxford handbook of personality and clinical assessment* içinde. New York: Oxford University Press.

Wilson, L.T. (2017). *Intelligence Testing: Criticisms.* https://explorable.com/intelligence-testing-criticisms adresinden alınmıştır.

Wood, J. M., Nezworski, M. T. ve Stejskal, W. J. (1996). The comprehensive system for the rorschach: A critical examination. *Psychological Science, 7*(1), 3–10. doi:10.1111/j.1467-9280.1996.tb00658.x

Yeşilbaş, D. (2008). Major Depresyon tanısı konulan kişilerin depresyonlarını ifade biçimleri (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), TC Sağlık Bakanlığı Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi: İstanbul.

Yıldız, M. (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı DSM-5'in Türkçe çevirisi üzerine. *Türk Psikiyatri Dergisi, 25*(3), 218–221.

4. Bölüm

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

Derya Gürcan-Yıldırım

VAKA ÖRNEĞİ 1

Zeynep, 33 yaşında, iktisat bölümü mezunu olan bir kadındır. Büyük bir şehirde, özel bir bankada yaklaşık 10 yıldır çalışmakta olan Zeynep, dört yıl süren evliliğini iki yıl önce sonlandırdı. Şu an ailesi ile aynı şehirde ama ayrı evlerde yaşamaktalar. Zeynep, ergenlik yıllarından itibaren kendisini güçsüz, sorunlarla baş edemeyen, en ufak bir problemde ağlayan ve sosyal ilişkilerde son derece başarısız olarak tanımlamaktadır. Ancak, son altı aydır kendisini hiç hissetmediği kadar mutsuz hissetmekte, her gün muhakkak ağlamakta ve iş dışındaki vaktini yalnızca yatağında geçirmektedir. İş yerinde yediği öğlen yemeği dışında hiçbir şey yememekte, yalnızca kahve içmekte, akşamları ise sadece atıştırmalık gıdalar tüketmektedir. Bazen işten eve gelir gelmez yatağa girip uyumakta, bazen ise yatağında bilgisayarından dizi izleyerek sabaha kadar uyumamaktadır. Uyku düzenindeki problemlerle de birlikte iş yerinde yaptığı hatalar sürekli artan Zeynep, kendi birimindeki üstü tarafından bu sıralar birkaç kez uyarılmış, bu durum iş yerindeki huzursuzluğunu daha da arttırmıştır. Bununla birlikte, bir kez de bu sıralar dış görünüşüne hiç önem vermemesi nedeni ile iş yerinden kılık kıyafetine biraz daha özen vermesi yönünde uyarılan Zeynep saçlarını bile tarayacak isteği kendisinde bulamamaktadır. İş yerinden arada sırada görüştüğü birkaç arkadaşı, Zeynep'i öğle yemeğine çıkararak son zamanlarda onda olan değişim hakkında konuşmak istediklerinde Zeynep hiçbir şey konuşamamış sadece ağlamıştır. Bunun üzerine arkadaşlarından biri ertesi gün Zeynep'e tanıdığı bir klinik psikoloğun kartını vermiş, çok faydalanacağını ve gitmesi gerektiğini söylemiştir. Ancak Zeynep bunu önemsememiş ve kartı masasının bir köşesine atmıştır.

O günlerde arasının pek iyi olmadığı ablası Zeynep'i sıklıkla aramaya başlamıştır. Telefonda ablasına üzerine gelmemesini söylemesi üzerine ablası ile kavga etmişler ve Zeynep o gün çok miktarda alkol tüketmiş ve ertesi gün yataktan hiç çıkmadan uyumuştur. İş yerinden defalarca aranmasına rağmen telefonlara cevap vermeyen Zeynep ertesi gün zorla işe gitmiş, işe gider gitmez birim müdürü tarafından odasına çağırılmıştır. Birim müdürü Zeynep'e oldukça ılımlı yaklaşmış, bu tarz durumların herkesin yaşamında olabileceğini ancak yardım almasının son derece gerekli olduğunu, böyle devam ederse işi ile ilgili de sıkıntılar yaşamaya başlayacağını Zeynep'e anlatmıştır. Zeynep bunu üzerinden yaklaşık bir hafta sonra, zaten oldukça düşük olan kilosunda altı kiloluk bir azalma görmesinin de ardından, psikoloğu aramaya karar vermiştir. İlk seansta psikolog Zeynep'in şikayetlerini dinlemiş, ilaç tedavisinden de oldukça fayda sağlayacağını düşünmüş ve kendisini güvendiği bir psikiyatriste yönlendirmiştir. Psikiyatrist Zeynep'in major depresif bozukluk tanı kriterlerini karşıladığına karar vermiş ve antidepresan tedavisine başlamıştır. İlaç kullanımına başlayan Zeynep, düzenli olarak psikoloğu ile görüşmeye devam etmiştir. Seanslarda, Zeynep'in aslında ilk depresif epizodu eşi ile ayrıldığı dönemde yaşadığı, ancak o zaman yardım almadan zamanla belirtilerinin ortadan kaybolduğu görülmüştür. Bu kez ise, bir süredir kendisini çok yalnız hissettiği, etrafında kimsenin olmadığını düşündüğü bir dönemde, iş yerinde kendisinden çok daha genç olan birinin kendisinden önce terfi almasının üzerine halihazırda var olan başarısızlık ile ilgili inançlarının çok kuvvetlendiğini anlatmıştır. Bunlar üzerine kendisini başarısız, sevilmeyen, yalnız biri olarak tanımlamaya başladığını ve hayattan hiç zevk alamadığını ifade ettiği dönemde ilk belirtilerin ortaya çıktığı görülmüştür. Yapılan seanslarda, Zeynep'in aile yaşamında çok sıcak ilişkilerinin olmadığı, anne ve babasının sevgilerini ifade edebilen bireyler olmadığı, bununla birlikte Zeynep'i sürekli en iyi olması yönünde teşvik etmeye çalıştıkları, bu doğrultuda da sürekli eleştirdikleri ortaya çıkmıştır. Mizaç olarak da sessiz ve içe kapanık olduğu görülen Zeynep'in ablasının ise son derece dışa dönük ve Zeynep'e göre üstün olduğunu sürekli vurgulayan bir yapıya sahip olduğu fark edilmiştir. Tüm bu bilgiler ışığında Zeynep'in sevilmeyen ve değersiz biri olduğuna ve sürekli başarılı olması gerektiğine dair şemaları oluşmuştur. Hiçbir zaman sevilmeyeceğine ve başarılı olamayacağına inanan Zeynep'in yaşamındaki neredeyse tüm olayları olumsuz algıladığı Zeynep'e gösterilmiş, bunların düzeltilmesi üzerine çalışılmıştır. Ayrıca, Zeynep'in zevk alabileceği aktivitelerin bulunması için çaba sarf edilmiş, bunun üzerine Zeynep tenis kursuna başlamış ve kitap okuma grubuna üye olmuştur. Tedavisinin birkaç ay sonrasında artık çok daha kaliteli bir yaşam sürmeye başlamıştır.

Duygudurum, duygularımızın belirli bir süre içerisindeki ortalama durumuna denmektedir. İnsanlar bazen mutlu ve enerjik bir duygudurumunda iken, bazen de üzgün ve depresif bir duygudurumunda olabilirler. Olumlu olaylarda mutlu hissetmek ne kadar normal ise, insan yaşamı için yıkıcı ve zor olan durumlarda da üzgün ve depresif duygudurumunda olmak o derece normaldir. Ancak, bazı bireyler çok uzun süreli ve çok şiddetli olabilen, günlük yaşamlarında işlevselliklerinin kaybolmasına neden olabilen duygudurum bozuklukları yaşayabilmektedirler. Örneğin, bazı bireyler, o süreçte hayatlarında mutsuz olmaları için bir neden olmamasına rağmen depresif olabilirler ya

da bazıları yaşamları ortalama bir seviyede devam ediyorken aşırı mutlu, heyecanlı ve enerji dolu hissedebilirler. Bu tip psikolojik rahatsızlıklara duygudurum bozuklukları denir.

Duygudurum bozukluklarının iki ana türü vardır. Bunlar; depresif bozukluklar ve bipolar (iki uçlu) bozukluklardır. Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'nın (DSM) daha önceki basımlarında depresif ve bipolar bozukluklar, "duygudurum bozuklukları" altında birlikte ele alınırken, son sürümünde bu iki bozukluk ayrı bölümler hâlinde ele alınmıştır. Belirtiler açısından bipolar bozuklukların, şizofreni spektrum bozuklukları ile depresif bozukluklar arasında bir köprü gibi olduğu; bu sebeple de bu iki psikolojik rahatsızlık arasında farklı bir bozukluk olarak yer aldığı belirtilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Ancak, hâlen birçok anormal psikoloji kitabında bu iki psikolojik rahatsızlık türü, duygudurumun iki uç boyutu ile ilgili olduğu için duygudurum bozuklukları başlığı altında birlikte ele alınmaktadır.

DSM-5'te depresif bozukluklar başlığı altında, major depresif bozukluk, yıkıcı duygudurum düzensizlik bozukluğu, süregiden depresyon bozukluğu (distimi), premenstürel (adet öncesi) disforik bozukluk, madde/ilacın yol açtığı depresif bozukluk, başka tıbbi bir duruma bağlı depresif bozukluk, başka türlü tanımlanmış/tanımlanmamış depresif bozukluk yer almaktadır. Bipolar bozukluklar başlığı altında ise, bipolar I bozukluk, bipolar II bozukluk, siklotimi bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı bipolar bozukluk, başka tıbbi bir duruma bağlı bipolar bozukluk, başka türlü tanımlanmış/tanımlanmamış bipolar bozukluk yer almaktadır.

Duygudurum bozukluklarının tanısı, duygudurum epizodlarının varlığı ya da yokluğu göz önünde bulundurularak konmaktadır ve üç farklı epizod bulunmaktadır. Bunlar; major depresif, manik ve hipomanik epizodlardır. Major depresif epizodda, birey kendisini en az iki hafta boyunca düşük duygu durumunda hisseder. Hayattan keyif alamama, değersiz hissetme, suçluluk duygusu, enerji azlığı, uyku problemleri gibi belirtiler görülmektedir. Manik ve hipomanik epizodda ise birey yükselmiş ve coşkun duygudurumu hisseder. Enerji miktarında artış, hızlı konuşma, azalan uyku ihtiyacı, artan benlik saygısı ve büyüklenme (grandiözite), dikkat dağınıklığı gibi belirtiler görülebilir. Manik ve hipomanik epizodların farkı ise, aralarındaki süre ve yoğunluk farkıdır. Manik epizod en az bir hafta süreyle görülme ve belirgin işlev kaybı ile ilişkilidir. Hipomanik epizod ise en az dört gün süre ile görüldüğünde ve işlevlerde belirgin bir işlev kaybı olmadığında değerlendirilmektedir. Ayrıca, manik epizodta hastane yatışı gerekebilirken, hipomanik epizod hastanede yatarak tedaviyi gerektirecek yoğunlukta değildir.

Bu bölüm içerisinde, "depresif ve bipolar bozukluklar" ana başlığı altında belirtilen bozukluklar anlatılacak ve bu bozuklukların tanı kriterleri, epidemiyolojisi, etiyolojisi ve tedavisi detaylı olarak ele alınacaktır.

DEPRESİF BOZUKLUKLAR

Depresif Bozuklukların Genel Görünümü ve Tanı Kriterleri

Depresif bozuklukların genel özelliği, bireyin işlevselliğini olumsuz olarak etkileyen üzgün ve huzursuz duygudurum ile birlikte görülen somatik ve bilişsel değişimlerin varlığıdır. Depresif bozuklukların birbirlerinden farkları ise bu belirtilerin süresi, zamanlaması ve nedenidir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Depresif bozukluklara, duygudurum spektrumunun sadece olumsuz boyutunu içerdiği için "tek uçlu bozukluk" da denmektedir.

Major depresif bozukluk

Depresif bozukluklar arasında en sık görüleni ve en şiddetli olanı major depresif bozukluk tur (MDB). En az bir major depresif epizodun varlığı ve manik ve hipomanik epizodların yokluğu durumunda MDB tanısı konulabilmektedir. MDB'nin duygusal, bilişsel, davranışsal ve fiziksel alanlarda belirtileri olabilir (bk. Major Depresif Bozukluk İçin DSM-5 Tanı Kriterleri).

Tablo 1. Major Depresif Bozukluk İçin DSM-5 Tanı Kriterleri

Birey, belirtilen kriterlerden en az beş tanesini (bir tanesi ilk iki maddeden birinden olmak koşulu ile), son iki hafta içerisinde yaşamış olmalıdır.

1. Üzgün ve depresif duygudurum
2. İlgi ve istekte belirgin azalma
3. Belirgin kilo kaybı
4. Uykuda bozulmalar
5. Psikomotor yavaşlama
6. Yorgunluk ve enerji kaybı
7. Değersizlik ve suçluluk hissi
8. Düşünme, odaklanma ve karar verme becerilerinde azalma
9. Tekrarlayan ölüm düşünceleri

Belirtiler neredeyse her gün, günün çoğunluğunda yaşanmalı ve belirtiler başka bir fiziksel durum ile ilişkili olmamalıdır.

Duygusal alanda, bireyler uzun süreli ve çok yoğun üzüntü, mutsuzluk ve hüzün yaşamaktadırlar. Geleceğe dair umutsuzluk ve korku, yaşamın neredeyse tüm alanlarına karşı ilgisizlik ve bunlardan haz alamama yine MDB'nin en önemli duygusal belirtileridir. Ayrıca, MDB'ye sahip bireyler kendilerine ya da yaşamlarındaki bireylere karşı kolaylıkla öfkelenebilirler (Winkler, Pjrek ve Kasper, 2005). Fiziksel alanda ise iştah kaybı, kilo vermeye çalışılmamasına rağmen ciddi miktarda kilo verme ya da kilo alma (Faulconbridge ve ark., 2009), normal zamanlara göre çok fazla uyuma ya da uyuyamama (Nutt, Wilson ve Paterson, 2008) gibi belirtiler görülmektedir. Birçok alanda görülen ilgi ve istek eksikliği cinsel yaşamda da görülmektedir. Depresyon tanısı almış bireylerin, cinselliği başlatma ve sürdürme konusunda zorlukları söz konusu olabilmektedir (Kennedy ve Rizvi, 2009). Bunların dışında bazı bireylerde vücudun çeşitli kısımlarında ağrı ve acı gibi somatik yakınmalar da bulunabilmektedir.



Şekil 1. Major depresif bozuklukta yoğun üzüntü ve mutsuzluk hakimdir.

Bilişsel alanda ise depresif bireylerin düşünme becerilerinde yavaşlama, konsantre olamama ve karar verememe gibi belirtiler görülmekte (Cella, Dymond ve Cooper, 2010), bu durum iş ve okul ala-

nındaki başarılarında düşüşe sebep olabilmektedir (Lepine ve Briley, 2011). Suçluluk ve değersizlik hisleri MDB'de sıklıkta görülmektedir. Bireyler herhangi bir başarısızlıkta sorumlu olsalar da olmasalar da tamamen kendilerini suçlama eğilimindedirler ve bu durum düşük benlik değeri ile birlikte görülmektedir (Zahn ve ark., 2015). Bireyler, gerçek dışı olumsuz değerlendirmeleri ile kendilerinin, çevrelerinin ve gelecek lerinin en olumsuz yanlarına odaklanmakta ve sıklıkla ruminasyon (bireyin içinde bulunduğu durumu tekrar tekrar düşünmesi) yapmaktadırlar (Beck, 1967). Bunların yanı sıra, MDB'de kendine zarar verme ve yaşamı sonlandırma düşüncelerine sıklıkla rastlanmaktadır. Yaşamdan alınan hazdaki azalma, suçluluk ve değersizlik hisleri ile birlikte yaşamın değersiz olduğu düşüncesi sıklıkla MDB olan bireylerde görülebilmektedir (Bolton, Pagura, Enns, Grant ve Sareen, 2010). Ölüm ve intihar ile ilgili düşünceleri, sadece bir arzu olarak kalabilmekte, ancak bazen somut intihar teşebbüsüne dönüşebilmektedir.

Davranışsal alanda ise en belirgin semptom, hareketlerin yavaşlamasıdır. MDB olan bireylerin konuşmalarında ya da hareketlerinde yavaşlama olabilmektedir ve buna psikomotor gerilik denmektedir. Bazen konuşmayı tamamen bırakan depresif bireyler olabilmektedir. Bazı diğer bireylerde ise, ajitasyon görülmektedir. Ajitasyon, bireylerin sabit duramadığı, volta attığı, ellerini sıktığı ya da kendi derilerini ya da bir kumaş parçası gibi nesneleri çekiştirdiği durumlara denmektedir.

MDB'nin başlangıcı herhangi bir yaşta olabilir, ancak genellikle başlangıç olasılığı ergenlik yıllarında oldukça artmaktadır. Yapılan çalışmalar MDB başlama yaşının ortalama olarak 32 olduğunu göstermiştir (Kessler, Merikangas ve Wang, 2007). MDB tanısı almış bireylerin bazıları yıllarca hiçbir belirti olmadan yaşamlarına devam ederken, diğerleri hiçbir zaman tam bir iyileşme dönemi yaşamayabilirler. Tanı alan bireylerin %40'ı MDB'nin başlangıcından yaklaşık üç ay sonra iyileşmeye başlamaktayken, %80'i bir yıl içerisinde iyileşmeye başlamaktadırlar. Daha önce MDB geçiren bireylerde, bozukluğun tekrar çıkma olasılığı yaklaşık olarak %40'tır (Monroe ve Harkness, 2011). Rahatsızlığın tekrar görülme olasılığı ise, iyileşme (remisyon) süreci ne kadar uzunsa o kadar azalmaktadır (Solomon ve ark., 2000). Yaşanılan epizod ne kadar ağır ise, tekrarlayan epizod sayısı ne kadar çok ise ve psikolojik rahatsızlığın başlangıç yaşı ne kadar erken ise MDB'nin tekrar görülme olasılığı da o derece yüksektir (Holzel, Harter, Reese ve Kriston, 2011).

MDB, sıklıkla başka psikolojik rahatsızlıklarla birlikte görülmektedir. MDB tanısı almış bireylerin büyük bir çoğunluğu yaşamlarının bir döneminde en az bir kaygı bozukluğunun tanı kriterlerini de karşılamaktadırlar (Kessler ve ark., 2007). Ayrıca, alkol ve diğer madde kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları ve sınır kişilik bozukluğu başta olmak üzere tüm kişilik bozuklukları, MDB ile birlikte görülebilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013; Swendsen ve Merikangas, 2000).

DSM'de ayrı tanı kategorisi olmayan, ancak MDB'nin alt kategorisi olarak görülen ve günlük hayatta sıklıkla duyulan iki psikolojik rahatsızlık türü ise mevsimsel duygulanım bozukluğu ile peripartum (postpartum) depresyondur. Bu bozukluklar MDB'nin birer alt türüdür. İnsanların duygudurumu genellikle hava durumundan etkilenmektedir. Mevsimsel duygulanım bozukluğunun en önemli özelliği sonbahar ya da kış döneminde başlaması, bahar ile birlikte iyileşmesidir. Son iki yıl içerisinde başka hiçbir psikososyal faktör etkisi olmaksızın, sadece hava değişimi ile MDB belirtileri gösteren bireylere, mevsimsel örüntü gösteren MDB tanısı konabilmektedir. Peripartum depresyon hamilelik zamanı ya da do-



Şekil 2. Kadınların birçoğu doğum zamanında hamilelik hüznü yaşarlar. Bir kısmı ise peripartum depresyon tanı kriterlerini karşılarlar.

gumdan birkaç hafta sonra başlayan depresyon tipine verilen isimdir. Sıklıkla postpartum tanımlaması ile aşina olunsa da DSM-5'te peripartum tanımı tercih edilmiştir, çünkü bu depresyon çeşidi sadece doğum sonrası başlamamaktadır (postpartum doğum sonrası anlamına gelmektedir). Bu nedenle, uzmanlar "doğum ile birlikte" anlamına gelen peripartum kelimesini tercih etmektedirler. Kadınların çok büyük çoğunluğu, hormonlar sebebi ile hamilelik sırasında ya da doğumun hemen ardından duygusal değişim yaşarlar. Buna "hamilelik hüznü" ya da "bebek hüznü" ismi verilir. Duygudurumdaki bu değişim kısa süre içerisinde, tedaviye gerek kalmadan kendi kendine düzelmektedir. Ancak bazı kadınlarda bu duygudurum değişimi MDB tanısı alabilecek boyuta varabilmektedir (Langan ve Goodbred, 2016).

Eğer bir kadın, hamilelik sırasında ya da doğumun ardından dört hafta içerisinde depresif belirtiler gösterirse, doğum zamanı başlangıçlı MDB tanısı alabilir. Genel MDB tanısının yanı sıra peripartum depresyonda anneler bebekleri sebebi ile olan yükün altında eziliyorlarmış gibi ya da boşlukta hissedebilirler. Ayrıca, bebeklerinden kopuk hissedebilirler, bu durum da genellikle suçluluk hissetmelerine ve annelikten keyif alamamalarına neden olabilmektedir.

Süregiden depresyon bozukluğu (Distimi)

Süregiden depresyon bozukluğu (SDB), iki yıldan daha uzun süren kronik depresif bozukluktur. MDB'de bireyler, depresif epizodun ardından iyileşme (remisyon) dönemine girerlerken, SDB'de belirtiler kroniktir. Bazı bireylerde belirtiler, MDB'deki kadar ağır olabilirken, diğerlerinde daha hafif görülebilir ve bozukluğun bu şekline distimi de denmektedir. SDB tanısı konabilmesi için, bireylerin en az iki yıl süreyle, günlerinin çoğunluğunda depresif duygudurumunda olmaları ve bunun dışında iştahsızlık ya da aşırı yeme, uyku problemleri, enerji azlığı, düşük benlik saygısı, düşük konsantrasyon ve umutsuzluk hisleri belirtilerinden en az iki tanesini karşılamaları gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). MDB tanısı konulabilmesi için, daha çok belirti içerisinden beş tanesinin karşılanması gerekirken, SDB'de daha limitli bir belirtiler listesi içerisinden iki tanesinin görülmesi tanının konması için yeterlidir. Distimide şikayetlerin çok uzun süreler boyunca yaşanıyor olması, bireylerin bunu kendi kişilikleri olarak algılamalarına, çevreleri tarafından da sürekli memnuniyetsiz ve mutsuz bireyler olarak algılanmalarına sebep olabilmektedir. Belirtiler, bireylerin kişilik özellikleri zannedildiği için de tedavi almalarında gecikme yaşanması söz konusu olabilir. SDB genellikle erken başlangıçlıdır (21 yaş öncesi) ve fark edilmesi genellikle uzun sürebilir. SDB'nin süresi ortalama 4-5 yıl olmakla beraber, 20 yıl ve daha fazla süren vakaların olduğu da bilinmektedir (Klein, Shankman ve Rose, 2006).

Premenstürel (adet öncesi) disforik bozukluk

DSM-5 ile birlikte tanı kategorileri arasına giren bir diğer psikolojik rahatsızlık ise premenstürel disforik bozukluktur (PDB). PDB tanısı için, menstürel döngülerin çoğunda, adet başlangıcının bir hafta öncesinde, belirgin duygu geçişleri, belirgin huzursuzluk ve öfke, artan kişilerarası problemler, depresif duygudurum ve kaygı, aktivitelere karşı isteksizlik, konsantrasyon güçlüğü, enerji azlığı, iştah değişikliği, uyku problemleri, kontrolü yitirme hissi ya da göğüs hassasiyeti, kas ve eklem ağrıları, şişkinlik gibi fiziksel belirtilerden en az beş tanesinin bireyde görülmesi gerekmektedir. PDB, halk arasında da oldukça bilinen adet öncesi sendromun daha ağır bir şeklidir. Adet öncesi semptomlar genellikle kadınların günlük işlevselliğini düşürmektedir. Bazı kadınlarda ise adet öncesi semptomlar, MDB kadar engelleyici olabilmekte ve kadınların en üretken yıllarının yaklaşık üç bin günü ağır belirtiler ile geçmektedir (Rapkin ve Winer, 2009). PDB'nin yeni bir tanı kategorisi olarak DSM-5'e eklenmesi ile kadınların yaşadıkları zorluklara dikkat çekilmesi ve gerekli tedavinin kadınlara ulaştırılabilmesi amaçlanmıştır. Ancak, PDB'nin tanı kategorisi olması tartışmalı bir durumdur. İlk olarak adet öncesi dönemdeki normal davranışlar ile anormal davranışlar arasındaki sınırı çizmek çok zordur. Birçok kadın adet döneminde birçok fiziksel ve psikolojik belirti yaşar. Bazı dönemlerde bu belirtiler yaşamlarındaki işlevsellikte düşüşe sebep olur ancak çoğunlukla bunlar normal durumlardır. Duruma karşı çıkan bilim insanları, fiziksel bir durumdan kaynaklanan belirtiler için kadınların psikolojik bir rahatsızlık ile etiketlenmesinin adil olmadığını savunmaktadırlar (Browne, 2015). Bu durum kadınların stigmatize edilmesine sebep olma potansiyeline sahiptir. Çünkü, ciddi adet dönemi semptomları yaşayan kadınlar direkt olarak psikolojik bozukluk ile damgalanabilirler. Eğer kadınların adet sebebi ile yaşadıkları zorluklara dikkat çekilmesi ve gerekli yardımı alabilmeleri sağlanmak isteniyorsa bunun için durumun hastalık olarak görülmesinden ziyade toplumun kadının yaşadığı zorluklar ile ilgili algısının ve davranışlarının değiştirilmesinin gerekliliği savunulmaktadır.



Şekil 3. Kadınların büyük çoğunluğu adet öncesi sendrom yaşamaktadır ve kadınların en üretken yıllarının birçok günü ağır belirtiler ile geçebilmektedir.

Depresif Bozuklukların Epidemiyolojisi

MDB, psikolojik rahatsızlıklar arasında en sık görülendir ve Dünya Sağlık Örgütü'ne (2018) göre depresyon dünya çapında en önde gelen engellilik ve maluliyet nedenidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan araştırmalar MDB'nin yaşam boyu yaygınlık oranının ortalama olarak %16,6 olduğunu ortaya koymuştur (Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky ve Wittchen, 2012). Bununla birlikte, MDB'nin 12 aylık yaygınlık oranı ise %6,7 olarak bulun-



Şekil 4. Depresif bozukluk günümüzde en sık görülen psikolojik rahatsızlıktır. Bu sebeple sanatın her dalında karşımıza çıkmaktadır.

muştur (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas ve Walters, 2005). Uzmanlar bu vakaların yaklaşık üçte birinin ağır vakalar olduğunu belirtmişlerdir. Yetişkinler dışındaki popülasyona bakıldığında 13 yaş altı çocuklarda depresyon görülme sıklığının %2,8, 13-18 yaş arasındaki ergenlerde ise %5,6 olduğu görülmüştür (Costello ve ark., 2006). Depresif bozuklukların görülme sıklığı artmakta ve görülme yaşı giderek düşmektedir.

Günümüzde yapılan çalışmalar, depresif bozukluk tanısının, ilaç kullanımının ve depresyona bağlı intihar oranlarının arttığını ortaya koymaktadır (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2017; Twenge ve ark., 2010). Bu artışın önemli sebeplerinden biri günümüzde insanların ilişkiler ve anlamlı yaşam gibi içsel hedeflerdense statü ve para gibi dışsal hedeflere daha çok önem vermesidir (Myers, 2000; Twenge ve ark., 2010). Yani, materyalizmdeki artışın depresyon görülme sıklığındaki artış ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

MDB dışındaki depresif bozuklukların epidemiyolojisine bakıldığında, SDB'nin popülasyonun yaklaşık %4'ünü etkilediği (Conway, Compton, Stinson ve Grant, 2006) ve bu görülme sıklığının kadınlarda, erkeklere göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Bir başka araştırmaya göre ise yetişkin örnekleminde SDB görülme sıklığının %2,5 olduğu, en sık görülen yaş grubunun ise 45-59 aralığı olduğu bulunmuştur (Kessler ve ark., 2005). PDB, DSM'ye yeni eklendiği için epidemiyoloji bilgisi kısıtlı olmakla beraber kadınların yaklaşık %8'inin ciddi boyutta belirtiler yaşadığı, yaklaşık %3'ünün ise tanı alabilecek düzeyde belirtiler yaşadığı bilinmektedir (Tschudin, Bertea ve Zemp, 2010). DSM'de PDB'nin 12 aylık görülme sıklığının %1,8 ile %5,8 arasında değişmekte olduğu belirtilmiştir.

Depresif bozuklukların demografik değişkenlerle ilişkisine bakıldığında en önemli farklılık cinsiyette görülmektedir. Depresyon, kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görülmektedir ve bu durum dünyanın birçok ülkesinde benzerdir (Kessler, 2006; Seedat ve ark., 2009). Depresyonun cinsiyetler arasındaki oranları 13 yaşına kadar kız ve oğlan çocuklarında eşit olmasına rağmen, 13 yaş itibariyle kadınlarda depresyon görülme sıklığı artarken, erkeklerde aynı kalmaktadır. Bu durumun nedeni biyolojik nedenler olabileceği gibi pek çok psikolojik neden de araştırılmaktadır (Noble, 2005).

YAKIN BAKIŞ 1 Cinsiyet ve Depresyon

Depresyon, kadınlarda erkeklere göre yaklaşık iki kat daha sık görülmektedir (Kessler, 2006). Ömür boyu yaygınlık oranı kadınlarda %21,3 iken erkeklerde %12,7'dir (Kessler ve ark., 1993). Depresyonun görülme sıklığındaki cinsiyet farklılığı ergenlik yıllarında başlar ve orta yaşa kadar devam eder (Costello ve ark., 2008). Bazı kaynaklar bu farklılığın kadınların daha çok yardım araması ve duygularını ifade etmesi ile ilgili olabileceğini öne sürmektedir. Aynı doğrultuda erkeklerin ise duygusal olarak kendilerini kadınlar kadar ifade etmedikleri, psikolojik bozuklukla damgalanmaktan kaçındıkları için, kendilerini yeterince açmadıkları, bu nedenle de depresif bozukluk tanısının erkeklerde kadınlara göre az olabileceği düşünülmektedir. Ancak, bu önermeler bilimsel olarak güçlü bir dayanak bulamamıştır (McSweeney, 2004). Aksine, kadın erkek farkının gerçekten var olduğunu birçok çalışma ortaya koymuştur. Bir diğer önerme kadınlardaki hormonal değişimler ile ilgilidir. Hormonal değişimlerin kadınları depresyona daha yatkın hale getirdiği öne sürülmüş olsa da yapılan çalışmalar hormonal değişimlerin depresyona sebep olmadığını göstermiştir (Kessler, 2003). Kadınlar toplum içerisinde fiziksel ve cinsel taciz, cinsiyetçilik, eşitsizlik gibi birçok stresli yaşam olayına maruz kalmaktadır ve bunlar kadınların depresyona olan yatkınlıklarını arttırmaktadır (Harkness ve ark., 2010). Ayrıca, birçok evde kadınlar çocuk bakımı ve ev işleri gibi konularda erkeklerden daha fazla sorumluluğa sahiptir. Kadınları depresyona yatkın hale getiren bir diğer faktör ise ruminasyondur. Ruminasyon bireyin bir durum üzerinde sürekli düşünmesi olarak tanımlanabilir. Kadınlar erkeklere göre daha fazla ruminasyon yapmaktadırlar (Nolen-Hoeksema, 2012) ve ruminasyon depresyon belirtileri arasında sıralanmaktadır. Erkekler ise stresle baş etme yolu olarak dikkatlerini stres kaynağından başka yöne çekmeyi tercih etmektedirler (örneğin: arkadaşları ile dışarı çıkma, oyun oynama, film izleme gibi). Kadınların yaşamlarında stres kaynaklarının daha fazla olmasının yanı sıra, görüldüğü üzere stres ile baş etmede de kadınların kendilerini depresyona daha yatkın hale getirecek baş etme mekanizmaları seçtiği görülmektedir (Nolen-Hoeksema, 2012). Bir diğer bakış açısına göre ise kadınların toplumsal cinsiyet rollerindeki eşitsizlik sebebi ile kendilerini yaşamları üzerinde kontrol sahibi hissetmemeleri ile ilgilidir. Kültürel olarak empoze edilen bağımlılık ve pasif olma durumu kadınlarda kontrol sahibi olmama ve çaresizlik hislerine neden olabilir. Bu durum da depresyona daha yatkın olmalarına temel oluşturabilir (Barlow ve ark., 2013; Suárez ve ark., 2009).

Bunlara rağmen, depresyon tanısındaki cinsiyet oranı farkının son yıllarda azaldığına dair bulgulara da rastlanmaktadır. Bunun nedeni ise kadınların geleneksel cinsiyet rollerinden çıkıyor olmaları olabilir (Seedat ve ark., 2009).

MDB'nin yaş ile ilişkisi incelendiğinde, depresif belirtilerin en çok ergenlikte ve erken yetişkinlikte ortaya çıktığı görülmektedir (Sutin ve ark., 2013). Bu yıllar hem ergenlikten genç yetişkinliğe geçiş hem de üniversite ya da iş yaşamına başlama yıllarıdır. Bu demek oluyor ki bireylerin yaşamında daha çok sorumluluk gerektiren köklü değişimler olmaktadır.

Ayrıca, birçok psikolojik rahatsızlığın bu yıllarda başladığı bilinmektedir (Kessler ve ark., 2007). Bu nedenlerle, epidemiyoloji çalışmalarında, ergenlik döneminin MDB dahil olmak üzere tüm psikolojik rahatsızlıklarda en yüksek yaygınlık oranlarına sahip olduğu bilinmektedir (Auerbach ve ark., 2018). Bunun yanısıra, ergenlik yıllarında depresyonun görülme sıklığında cinsiyet farklılıkları görülmeye başlamaktadır. Daha öncesinde cinsiyet farkı yok iken, ergenlikten itibaren depresyon kızlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir (Hankin ve Abrahamson, 2001). Ayrıca, altmış yaş ve üzeri bireylere bakıldığında, bu bireylerin MDB belirti düzeyinin genç yetişkin ya da yetişkinlik dönemindeki bireylere göre daha düşük olduğu görülmektedir (Kessler ve ark., 2005).

Depresyonun epidemiyolojisi ele alınırken göz önünde bulundurulması gereken önemli bir diğer konu ise kültürdür. Depresyonun ya da herhangi bir psikolojik rahatsızlığın epidemiyolojisinde kültürlerarası farklılığa bakabilmek için o rahatsızlığın diğer tüm kültürlerde aynı şekilde algılanıyor ve yaşanıyor olduğundan emin olunması gerekmektedir. Dünya çapında kullanılan tanı kriterleri Batı kültürünün bir ürünüdür ve bu kültürdeki insanların psikolojik rahatsızlıkları yaşayış biçimi ele alınarak hazırlanmaktadır. Yapılan birçok çalışma göstermektedir ki, dünyanın birçok yerinde depresif bozukluklarda görülen benzerliklerin yanı sıra, farklılıklar da söz konusudur (Kleinman, 2004). Kültürün psikolojik rahatsızlıklar üzerindeki etkisini en net görebileceğimiz örneklerden biri Çin'dir. Geçmişte yapılan çalışmalarda Çin'de depresyon görülme sıklığının yalnızca %2,3 olduğu görülmüştür; ancak Kleinman (1982) yaptığı kapsamlı çalışmalarla yorgunluk, uyku problemleri, kas ağrısı, baş ağrısı gibi belirtilerle sinir zayıflığı (Neurasthenia) tanısı (yorgunluk, uyku problemleri, kas ağrısı, baş ağrısı vb.) konmuş 100 hastayı değerlendirmiş ve bu bireylerin %87'sinin aslında depresyon belirtileri gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu doğrultuda yapılan bir çalışmada depresyon tanısı alan Çinli hastaların %60'ının somatik belirtileri en önemli şikayetleri olarak belirttikleri görülmüştür, bu oran Avrupalı katılımcılar için %13 olarak bulunmuştur (Parker, Cneah ve Roy, 2001). Bu bilgiler göstermektedir ki, psikolojik rahatsızlıkların belirtileri kültürlere göre değişebilmektedir ve tanı ve tedavi üzerinde çalışırken depresif bozukluklarda ve diğer psikolojik rahatsızlıklarda kültür konusunda duyarlı olmak ve o kültürde rahatsızlığın daha çok hangi belirtiler ile karakterize olduğunun bilinmesi oldukça önemlidir.

Kültürel farklılıkların bir göstergesi olarak depresyonun dünya çapında sıklığına bakıldığında, oldukça değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Bu değişkenliğin sebebi kültürlerin bireycilik ve toplulukçuluk özelliklerindeki farklılıklar olabilir. Ancak, bir önceki paragrafta açıklandığı üzere semptomlarda bulunan farklılıklar sebebi ile bazı kültürlerde tanı olması gerekenden daha az koyuluyor olabilir. Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı bir çalışmada en düşük yaşam boyu yaygınlık oranı %6,6 ile Japonya'da görülmüştür. En yüksek oran ise %21 ile Fransa'da görülmüştür. Ayrıca, 12 aylık yaygınlık oranlarına bakıldığında en düşük oran yine Japonya'da (%2,2) iken, en yüksek oranın Brezilya'da (%10,4) olduğu bulunmuştur (Kessler ve Bromet, 2013). Türkiye'deki epidemiyoloji çalışmaları, ABD ya da diğer ülkelerde olduğu gibi sistematik değildir. Ülke çapında, sistematik bir metodoloji ile yapılan tek çalışma "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" çalışmasıdır. Çalışma, Sağlık Bakanlığı tarafından, 1989 yılında 7479 kişi ile yürütülmüştür. Bu çalışmada Türkiye'de 12 aylık depresif epizod yaygınlığı kadınlarda %5,4, erkeklerde %2,3, tüm nüfusta %4 olarak bulunmuştur (Erol, Kılıç, Ulusoy, Keçeci ve Şimşek, 1998). Çocuk ve ergenler ile yapılan bir çalışmada, yaygınlık oranı herhangi bir psikolojik rahatsızlık için %4,2 ve

MDB için %1,55 olarak bulunmuştur (Demir, Karacetin, Demir ve Uysal, 2011). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada, İzmir ilinde yaşayan 5 242 kişi ile araştırma yürütülmüş ve MDB'nin bir yıllık görülme oranı %8,2 olarak bulunmuştur (Topuzoğlu ve ark., 2015). Bu çalışmada eğitim düzeyi ve geliri düşük, işsiz ve sigortasız olan bireylerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Depresif Bozuklukların Etiyolojisi

Psikolojik rahatsızlıkların oluşumunda biyolojik, psikolojik ve sosyal birçok etmen rol oynamaktadır ve psikolojik rahatsızlıklar bu üç etmenin karmaşık etkileşiminden ortaya çıkmaktadır. Bu bilgiler ışığında bu bölümde depresif bozuklukların etiyolojisi; biyolojik, psikolojik ve sosyal açılardan ele alınacaktır. Ancak, belirtilmesi önemli olan nokta şudur ki, yapılan çalışmalar çoklukla MDB'nin etiyolojisi üzerinedir.

Biyolojik faktörler

Genetik faktörler

Genetik faktörler, bireylerin depresif bozukluk geliştirmesinde önemli bir role sahiptir. Günümüzde en sık başvurulan genetik araştırmalar, ikiz çalışmalarıdır. Depresif bozukluklarda yapılan çalışmalara göre tek yumurta ikizlerinde depresif bozuklukların eş zamanlı oluş oranı, çift yumurta ikizlerinde eş zamanlı oluş oranının iki katıdır (Kendler ve ark., 1993; Sullivan, Neale ve Kendler, 2000). İkiz araştırmaları, MDB'nin kalıtsallığının %31 ila %42 arasında değiştiğini göstermektedir (Sullivan ve ark., 2000). Ayrıca, depresif bireyler ve kontrol grubunun birinci dereceden akrabaları depresif bozukluğa sahip olma oranları açısından karşılaştırıldıklarında, depresif bireylerin ailelerinde, kontrol grubunun ailelerine göre iki ila üç kat daha fazla depresif bozukluk tanısının olduğu ortaya konmaktadır (Lau & Eley, 2010; Levinson, 2006). Eğer bir bireyde şiddetli depresif belirtiler, erken başlangıçlı depresyon ya da tekrarlayan depresyon var ise bu bireyin yakın akrabalarında depresif bozukluk görülme ihtimali oldukça yüksektir (Kendler, Gatz, Gardner ve Pedersen, 2007). İkiz ve aile araştırmaları, genetik faktörlerin MDB üzerindeki etkisinin orta düzeyde olduğuna işaret etmektedir.

Araştırmacılar, depresif bozukluklarla ilişkili olan genleri ortaya çıkarabilmek için çabalamaktadırlar (Zhang ve ark., 2014). Ancak, birçok farklı gen, çevresel risk faktörleri ile etkileşime geçerek depresif bozukluklara neden olmaktadır ve bu sebeple rahatsızlıklardan sorumlu tek bir gen bulabilmek oldukça zordur. Yapılan bir araştırmada, duygudurumu düzenlemede görevli bir nörotransmiter olan serotoninin düzenlenmesinde rol alan belirli genlerin varyasyonlarının yüksek depresyon riski ile ilişkili olduğu ortaya konmaktadır (Karg ve ark., 2011). Serotoninin transferinde ve geri alımında sorumlu olan bu gende, iki aleli de kısa olan bireylerin, iki aleli de uzun olan bireylere göre MDB tanısı alma oranının iki kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Caspi ve ark., 2003). Ayrıca, geninde iki kısa aleli olan ve çocukluğunda kötü muameleye maruz kalmış bireylerin, geninde iki kısa aleli olan ancak çocukluğunda kötü muameleye maruz kalmamış bireylere göre MDB tanısı alma oranının iki kat olduğu bulunmuştur (Caspi ve ark., 2003). Bu sonuçlar, depresif bozukluklarda biyolojik ve çevresel faktörlerin etkisinin birlikte görüldüğünü vurgulamaktadır (Caspi ve ark., 2003). Bir başka çalışmada, hipotalamus-hipofiz adrenal ekse-

nin (stresli olaylara verilen tepkileri düzenler) çalışmasını düzenleyen gen olan glukokortikoid reseptör geni ile yapılmıştır. Bu gen üzerindeki farklı varyasyonlar ile farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bir çeşit gen varyasyonuna (22/23 EK) sahip olan bireylerde, çocukluk dönemi olumsuz yaşantıları var olduğunda, olumsuz yaşantıların tek başına var olduğu duruma göre daha fazla depresif belirtiler görülmüştür (Bet ve ark., 2009). Bu gen üzerindeki başka bir varyasyona (BclI) sahip olan bireylerde ise çocukluk döneminde olumsuz yaşantılar olsa bile bu bireylerde depresif belirti seviyesinde artış görülmemiştir. Bu demek oluyor ki, bu gen varyasyonu depresyona karşı koruyucu rol oynamaktadır.

Teknolojinin ilerlemesi ile birlikte genetik araştırmaların hızla ilerlemesi beklenmektedir ve gelecekte depresif bozukluklarla ilişkili olan belirli genlerin belirlenmesi umut edilmektedir. Eğer bu durum mümkün olursa, bireylerin depresif bozukluğa yakalanma ihtimalinin var olup olmadığı genetik belirteçler sayesinde bilinebilecek, depresyonun önlenmesi ve tedavisi daha kolay hâle gelebilecektir.

Nörotransmiterler

Depresif bozuklukların biyolojik kökeni ile ilgili yapılan araştırmaların birçoğu beyindeki nörotransmiterler üzerinedir. Nörotransmiterler beynin çeşitli kısımlarının kendi içerisinde ya da birbirleri ile iletişim kurmasını koordine eden biyokimyasal yapılardır. Nörotransmiterler içerisinde depresif bozukluklarla en çok ilişkili bulunanlar serotonin, dopamin ve norepinefrindir. Serotoninin en önemli görevlerinden biri, duygusal tepkileri kontrol etmektir ve yüksekliği huzur ve iyimserlik ile ilişkilidir. Eğer serotonin seviyesi, dopamin ve norepinefrin seviyesine göre daha düşük olursa, bu durumun duygudurum bozukluklarına yol açtığı bilinmektedir. Serotonin seviyesi düşük olduğunda diğer nörotransmiterler serbestçe dolaşabilmekte ve duygudurumda düzensizliklere neden olmaktadır. Bu durum, belirli bir nörotransmiterin tek başına beyinde bulunma oranından çok, diğer nörotransmiterler ile oranının duygudurum bozukluklar üzerinde daha etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Carver, Johnson ve Joormann, 2009). Serotoninin depresyon üzerindeki rolü ile ilgili hipotezler oldukça eskidir ve depresyonun tedavisinde serotonin üzerinde çalışan ilaçlar kullanılır ancak düşük serotonin seviyesinin direkt olarak depresyona neden olması gibi basit bir durum söz konusu değildir. Bazı araştırmacılar, serotonin-depresyon ilişkisinin bu kadar öne çıkarılmasının nedeninin ilaç şirketleri ile ilgili olduğunu öne sürmektedir (Cowen, 2008). Sadece serotonin düzeyindense beyinde çeşitli nörokimyasalların dengesindeki bozulmadan bahsetmek çok daha doğru olacaktır.

Kronik stresin ise dopamin seviyesini düşürerek, depresif belirtilere neden olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Thase, 2009a). Dopamin, haz ve ödül deneyiminde önemli rol oynamaktadır. Yapılan bir çalışmada, laboratuvar ortamında strese maruz bırakılmalarının ardından depresif belirtiler gösteren farelerin beyinlerinin limbik sistem ve frontal korteks kısımlarındaki norepinefrin, serotonin ve dopamin miktarlarında düşüş olduğu gözlemlenmiştir. Nörotransmiter oranlarında düşüş gözlemlenmeyen farelerin ise depresif belirtilerinin olmadığı görülmüştür (Lanfumey, Mongeau ve Cohen-Salmon, 2008).

Nörotransmiterlerin, yapılan birçok çalışmaya rağmen depresif bozukluklar üzerindeki etki mekanizması henüz tam olarak çözülebilmiş değildir. Depresif bozukluklar gibi içeriğinde birçok farklı işlevde bozukluğun söz konusu olduğu kompleks bir psikolojik rahatsızlığın, sadece

birkaç nörotransmiterin seviyesindeki azalma ile açıklanamayacağı bilinmektedir ve biyopsikososyal bakış açısı ile bu alandaki araştırmalara devam edilmektedir.

Nöroendokrin sistem

Endokrin sistem ile ilgili çalışmalar, bilim insanlarının bu sistem ile ilgili hastalıkları olan bireylerin aynı zamanda depresif belirtiler gösterdiğini fark etmeleri ile başlamıştır. Örneğin, adrenal korteksi etkileyen hipotrioidi ya da Cushing sendromlu kişilerde bu durumun aşırı miktarda kortizol salınımına ve depresyona sebep olduğu gözlemlenmiştir. Hipotalamus-hipofiz-adrenal eksen (HHA), endokrin sistemi koordine eden bir sistemdir. Duygudurum bozuklukları ile HHA ilişkisinde en çok kortizol hormonunun etkisi üzerinde durulmaktadır. Kortizol hormonu, adrenal bezinin en dış kısmı tarafından salgılanan ve karmaşık bir döngü ile düzenlenen bir hormondur. İnsanlar stresli bir yaşam olayı yaşadığında, HHA eksenindeki aktivitede artış olmaktadır. Bu aktivite artışının sonunda kortizol salınımı olmaktadır. Kortizol artışı, kısa vadede insan yaşamı için faydalıdır çünkü stres verici yaşam olayları ile baş etmeye yardımcı olur. Ancak, stres hormonunun uzun süre boyunca yüksek olması; yüksek tansiyon, kalp hastalığı gibi olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir (Stetler & Miller, 2011). Ayrıca, beynin hipokampüs adı verilen yapısında küçülmeye neden olduğu görülmüştür. Hipokampüs, stres hormonunu kontrol eden ve hafıza gibi bazı bilişsel fonksiyonları yerine getiren bir yapıdır. Yapılan çalışmalar, stres hormonuna uzun süreli maruz kalmanın, hipokampüsteki yeni nöronların oluşumunu etkileyerek depresyona sebep olabileceğini düşündürmektedir (Snyder, Soumier, Brewer, Pickel ve Cameron, 2011). Yapılan yeni çalışmalar, spor yapmanın beyinde yeni hücrelerin oluşumunu arttırdığını ortaya koymaktadır (Speisman, Kumar, Rani, Foster ve Ormerod, 2013). Spor yapmanın insanların daha olumlu hissetmeleri ve daha az depresif hissetmeleri bu mekanizma sebebiyle olabilir. Ancak bundan emin olunması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Beyin görüntüleme çalışmaları

Depresif bozuklukların biyolojik kökeni ile ilgili en yeni araştırmalar beyin görüntüleme çalışmalarıdır. Günümüzdeki ileri teknoloji, bilim insanlarının psikolojik rahatsızlığa sahip bireylerin beyinlerini farklı metotlar ile görüntüleyebilmelerine olanak sağlamaktadır. Bu görüntüler genellikle PET ya da fMRI gibi fonksiyonel görüntüleme teknikleri ile elde edilmektedir. Çalışmalar depresif belirtilerin genellikle beynin çeşitli bölgelerindeki yapısal değişiklikler ve anormal aktivite örüntüleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Gotlib ve Hamilton, 2008). Beynin duygular ile ilgili kısımları oldukça karmaşık yapıda olmakla birlikte temel olarak limbik sistem, prefrontal korteks ve anterior singulat korteks kısımları duygular ile ilintilidir. Depresif bireylerde prefrontal korteksin beynin sol ve sağında kalan kısımlarındaki aktivasyonunda asimetri görülmektedir. Bu bireylerde beynin sol yanında normale göre daha az aktivite, beynin sağ kısmında ise normalden daha fazla aktiviteye rastlanmaktadır (Davidson, Pizzagalli ve Nitschke, 2009). Bu sonuçlar, depresyonun iyileşme döneminde olan kişilerde ve depresif bozukluk geliştirme riski olan çocuklarda da tekrarlanmıştır (Bruder ve ark., 2007; Stewart ve ark., 2010). Prefrontal korteksin sol kısmındaki aktivite azlığının olumlu duygulanımdaki azalma ile, sağ kısmındaki aktivite artışının ise olumsuz duygulanımdaki artış ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Pizzagalli ve ark., 2002). Ayrıca, prefrontal korteksin sol kısmında olan dorsolateral kortekste aktivite azlığı dikkat çekmektedir. Beynin bu kısmında herhangi bir problem olan bireylerde, düşük bi-

lişsel kontrol gözlemlenmektedir (Disner, Beevers, Haigh ve Beck, 2011). Depresif bireylerin bilişleri üzerindeki kontrollerindeki azalma dorsolateral kortekste aktivite azlığı ile ilişkili olabilir. Orbital prefrontal korteks beynin ödül ile ilgili olan kısmıdır ve depresif bireylerde bu bölgede küçülme gözlemlenmektedir (Haber ve Knutson, 2010). Beynin ödül sistemi haz veren aktiviteleri yapmaya devam etmemizi sağlayan ve ödüllendirilmiş hissetmemizi sağlayan kısımdır. Bu demek oluyor ki, ödül sistemi ile ilgili olan orbital prefrontal korteksteki küçülme bireylerin aktivitelerden haz almaması ile ilişkili olmaktadır. Anterior singulat korteks, dikkat ve duygular arasında bağlantı sağlamaktadır. Bireylerin nesnel duygularına odaklanmalarına ve duyguları ve davranışları arasındaki bağı fark etmelerine yardımcı olur. Depresif bireylerde anterior singulat kortekste aktivite azlığı ve bölgede küçülme belirgindir (Davidson ve ark., 2009). Yani depresif bireyler, davranışlarının hangi duygulara neden olduğunu farketmekte güçlük yaşayabilmektedirler. Son olarak ise depresif bireylerde amigdalada yüksek aktivite görülmektedir. Amigdala, tehdit ve tehlike algısı ile ilgili bölgedir ve bu bölgedeki aşırı aktivite kişilerin olumsuz yaşam olaylarına karşı aşırı hassas olmaları ve durumdan depresif olmayan bireylere göre daha fazla etkilenmeleri ile ilişkili olabilmektedir (Disner ve ark., 2011).

Psikososyal faktörler

Stresli yaşam olayları

Günlük yaşantı içerisinde herkes stresli yaşam olayları ile karşılaşmaktadır. Bu yaşam olayları sevilen birinin kaybı, romantik ilişkinin sonlanması, derslerde ya da iş yaşamında başarısızlık, bireyin kendisinin ya da sevdiği birinin sağlık problemleri yaşaması gibi durumları içerebilir. Stresli yaşam olaylarının olumsuz etkisi neredeyse tüm psikolojik rahatsızlıklar üzerinde görülmekle beraber, depresif bozukluklarda etkisinin oldukça yüksek olduğu, rahatsızlığın başlangıcını tetiklediği ve rahatsızlıkta sürdürücü etmen olduğu bilinmektedir (Kendler ve ark., 2010; Risch ve ark., 2009). MDB olan bireylerin neredeyse %80'i, bozukluklarının başlangıcından önce stresli bir yaşam olayı yaşadıklarını belirtmektedirler (Mazure, 1998). Ayrıca, stresli yaşam olayları vakaların yaklaşık %20 ila 50'sinde depresyona sebep olmaktadır (Hammen, 2005). Şiddetli boyutta stresli yaşam olayları genellikle yaşanan ilk epizod üzerinde tekrarlayan depresyonun sonraki epizodlarına göre daha etkilidir (Monroe ve Harkness, 2005). Düşük şiddette stresli olan yaşam olayları ise, ilk başlangıç depresyonundansa, tekrarlayan depresyonun ortaya çıkışında daha etkilidir (Stroud ve ark., 2011). Kronik stres ise depresyonun hem başlangıcında hem sürdürülmesinde hem de tekrar görülmesinde önemli rol oynamaktadır (Hammen, 2005).

Stresin, depresyon üzerinde yadsınamaz bir etkisi söz konusudur. Ancak, unutulmamalıdır ki, MDB olan her bireyde rahatsızlık, stresli bir yaşam olayının ardından başlamamıştır. Aynı şekilde, stresli bir yaşam olayı yaşayan her birey MDB geliştirmemektedir. Yapılan çalışmalar strese maruz kalan insanların yaklaşık %20'sinin depresif bozukluk geliştirdiğini ortaya koymaktadırlar (Kendler, Hettema, Butera, Gardner ve Prescott, 2003). Baş etme becerileri, sosyal destek, genetik yatkınlık gibi birçok etmen stres üzerinde etkilidir ve adaptif baş etme stratejileri, yeterli sosyal destek gibi bireysel kaynaklara sahip olan bireylerin stresli yaşam olayının ardından depresyona yakalanmama ihtimalleri yüksektir. Benzer şekilde, geçmiş yaşantısında çocukluk dönemi suistimali olan, adaptif olmayan baş etme becerileri olan, güçlü sosyal destek mekanizması olmayan bireylerin ise stresli bir yaşam olayının ardından MDB geliştirme ihtimalleri yüksektir

(Monroe ve Reid, 2009). Strese biyolojik yatkınlık modelinde (diathesis-stress model) de belirtildiği üzere bireylerin doğuştan getirdikleri yatkınlıkları söz konusudur. Bu yatkınlık, çeşitli stres faktörleri ile buluştuğunda ortaya psikolojik rahatsızlıklar çıkmaktadır. Yatkınlık çok yüksek ise, düşük derecede stres ile psikolojik rahatsızlık gelişebilirken;, yatkınlık düşük olduğunda yüksek şiddetli stresli olaylarda bile bireyler depresyon geliştirmeyebilir (Eberhart ve Hammen, 2010). Ayrıca, bireyin geçmişinde yaşanmış olan stresli ve olumsuz yaşam olayları da bireyin yetişkinliğinde depresyona yatkın olmasına neden olmaktadır. Geçmişteki yaşam olayları, aile tarafından ihmal edilme, istismar, aile içi olumsuz ilişkiler gibi durumlar olabilir (Shapero ve ark., 2014).

Stres ve depresyon arasındaki ilişki oldukça güçlü olmakla beraber, iki kavram arasındaki sebep-sonuç ilişkisinin iki türlü de görülebildiğine dair çalışmalar söz konusudur. Çoğunlukla akla, stresin depresyona neden olduğu gelse de depresif yapı da daha fazla strese neden olabilmektedir. Örneğin (Hammen, 2006), depresif epizodda olan ve özgüveni düşük olan, ancak yakın ilişki yaşamak isteyen bir birey, kendisinin sevilmeye layık olmadığını düşündüğü için, sadece yakın ilişki yaşayabilmek amacıyla suistimal edildiği ya da tehlikeli olabilecek ilişkiler içerisine girebilir. Bu tarz ilişkiler içerisine girmek de bireyin stres seviyesinin artmasına neden olacaktır (Kendler, Jaffee ve Romer, 2011). Yani, birey depresyonda olduğu için de yaşamındaki stres seviyesini arttırabilir.

İlişkiler ve sosyal destek

Depresif bozukluklar, kişilerarası ilişkiler ve kişilerarası stres ile oldukça yakından ilişkilidir (Sheets ve Craighead, 2014). İlişkiler; depresif bozuklukları, sosyal etkinliklere katılma, sosyal destek alma gibi farklı mekanizmalar üzerinden etkiler. Yapılan araştırmalar, olumsuz sosyal ilişkilerin depresyon ve intihar ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Holma, 2010; Yalçın, 2014). Sosyal ilişkiler içerisinde en önemli olanlardan biri, evlilik ilişkisidir ve birçok araştırma olumsuz giden bir evlilik ilişkisinin depresyonun başlangıcında rol oynadığını ortaya koymaktadır. Ayrıca, evlilik problemleri olan çiftlerde, evlilik terapisi ardından depresyon belirtilerinde azalma görülmektedir (Trudel ve Goldfarb, 2010). Problemli bir evlilik eşlerdeki depresif bozuklukları arttırması ile birlikte çocuklarda da depresif belirtilere neden olmaktadır (Clavarino ve ark., 2011). Yapılan boylamsal bir çalışmada (Choi ve Marks, 2008) 13 bin katılımcıdan, onar yıl ara ile üç kez veri toplanmıştır. Sonuçlar, evlilikteki çatışmaların depresif belirtileri hem doğrudan arttırdığını hem de örneğin, iş yaşamını ya da sosyal ilişkileri olumsuz etkilemesi gibi işlevsel bozulmalara neden olması üzerinden dolaylı olarak arttırdığını ortaya koymuştur. Evlilik problemleri ile depresyon arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğunu



Şekil 5. İlişkilerde algılanan sosyal destek bireyleri stresli yaşam olayların etkisinden korumakta ve depresyon geliştirme olasılıklarını azaltmaktadır.

söyleyen araştırmalar da bulunmaktadır. Evlilikteki problemlerin depresif belirtilere neden olmasının yanı sıra, çiftlerden birinin ya da ikisinin depresyonda olması da evlilik problemlerine neden olmaktadır (Bulloch, Williams, Lavorato ve Patten, 2009). Evlilik problemleri, düşük baş etme becerileri ile birleştiğinde kadınlar için erkeklere göre daha yıkıcı olabilmektedir. Kadınlar yakın ilişkilere erkeklerden daha fazla önem vermektedirler (Nolen-Hoeksema ve Hilt, 2009). Bu durum çoğunlukla kadınlar için koruyucu olsa da evlilikteki ya da yakın ilişkilerdeki problemler depresif belirtileri daha çok yordamaktadır.

Evlilik ilişkisinin yanı sıra, bireylerin yaşamlarındaki genel sosyal destek düzeyi de depresif belirtiler üzerinde oldukça etkilidir. Yapılan bir çalışma, yalnız yaşayan bireylerin, başka biri ile birlikte yaşayan bireylere göre depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir (Pulkki-Råback ve ark., 2012). Alandaki önemli çalışmalardan birinde, stresli yaşam olaylarına maruz kalan kadınlar içerisinde sosyal desteği olanların %10'u depresyon geliştirirken, sosyal desteği olmayan kadınların %37'sinin depresyon geliştirdiği bulunmuştur (Brown ve Harris, 1978). Yaklaşık 41 bin kişinin katıldığı güncel başka bir araştırmada algılanan sosyal desteğin depresyon ile yakından ilişkili olduğu, yaşlı bireylerde kadınların duygusal desteğe daha çok ihtiyaç duyarken erkeklerin daha çok fiziksel desteğe ihtiyaç duyduğu ortaya konmuştur (Grav, Hellzen, Romild ve Stordal, 2012). Sosyal desteğin ayrıca depresif bozukluğun iyileşme sürecini de hızlandırdığı bilinmektedir (Keitner ve ark., 1995).

Nörotisizm (Duygusal dengesizlik)

Kişilik özelliklerinden nörotisizm, depresyon ile neredeyse her zaman ve her koşulda ilişkili bulunmaktadır (Paulus, Vanwoerden, Norton ve Sharp, 2016). Nörotisizm, bireyleri başta depresyon olmak üzere birçok psikolojik rahatsızlığa yatkın hâle getirmektedir. Nörotisizm; doğuştan gelen, mizaç ile ilgili ve çoğunlukla sabit ve değiştirilemeyen bir kişilik özelliğidir. Nörotisizmi yüksek olan kişiler, olumsuz uyaranlara karşı aşırı hassas olurlar ve olaylara olduğundan daha fazla duygusal tepki verirler (McCrae ve Costa, 1999). Böylelikle, nörotisizmi yüksek olan bireyler olumsuz duyguların birçoğunu sıklıkla hissetme eğilimindedirler. Nörotisizm, ayrıca depresif belirtilerin iyileşme sürecinin daha yavaş ve daha zor olmasına da neden olmaktadır (Steunenberg, Beekman, Deeg, Bremmer ve Kerkhof, 2007).

Psikodinamik teori

Psikodinamik bakış açısına göre depresyon, kayıp ile ilişkilidir. Freud, depresyonu başkalarından ziyade, içe yöneltilmiş öfke olarak tanımlamıştır (Freud, 1917/1957). Bu öfke, birey kayıp yaşadığında ortaya çıkmaktadır. Kayıp, gerçek ya da sembolik olabilir. Gerçek kayıp, sevilen birinin ölmesi ya da bireyi terk etmesi şeklinde olabilir. Sembolik kayıp ise, örneğin bir öğrenci okulda başarısız olduğunu düşündüğünde yaşanabilir. Eğer birey sağlıklı bir yas süreci geçirirse kaybedilen kişiden ya da nesneden sağlıklı bir şekilde ayrılacaktır. Ancak, patolojik yasta birey sağlıklı ayrışma yaşayamaz ve bu depresyona neden olur. Patolojik yas, genellikle birey kaybedilen kişiye ya da nesneye karşı karmaşık (hem olumlu hem olumsuz) duygular hissediyorsa yaşanır. Birey kaybedilen nesne ya da kişi ile psikolojik bağını korumak istediği için onu içselleştirir ve tüm duygularını kendisine yöneltir. Bu duygular çoklukla öfke ya da düşmanlık olabilmektedir. Çünkü, birey ölen ya da terk eden kişiyi idealize eder ve kendisinin değersiz olduğu kanaatindedir. Bu nedenle, kendisine karşı öfke ve düşmanlık hisseder. Bu

nedenle psikodinamik görüş, depresyonun içe döndürülmüş öfke olduğunu öne sürmektedir (Freud, 1917/1957). Freud ile benzer şekilde Abraham da (1916/1948) depresyonun içe yöneltilmiş bir öfke olduğunu savunmaktadır. İçe yönelitilen öfke ise benlik saygısının düşmesine, bu da bireyin depresif hissetmesine yol açmaktadır. Bu doğrultuda yapılan çalışmalar da yaşanan herhangi bir kaybın depresyon ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Gutman ve Nemeroff, 2011; Kendler ve ark., 2003)

Davranışsal teori

Davranışsal teoriler, depresif belirtilerin olumlu pekiştirici davranışların eksikliği sebebiyle ortaya çıktığını savunmaktadır (Lazarus 1968; Skinner, 1953). Bireyler aktif ve hareketli olmak için herhangi bir içsel istek sahibi olmadıkları için kendilerini geri çekme eğilimine girerler. Bireyler, olumlu hissettiren davranışlar içine girmedikçe daha olumsuz hissetmektedirler, daha olumsuz hissettikçe de kendilerine iyi gelecek, olumlu hissettirecek davranışlar içerisine girme ihtimalleri de düşmektedir. Davranışçı bakış açısına göre, olumlu pekiştireçlerin eksikliği düşük benlik saygısı ve karamsarlık gibi belirtilere ve beraberinde depresif belirtilere sebep olmaktadır.

Bilişsel teori

Depresif bozukluklar daha çok duygusal ve davranışsal belirtiler ile öne çıksa da bilişsel teoriler bu belirtilerin sıklıkla bilişsel süreçler nedeniyle ortaya çıktığını öne sürmektedir. Bilişsel teori, depresif bozuklukların bireyin dünyaya ve kendisine bakış açısı sebebiyle ortaya çıktığını ve devam ettiğini öne sürmektedir. Bilişsel teoriye göre depresif bireyler, sürekli olarak olumsuz düşüncelere sahiptirler ve bu düşünceler olumsuz duyguları pekiştirmektedir. Beck (1967), bu olumsuz düşünceleri "depresyonun bilişsel üçlüsü" modeli ile açıklamıştır. Bu modele göre bireyler erken çocukluk yaşantılarında bilişsel şemalar oluşturmaktadırlar ve bu şemalar doğrultusunda ön yargılı ve çarpıtılmış düşüncelere sahip olurlar. Bu ön yargılı ve çarpıtılmış düşünceler nedeniyle de depresif belirtiler geliştirmektedirler. Bireyler üç ana alanda çarpık düşünceler geliştirirler. Bunlar; bireyin kendisi ile ilgili olumsuz inançları ("Ben değersizim."), çevreleri ya da dünya ile ilgili olumsuz inançları ("Dünya çok kötü bir yerdir ve kötülüklerle doludur.") ve gelecek ile ilgili olumsuz inançlarıdır ("Hiçbir zaman başarılı olamayacağım.").



Şekil 6. Aaron T. Beck, bilişsel teorinin ve terapinin önde gelen ismidir. Psikoloji bilimine katkısı oldukça fazladır.

Erken dönem olumsuz yaşantıları sebebiyle edindikleri bu inançlar nedeniyle bireyler, düşük benlik saygısına sahip olurlar ve en ufak bir başarısızlığın ya da hayal kırıklığının kendilerinin yetersizliğinin bir sonucu olduğuna inanırlar. Bu ufak başarısızlıkları, olduğundan daha büyük ve olumsuz olarak algılarlar. Günlük yaşantıları içerisinde olumsuz düşünceler ve duygular döngüsünü canlı tutacak hatalı çıkarımlar yaparlar. Beck, düşüncelerdeki bu durumlara, "bilişsel çarpıtmalar" demektedir (Beck Rush, Shaw ve Emery, 1979). Bilişsel çarpıtmalar, bi-



Şekil 7. Bilissel üçlü

reyin yaşam kalitesini düşürmekte ve bireyi depresyona yatkın hale getirmektedir. Beck'in teorisinde ele alınan belli başlı bilişsel çarpıtmalar; ya hep ya hiç düşünme tarzı, aşırı genelleme, olumluyu değersizleştirme, olumsuzu büyütme, "-meli -malı" düşünce tarzı'dır. Erken dönem yaşantılarından itibaren oluşan bu inançlar ve bilişsel çarpıtmalar, otomatik bir şekilde çalışmaya başlamaktadırlar ve bireyler uzun yıllardır bu düşüncelere sahip oldukları için, bunların yanlış olabileceğine dair herhangi bir kuşku duymazlar.

Beck, farklı rahatsızlıklara sahip bireylerin, birbirinden farklı temalarda bilişsel çarpıtmalara sahip olabileceğini de öne sürmüştür (Beck ve ark., 1987). Örneğin, depresif bozukluklarda sıklıkla görülen otomatik düşünceler genellikle kayıp, karamsarlık ve kendini küçük görme ile ilişkilidir. Yapılan araştırmalar depresif bireylerin, sağlıklı bireylere göre daha fazla çarpıtılmış düşünce kalıplarına sahip olduğunu ortaya koymuştur (Carson, Hollon ve Shelton, 2010; Gotlib, Joormann ve Foland-Ross, 2014). Son olarak, bireylerin ruminatif düşüncelere sahip olmasının ve ruminatif düşüncelerin olumlu olduğuna dair inancının olmasının depresif belirtileri arttırdığı görülmüştür (Yılmaz, 2016).

Bilişsel teoriler, genel olarak bireylerin geçmiş yaşantılarındaki olumsuz deneyimleri ve bunlar sebebiyle oluşan olumsuz şemaları sebebiyle olayları olumsuz olarak algılamaya meyilli hâle geldiğini ve bu durumun bireyleri depresyona bilişsel olarak yatkın hâle getirdiğini öne sürmektedir (Alloy ve ark., 2012; Beevers, 2005). Örneğin, yapılan bir çalışmada üniversite öğrencilerinden her beş ayda bir veri toplanmıştır ve depresyona bilişsel yatkınlıkları ve bu süre boyunca yaşadıkları olumsuz yaşam olayları takip edilmiştir. Yapılan ilk ölçümlerde depresyona bilişsel yatkınlığı tespit edilen bireylerin %16'sı ileriki zamanda major depresif bozukluk belirtileri gösterirken, depresyona bilişsel yatkınlığı az olarak tespit edilen bireylerin yalnızca %2,7'si major depresif bozukluk belirtileri göstermiştir (Alloy ve Abramson, 2006). Bu ve benzeri birçok çalışma depresyona karşı bilişsel yatkınlığın var olduğunu ortaya koymaktadır.

Öğrenilmiş çaresizlik ve umutsuzluk teorileri

Öğrenilmiş çaresizlik teorisi, Seligman ve Maier (1967) tarafından yapılmış çok ünlü bir deneyin sonuçları göz önünde bulundurularak ortaya konmuştur. Bu deneyde araştırmacılar, köpekleri ufak dozda elektrik şokuna maruz bırakmışlardır. Köpekler her kaçmak istediklerinde elektrik şoku uygulanmıştır. Ancak daha sonra köpeklere elektrik şoku verilmesi bırakılmasına rağmen, köpekler hiçbir şekilde kaçma denemesinde bulunmamışlardır. Yani köpekler çaresizliği öğrenmiş, kabul etmiş ve değişim için daha fazla çaba sarf etmemişlerdir (Seligman ve Maier, 1967). Seligman bu durumun insanlar için de aynı olduğunu öne sürmüştür. İnsanlar da geçmiş yaşantılarındaki olumsuzluklar nedeniyle şimdiki yaşantılarında kendilerini çaresiz hissederek

yaşamlarını daha iyi yönde geliştirebileceklerine inanmamakta, bununla birlikte depresif hissetmeye başlamaktadırlar (Seligman, 1975). Bu durum ise insanların kısır döngü içerisine girmesine neden olmaktadır. Başaramayacaklarını düşündükleri için çabalamayacaklar; çabalamadıkları için ise başarısız olacaklardır. Böylelikle, bu döngü içerisinde depresif duygudurumun artması muhtemeldir.

Seligman ve arkadaşları, teorilerini zaman içerisinde düzenlemiş ve geliştirmişlerdir (Abramson, Seligman ve Teasdale, 1978). Bireylerin yaşamlarındaki başarısızlıkları ve hayal kırıklıklarını nasıl açıkladıklarının önemli bir faktör olduğunu belirtmişler ve yükleme tarzı (attribution style) kavramını öne sürmüşlerdir. İnsanlar yaşamlarında başlarına gelen durumları çeşitli şekillerde açıklayabilirler. Durum için içsel ya da dışsal yükleme yapabilirler. İçsel yüklemede, kişi durumdan kendisini sorumlu tutmakta iken, dışsal yüklemede koşulları ya da başkalarını sorumlu tutar. Kişiler durum için istikrarlı ya da istikrarsız yükleme yapabilir. İstikrarlı yüklemede, kişi durumu sabit, değişmeyen özelliklerine bağlarken, istikrarsız yüklemede başarısızlığa sebep olan faktörlerin değiştirilebileceğine inanır. Son olarak kişiler durum için genel ya da özel yükleme yapabilir. Genel yüklemede birey problemi kendisinde genel bir problem var olarak düşünür, özel yüklemede ise belirli bir alanda eksikliği olduğu kanaatindedir. Birey eğer sorunlarının sebeplerini; içsel, istikrarlı ve genel olarak değerlendirme eğiliminde ise depresyona karşı yatkınlığı oldukça yüksek olacaktır (Abramson, Seligman ve Teasdale, 1978). Çünkü bireyin yaptığı tüm atıflar, problemin kontrol edilemez ve değiştirilemez olduğuna işaret etmektedir. Daha sonra yapılan çalışmalarda ise negatif yükleme tarzlarının yalnızca depresyonda değil kaygı bozukluklarında da görüldüğü ortaya konmuştur (Barlow ve ark., 2013). Bunun üzerine Abrahamson, Metalsky ve Alloy (1989), geliştirdikleri umutsuzluk kuramı ile depresyonda umutsuzluğun önemini vurgulamışlardır. Hem depresif hem kaygılı bireylerin yaşamları üzerinde zayıf kontrol algısına sahip olduklarını ancak sadece depresif olan bireylerde umutsuzluğun bulunduğunu öne sürmüşlerdir (Alloy ve Abramson, 2006).

Depresif Bozuklukların Tedavisi

Biyolojik tedaviler

Antidepresan tedavisi

Depresif bozuklukların tedavisinde en sık kullanılan biyolojik tedavi, antidepresanlardır. Çağımızda antidepresan kullanımı, son derece artmış durumdadır. Antidepresanların asıl kullanım alanı, depresyon tedavisi olsa da kaygı bozuklukları gibi diğer psikolojik rahatsızlıkların tedavisinde de kullanılmaktadırlar. Antidepresanlar, depresif bozukluklar üzerinde etkisi olan nörotransmiterlerin beyinde bulunma miktarını değiştirerek tedavi sağlamaktadırlar. Dört farklı türde antidepresan bulunmaktadır: Trisiklikler (tricyclic),



Şekil 8. Antidepresanlar, günümüzde depresif bozuklukların tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır.

monoaminoksidaz inhibitörleri (MAOI), seçici serotonin gerialım engelleyiciler (SSRI), serotonin-norepinefrin gerialım engelleyiciler (SNRI). Hangi tür antidepresanın kullanılacağı, hekimin değerlendirmesine göre değişebilir. Ayrıca, psikolojik rahatsızlığa sahip olan bireyde hangi antidepresanın en iyi sonucu vereceği ve hangisinin en az yan etki yapacağı deneme yanılma yolu ile de bulunmaktadır. Antidepresan ilaçların etki etmesi için yaklaşık olarak üç ila beş haftanın geçmesi gerekmektedir.

SSRI'lar, depresif bozukluklar için oldukça önemli bir nörotransmiter olan serotoninin geri alımını bloke ederler ve böylece reseptörlerdeki serotonin seviyesi artar (Gitlin, 2009). Diğer antidepresanlara göre SSRI'ların kullanımı daha kolaydır ve yan etkisi daha azdır. Bulunan yan etkiler mide bulantısı, baş ağrısı ve uyku problemleridir, ancak genellikle bu etkilerin kısa süreli olduğu düşünülmektedir. En olumsuz kabul edilen yan etkiler ise cinsel isteksizlik ve kilo alımıdır. Ayrıca, SSRI'ların doz aşım riski diğer ilaçlara göre daha düşüktür (Thase, 2009b). Ülkemizde en bilinen SSRI'lar Prozac, Lustral, Cipram ve Cipralex'tir. SNRI'lar ise hem norepinefrin hem de serotoninin geri alımını engelleyerek beyindeki miktarlarının artmasını sağlamaktadırlar. SNRI'ların da diğer ilaçlar gibi yan etkileri bulunmaktadır. Alerjik belirtiler, gastrointestinal problemler, mide bulantısı, kusma ve hafıza problemleri SNRI'ların yan etkileri arasındadır. Türkiye'de en sık rastlanan SNRI Efexor'dur.

Trisiklikler, üç halkalı moleküler yapıları sebebiyle bu şekilde adlandırılmışlardır. Trisiklikler, beyindeki norepinefrin ve serotonin seviyesini geri alım sürecine etki ederek arttırırlar. Trisiklikler; ağız kuruluğu, kabızlık, cinsel bozukluk, ürinasyonda zorluk gibi yan etkilere neden olmaktadırlar. Ayrıca, trisikliklerin toksisitesi yüksektir. Yani, aşırı dozda alımı, intihar amaçlı kullanıma yol açmaktadır. Bu ilaçlar, SSRI'ların bulunmasından önce sıklıkla kullanılmaktaydı, ancak günümüzde kullanımı daha kısıtlıdır (Thase ve Denko, 2008). Trisiklik ilaçların en sık rastlananları Anafranil ve Tofranil'dir.

MAOI'ler ise, MAO enzimini bloke ederek çalışırlar. MAO enzimi, norepinefrin ve serotonin gibi nörotransmiterlerin yıkımından sorumludur. MAOI'ler de MAO enzimini bloke ederek, beyindeki serotonin ve norepinefrin miktarının artmasını sağlarlar. MAOI'ler diğer antidepresanlar kadar etkili olmalarına rağmen daha az kullanılmaktadırlar (Thase, 2006). Çünkü ilaç; peynir, bira ya da şarap gibi tiramin içeren yiyecek ve içeceklerle etkileşime girip hipertansiyon ve hatta ölüm gibi sonuçlara yol açabilmektedir. Bununla birlikte, soğuk algınlığı ilacı gibi ilaçlarla da benzer şekilde etkileşime girebilmektedirler. Bu nedenle, MAOI'ler yalnızca diğer antidepresanlar işe yaramadığında hekimler tarafından yazılırlar. Türkiye'de Aurorix ve Lobem isimleri ile bulunurlar.

Elektrokonvulsif terapi

Şok terapisi olarak da bilinen elektrokonvulsif terapide (EKT), hastanın beynine elektrik akımı verilmektedir. EKT, ilaç terapisinin işe yaramadığı MDB hastalarında, belirtilerin sağaltılmasında etkili bulunmaktadır (Pagnin, de Queiroz, Pini ve Cassano, 2004). EKT uygulamasında hastanın anestezi ile uyutulmasının ardından, beyne 70-130 volt arası elektrik akımı verilmektedir. Bu akım bir saniye kadar kısa bir sürede verilmektedir ve akım beyinde kısa süreli bir nöbete ve kasılmalara neden olmaktadır. Tek bir uygulamadan ziyade altı ila on uygulama, birkaç hafta süre ile yapılmaktadır. Hasta, uygulamanın ardından uyandığında EKT ile ilgili hiçbir şey hatırlamamaktadır. Uygulama sırasındaki kasılmaların hastaya herhangi bir zarar

vermesini önlemek için, hastalara kas gevşetici ilaç verilmektedir. EKT'nin depresif bozukluk belirtilerinin ve intihar düşüncelerinin azaltılması üzerindeki olumlu etkisine rağmen, nasıl bir mekanizma ile çalıştığı bilinmemektedir, ancak EKT'nin beyindeki nörotransmiter aktivitelerini düzenliyor olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, EKT hipokampüste hücre yenilenmesini arttırmaktadır (Bolwig ve Madsen, 2007). EKT uygulamasının insani olmadığını düşünen bir grup bilim insanı bulunmaktadır. Ayrıca, EKT'nin uygulama zamanındaki hafızayı olumsuz etkilediğine dair görüşler bulunmaktadır (Robertson ve Pryor, 2006). Bunun yanı sıra, hastalarda EKT sonrası nüksetme oranının yüksek olduğu bilinmektedir (Jelovac, Kolshus ve McLoughlin, 2013). Fakat, EKT uygulamasının ardından hastalar antidepresan ya da psikoterapi tedavisine devam ederlerse, nüksetme oranı düşmektedir. EKT'nin invazif bir uygulama olduğu konusunda fikir birliği bulunmaktadır. Bu sebeple uygulama yalnızca çok şiddetli depresif belirtilere sahip olan, intihar etme riski çok yüksek olan ve de diğer hiçbir tedavi yöntemine yanıt vermemiş kişilere uygulanmaktadır.



Şekil 9. İlaç tedavisinin işe yaramadığı durumlarda, major depresif bozukluk tanısı olan kişilere elektrokonvulsif terapi uygulanabilmektedir.

Parlak ışık terapisi (Fototerapi)

Parlak ışık terapisi, mevsimsel duygulanım bozukluğu tanısı almış bireylerde kullanılmaktadır. Uygulama sırasında kişilere, evlerde kullanılan ışıklardan yaklaşık olarak on kat daha parlak olan geniş spektrumlu ışık, günlük yarım saat ile iki saat arası sürede uygulanmaktadır. Tedavi esnasında hasta gözleri açık bir şekilde ışığın önünde oturmalıdır; böylece ışık retinadan geçebilmektedir. Bireyin duygudurumunda iyileşme dört beş gün içerisinde görülmeye başlamaktadır. Parlak ışık terapisinin etkinliği yaklaşık olarak antidepresan tedavisi kadardır (Lam ve ark., 2006). Ancak çoğu tedavi yönteminde olduğu gibi ışık terapisinin de bazı yan etkileri bulunmaktadır. Örneğin, bireyde gözlerde hassasiyet, baş ağrısı, yorgunluk, huzursuzluk gibi belirtiler oluşabilir (Rohan, Lindsey, Roecklein ve Lacy, 2004).

Psikolojik tedaviler

Psikodinamik terapi

Klasik psikodinamik terapi, bireylerin yaşamlarında ölüm, ayrılık ya da başka sebepler ile gerçekte ya da sembolik olarak kaybettikleri yakınlarına karşı olan karmaşık duygularını anlayabilmelerini hedeflemektedir. Kayıp sonrası bireylerin içe döndürdükleri öfkeyi, gerçek hedefine, yani dışa yönlendirebilmek hedeflenmektedir. Duygunun anlaşılması, doğru hedefe yönlendirilmesi ve doğru şekilde ifade edilmesi hedeflenir. Klasik psikodinamik terapinin bilinç dışındaki duyguları ortaya çıkarması ve bilinç dışı çatışmaları çözümlemesi yıllar süren bir çalışmayı gerektirmektedir. Ancak, günümüz-



Şekil 10. Psikoterapi, depresif bozuklukların tedavisinde oldukça etkili bir tedavi yöntemidir.

de, çağın gereklikleri ile birlikte kısa süreli psikodinamik terapiler uygulanmaya başlanmıştır. Psikodinamik terapilerin depresyon üzerindeki etkinliği üzerine yapılan çalışmaların bazıları psikodinamik terapilerin diğer terapiler kadar etkin olduğunu ortaya koyarken, bazı çalışmalar ise psikodinamik terapinin diğer terapi türlerine göre etkinliğinin daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır (Driessen ve ark., 2010).

Kişilerarası terapi

Kişilerarası psikoterapi, Klerman ve Weissman (1994) tarafından geliştirilmiş olan kısa süreli bir psikodinamik terapi türüdür. Etiyoloji kısmında da bahsedildiği üzere, kişilerarası ilişkiler, depresif bozuklukların ortaya çıkmasında ya da sürdürülmesinde önemli bir etkiye sahiptir. Bu doğrultuda, kişilerarası terapi bireylerin ilişkileri üzerinde çalışır. Seanslar genellikle haftada bir kez yapılır ve tedavi 12-16 seans arası sürer. Kişilerarası terapi, klasik psikodinamik terapi gibi geçmiş ilişkilere odaklanmaz; onun yerine danışanın günümüzdeki ilişkilerine odaklanır. Bilinç dışı çatışmalar üzerinde durulabilir, ancak kişilerarası terapinin ana odağı değildir. Terapinin hedefi, danışanın yaşamındaki kişilerarası ilişkilerin ve sosyal işlevlerin kalitesini arttırarak bireyin yaşamındaki sıkıntı ve problemleri azaltmaktır (Klerman ve Weissman, 1994). Kişilerarası terapi, danışanların çözülmemiş yasları ile baş etmelerine ya da şimdiki ilişkilerindeki çatışmaların çözülmesine yardım eder. Terapist, danışana ilişkilerindeki çatışma alanlarını fark etme, bunların sebeplerini anlama ve çözüm yolu arama gibi konularda yardım eder. Kişilerarası terapi belirli ilkelere uyarak uygulanır. Terapistlerin bu ilkeleri takip etmeleri, terapinin etkinliğinin güvenilir bir şekilde değerlendirilmesini sağlar. Terapinin ilk aşamasında terapist danışanın depresif belirtilerinin boyutunu değerlendirir. İkinci aşamada tedavi planı danışan ile birlikte kararlaştırılır. Tedavinin odağı yas, kişilerarası sorunlar, yaşam ve rol değişimi (boşanma, emeklilik vb.) ya da sosyal beceri eksikliği olabilir. Son aşamada ise tedavi planı uygulanır. Terapinin odağı şimdi ve buradadır (Weissman, 2007). Duyguların fark edilmesi ve ifadesi, iletişim analizi, davranış değişimi gibi teknikler kullanılır. Yapılan çalışmalar kişilerarası terapinin, depresif bozuklukları iyileştirmede etkin olduğunu ortaya koymaktadır (Lemmens, Arntz, Peeters, Hollon, Roefs ve Huibers, 2015).

Bilişsel davranışçı terapi

Beck ve meslektaşları tarafından geliştirilen bilişsel davranışçı terapi (BDT), genellikle 12-16 seans süren, yapılandırılmış bir terapi şeklidir (Beck ve ark., 1979). Bilişsel teori, depresyonun çocukluk döneminde edinilmiş çarpıtılmış düşünceler ve şemalar nedeni ile oluştuğunu öne sürmektedir. Bu doğrultuda BDT, danışanların çarpık ve olumsuz düşünce tarzının belirlenmesi ve bunların bilişsel ve davranışçı teknikler kullanılarak, gerçekçi ve adaptif düşünce yapıları ile değiştirilmesi üzerinde durur. Tedavide danışanların negatif otomatik düşüncelerinin duygularını nasıl etkilediğini fark etmesi hedeflenir. Bu amaçla, danışanlara verilen psikoeğitimin ardından

danışanlardan günlük yaşantılarında olumsuz otomatik düşüncelerini yakalamaları ve bunların duygularını nasıl etkilediğinin kaydının tutulması istenebilir. Seans sırasında bir önceki hafta yaşanan olaylar ele alınırken terapist, danışanın olumsuz otomatik düşüncelerini tespit eder. Bu düşünce kalıpları seanslarda ele alınır ve çarpıtılmış düşünce kalıpları sorgulanarak daha sağlıklı düşünce yapıları ile değiştirilir (Beck, 1967; 1976). İlerleyen seanslarda ise bu düşünce yapılarının ilişkili olduğu daha temelde yatan şemalar üzerinde durulur. Bu şemalar, danışanın dünya görüşünü ve düşünce yapısını oluşturmaktadır.

Tablo 2. Düşünce Kaydı Formu Tablo

Durum	Duygu	Düşünce	Bilişsel Çarpıtma	Alternatif Düşünce	Duygu
Sınavdan düşük not aldım.	Üzüntü 7/10	"Bu dersten kalacağım. Çok başarısız bir insanım."	Felaketleştirme	"Düşük not almış olabilirim. Diğer sınavlara çalışıp düzeltebilirim. Bir sınav benim tamamen başarısız bir insan olduğumu göstermez."	Üzüntü 4/10

BDT bilişlerin değişiminin yanı sıra, davranış değişimini de hedefler. Örneğin, danışanların, olumlu duygudurumunu arttırmak amacı ile kendilerine iyi gelen davranışların belirlenmesi ve terapist gözetiminde danışanın bu davranışları gerçekleştirilmesi için çalışılır. Danışanın bunları gerçekleştirmede engelleri söz konusu ise bu engeller üzerinde durulur ve davranış değişimi amaçlanır. Davranış değişimini hedefleyen bir terapi çeşidi ise davranış aktivasyon terapisidir. Bu terapide depresyon tanısı almış bireylere duygudurumlarını ve günlük aktivitelerini nasıl gözlemleyecekleri ve gün içerisinde olumlu duygulanımlarını arttıracak aktivite sayısını nasıl arttıracakları öğretilir. Çünkü depresif bireyler aktivitelerin çoğundan keyif almazlar, bu nedenle de günlük yaşamlarında kendilerini iyi hissettirecek aktivitelerde bulunmazlar. Böylelikle, depresif hissetmeyen bireylere göre keyif verici aktivitelerde bulunma ihtimalleri azalmaktadır. Davranış aktivasyon terapisi ile kişilerin olumlu duygulanımı arttıracak aktivitelerde bulunma ihtimalleri arttırılmaktadır (Cuijpers, Van Streten ve Warmerdam, 2007).

BDT, günümüzde depresif bozuklukların tedavisinde en sık kullanılan terapi yöntemidir ve etkinliği birçok çalışma ile kanıtlanmıştır (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer ve Fang, 2012; Tolin, 2010). BDT ile tedavi edilen danışanlara bilişsel ve davranışsal birçok beceri kazandırıldığı için depresif bozuklukların nüks etmesini engellediğini ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır (Hollon, 2011).

Son yıllarda bilinçli farkındalık odaklı bilişsel terapi (BFBT) geliştirilmiştir ve gittikçe popülerlik kazanmaktadır (Segal, Williams ve Teasdale, 2002). Bu terapi çeşidi, bireylerin olumsuz düşüncelerinin içeriğini değiştirmekten çok, bireylerin duyguları, düşünceleri ve bedenleri ile ilişkilenme şeklinin değiştirilmesinin daha faydalı olabileceğini öne sürmektedir. BFBT'de danışanlara bilinçli farkındalık meditasyon teknikleri öğretilmektedir ve danışanların istenmeyen düşünceleri ve duyguları ile ilgili farkındalıklarının artması hedeflenmektedir. Böylelikle, danışanların duygu ve düşüncelerinden kaçmaktan ziyade onları kabul etmesi amaçlanmaktadır. Yapılan çalışmalar BFBT'nin depresyonun nüksetmesini önlemede başarılı olduğunu ortaya koymaktadır (Piet ve Hougaard, 2011).

Çift ve aile terapisi

Evlilik ve aile problemleri, sıklıkla depresif bozukluklar üzerinde olumsuz etkiye sahiptir. Depresif bir birey, bireysel terapiye ne kadar süre devam ederse etsin, evde onu olumsuz bir evlilik ilişkisi bekliyorsa, depresif belirtilerin iyileşmesi uzun sürebilir ya da iyileşme döneminde olan bir bireyin, evlilik problemleri sebebiyle depresyonu nüksedebilir (Hooley, 2007). Bu nedenle, bazı durumlarda depresif bireylerin çift ya da aile terapisine katılmasının oldukça faydalı olabileceği düşünülmektedir. Bu doğrultuda yapılan bir çalışmada (Beach ve Jones, 2002), depresif bozukluğu ve evlilik problemleri olan bireylerin, çift terapisine katılmalarının etkisinin BDT'nin etkisine denk olduğu bulunmuştur. Çift terapisinin bireyin depresif belirtilerine olan olumlu etkisinin yanı sıra, evlilik doyumunu da arttırdığı gözlemlenmiştir.

BİPOLAR BOZUKLUKLAR

VAKA ÖRNEĞİ 2

Buğra, 24 yaşında, mühendislik fakültesinde okumakta olan bir üniversite öğrencisidir. Anne ve babası ile birlikte yaşayan Buğra'nın en büyük hayali müzisyen olmak olmasına rağmen, ailesinin baskısı ile mühendislik fakültesine girmiştir, ancak yıllardır sürekli müzik kurslarına ve atölyelerine devam etmektedir. Ayrıca, üniversitedeki arkadaşları ile birlikte bir müzik grubu kurmuş olan Buğra, grupta hem gitar çalmakta hem de vokalist olarak görev almaktadır. Bunun dışında, kendi bestelerini de yapmaktadır. Müziğe olan bu ilgisi sebebiyle mühendislik fakültesindeki eğitimini oldukça aksatmakta olan Buğra, henüz ikinci sınıf derslerini almaktadır. Geçen sene, Buğra'nın yaptığı bir beste ile üniversiteler arası bir müzik yarışmasına katılan grup, birinciliği kazanmıştır. Bu birincilik Buğra'yı son derece mutlu etmiştir. Kendisinin müzik konusunda çok daha iyi yerlerde olması gerektiğini düşünen Buğra, gece gündüz neredeyse hiç uyumadan besteler yapmaya başlamıştır. Günlerce bitmeyen bir enerji ile müzik çalışan Buğra, çevresinde de enerjisi ile dikkat çekiyordu ve herkes onunla çok iyi vakit geçiriyordu. Buğra sürekli arkadaşları ile birlikte oldukça eğlenceli aktiviteler planlıyor, herkesi oldukça eğlendiriyor, geri kalan vakitlerinde ise besteler yapıyordu. Bu süre içerisinde neredeyse hiç eve uğramayan Buğra'nın ailesi ise onunla ilgili endişelenmeye başlamıştı. Derslerine devam etmiyor, sadece müzik ile ilgileniyor ve çok fazla para harcıyordu. Buğra ile görüştüklerinde onun oldukça kilo verdiğini gözlemleyen anne, eve daha sık gelmesi ve yemek yemesi konusunda oğluna destek olmaya çalıştı. Buğra'nın oldukça yorgun ama çok enerjik olduğunu gören aile ne yapacaklarını şaşırmış, oğullarının hızlı yaşantısını uzaktan gözlemliyordu. Bir gün geç saatlerde polisten haber aldılar. Buğra ve arkadaşları ani bir kararla araba kiralayarak şehir dışına, tatile gitmeye karar vermişler, ancak arabayı kullanan Buğra'nın alkollü olması nedeni ile kaza yapmışlardı. Neyse ki, kimsede hayati bir tehlike yoktu. Hemen hastaneye giden anne ve baba hem oradaki doktorlara hem de polise Buğra'nın durumu ile ilgili bilgi verdi.

Acil doktoru, Buğra'yı en kısa zamanda psikiyatriste götürmeleri konusunda aileyi bilgilendirdi. Buğra hastaneden çıkar çıkmaz, ailesi Buğra'yı psikiyatriste götürdü ve Buğra'nın bipolar bozukluk tanı kriterlerini karşıladığı ortaya çıktı. Buğra'ya hemen ilaç tedavisi başlandı ve zaman içerisinde Buğra sakinleşmeye ve günlük yaşam işlevlerini yerine getirebilmeye başladı. Derslerine ailesinin zoru ile devam etmeye başladı. Ancak, sürekli müzik ile uğraşmak istiyordu. Uzun zamandır güzel besteler yapamıyor ve bu durum kendisini oldukça üzüyordu. Çok enerjik günlerinde ne kadar güzel besteler yaptığını hatırlayıp o günlere dönmek istiyordu. Ailesi ise Buğra'nın müzik ile ilgilenmesinin ona iyi gelmediğini düşünüyordu ve bu konuda sıklıkla kavga ediyorlardı. En son kavgalarının ardından oldukça öfkelenen Buğra, ailesine fark ettirmeden ilaçlarını almamaya başladı. Bir süre sonra enerjisinin yerine gelmeye başladığını fark eden Buğra çok mutlu olmuştu ve yeniden besteler yapıyordu. Yine çok çalışmaya başladığını ve enerjisindeki artışı fark eden aile Buğra'yı, kendisi ne kadar itiraz etmiş olursa olsun, hemen psikiyatristine götürdüler. Psikiyatrist ilaç tedavisine tekrar başlanmasının yanı sıra hem Buğra'yı bireysel terapiye hem de psikolojik rahatsızlıkla baş edebilmeyi öğrenmeleri için aileyi aile terapisine yönlendirdi. Bireysel terapide Buğra, bipolar bozukluk ile ilgili daha çok bilgi edindi, ilaçlarını düzgün almaması durumunda neler yaşayabileceği ile ilgili farkındalığa kavuştu. Ayrıca terapisti, yaşamındaki stresli olaylarla baş etme kapasitesini arttırabilmesi için Buğra'ya çeşitli beceriler edindirdi. Aile terapisinde ise aile içi iletişim becerilerinin arttırılması konusunda uzun süre çalışıldı. Aile bireylerinin duygularını empatik bir şekilde ifade edebilmeleri üzerinde duruldu. Bozukluğun aile yaşamını nasıl etkileyebileceği ve bunlarla nasıl baş edebilecekleri konusunda çalışıldı. Buğra hem ilaç kullanımına devam ederek hem de bireysel terapiye devam ederek uzun süre manik ya da depresif epizod yaşamadan yaşamını sürdürebildi.

Bipolar Bozuklukların Genel Görünümü ve Tanı Kriterleri

Bipolar bozuklukların genel özelliği hem depresif hem de manik ya da hipomanik epizodların birlikte görülmesidir. Bu nedenle bipolar bozukluklara, iki uçlu bozukluk da denmektedir. Bipolar bozuklukların birbirinden farkları ise manik belirtilerin özellikleridir. Manik belirtilerin şiddeti ya da süresi bipolar bozukluğun kategorisini belirler. Bipolar bozukluk tanısı almış bireyler, manik ya da hipomanik epizodları (bk. Manik ve Hipomanik Epizodlar İçin DSM-5 Tanı Kriterleri) sırasında normal olamayacak kadar aşırı enerji dolu, hareketli olabilirler. Özgüvenleri aşırı yüksektir ve bunu büyüklenmecilikle ifade ederler. Sürekli alışveriş yapma ya da kumar oynama gibi yollarla aşırı para harcama, dikkatsiz araba kullanma, tehlikeli cinsel ilişkilerde bulunma gibi sonu kendileri için olumsuz olabilecek davranışlar sergilerler (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Tüm bu belirtileri yaşarken ise bir problemleri olduğunu kabul etmezler, davranışları kendilerine oldukça makul görünür. Ayrıca, irritabl duygulanımları sebebiyle ve yargılama kabiliyetlerinin düşmesi ile birlikte oldukça tartışmacı olabilirler. Konuşmaları çok hızlıdır ve konuşurken düşünce uçuşmaları nedeniyle konudan konuya atlama eğilimleri vardır. Kendilerini dünyayı kurtaracak güçte hissederler, ancak kendi işlerini tamamlamada sıkıntı çektikleri görülmektedir. Dikkatleri en ufak bir etki ile bölünebilir. Uzun süre oturdukları yerde duramazlar ve çok az uyuma eğilimleri söz konusudur. Çok daha şiddetli durumlarda ise halüsinasyonlar görebilirler.

Tablo 3. Manik ve Hipomanik Epizodlar İçin DSM-5 Tanı Kriterleri

Manik epizod: Belirtiler en az bir hafta boyunca görülmelidir. Duygudurumdaki bozukluk sosyal ve mesleki işlevsellikte belirgin bozulmaya yol açar, hastanede yatılı tedavi gerekebilir.

Hipomanik epizod: Belirtiler art arda en az dört gün boyunca görülmelidir. Duygudurumdaki bozukluk sosyal ve mesleki işlevsellikle bozulmaya sebep olacak ya da hastanede yatılı tedaviye gerek duyulacak kadar şiddetli değildir.

Neredeyse her gün yaşanan normal olmayan boyutta yükselmiş, taşkın ve irritabl duygudurumu ve hedef odaklı davranış ve enerjide artış.

Belirtilerden en az üç tanesinin (duygudurum yalnızca irritabl ise, dört tanesinin) bulunması ve her zamanki davranışlardan belirgin olarak farklı olması gerekmektedir.

1. Artmış özgüven ya da büyüklenmecilik
2. Azalan uyku ihtiyacı
3. Konuşmada artış
4. Düşüncelerde uçuşma
5. Dikkat dağınıklığı
6. Hedef odaklı davranışlarda ya da psikomotor ajitasyonda artış
7. Olumsuz sonuçlanacak aktivitelerde bulunma (ör., aşırı miktarda para harcama, riskli cinsel davranış)

Bipolar bozukluklarda depresif ve manik epizodlar arasındaki geçişler, günden güne değişecek kadar hızlı değildir. Ancak, bazı bireylerde geçişler çok hızlı olabilir. Bipolar bozuklukların tanı kriterlerinde, "hızlı döngü gösteren" belirteci kullanılmaktadır. Hızlı döngü gösteren bipolar bozukluk tanısı için bireylerin son 12 ay içerisinde en az dört duygudurum epizodu yaşamaları gerekmektedir ve bu epizodlar depresif, manik ve hipomanik epizodlardan en az birinin tanı kriterlerini karşılayacak şiddette olmalıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). DSM-5 ayrıca MDB ve bipolar bozukluklar için "karma özellikler gösteren" belirtecini de kullanmaktadır. Çünkü, görülme sıklığı çok yüksek olmasa da bazı bireyler iki bozukluğu eş zamanlı ya da yakın zamanlı olarak yaşayabilmektedir.

Bipolar bozukluk genellikle yirmili yaşlarda görülmeye başlamaktadır ve genellikle kronik olarak devam etmekte, uzun yıllar tedavi gerektirmektedir (Tohen ve ark., 2003). Çocukluk yıllarında da görülmeye başlayabilen bipolar I bozukluk için başlangıç yaşı ortalama olarak 15-18, bipolar II bozukluk için ise 19-22 olarak bulunmuştur (Angst, 2009; Merikangas ve Pato, 2009). Bipolar bozukluk başlangıç safhasında ufak duygu salınımları olarak başlamaktadır ve zamanla taşkın duygudurumunda artış görülmektedir. Bipolar bozukluk genellikle tekrarlayan bir psikolojik rahatsızlıktır. Yaşamı boyunca sadece tek bir epizod yaşayıp daha sonra iyileşme dönemine giren vaka sayısı oldukça azdır (Kessler ve ark., 2007). Yapılan araştırmalar, bipolar bozuklukta görülen major depresif epizodların, MDB'dekine göre daha şiddetli olduğunu ve bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin yaşamları boyunca daha fazla sayıda major depresif epizod yaşadıklarını ortaya koymaktadır (Kessler ve ark., 2007; Solomon ve ark., 2010). Yapılan bir araştırmaya göre bipolar bozukluğu olan bireylerin yaşamlarının yaklaşık %20'si epizodlar içerisinde geçmektedir (Angst ve Sellaro, 2000).

Bipolar I bozukluk



Şekil 11. Shameless isimli dizide Ian karakteri bipolar bozukluğu olan bir bireyi canlandırmaktadır. Manik epizod sırasında oldukça önemli işleri başarabileceğine dair inancı oldukça yüksektir.

Bipolar I bozukluk, geçmişte manik depresif bozukluk olarak isimlendirilen rahatsızlıktır. Bireyin bipolar I bozukluk tanısı alabilmesi için geçmişinde en az bir kez tam bir manik epizod geçirmesi gerekmektedir. Bipolar bozukluk, genellikle manik epizod ile depresif epizod arasında duygudurum geçişleri içermektedir. Ancak, bu bireyler sıklıkla major depresif epizod geçiriyor olsalar da, major depresif epizodun varlığı tanının konması için zorunluluk değildir. Belirtildiği üzere, tanı için yalnızca geçmiş yaşantıda en az bir kez tam bir manik epizod geçirilmiş olması yeterlidir.

Bipolar II bozukluk

Bipolar II bozukluk tanısı için bireyin yaşamı boyunca en az bir kez major depresif epizod ve bir kez hipomanik epizod yaşaması gereklidir. Ancak, bipolar II bozukluk tanısı için bireyin geçmişinde manik epizod bulunmaması gereklidir. Hipomanik epizod, manik epizoda göre şiddet olarak daha hafif boyuttadır ve bireyin yaşantısal işlevlerini manik epizod kadar bozmamaktadır.

Siklotimik bozukluk

Siklotimik bozukluk, diğer bipolar bozukluklara göre daha kroniktir, ancak daha az şiddetlidir. Tanı için bireylerin en az iki yıl (çocuklarda bir yıl) boyunca hipomanik ve depresif dönemler yaşıyor olması gereklidir. Ancak bu hipomanik ve depresif dönemler, mani, hipomani ve major depresyon tanı kriterlerini karşılayacak kadar şiddetli olmamalıdır. Siklotimik bozukluk, geç ergenlik ya da erken yetişkinlik yıllarında başlar ve genellikle yıllar boyu devam eder. Normal duygudurum sadece bir ya da iki aylık kısa süreçlerle görünür. "Siklotimik", kelime anlamı olarak "döngüsel" anlamına gelmektedir ve bu psikolojik rahatsızlıkta depresif ve yükselmiş duygudurum arasında sürekli geçişler olduğu için bu isim kullanılmıştır. Siklotimik bozukluk diğer bipolar bozukluklardan daha hafif şiddette olmasına rağmen bireyin günlük işlevselliğini bozabilir (Van Meter, Youngstrom ve Findling, 2012). Birey iş yerinde bir proje üzerinde çalışıyorken duygudurum değişimi sebebiyle işini yarıda bırakabilir ya da yıllar boyunca yaşamış olduğu duygudurum değişiklikleri sebebiyle sosyal ilişkileri zarar görebilir. Cinsel istek, yaşanılan duygudurumuna göre artabilir ya da azalabilir. Siklotimik bozukluğu olan bireylerin, daha sonra bipolar I ya da bipolar II bozukluk tanısı alma olasılıkları çok yüksektir (Goodwin ve Jamison, 2007).

YAKIN BAKIŞ 2 Kay Redfield Jamison

Kay Redfield Jamison, bipolar bozukluk konusundaki çalışmaları ile ünlü bir psikologtur ve aynı zamanda kendisi de bipolar bozukluk tanısı almıştır. Gençlik yıllarından beri bu psikolojik rahatsızlık ile ilgili sıkıntıları olan Jamison, 28 yaşında bipolar bozukluk tanısı almıştır. Şu an John Hopkins Üniversitesinde profesör olarak çalışmakta olan Kay Redfield Jamison, Türkçe'ye de çevrilen *Durulmayan Bir Kafa* ve *Erken Çöken Karanlık* gibi kitapların yazarıdır. *Durulmayan Bir Kafa* isimli kitabında bipolar bozuklukla ilgili tecrübelerini hem bu konunun uzmanı hem de bu psikolojik rahatsızlıktan muzdarip biri olarak, çift yönlü ele almıştır. Alandaki başarısı sebebiyle birçok ödüle layık görülen Jamison, dahi ödülü olarak adlandırılan bir ödül de kazanmıştır. Kay Redfield Jamison çalışmalarında; Ernest Hemingway, Michelangelo, Vincent Van Gogh, Virginia Woolf gibi önemli yazar, müzisyen ve ressamların yaşamlarını ve eserlerini incelemiş ve çoğunda ortak olarak aşırı hayalgücü, zekâ ve coşku dönemleri ve ardından izolasyon ve melankolik dönemlerinin olduğunu ve bunların muhtemelen siklotimik bozukluk döngüleri olabileceğini ileri sürmüştür. Ancak bunlar yalnızca gözleme dayalı olduğu için Jamison'ın bu konudaki düşünceleri kanıtlanamaz.

Bipolar Bozuklukların Epidemiyolojisi

Amerika Birleşik Devletleri yetişkin popülasyonunda bipolar I bozukluğun yaşam boyu görülme sıklığı %1, bipolar II bozukluğun ise %1,1'dir (Merinkas ve ark., 2007). On iki aylık görülme sıklığı ise bipolar I bozukluk için %0,6, bipolar II bozukluk için ise %0,8'dir (Merinkas ve ark., 2007). Bipolar bozukluğun dünya çapında görülme sıklığını öğrenebilmek için on bir ülkede, 61.392 kişi ile araştırma yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre bipolar I bozukluğun yaşam boyu görülme sıklığı %0,6, bipolar II bozukluğun yaşam boyu görülme sıklığı %0,4 ve tanı kriterlerini karşılayamayan bipolar semptomların görülme sıklığı ise %1,4'tür (Merikangas ve ark., 2011). On iki aylık görülme sıklığı ise bipolar I bozukluk için %0,4, bipolar II bozukluk için %0,3 ve tanı kriterlerini karşılayamayan bipolar semptomlar için %0,8 olarak bulunmuştur. Siklotimik bozukluğun ise görülme sıklığı %0,4 ile %1 arasında değişmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013) ve vakaların yaklaşık olarak yarısı bir süre sonra bipolar bozukluk tanısı alabilecek düzeye gelmektedir (Parker, McCraw ve Fletcher, 2012). Siklotimik bozukluğun hiperaktivite gibi durumlarla karıştırılması sebebiyle normalde olduğundan daha az tanı konulduğunu, bu sebeple gerçek görülme sıklığının daha fazla olduğunu öne süren çalışmalar söz konusudur (Goodwin ve Jamison, 2007).

Bipolar bozukluğun, kadın ve erkeklerde görülme oranları eşittir (Merikangas ve Pato, 2009). Erkeklerde bipolar bozukluk sıklıkla manik epizod ile başlarken, kadınlarda genellikle depresif epizod ile başlamaktadır. Bunun dışında, bipolar bozuklukların etnik köken, gelir düzeyi gibi demografik değişkenlerle de ilişkisiz olduğu bilinmektedir. Bipolar bozukluk tanısı alan bireylerin yaklaşık olarak %83'ü şiddetli belirtili vakalardır ve bu oran yetişkin popülasyonunun yaklaşık olarak %2'sine denk gelmektedir (Kessler ve ark., 2005). Psikolojik rahatsızlıklar içerisinde madde kötüye kullanımı ile en sık birlikte görülendir ve iki psikolojik rahatsızlığın birlikte

görülmesi saldırgan davranışlar ve intihar riski gibi durumlara yol açabilmektedir (Swan, 2010). Bipolar bozukluk tanısı alan bireyler intihar girişimi ve özkıyım konusunda oldukça riskli bir konumdadırlar (Merinkas ve ark., 2011).

Türkiye'de bipolar bozuklukların epidemiyolojisi ile ilgili yapılan araştırma sayısı oldukça kısıtlıdır. Binbay ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmaya İzmir ilinde 4011 kişi katılmıştır. Yapılan araştırmada bipolar bozukluğun örneklemdeki görülme sıklığı %0,37 olarak bulunmuştur. Akkaya ve arkadaşları (2012) ise çalışmalarında bipolar tanısı almış olan bireylerin sosyodemografik özelliklerini incelemişlerdir. Çalışmaya Türkiye'nin yedi farklı bölgesinden 584 kişi katılmıştır. Hastaların, belirtiler sebebiyle doktora başvuru yapma yaşının ortalama olarak 26 olduğu bulunmuştur. Hastaların büyük bir kısmının işsiz ve bekar olduğu gözlemlenmiştir. Hastaların öykülerinde en çok manik atak görülmüş ve bu atakların çoğunlukla psikotik özellikli olduğu bulunmuştur. Ayrıca, hastaların geçmişinde madde ve alkol bağımlılığı, suç işleme, saldırganlık gösterme gibi bulgulara rastlanmıştır. Son olarak, hastaların %17'sinin öyküsünde intihar girişimi olduğu saptanmıştır.

Bipolar Bozuklukların Etiyolojisi

Biyolojik faktörler

Genetik faktörler

Bipolar bozuklukta genetik faktörlerin etkisi, depresif bozukluklardakine göre çok daha yüksektir. Bipolar bozukluğun genel popülasyonda görülme oranı yaklaşık %1 olmasına rağmen, birinci dereceden yakın ailesinde bipolar bozukluk olan bir bireyin bu bozukluğa sahip olma oranı yaklaşık olarak %10'dur (Willcutt ve McQueen, 2010). Bununla birlikte, ailesinde bipolar bozukluk görülen bir bireyin depresif bozukluğa sahip olma oranı da belirgin bir şekilde artmaktadır (Goodwin ve Jamison, 2007). İkiz çalışmalarına bakıldığında ise, tek yumurta ikizlerinde eş zamanlı görülme oranının %60 civarı olduğu, çift yumurta ikizlerinde ise bu oranın %12 civarında olduğu görülmektedir (Kelsoe, 1997). Yapılan çalışmalar, bipolar bozukluğun kalıtım yoluyla geçebilirliğinin %59 ile %87 arasında değişmekte olduğunu ortaya koymaktadır ve bu oran depresif bozukluklara ya da diğer psikolojik bozukluklara göre daha yüksektir (McGuffin ve ark., 2003). Bipolar bozukluktan sorumlu belirli bir gen bulabilmek için yapılan araştırmalar henüz bir sonuç vermemekle beraber, şimdiye dek bulunan sonuçlar tek bir genden ise, birden fazla genin sorumlu olduğunu düşündürmektedir (Willcutt ve McQueen, 2010). Genetik üzerine yapılmış olan önemli bir çalışmada, major depresyon, bipolar bozukluk, şizofreni, otizm ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi psikolojik rahatsızlıkların tümünün ortak genetik varyasyona sahip olduğu bulunmuştur (Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium, 2013). Bu demek oluyor ki, iki birey aynı genetik yapıya sahip olabilir, ancak yaşadıkları yaşam olaylarına ya da başka etmenlere göre farklı rahatsızlıklar geliştirebilirler.

Nörotransmiterler

Depresif bozukluklarda serotonin ve norepinefrin eksikliği etkilidir. Bu doğrultuda bilim insanları, bu nörotransmiterlerin yüksekliğinin de manik epizodda etkili olabileceğini öne sürmüşlerdir. Yapılan çalışmalar, norepinefrin fazlalığının manik epizodda önemli rol oynadığını ortaya

koymuştur (Goodwin ve Jamison, 2007). Ancak, serotonin seviyesi, hem depresif epizodda hem de manik epizodda düşük seviyelerde bulunmuştur. Ayrıca, dopamin aktivitesinin fazlalığı hiperaktivite, büyüklenmecilik ya da öfori gibi manik epizod belirtileri ile ilişkili bulunmuştur (Cousins ve ark., 2009). Bununla beraber dopamin agonisti L-dopanın bipolar bozukluğu olan kişilerde hipomaniye neden olduğu görülmüştür (Van Praag ve Korf, 1975).

Beyin görüntüleme çalışmaları

Bipolar bozukluk tanısı almış bireyler ile yapılan beyin görüntüleme çalışmaları depresif bireylerle yapılanlar ile paralel sonuçlar ortaya koymuştur. Beynin; amigdala, prefrontal korteks, anterior singulat korteks ve hipokampüs kısımlarında bipolar bozukluğu olan bireylerde normal bireylere göre farklılıklar görülmektedir (Davidson ve ark., 2009). Bu bölgeler, duygu işlemleme ve düzenleme merkezleridir. Bununla birlikte, beynin ödül ile ilgili kısımlarında aşırı aktivite görülmektedir ve sonuç olarak bipolar bozukluk ile yakından ilişkili olan yüksek ödül hassasiyetine neden olmaktadır (Phillips ve Swartz, 2014). Başka bir deyişle, bu bireyler haz verici aktivitelerden yüksek ödül hassasiyeti olmayan kişilere göre daha fazla haz almaktadırlar ve bu sebeple haz verici aktivitelerde bulunma arzuları daha fazla olmaktadır. Ayrıca bipolar bozukluğu olan bireylerin beyninde beyaz madde miktarında azalma olduğu görülmektedir (Cullen ve Lim, 2014). EEG ile beyin dalgalarının ölçüldüğü bir çalışmada bipolar spektrumunda olan bireylerin sol frontal kısmında yükselmiş aktivite olduğu bulunmuştur. Beyindeki bu aktivitenin bipolar I bozukluğun başlangıcını yordadığı görülmüştür (Nusslock ve ark., 2012). Sol prefrontal kortekste kan akışının arttığı görülmektedir, depresif bireylerde ise bu bölgede kan akışının normale göre düşük olduğu bilinmektedir (Goodwin ve Jamison, 2007). Görüntüleme çalışmalarında, bazal gangliya, amigdala gibi beyin kısımlarının bipolar bozukluğu olan bireylerde genişlediği görülmektedir (Konarski ve ark., 2008).

Görüldüğü üzere, bipolar bozuklukta beyinde birçok farklılık görünmektedir. Ancak bu farklılıkların bipolar bozukluğa sebep mi olduğu, yoksa bipolar bozukluk sebebi ile mi ortaya çıktığı henüz tam olarak bilinmemektedir. Teknolojinin ilerlemesi ile, bu çalışmaların bipolar bozukluğa yatkınlığı olan bireyleri, olmayan bireylerden ayırt edebilecek noktaya gelmesi ümit edilmektedir.

Psikososyal faktörler

Stresli yaşam olayları bipolar bozuklukta duygudurum epizodlarının tetiklenmesine neden olabilmektedir. Olumsuz yaşam olayları, genellikle depresif epizodu tetiklerken, manik ya da hipomanik epizod hem olumlu hem olumsuz yaşam olayları ile tetiklenebilmektedir (Alloy ve ark., 2009). Olumlu yaşam olaylarının en dikkat çekenlerinden biri amaca ulaşmadır. Bazı bireyler hedefledikleri bir amaca ulaştıklarında manik belirtilerinde artış görülmektedir (Johnson ve ark., 2009). Bu amaçlar, uzun süredir çalıştıkları bir sınavı geçmek, bekledikleri terfiyi almak ya da romantik ilişkilerdeki olumlu bir değişim olabilir. Bu gibi durumların mutlu edici yanı, duygu regülasyonunda zorlanan ve bipolar bozukluk tanısı almış birey için manik epizodun başlangıcına neden olabilmektedir (Johnson ve ark., 2000). Olumsuz yaşam olaylarının etkisine bakıldığında ise hem çocukluk dönemindeki olumsuz olaylar, hem de yetişkinlik dönemindeki stresli günlük yaşam olayları bipolar bozukluk geliştirme ya da tekrar görülme oranlarını arttırmaktadır (Gilman ve ark., 2015).

Sosyal destek, depresif bozukluklarda olduğu gibi bipolar bozuklukta da oldukça önemli rol oynamaktadır (Col, Caykoylu, Ugurlu ve Ugurlu, 2014). Sosyal destek, bipolar bozukluğu olan bireyleri stresin olumsuz etkisine karşı korumakta ve bireylerin işlevsellik seviyelerinin artmasına neden olmaktadır (Alloy ve ark., 2005). Sosyal desteği düşük ve bipolar bozukluğu olan kişilerde ise yaşamlarında stresli olaylar olmasa bile depresif epizod geçirme ya da rahatsızlığın nüksetme olasılığı daha yüksektir (Cohen, Hammen, Henry ve Daley, 2004). Eleştirel ve saldırgan bireylerin olduğu bir ailede yaşayan bipolar bozukluk tanısı almış kişilerde iyileşme döneminden çok kısa süre sonrasında rahatsızlığın tekrar nüksettiği yapılan çalışmalar ile ortaya konmuştur (Miklowitz, 2007). Depresif belirtiler ile oldukça yakından ilişkili olan nörotisizm, bipolar bozukluk ile de ilişkilidir (Quilty, Sellbom, Tackett ve Bagby, 2009). Ayrıca, kişilik özelliklerinden uyumluluğun da bipolar bozukluk ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, ödül hassasiyeti de bipolar bozukluğun başlangıcında ya da nüksetmesinde etkisi olan önemli bir kişilik faktörüdür (Alloy ve ark., 2012).

Psikodinamik teori

Psikodinamik teori, depresyon ve maniyi karmaşık bir biçimde iç içe geçmiş olarak ele almaktadır. Maninin, depresyon ve yas durumunda, yetersizlik, kayıp ve çaresizlik hislerine karşı bir savunma mekanizması olduğu görüşü hakimdir. Manik epizoddaki yüksek özgüven ve büyüklenmecilik, bireyi depresif belirtilerin dayanılması güç zorluğuna karşı korumaktadır (Peven ve Shulman, 1983). Aynı zamanda, depresif epizodda süper ego daha baskındır ve suçluluğu ve değersizliği tetikler. Manik epizodda ise ego daha baskındır ve yüksek öz güven ve yüksek duygudurumunu tetikler (Solimano ve Manfredi, 2006).

Bilişsel teori

Depresif bozukluklarda olduğu gibi, bipolar bozuklukta da bireyler daha olumsuz ve işlevsel olmayan düşünce kalıplarına sahiptirler (Goldberg, Gerstein, Wenze, Welker ve Beck, 2008). "Ya hep ya hiç" düşünce tarzının ya da olaylara sürekli içsel atıflar yapmanın bipolar bozuklukta sıklıkta görüldüğü bilinmektedir (Alloy ve ark., 1999). Örneğin, bir kişi eğer kendisinin tamamen mükemmel olması gerektiğine inanıyorsa, mükemmel olmadığı durumlarda kendisini direkt başarısız olarak nitelendiyorsa, bu kişi "ya hep ya hiç" düşünce tarzına sahiptir ve içsel atıflar yapmaktadır. Yapılan bir diğer çalışmada bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin kendileri ile ilgili olumsuz inançlarının depresif bireylere ya da kontrol grubuna göre daha fazla olduğu görülmüştür (Alatiq, Crane, Williams ve Goodwin, 2010). Başka bir çalışmada ise benzer bir şekilde bipolar bozukluğu olan kişilerde öz eleştirel inançların depresif bireylere göre çok daha fazla olduğu bulunmuştur (Johnson ve ark., 2008).

Bipolar Bozuklukların Tedavisi

Biyolojik tedaviler

Bipolar bozukluğun tedavisinde duygudurum dalgalanmalarını düzenleyen lityum ve benzeri duygu sabitleyici ilaçlar kullanılır. Lityum, manik belirtileri ve rahatsızlığın nüks etmesini azaltma gibi işlevlere sahiptir (Shafti, 2010). Lityum için duygudurum düzenleyici tabiri kullanıl-

maktadır, çünkü hem depresif belirtileri hem de manik belirtileri düzenlemede etkilidir. Lityum aslen doğal olarak bulunan bir tuzdur ve tedavi amaçlı kullanılabilmektedir. Bipolar bozukluğa sahip kişiler çoğunlukla bu ilacı önlem amaçlı, ömür boyu kullanmak durumundadırlar. Lityumu önlem amaçlı kullanan bireyler, ilacını bırakanlara göre çok daha az sayıda epizod geçirmektedir ve ilaç intiharı önlemede de başarılıdır (Keck ve ark., 2007). Lityumun yan etkileri arasında hafıza problemleri, kilo alımı, uyuşukluk ya da sersemleme gibi problemler bulunmaktadır. Ayrıca uzun süreli kullanımda sindirim sisteminde ve karaciğerde problemlere yol açmaktadır.

Epilepsi tedavisinde kullanılan antikonvülsan ilaçlar (ör., Depakin) da bipolar bozuklukta manik belirtileri azaltmak amacı ile kullanılabilmektedir (Smith ve ark., 2010). Bunun dışında, antipsikotik (ör.: Zyprexa, Seroquel) ilaçlar da bipolar bozuklukta kullanılmaktadır (Li, Tang, Wang ve de Leon, 2015). Bu ilaçlar lityumdan faydalanamayan ya da lityumun yan etkilerinin çok fazla görüldüğü kişilerde kullanılır. Ancak, intiharı önlemede lityum kadar başarılı bulunmamışlardır (Thase ve Denko, 2008). Bipolar bozukluğun, depresif epizod kısmında antidepresanlar da kullanılabilmektedir. Ancak, bu bazen riskli olabilmektedir, çünkü antidepresanlar manik ya da hipomanik epizod başlangıcını tetikleyebilmektedirler (Goodwin ve Jamison, 2007).

Lityum ve benzeri ilaçlar, manik epizodun başlangıcındaki öforik duyguları engellemektedirler. Ancak, bipolar bozukluk tanısı almış bireyler, rahatsızlığın başlangıcındaki bu öforik duygulardan hoşlandıkları için ilacı kullanmayı reddedebilmektedirler, bu sebeple bipolar bozuklukta tedaviye uyum sıkıntılı olabilmektedir. Fakat, rahatsızlık tüm belirtileri ile ortaya çıktığı zaman artık bireylerin algıları belirtiler nedeniyle bozulduğu için ilacı kullanmaya başlamak için geç olabilmektedir. Bu nedenle, bipolar bozukluğu olan bireylerin ilaçlarını zamanında alabilmelerini sağlayabilmek çok önemlidir.

Psikolojik tedaviler

Bipolar bozukluklarda öncelik biyolojik tedavilere verilmektedir, ancak psikolojik tedavilerin de rolü oldukça önemlidir. Psikolojik tedaviler bireyin belirtilerini gözlem altında tutarak hem rahatsızlığın nüks etmesini önlemede hem de bireyin biyolojik tedaviye uyumunu arttırmada önemli etkiye sahiptir. Psikoeğitim, bipolar bozukluğun tedavisinde oldukça etkilidir (Gumus, Buzlu ve Cakir, 2017). Daha önce de bahsedildiği üzere, bipolar bozukluğun başlangıcındaki olumlu duygudurum, rahatsızlığı yaşayan bireylere oldukça çekici gelmektedir ve bu duygudurumunu yaşamak istemektedirler. Ancak, eğer ilaç tedavisine başlanmadan devam edilirse, bu belirtiler son derece yıkıcı hale gelebilmektedir. Bu nedenle, bipolar bozukluğa sahip olan bireylerin, rahatsızlığın doğasını anlayabilmeleri; belirtilerinin ve eğer ilaçlarını almazlar ise bunun sonuçlarının yaşamlarını nasıl etkileyeceğini ve bu sebeple de tedaviye uyumlarının yüksek olması gerektiğini öğrenmeleri gerekmektedir. Yapılan bir çalışmada, bipolar bozukluğu olan bireylere grup psikoeğitim programı uygulanmış ve programın ardından beş yıl boyunca bu bireylerin bilgileri takip edilmiştir. Sonuçlara göre, psikoeğitim alan bireylerde rahatsızlığın tekrar görülme süresinin uzadığı, tekrar görülme sayısının azaldığı, rahatsızlığın görüldüğü sürenin çok daha kısa olduğu ve hastanede yatılı tedavi görme sürelerinin oldukça kısaldığı görülmüştür (Colom ve ark., 2009).

Kişilerarası ve sosyal ritim terapisi (KSRT), bipolar bozukluğu olan kişiler için geliştirilmiş kanıta dayalı bir terapi çeşididir. Stresli yaşam olaylarının, günlük ritimde bozulmaların

ve tedaviye uymamanın bipolar bozukluk için üç önemli nokta olduğu vurgulanmaktadır. Terapide, danışanlar tedaviye uyum konusunda bilgilendirilirler. Ayrıca, günlük yaşamlarının düzenli rutinlerine dikkat etmeleri konusunda ve yaşadıkları olumlu ya da olumsuz olayların kendilerini ve günlük rutinlerini nasıl etkileyeceği konusunda bilinçlendirilirler. Bunlar dışında, kişilerarası ilişkilerindeki problemleri etkili bir şekilde çözebilmeleri hedeflenir. KSRT'nin temel amacı, danışanların yaşamlarındaki sosyal rutin ritmini düzenli tutmaktır (Frank, 2007). Yapılan bir çalışmada, KSRT alan bipolar bozukluk tanısı almış bireylerin, kontrol grubuna göre manik ya da depresif epizoda yakalanmadan daha uzun süre yaşamlarına devam ettikleri görülmüştür (Hlastala, Kotler, McClellan ve McCauley, 2010). Bipolar bozukluğu olan kişilerin yaşamlarında stresi minimum düzeyde tutabilmek rahatsızlığın nüksünü önlemek amacı ile önemlidir. Bu nedenle danışanlara stresle etkin baş etme yollarının öğretilmesi gerekmektedir (Otto ve Applebaum, 2011). Bunların yanı sıra, bipolar bozukluğu olan kişilerin ailelerinin rahatsızlık ile nasıl başettikleri de oldukça önemlidir. Bu kişilerin ailelerine de rahatsızlığın belirtileri, bu belirtiler ile nasıl sağlıklı baş edilmesi gerektiği ve iletişim becerileri konularında eğitim verildiğinde, kişide rahatsızlığın tekrar görülme olasılığının düştüğü, epizodların süresinin daha kısa sürdüğü ve bu kişilerin iyileşme döneminde daha uzun süre kaldıkları görülmüştür (Miklowitz ve ark., 2013; Miklowitz, 2014).

BDT, bipolar bozukluğu olan bireyler için de faydalı bir müdahale olabilmektedir. Ancak, terapi seansları rahatsızlığın tüm belirtilerinin görüldüğü zamanlarda değil, remisyonda iken yapılmalıdır (Driessen ve Hollon, 2010). BDT'de, bipolar bozukluğu olan bireylerin olumsuz düşünce kalıplarını ve davranışlarını fark etmeleri sağlanarak manik ya da depresif epizodların başlangıçlarının tetiklenmesi geciktirilebilir ya da engellenebilir. BDT teknikleri ile bireyin belirtileri azaltılabilir ve tedaviye uyumu arttırılabilir (Lam ve ark., 2003).

İNTİHAR

İntihar teşebbüslerinin tümü duygudurum bozuklukları ile ilgili olmasa da, intihar, depresyon ile oldukça ilişkilidir ve depresif bozuklukların tanı kriterleri içerisinde yer almaktadır. Dünyadaki ölüm nedenleri içerisinde 15. sırada yer alan intihar (WHO, 2014) son derece karmaşık bir insan davranışıdır ve depresif bozuklukların en yıkıcı sonucudur. Amerika'da (AFSP, 2020) 2018 yılında 48 bin kişi intihar ederken, TÜİK'in (2016) verilerine göre Türkiye'de 2015 yılında 3.200 kişi yaşamına son vermiştir. Dünya çapında kadınlar, erkeklere göre daha fazla intihar girişiminde bulunurken (Kuo, Gallo ve Tien, 2001); erkekler, kadınlara göre daha fazla tamamlanmış intihar girişiminde bulunurlar (Callanan ve Davis, 2012). Bunun önemli sebeplerinden biri erkeklerin silah gibi daha kesin sonuç alınacak yöntemler tercih etmesi, kadınların ise ilaç alma gibi kurtarılabilme ihtimali daha yüksek olan yöntemler tercih etmesidir. İntihar, sadece yaşamına son veren kişiyi değil; kişinin ailesini, yakınlarını, psikolojik tedavi alanında çalışan profesyonelleri ve toplumu olumsuz bir şekilde etkilemektedir. İntihar düşünceleri, sadece ölüm ile ilgili düşüncelerin akıldan geçmesi kadar olabilmekle birlikte, bazen intiharın nerede, nasıl ve ne zaman edilebileceğine dair detaylı bir plana sahip olma boyutunda olabilir. Düşüncelerin yoğunluğu çok az olsa bile bu düşünceler son derece ciddi bir şekilde ele alınmalıdır. Daha önce intihara teşebbüs etmiş

olmak (Alberdi-Sudupe ve ark., 2011) ya da kendine zarar verme davranışına sahip olmak (Zahl ve Hawton, 2004) intihar için en önemli risk faktörlerindendir. Ailede daha önce intihar vakasının olması da intihar eğilimi için başka bir risk faktörüdür (Althoff ve ark., 2012). Depresif bozukluğu olan bireylerde intihar davranışının en kuvvetli yordayıcısı ailede intihar öyküsünün olmasıdır (Hantouche, Angst ve Azorin, 2010). Ailedeki geçmiş intihar öyküsü hem çevresel faktör olarak intihar riskini arttırmaktadır hem de yapılan çalışmalar genetiğin intihar davranışı üzerinde etkisinin olduğunu ortaya koymuştur (Brent ve Mann, 2005). Nörobiyolojik açıdan bakıldığında ise serotonin azlığının intihara teşebbüs ile ilişkili olduğu görülmektedir (Pompili ve ark., 2010). İntihar girişiminde bulunan kişilerin yaklaşık olarak yüzde 90'ı psikolojik rahatsızlığı olan kişilerdir (Kessler ve ark., 2005) ve bunun en büyük çoğunluğunu duygudurum bozukluğu olan kişiler oluşturmaktadır. İntihar girişiminde bulundan kişilerin yüzde 60'ı bir duygudurum bozukluğu tanısını karşılamaktadır (Oquendo ve ark., 2004) ve bipolar bozuklukta intihar riski genel popülasyona göre 60 kez daha fazladır (Baldessarini ve ark., 2006). Bazı araştırmalar ise intihar davranışının duygudurum bozukluğundan daha çok umutsuzluk ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Simpson, Tate, Whiting ve Cotter, 2011). İntihar davranışının kişilerarası-psikolojik teorisine göre (Joiner, 2005) intihar, insanların dayanılmaz boyuttaki psikolojik acılarından kaçma girişimidir. Bu teoriye göre kişilerin algıladıkları yük olma hali fazla ise ve aidiyet hisleri az ise yani sosyal yabancılaşma yaşıyorlar ise ölüm arzuları yüksektir. Algılanan yük olma hali, bireyin kendisini çevresindekilere yük olarak görmesidir. Teoriye göre ölüm arzusunun yanısıra kişinin kendisine zarar verme kaabiliyeti ya da gücü olmalıdır. İnsan doğası gereği kendisini koruma içgüdüsüne sahiptir. Kişinin kendi yaşamını sonlandırabilmesi için bu içgüdüsüne karşı gelebilmesi gerekmektedir. Bunun gerçekleşebilmesi için de kişinin tekrarlayan bir şekilde kendisine zarar vermesi gerektiği savunulmaktadır (Joiner, 2005). Bu görüş intiharın en büyük risk faktörlerinden birinin kendine zarar verme davranışı olması ile örtüşmektedir. Özetle, kişilerarası-psikolojik teoriye göre bireyin algıladığı yük olma hâlinin ve sosyal yabancılaşmasının fazla olması ve bunların getirdiği ölüm arzusuna karşı koymamasını sağlayacak bir gücünün olması intihar davranışına yol açmaktadır. Yapılan araştırmalar Joiner'ın bu teorisine destek sağlamaktadır (ör., Van Orden ve ark., 2008). Psikolojik faktörler dışında, yaşanan stresli yaşam olayları da intihar davranışı için risk oluşturmaktadır (Joiner ve Rudd, 2000). Başarısızlık, terkedilme, fiziksel ve cinsel istismar, doğal afet gibi olaylar intihar davranışı için risk oluşturabilecek stresli yaşam olaylarıdır.

İntiharın önlenmesi, çok faktörlü bir yaklaşımı gerektirmektedir. En geniş çerçeveden bakıldığında, içerisinde yaşanılan toplumda ilişkilerin yakın olması, bireylerin din, spor, sanat gibi belirli amaçlar için grup içerisinde bulunması, toplumda silah edinme ile ilgili kuralların sıkı olması gibi durumlar, intihar riskini azaltabilmektedir. İntiharın bulaşıcı olduğu bilinmektedir (Gould, 1990). Toplumda tanınmış ve sevilen kişilerin intihar etmesi ve bunun medyada ayrıntılı bir şekilde anlatılması toplumdaki kopya intiharların görülmesine sebep olabilmektedir. Bu nedenle medyada intihar ile ilgili haberler verilirken, intiharın her hangi bir şekilde övülmesi, ölen kişinin çok olumlu bir tabloda verilmesi, intihar ile ilgili detayların verilmesi gibi durumlardan kaçınılmalıdır. Bunun dışında birçok ülkede krize müdahale amaçlı telefon hatları bulunmaktadır. Kişilerin kendisine zarar verme düşünceleri ile dolu olduğu zamanlarda bu telefon hatlarını aramaları teşvik edilmektedir. Bu hatlarda krize müdahale konusunda eğitimli insanlar çalışmakta, hatlara 24 saat ulaşım sağlanabilmektedir. Bunun dışında psi-

koterapi, intiharı önlemede etkilidir (Calati ve Courtet, 2016). İlk olarak terapide danışan ve psikoterapist intihar konusunda kontrat yapmaktadırlar. Bu kontrata göre danışan kendisine zarar verme düşünceleri olduğunda çevresinde kendisine yakın hissettiğini birisini, psikoloğunu ya da bir hastanenin acil servisini arayacağına dair belge imzalamaktadır. Elbette bu tarz bir anlaşma bozulabilir fakat danışana bu düşünceler ile dolduğunda başvurabileceği desteklerin hatırlatılıyor olması önemlidir. Bunun dışında terapide kişinin kaçmaya çalıştığı psikolojik acı azaltılmaya çalışmakta ve danışana umut aşılanmaya çalışılmaktadır. Bunlar dışında medikal tedavi de intihar riskini azaltmak amacı ile kullanılmaktadır ve depresyonu tedavi etmek için kullanılan antidepresanların intihar riskini azalttığı da bilinmektedir (Gibbons ve ark., 2007). Ayrıca, daha ciddi durumlarda hastanede yatılı tedavi de intihar riskini önlemek amacı ile yapılmaktadır. Kişinin intihar düşüncelerinin çok yoğun olduğu bir durumda hastanede yatılı olarak tedavi edilmesi oldukça iyi bir çözümdür çünkü kişi 24 saat gözetim altında tutulabilmekte ve yoğun bir şekilde tedavi edilebilmektedir.

BÖLÜM ÖZETİ

Duygudurum bozuklukları; duygusal, bilişsel, davranışsal ve somatik belirtiler ile tanımlanan psikolojik rahatsızlıklardır. Depresif bozukluklar ve bipolar bozukluklar, duygudurum bozukluklarının iki ana türüdür. DSM-5'te depresif bozukluklar başlığı altında major depresif bozukluk, yıkıcı duygudurum düzensizlik bozukluğu, süregiden depresyon bozukluğu (distimi) ve premenstürel (adet öncesi) disforik bozukluk gibi psikolojik rahatsızlıklar bulunmaktadır. Bipolar bozukluk başlığı altında ise bipolar I bozukluk, bipolar II bozukluk ve siklotimi bozukluğu gibi psikolojik rahatsızlıklar görülmektedir.

Depresif bozuklukların genel özelliği, bireyin işlevselliğini olumsuz bir şekilde etkileyen üzgün ve huzursuz bir duyguduruma sahip olmasıdır. Depresif bozukluklar içerisinde en sık görülen major depresif bozukluktur (MDB). MDB'de; bireylerin iştahta azalma, uyku bozukluğu, yorgunluk, enerji azlığı, değersizlik ve suçluluk hissi, ölüm düşüncesi gibi belirtiler görülür. Süregiden depresyon bozukluğu (SDB), kronik depresif bozukluk olarak görülmektedir. SDB'de belirtiler en az iki yıl sürmektedir. SDB'de belirtiler çok uzun süreli olduğu için kişiler bunun kendilerinin kişilik yapısı olduğunu zannedebilir, bu nedenle de tedavi almakta gecikebilirler. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre depresyon, dünyada en önde gelen işlev kaybı sebebidir. ABD'de depresyonun yaygınlık oranının %16,6 olduğu, Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise %4 ila %8 arasında değiştiği bilinmektedir. Kadınlarda MDB erkeklere göre iki kat daha fazla görülür. Bunun hormanal nedenler, başetme yöntemleri ve toplumsal cinsiyet rolleri gibi alanlardaki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Depresyon üzerine yapılan ikiz çalışmaları depresyonun genetik faktörlerden etkilendiğini göstermektedir. İkiz kardeşlerde depresyonun birlikte görülme oranının yüksek olduğu, bununla birlikte farklı genler ve çevre etkileşimi ile depresyon riskinin arttığı bilinmektedir. Bunun dışında dopamin, serotonin ve norepinefrin başta olmak üzere nörotransmiterlerin beyinde az ya da çok olması depresyona yol açabilmektedir. Stresli yaşam olaylarına maruz kalmak, hem depresyonun ortaya çıkmasına hem de tekrarlamasına neden olmaktadır. Stresli yaşam olayları, tüm psikolojik rahatsızlıklar için risk faktörü olsa da depresif bozukluklarda etkisi oldukça

yüksektir. Ancak her strese maruz kalan depresif bozukluk geçirmeyebilir. Baş etme becerileri ve sosyal destek gibi faktörler depresif bozukluklara karşı koruyucu rol oynayabilir. Evli olunan kişi ile olan ilişki, başta olmak üzere ilişkiler depresif bozukluklar için koruyucu faktör olabilirken; olumsuz bir ilişki, depresif belirtilerin ortaya çıkmasına da neden olabilir. Psikodinamik bakış açısına göre depresyon gerçekte ya da sembolik olarak yaşanan kaybın ardından bireyin kaybedilen kişi ya da nesne ile sağlıklı ayrışamaması sonucu oluşan içe yöneltilmiş öfkedir. Davranışsal teoriye göre depresyon, olumlu pekiştirici davranışların eksikliği ile ortaya çıkmaktadır. Öğrenilmiş çaresizlik teorisi ise depresyonun insanların geçmiş yaşantılarındaki olumsuz deneyimler sebebiyle şimdiki yaşantılarında da kendilerini çaresiz hissetmesi ve daha iyi yönde yaşamak için çaba sarf etmemeleri sebebi ile oluştuğunu öne sürmektedir. Bilişsel teori ise depresyonun çocuklukta yaşanan olumsuz yaşantılar sebebi ile oluşan şemalar nedeniyle bireyin dünyaya, kendisine ve geleceğe dair olumsuz bakış açısına sahip olması ile birlikte oluştuğunu savunmaktadır. Depresyonun biyolojik tedavileri arasında antidepresan tedavisi, elektrokonvulsif terapi ve parlak ışık terapisi bulunmaktadır. Antidepresan tedavisi en sık kullanılan biyolojik tedavidir ve beyindeki nörotransmiter dengesini korumak üzere geliştirilmiş ilaçlar kullanılır. Bunlar arasında en bilinen olanlar, seçici serotonin geri alım engelleyicilerdir. Depresif bozuklukların tedavisinde en sık kullanılan psikolojik yöntemler psikodinamik, kişilerarası, bilişsel davranışçı ve aile terapileridir.

Bipolar bozukluğun genel özelliği hem depresif hem de manik ya da hipomanik epizodların birlikte görülmesidir. Manik ya da hipomanik epizod sırasında bireyler, normal olamayacak kadar enerji dolu, hareketli ve mutlu olabilirler. Düşüncelerinde uçuşma, konuşmalarında artış ve aşırı özgüven görülür. Bipolar I bozuklukta, en az bir kez tam manik epizod görülmektedir. Sıklıkla major depresif epizod görülse de major depresif epizodun varlığı şart değildir. Bipolar II bozuklukta ise en az bir kez major depresif epizod ve bir kez hipomanik epizod yaşanmalıdır. Manik ve hipomanik epizod arasındaki fark süre ve yoğunluk ile ilgilidir. Manik epizod en az bir hafta sürer, işlevsellikte bozulmaya yol açar ve yatılı tedavi gerektirebilir. Hipomanik epizodta ise belirtiler en az dört gün boyunca görülmelidir. Belirtiler işlevselliği bozacak ya da yatılı tedavi gerektirecek kadar yoğun değildir. Siklotimik bozukluk ise belirtilerin kronik şekilde ve daha az şiddetli olarak görüldüğü psikolojik rahatsızlıktır. En az iki yıl boyunca hipomanik ve depresif dönemler yaşanıyor olması gereklidir. Bipolar bozuklukların yaşam boyu görülme sıklığı ABD'de %1'dir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada örneklemde görülme sıklığı %0,37 olarak bulunmuştur. Kadın ve erkeklerde görülme sıklığında farklılık bulunmamaktadır. Bipolar bozuklukta genetik faktörlerin etkisi oldukça yüksektir. Stresli yaşam olayları duygudurum epizodlarının tetiklenmesine yol açabilir. Manik ve hipomanik epizodlar, hem olumlu hem olumsuz olaylar ile tetiklenebilir. Sosyal destek, manik epizodların atlatılmasında ve tekrar görülmemesinde oldukça etkilidir. Psikodinamik teoriye göre bipolar bozukluk, bireyi depresif belirtilerin zorluğuna karşı koruyan bir savunma mekanizmasıdır. Bilişsel teoriye göre ise bipolar bozukluğu olan kişilerde olumsuz temel inançlar depresif bireylerde olduğundan daha fazladır ve sıklıkla "ya hep ya hiç" düşünce tarzı görülmektedir. Bipolar bozuklukların tedavisinde en sık kullanılan ilaç lityumdur. Lityum, bipolar bozukluktaki duygu dalgalanmalarını dengeler ve nüksü azaltır. Psikolojik tedaviler bireyin stresli olaylarla baş etmesine yardımcı olarak epizodların ortaya çıkmasını engellemeyi hedefler. Bunun yanı sıra bireyin ilaç kullanımına uyumunu arttırmayı amaçlar. Kişilerarası ve sosyal ritim terapisi bipolar bozukluğa özgü olarak geliştirilmiş bir

terapi çeşididir. Bipolar bozukluğu olan kişilerin kişilerarası ilişkilerindeki problemleri etkin bir biçimde çözebilmesi ve günlük ritimde bozulmaların önüne geçilmesi hedeflenir.

Duygudurum bozuklukları, intihar ile oldukça ilişkilidir. İntihar girişiminde bulunan kişilerin yüzde 60'ı bir duygudurum bozukluğu tanısını karşılamaktadır. Kişiler intihar düşüncesini sadece akıllarından geçirebilir, bazıları ise nerede, ne zaman, nasıl intihar edeceğini planlayacak boyutta intihar düşünceleri ile dolu olabilir. Hangi boyutta olursa olsun intihar düşüncesi olan kişilere ciddiyetle yaklaşılmalıdır. Daha önce intihara teşebbüs etmiş olmak, kendine zarar verme davranışına sahip olmak, ailede daha önce intihar etmiş birinin olması, psikolojik rahatsızlığa sahip olmak ve stresli yaşam olayları intihar girişimi için risk faktörleridir. İntiharın önlenmesi için birçok düzeyde önlem alınmalıdır. Toplum içerisinde medya kanallarında intiharı özendirici yayınlardan kaçınılmalıdır. Krize müdahale amaçlı telefon hatları birçok ülkede bulunmaktadır. Psikoterapide, terapist ile yapılan intihar kontratları ve umut aşılama olumlu girişimlerdir. Bunun dışında ilaç tedavisi ya da hastanede yatılı tedaviler uygulanabilir.

KAYNAKLAR

Abraham, K. (1911/1968). Notes on the psychoanalytic investigation and treatment of manic-depressive insanity and allied conditions. In K. Abraham (Ed.), *Selected papers of Karl Abraham*. New York: Basic Books.

Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology, 87*(1), 49.

Akkaya, C., Altın, M., Kora, K., Karamustafalıoğlu, N., Yaşan, A., Tomruk, N., & Kurt, E. (2012). Türkiye'de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri-HOME Çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 22*(1), 31-42.

Alatiq, Y., Crane, C., Williams, J. M. G., & Goodwin, G. M. (2010). Dysfunctional beliefs in bipolar disorder: Hypomanic vs. depressive attitudes. *Journal of Affective Disorders, 122*(3), 294-300.

Alberdi-Sudupe, J., Pita-Fernandez, S., Gomez-Pardinas, S. M., Iglesias-Gil-de-Bernabe, F., Garcia-Fernandez, J., Martinez-Sande, G., . . . Pertega-Diaz, S. (2011). Suicide attempts and related factors in patients admitted to a general hospital: A ten-year cross-sectional study (1997–2007). *BMC Psychiatry, 11*, 51.

Alloy, L., & Abramson, L. (2006). Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology, 115*, 145–156.

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Urosevic, S., Bender, R. E., & Wagner, C. A. (2009). Longitudinal predictors of bipolar spectrum disorders: A behavioral approach system perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*, 206–226. doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01160.x

Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Urosevic, S., Walshaw, P. D., Nusslock, R., & Neeren, A. M. (2005). The psychosocial context of bipolar disorder: Environmental, cognitive, and developmental risk factors. *Clinical Psychology Review, 25*, 1043 -1075.

Alloy, L. B., Bender, R. E., Whitehouse, W. G., Wagner, C. A., Liu, R. T., Grant, D. A., ... & Abramson, L. Y. (2012). High Behavioral Approach System (BAS) sensitivity, reward responsiveness, and goal-striving predict first onset of bipolar spectrum disorders: A prospective behavioral high-risk design. *Journal of abnormal psychology, 121*(2), 339.

Alloy, L. B., Reilly-Harrington, N., Fresco, D. M., Whitehouse, W. G., & Zechmeister, J. S. (1999). Cognitive styles and life events in subsyndromal unipolar and bipolar disorders: Stability and prospective prediction of depressive and hypomanic mood swings. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 13*(1), 21.

Althoff, R. R., Hudziak, J. J., Willemsen, G., Hudziak, V., Bartels, M., & Boomsma, D. I. (2012). Genetic and environmental contributions to self-reported thoughts of self-harm and suicide. *American Journal of Medical Neuropsychiatric Genetics Part B, 159B*, 120–127.

American Foundation for Suicide Prevention. (n.d.) Suicide statistics. Retrieved from https://afsp.org/suicide-statistics/

Angst, J. (2009). Course and prognosis of mood disorders. In M. G. Gelder, N. C. Andreasen, J. J. Lopez-Ibor, Jr., & J. R. Geddes (Eds.), *New Oxford textbook of psychiatry* (2nd ed., Vol. 1, pp. 665–669). Oxford, UK: Oxford University Press.

Angst, J., & Sellaro, R. (2000). Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol. Psychiatry, 48*, 445–57.

Auerbach, R.P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., ..., Kessler, R.C. (2018). The WHO World Mental Health Surveys International College Student project: prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*.

Baldessarini, R. J., Tondo, L., Davis, P., Pompili, M., Goodwin, F. K., & Hennen, J. (2006). Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: A metanalytic review. *Bipolar Disorders, 8* (5 Pt 2), 625–639.

Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S., & Ametaj, A. A. (2013). Evidence-based psychological treatments: An update and a way forward. In S. Nolen-Hoeksema, T.D. Cannon, & T. Widiger (Eds.), *Annual Review of Clinical Psychology* (Vol. 9, pp. 1–27). Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Beach, S. R. H., & Jones, D. J. (2002). Marital and family therapy for depression in adults. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 422-40). New York: Guilford Press

Beck, A. T. (1967). *Depression. Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press.

Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I., & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 96*, 179–183.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford Press.

Beevers, C. G. (2005). Cognitive vulnerability to depression: A dual process model. *Clinical psychology review, 25*(7), 975-1002.

Bet, P. M., Penninx, B. W., Bochdanovits, Z., Uitterlinden, A. G., Beekman, A. T., van Schoor, N. M., ... & Hoogendijk, W. J. (2009). Glucocorticoid receptor gene polymorphisms and childhood adversity are associated with depression: new evidence for a gene-environment interaction. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics, 150*(5), 660-669.

Binbay, T., Alptekin, K., Elbi, H., Zagli, N., Drukker, M., Tanık, F. A., ... & Van Os, J. (2012). İzmir kent merkezinde şizofreni ve psikotik belirtili bozuklukların yaşamboyu yaygınlığı ve ilişkili oldukları sosyodemografik özellikler. *Turk Psikiyatri Dergisi, 23*, 149-160.

Bolton, J. M., Pagura, J., Enns, M. W., Grant, B., & Sareen, J. (2010). A population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. *Journal of psychiatric research, 44*(13), 817-826.

Bolwig, T. G., & Madsen, T. M. (2007). Electroconvulsive therapy in melancholia: the role of hippocampal neurogenesis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 115*, 130-135.

Brent, D. A., & Mann, J. J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics, 133*(1), 13–24.

Browne, T. K. (2015). Is premenstrual dysphoric disorder really a disorder?. *Journal of bioethical inquiry, 12*(2), 313-330.

Bruder, G. E., Tenke, C. E., Warner, V., & Weissman, M. M. (2007). Grandchildren at high and low risk for depression differ in EEG measures of regional brain asymmetry. *Biological psychiatry, 62*(11), 1317–23

Bulloch, A. G., Williams, J. V., Lavorato, D. H., & Patten, S. B. (2009). The relationship between major depression and marital disruption is bidirectional. *Depression and anxiety, 26*(12), 1172-1177.

Calati, R., & Courtet, P. (2016). Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *Journal of Psychiatric Research, 79*, 8-20.

Callanan, V. J., & Davis, M. S. (2012). Gender differences in suicide methods. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*(6), 857–869.

Carson, R. C., Hollon, S. D., & Shelton, R. C. (2010). Depressive realism and clinical depression. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 257–265. doi:10.1016/j.brat.2009.11.011

Carver, C. S., Johnson, S. L., & Joormann, J. (2009). Two-mode models of self-regulation as a tool for conceptualizing effects of the serotonin system in normal behavior and diverse disorders. *Current Directions in Psychological Science, 18*(4), 195–199.

Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., ... & Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science, 301*(5631), 386-389.

Cella, M., Dymond, S., & Cooper, A. (2010). Impaired flexible decision-making in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders, 124*(1-2), 207-210.

Choi, H., & Marks, N. F. (2008). Marital conflict, depressive symptoms, and functional impairment. *Journal of Marriage and Family, 70*(2), 377-390.

Clavarino, A., Hayathakhsh, M. R., Williams, G. M., Bor, W., O'Callaghan, M., & Najman, J. M. (20[illegible] Depression following marital problems: different impacts on mothers and their children? A 21-year prospective study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 46*(9), 833-841.

Cohen, A. N., Hammen, C., Henry, R. M., & Daley, S. E. (2004). Effects of stress and social support on recurrence in bipolar disorder. *J. Affect. Dis., 82*(1), 143–47.

Col, S. E., Caykoylu, A., Ugurlu, G. K., & Ugurlu, M. (2014). Factors affecting treatment compliance in patients with bipolar I disorder during prophylaxis: a study from Turkey. *General hospital psychiatry, 36*(2), 208-213.

Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Palomino-Otiniano, R., Reinares, M., Goikolea, J. M., ... & Martinez-Aran, A. (2009). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry, 194*(3), 260-265.

Conway, K. P., Compton, W., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2006). Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*(2), 247-257.

Copeland, W. E., Angold, A., Costello, E. J., & Egger, H. (2013). Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *American Journal of Psychiatry, 170*, 173–179.

Copeland, W. E., Shanahan, L., Egger, H., Angold, A., & Costello, E. J. (2014). Adult diagnostic and functional outcomes of DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder. *American Journal of Psychiatry, 171*, 668–674.

Costelllo, J. E., Erkanli, A., & Angold, A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 47*, 1263–1271.

Costello, D. M., Swendsen, J., Rose, J. S., & Dierkera, L. C. (2008). Risk and protective factors associated with trajectories of depressed mood from adolescence to early adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 173–183.

Cowen, P. J. (2008). Serotonin and depression: pathophysiological mechanism or marketing myth?. *Trends in Pharmacological Sciences, 29*(9), 433-436.

Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium. (2013, February 28). Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: A genome-wide analysis. *The Lancet*. Retrieved from http://press.thelancet.com/psychiatricdisorders.pdf

Cousins, D. A., Butts, K., & Young, A. H. (2009). The role of dopamine in bipolar disorder. *Bipolar Disorder, 11*, 787–806.

Cuijpers, P., Van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical psychology review, 27*(3), 318-326.

Cullen, K. R., & Lim, K. O. (2014). Toward understanding the functional relevance of white matter deficits in bipolar disorder. *JAMA psychiatry, 71*(4), 362-364.

Davidson, R. J., Pizzagalli, D., & Nitschke, J. B. (2009). The representation and regulation of emotion in depression: Perspectives from affective neuroscience. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), Handbook of depression (2nd ed., pp. 218–48). New York: Guilford Press.

Demir, T., Karacetin, G., Demir, D. E., & Uysal, O. (2011). Epidemiology of depression in an urban population of Turkish children and adolescents. *Journal of Affective Disorders, 134*(1-3), 168-176.

Disner, S. G., Beevers, C. G., Haigh, E. A., & Beck, A. T. (2011). Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nature Reviews Neuroscience, 12*(8), 467–77. doi:10.1038/nrn3027

Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S. C., Abbass, A. A., de Jonghe, F., & Dekker, J. J. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review, 30*(1), 25-36.

Driessen, E., & Hollon, S. D. (2010). Cognitive behavioral therapy for mood disorders: Efficacy, moderators and mediators. *Psychiatric Clinics of North America, 33*, 537–555.

Eberhart, N. K., & Hammen, C. L. (2010). Interpersonal style, stress, and depression: An examination of transactional and diathesis-stress models. *Journal of Social and Clinical Psychology, 29*(1), 23-38.

Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M., & Şimşek, Z. (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması. Ana Rapor. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı.

Faulconbridge, L. F., Wadden, T. A., Berkowitz, R. I., Sarwer, D. B., Womble, L. G., Hesson, L. A., ... & Fabricatore, A. N. (2009). Changes in symptoms of depression with weight loss: results of a randomized trial. *Obesity*, *17*(5), 1009-1016.

Frank, E. (2007). Interpersonal and social rhythm therapy: A means of improving depression and preventing relapse in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychology, 63*, 463–473.

Freud, S. (1917/1957). Mourning and melancholia. In J. Rickman (Ed.), *A general selection from the works of Sigmund Freud*. Garden City, NY: Doubleday.

Gilman, S. E., Ni, M. Y., Dunn, E.C., Breslau, J., McLaughlin, K. A., Smoller, J. W., & Perlis, R. H. (2015). Contributions of the social environment to first-onset and recurrent mania. *Molecular Psychiatry, 20*, 329–36.

Gitlin, M. J. (2009). Pharmacotherapy and other somatic treatments for depression. In I. H. Gotlib & C. L Hammen (Eds.), Handbook of depression (2nd ed., pp. 554–585). New York, NY: Guilford.

Goldberg, J. F., Gerstein, R. K., Wenze, S. J., Welker, T. M., & Beck, A. T. (2008). Dysfunctional attitudes and cognitive schemas in bipolar manic and unipolar depressed outpatients: Implications for cognitively based psychotherapeutics. The Journal of Nervous and Mental Disease, 196, 207–210.

Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (2007). *Manic depressive illness: Bipolar disorders and recurrent depression* (2nd ed.). New York, NY: Oxford University Press.

Gotlib, I. H., Joormann, J., & Foland-Ross, L. C. (2014). Understanding familial risk for depression: A 25-year perspective. *Perspectives on Psychological Science, 9*, 94–108.

Gould, M. S. (1990). Teenage suicide clusters. *Journal of the American Medical Association, 263*, 2051–2052.

Gibbons, R. D., Brown, C. H., Hur, K., Marcus, S. M., Bhaumik, D. K., & Mann, J. J. (2007). Relationship between antidepressants and suicide attempts: An analysis of the Veterans Health Administration data sets. *American Journal of Psychiatry, 164*, 1044–1049.

Grav, S., Hellzen, O., Romild, U., & Stordal, E. (2012). Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey. *Journal of clinical nursing, 21*(1-2), 111-120.

Gumus, F., Buzlu, S., & Cakir, S. (2017). The effectiveness of individual psychoeducation on functioning and quality of life with bipolar disorder in turkey: A randomized controlled study. *International Journal of Caring Sciences, 10*(1), 490-502.

Gutman, D. A., & Nemeroff, C. B. (2011). Stress and depression. In R. J. Contrada & A. Baum (Eds.), *The handbook of stress science: Biology, psychology, and health* (pp. 345–357). New York: Springer Publishing.

Haber, S. N., & Knutson, B. (2010). The reward circuit: Linking primate anatomy and human imaging. *Neuropsychopharmacol., 35*(1), 4–26. doi:10.1038/npp.2009.129

Hammen, C. (2005). Stress and depression. In Annu. Rev. Clin. Psychol. (Vol. 1, pp. 293–319). Palo Alto, CA: Annual Reviews.

Hammen, C. (2006). Stress generation in depression: Reflections on origins, research, and future directions. *Journal of Clinical Psychology, 62*(9), 1065-1082.

Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychol. Bull., 127*, 773–96.

Hantouche, E., Angst, J., & Azorin, J. M. (2010). Explained factors of suicide attempts in major depression. *Journal of affective disorders, 127*(1-3), 305-308.

Harkness, K. L., Alavi, N., Monroe, S. M., Slavich, G. M., Gotlib, I. H., & Bagby, R. M. (2010). Gender differences in life events prior to onset of major depressive disorder: The moderating effect of age. *Journal of Abnormal Psychology, 119*, 791–803. doi:10.1037/a0020629

Hlastala, S. A., Kotler, J. S., McClellan, J. M., & McCauley, E. A. (2010). Interpersonal and social rhythm therapy for adolescents with bipolar disorder: Treatment development and results from an open trial. *Depression and Anxiety, 27*(5), 457–464.

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research, 36*(5), 427-440.

Hollon, S. D. (2011). Cognitive and behavior therapy in the treatment and prevention of depression. *Depression and Anxiety, 28*, 263–66.

Holma, K. M., Melartin, T. K., Haukka, J., Holma, I. A., Sokero, T. P., & Isometsa, E. T. (2010). Incidence and predictors of suicide attempts in DSM–IV major depressive disorder: a five-year prospective study. *American Journal of Psychiatry, 167*(7), 801-808.

Holzel, L., Harter., M., Reese, C., & Kriston, L. (2011). Risk factors for chronic depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 129*, 1–13.

Hooley, J. M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annu. Rev. Clin. Psychol., 3*, 329–52.

Johnson, S. L., Cuellar, A. K., Ruggero, C., Winett-Perlman, C., Goodnick, P., White, R., & Miller, I. (2008). Life events as predictors of mania and depression in bipolar I disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 117*(2), 268–277

Johnson, S. L., Sandrow, D., Meyer, B., Winters, R., Miller, I., Solomon, D., & Keitner, G. (2000). Increases in manic symptoms after life events involving goal attainment. *Journal of abnormal psychology, 109*(4), 721.

Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Joiner, T. E., Jr., & Rudd, M. D. (2000). Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous suicide attempts and negative life events. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 909–916.

Jelovac, A., Kolshus, E., & McLoughlin, D. M. (2013). Relapse following successful electroconvulsive therapy for major depression: a metaanalysis. *Neuropsychopharmacology, 38*(12), 2467.

Karg, K., Burmeister, M., Shedden, K., & Sen, S. (2011). The serotonin transporter promoter variant (5-httlpr), stress, and depression meta-analysis revisited: Evidence of genetic moderation. *Archives of General Psychiatry, 68*, 444–454. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.189

Keitner, G. I., Ryan, C. E., Miller, I. W., Kohn, R., Bishop, D. S., & Epstein, N. B. (1995). Role of the family in recovery and major depression. *American Journal of Psychiatry, 152*, 1002–1008

Kelsoe, J. R. (1997). The genetics of bipolar disorder. *Moskovskogo Nauchno-Issledovatel'Skogo Instituta Psikhiatrii, 27*(4), 285–92.

Kendler, K. S., & Gardner, C. O. (2010). Dependent stressful life events and prior depressive episodes in the prediction of major depression: The problem of causal inference in psychiatric epidemiology. *Archives of General Psychiatry, 67*, 1120–1127. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.136

Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O., & Pedersen, N. L. (2007). Clinical indices of familial depression in the Swedish Twin Registry. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 115*(3), 214–220.

Kendler, K.S., Hettema, J.M., Butera, F., Gardner, C.O., & Prescott, C.A. (2003). Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry, 60*, 789–769.

Kendler, K. S., Jaffee, S., & Romer, D. (2011). The dynamic genome and mental health: The role of genes and environments in youth development. New York, NY: Oxford University Press.

Kendler, K. S., Kessler, R. C., Walters, E. E., MacLean, C., Neale, M. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (2010). Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *Focus, 8*(3), 459-470.

Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1993). The lifetime history of major depression in women: Reliability of diagnosis and heritability. *Archives of General Psychiatry 50*, 863–870.

Kennedy, S. H., & Rizvi, S. (2009). Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. *Journal of clinical psychopharmacology, 29*(2), 157-164.

Kessler, R. C. (2006). The epidemiology of depression among women. In C. L. M. Keyes & S. H. Goodman (Eds.), *Women and depression* (pp. 22–40). New York: Cambridge University Press.

Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustun, B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry, 20*(4), 359-364.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama*, *289*(23), 3095-3105.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, *62*(6), 593-602.

Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual review of public health*, *34*, 119-138.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month *DSM-IV* disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 617–627.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G., & Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey. 1: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders, 29*(2–3), 85–96.

Kessler, R. C., Merikangas, K. R., & Wang, P. S. (2007). Prevalence, comorbidity, and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 137-158.

Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 21, 169–184. doi:10.1002/mpr.1359*

Klein, D. N., Shankman, S. A., & Rose, S. (2006). Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *Am. J. Psychiat, 163*(5), 872–80.

Kleinman, A. (1982). Neurasthenia and depression: A study of somatization and culture in China. *Culture, Medicine and Psychiatry, 6*, 117–190.

Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1994). Interpersonal psychotherapy of depression: A brief, focused, specific strategy. Jason Aronson, Incorporated.

Kuo, W. H., Gallo, J. J., & Tien, A. Y. (2001). Incidence of suicide ideation and attempts in adults: The 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychological Medicine, 31*, 1181–91.

Lam, R. W., Levitt, A., Levitan, R. D., Enns, M. W., Morehouse, R., Michalak, E., & Tam, E. M. (2006). The Can-SAD Study: A randomized controlled trial of the effectiveness of light therapy and fluoxetine in patients with winter seasonal affective disorder. *American Journal of Psychiatry, 163*, 805–812

Lam, D. H., Watkins, E. R., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N., et al. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: Outcome of the first year. *Arch. Gen. Psychiatry, 60*(2), 145–52.

Lanfumey, L., Mongeau, R., & Cohen-Salmon, C. (2008). Corticosteroid-serotonin interactions in the neurobiological mechanisms of stress-related disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 32*, 1174–1184.

Langan, R., & Goodbred, A. J. (2016). Identification and management of peripartum depression. *Am Fam Physician*, *93*(10), 852-858.

Lau, J. Y. F., & Eley, T. C. (2010). The genetics of mood disorders. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 313–337. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131308

Lazarus, R. S. (1968). Emotions and adaptation: Conceptual and empirical relations. In W. J. Arnold (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (Vol. 16). Lincoln: University of Nebraska Press.

Lemmens, L., Arntz, A., Peeters, F., Hollon, S., Roefs, A., & Huibers, M. (2015). Clinical effectiveness of cognitive therapy v. interpersonal psychotherapy for depression: Results of a randomized controlled trial. *Psychological Medicine [serial online], 45*, 2095–2110. Ipswich, MA: PsycINFO.

Lepine, J. P., & Briley, M. (2011). The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *7*(Suppl 1), 3.

Levinson, D. F. (2006). The genetics of depression: A review. Biol. Psychiatry, 60(2), 84–92.

Li, X., Tang, Y., Wang, C., & de Leon, J. (2015). Clozapine for treatment-resistant bipolar disorder: A systematic review. *Bipolar Disorders, 17*, 235–247. doi:10.1111/bdi.12272

Mazure, C. M. (1998). Life stressors as risk factors in depression. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*(3), 291-313.

McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (1999). A five-factor theory of personality. *Handbook of personality Theory and research, 2*(1999), 139-153.

McGuffin, P., Rijsdijk, F., Andrew, M., Sham, P., Katz, R., & Cardno, A. (2003). The heritability of bipolar affective disorder and the genetic relationship to unipolar depression. *Archives of General Psychiatry, 60*, 497–502.

McSweeney, S. (2004). Depression in women. In L. Cosgrove & P. J. Caplan (Eds.), *Bias in psychiatric diagnosis (pp. 183–188). Northvale, NJ: Jason Aronson.*

Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., Petukhova, M., & Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of general psychiatry, 64*(5), 543-552.

Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., ... & Ladea, M. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of general psychiatry, 68*(3), 241-251.

Merikangas, K. R., & Pato, M. (2009). Recent developments in the epidemiology of bipolar disorder in adults and children: Magnitude, correlates, and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 16*(2), 121–133.

Myers, D. G. (2000). *The American paradox: Spiritual hunger in an age of plenty*. New Haven, CT: Yale University Press

Miklowitz, D. J. (2007). The role of the family in the course and treatment of bipolar disorder. *Current Directions in Psychological Science, 16*, 192–196.

Miklowitz, D. J. (2014). Bipolar disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (5th ed.). New York, NY: Guilford.

Miklowitz, D. J., Schneck, C. D., Singh, M. K., Taylor, D. O., George, E. L., Cosgrove, M. E., Howe, M. E., Dickinson, L. M., Garber, J., & Chang, K. D. (2013). Early intervention for symptomatic youth for bipolar disorder: A randomized trial of family-focused therapy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 52*, 121–131.

Monroe, S. M., & Harkness, K. L. (2005). Life stress, the "kindling" hypothesis, and the recurrence of depression: Considerations from a life stress perspective. Psychol. Rev., 112(2), 417–45.

Monroe, S. M., & Reid, M. W. (2009). Life stress and major depression. *Current Directions in Psychological Science, 18*(2), 68-72.

Noble, R. E. (2005). Depression in women. *Metabolism, 54* (5 Suppl 1), 49–52.

Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*, 161–187. doi:10.1146/annurevclinpsy-032511-143109.

Nolen-Hoeksema, S., & Hilt, L. M. (2009). Gender differences in depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), Handbook of depression (2nd ed., pp. 386–404). New York, NY: Guilford.

Nusslock, R., Harmon-Jones, E., Alloy, L. B., Urosevic, S., Goldstein, K., & Abramson, L. Y. (2012). Elevated left mid-frontal cortical activity prospectively predicts conversion to bipolar I disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 121*(3), 592–601.

Nutt, D., Wilson, S., & Paterson, L. (2008). Sleep disorders as core symptoms of depression. *Dialogues in clinical neuroscience, 10*(3), 329.

Oquendo, M., Galfalvy, H., Russo, S., Ellis, S., Grunebaum, M., Burke, A., & Mann, J. J. (2004). Prospective study of clinical predictors of suicidal acts after a major depressive episode in patients with major depressive disorder or bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry, 161*, 1433–1441.

Otto, M. W., & Applebaum, A.J. (2011). The nature and treatment of bipolar disorder and the bipolar spectrum. In D. H. Barlow (Ed.), *Handbook of clinical psychology*. New York, NY: Oxford University Press.

Pagnin, D., de Queiroz, V., Pini, S., & Cassano, G. B. (2004). Efficacy of ECT in depression: a meta-analytic review. *The journal of ECT, 20*(1), 13-20.

Parker, G., McCraw, S., & Fletcher, K. (2012). Cyclothymia. *Depression and Anxiety, 29*(6), 487–494.

Parker, G., Cheah, Y. C., & Roy, K. (2001). Do the Chinese somatize depression? A cross-cultural study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36*, 287–293.

Paulus, D. J., Vanwoerden, S., Norton, P. J., & Sharp, C. (2016). Emotion dysregulation, psychological inflexibility, and shame as explanatory factors between neuroticism and depression. *Journal of affective disorders*, *190*, 376-385.

Peven, D. E., & Shulman, B. H. (1983). The psychodynamics of bipolar affective disorder: Some empirical findings and their implications for cognitive theory. *Individual Psychology*, *39*(1), 2.

Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, *31*(6), 1032-1040.

Pizzagalli, D. A., Nitschke, J. B., Oakes, T. R., Hendrick, A. M., Horras, K. A., Larson, C. L., et al. (2002). Brain electrical tomography in depression: The importance of symptom severity, anxiety, and melancholic features. *Biol. Psychiatry, 52*, 73–85

Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Möller-Leimkuhler, A. M., Giupponi, G., Girardi, P., & Lester, D. (2010). The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and serotonin abnormalities: A selective overview for the implications of suicide prevention. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *260*(8), 583–600.

Pulkki-Raback, L., Kivimäki, M., Ahola, K., Joutsenniemi, K., Elovainio, M., & Virtanen, M. (2012). Living alone and antidepressant medication use: A prospective study in a working-age population. *BMC Public Health, 12*(1), 236. doi: 10.1186/1471-2458-12-236

Quilty, L. C., Sellbom, M., Tackett, J. L., & Bagby, R. M. (2009). Personality trait predictors of bipolar disorder symptoms. *Psychiatr. Res., 169*(2), 159–63. doi:10.1016/j.psychres.2008.07.004

Rapkin, A. J., & Winer, S. A. (2009). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: quality of life and burden of illness. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, *9*(2), 157-170.

Risch, N., Herrell, R., Lehner, T., Liang, K. Y., Eaves, L., Hoh, J., ... & Merikangas, K. R. (2009). Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression: a meta-analysis. *Jama*, *301*(23), 2462-2471.

Robertson, H., & Pryor, R. (2006). Memory and cognitive effects of ECT: informing and assessing patients. *Advances in Psychiatric Treatment*, *12*(3), 228-237.

Rohan, K. J., Lindsey, K. T., Roecklein, K. A., & Lacy, T. J. (2004). Cognitive-behavioral therapy, light therapy, and their combination in treating seasonal affective disorder. *Journal of Affective Disorders, 80*, 273–283.

Schrijvers, D., De Bruijn, E. R., Maas, Y., De Grave, C., Sabbe, B. G., & Hulstijn, W. (2008). Action monitoring in major depressive disorder with psychomotor retardation. *Cortex*, *44*(5), 569-579.

Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., . . . Kessler, R. C. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry, 66*, 785–795.

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. T. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco, CA: Freeman.

Seligman, M. E. P., & Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology, 74*, 1–9.

Shafti, S. S. (2010). Olanzapine vs. lithium in management of acute mania. *Journal of Affective Disorders 122*, 273–276. doi:10.1016/j.jad.2009.08.013

Shapero, B. G., Black, S. K., Liu, R. T., Klugman, J., Bender, R. E., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2014). Stressful life events and depression symptoms: the effect of childhood emotional abuse on stress reactivity. *Journal of clinical psychology*, *70*(3), 209-223.

Sheets, E. S., & Craighead, W. E. (2014). Comparing chronic interpersonal and noninterpersonal stress domains as predictors of depression recurrence in emerging adults, *Behaviour Research and Therapy 63*, 36–42

Simpson, G. K., Tate, R. L., Whiting, D. L., & Cotter, R. E. (2011). Suicide prevention after traumatic brain injury: A randomized controlled trial of a program for the psychological treatment of hopelessness. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation, 26*(4), 290–300.

Skinner, B. F. (1953). Some contributions of an experimental analysis of behavior to psychology as a whole. *American Psychologist, 8*(2), 69.

Snyder, J. S., Soumier, A., Brewer, M., Pickel, J., & Cameron, H. A. (2011). Adult hippocampal neurogenesis buffers stress responses and depressive behaviour. *Nature, 476*(7361), 458–U112.

Solimano, A., & Manfredi, C. (2006). Bipolar disorder and psychoanalytical concepts of depression and mania. *Vertex (Buenos Aires, Argentina), 17*(69), 347-352.

Solomon, D. A., Keller, M. B., Leon, A. C., Mueller, T. I., Lavori, P. W., Shea, M. T., . . . Endicott, J. (2000). Multiple recurrences of major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry, 157*, 229–233.

Solomon, D. A., Leon, A. C., Coryell, W. H., Endicott, J., Li, C., Fiedorowicz, J. G., ... & Keller, M. B. (2010). Longitudinal course of bipolar I disorder: duration of mood episodes. *Archives of general psychiatry, 67*(4), 339-347.

Speisman, R. B., Kumar, A., Rani, A., Foster, T. C., & Ormerod, B. K. (2013). Daily exercise improves memory, stimulates hippocampal neurogenesis and modulates immune and neuroimmune cytokines in aging rats. *Brain, Behavior and Immunity, 28*, 25–43. doi: 10.1016/j.bbi.2012.09.013.

Stetler, C., & Miller, G. E. (2011). Depression and hypothalamic-pituitary-adrenal activation: A quantitative summary of four decades of research. *Psychosomat. Med., 73*(2), 114–26. doi:10.1097/PSY.0b013e31820ad12b

Steunenberg, B., Beekman, A. T., Deeg, D. J., Bremmer, M. A., & Kerkhof, A. J. (2007). Mastery and neuroticism predict recovery of depression in later life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 15*(3), 234-242.

Stewart, J. L., Bismark, A. W., Towers, D. N., Coan, J. A., & Allen, J. J. B. (2010). Resting frontal EEG asymmetry as an endophenotype for depression risk: Sex-specific patterns of frontal brain asymmetry. *J. Abn. Psychol., 119*(3), 502–12. doi:10.1037/a0019196

Suarez, L., Bennett, S., Goldstein, C., & Barlow, D. H. (2009). Understanding anxiety disorders from a "triple vulnerabilities" framework. In M. M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 153–172). New York, NY: Oxford University Press.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2017). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health* (HHS Publication No. SMA 17-5044, NSDUH Series H-52). Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrieved from https://www. samhsa.gov/data/

Sullivan, P. F., Neale, M. C., Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: Review and meta-analysis, American Journal of Psychiatry, 157, 1552–1562.

Sutin, A. R., Terracciano, A., Milaneschi, Y., An, Y., Ferrucci, L., & Zonderman, A. B. (2013). The trajectory of depressive symptoms across the adult life span. *JAMA Psychiatry, 70*, 803–811.

Swann, A. C. (2010). The strong relationship between bipolar and substance-use disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1187*, 276–293.

Swendsen, J. D., & Merikangas, K. R. (2000). The comorbidity of depression and substance use disorders. *Clinical psychology review, 20*(2), 173-189.

Thase, M. E. (2006). Preventing relapse and recurrence of depression: A brief review of therapeutic options. *CNS Spectrums, 11* (Suppl. 15), 12–21.

Thase, M. E. (2009a). Neurobiological aspects of depression. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), Handbook of depression (2nd ed., pp. 187–217). New York, NY: Guilford.

Thase, M. E. (2009b). Selective serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors. In B. J. Sadock, A. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (9th ed., pp. 3184–90). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Thase, M. E., & Denko, T. (2008). Pharmacotherapy of mood disorders. Annual Review of Clinical Psychology, 4, 53–91.

Tohen, M., Zarate, C. A., Hennen, J., Khalsa, H.-M. K., Strakowski, S. M., Gebre-Medhin, P., Baldessarini, R. J. (2003). The McLean-Harvard First-Episode Mania Study: Prediction of recovery and first recurrence. *American Journal of Psychiatry, 160*, 2099–2107.

Tolin, D. F. (2010). Is cognitive–behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, *30*(6), 710-720.

Topuzoğlu, A., Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., Tanık, F. A., Zağlı, N., & Alptekin, K. (2015). The epidemiology of major depressive disorder and subthreshold depression in Izmir, Turkey: Prevalence, socioeconomic differences, impairment and help-seeking. *Journal of affective disorders*, *181*, 78-86.

Trudel, G., & Goldfarb, M. R. (2010). Marital and sexual functioning and dysfunctioning, depression and anxiety. *Sexologies*, *19*(3), 137-142.

Tschudin, S., Bertea, P. C., & Zemp, E. (2010). Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample. *Archives of women's mental health*, *13*(6), 485-494.

Türkiye İstatistik Kurumu (2016, Haziran). İntihar İstatistikleri 2015. Retrieved from http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do;jsessionid=0L8ZZHTL7vGPFDyDxHq2LvW78jDn05sGGfLZDFbc6B2Wt6V7Nz58!2013896621?id=21516

Twenge, J. M., Gentile, B., DeWall, C. N., Ma, D., Lacefield, K., & Schurtz, D. R. (2010). Birth cohort increases in psychopathology among young Americans, 1938-2007: A crosstemporal meta-analysis of the MMPI. *Clinical Psychology Review, 30*, 145-154. doi: 10.1016/j.cpr.2009.10.005

Van Meter, A. R., Youngstrom, E. A., & Findling, R. L. (2012). Cyclothymic disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review, 32*, 229–243. doi:10.1016/j.cpr.2012.02.001

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner, T. E. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 72–83.

Van Praag, H. M., & Korf, J. (1975). Central monamine deficiency in depressions: Causative of secondary phenomenon? *Pharmakopsychiatr Neuropsychopharmakol, 8*, 322–326.

Willcutt, E., & McQueen, M. (2010). Genetic and environmental vulnerability to bipolar spectrum disorders. In D. J. Miklowitz & D. Cicchetti (Eds.), Understanding bipolar disorder: A developmental psychopathology perspective (pp. 225–58). New York: Guilford Press.

Winkler, D., Pjrek, E., & Kasper, S. (2005). Anger attacks in depression–evidence for a male depressive syndrome. *Psychotherapy and psychosomatics*, *74*(5), 303-307.

World Health World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2018, March). Depression fact sheet. Retrieved from http://http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/

Yalçın, İ. (2015). İyi oluş ve sosyal destek arasındaki ilişkiler: Türkiye'de yapılmış çalışmaların meta analizi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *26*(1), 21-32.

Yılmaz, A. E. (2016). Depresyonun Üstbilişsel Modeli'nin Türkiye'deki Bir Üniversite Öğrencisi Örnekleminde İncelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, *27*, 100-9.

Zahl, D. L., & Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: Long-term follow-up study of 11,583 patients. *British Journal of Psychiatry, 185*, 70–75.

Zahn, R., Lythe, K. E., Gethin, J. A., Green, S., Deakin, J. F. W., Young, A. H., & Moll, J. (2015). The role of self-blame and worthlessness in the psychopathology of major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, *186*, 337-341.

Zhang, C., Wu, Z., Hong, W., Wang, Z., Peng, D., Chen, J., . . . Fang, Y. (2014). Influence of BCL2 gene in major depression susceptibility and antidepressant treatment outcome. *Journal of Affective Disorders, 155*, 288–294.

5. Bölüm

KAYGI (ANKSİYETE) BOZUKLUKLARI

Gizem Sarısoy-Aksüt

VAKA ÖRNEĞİ 1

Başak Hanım, 23 yaşında üniversite son sınıf öğrencisiydi. Genel olarak kaygılı birisi olmasına rağmen son dört aydır kaygı düzeyinde ciddi bir artış olmuştu. Geç saatlere kadar kütüphanede ders çalışıyordu. Mezun olmak için bir yandan staj yapıyor, bir yandan da sınavlara hazırlanmak için dershaneye devam ediyordu. İki ay önce staj için gittiği okulun öğretmenler odasında birden kendini hasta hissetmeye başlamıştı. Görüşü bulanıklaşmış, elleri titremeye başlamış ve kalp atışları hızlanmıştı. Kendisini öğretmenler tuvaletine zor atan Başak Hanım kalp krizi geçirdiğini düşünmüştü. Oradan sağ çıkıp çıkamayacağını düşündüğünü hatırlıyordu. Tüm belirtiler 15 dakika kadar sürmüştü. O gün bir mazeret bularak hızlıca kaldığı yurda dönen Başak Hanım ertesi gün kardiyoloji bölümünden randevu almış ve doktora görünmüştü. Yapılan muayene ve testler sonucunda kalbinde bir sorun olmadığını öğrenen Başak Hanım normal hayatına geri dönmüştü. Bir ay kadar önce dolmuştayken beklenmedik bir atak daha yaşadıktan sonra tekrar benzer bir deneyim yaşama korkusu ile Başak Hanım dışarı çıkmaya korkar olmuş, insanlarla iletişimini azaltmıştı.

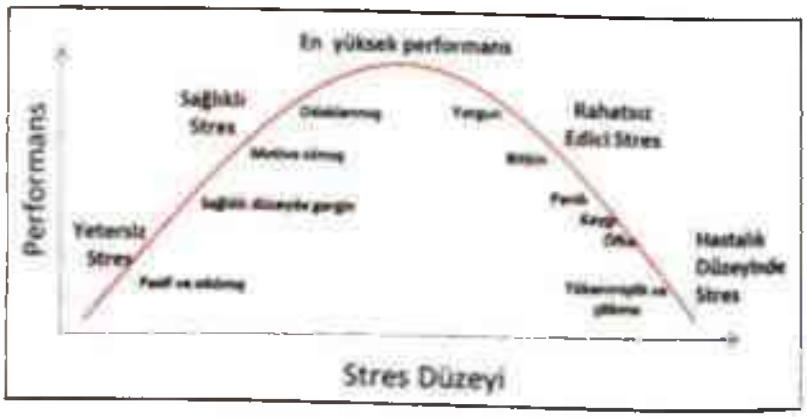
Herkes belirli olay veya durumlar karşısında korku ya da kaygı yaşamaktadır. Bu bölümde üzerinde duracağımız **kaygı bozuklukları** olarak adlandırılan psikolojik rahatsızlık grubunda bu iki duygu da önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle bölüme giriş kısmında kaygı ve kor-

kunun benzerlik ve farklılıklarına odaklanmak faydalı olacaktır. ***Korku*** yakın çevremizdeki *gerçek ya da muhtemel bir tehlike* karşısında ortaya çıkan duygusal bir tepkidir. Karşıdan karşıya geçerken size doğru hızla yaklaşan bir motorsiklet gördüğünüzü hayal edin. Kalp atışınız hızlanır, korku duyarsınız ve kendinizi hemen güvenli bir yere atmaya çalışırsınız. Bu örnek durumda gerçek bir fiziksel tehdit vardır ve korku veya stresle aktif duruma gelen "*savaş ya da kaç tepkisi*" kalbinizin normalden hızlı atmasına ve kaslarınıza daha fazla kan gitmesine sebep olur. Solunum hızınız artar böylece kana ve beyne daha fazla oksijen sağlanır. Bu şekilde vücut mevcut tüm kaynaklarını kullanarak tehlike anında tepki vermeye hazırlanır.

Kaygı ise *şimdi* değil *gelecek* odaklıdır. Ortaya çıkması beklenen bir tehdite karşı hazırlıklı olmanızı sağlar. Örneğin, bir sınavla ilgili belirli düzeyde kaygı duymak, geleceğe dair bir plan ve hazırlık yapmanıza ve çalışma motivasyonunuza katkı sağlayabilir. Geçmişten günümüze yapılan çalışmalar düşük ve orta düzeylerde kaygının öğrenmeye ve performansa olumlu yönde etki ettiğini ortaya koymaktadır. Yerkes ve Dodson'ın (1908) teorisine göre performans ve zihinsel uyarılma arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. Eğer fizyolojik sistem kaygı ile belli düzeylerde uyarılırsa bu kişinin performansını olumlu yönde etkilemekte iken bu uyarılma yüksek düzeylere ulaştığında performans düşmektedir. Tam tersi şekilde eğer fizyolojik sistem kaygı düşük olduğu için yeterince uyarılmazsa bu durum kişinin performansını olumsuz yönde etkilemektedir. Kaygı; hayatı sürdürmek, amaçlara ulaşmak için oldukça işlevsel bir duygu olmasına rağmen kaygının yoğunluğu fazla olduğunda veya işlevsel olmaktan çıkıp daha uzun süreli veya sık ortaya çıkmaya başladığında patolojik ve işlevsiz olabilmekte, hayatı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. İlerleyen bölümlerde kaygının işlevsel olmaktan çıkıp patolojik hâle geldiği durumlar ele alınacaktır.



Şekil 1. Korku, yakın çevremizdeki gerçek ya da muhtemel bir tehlike karşısında ortaya çıkan duygusal bir tepkidir. Fiziksel bir tehdit algılandığında vücut mevcut tüm kaynaklarını kullanarak tehlike anında tepki vermeye hazırlanır.



Şekil 2. *Yerkes ve Dodson Stres-Performans Eğrisi.* Yerkes ve Dodson'ın (1908) teorisine göre çok yüksek veya çok düşük düzeylerde kaygı performansı olumsuz yönde etkilerken sağlıklı düzeyde kaygı performansı arttırmaktadır.

Tablo 1. Korku ve Kaygı Arasındaki Farklar

Korku	Kaygı
Gerçek ya da muhtemel tehlike karşısında ortaya çıkar.	Ortaya çıkması beklenen bir tehdit karşısında kendini gösterir.
Şimdi odaklıdır.	Gelecek odaklıdır.
Savaş-kaç tepkisi aktifleşir.	Fiziksel gerginlik ve tetikte olma hali hakimdir.
Kişi, tehlikede olduğunu düşünür.	Kişide kötü birşey olacağı beklentisi vardır.
Sonuç, kaçma davranışı şeklinde kendini gösterir.	Sonuç, kaçınma olarak kendini gösterir.

Kaygı ve korkuyu oluşturan üç farklı etmen vardır. Bunlardan ilki *fiziksel belirtiler*dir. **Korku durumunda** "savaş-kaç" tepkisi aktifleşerek, kalp atışında ve nefes alıp vermede hızlanmaya, terleme, çarpıntı, kaslarda gerginlik gibi belirtilere yol açmaktadır (bk. Tablo 1). *Bilişsel* düzeyde kişi tehlikede olduğunu düşünmekte ve kaçma gerekliliği hissetmektedir. Tüm bu fiziksel ve bilişsel etmenler *davranışsal düzeyde* kaçma davranışı ile sonuçlanmaktadır. **Kaygı durumunda** ise fiziksel gerginlik ve sürekli tetikte olma hali vardır. Korku duygusundaki gibi "savaş-kaç" tepkisi aktifleşmese de kaygı durumunda kişi her an "savaş-kaç"tepkisi verecekmiş gibi hazır konumda beklemektedir. Bu fiziksel gerginlik durumuna bilişsel düzeydeki kötü bir şey olacağı beklentisi de katkı sağlamaktadır. Fiziksel ve bilişsel etmenler davranışsal düzeyde tehlike algısı oluşturan durumlardan kaçınmaya sebep olabilmektedir.

Tablo 2. Kaygı ve Korkuyu Oluşturan Fiziksel, Bilişsel ve Davranışsal Belirtiler

	Fiziksel Belirtiler	Bilişsel Belirtiler	Davranışsal Belirtiler
Korku	Kaslarda gerginlik, kalp atışında hızlanma, terleme, kulaklarda çınlama, sindirim sistemi ile ilgili sıkıntılar, irileşmiş gözbebekleri, kan basıncında artış, solunumda hızlanma ve dermleşme	"Tehlikedeyim." "Kaçmalıyım." "Zarar görmek üzereyim."	Kaçma isteği
Kaygı	Gerginlik ve süregen bir aşırı uyarılma durumu	"Olabilecekler konusunda endiseliyim." "Çok kötü bir şey olabilir."	Kaçınma düzeyinde artış

Tehlike karşısında ortaya çıkan işlevsel korku ile işlevsel olmayan kaygı arasında bazı farklılıklar vardır. İlk olarak işlevsel korkuda kişinin yaşadığı korkunun düzeyi gerçekteki tehlike ile orantılıdır. Bununla birlikte işlevsel olmayan kaygı durumunda tehditin yaratabileceği zarar ve hissedilen korku orantısızdır. Örneğin, sunum yapma korkusu olan bir kişi rezil olma, utanma, küçük düşme ihtimallerini göz önünde tutarak sunum ödevi içeren derslerini tümden bırakabilir.

İkinci olarak, işlevsel korkuda kişilerin endişeleri gerçekçi iken; işlevsel olmayan kaygı durumunda endişeler gerçekçi değildir. Kaygılanılan durumun gerçekleşmesi ya da gerçekleşse bile kişiye vereceği zarar oldukça düşüktür. Örneğin, büyük bir depremin ardından artçı sarsıntılardan korkmak işlevsel bir korkudur. Artçı sarsıntıların olması ihtimal dahilinde ve gerçekçi-

dir. Fakat metroda başına bir şey gelirse yardıma ulaşamayacağından ya da kaçamayacağından korkan bir kişinin korktuğu şeyin başına gelme olasılığı oldukça düşüktür. Son olarak, işlevsel korkuda tehlike geçtiğinde korku da hafifler. İşlevsel olmayan kaygı durumunda ise tehdit geçtiğinde bile kişinin endiseleri devam eder. Her an tehdit yaratan durumun tekrar ortaya çıkabileceğine dair kaygı duyulmaya devam edilir.

Kaygı bozukluklarında en sık ele alınan duygular korku ve kaygı olmakla birlikte bazı hayvan fobilerinde ve kan-enjeksiyon-yaralanma fobilerinde tiksinme duygusunun da rol oynadığı ortaya konmuştur (ör., Connolly, O'Neill ve Flessner, 2006). Woody ve Teachman (2000), korku veya kaygı yaratan bazı uyaranların yarattığı korkunun bulaşma/kirlenme (contamination) korkusu olduğunu, bunun da tiksinme duygusu ile ilişkili olduğunu ileri sürmektedir. Örneğin, Merckelbach, de Jong, Arntz ve Schouten (1993), örümcek fobisinde tiksinmenin rolünü çalışmıştır. Araştırma sonuçları örümcek fobisi olan katılımcıların tiksinme ve kirlenme duyarlılığının kontrol grubundaki katılımcılara göre daha yüksek olduğunu göstermiştir.

KAYGI BOZUKLUKLARININ GENEL GÖRÜNÜMÜ VE TANI KRİTERLERİ

Çoğumuzun zaman zaman yaşadığı kaygı ve korkular çoğunlukla hafif ve kısa süreli olma eğiliminde iken bazı insanlar için bu kaygı ve korkular oldukça uzun süreli, günlük aktiviteleri engelleyecek düzeyde şiddetli ve tehlikenin boyutları ile orantısız olabilmektedir. DSM klinik düzeyde anlamlı kaygı ve korku ile ilişkili rahatsızlıkları **kaygı bozuklukları** adı altında bir grupta toplamıştır. Bu gruptaki rahatsızlıkların hepsinde gerçekçi ya da mantıklı düzeyde olmayan, yüksek düzeyde strese ve işlevsellikte bozulmaya sebep olan, aşırı yoğun ya da aşırı sıklıkla yaşanan kaygı ve veya korku baş göstermektedir. DSM-5'te yer alan temel kaygı bozuklukları şu şekildedir:

1. Özgül Fobiler
2. Sosyal Kaygı Bozukluğu
3. Panik Bozukluk
4. Agorafobi
5. Yaygın Kaygı Bozukluğu
6. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu
7. Seçici Konuşmazlık

Kaygı bozukluklarını birbirinden ayıran kaygı, korku ve kaçınma davranışını ortaya çıkaran nesne ya da durumların ve ilgili bilişsel süreçlerin farklılığıdır. Örneğin, *özgül fobisi* ya da *sosyal fobisi* olan kişiler korktukları nesne veya durumla karşılaştıklarında ya da karşılaşma olasılığı ortaya çıktığında korku ve panik yaşarlar. *Panik bozukluğu* olan bireyler sıklıkla panik ataklar deneyimler ve yeni bir atak yaşama ihtimali bu kişileri yoğun bir şekilde kaygılandırır. *Agorafobisi* olan kişiler alışveriş merkezi, asansör, kalabalık alanlar gibi belli başlı alanlarda bulunmaktan korku ve kaygı duyarlar. *Yaygın kaygı bozukluğunda* ise çoğu zaman hissedilen bir gerginlik ve kaygı söz konusudur. Bu rahatsızlığa sahip kişiler pek çok konuda kaygı ve korku yaşayabilirler.

Kaygı bozuklukları, tüm psikolojik rahatsızlıklar içinde en yaygın görülen bozukluklardandır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 9.000'den fazla kişi ile yapılan bir araştırmada yetişkinlerin yaklaşık %31,2'sinin hayatlarının bir döneminde tanı kriterlerini karşılayacak düzeyde kaygı bozukluğu belirtileri deneyimledikleri bulunmuştur (Kessler ve ark., 2005). Yine aynı çalışmada kaygı bozukluklarının kadınlar arasında en yaygın, erkekler arasında ise ikinci en yaygın psikolojik rahatsızlık olduğu bulgusuna ulaşılmıştır (Kessler ve ark., 2005). Genel popülasyonda kaygı bozuklukları kadınlarda erkeklere oranla daha yaygındır. Kadınların neden daha sıklıkla kaygı veya korku bildirdiği net olmasa da bu durum kültürel ve veya cinsiyet rollerindeki beklentilere bağlanabilir. Kadınların bu tür duygularını ifadesi cinsiyet rolleri ile uyumlu olduğundan sosyal kabul edilirliği daha yüksektir. Bu durumda erkeklerle eşit oranlarda kaygı veya korku yaşasalar bile bu duyguları daha rahatlıkla dile getirebildikleri söylenebilir. Kaygı bozukluklarının ortalama başlangıç yaşı 11 olmakla birlikte, ilk kez ortaya çıkış yaşı daha geç de olabilmektedir (Kessler ve ark., 2005).



Şekil 3. Kaygı bozuklukları, tüm psikolojik rahatsızlıklar içinde en yaygın görülen bozukluklardandır.

Kaygı bozukluklarının diğer psikolojik rahatsızlıklarla birlikte görülme oranı da oldukça fazladır. Kaygı bozukluklarının birden fazla türünün bir kişide görülmesi veya kaygı bozukluklarına depresyonun eşlik etmesi sık rastlanan bir durumdur. Örneğin, major depresyon bozukluğu olan bireylerin %57,5'unun 1 yıllık dönemde en az bir kaygı bozukluğunun tanı kriterlerini karşıladığı bulunmuştur (Kessler, Merikangas ve Wang, 2007; Brown, Campbell, Lehman, Grisham ve Mancill, 2001).

Kaygı bozukluklarına DSM-5 tanısı konulabilmesi için bir takım tanı kriterlerinin karşılanması gerekmektedir.

- Geçici korku ve kaygıdan farklı olarak belirtiler en az 6 ay devam eder.
- Belirtiler ilaç kullanımının bir sonucu olarak ya da bir tıbbi duruma bağlı olarak ortaya çıkmaz.
- Belirtiler işlevsellikte bozulmaya ve yoğun strese yol açar.

Kaygı bozukluğu olan bireyler korktukları ya da kaçındıkları durumun içerdiği tehlikeyi abartma eğiliminde olacakları için korku ya da kaygının tehdit ile orantısız olup olmadığı kültür de göz önünde bulundurularak klinisyen tarafından yapılmaktadır (American Psychiatric Association, 2013).

Bu bölümde DSM-5'te Kaygı (Anksiyete) Bozukluğu olarak sınıflandırılan psikolojik rahatsızlıkları daha ayrıntılı olarak ele alacağız. Kaygı bozuklukları arasında görülme sıklığı en yüksek olan özgül fobiler ele alındıktan sonra sırasıyla sosyal kaygı bozukluğu, panik bozukluk, agorafobi, yaygın kaygı bozukluğu, ayrılma kaygısı bozukluğu ve seçici konuşmazlık işlenecektir.

ÖZGÜL FOBİLER

VAKA ÖRNEĞİ 2

Meryem Hanım, 24 yaşında büyük bir firmada işe girmişti. İşe girmesinin üzerinden çok geçmemesine rağmen birim müdürü kendisinin katılamayacağı şehirdışındaki bir toplantıya Meryem Hanım'ın katılmasını istemişti. Bu Meryem Hanım'ın kendi yeteneklerini göstermesi için güzel bir fırsattı. Teklifi kabul eden Meryem Hanım toplantı günü havaalanına gitti. Geçmişte de uçakla seyahat ettiği için uçuş öncesinde bir korku yaşamamıştı. Uçak havalandığında toplantıda üzerinde durulacak konuların üzerinden geçiyor, son okumalarını yapıyordu. Birden uçak şiddetli bir şekilde sarsılmaya başladı. Etraftaki insanlar tepsilerini tutuyor, gelen sesler artıyordu. O sırada uçak ani bir şekilde hava boşluğuna düştü ve Meryem Hanım ve diğer yolcuların ayakları yerden kesildi. Hiç bu kadar şiddetli bir türbülans yaşamamış olan Meryem Hanım, geri kalan tüm yolu kaygı ve korku ile geçirdi. Elleri terliyor, nefes almakta zorlanıyor ve bir an önce uçaktan inmek istiyordu. Uçak havalimanına indiğinde büyük bir rahatlama yaşadı. Toplantı dönüşü uçağa binme fikri bile onu rahatsız ettiği için uçak biletini iptal edip otobüsle döndü. O günden sonra uçakla seyahate karşı fobi geliştiren Meryem Hanım tüm seyahatlerini karayolu ile gerçekleştirmeye başladı.

İnsanların birçoğu bir ya da birden fazla şeyden korktuğunu kabul etmektedir. Sizin de çevrenizde örümcek, yılan, yükseklik, palyaço, asansör vb. şeylerden korkan insanlar olmuştur. Bu tür korkular oldukça yaygın ve normaldir. Bu korkuların özgül fobi tanı kapsamına girmesi için iki önemli belirleyici vardır. Bunlardan ilki belirtilerin ciddi düzeyde duygusal strese sebep olması, ikincisi ise bu korkulardan ötürü gündelik işlevselliğin zarar görmesidir. Özgül fobisi olan bireyler *fobik uyaranla* karşılaştıklarında ya da fobik uyaranla karşılaşmayı bekledikleri durumlarda hemen her zaman korku tepkisi gösterirler. Korku duyulan uyarandan kaçınmanın hızlıca rahatlama sağlaması sebebiyle bu kişiler fobik uyaranla karşılaşma olasılıkları olan durumlardan da sıklıkla kaçınırlar. Örneğin, yükseklik korkusu olan bir kişi evini ve iş yerini giriş katlarda seçerek, uçak yerine otobüsle ulaşımı tercih ederek bu fobik uyarandan kaçınabilir. Özgül fobilerin sadece belirli nesne ve durumlara karşı olması ve bu durum ve nesnelerden kaçınarak ya da hayatı bunlara göre düzenleyerek hayatın devam ettirilebilmesi bu bozukluğa sahip kişilerin tedavi için başvurma



Şekil 4. Özgül fobisi olan bireyler, fobik uyaranla karşılaştıklarında ya da fobik uyaranla karşılaşmayı bekledikleri durumlarda hemen her zaman korku tepkisi gösterirler.

oranlarını da etkilemektedir. Yapılan bir çalışmada bu kişilerin bir yıllık süreçte tedaviye başvurma oranlarının %15,8 olduğu bulunmuştur (Essau, Conradt ve Petermann, 2000). İleri düzeyde fobisi olan kişilerde fobik uyaranla ilişkili fotoğraf veya görüntüler bile rahatsız edici olabilir. Özgül fobisi olan kişiler içten içe korkularının aşırı veya tehlike ile orantısız olduğunu bilseler bile mantıklı düşünerek bu korkuların önüne geçemezler ve korkulan durumun yaratacağı tehlikeyi abartma eğilimindedirler. Elde edilen çalışma bulgularına göre özgül fobi tanısı alan bireylerin iş ve eğitim hayatları zarar görmekte, iş günü kayıpları ortaya çıkmakta ve fiziksel ve ruhsal alanda yaşam kaliteleri düşmektedir (Mogotsi, Kaminer ve Stein, 2000).

Tablo 3. Özgül Fobi İçin DSM-5 Tanı Kriterleri

1. Bu psikolojik rahatsızlığa sahip kişiler yaratabileceği tehlike o kadar şiddetli olmasa bile bazı obje veya durumlardan korkarlar (ör.; örümcek, kedi, asansör vb.).
2. Korku veya kaygı yaratan durumla veya obje ile karşılaşmamak için yoğun çaba gösterirler.
3. Bu korku ve kaygılar, kişiler için sıkıntı yaratır ve olağan gündelik hayatlarında belirli bazı sorunlara yol açar.

DSM'de özgül fobiler korkunun kaynağına göre de beş kategoriye ayrılmıştır:

1. Hayvan fobileri (ör.; yılan, böcek, kedi),
2. Doğal çevre (ör.: yükseklik, fırtına, su),
3. Kan, iğne, yaralanma (ör.; iğne, girici tıbbi uygulamalar),
4. Durumsal (ör.; uçma, asansör, kapalı alan, toplu taşıma),
5. Diğer (ör.: palyaçolar, boğulma korkusu, kusma korkusu, yüksek ses korkusu).

Hayvan fobisi olan bireyler, korktukları hayvanlarla karşılaştıklarında veya karşılaşma ihtimalleri olduğunda yoğun bir korku ve kaygı yaşarlar. Örneğin, böcek fobisi olan bir kişi doğal ortamlara girmekten kaçınabilir; kedi fobisi olan kişi dışarı tek başına çıkmaktan çekinebilir. Doğal çevrede karşılaşılan yükseklik, su gibi şeylerden korkan kişiler de korktukları ortamdan kaçınmaya çalışırlar. Su fobisi olan bir kişi yüzmekten veya tekne, vapur gibi ulaşım araçlarına binmekten tümüyle kaçınabilir, yükseklik fobisi olan bir kişi çok yüksek bir kattaki iş mülakatına gitmeyi reddedebilir. Kan, iğne veya yaralanma fobisi olan kişilerde kan verme, kaza görüntülerine bakma, iğne yaptırma, kulak deldirme, diş çektirme gibi durumlarda, kalp hızı artış gösterir, mide bulantısı veya bayılma görülebilir (Kılıç, 2006). Kan-yaralanma fobisi olan kişiler tıbbi müdahalelerden veya tümüyle hastanelerden kaçınabilirler, bazı kişiler hasta insanlara bakmakta zorlanabilirler (Kılıç, 2006). Bunlar dışında asansöre binmek, toplu taşıma araçlarına binmek gibi belirli bazı durumlara karşı da korku gelişmesine sıklıkla rast-



Şekil 5. Hayvan fobileri, özgül fobiler içinde yer alır ve belirli bir hayvanla karşılaşma durumunda ya da böyle bir ihtimal olduğunda hemen her zaman korku tepkisinin ortaya çıkmasına sebep olur.



Şekil 6. Kan, iğne, yaralanma fobisi özgül fobilerin bir türüdür. Bu fobiye sahip kişiler, iğne ile karşılaşacakları kan verme, kulak deldirme, diş çektirme gibi durumlarda fobik belirtiler gösterir.



Şekil 7. Özgül fobiler, sıklıkla erken çocukluk döneminde gelişmektedir.

lanır. Daha az sıklıkla olmakla birlikte yaşantılara bağlı olarak palyaço, yüksek ses, kusma fobisi gibi başka bazı fobiler de görülebilir.

Özgül fobiler ABD'de yetişkinlerin %12'sini (Kessler ve ark., 2005) çocukların ise %3,5'ini etkilemektedir (Ollendick, King ve Muris, 2004). Türkiye'de ise epidemiyolojik çalışmalar az olmakla birlikte eldeki çalışmalarda özgül fobilerin görülme oranı %2,7 olarak bulunmuştur (Kılıç, 2006). Özgül fobisi olan kişilerin %75'inin birden fazla nesne ya da durumdan korktuğu belirtilmektedir (American Psychiatric Association, 2013). Fobik uyaranlara göre değişmekle birlikte özgül fobiler kadınlarda daha sıklıkla görülmektedir (Erkeklerin yaklaşık iki katı oranında). Kadınlarda durumsal, hayvan ve doğal çevre fobileri erkeklere kıyasla daha sıklıkla görülmekteyken; yükseklik, kan, iğne, yaralanma fobilerinin kadın ve erkeklerde eşit olarak görüldüğü bulunmuştur (LeBeau ve ark., 2010). Özgül fobiler genellikle erken çocukluk döneminde gelişmektedir. Bununla birlikte kapalı alan korkusu veya araba sürme korkusu gibi bazı fobiler ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır (Barlow, 2002).

Özgül Fobilerin Etiyolojisi

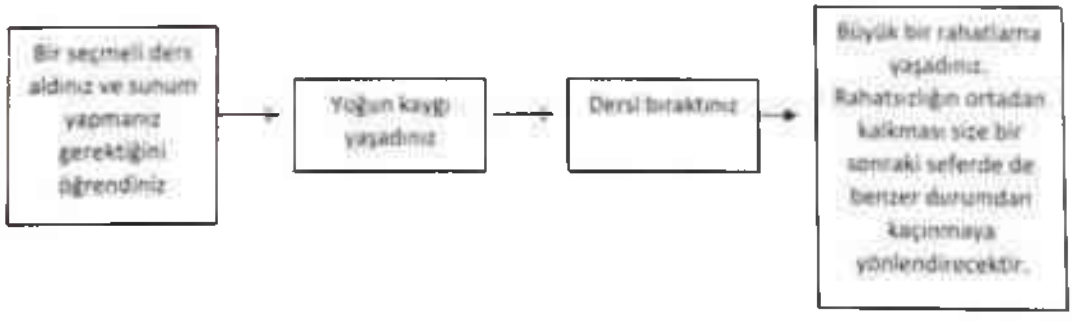
Özgül fobilerin ortaya çıkışına dair şimdiye kadar birçok teori ortaya atılmıştır. Örneğin, Freud (1909) özgül fobilerin id'den gelen bastırılmış dürtülere karşı bir tür savunma olduğunu iddia etmiştir. Id'den kaynaklanan dürtülerin bilinç düzeyine çıkması o kadar tehlikelidir ki bastırılmış biliçdışı kaygı gerçek kaygı nesnesi ile sembolik ilişkisi olan dışsal bir nesneye veye duruma aktarılır. Freud'a (1909) göre fobilerin kökeni bu bastırılmış dürtülerdir. Fobilerin ortaya çıkışına açıklama getiren psikodinamik teori zaman içerisinde fazla tartışmalı olduğu ve kanıtlanamadığı için eleştirilmiş ve başka faktörlere de odaklanılmıştır. Bu faktörler arasında korkunun travmatik koşullanması, öğrenme, bilişler, biyolojik ve genetik faktörler veya bireysel farklılıklar sayılabilir. Bu bölümde fobilerin ortaya çıkmasında rol oynadığı düşünülen belli başlı bakış açıları ele alınacaktır.

Davranışsal bakış açısı

Davranışsal teorilerde *klasik koşullanma* önemli bir yere sahiptir. Mowrer'in (1960) iki faktörlü teorisine göre klasik koşullanma fobik nesneden korkuya sebep olurken, edimsel koşullanma da bu korkunun devamlılığını sağlamaktadır. Kısaca hatırlayacak olursak klasik koşullanmada *nötr bir uyaran* doğası gereği tepki yaratacak (*koşulsuz uyaran*) başka bir uyaranla eşleştirilir ve nötr uyaran da aynı tepkiye sebep olana kadar bu ikili eşleştirilir. Koşullanma tamamlandığında başta nötr olan yani kişi için herhangi bir anlamı olmayan, uyarana karşı da olumsuz tepki gelişir.

Klasik koşullanma fobilerde ilk olarak yaklaşık 100 sene önce John Watson ve Rosalie Raynor (1920) tarafından test edilmiştir. Davranış teorilerinde klasik bir örnek hâline gelen "Küçük Albert" deneyinde 11 aylık bir erkek çocuğu olan Albert ile çalışılmıştır. İlk etapta Albert'ın önüne beyaz bir fare konulmuştur. Albert bu küçük beyaz fare ile oynamak için uzandığında ise hemen arkasında metal bir zil çalınmıştır. Bu yüksek sesin etkisi ile Albert irkilmiş, hemen elini fareden çekmiş ve ağlamaya başlamıştır. Beyaz farenin zil sesi ile birkaç kez daha eşleştirilmesi sonucunda Albert, beyaz fareye karşı korku geliştirmiş ve artık beyaz fare tek başına sunulsa bile Albert'ın korku belirtileri gösterdiği bulunmuştur. Deneyin devamında Albert'ın korkusunun beyaz tüylü hayvanlara (ör., beyaz tüylü tavşanlar) genellendiği görülmüştür. Etik olarak oldukça tartışmalı olan bu deney klasik koşullanma ile kolayca fobi yaratılabileceğini göstermiştir.

Klasik koşullanmanın devamında eğer koşullu uyaran koşulsuz uyaran olmaksızın tek başına bir süre sunulmuş olsaydı yani Albert'a zil sesi olmadan beyaz fare yeteri kadar tek başına gösterilseydi, korku tepkisinde azalma olacaktı. Bu duruma davranışçı literatürde *sönme* denilmektedir. Fobi geliştiren birçok kişi olumsuz duygu durumunu deneyimlememek için fobik nesne veya durumdan kaçınma eğilimindedir. Fakat maruz kalmaktan kaçınma aslında sönmenin oluşmasını da engelleyen bir durum oluşturmaktadır. Bu da korkunun devamını sağlamakta ve bir döngü oluşturmaktadır.



Şekil 8. *Olumsuz Pekiştireçin Kaçınma Davranışı ve Kaygı Sürecine Etkisi.* Olumsuz pekiştireç, kaygı anında kişide hızlı bir rahatlama sağlasa da kişiyi her durumda kaygı yaratan durum ve olaydan kaçınmaya teşvik eder.

Bazı teorisyenler fobilerin sadece klasik koşullanma ile değil *gözlemleyerek öğrenme* yoluyla da gelişebileceğini savunmaktadır. Bu teoriye göre başka bir kişinin bir nesneye karşı gösterdiği şiddetli korku, bunu gören kişide fobi gelişmesine sebep olabilir. Örneğin, yılan gördüğünde ebeveynlerinin yoğun korku tepkisi verdiğini gözlemleyen bir çocuk yılanlardan korkmayı öğ-



Şekil 9. Fobiler, sadece deneyimle ile değil gözlem yoluyla da gelişebilir. Ebeveynlerin belirli fobilerini gözlemleyen çocuklar da benzer fobiler geliştirebilir.

renebilir (Mineka, Davidson, Cook ve Keir, 1984). Yapılan iki farklı deneyde 7-9 yaş aralığındaki çocuklara bilinmedik bir hayvanın fotoğrafları 10 kere korku dolu yüz ifadeleri ile eşleştirilerek gösterilmiştir. Kontrol grubundaki çocuklara ise bu hayvanın fotoğrafları mutlu yüz ifadeleri ile eşleştirilerek gösterilmiştir. Olumsuz yüz ifadesi grubundaki çocuklar mutlu yüz ifadesi grubundaki çocuklara kıyasla daha çok korku geliştirmiş ve davranışsal kaçınma göstermiştir (Askew ve Field, 2007, 2008). Benzer şekilde annelerinin yılan ya da örümceğe olumlu bir şekilde tepki verdiklerini gözlemleyen çocukların bu olumlu tepkiyi görmeyen çocuklara göre yılan ya da örümcek gördüğünde daha az korku tepkisi gösterme eğiliminde oldukları bulunmuştur (Egliston ve Rapee, 2007).

YAKIN BAKIŞ 1 Kaygı Bozukluklarında Cinsiyet Faktörü

Yapılan çalışmalar, kadınların erkeklere oranla kaygı bozukluğu tanısı alma olasılığının iki kat veya daha üzerinde olduğunu göstermektedir (Bruce ve ark., 2005). Kadınların neden daha fazla korku ve/veya kaygı bildirdiği net olarak bilinmese de bu oranları açıklamaya dair çeşitli teoriler mevcuttur.

Açıklamalardan bazıları cinsiyet rol ve beklentilerinin etkisine odaklanmaktadır. Geçmişten günümüze topluma yerleşmiş olan cinsiyet rolleri gereği kadınların korku ve/veya kaygılarını ifade etmeleri erkeklere oranla daha çok kabul görmektedir. Erkeklerin toplumsal cinsiyet roller gereği daha korkusuz ve cesur olmaları beklendiğinden erkeklerin korku ve/veya kaygılarını kadınlar kadar ifade etmeyebilecekleri düşünülmektedir. Yine toplumsal rollerin etkisi ile erkekler toplumsal ortamlarda korkuları ile yüzleşmek için çevrelerinden daha çok baskı görüyor olabilirler. Tedavi ile ilgili bölümlerde de göreceğimiz gibi maruz bırakma kaygı bozukluklarında en etkili tedavi yöntemlerinde biri olduğundan bu durumun kaygı bozukluklarının kadın ve erkekler arasındaki dağılımına etki ediyor olabileceği düşünülmektedir.

Kaygı bozukluklarında etkisi olan bir diğer değişken de kişinin çevresi ve kendisi üzerinde kontrolü olduğu inancıdır. Bu tür bir kontrol algısı kaygı bozuluklarına karşı koruyucu bir işlev üstlenmektedir. Bununla birlikte kadınların hayatları boyunca kontrol edemedikleri deneyimlere (ör., cinsel taciz) maruz kalma olasılığı erkeklere oranla daha yüksektir (Tolin ve Foa, 2006). Kontrol edilemeyen deneyimler kişinin algılanan kontrol inancını zayıflattığından ve kaygı bozukluklarına karşı bir risk faktörü olduğundan cinsiyetler arası farklarda rol oynuyor olabilir.



Şekil 10. Sıklıkla rastlanan fobik nesneler ve durumlar. kaçmanın tarih boyunca atalarımıza hayatta kalmak için avantaj sağladığı şeylerdir.

Fobilerin neden belli başlı nesne veya durumlara karşı geliştiği de önemli sorular arasındadır. Neden bir masaya, bir çiçeğe karşı fobi geliştirmiyoruz da yılan, böcek, yükseklik, asansör gibi nesne ve durumlara karşı fobi geliştiriyoruz? Bu sorunun cevabı evrimsel tarihimizde gizlidir. Sıklıkla rastlanan fobik nesneler ve durumlar kaçmanın tarih boyunca atalarımıza hayatta kalmak için avantaj sağladığı şeylerdir. Atalarımızın tarih boyunca yılanlarla, yükseklikle, böceklerle veya çeşitli hayvanlarla kötü deneyimleri olmuş ve bu tür nesne ve durumlardan korkmayı öğrenenler daha çok hayatta kalmıştır. Günümüzde bu nesne ve durumlardan zarar görmemiz oldukça düşük ihtimalli olsa da biyolojimiz bize bazı şeylerden daha hızlı korkmayı öğretme eğilimindedir.

Davranışçı teoriler, fobilerin gelişimini ve sürecini oldukça ikna edici bir biçimde açıklasa da bu teorilerin en büyük problemi özgül fobisi olan kişilerin çoğunun fobiye sebep olacak travmatik bir deneyim ve koşullanma durumu hatırlamıyor oluşudur. Kendler, Myers ve Prescott (2002) tarafından geniş bir örneklemle yapılan bir araştırmada katılımcıların yaklaşık olarak yarısının bir koşullanma deneyimi anımsayamadıkları bulunmuştur.

Biyolojik bakış açısı

Biyolojik ve genetik faktörlerin de fobilerin etiyolojisinde aktif bir rol oynadığından bahsedilebilir. Birinci derece akrabalarında özgül fobi olanlarda, olmayanlara kıyasla fobilerin görülme oranı daha fazladır. Genetik yatkınlığın hayvan fobileri için %22 ile %44 arasında kan-iğne-yaralanma fobilerinde %28 ile %33 arasında olduğu rapor edilmiştir (Van Houtem ve ark., 2013). Benzer şekilde ikiz çalışmaları da tek yumurta ikizlerinin çift yumurta ikizlerine göre aynı fobilere sahip olma olasılıklarının daha yüksek olasılıkta olduğunu göstermiştir (Hettema, Prescott, Myers, Neale ve Kendler, 2005). Biyolojik çalışmalarda belirli bazı genleri taşımanın daha güçlü korku koşullanması veya sönmeye karşı daha yüksek direnç ile ilişkisi olduğu da gösterilmiştir (Lonsdorf ve ark, 2009; Lonsdorf ve Kalisch, 2011).

Özgül Fobilerin Tedavisi

Özgül fobilerin tedavisi, benimsenen teoriye göre değişmekle birlikte; davranışçı teknikler, bu psikolojik rahatsızlığın tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır. Bu bölümde de yoğun olarak davranışçı tekniklere odaklanılacaktır.

Davranışçı tedaviler

Davranışçı terapiler, özgül fobilerin birçoğunun tedavisinde başarı sağlamaktadır (Hopko, Robertson, Widman ve Lejuez, 2008). Hatta yapılan bazı çalışmalara göre sadece bir saatlik bir davranışçı terapi seansı bile fobik davranış ve kaygılarda önemli derecede azalma sağlayabilmektedir (Davis, Ollendick ve Öst, 2009). Tedavide kullanılan temel davranışçı yöntemler arasında maruz bırakma tekniklerinden; *sistematik duyarsızlaştırma, taşırma (flooding) ve modelleme* sayılabilir. Bu tekniklerin hepsinde danışanlar, korktukları şeyle artık korku duymayana kadar aşamalı olarak yüzleşmeleri konusunda teşvik edilir.

Sistematik duyarsızlaştırma tekniğinde (Wolpe, 1958) ilk olarak danışana gevşeme teknikleri öğretilir. Bu yolla danışan gerginliği ve gevşemeyi birbirinden ayırmayı ve kaslarını gevşetmeyi öğrenir. Sonrasında danışanla birlikte korkulan durum veya objelerle ilgili bir korku listesi hazırlanır. Bu korku listesinde en az korkulan durum ilk sıraya yazılır. Listenin en sonunda ise en çok korkulan durum yer alır. Örneğin, kedi fobisi olan bir kişi için listenin en altında kedi fotoğraflarına bakmak, listenin ortalarında odanın bir köşesinde kutu içerisinde bir kedi ile oturabilmek listenin en üstünde ise kediyi sevebilmek yer alabilir. Danışanlar listede en az kaygı uyandıran durumdan başlayarak sırası ile bu hiyerarşideki durumlara maruz bırakılırlar. Bu maruz bırakma sırasında danışanın ortaya çıkan kaygıyı azaltmak için öğrendiği gevşeme tekniklerini kullanması ve artık kaygı duymayana kadar nesne veya duruma maruz kalması önemlidir (Mineka ve Thomas, 1999).

Kedi Fobisi İçin Örnek Sistematik Duyarsızlaştırma Hiyerarşisi

1. Kedi fotoğraflarına bakmak
2. Kedi fotoğrafına dokunmak
3. Kedi videosu izlemek
4. Kedinin başka bir odada olduğu bir ortama girmek
5. Odanın bir köşesinde kutu içerisinde bir kedi ile oturmak
6. Masanın bir köşesinde kutu içerisinde bir kedi ile oturmak
7. Masanın bir köşesinde kutu içerisinde bir kediye bakmak
8. Kutudan çıkarılmış kedi ile aynı odada olmak
9. Kediye dokunmak



Şekil 11. Sistematik duyarsızlaştırma tekniğinde fobik kişi kaygı yaşadığı duruma aşamalı olarak maruz bırakılır.

Alternatif diğer bir maruz bırakma yöntemi taşırmadır. Bu yöntemde de ilk etapta danışana gevşeme teknikleri öğretilir. Sistematik duyarsızlaşmadan farklı olarak bu teknikte danışan kaygı ve korku duyulan nesne veya ortama aşamalı olarak değil direkt olarak maruz bırakılır. Temel mantık tekrarlı olarak korkulan ortama/nesneye maruz kalmanın bu ortam veya nesnelerin zararsız olduğunun anlaşılmasını sağlayacağıdır. Örneğin, kapalı alan korkusu

olan bir kişi kaygısı geçene kadar kapalı bir alana maruz bırakılabilir. Taşırma yöntemi, imgelemeye dayalı maruz bırakma (in vitro) veya yaşantısal maruz bırakma (in vivo) şeklinde uygulanabilir. Bu tedavi yöntemi, sistematik duyarsızlaştırmaya göre daha az tercih edilmekle birlikte, etkililik düzeyi benzerdir.

Bu tedaviler için gereken bazı ortamları veya durumları oluşturmak kolay olsa da (ör., kedi fobisi olan bir kişiyi maruz bırakmak için kedi bulmak) bazı durumlar için ortam oluşturmak zor olabilmektedir (ör., uçuş fobisi olan birini uçuşa maruz bırakmak). Bu kısıtlılık için son yıllarda gelişen teknolojiden yararlanılarak sanal gerçekliğe dayalı maruz bırakma (in virtuo exposure) terapi seanslarında kullanılmaya başlanmıştır. Sanal gerçekliğe dayalı maruz bırakmanın yaşantısal maruz bırakmaya kıyasla daha güvenli, ekonomik, kullanışlı ve kontrollü olması açısından bazı avantajlar sağladığı söylenebilir (Botella, Osma, Garcia-Palacios ve Quero, Baños, 2004). Kontrollü çalışmalarda sanal gerçekliğe dayalı maruz bırakma ile elde edilen tedavi başarısının yaşantısal maruz bırakma ile benzer olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır (Dumoulin, Bouchard, Robillard ve Arsenault, 2008; Pitti ve ark. 2008).



Şekil 12. Maruz bırakmanın kolayca uygulanamayacağı durumlarda sanal gerçekliğe dayalı maruz bırakma son yıllarda terapi seanslarında kullanılmaya başlanmıştır.

Son olarak *modelleme* yöntemi de davranışçı terapilerde sıklıkla kullanılmaktadır. Bu yöntemde danışanın korktuğu ya da kaygılandığı duruma terapist maruz kalır ve danışan izler (Bandura, 1977). Terapist bu şekilde durumla nasıl başa çıkılacağına dair model olur ve duruma maruz kalmanın herhangi bir tehdit içermediğini danışana göstermiş olur. Modelleme birkaç seans kullanıldıktan sonra pek çok danışan korkulan duruma daha sakin bir şekilde yaklaşabilmektedir. Sonrasında danışan da aktif bir biçimde durumla yüzleşmek konusunda teşvik edilmektedir.

Kırk yılı aşkın süredir yapılan araştırmalar davranışçı tedavilerin yetişkinlerde oldukça başarılı olduğunu ortaya koymaktadır (Antony ve Roemer, 2011; Rosqvist, 2005; Compton ve ark. 2004).

İlaç tedavisi

Bazı kişiler fobik durum veya nesne ile karşılaşmadan önce *benzodiyazepin* kullanarak kaygılarını kontrol altına almaya çalışsa da bu ilaçlar geçici bir rahatlama sağlamakta ve altta yatan korkuyu ortadan kaldırmamaktadır (Jefferson, 2001). İlaç tedavisinin tek başına fobileri ortadan kaldırmakta etkisinin olmadığını hatta maruz bırakma tedavisinin etkililiğini düşüreceğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Anthony ve Barlow, 2002).

SOSYAL KAYGI BOZUKLUĞU

VAKA ÖRNEĞİ 3

Berk Bey, 20 yaşında üniversite öğrencisidir. Kendisini oldukça içe kapanık ve utangaç olarak tanımlamaktadır. Gününün çoğunu yurttaki odasında bilgisayar oynayarak geçiren Berk Bey derslerine de nadiren gitmektedir. İlköğretim hayatı boyunca da çok az sayıda arkadaşı olmuş olan Berk Bey, üniversiteye geldiğinden beri de arkadaş edinmeye çalışmamış, daha çok yurttaki oda arkadaşları ile etkileşim halinde olmuştur. Yeni insanlarla birkaç kere tanışma deneyimi olan Berk Bey, bu tür durumlarda başkasının kendisi hakkında ne düşüneceğine dair oldukça kaygılanmakta ve konuşulan şeye odaklanmakta zorlanmaktadır. Yaptığı bir hareketin ya da söylediği bir şeyin "saçma", "yersiz", "mantıksız" görüneceğinden ve karşıdaki kişi tarafından "ezik", "sıkıcı", "salak" şeklinde değerlendirileceğinden korkmaktadır. Bir keresinde sınıftan bir arkadaşı ders molasında Berk Bey'le konuşmaya çalışmış, Berk Bey ne diyeceğini bilememiş, çok az konuşmuş, terlemiş ve kekelemiştir. Bu deneyimden sonra daha da içe çekilen Berk Bey derslerine devam etmeyi de azaltmıştır.

Sosyal kaygı bozukluğu odak olma ya da başkaları tarafından değerlendirilme ihtimalinin olduğu sosyal durumlardan korkma şeklinde kendini göstermektedir. Korku duyulan sosyal durumlar arasında yemek yemek, yazı yazmak, şarkı söylemek, bir gruba sunum yapmak, umumi tuvaletlerde tuvaletini yapmak veya konuşurken kızarmak olabilir (tanı kriterleri için bk. Tablo 4). Bu bozukluğa sahip kişiler, korkulan durumlarda kaygılarının anlaşılacağı, olumsuz (zayıf, salak, güçsüz, yetersiz gibi) değerlendirilecekleri veya reddedilecekleri korkusu yaşar. DSM-IV-TR'de sosyal fobi olarak isimlendirilen bu bozukluk DSM-5'te *sosyal kaygı bozukluğu* olarak değiştirilmiştir. Özgül fobilerden farklı olarak sosyal kaygı bozukluğunda korkulan şey belirli bir obje ya da durum değil, başkaları tarafından yargılanma, olumsuz değerlendirilme ya da kendini küçük düşürme ihtimalidir. Bu kişiler saç kestirmek, alışveriş yapmak gibi temel bazı aktiviteleri yaparken bile kaygı duyabilirler. Ayrıca sosyal kaygı bozukluğunun kişinin gündelik hayatına olumsuz etkisi özgül fobilere göre daha fazladır (Kessler, 2003). Sık rastlanan fobik uyaranlardan kaçınarak yaşamı sürdürmek birçok ülkede ve kültürde mümkün olsa da, kişinin kendini utandırma ihtimalinin olduğu sosyal durumlardan kaçınmak yaşamın doğası gereği daha zordur.



Şekil 13. Özgül fobilerden farklı olarak sosyal kaygı bozukluğunda korkulan şey, belirli bir obje ya da durum değil, başkaları tarafından yargılanma, olumsuz değerlendirilme ya da kendini küçük düşürme ihtimalidir.

Sosyal kaygı bozukluğu belirtileri, utangaçlıktan farklıdır. Utangaçlık, işlevsellik kaybı veya hayatın belli alan-

larında zorlukla ilişkilendirilmez. İlk defa girilen bir ortamda gruba dahil olmaya çalışmak, kalabalık bir gruba sunum yapmak çoğu kişi için bir miktar kaygı uyandırsa da bu tür durumlardan kaçınma sosyal kaygı bozukluğu olan kişilerde utangaç kişilere kıyasla daha sıklıkla görülmektedir. Örneğin, sosyal kaygı bozukluğu olan bir kişi iş mülakatlarına girmekten çok kaygılandığı için becerilerinin çok altında ama kaygı uyandırmayacak bir işte çalışmayı tercih ederken, utangaç bir kişi utansa veya yanakları kızarsa bile mülakatlara daha çok katılma eğiliminde olacaktır. Üniversite öğrencileri ile yapılmış bir araştırmada öğrencilerin %48'inin "utangaç" olarak tanımlanabileceği; fakat bu utangaç öğrencilerden sadece %18'inin sosyal kaygı bozukluğu tanı kriterlerinin karşılayacak belirtiler gösterdiği bulunmuştur (Heiser, Turner ve Beidel, 2003).



Şekil 14. Sosyal kaygı bozukluğu, özgül olarak performans sergileme durumlarında ortaya çıkabilir ya da performanstan bağımsız olarak topluluk içinde yapılacak herhangi bir eylemden korku ve kaygı duyma olarak ortaya çıkabilir.

DSM-5'te iki farklı sosyal kaygı bozukluğu yer almaktadır. İlki topluluk içinde konuşma veya performans sergileme gibi belirli birkaç durumla sınırlı olan, diğeri ise performans gerektirmeyen topluluk içinde yemek yeme, umumi tuvaleti kullanma gibi daha genel durumlarda yaşanan korkuyu da içeren bozukluktur. Sosyal kaygı bozukluğuna sahip kişilerin %50'si panik bozukluk, yaygın kaygı bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu,depresyon gibi başka psikolojik rahatsızlıklara da sahiptir (Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle ve Kessler, 1996).

Tablo 4. Sosyal Kaygı Bozukluğu İçin DSM-5 Tanı Kriterleri

1. Kişi, değerlendirilme ihtimalinin olduğu durumlarda (ör.; topluluk içinde konuşma, sunum yapma, yemek yeme) hemen hemen her zaman yoğun bir korku ve kaygı yaşar.
2. Bu korku ve kaygı, tehdit ile ve kültürel faktörler ile orantısızdır.
3. Olumsuz olarak değerlendirilme konusunda bir korku vardır ve bu tür durumlardan kaçınılır.
4. Bu psikolojik rahatsızlıkla ilgili korkular, yoğun strese ve günlük işlevsellikte bozulmalara yol açar.
5. Belirtiler, başka bir psikolojik rahatsızlık ile daha iyi açıklanamaz.

Sosyal kaygı bozukluğu, toplumda oldukça yaygındır. Yetişkinlerin yaklaşık olarak %12'si hayatlarının bir döneminde sosyal kaygı bozukluğu tanı kriterlerini karşılayacak belirtilerler yaşamaktadır (Kessler ve ark., 2005; Ruscio ve ark, 2008). Ülkemizde üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada sosyal kaygı bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığının %21,7 olduğu raporlanmıştır (Gültekin ve Dereboy, 2011). Bu psikolojik rahatsızlık, kendilik farkındalığının yüksek olduğu ve başkalarının düşüncelerinin oldukça önemsendiği ergenlik döneminde başlama eğilimindedir. Amerika'da ortalama başlangıç yaşı 11-13 yaş aralığıdır (Kessler, 2003).

Kadınların, sosyal kaygı bozukluğu geliştirme oranı erkeklere göre daha yüksektir (Lang ve Stein, 2001). Bu psikolojik rahatsızlığa sahip kişilerin yaklaşık üçte biri sosyal kaygılarını azaltmak amacıyla alkol kullanmaktadır (Carrigan ve Randall, 2003; Magee ve ark., 1996). Bu psikolojik rahatsızlık, çok nadiren kendi kendine ortadan kalkma eğilimindeyken, uygun psikolojik tedavi ile hastaların %85'ten fazlasında iyileşme görüldüğü ve bu kişilerin 10 yıl sonra tekrarlanan ölçümlerde psikolojik sağlıklarını korudukları bulunmuştur (Fava ve ark., 2001).

Sosyal Kaygı Bozukluğunun Etiyolojisi

Biyolojik bakış açısı

Sosyal kaygının aile bireyleri arasında genetik geçişi olduğu, ikiz çalışmaları ile desteklenmektedir (Bogels ve ark., 2010; Smoller, Gardner-Schuster ve Misiaszek, 2008). Fakat bu çalışmalar sosyal kaygı bozukluğunun gelişiminde, ortak olmayan çevresel faktörlerin etkisinin genetik etmenlere göre daha büyük bir etkisi olabileceğine vurgu yapmaktadır.

Mizaç olarak ise en önemli faktörün kişilik boyutlarından nörotisizm ve içedönüklük ile de ilişkili olan "davranışsal ketlenme (behavioral inhibition)" olduğu düşünülmektedir (Bienvenu, Hettema, Neale, Prescott ve Kendler, 2007). Davranışsal ketlenme, yeni görsel işitsel uyaranlara karşı artmış bir duyarlılık ve tanıdık olmayan insan ve durumlardan kaçınma eğilimi şeklinde kendini gösterir (Kagan, Reznick, Clarke, Snidman ve Garcia-Coll, 1984). Davranışsal ketlenme gösteren çocuklar, yeni girdikleri ortamlara karşı korku dolu, utangaç ve endişeli olma eğilimindedirler. Bu özelliğin, ilerleyen zamanlarda sosyal fobi geliştirme riskini arttırdığı bulunmuştur (Kagan, 1997). Araştırma bulguları tutarlı olmamakla birlikte, davranışsal ketlenmesi olan çocukların davranışsal ketlenmesi olmayan çocuklara kıyasla dinlenme anlarında daha yüksek fiziksel uyarılma belirtileri gösterdiği bulunmuştur (Hirshfeld-Becker, Micco, Wang ve Henin, 2014).

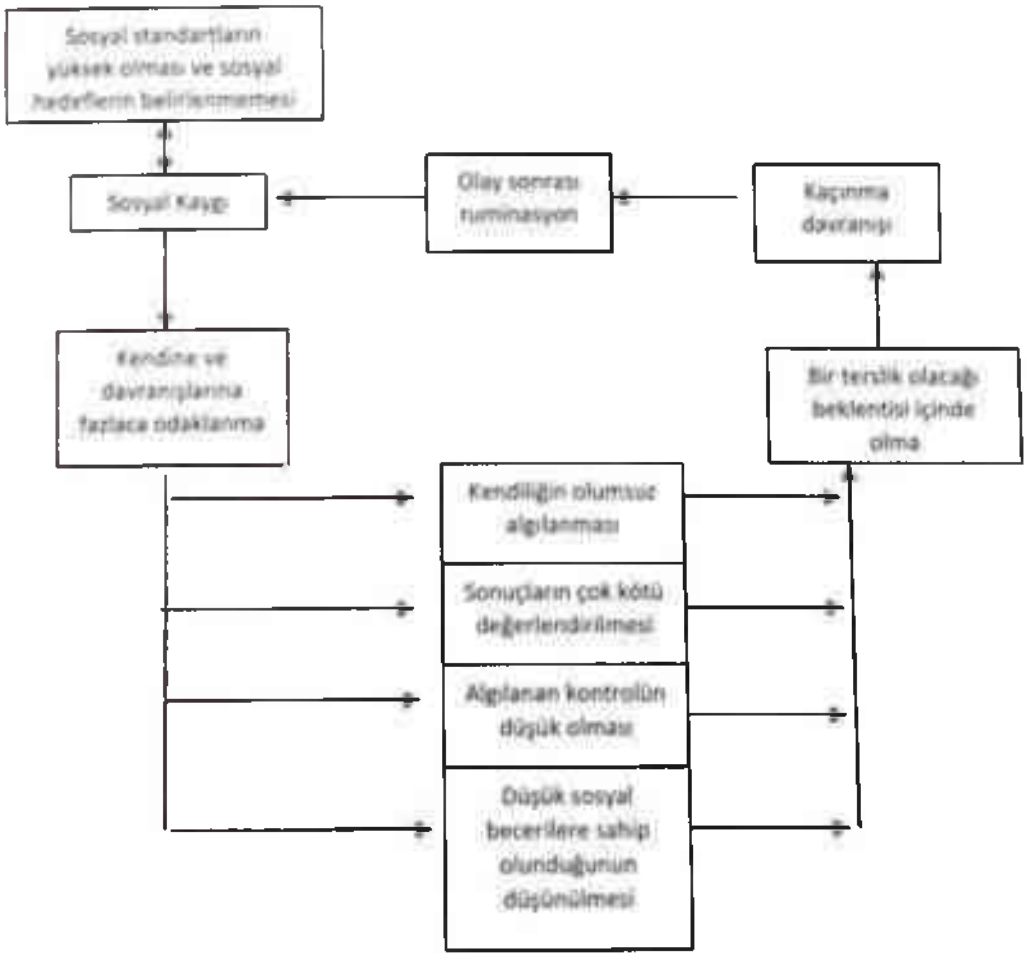
Bilişsel davranışçı bakış açısı

Sosyal kaygı bozukluğunun nedenlerine dair öne sürülen davranışçı açıklamalar, özgül fobiler ile benzerlik göstermektedir. Sosyal kaygı bozukluğunun negatif bir sosyal deneyim sonrasında diğer sosyal durumlardan korkma şeklinde ortaya çıkabileceği belirtilmektedir. Örneğin, geçmişinde konuşması ile alay edilen ve utandırılan bir çocuk, tekrar bu tür bir utancı yaşama ihtimalinin olabileceği ortamlara girmekten kaygı duyacak ve kaçınacaktır. Kaçınma davranışı, hissedilen korku ve kaygıyı hızlıca ortadan kaldırarak kişi için negatif pekiştireç olacaktır. Rahatsızlık duygusunu ortadan kaldırarak kişiye rahatlama sağladığı için ileride de kişinin benzer durumlardan kaçınma ihtimali yüksek olacaktır.

Bilişsel bakış açısına göre, bazı düşünce yapıları sosyal kaygı bozukluğunu arttırabilir. Bu teoriler, sosyal kaygı bozukluğu olan kişilerin kendi sosyal performansları konusunda oldukça yüksek standartları olduğunu ileri sürer. Örneğin, bu kişiler girdikleri ortamda herkes tarafından sevilmeleri gerektiğini, hiçbir şekilde kekeleme, yanlış bir şey söyleme gibi hatalar yapmamaları gerektiğini düşünebilirler. Bu kişiler başkaları üzerinde iyi bir izlenim bırakmak isterler; fakat bu amaca ulaşmak için gerçekçi adımlar ve hedefler belirleyememe-

leri kaygıyı daha da arttırır. Bu kişiler aynı zamanda sosyal ortamlarda iyi giden şeylerdense kötü giden şeylere daha çok odaklanma ve kendilerini acımasızca eleştirme eğilimindedirler (Heinrichs ve Hofmann, 2001). Sosyal kaygı bozukluğu olan kişiler, kaygıları üzerinde kontrol sahibi olmadıklarını, sosyallik için gereken becerilerden yoksun ve sosyal olarak yetersiz olduklarını düşünme eğilimindedir (Hofmann ve Barlow, 2002). Aynı zamanda bu kişiler, davranışlarının sonucunu gerçekçi olamayacak düzeyde olumsuz değerlendirebilirler. Örneğin, bir sunum sırasında kekelemenin tam bir felaket olduğunu, arkadaşlarının onları "salak, zayıf, yetersiz" olarak değerlendireceğini düşünebilirler (Hirsch ve Clark, 2004). Kendi davranışlarına çok fazla odaklanıp, olay sonrasında yaptıkları davranışları olumsuz bir biçimde gözden geçirmeye, kendilerini ve sosyal becerilerini olumsuz değerlendirmeye yatkındırlar.

Sosyal kaygı bozukluğu olan kişiler, sosyal durumlarda kendilerine, içsel duyumlarına ve hata yapmamaya o kadar fazla odaklanırlar ki sosyal konuşmaların akışını, doğallığını ve konuşulan konuyu kaçırabilirler. Bu tür durumları felaket olarak değerlendirdikleri için sosyal performansları olumsuz etkilenir. Bu da temelde var olan inançlarını (sosyal olarak yetersiz olma) destekleyerek kısır bir döngüye sebep olabilir.



Şekil 15. *Sosyal Kaygı Bozukluğunu Sürdürücü Faktörler* (Hofmann, 2007). Belirli duygu, düşünce ve davranış yapıları ve beklentiler sosyal kaygı bozukluğunun devam etmesine katkı sağlamaktadır.

Sosyal Kaygı Bozukluğunun Tedavisi

Sosyal kaygı bozukluğunun tedavisinde sıklıkla bilişsel davranışçı tedaviler ve bazen de ilaçlar kullanılmaktadır (Pelissolo ve Moukheiber, 2013). Tedavide, benzodiazepinler ve diğer antianksiyolitik ilaçlardan daha etkili olan anti depresanlar sıklıkla kullanılmaktadır. İlaçlar ve psikolojik tedaviler benzer etkililik gösterse de psikolojik tedavi görenlerde rahatsızlığın tekrar nüksetme olasılığı ilaç tedavisi görenlere göre daha düşük olmaktadır (Abramowitz, Deacon ve Whiteside, 2011).

Bilişsel davranışçı tedaviler

Sosyal kaygı bozukluğunun tedavisinde kullanılan davranışçı tedavi teknikleri, özgül fobilerde kullanılan teknikler ile aynıdır. Danışanlar korktukları sosyal durumlara aşamalı ve uzun süreli maruz kalmaya teşvik edilir. Tedavide genellikle iki seans arası sosyal ortam ödevleri verilir.



Şekil 16. Sosyal kaygı bozukluğu yaşayan kişiler, sosyal ortamlardan sıklıkla kaçındıkları için sosyal beceriler konusunda da geri kalmış olabilirler. Bu sebeple sosyal beceri geliştirme eğitimleri de terapilerin bir parçası olabilir.

Etiyoloji bölümünde de bahsedildiği gibi bu danışanların sosyal durumlardaki performansları, nasıl değerlendirilecekleri ve kendilerine dair varsayımları sosyal fobi gelişiminde etkili olabilir. Bu nedenle bozulmuş ve işlevsel olmayan bilişlerin *bilişsel yeniden yapılandırma (cognitive restructuring)* yoluyla ele alınması da sıklıkla davranışsal tedavilere dahil edilir (Heimberg ve Magee, 2014). Bilişsel yeniden yapılandırmada terapist, sosyal fobinin altında yatan olumsuz, işlevsel olmayan düşünce ve varsayımları ortaya çıkararak bu düşünce ve inançlarla sosyal korkuların bağlantısının kurulmasına yardım eder. Bu inançları destekleyen ve çürüten kanıtlar bulunarak mantıklı bir yeniden değerlendirme yapılması hedeflenir.

Uzun yıllar boyunca sosyal kaygı bozukluğu yaşamış kişiler, korkuları sebebiyle genellikle beceri kazanabilecekleri ortamlardan kaçınmışlar ve gerekli becerileri edinememişlerdir. Bu becerilerden yoksunluk da aslında sosyal kaygısı olan kişileri korktukları durumlar ile karşı karşıya getirme eğilimindedir. Bilişsel terapiler, sosyal ortamlardan duyulan korkuyu azaltsa da sosyal performansı iyileştirmek konusunda yardımcı olamayabilir. Bu nedenle terapist bazı temel sosyal becerileri modelleme yoluyla öğretmeyi hedefler. Terapistten sonra danışanın da rol yapma ve deneme yoluyla bu beceriyi önce terapide sonra da dış dünyada pekiştirmesi hedeflenir. Sosyal beceri geliştirme eğitimlerinin insanların sosyal durumlardaki performanslarını arttırdığı çeşitli çalışmalarla da desteklenmiştir (Sarver, Beidel ve Spitallnick, 2014).

Sosyal kaygı bozukluğu ve diğer kaygı bozukluklarının bir çoğunun tedavisinde önemli yeri olan bir diğer etmen de "güvenlik davranışlarıdır". Güvenlik davranışları, tehdit algılandığında kişinin kaygı ve/veya korkusunu azaltmak için kullandığı baş etme davranışları olarak tanımlanabilir

(Salkovskis, 1991). Örneğin, sosyal kaygı bozukluğu olan kişiler, sosyal ortamlarda aptalca şeyler söylememek için zihinlerinde söyleyecekleri şeyleri defalarca prova edebilirler, konuşma yapmaları gereken etkinlikleri iptal edebilirler, göz temasından kaçınabilirler, rahatlamak için alkol madde kullanabilirler veya heyecanları/titremeleri belli olmasın diye ellerini saklayabilirler. Bu davranışlar, kısa vadede kaygı ve/veya korkuyu azaltırken uzun vadede korkulan durum ile ilgili bazı hatalı inançlarının çürütülmesine olanak yaratacak imkânları da ortadan kaldırmakta, korku ve veya kaygıların devamlılığını sağlamaktadır (Salkovskis, 1991). Kişi, bir durumla güvenlik davranışları sergileyerek baş ettiğinde başarı sağlamış olsa bile bu başarısını kendisine değil güvenlik davranışına bağlamaktadır. Örneğin; bir sunumdan önce sakinleştirici ilaç olan kişi, "İlaç almasaydım bunun altından kalkamazdım." şeklinde bir düşünceye sahip olabilir. Her ne kadar bir sunumu tamamlamış olsa da bu durum kişide bir sonraki sunumu için güven yaratmaz ve ilaç kullanmadan bir sonraki sunumun altından kalkamayacağına inancı devam eder. Kaygı ve/veya korkular ile baş ederken güvenlik davranışlarına başvurulması sürekli kaygı belirtilerine odaklanmaya ve olumsuz duygular deneyimlemeye de sebep olabilmektedir. Bu nedenle kaygı ve veya korku ile baş etmek için daha işlevsel yöntemlerin öğretilmesi ve güvenlik davranışlarının azaltılması terapilerin hedeflerinden biri haline gelmektedir. Diğer bazı kaygı bozukluklarında da önemli yeri olan güvenlik davranışları, ilgili bölümlerde örneklendirilecektir.

PANİK BOZUKLUK

Panik atak; yoğun korku, endişe, dehşet duygularının ortaya çıktığı ve fiziksel belirtilerin eşlik ettiği bir psikolojik bozukluktur. Panik bozukluk beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan panik ataklarla ve bu panik atakların tekrarlayacağına dair duyulan endişe ile kendini gösteren bir psikolojik rahatsızlıktır. DSM-5 kriterlerine göre, panik bozukluk tanısı konulabilmesi için kişinin tekrarlayan, beklenmedik ataklar yaşaması ve başka bir atak yaşama konusunda endişesinin veya bu endişeye bağlı davranış değişikliğinin bir aydır devam ediyor olması gerekmektedir. Panik ataklar, genellikle kısa sürmesine rağmen yaşayan kişi için oldukça sarsıcı ve yoğun deneyimlerdir. Belirtiler, genellikle fiziksel olarak ortaya çıkmakla birlikte bilişsel belirtiler de bu tabloya eşlik edebilir. En sık görülen fiziksel belirtiler; kalp çarpıntısı, göğüs ağrısı, sıcak basması, nefes darlığı, boğulma hissi, baş dönmesi, karın ağrısı, uyuşma, karıncalanma, titreme ve mide bulantısıdır. Bu belirtilere depersonalizasyon (bedenin dışında olduğunu hissetme), derealizasyon (çevreye yabancılaşma hissi), kontrolü kaybetme ve ölüm korkusu da eşlik edebilir. Belirtilerin çoğu fiziksel olduğundan, bu kişiler bir sağlık sorunları olduğu inancı ile hastanelerin acil bölümlerine sıklıkla giriş yaparlar (Korczak, Goldstein ve Levitt, 2007).



Şekil 17. Panik ataklar sırasında en sık görülen belirtilerden birisi, nefes darlığı ve boğulma hissidir.

Panik ataklar, ani bir şekilde gelişir ve belirtilerin şiddeti 10 dakika içinde tepe noktasına ulaşır. Belirtiler genellikle 20 ile 30 dakika içinde hafifler ve kaybolur. Panik atakların bir saatten fazla sürmesi ise oldukça az rastlanan bir durumdur. Panik ataklar genellikle "beklenmedik şekilde" ve "aniden" ortaya çıkarlar. Bu ataklara "öngörülemeyen ataklar" denirken bazen de belirli bir tetikleyici sonrasında, bir durumsal uyarana tepki olarak da ortaya çıkabilirler. Örneğin, sunum yapması gereken bir öğrencinin sunumdan bir gün önce panik atak yaşaması gibi. Panik atakların sıklığı ve şiddeti kişinin baş etme yöntemlerine ve kaçınma davranışlarına bağlı olarak da değişkenlik göstermektedir. Panik ataklardan kaçınmak için kişi bazen işlevsel olmayan ve günlük yaşamını sekteye uğratabilecek davranışlara başvurabilir. Örneğin; kişi panik atak geçirip rezil olacağından korktuğu için sosyal ortamlardan ve buluşmalardan kaçınabilir veya bir önceki panik atağı alışveriş merkezinde olmuşsa alışveriş merkezleri ve benzer ortamlara gitmeyi bırakabilir. Bu gibi kaçınma davranışları kişinin hayatını başka alanlarda olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

Tablo 5. Panik Bozukluk İçin DSM-5 Tanı Kriterleri

1. Tekrarlayan panik atak yaşantıları.
2. Ataklar sırasında kalp hızında artış, terleme, titreme, nefeste daralma, nefes alamama hissi, göğüs kafesinde sıkışma, mide bulantısı, baş dönmesi, vücut sıcaklığında değişiklik hissi (üşüme ya da sıcak basması), vücudun bazı bölgelerinde uyuşma, aklı yitirme veya ölme korkusu gibi belirtilerden en az dördünün görülmesi.
3. Panik atak yaşamış kişi, başka bir atak olacağı korkusu taşımaya devam edebilir ve hayatını bu korkuya göre düzenleyebilir.
4. Bu belirtiler, başka bir psikolojik rahatsızlık ile daha iyi açıklanamaz.

Panik atakların yetişkinlerde hayat boyu görülme oranı oldukça yüksektir. Fakat bir panik atak geçirmek kişinin panik bozukluğu ya da başka bir psikolojik rahatsızlığı olduğunu göstermez. Ulusal Komorbidite Anketi- Replikasyon Çalışmasına (National Comorbidity Survey Replication, NCS-R, 2005) göre Amerika'da yetişkinlerde yaşam boyu panik bozukluk geliştirme oranı %4,7 olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada panik atakların başlama yaşının 20 ve 40 yaşları arasında olduğu belirtilmiştir (Kessler ve ark., 2005). Panik bozukluğun klinik ortamda başka bir psikopatoloji eşlik etmeden görülmesi oldukça nadirdir. Panik bozukluk, sıklıkla diğer kaygı bozukluklarından özellikle agorafobi ile majör depresyonla, bipolar bozuklukla ve alkol kullanımı ile birlikte görülmektedir.

Panik Bozukluğun Etiyolojisi

Bu bölümde panik bozukluğun etiyolojisine dair biyolojik, davranışsal ve bilişsel yaklaşımlar ele alınacaktır.

Biyolojik bakış açısı

Aile ve ikiz çalışmalarına göre panik bozuklukta genetik etmenler, orta düzeyde etki etmektedir (Maron, Hettema ve Shlik, 2010; Craske ve Waters, 2005). Panik bozuklukta aile öy-

ikilerini araştıran bir çalışmada panik bozukluğu olan kişilerin birinci derece akrabalarının %10'unda da panik bozukluk olduğu bulunmuştur (Hettema, Neale ve Kendler, 2001). Lopez-Sola ve arkadaşları (2014), genetik faktörlerin panik belirtilerine yatkınlıktaki varyansın %30-%34 kadarını açıkladığını ileri sürmüştür.

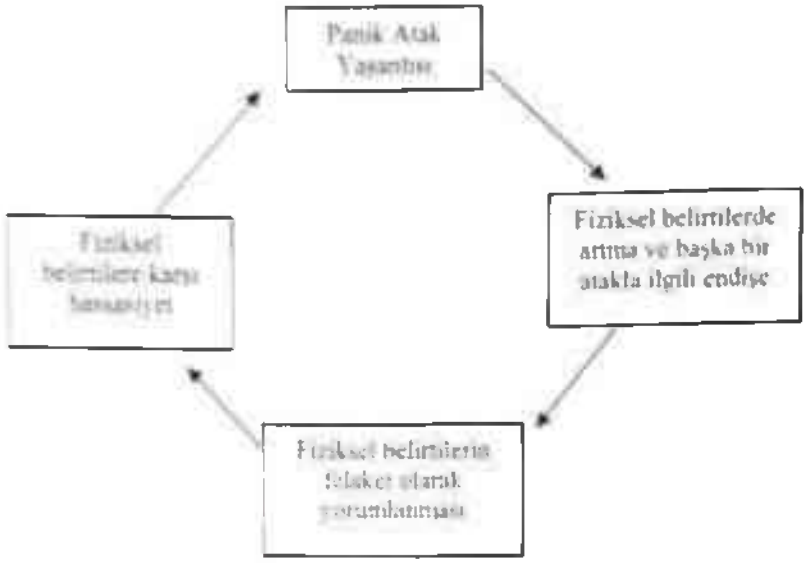
Panik bozuklukta etkisi olduğu düşünülen diğer bir biyolojik değişken, stres hormonu olarak da bilinen **norepinefrindir**. Norepinefrin "savaş-kaç tepkisi" yaratan durumlarda yüksek seviyelerde üretilerek beyni ve vücudu harekete geçirir. 1960'lı yıllarda psikiyatrist Donald Klein tesadüfen antidepresanların panik atakları azalttığını bulmuştur (Klein, 1964). Antidepresanlar, norepinefrin düzeylerine etki ettiğinden panik bozukluk geliştiren kişilerde bu nörotransmiterin düzenlenmesinde sıkıntı olabileceğini düşünmüşlerdir. Bu teori yıllar içinde çeşitli çalışmalar ile desteklenmiştir. Özellikle beyin kökündeki **locus ceruleus** adı verilen ve norepinefrin nörotransmiterinin önemli kaynağı olan bölgenin sempatik sinir sistemi aktivitesini tetiklediği düşünülmüştür. Maymunlarda beynin bu bölgesine verilen elektrik sinyallerinin panik benzeri belirtiler yarattığı, beyindeki bu bölgeye zarar verilmesinin ise gerçek tehdit uyaranları karşısında bile korku duymamaya yol açtığı bulunmuştur (Redmond, 1985). Günümüzde yapılan çalışmalar, locus ceruleusdansa korku duygusunda önemli rolü olan **amigdala**nın aktivitesindeki artışın panik atakta daha temel rol oynadığını göstermektedir (LeDoux, 2000).

Gorman, Kent, Sullivan ve Coplan (2000) tarafından ortaya atılan korku ağı modeli (fear network model) de panik atakların nörofizyolojisine dair bilgi sağlamaktadır. Bu modele göre panik bozukluk belirtileri, amigdalada bulunan hipokampüs, talamus, hipotalamus gibi beyin kökü bölümlerinden oluşan bir "korku ağından" ortaya çıkar. Panik bozukluğa sahip kişilerde bu korku ağı panik bozukluğu olmayanlara göre daha kolay ve çabuk harekete geçmektedir.

Bilişsel model

Panik bozukluğun bilişsel teorisi, bu bozukluğa sahip kişilerin vücut duyumlarına karşı aşırı hassas olduklarını ve bu duyumları olabilecek en kötü şekillerde yorumladıklarını ileri sürmektedir (Gloster ve ark., 2014). Örneğin, panik bozukluğu olan bir kişi merdiven çıkarken kalp atış hızlandığını fark ederek bunu kalp krizi geçiriyor olduğu şeklinde yorumlayabilir. Buna *korkudan korkma hipotezi* adı verilmektedir (Goldstein ve Chambless, 1978). Bu tür bir inanış, kişideki kaygı düzeyini arttırarak daha fazla fiziksel belirtinin ortaya çıkmasına yol açar; ki bu da felaket düşüncelerini besleyen bir etmen olur (bk Şekil 18). Panik ataklar arasında da kişi genel sağlık durumu ve başka panik ataklar yaşama konusunda kaygı duyar. Bu sürekli tetikte olma hâli de panik atak gelişmesi olasılığını arttırır.

Panik bozuklukta rol oynadığı düşünülen bir diğer etmen de kaygı ile ilişkili duyumlardan korkmayı tanımlayan "*kaygı duyarlılığıdır*" (McNally,1999). Bu kişiler kaygıya eşlik eden düzensiz nefes alma, kalp atışında hızlanma, titreme, kızarma, terleme gibi belirtileri yaklaşan bir felaket veya fiziksel bir sıkıntı olarak yorumlamaktadır. Örneğin, kalbinin hızlı çarptığını fark eden kişi kalp krizi geçireceğinden korkar veya vücut duyumlarında normalin dışında herhangi bir değişiklik olduğunda oldukça endişelenirler. Hâlihazırda bu duyarlılığa sahip kişilerin ileride panik bozukluk geliştirme olasılıkları da artmaktadır.



Şekil 18. *Panik Atak Döngüsü.* Panik bozukluğu olan kişiler herhangi bir sebeple fiziksel belirtiler deneyimlediğinde başka bir atak yaşama korkusu duyar ve bu fiziksel belirtileri felaketleştirirler. Bu tür olumsuz düşünceler fiziksel belirtilere karşı da aşırı duyarlı olmayı beraberinde getirir.

Bilişsel etmenlerin panik atakları arttırdığını destekleyen bilimsel kanıtlar oldukça fazladır. Bu bilişsel etmenlerden biri *algılanan kontrol*dür. Algılanan kontrol, kişinin içsel durumlara ve davranışlarına karar verebileceğine, çevresine etki edebileceğine dair inancıdır. Algılanan kontrolün düşük olmasının panik belirtilerini yordadığına dair bulgular mevcuttur. Sanderson ve arkadaşlarının (1989) panik belirtilerinin kontrol edilebilirliğine dair inanışların panik bozukluğa etkisini araştıran çalışmasında katılımcılar iki farklı gruba ayrılarak karbondioksit düzeyi yüksek havaya maruz bırakılmıştır (Karbondioksit düzeyi yüksek hava oksijenin azalmasına tepki olarak kişide solunum hızını artırır ve bu bazı insanlarda panik yaratabilir.). Bu gruplara düşük karbondioksit düzeyinin panik atağı tetikleyebileceği bilgisi verilmiştir. İki gruba da verilen karbondioksit oranı aynı iken gruplardan birine maskelerine gelen karbondioksit miktarını yandaki düğmeden kontrol edebilecekleri bilgisi verilmiş, diğer gruba bu miktarı kontrol edemeyecekleri söylenmiştir. Karbondioksit miktarını kontrol edemeyecekleri söylenen katılımcıların %80'i panik atak geçirirken, karbondioksit miktarını kontrol edebilecekleri söylenen grubun %20'si panik atak yaşamıştır. İki grup arasındaki bu fark panik belirtilerinin kontrol edilebilir ya da kontrol edilemez olduğuna dair inancın panik ataklardaki önemli rolüne destek olmuştur (Sanderson, Rapee ve Barlow, 1989).

Panik Bozukluğun Tedavisi

Biyolojik tedaviler

Etiyoloji kısmında bahsedildiği gibi 1960'larda çeşitli antidepresan ilaçların panik atakların sıklığını azalttığı keşfedilmiştir. Locus coeruleus ve panikte rol oynayan diğer beyin bölgelerinde norepinefrin aktivitesini düzenleyen tüm antidepresan ilaçların panik belirtilerini önlediği ya da azalttığı bulunmuştur (Pollack, 2005). Bu ilaçların yaklaşık olarak hastaların %80'inde belirli düzeylerde iyileşme sağladığı; fakat bu iyileşmenin ilaç kullanımı bırakılmadığı sürece gözlendiği belirtilmektedir (Batelaan ve ark., 2012). Son yıllarda benzodiazepin grubu ilaçların beyin-

deki norepinefrin bölgelerini dolaylı olarak etkileyerek panik bozuklukta etkili olduğuna dair çalışmalar da vardır (Bandelow ve Baldwin, 2010).

Bilişsel davranışçı tedaviler

Bilişsel davranışçı terapilerin bilişsel kısmında kişilerin bedensel duyumlarının yanlış yorumlanması üzerinde çalışılır (Craske ve Barlow, 2014; Clark ve Beck, 2010). İlk olarak danışanlara panik ataklar konusunda bir psikoeğitim verilir. Panik ataklarının doğası, nasıl geliştiği, vücut duyumlarına nelerin sebep olduğu ayrıntılı olarak anlatılır. Danışanlara gevşeme teknikleri ve nefes egzersizleri yaptırılır. Devamında bedensel duyumların felaketleştirilmesi ele alınır. Danışanlar seanslar arasında panik yaşadıklarında tuttukları panik günlüklerine bedensel duyumlarına dair düşüncelerini not alırlar. Panik bozukluğu olan kişilerin sıklıkla yaptığı düşünce ve mantık hataları el alınarak *bilişsel yeniden yapılandırma* üzerine çalışılır.

Kullanılan davranışçı yöntemlerden biri de, bedensel belirtilere herhangi bir fobik uyaran gibi davranarak kişileri bu durumlara maruz bırakma ve bu belirtilerin felaket senaryoları ile ilişkili olmadığını danışana göstermektir. *Interoseptif maruz bırakma* olarak adlandırılan bu teknikte terapist, danışandan korktuğu belirtileri ortaya çıkaracak davranışları yapmasını ister. Örneğin, kalbinin hızlanması için egzersiz yapması, koşu bandında koşması veya kendi etrafında dönerek baş dönmesi oluşturması gibi aktivitelerle fiziksel belirtiler ortaya çıkarılır. Bu yöntem ile kişi hem fiziksel belirtilerine kontrollü bir şekilde maruz bırakılır, hem de işlevsel olmayan düşüncelerini terapist ile birlikte daha etkili bir şekilde ele alma imkanı olur. Korkulan belirtilerin terapi ortamında tekrar ortaya çıkarılmasının bir diğer faydası da danışanın öğrenmiş olduğu gevşeme ve nefes egzersizlerini terapist ile birlikte kullanma imkanı vermesidir. Terapist, tekniklerin kullanılması konusunda danışana koçluk yaparak danışanın baş etme becerilerini geliştirebilir.

Sosyal kaygı bozukluklarında da bahsedilmiş olan güvenlik davranışları panik bozukluğun tedavisinde de önemli yere sahiptir. Panik bozukluğa sahip kişiler, panik atak yaşama korkuları sebebiyle gittikleri yerlerin yakınlarında hastane olup olmadığını, lavobaya ya da çıkış kapısına yakınlık durumlarını dikkate alabilirler. Egzersiz gibi fiziksel duyumları arttıran aktivitelerden veya kafein, alkol gibi yiyecek/içeceklerden kaçınabilirler (Kamphuis ve Telch, 2000). Baş etme yöntemi olarak bu tür güvenlik davranışlarına başvurulması kısa vadede kişinin kaygı ve/veya korkularını azaltsa da uzun vadede sorunun devamlılığına etki ettiğinden terapide bu güvenlik davranışlarının belirlenmesi ve azaltılması amaçlanır.

Bilişsel davranışçı yöntemlerin panik bozukluk tedavisinde oldukça başarılı olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda 8 ila 14 hafta arasındaki bir psikoterapi ile danışanların %70 ila %90'ında belirtilerin ortadan kalktığı ve 1-2 yıl boyunca da belirtilerin nüksetmediği bulunmuştur (Arch ve Craske, 2008; McCabe ve Gifford, 2009).



Şekil 19. Agorafobinin ilerlediği durumlarda kişi evden çıkamaz hâle gelebilir.

AGORAFOBİ

Agorafobi, Yunancada açık alan, pazar alanı anlamına gelen "Agora" ve "fobi" kelimelerinin birleşiminden meydana gelmiştir. Agorafobi, DSM- IV'te panik bozukluğun bir alt tipi olarak sınıflandırılmışken, DSM-5'te ayrı bir tanı kategorisi olarak tanımlanmıştır. Agorafobik kişiler, toplu taşıma araçlarını kullanma, açık alanda bulunma, kapalı alanda bulunma, sırada bekleme, kalabalıkta olma ve tek başına evden dışarı çıkma gibi durumlardan iki ya da daha fazlasından yoğun korku ve kaygı duyarlar. Agorafobi daha öncesinde bu tür alanlardayken geçirilmiş bir panik atağın sonucu olarak kendini gösterebileceği gibi panik atak geçmişinden bağımsız olarak da ortaya çıkabilir. Bazı kişiler korkulan alanlardan tamamen kaçınırken, bazı kişiler ise güvenilen bir yakın ile veya güven duyulan bir nesne ile bu tür alanlara girebilirler.

Agorafobide başlangıçta belirli birkaç alandan korku duyulurken genellikle bu korku duyulan alanların genişlemesi söz konusudur. Çok ileri vakalarda evden dışarı çıkamama ve hatta evin bazı alanlarından dışarı çıkamamak gibi durumlar söz konusu olabilir.

Tablo 6. Agorafobi İçin DSM-5 Tanı Kriterleri

1. Bu psikolojik rahatsızlığa sahip kişilerde, toplu taşıma araçlarını kullanma, açık alanlarda bulunma, kapalı alanlarda bulunma, kalabalık alanda ya da sırada bekleme, evden dışarda olma gibi durumlardan iki ya da daha fazlasında hemen hemen her zaman ortaya çıkan yoğun bir kaygı vardır.
2. Kişiler, bu tür durumlarda panik belirtileri yaşarsa veya utanç verici bir duruma düşerlerse kaçmalarının zor olabileceğini düşünerek bu tür durumlardan korkar ve kaçınırlar.
3. Yaşanan korku, muhtemel tehdit ile orantısızdır.
4. Bu psikolojik rahatsızlıkla ilgili korkula, yoğun strese ve günlük işlevsellikte bozulmalara yol açar.
5. Bu belirtiler, başka bir psikolojik rahatsızlık ile daha iyi açıklanamaz.

Amerika'da yetişkinlerin %3,7'sinde sadece panik bozukluk, %1,4'ünde sadece agorafobi ve %1'inde hem panik bozukluk hem de agorafobi görülmektedir (Kessler ve ark., 2005). Agorafobi, kadınlarda erkeklere kıyasla daha sık görülmektedir. Bozukluğun ciddiyeti arttıkça etkilenen kadın oranının da arttığı görülmektedir. İleri derecede agorafobisi olanların %80-90'ının kadın olduğu bulunmuştur (White ve Barlow, 2002). Cinsiyet farklarına getirilen en yaygın açıklama, sosyokültürel açıklamadır (McLean ve Anderson, 2009). Bir çok kültürde panik yaşayan kadınların korktukları durumdan kaçınmaları veya o duruma girmek için yanlarında birine ihtiyaç duymaları, erkeklerin bu şekilde davranmasına kıyasla daha kabul edilebilir bir durum olduğundan, toplumsal beklentilerin de bu psikolojik rahatsızlığın görülme oranlarına etki ettiği düşünülmektedir.

Agorafobinin Etiyolojisi ve Tedavisi

Agorafobi, genellikle panik bozuklukların bir komplikasyonu olarak ortaya çıkmaktadır. Normal örneklemde agorafobisi olan kişilerin %30'unda (American Psychiatric Association, 2013), klinik örneklemde ise %50'sinde panik atak geçmişi bulunmaktadır (Wittchen ve ark., 2010). Agorafobinin panik ataktan bağımsız olarak da sıklıkla görülmesi sebebiyle DSM-5'te agorafobi ayrı bir tanı kategorisi olarak yer almıştır. Agorafobinin ortaya çıkışında diğer

kaygı bozukluklarına benzer olarak genetik yatkınlık ve yaşam faktörleri rol oynamaktadır (Wittchen ve ark. 2010).

Agorafobinin tedavisinde de temel olarak maruz bırakma kullanılmaktadır. Agorafobisi olan hastalarda maruz bırakma her zaman özgül fobilerdeki kadar etkili olmasa bile danışanların belirtilerinde azalma meydana gelmektedir (Gloster ve ark., 2014). Terapistler danışanları evden dışarı çıkmaları konusunda cesaretlendirir ve her seferinde ya daha uzun süreler dışarıda kalmaları ya da evden biraz daha uzaklaşabilmeleri hedeflenir. Agorafobide maruz bırakma tedavisine kişinin partnerinin dahil edilmesinin de olumlu bir etkiye sahip olduğu bulunmuştur (Cerny, Barlow, Craske ve Himadi, 1987). Genellikle agorafobisi olan kişinin tüm ihtiyaçları partneri tarafından karşılanır. Tedavide ise partnerin bu ihtiyaçları karşılamayı bırakması teşvik edilir. Böylece agorafobisi olan kişi kendi ihtiyaçlarını karşılamak için evden dışarı çıkmak durumunda kalır ve kaçındığı duruma daha çok maruz kalmış olur. Maruz bırakma tedavisine ek olarak destek grupları ve kişisel gelişim programları da tedaviye eklenebilir. Destek gruplarında agorafobisi olan küçük bir grup birlikte dışarı çıkmaya ve maruz kalma uygulamaları yapmaya teşvik edilir. Kişisel gelişim programlarında ise terapist danışan ve ailesine kendi kendilerine nasıl maruz bırakma alıştırmaları yapabilecekleri konusunda detaylı bilgi sağlar ve danışanlar ailelerinin de desteği ile bu egzersizleri uygularlar.

YAYGIN KAYGI BOZUKLUĞU

VAKA ÖRNEĞİ 4

Nalan Hanım, üniversite mezunu bir öğretmendi. On yaşında iken Marmara depremini deneyimlemişti. O dönemde yoğun korkuları olmuş fakat zaman içerisinde korkuları azalma göstermişti. Geçen sene arkadaşının babasının kalp krizi sebebiyle vefatından sonra korkuları tekrar ortaya çıkmış gibi görünüyordu. Kötü bir hastalığa yakalanıp ölebileceğinden, erkek arkadaşı dışarıdayken başına bir şey geleceğinden, işteki performansından, annesinin sağlığından kısacası herşeyden kaygı duymaya başlamıştı. Bu kaygıları günlük hayatını ve işteki performansını yoğun biçimde etkiliyordu. Kaygılarına odaklandığında doktorlara gidiyor testler yaptırıyor, annesini ve eşini gün içerisinde sıklıkla arıyor ulaşamazsa kaygılarında artış oluyordu. Aklına olabilecek en kötü şeyleri getiriyor ve baş ağrısı, bağırsak sorunları gibi sıkıntılar yaşıyordu

Herkes zaman zaman gelecekte olabilecek durumlara dair endişe duyabilir. Aslında bu duyduğumuz kaygı ve endişe durumu bizi muhtemel tehlikelere karşı önlem almaya ve plan program yapmaya teşvik eder. Fakat yaygın kaygı bozukluğuna (YKB) sahip kişiler, bir çok durum ile ilgili aşırı, kontrol etmesi zor ve uzun süreli endişe duyar. Bu kişilerin endişelendikleri konular; sağlık, maddi durum, iş, ilişkiler, aile, çocuklarının başına gelen küçük talihsizlikler, yapılacak işler gibi herkesin kaygılandığı konular olsa da, yaygın kaygı bozukluğunu günlük olağan kaygıdan ayıran, yaşanan kaygının boyutu, süresi ve hayata olumsuz etkisidir. Yaygın kaygı bozukluğu olan kişiler, sürekli gergin ve diken üstünde gibidirler. Kaslarda gerilme, kontrol edilemeyen bir huzursuzluk ve tedirginlik yaşarlar. Bu kaygıları hemen hemen hergün kendini gösterir. DSM-5 kriterlerine göre



Şekil 20. Yaygın kaygı bozukluğu olan kişiler, bir çok durum ile ilgili aşırı, kontrol etmesi zor ve uzun süreli endişe duyarlar.

yaygın kaygı bozukluğu tanısı için altı aylık bir süreçte kaygı duyularak geçirilen gün sayısı kaygısız geçen günlerden daha fazla olmalıdır. Yaygın kaygı bozukluğunda rol oynayan diğer bir etmen de belirsizliğe tahammülsüzlüktür. Belirsizliğe tahammülsüzlük durumunda kişinin belirsizliğe dair birtakım olumsuz inançları vardır. Belirsiz bir durum veya olayla karşılaştığında duygusal, bilişsel ve davranışsal olarak olumsuz bir şekilde tepki verme eğiliminde olmaktadır (Buhr ve Dugas, 2009). Yapılan araştırmalarda yaygın kaygı bozukluğuna sahip kişilerin "belirsizliğe tahammül" düzeylerinin düşük olabileceği bulunmuştur (Ladouceur ve ark., 2000). YKB adım adım ilerlemekte ve genellikle kronik bir sorun haline gelmektedir (Bjornsson ve ark., 2014).

Yaygın kaygı bozukluğu, yetişkinlerde çocuklara kıyasla daha sık görülmektedir. Başlangıç yaşı, ergenliğin ileri dönemleri veya 20'li yaşların sonlarına denk gelebilir (Kessler ve ark., 2004). Daha erken yaşlarda ortaya çıkması, daha nadir görülen bir durumdur. YKB'nin hayat boyu görülme oranı yetişkinlerde %5,7'dir (Kessler ve Wang, 2008). Çocuklar ve gençlerde de YKB görülmekle birlikte kaygıların içeriği yaşa göre farklılık göstermektedir. Gençlerde kaygılar performans ve okul başarısı üzerineyken, yaş arttıkça kaygıların sağlık üzerine yoğunlaştığı görülmektedir (American Psychiatric Association, 2013). Yaygın kaygı bozukluğunun birlikte görüldüğü eştanı durumları da cinsiyetler arasında farklılık göstermektedir. Kadınlarda yaygın kaygı bozukluğu tanısı alanlarda eştanı olarak diğer kaygı bozuklukları ve depresyona daha sıklıkla rastlanırken, erkeklerde ise madde kullanım bozukluğu yaygın kaygı bozukluğuna eşlik etmektedir (American Psychiatric Association, 2013). Ülkemizde Özcan, Uğuz ve Çilli'nin (2006) yaptığı çalışmada dört aylık bir dönemde hastanenin psikiyatri polikliniğine başvuran 950 hastanın %10,3'ünün YKB tanı kriterlerini karşıladığı ortaya konmuştur. Dünyadaki diğer araştırmalarla benzer olarak ülkemizde yapılan bu çalışmada da kadınlarda YKB görülme oranının erkeklere oranla yaklaşık iki kat fazla olduğu bulunmuştur. Ayrıca bulgular ülkemizde evlilerde YKB görülme oranlarının bekârlara göre daha yüksek olduğu ve YKB tanısı alan evli kişilerin büyük çoğunluğunun ev hanımlarından oluştuğu bulunmuştur (Özcan ve ark., 2006).



Şekil 21. Kadınlarda yaygın kaygı bozukluğu tanısı alanlarda eştanı olarak diğer kaygı bozuklukları ve depresyona daha sıklıkla rastlanırken, erkeklerde ise yaygın kaygı bozukluğuna sıklıkla madde kullanım bozukluğu eşlik etmektedir.

Tablo 7. Yaygın Kaygı Bozukluğu İçin DSM-5 Tanı Kriterleri

1. Altı aylık bir dönemde çoğu gün belirli olay ve aktivitelerle ilgili endişeli ve korkulu geçmiştir.
2. Kişi, olaylarla ilgili kuruntularını kontrol etmekte zorlanır ve huzursuzluk, çabuk yorulma, odaklanmada zorluk, çabuk öfkelenme, kaslarda gerginlik gibi belirtiler gösterir.
3. Bu psikolojik rahatsızlıkla ilgili korkular, yoğun stresle ve günlük işlevsellikte bozulmalara yol açar.
4. Bu belirtiler, başka bir psikolojik rahatsızlık ile daha iyi açıklanamaz.

Yaygın Kaygı Bozukluğunun Etiyolojisi

Sosyokültürel bakış açısı

Sosyokültürel bakış açısına göre, yaygın kaygı bozukluğunun tehlikeli olaylara maruz kalmış kişilerde gelişme olasılığı daha yüksektir. Alanyazındaki çalışmalar da yüksek tehlike içeren çevrelerde yaşayanların; genel stres, gerginlik, kaygı, uyku bozukluğu gibi belirtiler geliştirmeye daha yatkın olduklarını göstermektedir (Slopen, Fitzmaurice, Williams ve Gilman, 2012). Örneğin, 2010'daki Haiti depreminden sonraki aylar ve yıllarda bölgede yaşayanlar o bölgede yaşamayanlara göre iki kat daha fazla yaygın kaygı bozukluğu ya da diğer kaygı bozukluğu belirtileri göstermiştir (Shultz ve ark., 2012). Sosyal stres yaratan ve kişiyi tehditlere açık hale getiren diğer bir etmen de şüphesiz ki yoksulluktur. Amerika'da düşük gelire sahip kişilerin yüksek gelir sahiplerine kıyasla iki kat daha fazla kaygı bozukluğu geliştirdiği bulunmuştur (Sareen, Afifi, McMillan ve Asmundson, 2011).

Bu tür yaşam koşulları yaygın kaygıyı bir noktaya kadar açıklayabilse de bu tür koşullarda yaşamış ve kaygı bozukuğu geliştirmemiş birçok insan olması, başka faktörlerin de rolü olduğunu göstermektedir.

Bilişsel bakış açısı

Bu bakış açısı, işlevsel olmayan düşünce yapılarının yaygın kaygı bozukluğuna yol açabileceğini savunmaktadır. Yaygın kaygı bozukluğuna sahip kişilerin *rasyonel olmayan varsayımları* olduğu düşünülür. Bu kişilerde özellikle tehdit durumları ile ilgili işlevsel olmayan varsayımlar olduğunu bulan çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (Clark ve Beck, 2012; Ferreri ve ark., 2011).

Bu varsayımlar, "Herkes tarafından sevilmem ve onaylanmam gerekir.", "İşler yolunda gitmezse bu felakettir.", "Ancak hata yapmazsam ve çok başarılı olursam değerli olurum.", "Her zaman en kötüsüne hazırlıklı olmalıyım." gibi varsayımlar olabilir. Bu tür varsayımlar, genellikle hemen fark edilmez, kişi bu şekilde varsayımları olduğunu ancak dikkatli ve derinlemesine bir araştırma ile fark edebilir. Bu varsayımlar hayatta karşılaşılan bir çok durumu tehdit olarak algılamaya ve bunlar hakkında endişelenmeye sebep olur. Örneğin, değerli olmasını hata yapmaması koşuluna bağlayan bir kişinin hata yapma olasılığı olduğunu düşündüğü ortamlarda kaygı yaşama olasılığı artar.

Bu kişiler bilinç düzeyinde olmasa da çevredeki muhtemel tehditlere odaklanma eğilimindedir (Mathews ve MacLeod, 2005). Bir çalışmada katılımcılara bilgisayar ekranında bazı kelimelerin yazılı olduğu renkli kartlar gösterilmiş ve sonrasında kartın rengi sorulmuştur. Yaygın

kaygı bozukluğu olan bireylerin tehdit içeren kelimelerin yazdığı kartların rengini nötr kartlara göre daha geç isimlendirdiği görülmüştür. Bu da tehdit içeren bir uyaranla karşılaştıklarından bu kişilerin zihinlerinin uyaranla ne derece meşgul olduğunu göstermektedir.

Daha güncel bilişsel yaklaşımlarda da Adrian Wells (2011) üstbilişsel (metacognitive) teoriyi geliştirmiştir. Bu teoriye göre yaygın kaygı bozukluğu olan kişiler, endişelenmek ile ilgili hem olumsuz hem de olumlu düşüncelere sahiptir. Bu kişiler endişelenmenin hayattaki tehlike ve tehditlerin üstesinden gelmeleri konusunda faydalı olduğunu düşünmektedir. Genellenmiş kaygı bozukluğunun ayırıcı özelliklerinden birisi olan bu pozitif düşünceler, yoğun ve kontrol edilemez endişelerin gelişmesinde ve sürmesinde rol oynamaktadır (Dugas, Koerner, 2005). Kaygıya dair bu pozitif düşüncelerden bazılar; kaygılanmanın problemin çözümüne katkı sağladığı, motivasyonu arttırdığı, olumsuz sonuçlanan bir olay sonrasında olumsuz duyguları azalttığı gibi inançlar olabilir (Herbert, Dugas, Tulloch ve Holowka, 2014). Endişe ile ilgili bu tür olumlu inançlar kaygının sürmesi için bir pekiştireç işlevi görebilmektedir. Kaygılanmanın işleri kolaylaştırdığını motivasyonu arttırdığını düşünen kişi gelecekteki durumlar için de kaygılanma eğiliminde olacaktır. Kaygılanmakla ilgili olumlu inançları olan kişiler diğer yandan da kaygılanmanın kötü bir şey olduğunu ve en sonunda sürekli kaygılı olmaktan fiziksel ve zihinsel olarak zarar göreceklerini düşünebilirler. Yani kaygılanmaları da onları kaygılandıran bir durum hâline gelir. Yapılan çalışmalarda da kaygıya dair hem olumlu hem olumsuz atıfları olan kişilerin yaygın kaygı bozukluğu geliştirme olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Wells, 2011).

Yaygın kaygı bozukluğu ile ilgili teorilerden bir diğeri de *belirsizliğe tahammülsüzlük teorisidir*. Bu kişiler hayatta olumsuz olayların gerçekleşme olasılığı olduğu durumu ile baş edemezler. İhtimaller oldukça küçük bile olsa bu kişiler her an kötü bir şey olacakmış gibi hissederler. Bu da yaygın kaygı bozukluğuna neden olur (Dugas, Laugesen ve Bukowski, 2012; Fisher ve Wells, 2011). Yapılan çalışmalarda da belirsizliğe tahammülsüzlüğün yaygın kaygı bozukluğu ile olumlu yönde ilişkisi bulunmuştur (Daitch, 2011).

Biyolojik bakış açısı

Yapılan genetik çalışmalarına göre akrabalarında yaygın kaygı bozukluğu olan kişilerde bu bozukluğun olma ihtimali akrabalarında yaygın kaygı bozukluğu olmayan kişilere göre daha yüksektir (Schienle, Ebner, Schafer, 2011). Fakat akrabaların özellikle de yakın akrabaların yetiştikleri çevre de benzer olduğu için bu durumda sadece biyolojik etmenlerin değil çevresel etmenlerin de etkili olduğu belirtilmelidir.

Biyolojik etkenlerden bir diğeri beyindeki **gama-aminobutrik asit (GABA)** nörotransmiteridir. GABA nörotransmiteri nöronlar arasında "ketleyici (inhibitory)" mesajlar taşımaktadır. Yani GABA nörotransmiteri bir reseptör tarafından alındığında, nöronun ateşlenmesini durdurmaktadır. Teorilere göre korku tepkilerinin oluşması için bazı nöronlar daha hızlı ateşlenmektedir. Bununla birlikte nefes alma, kas gerginliği, kalp hızı artmakta, sonrasında bir geri bildirim sistemi devreye girmekte ve beyinde bazı nöronlar GABA nörotransmiteri salgılamaktadır. GABA reseptörlerine bağlanan bu nörotransmiter nöronların ateşlenmesini durdurmaktadır. Bu geri bildirim sistemindeki bazı bozuklukların korku ve kaygının kontrol sisteminde bir bozukluğa yol açtığı belirtilmektedir. Costa'nın (1985) maymunlarla yaptığı çalışmada da GABA'nın GABA reseptörlerine bağlanma düzeyi düşürüldüğünde kaygının arttığı bulunmuştur.

Etiyolojide rol oynayan biyolojik faktörlerden bir diğeri de kortikotropin salgılatıcı hormondur (corticotropin releasing hormon). Stres veya algılanan bir tehdit durumunda hipotalamustan kortikotropin salgılatıcı hormon salgulanır. Hipofiz bezine tutunan bu hormon, burada adrenokortikotropin hormon salınımını aktive eder. Adrenokortikotropin hormonu da böbreküstü bezlerinde kortizol yani stres hormonu salınmasına sebep olur. Bu sistem stres tepkisinde önemli bir yere sahiptir. Depresyon ve kaygı bozukluklarında bu sistemin işleyişinde bozulmalar meydana geldiği bulunmuştur. Bu hormonun gereğinden fazla ya da zamansız salgulanmasının yaygın kaygı bozukluğunda önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir (Leonardo ve Hen, 2006).

Yaygın Kaygı Bozukluğunun Tedavisi

Bilişsel davranışçı tedaviler

Bilişsel davranışçı tedavilerde gevşeme teknikleri gibi davranışsal teknikler, bilişsel çarpıtmaları azaltmak ve bilgiyi işlemleme sürecindeki ön yargıları azaltmak için kullanılan bilişsel tekniklerle birleştirilir. Bilişsel modele göre yaygın kaygı bozukluğu olan kişiler, belli başlı inançları nedeniyle pek çok durumu tehlikeli olarak algılamaktadır. Örneğin, kişi geçmiş yaşantılarının ya da öğrendiklerinin etkisi ile "*Herşeyde mükemmel olmalıyım.*" şeklinde bir inanç geliştirmiş olabilir. Herşeyde mükemmel olmak mümkün olmadığı için kişi her durumu bir tehdit olarak algılamaya başlayabilir. Tedavi sürecinde kişilerin tehlike algıları ve tehlikeye dair düşünceleri belirlenir ve değerlendirilir. Amaç, hastanın var olan olumsuz bakış açısına alternatif bakış açıları geliştirmesini ve yerleşmiş inançlarını sorgulamasını sağlamaktır. Çoğu durumda kişiler düşüncelerinin farkında değillerdir. Yıllar içinde kaygı durumu o kadar otomatikleşmiştir ki kaygıyı yaratan düşünceyi ve duyguyu yakalamak bazı hastalar için zor olabilir. Terapistin hedefi kişilerin bu rasyonel olmayan çarpıtılmış düşünce ve inançlarını yakalanıp sorgulanmasını sağlamak ve daha sağlıklı ve işlevsel düşünce biçimleri edinmelerini sağlamaktır. Terapi aracı olarak; duygu düşünce davranış takip çizelgeleri, hayalde canlandırma, rol yapma, psikoeğitim gibi araçlar kullanılabilir. Bilişsel davranışçı terapilerin bir yıldan fazladır benzodiazepin kullananlarda başarılı bir şekilde ilaçları azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (Gosselin, Ladouceur, Morin, Dugas ve Baillargeon, 2006).

İlaç tedavisi

GABA aktivitesindeki bozulmanın yaygın kaygı ile ilişkisi keşfedildikten sonra benzodiazepinler yaygın kaygı bozukluğunda kullanılmaya başlanmıştır. Yapılan çalışmalar benzodiazepinlerin yaygın kaygı bozukluğuna sahip bireylerin semptomlarında iyileşme sağladığını göstermiştir (Islam, Conigrace, Day, Nguyen ve Haber, 2014; Hadley, Mandel, Schweizer, 2012). Fakat benzodiazepinlerin yararları ile birlikte bazı riskleri de bulunmaktadır. İlk olarak ilacın etkisi, kullanım süresi ile kısıtlıdır. İlaç bırakıldığı zaman belirtiler yine aynı şiddetle geri döner. İkinci olarak bu ilaç grubu fiziksel bağımlılık yapma riski taşır ve diğer ilaç ve maddelerle etkileşim oranı yüksektir. Son olarak da bu ilaç grubunun; koordinasyon bozukluğu, hafıza kaybı, depresyon gibi yan etkileri vardır. Bu sebeplerle son yıllarda antidepresan ve antipsikotik ilaçlar da yaygın kaygı bozukluğu tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır (Chollet, Saragoussi, Clay ve François, 2013).

AYRILMA KAYGISI BOZUKLUĞU

VAKA ÖRNEĞİ 5

Nilay Hanım, 19 yaşında bir üniversite öğrencisiydi. Lise son sınıfa kadar ailesi ile birlikte yaşamış, ailesinden ayrı geçirdiği çok fazla zaman olmamıştı. İlkokul 1. sınıfta annesinden ayrılmak konusunda sıkıntı yaşamıştı ve o süreç, birkaç hafta annesinin de onunla birlikte derslere gelmesi ile atlatılmıştı. Fakat bu sene Nilay Hanım, üniversiteyi başka bir şehirde kazanması sebebiyle yoğun bir şekilde kaygı ve korku yaşamaya başlamıştı. Ailesi, Nilay Hanım'ın kalabileceği yurt ve ev seçeneklerinin değerlendirmişti. Nilay Hanım ise başka bir şehirde yaşamak konusunda oldukça isteksiz görünüyordu. Bunun ilkokuldaki gibi geçici bir süreç olduğunu düşünen ailesi Nilay Hanım'ı kendi arabaları ile üniversitenin olduğu şehre kadar götürmüş, yurda yerleşmesini sağlamıştı. Nilay Hanım'ın zihni ise ailesinden ayrı kalmanın korkusu ile doluydu. Onlardan ayrı kalmaya dayanamayacağını, ayrı kalırlarsa başlarına bir şey geleceğini (örneğin, araba kazası veya kalp krizi geçireceklerini) ve bir daha hiç onları göremeyeceğini düşünüyordu. Ailesinin gitme zamanı geldiğinde Nilay Hanım o kadar çok ağladı ve gitmemeleri için yalvardı ki, ailesi birkaç gün daha kalmaya karar verdi. Birkaç gün sonra yine aynı durum yaşandığında ailesi Nilay Hanım ile birlikte bir psikoloğa başvurmaya karar verdi.



Şekil 22. Çocukluk döneminde, her birey belli korkular yaşar fakat bu korkular genellikle yaşa özgüdür ve zamanla azalan bir seyir izlerler. Ayrılma kaygısı bozukluğu olanlarda ise korku ve kaygılarla zamanla azalma göstermez ve hayatı olumsuz yönde etkiler.

Ayrılma kaygısı bozukluğu, duygusal bağlanmanın olduğu bir kişiden ayrılmaya dair duyulan yoğun ve gelişimsel düzeye uygun olmayan korku ve kaygıdır. Ayrılma kaygısı bozukluğu, temel olarak çocukları etkileyen bir psikolojik rahatsızlık olmakla birlikte yetişkinlerde de görülmektedir. Bu bozukluğa sahip kişilerde bir şekilde bağlanma figürlerini kaybedecekleri korkusu, ayrılığa dair açık bir şekilde, sürekli ve yoğun bir kaygı, okula ya da işe gitme konusunda isteksizlik, evde yalnız kalmaktan korkma, yalnız uyumak istememe gibi belirtiler görülebilir. Korkulan şey, ayrı kalma durumunda kendilerinin ya da bağlanma figürlerinin zarar görmesidir. İleri düzeyde ayrılma kaygısı olan kişilerde fiziksel olarak bile bağlanma figüründen ayrı kalmak yoğun kaygı ve korku uyandırabilir. Bu kişilerde bağlanma figürlerine yapışma, o nereye giderse peşinden gitme davranışları ve okula veya işe gitmekle ilgili büyük sıkıntılar yaşanabilir. Ayrılma kaygısı bozukluğu olan kişiler, bir sebeple bağlanma figüründen ayrı kaldıklarında; kâbuslar görme, uyuyamama, sosyal olarak içe çekilme, üzüntü, isteksizlik ve konsantrasyon zorluğu gibi belirtiler gösterebilirler.

Ayrılma kaygısı bozukluğu çocuklukta ve yetişkinlikte görülen normal gündelik kaygılardan farklılık gösterir. Her çocukta belli dönemlerde belirli nesnelerden, olaylardan korku ve/ya bunlarla ilişkili kaygı oluşabilir. Bebekler yüksek seslerden, çocuklar hayali yaratıklardan ve karanlıktan, okul çağı çocukları yaralanma ve fırtınalardan korkabilir. Daha ileri yaştaki çocuklar ise okul performansı gibi konularda endişe duyabilir. Yetişkinlikte ise bazı durumlar ve nesneler normal düzeylerde kaygı ve korku yaratabilir. Sağlıklı bir kişide bu tür korkular yaşa özgüdür, zamanla azalma eğilimindedir ve gündelik hayatı olumsuz etkilemez. Ayrılma kaygısı bozukluğu olanlarda ise bu kaygı ve korku yaş ile birlikte azalmaz ve hayatın çeşitli alanlarını olumsuz etkiler. Bu kişiler bağımsızlık geliştirmekte ve problem çözme becerileri kazanmada zorluk yaşayabilirler.

Yaşa bağlı olarak değişmekle birlikte Ayrılma kaygısı bozukluğu olan kişiler hayvanlar, araba kazaları, hırsızlar, karanlık, uçakla seyahat gibi potansiyel tehdit içeren durumlardan korkabilirler. Yetişkinlerde daha nadiren görülmesine rağmen bu bozukluğa sahip yetişkinler eşleri ve çocuklarından ayrı kaldıklarında yoğun bir kaygı ve korku hissederler. Bu kişiler ayrı kaldıklarında sürekli eş ve çocuklarının durumları ile zihinsel olarak meşgul olduklarından iş ve sosyal hayatlarında bozulmalar görülebilir. Çocukların yaklaşık olarak %4'ünde bu psikolojik rahatsızlık görülmektedir (Kossowsky, Wilhelm, Rogh ve Schneider, 2012). Yapılan çalışmalar çocuklukta alınan ayrılma kaygısı bozukluğu tanısının yetişkinlikte diğer kaygı bozuklukları ve depresyon için bir risk faktörü olabileceğini belirtmektedir (Lewinsohn, Holm-Denoma ve Small, 2008).

Tablo 8. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu İçin DSM-5 Tanı Kriterleri

1. Bağlanma figürlerinden ayrılmak konusunda yaşa ve gelişim düzeyine uygun olmayan yoğun bir korku ve kaygının olması.
2. Bağlanma figürlerinin başına hastalık, kaza gibi kötü bir olay geleceği konusunda yoğun kaygı, ayrılığa sebep olabilecek kötü bir olay yaşamak konusunda kaygı, evden uzaklaşmak konusunda isteksizlik, tek başına olmaktan korkma, ayrılma durumu ya da olasılığında fiziksel belirtiler gösterme, ayrılık ile ilgili kötü rüyalar görme, bağlanma figürleri olmadan uyumak istememe gibi belirtilerden en az üçü çocuklarda ve ergenlerde en az 4 hafta yetişkinlerde ise en az 6 ay devam ettiğinde ayrılma kaygısı bozukluğu tanısı düşünülür.
3. Tanı konulabilmesi için bu rahatsızlık ve belirtilerinin yoğun strese yol açması ve günlük hayattaki işlevselliği etkiliyor olması gerekmektedir.
4. Belirtiler, başka psikolojik rahatsızlıklarla daha iyi açıklanamıyor olmalıdır.

Ayrılma Kaygısı Bozukluğunun Etiyolojisi

Ayrılma kaygısı bozukluğunun gelişiminde; biyolojik ve genetik faktörler, mizaç, olumsuz çevresel etkiler, okulla ilgili bazı olumsuz deneyimler, bağlanma deneyimleri, yeni kardeş doğumu, ailede bulunan psikolojik rahatsızlıklar, aileden bazı sebeplerle bir süre uzak kalmış olma veya sosyokültürel olarak daha dezavantajlı bir çevrede yaşamak gibi çeşitli faktörler rol oynayabilir (Pine ve Grun, 1999).

Biyolojik bakış açısı

Ayrılma kaygısı bozukluğu olan kişilerin aileleri, psikolojik sağlık bakımından incelendiğinde bu kişilerin ailelerinde sıklıkla kaygı, depresyon veya panik bozukluk öyküsüne rastlandığı ortaya çıkmıştır (Biederman ve ark, 2001). Biyolojik olarak davranışsal ketlenmenin (inhibisyon) de aile bireyleri arasında geçişi olabileceği düşünülmektedir. Davranışsal ketlenmesi yüksek olan kişiler utangaç, korkak ve huysuz olabilirler; okul çağında ise daha içe dönük, sessiz olurlar (Kagan, Reznick ve Snidman, 1988). Bu kişilerin yeni durumlardan kaçınma ve bağlanma figürlerine yapışma eğiliminde olduğu görülmektedir. Stephen Suomi (1999), maymunlarla yaptığı bir araştırmada bazı maymunların biyolojik olarak davranışsal ketlenme ile doğduklarını ama hayatın ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkacak korku ve kaygı belirtilerinin şiddetinde yetiştirilme şekillerinin etkili olduğunu bulmuştur. Sakin ve ihtiyaçları karşılayan annelerin yetiştirdiği maymunların yetişkinlik dönemlerinde davranışsal ketlenme ile doğmayan maymunlarla benzer düzeylerde kaygı ve korku belirtileri gösterdiği bulunmuştur. Buradan yola çıkarak biyolojik etmenlerin tek başına belirleyici olmadığı, yetiştirilme biçimi ve bakım verenin tutumlarının yetişkinlikteki psikolojik sağlıkta oldukça önemli olduğu vurgulanabilir.

Sosyokültürel ve psikolojik bakış açısı

Kaygı bozukluklarının ortaya çıkışında biyolojik faktörlerin yanı sıra yetişilen çevre ve bu çevreden öğrenilenler de etkili olmaktadır. Kaygılı ailelerin çocukları, diğer ailelerin çocuklarına kıyasla kaygı bozuklukları ile daha erken yaşta tanışma eğilimindedir. Kaygılı ailelerin, korku ve kaygıyı çocuklarına modelleme yoluyla öğrettiği düşünülmektedir (Rapee, Schniering ve Hudson, 2009). Bu aileler çocukların kaygılı başa çıkma davranışını veya kaçınmalarını farkında olmasalar veya istemeseler bile teşvik etme eğiliminde olabilirler (Dadds, Paula ve Barrett, 2001). Bu durum yetişkinlikte de bu öğrenilmiş kaygı örüntüsünün devamı şeklinde kendini gösterebilir. Kişide yerleşmiş olan ayrılığın kötü sonuçlara yol açacağı inancı ayrılmaya dair problemlerle kendini gosterebilir.

Ayrılma kaygısı bozukluğu gelişmesinde bir diğer önemli faktör de bakım veren ile ilişkidir. Çeşitli ebeveynlik stilleri ayrılma kaygısı bozukluğunun ortaya çıkışını tetikleyebilir. Örneğin, annenin çocuğuna aşırı düşkünlüğü, hiçbir şekilde çocuğuna sorumluluk vermemesi, aşırı düzeyde disiplinli olması, çocuğa ihtiyacı olan güveni vermemesi, sürekli uyarması gibi durumlar çocuklarda ayrılma kaygısı bozukluğu dahil birçok çeşitli psikolojik rahatsızlıkla ilişkili bulunmaktadır (Muris, Steerneman, Merckelbach ve Meesters, 1996).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada 4-7 yaş arası ayrılma kaygısı bozukluğu olan 60 çocuk ve annesi aynı yaş aralığında ve risk faktörleri olarak benzer koşullarda yaşayan, ayrılma kaygısı bozukluğu tanısı olmayan çocuk ve annesinden oluşan kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Ayrılma kaygısı bozukluğu tanısı alan çocukların kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek davranışsal sorun puanları aldığı ve bu gruptaki çocukların annelerinin kontrol grubuna kıyasla daha depresif, huzursuz, kaygılı ve hızlı değişen (siklotimik) mizaç özelliklerine sahip oldukları bulunmuştur (Erermiş ve ark., 2009). Annedeki bu gibi bazı özelliklerin ayrılık kaygısı geliştirmesinde etkili olabileceği düşünülmektedir (Miral ve Baykara, 1998). Anne, özellikle okula başlama döneminde yaşanan ayrılık sırasında çocuğun duyacağı stese

aşırı duyarlı olur ve koruyucu davranırsa çocuğun sağlıksız tepkisini ve ayrılığın tehlikeli bir şey olduğu algısını pekiştirmiş olur.

Ayrılma kaygısı bozukluğunun tedavisi

Ayrılma kaygısı bozukluğunun tedavisinde; ilaçlı, ilaçsız veya kombine tedavilere başvurulabilir. Bilişsel davranışçı terapilerden (BDT) yararlanılarak ayrılığın tehlikeli olduğuna dair inanış çalışılabilir. Yapılan çalışmalar BDT ve Seçici Seratonun Gerialım İnhibitörü (Selective Serayonin Reuptake Inhibitor - SSRI) ilaç tedavisinin birlikte kullanılmasının ayrılma kaygısı olanlarda en etkili yöntemlerden olduğunu göstermektedir (Fisher, Tobkes, Kotcher ve Masia-Werner, 2006).

Ayrılma kaygısının ilaçla tedavisinde; benzodiazepinler, trisiklikler, SSRI'lar ve buspiron gibi çeşitli sınıflardan ilaçlar kullanılmakta, terapilerde ise bilişsel süreçlere yönelmek ve yeniden yapılandırma üzerine çalışmak, psikoeğitim vermek, girişkenlik ve sosyal beceri geliştirmeye odaklanmak faydalı olabilmektedir.

SEÇİCİ KONUŞMAZLIK

YAKIN BAKIŞ 2

Seçici konuşmazlık, DSM-5'te kaygı bozukları içinde yer almakla birlikte sadece çocukluk çağında görüldüğünden bu bölümde ayrıntılı olarak ele alınmamıştır. Bu psikolojik rahatsızlık genellikle çocuklarda, konuşma yeteneğinden bağımsız olarak belirli sosyal durumlarda konuşmama şeklinde kendini gösterir. Bu bozukluğa sahip kişiler, genellikle evlerinde ya da belirli kişiler ile sorunsuz bir şekilde konuşurken bazen etrafta başkaları varken, bazen de ev dışında konuşmazlar. Bu rahatsızlık, sıklıkla yüksek sosyal kaygı ile ilişkilidir. Seçici konuşmazlık yaşayan kişiler, sıklıkla okulda konuşmayı reddederler. Bu durum, okul başarısında ve sosyal ilişkilerde olumsuz bir etki yaratabilir.

Bu bozukluk popülasyonun %1'inden az bir kısmını etkilemektedir (Muris, Hendriks ve Bot, 2016). Bu psikolojik rahatsızlığa çok az rastlanması, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaları da küçük örneklemlerle ve vaka çalışmaları ile sınırlandırmaktadır. Başlangış yaşı genellikle 5 yaştan önce olmasına rağmen, sıkıntılar aile dışında kişilerle etkileşimdeyken belirginleştiğinden bu bozukluğun fark edilmesi genellikle okul çağına denk gelir.

Davranışsal psikologlar, seçici konuşmazlığın ortaya çıkışında davranışsal ketlenmeye (behavioral inhibition); aile sistemleri teorisi ise bakım veren ile ilişkide aşırı bağımlılık ve iç içe geçme gibi sorunlara odaklanmaktadır. Seçici konuşmazlık tedavisinde; ilaçlı, ilaçsız ya da kombine tedaviler kullanılmaktadır. Psikoterapi yaklaşımlarından en sık kullanılanlar davranışçı terapi ve aile terapisidir. Seçici konuşmazlık tedavilerine aileyi ve öğretmenleri de dahil etmek, bu psikolojik rahatsızlık ile ilgili psikoeğitim sağlamak ve işbirliği yapmak da uygun davranışı yerleştirmek konusunda yararlı olabilmektedir.

BÖLÜM ÖZETİ

Kaygı ve korku, hayatta kalmak için gerekli olan duygulardır. Düşük ve orta düzeylerde kaygının öğrenmeye ve performansa olumlu yönde etki ettiğini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur. Herkesin belli durumlarda deneyimlediği bu duyguların şiddeti çok yoğun olduğunda, süresi uzadığında ve bu duygular günlük rutin işleri engellemeye başladığında patolojik bir durumdan söz edilebilir. Kaygı bozuklukları, tüm psikolojik rahatsızlıklar içinde en yaygın olarak görülen bozukluklardandır ve kaygı bozukluklarının diğer psikolojik rahatsızlıklarla birlikte görülme oranı da oldukça yüksektir. Genel popülasyonda kaygı bozuklukları kadınlarda erkeklere oranla sıklıkla görülmektedir. Kadınların neden daha sıklıkla kaygı veya korku bildirdiği net olmasa da bu durum kültürel ve cinsiyet rollerindeki beklentilere bağlanabilir.

DSM-5'te, kaygı bozuklukları yedi temel kategoride toplanmıştır. Bunlar; özgül fobiler, sosyal kaygı bozukluğu, panik bozukluk, agorafobi, yaygın kaygı bozukluğu, ayrılma kaygısı bozukluğu ve seçici konuşmazlıktır. Bu kategorilerden seçici konuşmazlık, çocukluk çağına özgü olmakla birlikte, diğer bozukluklar yetişkinlikte görülebilmektedir. Kaygı bozukluklarını birbirinden ayıran, kaygı, korku ve/veya kaçınma davranışını ortaya çıkaran nesne ya da durumların ve ilgili bilişsel süreçlerin birbirinden farklı olmasıdır. Örneğin, *özgül fobisi* ya da *sosyal fobisi* olan kişiler korktukları nesne veya durumla karşılaştıklarında ya da karşılaşma olasılığı ortaya çıktığında korku ve panik yaşarlar. *Panik bozukluğu* olan bireyler, sıklıkla panik ataklar deneyimler ve yeni bir atak yaşama ihtimali bu kişileri yoğun bir şekilde kaygılandırır. *Agorafobisi* olan kişiler alışveriş merkezi, asansör, kalabalık alanlar gibi belli başlı alanlarda bulunmaktan korku ve kaygı duyarlar. *Yaygın kaygı bozukluğunda* ise çoğu zaman hissedilen bir gerginlik ve kaygı söz konusudur. Bu rahatsızlığa sahip kişiler pek çok konuda kaygı ve korku yaşayabilirler.

Kaygı bozukluklarının etiyolojisine dair şimdiye kadar pek çok teori ortaya atılmıştır. Psikodinamik teori, kaygı bozukluklarında bastırılmış dürtülere; davranışsal bakış açısı, koşullanmaya ve gözlemleyerek öğrenmeye; bilişsel bakış açısı, işlevsel veya rasyonel olmayan çeşitli varsayım, düşünce ve inanç yapılarına; biyolojik bakış açısı, genetik faktörlere ve çeşitli hormonların veya nörotransmiterin düzenlenmesinde yaşanan problemlere dair açıklamalar getirmiştir.

Kaygı bozuklukları için psikolojik tedavi yöntemleri de oldukça çeşitlidir. Günümüzde sıklıkla kullanılan tedaviler arasında; sistematik duyarsızlaştırma, taşırma, modelleme gibi yöntemleri kullanan davranışçı terapi, işlevesel veya rasyonel olmayan varsayım ve düşünce yapılarının yeniden değerlendirilmesi ve yapılandırılması üzerine çalışan bilişsel terapi, korku kaygı mekanizmasında rolü olan biyolojik süreçlere etki eden ilaç tedavisi sayılabilir. Tedavisinde genellikle olumlu sonuçlar alınan kaygı bozuklukları, tedavi edilmediği takdirde kişinin gündelik yaşamında büyük aksaklıklara ve hayat kalitesinde düşüşe sebep olmaktadır.

KAYNAKLAR

Abramowitz, J. S., Deacon, B. J. ve Whiteside, S. P. H. (2011). *Exposure therapy for anxiety: Principles and practice*. New York: Guilford Press.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. Baskı) doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.

Antony, M. M. ve Barlow, D. H. (2002). Specific phobias. *Anxiety and its disorders* (2. baskı) içinde (s. 380–417). New York: Guilford Press.

Antony, M. M. ve Roemer, L. (2011). *Behavior therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Arch, J. ve Craske, M. G. (2008). Panic disorder. *Psychopathology: History, diagnosis, and empirical foundations* içinde (s. 115–58). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons

Askew, C. ve Field, A. P. (2007). Vicarious learning and the development of fears in childhood. *Behaviour Research and Therapy, 45*(11), 2616–2627.

Askew, C. ve Field, A. P. (2008). The vicarious learning pathway to fear 40 years on. *Clinical Psychology Review, 28*(7), 1249–1265.

Bandelow, B. ve Baldwin, D. S. (2010). Pharmacotherapy for panic disorder. *Textbook of anxiety disorders* (2. Baskı) içinde (s. 399–416). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Barlow, D. H. (Ed.) (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.

Bateleen, N.M., Smit, J. H., Cuijpers, P., van Marwijk, H. W., Terluin, B. ve van Balkom, A. J. (2012). Prevention of anxiety disorders in primary care: a feasibility study. *BMC Psychiatry, 12* (1), 206

Biederman, J., Faraone, S.V., Hirshfeld-Becker, D. R., Friedman, D, Robin, J. A. ve Rosenbaum, J. F. (2001) Patterns of Psychopathology and Dysfunction in High-Risk Children of Parents with Panic Disorder and Major Depression. *American Journal of Psychiatry, 158*, 49–57

Bienvenu, O. J., Hettema, J. M., Neale, M. C., Prescott, C. A. ve Kendler, K. S. (2007). Low extraversion and high neuroticism as indices of genetic and environmental risk for social phobia, agoraphobia, and animal phobia. *American Journal of Psychiatry, 164*(11), 1714–21.

Bjornsson, A. S., Sibrava, N. J., Beard, C., Moitra, E.,Weisberg, R. B., Benítez, C. I. ve Keller, M. B. (2014). Two-year course of generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and panic disorder with agoraphobia in a sample of Latino adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*, 1186–1192.

Bogels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B. ve Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: Questions and answers for the DSM-V. *Depression and Anxiety, 27* (2), 168-189.

Botella, C., Osma, J., Garcia-Palacios, A., Quero, S. ve Baños, R. M. (2004). Treatment of flying phobia using virtual reality: data from a 1-year follow-up using a multiple baseline design. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*, 311–323.

Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R. ve Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 585–599.

Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., . . ., Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry, 162*(6), 1179-87.

Buhr, K. ve Dugas, M. J. (2009). The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry: An experimental manipulation. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 215–223.

Carrigan, M. H. Ve Randall, C.L. (2003). Self-medication in social phobia: a review of the alcohol literature. *Addictive Behaviors, 28* (2), 269-284.

Cerny, J. A., Barlow, D. H., Craske, M. G. ve Himadi, W. G. (1987). Couples treatment of agoraphobia: A two-year follow-up. *Behavior Therapy, 18*, 401–415.

Chollet, J., Saragoussi, D., Clay, E. ve François, C. (2013). A clinical research practice datalink analysis of antidepressant treatment patterns and health care costs in generalized anxiety disorder. *Value in Health 16*(8), 1133–1139.

Clark, D. A. ve Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York: Guilford Press.

Clark, D. A. ve Beck, A. T. (2012). *The anxiety and worry workbook: The cognitive behavioral solution*. New York: Guilford Press.

Compton, S. N., March, J. S., Brent, D., Albano, A. M., Weersing, R. ve Curry, J. (2004). Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: An evidence-based medicine review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*, 930–959.

Connolly, K. M., O'Neill, H. K., Flessner, C. A. ve Olatunji, B. O. (2006). Fear, disgust, and fainting in blood-injection-injury fears: A multi-method approach. *Journal of Anxiety, Stress & Coping, 19*, 409-420.

Costa, E. (1985). Benzodiazepine-GABA interactions: A model to investigate the neurobiology of anxiety. *Anxiety and the anxiety disorders* içinde. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Craske, C. M. ve Barlow, D. H. (2014). Panic disorder and agoraphobia. *Clinical handbook of* psychological disorders (5. baskı) içinde (s. 1–61). New York: Guilford Press.

Craske, M. G. ve Waters, A. M. (2005). Panic disorder, phobias, and generalized anxiety disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 197-225.

Dadds, M. R., Paula, M. ve Barrett, P. M. (2001). Practitioner Review: Psychological Management of Anxiety Disorders in Childhood, *The Journal of Child Psychology and Psychiatry, 42* (8), 999-1011.

Daitch, C. (2011). *Anxiety disorders: The go-to guide for clients and therapists*. New York: W. W. Norton & Co.

Davis, T. E., Ollendick, T. H. ve Öst, L. G. (2009). Intensive Treatment of Specific Phobias in Children and Adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice, 16* (3), 294-303.

Dugas, M. J. ve Koerner, N. (2005). Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Current Status and Future Directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 19*(1), 61–81. https://doi.org/10.1891/jcop.19.1.61.66326

Dugas, M. J., Laugesen, N. ve Bukowski, W. M. (2012). Intolerance of uncertainty, fear of anxiety, and adolescent worry. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*(6), 863–870.

Dumoulin, S., Bouchard, S., Robillard, G. ve Arsenault, J. E. (2008) "Reality tests" increase the efficacy of in virtuo exposure for claustrophobics. CyberTherapy Conference, June 23–25 2008, San Diego, USA.

Egliston, K.A. ve Rapee, R. M. (2007). Inhibition of fear acquisition in toddlers following positive modelling by their mothers. *Behaviour Research and Therapy., 45*(8), 1871–82.

Erermiş, S., Bellibaş, E., Özbaran, B., Demiral Büküşoğlu, N., Altıntoprak, E., Bildik, T.... (2009). Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Olan Okul Öncesi Yaş Grubu Çocukların Annelerinin Mizaç Özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi, 20* (1), 14-21.

Essau, C. A., Conradt, J. ve Petermann, F. (2000). Frequency, comorbidity and psychosocial impairment of specific phobia in adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology, 29*, 221-231.

Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., Ruini, C., Mangelli, L. ve Belluardo, P. (2001). Long-term outcome of panic disorder with agoraphobia treated by exposure. *Psychological Medicine, 31* (5), 891-898.

Fisher, P. H., Tobkes, J. L., Kotcher, L. ve Masia-Warner, C. (2006). Psychosocial and pharmacological treatment for pediatric anxiety disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics, 6*(11), 1707-19.

Fisher, P. L. ve Wells, A. (2011). Conceptual models of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Annals, 41*(2), 127–132.

Ferreri, F., Lapp, L. K. ve Peretti, C.S. (2011). Current research on cognitive aspects of anxiety disorders *Current Opinion in Psychiatry, 24*(1), 49-54.

Freud, S. (1909). *Analysis of phobia of a five-year-old boy.* (Vol.III). New York: Basic Books.

Gloster, A. T., Klotsche, J., Gerlach, A. L., Hamm, A., Strohle, A., Gauggel, S., . . . Wittchen, H. (2014). Timing matters: change depends on the stage of treatment in cognitive behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(1), 141–153.

Goldstein, A. J. ve Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy, 9*(1), 47-59.

Gorman, J. M., Kent, J. M., Sullivan, G. M. ve Coplan, J. D. (2000) Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *American Journal of Psychiatry, 157*, 493-505.

Gosselin, P., Ladouceur, R., Morin, C. M., Dugas, M. J. ve Baillargeon, L. (2006). Benzodiazepine discontinuation among adults with GAD: A randomized trial of cognitive-behavioral therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology,74 (5), 908–919.

Gültekin, B. K. ve Dereboy, F. (2011). Üniversite öğrencilerinde sosyal fobinin yaygınlığı ve sosyal fobinin yaşam kalitesi, akademik başarı ve kimlik oluşumu üzerine etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi, 22 (3)*, 150-158.

Hadley, S. J., Mandel, F. S. ve Schweizer, E. (2012). Switching from long-term benzodiazepine therapy to pregabalin in patients with generalized anxiety disorder: A double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of Psychopharmacology, 26*(4), 461–470.

Heinrichs, N. ve Hofmann, S. G. (2001). Information processing in social phobia: a critical review. *Clinical Psychology Review, 21* (5), 751- 770.

Heiser, N. A., Turner, S.M. ve Beidel, D.C. (2003). Shyness: Relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behavior Research & Therapy, 41*, 209-221.

Heimberg, R.G., Magee, L. (2014). Social anxiety disorder. *Clinical Handbook of Psychological Disorders.* Guilford Publications: New York.

Herbert, E. A., Dugas, M. J., Tulloch, T. G. ve Holowka, D. W. (2014). Positive beliefs about worry: A psychometric evaluation of the Why Worry-II. *Personality and Individual Differences, 56*, 3-8.

Hettema, J. M., Neale, M. C. ve Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry, 158* (10), 1568-1578.

Hettema, J. M., Prescott, C. A., Myers, J. M., Neale, M. C. ve Kendler, K. S. (2005). The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Archives in General Psychiatry, 62*, 182–189.

Hirsch, C. K. ve Clark, D. M. (2004). Information-processing bias in social phobia. *Clinical Psychology Review, 24* (7), 799-825.

Hirshfeld-Becker, D. R., Micco, J. A., Wang, C. H. ve Henin, A. (2014). Behavioral inhibition: A discrete precursor to social anxiety disorder? *The Wiley Blackwell handbook of social anxiety disorder* içinde (s. 133- 158). Wiley-Blackwell.

Hofmann, S. G., Barlow, D. H. (2002). Social phobia (social anxiety disorder) *Anxiety and Its Disorders: the Nature and Treatment of Anxiety and Panic* içinde (s. 454 -476). New York: Guilford Press

Hopko, D. R., Robertson, S. M. C., Widman, L. ve Lejuez, C. W. (2008). Specific phobias. *Handbook of assessment, conceptualization, and treatment içinde* (s. 139-170). New York, NY: John Wiley.

Islam, M. M., Conigrave, K. M., Day, C. A., Nguyen, Y. ve Haber, P. S. (2014). Twenty-year trends in benzodiazepine dispensing in the Australian population. *Internal Medicine Journal, 44*(1), 57–64.

Jefferson, J. W. (2001). Benzodiazepines and anticonvulsants for social phobia (social anxiety disorder). *Journal of Clinical Psychiatry, 62*(Suppl. 1), 50-53.

Kagan, J. (1997). *Galen's Prophecy: Temperament in Human Nature.* USA: Westview Press.

Kagan, J., Reznick, J. S., Clarke, C., Snidman, N. ve Garcia-Coll, C. (1984). Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child Development, 55*(6), 2212- 2225.

Kagan, J., Reznick, J. S. ve Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science, 240*, 167-171.

Kamphuis, J. ve Telch, M. J. (2000). Effects of distraction and guided threat reappraisal on the reduction of claustrophobic fear. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 1163–1181.

Kendler, K. S., Myers, J. ve Prescott, C. A. (2002). The etiology of phobias: an evaluation of the stress-diathesis model. *Archives of General Psychiatry, 59* (3), 242-248.

Kessler, R.C. (2003). The impairments caused by social phobia in general population:Implicationsfor intervention. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108* (Suppl. 417), 19-27.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. ve Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry, 62,* 593–602.

Kessler, R. C., Berglund, P., Chiu, W. T., Demler, O., Heeringa, S., Hiripi, E. ve Zheng, H. (2004). The US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): Design and field procedures. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13, 69–92.

Kessler, R. C., Merikangas, K. R. ve Wang, P. S. (2007). Prevalence, comorbidity, and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 137–58.

Kessler, R. C. ve Wang, P.S. (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annual Review of Public Health, 29*, 115–129.

Kılıç, C. (2006) Özgül Fobiler. R. Tükel ve T. Alkın (Ed.) *Anksiyete Bozuklukları (1. Baskı)* içinde (s.147-182) Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları

Klein, D. F. (1964). Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia, 5*, 397-408.

Korczak, D. J., Goldstein, B. I. ve Levitt, A. J. (2007). Panic disorder, cardiac diagnosis and emergency department utilization in an epidemiologic community sample. *General Hospital Psychiatry, 29*, 335–339.

Kossowsky, J., Wilhelm, F. H., Rogh, W. T. ve Schneider, S. (2012). Separation anxiety disorder in children: Disorder specific responses to experimental separation from the mother. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*,178–187.

Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Leger, E., Gagnon, F. ve Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive- behavioral treatment for Generalized Anxiety Disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 957–964.

Lang, A. J. ve Stein, M. B. (2001). Social phobia: Prevalence and diagnostic threshold. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*(S1), 5-10.

LeBeau, R. T., Glenn, D., Liao, B., Wittchen,H. U., Beedo- Baum, K., Ollendick, T. ve Craske, M. G. (2010). Specific phobia: A review of DSM-IV specific phobia and preliminary recommendations for DSM-V. *Depression & Anxiety, 27*, 148–167.

LeDoux, J. E. (2000). Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience, 23*, 155–184.

Leonardo, E. D., Hen, R. (2006). Genetics of affective and anxiety disorders. *Anuual Review of Psychology, 57*, 117-137.

Lewinsohn, P. M., Holm-Denoma J. M., Small, J. W., Seeley, J. R. ve Joiner, T.E. Jr. (2008). Separation anxiety disorder in childhood as a risk factor for future mental illness. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*, 548–555.

Lonsdorf, T. B. ve Kalisch, R. (2011). A review on experimental and clinical genetic associations studies on fear conditioning, extinction and cognitive-behavioral treatment. *Translational Psychiatry, 1*, e41.

Lonsdorf, T. B., Weike, A. I., Nikamo, P., Schalling, M., Hamm, A. O. ve Ohman, A. (2009). Genetic gating of human fear learning and extinction: Possible implications for gene-environment interaction in anxiety disorder. *Psychological Science, 20*(2), 198–206.

Lopez-Sola, C., Fontenelle, L. F., Alonso, P., Cuadras, D., Foley, D., Pantelis, C., et al. (2014). Prevalence and heritability of obsessive-compulsive spectrum and anxiety disorder symptoms: A survey of the Australian twin registry. *American Journal of Medical Genetics. Part B, Neuropsychiatric genetics: the official publication of the International Society of Psychiatric Genetics, 165B* (4), 314–325.

Magee, W., Eaton, W., Wittchen, H., McGonagle, K. A. ve Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 53*, 159–168.

Maron, E., Hettema, J. M. ve Shlik, J. (2010). Advances in molecular genetics of panic disorder. *Molecular Psychiatry, 15*, 681- 701.

Mathews, A. ve MacLeod, C. (2002). Induced processing biases have causal effects on anxiety. *Cognition and Emotion, 16*(3), 331–54.

McCabe, R. E. ve Gifford, S. (2009). Psychological treatment of panic disorder and agoraphobia. M. M. Antony & M. B. Stein (Ed.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* içinde (s. 306–26). New York: Oxford University Press.

McLean, C. P. ve Anderson, E. R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review, 29*(6), 496–505.

McNally, R. J. (1999). Anxiety sensitivity and information processing biases for threat. S. Taylor (Ed.), Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety içinde (s. 183-197). Mahwah, NJ: Erlbaum

Merckelbach, H., de Jong, P. J., Arntz, A. ve Schouten, E. (1993). The role of evaluative learning and disgust sensitivity in the etiology and treatment of spider phobia. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 15*(4), 243-255.

Mineka, S., Davidson, M., Cook, M. ve Keir, R. (1984). Observational conditioning of snake fear in rhesus monkeys. *Journal of Abnormal Psychology, 93*, 355-372.

Mineka, S. ve Thomas, C. (1999). Mechanisms of change in exposure therapy for anxiety disorders. *Handbook of cognition and emotion* içinde (s. 747–764). Chichester, UK: Wiley.

Miral, S., Baykara, A. (1998). *Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu. Psikiyatri Temel Kitabı. Cilt 2.* Güleç C, Köroğlu E (Ed.). Hekimler Yayın Birliği. 1165-67.

Mogotsi, M., Kaminer, D. ve Stein, D. J. (2000). Quality of life in the anxiety disorders. *Harvard Review of Psychiatry, 8*, 273-282.

Mowrer, O. (1960). Basic research methods, statistics and decision theory. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association, 14*, 199–205.

Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H. ve Meesters, C. (1996). The role of parental fearfulness and modeling in children's fear. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 265-268.

Muris, P., Hendriks, E. ve Bot, S. (2016). Children of few words: relations among selective mutism, behavioral inhibition, and (social) anxiety symptoms in 3-to 6-year olds. *Child Psychiatry & Human Development, 47*, 94–101.

Ollendick, T. H., King, N. J. ve Muris, P. (2004). Phobias in children and adolescents. *Phobias* içinde (s. 245–279). Wiley: London.

Özcan, M., Uğuz, F. ve Çilli, A.S. (2006). Ayaktan Psikiyatri Hastalarında Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Yaygınlığı ve Ek Tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi, 17* (4), 276-285.

Pelissolo, A. ve Moukheiber, A. (2013). Open-label treatment with escitalopram in patients with social anxiety disorder and fear of blushing. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 33* (5), 695-698.

Pine, D.S. ve Grun, J. (1999) Childhood anxiety: integrating developmental psychopathology and affective neuroscience, *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 9* (1), s. 1-12.

Pitti, C., Penate, W., de la Fuente, J., Bethencourt, J., Acosta, L., Villaverde, M. ve Gracia, R. (2008). Agoraphobia: combined treatment and virtual reality: preliminary results. *Actas Españolas de Psiquiatria, 36*, 94-101.

Pollack, M. H. (2005). The pharmacotherapy of panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 66*(4), 23–27.

Rapee, R. M., Schniering, C. A. ve Hudson, J. L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 311–341.

Redmond, D. E. (1985). Neurochemical basis for anxiety and anxiety disorders: Evidence from drugs which decrease human fear or anxiety. In A. H. Tuma & J. Maser (Ed.), *Anxiety and the Anxiety Disorders*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Rosqvist, J. (2005). *Exposure treatments for anxiety disorders: A practitioner's guide to concepts, methods, and evidence-based practice*. New York: Routledge.

Ruscio, A. M., Brown, T. A., Chiu, W. T., Sareen, J., Stein, M. B. ve Kessler, R. C. (2008). Social fears and social phobia in the USA: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine, 38*(1), 15–28. doi:10.1017/s0033291707001699

Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy, 19*, 6–19.

Sanderson, W. C., Rapee, R. M. ve Barlow, D. H. (1989). The influence of an illusion of control on panic attacks induced via inhalation of 5.5%carbon dioxide-enriched air. *Archieves of General Psychiatry 46* (2), 157-162.

Sareen, J., Afifi, T. O., McMillan, K. A. ve Asmundson, G. J. G. (2011). Relationship between household income and mental disorders: Findings from a population-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry, 68*(4),419–426.

Sarver, N. W., Beidel, D. C. ve Spitalnick, J. S. (2014). The feasibility and acceptability of virtual environments in the treatment of childhood social anxiety disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 43*(1), 63–73.

Schienle, A., Ebner, F. ve Schafer, A. (2011). Localized gray matter volume abnormalities in generalized anxiety disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 261*, 303–307.

Shultz, J. M., Besser, A., Kelly, F., Allen, A., Schmitz, S., Hausmann, V.,. . . Neria, Y. (2012). Psychological consequences of indirect exposure to disaster due to the Haiti earthquake. *Prehospital and Disaster Medicine, 27*(4), 359–368.

Slopen, N., Fitzmaurice, G. M., Williams, D. R. ve Gilman, S. E. (2012). Common patterns of violence experiences and depression and anxiety among adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*(10), 1591–1605.

Smoller, J. W., Gardner-Schuster, E. ve Misiaszek, M. (2008). Genetics of anxiety: Would the genome recognize the DSM? *Depression and Anxiety, 25*(4), 368–377.

Suomi, S. J. (1999). Behavioral inhibition and impulsive aggressiveness: Insights from studies with rhesus monkeys. In L. Balter & C. S. Tamis-LeMonda (Ed.), *Child psychology: A handbook of contemporary issues* (s. 510-525). New York, NY, US: Psychology Press.

Tolin, D. F. ve Foa, E. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin, 132* (6), 959-992.

Van Houtem, C. M., Laine, M. L., Boomsma, D. I., Ligthart, L., van Wijk, A. J. ve De Jongh, A. (2013). A review and meta-analysis of the heritability of specific phobia subtypes and corresponding fears. *Journal of Anxiety Disorders, 27*, 379–388.

Watson, J. B. ve Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology 3*, 1–14.

Wells, A. (2011). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York, NY: Guilford press.

White, K. S. ve Barlow, D. H. (2002). Panic disorder and agoraphobia. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford.

Wittchen, H., Gloster, A.T., Beesdo-Baum, K., Fava, G.A. ve Craske, M.G. (2010). Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depression and Anxiety, 27* (2), 113–133.

Wolpe, J. (1958). Psychotherapy by reciprocal inhibition. Palo Alto, CA, US: Stanford University Press.

Woody, S. R. ve Teachman, B. A. (2000). Intersection of disgust and fear: normative and pathological views. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*,291–311.

Yerkes, R. M. ve Dodson, J. D (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formationJournal of *Comparative Neurology and Psychology, 18*, 459–482.

6. Bölüm

OBSESİF KOMPULSİF VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Talat Demirsöz

Bilindiği gibi DSM-IV-TR'de kaygı bozuklukları altında sınıflandırılan obsesif kompulsif bozukluk (OKB), DSM-IV-TR'de somatoform bozukluğu kapsamında yer alan beden dismorfik bozukluğu ve yine DSM-IV-TR'de dürtü kontrol bozuklukları altında yer alan deri yolma bozukluğu ve trikotilomani ile DSM-5'te Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar çatısı altında ele alınmaya başlanmıştır. DSM-5 ile birlikte bir yenilik de, istifleme ile ilgili obsesyonlar ve kompulsiyonlar hakkındadır. Bu belirtiler; iç görü düzeyinin daha kötü olması, tedavi yanıtının daha olumsuz olması ve başlangıç yaşının daha geç olması gibi özellikleriyle OKB bağlamının dışında değerlendirilmeye başlanmıştır. İstifleme bozukluğu müstakil bir tanı olarak Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar tanı grubunda değerlendirilmeye başlanmıştır.

Bu bölümde, DSM-5'in önemli bir değişiklik yaparak Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar çatısı altında değerlendirmeye başladığı psikolojik rahatsızlıklar incelenecektir. Bu yeni tanı çatısının kurulma sürecinde, DSM-5'e yön veren kuramcılar (ör., Hollander, Kwon, Stein ve Broatch, 1996) OKB'nin kaygı bozuklukları altında sınıflandırılmasına karşı çıkmışlardır. OKB'nin kaygı bozuklukları çatısından ayrılışının gerekçelerinden biri obsesyonlar ve kompulsiyonların sıklıkla kaygı ile eşleşiyor olmalarına rağmen, OKB'nin kaygı haricinde diğer rahatsız edici deneyimlerle de eşleşebilmesidir. Örneğin, OKB kirlenme ile ilgili obsesyonlarda tiksinme duygusu ile (Olatunji, Ebesutani, David, Fan ve McGrath, 2011; aktaran: Krzanowska ve Kuleta, 2017), simetri obsesyonlarında ise daha çok tamamlanmamışlık hissi (feeling of incompleteness) ile eşleşmektedir (Summerfeldt, 2004; aktaran: Krzanowska ve Kuleta, 2017). Ek olarak, obsesif düşünme tüm kaygı bozukluklarında yaygın olmasına rağmen cinsellikle, şiddetle ve dinle ilişkili tabu olan temalarla ilgili obsesyonlar sadece OKB'de görülmektedir (Stein, Fineberg, Bienvenu, Denys, Lochner, Nestadt ve ark., 2010; aktaran: Krzanowska ve Kuleta, 2017). Başlangıç yaşı, eş tanı özellikleri ve belirtilerin gidişatı gibi özelliklerden dolayı da OKB'nin ayrı bir tanı olarak ele alınması gerekliliği

tartışılmıştır (Geller, 2010; Ruscio, Stein, Chiu ve Kessler, 2010; Bienvenu, Samuels, Wuyek, Liang, Wang ve Grados ve ark., 2012; Brown, Cambell, Lehman, Grisham ve Mancil, 2001; aktaran: Krzanowska ve Kuleta, 2017). Fenomenolojik özelliklerin yanında, nörobilişsel bozulma, etkili olan ilaç tedavileri ve beyin devreleri bakımından da OKB'nin kaygı bozukluklarından ayrıştığı ifade edilerek OKB'nin başka bir tanı grubunda değerlendirilmesinin önü açılmıştır (ör., Bartz ve Hollander, 2006; Krzanowska ve Kuleta, 2017).

Öte yandan, bu çatı altındaki psikolojik rahatsızlıklarda ortak olarak tekrarlayıcı düşüncelerin, davranışların ve davranışlarda ketlenmenin bulunduğu iddia edilmiştir. Ayrıca, bu psikolojik rahatsızlıkların ortaya çıkma nedenlerinin, klinik görünümlerinin, eş tanı ile ilgili özelliklerinin ve tedavi yanıtlarının OKB ile benzerlik gösterdiği dile getirilmiştir (ör., Hollander, Kwon, Stein ve Broatch, 1996). Benzer şekilde, bu çatı altındaki psikolojik rahatsızlıkların tümünün ortak olarak fazlasıyla rahatsız edici ve çok vakit alan kompulsif davranışları gerçekleştirmek için karşı konulamaz bir istekle tanımlı olduğu iddia edilmiştir (Fineberg, Apergis-Schoute, Vaghi, Banca, Gillan, Voon V. ve ark., 2018). Bu yeni tanının bahsedilen psikolojik rahatsızlıklar hakkındaki bilimsel çalışmayı arttırmak ve klinik ortamda bu rahatsızlıkların daha kolay tanınmalarını sağlamak gibi bir amacından daha söz edilebilir. Böylece bu zor durumların tedavisinin gecikmesinin de önüne geçilebileceği umulmaktadır (Fineberg ve ark., 2018).



Şekil 1. Bazı OKB kuramcıları tamamlanmamışlık hissini, sadece simetri obsesyonları için değil, birçok OKB belirtisi için de önemli bir motivasyon kaynağı olarak görmektedirler (Lee ve Wu, 2019).

OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK

Aşağıdaki satırlarda bu psikolojik rahatsızlıkla ilgili açıklayıcı bilgiler bulunmaktadır. Birçoklarının hayal etmesi bile zor olan aşağıdaki satırlarda yazan tecrübeler kimi OKB hastalarının gündelik hayatlarının sıradan birer parçasıdır: Düşünün ki sabahları uyandığınızdan emin olamıyorsunuz. Bir odadasınız. O odadan dışarıya çıktığınızda oradan çıkmamış olabileceğinizi düşünüyorsunuz. Bu odadan çıkmayıp, hâlâ o odada kalmış olma ihtimali aklınıza geliyor. Bu konuda emin olabilmek için zamanınızın büyük bir bölümünü kaplayan tekrar tekrar yaptığınız davranışlara ihtiyaç duyuyorsunuz. Diyelim ki bir öğretmensiniz. Ders zili çaldı. Dersinize başlayacaksınız. Ancak öğrencilerinizden birisi tahtayı sildi, sizin arkanızdan dolaşarak gitti ve yerine oturdu. Ama bu sizin derse başlama kuralınıza aykırı. Çünkü böyle olursa o gün kötü bir şey yaşayacağınızı düşünüyorsunuz. Bu noktadaki rahatsızlığınızı gidermenin size göre tek yolu o öğrencinin tekrardan aynı yoldan geri gitmesi ve size uygun olan bir yoldan sırasına oturması.

Diyelim ki araba kullanıyorsunuz. Korna sesi duyduğunuzda bir kazaya sebep olup olmadığınızı soruşturuyorsunuz. O korna sesi duyduğunuz andaki sokaktan ya da caddeden tekrardan geçip bir kaza olup olmadığını kontrol etmeniz gerekiyor. Böylece artık işlek caddelerden ve trafiğin yoğun olduğu yerlerden git gide uzaklaşıyorsunuz.

OKB aslında bu örneklerden çok daha fazlasıdır. Bu bölüm içinde okuyucular daha yoğun bir şekilde OKB ile ilgili olmak kaydıyla OKİB çatısı altındaki her bir psikolojik rahatsızlığın öncelikle klinik görünümü ve etiyolojisi ile ilgili, sonrasında da tedavi seçenekleri ve bu tedavilerin yetersiz olduğu noktalarda tedavileri güçlendirme amacıyla nelerin yapılabileceğine dair genel bilgiler edineceklerdir.

VAKA ÖRNEĞİ 1

Ceyhan Hanım, 49 yaşında bir kadın hasta. Evli, ilkokul 4'te okulu bırakmak zorunda kalmış. Okuma yazması var. Ankara'da eşiyle ve iki oğluyla birlikte yaşıyor. Çalışmıyor.
Şikâyeti: kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları

Rahatsızlık belirtileri 1995 yılında başlamış ancak ilk kez tedavi 2000 yılında başlanmış. O dönemde üzerine fare pisliği bulaştığını düşünme ve etrafındaki eşyalara dokunamama şikâyetleri varmış. Özellikle evdeki halıların üzerinde fare pisliği olabileceğine dair şüpheleri belirginmiş. Bundan dolayı kendi ellerini, kıyafetlerini, vücudunu sık ve uzun yıkaması gerektiğine inanıyor. Kendisini temizlerken bu fare pisliğinin etrafına da bulaştığını düşündüğünden etrafındaki şeyleri de temizlemeye çalışıyor. Böylelikle, ev işleri de aksamış durumda. Evdeki ilişkileri özellikle de eşiyle ilişkileri bozulmuş durumda. Evden çıkması uzun merasimlerden dolayı çok güç oluyor ve ayrıca kendisi dışarı çıktığında evde oğullarının olmasına da müsaade edemiyor. O yüzden onlara anahtar vermiyor. Aile üyeleri bu durumdan muzdripler ancak herhangi bir şekilde itiraz etmiyorlar. Ceyhan Hanım'ın isteklerine uyuyorlar.

İlaç öyküsü olarak, birçok Seçici Serotonin Gerialım İnhibitörü (SSGİ) ve ek olarak trisiklik bir antidepresan olan klomipramin kullanmış. Tedavilerle belirtilerinde %50 azalma olduğunu ancak hiçbir zaman tam anlamıyla yarar görmediğini aktarıyor.

Hastanın ilk şikâyetleri 1995 yılında oturdukları gecekonduda gezinen böceklere duyduğu tiksintiyle ve böceklerden kirlenme hissiyle birlikte temizlik takıntıları şeklinde başlamış. Bu dönemde ikinci, çocuğunun doğumunun üçüncü ya da dördüncü ayındaymış. 1997 yılında bir başka şehre taşınmışlar. Burada takıntıları artış göstermiş. Apartman dairesinde oturuyorlarmış. Ancak buna rağmen fare pisliğinin bulaşacağına dair takıntıları artmış. Koltuklara ve kanepelere oturamamaya başlamış. İşten, okuldan gelen eşinin ve çocuklarının giysilerini 3-4 kez üst üste çamaşır makinesinde yıkıyormuş. Çamaşır yıkanmadan önce makineyi tekrar tekrar silmesi gerekiyormuş. Yumurtaları fare pisliği bulaştığı düşüncesiyle deterjanlı su ile yıkıyormuş. Geniş ailesinden hiç kimse hastalığına inanmamış. Bu dönemde hastanın belirtileriyle ilgili tiksinme düzeyi belirgin. Rüyalarında böcek kustuğunu görüyormuş. 2009'da semptomları daha da şiddetlenmiş.

Bir üniversite hastanesinin psikiyatri polikliniğine başvurmadan son dört aylık zaman diliminde ise semptomları giderek artmış. Yaklaşık iki hafta önce banyoda çamaşır yıkamayı bitiremediği için 36 saat kalmış. Son dört ayda sadece 1-2 kez evinden dışarıya çıkmış. Ev işlerini yapmakta zorlanıyormuş. Eve misafir kabul edemiyormuş. Eve yumurta

alınmasını ve oğullarının ve eşinin banyodaki alafranga tuvaleti kullanmalarını yasaklamış. Çamaşırları 4-5 kez üst üste yıkamaya başlamış. Hasta yatak odasını kilitlediği ve anahtarını da kimseye vermediği için kocası oturma odasında yatıyormuş. Çamaşırları yıkarken de, kururken de izlediği için tüm vakti çamaşırları takip etmekle geçiyormuş. Çamaşırları kururken balkonda etrafta çocukların oynadıkları top çamaşırların üstüne gelir diye balkonda nöbet tuttuğunu belirtiyor. Hasta çamaşırların üstüne bir sinek konsa çamaşırları tekrar yıkadığını belirtiyor. O yüzden ailecek çözümü kurutma makinesi almakta bulmuşlar. Evde oturabildiği sadece belli birkaç nokta varmış. Oralar dışında hiçbir yere oturamıyor. Örtüsüz olarak eşinin ve çocuklarının da oturmasına izin veremiyor. Yatağına rahatça uzanamadığı için uyku kalitesi de azalmış durumda. Kullandığı ikinci çamaşır makinesini tasarruflu yıkadığı için kendisi eskiciye vermiş. Yenisini almak istemiş. Makinenin kullandığı suyu yeterli görmeyince kendisi her çamaşırda 30 litre su ekliyormuş. Yine son dönemde, çamaşırları evinde yıkadığı vakitlerde her çamaşır sonrasında makineyi çok detaylı bir şekilde temizliyormuş. Bazen hortumla yıkadığı oluyormuş. Hatta kanepeleri de hortumla yıkadığı oluyormuş.

Soy geçmişi: Annesiyle babasının hemen hemen her gün kavgalı bir ilişkileri varmış. Kardeşlerinde ve halasında OKB tanısı mevcut. İlkokul 4'teyken Ankara'ya taşınmışlar. Babası "toplumsal anarşi" durumunu sebep göstererek hastayı okuldan almış. Okumaya çok meraklı olduğunu ancak bu imkânı bulamadığını belirtiyor.

Evlilik süreci: Hasta 19 yaşındayken bir başka kişiye âşık olup evlenmek istemiş. Ancak annesi şiddetle karşı çıkmış. Şimdiki eşiyle evlendirilmiş. Eşiyle ilişkileri hep tartışmaların olduğu bir ilişkiymiş. Eşinin ailesi hastayı kendi anne babasıyla yıllar boyunca aynı köyde olmalarına rağmen görüştürmemişler. Hastamız yalnız kaldığını ve çaresiz hissettiğini belirtiyor. Eşinin ailesiyle de anlaşamıyormuş.

Tedavide, maruz bırakma ve tepkiyi önleme tedavisindeki teknikler uygulanmıştır.

İlk ödevi kapı kollarını tutmak ve ellerini yıkamamak olarak belirlendi. İlk olarak bu ödev seans sırasında terapisti yanındayken denendi. Tedavinin rasyoneli hatırlatıldıktan sonra hasta ilk kez çıplak elle kapı kollarına dokundu. Sonrasında seans içinde hastanın kaygı düzeyinin seyri hastayla birlikte izlendi. Önce bir artış gösterdiği sonrasında da belli bir süre sabit kaldığı ve sonrasında da azaldığı hastayla birlikte gözlendi. Hasta bu görüşme sırasında kaygısının izlediği seyirden çok etkilendiğini ve bundan çok faydalandığını belirtti. Sonraki kısa vadeli plan, hastanın başörtüsüne, eteğine, terliklerine dokunmak ve ellerini yıkamayı geciktirebilmek üzerine yapıldı.



Şekil 2. Kirlenme obsesyonları ve temizlik kompulsiyonları, en sık karşılaşılan belirtilerdendir.

OKB'nin Klinik Görünümü

OKB, ısrarcı ve istem dışı düşünceler/dürtüler/zihinsel imgeler **(obsesyonlar)** ve/veya tekrarlayan ve ritüel tarzındaki davranışlarla **(kompulsiyonlar)** tanımlı bir ruhsal rahatsızlıktır (DSM-5; Amerikan Psikiyatri Derneği, 2013). 2014 yılında yapılan bir tespite göre dünya nüfusu dikkate alındığında 114 milyon insanın OKB'den muzdarip olduğu/etkilendiği belirtilmiştir (US Census Bureau, 2014). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) işlevselliği olumsuz yönde etkileyen hastalıklar arasında OKB'nin onuncu sırada olduğunu tespit etmiştir (World Health Organization (WHO), 1999). Psikolojik rahatsızlıklar içinde ise OKB; fobileri, madde kullanımını, duygu durumu ile ilgili psikolojik rahatsızlıklar sayıldığında en sık görülen dördüncü psikolojik rahatsızlıktır (Abramowitz, Taylor ve McKay, 2009). OKB belirtileri, zorlayıcı belirtilerdir ve bu belirtilere aşırı zaman ayrılması nedeniyle kişinin işlevsellik düzeyi (Cramer-CandPolit, Torgersen ve Kringlen, 2005), aile ilişkileri (Gomes ve ark., 2014), evlilik ilişkileri (Emmelkamp ve Gerlsma, 1994) ve sonucunda da yaşam kalitesi (Gomes ve ark., 2014) önemli ölçüde bozulmaktadır. OKB'li kişilere bakım sağlayan kişilerdeki yük de belirgindir (Ramos-Cerqueira, Torres, Torresan, Negreiros ve Vitorino, 2008). Bu yük Multipl Sikloresis hastalığı ve Parkinson hastalığının ortak etkisinden daha yüksek olarak kabul edilmiştir (WHO, 2004).

Başlangıç yaşı genellikle 15-25 yaş olan OKB (Bogetto, Venturellos, Maina ve Ravizza, 1999; Karadağ, Kalkan Oğuzhanoğlu, Özdel, Ateşçi ve Amuk, 2006) ile ilgili epidemiyolojik çalışmalara bakıldığında farklı kıtalardan ülkelerin dahil edildiği bir çalışmada, bir yıllık yaygınlık oranlarının %1.1 ile %1.9 arasında değiştiği, yaşam boyu görülme sıklığının ise ortalama %2,5 olduğu tespit edilmiştir (Weissmann ve ark., 1994). Genel olarak yaygınlık çalışmaları OKB'nin yaygınlığını %2-3 olarak bulmuştur (Besiroglu ve Ağargün, 2006). Ülkemizde yapılmış olan çalışmalar yaşam boyu yaygınlığın %2,5-6,2, 12 aylık yaygınlığın ise %0,5-5,6 arasında olduğuna işaret etmişlerdir (Doğan ve ark., 1995; Erol, kılıç, Ulusoy, Keçeci ve Şimşek, 1997; Kırpınar, Çayköylü ve Kuloğlu, 1997, akt. Besiroglu ve Ağargün, 2006). Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırması 12 aylık bir sürede bu oranı %.0,5 olarak tespit etmiştir (Kılıç, 1998). Epidemiyolojik olarak her ne kadar birbirlerinden farklılaşıyor gibi görünseler de, bu oranlar birçok ülke ve kültür için tutarlılık arz etmektedir (Ruscio, Stein, Chiu ve Kessler, 2010). OKB'de görülen belirtilerin sınıflandırılması birçok kuramcının, araştırmacının ve klinisyenin üstünde durduğu bir konudur. Obsesyonlar genel olarak dini, cinsel, simetri, biriktirme, somatik obsesyonlar olarak sınıflandırılmaktadır. Kompulsiyonlar ise başkalarından teyit almaya yönelik kompulsiyonlar, tekrarlayıcı törensel davranışlar, sıralama/düzenleme ve sayma kompulsiyonları olarak sınıflandırılmaktadır (Clark, 2004). OKB belirtilerinin yaygınlığının yetişkin nüfusta cinsiyete göre değişkenlik göstermediği ifade edilmektedir. Fakat alt tiplere bakıldığında ülkemizde yapılmış olanlar çalışmaların da içinde olduğu araştırmalarda, alt tiplere göre temizlik ve dinsel obsesyonlar kadınlarda, saldırganlık ve cinsel obsesyonlar ise erkeklerde daha sık görülmektedir (Bogetto ve ark., 1999; Karadağ ve ark., 2006). Başka araştırmalara göre, OKB hastalarının yaklaşık yarısına yakınının bulaşmayla ilgili korku yaşadıkları görülmektedir (Rasmussen ve Eisen, 1992). Bulaşmayla ilgili korku yaşayan OKB hastalarının yanında kirli/tehlikeli kabul edilen bir nesneye ya da kişiye fiziksel temas olmadan da bulaşma ve kirlenme hislerinin ortaya çıkabileceği belirtilmektedir. Bu ilginç duruma zihinsel kirlenme (ZK) denmektedir. ZK'de bir tür içsel kirlilik duygusunun da oluştuğu düşünülmektedir (Fairbrother ve Rachman, 2004; Herba ve Rachman, 2007; Rachman, 1994).

Öte yandan belirtileri açıklamak için belirli boyutlar da önerilmiştir. Bu açıdan belirlenen dört boyut aşağıdaki gibidir: a) bulaşma ve temizleme, b) sorumluluk, zarar ve kontrol, c) simetri, sıralama ve düzenleme, ç) cinsel, dini ve zarar verme ile ilişkili istenmeyen düşünceler (Abramowitz ve ark., 2010). OKB'de görülen belirtilerin içeriklerine son yıllarda yeni bir tema daha katılmıştır. Romantik ilişkiye ve partnere yönelik yineleyici düşünceler olarak isimlendirilen bu temada ilişkiye ve partnere dair ısrarlı meşguliyet ve şüpheler yer almaktadır. Bu yeni belirti grubunun diğer belirtilerle ilişkisi konusu son yıllarda ilgiyi çekmeye başlamıştır (Doron, Derby, Szepsenwol, Talmor, 2012a; Doron, Derby, Szepsenwol, Talmor, 2012b).

OKB ile çalışan kişilerin sıklıkla karşılaştıkları durum tek bir hastada birden çok alt tipin bulunmasıdır (McKay ve ark., 2004). Bu açıdan OKB'nin fenomenolojisini inceleyen çalışmaların vurgu yaptığı konuların başında belirtilerin heterojen yapısı ve bireye özgü değerlendirilmesi gerektiği gelmektedir. OKB'yi anlamayı ve tedavisini yürütmeyi güçleştiren başka bir etmen de psikolojik rahatsızlıkların OKB ile eş zamanlı görülmesidir (Shavitt, Belotto ve Curi, 2006). OKB hastalarının neredeyse %90'ında eşzamanlı olarak en az bir psikolojik rahatsızlık görülebildiği bildirilmiştir (Brakoulias, Starcevic, Belloch, Brown, Ferrao, Fontenelle ve ark., 2017; Lochner, Fineberg, Zohar, van Ameringen, Juven-Wetzler, Altamura ve ark., 2014). Bu eş tanı durumu OKB için bir istisnadan çok bir kuraldır. OKB ile birlikte görülen psikolojik rahatsızlıklara bakıldığında ise en sık kaygı bozuklukları, depresif bozukluklar ve bipolar bozukluk görülmektedir (Ruscio, Stein, Chiu ve Kessler, 2010). OKB'de kişilik bozuklukları açısından eş tanı olarak çekingen, bağımlı, histrionik ve şizotipal kişilik bozuklukları görülmektedir (Baer ve Jenike, 1992). OKB özelinde, risk etmenlerine bakıldığında hamilelik, stresli ve travmatik yaşam olayları ile madde kötüye kullanımı önemli etmenlerdendir (Grisham ve ark., 2011). OKB'nin klinik görünümünü anlayabilmek için uğranması gereken en önemli duraklardan birisi de iç görü kavramıdır. Hastaların obsesyonları ve kompulsiyonları ne denli abartılı ve saçma bulduklarıyla ilgili olan iç görü kavramı DSM'nin kronolojik öyküsü içerisinde hayli değişmiştir. DSM, son gelinen noktada hastaların iç görülerinin bir sürekliklik hattı şeklinde ele alınması gerektiğini belirtmeye başlamıştır (Bulut, Fistikci ve Topçuoglu, 2014).

Etiyoloji

Biyolojik açıklamalar

Son yıllardaki aile, ikiz, ayrışım çözümlemesi ve moleküler genetik araştırmalarından gelen bilgiler OKB'de genetik geçişin güçlü rolüne işaret etmektedir (Cavallini, Pasquale, Bellod ve Smeraldi, 1999; Jonnal, Gardner, Prescott ve Kendler, 2000; Hettema, Prescott, Myers, Neale ve Kendler, 2005). Örneğin, ikiz çalışmalarındaki verilerde güçlü oranlar sunulmaktadır. Eğer tek yumurta ikizlerinden birisi OKB'liyse diğer kardeşin bu rahatsızlığı geçirme olasılığı %53 olarak tespit edilmektedir. Ancak eğer kardeşler çift yumurta ikizleriyse bu oran %23'e düşmektedir. Başka bir çalışma bu oranları yine benzer şekilde tespit etmiştir. Tek yumurta ikizlerde OKB özelinde eş hastalanma oranı %67, çift yumurta ikizlerinde ise %31'dir (van Grootheest, Cath, Beekman ve Boomsma, 2005). Bu noktada, Ceyhan Hanım'ın geniş aile bilgileri hatırlanabilir.

Bahsedilen güçlü genetik temel üzerinde, OKB'deki biyolojik etmenler konusunda iki ana kaynak öne çıkmaktadır. Biri serotonindeki düşük aktivite düzeyi, diğeri ise bazı önemli beyin bölgelerindeki işlevsellikteki normal dışılıktır. Serotoninin etkisi klomipramin ve fluoksaminin

(ör., Anafranil ve Prozac) obsesif ve kompulsif semptomları düşürmesiyle daha belirgin hâle gelmiştir (Bokor ve Anderson, 2014; Zohar ve Insel, 1987). Farmakoterapi çalışmalarından gelen sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, OKB'nin düşük serotonin aktivitesinden kaynaklanabileceği düşünülmeye başlanmıştır (ör., Zohar ve Insel, 1987). Ancak serotonine ek olarak son yıllarda glutamat, GABA ve dopamin gibi diğer nörotransmitterler de OKB'yle ilişkilendirilmiştir (Arnold, Sicard, Burroughs, Richter ve Kennedy, 2006; Westenberg, Fineberg ve Denys, 2007).

Beyin yapıları ve işlevlerindeki normal dışılığı araştıran çalışmalar özellikle orbitofrontal korteksi (yerleşimi her iki gözümüzün üstündeki bölgedir) ve kaudat nukleusu ön plana çıkarır. Kaudat nükleusun yeri bazal ganglianın içindedir. OKB ile en çok ilişkili görülen beyin bölgesi olan bazal ganglianın öğrenilen davranışların uygulanması gibi motor ve davranışsal işlevlerle yakından irtibatlı olduğu ifade edilmektedir (Sbordone ve Saul, 2000; aktaran: Bokor ve Anderson, 2014). Bazal ganglia limbik systemin bir parçasıdır. Limbik sistem duygusal davranışları kontrol ettiği düşünülen bir beyin yapısıdır. Bu önemli beyin devresi orbitofrontal korteksten başlar ve kaudat nükleusa ve oradan da talamusa uzanır. Orbitofrontal korteks kaudat nukleusla birlikte cinsellik, şiddet ve diğer ilkel kabul edilen dürtülerin doğduğu yer olarak kabul edilir. Kaudat nükleus, bu dürtülerin seyahat ettiği ikinci duraktır. Kaudat nükleus ise sadece en güçlü olan dürtüleri talamusa göndermekle ve diğer dürtüleri filtrelemekle sorumludur. Bu dürtüler talamusa ulaştığında ise kişi bunlar üzerine düşünmeye başlar ve belki de bunlarla ilgili harekete geçmeye de başlayabilir (Bennett, 2011). Orbitofrontal korteks, genel olarak kişinin sosyal hayatındaki uygun davranışların gözlemcisi olarak kabul edilir. Kaudat nükleus bir giriş kapısı gibidir. Talamus da gelen bilgilerin filtreleyicisi gibi davranır (Saxena, Brody, Schwartz ve Baxter, 1998).

Tüm bu bilgiler etraflıca bir araya getirildiğinde, bilginin uygun şekilde filtre edilmesi ve bu esnadaki tekrarlama eğilimlerinin de baskılanmasının bu devrenin başka bir işlevi olarak görülebileceği ifade edilmektedir. Bu bahsedilen filtrelemenin uygun olmayışı OKB tanısı almış kişilerin duyumlarını, düşüncelerini ve davranışlarını engelleyebilmelerini zorlaştırmaktadır. Böylece kişiler normalde kendilerinden beklenen amaca yönelik davranışlardan uzaklaşabilmektedirler. Öte yandan, bu devrelerdeki normal dışılık uygun olmayan tekrar tekrar ortaya çıkan davranış setlerine de yol açabilmektedir (Melloni, Urbistondo, Sedeño, Gelormini, Kichic ve Ibanez, 2012; aktaran: Öznur, Erdem ve Akarsu, 2013). Ek olarak bu bölgelerin ve ilişkili beyin yapılarının OKB'de karar verme süreçlerinde de önemli olduğuna dair kanıtlar birikmiştir. Bu devrelerdeki bozulma ödülü değerlendirmede, hatayı saptamada ve davranışın planlanması gibi birçok alandaki aksamada rol oynamaktadır. OKB benzeri davranışların ortaya çıkmasında bu süreçlerin etkili olduğuna dair kanaatler mevcuttur (Westenberg ve ark., 2007).

Bu devre neden uygun şekilde çalışamamaktadır? Bu konuyla ilgili ortaya atılan hipotezlerden birinde beynin bazı bölümlerindeki beyaz maddedeki normalin dışında gözüken aktivite bir sebep olarak düşünülmüştür. Çünkü beyaz maddenin beyindeki birçok yapı arasındaki bağlantılarda rol aldığı düşünülmektedir. Böylece beyaz maddedeki farklı aktivite düzeyi bu devredeki uygun çalışamamayı da açıklar görünmektedir (Szeszko, MacMillan, McMeniman, Chen, Baribault, Lim ve ark., 2004; Yoo, Jang, Shin, Kim, Park, Moon ve ark., 2007).

Tüm bu karmaşık açıklamalardan çıkartılacak en önemli ders, OKB'de önemli olduğu düşünülen serotonin ve diğer nörotransmiterlerin düzeyi ile beyin devrelerindeki normal dışılıkların kısmi olarak da olsa genetik mirasın sonucu olduğudur. Bu genetik zeminde, serotonin açıklamalarıyla beyin devreleri ile ilgili açıklamalar da birbirleriyle yakından ilişkili kabul edilmektedir.

Serotoninin diğer başka nörotransmitterle birlikte bahsi geçen beyin yapılarının ve devrelerinin normal dışı çalışmasında önemli roller aldığı düşünülmektedir.

Öte yandan, OKB alanında kapsamlı nöropsikolojik değerlendirmeler yapılmıştır. Yürütücü işlevler, görsel-uzamsal beceriler, dikkat, sözel ve sözel olmayan bellek gibi bilişsel işlevlerin büyük bir çoğunluğu incelenmiştir. Örnek verilecek olursa, OKB'de seçici dikkat (Cohen, Lachenmeyer ve Springer, 2003) ve bilişsel esneklik (Chamberlain, Fineberg, Blackwell, Robbins ve Sahakian, 2006) işlevlerinde bozulma olduğu bildirilmiştir. Bellek alanı incelendiğinde, OKB hastalarının belleklerine güvenlerinin az olduğu fakat bu güvensizliğin bellek performans başarısından bağımsız olduğu tespit edilmiştir. OKB hastaları bir bilgiyi hatırlama hissini yeterli bulmazlar ya da bellekleri konusunda kendilerine gerçekçi olmayan standartlar koyarlar (McNally ve Kohlberg, 1993; Woods, Vevea, Chambless ve Bayen, 2002). Az önce bahsedilen filtreleme bağlamında ise yanıt inhibisyonu alanında bozulma olduğu tespit edilmiştir (Penades, Catalan, Rubia, Andres, Salamero ve Gasto, 2007). Yanıt inhibisyonu olarak tanımlanan nörobilişsel fonksiyon özel olarak OKB ile yakından ilişkili olarak değerlendirilmektedir. Farkında olunmadan ortaya çıkan ancak uygun olmadığı düşünülen uyaranların baskılanabilmesine yönelik bir beceri olarak tanımlanmaktadır (Verbruggen & Logan, 2008).

Nihayetinde, tüm bu bilgiler birlikte değerlendirildiğinde, yürütücü işlevlerdeki bozulmanın diğer alanlardaki bozulmaya kıyasla daha öncelikli olduğu ve bu alandaki bozulmanın görsel-uzamsal ve bellek alanlarındaki bozulmayı da açıkladığı düşünülmüştür (Kuelz, Hohagen ve Voderholzer, 2004). Bu araştırmalardan ve çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre bahsi geçen filtrelemenin yapılamayışı, karar vermedeki zorluklar, bir davranışın desenini değiştirebilme yetisindeki azalma gibi faktörlerin OKB'yi anlamak konusunda yardımcı olduğu düşünülmüştür.

Psikolojik açıklamalar

Davranışçı kuramdan gelen açıklamalar

Mowrer'ın (1947, aktaran: Rachman, 1998) geliştirdiği iki faktör kuramı OKB'yi açıklamak için elverişlidir. Bu kurama göre ilk aşamada klasik koşullanma gerçekleşir. Burada başlangıçta nötr olan uyaran (ör., Ceyhan Hanım'ın evindeki kanepe) korku/kaygı tepkisi oluşturacak şekilde koşullu uyarana dönüşür. İkinci aşamada ise kişi edimsel koşullanma ile oluşan korkuyu/kaygıyı azaltmak ya da korkudan kaçınmak için birtakım davranışlar geliştirir. Obsesyonlar (ör., "Acaba halının üstünde fare pisliği var mıdır?" düşüncesi) kaygıya koşullanmış uyaranlardır. Kompulsiyonlar ise (ör., hastanın çamaşır makinesini tekrar tekrar silmesi) kaygıyı nötralize etmek için geliştirilen davranışlardır. Bu davranışlar olumsuz pekiştirme mekanizmasıyla kaygıyı azaltırlar. Ancak pekiştiği için bu davranışın sıklığı ve miktarı artmış olur. Kişi bu yolla artmış obsesyonları zihninden uzaklaştırmaya çalışır. Bu durum da obsesyonların daha sık şekilde kişinin aklına gelmesine ve korku/kaygı koşullanmasının sürmesine yol açar. Nihayetinde, obsesyonlar bu açıdan bir tehdit, kompulsiyonlar ise bu tehdide karşı alınmış bir tedbir olarak kavramsallaştırılabilir (Sayılgan, 1998).

Bu öğrenme prensiplerine dayalı olarak geliştirilen maruz bırakma ve tepkiyi önleme (MBTÖ) tedavisi (exposure and response prevention), OKB için yapılandırılmış ve nasıl kullanılacağı düzenlenmiş bir psikoterapi türüdür. Bu tedavi yaklaşımında bilindiği gibi hasta obsesyonlar ve eşlik eden kaygı ve rahatsızlık hissi oluşturan uyaranlara maruz bırakılır (ör., tedavisi klinikte devam

ederken izinli olarak evine gitmesi ve kanepelerin birisine oturması) ve hastadan kompulsiyonları ve kaçınma davranışlarını durdurması (ör., kanepeleri silmemesi) istenir (Blakey, Abramowitz, Leonard ve Reimann, 2019). Hiyerarşik bir sıra içinde daha tahammül edilebilir bir kaygı seviyesinden başlayarak hastadan bu uyaranlara maruz kalması beklenir. Hasta ne kadar bu basamaklı yapı içinde yol kat ederse o denli tedaviden fayda görmüş olur (Wheaton, Galfalvy, Steinman, Wall, Foa ve Simpson, 2016). Tipik olarak 12 ila 16 seans arasında hafta bir olacak şekilde düzenlenen görüşmelerden oluşan tedavi seyrinde (Abramowitz, Blakey, Reuman ve Buchholz, 2018) terapistin başlıca görevi bu yolda hastaya uygun şekilde refakat edebilmektir. MBTÖ tedavisindeki önemli nokta, hastanın kaygısında belirgin bir azalma olana kadar tedavi prensiplerine uymaya devam edilmesidir. Hem görüşme sırasında hem de görüşmeler arasındaki zaman diliminde aynı işleme tekrar tekrar devam edilir. Terapist, MBTÖ tedavisi sırasında hastası için modelleme yapabilir (Clark, 2004). Bu noktada Ceyhan Hanım'ın ve terapistinin MBTÖ kapsamında nasıl çalıştıkları vaka parçasından takip edilebilir (bk. Vaka Örneği 1).

Bu noktada büyük resmi tamamlamak adına OKB'nin kaygı/korku merkezli açıklanmasının yanında OKB'nin diğer duygularla (ör.; tiksinme, suçluluk gibi) irtibatı üzerinde de durulmuştur. Korku ile tiksinmenin MBTÖ tedavisi sırasındaki gidişatına bakan çalışmalar, bu iki duygunun maruz bırakma tedavisi karşısında farklı şekillerde davranabildiğini bulmuşlardır. Korku tepkisi hızla azalırken tiksinme tepkisinde belirgin ve anlamlı bir azalma kaydedilmemiştir. Kirlenme ile ilgili OK belirtilerde bu iki duygunun farklı katkılarının olmasının yanında tedavi sırasında da bu iki duygunun farklı davrandığı dikkati çekmiştir (ör., Olatunji, Wolitzky-Taylor, Willems, Lohr ve Armstrong, 2009). Hatta tiksinmenin sadece temas ile ilgili olmadığı, zihinsel kirlenme ile de irtibatlı olabileceği düşünülmektedir (Poli, Melli ve Radomsky, 2019).

Bilişsel kuramdan gelen açıklamalar

OKB'si olan kişinin durumu fili kovan adamın hikâyesine benzetilebilir. Bu hikâye şöyledir: Bir adam bir şehir meydanında garip hareketler yapıyormuş. Etrafına insanlar toplanmaya başlamış. Toplanan kalabalıktan birisi dayanamayıp sormuş "Ne yapıyorsun?" Adam da cevap vermiş: "Filleri kovuyorum." Kalabalık durumu anlayamamış. "Etrafta hiç fil yok ki" diye atılmış kalabalıktan bir diğeri. Filleri kovan adam da sakince yanıtlamış: "Kovuyorum da ondan." (Wells, 1997). Tarihsel perspektif içinde, bilişsel devrimin etkisiyle gelişen bilişsel kuram OKB'yi de anlamak ve kavramak için genişletilmiştir. Bilişsel model, temel olarak olayların yorumlanış ve değerlendirme biçimini ön plana çıkartmaktadır (ör., Beck, 1991). Bu açıdan OKB özelinde psikolojik rahatsızlığın oluşmasında ve sürmesinde ısrarcı ve istem dışı düşünceler/dürtüler/zihinsel imgelerin yorumlanma biçimi belirleyici kabul edilir (ör., Clark, 2004; Salkovskis, 1985).

Bilişsel kuramcılara göre şu varsayım önceliklidir. Herkes tekrarlayıcı, istenmeyen ve girici kabul edilen düşünceleri tecrübe eder (Rachman ve de Silva, 1978). Örneğin, herkesin aklına ocağı açık unuttuğuna dair düşünceler gelebilir ancak birçok kişi kolaylıkla onları görmezden gelebilir ya da bu düşüncelerin farkına bile varmayabilir. Obsesyonların oluşma sürecinde önemli bir faktör kişilerin bu düşüncelerinden dolayı kendilerini suçlamaları ve bir biçimde çok kötü şeyler yaşayacaklarını varsaymalarıdır (Salkovskis, 1985). Bu varsayılan olumsuz sonuçlarla karşılaşmamak için de bu düşünceleri nötr hâle getirmeye çalışmaktadırlar. Bu nötrleştirme çabası çeşitli düşünme biçimlerini ve davranışları kapsamaktadır (Salkovskis, Thorpe, Wahl, Wroe ve Forrester, 2003). Nötralizasyon iradi ve çaba gerektiren bilişsel ve davranışsal eylemleri kap-

sar. Obsesyonu ya da obsesyona ilişkin oluşan rahatsızlığı ortadan kaldırmayı, önlemeyi ya da bir miktar azaltmayı amaçlar. Genelde beş türdür: Davranışa yansıyan kompulsiyon (el yıkama, ocağı kontrol etme gibi), örtük zihinsel eylemler (belli bir sayıya kadar sayma gibi), başa çıkma stratejileri (bir düşüncenin yerine başka bir şey düşünme gibi), onay arama davranışları ve kaçınma davranışları (O'Connor ve ark., 2012). Ancak nötralizasyonun düşüncelerin tehlikeli ya da zararlı olduğuna yönelik algıyı devam ettirme handikabı vardır (Rachman, 1997). Çünkü, nihayetinde, rahatsızlık hissinin azalması nötrleştirme çabasına bağlanır. Bu noktada fili kovan adam tekrardan hatırlanabilir. Eş zamanlı olarak, kişi nahoş girici düşüncelerinin tehlikeli olduğuna da git gide daha çok inanmaya başlar. Kişiler bu düşüncelerini zihinlerinden uzaklaştırmaya çalıştıkça düşüncelerin sayısı da artar ve bu yolla da bu düşünceler obsesyona dönüşür (Salkovskis ve ark., 2003).

Herkes bu tür istenmeyen düşünceler deneyimlerken neden sadece bazı kişiler OKB geliştirir? Bu önemli soruya yanıt arayan araştırmacılar OKB'li kişilerin çok daha depresif olduklarını bulmuşlardır (Hong, Samuels, Bienvenu, Cannistraro, Grados, Riddle ve ark., 2004). Ayrıca davranış ve ahlakla ilgili standartlarının yüksekliği dikkati çeker (Whitton, Henry ve Grisham, 2014). Buna ek olarak bu kişiler, aşırı bir sorumluluk algılarlar ve düşüncelerinin neredeyse o düşünceleri gerçekleştirmeyle eş değer olduklarını varsayarlar. Ayrıca bu düşüncelerinin zarar verme kapasitesinin olduğuna inanırlar (Steketee, Frost, Bhar, Bouvard, Clamari, Carmin ve ark., 2003). Bu bağlamda, obsesyonların gelişim süreciyle ilgili bir terim tanımlanmıştır: düşünce-eylem kaynaşması (DEK) (though-action fusion). DEK, genel olarak düşüncelerin önemini ve sonuçlarını kıymetinden fazla değerlendirme eğilimi olarak tanımlanmıştır (Rachman, Shafran, Mitchell, Trant ve Teachman, 1996). DEK ile ilgili inançların girici düşüncelerden obsesyonlara geçiş sürecinde özel olarak etkili olduğu düşünülmektedir (Shafran, Thordarson ve Rachman, 1996). DEK, iki şekilde tanımlanmaktadır. Bunlardan birinde DEK kişinin girici düşüncesinin dış dünyadaki ilgili olayları doğrudan etkilediğine dair bir inanç olarak (olasılık boyutu), diğerinde ise bu tür girici düşüncelerin zihinde var olmasıyla, o düşüncelerin içindeki yasaklanmış eylemi gerçekleştirmenin ahlaki olarak denk olacağına dair inanç olarak (ahlak boyutu) tanımlanmaktadır (Rachman ve Shafran, 1999). Ayrıca OKB gelişen kişiler genelde tüm düşüncelerinin ve davranışlarının üzerinde tam bir kontrol sergilemeleri gerektiğini düşünürler (Gelfand ve Radomsky, 2013).

Bu bilişsel unsurlara daha yakından bakıldığında OKB'nin bilişsel modellerinin hepsinde bu istenmeyen ve rahatsız edici olan düşünce, imaj ve dürtülerin hatalı yorumlanması vardır (ör., Clark, 2004; Salkovskis, 2007; Rachman,1997). Bu hatalı değerlendirmeleri özgül olarak incelersek Salkovskis (1985, 1989), kendi kuramında OKB hastalarının kendisine ya da başkalarına gelebilecek zarardan aşırı sorumlu olduklarına dair inançlarını daha temel bir yere oturtmuştur. Rachman'a (2003) göre tekrarlayıcı düşünce, imge ya da dürtüler felaketleştirici şekilde yorumlanır ve ona göre OKB'nin oluşmasında ve sürmesinde bu yorum tipi rol oynar. Obsesif Kompulsif Bilişler Çalışma Grubu (OKBÇG) bir dizi işlevsel olmayan inanç tanımlamıştır. Bunlar abartılmış düzeyde sorumluluk alma, düşüncelere aşırı önem verme (düşünce-eylem kaynaşması), düşüncelerin kontrol edilmesi gerektiğine dair inanç, abartılı tehdit algısı, mükemmeliyetçilik ve belirsizliğe gösterilen tahammülsüzlüktür (OKBÇG, 1997). Özetlenirse, BDT'nin obsesyonların oluşumunda varsaydığı hatalı değerlendirmeler gereklidir ancak tek başına yeterli değildir. Nötralizasyonla ilgili davranışlar, kompülsiyonlar veya diğer seçilen stratejiler bu süreçte çok önemlidir.

Bilişsel terapistler, bu perspektifle öncelikle istenmeyen düşünceyle ilgili yanlış değerlendirmelerin ve nötralize etme çabalarının belirtileri nasıl oluşturduğunu ve bunları nasıl devam ettirdiğini hastalarına açıklamakla işe başlarlar. Sonra da hastalarına yanlı ve çarpık bilişsel düşünsel süreçlerini tanıma, sorgulama ve değiştirmelerine rehberlik ederler. Bu tür bilişsel davranışçı müdahalelerle hastalar düşüncelerini mutlak olarak değerlendirmek yerine, düşüncelerine geçerliliği sorgulanabilir bilişsel materyal olarak bakmaya başlarlar.

Tedavi Yaklaşımları

Bu bölümde OKB'nin tedavisinde etkin olduğu düşünülen tedavi yaklaşımları, daha çok psikolojik tedavilere odaklanarak anlatılacaktır. Sonrasında bu tedavilerin kısıtlılıkları ve alternatif ya da tamamlayıcı nitelikteki tedavi ihtimallerinin genel bir özeti verilecektir. Buradaki bilgiler vaka örneklerindeki kimi durumlarla da birlikte takip edebilir.

Öncelikli olarak, araştırmaların yöntemleri genel olarak değerlendirildiğinde, ister bireysel uygulansın isterse de grup şeklinde uygulansın BDT ile ilaç tedavisini karşılaştıran ve belirli hükümler çıkartan bazı çalışmalar kimi yönlerden bazı kısıtlılıklar içermektedir. Tedavinin bitiminden sonraki dönemi kapsayan değerlendirmeler için seçilen genelde 12 haftalık süre özellikle ilaç tedavisi için dezavantajlı bir durum oluşturmaktadır. Çünkü bu süre ilaç tedavisinin etkinliğine yönelik fikir vermesi için yeterli bir süre olarak görülmemektedir (Schruers, 2007). Bu açıdan tedavilerin etkili/etkin olduklarına yönelik çalışmalar bu ve benzeri yöntemsel kusurlar içerebilmektedir.

Bu yöntemsel konu bir kenara bırakıldığında, OKB'nin tedavisi için en çok başvurulan tedavi seçeneği bilişsel davranışçı terapi (BDT), farmakolojik tedaviler [seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGİ'ler)] ya da her ikisinin birlikte kullanıldığı tedavi seçeneği olduğu görülmektedir (Fals-Stewart ve Lucente 1994; Soomro, Altman, Rajagopal ve Oakley Browne, 2008; Nanjundaswamy, Arumugham, Narayanaswamy ve Reddy, 2020; Sijercic, Whitfield, Cassin ve Antony, 2020). Nihayetinde, psikolojik tedavilere odaklanıldığında, içinde MBTÖ tedavisinin de bulunduğu BDT'nin OKB için ilk sıra tedavi seçeneklerinden olduğu konusunda yeterli kanıtın mevcut olduğu görülmektedir (ör., Olatunji, Davis, Powers ve Smits, 2013). Ancak tüm bu ve benzeri olumlu araştırma sonuçları ile ilgili bazı soru işaretleri mevcuttur. Öncelikle, her ne kadar BDT ve SSGİ'leri OKB'yi etkin şekilde tedavi ediyor olsalar da (Abramowitz, 1997; Öst, Havnen, Hansen ve Kvale, 2015) ve ilk sıra tedavi seçenekleri arasında yer alsalar da BDT için %20 ila %40 (Foa ve ark., 2005), SSGİ'ler için ise %40 ila %60 oranlarında (Pallanti ve ark., 2002) tedavilerin etkili olamadıkları bildirilmiştir. Yine Ceyhan Hanım'ın tedaviden elde ettiğini düşündüğü fayda hatırlanabilir. Aynı zamanda, araştırmalar MBTÖ tedavisi özelinde başka önemli kısıtlılıklardan da bahseder. Çok az kişinin belirtilerinden tümüyle kurtulması, nerdeyse hastaların üçte birlik bir kısmının hiç iyileşememesi gibi bulgular cesaret kırıcıdır (Frost ve Steketee, 2001). Dahası, hastaların %25 ile 30'unun maruz bırakma tedavisini reddettiği, hastaların %28'inin tedaviyi sürdüremediği bilinmektedir (Emmelkamp ve Foa, 1983, Kozak, Liebowitz ve Foa, 2000, akt. Thiel ve ark., 2016). Tedavi arayışında olan ve yeterli düzeyde tedavi alan OKB hastalarının %59'unda hastalık belirtilerinin tekrardan ortaya çıktığı ifade edilmektedir (Eisen, Sibrava, Boisseau, Mancebo, Stout, Pinto ve ark., 2013, aktaran: Thiel ve ark. 2016). Bir başka önemli kısıtlılık, maruz bırakma

pratiğinin ne zaman uygulanacağına dair bilgilerin kılavuzlarda yer almasına rağmen, nasıl uygulanacağına dair çok az rehberliğin mevcut olması ile ilgilidir. Klinisyenin tedaviye nasıl başlayacağı, tedaviyi nasıl devam ettireceği ve nasıl sonlandıracağına yönelik kapsamlı bilgilerin olmamasından dolayı pratik ve uygulama arasında kalan geniş alan BDT'nin uygulanmasındaki çeşitliliğe ve farklılığa da yol açmaktadır (Polman, Bouman, van Hout, de Jong ve den Boer, 2010). Ayrıca, çalışmalardaki tedavi görüşmeleri çok katı bir şekilde düzenlenmiştir ve araştırmalar da bu görüşmelerin etkin olup olmadığını değerlendirmişlerdir. Ancak bu verilerin doğal klinik ortama genellemesinin nasıl olabileceği konusunda kimi soru işaretleri vardır (Otte, 2011). Hâlihazırda OKB hastalarının çok azının kanıta dayalı bir tedavi aldıkları bilgisi de dikkati çekmiştir (Torres ve ark., 2007). Kısıtlayıcı durumlardan bir diğeri de OKB hastalarının belirtilerinden dolayı utanmaları, psikolojik muayenede sorulmadığında belirtilerini anlatmamaları, en yakınlarına bile belirtilerini anlatmadaki zorlanmalarıdır (Kıran 2004, akt., Besiroglu ve Ağargün, 2006; Jorm, 2000). En çok utanç ve damgalanma hissi oluşturan OKB belirtileri ise cinsel, dini ve şiddet içerikli düşüncelerdir (Besiroglu ve Ağargün, 2006; Weingarden ve Renshaw, 2015). Utanç ve damgalanma etmeni OKİB çatısı altındaki diğer psikolojik rahatsızlıklarda da karşımıza tedavinin önünde bir bariyer olarak çıkar (Weingarden ve Renshaw, 2015). Bu minvalde, OKB hastalarının tedaviye başvurmalarının ve dolayısıyla da yardım arayışlarının gecikmesi sık rastlanan bir durumdur. Örneğin, ilk belirtinin başlangıcından ilk tedavinin başlangıcına kadar uzun yıllar geçebilmektedir (Bölüm başındaki vaka örneğinde bu zaman dilimi beş yıldı.). Bu sürenin sekiz yıla kadar uzayabildiği bildirilmiştir (Altamura, Buoli, Albano, & Dell'Osso, 2010). Öte yandan, ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre, OKB hastaların %33'ünde ilk başvuru hoca, cinci ya da üfürükçü olarak tanımlanan kişileredir (Kıran, 2004, aktaran: Besiroglu ve Ağargün, 2006). Ayrıca, pratisyen hekimler ve ruh sağlığı çalışanlarının büyük çoğunluğu OKB'yi tanıyamamaktadırlar (Millar ve Tallis, 1999; Glazier, Calixte, Rothschild ve Pinto, 2013). Bu ve benzer sebeplerle tedavi başlanmadığında ve uygun şekilde sürdürülmediğinde OKB'nin kronik bir seyir alıyor olması da önemli bir bulgudur. Benzer şekilde, OKB alanında tedaviye yanıtı klinik bakımdan en iyi tahmin eden değişkeninin hastalık süresi olduğu tespit edilmiştir (Jakubovski, Diniz, Valerio, Fossaluza, Belotto-Silva, Gorenstein ve ark., 2013).

OKB tedavisinin ne kadar yol kat ettiğini incelemek maksadıyla tedavinin tarihçesine kısaca değinilebilir. Çok eski yazılı metinlerde bile izine rastlanan bir psikolojik rahatsızlık olan OKB, 1960'lardan önce tümüyle tedaviye dirençli bir psikolojik rahatsızlık olarak anlaşılırdı (ör., Abramowitz, Blakey, Reuman ve Buchholz, 2018). Bu açıdan yaklaşık 50 yılda alınan yol hayli ümit vericidir. Bu bağlam içinde klinisyenler ve araştırmacılar MBTÖ tedavisini kavramsal ve pratik açılardan geliştirmek ve güçlendirmek için yollar aramaya başlamışlardır. Öncelikle hastaların tedaviyi daha kolay kabul edebilmeleri, tedavide daha uzun süre kalabilmeleri ve tedaviye olan istek düzeylerini arttırmaya vurgu yapmaya çalışmışlardır. Bu anlamda Bilişsel Davranışçı Grup Tedavisinin (Belotto-Silva ve ark., 2012) ve şema terapinin (Thiel ve ark., 2016) tedaviye katılım motivasyonu ile ilgili olumlu katkılar yaptığı tespit edilmiştir. Aynı amaca yönelik bir başka güçlendirme çabası, bilinçli farkındalık ve kabul kavramlarının daha ön planda olduğu farkındalık temelinde uygulanan bilişsel terapiden gelmektedir. Bu tedavi modalitesinin etkili olduğuna ilişkin umut verici veriler mevcuttur (ör., Gasnier, Pelissolo, Bondolfi, Pelissolo, Bellofiore, Mallet ve ark., 2016; Cludius ve ark., 2020).

YAKIN BAKIŞ 1

Dünyayı hızla saran COVID-19 virüs salgını haberiyle birlikte, insanların yeme içme, eğlenme, ölüm ve doğum merasimleri gibi pek çok gündelik yaşam pratikleri hızlı bir şekilde başkalaşmıştır. Bunlara elbette ruh sağlığı ile ilgili kavramlar da dâhildir. Bu bağlamda, koronavirüs tanısı konmuş ve hayatta kalmış kişiler, yaşlı nüfus, sağlık çalışanları ve daha önce psikolojik rahatsızlık tanısı konmuş kişiler gibi risk grubunda yer aldığı düşünülen kişiler ve genel nüfus üzerinde salgın haberinin etkisi ile ilgili çalışmalar yeni başlamış görünmektedir (Cooke, Eirich, Racine ve Madigan, 2020). Bu çalışmalardan birinde, İngiltere'de 2020 Nisan sonunda yayımlanan bir makaleye göre, psikiyatrik parametrelerin salgın haberi öncesine nazaran kötüleşme eğilimi gösterdiği ifade edilmiş ve buna yönelik gelecekteki ruh sağlığındaki olası olumsuz etkiyi önlemek maksadıyla siyasa üretmenin gerekliliği vurgulanmıştır (Pierce ve ark., 2020). Her ne kadar virüs salgınıyla ilgili haberlerin çoğunluğu karamsar ve ürkütücü bir içerik taşıyor olsa da, kimi görüşlere göre koronavirüs sonrası psikolojik dünyamızla ilgili haberlerin hepsi de o kadar kötü değildir. Bu bakımdan genel nüfusun büyük çoğunluğunun psikolojik bakımdan dayanıklı ve sağlam olduğu düşünülmektedir. Genel kanaat birçok kişinin bu zorlu süreçten hayata dair yenilenen anlamlar ve amaçlar ile çıkacağı yönündedir (Taylor ve Asmundson, 2020).

Koronavirüs sonrası ruh sağlığı bağlamında pek çok kavram ve uygulama ruh sağlığı profesyonellerinin gündeminde daha çok yer bulmaya başlamıştır (Cooke, Eirich, Racine ve Madigan, 2020). Örneğin, koronavirüs ile ilgili tedbirler kapsamında çevrimiçi psikoloji uygulamalarında bir artış görülmesiyle birlikte ülkemizde de "Çevrimiçi Psikolojik Müdahale ve Uygulamalar için Telepsikoloji Kılavuzu" ismi ile bir telepsikoloji kılavuzu hazırlanmıştır (Yorulmaz, Derin, Göcek Yorulmaz, Gültekin ve Baş, 2020). Koronavirüs sonrası dönemde, OKB ve istifleme bozukluğu başta olmak üzere OKİB çatısı altındaki psikolojik rahatsızlıkların da bu yeni gelişen durumdan etkileneceği beklenmektedir. Örneğin, bu rahatsızlık grubunun belirtilerin şiddetlenmesi, özellikle OKB olgularının artması, tanı ve tedavi uygulamalarının değişmesi, tanı koymakta gecikmelerin yaşanması gibi bakımlardan etkilenebileceği düşünülmektedir (ör., Krompinger, Kuckertz, Schreck, Nota, Van Kirk ve Falkenstein, 2020; Banerjee, 2020; Storcha, Schneidera, Guzicka, McKayb ve Goodman, 2020). Bu bağlamda, klinisyenler için tanı koyabilmek ve özellike MBTÖ tedavisinde OKB'ye yönelik bir güncel klavuz geliştirilmiştir (Fineberg ve ark., 2020).

Ek olarak, kabul ve kararlılık terapisi uygulamalarından (ör., Twohig ve ark., 2010; Ong ve ark., 2020) da benzer veriler gelmektedir ve çalışmalar kabul ve kararlık terapisi uygulamalarının ve tedavi görüşünün OKB tedavisi için önemli bir *yardımcı* olarak görmektedirler. Bu tedavi şekillerinin OKB'li hastaların düşüncelerini, duygularını, beden duyumlarını kabul etmelerini kolaylaştırdığı, dürtülerini de daha çabuk fark etmelerini sağlayabildiği düşünülmektedir (Fairfax, 2008). Bu tedaviler, kişilerde düşünceleri izleyip müdahale etmeme ka-

pasitesini arttırdığı için MBTÖ tedavisindeki maruz bırakma bileşeninin uygulanmasını da kolaylaştırabileceği öngörülmüştür. Nihayetinde, bu tür tedavilerin OKB belirtilerini azaltmak ve işlevselliği arttırmakta etkili olduğuna yönelik veriler mevcuttur. Yöntem farklılıkları bulunsa da bu yeni gelişen alanda her veri şimdilik ön kanıt düzeyinde değerlendirilebilecek veri grubundadır ve bu alanda seçkisiz kontrollü çalışmalara mutlaka ihtiyaç vardır. Grup şeklinde uygulanan bu alternatif ya da tamamlayıcı tedavilerin kişilerin yaşadıkları utancın çözülmesine ve damgalanma endişesine de iyi geldiği bildirilmektedir. Ötesinde grup formatında uygulanan tedavilerin genel olarak maliyeti de düşürmesi ve terapistlere zaman kazandırması da önemli bir avantaj kabul edilmektedir.

OKB alanındaki bir başka güçlük de uygun şekilde yetişmiş tedavi personelinin yeteri kadar ulaşılabilir olmaması ve dolayısıyla tedavi imkanlarının yaygınlaştırılamaması ile ilgilidir (Abramowitz ve ark., 2018). Bu bağlamda; interneti, akıllı telefon uygulamalarını denemek tedaviyi yaygınlaştırma yolları olarak düşünülmektedir (Gershkovich ve ark., 2020). Bu bağlamda, kendine yardım modüllerinin ve bir online terapistin olduğu internet üzerinden yürütülen BDT programının OKB'de etkili olup olmadığı araştırılmış ve kontrol grubuyla karşılaştırıldığında yüksek etki büyüklükleri bulunmuştur (ör., Andersson ve ark., 2012). Bu zor psikolojik rahatsızlık karşısında tedaviyi güçlendirmenin bir başka yolu da aile üyelerini tedaviye daha aktif olarak katmaktır. OKB belirtileri genellikle ev ortamında gerçekleştiği için sıklıkla hasta yakınları belirtilere dâhil olur (Black, Gaffney, Schlosser ve Gabel, 1998). Hasta yakınları günlük aktivitelerini tümüyle değiştirmek suretiyle hastalığın belirtilerine uyum sağlamak zorunda kalabilirler (vaka örneğinde aile bireyleri bu noktada hatırlanabilir). Ailenin OKB'ye uyumunun en sık örnekleri arasında güven vererek hastayı yatıştırmak ve ritüellere katılmak ya da ritüeli tamamlaması için hastayı beklemek vardır (Peris ve ark., 2008). Ritüeller sürdüğü için hasta korktuğu durumla karşılaşamaz. Kaçınma davranışları pekişmiş olur. Aileyi (Amir, Freshman ve Foa, 2000) ve özellikle hastanın eşini (Abramowitz ve ark., 2013) tedaviye katan müdahalelerin ümit verici olduğu düşünülmüştür (Abramowitz ve ark., 2013; Belus, Baucom ve Abramowitz, 2014).

OKB'de Kültüre Özgü Ögeler

OKB alanında ülkemizdeki gelişmeler incelendiğinde, son yıllarda OKB alanında klinik ve normal örneklemlerde birçok güncel araştırma yapıldığı görülebilir. Bu bakımdan yurt dışındaki literatür çok yakında takip edilmektedir. Bu çalışmalarla birçok konu ve tema ile ilgili olarak ölçekler de dilimize uyarlanmıştır. Öte yandan, bu alanda evrensel literatürü takip etmek bakımından deneysel nitelikli çalışmalara da rastlanmaktadır. Tüm bu araştırmalardan elde edilen veriler son dönem bilişsel modellerin OKB açısından ülkemizde de geçerli olduğuna işaret etmiştir (Yorulmaz, Yılmaz ve Gençöz, 2004; Yorulmaz, Altın ve Karanci, 2008; Yorulmaz, Gençöz ve Woody, 2009).

Diğer taraftan, OKB'de kültürler arası farklılıklara vurgu yapan kimi çalışmalar da mevcuttur. Örneğin, Batılı ülkelerde düşünce eylem kaynaşmasının olasılık boyutunun daha yaygın ve görünür olduğu bilinmektedir. Ancak Türkiye ve İtalya gibi ülkelerde düşünce eylem kaynaşmasının ahlak boyutu (ör., "Bir başkasıyla ilgili müstehcen şeyler düşünmem neredeyse bu şekilde davranmam kadar kötüdür." diye düşünmek) toplumda normal olarak algılandığı için

diğer Batılı kültürlerle kıyaslandığında daha belirgin olduğu tespit edilmiştir (Sica, Novaro ve Sanavio, 2002; Yorulmaz ve ark., 2004; Piri ve Kabakçı, 2007; Aydın ve ark., 2012). Dinler arası ve mezhepler arası kimi farklar da dikkati çekmektedir. Örneğin, Müslüman OKB hastalarının daha çok temizleme törenlerinden, Yahudi OKB hastalarının daha çok yeme ile ilgili sınırlamalardan ve Hristiyan OKB hastalarının da günah çıkarma davranışından yakındıkları tespit edilmiştir (Greenberg ve Witztum, 2001). Kültürlerarası farklara odaklanan başka çalışmalar Türk katılımcıların İngiliz katılımcılara kıyasla endişeyi daha kontrol edilemez olarak gördükleri ve tehlikeli olduğuna inandıklarını bulmuştur. Ayrıca bu çalışmanın bulgularına göre Türkler İngilizlere kıyasla düşüncelerini kontrol etmeye de daha çok ihtiyaç duymuşlardır (Yılmaz ve Gençöz, 2009). Bu çalışmalar kültüre özgü şekilde uygulanabilecek tedavi uygulamalarını üretme umudunu taşıyan çalışmalardır.

OKB'de kültüre özgü ya da duyarlı konulara değinildiğinde dini obsesyonlar alanı ele alınabilecek alanlardan birisidir. OKB'nin bir belirti alanını oluşturan dini obsesyonlar kişinin Yaratıcıya bütünüyle inanıp inanmadığı, günahkâr olup olmadığı, ibadetinin yeterince iyi olup olmadığıyla ilgili kişi için önemli alanlarda yoğun şüphelerle tanımlı bir belirti grubudur (Inozu, Clark ve Karanci, 2012). Bu belirti grubunun başka bir görünümü de ibadet sırasında ortaya çıkan günahkâr düşüncelerin, Allah'a küfür etmenin, (Kutsal değerlere karşı hakaret ve küfür içerikli düşünce ve imajları da buraya dâhil edebiliriz.) kutsal figürlere yönelik cinsel içerikli bilişsel materyalin zihinde ortaya çıkmasıyla tanımlıdır. Bu tür obsesyonların oluşturduğu rahatsızlığı bertaraf etmek için dua etme, dini içerikli bazı metinleri tekrarlama, tövbe etme, din görevlilerinden/dini figürlerden günahkâr olmadıklarına dair güvence arama gibi ritüeller bu fenomene eşlik etmektedir. Ayrıca, bu kişilerin ahlaki kuralları çiğneme ve yeterince inançlı olmamak gibi konularda hassasiyet seviyelerinin yüksek olduğu düşünülmektedir (Abramowitz ve Jacoby, 2014). Başka bir belirleyici nitelik de bu kişilerin bu bahsedilen dürtülerin oluşturduğu kaygı ve suçluluk gibi duygulardan dolayı inançlarını gereği gibi yaşayamamaktan yakınmalarıdır (Abramowitz, Deacon, Woods ve Tolin, 2004; Tek ve Ulug, 2001).

Dini obsesyonların Batılı kültürlerde OKB tanısı olan kişilerle yapılan bazı çalışmalarda yaygın görüldüğü belirtilmiştir (Mataix-Cols, Marks, Greist, Kobak ve Baer, 2002). Dini obsesyon sıklığı Türkiye'nin Batı bölgelerinde %11 iken, Doğu bölgelerinde ise %34 oranında tespit edilmiştir (Tek ve Uluğ, 2001). Obsesif kompulsif belirtilerin sıklığı genel olarak kültürler arasında benzerlik gösterse de obsesyonlardaki dini konular Batı kültürleri, Hindistan ve Uzak Doğu'daki örneklemlerle kıyaslandığında, Orta Doğu'daki Müslüman ve Musevi örneklemlerde daha belirgindir (Besiroglu, Karaca ve Keskin, 2014). Ülkemizde yapılan çalışmalarda dini obsesyonlardaki artış OKB belirtilerindeki artışla pozitif ilişkili bulunmuştur (Inozu ve ark., 2012). Benzer şekilde, obsesif inanç alanlarındaki inanç şiddeti arttıkça dini obsesyon şiddetinin de arttığı tespit edilmiştir (Besiroglu ve ark., 2014). Öte yandan din, OKB'ye sebep olan bir etken olmaktan ziyade bozukluğun kendisini ifade ettiği bir alan olarak düşünülmüştür (Tek ve Uluğ, 2001). Dindar olmanın, dini obsesyonun sebebi olduğuna dair bir bulguya rastlanmamıştır (Purdon ve Clark, 2005).

Tedavisiyle ilgili, dini obsesyonları olan kişilerin standart OKB tedavisine karşı daha dirençli olduğu tespit edilmiştir (Eğrilmez, Gülsere, Gülseren ve ark., 1997; Ferrao, Shavitt, Bedin, Mathis, Lopes, Fontenelle ve ark., 2006). Bu alanda çalışılırken kendine has güçlükler klinisyenleri beklemektedir. Örneğin, dini obsesyonda rutin MBTÖ tedavisinin nasıl uygulanacağı müphem kalmıştır. "En büyük korku, günaha girmek olduğunda nasıl yol alınacaktır?", "Bir din görevlisi

tedavi sürecine dâhil edilecek midir?", "Normal dini düşünceler ile dinsel obsesyonlar arasındaki ayrım nasıl yapılacaktır?" gibi sorular araştırmacıları ve klinisyenleri zorlamaktadır (Huppert ve Siev, 2010). Dini obsesyonla çalışıldığında en büyük güçlüklerden birisi de kişinin günahkâr olduğuna inanmasıdır. Kişinin korktuğu olası sonuçların ölümden sonra yaşanılacağına inanmasından dolayı bu inanç test edilemez hâle gelmektedir. Bu açıdan alanyazında kimi din görevlilerini ve Kitab-ı Mukaddes'ten bazı pasajları psikoterapi pratiğinin içine katmaya çalışan ve bu yolla dini obsesyon yaşayan kişilere yardımcı olunabileceği ihtimalini tartışan bazı yayınlar dikkat çekicidir (Huppert ve Siev, 2010). Ülkemizde ve ülkemizin bağlı bulunduğu coğrafyada bazı dini öğretilerin ve pratiklerin inananlara kendilerini günahkâr olduklarını düşündürtecek bir doktrin sunabildiği belirtilmektedir. Akıldan hiç kötü bir düşüncenin geçmemesine dair bir kural, bu tip öğretilerin içinde yer alabilir. Yine kimi öğretilerin gusül abdesti almayla ilgili katı yaklaşımları bu coğrafyanın sıkça karşılaştığı pratiklerdendir. Gusül abdesti almak, dinsel obsesyon yaşayan birçok kişinin zorlandığı eylemlerden birisidir. Örneğin, gusül abdestinin tam olarak almak için banyoda saatlerce kalan hastaların varlığı kliniklerde sıkça rastlanan bir durumdur (Besiroglu ve ark., 2014). Bu tür katı öğretilerin, OKB alanındaki düşünce eylem kaynaşması, mükemmeliyetçilik, belirsizliğe tahammülsüzlük gibi birçok kavramı tetikleyebileceği düşünülebilir. Durumu güçleştiren başka bir etmen de dini obsesyonlardan yakınan kişiler yardım aramak konusunda genellikle dini kişilikleri tercih etmeleridir (Besiroglu ve Ağargün, 2006). İlk temas kurulan kişi dini obsesyondan haberdar değilse hastanın kaygısını arttırıcı bir öneride bulunabilmektedir (Huppert & Siev, 2010).

Şimdi de OKİB çatısı altındaki diğer psikolojik rahatsızlıklarla ilgili bilgilere geçilecektir. Bu bölümdeki her bir psikolojik rahatsızlığın DSM-5 tanı kriterlerinin bir özeti aşağıda mevcuttur.

Tablo 1. OKİB İçin DSM-5 Tanı Kriterleri

Obsesif kompulsif bozukluk
1. Obsesyonların, kompulsiyonların ya da her ikisinin birlikte var olması 2. Bu obsesyonların ve kompulsiyonların kişinin zamanını tüketiyor olması 3. İşlevselliğini ciddi ölçüde bozulması
Beden dismorfik bozukluğu
1. Başkaları tarafından gözlenemeyen ya da başkalarının önemsemediği kusur ya da özür ile ilgili belirli düşüncelerle oluşan zihinsel meşguliyet 2. Görünümle ilgili kaygılardan dolayı kişinin tekrar tekrar bazı davranışları yapması (vücudunun bir yerini aynada sık sık kontrol etmek gibi) ya da zihinsel eylemlerde bulunması (görünümünü başkalarıyla kıyaslamak gibi) 3. İşlevselliğini ciddi ölçüde bozulması
İstifleme bozukluğu
1. Gerçek değerinden bağımsız olarak kişinin sahip oldukları ile ilişkisini kesmek konusunda sürekli zorluk yaşama, o eşyaları ya da şeyleri saklama ihtiyacı hissetme ve ruhsal rahatsızlıktan kaçınmak isteği 2. Sahip olunan şeylerin elden çıkarılması ile güçlükten dolayı yaşam alanlarının kullanım amaçlarından uzaklaşması 3. İşlevselliğini ciddi ölçüde bozulması

Trikotilomani (Saç yolma bozukluğu)

1. Kişilerin saç yitimi ile sonuçlanan şekilde saçlarını yolması
2. Direnmelerine rağmen bu davranışın durdurulamaması
3. İşlevselliğini ciddi ölçüde bozulması

Deri yolma bozukluğu

1. Deride lezyon ile sonuçlanan tekrarlayıcı deri yolma davranışı
2. Direnmelerine rağmen bu davranışın durdurulamaması
3. İşlevselliğini ciddi ölçüde bozulması

BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞU

VAKA ÖRNEĞİ 2

Hasta; 26 yaşında, erkek, üniversite mezunu, tek başına yaşıyor.
Şikayetleri: Vücudunun belli bölgelerinin (kol ve bacak) çok zayıf olduğunu düşünüyor. Bu yüzden sosyal ilişkilerinden uzaklaşmış durumda. Olabildiğince bol ve uzun kollu kıyafetler giymeye özen gösteriyor. Yaz mevsiminde ve daha sıcak olan günlerde sosyal ortamlardan uzaklaşıyor. Hiç fotoğraf çektirmek istemiyor. Sosyal medya hesaplarında etiketlenmekten hiç hoşlanmıyor. Bulabildiği her yansıyan yerden (ayna, vitrin, bilgisayar ekranı vb.) kendisinin nasıl göründüğünü kontrol etmek isteği mevcut. Bazı aynalarda kendisini beğenebiliyor. O yüzden sadece o aynalarda kendisini izleyebiliyor. Kaslarındaki algıladığı yetersizliği telafi etmek için yoğun şekilde spor yapma eğiliminde. Kaslarında ağrı hissetmeden spora bırakmıyor. Evinde şehir dışından misafiri olsa bile spora gittiğinde dolayı pişmanlık yaşamakta. Kendi ifadesiyle "bu kadar materyal" bir şeye değer verdiği için kendisini suçluyor.

VAKA ÖRNEĞİ 3

Hasta; 42 yaşında, kadın, üniversite mezunu, çalışıyor, babasıyla yaşıyor.
Şikayetleri: Dudağının bir yanının inceldiğini düşünüyor. Ağzının içinde çıkan bir yaradan sonra ağzının içindeki etin bir kısmını ısırdığını/yediğini, oradaki yara için kullandığı bazı ilaçlarla da dudağının inceldiğini ve ince göründüğünü ifade ediyor. O bölgedeki kası yediğini düşündüğünden birçok doktora muayene olmuş. Doktorların çoğu gerçek bir incelme tespit etmemiş. En sevdiği vücut bölümü olan dudaklarında böyle bir tahribat olmasından dolayı çok üzgün ve hüzünlü. Bunun bir tür ceza olduğunu düşünüyor. Babasından sürekli bir biçimde dudaklarında bir incelme olmadığına dair onay almak isteği belirgin. İş yerinde ve evinde günün büyük bir kısmı aynaya bakıp dudağını kontrol ediyor ve bu kontrol gündelik hayatını sekteye uğratmış durumdadır.

Günümüzde görüntü odaklı toplumlarda yaşayan insanların büyük çoğunluğu düzenli olarak görünümlerini değiştirmeyi düşünmekte ve düşünmekle de kalmayıp görüntülerini değiştirmeye çalışmaktadırlar (Samorodnitzky-Naveh, Geiger ve Levin, 2007). Beden dismorfik bozukluğunda (BDB), OKİB tanısındaki diğer psikolojik rahatsızlıklarda olduğu gibi, en ön planda tekrarlayıcı düşünceler ve davranışlar dikkati çekmektedir. Örneğin, bu tanıyı alan kişiler görünümleriyle ilgili çok fazla zaman harcayabilirler. Vaka örneğinde olduğu gibi sıklıkla ayna ile kendi bedenlerini kontrol etmeye çalışabilirler. BDB tanısı olan kişilerin diğer vücut bölümlerinin yanında özellikle yüz ve burunla ilgili beğenileri çok azdır. Sıklıkla şikâyet edilen alanlar olarak araştırma bulguları; daha çok kırışıklıkları, yüzdeki lekeleri, yüzdeki fazla kıllanan alanları, yine yüzdeki şişikleri/çıban gibi yaraları ya da şekli beğenilmeyen burun, ağız, çene ya kaşı işaret etmektedir (Marques, LeBlanc, Weingarden, Greenberg, Traeger, Keshaviah ve ark., 2011). Kişiler, sürekli olarak çirkin olduklarına dair inançlarını düzeltmeye ve kendilerini aynada inceleyerek, kendilerini başkalarıyla kıyaslayarak akıllarındaki şüpheyle ilgili başkalarından güvence arayarak kendilerini ikna etmeye çalışırlar (Phillips ve Taub, 1995). Bazı kişiler, bu ikna çabasını biraz daha ileri taşırlar. Dermatolojik tedavi ve nihayetinde tatmin edici olmayan cerrahi müdahale seçeneklerine başvururlar (Hollander, Cohen ve Simeon, 1995). Görüntü odaklı dünyamızda son yıllarda yapılan kozmetik girişimlerin sayısı hızla artmaktadır (American Society for Aesthetic & Plastic Surgery, 2010; aktaran: Altıntaş 2015). Kozmetik amaçlı cerrahi işlem yapılan ya da yapılması planlanan durumlardaki BDB sıklığına yönelik ülkemizde yapılan araştırmaların da içinde olduğu araştırmalar BDB'nin sıklığının hayli yüksek olduğunu tespit etmekte ve değerlendirme yapan kişileri bu konuda hassas davranmak konusunda uyarmaktadırlar (Altıntaş, 2015).

Yaygınlığı ve etiyolojisiyle ilgili net veriler elimizde olmamakla birlikte, BDB'nin genetik yatkınlığı olan kişilerde, utangaç ve mükemmeliyetçi ya da kaygılı kişilik özellikleri olan kişilerde gelişebileceği öngörülmüştür (Çelik, Fidan, Evren, Can, Danışmant, Çavaş ve ark., 2011; Veale, Miles, Read, Troglia, Carmona, Florito ve ark., 2015). Belli başlı risk etmenleri arasında sık alay edilmiş olma, fiziksel şiddete maruz kalmış olma, sosyal destekten yoksun kalmış olma, cinsel istismara maruz kalmış olma gibi özellikler sayılabilir (Veale ve ark., 2015).



Şekil 3. Bu psikolojik rahatsızlıkta kişiler, çirkin olduklarına dair derin inançlarını değiştirmek için bitmek bilmeyen çabalar içinde olabilirler.

BDB ile en sık şekilde eş zamanlı görülen ruhsal bozukluklar içinde obsesif kompulsif bozukluk, major depresif bozukluk, madde kullanım bozuklukları ve sosyal kaygı bozuklukları sayılmaktadır (Gunstad ve Phillips, 2003; Phillips, Coles, Menard, Yen, Fay ve Weisberg, 2005). Bu kişilerin büyük çoğunluğu eve bağımlı hâle gelmiştir ve %10'undan fazlası da intihar için risk grubundadır (Allen ve Hollander, 2000; Buhlmann, Glaesmer, Mewes, Fama, Wilhelm, Brähler ve ark., 2010; Phillips, McElroy, Keck, Pope ve Hudson, 1993). Bu rahatsızlıktan muzdarip hastalar, kusurlarını gizlemek için çok uzun çabalar içine girerler, insanların arasına katılmakta/karışmakta çok zorlanırlar ve yaşamları da sıklıkla çokça kısıtlanır (Didie, Kelly ve Phillips, 2010). Bu bakımdan kişinin kendisine gösterdiği şefkat düzeyinin

nobel

beden imajındaki bozulma konusunda koruyucu olduğuna dair görüşler ve çalışmalar dikkati çekmektedir (Turk ve Waller, 2020; Siegel, Huelleman, Hillier ve Campbell, 2020).

BDB'de tercih edilen tedavi yöntemi OKB'yle benzerlik göstermektedir. BDB'nin tedavisi için en çok başvurulan tedavi seçeneği MBTÖ tedavisi/bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve seçici SSGİ'lerin kullanıldığı tedavi seçeneği olduğu ifade edilmektedir (Ipser, Sander ve Stein, 2009).

İSTİFLEME BOZUKLUĞU

VAKA ÖRNEĞİ 4

33 yaşındaki kadın hasta; bekâr, üniversite mezunu ve çalışıyor. Ailesiyle birlikte yaşıyor.
Şikâyeti: Biriktirme takıntıları
Mükemmeliyetçi özellikleri olan hasta, duygusal ilişkiler konusunda güvensiz hissetmektedir. İnsan ilişkilerinde yaşadığı reddedilme ile sosyal ortamlardan kaçınmaya başlamıştır. Hasta içtiği suyun şişesini, çay ve kahve bardaklarını, peçeteleri, meyvelerin çekirdeklerini, yumurta kabuklarını vb. nesneleri atmamaya ve evde, odasında biriktirmeye başlamıştır. Çöpler evde koktuğu için ailesi durumu fark etmiştir. Bundan sonra yeme düzeni değişmiştir. Çöp kokmasın diye hasta atamadığı bu yiyecekleri yemeyi bırakmıştır. Paketli gıdaları tüketmeye başlamıştır. Yiyeceklerin yanı sıra hasta hangi parayı vereceğini bilemediği için para vermesi gereken durumlarda sıkıntı yaşamaya başlamıştır. Atamayacağı için içecek içmemeye çalışmaktadır. Bunların yanı sıra hasta kestiği tırnakları atamayıp biriktirdiği için tırnaklarını yemeye başlamıştır. Vücut tüylerini aldıktan sonra onları atamayıp biriktirmektedir. Saçlarını taradıktan sonra tarakta kalan saçlarını biriktirmeye başlamıştır. Kullandığı ve biten kalemleri atamamaktadır. Alışverişlerin fişlerini (ileride işine yaramayacak olsa bile) ve anısı olduğunu düşündüğü tüm eşyaları biriktirmektedir.

Öncelikle, normal koleksiyon durumuyla aradaki farklardan başlanması klinik tabloyu daha net şekilde vermeye yardımcı olabilir. İstifleme durumu, normal koleksiyondan farklıdır. Koleksiyoncu, nesneleri ilgi duydukları bir alanda biriktirir. İstif eden içinse biriktirilen nesneler tek çeşit değildir (Nordsletten ve Mataix-Cols, 2012). Nihayetinde DSM-5 ile birlikte ve epidemiyolojik, fenomenolojik, nörobiyolojik ve tedavi çalışmalarından elde edilen bulgularla, kompulsif biriktirmenin ayrı bir çatı altında kendi başına OKB belirtilerinden bağımsız bir şekilde sınıflandırılabileceği önerilmiştir (Gentes ve Ruscio, 2011). Bu ilginç klinik fenomene yakından bakıldığında, istifleme bozukluğu olan hastaların %8 ila %12'sinin hayatlarının bir bölümünde yaşadıkları mekânlardan tahliye edildikleri ya da tahliye edilmeyle tehdit edildikleri bilgisi dikkati çekmiştir (Coles, Frost, Heimberg ve Steketee, 2003). Ayrıca, yangına bağlı ölümlerin %6'sının bu bozukluktan olduğu tahmin edilmektedir. Çok ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınan istifleme durumu ağır bir psikolojik rahatsızlık olarak karşımıza çıkar. Yaşanılan yerin yaşam koşullarının olumsuzluğuna bağlı olarak enfeksiyon ve fiziksel hastalık gelişme riski artabilmektedir (Kim, Steketee ve Frost, 2001). Yaşanılan ortam kullanılamaz hâle gelebilir (Mataix-Cols ve Pertusa, 2012); evler, az önce bahsedildiği gibi yangına ya da başka tehlikelere açık hâle gelebilir.

Bu psikolojik rahatsızlığın tanısı çoğunlukla 40'lı yaşlarda belirlenmektedir. Gidişatı genelde kroniktir (Tolin, Meunier, Frost ve Steketee, 2010) ve yaşla birlikte belirtiler daha da şiddetli hâle gelmektedir (Grisham, Frost, Steketee, Kim ve Hood, 2006; Tolin ve ark., 2010). Kompulsif biriktirme davranışı obsesif kompulsif bozukluk, şizofreni ve demans gibi birçok nöropsikolojik rahatsızlıkta da görülebilmektedir (Mathews, 2014) Ancak, dikkatle değerlendirmeyi hak eden istifleme bozukluğunun bir başka yönü de organik bir patolojiden kaynaklı biriktirme davranışının ortaya çıktığı fenomenlerdir. Buradaki fenomenolojik fark atlanmamalıdır (Snowdon, Pertusa ve Mataix-Cols, 2012).



Şekil 4. Yapılan çalışmalar, kişiye özgü tedavi oluşturabilmek için hastaların kişilik özelliklerinin de hesaba katılması önemine vurgu yapmaktadırlar (Dozier, Davidson, Pittman ve Ayers, 2020).

İstifleme davranışıyla travmatik olay yaşama arasında kuvvetli bir ilişkiye işaret eder çalışmalar dikkati çekmektedir. Bu kişilerin travmalarıyla yüzleşmemek için ruhsal acılarını biriktirme ile ifade ettikleri ve acılarını bu yolla bastırabildikleri düşünülmüştür (Tolin ve ark., 2010). Bu davranışların sebepleri arasında neler sayılmaktadır? Biriktirme davranışında kişinin eşyalarla duygusal bağ kurması ve bu kurulan bağın karmaşık duygular içermesi dikkati çekmektedir (Yap ve Grisham, 2020) ve bu eşyalarla güvenli bir ortam oluşturma ihtiyacı ön plana çıkmaktadır. Bir diğer motivasyonun kişinin eşyalar yoluyla yaşadıklarını hatırlayabilmeleri olduğu ifade edilmektedir. Eşyaları atmayarak hatıralarını canlı tutmuş olurlar. Bu da eşyaları saklama eğilimini pekiştirmektedir. Ötesinde, istiflenen şeylere dokunulduğunda ya da bu şeyler atıldıklarında kişi bunu bir saldırı olarak görür ve çevresindeki kontrolü kaybettiğine de inanabilir (Frost ve Hartl, 1996).

İstifleme davranışı olan kişiler neler biriktirirler? Birçok kişinin değersiz ve gereksiz bulduğu nesneler arasında eski gazete ve dergiler, giyilmeyen ama bir gün giyilir diye saklanan kıyafetler, bozuk eşyalar, önemsiz mektuplar, çöpler, promosyon ürünler vb. nesneler örnek olarak verilebilir (Frost ve Hristova 2011). Gelişen teknolojik imkânlarla son yıllarda google drive, dropbox gibi alanlarda kendisini gösteren ve dijital birikticilik olarak tanımlanan bir olgudan da söz edilmeye başlanmıştır (ör., Sweeten, Sillence ve Neave, 2018).

İstifleyicilerin %63'ünde rahatsızlık duyan kişiler, istifleyicinin aile bireyleri ya da arkadaşlarıdır. İstifleyenler çoğunlukla tedaviyi kabul etmemekte ya da başladıkları tedaviyi yarıda bırakmaktadırlar (Grisham, Steketee ve Frost, 2008). BDT, öncelikle kişilerin biriktirilen şeylerin önemli bir miktarından kurtulmalarını ve belli sayıda biriktirilen nesne ile yaşadıkları alanı koruyabilmeyi hedef olarak koyar. Ayrıca, istifleme davranışlarının nedenlerini anlamalarına, karar alma becerilerinin geliştirilmesine ve ilişkisel becerilerini güçlendirmeye yardımcı olur. Son yıllarda bilişsel davranışçı grup tedavisinin bu psikolojik rahatsızlığın tedavisinde etkili olduğuna dair yayınlar dikkati çekmeye başlamıştır (Tolin, Frost ve Steketee, 2007; Chandler, Fogg ve Smith, 2019). Son dönemki yayınlarda, psikoeğitimle birleştirilen kabul ve kararlılık

nobel

terapisi uygulamalarının da tedavi konusunda etkili olabileceğine işaret edilmektedir (ör., Ong, Krafft, Levin ve Twohig, 2020).

SAÇ YOLMA BOZUKLUĞU (TRİKOTİLOMANİ)

Trikotilomaninin etiyolojisindeki etkenler, kesin olarak bilinmemektedir. Ancak, kişilerin ailelerinde saç yolma davranışının sıklığından hareketle genetik yatkınlığın önemine dair bulgular mevcuttur (Duke, Keeley, Geffken ve Storch, 2010). Davranışçı modeller, trikotilomaninin alışkanlık oluşumuna benzer şekilde gelişebileceği, stres karşısında bir başa çıkma davranışı olarak ortaya çıkabileceği ve bu davranıştan sonra öncesinde oluşan gerilimin azalmasıyla pekişen bir davranış olabileceğini iddia etmişlerdir. Alışkanlık geliştikten sonra da farkındalık ve davranış üzerindeki kontrolün azaldığına dair bulgular vardır (Mansueto, Stemberger, Thomas ve Golomb, 1997). Duygu düzenleme modeline göre ise saç yolma, sıkılma gibi birçok duygu durumunu düzenlemeye hizmet eden bir davranıştır (Diefenbach, Tolin, Meunier ve Worhunsky, 2008).

Klinik görünüm açısından heterojen olan bu psikolojik rahatsızlık en sık saçlarda görülürken; kaş, kirpik, sakal, bıyık, kol ve kasık gibi diğer beden bölgelerindeki kılların yolunmasıyla da kendisini gösterebilir (Christenson, Mackenzie ve Mitchell, 1991; Flessner, Woods, Franklin, Keuthen ve Piacentini, 2008; Tolin, Franklin, Diefenbach, Anderson ve Meunier, 2007). Trikotilomanide eş tanı olarak duygu durum bozuklukları, kaygı bozuklukları, madde kullanımı ve kişilik bozuklukları görülme oranı yüksektir (Christenson, Chernoff-Clementz ve Clementz, 1992; Keser ve ark., 1999). Hastaların pek çoğunda saçı koparmayla ilgili ve kopardıktan sonraki süreçle ilgili törensel davranışlar bulunur (Keser, Tükel, Karalı, Çalıkuşu ve Özpulat Olgun, 1999). Ayrıca hastaların önemli bir kısmında saç yutmaya da rastlanabilmektedir (Christenson, Pyle ve Mitchell, 1991). Trikotilomanide odaklanmış ve otomatik saç yolma diye isimlendirilen iki çeşit saç yolma davranışı vardır (Flessner, Conelea, Woods, Franklin ve Keuthen, 2008). Bu iki tip birbirinden özellikleri itibarıyla ayrı olsa da son yıllardaki araştırmalar bu iki çeşidin aynı kişide genellikle bir arada bulunduğunu ve zaman içinde baskınlık durumlarının değişebildiğini bildirmiştir (Flessner, Woods, Franklin, Keuthen ve Piacentini, 2009). Hastaların çoğu saç kayıplarını; peruk, şapka, başörtüsü ile saklamaya çabalarlar. Bunun için epey fazla zaman harcarlar (Duke ve ark., 2010). Trikotilomanide klinik popülasyon özelinde kadınların başvurularına daha çok rastlanmaktadır. Bu fark kadınlar tedaviye daha çok başvuruyor olduğu için, erkekler tedaviden daha çok kaçınıyor oldukları için, erkeklerin bu tip durumlarda erkek tipi kellikle ilgili açıklamaları daha çok kullandıkları için ve erkekler kafalarını kazıyabildikleri için ortaya çıkıyor olabilir. Tüm bu açıklamalar bir yandan da damgalamanın bu psikolojik rahatsızlıkta ne kadar önemli olduğunu vurgulamaktadır. Diğer psikolojik rahatsızlıklarda olduğu gibi bu psikolojik rahatsızlıkta da hasta ve ailesinin yaşam kalitesi olumsuz şekilde etkilenir. Hastalar günlük aktivitelerden, cinsel yakınlıktan, sosyal işlevsellikten, eğlenceye dönük aktivitelerden, mesleki üretkenlikten uzak dururlar ve kaçınırlar. Hastalar genelde çekici olmadıklarını düşünürler, depresiftirler, benlik saygıları düşüktür, utanç gibi olumsuz duygular da sıklıkla yaşanır (Diefenbach, Tolin, Hannan, Crocetto ve Worhunsky, 2005; Stemberger, Thomas, Mansueto ve Carter, 2000; Woods, Flessner, Franklin, Keuthen, Goodwin, Stein ve ark., 2006).



Şekil 5. Son dönemki çalışmalar, psikolojik esneklik kavramının trikotilomanide önemli bir rol oynadığına işaret etmektedir (Houghton ve ark. 2014).

Trikotilomanide seçkisizleştirilmiş kontrollü çalışmalar, alışkanlığı tersine çevirme (ATÇ) eğitimi gibi tedavilerin etkili olduğuna dair veriler sunmaktadırlar (Bloch, Landeros-Weisenberger, Dombrowski, Kelmendi, Wegner, Nudel ve ark., 2007; Duke ve ark., 2010; Morris, Zickgraf, Dingfelder ve Franklin, 2013). Araştırmalar, otomatik saç yolma eyleminde ATÇ'yi etkili olarak bulurken, odaklanmış tipteki saç yolmada ise bilişsel tekniklerin ve kabul tekniğinin kullanıldığı tedavi seçenekleri daha etkili bulmuştur (Woods, Wetterneck ve Flessner, 2006). Gerçekten de son dönemdeki çalışmalar kabul ve kararlılık terapisinin bu alanda etkili tedaviler arasına girdiğine yönelik olumlu veriler sunmaya başlamışlardır (Lee, Homan, Morrison, Ong, Levin ve Twohig, 2020).

DERİ YOLMA BOZUKLUĞU

Nörobiyolojik perspektiften bakıldığında deri yolma bozukluğunun etiyolojisi ile ilgili en çok kabul gören açıklamalardan birisi, ventral tegmental alandan kortikal, limbik bölgelere ve özellikle nukleus akumbense uzanan dopaminerjik nöronların olduğu yolun önemine vurgu yapan açıklamadır. Bu yolun ödüllendirme duyumu ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Bu yolların psikojenik deri yolma belirtileri üzerinde rolü olabileceğini akla getirmektedir (Sasso, Kalanithi, Trueblood, Pittenger, Kelmendi, Wayslink ve ark., 2006)

Yaygınlığı yüksek olarak tespit edilen (Grant ve Chamberlain, 2020) deri yolma bozukluğunun klinik görünümü incelendiğinde, hastaların çoğu derilerini yolarken kendi parmaklarını kullandıkları ve genellikle birden çok vücut bölgesine odaklandıkları bilgisi dikkati çeker. En sık odaklanılan alan yüz bölgesidir. Diğer bölgeler ise eller, kollar ve bacaklardır (Tucker, Woods, Flessner, Franklin ve Franklin, 2011). Hastaların çoğu derilerini tırnaklarıyla ya da parmaklarıyla yolarlar. Bazen cımbız gibi aletler kullanılırlar (Keuthen, Deckersbach, Wilhelm, Hale, Fraim, Baer ve ark., 2000; Tucker ve ark., 2011; Wilhelm ve ark., 1999). Yolma süresi gün içinde 6-8 saat sürebilir. Hastaların çoğunda gece 8:00 ila 12:00 arasında belirtiler şiddetlendiği bilgisi dikkati çekmiştir (Tucker ve ark., 2011; Wilhelm ve ark., 1999). Deri yolma atağı esnasında kişinin duygu dünyasında kimi değişiklikler olmaktadır. Kişinin tüm dikkati yolma davranışına yönelmiş hâldedir. Bu davranış doyum vererek gerginliği azalttığı için kolayca pekişir. Yolma atağı bitince yolma esnasındaki haz ve heyecan yerini suçluluk ve utanç hislerine ve fiziksel ağrıya bırakır (Snorrason, Smári ve Olafsson, 2010). Bu ruh hâli de bir sonraki atağı tetikleyebilir. Kimi araştırmacılar, deri yolma eyleminin duyguları düzenleme çabasının bir sonucu olabileceğini belirtmişlerdir (Hajcak, Franklin, Simons ve Keuthen, 2006; Wilhelm ve ark., 1999).

Her ne kadar aynı tanı şemsiyesi altında değerlendirilseler de trikotilomaninin ve deri yolma bozukluğunun OKİB çatısı altındaki diğer psikolojik rahatsızlıklardan daha farklı olduğu düşünülmektedir. Çünkü bunlar motor davranışın baskılanmasında ve dürtülerin kontrol edilmesinde güçlük yaşanan durumları içerirler. Bundan dolayı da tedavi şekilleri de farklılık göstermektedir (Lee, Mpavaenda ve Fineberg, 2019). Bu iki psikolojik rahatsızlığın tedavisinde de ATÇ kullanılaması önerilmektedir (Rosenbaum ve Ayllon, 1981; Schuck, Keijsers ve Rinck, 2011). Bu açıdan bu tedavi yaklaşımı ile ilgili bir miktar daha bilgi vermek yerinde olacaktır. ATÇ tedavisi, standart BDT'den farklıdır çünkü ATÇ, BDT gibi deri yolma davranışının öncesindeki işlevsel olmayan düşüncelere yönelik herhangi bir bilişsel strateji içermez (McGuire, Ung, Selles, Rahman, Lewin, Murphy ve ark., 2014). Alışkanlığı tersine çevirme (ATÇ) eğitiminde psikoeğitimle başlayan bu tedavinin seyrinde terapist farkındalık eğitimi ile bu sayılan türden sorunlu davranışlara olan hastanın dikkati arttırmayı amaçlar. Böylelikle de hastanın kendisini kontrol etme becerileri artmış olur. Seans içindeki uygulamalar ve ev ödevleriyle yürütülen süreçte öncelikle sorun durumları tetikleyen faktörler açığa çıkarılır. Hastanın alışkanlık kazandığı davranışın nasıl sürdüğüne yönelik bilgilendirmeler süreçte çok önemli bir yer tutar. Terapist, hastayı davranışını işaret ederek uyarmaz. Ancak hastadan örneğin, saç yolma davranışı için (bir zarf içinde) biriktirme tekniğini kullanarak kendisinin durumunu fark etmesi beklenir. Bu, hastanın ilerlemeyi/gidişatı fark etmesi ve hastanın motivasyonunun arttırılması içindir. Sonraki aşamada hasta dürtüsel davranış yerine (örneğin, saç yolma davranışı için saçını taramak gibi) başka bir davranış ikame eder. Bu süreçten sonra kalan adım bu yeni becerinin başka ortamlara aktarılabilmesini sağlayabilmektir (Himle, Bybee, O'Donnell, Weaver, Vlnka, DeSena ve ark., 2018). ATÇ eğitiminde, farkındalık eğitimi ve kişinin kendisini gözlemesine yönelik eğitim esastır. Ötesinde hastalar bu eğitimde aynı kas grubunu kullanarak alışkanlık edindiği davranıştan başka bir davranışa yönelmeyi de öğrenirler. Örneğin, derisini yolan bir hastanın aynı eliyle yolma davranışı yapmak yerine elini yumruk yapmaya yönelmesi önerilmektedir. Ayrıca hastalar etraflarındaki uyaranları da kontrol edebilmeyi öğrenirler. Böylece çevrelerinde bu istenmeyen davranışı engelleyen bariyerler oluşturmuş olurlar (Lee, Mpavaenda ve Fineberg, 2019).

Son olarak, OKİB çatısı altında yer almaya başlayan psikolojik rahatsızlıklar için bu yeni tanı grubunun fikren karşısında olan cephenin görüşlerinden bazılarını bu bölümde anmak resmin tamamının görülmesine yardımcı olabilir. Kimi yöntemsel içerikte olan bu karşı çıkışlar genelde yeni tanı şemsiyesi gerektiğine dair iddialara yöneliktir. Bu iddialar beyin görüntüleme çalışmalarına dayandığı için ve beyin görüntüleme çalışmaları doğası gereği kesitsel çalışmalar oldukları için karşı çıkış dayanağı buraya yaslanmaktadır. Beyin görüntüleme çalışmaları, herhangi bir deneysel manipülasyon içermediğinden sebep-sonuç ilişkisine dair bir çıkarım yapılamayacak olan çalışmalar olarak değerlendirilmiştir (ör., Abramowitz, 2018). Ötesinde, beyin görüntüleri doğrudan kullanılacak ve üstüne çıkarım yapılabilecek materyaller olarak kabul edilmemektedirler çünkü beyin görüntüleri ham hâliyle beynin "o andaki" işleyişine dair bilgi veremezler (Roskies 2007, aktaran: Abramowitz, 2018). Buradan gelen verinin bu bakımdan müphem olduğu iddia edilmektedir. Ötesinde, genetik biliminden gelen güncel kanıtlar, aile çalışmalarından gelen veriler ve nörogörüntüleme ve anatomi çalışmalarından gelen bilgiler birlikte değerlendirildiğinde, OKB'nin hem kaygı bozukluklarıyla hem de OKİB grubundaki psikolojik rahatsızlıklarla ortak özellikler taşıdığı düşünülmüştür. Bu bağlamda, OKB'yi kaygı bozukluklarından çıkarıp kompulsif bir bozukluk olarak görmenin

OKB'yi anlamak özelinde yetersiz kaldığına dair çeşitli görüşler öne sürülmüştür (Krzanowska ve Kuleta, 2017).

Şimdiye dek alanyazında biriken verilerden hareketle, OKB'nin hangi tanı grubunda yer alacağına dair tartışmalar hararetle sürmektedir. Bir düşünce cephesi OKB'yi OKİB tanısı altında değerlendirmenin daha doğru olduğunu iddia ederken bir başka cephe de OKB ve BDB'nin birbirine daha yakın iki psikolojik rahatsızlık olduğunu düşünerek ve OKİB'de yer alan diğer psikolojik rahatsızlıkların ayrı bir kümede değerlendirilebileceğinin daha doğru olduğunu önermiştir (Abramowitz, 2018). Bundan sonraki araştırma faaliyetinin önemli bileşenlerinden birisinin, "ne tür hasta özelliklerine hangi tedavinin uygun olacağı" sorusu olacaktır (Twohig ve ark., 2018). Bu önemli soruya yanıt verebilmek için nitel analizlerden de yardım almak gerebilir.

Tüm bu çatı altındaki psikolojik rahatsızlıklarda ortak olan bir noktanın üstünde durmanın bütüncül bakışı kaçırmamak adına faydalı olacaktır. Bu ortak unsur, sosyal açıdan dışlanmanın verebileceği mahcubiyet, utanç ve korkunun tüm bu tanılar için çok yaygın olmasıdır (Diefenbach ve ark., 2005; Stemberger ve ark., 2000). Bu anlamda, grup terapisi şeklinde yürütülen psikolojik tedavilerin üstünlüğünden söz edilebilir. Grup tedavileri damgalanma ve sosyal açıdan yalnızlaşma süreçlerinin etkilerini dindirebilir (Haaland, Eskeland, Moen, Vogel, Haseth, Mellingen ve ark., 2017). Ayrıca üçüncü dalga tedavilerinin utanca iyi gelip tedavinin etkililiğini arttırdığı da iddia edilmektedir (Weingarden ve Renshaw, 2015).

Bitirirken şu tespit yapılabilir. Virüs salgını ile ilgili haberler ve gelişmeler de hesaba katıldığında, gelecekte bizleri bekleyen ve önümüzdeki yıllarda daha da belirginleşeceği tahmin edilen yepyeni bir dijital bir medeniyet var gibi gözükmektedir. OİKB çatısı altındaki psikolojik rahatsızlıkları anlamak ve tedavilerini düzenlemek bağlamında bu yeni teknolojik yapı üzerine düşünmeye ihtiyaç vardır.

BÖLÜM ÖZETİ

OKB, ısrarcı ve istem dışı düşünceler/dürtüler/zihinsel imgeler **(obsesyonlar)** ve/veya tekrarlayan ve ritüel tarzındaki davranışlarla **(kompulsiyonlar)** tanımlı bir ruhsal rahatsızlıktır. DSM-5'e yön veren kuramcılar OKB'nin kaygı bozuklukları altında sınıflandırılmasına karşı çıkmışlardır. Böylelikle fenomenolojik, nörobilişsel bozulma, etkili olan ilaç tedavileri ve beyin devreleri bakımından OKB'nin başka bir tanı grubunda değerlendirilmesinin önü açılmıştır.

OKB'nin fenomenolojisini inceleyen çalışmaların vurgu yaptığı konuların başında belirtilerin heterojen yapısı ve bireye özgü değerlendirilmesi gerektiği gelmektedir. OKB hastalarının neredeyse %90'ında eşzamanlı olarak en az bir psikolojik rahatsızlık görülebildiği bildirilmiştir. Son yıllardaki aile, ikiz, ayrışım çözümlemesi ve moleküler genetik araştırmalarından gelen bilgiler OKB'de genetik geçişin güçlü rolüne işaret etmektedir. Nöropsikolojik açıdan ise uygun şekilde filtrelemenin yapılamayışı, karar vermedeki zorluklar, bir davranışın desenini değiştirebilme yetisindeki azalma gibi faktörlerin OKB'yi anlamak konusunda yardımcı olduğu düşünülmektedir.

Obsesyonlar, bir tehdit; kompulsiyonlar ise bu tehdide karşı alınmış bir tedbir olarak kavramsallaştırıldığı için "tehdidi görmek ancak tedbir almamak" temel ilkesine dayanan davranışçı bakış açısının ürünü olan maruz bırakma ve tepkiyi önleme (MBTÖ) tedavisi OKB'de etkili olduğu gösterilen önemli tedavi seçeneklerindendir. Bir diğer önemli perspektiflerden olan bilişsel kura-

ma göre OKB özelinde psikolojik rahatsızlığın oluşmasında ve sürmesinde ısrarcı ve istem dışı düşünceler/dürtüler/zihinsel imgelerin yorumlanma biçimi belirleyici kabul edilir. Obsesyonların oluşma sürecinde önemli bir faktör, kişilerin bu düşüncelerinden dolayı kendilerini suçlamaları ve bir biçimde çok kötü şeyler yaşayacaklarını varsaymalarıdır. Bu varsayılan olumsuz sonuçlarla karşılaşmamak için de bu düşünceleri nötr hâle getirmeye çalışmaktadırlar. Nötralizasyon çabası obsesyonu ya da obsesyona ilişkin oluşan rahatsızlığı ortadan kaldırmayı, önlemeyi ya da bir miktar azaltmayı amaçlar. Ancak nötralizasyonun düşüncelerin tehlikeli ya da zararlı olduğuna yönelik algıyı devam ettirdiği düşünülmektedir.

Beden dismorfik bozukluğu: Bu psikolojik rahatsızlıkta en ön planda tekrarlayıcı düşünceler ve davranışlar dikkati çekmektedir. Örneğin, bu tanıyı alan kişiler, görünümleriyle ilgili çok fazla zaman harcayabilirler. Kişiler sürekli olarak çirkin olduklarına dair inançlarını düzeltmeye ve kendilerini aynada inceleyerek, kendilerini başkalarıyla kıyaslayarak akıllarındaki şüpheyle ilgili başkalarından güvence arayarak kendilerini ikna etmeye çalışırlar. Dermatolojik tedavi ve nihayetinde tatmin edici olmayan cerrahi müdahale seçeneklerine başvururlar. Bu rahatsızlıktan yakınan hastalar kusurlarını gizlemek için çok uzun çabalar içine girerler, insanların arasına katılmakta/karışmakta çok zorlanırlar ve yaşamları da sıklıkla çokça kısıtlanır. BDB'de tercih edilen tedavi yöntemi OKB'yle benzerlik göstermektedir.

İstifleme bozukluğu: Normal koleksiyoncudan farklı bir durum içinde olan istifleme bozukluğu tanısı olan kişiler, eski gazete ve dergiler, giyilmeyen ama bir gün giyilir diye saklanan kıyafetler, bozuk eşyalar, önemsiz mektuplar, çöpler, promosyon ürünler vb. nesneleri biriktirebilirler. Tedavisinde önemli yer tutan BDT, öncelikle kişilerin biriktirilen şeylerin önemli bir miktarından kurtulmalarını ve belli sayıda biriktirilen nesne ile yaşadıkları alanı koruyabilmeyi hedef olarak koyar. Ayrıca, istifleme davranışlarının nedenlerini anlamalarına, karar alma becerilerinin geliştirilmesine ve ilişkisel becerilerini güçlendirmeye yardımcı olur.

Saç yolma bozukluğu (Trikotilomani): Bu psikolojik rahatsızlıkla ilgili alışkanlık oluşumuna benzer şekilde gelişebileceği, stres karşısında bir başa çıkma davranışı olarak ortaya çıkabileceği ve bu davranıştan sonra öncesinde oluşan gerilimin azalmasıyla pekişen bir davranış olabileceği iddia edilmiştir. Alışkanlık geliştikten sonra da farkındalık ve davranış üzerindeki kontrolün azaldığına dair bulgular vardır. Duygu düzenleme modeline göre ise, saç yolma sıkılma gibi birçok duygu durumunu düzenlemeye hizmet eden bir davranıştır. Hastalar günlük aktivitelerden, cinsel yakınlıktan, sosyal işlevsellikten, eğlenceye dönük aktivitelerden, mesleki üretkenlikten uzak dururlar ve kaçınırlar. Hastalar genelde çekici olmadıklarını düşünürler, depresiftirler, benlik saygıları düşüktür, utanç gibi olumsuz duygular da sıklıkla yaşanır.

Deri yolma bozukluğu: Deri yolma bozukluğunda, trikotilomanide olduğu gibi seçkisiz kontrolü çalışmalar alışkanlığı tersine çevirme (ATÇ) eğitimi gibi tedavilerin etkili olduğuna dair veriler sunmaktadırlar. Kimi araştırmacılar, deri yolma eyleminin, duyguları düzenleme çabasının bir sonucu olabileceğini belirtmişlerdir. Çünkü bunlar motor davranışın baskılanmasında ve dürtülerin kontrol edilmesinde güçlük yaşanan durumları içerirler. Bundan dolayı da tedavi şekilleri de farklılık göstermektedir. ATÇ, hem saç yolma bozukluğunda hem de deri yolma bozukluğunda da adı geçen tedavilerdendir.

Öte yandan, bu tanı grubundaki tüm psikolojik rahatsızlıklarda ortak olarak sosyal açıdan dışlanmanın verebileceği mahcubiyet, utanç ve korku çok yaygındır. Tedavi sürecinde bu özel durumun hassasiyetle ele alınması özellikle önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abramowitz J. S., Blakey M. S., Reuman L. ve Buchholz J. L. (2018). New directions in the cognitive-behavioral treatment of OCD: Theory, research and practice. Behavior Therapy, 49, 311–322.

Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65(1), 44–52. https://doi.org/10.1037/0022-006×.65.1.44.

Abramowitz, J. S., Baucom, D. H., Boeding, S., Wheaton, M. G., Pukay-Martin, N. D., Fabricant, L. E., ... Fischer, M. S. (2013). Treating obsessive-compulsive disorder in intimate relationships: a pilot study of couple-based cognitive-behavior therapy. Behavior Therapy, 44(3), 395–407. https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.02.005.

Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D.,...Hale, L. R. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. Psychological Assessment, 22, 180–198

Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Woods, C. M. ve Tolin, D. F. (2004). Association between Protestant religiosity and obsessive-compulsive symptoms and cognitions. Depression and Anxiety, 20, 70–76.

Abramowitz, J. S. ve Jacoby, R. J. (2014). Scrupulosity: A cognitive-behavioural analysis and implications for treatment. Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders, 3, 140-149.

Abramowitz, J., Taylor, S. ve McKay, D. (2009). Obsessive–compulsive disorder. The Lancet, 374, 489–497.

Abramowitz, J. S. ve Jacoby, R. J. (2015). Obsessive-compulsive and related disorders: A critical review of the new diagnostic class. Annual Review of Clinical Psychology, 11, 165–186.

Abramowitz, J.S., (2018). Presidential address: are the obsessive-compulsive related dis-orders related to obsessive-compulsive disorder? A critical look at DSM-5's new category. Behavior Therapy 49, 1–11. https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.002

Allen, A. ve Hollander, E. (2000). Body dysmorphic disorder. Psychiatric Clinics of North America, 23(3), 617-628.

Altamura, A. C., Buoli, M., Albano, A. ve Dell'Osso, B. (2010). Age at onset and latency to treatment (duration of untreated illness) in patients with mood and anxiety disorders: A natural istic study. International Clinical Psychopharmacology, 25(3), 172–179. https://doi.org/10.1097/YIC.0b013e3283384c74

Altıntaş, E. (2015). Kozmetik Tedavi için Başvuran Hastalarda Beden Dismorfik Bozukluğu. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 24(3), 324-338.

Amir, N., Freshman, M. ve Foa, E. B. (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive compulsive disorder patients. Journal of Anxiety Disorders, 14(3), 209- 17.

Andersson, E., Enander, J., Andrén, P., Hedman, E., Ljótsson, B., Hursti, T.,...Rück, C. (2012). Internet-based cognitive behaviour therapy for obsessive–compulsive disorder: a randomized controlled trial. Psychological Medicine, 42(10), 2193–2203. https://doi.org/10.1017/S0033291712000244

Arnold, P. D., Sicard, T., Burroughs, E., Richter, M. A. ve Kennedy, J. L. (2006). Glutamate transporter gene SLC1A1 associated with obsessive-compulsive disorder. Archives of general psychiatry, 63(7), 769-776.

Aydın, A., Boysan, M., Tutarel-Kışlak, Ş., Kalafat, T., Selvi, Y. ve Beşiroğlu, L. (2012). The Predictive Value of Interpersonal Schemas, Perfectionism, and Thought-Action-Fusion in Obsessive Compulsive Disorder. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 205, 108-118.

Baer, L., Jenike, M. A. (1992). Personality disorders in obsessive-compulsive disorder. Psychiatric Clinics of North America, 15, 803-11.

Baer, L., Jenike, M. A., Ricciardi, J. N., Holland, A. D., Seymour, R. J., Minichiello, W. E. ve Buttolph, M. L. (1990). Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. Archives of General Psychiatry, 47(9), 826-830.

nobel

Banerjee, D. D. (2020, Nisan). The other side of COVID-19: Impact on obsessive compulsive disorder (OCD) and hoarding [Editöre mektup]. Psychiatry Research, 288, 112966.

Bartz, J. A. ve Hollander, E. (2006). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 30, 338-352

Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. American Psychologist, 46(4), 368–375.

Belotto-Silva, C., Diniz, J. B., Malavazzi, D. M., Valerio, C., Fossaluza, V., Borcato, S. ve Shavitt, R. G. (2012). Group cognitive-behavioral therapy versus selective serotonin reuptake inhibitors for obsessive-compulsive disorder: a practical clinical trial. Journal of Anxiety Disorders, 26, 25-31.

Belus, J. M., Baucom, D. H. ve Abramowitz, J. S. (2014). The effect of a couple-based treatment for OCD on intimate partners. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 45(4), 484–488. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.07.001 https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.07.001

Bennett, P. (2011). Abnormal and Clinical Psychology. United Kingdom: McGraw-Hill Education.

Besiroglu, L. ve Ağargün, M. Y. (2006). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Sağlık Yardımı Arama Davranışı İle İlişkili Etmenler: Hastalık İle İlişkili ve Genel Etmenlerin Rolü. Türk Psikiyatri Dergisi, 17(3), 213-222.

Besiroglu, L., Karaca, S. ve Keskin, I. (2014). Scrupulosity and obsessive compulsive disorder: the cognitive perspective in Islamic sources. Journal of Religion and Health, 53(1), 3-12.

Black, D. W., Gaffney, G., Schlosser, S. ve Gabel, J. (1998). The impact of obsessive– compulsive disorder on the family: Preliminary findings. Journal of Nervous and Mental Disease, 186(7), 440–442.

Blakey, S., Abramowitz, J., Leonard, R. ve Reimann, B.C. (2019). Does exposure and response prevention behaviorally activate patients with obsessive-compulsive disorder? A preliminary test. Behavior Therapy, 50 (2019) 214–224

Bogetto, F., Venturellos, A. U., Maina, G. ve Ravizza, L. (1999). Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. European Psychiatry, 14(8), 434-441.

Bokor, G. ve Anderson, P. D. (2014). Obsessive-compulsive disorder. Journal of Pharmacy Practice, 27(2), 116-130.

Brakoulias, V., Starcevic, V., Belloch, A., Brown, C., Ferrao, Y. A., Fontenelle, L. F.,...Viswasam, K. (2017). Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): an international collaboration. Compr Psychiatry, 76:79–86. doi: 10.1016/j.comppsych.2017.04.002

Buhlmann, U., Glaesmer, H., Mewes, R., Fama, J. M., Wilhelm, S., Brähler, E. ve Rief, W. (2010). Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. Psychiatry Research, 178(1), 171–175.

Bulut, S., Fistikci, N. ve Topçuoglu, V. (2014). İçgörüsü az olan obsesif-kompulsif bozukluk. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6, 126-41.

Cavallini, M. C., Pasquale, L., Bellodi, L. ve Smeraldi, E. (1999). Complex segregation analysis for obsessive compulsive disorder and related disorders. American Journal of Medical Genetics, 88, 38-43.

Chamberlain, S. R., Fineberg, N. A., Blackwell, A. D., Robbins, T. W. ve Sahakian, B. J. (2006). Motor inhibition and cognitive flexibility in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. American Journal of Psychiatry, 163, 1282-1284.

Chandler, A., Fogg, R. ve Smith, J. G. (2019). Effectiveness of group cognitive behavioral therapy for Hoarding Disorder: Evaluation of outcomes. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 21, 144–150 https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.03.003.

Christenson, G. A., Chernoff-Clementz, E. ve Clementz, B. A. (1992). Personality and clinical characteristics in patients with trichotillomania. Journal of Clinical Psychiatry, 53, 407-13.

Christenson, G. A., Mackenzie, T. B. ve Mitchell, J. E. (1991). Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. American Journal of Psychiatry, 148, 365-70.

Clark, D. A. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for OCD. New York: The Guilford Press.

Cludius, B., Landmann, S., Rose, N., Heidenreich, T., Hottenrott, B., Schroder, J., ... Moritz, S. (2020). Long-term effects of mindfulness-based cognitive therapy in patients with obsessive-compulsive disorder and residual symptoms after cognitive behavioral therapy: Twelve-month follow-up of a randomized controlled trial, Psychiatry Research 291, 113119.

Cohen, Y., Lachenmeyer, J. R. ve Springer, C. (2003). Anxiety and selective attention in obsessive-compulsive disorder. Behavior Research and Therapy, 41, 1311-1323.

Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G. ve Steketee, G. (2003). Hoarding behaviors in a large college sample. Behavior Research and Therapy, 41, 179-194.

Cooke, J. E., Eirich, R., Racine, N., & Madigan, S. (2020, Temmuz). Prevalence of posttraumatic and general psychological stress during COVID-19: A rapid review and meta- analysis [Editöre mektup] Psychiatry Research, 292, 113347. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113347.

Cramer-CandPolit, V., Torgersen, S. ve Kringlen, E. (2005) Quality of life and anxiety disorders: a population study. Journal of Nervous and Mental Disease, 193, 196-202.

Çelik, S., Fidan, E., Evren, C., Can, Y., Danışmant, B. S., Çavaş, Ş. ve Erten, E. (2011). Beden Dismorfik Bozukluğu ve Madde Bağımlılığı: Bir Olgu Sunumu. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 24: 75-79, DOI: 10.5350/DAJPN2011240110

Demet M. M. Obsesif-Kompulsif Bozuklukta Genetik Çalışmalar. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2005; 15: 45-52

Didie, E. R., Kelly, M. M. ve Phillips, K. A. (2010). Clinical features of body dysmorphic disorder. Psychiatric Annals, 40(7), 310–316.

Diefenbach, G. J., Tolin, D. F., Meunier, S. ve Worhunsky, P. (2008). Emotion regulation and trichotillomania: a comparison of clinical and nonclinical hair pulling. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39, 32-41.

Diefenbach, G. J., Tolin, D.F., Hannan, S., Crocetto, J. ve Worhunsky, P. (2005). Trichotillomania: impact on psychosocial functioning and quality of life. Behavior Research and Therapy, 43(7), 869-884

Doron, G., Derby, D. S., Szepsenwol, O. ve Talmor, D. (2012a). Flaws and all: Exploring partner focused obsessive-compulsive symptoms. Journal of Obsessive-Compulsive Related Disorders, 1, 234-243. doi:10.1016/j.jocrd.2012.05.004

Doron, G., Derby, D. S., Szepsenwol, O. ve Talmor, D. (2012b). Tainted love: Exploring relationship-centered obsessive compulsive symptoms in two non-clinical cohorts. Journal of Obsessive-Compulsive Related Disorders, 1, 16-24. doi:10.1016/j.jocrd.2011.11.002.

Dozier, M. E., Davidson, E. J., Pittman, J. O. E., Ayers, C. R. (2020). Personality traits in adults with hoarding disorder, Journal of Affective Disorders, 276, 191–196

Duke, D. C., Keeley, M. L., Geffken, G.R. ve Storch, E. A. (2010). Trichotillomania: a current review. Clinical Psychology Review, 30, 181-93.

Eğrilmez, A., Gülseren, L., Gülseren, S. ve Kültür, S. (1997). Phenomenology of obsessions in a Turkish series of OCD patients. Psychopathology, 30, 106-110.

Eisma, M. C., Boelen, P. A., Lenferink, L. I. M. (2020, Nisan). Prolonged grief disorder following the coronavirus (COVID-19) pandemic [Editöre mektup]. Psychiatry Research, 288, 113031.

Eisma, M. C., Lenferink, L. I. M., Chow, A. Y. M., Chan, C. L. W. ve Li, J. (2019). Complicated grief and posttraumatic stress symptom profiles in bereaved earthquake survivors: a latent class analysis. European Journal of Psycho-Traumatology, 10, 1558707. https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1558707.

Emmelkamp, P. M. G. ve Gerlsma, C. (1994). Marital functioning and the anxiety disorders. Behavior Therapy, 25, 407–429.

Fairbrother, N. ve Rachman, S. (2004). Feelings of mental pollution subsequent to sexual assault. Behaviour Research and Therapy, 42(2), 173-189.

Fairfax, H. (2008). The use of mindfulness in obsessive compulsive disorder: suggestions for its application and integration in existing treatment. Clinical Psychology and Psychotherapy, 15, 53–59

Fals-Stewart, W. ve Lucente, S. (1994). Behavioral group therapy with obsessive-compulsives: an overview. International Journal of Group Psychotherapy, 44, 35–51.

Ferrão, Y. A., Shavitt, R.G., Bedin, N.R., de Mathis, M.E., Carlos Lopes, A., Fontenelle, L.F.,...Miguel, E.C. (2006). Clinical features associated to treatment response in obsessive–compulsive disorder. Journal of Affective Disorders, 94, 199–209.

M., Drummond, L., Hollander, E., Stein, D., Geller, D., ... Dell'Osso, B. (2020). How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) under COVID-19: A clinician's guide from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) and the obsessive-compulsive and related disorders research network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology. Comprehensive Psychiatry, 100, 152174.

A., Apergis-Schoute A. M., Vaghi M. M., Banca P., Gillan C. M., Voon V., ... Robbins, T. W. (2018). Mapping compulsivity in the DSM-5 obsessive compulsive and related disorders: cognitive domains, neural circuitry, and treatment. International Journal of Neuropsychopharmacology, 21: 42–58. Doi: doi:10.1093/ijnp/pyx088

Flessner, C. A., Woods, D. W., Franklin, M. E., Keuthen ve N. J. Piacentini, J. (2009). Cross-sectional study of women with trichotillomania: a preliminary examination of pulling styles, severity, phenomenology, and functional impact. Child Psychiatry and Human Development, 40:153-67.

Flessner, C. A., Conelea, C. A., Woods, D. W., Franklin, M. E., Keuthen, N. J. (2008). Styles of pulling in trichotillomania: exploring differences in symptom severity, phenomenology, and functional impact. Behavior Research and Therapy, 46, 345--357.

Flessner, C. A., Woods, D. W., Franklin, M. E., Keuthen, N. J. ve Piacentini, J. (2008). Cross-sectional study of women with trichotillomania: a preliminary examination of pulling styles, severity, phenomenology, and functional impact. Child Psychiatry and Human Development, 40, 153–167

Flessner, C. A., Woods, D. W., Franklin, M. E., Keuthen, N. J. ve Piacentini, J. (2008). Styles of pulling in youth with trichotillomania: exploring differences in symptom severity, phenomenology, and comorbid psychiatric symptoms. Behavior Research and Therapy, 46, 1055–1061.

Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E. ve Tu, X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry, 162(1), 151–161. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.151.

Frost, R. O. ve Steketee, G. (2001). Obsessive-compulsive disorder. In H. S. Friedman (Ed.), Specialty articles from the encyclopedia of mental health. San Diego: Academic Press.

Frost, R. O., Steketee, G. ve Tolin, D. F. (2012). Diagnosis and assessment of hoarding disorder. Annual Review of Clinical Psychology, 8, 219–242.

Frost, R. O. ve Hartl, T.L. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. Behavior Research and Therapy, 34, 341-350.

Frost, R. O. ve Hristova, V. (2011). Assessment of hoarding. Journal of Clinical Psychology, 67, 456-466.

Gasnier, M., Pelissolo, A., Bondolfi, G., Pelissolo, S., Bellofiore, R., Mallet, L. ve N'diaye, K. (2016) Mindfulness-based interventions in obsessivecompulsive disorder: Mechanisms of action and presentation of a pilot study. L'Encephale 43: 594–599.

Gelfand, L. ve Radomsky, A. (2013). Beliefs about control and the persistence of cleaning behaviour: An experimental analysis. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 44(2), 172–178.

Gentes, E. L. ve Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. Clinical Psychology Review, 31, 923–933. doi:10.1016/j.cpr.2011.05.001.

Gershkovich, M., Middleton, R., Hezel, D. M., Grimaldi, S., Renna, M., Basaraba, C., ... Simpson, H. B. (baskıda). Integrating Exposure and Response Prevention With aMobile App to Treat Obsessive-Compulsive Disorder: Feasibility, Acceptability, and Preliminary Effects. Behavior Therapy. https: doi.org/10.1016/j.beth.2020.05.001.

Girman, C. J., Hartmaier, S., Roberts, J., Bergfeld, W. ve Waldstreicher, J. (1999). Patient-perceived importance of negative effects of androgenetic alopecia in women. Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine, 8(8), 1091–1095. http://dx.doi.org/10.1089/jwh.1.1999.8.1091.

Glazier, K., Calixte, R. M., Rothschild, R. ve Pinto, A. (2013). High rates of OCD symptom misidentification by mental health professionals. Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists, 25(3), 201–209.

Glazier, K., Wetterneck, C., Singh, S. ve Williams, M. (2015). Stigma and shame as barriers to treatment for obsessive-compulsive and related disorders. Journal of Depression & Anxiety, 4(3).

Gomes, J. B., Van Noppen, B., Pato, M., Braga, D. T., Meyer, E., Bortoncello, C. F. ve Cordioli, A. V. (2014). Patient and family factors associated with family accommodation in obsessive–compulsive disorder. Psychiatry and Clinical Neurosciences, http://dx.doi.org/10.1111/pcn.12172.

Grant, J. E. ve Chamberlain, S. R. (2020). Prevalence of skin picking (excoriation) disorder. Journal of Psychiatric Research, 130, 57–60.

Greenberg, D. ve Witzum, E. (1991). Problems in the treatment of religious patients. American Journal of Psychotherapy, 45, 554, 1991

Grisham, J.R., Frost, R.O., Steketee, G., Kim, H.J. ve Hood, S. (2006). Age of onset of compulsive hoarding Journal of Anxiety Disorders, 20, 675-686.

Grisham, J.R., Fullana, M.A., Mataix-Cols, D., Moffitt, T.E., Caspi, A. ve Poulton, R. (2011). Risk factors prospectively associated with adult obsessive-compulsive symptom dimensions and obsessive-compulsive disorder. Psychological Medicine, 41(12), 2495-2506.

Grisham, J.R., Steketee, G. ve Frost, R.O. (2008). Interpersonal problems and emotional intelligence in compulsive hoarding. Depression and Anxiety, 25, 63-67.

Gunstad, J. ve Phillips, K.A. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. Comprehensive Psychiatry, 44, 270–6.

Haaland, Å. T., Eskeland, S. O., Moen, E. M., Vogel, P. A., Haseth, S., Mellingen, K. ve Hummelen, B. (2017). ACT-enhanced behavior therapy in group format for Trichotillomania: An effectiveness study Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 12, 109–116.

Hajcak, G., Franklin, M., Simons, R. ve Keuthen, N. (2006). Hairpulling and skin picking in relation to affective distress and obsessive–compulsive symptoms. Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment, 28, 177–185.

Herba, J. K. ve Rachman, S. (2007). Vulnerability to mental contamination.

Behaviour Research and Therapy, 45(11), 2804-2812.

Hettema, J. M., Prescott, C. A., Myers, J. M., Neale, M. C. ve Kendler, K. S. (2005). The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. Archives of general psychiatry, 62(2), 182-189.

Himle, J. A., Bybee, D., O'Donnell, L. A., Weaver, A., Vlnka, S., DeSena, D. T. ve Rimer, J. M. (2018). Awareness enhancing and monitoring device plus habit reversal in the treatment of trichotillomania: An open feasibility trial. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 16, 14–20.

Hollander, E., Kwon, J. H., Stein, D. J. ve Broatch, J. (1996). Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. Journal of Clinical Psychiatry, 57, 3–6

Hollander, E., Cohen, L. J. ve Simeon, D. (1993). Body dysmorphic disorder. Psychiatric Annals, 23, 359-364.

Hong, J. P., Samuels, J., Bienvenu, O. J., III, Cannistraro, P., Grados, M., Riddle, M. A., . . . Nestadt, G. (2004). Clinical correlates of recurrent major depression in obsessive-compulsive disorder. Depression and Anxiety, 20(2), 86–91.

Houghton, D. C., Compton, S. N., Twohig, M. P., Saunders, S. M., Franklin, M. E., Neal-Barnett, A. M., ... Woods, D. W. (2014). Measuring the role of psychological inflexibility in Trichotillomania. Psychiatry research, 220(1-2), 356-361.

Huppert, J. D. ve Siev, J. (2010). Treating scrupulosity in religious individuals using cognitive-behavioral therapy. Cognitive And Behavioral Practice, 17, 382-392.

Inozu, M., Clark, D. ve Karanci, A. (2012). Scrupulosity in Islam: A comparison of highly religious Turkish and Canadian Samples. Behavior Therapy, 43, 190-202.

Ipser, J.C., Sander, C., Stein, D.J. (2009). Pharmacotherapy and psychotherapy for body dysmorphic disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, 1, CD005332.

Jakubovski, E., Diniz, J.B., Valerio, C., Fossaluza, V., Belotto-Silva, C., Gorenstein, C., ... Shavitt, R.G., (2013). Clinical predictors of long-term outcome in obsessive–compulsive disorder. Depression Anxiety 30 (8), 763–772

nobel

Jonnal, A. H., Gardner, C. O., Prescott, C. A. ve Kendler, K. S. (2000). Obsessive and compulsive symptoms in a general population sample of female twins. American Journal of Medical Genetics Part A, 96(6), 791–796.

Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: public knowledge beliefs about mental disorders. British Journal of Psychiatry, 177, 396–401.

Karadağ, F., Kalkan Oğuzhanoğlu, N., Özdel, O., Ateşçi, F. Ç. ve Amuk, T. (2006). OCD symptoms in a sample of Turkish patients: a phenomenological picture. Depression and Anxiety, 23(3), 145-152.

Kesir, V., Tükel, R., Karalı, N., Çalıkuşu, C. ve Özpulat Olgun, T. (1999). Trikotilomanide klinik özellikler. Klinik Psikiyatri, 1, 26-33.

Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Hale, E., Fraim, C., Baer, L.,...Jenike M.A. (2000). Repetitive skin-picking in a student population and comparison with a sample of self-injurious skin-pickers. Psychosomatics, 41, 210-215.

Kılıç, C. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili. Erişkin Nüfus Sonuçları. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Kim, H. J., Steketee, G. ve Frost, R.O. (2001). Hoarding by elderly people. Health and Social Work, 26., 176-184.

Krompinger, J. W., Kuckertz, J. M., Schreck, M., Nota, J. A., Van Kirk, N., Falkenstein, M. J. (2020) Adapting exposure and response prevention in the age of COVID-19. Behav. Therapist, 43, 166–171.

Krzanowska, E., Kuleta, M. (2017). From anxiety to compulsivity – A review of changes to OCD classification in DSM-5 and ICD-11. Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 3: 7–15.

Kuelz, A. K., Hohagen, F. ve Voderholzer, U. (2004). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder: a critical review. Biological psychology, 65(3), 185-236.

Lee, E.B., Homan, K., Morrison, K.L., Ong, C.W., Levin, M.E. & Twohig, M.P. (2020). Acceptance and commitment therapy for Trichotillomania: A randomized controlled trial of adults and adolescents. Behavior Modification, 44, 70-91.

Lee, M. T., Mpavaenda, D. N. ve Fineberg, N. A. (2019). Habit Reversal Therapy in Obsessive Compulsive Related Disorders: A Systematic Review of the Evidence and CONSORT Evaluation of Randomized Controlled Trials. Frontiers of Behavioral Science, 13 (79), 1-15. https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00079

Lee, S. R. ve Wu, K. D. (2019). Feelings of incompleteness explain symptoms of OCD and OCPD beyond harm avoidance. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 21, 151–157. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.04.002.

Leins, C. ve Williams, M. T. (2018). Using the Bible to Facilitate Treatment ofReligious Obsessions in Obsessive Compulsive Disorder. Journal of Psychology and Christianity, Vol. 37, No.2, 112-124

Lochner, C., Fineberg, N. A., Zohar, J., van Ameringen, M., Juven-Wetzler, A., Altamura, A.C.,... Stein, D. J. (2014). Comorbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD): a report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). Comprehensive Psychiatry, 55, 1513–9. doi: 10.1016/j.comppsych.2014.05.020.

Mansueto, C. S., Stemberger, R. M., Thomas, A. M. ve Golomb, R. G. (1997). Trichotillomania: an comprehensive behavioral model. Clinical Psychology Review, 17, 567-77.

Marques, L., LeBlanc, N., Weingarden, H., Greenberg, J. L., Traeger, L. N., Keshaviah, A. ve Wilhelm, S. (2011). Body dysmorphic symptoms: Phenomenology and ethnicity. Body Image, 8(2), 163–167.

Mataix-Cols, D. ve Pertusa, A. (2012). Annual research review: Hoarding disorder: Potential benefits and pitfalls of a new mental disorder. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53(5), 608–618.

Mataix-Cols, D., Marks, I. M., Greist, J. H., Kobak, K. A. ve Baer, L. (2002). Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial. Psychotherapy and Psychosomatics, 71, 255–262.

Mathews, C. A. (2014) Hoarding disorder: more than just a problem of too much stuff. The Journal of Clinical Psychiatry, 75 (8), 893 – 894.

McGuire, J. F., Ung, D., Selles, R. R., Rahman, O., Lewin, A. B., Murphy, T. K. ve Storch, E. A. (2014) Treating trichotillomania: A meta-analysis of treatment effects and moderators for behavior therapy and serotonin reuptake inhibitors. Journal of Psychiatric Research, 58, 76-83

McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A. S., Sookman, D., ... Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. Clinical Psychology Review, 24, 283–313.

McNally, R. J. ve Kohlbeck, P. A. (1993). Reality monitoring in obsessive compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy, 31(3), 249–253.

Millar, T. ve Tallis, F. (1996). Obsessive-compulsive disorder detection in general practice. Clinical Psychology Forum, 94, 4–8.

Morris, S. H., Zickgraf, H. F., Dingfelder, H. E. ve Franklin, M. E. (2013). Habit reversal training in trichotillomania: Guide for the clinician. Expert Review of Neurotherapeutic, 13(9), 1069–1077. http: dx.doi.org 10.1586/14737175.2013.827777

Nanjundaswamy, M. H., Arumugham, S. S., Narayanaswamy, J. C. ve Reddy, Y. C. J. (2020). A prospective study of intensive in-patient treatment for obsessive-compulsive disorder. Psychiatry Research, 113503.

Nordsletten, A.E. ve Mataix-Cols, D. (2012). Hoarding versus collecting: Where does pathology diverge from play?. Clinical Psychology Review, 32, 165-176.

O'Connor, C., Freeston, M., Delorme, M., Aardema, F., Polman, A., Careau, Y. ve Gremier, S. (2012). Covert neutralization in the treatment of OCD with overt compulsions. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 1, 274-282.

Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy, 35, 7, 667- 681.

Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B. ve Smits, J. A. J. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. Journal of Psychiatric Research, 47 (1), 33–41.

Olatunji, B. O., Wolitzky-Taylor, K., Willems, B., Lohr, J. M., & Armstrong, J. M. (2009). Differential habituation of fear and disgust during repeated exposure to threat-relevant stimuli in contamination-based OCD: An analogue study. Journal of Anxiety Disorders, 23, 118–123.

Ong, C. W., Blakey, S. M., Smith, B. M., Morrison, K. L., Bluett, E. J., Abramowitz, J. S. ve Twohig, M. P. (2020). Moderators and processes of change in traditional exposure and response prevention (ERP) versus acceptance and commitment therapy-informed ERP for obsessive-compulsive disorder. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 24, 100499. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2019.100499.

Ong, C. W., Krafft, J., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2020). Comparing effects of acceptance training and psychoeducation on hoarding symptoms. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 25. doi:10.1016/j.jocrd.2020.100521

Ottaviani, C., Collazzoni, A., D'Olimpio, F., Moretta, T. ve Mancini, F. (2018). I obsessively clean because deontological guilt makes me feel physiologically disgusted! Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 20, 21–29. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.01.004.

Otte, C. (2011). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. Dialogues in Clinical Neuroscience, 13(4), 413–421.

Öst, L. G., Havnen, A., Hansen, B. ve Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. Clinical Psychology Review, 40, 156-169.

Öznur, T., Erdem, M. ve Akarsu, S. (2013). Obsesif Kompulsif Bozuklukta Nöropsikolojik Defisitlerin Beyin Bölgeleri ile İlişkisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 5(3), 343-354 doi:10.5455/cap.20130523.

Pallanti, S., Hollander, E., Bienstock, C., Koran, L., Leckman, J., Marazziti, D. ve Zohar, J. (2002). Treatment non-response in OCD: Methodological issues and operational definitions. International Journal of Neuropsychopharmacology, 5(2), 181–191. https://doi.org/10.1017/S1461145702002900

Penades, R., Catalan, R., Rubia, K., Andres, S., Salamero, M. ve Gasto, C. (2007). Impaired response inhibition in obsessive compulsive disorder. European Psychiatry, 22, 404-410.

Peris, T. S., Bergman, R. L., Langley, A., Chang, S., McCracken, J. T. ve Piacentini, J. (2008). Correlates of accommodation of pediatric obsessive-compulsive disorder: Parent, child, and family characteristics. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 47(10), 1173–1181.

Phillips, K. A., McElroy, S. L., Keck, P. E., Pope, H. G. ve Hudson, J. I. (1993). Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. American Journal of Psychiatry, 150(2), 302–308.

Phillips, K. A., Coles, M. E., Menard, W., Yen, S., Fay, C. ve Weisberg, R. B. (2005). Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. Journal of Clininical Psychiatry, 66, 717–25.

Phillips, K. A. ve Taub, S. L. (1995). Skin picking as a symptoms of body dysmorphic disorder. Psychopharmacology Bulletin, 31, 279-288.

Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., ... Abel, K. M. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: A longitudinal probability sample survey of the UK population. The Lancet Psychiatry. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30308-4. Advance online publication.

Piri, S. & Kabakçı, E. (2007). Düşünce-Eylem Kaynaşması, Yükleme Biçimleri, Depresif ve Obsesif Kompulsif Belirtiler Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Türk Psikiyatri Dergisi, 18(2), 1-10.

Poli, A., Melli, G., & Radomsky, A. S. (2019). Different disgust domains specifically relate to mental and contact contamination fear in obsessive-compulsive disorder: Evidence from a path analytic model in an Italian clinical sample. Behavior Therapy, 50, 380–394.

Polman, A., Bouman, T.K., van Hout, W.J.P.J., de Jong, P.J. ve den Boer, J. A. (2010). Processes of change in cognitive-behavioural treatment of obsessive–compulsive disorder: current status and some future directions. Clin. Psychol. Psychother. 17, 1–12. http://dx.doi.org/10.1002/cpp.638.

Purdon, C. (2004). Cognitive-behavioral treatment of repugnant obsessions. Journal of Clinical Psychology: In Session, 60, 1169–1180.

Purdon, C. ve Clark, D. A. (2005). Overcoming obsessive thoughts: How to gain control of your OCD. Oakland, CA: New Harbinger Press.

Rachman, S. (1994). Pollution of the mind. Behaviour Research and Therapy, 32(3), 311-314.

Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. Behavior Research and Therapy, 35(9), 793-802.

Rachman, S. J. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. Behaviour Research and Therapy, 36, 385±401.

Rachman, S., Shafran, R. (1999). Cognition distortions: Thought Action Fusion. Clinical Psychology and Psychotherapy, 6, 80-5.

Rachman, S., Shafran, R., Mitchell, D., Trant, J. ve Teachman, B. (1996). How to remain neutral: An experimental analysis of neutralization. Behavior Research and Therapy, 34, 889–98.

Rachman, S. ve de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. Behaviour Research and Therapy, 16, 233–248.

Ramos-Cerqueira, A. T., Torres, A. R., Torresan, R. C., Negreiros, A. P. ve Vitorino, C. N. (2008). Emotional burden in caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. Depression and Anxiety, 25(12), 1020-1027.

Rasmussen, S. A. ve Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical festures of obsessive compulsive disorder. Psychiatric Clinics of North America, 15, 743-758.

Rasmussen, S. A. ve Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. Psychiatric Clinics of North America, 15, 743–758.

Rosenbaum, M. S. ve Ayllon, T. (1981). The behavioral treatment of neurodermatitis through habit-reversal. Behavior Research and Therapy, 19, 313-318.

Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T. ve Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. Molecular Psychiatry, 15(1), 53-63

Salkovskis, P. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive behavioural analysis. Behavior Research and Therapy, 28, 571–588

Salkovskis, P. M. (1989) Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. Behavior Research and Therapy, 27, 677–682.

Salkovskis, P. M. (2007). Psychological treatment of obsessive–compulsive disorder. Psychiatry, 6(6), 229-233.

Salkovskis, P. M., Thorpe, S. J., Wahl, K., Wroe, A. L. ve Forrester, E. (2003). Neutralizing increases discomfort associated with obsessional thoughts: An experimental study with obsessional patients. Journal of Abnormal Psychology, 112(4), 709–715

Salkovskis, P.M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. Behaviour Research and Therapy, 23, 571-583.

Samorodnitzky-Naveh, G., Geiger, S. B. ve Levin, L. (2007). Patients' satisfaction with dental esthetics. Journal of the American Dental Association, 138(6), 805–808.

Sasso, D. A., Kalanithi, P. S. A., Trueblood, K.V., Pittenger, C., Kelmendi, B., Wayslink, S., ... Coric, V. (2006). Beneficial effects of the glutamatemodulating agent riluzole on disordered eating and pathological skin-picking behaviors. Journal of Clinical Psychopharmacology, 26: 685-68.

Saxena, S., Brody, A.L., Schwartz, J.M. ve Baxter, L.R. (1998). Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. British Journal of Psychiatry Supplement, 26-37.

Sayılgan, M. A. (2003). Obsesif kompulsif bozukluk ve bilişsel davranışçı tedavi. I. Savaşır, G. Soygüt ve E. Kabakçı, (Eds.), Bilişsel Davranışçı Terapiler içinde (3. baskı) (71-90). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Schruers, K. R. (2007). Group cognitive behavioural therapy increases complete remission of obsessive-compulsive disorder symptoms compared with sertraline, but not response. Evidence Based Mental Health, 10, 25.

Schuck, K., Keijsers, G. P. ve Rinck, M. (2011). The effects of brief cognitive-behaviour therapy for pathological skin picking: a randomized comparison to wait-list control. Behavior Research and Therapy, 49, 11-17.

Shafran, R., Thordarson, D. S. ve Rachman, S. (1996). Thought–action fusion in obsessive compulsive disorder. Journal of Anxiety Disorders, 10, 379–91.

Shavitt, R. G., Belotto, C. ve Curi, M. (2006). Clinical features associated with treatment response in obsessive-compulsive disorder. Comprehensive Psychiatry, 47, 276– 81. doi: 10.1016/j.comppsych.2005.09.001.

Sica, C., Novara, C. ve Sanavio, E. (2002). Religiousness and obsessive–compulsive cognitions and symptoms in an Italian population. Behaviour Research and Therapy, 40, 813–823.

Siegel, J. A., Huelleman, K. L., Hillier, C. C. ve Campbell, L. (2020). The protective role of self-compassion for women's positive body image: An open replication and extension. Body Image, 32, 136–144. http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2019. 12.003.

Sijercic, I., Whitfield, K. M., Cassin, S. E., Antony, M. M. (2020). A systematic review of cognitive-behavioral therapy for pharmacotherapy treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 26, 100532.

Snorrason, I., Smári, J. ve Olafsson, R.P. (2010). Emotion regulation in pathological skin picking: findings from a non-treatment seeking sample. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41, 238-45.

Snowdon, J., Pertusa, A. ve Mataix-Cols, D. (2012). On hoarding and squalor: a few considerations for DSM-5. Depression and Anxiety, 29: 417-24.

Soomro, G.M., Altman, D.G., Rajagopal, S. ve Oakley-Browne, M. (2008). Selective serotonin re-uptake inhibitors (SSRIs) versus placebo for obsessive compulsive disorder (OCD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1. Art. No.: CD001765. DOI: 10.1002/14651858.CD001765.pub3.

Steketee, G., Frost, R., Bhar, S., Bouvard, M., Clamari, J., Carmin, C.,... Yaryura-Tobias, J. (2003). Psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. Part I. Behavioral Research and Therapy, 41(8), 863 -878.

Stemberger, R. M., Thomas, A. M., Mansueto, C. S. ve Carter, J. G. (2000). Personal toll of trichotillomania: Behavioral and interpersonal sequelae. Journal of Anxiety Disorders, 14, 97-104.

Storcha, E. A., Schneidera, S. C., Guzicka, A., McKayb, D., Goodman, W. K. (2020, Temmuz). Impact of COVID-19 on exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: Present and post-pandemic considerations [Editöre mektup]. Psychiatry Research, 292, 113310.

Sweeten, G., Sillence, E. ve Neave, N. (2018). Digital hoarding behaviours: Underlying motivations and potential negative consequences. Computers in Human Behavior, 85, 54–60. https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.03.031.

Szeszko, P. R., MacMillan, S., McMeniman, M., Chen, S., Baribault, K., Lim, K. O., ... Rosenberg, D. R. (2004). Brain structural abnormalities in psychotropic drug-naive pediatric patients with obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry, 161(6), 1049–56.

Taylor, S., & Asmundson, G. J. G. (2020, Mayıs). Life in a post-pandemic world: What to expect of anxiety-related conditions and their treatment. Journal of Anxiety Disorders, 72, 102231. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102231.

Tek, U., Ulug, B. (2001). Religiosity and religious obsessions in obsessive compulsive disorders. Psychiatry Research, 104, 99-108.

Thiel, N., Jacob, G. A., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Külz, A. K., ...Voderholzer U. (2016). Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive-compulsive disorder: feasibility and efficacy of a pilot study. Journal of Behavior Therapy Experimental Psychiatry, 52, 59–67.

Tolin, D. F., Frost, R. O. ve Steketee, G. (2007). An open trial of cognitive-behavioral therapy for compulsive hoarding. Behavior Research and Therapy, 45, 1461-1470.

Tolin, D. F., Meunier, S. A., Frost, R. O. ve Steketee, G. (2010). Course of compulsive hoarding and its relationship to life events. Depression and Anxiety, 27, 829-838.

Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D. K., Brugha, T. S., Farrell, M. Ve Singleton, N. (2007). Treatment seeking by individuals with obsessive-compulsive disorder from the british psychiatric morbidity survey of 2000. Psychiatric Services (Washington, D.C.), 58(7), 977-982.

Tucker, B. T., Woods, D. W., Flessner, C. A., Franklin, S. A. ve Franklin, M. E. (2011). The Skin Picking Impact Project: phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population-based sample. Journal of Anxiety Disorders, 25, 88-95.

Turk, F. ve Waller, G. (2020). Is self-compassion relevant to the pathology and treatment of eating and body image concerns? A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review, 79, 101856–101875. http://dx.doi. org/10.1016/j.cpr.2020.101856.

Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Smith, B. M., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., ...Lederman, T. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. Behaviour Research and Therapy.

Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., HazlettStevens, H. ve Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of Acceptance and Commitment Therapy vs. Progressive Relaxation Training for obsessive compulsive disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78, 705-716.

U.S. Census Bureau. (2014). Population Clock. Retrieved from http://www.census.gov/population/popclockworld.html.

van Grootheest, D.S., Cath, D.C., Beekman, A.T., Boomsma, D.I. (2005). Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. Twin Research and Human Genetics, 8, 450-458.

Veale D, Miles S, Read J, Troglia A, Carmona L, Florito C, ...Muir G. (2015) Penile dysmorphic disorder: Development of a screening scale, Arch Sex Behav; 3:Epub ahead of print.

Veale D, Miles S, Read J, Troglia A, Carmona L, Florito C, ...Muir G. (2015) Phenomenology of men with body dysmorphic disorder concerning penis size compared to men anxious about their penis size and to men without concerns: A cohort study, Body Image; 13:53-61.

Verbruggen, F., & Logan, G. D. (2008). Response inhibition in the stop-signal paradigm. Trends in Cognitive Sciences, 12(11), 418-424.

Yap, K. ve Grisham, J. R. (2020). Object attachment and emotions in hoarding disorder Comprehensive Psychiatry, 100, 152179.

Weingarden, H. ve Renshaw, K. D. (2015). Body dysmorphic symptoms, functional impairment and depression: the role of appearence based teasing, Journal of Psychology, 23, 1-15.

Weingarden, H. ve Renshaw, K.D. (2015). Shame in the obsessive compulsive related disorders: a conceptual review. Journal of Affective Disorders, 171, 74-84.

Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Greenwald, S., Hwu, H-G., Lee, C.K., ...Yeh, E-K. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. Journal of Clinical Psychiatry, 55(Supplement 3), 5–10

Wells, A. (1997). Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide. Chichester, United Kingdom: Wiley.

Westenberg, H.G., Fineberg, N.A. ve Denys, D., (2007). Neurobiology of obsessive–compulsive disorder: serotonin and beyond. CNS Spectroscopy 12 (2 Suppl3), 14–27.

Wheaton, M. G., Galfalvy, H., Steinman, S. A., Wall, M. M., Foa, E. B. ve Simpson, H. B. (2016). Patient adherence and treatment outcome with exposure and response prevention for OCD: Which components of adherence matter and who becomes well? Behaviour Research and Therapy, 85, 6–12. https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.07.010.

Whitton, A., Henry, J. ve Grisham, J. (2014). Moral rigidity in obsessive-compulsive disorder: Do abnormalities in inhibitory control, cognitive flexibility and disgust play a role? Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 45(1), 152–159.

Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Deckersbach, T., Engelhard, I. M., Forker, A. E. ve Baer, L. (1999). Self-injurious skin picking: clinical characteristics and comorbidity. Journal of Clinical Psychiatry, 60, 454-459.

Williams, M. T., Domanico, J., Marques, L., Leblanc, N. ve Turkheimer, E. (2012). Barriers to treatment among African Americans with obsessive-compulsive disorder. Journal of Anxiety Disorders, 26(1), 555–563.

Woods, C. M., Vevea, J. L., Chambless, D. L. ve Bayen, U. J. (2002). Are compulsive checkers impaired in memory? A meta-analytic review. Clinical Psychology: Science and Practice, 9(4), 353-366.

Woods, D. W., Flessner, C., Franklin, M. E., Keuthen, N. J., Goodwin, R. D., Stein, D. J. ve Walther, M. R. (2006). The Trichotillomania Impact Project (TIP): exploring phenomenology, functional impairment, and treatment utilization. Journal of Clinical Psychology, 67, 1877–1888.

Woods, D. W., Wetterneck, C. T. ve Flessner, C. A. (2006). A controlled evaluation of acceptance and commitment therapy plus habit reversal for trichotillomania. Behavior Research and Therapy, 44, 639-56.

World Health Organization (1999). The "newly defined" burden of mental problems. Geneva, WHO.

World Health Organization (WHO). The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva, Switzerland: World Health Organization: 2008.

Yoo, S. Y., Jang, J. H., Shin, Y. W., Kim, D. J., Park, H. J., Moon, W. J., ...Kwon, J. S. (2007). White matter abnormalities in drug-naïve patients with obsessivecompulsive disorder: A diffusion tensor study before and after citalopram treatment. Acta Psychiatrica Scandinavica, 116(3), 211–19.

Yorulmaz, O., Derin, S., Göcek Yorulmaz, E., Gültekin, G., Baş, S. (2020). Çevrimiçi Psikolojik Müdahale ve Uygulamalar için Telepsikoloji Kılavuzu. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Yorulmaz, O., Altın, M. ve Karancı, A. N. (2008). Further support for responsibility in different obsessive-compulsive symptoms in Turkish adolescents and young adults. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36, 605–617

Yorulmaz, O., Gençöz, T. ve Woody, S. (2009). OCD cognitions and symptoms in different religious contexts. Journal of Anxiety Disorders, 23, 401–406

Yorulmaz, O., Yılmaz, A. E. ve Gençöz, T. (2004). Psychometric Properties of the Thought-Action Fusion Scale in a Turkish Sample. Behaviour Research and Therapy, 42, 1203-1214

Zohar, J. ve Insel, T.R. (1987). Obsessive-compulsive disorder: Psychobiological approaches to diagnosis, treatment, and pathophysiology, Biological Psychiatry, 22: 667–687.

7. Bölüm

TRAVMA İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Duygu Cantekin

VAKA ÖRNEĞİ 1

Meral, 16 yaşındayken okuldan eve dönüş yolunda bir grup erkek tarafından saldırıya uğradı. Meral'in ağzını kapatarak ve çığlıklarını bastırarak tecavüz ettiler. Polis olay yerine vaktinde yetişmeseydi Meral'in ölmesi için neredeyse bıçaklayacaklardı. Bu korkunç olaydan aylar sonra, Meral artık eskisi gibi değildi. Zihninden saldırı anının görüntülerini uzaklaştıramıyordu. Geceleri dehşet verici tecavüz rüyaları görüyor ve çığlıklar içinde uyanıyordu. Okuldan eve dönerken yürümekte zorlanıyor, dönüş yolu Meral'in saldırıya uğradığı yerden geçtiği için çok daha uzun başka bir yolu tercih ediyordu. Sanki duygusal olarak hissizleşmişti. Artık geleceği yokmuş gibi hissediyordu. Evdeyken gergin, endişeli, kolayca ürken bir hâldeydi. Kendisini "kirlenmiş" hissediyor ve bir şekilde bu olaydan ötürü utanç duyuyordu. Yakın arkadaşlarının bu olaydan ötürü kendisini reddetmesinden korktuğu için bu olayı onlara anlatmama kararı almıştı.

Ahmet, askeri görevi sırasında aktif çatışmalar içinde bulunmuştu. Özellikle bazı olaylar hiçbir zaman aklından çıkmıyordu. Örneğin, yakın silah arkadaşı Mert'in mayın patlaması sonucu oluşan korkunç görüntüsü gözünün önünden gitmiyordu. Sivil hayatına geri dönmesine rağmen bu görüntüler peşini bırakmıyordu. Çatışmalardan sahneler, tekrarlayan bir şekilde zihninde oynuyor ve işe odaklanmasını engelliyordu. Örneğin, benzin istasyonunda arabasına benzin alırken bile mazot kokusu bazı dehşet verici anıları hemen canlandırabiliyordu. Başka zamanlar ise geçmişteki olayları hatırlamakta zorlanıyordu.

Sanki hatırlamasına izin verse çok acı çekecekmiş gibi geliyordu. Yeni anıları tetiklemesinden çekindiği için eski askerlik arkadaşlarıyla sosyalleşmekten özellikle kaçınıyordu. Kız arkadaşı, Ahmet'in sürekli asabi, gergin ve tetikte olduğundan şikayet ediyordu. Öyle ki geceleri uykuya dalmakta ve rahatlamakta bile zorlanıyordu. Bu nedenle çok fazla alkol içmeye başlamıştı. Ani yüksek sesler duyduğunda kelimenin tam anlamıyla savaşmaya hazırlanıyormuş gibi atlıyordu (Cohen, 2020).

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), tarihte ilk olarak savaş gazilerinin ve eski askerlerin yaşadığı bir sendrom olarak dikkat çekmiş ve farklı isimlerle anılmıştır. Birinci Dünya Savaşı sırasında askerlerin bazı ruhsal belirtiler göstermeye başlaması üzerine İngiliz askeri psikiyatristi Charles Samuel Myers, ortaya çıkan klinik tablonun, patlayan bombaların merkezi sinir sisteminde geçici bağlantı sorunu yaratarak beyin zedelenmesine yol açması sonucu oluştuğunu düşünerek bu klinik görünüme "bomba şoku (shell shock)" ismini vermiştir. Ancak fiziksel bir duruma bağlı olduğu düşünülen bu klinik tablonun hiç patlamayla karşılaşmamış askerlerde de görüldüğü gözlenmiştir. Daha sonra, bu kez İkinci Dünya Savaşı sırasında benzer belirtiler dikkat çekmeye başlayınca, bu durum "savaş yorgunluğu (battle fatigue)" olarak isimlendirilmiştir. En son, Vietnam Savaşı sonrasında savaştan dönen askerlerle ve onların sorunlarıyla ilgilenen sivil toplum kuruluşlarının çabalarıyla askerlerin yaşadığı savaş travmasının neden olduğu ruhsal belirtilere dikkat çekilmiş ve bu sayede başlayan araştırmalarla, TSSB yeni bir psikiyatrik tanı olarak tanımlanmış ve 1980 yılında DSM-III'te yerini almıştır. Hem zaman içinde yapılan çok sayıda kapsamlı bilimsel çalışmalar ile hem de dünyadaki travmatik olayların sayı ve çeşitliliğinin artması nedeniyle psikolojik travma ve TSSB kavramı çok büyük önem kazanmış ve geliştirilmiştir.



Şekil 1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), tarihte ilk olarak savaş gazilerinin ve eski askerlerin yaşadığı bir sendrom olarak dikkat çekmiş ve farklı isimlerle anılmıştır.

TSSB oluşması için kişinin öncelikle travmatik bir olaya maruz kalması veya tanıklık etmesi gerekir. Bu travmatik olayı olumsuz yaşam olaylarından ayıran özellik; ölüm, ciddi yaralanma veya cinsel şiddetin kendisi veya tehdidiyle karşılaşma durumudur. Travmatik olaylar; deprem, sel, çığ gibi doğal afetler olabileceği gibi, ciddi trafik kazaları, terör eylemleri, savaş, işkence, tecavüz gibi insan faktörüyle oluşmuş da olabilir. Bununla birlikte zamana bağlı olarak da tanımlanabilen travmatik olaylar, doğal afetler, trafik kazaları gibi tek, kısa süreli, beklenmedik bir olay şeklin-

de gerçekleşebileceği gibi, çocukluk çağı istismarları, ev içi şiddet, devam eden savaşlar, sürekli yoksunluk gibi kronik durumları da kapsayabilir.

TSSB semptomları genel olarak dört kategoride sınıflandırılır.

(1) İstem Dışı Gelen, Araya Giren (intrusive) Anılar ve Yeniden Deneyimleme

Charcot, 1887'de istem dışı travmatik anıları "zihnin parazitleri" olarak tanımlamıştır (Van Der Kolk & McFarlane, 2007). Travmatik anılarla ilgili istem dışı gelen belirtiler tekrarlayan biçimde, çeşitli şekillerde gerçekleşir. Kişi; travmatik olayla ilgili istenmeyen üzücü anıları anımsayabilir, kâbuslar görebilir, gözünün önüne gelen görüntülerle geriye dönüşler (flashback) yaşayabilir. Kişi, travmatik olayı hatırlatan uyaranlarla karşılaştığında yoğun ve belirgin bir düzeyde ani duygusal ve fizyolojik tepkiler verebilir. Bu istem dışı travmatik anılar, kişiye travmatik olayı geçmişte olmuş bitmiş bir olaydan ziyade, aynı canlılığıyla "şimdi ve burada" yaşıyormuş etkisini verir. Araya giren travmatik anıların hatırlatıcıları zamanla daha zor fark edilen, daha genelleşmiş ve olayla ilgisiz şeyler olabilir. Örneğin, kamplarda yaşayan Suriyeli mültecilerle yapılan bir araştırmada, sığınmacılardan bazıları uçak sesinin olduğu kadar yağmur sesinin de onlara savaş alanını hatırlattığını, kaldıkları çadır veya konteynıra düşen yağmuru çatışma sesine benzettiklerini ve benzer tepkiler verdiklerini söylemişlerdir (Cantekin, 2018). Her iki uyaranda da aşırı korku duyarak ve kulaklarını kapatarak bir köşede saklandıklarını belirtmişlerdir.



Şekil 2. Kamplarda yaşayan mülteciler, kaldıkları çadırlara düşen yağmuru çatışma sesine benzettikleri için yeniden deneyimleme belirtileri yaşamaktadır (Cantekin, 2018).

(2) Kaçınma

Kişi, istem dışı düşüncelerle yeniden deneyimlemeye maruz kaldıkça, travmatik olayla ilgili sıkıntı veren duygular, düşünceler, anılar ve fiziksel duyumlardan ve bunları tetikleyen çevresel uyaranlardan sürekli kaçınmaya çalışır. Bunu çeşitli şekillerde yapabilir. Örneğin, bir kişi kendisine sıkıntı veren duygusal durumdan, anılarından veya fiziksel hislerinden kurtulmak için alkol veya madde kullanarak kendisini hissizleştirmeye çalışabilir, otomobil kazası yapmış biri otomobil sürmeyi bırakabilir, savaştan dönen bir asker askerlik arkadaşlarıyla görüşmek istemeyebilir, hatta savaşta yaşadıklarıyla ilgili konuların açılmasından korktuğu için genel olarak insanlarla sosyalleşmek istemeyebilir.

(3) Olumsuz Düşünceler ve Duygular

Travmatik olaydan sonra kişinin düşüncelerinde ve duygu durumunda abartılı olumsuz değişimler görülür. Kişinin kendisine, diğer insanlara ve dünyaya dair olumsuz değerlendirmeleri ve

beklentileri oluşabilir ya da varsa daha da pekişebilir. Örneğin, "Ben kötü biriyim.", "Kimseye güven olmaz.", "Dünya tamamen tehlikeli bir yer." gibi inançları oluşabilir. Ayrıca, kişi travmatik olayla ilgili kendisini veya başkalarını abartılı bir şekilde suçlayabilir. Örneğin, arkadaşlarının düzenlediği bir partide tecavüze uğrayan bir kişi, tecavüze uğramasının nedeninin partiye yalnız gitmesi olduğunu düşünebilir ve bunun için kendisini suçlayabilir. Bunların dışında bu kategori altında; sürekli korku, öfke, utanç, suçluluk gibi olaya bağlı olumsuz duygular yaşama, mutluluk, memnuniyet, sevgi gibi olumlu duyguları yaşayamama, diğer insanlardan uzaklaşma, daha önce zevk alınan aktivitelere ilgide azalma, travmatik olayın önemli kısımlarını hatırlayamama görülür.

(4) Aşırı Uyarılma ve Tepkisellik

Bu belirtiler arasında, aşırı sinirlilik hâli ve öfke patlamaları görülür. Bu genellikle diğer insanlara ve nesnelere fiziksel veya sözlü saldırı şeklinde kendini gösterir. Kişi pervasız veya kendisine zarar verici davranışlarda bulunabilir. Her an tetikte olma, kolayca ürkme hâli ve konsantrasyonda güçlükler görülebilir. Ayrıca uykuya dalmada, uykuda kalmada güçlük veya huzursuz uyuma gibi uyku problemleri yaşanabilir. Bunun sebebi, kişinin uykuya dalmasını sağlayacak kadar kendisini yatıştıramaması ya da uyurken gördüğü kâbuslardan kaçınmaya çalışması olabilir. TSSB'ye sahip kişiler, genellikle kendisini neyin üzdüğünü veya rahatsız ettiğini fark etmeden uyarandan tepkiye hızlıca geçerler. En küçük bir uyarana karşı korku, kaygı, öfke, panik gibi yoğun olumsuz duygular yaşadıkları için ya fazla reaksiyon gösterirler ve başkalarını korkuturlar ya da kendilerini tamamen kapatırlar.

Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM'nin beşinci baskısında, TSSB tanı kriterlerinde birtakım değişiklikler yapmıştır. Yapılan en önemli değişiklik, DSM-IV'te anksiyete bozuklukları kategorisinde yer alan TSSB'nin o kategoriden çıkarılarak "Travma ve Stresörle İlişkili Bozukluklar" kategorisine dahil edilmiş olmasıdır. Bunun dışında, "travmatik olay" tanımı daraltılarak ve maruz kalınma yolları açıkça belirtilerek netleştirilmeye çalışılmıştır. Travmatik olay tanımına cinsel şiddet ve travmanın rahatsız edici detaylarına yinelenen maruz kalma özel olarak eklenmiştir. A4 kriterine göre, acil servis çalışanları, psikoterapist ve sosyal hizmet uzmanları, arama kurtarma çalışanları ve itfaiyeciler gibi ölüm, cinayet, ağır fiziksel yaralanma, ev içi şiddet, cinsel şiddet gibi travmatik olayların sahneleriyle veya detaylarıyla sürekli karşılaşan profesyoneller TSSB geliştirebilir. Daha önce ikincil travmatik stres veya dolaylı travmatizasyon olarak adlandırılan bu şekildeki travmatik olaya dolaylı maruz kalma (Yılmaz, 2007; Zara & İçöz, 2015), DSM-5'te artık geçerli bir TSSB stresörü olarak (kriter A4) tanınmıştır. DSM-IV'te yer alan A2 kriterinin ("Kişi olaya maruz kaldığı anda aşırı korku, çaresizlik ve dehşet



Şekil 3. DSM 5'e göre, arama kurtarma çalışanları gibi travmatik olayların sahneleriyle veya detaylarıyla sürekli karşılaşan profesyoneller TSSB geliştirebilir.

yaşar.") kaldırılması ve Disosiyasyon alt kümesinin ayrıca eklenmesi ile dissosiyatif belirtili TSSB için oluşan problemin ortadan kaldırılması amaçlanmıştır (Çolak, Kokurcan, Özsan, 2010). Özellikle A2 kriterinin varlığı, TSSB tanısı alan birçok insanın travmatik olay sırasında duygusal küntlük yaşamadığı ve hiçbir şey hissetmediğini belirtmesi ile çelişiyordu. DSM-IV'te bir travmatik olay olarak tanımlanan savaş, çatışma veya terör görüntülerine medya yoluyla maruz kalma DSM-5'te kaldırılmış ve travma olarak tanımlanmadığı açıkça belirtilmiştir. Ayrıca DSM-5'te altı yaşında ve daha küçük çocuklar için özel bir okul öncesi tanı kriteri altkümesi oluşturulmuştur. Aşağıda yer alan kriterler; erişkin, ergen ve altı yaşından büyük çocuklar için geçerlidir. TSSB'nin tanı kiterleri aşağıda kısaca özetlenmiştir.

Tablo 1. DSM-5'e Göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanı Kriterleri

Kriter A. Stresör: Kişi öncelikle travmatik bir veya birden çok olaya maruz kalır. Bunun için ölümün, ciddi yaralanmanın veya cinsel şiddetin kendisi veya tehdidiyle karşılaşması beklenir. Bu karşılaşma; (1) travmaya doğrudan maruz kalmayla olabileceği gibi, (2) travmaya tanıklık etme, (3) akraba veya arkadaş gibi yakınlığı olan bir kişinin travmaya maruz kaldığını öğrenme veya (4) genellikle bazı profesyonel iş dallarında olan travmanın rahatsız edici detaylarına sürekli maruz kalma (vücut parçalarını toplayan ilk müdahale ekipleri veya çocuk istismarının detaylarını sürekli dinleyen polis memurları gibi) şeklinde dolaylı yollarla da olabilir. Dördüncü madde, profesyonel çalışmalar dışında medya yoluyla (televizyon, elektronik medya, filmler, görüntüler, resimler vb.) dolaylı maruz kalmayı kapsamaz.

Tanı için bu maddelerden en az bir tanesinin görülmesi gereklidir.

Kriter B. İstem dışı olan (araya giren) belirtiler: (1) Travmatik olayla ilişkili, tekrarlayan, istenmeyen, üzücü anılar anımsanabilir. Bununla ilgili olarak çocuklar, travmatik olayın bazı temalarının vurgulandığı tekrarlayıcı oyunlar oynayabilir. (2) Travmatik olayla ilişkili, tekrarlayan, üzücü kâbuslar görülebilir. Bununla ilgili olarak çocuklar, içeriğini anlayamadıkları korkutucu kâbuslar görebilir. (3) Travmatik olay tekrar meydana geliyormuş gibi hissettiren ya da davrandıran dissosiyatif reaksiyonlar, geriye dönüşler (flashback) yaşanabilir. Bununla ilgili olarak çocuklar, travmatik olaya özgü sahneleri oyunlarda yeniden canlandırabilir. (4) Travmatik olaya bazı açılardan benzeyen veya onu simgeleyen içsel veya dışsal uyaranlara maruz kalındığında yoğun veya uzun süreli duygusal sıkıntılar ve/veya (5) fiziksel reaksiyonlar yaşanabilir.

Tanı için bu maddelerden en az bir tanesinin travmatik olaydan sonra başlaması gereklidir.

Kriter C. Kaçınma: Travmatik olayla ilişkili; (1) sıkıntı veren anıları, düşünceleri, hisleri canlandıran çevresel uyaranlardan (insanlar, mekânlar, konuşmalar, nesneler vb.) veya (2) düşünceler, duygular, anılar, fiziksel duyumlar gibi sıkıntı veren içsel uyaranlardan sıklıkla kaçınmaya çalışılır.

Tanı için bu maddelerden en az bir tanesinin travmatik olaydan sonra başlaması gereklidir.

Kriter D. Bilişler ve duygudurumdaki olumsuz değişimler: (1) Travmatik olayın önemli bir bölümünü hatırlayamama, (2) kendi, diğerleri ve dünya hakkında sürekli ve abartılı olumsuz inançlar veya beklentiler, (3) travmatik olayın nedeni veya sonuçları ile ilgili kendini veya başkalarını abartılı suçlamaya neden olan çarpıtılmış düşünceler, (4) sürekli travmatik olaya bağlı olumsuz duygular (korku, öfke, utanç, suçluluk vb.), (5) travmatik olay öncesi önemli bulunan aktivitelere ilgi veya katılımda belirgin düşüş, (6) diğerlerinden kopuk veya yabancılaşmış hissetme, (7) olumlu duyguları yaşayamama görülebilir.

Tanı için bu maddelerden en az iki tanesinin travmatik olaydan sonra başlaması veya daha kötüleşmesi gereklidir.

Kriter E. Uyarılma ve tepkisellikte olumsuz değişimler: (1) Aşırı sinirlilik, öfke patlamaları, (2) riskli, dürtüsel, yıkıcı davranışlar, (3) her an tetikte olma, (4) kolay ve abartılı irkilme, (5) konsantrasyonda güçlük, (6) uyku problemleri görülebilir.

Tanı için bu maddelerden en az iki tanesinin travmatik olaydan sonra başlaması veya daha kötüleşmesi gereklidir.

Kişinin tanı alabilmesi için B, C, D ve E kriterlerindeki belirtileri bir aydan daha fazla süredir yaşıyor olması, belirtilerin kişinin farklı alanlarındaki (iş, sosyal yaşam vb.) işlevselliğinde düşmeye neden olması ve bu belirtilerin başka bir sağlık durumuna veya madde kullanımına bağlı gelişmemiş olması gerekmektedir.

Tanı ölçütleri dışında, aşağıdaki durumların olup olmadığının belirtilmesi istenmektedir.

1. Disosiyatif belirtiler gösterme: Travmatik olayla ilgili uyaranlara karşı sürekli veya yineleyici biçimde (1) kendine yabancılaşma (depersonalizasyon); yani kişinin kendi zihinsel süreçlerinden ve bedeninden koptuğunu ve kendisine dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığını deneyimlemesi (örneğin, "kendisine olmuyormuş" gibi veya "rüyaydaymış" gibi hissetme) veya (2) gerçek dışılık (derealizasyon) yani çevredekilerin gerçek dışı, uzak veya çarpık olarak deneyimlenmesi (örneğin, "olanlar gerçek değil" gibi hissetme) durumlarının görülüp görülmediği belirtilir.
2. Gecikmeli dışavurum gösterme: Travmatik olay(lar)dan sonra bazı belirtiler hemen başlasa bile en az altı ay geçmeden tanı ölçütleri tam olarak karşılanmıyorsa belirtilir.

AKUT STRES BOZUKLUĞU

Akut Stres Bozukluğuna (ASB), travmaya maruz kalındıktan sonraki ilk ay içerisinde görülen akut stres reaksiyonlarının tanınması ve tedavisi için, bir psikiyatrik tanı olarak ilk kez DSM-IV'te yer verilmiştir. ASB, TSSB kadar kabul gören bir tanı değildir. Bunun birkaç nedeni vardır. ASB'nin önemli özelliği TSSB için yüksek risk taşıyan travma mağdurlarını akut dönemde saptamak amacıyla, bir risk faktörü olarak ortaya konmasıdır. Ancak yapılan araştırmalara göre ASB, TSSB geliştiren birçok kişiyi belirlemede yetersiz kalmaktadır (Bryant, 2011; Zincir, 2015). Ayrıca, ASB kriterini karşılayan herkes TSSB geliştirmemekte ve TSSB tanısı alan çoğu kişi de öncesinde ASB tanısı almamaktadır. ASB'nin TSSB yordayıcısı olup olmadığı hâlâ tartışmalı bir konudur (Bryant, 2016).

ASB belirtileri, TSSB belirtilerine oldukça benzemektedir ancak ASB'de farklı olarak, belirtilerin travmatik olaydan sonraki ilk ay içinde en az üç gün sürmesi ve bir ay sonra kaybolması gerekir. Bir aydan uzun süren belirtiler TSSB içerisinde ele alınmaya başlanır. ASB'nin belirtileri, yine TSSB'den farklı olarak, belirli kriterler altında ayrı ayrı sınıflandırılmamakta, tek bir listeden toplamda sahip olunan belirti sayısına göre tanı konulmaktadır. Disosiyatif belirtiler sadece çok ağır akut stres tepkilerini göstererek kısıtlı kalmaktadır. Aynı zamanda, erken travma sonrası stres tepkilerinin farklılığını ayırt etmemektedir. Buna rağmen, kişinin TSSB geliştirme ihtimalinden bağımsız olarak, ASB tanısı yine de önemli sayılabilir çünkü travmatik olayla ilgili kişinin yaşadığı erken sıkıntılar belirlenebilir ve tedavi edilebilir.

Tablo 2. DSM-5'e Göre Akut Stres Bozukluğu Tanı Kriterleri

Kriter A. Stresör: Ölümün, ciddi yaralanmanın veya cinsel şiddetin kendisi veya tehdidiyle karşılaşma gerçekleşir. Bu karşılaşma; (1) travmaya doğrudan maruz kalmayla olabileceği gibi, (2) travmaya tanıklık etme, (3) akraba veya arkadaş gibi yakınlığı olan bir kişinin travmaya maruz kaldığını öğrenme veya (4) genellikle bazı profesyonel iş dallarında olan travmanın rahatsız edici detaylarına sürekli maruz kalma (vücut parçalarını toplayan ilk müdahale ekipleri veya çocuk istismarının detaylarını sürekli dinleyen polis memurları gibi) şeklinde dolaylı yollarla da olabilir. Dördüncü madde, profesyonel çalışmalar dışında medya yoluyla (televizyon, elektronik medya, filmler, görüntüler, resimler vb.) dolaylı maruz kalmayı kapsamaz.

Tanı için bu maddelerden en az bir tanesinin görülmesi gereklidir.

Kriter B: Aşağıdaki beş küme içerisinde yer alan belirtilerden dokuz veya daha fazla belirtinin travmatik olaydan sonra başlaması veya kötüleşmesi gereklidir.

İstem dışı olan (araya giren) belirtiler: (1) Travmatik olayla ilişkili, tekrarlayan, istenmeyen, üzücü anılar anımsanabilir. Bununla ilgili olarak çocuklar, travmatik olayın bazı temalarının vurgulandığı tekrarlayıcı oyunlar oynayabilir. (2) Travmatik olayla ilişkili, tekrarlayan, üzücü kâbuslar görülebilir. Bununla ilgili olarak çocuklar, içeriğini anlayamadıkları korkutucu kâbuslar görebilir. (3) Travmatik olay tekrar meydana geliyormuş gibi hissettiren ya da davrandıran dissosiyatif reaksiyonlar, geriye dönüşler (flashback) yaşanabilir. Bununla ilgili olarak çocuklar, travmatik olaya özgü sahneleri oyunlarda yeniden canlandırabilir. (4) Travmatik olaya bazı açılardan benzeyen veya onu simgeleyen içsel veya dışsal uyaranlara maruz kalındığında yoğun veya uzun süreli duygusal sıkıntılar veya fiziksel reaksiyonlar yaşanabilir.

Olumsuz duygudurum: (5) Olumlu duyguları yaşayamama görülebilir.

Disosiyatif belirtiler: (6) Kendiyle veya çevresindekilerle ilgili değişmiş gerçeklik hissi (kendisini başkalarının gözünden görme gibi), (7) travmatik olayın önemli bir bölümünü hatırlayamama olabilir.

Kaçınma belirtileri: Travmatik olayla ilişkili (8) sıkıntı veren anıları, düşünceleri, hisleri tetikleyen çevresel uyaranlardan (insanlar, mekânlar, konuşmalar, nesneler vb.), (9) düşünceler, duygular, anılar, fiziksel duyumlar gibi sıkıntı veren içsel uyaranlardan kaçınmaya çalışılır.

Uyarılma belirtileri: (10) Uyku problemleri, (11) aşırı sinirlilik, öfke patlamaları, (12) her an tetikte olma, (13) konsantrasyonda güçlük, (14) kolay ve abartılı irkilme görülebilir.

Kişinin tanı alabilmesi için B kriterindeki belirtilerin en az üç gün ve en fazla bir ay sürmesi, belirtilerin kişinin farklı alanlarındaki (iş, sosyal yaşam vb.) işlevselliğinde düşmeye neden olması ve bu belirtilerin başka bir sağlık durumuna veya madde kullanımına bağlı gelişmemiş olması gerekmektedir.

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNUN EPİDEMİYOLOJİSİ

Literatürde TSSB üzerine epidemiyolojik araştırmaların çoğu, Kuzey Amerika ve Avrupa'da yapılmıştır. Diğer ülke veya bölgelerde oldukça az çalışma vardır. Bu bölümde sunulan yaygınlık oranlarının çoğu DSM-5 öncesi tanı kriterlerine göre yapılan çalışmalara aittir. Özellikle travmatik stresör kriterinde önemli değişikliklere sahip olan DSM-5 kriteri nispeten yeni olduğundan, TSSB'nin yaygınlık oranlarında nasıl bir değişikliğin ortaya çıkacağı konusunda oldukça az

bilgiye sahibiz. DSM-IV ve DSM-5 kriterlerinin ikisi de kullanılarak 2953 yetişkin üzerinde yapılan bir çalışmada, DSM-IV kriteri kullanıldığında katılımcıların %94'ü geçmişte bir veya daha fazla travmatik olay yaşamışken DSM-5'e göre değerlendirildiğinde bu oran %90'a düşmektedir (Kilpatrick ve ark., 2013). DSM-IV kriterine göre katılımcıların %5'i TSSB tanısını karşılarken, DSM-5 kriterine göre ise %7'si karşılamıştır. İki kritere göre de, TSSB kadınlarda erkeklere oranla daha yüksektir (DSM-IV'te %9'a karşı %5; DSM-5'te %7,3'e karşı %3,2). DSM-IV'te TSSB kriterini karşılayan yetişkinlerin DSM-5'te karşılamamasının en büyük nedeni DSM-5'ten bir yakının doğal yollarla ani ölümünün travmatik olay bölümünden çıkarılmasıdır.

Yetişkinlerin yarısından fazlasının ve 16 yaş itibariyle üç çocuktan ikisinin hayatlarının bir zamanında travmatik olay deneyimi vardır (Ford ve ark., 2015). Travmatik yaşantıların çoğu 16-25 yaş arasında yaşanmaktadır. Başka bir çalışma, travmanın hayat boyu yaygınlığını %89,6 olarak bulmuştur (Breslau, 2008). Amerika, Kanada ve Avrupa'da yapılan çalışmalarda ciddi yaralanma veya ölüm, hayatı tehdit edici trafik kazası veya sevilen bir yakının ani ölümü en çok karşılaşılan travmatik olaylardır (Ford ve ark., 2015). Kişilerarası şiddet içeren travmatik olaylar (fiziksel saldırı veya tecavüz erkeklerde %11-12, kadınlarda %9-16; geçmiş çocukluk istismarı erkeklerde %3, kadınlarda %5-12), kaza ile olanlardan genellikle daha az yaygındır. Ancak bu olayların TSSB riski, kazara olan, tanıklık edilen olaylardan veya doğal afetlerden çok daha yüksektir. Yirmi dört ülkede 71.083 katılımcıyla yapılan bir araştırmaya göre travmaya maruz kalanların %5,6'sı TSSB tanısı almıştır. Bu yaygınlığın ülkeler arasındaki dağılımı ise %0,5'ten %14,5'e kadar değişmektedir (Koenen ve ark., 2017). Bunun en büyük nedeninin ülkeler arasındaki travmatik stresör farklılıklarından olabileceği belirtilmektedir.





Şekil 4. Kişilerarası şiddet içeren kasıtlı travmatik olaylar, kaza ile gerçekleşenlerden genellikle daha az yaygın olmasına rağmen oluşturduğu TSSB riski, kazara olan olaylar, tanıklık edilen olaylar veya doğal afetlerden çok daha yüksektir.

Türkiye'de travma çalışmaları 1999 Marmara depremi ile ilgi görmeye ve yoğunlaşmaya başlamıştır. Dolayısıyla, yapılan epidemiyolojik araştırmalar da genellikle doğal afetler, özellikle de deprem sonucu meydana gelen psikolojik rahatsızlıklar üzerine yapılmıştır. Bu çalışmalar belli bir zamanda meydana gelen bir olayın belli bir nüfus üzerindeki etkilerini incelemeye yönelik yapıldığından araştırma bulgularının genelleştirilmesi mümkün değildir (Aker, Önen, Karakılıç, 2007; Binbay ve ark., 2014).

Yapılan en eski epidemiyolojik çalışmalardan itibaren TSSB'ye, birçok başka psikolojik rahatsızlığın eşlik ettiği

bulunmuştur. TSSB'ye sahip yetişkinlerin %80'den fazlası (yaklaşık olarak erkeklerde %88, kadınlarda %79) başka en az bir tane psikiyatrik tanı kriterini karşılar (Ford ve ark., 2015). Yetişkinlerde TSSB'ye en çok eşlik eden psikolojik rahatsızlıklar duygudurum bozuklukları (major depresyon ve distimik bozukluk), anksiyete bozuklukları (panik bozukluk, agorafobi, sosyal ve özel fobi, genel anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk), madde kullanımı, disosiyatif bozukluklar, somatoform ve yeme bozukluklarıdır. Bipolar ve psikotik bozukluklar TSSB'ye çok daha az eşlik eden hastalıklardan olsa da TSSB'si olan yetişkinlerde, olmayanlara göre daha sık görülmektedir (Ford ve ark., 2015).



Şekil 5. TSSB'ye sahip bireylerin yaklaşık %50'sinde majör depresyon görülmektedir.

TSSB'ye en fazla eşlik ettiği görülen rahatsızlık majör depresyondur. Yakın zamanda yapılan gözden geçirme çalışmalarına göre, TSSB'ye sahip bireylerin yaklaşık %50'sinde majör depresyon görülmektedir (Flory & Yehuda, 2015). TSSB tanısı almış bireylerde madde kullanımı ve bağımlılığı da oldukça yaygındır ve yaklaşık %32 oranında görülmektedir (Blanco, 2011). TSSB'ye sahip olmak başka bir psikolojik rahatsızlık geliştirme riskini, travmatik olaydan önce psikiyatrik bozukluğa sahip olmak da TSSB geliştirme riskini arttırır (Bromet ve ark., 2018). Örneğin; daha önce somatoform, distimik ve sosyal anksiyete bozuklukları olan yetişkinlerin daha sonra TSSB geliştirme riskleri beş kat daha fazladır (Perkonigg ve ark., 2000). Psikolojik rahatsızlıkların yanı sıra, birçok fiziksel rahatsızlık da TSSB'ye eşlik etmektedir. Bunlardan en önemlileri kalp damar hastalıkları (Edmonson & von Känel, 2017) ve kronik ağrıdır (Brennstuhl ve ark., 2015).

YAKIN BAKIŞ 1 Travmatik Olaya Verilen Tepkiler: Normal Reaksiyonlar mı, Patolojik Belirtiler mi?

Travmatik bir olaya maruz kalmak, TSSB gelişimi için öncül kriter olmasına rağmen, TSSB gelişimine doğrudan yol açmaz. Bunun en büyük göstergesi, çoğu insanın hayatında bir veya daha çok travmatik olay yaşamasına rağmen TSSB geliştirmemeleridir. Araştırmalarda, travmaya maruz kalanların arasında az sayıda kişinin TSSB geliştirdiği ve akut belirtilerin büyük oranda kendiliğinden iyileştiği bilinmektedir (Shalev ve ark., 2017). Travmatik olaya verilen tepkiler, anormal bir olaya gösterilen normal tepkiler olarak ele alınmalıdır. Bozukluklara ve eksikliklere fazla odaklı olmak ve travma yaşamış bireylerin hikâyelerini "patolojize etmek", onları toplum içinde yabancılaştırmaya, damgalamaya, yaşadıkları ile başa çıkmada güçsüzleştirmeye ve kendi kaynaklarının farkına vardırmamaya neden olabilir.

Öte yandan, TSSB'nin ya da psikopatolojinin oluşması sadece hayatı tehdit eden bir felaket olayına ya da olaylar sıralamasına bağlanamaz. Örneğin, Suriyeli mültecilerle yapılan bir araştırmada, mültecilerin göç öncesinde savaş koşullarına yüksek oranda ve farklı zorluklarda maruz kalmalarına rağmen, göç sonrası yaşam zorluklarının, özellikle kültür ve destek kaybının, TSSB, anksiyete ve depresyonu daha güçlü belirleyen faktör olduğu bulunmuştur (Cantekin & Gençöz, 2017). Araştırmalarda da, sadece travmatik olaya ve travmatik stres tepkilerine yoğunlaşmak travma yaşayan bireylerin deneyimlerinin, kaynaklarının ve risk etkenlerinin büyüklüğünün ve çeşitliliğinin dikkate alınmamasına neden olabilir.

Kişiler ve topluluklar arasındaki farklılıklar, aynı veya benzer travmatik stresörlere maruz kalsalar bile, TSSB'nin prevalansını etkileyebilir. Bunun sebebi "travma öncesi" özellikler (yaş, cinsiyet, sosyoekonomik durum, kişilik, genetik, psikolojik sağlık geçmişi vb.), "travma sırası" özellikler (travmatik olaya maruz kalma düzeyi, travmatik olayın türü, hazırlıklı olma, yalnız veya biriyle olma, verilen ilk tepkiler vb.) ve "travma sonrası" özelliklerdir (sosyal destek, iş, sosyal statü veya maddi durumdaki değişimler vb.). TSSB, travma öncesi, sırası ve sonrasındaki risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin farklı bileşenleri sonucu ortaya çıkar.

Travmatik olaya gösterilen tepkilerin normalliğine rağmen, yaşanılan stres ve psikolojik sıkıntılar yine de dikkatle takip edilmelidir. Çünkü travmatik olay sonrası görülen stres ve psikolojik sıkıntılar uzun sürdüklerinde daha güçlü ve kronik fiziksel ve psikolojik problemler yaratabilir. TSSB belirtileri kendiliğinden iyileşebildiği gibi, çok uzun yıllar devam edebilmektedir. Bazı çalışmalar başlangıcından 30 yıl sonra bile belirtilerin sürdüğünü gösterirken (Chapman ve ark., 2012), başka çalışmalar ise ortalama kronikleşme oranının %50'ye yakın olduğunu belirtmiştir (Morina ve ark., 2014). Hem travmatik olaya hem de belirtilerin kronikleşmesine sık rastlanmasına rağmen, oldukça az bir kesim tedavi almaktadır.

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNUN ETİYOLOJİSİ

Çoğu kişi, hayatında bir veya daha çok travmatik olaya maruz kalmasına rağmen TSSB geliştirmezler. Bu nedenle, basitçe TSSB'nin travmatik bir stresöre maruz kaldıktan sonra oluşan bir hastalık olduğunu söylemek doğru olmaz (Yakın Bakış 1). Travmatik stresöre maruz kalma, TSSB'nin gelişmesi için gerekli fakat yeterli olmayan bir koşuldur. Genel olarak, TSSB tek bir faktöre ya da birkaç belirli faktörün özel bileşimine bağlı olarak oluşmaz (Yakın Bakış 1). Daha çok, birçok farklı potansiyel faktörün (biyolojik, psikolojik, sosyal, çevresel vb.) karmaşık ilişkisinin bir ürünüdür. Bu nedenle, TSSB'nin oluşumunda "nedenlerden" ziyade, "risk faktörleri" ve "koruyucu faktörlerden" bahsedebiliriz. Risk faktörleri, TSSB ihtimalini artırırken; koruyucu faktörler, bu ihtimali düşürür. Kısaca TSSB, travma öncesi, sırası ve sonrasındaki risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin çok sayıda farklı kombinasyonu sonucu ortaya çıkar.

Travma Öncesi Risk Faktörleri

Genetik ve Biyolojik Risk Faktörleri: Aile ve ikiz çalışmaları, genom çapında ilişkilendirme çalışmaları gibi genetik çalışmalar TSSB'nin kalıtsal olabileceğini göstermektedir (Banerjee ve ark., 2017). Bu durum aynı veya benzer genetik mirasa sahip kişilerin doğrudan ve kaçınılmaz olarak TSSB geliştirecekleri anlamına gelmese de kişilerin doğuştan gelen bazı genetik farklılıkları onları TSSB'ye daha yatkın hâle getirebilmektedir. İkiz çalışmaları genlerin TSSB geliştirme riskini yaklaşık %30-45 açıkladığını göstermiştir (Koenen ve ark., 2007; Sartor ve ark., 2012). Aile çalışmaları TSSB'ye sahip ebeveynlerin çocuklarının, aynı travmatik stresöre maruz kalan ancak TSSB'si olmayan ebeveynlerin çocuklarına göre TSSB geliştirme riskinin daha fazla olduğunu göstermiştir (Yehuda, Halligan, Bierer, 2001).Yapılan çalışmalarda ortak genetik miras, travmatik stresöre maruz kalma (Stein ve ark., 2002) ve TSSB geliştirme (Guffanti ve ark., 2013) riskiyle ilişkili bulunmuştur. Ancak tek bir genin veya genler birlikteliğinin TSSB'ye neden olduğunu söylemek hâlâ pek mümkün değildir.

TSSB'nin duygusal, bilişsel, fizyolojik ve davranışsal alanlardaki özel belirtilerine neden olan beyin yapısındaki ve işlevindeki değişimlerin altında genetik yatkınlık bulunuyor olabilir. Aynı veya benzer genetik değişimler, TSSB'nin yanı sıra birçok farklı psikolojik bozukluğun da altında yatıyor olabilir. Aynı genlerin hem TSSB ile hem de depresyon, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde bağımlılığı ve şizofreni ile ilişkili bulunduğu çalışmalar mevcuttur (Duncan ve ark., 2018; Koenen ve ark., 2007).

Bazı boylamsal çalışmalar genetik faktörlerin doğrudan TSSB'nin olumsuz sonuçlarını doğuran bir risk faktöründen çok potansiyel travmatik yaşantılarla etkileşime giren nedensel bir risk faktörü olduğunu belirtmektedir (Ford ve ark., 2015). Örneğin, farklı bir gen biçiminin (CRHR1 variation) bir risk faktörü olmasını, travmatik olaya maruz kalma derecesiyle ilişkisinin belirlediği bulunmuştur (White ve ark., 2013). Aynı zamanda, vücudun stress yanıt sistemlerinde doğrudan görev alan genlerin, örneğin, kortizol ve hipotalamik-pitüiter-adrenal (HPA) stress hormonlarının üretimi ve etkisini kontrol eden genlerin, TSSB riski ile ilişkili olabileceği belirtilmiştir. Stresörlere gösterilen adrenalin tepkisinde yer alan bir gen birlikteliğinin çocuklukta travmatik stresörlere maruz kalma ile etkileşim içinde TSSB riskini belirlediği bulunmuştur (Liberzon ve ark., 2014). Kısaca, biyolojik stres tepkisine bağlı genetik faktörler, travmatik stresörlere maruz kalındığında TSSB riski için önemli bir belirleyicidir.

Özetle, genetik tek başına olmasa da genlerin travmatik stresörlere farklı biçimlerde maruz kalmaları ile etkileşimi, -özellikle çocuklukta kötü muamele, yetişkinlikte şiddete veya ağır doğal afetlere maruz kalma- TSSB'nin etiyolojisinde oldukça önemli bir yere sahiptir.

Nöropsikolojik Risk Faktörleri: TSSB ile ilişkilendirilen önemli iki biyolojik özellikten biri HPA ekseninin disregülasyonudur (Usta, 2018). TSSB'de en tutarlı HPA, esken değişimi düşük kortizol seviyesidir. Kortizol, vücudun stres tepkisini azaltan bir beyin kimyasalıdır. Bu nedenle, yavaşlatılamayan stres tepki sisteminin kısmen TSSB'ye neden olduğu ileri sürülmüştür. Bazı çalışmalar travmatik yaşantı öncesi düşük kortizol seviyesinin TSSB geliştirmede bir risk faktörü olduğunu gösterirken (Aardal-Eriksson, Eriksson, Thorell, 2001), metaanaliz çalışmaları TSSB'si olan ve olmayan kişilerin kortizol seviyelerinde sistematik farklar bulamamıştır (Meewisse ve ark., 2007).



Şekil 6. Hipotalamik-pitüiter-adrenal (HPA) ekseninin disregülasyonu TSSB'de önemli rol oynamaktadır. HPA eksen değişimi olarak belirtilen düşük kortizol seviyesi TSSB geliştirmede bir risk faktörüdür.

TSSB ile ilişkilendirilen diğer önemli biyolojik özellik, beyinde hipokampüsün büyüklüğünde ve işlevindeki değişimdir. Hipokampüs, beyinde otobiyografik anıların oluşturulması ve düzenlenmesinde önemli rol oynayan bir bölgedir. Beyin görüntüleme çalışmaları TSSB'si olan yetişkinlerin hipokampüsünün daha küçük olduğunu göstermiştir (Logue ve ark., 2018) ve yetersiz çalışmaktadır (Rauch, Shin, Phelps, 2006). Boylamsal çalışmalar, travmatik olayın sonrasında zaman içinde kişilerin hipokampüs büyüklüğünde bir değişim bulamadıkları için, hipokampüsün travmatik olaya maruz kalmadan ve TSSB geliştirmeden önce küçük olduğu, bu nedenle TSSB'nin bir sonucu yerine travma öncesi risk faktörü olabileceği görüşü üzerinde yoğunlaşmıştır (Yehuda & LeDoux, 2007). İkizler üzerinde yapılan çalışmalar, hipokampüsün küçüklüğünün TSSB için doğuştan gelen bir risk faktörü olmaktan çok doğum öncesinde ve erken çocukluktaki çevresel faktörlerden oluşabileceğini göstermiştir (Woodward ve ark., 2007). Bu faktörlerden bazıları; rahimde ve bebeklikte beyin gelişiminin erken dönemlerinde yetersiz beslenme, toksinlere maruz kalma veya annenin hormonal düzensizlikleri olabilir. TSSB için risk faktörü olan, hafıza ve TSSB'nin dahil olduğu beyin bölgesindeki genetik temelli gibi görünen değişimlerin aslında çevresel koşullar sonucu oluştuğu söylenebilir. Ne genetiğin ne de biyolojik anormalliğin TSSB için nedensel bir risk faktörü olduğu söylenemez, sadece TSSB'ye doğrudan olmayan bir şekilde katkıda bulunduğu söylenebilir.

Geçmiş Psikolojik Rahatsızlıklar: Önceden psikiyatrik bozukluğa sahip olmak TSSB geliştirme riskini arttıran bir faktördür. Travmaya maruz kalma ve TSSB şizofreni, sınır kişilik bozukluğu, kronik ve ağır duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları gibi ciddi ruhsal bozukluklarda sık rastlanmaktadır. Daha önce ciddi ruhsal bozukluğu olan kişilerde TSSB %29-43 aralığında görülürken normal popülasyonda %8-12 aralığında görülür (Gelkopf, 2013). Majör depresyon bozukluğunun travmatik bir olaya maruz kaldıktan sonra TSSB'yi en iyi yordayan etken olduğu ve TSSB geliştirme riskini 23 kat daha fazla arttırdığı belirtilmiştir (Ford ve ark., 2015). TSSB önceden varolan psikolojik rahatsızlığın belirtilerini arttırabilir, kötüleştirebilir, işlevsellik-



Şekil 7. TSSB'si olan yetişkinlerin hipokampüsü daha küçüktür ve yetersiz çalışmaktadır.

te büyük düşüşler yaşatabilir veya başka psikolojik sıkıntılar ve stres yaratabilir. Buna rağmen önceden psikolojik rahatsızlığı olan kişilerde TSSB genellikle teşhis edilemez.

Birçok psikolojik rahatsızlıkta görülen kaygı, öfke, ruminasyon gibi duygusal ve davranışsal sorunların da TSSB riskini arttırdığı bulunmuştur (DiGangi ve ark., 2013). Bunun yanı sıra, aile bireylerinin duygusal veya davranışsal problemlere veya psikolojik rahatsızlıklara sahip olması kişinin TSSB geliştirme riskini arttırır (Ford ve ark., 2015).

Önceki psikolojik rahatsızlığın TSSB geliştirme riskini nasıl arttırdığı sorusuna bir olası cevap olumsuz bilişlerdir. Psikolojik rahatsızlıktan dolayı oluşan veya güçlenen olumsuz inançlar ve düşünceler TSSB'nin gelişmesini kolaylaştırıyor olabilir (Constans ve ark., 2012). Kaldı ki travmatik olaya maruz kalmanın kendisi de önceki psikolojik rahatsızlıkla oluşan bu olumsuz inanç ve düşünceleri güçlendirir. Başka bir olası cevap ise beyin görüntüleme çalışmalarından gelmektedir. Majör depresyon, bipolar bozukluk, disosiyatif bozukluklar, obsesif kompulsif bozukluk, şizofreni veya kişilik bozuklukları gibi psikolojik rahatsızlıklarda görülen beyin bölgelerindeki ve psikolojik işlevlerindeki bozulmalar aynı zamanda TSSB'de de görülmektedir. Duygu düzenleme ve yönetsel kararlardan sorumlu olan medial ve dorsolateral prefrontal korteksin işlevinde bozulma, stres tepkisi ve duygusal sıkıntı ile ilişkili olan limbik sistemdeki amigdalanın ve algısal-bilişsel bilgiyi görüntüleme ve organize etme ile ilişkili talamus ve hipokampüsün büyüklüğü ve nöral aktivite biçimlerindeki anormallik beyin görüntüleme çalışmalarında görülen en tutarlı bilgilerdir (Ford ve ark., 2015).

Özetle, kişinin ya kendi geçmişinde ya da aile geçmişinde psikolojik rahatsızlıklara sahip olması, TSSB geliştirme yatkınlığını arttırmaktadır.

Geçmiş İnançlar ve Bilişsel İşlemleme: Travma öncesi var olan birçok bilişsel faktör, TSSB riskini arttırabilir (Bomyea, Risbrough, Lang, 2012). İnançlar, bir kişinin bildiği her şeyi düzenleyen fikirler yani bilginin zihinsel temsilleri olan şemalara dayanır. Travma, kişinin zarar görmezlik ve güven şemalarına zarar verir. Travmatik olaylar, bu genel anlamda kabul gören şemalarla çelişir ve sadece inançlarda değil benlik ve dünya ile ilgili genel varsayımlarda da radikal değişimlere yol açar (Janoff-Bulman, 1992). Bu uzun süredir var olan şemalar ile çelişen ve oldukça yoğun olumsuz duyguları barındıran yeni bilgi arasındaki çatışma, TSSB'nin kendine özgü belirtilerini de açıklar. Örneğin, araya giren yeniden yaşantılama belirtisi, "aktif bellek"te yer alan yeni bilginin belli dönemlerde istemsiz şekilde ortaya çıkması olabilir (Horowitz, 1997).

Önceki inançlar, TSSB'nin gelişmesi ve sürmesinde önemli role sahiptir. Bu, iki şekilde olabilir. Travma, önceden kişinin kendisi, ("Ben tamamen yeterli biriyim.") ve dünya ("Dünya çok güvenli bir yer.") ile ilgili olumlu şemalarını, dolayısıyla kişinin kendisine ve dünyaya olan güvenini yıkabilir. Örneğin, kendisine kimsenin zarar veremeyeceğine inanan biri saldırıya uğradığında bunu anlamlandırmakta zorlanabilir. Öte yandan travma, kişinin kendisi ("Ben tamamen yetersiz biriyim.") ve dünya ("Dünya çok güvensiz bir yer.") ile ilgili olumsuz şemalarını güçlendirebilir. Örneğin, kötü şeylerin daima kendisinin başına geldiğine inanan bir kişi cinsel istismara uğradığında yanlış insanları çektiğini düşünebilir ve kendisini sosyal hayattan izole edebilir.

Bilişsel modeller TSSB'nin oluşması ve sürmesinde kişinin kendisine, dünyaya ve kimin sorumlu olduğuna dair olumsuz varsayımlarının etkili olduğunu ortaya koyar (Ehlers & Clark, 2000). Bu olumsuz varsayımlar; kişinin kendi yetersizliği, kendi suçluluğu ve dünya-

nın tehlikeliliği üzerine abartılı düşünceleridir. Kişinin travmayı ve devam eden tehdit algısını abartan varsayımlara eğilimi daha fazla olduğundan TSSB geliştirmeye de yatkınlığı artar.

Önceden var olan ve adaptif olmayan şemalar yanlı bilişsel işlemleme ile TSSB'nin gelişimini etkileyebilir. Ehlers ve Clark (2000), bilişsel yanlılıkların TSSB'nin sürekliliğinde kritik bir öneme sahip olduğunu belirtir ve TSSB'yi devam ettiren üç temel faktörden bahseder.

(1) Abartılı Olumsuz Değerlendirmeler: TSSB'nin oluşması kişinin travmatik olayı ve veya sonuçlarını, devam eden ciddi bir tehdit algısı yaratacak şekilde işlemlemesinden kaynaklanır. Bu kişiler, travmatik olayı zamanla sınırlı, geçmişte yaşanan bir olay olarak göremezler. Devam eden tehdit algısının en önemli nedenlerinden biri travmatik olay ve veya sonuçlarına yaptıkları kendilerine özgü olumsuz değerlendirmelerdir. Bu tehdit, dışsal yani dünya ile ilgili veya içsel yani kişinin kendisiyle ilgili olabilir. Örneğin, kişi travmatik olaydan sonra dünyada hiçbir yerin güvenli olmadığını düşünebilir. Başka bir örnekte ise duygu ve düşüncelerini daima kontrol altında tutması gerektiğine inanan bir kişi araya giren yeniden yaşantılama belirtilerini dağılma, delirme veya beyin hasarı işareti olarak görebilir.

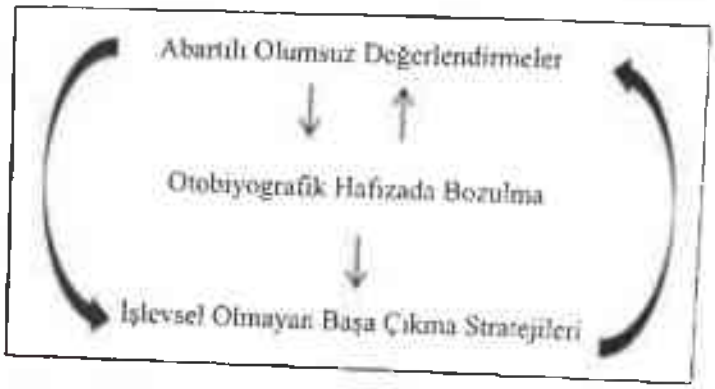
(2) Otobiyografik Hafızada Bozulma: Travmatik belleğin doğası paradoksal biçimde iki yönlüdür. Kişi, bir yandan travmatik anının tamamını hatırlamakta güçlük yaşarken diğer yandan sıklıkla, kolayca tetiklenen, istemsiz şekilde araya giren düşünceleri dolayısıyla olayı yeniden yaşar. Travmatik anıyı detaylı düzenleyip otobiyografik anı veri tabanına entegre etmede sorun yaşar ve bu durum travmatik olayın anısını tam olarak hatırlamada güçlüklere yol açar. Daha çok düzensiz, parçalı ve önemli detayları eksik şekilde hatırlarlar. Travmatik belleğin doğası, travma ve veya sonuçlarına dair yapılan olumsuz değerlendirmelerle ilişkilidir. TSSB'si olan bir kişi, kendi değerlendirmelerinin etkisinde kalarak travmatik olayı hatırlar ve bu değerlendirmelerle uyumlu olan bilgiyi seçerek hatırlar. Örneğin, geçirdiği kazanın kimsenin kendisini umursamadığını ve kendisi ile ilgilenmediğini gösterdiğini düşünen ve öncesinde de diğerlerine karşı güvensizlik duyan bir kişi, hastanede bazı hemşirelerin soğuk tavırlarını hatırlarken kazadan sonra birçok kişinin kendisine yardım etmeye geldiğini hatırlamayabilir.

(3) İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Stratejileri: Kişinin olumsuz değerlendirmelerinin yol açtığı sürekli tehdit algısı beraberinde birtakım işlevsel olmayan davranışsal (güvenlik davranışları, kaçınma gibi) ve bilişsel (ruminasyon, düşünce bastırma gibi) baş etme stratejilerini getirir. Bu stratejiler de kişinin kendine özgü olumsuz değerlendirmelerine uyumlu olarak seçilir. Ancak bunlar kısa sürede tehdit algısını ve yarattığı sıkıntıyı azaltmaya yönelik olsa da uzun vadede bilişsel değişimi engelleyerek TSSB'nin sürmesine, hatta belirtilerin daha da artmasına neden olur. Çünkü bu stratejiler, travmatik olay ve/veya sonuçlarına yapılan olumsuz değerlendirmelerin ve travma belleğinin değişmesini önlemekle kalmaz, doğrudan TSSB belirtilerini de meydana getirir. Örneğin, travmatik olay hakkında düşünürse delireceğini, hastalanacağını veya kontrolü kaybedeceğini düşünen bir kişi araya giren istemsiz düşünceleri bastırmaya çalışabilir ancak düşünceyi bastırmaya, zihninden uzaklaştırmaya çalışmak bu düşüncelerin zihne daha çok gelmesine neden olur. Başka bir örnek ise, duygusal problemleri olan insanların zayıf veya ezik olduğunu düşünen bir kişi duygularını hissizleştirmeye, alkol veya ilaç kullanmaya başlayabilir. Ya da okul yolunda kapkaça uğramış bir kişi, tekrar aynı

şeyi yaşayabileceğini düşünerek okula gitmeyi bırakabilir.

Bu faktörler tutarlı bir şekilde TSSB belirtileri ile ilişkilidir ve önceki inançlar tarafından etkilenmektedir (Su & Chen, 2018). Özetle, travma öncesi var olan inançlar; olumsuz değerlendirmeler, travma belleğinin düzensizliği ve işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri ile TSSB belirtilerine etki edebilir (Bryant & Guthrie, 2007).

Son olarak, bilişsel kapasitedeki sınırlılıklar TSSB için önemli bir risk faktörüdür. Çok sayıda araştırma, çocukluk sözel IQ, yetişkinlik sözel IQ, bilişsel işlemleme ve hafıza becerilerinin düşük seviyelerde olmasının kişileri TSSB geliştirmeye yatkın hâle getirdiğini göstermektedir (Ford ve ark., 2015). Travma öncesi düşük bilişsel becerileri olan kişilerin, travmatik olayın psikolojik sonuçları için adaptif olmayan başa çıkma yollarını kullanması veya travmatik olay sırasında kavramsal işlemleme yerine veri odaklı işlemleme yapması nedeniyle TSSB için bir risk faktörü olabileceği belirtilmiştir (Ehlers & Clark, 2000; Kremen ve ark., 2007).



Şekil 8. Ehlers ve Clark'a (2000) göre TSSB'yi devam ettiren faktörler

Travmatik Olaya ve Olaya Maruz Kalma Şekline İlişkin Özellikler: Travmatik olayın derecesi, şiddeti, süresi ve tahmin edilebilirliği gibi özellikleri TSSB gelişimini ve seyrini etkiler. Yaşam ve vücut bütünlüğüne tehdidin çok büyük olması (savaş mezalimi veya tecavüz gibi), fiziksel yaralanmanın ciddiyeti (bacak, kol vb. bir uzvunu kaybetme gibi), başkasının bilinçli zarar verme kastının bulunması (ev içi şiddet, tecavüz, terör saldırıları veya işkence gibi), aşırı ve tekrarlayan şiddet ortamına uzun süre maruz kalma (savaş ve süregen çatışma ortamları, cinsel istismar veya ev içi şiddet gibi), başka birine zarar verme veya birinin ölümüne yol açma (trafik kazasında birinin ağır yaralanmasına veya ölümüne sebep olma gibi), uzun süre insanlarla iletişimden ve sosyal etkileşimden tamamen izole kalma (savaş tutsaklarının hücre hapsi ile tecridi veya kaçırılma gibi) gibi durumlar TSSB riskini arttırır. Ayrıca temel ilişkilerin güveninin kötüye kullanıldığı veya ihlal edildiği travmatik olaylar, (fiziksel veya cinsel istismar, aile içi şiddet, zalim ve insanlık dışı tutuklama veya işkence gibi) özellikle erken çocukluk yıllarında gerçekleştiğinde, TSSB riskini %75 veya daha



Şekil 9. Fiziksel veya cinsel istismar, aile içi şiddet gibi temel ilişkilerin güveninin kötüye kullanıldığı veya ihlal edildiği travmatik olaylar, özellikle erken çocukluk yıllarında gerçekleştiğinde, TSSB riskini %75 veya daha fazla arttırmaktadır.

fazla arttırmaktadır (Ford ve ark., 2015). "Doz-etki" ilişkisi olarak da isimlendirilen bu durum, travmatik stresörün dozu arttıkça sonrasında daha fazla TSSB oluştuğunu açıklar.

Travmatik olaya veya maruz kalma derecesine bağlı yukarıda belirtilen risk faktörlerinin en önemli ortak noktası olayın aniliği, tahmin edilemezliği ve kontrol edilemezliğidir. Hiçbir uyarı vermeden birden, çok hızlı gelişen olaylar kişiye kendisini fiziksel olarak koruma veya sonuçlarına psikolojik olarak hazırlanma şansı vermez. Buna paralel olarak, travmatik bir olaya hazırlıklı olmanın olayın etkilerine karşı kişileri koruduğunu gösteren çalışmalar vardır. Örneğin, 1999 Kocaeli depreminden sonra kurumların geliştirdiği ve uyguladığı afet hazırlık eğitimi programlarının ya da bireysel hazırlık ve farkındalığın ruh sağlığını koruyucu etkileri ortaya konmuştur (Gerdan, 2014; Şakiroğlu, 2019). Yeterli hazırlığı yapmanın mümkün olduğu durumlar belirsizliği azaltır, kişinin kontrol hissini arttırır ve travmatik stresöre karşı olumlu otomatik tepkiler öğretir. Bu nedenle, travmatik olayın ve sonuçlarının bilişsel değerlendirmeleri travmatik olayın ve olaya maruz kalmanın özelliklerinden de etkilenir. Örneğin, travmatik olay üzerinde hiç kontrol sahibi olamadığını algılayan bir kişi bu durumu genel olarak hayatı üzerinde asla kontrolü olmayacağı şeklinde yorumlayabilir ya da kalıcı sağlık sorunlarına neden olan travmatik olaylar, kişinin hayatının mahvolduğu ve artık hiçbir zaman normal bir hayat süremeyeceği şeklindeki değerlendirmelerine yol açabilir. Aynı zamanda, bu tür olaylar kişinin kavramsal işlemleme yapmasını engeller. Örneğin, bir kişi bir trafik kazasında kendisine arkadan çarpıldığında daha çok veri odaklı işlemleme yaparken, çarpanı gören ve kazanın gelmek üzere olduğunu fark eden bir kişi ise kavramsal işlemleme yapabilir (Ehlers & Clark, 2000).

Sosyokültürel Farklılıklar: Travmatik stresörlerin ve TSSB'nin etkisi; sosyal ve kültürel bağlama, öğretilere ve kaynaklara göre değişebilir. Dezavantajlı bireyler ve topluluklar hem travmaya maruz kalmaya hem de TSSB geliştirmeye daha açık olurlar. Yoksulluk içinde yaşayan, sosyal damgalama ve ayrımcılığa uğrayan, engeli olan, evsiz, politik baskı veya toplumsal şiddet gören, zorunlu göç eden, işkence, yoğun savaş ve çatışma ortamlarında kalan, terörizm veya soykırıma uğrayan bireyler veya topluluklar bu dezavantajlı gruplara örnektir. Bu kişilerin TSSB'ye açık olmasının nedeni; sosyal, kültürel, etnik farklılıklarından ziyade, kronik ve kümülatif stresörlere maruz kalmalarıdır. Bu kronik ve kümülatif stresörler TSSB gelişimine ve hatta etkisinin daha da kötüleşmesine neden olur. Örneğin, cinsiyete dayalı ön yargılar ve inançlar kadınların sistematik olarak ayrımcılığa uğramasına, fiziksel ve cinsel saldırıya maruz kalmasına neden olur (Ford ve ark., 2015).



Şekil 10. Kadınların sistematik olarak uğradığı ayrımcılık, fiziksel, duygusal veya cinsel şiddet TSSB gelişimine ve belirtilerinin daha da kötüleşmesine neden olur.

TSSB için en istikrarlı sosyo-demografik risk faktörü cinsiyettir. Erkeklerin kadınlara oranla daha çok travmatik olaya maruz kalmasına rağ-

men, kadınlar erkeklerden daha fazla ve daha ağır TSSB belirtilerine sahiptir. Kadınların erkeklere göre en az iki kat daha fazla TSSB geliştirme riski bulunmaktadır (Tolin & Foa, 2006). Bunun bir açıklaması kadınların erkeklere göre daha fazla cinsel travma yaşamalarıdır. Başka bir açıklama ise kadınların aynı travmatik olaylara defalarca, tekrarlayan bir şekilde maruz kalmasıdır. Bunlar da cinsiyetten daha çok travmatik olayın doğası ve maruz kalma derecesiyle ilişkilidir (Blanco, 2011). Kadınların daha fazla TSSB tanısı almasındaki başka bir etken, erkeklerin profesyonel yardıma daha az başvurmaları da olabilir. Erkekler geleneksel toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle yaşadığı deneyimleri küçültüyor ve psikolojik etkilerini hafife alıyor olabilir. Cinsiyete dayalı ön yargılar ve inançlar, bu açıdan da erkeklerin olaylara daha çok maruz kalmasını, öte yandan daha az psikolojik sıkıntı ifade etmelerini açıklayabilir.



Şekil 11. Erkeklerin kadınlara oranla daha çok travmatik olaya maruz kalmasına rağmen, kadınlar erkeklerden daha fazla ve daha ağır TSSB belirtilerine sahiptir.

Başka bir travmatik stresör kaynağı olan cinsel yönelime dayalı ayrımcılık ve şiddette, damgalama ve mağduriyet çok erken yaşlarda başlar. LGBTI (Lezbiyen, gey, biseksüel, trans ve interseks) bireylerin fiziksel ve cinsel saldırılara 8-9 yaşlarında maruz kalmaya başladığı ve 11 LGBTI ergenden birinin diğer çocuk ve ergenlere kıyasla 20 kat daha fazla TSSB'ye sahip olduğu belirtilmektedir (Ford ve ark., 2015). Ayrıca, mülteci ve sığınmacılar gibi zorla yerinden edilen bireyler ve topluluklar savaşlar nedeniyle ailelerini, evlerini, toplumlarını kaybederler, sosyal, ekonomik, eğitim ve sağlık kaynaklarına erişimde zorluklar yaşarlar, dil sorunu, ayrımcılık ve ırkçılıkla karşılaşırlar ve tüm bu kronik ve kümülatif stresörler daha fazla TSSB görülmesine neden olur (Cantekin & Gençöz, 2017).

Bunun dışında önemli demografik risk faktörleri ise genç yaş veya ileri yaş, evli olmamak, düşük sosyoekonomik durum ve işsizliktir.



Şekil 12. Mülteci ve sığınmacıların göç öncesi, sırası ve sonrası maruz kaldıkları kronik ve kümülatif stresörler TSSB nin artmasına neden olur.

Geçmiş Deneyimler: Geçmiş olumsuz deneyimler ve travmatik yaşantılar yeni gerçekleşen travma ile ilişkilenebilir ve yeni travmaya fazladan olumsuz bir anlam yükleyebilir (Ehlers & Clark, 2010). Örneğin, çocuklukta cinsel istismara uğramış bir kişi yetişkinliğinde tecavüze uğrarsa bu yeni olayı, kendisinin iyi şeyleri hak etmeyen ve çevresine sadece kötü şeyler yaşatan biri olduğunun kanıtı

olarak yorumlayabilir. Öte yandan, kendisinin bu tür kişileri "çektiğine", sorunun kendisinde olduğuna ve bu yaşadıklarını hak ettiğine inanabilir. Yenilenen travma aynı zamanda geçmiş travmanın anıları için, eğer duyusal içeriğiyle benzeşiyorsa, güçlü bir işaret olabilir ve böylece önceki olaya verilen duygusal tepkileri tekrar harekete geçirebilir. Örneğin, daha önce annesinin öldüğü bir trafik kazasında kendisini suçlamış ancak yaşadığı sıkıntıyı atlatmış ve yıllarca üzerine düşünmemeyi başarmış bir kişi, küçük bir kaza geçirince kaza anındaki sesler ona ilk kazanın istem dışı anılarını, güçlü suçluluk duygularını geri getirebilir ve kişi inatçı TSSB geliştirebilir.

Travma Sırası Tepkiler

Travmatik olay sırasında veya hemen arkasında verilen bazı tepkiler TSSB için risk faktörüdür. Travma sırasındaki disosiyasyon, TSSB gelişimini ve seyrini önemli biçimde arttırır (Ozer ve ark., 2008; Sugar & Ford, 2012). Disosiyasyon tepkileri; şaşkınlık, kafa karışıklığı, oryantasyon bozukluğu ve duygusal şoktan gerçeklik kaybı, bilinç ve benliğin dağılmasına kadar birçok tepkiyi içerebilir. Donup kalma, ajitasyon, stupor ve konversiyon gibi gözlenebilir davranışlar da olabilir. Travma sırasında disosiyasyon, travmatik anıların parçalanmış özelliğini de açıklayabilir (van der Kolk & Fisler, 1995). Bunun yanı sıra, duygusal hissizleşme, yüksek seviyede uyarılma, korku ve duygusal sıkıntı TSSB gelişimini etkiler (van der Kolk & Fisler, 1995).

Bu tepkilerin TSSB gelişiminde etkili olmasının nedeni, travmatik olaydan düzenli bir anı oluşturulmasını engellemeleridir. Travmatik bir olay sırasında yapılan kavramsal işlemlemenin (durumun anlamını işleme, bir düzene koyma ve bağlama yerleştirme) derecesi, travma anısının doğasını ve dolayısıyla hafızadan bilgiyi isteyerek çağırma becerisini belirler (Ehlers & Clark, 2000). Eğer kişinin kavramsal işlemlemesi eksikse ve temel olarak veri odaklı işlemleme yapıyorsa (duyusal etkileri işlemleme), sonrasında travma anısını istemli geri çağırmayı zorlaştırır ve aynı zamanda eşlik eden uyaranla güçlü bir şekilde ateşlenir. Böylece travma sırasındaki uyaranla ona benzeyen zararsız uyaran arasındaki zayıflayan ayrım travmatik anı izinin diğer anı izlerinden ayırt edilememesine neden olur.



Şekil 13. Travmatik stresörlere maruz kaldıktan sonra TSSB geliştirme riskini azaltan en güçlü ve en tutarlı koruyucu faktör sosyal destektir.

Travma Sonrası Koruyucu Faktörler

Travmatik stresörlere maruz kaldıktan sonra TSSB geliştirme riskini azaltan en güçlü ve en tutarlı koruyucu faktör sosyal destektir (Vogt, King & King, 2014). Sosyal destek; duygusal, bilgisel ve maddi destek şeklinde olabilir. Duygusal destek arkadaşlık, birliktelik, moral ve manevi destek şeklinde; bilgisel destek ihtiyaçlara, servislere veya bilgiye erişim desteği şeklinde; maddi destek para, mal-mülk, ev veya

iş bulma yardımı şeklinde gerçekleşebilir. Farklı sosyal destek çeşitleri eş, aile, akrabalar, arkadaşlar, komşular, çalışma arkadaşları, yardım kuruluşları, profesyonel servis sağlayıcılar gibi farklı kaynaklardan gelebilir.

Önceki inançları sarsan veya parçalayan travmatik bir olaydan sonra sosyal destek, hayatın öngörülebilir, kontrol edilebilir ve güvenli olabileceğine dair inancın onarılmasına yardımcı olur. Sosyal destek; duygusal sıkıntıları azaltarak, duygusal ve fiziksel yaraların sarılmasına yardımcı olarak, kişilerin öz yeterlik hissini arttırarak, güven duygusunu destekleyerek, travmanın psikolojik etkilerini anlama ve baş etme becerilerini güçlendirerek kişilerin travmatik olayların etkilerine karşı direnç veya iyileşme göstermesini sağlar. Sosyal desteğin tam tersi sayılan sosyal kısıtlılıklar ise travmatik olaylardan etkilenen kişiler için mevcut sosyal desteğin kalitesi ve miktarındaki eksiklikler veya sınırlılıklardır (Hobfoll, 2001).

İkinci önemli koruyucu faktör öz yeterliktir (Waldrep & Benight, 2008). Öz yeterlik, etkili amaç belirleme ve ulaşma, stresli zorlukların idaresinde başarılı olma becerisine dair kişinin kendi inancını işaret eder. Bu anlamda TSSB'ye karşı direnç gösterme veya TSSB etkilerinden kolayca kurtulma için oldukça önemlidir. Öz yeterlik ve sosyal desteğin sıklıkla ilişkili olduğu belirtilir (Ford ve ark., 2015). Kendisine daha çok güvenen kişilerin daha fazla sosyal destek aradıkları ve elde ettikleri, güçlü sosyal destek ağları olan kişilerin de travmatik stresör ve etkileri ile baş etmede kendilerini daha etkili hissettikleri ve oldukları söylenebilir. Sonuç olarak, ayrı ayrı olduğu kadar, ikisi birlikte TSSB riskinin azalmasında daha fazla katkıda bulunur.

YAKIN BAKIŞ 2 Travma Sonrası Her Şey Bozulur mu?: Travma Sonrası Büyüme

Genellikle travma ve travma sonrası stres literatürü, ruh sağlığı ile ilişkili olumsuz faktörler üzerinde daha çok durur. Örneğin; savaştan kaçan, çatışmalara, bombalara maruz kalan bir mültecinin, enkazdan zor kurtulan bir depremzedenin, ağır bir trafik kazasında bir uzvunu kaybeden veya kanser tanısı alan birinin TSSB geliştirmesi, başka psikolojik problemler yaşaması ve uzun yıllar etkilenmesi beklenir. Bu yaklaşım patolojiyi ve zayıflıkları vurgularken kaynakları ve dayanıklılığı göz ardı eder. Travmatik olaya maruz kalan bir kişinin doğrudan TSSB geliştirmesinin kesin olmadığı gibi yaşadığı TSSB belirtilerinin kendiliğinden iyileşebileceğini ele almıştık (Yakın Bakış 1). Bunun yanı sıra, travmatik olaya maruz kalan bir kişi olumlu deneyimler de yaşayabilir, kayıplar değerli kazanımlar getirebilir. Buna, "travma sonrası büyüme" denmektedir.

Travma sonrası büyüme, son yıllarda çok çalışılan ve dikkate alınan bir konu olmasına rağmen görece yeni bir kavramdır. Bu kavram ilk olarak 20 yıl önce Calhoun ve Tedeschi (1999) tarafından ortaya atılmış ve travmatik bir olayla mücadele sonucu deneyimlenen pozitif psikolojik değişim algısı olarak tanımlanmıştır. Travma sonrası büyüme temel olarak üç kategoride oluşan olumlu değişimlerle kendisini gösterir: kendilik algısındaki değişimler, diğerleriyle olan ilişkilerdeki değişimler, maneviyatta değişimler. Özel olarak

ise beş travma sonrası büyüme alanında fikir birliği edilmektedir. Bunlar; diğer insanlarla ilişkilerin gelişmesi, kişinin kendi hayatı için yeni imkânlar belirlemesi, kişisel, güçlü yanların arttığı algısı, manevi gelişim ve hayata karşı artan minnettarlık/değer bilmedir (Tedeschi & Calhoun, 2004b).

Örneklerle açıklayacak olursak, bir kayıp deneyiminden sonra aile bağları güçlenir veya kişi gerçek dostlarının kim olduğunu anlar ve ilişkilerini derinleştirir. Hayatı tehdit eden bir hastalık atlatan bir kişi aynı zorlu süreçlerden geçen diğer insanlara karşı çok fazla merhamet gösterir ve diğerkâm (altruistic) davranışlarda bulunur. Mesela, o hastalıkla mücadele eden bir dernek kurar veya var olan bir yardım derneğinde gönüllü çalışmalara katılır. Kişi daha önce ihmal ettiği veya önceliğe almadığı işlerine, hobilerine veya kişilere daha çok zaman ayırır, kendisini gerçekleştirebileceği yeni alanlar yaratır. Kendisinde bu zorluğu aştığına göre artık her zorlukla mücadele edebileceğine dair inanç ve güç hisseder. Travmatik olayın ardından hayatının, bu dünyadaki yerinin ve rolünün anlamını sorgular ve hayatında bazı şeyler daha önemli, bazı şeyler daha önemsiz hâle gelir. Mesela, kanser tanısı almış bir kişi, daha önce çok zamanını alan kariyer hedeflerini artık bir kenara bırakır, ailesiyle daha çok vakit geçirmeye, hayatının tadını çıkarmaya ve eskiden zihnini meşgul eden sorunları artık önemsememeye başlar. Hayatının her anının değerini bildiğini ve anı dolu dolu yaşamak gerektiğini ifade eder. Manevi duygular ve dini inançlar kuvvetlenir ve bunlara yaşam içinde daha fazla yer verilir.

Travma sonrası büyümenin travmayla mücadele eden tüm bireylerde kaçınılmaz olarak gerçekleşeceğini ve travmanın olumsuz sonuçlarının hiç olmayacağını söylemek doğru olmaz. Travmatik olayla mücadele eden bir kişide, travma sonrası büyüme ne garantidir ne de acıyı mutlaka ortadan kaldırır. Psikolojik sıkıntı ve büyüme bir aradadır. Benzer şekilde, travmatik olaydan sonra kişi kendisini daha kırılgan (vulnerable) ama daha güçlü görebilir (Tedeschi & Calhoun, 2004b). Bunun anlamı; kişi hayatının daha önce varsaydığı gibi güvenli ve öngörülebilir olmadığını anlar, ama aynı zamanda hayatın getireceği zorluklarla mücadele etmek için daha güçlü olduğunu hisseder.

Travma sonrası büyüme, bazı benzerlikler taşısa da, başa çıkma (coping), dirençlilik (resilience) gibi kavramlardan çok ayrılır. Başa çıkma bireyin kaynaklarını zorlayan veya aşan dışsal ve/veya içsel talepleri yönetmek için yapılan bilişsel ve davranışsal çabalar olarak ifade edilir (Lazarus & Folkman, 1984). Dirençlilik ise genellikle zorluklara başarılı bir şekilde adapte olmak, yani zorlu yaşam olayları sonrasında kendini toparlamak ve dengeyi korumak anlamına gelir (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Travma sonrası büyüme, sabit bir kişisel özellik veya basit bir sonuçtan daha çok, zaman, enerji ve mücadele gerektiren bir süreçtir ve yeni inanç sistemleri ve yeni deneyimler oluşmasına yol açar.

Çalışmalar travma sonrası büyümenin farklı travmatik deneyime maruz kalan birçok kişide olduğunu göstermiştir. Bu travmatik deneyimlerden bazılarını; yas, romatizmalı eklem iltihabı, HIV enfeksiyonları, kanser, kemik iliği nakli, kalp krizi, çocukların sağlık sorunlarıyla baş etme, trafik kazaları, yangın, doğal afetler, cinsel saldırı ve istismar, savaş, mülteci deneyimleri ve rehin alınma olarak sıralayabiliriz (Schaefer & Moos, 1998; Tedeschi & Calhoun, 2004a).

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNUN TEDAVİSİ

Farmakolojik Tedavi

TSSB için oluşturulan tedavi rehberlerinde, psikoterapi ilk seçenek olarak değerlendirildikten sonra, farmakoterapi ikinci seçenek olarak önerilmektedir (Cukor ve ark., 2009). TSSB'yi tedavi etmek için özel olarak tasarlanmış herhangi bir ilaç bulunmamaktadır. Ancak TSSB belirtilerinin tedavisinde yardımcı olduğu görülen ve onaylanan, diğer psikolojik rahatsızlıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar mevcuttur. TSSB'nin farmakolojik tedavisi için antidepresanlar, özellikle de selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) tercih edilir. Şimdiye kadar SSRI'dan sadece ikisi, sertraline (Zoloft) ve paroksetin (Paxil) Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi tarafından TSSB tedavisi için onaylanmış ilaçlardır (Ford ve ark., 2015). Bu ilaçların plaseboya kıyasla TSSB belirtilerini önemli derecede azalttığı bulunmuştur (Cukor ve ark., 2009; Friedman & Davidson, 2014). Son zamanlarda yine depresyon tedavisinde kullanılan ve bir serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörü (SNRI) olan Venlaxafine (Effexor), TSSB tedavisinde etkili bulunmuş ve kullanılmaya başlanmıştır. Trisiklik antidepresanlar, duygu durum düzenleyicileri ve atipik antipsikotik ilaçlar diğer tedavi seçeneklerini oluşturmaktadır (Tanır & Kılıç, 2016; Tatar, 2015).



Şekil 14. SSRIs'dan sertraline (Zoloft) ve paroksetin (Paxil) Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından TSSB tedavisi için onaylanmış ilaçlardır.

Kanıta Dayalı Psikoterapi

En güncel TSSB tedavi rehberlerinde; travma odaklı bilişsel davranışçı terapinin (BDT), TSSB tedavisinde en güçlü kanıta dayanan, en etkili yöntem olduğu belirtilmektedir (Ehlers & Clark, 2008; Watkins, Sprang, Rothbaum, 2018; Youngner, Gerardi, Rothbaum, 2013). Uzun süreli maruz bırakma terapisi ve bilişsel işlemleme terapisi de önerilen diğer kanıta dayalı BDT modellerindendir.

Travma odaklı bilişsel davranışçı terapi: Ehlers ve Clark (2000), TSSB için geliştirdikleri BDT modelinde tedavi için üç terapi amacı belirlemişlerdir: (1) travmatik anıların istemsiz araya girmesini ve yeniden yaşantılamayı azaltmak için travmatik anının ayrıntılı işlenmesi ve otobiyografik hafızaya entegre edilmesini sağlamak; (2) devam eden tehdit algısını sürdüren travmatik olaya ve/veya sonuçlarına dair yapılan abartılı olumsuz değerlendirmeleri değiştirmek; (3) anının işlenmesini önleyen, TSSB belirtilerini arttıran ve abartılı değerlendirmelerin ele alınmasını engelleyen işlevsel olmayan bilişsel ve davranışsal baş etme stratejilerini kaldırmak.

Detaylı bir değerlendirmede, terapide ele alınması muhtemel problemli bilişsel temalar, travmatik olayın en kötü ve en acı veren anları, travmatik anının ve araya giren düşüncelerin özellikleri, olayla ilgili ağır basan yoğun duygular, travmatik olay ve sonuçlarına yönelik yapılan problemli değerlendirmeler ve işlevsel olmayan bilişsel ve davranışsal baş etme yöntemleri belirlenir. BDT'nin en önemli özelliklerinden biri terapiye gelen kişinin terapide kullanılan iyileştirici uygulamaların her birinin mantığını anlamasıdır. Bunun için, kişiye TSSB ve belirtilerinin nitelikleri, travma ile baş etme stratejilerinin aslında TSSB'yi nasıl devam ettirdiği, travmanın tamamen işlemlenmesi için en kötü veya en acı veren anlarıyla yüzleşmesi gerektiği açıklanır. Travmanın sonuçlarına dair yapılan hatalı değerlendirmeler gerekli bilgilendirmeler sağlanarak düzeltilmeye çalışılır. Kişinin araya giren istenmeyen travmatik anıları bastırmaya çalışmasının tam tersine bu anıların etkisini daha çok arttırdığı, bu nedenle zihinden uzaklaştırmaya çalışması yerine gelen anıları kabul edip gözlemesi üzerine çalışılır. Kişinin travmatik olaydan önce yaptığı ancak olaydan sonra bıraktığı aktiviteleri, işleri, uğraşları veya önceden görüştüğü ancak sonra uzaklaştığı sosyal çevreleri geri kazanması için cesaretlendirilir. Böylelikle kişi için travmatik olayın yaşandığı zamanda "mahsur kalma" hissi azalırken bunları bırakmasında etkili olan problemli değerlendirmeleri ele alınır.

Travma odaklı BDT'nin en önemli uygulamalarından biri, bilişsel yeniden yapılandırma ile travmatik olayı tekrar yaşamadır. Kişiden travma anısını baştan sona en gerçekçi şekilde mümkün olduğunca çok detaylı ve canlı biçimde, şimdi ve burada yaşanıyor gibi anlatması veya yazması istenir. Ne yaşandığının yanı sıra, o esnadaki duygu ve düşüncelerinin de verilmesi istenir. Tekrar yaşama çalışmasından sonra bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri kullanılarak travmatik olayın kilit anlarına ilişkin problemli düşünceler, inançlar belirlenir, tartışılır ve alternatif bakış açıları geliştirilir. Belirlenen alternatif açıklamalar bir sonraki tekrar yaşama çalışmasında ilgili ana dahil edilmeye çalışılır. Terapi ilerledikçe, tekrar yaşama çalışmasında tüm olayı ele almak yerine daha çok, travma anısının en yoğun duygusal sıkıntı yaşatan problemli yerlerinin üzerinde durulur.

Bu bilişsel tekniğin yanı sıra davranışsal teknik olan yaşantısal (in vivo) maruz bırakma da uygulanır. Travmatik anının sistematik olarak kaçınılan uyaranlarına maruz bırakma, kişinin travmatik olayın geçmişte kaldığını duygusal olarak kabul etmesine yardımcı olan önemli bir uygulamadır. Bunun için travmanın gerçekleştiği yere ziyaretler gerçekleştirilir, olayı hatırlatan kokulara, seslere, aktivitelere, duygulara veya benzer durumlara maruz bırakılır. Bu süreç, kişinin travmatik olay sırasında denk düşen zararsız uyaranlarla gerçekleşen tehlikeli uyaranları ayırabilmesini, travmatik olayla alakasız birçok durum veya şeyden kaçınmasına neden olan aşırı genelleştirilmiş tehlike algısını sorgulamasını sağlar. Aynı zamanda, bu aşırı genelleştirilmiş devam eden tehdit algısı ile baş etmek için yaptığı davranışsal stratejileri bırakmasını ve travmatik olayın sonuçlarına dair yaptığı gerçekçi olmayan değerlendirmeleri değiştirmesini sağlar.

Yaşantısal maruz bırakmanın yanı sıra, kişiye istemsiz araya giren anıların ve duyguların gerçekleştiği durumları dikkatle takip etmesi, bu durumlarda tetikleyicilerin neler olduğunu belirlemesi öğretilir. Kişi bu tetikleyicileri (ışık, koku, hareket, temas, düşünce, his, duygu vb.) belirledikten sonra geçmişteki ve şimdiki benzerlikleri ve farklılıkları detaylı olarak konuşulur ve uyaran ayrımı yapması sağlanır. Ayrıca travmatik anıyı düzenlemek ve anlamını değiştirmek için hayal etme teknikleri de kullanılabilir. Böylece kişi yarım kalmış işlerini tamamlayabilir (kaybettiği arkadaşı ile vedalaşmak gibi) ve travmatik anıya bir kapanış getirebilir.

nobel

Uzun süreli maruz bırakma terapisi (prolonged exposure): Uzun süreli maruz bırakma terapisi, duygusal işlemleme teorisine dayanmaktadır (Foa & Kozak, 1986). Bu teori, travmatik olayların olay anında duygusal olarak doğru işlemlenmediğini söyler. Bu terapi yöntemi, genellikle 8-15 seans sürmektedir (Foa, Hembree, Rothbaum, 2007) ve psikoeğitim, nefes eğitimi, yaşantısal (in vivo) ve hayal ederek (imaginal) maruz bırakma tekniklerini içermektedir. Psikoeğitim sırasında kişi; TSSB, travmaya verilen tepkiler ve maruz bırakma hakkında bilgilendirilir. Nefes eğitimi, maruz bırakma uygulaması sırasında kullanılmamak şartıyla stresli durumlarda kişiye kaygısını azaltmasında yardımcı olması için verilir. Yaşantısal maruz bırakmada, kişinin travmatik olay yüzünden korku duyduğu için kaçındığı durumlarla, yerlerle ve insanlarla kaygısı anlamlı ölçüde azalana kadar tekrar tekrar yüzleşmesi sağlanır. Hayal ederek maruz bırakmada kişi travmatik olayla ilgili kaçındığı duyguları, düşünceleri ve anılarıyla yüzleşir. Bunun için kişi olayı şimdiki zamanda tekrar tekrar anlatır ve sonrasında duygusal içerik üzerine konuşulur. Bu iki maruz bırakma yöntemiyle, kişi korku yapısını harekete geçirir ve bu patolojik korku yapısıyla çelişen yeni bilgiyi sisteme dahil eder.

Çok sayıda meta-analiz çalışması maruz bırakma terapisinin travma odaklı olmayan terapilerden çok daha etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Powers ve ark., 2010; Watts ve ark., 2013). TSSB'nin psikolojik tedavilerini karşılaştıran bir meta-analiz çalışması uzun süreli maruz bırakma terapisinin etkililiği için güçlü kanıt sunmaktadır (Cusack ve ark., 2016). Tanı kaybı ile ilgili oranlar ise çalışmalara göre değişiklik göstermektedir. Uzun süreli maruz bırakma terapisi alan kişilerden tedavinin sonunda TSSB tanısını artık almayanlar %41 ve %95 arasında değişmektedir (Jonas ve ark., 2013).

Bilişsel İşlemleme Terapisi: Bilişsel İşlemleme Terapisi, sosyal bilişsel teori ve duygusal işlemleme teorisine dayanmaktadır (Resick & Schnicke, 1992). Bilişsel işlemleme terapisi kişilerin travmatik deneyimi ile ilgili uyumsuz bilişlerini bulmayı ve değiştirmeyi hedefler. Travmatik olayla gelen yeni bilgi ("Tecavüze uğradım.") kişinin daha önce varolan şemalarıyla ("İyi kadınlar tecavüze uğramaz.") uyuşmadığında kişi ya yeni bilgiyi değiştirir ya da varolan şema değiştirilir. Kişiler başlarına geleni anlamaya ve anlamlandırmaya çalışırken kendileri, çevresindekiler ya da dünya ile ilgili çarpıtılmış bilişler oluştururlar. Bu nedenle bu iki bilgi arasındaki çatışma TSSB'yi oluşturur.

Bu terapi, tecavüz mağdurlarını tedavi etmek için grup terapisi olarak geliştirilmiştir ve genelde kişilerarası travmalarda etkili olduğu gösterilmiştir (Chard, Schuster & Resick, 2012). Bilişsel İşlemleme Terapisi alan cinsel saldırıya uğramış kişiler veya eski askerlerde TSSB, depresyon ve anksiyete seviyelerinde klinik açıdan anlamlı düşüşler olduğu ve bu sonuçların tedavi sonrası beşinci ve onuncu yıllarda hâlâ korunduğu bulunmuştur (Resick ve ark., 2012). Meta-analiz çalışmaları bu terapinin TSSB belirtilerini önemli derecede azalttığını gösterirken (Cusack ve ark., 2016), başka çalışmalar tedaviden sonra TSSB tanı kriterini artık karşılamayan kişilerin sayısının %30 ile %97 arasında değiştiğini ortaya koymuştur (Jonas ve ark., 2013).

Geliştirilen güncel versiyonunda hem bireysel hem grup formatında 12 seans olarak verilmektedir (Resick, Monson, Chard, 2017). Uzun süreli maruz bırakma terapisi ile bazı teknikleri örtüşmektedir. Örneğin, psikoeğitim ve maruz bırakma teknikleri burada da vardır. Ancak maruz bırakma tekniği daha çok yazılı formatta kullanılır ve burada amaç travmatik anının

duygusal sıkıntısını azaltmaktan çok, anıyı kişisel olarak en anlamlı hâline getirmektir. Bunun için terapist ve hasta birlikte çalışarak adım adım hikâyeye benzer bir anlatı oluştururlar.

EMDR: EMDR, Türkçe açılımıyla Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme, ilk olarak Francine Shapiro (1989) tarafından travmatik anıların verdiği rahatsızlığı gidermek amacıyla geliştirilmiştir. EMDR teorisinin altyapısı, yine Shapiro (1989) tarafından geliştirilen Adaptif Bilgi İşleme Modeline dayanmaktadır. EMDR, maruz bırakma ve bilişsel terapi gibi birçok farklı terapi ekollerinden ögeleri ve aynı zamanda genellikle sakkadik göz hareketlerinin oluşturduğu iki yönlü uyarılmayı içerir. Terapi süreci, danışanın geçmişi, hazırlık, değerlendirme, duyarsızlaşma, yerleştirme, beden tarama, tamamlama-kapanış, yeniden değerlendirme olmak üzere sekiz aşamadan oluşur. EMDR terapisinde amaç, geçmişte yaşanan rahatsız edici anıları yeniden işleyerek duyarsızlaşmayı sağlamak, sıkıntıyı tetikleyen veya arttıran mevcut durumları ele almak ve olumlu inanç ve duygularla geliştirilen olumlu davranışları gelecekte karşılaşılacak benzer sorunlar karşısında gösterebilmektir.

EMDR'da kişiden rahatsız edici belirli bir anıya veya o anıyı temsil eden bir resme sessizce odaklanması (hayal ederek maruz bırakma), bu sırada travmatik olayla ilgili olumsuz veya işlevsel olmayan inancını düşünmesi, olumsuz duygularını yaşaması ve bu sırada bedeninde oluşan fiziksel değişimleri fark etmesi istenir. Kişi bunları yaparken aynı zamanda iki yönlü uyarılır. Genellikle bu, yüzünün önünde terapistin sağa-sola hareket ettirdiği parmağını gözleriyle takip etmesiyle olur.

EMDR'ın bu iki yönlü uyarılma ile çalıştığı düşünülmektedir. Zihinden geçenlere ve göz hareketlerine aynı anda dikkati vermek, beynin sağ ve sol yarımküresini aynı anda aktive eder. Yaşantılardan gelen bilgi REM uykusu (Hızlı Göz Hareketli Uyku) sırasında beyinde işlenir. Benzer bir fizyolojik etkiyi, EMDR'de uygulanan iki yönlü göz hareketlerinin uyanık zamanda sağlayabildiği öngörülmektedir. Çift yönlü göz hareketi dışında, çift yönlü dokunma veya işitsel uyarım gibi farklı uygulamalar da kullanılmaktadır. Sakkadik göz hareketleri (görsel alanı tararken gözlerin noktadan noktaya hızla atlayarak, istemli fakat çoğu zaman refleksif olarak yaptığı senkronize hareket) dışında sol ve sağ kulağa verilen ardışık ses tonları, parmak şıklatma veya omuza hafifçe vurma kullanılabilir. Terapist her uygulamadan sonra, kişiye aklından geçenleri sorar ve işlemlemeyi kontrol eder. Bu ardışık hareketler veya sesler, travmatik anının rahatsız edici düzeyi hafifleyene ve travmatik anı ile ilgili işlevsel olmayan düşünceler düzelene kadar devam ettirilir. EMDR, çok kısa



Şekil 15. EMDR'da kişi rahatsız edici belirli bir anıya odaklanırken aynı zamanda terapistin iki yöne hareket ettirdiği parmağını gözleriyle takip etmesiyle çift yönlü uyarılır.

nobel

sürmesiyle diğer terapi yöntemlerinden ayrılır. Bazen tek seans bile yeterli bulunsa da genellikle beşten az ve en fazla yedi seans her travmatik anıyla çalışmak için yeterli süreler dir.

EMDR'ın TSSB tedavisinde etkili olduğuna dair birçok araştırma olmasına (Chen ve ark., 2014), birçok kişinin eğitimini almasına ve uygulamasının yaygın olmasına rağmen, etkinliği hâlâ tartışma konusudur. TSSB tedavisinde EMDR'ı önermeye yetecek yeterli bilimsel kanıt olmadığı belirtilmektedir (Youngner ve ark., 2013). Birçok araştırma EMDR'ın olumlu sonuçlarının göz hareketleriyle sağlanmadığını belirtmektedir (Cahill, Carrigan, Frueh, 1999; Devilly & Spence, 1999). Ayrıca EMDR, etkililiğini gösteren, bilimsel olarak kanıtlanmış bir model ortaya koyamadığı için eleştirilmektedir. EMDR'ın nasıl çalıştığını açıklayan mekanizma hâlâ anlaşılamadığı için bu alanda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

BÖLÜM ÖZETİ

Tarihte savaş gazilerinin ve eski askerlerin yaşadığı bir sendrom olarak araştırılmaya başlanan ve bomba şoku, savaş yorgunluğu gibi isimlerle anılan Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), bu ismiyle bir psikiyatrik tanı olarak ilk kez 1980 yılında DSM-III'te yerini almıştır. TSSB oluşması için kişinin ölüm, ciddi yaralanma veya cinsel şiddetin kendisi veya tehdidi gibi travmatik bir olaya maruz kalması veya tanıklık etmesi gerekir. TSSB semptomları; istem dışı gelen (araya giren) anılar ve yeniden deneyimleme, kaçınma, olumsuz düşünceler ve duygular, aşırı uyarılma ve tepkisellik olmak üzere genel olarak dört kategoride sınıflandırılır.

Akut Stres Bozukluğu (ASB), travmaya maruz kalındıktan sonraki ilk ay içerisinde görülen akut stres reaksiyonlarının tanınması ve tedavisi için, bir psikiyatrik tanı olarak ilk kez DSM-IV'te tanımlanmıştır. ASB'nin belirtileri, belirli kategoriler altında sınıflandırılmamakta, onun yerine tek bir listeden toplamda sahip olunan belirti sayısına göre tanı konulmaktadır.

Epidemiyolojik araştırmalara göre, travmanın hayat boyu yaygınlığı oldukça yüksektir. Yetişkinlerin yarısından fazlasının ve 16 yaşına kadar üç çocuktan ikisinin hayatlarının bir zamanında travmatik olay deneyimi vardır. Travmatik yaşantıların çoğu 16-25 yaş arasında yaşanmaktadır. TSSB'ye en sık eşlik eden psikolojik rahatsızlık majör depresyondur. Kadınların erkeklere göre en az iki kat daha fazla TSSB geliştirme riski bulunmaktadır. Genel olarak travmatik stresörlerin ve kronikleşen psikolojik belirtilerin sıklığına rağmen, çok az bir kesim tedavi almaktadır. Travmatik stresöre/stresörlere maruz kalanların bazılarında TSSB belirtileri çok uzun yıllar sürmesine rağmen, çok daha fazla kişinin TSSB geliştirmediği ve akut belirtilerin kendiliğinden iyileştiği bilinmektedir.

Bu nedenle TSSB, birçok farklı potansiyel faktörün karmaşık ilişkisinin bir ürünüdür. Belirli nedenlerden ziyade travma öncesi, sırası ve sonrasındaki risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin çok sayıda farklı kombinasyonu sonucu ortaya çıkar. Travmatik olay öncesi bazı genetik ve biyolojik faktörler, kendi geçmişinde veya aile geçmişinde bulunan psikolojik rahatsızlıklar, önceki inançlar, olumsuz varsayımlar ve bilişsel kapasitedeki sınırlılıklar, travmatik olayın ve maruz kalma derecesinin özellikleri, sosyokültürel farklılıklar, geçmiş travmalar ve olumsuz deneyimler, travmatik olay sırasındaki disosiyasyon, duygusal hissizleşme, aşırı uyarılma ve korku gibi tepkiler TSSB geliştirme riskini arttırırken, sosyal destek ve öz yeterlik gibi etkenler de bu riski azaltan koruyucu faktörlerdir.

TSSB tedavisinde psikoterapi ilk seçenek olarak değerlendirildikten sonra, farmakoterapi ikinci seçenek olarak önerilmektedir. Farmakolojik tedavi için antidepresanlar tercih edilir. Travma odaklı bilişsel davranışçı terapi (BDT, TSSB tedavisi en güçlü kanıta dayanan, en etkili yöntemdir. Travma odaklı BDT'de, travmatik anının ayrıntılı işlenmesi ve otobiyografik hafızaya entegre edilmesini sağlamak, abartılı olumsuz değerlendirmeleri değiştirmek ve işlevsel olmayan bilişsel ve davranışsal baş etme stratejilerini kaldırmak amaçlanmaktadır. Uzun süreli maruz bırakma terapisi ve bilişsel işlemleme terapisi de önerilen diğer kanıta dayalı BDT modellerindendir. Son yıllarda popülerlik kazanan EMDR (Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme), çok yaygın uygulanmasına ve TSSB tedavisinde etkili olduğuna dair birçok araştırma bulunmasına rağmen, yeterli bilimsel kanıtı ve nasıl çalıştığını açıklayan modeli olmadığı gerekçesiyle etkinliği hâlâ tartışma konusudur.

KAYNAKLAR

Aardal-Eriksson, E., Eriksson, T. E., & Thorell, L. -H. (2001). Salivary cortisol, posttraumatic stress symptoms, and general health in the acute phase and during 9-month follow-up. *Biological Psychiatry, 50*, 986–993.

Aker, A. T., Önen, P., & Karakılıç, H. (2007) Psychological Trauma: Research and Practice in Turkey. *International Journal of Mental Health, 36*(3), 38-57. doi:10.2753/IMH0020-7411360306

Banerjee, S. B., Morrison, F. G., & Ressler, K. J. (2017). Genetic approaches for the study of PTSD: Advances and challenges. *Neurosci Lett.* 649, 139–146. doi:10.1016/j.neulet.2017.02.058

Binbay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., et al. (2014). Türkiye'de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın Zamanlı Araştırmalarda Temel Bulgular ve Gelecek İçin Öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi, 25*(4), 264-81.

Blanco, C. (2011). Epidemiology of PTSD. In D. J. Stein, M. J. Friedman, & C. Blanco (Eds.), *World Psychiatric Association evidence and experience in psychiatry series. Post-traumatic stress disorder* (pp. 49–74). Wiley-Blackwell.

Bomyea, J., Risbrough, V., & Lang, A. J. (2012). A consideration of select pre-trauma factors as key vulnerabilities in PTSD. *Clinical Psychology Review, 32*, 630–641. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.008

Bromet, E. J., Karam, E. G., Koenen, K. C., Stein, D. J. (2018). The Global Epidemiology of Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder. E. J. Bromet, E. G. Karam, K. C. Koenen, D. J. Stein (Eds.) (pp. 1-12). Cambridge University Press. doi: https://doi.org/10.1017/9781107445130.002

Bryant, R. A. & Guthrie, R. M. (2007). Maladaptive Self-Appraisals Before Trauma Exposure Predict Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(5), 812–815. doi: 10.1037/0022-006X.75.5.812

Brennstuhl, M. J., Tarquinio, C., & Montel, S. (2015). Chronic pain and PTSD: evolving views on their comorbidity. *Perspectives on Psychiatric Care*, 51, 295–304.

Breslau, N., Peterson, E. L., & Schultz, L. R. (2008). A second look at prior trauma and the posttraumatic stress disorder effects of subsequent trauma: A prospective epidemiological study. *Archives of General Psychiatry, 65*(4), 431–437.

Bryant, R. A. (2016). *Acute stress disorder: What it is and how to treat it*. New York, NY: The Guilford Press.

Bryant, R. A. (2011). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress disorder: A systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry, 72*, 233-239. doi: 10.4088/JCP.09r05072blu

Cahill, S. P., Carrigan, M. H., & Frueh, B. C. (1999). Does EMDR work? And if so, why? A critical review of controlled outcome and dismantling research. *Journal of Anxiety Disorders, 13*(1/2), 5–33.

Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (1999). *Facilitating posttraumatic growth: A clinician's guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1999.

Cantekin, D. (2018). Syrian refugees living on the edge: Policy and practice implications for mental health and psychosocial wellbeing. *International Migration*. doi: 10.1111/imig.12508

Cantekin, D. & Gençöz T. (2017). Mental Health of Syrian Asylum Seekers in Turkey: The Role of Pre-Migration and Post-Migration Risk Factors. *Journal of Social and Clinical Psychology, 36*(10), 835–859.

Chapman, C., Mills, K., Slade, T., et al. (2012). Remission from post-traumatic stress disorder in the general population. *Psychological Medicine*, 42, 1695–703.

Chard KM, Schuster JL, Resick PA: Empirically supported psychological treatments: Cognitive processing therapy, in The Oxford handbook of traumatic stress disorders. Edited by Beck JG, Sloan DM. New York, Oxford University Press, 2012, pp 439–448.

Chen, Y. R., Hung, K. W., Tsai, J. C., Chu, H., Chung, M. H., Chen, S. R., et al. (2014). Efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing for patients with posttraumatic-stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One, 9*(8), e103676. http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0103676.

Cohen, H. (2020). Two Stories of PTSD. *Psych Central*. Retrieved on February 15, 2020, from https://psychcentral.com/lib/two-stories-of-ptsd/

Constans, J. I., Vasterling, J. J., Deitch, E., Han, X., Teten Tharp, A. L., Davis, T. D., et al. (2012). Pre-Katrina mental illness, postdisaster negative cognitions, and PTSD symptoms in male veterans following Hurricane Katrina. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(6), 568–577.

Çolak, B., Kokurcan, A., & Özsan, H. H. (2010). DSM'ler boyunca travma kavramının seyri. *Kriz Dergisi 18*(3), 19-25

Cukor, J., Spitalnick, J., Difede, J., Rizzo, A., & Rothbaum, B. O. (2009). Emerging treatments for PTSD. *Clinical Psychology Review, 29*, 715–726. doi:10.1016/j.cpr.2009.09.001

Cusack, K., Jonas, D. E., Forneris, C. A., Wines, C., Sonis, J., Middleton, J. C., et al. (2016). Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 43, 128–141. doi: 10.1016/j.cpr.2015.10.003

Devilly, G. J., & Spence, S. H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 13*(1/2), 131–157.

DiGangi, J. A., Gomez, D., Mendoza, L., Jason, L. A., Keys, C. B., & Koenen, K. C. (2013). Pretrauma risk factors for posttraumatic stress disorder: A systematic review of the literature. *Clinical Psychology Review, 33*(6), 728–744.

Duncan, L. E., Ratanatharathorn, A., Aiello, A. E., Almli, L. M., Amstadter, A. B., Ashley-Koch, A. E., et. al. (2018). Largest GWAS of PTSD (N=20070) yields genetic overlap with schizophrenia and sex differences in heritability. *Molecular Psychiatry, 23*, 666–673. doi:10.1038/mp.2017.77

Edmonson, D., & von Kanel, R. (2017). Post-traumatic stress disorder and cardiovascular disease. *Lancet Psychiatry*, 4, 320–9.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319–345.

Ehlers A, Clark D. M. (2008). Post-traumatic stress disorder: The development of effective psychological treatments. *Nord J Psychiatry; 62* (47), 11-18. doi: 10.1080/08039480802315608

Flory, J. D., & Yehuda, R. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and major depressive disorder: alternative explanations and treatment considerations. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17, 141–50.

Friedman, M. J. & Davidson, J. R. T. (2014). Pharmacotherapy for PTSD. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (2nd ed., pp. 482–501). New York: Guilford.

. oa, E. B., and Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information *Psychol. Bull.* 99, 20–35. doi: 10.1037/0033-2909. 99.1.20

Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences.* New York, NY: Oxford University Press.

Ford, J. D., Grasso, D. J., Elhai, J. D., & Courtois, C. A. (2015). *Posttraumatic Stress Disorder*. Scientific and Professional Dimensions Academic Press.

Gelkopf, M., Roe D., Werbeloff, N., Hasson-Ohayon, I., Mueser, K. T., Caspi, A., & Weiser, M. (2013). The Prevalence of Full and Partial Posttraumatic Stress Disorder Among People With Severe Mental Illness in Israel. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(3). doi: 10.1097/NMD.0b013e3182848d1e

Gerdan, S. (2014). Determination of disaster awareness, attitude levels and individual priorities at Kocaeli University. *Eurasian Journal of Educational Research*, 55, 159-176. http://dx doi org/4689/ejer.2014.55.10

Guffanti, G., Galea, S., Yan, L., Roberts, A. L., Solovieff, N., Aiello, A. E., et al. (2013). Genome-wide association study implicates a novel RNA gene, the lincRNA AC068718.1, as a risk factor for post-traumatic stress disorder in women. *Psychoneuroendocrinology, 38*(12), 3029–3038.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.

Hobfoll, S. E. (2001). Conservation of resources: A rejoinder to the commentaries. *Applied Psychology: An International Review, 50*, 419–421.

Horowitz, M. J. (1997). *Stress response syndromes: PTSD, grief, and adjustment disorders* (3rd ed.). Lanham, MD: Jason Aronson.

Jonas, D. E., Cusack, K., Forneris, C. A., Wilkins, T. M., Sonis, J., Middleton, J. C., et al. (2013). *Psychological and Pharmacological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Comparative Effectiveness Review No. 92. (Prepared by the RTI International-University of North Carolina Evidence-Based Practice Center Under Contract No. 290-2007-10056-I). AHRQ Publication No. 13-EHC011-EF.* Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

Kılıç, B. G. (2016). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Farmakolojik Tedavi Yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics, 2*(3), 59-63.

Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress, 26*(5), 537–547. doi: 10.1002/jts.21848.

Koenen, K. C., Moffitt, T. E., Poulton, R., Martin, J., & Caspi, A. (2007). Early childhood factors associated with the development of post-traumatic stress disorder: Results from a longitudinal birth cohort. *Psychological Medicine, 37*(2), 181–192.

Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., et al. (2017). Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine 47*, 2260–2274. doi:10.1017/S0033291717000708

Kremen, W. S., Koenen, K. C., Boake, C., Purcell, S., Eisen, S. A., Franz, C. E., et al. (2007). Pretrauma cognitive ability and risk for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry, 64*, 361–368.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Psychological stress and the coping process. New York, NY: Springer.

Liberzon, I., King, A. P., Ressler, K. J., Almli, L. M., Zhang, P., Ma, S. T., et al. (2014). Interaction of the ADRB2 gene polymorphism with childhood trauma in predicting adult symptoms of posttraumatic stress disorder. *JAMA Psychiatry, 71*(10), 1174–1182.

Logue, M. W., van Rooij, S. J. H., Dennis, E. L., Davis, S. L., Hayes, J. P., & Stevens, J. S. (2018). Smaller Hippocampal Volume in Posttraumatic Stress Disorder: A Multisite ENIGMA-PGC Study: Subcortical Volumetry Results From Posttraumatic Stress Disorder Consortia. *Biol Psychiatry, 83*(3), 244–253. doi:10.1016/j.biopsych.2017.09.006.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child Development, 71(3), 543-562.

Meewisse, M. -L., Reitsma, J. B., De Vries, G., Gersons, B. P. R., & Olff, M. (2007). Cortisol and post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 191*, 367–392.

Morina, N., Wicherts, J. M., Lobbrecht, J., & Priebe, S. (2014). Remission from post-traumatic stress disorder in adults: a systematic review and meta-analysis of long term outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 34, 249–55.

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2008). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, S*(1), 3–36. https://doi.org/10.1037/1942-9681.S.1.3

Perkonigg, A., Kessler, R.C., Storz, S., &Wittchen, H.U. (2000) Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101*(1), 46–59.

Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., and Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clin. Psychol. Rev.* 30, 635–641. doi: 10.1016/j.cpr.2010. 04.007

Rauch, S. L., Shin, L. M., & Phelps, E. A. (2006). Neurocircuitry models of posttraumatic stress disorder and extinction: Human neuroimaging research--past, present, and future. *Biological Psychiatry, 60*, 376–382.

Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *J. Consult Clin. Psychol.* 60, 748–756. doi: 10.1037/0022-006x. 60.5.748

Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2017). *Cognitive Processing Therapy for PTSD: A Comprehensive Manual.* New York, NY: Guilford Press.

Resick, P. A., Williams, L. F., Suvak, M. K., Monson, C. M., and Gradus, J. L. (2012). Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *J. Consult. Clin. Psychol.* 80, 201–210. doi: 10.1037/a0026602

Shapiro F. Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. J Behav Ther Exp Psychiatry 1989; 20: 211-217.

Sartor, C. E., Grant, J. D., Lynskey, M. T., McCutcheon, V. V., Waldron, M., Statham, D. J., et al. (2012). Common heritable contributions to low-risk trauma, high-risk trauma, posttraumatic stress disorder, and major depression. *Archives of General Psychiatry, 69*(3), 293–299.

Schaefer, J. A., & Moos, R. H. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. In R. G. Tedeschi, C. L. Park, & L. G. Calhoun (Eds.), *The LEA series in personality and clinical psychology. Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (p. 99–125). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Shalev, A., Liberzon, I., & Marmar, C. (2017). Post- traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 376, 2459–69.

Stein, M. B., Jang, K. L., Taylor, S., Vernon, P. A., & Livesley, W. J. (2002). Genetic and envi- ronmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: A twin study. *American Journal of Psychiatry, 159*, 1675–1681.

Su, Y. J., & Chen, S. H. (2018). Negative Cognitions Prior to Trauma Predict Acute Posttraumatic Stress Disorder Symptomatology. *Journal of Traumatic Stress, 31*, 14–24. doi: 10.1002/jts.22255

Sugar, J. & Ford, J. D. (2012). Peritraumatic Reactions and Posttraumatic Stress Disorder in Psychiatrically Impaired Youth. *Journal of Traumatic Stress* February, *25*, 41–49. doi: 10.1002/jts.21668

Şakiroğlu, M. (2019). Posttraumatic growth among the 1999 Düzce earthquake survivors. *International Journal of Psycho-Educational Sciences, 8*(3), pp. 61 – 72.

Tatar, Z. B. (2015). Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tedavisinde Farmakolojik Yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Dergisi, 8*(1), 38-43.

Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004a). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry, 15*(1), 1-18 doi: 10.1207/s15327965pli1501_01

Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004b). Posttraumatic growth: A new perspective on psychotraumatology. *Psychiatric Times, 21*(4).

Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin, 132*, 959–992.

Usta, M. B. (2018). Travma Sonrası Stres Bozukluğunda HPA Ekseninin Disregülasyonu. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 27*(1), 109-125. doi:10.17827/aktd.345474

Van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 605-525.

Van Der Kolk, B. A. & McFarlane A. C. (2007). The Black Hole of Trauma. In B. A. Van Der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth, (Eds.) *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society* (pp. 3-23). New York: The Guilford Press.

Vogt, D. S., King, D. W., & King, L. A. (2014). Risk pathways for PTSD: Making sense of the literature. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (2nd ed., pp. 146–165). New York: Guilford.

Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., and Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry* 74, e541–e550. doi: 10.4088/JCP.12r08225

Waldrep, E., & Benight, C. C. (2008). Social cognitive theory. In G. Reyes, J. D. Elhai, & J. D. Ford (Eds.), *Encyclopedia of psychological trauma* (pp. 604–606). Hoboken, NJ: Wiley.

Watkins, L. E., Sprang, K. R., & Rothbaum, B. O. (2018). Treating PTSD: A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience, 12*(258). doi: 10.3389/fnbeh.2018.00258

White, S., Acierno, R., Ruggiero, K. J., Koenen, K. C., Kilpatrick, D. G., Galea, S., et al. (2013). Association of CRHR1 variants and posttraumatic stress symptoms in hurricane exposed adults. *Journal of Anxiety Disorders, 27*, 678–683. doi:10.1016/j.janxdis.2013.08.003

Woodward, S. H., Kaloupek, D. G., Streeter, C. C., Kimble, M. O., Reiss, A. L., Eliez, S., et al. (2007). Brain, skull, and cerebrospinal fluid volumes in adult posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 763–774.

Yehuda, R., Halligan, S. L., & Bierer, L. M. (2001). Relationship of parental trauma exposure and PTSD to PTSD, depressive and anxiety disorders in offspring. *Journal of Psychiatric Research, 35*, 261–270.

Yehuda, R., & LeDoux, J. (2007). Response variation following trauma: A translational neuro- science approach to understanding PTSD. *Neuron, 56*, 19–32.

Yılmaz, B. (2007). Yardım çalışanlarında travmatik stres. *Klinik Psikiyatri*, (10), 137-147.

Youngner, C., G., Gerardi, M., & Rothbaum, B., O. (2013). PTSD: Evidence-Based Psychotherapy and Emerging Treatment Approaches. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry, 6*(3), 307-314.

Zara, A. & İçöz, F. J. (2015). Türkiye'de Ruh Sağlığı Alanında Travma Mağdurlarıyla Çalışanlarda ikincil travmatik stres. *Klinik Psikiyatri*, (18), 15-23.

Zincir, S. B. (2015). Akut Stres Bozukluğu. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry - Special Topics, 8*(1), 10-20.

8. Bölüm

DİSOSİYATİF BOZUKLUKLAR VE BEDENSEL BELİRTİ BOZUKLUKLARI

Kerim Selvi

GİRİŞ

Bu bölümde; düşüncelerin, anıların ya da diğer içsel deneyimlerin kişiden ayrışması gibi belirtileri olan disosiyatif bozukluklar ile psikolojik problemlerin fiziksel yakınmalar aracılığıyla belirmesi ile ilişkili olan bedensel belirti bozuklukları incelenmiştir. Genellikle travma gibi psikolojik etmenlerin sonucunda ortaya çıktığı kabul gören bu bozukluklar, psikoloji tarihinin ilk dönemlerinde, histerinin formları olarak değerlendirilmiştir. Nitekim histerinin tanı ölçütleri konusunda bir fikir birliğine ulaşılamamış olsa da bu iki bozukluğa ait özelliklerin histeride belirgin olduğu tespit edilmiş ve aralarındaki yakın ilişkiler gösterilmiştir (Espirito-Santo ve Pio-Abreu, 2009; North, 2015). Ancak, sonraki yıllarda disosiyatif ve bedensel belirti bozuklukları, ayrı olarak ele alınmaya başlanmış ve bu durum, günümüze kadar devam etmiştir (APA, 2013). Dolayısıyla vurgulanan benzerlikleri ve günümüzde ayrı ayrı değerlendirilme durumları göz önünde alındığında, bu iki bozukluğun aynı bölüm çatısı altında iki küçük bölüm içerisinde sunulmasının doğru olacağı düşünülmüş ve mevcut bölüm, bu düşünce doğrultusunda yapılandırılmıştır.

Bölüme ilk olarak disosiyatif bozukluklar ile başlanmış ve disosiyatif kimlik bozukluğu, disosiyatif amnezi (bellek kaybı) ve depersonalizasyon/derealizasyon (kendine yabancılaşma/gerçek dışılık) bozuklukları incelenmiştir. İkinci bölümde ise bedensel belirti, sağlık kaygısı ve konversiyon bozukluğu ile yapay bozukluk gibi tipleri olan bedensel belirti ve ilişkili bozuklukların özellikleri irdelenmiştir. Her iki alt bölümde de tanı ölçütlerinin yanı sıra bu bozuklukların yaygınlıkları, etiyolojileri ve tedavi yöntemleri hakkında bilgilere yer verilmiştir. Ayrıca, bu bozuklukların ülkemizdeki mevcut durumlarını göz önüne serebilmek için her iki bölümde de ülkemizde gerçekleştirilen araştırmalara özellikle yer verilmeye çalışılmıştır.

DİSOSİYATİF BOZUKLUKLAR

Disosiyasyon, kelime olarak ayrışmayı/çözülmeyi ifade etmektedir (Soukhanov, 1994). Psikoloji alanyazınında ise disosiyasyon, bütüncül bir yapı içerisinde seyreden bellek, düşünce, duygu, davranış ve kimliğin çözülmesi/ayrışması olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013; Soukhanov, 1994). Ancak, disosiyasyon olgusu her zaman psikopatolojik bir durumu işaret etmemektedir (Kearney & Trull, 2017). Yemek yerken aklımızın başka bir konuya kayması, hayaller kurmamız, içinde bulunduğumuz durumdan zihinsel olarak uzaklaşmamız disosiyasyona verilebilecek bazı örneklerdir. Klinik anlamda bozukluğu ifade eden disosiyasyonda ise bu çözülmeler, diğer ifade ile duyguların, düşüncülerin, belleğin ya da diğer içsel deneyimlerin birbirinden ayrılması durumu çok daha ciddi bir şekilde tezahür etmektedir. Karşılaştırmak gerekirse, normal olarak nitelendirilebilecek disosiyasyonda birey, diğer insanlar ya da çevre ile bağlantılı olduğunu hissetmekte, unutkanlık ile ilgili herhangi bir endişe deneyimlememekte veya ara sıra unutkanlık yaşasa da unuttuğu durumla ilgili ipuçlarını takip ederek belleğini geri çağırabilmektedir. Lakin klinik düzeyde bozukluk olarak değerlendirilen disosiyasyonda birey, etrafındaki kişilerden ve çevreden bağlantısının tamamen koptuğunu ve içinde bulunduğu duruma yabancılaştığını hissetmekte, kimliği ve değişen yaşam koşulları konusunda iç görüsünde yetersizlikler deneyimlemekte veya ciddi ve sık tekrarlayan amnezi, füg, kimlik kargaşaları gibi bilişten kopuş durumları ile karşı karşıya kalmaktadır (Kearney & Trull, 2017). Disosiyasyon bozuklukları; disosiyatif kimlik bozukluğu, disosiyatif amnezi ve depersonalizasyon/derealizasyon gibi rahatsızlıkları içermektedir.



Şekil 1. Disosiyasyonda; bilişsel, duygusal ve içsel deneyimlerde çözülmeler meydana gelmektedir.

Disosiyatif Kimlik Bozukluğu

Eski adı çoklu kişilik bozukluğu olan disosiyatif kimlik bozukluğunda birey, birbirinden farklı özellikleri olan en az iki kimlik örüntüsü sergilemektedir (APA, 2013). Ortaya çıkan yeni kimlik veya kimliklere alter kimlik denilmekte ve bu alter kimlik/kimlikler aniden belirerek bireyin sahip olduğu asıl kimliği bir süreliğine kontrol altına alabilmekte, dolayısıyla birey olduğundan çok farklı bir kişiymiş gibi tutum ve davranışlar sergileyebilmektedir. Ayrıca alter kimliklerin sayısı onlarca hatta bazı istisnai durumlarda yüzlerce olabilmekte ve her bir alter kimliğin farklı özelliklere, tercihlere, düşünce yapılarına, aksanlara, ilişki kurma şekillerine sahip olduğu gözlenebilmektedir (Putnam, Guroff, Silberman, Barban & Post, 1986; Ross, Norton & Wozney, 1989). İlaveten bu kimliklerin farklı cinsiyetlerde ve yaşlarda olduğu durumlar da

nobel

mümkündür (Coons, 1998; Oltmanns, Martin, Neale & Davison, 2015; Ross ve ark., 1989). Bu bozukluğa sahip bireylerin çoğu, alter kimliklerin hakim olduğu süreci anımsayamazken bazıları bu kimlik geçişleri konusunda farkındalığa sahip olabilmektedir (Putnam ve ark., 1986; Ross ve ark., 1989). Disosiyatif kimlik bozukluğunun, çoğunlukla çocukluk döneminde maruz kalınan kötü muamele veya taciz öyküsü sonucunda geliştiği (APA, 2013; Dorahy ve ark., 2014; Sar, Akyüz & Doğan, 2007; Ross ve ark., 1989) ve kadınlarda daha fazla gözlemlendiği (Coons, 1998; Sar, Yargıç & Tutkun, 1996) düşünülmektedir.



Şekil 2. Disosiyatif kimlik bozukluğunda birey, birbirinden farklı özellikleri ve tercihleri olan en az iki kimliğe sahiptir.

VAKA ÖRNEĞİ 1

Disosiyatif Kimlik Bozukluğu: The Three Faces of Eve

Üç ruhlu kadın olarak Türkçeye çevrilen "The Three Faces of Eve" vakası (Thigpen & Cleckley, 1954) psikoloji alanyazınında bilinen en ünlü disosiyatif kimlik bozukluğu vakalarından biridir. 1950'lili yılların başında saptanan bu vaka kitaplaştırılmış (Thigpen & Cleckley, 1957) ve aynı zamanda filmi de çekilmiştir (Johnson, 1957). 25 yaşında, evli bir kadın olan Eve White, şiddetli baş ağrısı ve bayılma şikayetleri ile psikiyatriste başvurmuştur. O ana kadar olağan bir şekilde devam eden psikoterapi seanslarının birinde Eve White'ın başı ağrıyormuşçasına iki elini kafasına götürdüğü ve belli bir süre sonra yüzünde bir gülümseme ile psikiyatristine seslendiği gözlemlenmiştir. Bu esnada, ağırbaşlı, çekingen, üzgün ve muhafazakâr özellikleri olan Eve White'ın yerini neşeli, benmerkezci, flörtöz ve kışkırtıcı özellikleri olan başka bir karakterin aldığı tespit edilmiştir. Bu yeni karakter kendisini Eve Black olarak tanıtmıştır. Eve Black ve Eve White arasında birçok fark saptanmıştır. Öyle ki, Eve White, öne doğru hafif eğimli bir şekilde oturan, yumuşak bir sesi olan ve ölçülü konuşan, pasif, nadiren şaka yapan, inisiyatif almaktan çekinen ve herhangi bir alerjisi olmayan bir kimliğe sahip iken; Eve Black ise baştan çıkarıcı bir şekilde oturan, alaycı ve argo ifadeler kullanan, biraz kaprisli, hazır cevap, eğlenceli ve naylon alerjisi olan bir kimliğe sahiptir. Ayrıca Eve Black, Eve White hakkında farkındalığa sahip iken tam tersi durumun söz konusu olmadığı saptanmıştır. Eve Black'in, pahalı ve gereksiz kıyafetler aldığı, gece kulüplerinde yabancı erkekler ile flört ettiği bilinirken, bu davranışlar sonucundaki zorlu durumlar ile bu davranışlara dair herhangi bir farkındalığı olmayan Eve White'ın karşı karşıya kaldığı tespit edilmiştir.

Tüm bunlara ek olarak Eve White, dört yaşındaki kızına yönelik ilgili ve sevgi dolu bir örüntü sergilerken, Eve Black'in çocuğa karşı herhangi bir duygusal bağ beslemediği gözlenmiştir. Tedavi sürecinin ilerleyen aşamalarında üçüncü bir karakter olan Jane ortaya çıkmıştır. Jane'nin hem Eve White hem de Eve Black kimlikleri konusunda farkındalığının olduğu ve diğer kimliklere nazaran daha entegre yetişkin özellikleri gösterdiği sonucuna varılmıştır. Ancak Jane'nin geçmişine dair bir şey hatırlamaması da dikkat çeken hususlardan biri olmuştur. Her ne kadar Thigpen ve Cleckley (1954), Jane kimliğinin en makul kimlik olduğunu göz önünde bulundurarak onu öne çıkarmanın iyi bir yol olacağını düşünseler de Jane, Eve White kadar çocuğuna yakın hissetmediği için buna isteksiz davranmış ve bu durum gerçekleşmemiştir. Takip eden süreçte ise Eve Black kimliğine ait etkinin zamanla kaybolduğu öğrenilmiştir.

Alanyazında disosiyatif kimlik bozukluğunun tanı ölçütlerine ilişkin tartışmalar mevcuttur. Bazı araştırmacılar bu bozukluğun tanı ölçütlerinin yetersiz ve muallak olduğuna vurgu yaparken diğerleri ise mevcut tanı ölçütlerin yeterli olduğuna ilişkin görüşü savunmaktadır (Morrison, 2017). Buna ek olarak diğer bir tartışma konusu ise bazı uzmanların bu bozukluğa sahip hastalar ile sıkça karşılaşırken, diğer uzmanların yaşamları boyunca bu bozukluğa sahip hiçbir hasta ile karşılaşmamış olması ile alakalıdır. Diğer bir deyişle, bazı uzmanların bu bozukluğun özelliklerini aramak suretiyle bu hastalığı istemsiz de olsa özendirdikleri ve dolayısıyla daha fazla disosiyatif kimlik bozukluğu tanısı koydukları düşünülmektedir (Oltmanns ve ark., 2015). Henüz bu tartışmalar bir sonuca ulaşmamış olsa da günümüzde kullanılan mevcut tanı ölçütleri (APA, 2013) aşağıda sunulmuştur.

Tablo 1. Disosiyatif Kimlik Bozukluğuna İlişkin DSM-5 Tanı Kriterleri

A. İki veya daha fazla alter kimliğin ortaya çıkması durumu ile ilişkili kimlikte bozulmalar. Kimlikteki bozulmalar kendilik ve ilişkisellik hislerinde belirgin kopmaları ve bunlara eşlik eden duygu, düşünce, algı, bellek, biliş ve duyu-motor işlevlerindeki değişimleri kapsamaktadır. Bu belirtiler bireyin kendisi tarafından fark edilebileceği gibi etrafındaki başka kişilerce de gözlemlenebilir.
B. Normal unutma durumundan farklı olarak günlük olayları, önemli kişisel bilgileri ve/veya travmatik olayları hatırlamada zorluklar ve bellekte boşlukların oluşması.
C. Belirtiler, sosyal hayat, iş yaşamı veya yaşamın diğer önemli alanlarında, klinik düzeyde önemli rahatsızlıklara veya bozulmalara yol açmaktadır.
D. Deneyimlenen bozukluk, büyük oranda kabul gören kültürel veya dinsel bir uygulamanın bir parçası değildir.
E. Belirtiler, madde kullanımı veya farklı bir tıbbi bir durumun fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. baskı). Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Disosiyatif Amnezi (Bellek Kaybı)

Günlük yaşam içerisinde hepimiz bir şeyleri unuturuz ancak unuttuğumuz şeyler genellikle önemsiz ve kolaylıkla hatırlayabileceğimiz şeylerdir. Ancak bazı kişiler kendileri için son derece önem arz eden bilgileri de unutabilmektedirler. Bu, günlük yaşamda deneyimlediğimiz unutma durum-

larından farklı ve ciddi bir problemdir. Yani bu kişiler aile bireylerini, nerede yaşadıklarını ve hatta kendi isimlerini bile unutabilmektedir (Kearney & Trull, 2017). Bu durum genellikle travmatik ya da stres yaratan bir olay sonrasında ortaya çıkan disosiyatif amnezi olarak bilinmektedir. Disosiyatif amnezisi olan bireyler, kişisel bilgilerini veya genellikle kendilerinde stres yaratan olayları hatırlayamazlar; bu durum madde kullanımı ve yaşlanma gibi fizyolojik nedenlerle açıklanamaz (APA, 2013). Bellek kaybının yaşandığı bu süreçte bireyler, şaşkın, amaçsız ve kafaları karışık olarak görünebilirler. Disosiyatif amnezi genellikle aniden ortaya çıkmakta ve benzer şekilde aniden sona ermektedir (Kring, Johnson, Davison & Neale, 2012). Bellek kaybı birkaç dakika sürebileceği gibi günlerce de devam edebilmekte ancak çoğu durumda bir hafta içerisinde geri gelmektedir (Black & Grant, 2014).



Şekil 3. Disosiyatif amnezide; birey ad, soyad, nerede yaşadığı, nerede çalıştığı ve aile bireylerinin kimler olduğu gibi son derece önemli kişisel bilgileri hatırlayamamaktadır.

Disosiyatif amnezi; sınırlı, seçici, genel ya da sürekli olabilmektedir (APA, 2013; Comer, 2015). Sınırlı amnezide, birey, kısa süre içerisinde gerçekleşen ve rahatsız edici bir olay ile başlayan süreci hatırlamamaktadır. Örneğin, tecavüz mağduru bir kişinin ilgili durumu hiçbir şekilde hatırlamaması, ancak olayın öncesini ve sonrasını hatırlaması sınırlı amnezinin göstergesidir. Seçici amnezide ise birey, bir olayı tamamen değil olayın belli kısımlarını hatırlamamaktadır. Yukarıda bahsedilen tecavüz örneği devam ettirilirse, seçici amnezisi olan mağdur, bu olayın tamamını değil belli kısımlarını hatırlamayacaktır. Genel amnezide ise hatırlanmayan süreç çok daha uzun olabilmektedir. Diğer bir ifade ile birey sadece deneyimlediği travmatik olayı değil, ilgili olayın öncesinde gerçekleşmiş olan diğer önemli olayları ve hatta kişisel bilgilerini bile hatırlamayabilmektedir. Sürekli amnezide ise, travmatik olayın öncesindeki anılara ve kişisel bilgilere ek olarak yeni deneyimlenen olaylar da hatırlanamamaktadır yani birey mevcut zamanda yaşadıklarını da unutmaktadır (APA, 2013; Comer, 2015). Bu amnezi türlerinden en sık karşılaşılanlar sınırlı ve seçici amnezi olarak dikkat çekmektedir (Comer, 2015; Lynn ve ark., 2014).

Disosiyatif amneziye, disosiyatif füg de eşlik edebilmektedir (APA, 2013). Disosiyatif füge sahip bireyler kendilerine dair kişisel bilgileri tamamen unutmanın yanı sıra evlerinden veya işlerinden aniden ayrılarak bir seyahate çıkabilmekte ve yeni bir kimliğe bürünebilmektedir. Bu seyahat kısa bir gezi olabileceği gibi ülke dışına çıkmayı da kapsayabilmekte (Lynn ve ark., 2014) ve bireyler kendilerine yeni bir ad, iş, ev ve sosyal



Şekil 4. Disosiyatif füg deneyimleyen kişi, bellek kaybına ek olarak amaçsız bir gezi veya seyahate çıkabilmektedir.

yaşam edinebilmektedirler (Krig ve ark., 2012). Bu durumun genellikle travmatik ve yoğun stres oluşturan yaşam öykülerini takiben meydana çıktığı bilinmektedir (Glisky ve ark., 2004; Raval, Upadhyaya & Panchal, 2015). Ancak, disosiyatif füg, belli bir çevreden bilinçli olarak uzaklaşan ve tanınmayacağı bir yerde yeni bir isimle hayat kurmaya çalışan kişilerin deneyimleri (ör., kendisi ya da bir yakını yüz kızartıcı bir suç işlemiş kişinin çevre baskısından kaçmak için yer değiştirmesi gibi) ile karıştırılmamalıdır. Zira disosiyatif füg'de seyahatlerin arkasında bilinçli bir motivasyon yoktur (Kearney & Trull, 2017). Disosiyatif füg, DSM'nin bir önceki baskısında ayrı bir tanı olarak yer alırken (APA, 2000), son baskıda amnezi ile birleştirilmiştir (APA, 2013).

Tablo 2. Disosiyatif Amneziye İlişkin DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Gündelik unutmalardan farklı olarak genellikle travmatik ya da stres yaratıcı özellikleri olan olaylar ile ilişkili kişisel bilgileri hatırlayamama.
B. Belirtiler sosyal hayat, iş yaşamı veya yaşamın diğer önemli alanlarında klinik düzeyde önemli rahatsızlıklara veya bozulmalara yol açmaktadır.
C. Bu bozukluk, madde kullanımı veya diğer bir nörolojik ya da tıbbi bir durumun fizyolojik etkilerine atfedilememektedir.
D. Bu bozukluk disosiyatif kimlik bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, akut stres bozukluğu, bedensel belirti bozukluğu tanı ölçütleri ile daha iyi açıklanamamaktadır.
   - Başıboş dolaşma ya da amaçlı gibi görünen seyahat durumu söz konusu ise *füglü* amnezi; değilse *fügsüz* amnezi olarak belirtilmelidir.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. baskı). Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Depersonalizasyon/Derealizasyon (Kendine Yabancılaşma/Gerçek Dışılık) Bozukluğu



Şekil 5. Etrafındaki hareketleri ve nesneleri bulanık görme derealizasyon durumunda gözlemlenen özelliklerden biridir.

Normalde bedenimiz ile bir bütün olduğumuzu hissederiz ancak depersonalizasyon durumunda, birey, kimliğinin ve bedeninin birbirinden ayrıştığını, bedenini ve davranışlarını dışarıdan bir başkası gibi gözlemlediğini hissetmektedir. Birey ayrıca duygularına, düşüncelerine ve bedensel uyaranlara yabancılaşmakta, bunların kendisine ait olmadığı hissine kapılabilmekte ve kendisini bir robot gibi hissedebilmektedir (APA, 2013; Whitbourne, 2017). Derealizasyon durumunda ise birey gerçekliğin dışında olduğunu ve bulunduğu ortamdan koptuğunu hissetmektedir. Yani bulunduğu gerçekli-

gün dışına çıkıp bir rüyanın içindeymişçesine bir durum deneyimlemektedir. İçinde bulunulan ortamdaki renklerin solmuş veya daha parlak bir hâl almış, ses seviyesinin yükselmiş veya düşmüş, etraftaki nesnelerin boyutlarının büyümüş veya küçülmüş gibi algılanması derealizasyon durumundaki deneyimlere ilişkin bazı örneklerdir (APA, 2013; Whitbourne, 2017). Depersonalizasyon ve deralizasyon durumlarından en az birinin tekrarlayan bir örüntü sergilemesi veya sürekli olarak ortaya çıkması depersonalizasyon/derealizasyon bozukluğunun göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Bu bozukluğa sahip bireyler, her iki durumu deneyimleyebilecekleri gibi bu durumlardan sadece birine de sahip olabilmektedirler. Ancak, depersonalizasyon belirtisine sahip bireyler ile derealizasyon belirtisine sahip bireyler arasında ne tür bir farkın olduğu henüz netleştirilememiştir. Diğer disosiyatif bozukluklardan farklı olarak depersonalizasyon/derealizasyon bozukluğunda hafıza kaybı deneyimlenmemektedir. İlaveten, bu bozukluğa sahip bireyler deneyimledikleri bu durumların gerçek olmadığının farkındadırlar (APA, 2013).

Tablo 3. Depersonalizasyon/Derealizasyon Bozukluğuna İlişkin DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Depersonalizasyon ya da derealizasyon durumlarından birinin veya her ikisinin sürekli ya da tekrarlayan şekilde mevcut olması.

B. Depersonalizasyon ve derealizasyon deneyimleri sırasında gerçeklik testinde bozulma yoktur.

C. Belirtiler, sosyal hayat, iş yaşamı veya yaşamın diğer önemli alanlarında klinik düzeyde önemli rahatsızlıklara veya bozulmalara yol açmaktadır.

D. Belirtiler, madde kullanımı veya diğer bir tıbbi bir durumun fizyolojik etkilerine atfedilememektedir.

E. Bu bozukluk; şizofreni, panik atak, majör depresyon bozukluğu, akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu ya da diğer disosiyatif bozukluklar ile daha iyi açıklanamamaktadır.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. baskı). Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Disosiyatif Bozuklukların Yaygınlığı

Alanyazında disosiyatif bozuklukların yaygınlığı konusunda çeşitli oranlar raporlanmış olsa da genel olarak yaşam boyu yaygınlık oranının normal örneklemde %10 civarında olduğu kabul görmektedir (Ross, 1996; Sar, 2011; Schlozman & Nonacs, 2016). Bu oran Türkiye'de %18,3 (Sar ve ark., 2007), Kanada'da %11,2 (Ross, 1991) ve Amerika Birleşik Devletleri'nde %8,6 (Johnson, Cohen, Kasen & Brook, 2006) olarak bulunmuştur. Klinik örneklemde, disosiyatif bozuklukların yaygınlığı normal örnekleme göre daha yüksektir; klinik örneklemdeki yaygınlık oranının %4 ila %35 arasında değiştiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Sar, 2011). Bu bağlamda en yüksek yaygınlık oranı (yaklaşık %35) Türkiye'de yaşayan kadın katılımcılar ile yapılan bir çalışmada bulunmuştur (Sar ve ark., 2007). Raporlanan yaygınlık oranları arasındaki tutarsızlıkların, kültürel etmenlerin yanı sıra kullanılan yöntemler ve ölçüm araçlarındaki farklılıklarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir (Sar, 2011).

Disosiyatif bozuklukların alt tiplerinin yaygınlıklarına bakıldığında disosiyatif kimlik bozukluğuna ait yaygınlığın normal örneklemde yaklaşık %1 klinik örneklemde ise %2 ile %5 arasında değiştiği gözlemlenmektedir (Dorahy ve ark., 2014). Disosiyatif amnezinin görülme

sıklığının ise %0,2 (Çin; Xiao ve ark., 2006) ile %7,3 (Türkiye; Sar ve ark., 2007) arasında olduğunu bulgulayan çalışmalar vardır. Disosiyatif füğün ise diğerleri ile karşılaştırıldığında çok daha nadir olduğu ve görülme sıklığının %0,2 civarında seyrettiği bilinmektedir (APA, 2013; Sar ve ark., 2007). Ayrıca, depersonalizasyon/derealizasyon durumlarının tüm yaşam içerisinde deneyimlenme oranının %50'nin üzerinde olduğu bilinse de psikolojik bozukluk olarak tespit edilen olguların görülme sıklığının %1-%2 arasında yer aldığı düşünülmektedir (Hunter, Sierra & David, 2004; Sar, 2011).

Disosiyatif bozuklukların yaygınlığı cinsiyet bağlamında değerlendirildiğinde, kadınlar ve erkekler arasında bir fark olmadığı bulunsa da alt tipleri bağlamında cinsiyet etkisi gözlemlenebilmektedir. Nitekim kadınların erkeklere göre daha fazla disosiyatif kimlik bozukluğu, erkeklerin de kadınlara nazaran daha fazla disosiyatif amnezi tanısı aldığı bilinmektedir. Ancak depersonalizasyon/derealizasyon bozukluğunun yaygınlığı erkekler ve kadınlarda eşit düzeydedir. Buna ek olarak gençlerin yaşlılara göre daha fazla disosiyatif bozukluğa sahip olduğu da gösterilmiştir (APA, 2013; Ross ve ark., 1989; Sar ve ark., 1996; Schozman & Nonacs, 2016).

Disosiyatif Bozuklukların Etiyolojisi

Disosiyatif bozuklukların nedenleri henüz açık değildir zira DSM-5'te de (APA, 2013) bu bozuklukların etiyolojisi hakkında net ifadeler kullanılmamıştır. Bazı biyolojik, çevresel ve psikolojik etmenlerin bu bozukluklar için risk oluşturduğu bilinse de bu konudaki bilgiler genellikle kontrollü deneysel çalışmalara değil bireylerin kişisel bildirimlerini veya vaka incelemelerini içeren çalışmalar ile kuramsal açıklamalara dayanmaktadır.

Biyolojik etmenler: Bilinç, bellek ve kimliğin bütünleşmesinde etkili olan amigdala, talamus, frontal korteks, hipokampus, lokus serülüs ve anterior singulet korteks gibi beyindeki bölümlerde bir şekilde oluşan değişimler ile limbik sistemdeki inhibisyonun, disosiyasyon bozuklukları ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir (Brand, Lanius, Vermetten & Loewenstein, 2012). Beyin hasarı geçirmiş kişilerin disosiyatif belirtiler sergilemesi ve serotonin aktivitesindeki düzensizliklerin bu belirtiler üzerindeki rolü, beyin-disosiyasyon ilişkisine dair önemli veriler sunmaktadır (Lanius ve ark., 2010; Schlozman & Nonacs, 2016). Bunun yanı sıra genetik faktörlerin de etkisinin olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Örneğin, hem tek hem de çift yumurta ikizlerini kapsayan bir çalışmada, disosiyasyon deneyimlerine ait varyansın yarısına yakınının genetik etmenlerce açıklandığı tespit edilmiştir (Jang, Paris, Zweig-Frank & Livesley, 1998). Tüm bu veriler birlikte düşünüldüğünde, bazı biyolojik etmenlerin disosiyasyon bozuklukların gelişimi üzerinde risk oluşturduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Çevresel ve psikolojik etmenler: Çocukluk döneminde deneyimlenen ve özellikle bağlanma figürlerinin gerçekleştirdiği fiziksel veya cinsel istismar ile duygusal ihmal gibi geçmiş yaşantıların disosiyatif bozukluklar için tipik bir risk etmeni olduğu birçok çalışma tarafından gösterilmiştir (Krüger & Fletcher, 2017; Ross ve ark., 1989; Sar, Dorahy & Krüger, 2017). Hatta psikolojik bozukluklar ile karşılaştırıldığında bu tür çocukluk yaşantılarının en fazla disosiyatif bozukluklarda mevcut olduğu belirtilmektedir (Sar, 2011). Nitekim kontrol grubunun yer aldığı bir çalışmanın bulgularına göre, disosiyatif bozukluğa sahip bireylerin hem fiziksel hem de cinsel istismara maruz kalma oranları (sırasıyla %71 ve %74) diğer psikolojik bozukluklara sa-

hip bireylerdeki oranlara kıyasla (sırasıyla %27 ve %29) çok yüksektir (Foote, Smolin, Kaplan, Legatt & Lipschitz, 2006). Benzer bir şekilde, Türkiye'de yapılan bir çalışmada da disosiyatif bozukluğa sahip bireylerin, normal örneklem içerisindeki bireyler ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak daha fazla fiziksel, cinsel, duygusal istismar öyküsü rapor ettiği gözlemlenmiştir (Sar ve ark., 2007). Türkiye'de gerçekleştirilen diğer bir çalışmada ise disosiyatif kimlik bozukluğu tanısı alan 35 birey ile mülakat yapılmış ve katılımcıların %77,1'inin çocukluk döneminde fiziksel veya cinsel istismara maruz kaldığı gösterilmiştir. Ayrıca duygusal istismar ve ihmal de eklendiğinde çocukluk dönemi travma yaşantıları oranının %88,6'ya yükseldiği görülmüştür. (Sar ve ark., 1996). Tüm bu çalışmaların sonuçlarından anlaşılacağı üzere her ne kadar travmatik yaşam öyküsü disosiyatif bozuklukta çok sık karşılaşılan bir durum olsa da bazı bireylerin travmatik yaşam öykülerinin olmayışı ve bulguların genellikle yanılma olasılığı yüksek olan bireylerin geçmişe yönelik bildirimlerine dayanması nedenleriyle bu bozuklukların etiyolojisi konusunda net bir çıkarım yapmak pek mümkün görünmemektedir (Oltmanns ve ark., 2015).

Disosiyatif bozuklukların gelişimi hakkında farklı yaklaşımlara ait açıklamalar da mevcuttur. Psikodinamik yaklaşıma göre disosiyatif bozukluklar, ego savunma mekanizmalarından, bastırma mekanizmasının bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Yani birey bilinç dışında, anksiyete ile baş etmek için kendisine acı veren olayları bilinç seviyesinden uzakta tutmaya çalışmaktadır (Barach & Comstock, 1996). Davranışsal yaklaşıma göre ise disosisyatif bozukluklar edimsel öğrenme ile açıklanabilmektedir. Buna göre bireyler kendilerine acı veren bir olay deneyimlediklerinde ve bu olayı bir süre sonra unuttuklarında rahatlama yaşamaktadır ve bu durum unutma davranışını pekiştirmektedir. Bu edimsel öğrenme neticesinde edindikleri tecrübe ile bireyler baş edemeyecekleri derecede korkunç bir olay ile karşılaştıklarında ilgili durumu unutarak yoğun anksiyeteden kaçınmaktadırlar. Her iki yaklaşım benzer kaçınma süreçlerine vurgu yapsa da bu süreçleri farklı bir örüntü içerisinde detaylandırmaktadırlar: psikodinamik yaklaşım, bilinç dışı savunma mekanizmalarını, davranışçı yaklaşım ise edimsel öğrenme sürecini açıklamalarının merkezine koymaktadır (Comer, 2015).

Disosiyatif Bozuklukların Tedavisi

Psikofarmakolojik tedaviler: Disosiyatif bozuklukların tedavisinde psikofarmakolojik ilaçlar, disosiyatif deneyimleri ortadan kaldırmadığı için ilk tedavi tercihi olarak değerlendirilmemektedir. Bu ilaçlar, genellikle disosiyatif bozukluklarla eş zamanlı görülen duygu-durum bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu gibi diğer bozuklukların tedavisi ile disosiyatif bozukluk deneyimleyen hastalarda yaygın bir şekilde görülen duygu iniş çıkışlarını düzenlemek için kullanılmaktadır (Brand & Loewenstein, 2010; Oltmann ve ark., 2015). Psikofarmakolojik tedavilerin disosiyasyon bozukluklarında yaygın bir şekilde kullanılmamasının diğer sebepleri ise bu ilaçların disosiyasyon benzeri yan etkiler ortaya çıkarabilmesi (Brand ve ark., 2012) ve iyileştirici etkilerine dair yeterince kanıtın henüz ortaya konamaması ile ilişkilidir (Brand & Loewenstein, 2010).

Psikoterapi uygulamaları: Genel olarak disosiyasyon bozuklukların psikoterapi ile tedavisi zor olsa da terapi uygulamalarının semptomların iyileşmesi noktasında etkili olduğunu gösteren kültürlerarası çalışmalar mevcuttur (ör., Brand ve ark., 2009a; Brand, Classen, McNary & Zaveri,

2009b; Ellason & Ross, 1997). Bu bozuklukların tedavisinde uygulanan terapi yöntemleri bozukluğun tipine göre farklılık gösterebilmektedir. Örneğin, disosiyatif amnezide amaç bireye güvenli bir ortam sağlayarak travmatik yaşamını veya geçmiş yaşantılarını hatırlamasına yardımcı olmak (Sharma, Guirguis, Nelseon & McMahon, 2015) iken; depersonalizasyon/derealizasyon bozukluğunda amaç, bireyin söz konusu belirtileri, kendisine bir tehdit olarak algılamamasına ve bireyin güvenli davranışlar geliştirmesine yardımcı olmaktır (Gentile, Synder & Gillig, 2014). Ancak bu iki bozukluğun tedavisine ilişkin çok az bilgi mevcuttur. Bu nedenle bu bozukluklara yönelik psikoterapi uygulamaların içeriği ve etkililiği konusunda çıkarım yapmak mümkün görünmemektedir.

Disosiyatif bozuklukların tedavisi noktasında alanyazının çok büyük bir kısmı disosiyatif kimlik bozukluğuna odaklanmış ve sistematik terapi yöntemleri bu bozukluk için geliştirilmiştir. Örneğin, Uluslararası Travma ve Disosiyasyon Çalışmaları Derneği (International Society for the Study of Trauma and Dissociation, 2011) bu bozukluğun tedavisine yönelik bir yönerge yayımlamış ve üç aşamalı bir psikoterapi uygulaması öne sürmüştür. Buna göre, ilk aşama, danışan ile terapötik ilişkinin kurulmasını, duygu ve dürtü kontrolüne yönelik çalışmaların ele alınmasını ve psikoeğitim sürecini kapsamaktadır. Danışanın belirtileri ve durumu dengeli bir seyir izlediğinden emin olunduğunda ikinci aşamaya geçilmektedir. İkinci aşamada, danışanın travmatik yaşamı ve bu yaşamın kendisi üzerindeki etkileri ele alınmaktadır; bu yaşantıya ilişkin çarpıtmaların düzeltilmesi ve yeniden yapılandırılması bu aşamadaki önemli hedeflerden biridir. Ayrıca bu aşamada danışana, kaçındığı travma ile ilişkili öfke, çaresizlik, intikam, ihanet, utanç vb. duyguları yaşamasına izin verilmektedir. Böylece danışanın kendisi ile barışacağı ve öz yeterlilik duygusu ile büyümeyi ve gücü içinde barındıran sağlıklı kimlik hissini kazanacağı düşünülmektedir. Üçüncü aşamada ise danışanın, dışsallaştırdığı ihtiyaçlarını, hedeflerini ve özelliklerini kendi kimliği ile bütünleştirmesi ve rehabilitasyon sürecinin sağlanması amaçlanmaktadır. Toparlamak gerekirse, geçmişte deneyimlenen ve muhtemelen üstü kapatılmaya çalışılan travmatik yaşantının güvenli terapi ortamında gün yüzüne çıkarılması ve kabul edilmesi bu tür bozuklukların tedavisindeki önemli iyileştirici etkilerden biri olarak görünmektedir (Oltmanns ve ark., 2015).

YAKIN BAKIŞ 1 Sahte Anıların Disosiyatif Bozukluklar ile İlişkisi

"Terapi sürecinde hatırlanan travmatik anılar gerçek midir?" sorusu psikoloji alanyazınında "bellek savaşları" (Schacter, 1995) olarak bilinen yoğun tartışmalara neden olmuş bir konudur. Bastırılan ve terapi sürecinde hatırlanan anıların doğru olduğunu kabul etme eğiliminde olan bir görüş ile bu anıların terapi sürecindeki uygulamaların bir sonucu olarak oluşan hatalı/sahte anılar olabileceğini savunan karşıt diğer görüş bu tartışmaların temelini oluşturmaktadır (ör., Geraerts, Raymaekers & Merckelbach, 2008; Loftus, 1993; Merskey, 1995).

Söz konusu tartışmalarda, gerçekte olmayan bir olay veya durumun gerçekte yaşanmış gibi hatırlanmasını ifade eden sahte anı (False Memory; Loftus, 1996; Merskey, 1995) olgusu önemli bir yer tutmaktadır. Zira yapılan deneysel çalışmalar, bireylerin, çalışmaların yönergelerinden ve içindeki bulundukları fiziksel ve psikolojik durumlardan etkilenmek suretiyle sahte anılar rapor edebileceklerine (Bireyler bunların sahte ol-

doğunu bilmemektedirler.) dair veriler ortaya koymuştur (ör., Loftus & Pickrell, 1995; Wade, Garry, Read & Lindsay, 2002). Bu çalışmalara ek olarak, terapi sürecinde, özellikle çocukluk döneminde bir yakını tarafından cinsel istismara uğradığını hatırlayan ve bunun neticesinde istismar edeni mahkemeye veren bir kısım vakada, raporlanan anıların sahte anı ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Loftus, 1996; Merskey, 1995). Bunun sonucunda, sahte anıların ortaya çıkmasında etkili olan psikoterapistlerin cezaya çarptırıldığı durumların da olduğu bilinmektedir (bk. Loftus, 1996). Adli sonuçlarının yanı sıra sahte anıları kabul eden ve onlara inanan danışanların, psikolojik olarak da ciddi düzeyde olumsuz etkilendiği (intihar düşüncelerinin belirmesi gibi) bilinmektedir (Loftus, 1993). Dolayısıyla, gerçekte masum olan kişilerin istismarcı olarak cezaya çarptırılması ve sahte anıya sahip danışanların bu anılar sebebiyle psikolojik olarak olumsuz etkilenmesi ve istismar ettiğini hatırladığı kişilerle ilişkilerinin bozulması gibi ihtimaller dikkate alınarak, terapi sürecinde ortaya çıkan bu anılara temkinli yaklaşılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir (bk. Loftus, 1993, 1996).

Sahte anı olgusu, disosiyatif bozukluklar bağlamında ele alındığında ise bu olgunun özellikle disosiyatif kimlik bozukluğunun tedavi sürecinde önemli bir rolünün olabileceği düşünülmektedir (Merskey, 1995). Öyle ki, disosiyatif bozukluğun travmatik anıların bir sonucu olduğu ve tedavi sürecinde bu anıların bireyler üzerindeki etkilerinin açığa çıkartılarak ele alınması gerektiği düşüncesini benimseyen psikoterapistlerin sordukları sorular, kullandıkları yönlendirmeler ve telkinler vasıtasıyla istemsiz de olsa sahte anılar oluşmasında etkili olabilecekleri değerlendirilmektedir (Loftus, 1993; Merskey, 1995). Nitekim, Sybil vakası bu bağlamda önemli bir örnek teşkil etmektedir. Disosiyatif kimlik bozukluğu'nun birçok kesim tarafından bilinmesinde etkili olan bu vakada, Sybil'in, tedavi sürecini yürüten psikiyatrist tarafından manipüle edildiğine ilişkin kanıtlara ulaşılmıştır (Suraci, 2011). Buna ek olarak, disosiyatif kimlik bozukluğuna sahip bireyler ile eskiye göre çok daha sık karşılaşılmasının yine terapi sürecindeki sahte anıları ortaya çıkarıcı müdahaleler ile ilişkili olabileceği üzerinde durulmuştur (Merskey, 1995). Bu bilgilerden yola çıkarak, bu bozukluğun tedavisinde uzmanların sahte anı olgusunu göz önünde bulundurarak hareket etmelerinin çok önemli bir husus olduğunu söylemek yerinde bir uyarı olacaktır.

Sonuç olarak disosiyatif bozuklukların, özellikle de disosiyatif kimlik bozukluğunun tedavi sürecinde, ortaya çıkan geçmiş döneme ait travmatik anıların gerçek olabileceği kadar terapi sürecinin etkisi ile oluşturulmuş sahte anılar olabileceğini de göz önünde bulundurmanın, diğer bir ifade ile, bu anılara yaklaşırken şüpheci olunmasının faydalı olabileceği düşünülmektedir (Loftus, 1996). Bu noktada yönlendirilmiş imgelenme, rüya analizi, hipnoz teknikleri ile bastırılmış anılar ile ilintili kitap önerilerinin sahte anıları oluşturma riskini artırdığı göz önünde bulundurulmalıdır (Lynn, Knox, Fassler, Lilienfeld & Loftus, 2004). Ayrıca, bu anıların doğru ya da sahte olduklarına odaklanmak yerine, bunları, gerçekliğin ve sahte anıların bir karışımı olarak kabul ederek danışanlar için anlamlarına odaklanmanın terapi sürecinde daha faydalı sonuçlar doğuracağına yönelik görüşlerin de (Orne & Bates, 1992) olduğu bilinmelidir.

BEDENSEL BELİRTİ VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Yaşam içerisinde hepimiz fiziksel sağlığımız ile ilgili bazı sıkıntılar ya da endişeler deneyimleriz. Bazı zamanlarda bu sıkıntılarımız veya endişelerimiz artsa da böyle durumlarda genellikle hastaneye gidip her şey yolunda mı diye doktor muayenesinden geçer ya da bazı tıbbi testler yaptırırız. Bunların sonucunda herhangi bir hastalığımız olduğu ortaya çıkarsa gerekli tedavi sürecine (ör.; ilaç tedavisi, cerrahi müdahale vb.) gireriz. Hiçbir problem çıkmadığı durumda ise rahatlar ve yaşamımıza kaldığı yerden devam ederiz. Ancak bazı kişiler için bu durum farklı bir seyir izleyebilmektedir; bu kişiler psikolojik sıkıntılarını fiziksel belirtiler (ör.; bedenin farklı kısımlarındaki ağrılar, mide bulantısı) aracılığı ile ifade etme eğilimde olabilmektedirler. Dolayısıyla bu kişilerin fiziksel şikâyetleri ile ilgili hiçbir tıbbi sebep bulunamamakta, bu durum kendilerine söylendiğinde rahatlama yaşamamakta, doktor ziyaretlerine devam edebilmekte ve hatta ilgili şikâyetleri ile ilişkili olarak cerrahi operasyon talebinde bulunabilmektedirler (Oltmanns ve ark., 2015; Oltmanns & Emery, 2015). Somatizasyon olarak bilinen bu durumun yoğun ve kronik şekilde yaşanması, bu bölümde ele alınacak olan, bedensel belirti ve ilişkili bozukluklarının (somatik semptom bozuklukları) göstergeleri olarak değerlendirilmektedir. Zihin ve beden arasındaki ilişkinin ne kadar güçlü olabileceğini gösteren bu bozuklukların; bedensel belirti bozukluğu, sağlık kaygısı bozukluğu, konversiyon bozukluk ve yapay bozukluk gibi türleri bulunmaktadır (APA, 2013).

Bedensel Belirti Bozukluğu

Bedensel belirti bozukluğu, genellikle bir tıbbi açıklaması olmamasına rağmen fiziksel belirtiler deneyimlenmesi ile ilişkili olan bir bozukluktur. Bedensel belirti bozukluğunda sık karşılaşılan fiziksel belirtiler; genellikle ağrıyı ölçmenin ve değerlendirmenin zor olduğu sırt, boyun, yüz, karın, kas ve boşaltım sistemi gibi beden bölgelerindeki kronik ağrı ile ilişkilidir. Baş dönmesi, ağızda kuruluk, yoğun adet sancısı, yorgunluk, kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük, kabızlık, midede yanma, bedenin her yerinde karıncalanma ve ellerde uyuşma da diğer yaygın şikâyetler olarak öne çıkmaktadır (Vishal, Brahmbhatt & Vankar, 2014). Bu bozukluğa sahip bireylerin deneyimledikleri fiziksel belirtiler yıllar içinde değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin, önceki senelerde yoğun adet sancısı hisseden bir bireyin bu şikâyeti yıllar içerisinde ortadan kalkabilmekte ve yerini kronik baş ağrısı gibi farklı bir şikâyet alabilmektedir (Simon & Gureje, 1999).



Şekil 6. Kronik baş ağrısı, bedensel belirti bozukluğunda sıkça görülen belirtilerden biridir. Psikolojik sıkıntıların fiziksel problemler olarak tezahür etmesi, bireylerin, çevrelerinden daha fazla ilgi ve sempati görmesi (ikincil kazançlar) ile sonuçlanabilmektedir.

Bu bozukluğa sahip bireylerin duygularında, düşüncelerinde ve davranışlarında, deneyimledikleri fiziksel yakınmaları ile ilişkili bazı bozulma-

lar gözlemlenmektedir. Öyle ki bedendeki herhangi bir uyarılmayı çok kötü bir hastalığın göstergesi olarak yorumlamak, bedensel sağlık ile ilgili yoğun endişeler hissetmek, sık sık doktor ziyaretleri yapmak, rahatlamak için farklı doktorlara başvurmak, kendi vücudunda sürekli olarak fiziksel belirti aramak, bedensel belirtilere yönelik önemli düzeyde zaman ve enerji harcamak bu bozukluğa sahip bireyler arasında yaygındır (Kearney & Trull, 2017; Oltmanns ve ark., 2015; Whitbourne, 2017). Bu özellikler sebebiyle bireylerin günlük yaşam içerisindeki işlevlerinde bozulmalar ve yoğun stres deneyimledikleri bilinmektedir (Oltmanns ve ark., 2015). Nitekim bu tür bozukluğa sahip bireylerin kendilerini çok kötü hissettikleri için ayda yaklaşık yedi günlerini yatakta geçirdiklerini gösteren bulgular mevcuttur. Bu bulgu normal örneklemin ayda yaklaşık yarım gününü rahatsız hissettiği için yatakta geçirdiği bilgisi ile birlikte düşünüldüğünde, bu bozukluğa sahip bireylerin işlevselliğinin ne ölçüde etkilendiği bariz bir şekilde gözler önüne serilmektedir (Smith, Manson & Ray, 1986).

Bedensel belirti bozukluğuna sahip bireylerin bazı ikincil kazançları olabilmektedir; bedensel belirtiler, bireylerin deneyimlediği psikolojik sıkıntılardan uzaklaşmalarını sağlamakta bunun yanı sıra bu bireyler, bedensel yakınmalar sebebiyle etraflarındaki kişilerden daha fazla ilgi ve sempati görebilmektedirler. Ancak bu kazançlar kısa vadede bir rahatlama sağlasa da uzun vadede çok daha büyük sıkıntılar oluşturabilmektedir. Diğer bir ifadeyle, bireylerin temelde yatan psikolojik sıkıntıları çözümsüz kalabilmekte ve bu bireyler, yakınmalarına ilişkin tıbbi bir nedenin olmadığı öğrenildiğinde etraflarındaki kişilerin öfkeli tutumlarına ve davranışlarına maruz kalabilmektedirler. Ancak bu bireyler temaruz durumunda olduğu gibi kendilerine bir kazanç sağlamak için bilinçli ve istemli olarak hasta taklidi yapmamaktadırlar. Aksine yakındıkları fiziksel şikâyetleri gerçekten deneyimlemektedirler (Hurwitz, 2004).

Tablo 4. Bedensel Belirti Bozukluğuna İlişkin DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Rahatsızlık yaratan veya güntük yaşam içerisinde önemli ölçüde bozulmalara yol açan bir veya birden fazla somatik belirti.

B. Aşağıda belirtilen somatik belirtiler ile ilişkili düşünceler, hisler ve davranışlardan veya ilintili sağlık endişelerinden en az birinin mevcut olması:
   1. Belirtilerin ciddiyeti hakkında irrasyonel ve sürekli düşünceler.
   2. Sağlık ve belirtiler ile ilgili sürekli yüksek düzey endişe.
   3. Söz konusu belirtilere veya sağlık endişelerine aşırı düzeyde zaman ve enerji harcama.

C. Herhangi bir bedensel belirti her an mevcut olmasa da semptomatik olma durumunun genellikle altı aydan fazla süredir devam etmektedir.

- Somatik belirtiler ağrı/acı içeriyor ise *ağrılı*; şiddetli belirtiler, belirgin bozulmalar ve en az altı aydır devam eden sürekli bir durum söz konusu ise *sürekli*; B kriterindeki sunulan durumlardan biri mevcut ise *hafif düzey*, iki veya daha fazlası *mevcut ise orta düzey*, iki veya daha fazlasına ek olarak birden fazla somatik yakınma ya da çok şiddetli bir somatik yakınma var ise *şiddetli düzey* bedensel belirti bozukluğu olarak belirtilmelidir.

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. baskı) Washington DC. American Psychiatric Publishing

Sağlık Kaygısı Bozukluğu

Eski adı hipokondriyazis olarak bilinen, sağlık kaygısı bozukluğu, ciddi bir hastalığa sahip olduğuna yönelik yoğun zihinsel meşguliyet içeren bir psikolojik bozukluktur (APA, 2013; Barlow, Durand & Hofmann, 2018). Bu bozukluğa sahip kişiler, sağlıkları konusunda çok tetiktedirler. Dolayısıyla normal bedensel tepkilerden yola çıkarak çok ciddi bir hastalıklarının olabileceğine dair yoğun anksiyete deneyimleyebilmektedirler (Kearney & Trull, 2017). Örneğin, gaz sancısı ile başlayan sürecin mide kanseri olabileceğine yönelik çok yoğun endişeler ile sonlanması sağlık kaygısı bozukluğuna sahip bireylerde gözlemlenebilecek bir durumdur. Ancak bu hastalığa sahip bireylerde temel olan şey, fiziksel belirtiler değil, ciddi bir hastalığa sahip olma ya da yakalanma ile ilgili anksiyetedir ve bu yönüyle bu bozukluk, bedensel belirti bozukluğundan ayrışmaktadır. Tıbbi testlerin negatif sonuçları ya da doktorların testler ile tutarlı telkinleri, söz konusu anksiyetenin azaltılması noktasında yetersiz kalmakta ve bu anksiyete, bireylerin günlük işlevlerini aksatmaya devam etmektedir (Gerstenblith & Kontos, 2016). Sürekli olarak başvurulan tıbbi testler ve doktor ziyaretleri ya da tam tersi doktorlardan ve tıbbi testlerden kaçınma davranışları bu bozukluğun özellikleri arasındadır (APA, 2013). Bu bozuklukta görülen diğer bir özellik ise bireylerin sahip olduklarını düşündükleri hastalık konusunda çok fazla araştırma yaptığı ve dolayısıyla çok fazla bilgiye sahip olduğudur. Edindikleri bu bilgiler, kişilerin hissettikleri anksiyeteyi ve korkuyu daha da artırmaktadır (Kearney & Trull, 2017).



Şekil 7. Sağlık kaygısı bozukluğuna sahip bireyler, bedensel duyumlara çok hassas olduklarından olağan bedensel tepkileri çok ciddi bir hastalığın habercisi olarak yorumlayabilmekte ve bunun sonucunda da çok yoğun anksiyete hissedebilmektedirler.

Tablo 5. Sağlık Kaygısı Bozukluğuna İlişkin DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Ciddi bir hastalığa sahip olma ya da yakalanma ile ilişkili zihinsel meşguliyet.
B. Bedensel belirtiler ya yoktur ya da sadece hafif düzeyde mevcuttur. Tıbbi bir durum muhtemel ya da mevcut ise bu konudaki zihinsel meşguliyet orantısız düzeyde yüksektir.
C. Sağlığa ilişkin yüksek düzey anksiyete mevcuttur ve birey, sağlığı ilgili konularda hemen paniklemektedir.
D. Birey, aşırı düzeyde sağlıkla ilişkili davranışlar (ör., sık doktor ziyaretleri) ya da uyumsuz kaçınma davranışları (ör., hastaneye gitmekten kaçınmak) sergilemektedir.
E. Hasta olduğuna ya da olacağına ilişkin zihinsel meşguliyet en az altı aydır devam etmektedir. Ancak korkulan hastalığın ne olabileceği bu süreç içinde değişebilir.
F. Hastalık odaklı zihinsel meşguliyetler, diğer psikolojik bozukluklar ile daha iyi açıklanamamaktadır.
   - Tıbbi tedavi arayışı sık sık gerçekleşiyor ise *tedavi arayıcı tip*, nadiren gerçekleşiyor ise *tedaviden kaçınıcı tip* olarak belirtilmelidir.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. baskı). Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Konversiyon Bozukluğu

Konversiyon, intrapsişik sıkıntıların fiziksel-nörolojik sıkıntılara evrilme sürecini ifade etmektedir (Hurwitz, 2004). Dolayısıyla, konversiyon bozukluğa sahip bireyler merkezi sinir sistemindeki bir problemin göstergesi olabilecek motor veya duyusal belirtiler deneyimlemektedirler (Hurwitz, 2004; Oltmanns & Emery, 2015). Öyle ki bedendeki bazı bölgelerinde felç hissi, duruşta ve yürüyüşte bozulmalar, ani sağırlık ve körlük, boğazda şişlik hissi, konuşma yetisinin kaybı bu bozukluğa sahip bireylerde gözlemlenebilecek bazı belirtilerdir (APA, 2013; Gerstenblith & Kontos, 2016; Hooley, Butcher, Nock & Mineka, 2017; Hurwitz, 2004; Kearney & Trull, 2017). Söz konusu belirtiler aniden ortadan kaybolabilmektedir ancak bu belirtilerin ya da farklı yeni belirtilerin ilerleyen süreçte tekrar ortaya çıkması ihtimali bir hayli yüksektir (Merkler ve ark., 2016). Bu bozuklukta hissedilen bu belirtiler sahte değildir tam tersine gerçektir ancak bunların tıbbi bir açıklaması yoktur (Kearney & Trull, 2017).

VAKA ÖRNEĞİ 2

Konversiyon Bozukluğu: Erken Çocuklukta Başlayan Bir Olgu

Bu kısımda Akdemir ve Ünal'ın (2006) konversiyon bozukluğu bağlamında sunmuş oldukları T adlı vaka örneğine değinilecektir. Sekiz yaşında bir kız çocuğu olan T, ayağa kalkamama, yürüyememe ve bacaklarında hissettiği istemsiz sıçrama hareketlerinden muzdariptir. Bu şikayetlerin tarihçesinin üç yaşında olduğu döneme kadar uzandığı ve o dönemlerde de bacaklarındaki ağrıya ve sıçrama hareketlerine ilişkin şikayetleri olduğu saptanmıştır. Ancak, bu şikayetlerin yürümesinin veya oyun oynamasının önünde bir engel teşkil etmemesi sebebiyle ailesi tarafından çok da önemsemediği anlaşılmıştır. Yedi yaşına geldiğinde ise bu şikayetlerinin şiddetlendiği, bacaklarındaki kasılmalar nedeniyle T'nin oturmasında ve kalkmasında zorluklar deneyimlemeye başladığı ve yakınmalarının artarak devam etmesi neticesinde de ayağa kalkamayacak ve yürüyemeyecek duruma geldiği öğrenilmiştir.

T'nin beş kardeşten dördüncüsü olduğu, sosyal ilişkiler ve eğitim hayatı bağlamında parlak bir çocuk olduğu saptanmıştır. Aile ilişkilerinde babası ile çok yakın bir ilişkiye sahip olan T, annesi ile nispeten daha uzak ilişkiye sahiptir. Babasının T'yi daha çok sevdiği ve kardeşleri ile karşılaştırıldığında T'nin babasının favori çocuğu olduğu anlaşılmıştır. Babasının evde olmadığı zamanlarda diğer aile bireylerinin yaptığı ve babasını kızdıracak davranışları T'nin babasına hemen anlattığı öğrenilmiştir. Bu bağlamda T'nin babasıyla bir koalisyon kurduğu anlaşılmıştır. Doğumundan itibaren anne ve babası ile aynı odada yatan T'nin, annesinin en küçük kardeşine olan hamileliğinin son dönemlerinde babası ile birlikte yatmaya başladığı tespit edilmiştir.

Tedavi sürecinin başında çeşitli tetkikler yapılmış ve herhangi bir fizyolojik anormallik ile karşılaşılmamıştır. Bu tetkiklerin sonuçları bağlamında gerçekleştirilen tartışmalar neticesinde T'nin konversiyon bozukluğa sahip olduğu sonucuna varılmıştır. Tedavi sürecinde T ve ailesi öncelikle bu hastalık konusunda herhangi bir fizyolojik sorunun olmadığı ve tedavinin başarıya ulaşma ihtimalinin yüksek olduğu doğrultusunda bilgilendirilmiştir. T'ye fizik tedavi ile ayakta durma ve yürüme egzersizleri yaptırılmış, zor olsa da bunu başarabileceğine ilişkin yüreklendirici ve tedaviye uyum sağlayıcı ifadeler kullanılmıştır. Ayrıca, anksiyetesini azaltmak için psikofarmakolojik ilaçlardan, fizik tedavi sürecinde deneyimlediği acıyı azaltmak için ise ağrı kesicilerden faydalanılmıştır. Babasının T'nin yakınmaları karşısında gösterdiği ilginin bu hastalığın belirtilerini pekiştirebileceği bilgisi paylaşılarak babasının bu tür davranışlardan kaçınması tavsiye edilmiştir. Ek olarak aile içindeki rollerin ve sınırların yeniden düzenlenmesi noktasında girişimlerde bulunulmuştur. Beş haftalık tedavi sürecinin sonunda ayakta desteksiz durabilen ve birkaç adım atabilen T'nin, takip sürecinin altıncı ayında tamamen düzeldiği ve herhangi bir şikayetinin kalmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 6. Konversiyon Bozukluğa İlişkin DSM-5 Tanı Kriterleri

A. İstemli duyu veya motor işlevlerinde değişim olduğunu gösteren bir ya da daha fazla belirti.
B. Klinik bulgular, belirtiler ile mevcut nörolojik veya tıbbi durum arasında tezatlıklar olduğuna ilişkin kanıtlar sunmaktadır.
C. Belirti, diğer tıbbi ya da zihinsel bozukluklar ile açıklanamamaktadır.
D. Belirti, sosyal hayat, iş yaşamı veya yaşamın diğer önemli alanlarında klinik düzeyde önemli rahatsızlıklara veya bozulmalara yol açmaktadır.
   - Belirtiler, altı aydan daha az süredir devam ediyorsa *akut*, daha fazla süredir devam ediyorsa *sürekli* diye ifade edilmelidir. Ayrıca, belirtiler, psikolojik stres etmenleri ile birlikte mi yoksa bu etmenlerden bağımsız mı ortaya çıkıyor diye de belirtilmelidir.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. baskı). Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Yapay Bozukluk

Bu bozukluk, kasıtlı olarak psikolojik veya fiziksel belirtilerin yanıltıcı bir şekilde kullanılması veya üretilmesi anlamına gelmektedir. Diğer bir ifade ile bu bozuklukta bireyler, karın ağrısı ya da üzüntü gibi suni fiziksel veya psikolojik belirtiler üretmekte ve hasta taklidi yapmaktadırlar. Konversiyon bozukluğundan farklı olarak bu belirtiler, bu hastalığa sahip bireylerce kasıtlı olarak ortaya çıkarılmaktadır. Bunun için de bir hastalık olduğunu göstermek için laboratuvar testlerinin üzerinde değişimler yapmak, tıbbi kayıtlar ile oynamak, kendini yaralamak, nörolojik semptomlar üretmek, gerçekte yaşamadığı travmatik olaylar sonrasında depresyon veya intihar düşüncelerinin ortaya çıktığını rapor etmek, kendini hasta edecek dozda ilaç almak veya ateşini yükseltmek için bedeni sıkı sıkıya sarmak gibi davranışlar bu bozuklukta gözlemlenebilmektedir (APA, 2013; Kearney & Trull, 2017). Ancak bu bireyle-

rin temaruzda olduğu gibi çalışmaktan veya ceza almaktan kaçınmak ya da ekonomik bir kaynak elde etmek gibi birincil kazanca yönelik dışsal bir motivasyonları bulunmamaktadır. Bunun yerine, hasta olduklarında etraflarındaki kişilerin ilgilerini ve sempatilerini elde etmek gibi ikincil kazançlara yönelik motivasyonları olabileceği düşünülmektedir. Bu kişiler söz konusu hastalıkları kendilerinin ürettiğini bilseler de bunu neden yaptıklarının farkında değillerdir (Whitbourne, 2017).

Yapay bozukluğun iki çeşidi vardır; ilkinde birey kendinde, ikincisinde ise başkasında, genellikle de çocuğunda hastalık yaratmak için uğraşmaktadır (APA, 2013; Özdemir ve ark., 2015; Tamay ve ark., 2007). Başkasında yaratılan yapay bozukluk ölüm ile sonuçlanabilmektedir. Örneğin, Tamay ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında, bu bozukluğa sahip bir annenin kendi çocuğunun ölümüne neden olduğu bulunmuştur (Tamay ve ark., 2007).



Şekil 8. Yapay bozukluğa sahip bireyler, başkalarında (özellikle de kendi çocuklarında) istemli olarak yanıltıcı fiziksel semptomlar oluşturmaya yönelik davranışlar sergileyebilmektedirler.

VAKA ÖRNEĞİ 3

Yapay Bozukluk: Çocukluk Döneminde Yapay Bozukluk

Bu kısımda Çimen, Memik ve Gündoğdu'nun (2014) sunmuş olduğu yapay bozukluk belirtileri gösteren dokuz yaşındaki kız çocuğu vakası irdelenmiştir. Dikkat dağınıklığı, karşıt gelme davranışı, çiş kaçırma, öfke nöbetleri gibi farklı şikayetler sebebiyle geçmiş döneme ait birçok ruh sağlığı başvurusu olan bu vakanın, son dönemde günlük yaşam içerisinde sık sık bayılmasına istinaden haftalık olarak acil başvurusunda bulunduğu öğrenilmiştir. Yapılan tetkikler neticesinde herhangi bir organik patolojiye rastlanmaması sebebiyle konversif bayılma tanısı ile ilaç tedavisine başlanmış ve kendisi psikiyatri servisine sevk edilmiştir. Konversiyon bozukluk tanısı ile takip edilen bu hastanın bayılma şikayetlerinin uygulanan ilaç tedavisi (sertralin ve risperidon) ile sona erdiği görülmüştür. Ancak, takip eden süreçte kendisinin, ağzından tükürük ile karışık kan gelmesi şikâyeti ile yeniden bir tedavi başvurusu olmuştur. Yine yapılan tetkikler sonucunda buna neden olacak bir fizyolojik bir durum tespit edilmemiştir. Gündüz kliniğindeki takibi sürecinde bu hastanın, ağzından kan geldiğini sürekli vurgulayan söylemler ve davranışlar sergilediği, kanlı tükürüğünü yüzüne, kıyafetlerine ya da etraftaki mobilyalara sildiği, dudağını ve tırnağının kenarındaki derileri istemli olarak kanattığı ve bilerek ve isteyerek kendini kusturduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, bıçakla yüzeysel çizikler attıktan sonra kanlı tükürüğünü kullanarak bu çizikleri belirginleştirmeye yönelik davranışlar sergilediği de öğrenilmiştir.

Bu vakanın yapay bozukluk tanı kriterlerini karşıladığını düşünen Çimen ve arkadaşları (2014), hastanın, annesi ile güvensiz bağlanması, anne ve babasının ayrı olması sebebiyle babası ile yeterince görüşememesi ve görüştüğü zamanlarda da babasının ilgi ve sevgi göstermeyen karakter yapısı sebebiyle ihmal edilmiş hissetmesinin bu bozukluğun gelişiminde etkili olabileceğini düşünmüşlerdir. Ayrıca, hastanın kan tükürmesi ile annesinden gördüğü ilginin artmasının ve neticesinde annesi ile birbirlerine daha fazla yakınlaşmalarının yapay bozukluğun belirtilerini pekiştirmiş olabileceğini de değerlendirmişlerdir.

Altmış günlük tedavi sürecinde, ilaç tedavisi (sertralin ve aripiprazol), davranışçı (ör., kendini kusturmasını engellemek için tuvalet kullanımının kısıtlanması) ve bilişsel (ör., kendisini kusturmaya yönelik davranışların boğazını tahriş ederek kanlı tükürmesi ile sonuçlandığına ilişkin yüzleştirmeler) uygulamalara yer verilmiştir. Ek olarak vakanın annesi de tedavi sürecine dahil edilmiş ve kızının bu bozukluğa sahip olmasında kendisinin yeterince empatik davranamamasının ve iletişim kuramamasının etkili olabileceğine yönelik yüzleştirmelere de yer verildiği öğrenilmiştir. Tedavi sürecinin sonunda, hastanın belirtilerinde belirgin düzeyde azalmalar tespit edilmiş ve annesiyle olan ilişkisinin daha iyi bir seyir izlemeye başladığı gözlemlenmiş ve kendisi taburcu edilmiştir.

Tablo 7. Yapay Bozukluğa İlişkin DSM-5 Tanı Kriterleri

Kendinde Yaratılan Yapay Bozukluk

A. Tespit edilen aldatıcı durum ile ilişkili olarak fiziksel veya psikolojik semptomların uydurulması ya da hastalık veya yaralanmaya yol açılması.
B. Birey, kendisini, başkalarına hasta, zedelenmiş veya yaralanmış gibi göstermektedir.
C. Bu aldatıcı davranış, bariz dışsal kazançlar olmasa bile belirgindir.
D. Bu davranış, sanrısal ya da psikotik bozukluk gibi diğer zihinsel bozukluklar ile daha iyi açıklanamamaktadır.

Başkasında Yaratılan Yapay Bozukluk

A. Tespit edilen aldatıcı durum ile ilişkili olarak başka birinde fiziksel veya psikolojik semptomların uydurulması ya da hastalık veya yaralanmaya yol açılması.
B. Birey, mağdur olan kişiyi başkalarına hasta, zedelenmiş veya yaralanmış gibi göstermektedir.
C. Bu aldatıcı davranış bariz dışsal kazançlar olmasa bile belirgindir.
D. Bu davranış, sanrısal ya da psikotik bozukluk gibi diğer zihinsel bozukluklar ile daha iyi açıklanamamaktadır.

Not: Bu tanıyı, mağdur olan kişi değil, bu davranışları mağdurun üzerinde yaratan kişi almaktadır.

- Aldatıcı davranışın tek bir sefer mi yoksa tekrarlayan seferlerde mi gerçekleştiği belirtilmelidir.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. baskı). Washington DC: American Psychiatric Publishing.

YAKIN BAKIŞ 2 Temaruz ile Bedensel Belirti ve İlişkili Bozukluklar Arasındaki Farklar?

Temaruz (malingering) dışsal (birincil) kazançlar elde etmek motivasyonu ile kasıtlı olarak yanlış veya abartılı fiziksel veya psikolojik semptomlar üretmeyi ifade etmektedir (APA, 2013). Hastalık iznine ayrılmak, askerlikten kaçmak, cezai ehliyetinin olmadığını göstermek, maddi tazminat elde etmek, işe veya okula gitmekten kaçmak gibi motivasyonlar temaruza başvuran kişilerde gözlemlenen başlıca hedefler olabilmektedir (Maldonado & Spiegel, 2001). Temaruza başvuran kişiler, ortaya koydukları bu davranışları neden yaptıklarının tamamen farkındadırlar. Dolayısıyla temaruz, yapay bozukluk dışındaki bedensel belirti ve ilişki bozukluklardan bu bağlamda tamamen ayrışmaktadır. Zira söz konusu bozukluklarda bireylerde gözlemlenen belirtiler, bireyler tarafından bilinçli ve istemli bir şekilde üretilmemektedir. Ayrıca, bedensel belirti ve ilişkili bozukluklarda bireylerin birincil kazanç elde etmek gibi bir hedefleri bulunmamaktadır (APA, 2013; Whitbourne, 2017). Bu bağlamda bedensel belirti ve ilişki bozuklukları olan bireylere test yapılmak istendiğinde (yapay bozukluğu olan bireyler hariç zira bu bireyler de temaruza başvuran kişiler ile benzer bir eğilim gösterebilmektedir), bu kişilerde savunmacı ve isteksiz bir tutum genellikle gözlemlenmezken, temaruza başvuran kişilerde isteksiz, savunmacı, süreci yavaşlatıcı davranış ve tutumlar gözlemlenmesi ihtimal dahilindedir (Hooley ve ark., 2017).

Bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar çatısı altında bulunan ve temaruz ile en çok benzerlik gösteren olgu yapay bozukluktur. Bu sebeple iki olgu arasındaki farklara ayrı bir parantez açmanın yararlı olacağı düşünülmüştür. Bu bağlamda her ikisi de göz önüne alındığında hem temaruzda hem de yapay bozuklukta hastalık belirtilerin bireyler tarafından istemli ve bilinçli olarak üretildiği görülmektedir. Ancak, aralarındaki fark kazanç bağlamında değişmektedir; temaruzdan farklı olarak, yapay bozuklukta bireylerin hedefleri tıbbi ilgi ve yardım görmenin ötesine (ikincil kazanç) geçmemektedir (Whitbourne, 2017). Ayrıca, temaruzda üretilen hastalık durumunun geçici olduğu, diğer bir deyişle, hedeflenen kazancın sağlanmasını takiben ortadan kalktığı, lakin yapay bozukluğun genellikle kronik bir seyir izlediği bilinmektedir (Yates, Mulla, Hamilton & Feldman, 2018). Ek olarak, yapay bozukluğun aile içi çatışma veya psikolojik stres yaratan yaşam olaylarını takiben ortaya çıktığına ilişkin bulgular vardır (Bass & Halligan, 2014; Yates ve ark., 2018). Dolayısıyla, bu iki olguyu birbirinden ayırabilmek için bu bilgiler göz önünde bulundurularak klinik görüşmeler gerçekleştirilmesinin faydalı olabileceği söylenebilir.

Bedensel Belirti ve İlişkili Bozuklukların Yaygınlığı

Bedensel belirti ve ilişkili bozukluklara ilişkin DSM-5 tanı ölçütlerinin bir öndeki baskıda yer alan ölçütlerden farklılaşması, yaygınlık oranını inceleyen araştırmaların tutarlı sonuçlar vermesini zorlaştırmıştır (APA, 2000; 2013). Nitekim bu sebeple bedensel belirti bozukluğunun yaygınlığı konusunda henüz net bir bilgi yoktur ancak bu bozukluğun %5 ila %7 oranında yaygın olduğu tahmin edilmektedir. Ayrıca bu bozukluğun kadınlarda ve yaşlı bireylerde daha fazla görüldüğü de bilinmektedir (APA, 2013).

Sağlık kaygısı bozukluğu ise %1,3 ila %10 arasında bir görülme sıklığına sahiptir ve bu oran her iki cinsiyet için benzer bir seyir izlemektedir (APA, 2013). Pandey, Parikh, Mehul ve Vankar'ın (2017) çalışmalarında ise bu oran %7 olarak bulunmuştur. Bu oranlar göz önünde bulundurulduğunda sağlık kaygısı bozukluğunun diğer bedensel belirti ve ilişkili bozukluklarla ile karşılaştırıldığında çok daha yaygın olduğu anlaşılmaktadır.

Konversiyon bozukluk, bedensel belirti ve sağlık kaygısı bozuklukları ile karşılaştırıldığında çok daha nadir görülmektedir; genel konversiyon bozukluğu en fazla 1.000'de 5, sürekli konversiyon bozukluğu ise 100.000'de 2 ila 5 arasında görülmektedir (APA, 2013; Comer, 2015). Bunun yanı sıra nöroloji kliniğine başvuran hastalarda bu oranın %1 ile %5 arasında değiştiği (APA, 2013; Smith, Clarke, Handrinos, Dunsis & McKenzie, 2000), erkekler ile karşılaştırıldığında bu bozukluğun, kadınlarda 2-3 kez daha fazla gözlemlendiği bilinmektedir (APA, 2013).

Yapay bozukluğun genel örneklemdeki yaygınlığı bilinmemekle beraber klinik örneklemin %1'nin bu bozukluğa ait tanı ölçütlerini karşılayabileceği düşünülmektedir (APA, 2013). Ayrıca, bu bozukluğun erkeklere göre kadınlarda çok daha yaygın olduğu (%93 oranında) bulunmuştur (Schreier, 2004).

Bedensel belirti ve ilişkili bozuklukların yaygınlığı, cinsiyet dışındaki diğer demografik değişkenler bağlamında incelendiğinde ise genellikle erken ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde olan (yaşlı bireylerde daha sık görülen bedensel belirti bozukluğu hariç), düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip, eşinden sevgilisinden ayrılmış, çocukluk döneminde örselenmiş, tıbbi hastalık geçmişi olan ve depresyon veya kaygı bozukluğuna sahip bireylerde bu bozuklukların çok daha sık görüldüğü, birçok araştırma tarafından tutarlı bir şekilde ortaya konmuştur (Bekhuis, Boschloo, Rosmalen & Schoevers, 2015; Creed ve ark., 2012; Katon, Kleinman & Rosen, 1982; Merkler ve ark., 2016; Maldonado & Spiegel, 2001; Özdemir ve ark., 2015; Pandey ve ark., 2017; Vishal ve ark., 2014)

Yukarıda belirtilen tüm bu yaygınlık oranları değerlendirilirken, bir kısıtlılığı göz önünde bulundurmak da faydalı olacaktır. Zira bu bozukluklara sahip bireylerin ilk olarak psikiyatri/psikoloji kliniklerine değil de diğer tıbbi alanlardaki kliniklere başvurma ve hatta problemlerinin psikolojik olabileceği söylendiğinde bunu kabul etmeme eğiliminde oldukları bilinmektedir (Oltmanns & Emery, 2015). Bu sebeple de söz konusu bozuklukların gerçekte olduğundan daha az teşhis edilmiş olması muhtemeldir.

Bedensel Belirti ve İlişkili Bozuklukların Etiyolojisi

Bedensel belirti ve ilişkili bozukluklarının etiyolojisi henüz net bir şekilde bilinmese de bazı biyolojik, çevresel ve psikolojik etmenlerin bu bozukluklar için risk oluşturduğu bulunmuştur. Ayrıca, bazı psikolojik yaklaşımlar da bu bozuklukların ortaya çıkış nedenleri ile ilgili bazı kavramsallaştırmalar ortaya koymuşlardır. Söz konusu etmenler ve kavramsallaştırmalar aşağıda özetlenmiştir.

Biyolojik etmenler: Biyolojik etmenler incelendiğinde; duygular, algı ve fiziksel duyular ile ilişkili beyin bölgelerindeki (ör.; amigdala, hipotalamus, frontal bölge gibi) aşırı uyarılmanın bedensel belirti bozukluğu üzerinde etkisi olabileceği saptanmıştır (Perez, Barsky, Vago, Baslet & Silbersweig, 2015). Sağlık kaygısı özelinde ise bu bozukluğa sahip bireylerin yaklaşık %18'nin ailesinde hipokondriyazis öyküsü (kalıtsallık kadar öğrenme ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir) olduğu bulunmuştur (Pandey ve ark., 2017). Ek olarak konversiyon bozukluğuna sahip

bireylerin, merkezi sinir sistemlerinin, normal örneklemin merkezi sinir sisteminden ayrıştığı gözlemlenmiş, diğer bir ifade ile bu kişilerde bazı nöroanatomik anormalliklere rastlanılmıştır (Boeckle, Liegl, Jank & Pieh, 2016; Gerstenblith & Kontos, 2016). Tüm bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar ile biyolojik etmenler arasında ilişkiler olduğunu söylemek mümkündür.

Çevresel ve psikolojik etmenler: Nevrotik kişilik örüntüsünün, çocukluk döneminde maruz kalınan cinsel veya diğer tür istismarların, işsizliğin, ilerleyen yaşın, düşük eğitim ve ekonomik düzeyinin, yakın zamanda deneyimlenmiş stres yaşantılarının, kronik bir fiziksel ya da psikolojik hastalığa sahip olmanın, fiziksel rahatsızlıkların bazı avantajlar sağladığı sosyal çevre içerisinde yaşamanın ve kadın olmanın bedensel belirti bozukluğu için yatkınlık yarattığı bilinmektedir (APA, 2013; Gerstenblith & Kontos, 2016). Ayrıca, bu bozukluğa sahip bireylerin duygu düzenlemede güçlükler deneyimlediği de 64 çalışmanın bulgularını inceleyen bir çalışmada ortaya konmuştur (Güney, Sattel, Witthöft & Henningsen, 2019). Sağlık kaygısı bozukluğu incelendiğinde ise genel olarak benzer etmenlerin ön plana çıktığı görülmüştür (APA, 2013). Öyle ki Pandey ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında, bu bozukluğa sahip bireylerin yaklaşık %32'sinde çocukluk döneminde istismar öyküsü, %25'inde eş zamanlı depresyon ve %29'unda da eş zamanlı anksiyete bozukluğu olduğu bulunmuştur. Bunların yanı sıra travma yaşantısı ve kendinin ya da bir yakının hastalığı sonucu deneyimlenen yoğun stres (APA, 2013) ve güvensiz bağlanma stili (Yorulmaz & Dirik, 2018) de bu bozukluğun risk etmenleri olarak değerlendirilmiştir. Konversiyon bozukluğunda ise uyumsuz kişilik örüntülerinin, çocukluk dönemindeki ihmal ve istismarın, stresin ve bir nörolojik bozukluğa sahip olmanın, bu bozukluğu deneyimleme ihtimalini artırdığı düşünülmektedir (APA, 2013; Gerstenblith & Kontos, 2016). Son olarak yapay bozukluğa bakıldığında ise düşük sosyoekonomik düzey, evlilik içi çatışma, düşük evlilik memnuniyeti, uyumsuz erken dönem ebeveyn-çocuk ilişkileri ve eş zamanlı kişilik bozukluğu gibi etmenlerin risk oluşturabileceği tespit edilmiştir (Özdemir ve ark., 2015).

Yukarıda bahsedilen risk etmenlerine ek olarak psikodinamik ve bilişsel davranışçı yaklaşımlar bu bozuklukların etiyolojilerine ilişkin bazı kavramsallaştırmalar ileri sürmüşlerdir. Psikodinamik yaklaşıma göre bedensel belirti ve ilişkili bozukluklar bilinç dışı çatışmaların bir ürünü olarak görülmektedir (Whitbourne, 2017). Diğer taraftan bilişsel davranışçı yaklaşıma göre ise bu bozukluklar, olağan bedensel duyumlar ile ilişkili bilişsel çarpıtmaların bir sonucudur (Witthoft & Hiller, 2010).

Bedensel Belirti ve İlişkili Bozuklukların Tedavisi

Psikofarmakolojik uygulamalar ile bilişsel davranışçı, psikodinamik terapi yöntemleri bu bozuklukların tedavisinde kullanılmakta olup bu yöntemlerden en etkilisi, bilişsel davranışçı terapi olarak değerlendirilmektedir.

Psikofarmakolojik tedaviler: Tercih edilen psikiyatrik ilaçlar genellikle seçici serotonin geri alım inhibitörleridir (selective serotonin reuptake inhibitör - SSRI; örnek: Paxil, Prozac, Luvox). Bedensel belirti ve ilişkili bozukluklarının tedavisinde kullanılan bu ilaçlar hem bu hastalıklara özgü belirtilerin hem de bu bozukluklara eşlik eden depresyon ve anksiyetenin tedavisinde etkili sonuçlar vermektedir (Kleinstauber ve ark., 2014). Ayrıca diğer antidepresan türlerinin de birey-

lerin deneyimlediği endişe ve ağrı hislerinin azaltılması noktasında faydalı olduğu gösterilmiştir (Somashekar, Jainer & Wuntakal, 2013).

Psikoterapi uygulamaları: Bedensel belirti ve hastalık kaygısı bozuklukların tedavisinde genellikle bilişsel davranışçı terapi kullanılmakta olup, terapi seansları sırasında, bedensel duyumlar ile bağlantılı bilişsel çarpıtmalar, inanışlar ve davranışlar arasındaki ilişkiler ele alınmakta, söz konusu bozuklukların bu yapı çerçevesinde kavramsallaştırmaları yapılmaktadır. Ayrıca, obsesif-kompulsif bozukluğun tedavisinde sıklıkla uygulanan davranışçı uygulamalar (maruz bırakma ve yanıt önleme gibi) da bu bozuklukların tedavisinde kullanılabilmektedir. Öyle ki bireylerden bedenin bir bölgesine odaklanmaları ve odaklanılan bölgedeki fiziksel duyumlar sonucunda hiçbir şey yapmadan (onay aramadan, hastane ziyareti yapmadan) beklemeleri istenebilmektedir. Böylece bedensel belirti ve sağlık kaygısı bozukluklarında bireylerin deneyimlediği belirtilerin algıda seçicilik ve bilişsel çarpıtmalar ile ilişkisinin gösterilmesi amaçlanmaktadır. Tüm bunlara ek olarak ağrı deneyimleyen danışanların bu hislerinin azaltılmasında yardımcı olması açısından gevşeme egzersizleri de uygulanabilmektedir (Allen & Woolfolk, 2010; Hedman ve ark., 2016; Kearney & Trull, 2017). Bu tür uygulamaları içeren bilişsel davranışçı terapinin özellikle bedensel belirti ve sağlık kaygısının semptomlarının azaltılması üzerindeki etkisini gösteren birçok çalışma vardır (ör., Barsky & Ahern, 2004; Hedman ve ark., 2016). Ayrıca, bu terapi yönteminin çevrimiçi (Newby ve ark., 2018), kitap yönergeli (Hedman ve ark., 2016) veya grup formatlarda (Looper & Kirmayer, 2002; Weck, Gropalis, Hiller & Bleichhardt, 2015) uygulanmasının da benzer olumlu onuçlara sahip olduğu gösterilmiştir. Bilişsel davranışçı terapilere ek olarak psikodinamik terapiler de bu bozuklukların tedavisinde kullanılmaktadır. Psikodinamik yaklaşım, bedensel belirti ve ilişkili problemleri çözümlenmemiş bilinç dışı çatışmaların bir sonucu olarak değerlendirdiği için, psikodinamik terapilerde, bu bilinç dışı süreç içerisindeki hangi çatışmaların bedensel belirtiler ile kendini gösterdiği üzerine yoğunlaşılmaktadır. Bedensel belirti ve ilişkili bozuklukların tedavisinde bu tür psikodinamik terapilerin de olumlu sonuçlar verdiğini gösteren bulgular mevcuttur (Abbas, Kisely & Kroenke, 2009).

Konversiyon bozukluğun tedavisinde ise bireylere, belirtilerin herhangi bir nörolojik bozukluğun sonucu olmadığı, genellikle stres ve psikolojik sıkıntıların bir yansıması olduğu, ancak bunların istemli bir şekilde ortaya çıkarılmadığı bilgilerinin verilmesinin kritik bir öneme sahip olduğu düşünülmektedir. Bunun yanı sıra bu bozukluğun gelişmesinde etkili olabileceği düşünülen motivasyonlar ve bilişsel çarpıtmaların ele alınması da önem arz etmektedir. Ayrıca bu bozuklukta görülen motor işlevlerdeki bozulmaların tedavisinde; açma germe, gevşeme ve denge egzersizlerinin ve masaj uygulamalarının başvurulabilecek yöntemler olduğu bilinmektedir (Dobbelstein, 2015; McCormack ve ark., 2014). Nitekim söz konusu bilişsel ve davranışsal etmenleri kapsayan tedavi yöntemlerinin



Şekil 9. Bilişsel davranışçı ve psikodinamik terapiler, bedensel belirti ve ilişkili bozuklukların tedavisinde önemli iyileşmeler sağlamaktadır.

başarılı sonuçlarını gösteren bulgular mevcuttur (Looper & Kirmayer, 2002; McCormack ve ark., 2014). Ayrıca, hipnozun da bu tür bozuklukların tedavisinde işe yaradığını gösteren çalışmalar vardır (Looper & Kirmayer, 2002).

Yapay bozukluk özelinde ise etkinliği tutarlı olarak gösterilmiş bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Ancak, bu bozuklukta ortaya çıkan fiziksel zararı en aza indirgeyebilmek için, bireyin hastanede gözlem altında tutulmasının (bazen zorunlu olarak), suçlayıcı davranmadan ciddi bir bozukluğa sahip olması sebebiyle söz konusu davranışları ortaya koyduğunun vurgulanmasının ve bireyin ihtiyacı olan ilgiyi düzenli görüşmeler ile karşılamaya çalışmanın faydalı olabileceği düşünülmektedir. Ancak, bu bozukluğun tedavisinin bir hayli uzun sürdüğü, bunun yanı sıra çoğu durumda da başarısızlıkla sonuçlandığı da bilinmektedir (Dobbelstein, 2015; Hagglund, 2009).

BÖLÜM ÖZETİ

Disosiyatif ve bedensel belirti bozuklukları, özellikle çocukluk döneminde deneyimlenen fiziksel ve cinsel istismarın yanı sıra yaşamın ilerleyen yıllarında karşılaşılan yoğun stres yaratıcı travmatik yaşantılar ile ilişkili görünmektedir. Bu tür yaşantılar sonucu oluşan yoğun stres ve anksiyete ile etkin bir şekilde baş edilememesinin, diğer bir ifade ile bu yaşantıların meydana çıkardığı duygusal ve nahoş deneyimler ile kaçınma veya bastırma gibi uyumsuz stratejilerle baş edilmeye çalışılmasının bu tür bozuklukların gelişiminde etkili olduğu anlaşılmaktadır. Dolayısıyla, bu tür bozukluklara sahip bireylerin tedavi sürecinde, travmatik veya stres oluşturan yaşantılara ait etkilerin ele alınması; bireylerin sağlam terapötik ilişki kurulduktan sonra kaçındıkları anksiyete yaratan deneyimlere yaklaştırılarak bu yaşantılarla ilintili duygulanımları yaşamalarına izin verilmesi tedavi sürecinin başarılı olması noktasında önemli görünmektedir. Ancak bu noktada, söz konusu tedavi girişimlerinin sahte anı oluşturma olasılığı da kesinlikle dikkate alınmalıdır. Diğer taraftan, bu bireylerin, bu tür deneyimlerle baş etmede zorlandıkları, çaresiz kaldıkları ya da yeterli psikolojik destek kaynağına sahip olmadıkları ihtimalleri göz önünde bulundurularak kendilerine, anksiyete yaratan deneyimler ile baş etmeye yönelik uyumlu beceriler kazandırılması da faydalı olacaktır.

Disosiyatif ve bedensel belirti bozuklukların önlenmesi noktasında ise özellikle aile içindeki fiziksel şiddet ve istismarın engellenmesine yönelik etkin politikalar geliştirilmesinin etkili olacağı düşünülmektedir. Buna ek olarak, istismara uğramış çocuklara ya da travmatik yaşam öyküsü olan bireylere yönelik psikolojik destek imkanlarının sunulması yine bu bozuklukların gelişimini önleme noktasında atılabilecek adımlardan biri olarak görünmektedir. Makro seviyede atılabilecek bu adımlara ek olarak bireylerin de mikro düzeyde bazı girişimlerde bulunması mümkündür. Örneğin, istismara uğramış ya da travmatik bir olay deneyimlemiş ya da herhangi bir sebeple psikolojik stres çatışma deneyimleyen bir birey, bu yaşantının etkilerinden kaçınarak veya bu etkileri unutmaya çalışarak baş etmek yerine, zor olsa da bunları güvendiği kişilerle paylaşarak ya da profesyonel destek arayışına girerek kendisi için daha faydalı sonuçlar elde edebilir. Diğer taraftan bu tür bir yaşantıya maruz kişilerin yakınlarının, bu kişilere, yanında olduklarını ve istedikleri zaman bu konu hakkında konuşabileceklerini hissettirmeleri ya da bu bireyleri profesyonel destek almaları yönünde teşvik etmeleri de faydalı girişimler olarak değerlendirilebilir.

KAYNAKLAR

Abbas, A., Kisely, S. ve Kroenke, K. (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics, 78*, 265–274. doi: 10.1159/000228247

Akdemir, D. ve Ünal, F. (2006). Erken başlangıçlı konversiyon bozukluğu: Bir olgu sunumu. *Türk Psikiyatri Dergisi, 17*(1), 65–71.

Allen, L. A. ve Woolfolk, R. L. (2010). Cognitive behavioral therapy for somatoform disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 33*(3), 579–593. doi: 10.1016/j.psc.2010.04.014

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. baskı revizyonu). Washington DC.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. baskı). Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Barach, P. M. ve Comstock, C. M. (1996). Psychodynamic psychotherapy of dissociative identity disorder. L. K. Michelson ve W. J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation: Theoretical, emprical, and clinical perspectives* içinde (s. 413–430). New York: Springer Science Business Media.

Barlow, D. H., Durand, V. M. ve Hofmann, S. G. (2018). *Abnormal psychology: an integrative approach* (8. baskı). Boston: Cengage Learning.

Barsky, A. J. ve Ahern, D. K. (2004). Cognitive behavior therapy for hypochondriasis: a randomized controlled trial. *JAMA, 291*(12), 1464–1470. doi: 10.1001/jama.291.12.1464

Bass, C. ve Halligan, P. (2014). Factitious disorders and malingering: challenges for clinical assessment and management. *The Lancet, 383*(9926), 1422–1432. doi:10.1016/s0140-6736(13)62186-8

Bekhuis, E., Boschloo, L., Rosmalen, J. G. M. ve Schoevers, R. A. (2015). Differential associations of specific depressive and anxiety disorders with somatic symptoms. *Journal of Psychosomatic Research, 78*(2), 116–122. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.11.007

Black, D. W. ve Grant, J. E. (2014). *DSM-5 guidebook: The essential companion to the diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Boeckle, M., Liegl, G., Jank, R. ve Pieh, C. (2016). Neural correlates of conversion disorder: overview and meta analysis of neuroimaging studies on motor conversion disorder. *BMC Psychiatry, 16*. doi: 10.1186/s12888-016-0890-x

Brand, B. L., Classen, C., Lannis, R., Loewenstein, R., McNary, S., Pain, C. ve Putnam, F. (2009a). A naturalistic study of dissociative identity disorder and dissociative disorder not otherwise specified patients treated by community clinicians. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1*(2), 153–171. doi: 10.1037/a0016210

Brand, B. L., Classen, C. C., McNary, S. W. ve Zeveri, P. (2009b). A review of dissociative disorder treatment studies. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 197*(9), 646–654. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181b3afaa

Brand, B. L., Lanius, R., Vermetten, E. ve Loewenstein, R. J. (2012). Where we are going? An update on assessment, treatment, and neurobiological research in dissociative disorders as we move toward the DSM-5. *Journal of Trauma & Dissociation, 13*, 9–31. doi: 10.1080/15299732.2011.620687

Brand, B. L. ve Loewenstein, R. J. (2010). Dissociative disorders: An overview of assessment, phenomonology and treatment. *Psychiatric Times*, 62–69.

Comer, R. J. (2015). *Abnormal psychology* (9. baskı). New York: Worth Publishers.

Coons, P. M. (1998). The dissociative disorders: Rarely considered and underdiagnosed. *Psychiatric Clinics of North America, 21*(3), 637–648. doi: 10.1016/S0193-953X(05)70028-9

Creed, F. H., Davies, I., Jackson, J., Littlewood, A., Chew-Graham, C., Tomenson, B. . . .Mcbeth, J. (2012). *Journal of Psychosomatic Research, 72*, 311–317. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.01.009

Çimen, İ. D., Memik, N. Ç. ve Gündoğdu, Ö. Y. (2014). Dokuz yaşında yapay bozukluk: Bir olgu sunumu. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 17*(2), 90–97.

Dobbelstein, C. R. (2015). Somatic symptom and related disorders. K. D. Ackerman ve A. F. Dimartini (Eds.), *Psychosomatic Medicine* içinde (s. 75–93). New York: Oxford University Press.

Dorahy, M. J., Brand, B. L., Sar, V., Krüger, C., Stravropoulos, P., Martinez-Taboas, A., . . . Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorder: An empirical review. *Australian & New Zelland Journal of Psychiatry, 48*(5), 402–417. doi: 10.1177/0004867414527523

Ellason, J. W. ve Ross, C. A. (1997). Two-year follow-up of impatients with dissociative identity disorder. *The American Journal of Psychiatry, 154*(6), 832–839. doi: 10.1176/ajp.154.6.832

Espirito-Santo, H. ve Pio-Abreu, J. L. (2009). Psychiatric symptoms and dissociation in conversion, somatization and dissociative disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43*(3), 270–276. doi: 10.1080/00048670802653307

Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E. ve Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry, 163*(4), 623–629. doi: 10.1176/appi.ajp.163.4.623

Gentile, J. P., Synder, M. ve Gillig, P. M. (2014). Stress and trauma: Psychotherapy and pharmacotherapy for depersonalization/derealization disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience, 11*(7–8), 37–41.

Geraerts, E., Raymaekers, L. ve Merckelbach, H. (2008). Recovered memories of childhood sexual abuse: Current findings and their legal implications. *Legal and Criminological Psychology, 13*, 165–176. doi: 10.1348/135532508X298559

Gerstenblith, T. A. ve Kontos, N. (2016). Somatic symptom disorders. T. A. Stern, M. Fava, T. E. Wilens ve J. F. Rosenbaum (Eds.), *Massachusetts General Hospital: Comprehensive clinical psychiatry* (2. baskı) içinde (s. 255–264). China: Elsevier.

Glisky, E. L., Ryan, L., Reminger, S., Hardt, O., Hayes, S. M. ve Hulbach, A. (2004). A case of psychogenic fugue: I understand, aber ich verstehe nichts. *Neuropsychologica, 42*(8), 1132–1147. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2003.08.016

Güney, Z. E. O., Sattel, H., Witthöft, M. ve Henningsen, P. (2019). Emotion regulation in patients with somatic symptom and related disorders: A systematic review. *Plus One*, 14(6). doi: 10.1371/journal.pone.0217277

Hagglund, L. A. (2009). Challenges in the treatment of factitious disorder: a case study. *Archives of Psychiatric Nursing, 23*(1), 58–64. doi: 10.1016/j.apnu.2008.03.002

Hedman, E., Axelsson, E., Andersson, E., Lekander, M. ve Ljotsson, B. (2016). Exposure-based cognitive-behavioural therapy via the internet and as bibliotherapy for somatic symptom disorder and illness anxiety disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 209*, 407–413. http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.116.181396

Hooley, J. M., Butcher, J. N., Nock, M. K. ve Mineka, S. (2017). *Abnormal psychology* (7. baskı). England: Pearson Education Limited.

Hunter, E. C. M., Sierra, M. ve David, A. S. (2004). The epidemiology of depersonalisation and derealisation: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*, 9–18.

Hurwitz, T. A. (2004). Somatization and conversion disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 49*(3), 172–178. doi: 10.1177/070674370404900304

Jang, K. L., Paris, J., Zweig-Frank, H. ve Livesley, W. J. (1998). Twin study of dissociative experience. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 186*(6), 345–351. doi: 10.1097/00005053-199806000-00004

Johnson, N. (Yapımcı ve Yönetmen). (1957). *The Three Faces of Eve* (Film). Amerika Birleşik Devletleri: 20th Century Fox.

Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S. ve Brook, J. S. (2006). Dissociative disorders among adults in the community, impaired functioning, and axis I and II comorbidity. *Journal of Psychiatric Research, 40*(2), 131–140. doi: 0.1016/j.jpsychires.2005.03.003

International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation, 12*(2), 115–187. doi: 10.1080/15299732.2011.537247

Katon, W., Kleinman, A. ve Rosen, G. (1982). Depression and somatization: a review. *The American Journal of Medicine, 72*(1), 127–135. doi: 10.1016/0002-9343(82)90599-X

Kearney, C. A. ve Trull, T. J. (2017). *Abnormal psychology and life: A dimensional approach* (3. baskı). Boston: Cengage Learning.

Kleinstauber, M., Witthoft, M., Steffanowski, A., van Marwijk, H., Hiller, W. ve Lambert, M. J. (2014). Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 11*. doi: 10.1002/14651858.CD010628.pub2.

Kring, A., Johnson, S., Davison, G. C. ve Neale, J. M. (2012). *Abnormal psychology* (12. baskı). United States of America, John Wiley & Sons, Inc.

Krüger, C. ve Fletcher, L. (2017). Predicting a dissociative disorder from type of childhood maltreatment and abuser–abused relational tie. *Journal of Trauma & Dissociation, 18*(3), 356–372. doi: 10.1080/15299732.2017.1295420

Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremmer, J. D. ve Spiegel, D. (2010). Emotion modulation in PTST: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry, 167*(6), 640–647. doi: 10.1176 appi.ajp.2009.09081168

Loftus, E. (1993). The reality of repressed memory. *American Psychologist, 48*, 518–537. doi: 10.1037//0003-066x.48.5.518

Loftus, E. (1996). Memory distortion and false memory creation. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 24*(3), 281–295.

Loftus, E. ve Pickrell, J. E. (1995). The formation of false memories. *Psychiatric Annals, 25*(12), 720–725. doi: 10.3928/0048-5713-19951201-07

Looper, K. J. ve Kirmayer, L. J. (2002). Behavioral medicine approaches to somatoform disorders. *Journal of Consulting and Clinical Disorders, 70*(3), 810–827. doi: 10.1037/0022-006X.70.3.810

Lynn, S. J., Berg, J. M., Lilienfeld, S. O., Merckelbach, H., Giesbrecht, T., Accardi, M. ve Cleere, C. (2014). Dissociative disorders. D. C. Beidel, B. C. Frueh ve M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (7. baskı) içinde (s. 407–450). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Lynn, S. J., Knox, J. A., Fassler, O., Lilienfeld, S. O. ve Loftus, E. (2004). Memory, trauma, and dissociation. G. M. Rosen (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: Issues and controversies* içinde (s. 163–186). West Sussex: John Wiley & sons Ltd. doi:10.1002/9780470713570.ch9

McCormack, R., Moriarty, J., Mellers, J. D., Shotbolt, P., Pastena, R., Landes, N. . . . David, A. S. (2014). Specialist inpatient treatment for severe motor conversion disorder: a retrospective comparative study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 85*, 895–900. doi: 10.1136/jnnp-2013-305716

Merkler, A. E., Parikh, N. S., Chaudhry, S., Chait, A., Allen, N. C., Navi, B. B. ve Kamel, H. (2016). Hospital revisit rate after a diagnosis of conversion disorder. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 87*(4), 363–366. doi: 10.1136/jnnp-2014-310181

Maldonado, J. R. ve Spiegel, D. (2001). Conversion disorder. *Review of Psychiatry Series, 20*, 95–128.

Merskey, H. (1995). Multiple personality disorder and false memory syndrome. *British Journal of Psychiatry, 166*, 281–283. doi: 10.1192/bjp.166.3.281

Morrison, J. (2017). *DSM-5'i kolaylaştıran "Klinisyenler için tanı rehberi"* (Çev. M. Şahin ve H. U. Kural). Ankara: Nobel Yayınları. (Orijinal yayın tarihi, 2014).

Newby, J. M., Smith, J., Uppal, S., Mason, E., Mahoney, A. E. J. ve Andrews, G. (2018). Internet-based cognitive behavioral therapy versus psychoeducation control for illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(1), 89–98. doi: 10.1037/ccp0000248

North, C. S. (2015). The classification of hysteria and related disorders: Historical and phenomenological considerations. *Behavioral Sciences, 5*(4), 496–517. doi: 10.3390/bs5040496

Oltmanns, T. F. ve Emery, R. E. (2015). *Abnormal psychology* (8. baskı). United States of America: Pearson Education.

Oltmanns, T. F., Martin, M. T., Neale, J. M. ve Davison, G. C. (2015). *Case studies in abnormal psychology* (10. baskı). United States of America: John Wiley & Sons, Inc.

Orne, M. T. ve Bates, B. I. (1992). Reflections on multiple personality disorder: a view from the looking glass of hypnosis past. A. Kales, C. M. Pierce ve M. Greenblatt (Eds.), *The mosaic of contemporary psychiatry in perspective* içinde (ss. 247-260). New York: Springer-Verlag.

Özdemir, D. F., Yalçın, S. S., Akgül, S., Evinç, S. G., Karhan, A., Karadağ, F. . . . Kale, G. (2015). Munchausen by Proxy syndrome: A case series study from Turkey. *Journal of Family Violence, 30*, 661–671. doi: 10.1007/s10896-015-9700-3

Pandey, S., Parikh, M., Mehul, B. ve Vankar, G. K. (2017). Clinical study of illness anxiety disorder in medical outpatients. *Archieves of Psychiatry and Psychotherapy, 4*, 32-41. doi: 10.12740/APP/76932

Perez, D. L., Barsky, A. J., Vago, D. R., Baslet, G. ve Silbersweig, D. A. (2015). A neural circuit framework for somatosensory amplification in somatoform disorders. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 27*, 40–50. doi: 10.1176/appi.neuropsych.13070170

Putnam, F. W., Guroff, J. J., Silberman, E. K., Barban, L. ve Post, R. M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *The Journal of Clinical Psychiatry, 47*(6), 285–293.

Raval, C. M., Upadhyaya, S. ve Panchal, B. N. (2015). Dissociative fugue: Recurrent episodes in a young adult. *Industrial Psychiatry Journal, 24*(1), 88–90. doi: 10.4103/0972-6748.160944

Ross, C. A. (1991). Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America, 14*(3), 503–517.

Ross, C. A. (1996). History, phenomenology, and epidemiology of dissociation. L. K. Michelson ve W. J. Ray (Eds.). *Theoratical, emprical, and clinical perspectives* içinde. New York: Plenum Press.

Ross, C. A., Norton, G. R. ve Wozney, K. (1989). Multiple personality disorder: An analysis of 236 cases. *Canadian Journal of Psychiatry, 34*, 413–418. doi: 10.1177/070674378903400509

Sar, V. (2011). Epidemiology of dissociative disorders: An overview. *Epidemiology Research International*. doi: 10.1155/2011/404538

Sar, V., Akyüz, G. ve Doğan, O. (2007). Prevelance of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research, 149*, 169–176. doi: 10.1016/j.psychres.2006.01.005

Sar, V., Dorahy, M. J. ve Krüger, C. (2017). Revisiting the etiological aspects of dissociative identity disorder. *Psychology Research and Behavior Management, 10*, 137–146.

Sar, V., Koyuncu, A., Öztürk, E., Yargıç, L. İ., Kundakçı, T., Yazıcı, A., Kuskonmaz, E. ve Aksüt, D. (2007). Dissociative disorders in the psychiatric emergency ward. *General Hospital Psychiatry, 29*(1), 45–50. doi: 10.1016 j.genhosppsych.2006.10.009

Sar, V., Yargıç, L. İ. ve Tutkun, H. (1996). Structured interview data on 35 cases of dissociative identity disorder in Turkey. *American Journal of Psychology, 153*(10), 1329–1333. doi: 10.1176/ajp.153.10.1329

Schacter, D. L. (1995). Memory wars. *Scientific American, 272*, 135–139.

Schreier, H. (2004). Munchausen by proxy. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 34*, 126–143. doi:10.1016/j.cppeds.2003.09.003

Schlozman, S. C. ve Nonacs, R. M. (2016). Dissociative disorder. T. A. Stern, M. Fava, T. E. Wilens ve J. F. Rosenbaum (Eds.), *Massachusetts General Hospital: Comprehensive clinical psychiatry* (2. baskı) içinde (s. 395–401). China: Elsevier.

Sharma, P., Guirguis, M., Nelson, J. ve McMahon, T. (2015). A case of dissociative amnesia with dissociative fugue and treatment with psychotherapy. *The Primary Care Companion for CNS Disorders, 17*(3). doi: 10.4088/PCC.14l01763

Simon, G. E. ve Gureje, O. (1999). Stability of somatization disorder and somatization symptoms among primary care patients. *Archieves of General Psychiatry, 56*(1), 90–95. doi: 10.1001/archpsyc.56.1.90

Smith, G. R., Monson, R. A. ve Ray, D. C. (1986). Patients with multiple unexplained symptoms: Their characteristics, functional health, and health care utilization. *Archieves of Internal Medicine, 146*(1), 67–72. doi: 10.1001/archinte.1986.00360130079012

Smith, C. G., Clarke, D. M., Handrinos, D., Dunsis, A. ve McKenzie, D. P. (2000). Consultation-liaison psychiatrists' management of somatoform disorders. *Psychosomatics, 41*, 481–489.

Somashekar, B., Jainer, A. ve Wuntakal, B. (2013). Psychopharmacotherapy of somatic symptoms disorders. *International Review of Psychiatry, 25*(1), 107–115. doi: 10.3109/09540261.2012.729758

Soukhanov, A. H. (Eds.). (1994). *The American heritage dictionary of the English Language* (3. baskı). New York: Houghton Mifflin Company.

Suraci, P. (2011). *Sybil in her own words: The untold story of Shirley Mason, her multiple personalities and paintings*. Amerika Birleşik Devletleri: Abondoned Ladder.

Tamay, Z., Akçay, A., Kılıç, G., Peykerli, G., Devecioğlu, E., Ones, O. ve Güler, N. (2007). Currosive poisoning mimicking cicatrical pemphigoid: Munchausen by Proxy. *Child: Care, Health, and Development, 33*(4), 496–499. doi: 10.1111/j.1365-2214.2007.00731.x

Thigpen, C. H. ve Cleckley, H. (1954). A case of multiple personality. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 49*(1), 135–151. doi: 10.1037/h00577995

Thigpen, C. H. ve Cleckley, H. (1957). *The Three Faces of Eve*. London: Secker ve Warburg.

Vishal, G., Brahmbhatt, M. ve Vankar, G. (2014). Somatic symptom disorder: Study of medically unexplained symptoms. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences, 2*(2B), 664–670.

Wade, K. A., Garry, M., Read, J. D. ve Lindsay, D. S. (2002). A picture is worth a thousand lies: Using false photographs to create false childhood memories. *Psychonomic Bulletin and Review, 9*, 597–603. doi: 10.3758/bf03196318

Weck, F., Gropalis, M., Hiller, W. ve Bleichhardt, G. (2015). Effectiveness of cognitive behavioral group therapy for patients with hypochondriasis. *Journal of Anxiety Disorders, 30*, 1–7. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.12.012

Whitbourne, S. K. (2017). *Abnormal psychology: Clinical perspectives on psychological disorders* (8. baskı). New York: McGraw-Hill Education.

Witthoft, M. ve Hiller, W. (2010). Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 257–283.

Xiao, Z., Yan, H., Wang, Z., Zou, Z., Xu, Y., Chen, J., . . . Keyes, B. (2006). Trauma and association. *American Journal of Psychiatry, 163*, 1388–1391. doi: 10.1176/ajp.2006.163.8.1388

Yates, G. P., Mulla, M. M., Hamilton, J. C. ve Feldman, M. D. (2018). Factitious disorders in medical and psychiatric practices. R. Rogers ve S. D. Bender (Eds.), *Clinical assessment of malingering and deception* (4. baskı) içinde (s. 212–235). New York: The Guilford Press.

Yorulmaz, E. ve Dirik, G. (2018). Sağlık kaygısı ile ilişkili faktörler: Sağlık kaygısında bağlanmanın rolü var mıdır? *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 20*(3), 443–459. doi: 10.16953/deusosbil.3478

9. Bölüm

ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

Muazzez Merve Avcıoğlu

Şizofreni; duygu, düşünce ve davranışlarda bozulma ile algı ve dikkat süreçlerinde hatalarla seyreden kronik bir beyin hastalığıdır. Şizofreni hastası olan kişiler, kişiler arası ilişkilerinde de hastalığın belirtilerinden kaynaklanan bozulmalar yaşayarak günlük hayattan çekilme ve kopma yaşarlar. Hastaların yaşamında birçok boyutta etki yaratan, sadece hastaları değil, hastaların yakınlarını ve arkadaşlarını da önemli ölçüde etkileyen şizofreni hastalığı, genellikle genç yaşlarda ortaya çıkan, insanın kişilerarası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak kendine özgü bir içe kapanma dünyasında yaşadığı, düşünce, duygu ve davranışlarında önemli bozuklukların görüldüğü; beyinin yapısında, fizyoloji ve biyokimyasında önemli değişikliklerin olduğu çok sistemli bir psikolojik rahatsızlıktır. Kişinin çevresinde olup bitenleri değerlendirme ve algılama biçimi, olaylara bakışı, diğer insanlarla ilişkileri hastalığın etkisi ile yeniden şekillenir.

Bu hastalığın başlangıcı ani ve şiddetli olabileceği gibi, aslında genellikle sinsi bir başlangıçla da olabilmektedir. Bu dönem özellikle kişinin ailesi ve yakın çevresi tarafından fark edilir. Kişi hayata karşı isteksizdir, fazla konuşmamaya, içine kapanmaya, önceleri zevk aldığı etkinliklerden uzaklaşmaya başlar. Arkadaşlarını ve ailesini ihmal edebilir. Korkular, şüpheler yaşamaya, garip davranışlar göstermeye, mantıksız düşüncelerle meşgul olmaya başlayabilir. Kıyafetlerine özensizlik, bedensel



Şekil 1. Şizofreni; duygu, düşünce ve davranışlarda bozulma ile algı ve dikkat süreçlerinde hatalarla seyreden kronik bir beyin hastalığıdır.

temizliğine ilgisizlik, uyumsuz giyinme gibi davranışları olabilir. Hastalık, bazen günler içerisinde olabileceği gibi haftalar, hatta yıllar içerisinde yavaş yavaş da gelişebilir. Şizofreni hastalığının belirtileri, gerçekte var olmayan bir şeyi duymak, görmek, hissetmek, tat veya koku olarak algılamak, gerçek olamayacak bir şeye güçlü biçimde inanmak, aşırı şüpheci düşünceler üretmek, ilgi kaybı, enerjinin azalması, günlük işlevleri yerine getirmede güçlük, arkadaşlara ve aileye ilginin azalması, dışlanmışlık hissi, tek başına kalma isteği, bulanık düşünce, sanki düzgün düşünemiyormuş gibi hissetme şeklinde kendini gösterebilir. Kimi zaman kişi, bir şeyler söylemeye başlar; ancak yarı yolda ne söylemekte olduğunu unutur, çağrışım yapamaz.

Şizofreni hastalığının en temel belirtisi, gerçeklikle temasın kaybedilmesi anlamına gelen **psikotik** yaşantılardır. Psikotik özellikli yaşantılar, anormaldir fakat söz konusu durumların anormalliğine ilişkin hastanın farkındalığı ve içgörüsü bulunmamaktadır. Varsanılar (halüsinasyon) ve sanrılar (hezeyan) şizofreni hastalığında saptanan en yaygın psikotik belirtilerdendir. Şizofreni hastalarının toplumda "tuhaf", "anlaşılmaz" ve "tehlikeli" olarak algılanması, diğer insanların olumsuz tutumlarına ve dışlamalarına maruz kalmaları ise şizofreni hastalığının belirti yüklerine ek olarak, toplumsal bir ızdıraba neden olmaktadır. Silvano Arieti'nin *şizofreninin, zatürre, kabakulak, hatta depresyon gibi kolayca tanımlanamayacağını* yazdığı günden bu güne dek 50 seneden fazla zaman geçmiş olmasına rağmen, günümüzde hemfikir olunan tek bir ortak bir tanım hâlâ bulunmamaktadır. Bununla birlikte, dünyanın her yerinde ruh sağlığı uzmanları görüş birliği ile *Ruhsal Hastalıkların Tanı ve Sınıflaması*'nın (DSM-5) beşinci sürümüne ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması'na (ICD-10) göre şizofreni tanısını koyabilmektedir. Şüphesiz, tanı ve sınıflama ölçütleri karmaşık klinik bulguların gruplandırılarak anlamlandırılması açısından kolaylık ve netlik sağlamaktır ancak detaylı klinik gözlem ve öyküye dayandırılmayan bir tanının geçerliliğinin her zaman zayıf olacağı da akılda tutulmalıdır. Bir şizofreni hastasını anlamak, her zaman şizofreni hastalığını anlamaktan daha önemlidir.

VAKA ÖRNEĞİ 1

24 yaşında, kadın hasta... Lise mezunu, ailesiyle birlikte yaşıyor, ilk belirtiler lise yıllarının başında ortaya çıkıyor. Özbakımını ihmal ediyor, odasından çıkmamaya başlıyor. Arkadaşlarının onun hakkında konuştuğunu ve "kuyusunu kazdıklarını" iddia ediyor. Lise son sınıfta evden hiç çıkmamaya başlıyor. Liseyi açık lise üzerinden tamamlayıp, mezun olabiliyor. Şizofreni tanısıyla bir ay hastane yatışı var. Televizyondan kendisine mesajlar geldiği yönünde inançları var, komşuların kendisini dinleyebildiğini, bilgisayarına yerleştirdikleri cihazla aklından geçenleri okuyabildiklerine inanıyor. Komşuları onu kaçırıp evlendirmek için planlar yapıyorlar, işe girmesini, çalışmasını, sokağa çıkmasını dairenin duvarlarına vurarak engelliyorlar. Ne zaman iş başvurusu yapmak için web sayfasını açsa duvara vurarak onu engelliyorlar. "Eğer işe girerse başka bir sevgili bulur ve planımız suya düşer." diye konuştuklarını duyduğunu ifade ediyor. Komşular duvara vurdukça veya kendisi hakkında konuşmaya başladıklarında (!) "Yeter artık!" diye bağırarak küfür etmeye başlıyor. Bir gün polisi arayarak şikayette bulunuyor, anne o sırada telefonu elinden aldığında annesini iterek fiziksel olarak yaralanmasına neden oluyor. Koşarak üst kata çıkarak komşunun kapısını çalıyor,

nobel

"Ben evlenmek istemediğim sürece beni evlendiremezsiniz, bıktım sizden." diye bağırıyor. Anne ve babası müdahale ederek kızlarını sakinleştiriyorlar. Bir süredir banyo yapmıyor, duşakabine yerleştirilen kamera ile banyo yapma görüntülerinin internete servis edildiğine inanıyor. Bu yolla kendisini beğenen erkeklerin komşu ile görüştüklerine inanıyor, perdeler ve ışıkların her zaman kapalı olmasına özen gösteriyor. Yeniden psikiyatrist ile görüşmeyi ve hastaneye yatmayı reddediyor. Psikiyatristlerin de kendisini evlendirmek isteyen komşularının işbirlikçisi olduklarına inanıyor...

ŞİZOFRENİNİN KLİNİK GÖRÜNÜMÜ VE BELİRTİLERİ

Şizofreninin pozitif, negatif ve bilişsel belirtilerle karakterize; algı, dikkat, hafıza ve duygulanım gibi zihinsel etkinliklerin neredeyse tamamının etkilendiği psikotik bir bozukluk olduğu daha önce belirtilmişti. Hastalığın belirti kümelerinin hastadan hastaya değişmesi şizofreninin tek bir hastalık değil, bir sendrom olarak değerlendirilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Bir sendrom olarak şizofreninin belirti alanları pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve dağınık belirtiler olmak üzere üç alanda ele alınmaktadır.

Pozitif Belirtiler

Terminolojide bir karışıklık yaratmamak adına, öncelikle şizofrenideki pozitif belirtilerin, "olumluluk" anlamı taşımadığı dikkate alınmalıdır; şizofrenideki pozitif belirtiler ruhsal ve bedensel işlevlerde artış ve bozulmaya işaret eden "taşkınlık" (Yıldız, 2018) belirtileri olarak anlaşılmalıdır. Beyin işlevselliğinde aşırılaşmaya yol açan pozitif belirtiler, başta düşünce içeriği olmak üzere, algı, düşünce yapısı, dil, davranışların örgütlenmesi ve hareketlerin denetimi gibi alanlarda işlev bozukluğuna yol açmaktadır. Şizofreni hastalığında, hastalığa dikkat çeken ve kişide bir psikolojik rahatsızlığı olduğu izlenimi uyandıran belirtiler "olmaması gerekenin olması, eklenmesi, aşırılaşması" anlamına gelen pozitif belirtilerdir. Nitelik olarak pozitif belirtiler hastada gerçeklik duygusunun zedelendiğine işaret eder (Andreasen, 2003). Varsanılar (halüsinasyon) ve sanrılar (hezeyan) temel pozitif belirtilerdir.

Varsanılar, kişinin son derece gerçek olarak algıladığı ancak dışarıdan bir uyaranın olmadığı durumlarda yaşanan duyusal deneyimlerdir. Şizofreni hastalığında en yaygın görülen varsanılar, işitsel olanlarıdır; örneğin, şizofreni hastası bir kişi kendi düşüncelerinin başka bir ses tarafından dile getirildiğini iddia edebilir. İşitilen sesler kimi zaman kaba ve tehditkâr, kimi zaman da hoş ve şefkatli olabilir. Özelikle, kişinin hareketlerine yönelik işittiğini iddia ettiği eleştirel ve emir veren sesler büyük ölçüde rahatsızlık verici ve korkutucu olarak deneyimlenmektedir. Varsanıları olan kişi, diğer insanlara gerçekçi gelmese bile sesleri gerçek olarak algılar. Yapılan bir çalışmada, işitme kaybı olan şizofreni hastalarının dahi işitsel varsanıları olduğu rapor edilmiştir (Aleman & Laroi, 2008). Bir diğer çalışma, şizofreni hastalarının %75'inde işitsel varsanılar olduğunu, daha seyrek olarak %39'unda görsel varsanılar olduğunu ve %1-7 aralığında da kokusal, dokunsal ve tatsal varsanılar olduğunu bildirmiştir (Bauer, 2011). Ülke-

mizde yapılan bir çalışmada ise şizofreni hastalarının %64,6'nda işitme varsanıları, %25'inde ise görsel varsanılar saptanmıştır (Tansel, Aker & Çakıcı, 1996). Görsel varsanıların içerikleri aile üyeleri, dini figürler ve hayvanların olduğu canlı ve renkli sahnelerden oluşmaktadır; bu sahnelere verilen tepkilerin kişiden kişiye değişebilir olduğu; korku, zevk veya ilgisizlik gibi duyguları tetiklediği; genellikle normal büyüklükteki nesne ve insanların görüldüğü, bununla birlikte devlerin de zaman zaman görsel varsanı olarak görülebildiği bildirilmiştir (Goldberg, Klerman & Cole, 1965; Mott, Small &Anderson, 1965). Varsanıların içeriklerinin bir biçimde kişinin duygusal, kültürel ve bilişsel yapısıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Şizofreni hastaları, varsanıları kimi zaman sanrıları üzerinden deneyimleyebilmektedir. Örneğin, kendisini sosyal yönden aşağıda ve değersiz gören bir şizofreni hastası, işittiği seslerin sahibini kendinden daha güçlü görerek emirleri yerine getirme eğiliminde olabilir. İşittiği sesler inandığı dünya adına yönlendirici olabilir, bu seslerin varlığı ve gerçekliği üzerinden kişi kendi inanç sistemini doğrulama eğiliminde olabilir. Bunun yanı sıra sanrı ve varsanı kimi zaman içiçe geçip, birbirlerine kanıt oluşturabilirler. Örneğin, emeğine zehir katıldığına inanan bir şizofreni hastası için zihninden gelen "Onu yeme, zehirli!" sesi yemeğin gerçekten zehirli olduğuna daha fazla inanmasına neden olabilir.

Sanrılar (hezeyan, delüzyon), temelde açık bir şekilde ortaya konan karşı kanıtlara rağmen sabit kalan hatalı ve gerçekçi olmayan inançlardır. Delüzyon kelimesinin kökleri Latince "oyun oynamak" anlamına gelen *ludere* kelimesine dayanır. Aslında zihin içinde bir akıl oyunu, zihnin bir aldatmacası, zihnin kişiye oyun oynaması şeklinde anlamlandırılabilir. Sanrıları olan kişiler, kendileriyle ortak kültür, sosyal çevre ve dini inancı taşıyan kimselerin inanmadığı şeylere inanırlar. Sanrı, düşünce içeriğinin bozulması demektir; bazen dağınık ve yalıtılmış olan inançlar olarak, bazen de tek bir hatalı inançtan ziyade kendi içinde karmaşık ve ayrıntılı bir inanç sistemine dönüşmüş biçimde ortaya çıkar.

Şizofreni hastalığında sıkça görülen varsanı ve sanrıların, sadece şizofreniye özgü olmayabileceği akılda tutulmalıdır (bk. tıbbi duruma bağlı psikotik bozukluk, madde kullanımına bağlı psikotik bozukluk). Bununla birlikte, şizofreni hastalığı ile karakterize sanrılar birçok hastada ortak olarak değerlendirilmiştir. Şizofreni tanısı almış kişilerden oluşan uluslararası bir örneklemde kötülük görme sanrıları %65 olarak saptanmış (Sartrorius, Shapiro & Janlonsky, 1974), başka bir çalışmada hastaların neredeyse %90'ında sanrıların deneyimlendiği rapor edilmiştir (McGilchrist & Cutting, 1995). Kötülük görme, grandiyozite, düşünce sokulması, düşünce yayılması şizofrenide sıkça görülen sanrılardır.

Şizofreni tanısı almış bir kişi, kendisinin takip edildiğine, polis, jandarma gibi kolluk güçlerinin veya gizli örgütlerin peşinde olduğuna, kendisini yakaladıklarında zarar göreceğine ve öldürüleceğine inanabilir. Bu tür **kötülük görme** sanrılarını kişi kimi zaman en yakın arkadaşları, aile üyeleri üzerinden de kurgulayabilir; etrafındakiler tarafından zehirleneceğine, işkence göreceğine veya o kişilerin kendine karşı komplolar kurarak kötülük yapacaklarından şüphelenebilir.

"Annemler de işin içinde! Dün akşam onu telefonda konuşurken yakaladım, beni görünce hemen kapattı telefonu. Beni elleverecekler, biricik kızlarını kendi elleriyle teslim edip, yok oluşumu izleyecekler. Ölü ya da diri beni onlara verecekler."

Kişinin kendisinde özel güçler olduğuna; Tanrı ve Tanrı'nın mesajcısı, peygamber, devlet başkanı veya ünlü bir kişi olduğuna dair düşünceleri olabilir. Örneğin, el hareketiyle rüzgarın

yönünü değiştirebileceğine inanabilir veya dünyadaki kötülükleri müridleri aracılığıyla sonlandıracağını ifade edebilir. Bu içerikteki sanrılar **grandiyözite** (büyüklenmecilik sanrıları) olarak bilinmektedir.

"İngiliz kraliyet ailesinin bir üyesi olduğunu, diğer isminin prenses olduğunu, kültür seviyesinin boyu kadar yüksek olduğunu söyleyen şizofreni hastası, ülkemizde tarihi olaylar olduğunu, kiliselere bilgi verildiğini, kutsamaların kendi ailesi üzerinde döndüğünü, kutsal rüyaların başladığını, tüm sosyal ilişkilerinin kesildiğini, Ankara'dan şirketlerine iş verildiğini, Çin sabunu üreteceklerini söylüyor ve gittiği doktor tarafından verilen Seroquel (etken maddesi ketiapin olan bir antipsikotik ilaç) adlı ilacın üzerine queen (İng. Çev: kraliçe) yazıyordu." (Yıldız, 2018, s. 37)

Kişi bir ortama girdiğinde, ortamdaki insanların kendisi hakkında konuştuklarını düşünebilir; sokakta yürürken dikkat çekmeyen ve tam olarak işitilemeyen seslerin kendisi hakkında yorumlar yaptığına inanabilir; televizyondaki bir programda kendisinden bahsedildiğini iddia edebilir. Kişinin etrafında gelişen önemsiz olayları kurgusal bir çerçeveye oturtarak kendisi için özel ve kişisel bir anlam yüklediği sanrılar, **referans** (alınma) sanrıları olarak anılır.

"Işığı açıp kapatıp duruyorlar. Ne anlatmak istediklerini tam bilmiyorum ama ben ne zaman balkona çıksam karşı apartmandakiler bunu yapıyorlar. Beni kontrol etmek için, evet. Bana. "Balkona çıkma, temiz hava alma." diyorlar. Aynı kişiler olabilir, otobüstey-dik annemle, "Şu namussuz kıza bak" dediler, güldüler."

Kişi, başkaları tarafından düşüncelerinin okunabildiğine inanabilir. Bu yolla düşünce ve davranışlarının kontrol edildiğini düşünebilir. Aynı zamanda, düşüncelerinin başkalarına iletildiğine veya yayınlandığına inanabilir. **Düşünce yayma** olarak adlandırılan bu sanrıya sahip bir şizofreni hastası, beynine çip yerleştirildiğini düşündüğü için kendine zarar verebilir; sürekli kameralarla izlendiğini düşünebilir ve tüm dünyanın internet üzerinden düşüncelerini öğrenebildiğine inanabilir.

"Her yerdeler... Telefonun çektiği heryerdeler, ne kadar uğraşırsan uğraş, ne kadar kaçabileceksin, her şeyi biliyoruz, bütün aklından geçenleri. Hatta uykudayken bile, rüyalarını biliyoruz."

Düşünce sokulması sanrısı olan bir kişi kendisine ait olmayan düşüncelerin, dışarıdan bir güç tarafından zihnine sokulduğuna inanabilir.

"Pencereden dışarı bakıyorum ve bahçenin güzel göründüğünü ve çimlerin serin göründüğünü düşünüyorum, ama Eamon Andrews'un düşünceleri aklıma geldi. Orada başka düşünceler yok, sadece onun. Aklımı bir ekran gibi eline alıyor ve bir resmi flaşladığın gibi üzerine düşüncelerini yakıyor." (Mellor, 1970, s. 17)

Daha önce belirtildiği gibi sanrı ve varsanıların görünümleri ve içerikleri her zaman sade, birbirinden ayrık ve yalıtılmış olarak saptanamayabilir. Zaman zaman sanrılar değişebilir, sanrılara görsel ve işitsel varsanılar eklenebilir. Bazen sanrılar bağlam ve kültüre uygun biçimde

gelişebilir veya dağınık, inatçı söylemler ve inanışlar biçiminde kendini gösterir. Kavramları bir nebze daha netleştirmek için, varsanıların illüzyondan (yanılsama); sanrıların da yüklü inançlardan ayrıştırılması gerekliliği unutulmamalıdır. Örneğin, gece yarısı oda karanlıkken uyuduğunuz odanın kapı arkasında asılı bornoz size bir anlığına da olsa insan silüeti olarak görünebilir ve bu yanılsama sizi dehşete düşürebilir. Ancak, bu bir şizofreni hastasının kronik biçimde deneyimlediği görsel varsanılar kadar dehşet verici olmayıp, göz bağı veya yanılsama olarak nitelendirilir. Eşinin kendisini aldattığını düşünen bir erkek, eşinin telefonlarını kontrol edip ona kötü davranmaya başlayabilir. Ancak bu düşüncenin esneyebilirliği ve değişebilirliği söz konusudur, bir takım akıl yürütme ve işbirlikleri neticesinde aldatıldığına inanan eş inancının gerçek olamayacağı düşüncesiyle bu inancından vazgeçebilir. Yıldız (2018), bu durumu şöyle ifade etmiştir: "*Sanılan ama değişime açık olan düşünceler başka insanların kabul edemeyeceği biçimde katılaşıp değişmez hâle geldiğinde sanrı niteliğini kazanır.*" (Yıldız, 2018).

Negatif Belirtiler

Şizofreni hastalığının negatif belirtileri duygusal, davranışsal ve bilişsel eksilmeler ile ilişkilidir. Olmaması gerekenin fazlaca olmasına karşılık gelen pozitif belirtiler gibi; negatif belirtiler de beynin işlevselliğinde azalma ile ortaya çıkan "olması gerekenin olmayışını, eksikliği ve yoksunluğu" temsil etmektedir (Yıldız, 2018). Düşünce ve dil akıcılığındaki bozulmalar, duyguların ifadesinin eksilmesi, dikkatin odaklanması, haz ve zevk alımının azalması başlıca negatif belirtilerdir. Negatif belirtilerin (pozitif belirtilere kıyasla daha silik olmakla birlikte), pozitif belirtilerin ortadan kalktığı durumlarda bile devam etmesi hastalığın seyrinde önemlidir. Negatif belirtiler, hastanın iyi hissetmesinin önündeki engel olarak nitelendirilebilir. İnatçı ve kalıcı olabilirler; arkadaşlarla ve aile ile ilişkilerin bozulması, akademik veya mesleki bozulmalar gibi kişinin yaşamındaki pek çok alanda işlevselliğinin düşmesine yol açar. Negatif belirtiler, kişinin "tembel" veya "işeyaramaz" olarak algılanmasına yol açabilecek, kişinin hayatında çok derin etkilere sahip özellikte belirti kümeleridir. İsteklilik, duygusal deneyim ve sosyalliği içeren *deneyim* ve duygunun dile getirilmesini içeren *ifade* alanları negatif belirtilerin iki başlığı olarak ele alınabilir. Detaylı bir deyişle, isteksizlik (avolisyon) ve kayıtsızlık (apati); asosyallik, haz yitimi (anhedoni), künt duygulanım ve konuşma yoksullaşması (aloji) şeklide beş farklı negatif belirti listelenebilir.



Şekil 2. Anhedoni (zevk alamama), şizofreni hastasının herhangi bir zevki yaşamakta yetersiz hâle gelmesi anlamına gelir. Şizofreni hastaları tamamlayıcı hazzı yaşayabilmekte fakat beklentisel hazza ilişkin deneyim yaşayamamaktadırlar.

Şizofreni hastasının sosyal ilişkilerinde **asosyallik** olarak anılan azalma ve bozulmalar gerçekleşir. Diğer insanlara karşı ilgilerini kaybedip, bunun yerine kendi dünyalarında tek başlarına zaman geçirmeyi yeğlerler. Az sayıda arkadaşları olur veya hiç olmaz; ilişki başlatmak, ilişkiye katılmak ve ilişkiyi sürdürmek gibi sosyal etkileşimlere uzak mesafede kalmayı tercih ederler.

Anhedoni (zevk alamama), şizofreni hastasının herhangi bir zevki yaşamakta yetersiz hâle gelmesi anlamına gelir. Tanımlanan iki haz deneyiminden ilki tamamlayıcı haz olarak anılır; keyifli bir şeyden tat almak anlamına gelir. Örneğin, acıktığınızda yediğiniz lezzetli bir yemek size tamamlayıcı haz deneyimini yaşatır. Öte yandan, beklentisel haz olarak anılan, geleceğe ilişkin bir durumdan beklenen haz deneyimi vardır, örneğin tatile çıkmadan önce tatili düşündüğünüzdeki deneyim gibi. Yapılan bir araştırma, şizofreni hastalarının tamamlayıcı hazzı yaşayabildiklerine fakat beklentisel hazza ilişkin deneyim yaşayamadıklarına işaret etmektedir (Gard, 2007).

Kişinin; okul, iş, sosyal etkinlikler gibi ilgi alanlarında istekliliğini kaybetmesi **avolisyon** (isteksizlik) olarak anılır. Şizofreni tanısı almış bir kişi, isteksizliği nedeniyle okulu bırakabilir, işten ayrılabilir, ailesiyle ve arkadaşlarıyla görüşmeyi sonlandırabilir. Zamanının çoğunu hiçbir şey yapmadan evde otururak geçirebilir.

Küntduygulanım, şizofreni hastalığında duyguların gösterilmesi ve ifade edilmesinin eksikliği anlamına gelir. Konuşma sırasında boş bakışlarla bakabilir, göz teması kurmayabilir, uzun süre sessiz kalabilir veya konuşma sırasında düz ve ifadesiz bir ses tonu ile yanıt verebilir. Şizofreni hastası olmayan bir kişi mutlu bir olay anlatıldığında gülümseyebilir veya kahkaha atabilir; ancak şizofreni hastası bir kişi aynı mutlu olay anlatıldığında donuk bir yüz ifadesiyle sessiz kalıp tepki vermeyebilir.

Şizofreni hastası bir bireyin konuşma miktarındaki azalma **aloji** (konuşmanın yoksullaşması) olarak anılır. Konuşma miktarındaki azalmaya ek olarak, konuşmanın içeriği somut, kısa ve detaysız bir hâl alabilir. Kimi zaman da konuşmaları uzun ve yeterli miktarda görünse bile içerik olarak anlamını yitirebilir; bu kez de bilgi içeriği eksik kalabilir. Bir başka deyişle, aloji düşünce üretiminin de azalması olarak anlamlandırılabilir, düşünce üretilmedikçe kendiliğinden konuşma miktarı da azalır (Yıldız, 2018).

Dağınık Belirtiler

Şizofrenideki dağınık belirtiler, kouşmanın ve davranışın dağılmasına işaret eden belirti kümeleridir. **Dağınık konuşma** ve **dağınık davranış** olarak sınıflandırılır. Şizofreni hastalarında konuşma sırasında çağrışımların gevşemesi kişinin düzensiz ve tutarsız konuşmasına, ilgisiz yanıtlar vermesine ve mantıksız şeyler söylemesine yol açabilir. Laf salatası olarak da anılan bu durumlarda, birbiriyle bağlantılı olmayan konular arasında hızlı geçişler yapabilir, tekrarlamalar ve anlamı olmayan kelimeler konuşma içeriğinde baskın olabilir. Hatta kimi zaman konuşulanın ne olduğunu anlamak bile imkansızlaşabilir. Öte yandan, şizofreni hastalarının hedefe yönelik davranışları da hastalıkla birlikte olumsuz yönde etkilenmektedir. Örneğin, yemek pişirme gibi belirli bir göreve başlamakta ve işi tamamlamakta zorluk çekmeleri olasıdır. Dağınık davranışlar genel günlük hayatın işleyişinde azalma, kestirilemeyen veya uygunsuz davranışsal tepkiler, dürtü kontrol eksikliği, amaçtan yoksun ve tuhaf görünen hareketler, banyo, giyim veya diş fırçalama gibi rutin davranışların ciddi biçimde bozulması anlamına gelir.

İçgörü kavramı

Genel olarak pozitif, negatif ve dağınık belirtiler kategorilerinde anılan belirtilere ek olarak şizofreni hastalığını daha iyi anlamak için **içgörü** kavramının da detaylı değerlendirilmesinde fayda vardır. Şizofreni hastalarının, her ne kadar kendi zihinsel yapılarında ve davranışlarında bir olağan dışılık sezseler bile, hasta olduklarının bilincinde olmaları ve deneyimledikleri belirtileri hastalığa atfetmeleri her zaman mümkün olmayabilir. Hasta olduklarını, yaşadıklarının hastalıktan kaynaklandığını ve tedavi gerekliliğini reddedebilirler. Bu durum bir nevi kendini ölçen bir cetvelin bozulmasına benzer; zihin kendinde olanı ölçüp değerlendiremeyebilir (Yıldız, 2018). Şizofrenide kısmi içgörüsüzlük oranı yaklaşık %50 olarak saptanmıştır (Lincoln, Lullmann & Rief, 2007), bir diğer deyişle hastaların yarısı hastalığının farkında değildir. Yapılan araştırmalar, şizofrenideki içgörüyü; eğitim seviyesi (Wiffen, Rabinowitz, Lex & David, 2010), depresyon belirtileri ve dağınık belirtiler (Saravanan, Jacob, Johnson, Prince, Bhugra & David, 2010) ile ilişkili bulmuşlardır. İçgörü ile ilişkili olabilecek etkenlerin değerlendirildiği, ülkemizde yapılan bir çalışmada, şizofreni hastalarında içgörünün pozitif ve genel semptomlarla ilişkili olduğu ancak, negatif semptomlar ve nörobilişsel bozulma ile ilişkili olmadığı saptanmıştır (Zorlu, Bilgiç, Şahin & Zorlu, 2017). Son tahlilde, şizofrenideki içgörü yokluğunun hastalığın tanılanmasında, seyrinde ve tedavisinde ayırt edici bir özellik olduğu vurgulanmaktadır. Psikoz ve içgörünün incelendiği bir başka çalışmada (David, 1990), içgörü kavramının olup olmadığından ziyade kavramın boyutlarının değerlendirilmesi gerekliliğinin altı çizilmiştir. Buna göre, saptanan üç boyut şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda klinisyene hastasının içgörüsü ile ilgili fikir verecektir. Bu üç boyut, hastalığın farkında oluş, psikotik deneyimlerini anormal olarak değerlendirebilme yetisi ve uygulanan tedaviye uyum düzeyi olarak sıralanabilir. David'e (1990) göre içgörü, psikotik durumları ele alan yaklaşımların temelidir ve hastalığın tedavisinde çalışılacak en önemli noktalardan birisidir.

> Hasta olduğuna inanan (içgörüsü olan) bir hasta, Doktoru da hasta olduğunu düşünüyor. *"Benim hasta olduğumu söyledin, ben de öyle düşünüyorum hastayım. O hâlde benim hasta olduğuma dair inancım bir sanrı değil, gerçek. Eğer hasta olduğum gerçekse ve inandığım şey sanrı değilse o zaman hasta değilim. Eğer sanrım olması beni hasta yapıyorsa ve aslında sanrım yoksa o zaman da hasta değilim. O zaman hasta olduğuma inanmam hasta olmadığımı gösterir. Yine haklıyım. Sizce de psikiyatri fevkalade bir bilim değil mi?* (Frigyes Karinthy, 1946; aktaran: Szasz 1974- s. 166-167)

DSM-5 VE ŞİZOFRENİ

Şizofreni hastalığı, daha önce de belirtildiği üzere son derece karmaşık bilişsel, duygusal ve davranışsal belirtiler ile karakterize bir beyin hastalığıdır. Ne yazık ki, şizofreni hastalığını tanılamak için mevcut bir fiziksel değerlendirme veya laboratuvar testi bulunmamaktadır. Hastalığın tanınması ve tanılanması ayrıntılı bir klinik görüşme ve sosyal ya da mesleki işlevselliği olumsuz yönde etkileyen belirtiler grubunun saptanması yoluyla gerçekleşebilir. Amerikan Psikiyatri Bir-

liği şizofreni hastalığının teşhis edilmesinde aşağıda özetlenen belirtilerin referans alınmasını önermektedir (APA, 2013):

- Öncelikle kişi en az bir aydır (veya daha uzun süredir) devam eden sanrı, varsanı, dağınık konuşma, büyük ölçüde dağınık davranışlar ile negatif belirtilerden herhangi birinin içinde bulunduğu belirti kümesinden en az ikisini veya daha fazlasını deneyimliyor olmalı.
- Aynı zamanda bu deneyimler kişinin iş, kişilerarası ilişkiler veya kişisel bakım alanlarında işlev kaybına yol açıyor olmalı,
- Süregiden bozukluklar, ilk maddedeki en az bir aylık belirtileri de kapsayacak şekilde altı aylık süre zarfında devam ediyor olmalı.

Tablo 1. DSM-5 Şizofreni Tanı Kriterleri

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.
   1. Sanrılar
   2. Varsanılar
   3. Darmadağın konuşma (ör., sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma)
   4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı.
   5. Negatif belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama).

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde; iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca negatif belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşikaltı biçimleriyle (ör.; yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağan dışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

D. Şizoaffektif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon ya da bipolar bozukluk dışlanır, çünkü ya (1) açık evre belirtileriyle eş zamanlı olarak majör depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da (2) açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (ör.; kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

Şizofreni Alt Tipleri

DSM-IV-TR'de, şizofreninin klinik görünümünün heterojen olması ve belirtilerin her hastada klinik olarak farklı izlenmesini dikkate alarak şizofreni hastalığının alt tipleriyle birlikte ele

alınması önerilmişti. Bu alt tiplerden ilki, klinik görünümde tuhaf, mantıksız ve ayrıntılı sanrıların baskın olduğu **paranoid tip şizofreni**; ikincisi dağınık konuşma ve dağınık devinimin eşlik ettiği, aynı zamanda künt ve uygunsuz duygulanımın olduğu **dağınık tip şizofreni** ve son olarak ağır anormal psikomotor devinim ile karakterize olan **katatonik tip şizofreni** tanımlanmıştı. DSM-5'te ise alt tipler yaklaşımı; etiyolojiye, hastalığın gidişine ve tedavi planına yarar sağlayan kanıta dayalı bulgular yaratamadığı için tanı kriterlerinden çıkartılmıştır.

Şizofreni Açılımındaki Diğer Psikotik Bozukluklar

DSM-5, ayrıca şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozuklukları da tanımlamıştır. Sanrı ya da varsanıların duygudurum belirtileri ile birlikte bulunduğu; ancak duygudurum belirtilerinin yokluğunda en az iki hafta yalnız sanrı ya da varsanıların bulunması durumunda ve ek olarak duygudurum dönemi belirtilerinin de hastalık süresinin büyük bir çoğunluğu boyunca bulunduğu durum için **şizoaffektif bozukluk** tanısı konur. Belirtileri şizofreniye benzemekle birlikte **şizofrenimsi bozukluk** tanısı belirtiler (en az bir varsanı, sanrı veya dağınık konuşma) bir ay veya tedavi edildiğinde daha da kısa sürdüğünde konur. Hastanın en az bir ay süreyle sanrılarının bulunduğu fakat başka bir psikotik belirtinin olmadığı ve duygudurum belirtilerinin de görece kısa olduğu durumda önerilen tanı **sanrılı bozukluk**tur. Son olarak, şizofreni açılımında ve psikozla giden diğer bozukluklar arasında kişinin tek bir ay içinde belirtilerin başladığı ve ilerlediği; sonrasında ise varsanı, sanrı ve dağınık konuşmanın tamamen iyileşerek psikotik deneyimlerinin sonlandığı durumda önerilen tanı **kısa psikotik bozukluk** olarak yer almaktadır.

Psikolojik rahatsızlıkların tanınması ve tanılanmasına yönelik geliştirilen DSM-5'ten yukarıda özetlenerek ele alınan tanıları anlamanın büyük ölçüde odaklanma ve üzerinde çalışmayı gerektirtirdiği açıkça ortadadır. Hastadaki belirtileri fark edip değerlendirebilmek ile belirtileri bilmenin de aynı şey olmadığı unutulmamalıdır. Tanı kriterlerinin gerçek bir hastaya nasıl uygulandığını bilmek ise bilgi ve gözlemin buluştuğu kritik olan klinik noktadır. Sonuç olarak tanıyı koymaya yardımcı olan kriterler iken, tanıyı koyanın klinisyen olduğu her zaman akılda tutulmalıdır.

ŞİZOFRENİNİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Son yıllarda risk ve koruyucu etmenlerin belirlenmesi açısından son derece önemli olan epidemiyoloji, psikolojik rahatsızlıklara ait çalışmaların yükseldiği en önemli temel bilimlerden biri olmuştur. Şizofreni görülme sıklığı yıllar içinde değişmekte midir? Epidemiyolojik bulgular ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye değişmekte midir? Tanı pratiğindeki değişimler epidemiyolojik göstergeleri etkiliyor olabilir mi? Şizofreni hastalığı için kimler yüksek risk grubundadır? Şizofreni önlenebilir mi? Bu sorular epidemiyoloji biliminde önemini hâlâ koruyan sorulardır. Güncel çalışmalar, önceki çalışmalarda epidemiyolojik göstergelerde gen-çevre etkileşimine odaklanılmadığından yanıltıcı bilgiler ortaya konmuş olabileceğini düşündürmektedir. Özellikle şizofreni hastalığına yönelik sıklık ve yaygınlık çalışmalarının geçmiş yıllarda işaret et-

ilgi cinsiyetler ve kültürler arası benzerlik sonuçları sorgulanmaya başlanmıştır. Şizofreninin her yüz kişiden birinde ortaya çıktığına; dünyanın her yerinde benzer oranlarda görüldüğüne ve kadınlar ile erkeklerin şizofreni riski açısından eşit risk grupları olduğuna ilişkin klasik bilgilerin son yıllarda yeniden gözden geçirilmeye başlanması dikkat çekicidir. Bu bölümde son yıllarda yapılmış olan çalışmalar derlenecek olup, ülkemizde yürütülmüş sınırlı sayıdaki şizofreni epidemiyolojisi çalışmalarından elde edilen güncel bulgulara yer verilecektir.

Bir kişinin yaşamı boyunca şizofreni hastalığına yakalanma riski yaklaşık olarak %1 olarak saptanmıştır (Saha, 2005). Bunun anlamı her yüz kişiden birinin bu hastalığı deneyimleme olasılığının olduğudur; fakat bu istatistiksel bilgi aslında yaşam boyu riskin sadece ortalama olarak hesaplanmasından ibarettir. Türkiye'de 2011 yılında yayımlanan sistematik bir gözden geçirmede şizofreni hastalığının yaşam boyu yaygınlığı 1000 kişide 8.4 olarak rapor edilmiş olup bu değer farklı ülkelerde yapılmış sistematik gözden geçirmelerin sonuçlarından (1000 kişide 4) daha yüksek olarak bulunmuştur (Binbay, Ulaş, Elbi & Alptekin, 2011). Bu değer aynı zamanda, Türkiye'ye benzer koşulları olan ülkelerin yaygınlık oranları ile karşılaştırıldığında da daha yüksek olma eğilimindedir. Örneğin, Etiyopya'da yarı kırsal bir bölgede 1000 kişide 4.7 (Kebede ve ark., 2003), İspanya genelinde 1000 kişide 3 (Ayuso Meteos, 2006) ve Pekin'de 1000 kişide 4.9 (Xiang ve ark., 2008) olarak yaygınlık saptamaları yapılmıştır. Türkiye'de daha önceki yıllarda saptanan yaygınlık (Kücy ve ark., 1987), güncel durumun neredeyse yarısıdır. Bu çalışmaların bulgularındaki farklılıkların araştırma deseninden, kullanılan tarama aracından ve tanı kriterlerinden kaynaklanıyor olması da muhtemeldir.

Şizofreni hastalığının yaygınlığı kentten kırsal kesime doğru da farklılaşma eğilimindedir. Türkiye'de yapılan araştırmalar dünyadaki duruma paralel olarak yaygınlığın kırsal kesimde daha yüksek olduğuna işaret etmektedir (Krabbendam & Van Os, 2005; Köroğlu ve ark., 1999; Saha ve ark., 2005).

Şizofreninin sıklığının erkek ve kadınlar arasında farklı olduğunu, erkek/kadın oranının 1.4 olduğunu bildiren ve kadın erkek arasındaki farkın son 30-40 yılda belirginleşmeye başlamış olabileceğinin vurgulandığı iki ayrı sistematik gözden geçirme bulunmaktadır (Aleman, Kahn & Selten, 2003; McGrath, Saha, Welham, El Sadi, MacCauley & Chant, 2004). Ülkemizde yapılan bir gözden geçirme de bu bulguyla paralellik göstermektedir (Binbay, Ulaş, Elbi & Alptekin, 2011). Şizofreni sıklığı erkeklerde 25-35 yaş arasında, kadınlarda ise bundan yaklaşık beş yıl sonra zirve yapmaktadır (Abel, 2010). Şizofreni hastalığının erkeklerde erken başlamasına ek olarak, hastalığın şiddeti açısından da cinsiyet farklılıkları bulunmaktadır. Buna göre erkek hastaların kadın hastalara göre hastalığın belirtilerini daha şiddetli yaşadığı rapor edilmiştir (Leung & Chue, 2000). Şizofreni hastaları arasında evli olanların evli olmayanlara oranı 2.6 ile 7.6 arasında bildirilmiştir (Eaton, Day & Kramer, 1988). Hiç evlenmemiş olma durumu, şizofreni hastaları arasında oldukça yaygındır. Yapılan bir çalışmada, özellikle erkek şizofreni hastaları arasında bekâr ve boşanmış olmanın en sık izlenen medeni durum olduğu saptanmıştır (Köroğlu, 2015).

Son olarak, epidemiyolojik çalışmalar içinde hayli çarpıcı olan bir diğer bulgu, dünya genelinde her yıl yaklaşık olarak iki milyon yeni vakanın ortaya çıkmasıdır (Kaplan & Sadock, 2016). Epidemiyoloji çalışmaları psikolojik rahatsızlıklar, özellikle de şizofreni alanında önemini korumakta, ihtiyaç ve olanaklılıklar devam etmektedir.

ŞİZOFRENİNİN ETİYOLOJİSİ

"Şizofreninin nedeni nedir?" sorusu yıllar boyu sürdürülen yüzlerce çalışmanın sonunda hâlâ tam olarak yanıtlanamamıştır. Her şeyden önce şizofreninin karmaşık genetik, biyolojik ve çevresel nedenleri birbirinden ayrı olarak incelendiğinde anlamlı sonuçlar vermemektedir. Böylesi kompleks bir hastalığın nedensel açıklamaları da oldukça karmaşıktır. Şizofreninin ortaya çıkışındaki olası tüm etkilerin ortak etkileşimlerini inceleyen yöntemler son zamanlarda ağırlık kazanmış ve gen-çevre etkileşimi başlığı altında toplanmıştır. Şizofreni tıpkı kanser hastalığı gibi çok etkenli (multiple-hit) bir hastalık olarak bilinmektedir. Bundan önce, şizofreni etiyolojisinde etkili olduğu düşünülen faktörleri kısaca incelemekte fayda vardır.

Genetik Etkenler

Şizofreninin etiyolojisindeki genetik etkilere ilişkin bilgilerimiz; aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarından gelmektedir. Bu çalışmalarda akrabalık derecesine göre kendi içinde ve kontrol grubuyla karşılaştırılarak hastalığın ailesel kümelenme derecesi belirlenmeye çalışılmıştır. Normal nüfusta %1 şizofreni yaygınlığına karşılık, birinci derece akrabalarında şizofreni hastalığına rastlanan kişilerde şizofreniye yakalanma riskinin yaklaşık on kata kadar arttığı bilinmektedir (Güleç & Köroğlu, 2007). Şizofreni hastalarının birinci derece akrabalarında şizofreni ortaya çıkma riski ortalama %8-10 olarak bulunmuştur ve bu oran diğer gruplardan anlamlı miktarda yüksektir (Keshevan, Diwadkar, Montrose, Rajarethinam & Sweeney, 2005). Ebeveynlerden birinde şizofreni hastalığı olduğunda, kişinin riski %7 iken; her iki ebeveynde de hastalık olduğu durumda bu oran %27,3'e yükselmektedir (Gottesman, 2010). Her iki ebeveynin de hasta olduğu durumda bundan 20 yıl öncesinde yapılan bir çalışma %50 riskten söz etmektedir (McGuffin & Owen, 1995). Aile çalışmaları ile risk belirlenebilse de, riski ve yatkınlığı oluşturan asıl etkenin ne olduğu henüz belirlenememiştir. Yatkınlığa genetik etmenlerin mi çevresel etkenlerin mi neden olduğunun anlaşılabilmesi için, aile çalışmalarına ek olarak ikiz ve evlat edinme çalışmaları yürütülmüştür. Ortak bir çevrede yaşayan tek yumurta ikizleri ve çift yumurta ikizlerindeki hastalık yaygınlığının karşılaştırıldığı ikiz çalışmalarında tek yumurta ikizlerinin her ikisinde şizofreni görülme sıklığı çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek olarak bulunmuştur (Cardno & Gottesman, 2000; Sullivan, Kendler & Neale, 2003).

Şizofreni hastalarının çocuklarının evlatlık verildiği ve verilmediği ailelerin karşılaştırıldığı evlat edinme çalışmalarında ise çocuğun şizofreni riskinin biyolojik ebeveynlerdekine yakın olduğu görülmüştür. Hem ikiz çalışmaları, hem de evlat edinme çalışmaları, şizofreni etiyolojisinde genetik etmenlerin çevresel etmenlerden daha etkili olduğunu öne sürmektedir (Craddock, O'Donovan & Owen, 2009).

O hâlde şizofreniye neden olan genler hangi genlerdir? Moleküler genetik araştırmaları, bu soruyu yanıtlamak üzere "İnsan Genom Projesi"nin oluşturulduğu önemli çalışmalardır (International HapMap Consortium, 2003). İlk kez 1996 yılında John ve Lewis tarafından tanımlanan "endofenotip" kavramı kalıtımla geçen, hastalar ve etkilenmemiş akrabalarını kontrollerden ayırt edebilen genlerle ilişkili olarak kullanılmıştır. Bir başka deyişle, hastalığın endofenotipi aracılığıyla genetik tahlil yapılabilmektedir. Şizofreni hastalarında ve akrabalarında daha sık görülen, ama hastalığa özgül olmayan klinik ve fizyolojik özellikler şizofreni endofenotipleri

olarak kabul edilir (Gottesman & Gould, 2003). Şizofreni endofenotipini ve sorumlu genlerin belirlenmesi için yapılan moleküler genetik çalışmaları; bağlantı (linkage) çalışmaları, ilişkilendirme (association) çalışmaları ve aday genlerin belirlenmesi biçiminde üç alanda toplanabilir.

Bağlantı analiz çalışmaları: Birçok üyesi şizofreni tanısı almış ailelerde, bağlantı yöntemiyle bu hastalıkla beraberlik gösteren genetik gösterge (marker) aranması yöntemidir. İlk genetik araştırmalarda genetik gösterge kullanılarak hastalığa yatkınlık oluşturduğu düşünülen gen ile belirtecin yakınlığı değerlendirilmiştir. İlk bağlantı analizlerinde ABO, Rh antijenleri, insan lökosit antijenleri (HLA) kullanılırken; "Restriksiyon Parça Uzunluk Polimorfizmleri" ve "Polimeraz Zincir Reaksiyonu (PCR)" gibi moleküler genetikteki gelişmelerin ardından DNA belirteçleri de kullanılmaya başlanmıştır (Craddock & Owen, 2010). Bağlantı analiz çalışmalarındaki güçlüklere rağmen değişik kromozal bölgelere ait birden fazla veri kümesinde orta derecede anlamlı bağlantı sonuçları yayımlanmıştır (Karoutzou ve ark., 2008; Maier, 2008; O'Donovan, 2008; Pogue- Geile & Yokley, 2010). Buna göre 1, 2, 6, 8, 13 ve 22. kromozomlar şizofreni ile ilişkilendirilen duyarlı gen bölgeleri olarak saptanabilmiştir.

İlişkilendirme çalışmaları: İlgili gen bölgelerinin seçilerek tarandığı çalışmalar olup sıklıkla bağlantı analizleriyle beraber kullanılır. Bu yöntemde hasta grubuyla kontrol grubu karşılaştırılarak ilişkili genin hasta grubunda daha sık olup olmadığı değerlendirilir. İlişkilendirme çalışmalarında gen bölgesi seçildiğinden, şüphelenilen birçok polimorfizm çalışıldığından ve çok daha küçük bir örneklemle yapılabildiğinden bağlantı analizlerine göre önemli avantajlara sahiptir (Clayton, McKeigue., 2001; Giusti-Rodriguez & Sullivan, 2013). Bağlantı analizlerinin aksine hastaların akrabalarına ulaşma gerekliliğinin olmaması gen ilişkilendirme araştırmalarını kolay yapılabilir bir yöntem yaparken, geçerliliği yüksek fenotiplerin çalışılması bu çalışmaların en güçlü yanı olarak kabul edilir (Van Os, Rutten, 2009).

Aday genlerin belirlenmesi: Yapılan bağlantı analiz çalışmaları ile ilişkilendirme çalışmalarında öne çıkan genlere aday genler denilmektedir. Örneğin, 22. kromozomda bulunan ve dopamin metabolizmasında etkin olan Katekol-O-Metil Transferaz (COMT) geni çokça tartışılmaktadır. Bunun yanı sıra, disbindin proteinini kodlayan, dopamin ve glutamat sistemlerini etkileyen Distrobrevin Bağlayıcı Protein1 (DTNBP1) ve miyelinleşme sürecine yardımcı olan nörogulin (NGR1) geni de şizofreni ile ilişkilendiren genlerdendir. Sonuç olarak, şizofreni ile ilgili genetik yaklaşımlar hastalığın etiyolojisini anlamamızda yardımcı olsa da şu ana kadar sınırlı sayıda çalışma üretilmiştir. Bu çalışmalarda sözü geçen tüm genler için risk allellerinin bulunması, ilişkili düzeneklerin ortaya çıkarılması, yeni risk genleri belirlenmesi ve bu genlerin düzenleyici düzeneklerine ulaşılması hızla ilerleyen moleküler genetik çalışmaları için araştırma alanı olarak bilinmezliğini korumaktadır.

Prenatal ve Perinatal Etkenler

Şizofreni riski açısından önemli prenatal etkenlerin başında kan uyuşmazlığı gelmektedir. Rh negatif annenin Rh pozitif bebeğe hamileliği şizofreni riskiyle ilişkili bulunmuştur. Rh uyuşmazlığına bağlı üç kat artmış risk söz konusudur. Yapılan bir çalışma da anne ile bebeğin kanı arasındaki uyuşmazlığın şizofreni ile ilgili beyin anormalliklerini arttırdığı saptanmıştır (Freed-

man, 2011). Şizofreni hastalığında görülen gri madde kaybının, şizofreniye yatkınlık genleri ile hipoksinin (doğumda oksijen azlığı) etkileşimi ile ortaya çıktığı hipotezi ileride tartışılacak olan gen-çevre etkileşiminin fark edilmesine yol açmıştır.

Prenatal enfeksiyonların şizofreni için bir risk etmeni oluşturduğuna dair kanıtlar 14 çalışmanın dahil edildiği sistematik bir gözden geçirme çalışmasından gelmektedir (Sacker, Done & Crow,1996). Özellikle hamileliğin ikinci trimesterinde olan annelerin influenza salgını sırasında çocuklarının şizofreni riskinin arttığı belirlenmiştir (Boksa, 2003; Mednick, 1988). Şizofreni riski ile ilişkili bulunan diğer enfeksiyonlar da rapor edilmiş olup bunlar pnömoni, tüberküloz ve akut bronşit gibi bir çok solunum yolu hastalığı olarak sıralanmıştır. Prenatal dönemde enfeksiyona maruz kalma ile ileride şizofreni riski geliştirme arasındaki ilişkideki düzeneğe ilişkin öne sürülen açıklamalarda ateş, ilaç kullanımı, inflamasyon ve bağışıklık sisteminin yanıtı yer almıştır (Brown, 2006).

Kış aylarında dünyaya gelen bebeklerde şizofreni riski için istatistiksel olarak anlamlı bulgular ortaya konmuştur; şizofreni hastalarında %5 ila 8 oranında kış doğumu görüldüğü bildirilmiştir. Doğum mevsimi şizofreni etiyolojisinde yer alan bir etken olmakla birlikte doğum mevsiminin hastalığın ortaya çıkışını neden ve nasıl etkilediği bilinmemektedir. Kış hamileliklerinde doğum komplikasyonlarının ve beslenme bozukluklarının arttığı öne sürülse de, daha çok üzerinde durulan nokta bu aylarda doğum yapan annelerin ikinci trimesterde enfeksiyonlara diğer aylara göre daha fazla maruz kaldıklarıdır (Eaton & Chen, 2006). Her ne kadar düzenekler ile ilgili tam bilgi sahibi olunmasa da temelde üç grup obstetrik komplikasyonun şizofreni ile ilişkili bulunduğu öne sürülmüştür (Cannon, Jones & Murray, 2002). Kanama, diyabet, Rh uyuşmazlığı gibi gebelik komplikasyonları birinci gruptadır. Düşük doğum ağırlığı ve küçük kafa çevresi şizofreni ile ilişkili risk oluşturan anormal fetal büyüme ve gelişmeyle ilgili ikinci grup etmenlerdir. Doğum sırasında yaşanan komplikasyonların ise üçüncü grup etmenler olarak şizofreni riskini 1.3-2 kat arttırdığı, tüm hasta öykülerine bakıldığında şizofreni etiyolojisinin hâlâ küçük bir kısmını açıklayabildiği görülmektedir. Bu komplikasyonların genetik yatkınlığın yol açtığı anormal beyin gelişiminin bir sonucu mu yoksa şizofreninin ortaya çıkmasını kolaylaştıran etkenler mi oldukları hâlâ tartışılmaktadır.

Şizofrenide genetik geçişin hiçbir modelle yeterli düzeyde açıklanamaması etiyoloji araştırmacıların mutasyon konusuna yönlendirmiştir. İnsanlarda yeni mutasyonların en önemli kaynağı baba yaşının yüksekliği olduğuna göre, şizofreni hastalarının babalarının yaşları da araştırılmaya değer bulunmuştur (Goldner, Hsu, Waraich & Somers, 2002; Petersen, Mortensen & Pedersen, 2011). Buna göre babaların her beş yaşlık dönemlerinde, şizofreni riskinin doğrusal olarak arttığı, 55 yaş ve üstü babaların çocuklarında 20-24 yaş grubuna göre şizofreni riskinin 2.96 kat olduğu rapor edilmiştir (Malaspina, Harlap & Fenning, 2001).

Psikososyal ve Kültürel Etkenler

Şizofreni ile ilişkilendirilmiş birçok sosyoekonomik etken bulunmaktadır. Yoksulluk ve düşük sosyoekonomik düzey (Burns, Tomita & Kapadia, 2014) yüksek oranda şizofreni geliştirme riskini yordamaktadır. Bu değişken ile şizofreni riski arasındaki ilişki, iki varsayımla açıklanabilir. İlki, stresli yaşam olaylarının şizofreni riskini arttırmasıyla birlikte bu değişkenin risk için neden teşkil ettiğidir. Diğer varsayıma göre ise şizofreni hastalığı kişinin işlevselliğini ve yaşam koşullarını o kadar olumsuz etkilemektedir ki, hastalığı deneyimleyen kişinin sosyoekonomik düzey

olarak daha gerilere kayması kaçınılmaz olmaktadır. Kent yaşamı bir diğer etiyolojik faktör olarak göze çarpmaktadır. Kentsel bölgede doğan kişilerin, kırsal bölgede doğanlara göre şizofreni hastalığına yakalanma oranları daha yüksek bulunmuş olup bu oranının doğum komplikasyonlarından bağımsız bir etken olduğu bildirilmiştir (Harrison, Fouskakis, Rasmussen, Tynelius, Sipos & Gunnel, 2003; Peen & Dekker, 1997).

Göç şizofreni etiyolojisinde anılan bir diğer psikososyal etkendir. Yapılan bir sistematik gözden geçirme çalışmasında, birinci ve ikinci kuşak göçmenler arasında şizofreni riskinin artmış olduğu ve toplumun büyük bölümünün siyahi ırktan olduğu ülkelerden gelen göçmenlerde riskin özellikle yüksek olduğu saptanmıştır (Cantor-Graae & Selten, 2005; Selten & Cantor-Graae, 2005). Hollanda'da yaşayan Faslı erkeklerde de şizofreni riskinin çok yüksek olduğu bildirilmiştir. Göçmenlerin yaşadıkları sosyal sıkıntılar, ayrımcılık, işsizlik ve evdeki yaşam koşullarının iyi olmaması gibi etmenler aracılığıyla şizofreni riski oluştuğu düşünülebilir. Bir başka deyişle, sürekli sosyal olarak zorluklar yaşamak zorunda kalmak beyindeki dopamin işlevini bozmakta, şizofreni olasılığını yükseltmektedir. Türkiye'den bir çalışmada Batı Avrupa ülkelerinde yaşayan Türkiye kökenli göçmenler üzerine bildirilen oranlar rapor edilmiştir (Binbay ve ark., 2009). Buna göre Hollanda'da yaşayan Türkler arasında şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların sıklığı farklı araştırmalarda 12,7-84,2/100.000 olarak, şizofreni yaşamboyu yaygınlığı ise 7,2/1000 olarak bildirilmiştir (Binbay ve ark., 2009). Türkiye kökenli göçmenlerde psikotik bozuklukların diğer göçmen gruplarına göre daha düşük bulunması ilginç bir bulgudur (Cantor-Graae & Selten 2005, Veling ve ark. 2006). Türkiye kökenli göçmenlerin diğer göçmenlere göre daha az ayrımcılık algısı yaşamaları, ayrımcılığa uğramanın da bir stres faktörü olarak riski arttırdığı bulgusunu desteklemektedir (Veling ve ark., 2008).

Şizofreni etiyolojisi ile ilişkilendirilen bir başka çevresel etken esrar kullanımıdır. Güncel çalışmalar ergenlikte esrar kullanımının yetişkinlikte psikotik belirtiler ve şizofreni için bir risk etkeni olduğunu göstermektedir. Esrar eğer erken ergenlik döneminde kullanılmaya başlandıysa bu riskin iki katına çıktığını bildirmiştir (Van Os, 2002). İngiltere'de yapılan sistematik bir gözden geçirme çalışmasında topluma atfedilebilir riskin %14 olarak saptandığı bildirilmiş, yani eğer esrar kullanımının etkisi ortadan kaldırılırsa vakaların %14'ünün engellenebileceği öngörülmüştür (Semple, 2005). Esrar kullanımında oluşan dopaminerjik sistemdeki değişikliklerin, GABAerjik ve glutamaterjik iletimdeki değişikliklerin psikotik ataklardakine benzer ve uyumlu olması aradaki nedensel ilişkiyi destekler görünmektedir.

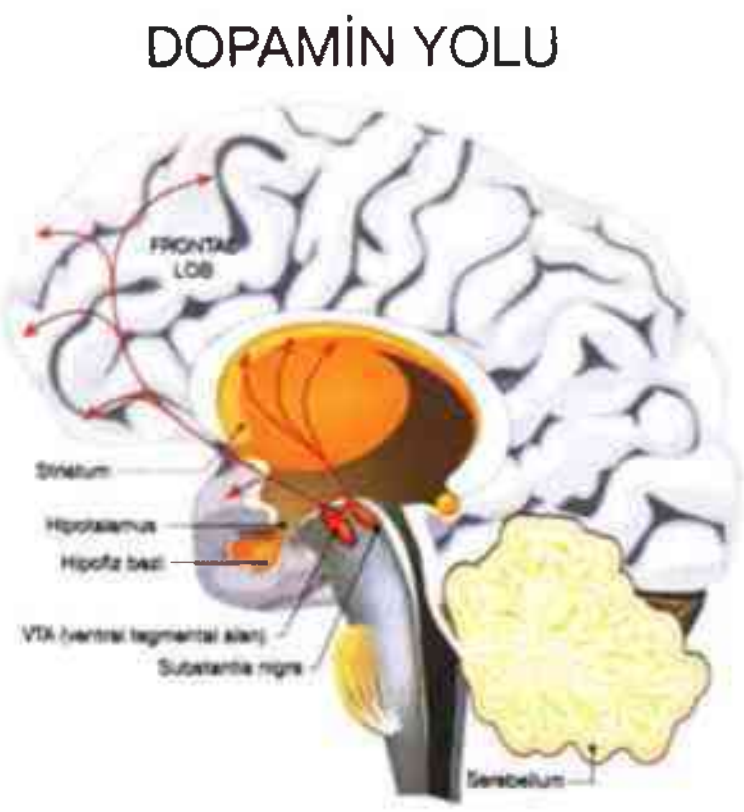
Beyin Görüntüleme Bulguları

Şizofreni ilk kavramsallaştırıldığı zamanlarda bile bir beyin hastalığı olduğu vurgulanmıştır. İlk kez 1800'lü yılların başında başlayan nöroanatomi alanındaki çalışmalar da şizofreni hastalarının beyin ağırlığının kontrol grubundaki hastalara göre daha düşük olduğu ve frontal lobda ilerleyici kas kaybı bulgularının saptandığı rapor edilmiştir (Brown, Colter, Corellis, Crow, Frith & Jagoe, 1986). Genişlemiş ventriküller, prefrontal korteksteki bozulmalar ve temporal korteks etrafındaki beyin bölgelerindeki bozulmaların saptanması o günden günümüze beyin görüntüleme çalışmalarındaki tutarlı biçimde tekrarlayan bulgular olarak sıralanabilir. Her ne kadar bugüne dek sağlıklı bireylere göre şizofreni hastalarında farklılaşan beyin bölgeleri ile mekanizmalarına kısmen hakim olsak da çalışmalar ümit vericidir.

Beyin görüntüleme çalışmalarından elde edilen veriler, şizofreni hastalarının hastalığın erken dönemlerinde ve hastalık süresince tıpkı Alzheimer ve alkolizmde de gözlendiği gibi genişlemiş ventriküllere sahip olduklarını göstermiştir. Genişlemiş ventriküller, beyin dokusundaki azalmanın bir işaretidir. MRI yöntemleri şizofreni hastalarında, kontrollere göre beyin hacminde %3'lük bir azalma saptamıştır (Hilleke, Hulshoff Pol & Kahn, 2008). Bu azalmayı hastalığın oldukça başlarında dahi tespit etmek mümkündür (Steen 2006; Vita 2006). Sinir hücrelerinden oluşan gri madde miktarı da beyin hacmiyle paralel olarak değişim göstermektedir. Şizofreni hastalarında genişlemiş ventriküllerin bilişsel performansın bozulması, işlevselliğin düşmesi, negatif belirtiler ve ilaç tedavisine zayıf yanıt ile ilişkili olduğu ancak hastalık süresi ile ilişkili bulunmadığı gösterilmiştir. Şizofreni hastalarında; konuşma, karar verme, duygular ve amaca yönelik davranışlarla ilişkili beyin bölgesi olan prefrontal kortekste de bozulmaların olduğu bildirilmiştir. Nöropsikolojik değerlendirmeler aracılığıyla şizofreni hastalarında yürütücü işlevler ve bellek ile ilişkili frontal lob ile çalışma belleği ve bellekte bilgi parçalarını tutma gibi işlevlerle ilişkili prefrontal korteks hacmindeki azalma tespit edilebilmektedir. Aynı zamanda negatif belirtiler ile de ilişkili olan prefrontal kortekste düşük dopamin aktivitesi ve azalmış nöron sayısı dikkat çekicidir. Şizofreni hastalarının girus, hipokampüs ve amigdala gibi alanları kapsayan temporal korteklerinde de yapısal ve işlevsel anormallikler saptanmıştır.

Nörokimyasal Etkenler

Yakın zamanlı nörokimyasal ve farmakolojik çalışmalar, şizofreni belirtilerinin gelişiminde glutomata ve serotonine anahtar roller yüklemektedir. Birden fazla nörotransmiter sisteminin etkileşimesi ve birbirinin etkisi üzerinde değişime yol açarak karmaşık nitelikli bir kimysal düzensizlik oluşturması ortak kanıdır. Ana unsur dopamin olmakla birlikte, diğer nörotransmiterlerin de rolü önemlidir.



Şekil 3. Subkortikal mezolimbik yapılardaki aşırı dopamin etkinliği, pozitif belirtilere; mezokortikal dopamin etkinliğindeki azalma ise negatif belirtilere ve bilişsel kayıplara yol açmaktadır.

Dopamin: Şizofrenide dopaminerjik sistemin etkinliğinde artış olduğunu iddia eden "dopamin hipotezi" şizofreni fizyopatolojisini açıklamaya çalışan en bilinen varsayımlardan birisidir (Önder & Küçükada, 1999).

Bu varsayım, dopamin sistemi üzerinden etki eden ilaçların etkilerinin gözlemlenmesiyle ortaya çıkmıştır. Kokain, amfetamin, metilfenidat gibi maddeler dopamin etkinliğini arttırarak paranoid ve psikotik durumlara yol açmakta ve şizofreni hastalarına uygulandığında sanrı, varsanı ve düşünce bozukluklarında artışa yol

açmaktadır. Antipsikotik ilaçların da D2 resreptörünü bloke edici özellikte olması bu varsayımın ortaya atılmasında etkilidir. Ancak antipsikotiklerin sanrı ve varsanıları yatıştırması, negatif ve bilişsel belirtileri aynı düzeyde yatıştıramaması bu varsayımla çelişmektedir. Bu bulgular ışığında, dopamin varsayımı gözden geçirilmiş; subkortikal yapılarda aşırı dopamin etkinliği ve prefrontal kortikal yapılarda ise azalmış dopamin etkinliği olduğu yönünde revize edilmiştir. Buna göre, subkortikal mezolimbik yapılardaki aşırı dopamin etkinliğinin pozitif belirtilere; mezokortikal dopamin etkinliğindeki azalmanın ise negatif belirtilere ve bilişsel kayıplara yol açtığı ortaya konmuştur.

Serotonin: Şizofreni fizyopatolojisinde serotoninin rolüne olan ilgi yakın zamanda artmıştır. Bu ilgiyi arttıran nedenlerden birisi de LSD gibi serotonerjik halüsinojenlerin, şizofrenide görülen algı sapmalarına, varsanılara, dikkatte azalmaya, duygu durumunda oynamalara ve yapısal düşünce bozukluğuna yol açmasıdır. İkinci kuşak antipsikotik ilaçların serotonin reseptörleri üzerinden çalışması da şizofrenide etkilenen sistemlerden olduğu görüşünü desteklemektedir (Tunca & Özerdem, 1999).

Serotonin ve dopamin nörotransmiter sistemleri birbiriyle anatomik ve işlevsel olarak ilişkilidir. Serotonin beyin sapında substantia nigradan gelen dopaminerjik nöronların ateşlemesini, korteks ve striatumda ise dopaminin sinaps aralığına salınımını önleyerek etkisini gösterir. Serotonin geri alım bölgelerinin yoğunluğunun da şizofreni hastalarında özellikle frontal ve anterior singulat bölgelerde arttığı bulunmuştur. Bu sonuçların, şizofreni için özgül bulgular mı yoksa antipsikotik tedaviye ikincil olarak mı ortaya çıktığı tartışmalıdır. Şizofreni tedavisinde yaygın olarak kullanılmaya başlayan ikinci kuşak antipsikotiklerin hem dopaminerjik, hem de serotonerjik antagonistik etkileri mevcuttur. Serotonerjik iletimi azaltan bu ilaçların, prefrontal dopamin miktarını arttırarak negatif belirtiler üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Glutamat: Glutamat, beyindeki hemen hemen tüm nöronları uyarabilen bir nörotransmitterdir. Glutamaterjik hücreler korteks, limbik sistem ve talamus gibi şizofrenide bozukluk tespit edilmiş olan birçok beyin bölgesini birbirine bağlayan yolakları oluşturmaktadır. Glutamat reseptörlerinin, nöronların göçü, nöronların farklılaşması, trofik etmenlere cevap, plastisite, sinaptik çıkıntıların oluşması gibi süreçlerde rolleri olması, şizofrenide bulunmuş olan birçok yapısal ve işlevsel bozukluğun fizyopatolojisinde glutamatın önemli rol oynadığına işaret etmektedir. Şizofreninin fizyopatolojisinde glutamatın yeri, son yıllarda daha çok üzerinde durulan bir alan olmuştur. Bir NMDA reseptor kanalı antagonisti olan fensiklidinin sağlıklı kişilere verilmesinin şizofreni benzeri bir sendroma yol açtığı bildirilmiş, paranoya, ajitasyon, işitme varsanıları gibi pozitif, apati, sosyal çekilme, dikkatte azalma gibi negatif belirtilere neden olduğu görülmüştür. Fensiklidinin sağlıklı kişilere verilmesi formal düşünce bozukluğu ve varsanıların ortaya çıkmasına neden olurken, şizofreni hastalarında verilmesi psikotik semptomların alevlenmesine yol açmaktadır (Önder & Taşçı, 1999).

GABA: GABA, beyindeki ana inhibitör nörotransmiterdir. GABA nöronlarının büyük bir kısmı, lokal inhibitör internöronlardır ancak striatum gibi bazı bölgelerde ana eferent nöronları oluştururlar. GABA-A ve GABA-B olmak üzere iki reseptör üzerinden etkilerini gösterirler. Şizofrenide GABA ile ilgili bulgular; kortikal GABAerjik internöronlarda azalma, prefrontal

kortekste GABA-A reseptör yoğunluğunda artma, hipokampusta GABA geri alım bölgelerinde azalma olarak sıralanabilir. Şizofreni hastalarında korteksin derin katmanlarında dış katmanlara göre daha fazla yoğunluk olduğu görülmüş, bu da şizofreninin nöronların göç etmesi ile ilgili bir bozukluk olduğu görüşüyle uyumlu bulunmuştur (Lewis & Hashimoto, 2005).

Özetle, yapısal ve işlevsel beyin görüntüleme çalışma bulguları beyinde en çok etkilenen bölgelerin frontal ve temporal loblar olduğuna işaret etmektedir. Hastalığın fizyopatolojisinde dopamin sistemi ve glutamat, serotonin ve GABA gibi diğer nörotransmiter sistemler rol almaktadır. Şizofreni hastalarında saptanan bu bozuklukların hangilerinin "neden", hangilerinin ise hastalık sürecinde oluşmuş "sonuçlar" olduğunu söylemek için elimizde yeterli veri bulunmamaktadır.

Nörodejeneratif Model ve Nörogelişimsel Model

Şizofreni ile ilgili temel tartışmalardan birisi de şizofreninin nörogelişimsel mi yoksa nörodejeneratif bir hastalık mı olduğuyla ilişkilidir. Kimi araştırmacılara göre şizofreninin ortaya çıkmasında nörodejeneratif süreçler rol almaktadır (Lieberman, 1999). Nörodejeneratif hastalıklar, nörolojik sistemde kendine özgü kimyasal değişikliklerle başlayan ve klinik sendromlara yol açarak ilerleyen kronik hastalıklardır. Bu hastalıklarda nöropatolojik süreç daha hastalık belirtileri fark edilmeden de başlayabilmektedir ve belirtiler işlev bozukluğu belli bir eşiğe ulaşınca ortaya çıkabilmektedir. Alzheimer hastalığı nörodejeneratif hastalıklardan bir tanesidir. Bu hastalıkta özellikle hassas olan belirli bir nöron grubu etkilenmektedir. Şizofreni hastalığı da nörodejeneratif hastalıklara özgü bir takım nitelikler taşımaktadır. Hastaların büyük kısmında hastalık belirtileri fark edildikten sonra belirtilerde kötüleşme gözlenmektedir. Ancak şizofreni hastalığı diğer nörodejeneratif hastalıklarda olduğu gibi süreğen ve lineer bir gidiş seyretmemektedir, belirli bir süre sonra dengeye ulaştığı düşünülmektedir. Öte yandan, şizofreni hastalığında tedavisiz geçen süre ne kadar fazlaysa hastalığın da bir o kadar yıkıma yol açtığı bilinmektedir. Tedaviye başlamamış şizofreni hastalarında bilişsel kaybın daha fazla olması nörodejeneratif bir sürecin varlığına işaret etmektedir (Işık, 2006; Lieberman, 1999).

Şizofreninin nörogelişimsel varsayımına göre, erken beyin gelişimindeki anormallikler, ileride klinik belirtilerin ortaya çıkma riskini arttırmaktadır. Şizofreninde anormal beyin gelişimine ilişkin çeşitli kanıtlar öne sürülmüştür (Feinberg, 1982; Mueser, 2004). Şizofreni hastalarının çocukluk öykülerinde anormal nörolojik ve davranışsal bulgular ile gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlar bulunmaktadır. Nörogelişimsel modele göre genetik ve erken gelişimsel etkenler bir araya geldiğinde beyin hasarı oluşturabilir ve beynin normal gelişimini engeller. Nöronların gelişiminin erken döneminde meydana gelen bu etkilenme; hücre göçü, hücre farklılaşması, hücre çoğalması, hücre silinmesi ve sinaps oluşumu sırasında oluşarak nörolojik gelişimi olumsuz yönde etkileyebilir. Sinir sisteminin gelişiminin ilerleyen dönemlerinde anılan etkiler sonucu ortaya çıkabilecek sinyal iletimi bozuklukları ve nöron devrelerin anromallikleri şizofreni belirtilerinin ortaya çıkmasından sorumlu olabilir. Çalışmaların büyük kısmı hastalığın oluşumunu nörodejeneratif süreçten çok nörogelişimsel bir süreçle açıklayan bulgular içermektedir.

Genetik araştırmalar, yapısal ve işlevsel beyin görüntüleme bulguları ve nörokimyasal çalışmalar şizofreni hakkında bildiklerimizi büyük ölçüde arttırmış ve kanıta dayandırmıştır.

nöbet

Ancak hastalığın karmaşık doğası ve klinik görünümünün hastadan hastaya değişiyor olması tüm bu sonuçların genellenebilirliğini önlemektedir. Şizofreni etiyolojisindeki özgün nedenler ve düzenekler hâlâ belirsizliğini korumaktadır. Tüm bu çalışmaların sonuçlarının bütüncül bir yaklaşımla ele alınması ve değerlendirilmesi bu hastalıkla ilgili bilgileri arttırmaya yardımcı olabilmektedir. Son yıllarda odaklanılan gen-çevre etkileşimine yönelik araştırma desenleri söz konusu bütüncül bakış açısına daha fazla hizmet etmektedir. Buna göre anılan etiyolojik etmenler kişide belirli bir düzeyde yatkınlık oluşturmakta; yatkınlık oluştuktan sonra hastalığın başlangıcı ve gidişi biyolojik ve psikososyal etkenlerin etkileşimiyle olmaktadır.

Stres-Yatkınlık Modeli

Şizofreninin etiyolojisine ilişkin yaygın olarak kabul gören bir diğer açıklama da, kişileri stres-duyarlılık sürecinde ele almaktır; şizofreni hastalığı için belirli bir eşik noktayı geçebilme duyarlılığına kadar genetik ve çevresel etmenler birbirinin etkisini arttırıcı biçimde iş görmektedir. Örneğin, kalıtım yoluyla şizofreni kodunu almış bir kişi, belirgin bir strese yol açabilecek bir yaşam olayı ile karşılaşırsa bu ikisinin toplam etkisi şizofreni hastalığını ortaya çıkarabilir. Tek tek ele alındığında stres ve yatkınlık kavramları oldukça önemli kavramlar olmakla birlikte, daha da önemlisi bu iki kavram gücünü ve etkisini birbirleriyle olan etkileşiminden almaktadır. Kişinin yaşam boyu karşılaştığı stresörler ile genetik ve nörolojik faktörlerin kesişiminde bile hâlâ hastalığın ortaya çıkmasını engelleyen stresle başa çıkma gücü ve sosyal destek gibi koruyucu faktörler de unutulmamalıdır.

ŞİZOFRENİNİN SEYRİ

Hastanede yatan şizofreni hastalarına ayrılan yatak sayısı 1950'lerde antipsikotik ilaçların etkin kullanımıyla birlikte özellikle Batı ülkelerinde anlamlı ölçüde azalmıştır (Göktalay &, Uzbay, 2012; Nasrallah & Smeltzer, 2005). Örneğin, 1860'tan itibaren 100 yıl boyunca İngiltere'de psikiyatri servislerinde psikoz tanısıyla yatan hasta sayısında sabit bir artış söz konusuyken, farmakolojik girişimlerin kullanılmaya başlanmasıyla bu popülasyonda keskin bir düşüş olmuştur. Ancak, kişi hastaneden taburcu edilse bile şizofreni hastalığının gidişi ve sonlanımı değişiklik göstermektedir. Klasik olarak şizofreninin gidişinin alevlenmeler ve iyileşmelerle sürdüğü, sonlanmasının diğer psikotik bozukluklara göre daha kötü olduğu fakat sanılandan daha iyi olduğu kabul edilmektedir. Genellikle hastalar ilk ataktan sonra görece normal işlevselliklerine döndükleri bir iyileşme dönemi yaşarlar. İlk atağın iyileşmesinin ardından %35-%50 olasılıkla başka bir nöbet gelir. Her ataktan sonra hastanın normal işlevselliğine dönme olasılığı ise azalır (Geddes ve ark, 1994). Ülkemizde yapılan bir çalışma hastalarda ilk atak sonrasını izleyen bir yılda yeniden psikotik atak geçirenlerin oranını %33 ve bir yılın sonunda yeniden hastaneye yatış oranını %12,1 olarak saptamıştır (Üçok ve ark. 2006).

Hastalığın; başlangıç yaşı, başlangıç biçimi, ortaya çıkarıcı etkenlerin varlığı, hastaların erken çocukluk dönemlerinin özellikleri, atakların süresi, hastaneye yatış sayısı ve süresi, ailede şizofreni öyküsünün varlığı, hastalık öncesi kişilik yapısı, klinik belirtilerin özellik-

leri, cinsiyet, medeni durum, toplumsal ve mesleki uyum, aile içi ilişkiler ve ailenin tutumu, toplumun gelişmişlik düzeyi, tedaviye uyum ve eşlik eden hastalıklar hastalığın gidişinde rol oynayan kritik faktörlerdir (Bland & Parker, 1978). Örneğin, sözü edilen etkenler dikkate alındığında hastalığın başlangıcının genç yaşta olması daha kötü, geç yaşta olması daha iyi gidiş ve sonlanmanın olacağına işaret edebilir. Başlangıcın akut ve hızlı olması iyi, sinsi ve yavaş olması kötü gidişe işaret edebilir.

İntihar, şizofreni hastaları arasındaki ölümün oldukça yaygın bir nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (Radomsky, Haas, Mann, Sweeney, 1999). İntihar girişimi oranı kadın ve erkeklerde eşit olmakla birlikte, şizofreni hastalarının %50'si yaşamlarının herhangi bir döneminde en az bir kez intihar girişiminde bulunmuştur ve bunun sonucunda ölümün gerçekleşme oranı ise yaklaşık %10-15 aralığındadır (Fleischhacker, Kane, Geier, Karayal, Kolluri, Eng, 2014). İntihar olasılığında en önemli etkenin olumsuz duygulanım ve umutsuzluk duyguları olduğu saptanmıştır (Atmaca & Durat, 2017).

Şizofreni hastalığının gidişi ve sonlanışına dair daha genel bir kanı oluşturmak için yaklaşık olarak hastaların beşte birinin tamamen iyileştiklerini, beşte birinin tekrarlayan ataklar ile yaşamını sürdürdüğünü, beşte birinin aniden hastalanıp hastalıklarının kronikleştiğini, beşte birinin de hastalıklarının sinsi ve yavaş başlangıçlı olduğunu ileri sürebiliriz (Sadock & Sadock, 2003).

ŞİZOFRENİNİN TEDAVİSİ

İlaç Tedavisi

Şizofreni, bir beyin hastalığıdır ve birincil tedavi yaklaşımları psikotik belirtileri yatıştırmaya yarayan antipsikotik ilaçlarla yürütülür. Şizofreninin farmakolojik tedavisi 1950'li yıllarda klorpromazin (thorazine) ve haloperidol (haldol) adlı etken maddelerin keşfi ile başlayıp birinci kuşak antipsikotik ilaçlar ve 2000'li yıllara doğru da İkinci Kuşak Antipsikotik ilaçlar ile genel psikopatoloji ve özellikle de pozitif belirtiler üzerine odaklanılarak yapılmaya çalışılmıştır.

Birinci kuşak antipsikotik ilaçlar, kimi zaman nöroleptikler olarak anılır, 20. yüzyılın en önemli medikal başarısı olarak görülürler. Bu ilaçlar dopamin antagonisti olarak D2 reseptörlerini bloke ederler. Bir takım klinik belirtilerdeki rahatlama ilaçların kullanımının ardından ilk 24 saat içinde ortaya çıkar çünkü dopamin blokajı ilk birkaç saat içinde gerçekleşmeye başlar. Ancak maksimum klinik faydanın elde edilmesi için iki ila dört hafta düzenli kullanım önemlidir (Tandon, 2010). İşitsel varsanılar ve sanrılar gibi pozitif belirtilerin düzelmesine yönelik anlamlı klinik fayda sağlayan birinci kuşak antipsikotikler; ağız kuruluğu, kilo alımı ve sersemlik gibi yaygın yan etkileri de beraberinde getirir. Kimi zaman ilaç kullanan hastalarda kas kasılmaları, katılık, titreme gibi istemsiz hareket anormallikleri görünebilir. Bu tür ekstrapiramidal yan etkiler başka ilaçlar ile kontrol altına alınabilmektedir (Lawson, 2008). Tardiv diskinezi (dil ve ağızdaki kasılmalar) olarak anılan bir başka yan etki de uzun süreli nöroleptiklerin kullanılmasının ardından ortaya çıkabilir. Nadir de olsa yüksek ateş ve kasların aşırı kasılması ile ortaya çıkan nöroleptik malign sendromu ortaya çıkabilir (Strawn, 2007).

1980'lerde kullanılmaya başlanan klozapine (clozaril), öncelikle tedaviye dirençli hastalarda uygulansa da, şimdilerde yaygın kullanımı mevcut olan ikinci kuşak (atipik) bir antipsikotiktir. İkinci kuşak antipsikotik ilaçlara; risperidon (risperdal), olanzapin (zyprexa), ketiyapin (seroquel), aripiprazol (abilify) örnek olarak verilebilir. Başlarda, ikinci kuşak antipsikotik ilaçların şizofreni belirtilerini daha etkin tedavi ettiğine inanılmış olsa da güncel araştırma bulguları bu görüşü desteklememektedir (Lieberman & Stroup, 2011; Tandon ve ark., 2010). Bu noktada sadece dirençli hastalar için önerilen klozapine bir istisna teşkil etmektedir. Bununla birlikte şimdilerde hastaların çoğu bu yeni ve daha pahalı olan (ikinci kuşak) antipsikotiklerle tedavi edilmektedir. İkinci kuşak antipsikotiklerin de yan etkiler açısından tamamen masum oldukları düşünülmemelidir. Sersemlik hissi ve fazlaca kilo alımı oldukça yaygındır. Diyabet ise bir başka dikkate alınması gereken sorundur (Sernyak, 2002).

Şizofreni hastalığının belirtilerinin tedavisinde bugün baskın ve merkezde olan yaklaşım psikiyatri hekimleri tarafından yürütülen medikal tedaviler olsa da, son yıllarda psikososyal tedavi yaklaşımlarına da büyük ölçüde ağırlık verilmektedir. Elbette ki, böylesine karmaşık bir hastalığın, multidisipliner ve bütüncül bir yaklaşımla ele alınması bir gerekliliktir. Özellikle negatif belirtilerin iyileştirilmesinde çok yönlü ve psikososyal yaklaşımlar önemli bir tedavi unusuru olarak öne çıkmaktadır.

Psikososyal Tedaviler

Psikososyal müdahaleler, genellikle farmakolojik tedavi ile birlikte sunulan, özellikle işlevselliğin yükseltilmesinde önemli bir rol oynayan tedavi yaklaşımlarıdır. Son yıllarda yapılan çok sayıda araştırma şizofrenideki psikososyal yaklaşımların etkililiğini kanıta dayalı yöntem ve bugularla desteklemektedir.

Sosyal Beceri Eğitimi

Şizofreni hastalarının antipsikotik ilaç tedavisi almalarına rağmen şizofreni hastalığı yaşamayan insanlara normal ve sıradan gelen arkadaşlıklar kurma, okul veya iş yaşantısını devam ettirme, bağımsız yaşama gibi sağlıklı insanların üzerinde bile düşünmediği alanlarda zorlandıkları bilinmektedir. Ancak bütün şizofreni hastalarının sosyal beceriler konusunda benzer zorluklar yaşamadığı, hastalığın düzeyine göre sosyal becerilerle ilgili yaşadıkları kayıpların da değişebileceği unutulmamalıdır. Şizofrenideki psikososyal işlevsellik problemleri sosyal becerilerdeki bozulmayla ilişkilidir ve klinik olarak ele alınmadıklarında uzun süre devam ettikleri bilinmektedir (Mueser & Bellack, 1998). Stres yatkınlık modelinde değinildiği üzere, baş etme becerileri ve sosyal desteğin varlığı stresin hastalığın yinelemeleri ve ataklar üzerindeki etkilerini azaltabilir (Addington ve ark., 2010). Bu nedenle şizofreni hastalarına sosyal becerilerin öğretilmesi, tedavinin önemli bir parçasıdır. Sosyal becerilerin sosyal yeterlilik için gerekli üç temel bileşeni bulunmaktadır: sosyal algılama becerileri (social perception); sosyal biliş becerileri (social cognition) ve davranışsal beceriler (behavioral skills). Sosyal beceri eğitim programları bu üç alandaki gereksinim ve eksikliklere odaklanmaktadır. Sosyal beceri eğitimleri; farklı ortamlarda, farklı sürelerde ve farklı içerikte

uygulansa da becerileri öğretmekte benzer yaklaşımları kullanılmaktadır. Bu yaklaşımlar; hedef belirleme, rol oynama, pozitif pekiştirme, düzeltici geri bildirim ve ev ödevlerinin verilmesi şeklindedir. Sosyal beceri eğitim gruplarındaki temel hedef, edinilen becerilerin genellenebilirliğini yükseltmek ve sosyal beceri eğitimleri sırasında kazanılan becerilerin tekrarlanması toplumsal hayatta da kullanılmalarını sağlamaktadır (Bellack, 2004). Yapılan sistematik gözden geçirme sosyal beceri eğitimlerinin etkililiğine dair güçlü kanıtlar sunmaktadır (Pfammatter, 2006). Sosyal beceri alanlarının çalışılmasının beceri kazandırma, girişkenlik, sosyal işlevsellik ve genel psikopatoloji üzerinde olumlu etkiler oluşturduğu bildirilmiştir. Kurtz ve Mueser'in (2008) çalışmasında da, sosyal beceri eğitimlerinin problem çözme, sosyal ve günlük yaşam becerilerinin iyileşmesi, toplumsal işlevselliğin artması ve negatif belirtilerin azalması yönünde etkili olduğu bulunmuştur. Şizofrenide Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi (RUTBE), yapılandırılmış eğitsel ve etkileşimsel bir program olarak ülkemizde bu alana kazandırılmış önemli bir progamdır (Yıldız, 2001). RUTBE, hastalığın biyolojik, klinik ve kişilerarası yönlerine vurgu yapan, şimdiki zamanı işleyen ama hastaları geleceğe de hazırlayan, haftada iki kez yaklaşık 40 dakikalık oturumlarla gerçekleştirilen sistemli bir sosyal beceri eğitim programıdır. Yapılan kontrollü etkililik çalışmaları RUTBE programının hastaların psikopatoloji düzeylerinin azalmasına ve toplumsal işlevsekliklerinin artmasına katkıda bulunduğunu göstermiştir (Deveci, Esen-Danaci, Yurtsever, Deniz & Gürlek Yüksel, 2008; Söğütlü, Özen, Varlık & Güler, 2017; Yıldız, Veznedaroglu, Eryavuz & Kayahan, 2004).

Aile Çalışmaları

Şizofrenide aile çalışmaları, ilk kez şizofreni hastalığının nedenlerinin saptanması sırasında gündeme gelmiştir. Birçok çalışma, şizofreni hastalarının ailelerinin özellikle de annelerin hastalığın ortaya çıkışında kritik bir rolü olduğuna işaret etmiştir. Ancak geçmişte şizofreninin ortaya çıkmasında aile unsuruna işaret eden bu varsayımlar kanıtlanamamış ve günümüzde geçerliğini yitirmiştir. Yapılan araştırmalarda, şizofreninin seyrinde aile ortamının etkisinin anlaşılması amacıyla duygu dışavurumu, hastalığa atıf, hasta bireyle yüzyüze geçirilen zaman, aile içi iletişim ve etkileşim konuları çalışılmıştır. İlk kez 1950'lerde, ailenin şizofreni hastalığında nedensel etkisi (cause) yerine, hastalığın gidişi (course) ve tedavisindeki rolüne dikkat çekilmesinin ardından, Brown ve arkadaşları tarafından "duygu dışavurumu" kavramı ortaya atılmıştır (Brown, Monck, Carstairs & Wing, 1962). Böylelikle şizofreni alanında aile çalışmaları hızlanmış, hastaların aileleri ile olan etkileşimlerinin incelendiği duygu dışavurumu (expressed emotion) çalışmaları umut vaad eden bulguları ile araştırmacıları şizofreni hasta aileleri için programlar geliştirmeye yönlendirmiştir. Bu programlar Londra'daki Tıbbi Araştırmalar Merkezi, Sosyal Psikiyatri Ünitesi'nde sosyolog George Brown ve arkadaşlarının taburcu edilen şizofreni hastalarını izlemeleriyle başlamaktadır. Hastane ortamında tedavi uyumu sağlanan ve düzenli ilaç kullanımına devam eden hastaların, taburcu olduktan, yani evlerine döndükten bir süre sonra, yeniden atak geçirdikleri saptanmıştır. Oysa ailesi ile birlikte yaşamayan hastalarda aynı kötü gidiş gözlenmemiştir. Şizofrenide atak ve gidişe yönelik bu gözlemler hastalığın gidişinde ev ortamının ve aile ile birlikte geçirilen sürenin önemine dikkat çekmeye başlamıştır. Ev ortamında atağa

yol açan değişkenlerin tespit edilmesi amacıyla hasta ve hasta yakınları ile bir dizi görüşmeler yapılmış ve hasta yakınları; "yüksek duygu dışavurumu gösteren" ve "düşük duygu dışavurumu gösteren" aileler olarak ikiye ayrılmıştır. Bir yıllık izleme sonunda ise yüksek duygu dışavurumu gösteren ailelerdeki hastaların daha sık atak geçirdikleri, düşük duygu dışavurumu gösteren ailelerde ise hastalık seyrinin iyi olduğu gözlenmiştir (Butzlaff & Hooley, 1998). Temelde duygu dışavurumu kavramının; eleştirel oluş, düşmancıl tutum, aşırı koruma kollama, yakınlık ve ılımlı tutum olmak üzere beş alt boyutu bulunmaktadır; bunlar arasından şizofrenideki psikotik atakla ilişkili olan boyutları eleştirel ve düşmancıl tutum ile aşırı koruma kollama boyutlarıdır. Başka bir deyişle, aileleri onları çok fazla eleştirdiğinde ve düşmanca söylemlerde bulunduğunda veya hastayı çok fazla koruyup kolladıklarında şizofreni hastaları stres altına girmekte ve aile içi bu stresör atak riskini artırmaktadır (Holley & Campbell, 2002).

Öte yandan şizofreninin pozitif ve negatif belirtilerle seyreden klinik tablosu ve birçok alanda ortaya çıkan yeti yitiminin aileye olan yansıması düşünüldüğünde, hastalığa yanıt olarak aile içinde bazı yeni etkileşim biçimlerinin oluşması kaçınılmazdır. Bu etkileşim biçimleri negatif yönlü olduğunda, ailenin diğer üyelerinin hastalıkla başa çıkarken yük duygusu yaşamalarına yol açar (Levene ve ark., 1999). Şizofrenide ailenin yükü; kimi zaman gelir kaybı, sosyal ve toplumsal etkinliklerde kısıtlılık gibi objektif yükler olabilirken, kimi zaman da hastalıkla ilgili olarak duygusal ve subjektif yükler olarak da ortaya çıkabilir (Bloch ve ark. 1994, Provencher ve Mueser 1997).

Şizofreni tedavisinde aile çalışmaları bakımverici yükü ve duygu dışavurumu ekseninde ailelerin de hastalığın yönetiminde anahtar rolü olduğu varsayımına dayanır. Ailelere yönelik terapötik uygulamalarda, duygu dışavurumunun ve yükün azaltılmaya çalışılmasına ek olarak, aileler hastalık hakkında bilgilendirilerek, başa çıkma stratejilerinin geliştirilmesi, problem çözme ve iletişim becerilerinin iyileştirilmesi yoluyla ataklara yol açması muhtemel aile içi stresi düşürmek hedeflenmektedir. Şizofreni hastalığının tedavisinde, hastanın ilaç kullanması, psikolojik destek alması kadar ailenin de tedavi ekibinin bir parçası olarak tedaviye dahil edilmesi gerekliliği her zaman akılda tutulmalıdır.

Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel davranışçı terapilerin temeli, stres-yatkınlık modeli üzerine kurulmuştur ve birçok girişim türünü kapsamaktadır. Temelinde eğer hastaya belirtileri ve sıkıntıları ile ilgili kabul edilebilir bir "bilişsel model" sunulabilirse, daha fazla uyum sağlayıcı baş etme stratejileri geliştirebileceği varsayımı yer almaktadır. Bu da stresi azaltarak sosyal işlevselliğin düzelmesine ve belirtilerde azalmaya yol açabilmektedir. Psikotik bir hasta için bilişssel model, bundan yaklaşık 60 sene önce bir vaka çalışmasında Beck tarafından ortaya atılmıştır (Beck, 1952). Şizofreni hastalığının bilişsel model ile çalışılması için klinisyenin öncelikle terapötik ilişkiyi kurabilmesi, kişinin öznel deneyimlerini anlaması ve terapi hedeflerini belirleyebilmesi gereklidir; ancak şizofreni hastalığındaki sanrı ve varsanılar yargılayıcı olmayan bir tutumla ve karşı çıkmadan ele alınmalıdır. Psikoeğitim yöntemi ile hastaya, hastalığın belirtilerini ve belirtilerin strese nasıl yanıt verdiği anlatılmalıdır. Hastalığın yaygınlığı belirtilerek normalleştirmelidir. Bu normalleşme kişiyi izolasyon ve utanç duygusundan koruyabilir ve psikotik

belirtiler hakkında konuşma konusunda kişiyi cesaretlendirebilir. Terapötik sürecin içinde hastalık ve ilaç tedavileri konusunda temel bilgiler, eşlik eden kaygı ve depresyonla baş edebilme stratejileri ve negatif belirtiler ile sosyal işlevlere müdahale; pozitif belirtilere özgü daha fazla uyum artırıcı ve açıklayıcı modellerin formülasyonu bulunmalıdır. Bilişsel davranışçı yaklaşımların amacının psikotik belirtileri tamamen yok etmek olmadığı akılda tutulmalıdır. Bu yaklaşımların temel amacı, belirti şiddetini ve belirtiler ile ilişkli stres seviyesini azaltmaktır (Naeem, Kingdon & Turkington, 2006; Tarrier, Kinney, McCarthy, Humphreys, Wittkowski & Morris, 2000, Turkington & Kingdon, 2000).

Bilişsel davranışçı terapi yaklaşımları psikotik deneyimlerin iyileştirilmesinde henüz genç olsalar da, yenilikçi yaklaşımlar ve kontrollü deneysel çalışmalar ile gelecekte daha kapsamlı programların oluşacağı öngörülmektedir.

Bilişsel Onarım Terapileri

Dikkat, bellek, yönetici işlevlerde bozulma gibi şizofreni hastalarında yaygın olarak görülen bilişsel işlev bozuklukları, hastaların sadece toplum içinde yaşamalarının önüne geçmekle kalmayıp, aynı zamanda hastaların psikososyal tedavi programlarından yararlanmalarının önünde de engel oluşturmaktadır. Bu nedenle şizofreni hastalarının bilişsel onarımı, psikososyal müdahalelerinin önemli amaçlarından biridir. Bilişsel onarım tedavilerinde bir bilişsel işlev ile en az bir öğrenme etkinliği yer almaktadır. Etkinlikler kimi zaman kağıt kalem uygulamaları, kimi zaman da bilgisayar programları aracılığıyla yapılandırılmaktadır; bireysel veya grup uygulamalarına dayanır. Bilişsel işlev bozukluklarının onarımına yönelik egzersizlerde, büyük bir görevin küçük parçalara bölünerek hatasız öğrenilmesi ve problem çözme uygulamaları ile işlem belleği, dikkat, öğrenme, plan yapma ve bilişsel esneklik alanlarına odaklanılır. Yapılan araştırmalar, şizofreni hastalarının tek başına gerçekleştirdikleri uygulamaların terapist yardımıyla yapılan uygulamalara göre daha az yararlı; uzun süreli bilişsel onarım programlarının ise kısa süreli olanlara göre daha etkin olduğunu göstermiştir (Penn & Mueser, 1996; Tarrier, 1992).

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM)

TRSM'ler, kendisine bağlanmış coğrafi bölgedeki ağır ruhsal rahatsızlığı olan hastaların (özellikle şizofreni hastalarının) ve ailelerin bilgilendirildiği, hastanın ayaktan tedavisinin yapıldığı ve takip edildiği; rehabilitasyon, psikoeğitim, iş-uğraş terapisi, grup veya bireysel terapi gibi yöntemlerin kullanılarak hastanın toplum içinde yaşama becerilerinin artırılmasını hedefleyen, psikiyatri klinikleri ile iş birliği içinde çalışan ve gerektiğinde mobilize ekiplerle hastanın yaşadığı yerde takibini yapan birimler olarak planlanmıştır (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011). Bu sayede TRSM'ler ağır ruhsal bozukluğu olan hastalar için verilen hizmetin ana düzenleyicisi ve kontrol merkezi olmaktadır. Merkezin ekibi ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, psikolog, hemşire, iş uğraşı terapisti ya da usta öğretici, tıbbi sekreter, idari ve teknik personel, şoför, temizlik elemanı ve güvenlik görevlisinden oluşmaktadır. Ülkemizde 78 ilde 163 TRSM aktif olarak hizmet vermektedir. Türkiye'nin TRSM hizmet modeli, hizmet alan ve aile odaklı bir model olup, hastayı ve ailelerin psikolojik rahatsızlıkları

bulunan aile bireylerini destekleme kapasitesini güçlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu modelin kilit bileşenleri; bireysel işlevi iyileştirmeye dönük etkin tedaviler sunulması, aile desteği, psikoeğitim ve psikososyal destek hizmetlerinin koordinasyonudur (Doğan, 2016; Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011; Örsel, 2013).

Dayanışma Dernekleri

Buraya kadar sözü edilen hastalık belirtileri ile yaşamak hem şizofreni hastaları, hem de aileleri için belirgin zorluklar yaratmaktadır. Şizofreni hastaları toplumsal yaşamdan ayrık, daha izole bir yaşamı tercih ederek içine kapanma eğilimindeyken; aileleri de hastalığın yükü, bilinmezliği ve karmaşası ile birlikte yalnızlaşmakta ve umutsuzlaşmaktadır. Hasta ve hasta yakınları için oluşturulan topluluklar, kulüpler ve dernekler tam da bu noktada hastalıktan etkilenen kişilerin dayanışması için bir ortam yaratmakta; hem hastaların hem de ailelerin gereksinimlerine karşılık gelebilmektedir. Bütün dünyada olduğu gibi, ülkemizde de hastaların ve aile üyelerinin örgütlendikleri dernekler kurulmuştur. Ülkemizde, şizofreni hasta ve hasta yakınlarına yönelik kurulan ilk oluşumlar 1990'lı yıllarda İstanbul ve Ankara'da açılmış. 2006 yılında diğer şehirlerde de kurulan derneklerin tek çatı altında toplandığı Şizofreni Dernekleri Federasyonu kurulmuştur. Merkezi Ankara'da olan Şizofreni Dernekleri Federasyonu'nun etkinlikleri içinde bilimsel çalışmalar, aile toplantıları, hasta ve hasta yakınlarına yönelik eğitim programları yer almaktadır. Federasyon üyesi şizofreni hastalarının çalışabildikleri bir kültür yaşam ortamı olan Mavi At Kafe ise ülkemizdeki ilk korumalı iş yeri örneğidir. 2009 yılında Şizofreni Dernekleri Federasyonu'nun bir projesi olarak Mavi At Kafe Projesi Ankara'da doğmuştur. Aynı zamanda kültür ve yaşam ortamı olan Mavi At Kafe oluşumu iki temel amaçla ortaya çıkmıştır. İlki şizofreni hastalarına yönelik damgalama ve ayrımcılığı azaltmak, yok etmek; ikincisi terapötik bir ortamda şizofreni tanısı alan bireylerin çalışmasına olanak sağlamak. Mavi At Kafe Kültür ve Yaşam Ortamı bağımsız bir kuruluş olup devletten destek almamakta; gücünü ve gerekli desteği bir sivil toplum kuruluşu olan Şizofreni Dernekleri Federasyonu'ndan almaktadır. Mavi At Kafe'de sunulan hizmetlerin tümü (yiyecek ve içeceklerin hazırlanması, ikramı, rezervasyon, masalara servis, bulaşık, temizlik, toplantı organizasyonu, ikinci el eşya satışı) bir hasta yakını ve bir hizmet sektörü işçisi eşgüdümünde tanı alan bireyler tarafından sunulmaktadır. Mavi At Kafe Kültür ve Yaşam Ortamı sağaltıcı topluluk kavramının temel ilkeleriyle çalışan destekli bir iş ortamı olarak psikososyal bir müdahale alanında şizofreni hastalarının hayatlarına iyileştirici katkılarda bulunmaktadır. Yapılan bilimsel bir çalışmada (Soygür, Yüksel, Eraslan & Özden, 2016) bu ortamın iyileştirici unsurları şöyle sıralanmıştır; *ortamın resmiyetten uzak ve kucaklayıcı, ancak serbest bırakan doğası; ilişkilerde insani yönlerin ağırlığı; umut ve yüreklenme; önemsenmek; destek gerektiğinde birilerine ulaşabiliyor olmak; arkadaşça paylaşım; amaç edinmek, sorumluluk üstlenmek, motive olmak ve yaşamı anlamlandırmak...* Aynı çalışmada altı yıllık süre içinde sadece 1 hastanın 3 kez psikotik atak geçirdiği, atakların sırasıyla 16, 7 ve 25 gün sürdüğü rapor edilmiştir. Süreç içinde başka kurumlarda çalışmaya başlamış olan hastaların hiçbirinin yeni bir psikotik atak geçirmediği, hâlen işlerini başarıyla sürdürdükleri bulgusu Mavi At Kafe deneyiminin hastalık sürecini olumlu etkilediğini somut biçimde ortaya koymaktadır (Soygür ve ark., 2016).

YAKIN BAKIŞ 1 Mavi At'ın Öyküsü: Bir Şehir, Bir Hekim, Bir Devrim

Trieste...



Akdeniz'de İtalya'nın Adriyatik kıyılarındaki bu küçük şehir pek çok insan için farklı çağrışımlar yaratabilir.

Bir edebiyatçı için, James Joyce ya da Italo Svevo'nun anılarıyla birlikte olmayı...

Sıradan bir turist için, eski Yugoslavya coğrafyasına ucuz yollu bir geçiş olanağı yaratmayı...

Bir öğrenci için farklı kültürlerden ve farklı ülkelerden gelen öteki öğrencilerle bir hoşgörü ikliminde dolaşmayı...

Deniz meraklıları için sıcak bir Akdeniz limanını...

Bir ruh hekimi için ise Trieste, toplum psikiyatrisi kavramının ilk kez yaşama geçirildiği bir devrimin coğrafyası olarak anlam kazanır.

Yetmişli yılların başında İtalya'da büyük akıl hastanelerinin kapatılmasını ve toplum içinde tedavi anlayışını amaçlayan bir hareket başlatılmıştı.

1971'de Trieste'deki akıl hastanesinde 1200 hasta "yatıyor"du. İtalyan sağlık sisteminde o dönemde gerçekleştirilen reformla birlikte, ruh sağlığı bütçesinin %94'ü toplum odaklı merkezlerin kurulmasına, sağlık ve sosyal hizmetlerin entegre edilmesine ayrıldı.

Bu dönüşümün sonrasında, hastaların iş edinme oranlarında artış, işlevselliklerinde yükselme ve suç oranlarında azalma gözlendi.

1974 yılına gelindiğinde ise, hastanenin kilitli kapıları açıldı ve hastaların diledikleri zaman dışarı çıkmalarına fırsat verildi. Hastane yıkıldı ve hastane çalışanları ile halk ele ele vererek iki buçuk metre yüksekliğinde, ahşaptan mavi bir at yaparak hastanenin girişine yerleştirdiler.

Geçmişte hastane faaliyetteyken, hastane çalışanlarından başka hiç kimsenin dışarı çıkma hakkı olmadığı kurumdan çıkmasına izin verilen tek canlı çamaşırhaneden kirli çamaşırları dışarı götüren bir attı.

Köklü değişiklikle birlikte bu at bir bakıma özgürlüğün ve toplumdan kopmamanın bir sembolü hâline geliyordu.

1980 yılında Dünya Sağlık Örgütü Trieste deneyimini şu sözcüklerle değerlendirmişti: "Ruh sağlığı merkezlerinin, grup evlerinin ve destekleyici toplum sisteminin sağlanması, akıl hastanesindeki yatak sayısındaki düşüşle eş zamanlı olmuştur. Hastane koğuşlarının kapatılmasıyla hastane çalışanları ve hastalar toplumla bütünleşmiş, sorumluluğa ara verilmemiş ve adeta tedavi ekibi ve hastalar büyük-depo akıl has-

tanelerinin ortadan kaldırılması (deinstitutionalization) girişimini birlikte gerçekleştirmişlerdir.

Bu etkileyici öykünün baş mimarı ise Dr. Franco Basaglia idi.

Dr. Basaglia, psikiyatri eğitimini Padua Üniversitesi Nöropsikiyatri bölümünde tamamladıktan sonra 14 yıllık akademik kariyerini bırakarak Gorizia Akıl Hastanesinde yönetici olarak çalışmaya başlamıştı.

Gorisa'da çalışırken çalıştığı hastanenin toplum temelli tedaviye yönelmesi için yaptığı ilk girişimler bir labaratuvarda büyük bir çalışmanın öncesinde yapılan ön hazırlıkları anımsatıyordu.

Pek çok insan onu anti-psikiyatri akımının bir temsilcisi olarak değerlendiriyor; o ise kendisini "demokratik psikiyatri" akımının bir neferi olarak değerlendiriyordu. Basaglia için özellikle önemli olan, hastayı geleneksel tanı ölçütlerinin dar sınırları içine yerleştirmek ve bununla sınırlı kalmanın ötesine geçebilmek ve hastaları birer insan olarak kavrayabilmekti.

Onu akıl hastalığı kavramını reddettiğini düşünenerek eleştiriyorlardı ama o akıl hastalığını değil akıl hastalığının "etiketini" reddettiğini ifade ediyordu. Basaglia için bizzat özgürlüğün kendisinin tedavi edici bir etkisi vardı. Doğrudan doğruya "kapatılmak" ise bir bakıma "kurumsal nevroz" yaratıcı bir etken olarak kendisini gösteriyordu.

Hastaneler açık olmalıydı...

Basaglia için hastaların yaşadıkları mekânın kurum mimarisini yansıtmaması ve her birisi için gerekli kişisel alanı içermesi; hastalara kendilerini ifade edebilecekleri alanların sağlanması başlıca gereklikti.

Her hasta kendi başına bir kimlik, kendi başına bir öykü, kendi başına kendi yaşam hikâyesinin kahramanı idi...

Esas olan, onları yeniden bu kimlikle, bu öyküyle, bu kahramanlıklarıyla buluşturabilmekti.

Basaglia, ilk kez, 1977 Haziran ayında, hastaneden topluma geçişin temellerini attı. Kurduğu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ile ilk bakışta ekonomik olarak "ateş pahası", ancak orta ve uzun erimde yarar-zarar oranı yüksek olan bu uygulamanın manevi getirileri ise "paha biçilemez" nitelikteydi.

Trieste'yi görmedim.

Avrupa'nın güneyinde hoşgörünün ve özgürlüğün sembolü olan bu şehri görmek ve Mavi At'a gülümsemek istiyorum.

Basaglia'nın sesi şehrin sokaklarına bir özgürlük şarkısı gibi sinmiş olmalı...

Doç. Dr. Haldun Soygür

MAVİ AT KAFE, KÜLTÜR, YAŞAM ORTAMI: Mareşal Fevzi Çakmak Caddesi 31/8 Beşevler 06570 Ankara

BÖLÜM ÖZETİ

Şizofreni; duygu, düşünce ve davranışlarda bozulma ile algı ve dikkat süreçlerinde hatalarla seyreden kronik bir beyin hastalığıdır. Şizofreni hastası olan kişiler, kişiler arası ilişkilerinde de hastalığın belirtilerinden kaynaklanan bozulmalar yaşayarak günlük hayattan çekilme ve kopma yaşarlar. Hastaların yaşamında birçok boyutta etki yaratan, sadece hastaları değil, hastaların yakınlarını ve arkadaşlarını da önemli ölçüde etkileyen şizofreni hastalığı, genellikle genç yaşlarda ortaya çıkan, insanın kişilerarası ilişkilerden ve gerçeklerden uzaklaşarak kendine özgü bir içe kapanma dünyasında yaşadığı, düşünce, duygu ve davranışlarında önemli bozuklukların görüldüğü; beyinin yapısında, fizyoloji ve biyokimyasında önemli değişikliklerin olduğu çok sistemli bir psikolojik rahatsızlıktır. Bir kişinin yaşamı boyunca şizofreni hastalığına yakalanma riski yaklaşık olarak %1'dir. Şizofreni hastalığı yaygınlığı kırsal kesimde daha yüksektir. Erkeklerde 25-35 yaş arasında başlayan şizofreni hastalığı, kadınlarda ise bundan 30-40 yalşarında zirve yapmaktadır. Erkek hastaların kadın hastalara göre hastalığın belirtilerini daha şiddetli yaşadığı bilinmektedir. Dünya çapında her yıl yaklaşık olarak iki milyon yeni şizofreni vakası ortaya çıkmaktadır.

Şizofreninin ortaya çıkışındaki olası tüm etkilerin ortak etkileşimlerini inceleyen yöntemler son zamanlarda ağırlık kazanmış ve gen-çevre etkileşimi başlığı altında toplanmıştır. Buna göre şizofreni etiyolojisinde etkili olduğu düşünülen etkenler; genetik etkenler, psikososyal ve kültürel etkenler, nörogelişimsel ve nöropatolojik etkenler olarak sıralanabilir.

Şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında birinci derece akrabalarında şizofreni hastalığına rastlanan kişilerde şizofreniye yakalanma riskinin yaklaşık on kata kadar arttığı bilinmektedir. Eğer ebeveynlerden birinde şizofreni hastalığı varsa, kişinin hastalığa yakalanma riski %7, her iki ebeveynde de hastalık olduğu durumda ise %20-50 olarak bilinmektedir. Ortak bir çevrede yaşayan tek yumurta ikizleri ve çift yumurta ikizlerindeki hastalık yaygınlığının karşılaştırıldığı ikiz çalışmalarında tek yumurta ikizlerinin her ikisinde şizofreni görülme sıklığı çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Evlat edinme çalışmalarında ise çocuğun şizofreni riskinin biyolojik ebeveynlerdekine yakın olduğu görülmüştür. Hem ikiz çalışmaları, hem de evlat edinme çalışmaları, şizofreni etiyolojisinde genetik etmenlerin çevresel etmenlerden daha etkili olduğunu öne sürmektedir. Genetik araştırmaların önemli bir ayağını oluşturan moleküler genetik çalışmaları; bağlantı (linkage) çalışmaları, ilişkilendirme (association) çalışmaları ve aday genlerin belirlenmesi biçiminde üç alanda toplanabilir.

Hamilelik öncesi, hamilelik boyunca ve doğum sırasında oluşan komplikasyonlar da şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında sözü edilen unsurlar arasında yer almaktadır. Buna göre kan uyuşmazlığı, hamilelikte influenza ve ateş, hamilelikte ilaç kullanımı, kış aylarında doğmuş olmak, baba yaşı şizofreni geliştirme riski ile ilişkili bulunan faktörlerdir. Kent yaşamı, göç, esrar kullanımı da şizofreni etiyolojisinde etken olan çevresel faktörler olarak anılmaktadır. Genişlemiş ventriküller, prefrontal korteksteki bozulmalar ve temporal korteks etrafındaki beyin bölgelerindeki bozulmaların saptanması o günden günümüze beyin görüntüleme çalışmalarındaki tutarlı biçimde tekrarlayan bulgular olarak sıralanabilir.

Yakın zamanlı nörokimyasal ve farmakolojik çalışmalar şizofreni belirtilerinin gelişiminde glutomata ve serotonine anahtar roller yüklemektedir. Birden fazla nörotransmiter sisteminin etkileşmesi ve birbirinin etkisi üzerinde değişime yol açarak karmaşık nitelikli bir kimyasal düzensizlik oluşturması ortak kanıdır. Şizofreni gelişiminde ana unsur dopamin olmakla birlikte, GABA, serotonin ve glutamat nörotransmiterlerinin rolüne dair varsayımlar da önemlidir.

Şizofreni ile ilgili temel tartışmalardan birisi de şizofreninin nörogelişimsel mi yoksa nörodejeneratif bir hastalık mı olduğuyla ilişkilidir. Kimi araştırmacılara göre şizofreninin ortaya çıkmasında nörodejeneratif süreçler rol almaktadır. Özellikle tedaviye başlamamış şizofreni hastalarında bilişsel kaybın daha fazla olması nörodejeneratif bir sürecin varlığına işaret etmektedir. Öte yandan erken beyin gelişimindeki anormalliklerin, ileride klinik belirtilerin ortaya çıkma riskini arttırması nörogelişimsel bakış açısını desteklemektedir. Şizofreninin etiyolojisine ilişkin yaygın olarak kabul gören bir diğer açıklama da, kişileri stres-duyarlılık sürecinde ele almaktır: şizofreni hastalığı için belirli bir eşik noktayı geçebilme duyarlılığına kadar genetik ve çevresel etmenler birbirinin etkisini arttırıcı biçimde iş görmektedir.

Hastalığın başlangıç yaşı, başlangıç biçimi, ortaya çıkarıcı etkenlerin varlığı, hastaların erken çocukluk dönemlerinin özellikleri, psikotik atakların süresi, hastaneye yatış sayısı ve süresi, ailede şizofreni öyküsünün varlığı, hastalık öncesi kişilik yapısı, klinik belirtilerin özellikleri, cinsiyet, medeni durum, toplumsal ve mesleki uyum, aile içi ilişkiler ve ailenin tutumu, toplumun gelişmişlik düzeyi, tedaviye uyum ve eşlik eden hastalıklar şizofreninin seyri ile ilişkili bulunnan faktörlerdir.

Şizofrenide birincil tedavi yaklaşımları, psikotik belirtileri yatıştırmaya yarayan antipsikotik ilaçlarla yürütülmektedir. Son yıllarda psikososyal tedavi yaklaşımlarına da büyük ölçüde ağırlık verilmektedir. Elbette ki, böylesine karmaşık bir hastalığın, multidisipliner ve bütüncül bir yaklaşımla ele alınması bir gerekliliktir. Özellikle negatif belirtilerin iyileştirilmesinde çok yönlü ve psikososyal yaklaşımlar önemli bir tedavi unusuru olarak öne çıkmaktadır. Sosyal beceri eğitimi, psikoeğitim, bilişsel onarım tedavileri ve bilişsel davranışçı tedavi yaklaşımları şizofrenının psikososyal tedavisindeki başlıca yaklaşımlardır. Psikososyal müdahaleler, genellikle farmakolojik tedavi ile birlikte sunulduğunda, özellikle işlevselliğin yükseltilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Buna ek olarak, duygu dışa vurumu kavramının ortaya atılmasıyla şizofrenide ailenin rolü önem kazanmış, ailenin de tedavi ekibinin bir parçası olarak düşünülmesine yol açmıştır. Şizofreninin toplumsal tedavisi de bütüncül yaklaşımın bir gereği olarak son zamanlarda psikiyatri ve psikoloji alanında ortaya çıkan uygulamalar arasında yerini almıştır. Toplumsal tedavi yaklaşımları ile birlikte hastane dışı tedaviler, olgu yöneticiliği, TRSM'ler ve dayanışma dernekleri gibi sivil toplum örgütleri de şizofreni hastalarının hayata karışmasını destekleyen değerli uygulamalar olarak sisteme dahil edilmiştir.

KAYNAKLAR

Abel, K.M., Drake, R., Goldstein, J.M. (2010) Sex differences in schizophrenia. *Int Rev Psychiatry*. 22(5):417-428.

Agerbo, E., Sullivan, P.F., Vilhjálmsson, B.J., et al. (2015) Polygenic risk score, parental socioeconomic status, family history of psychiatric disorders, and the risk for schizophrenia: a Danish population-based study and meta-analysis. *J. JAMA. Psychiatry* 72(7), 635-41

Aleman, A., Kahn, R.S., Selten, J.P. (2003) Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 60(6):565-71

Aleman, A., Laroi, F. (2008) *Hallucinations: The science of idiosyncratic perception*. Washington, DC: American Psychological Association.

Amerikan Psikiyatri Birliği, (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı* (5. Ed.). Washington, DC.

Andreaesen, C.N. (2003). *Cesur yeni beyin: Genom çağındaki fetih*. İstanbul: Okuyanus Yayınları

Arieti, S. (1974). *Interpretation of schizophrenia*. New York, NewYork: Basic Books

Atmaca D., Durat G. (2017) Şizofreni hastalarında intihar olasılığının depresyon ve iç görüyle ilişkisi, *Anatolian Journal of Psychiatry*, 18(4), 314-322.

Ayuso-Mateos, J.L., Gutierrez-Recacha, P., Haro, J.M, Chisholm, D. (2006) Estimating the prevalence of schizophrenia in Spain using a disease model. *Schizophr Res*. 86(1-3):194-201.

Bauer, S.M.., Schanda, H., Karakula, H., Olajossy-Hilkesberger, L., Rudaleviciene, P., Okribelashvili. N., Chaudhry, H.R, Idemudia, S.E., Gscheider, S., Ritter, K., Stompe, T. (2011) Culture and the prevalence of hallucinations in schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 52(3):319-25

Beck, A.T. (1952) Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry*, 15(3):305-12.

Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., & Alptekin, K. (2011). Türkiye'de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme *Türk Psikiyatri Dergisi, 22*(1), 40–52

Bland, R.C., Parker, J.H. (1978) Prognosis in Schizophrenia: Prognostic Predictors and Outcome. *Arch Gen Psychiatry*.35 (1):72–77.

Bloch S, Hafner J, Harari E ve ark. (1994) *The Family in Clinical Psychiatry*. New York, Oxford University Press Inc., s. 109-131.

Boksa, P., Luheshi, G.N. (2003) On the use of animal modeling to study maternal infection during pregnancy and prenatal cytokine exposure as risk factors for schizophrenia, *Clin Neurosci Res*, 3(4), 339-346.

Bourque, F., van der Ven E., Malla, A. (2011) A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first-and second-generation immigrants. *Psychol. Med* 41(5),897-910.

Brown, R., Colter, N., Corsellis, J.A.N. (1986) Post-mortem evidence of structural brain changes in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 43, 36 42.

Brown, A.S. (2006) Prenatal infection as a risk factor for schizophrenia. *Schziophr Bull* 32(2): 200 -202

Brown, G. W., Monck, E. M., Carstairs, G. M., & Wing, J. K. (1962). Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Illness. *British Journal of Preventive & Social Medicine*, 16(2), 55–68.

Burns, J.K., Tomita, A., Kapadia, A.S. (2014) Income inequality and schizophrenia: Increased schizophrenia incidence in countries with high levels of income inequality. *Int. J. Soc. Psychiatry*, 60(2), 185-96

Butzlaff, R.L., Hooley, J.M. (1998) Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*.55:547–52.

Cannon, M., Kendell, R., Susser, E., Jones, P. (2003) *Prenatal and Perinatal Risk Factors for Schizophrenia*. In: Murray RM, Jones P.B., Susser E, Van Os, J. ed The epidemiology of schizophrenia. Cambridge: Cambridge University Press, 74-99.

Cantor-Graae, E., Selten, J.P. (2005) Schizophrenia and migration: A Meta-Analysis and Review, *Am J Psychiatry*, 162, 12- 24.

Cardno, A.G., Gottesman, I. (2000) Twin studies of schizophrenia: From bow-and-arrow concordances to Star Wars Mx and functional genomics. *Am J Med Genet*, 97:12.

Castle, D., Scott, K., Wessely, S., et al. (1993) Does social deprivation during gestation and early life predispose to later schizophrenia? *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol* 28(1), 1-4

Chan, K.Y., Zhao, F., Meng, S., et al.(2015) Prevalence of schizophrenia in China between 1990 and 2010. *Glob. J. Health. Sci* 5(1)

Clarle, M.C., Harley, M., Cannon, M. (2006) The role of obstetric events in schizophrenia. *Schizophr Bull* 32 (1): 3-8.

Clayton, D., McKeigue, P.M (2001) Epidemiological methods for studying genes and environmental factors in complex diseases. *Lancet*, 358: 1356- 60.

Craddock, N., O'Donovan, M.C., Owen, M.J. (2009) Psychosis Genetics: Modeling the Relationship Between Schizophrenia, Bipolar Disorder, and Mixed (or "Schizoaffective") Psychoses. *Schizophr Bull*, 35: 482-90.

Craddock, N., Owen, M.J. (2010) The Kraepelinian dichotomy – going, going...but still not gone. *British Journal of Psychiatry*, 196: 92-95.

Daunce, K., Giggs, J., Baker, K., et al.(1993) Schizophrenia in Nottingham: lifelong residential mobility of a cohort. *Br. J. Psychiatry* 163(5), 613-9

David, A. (1990) Insight in psychosis. *Br J Psychiatry*, 156: 798-808.

Deveci, A., Esen-Danaci, A., Yurtsever, F., Deniz, F., Gürlek Yüksel, E. (2008) The effects of psychosocial skills training on symptomatology, insight, quality of life, and suicide probability in schizophrenia. *Turk Psikiyatri Derg*, 19:266–273.

Doğan, O. (2016) Social psychiatry practices in Turkey from yesterday to today. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 17:136-142.

Eaton, W., Chen, C. (2006) *Epidemiology* in: Lieberman J. Stroup T. Perkins D.O. The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia. Washington: American Psychiatric Publishing

Feinberg, I. (1982) Schizophrenia: caused by a fault in programmed synaptic elimination during adolescence, *J Psychiatric Res*, 17, 319-334.

Fleischhacker, W.W., Kane, J.M., Geier, J., Karayal, O., Kolluri, S., Eng, S.M., (2014) Completed and attempted suicides among 18,154 subjects with schizophrenia included in a large simple trial. *J Clin Psychiatry* 2014, 75(3):184-190.

Freedman, D., Deicken, R., Kegeles, L. S., Vinogradov, S., Bao, Y., & Brown, A. S. (2011). Maternal-fetal blood incompatibility and neuromorphologic anomalies in schizophrenia: Preliminary findings. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 35(6), 1525–1529.

Gard DE, Fisher M, Garrett C ve diğ. Motivation and its relationship to neurocognition, social cognition, and functional outcome in schizophrenia. *Schizophr Res*, 2009; 115(1):74-81.

Geddes, J., Mercer, G., Frith, C.D. (1994) Prediction of outcome following a first episode of schizophrenia: A follow-up study of Northwick Park first episode study subjects. *British Journal of Psychiatry*, 165, 664-668.

Giusti-Rodriguez, P., Sullivan, P.F. (2013) The genomics of schizophrenia: update and implications. *J Clin Invest*,123: 4557-63.

Goldberg, S.C., Klerman, G.L., Cole, J.O. (1965) Changes in schizophrenic psychopathology and ward behaviour as a function of phenothiazine treatment. *Br J Psychiatry*, 111:120-133

Goldner, E. M., Hsu, L., Waraich, P., & Somers, J. M. (2002). Prevalence and incidence studies of schizophrenic sisorders: a systematic review of the literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47(9), 833–843.

Gottesman, I.I., Gould, T.D., (2003) The Endophenotype Concept in Psychiatry: Etymology and Strategic Intentions. *Am J Psychiatry*, 160: 636-45.

Göktalay, G., Uzbay, T.İ. (2012) *Antipsikotik İlaçlar:Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi*. İstanbul: Medikal Yayıncılık

Güleç, C., Köroğlu, E., Şenol, S. (2007) *Temel Psikiyatri*, 1: 184-205, Ankara: HYB Yayıncılık.

Harrison, G., Fouskakis, D., Rasmussen, F., Tynelius, P., Sipos, A., Gunnell, D. (2003) Association between psychotic disorder and urban place of birth is not mediated by obstetric complications or childhood socio-economic position: a cohort study. *Psychol Med.* 33(4):723-731.

Hilleke, E., Hulshoff, P., Kahn, R.S. (2008) What Happens After the First Episode? A Review of Progressive Brain Changes in Chronically Ill Patients With Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 34, 354–366

International HapMap Consortium (2003) The International HapMap Project. *Nature*; 426: 789-96.

Işık, E. (2006) *Güncel Şizofreni*, Ankara: Format Matbaacılık.

Sadock, B.J., Sadock, V.A., Ruiz, P. (2016) Kaplan & Sadock Psikiyatri: *Davranış Bilimleri ve Klinik Psikiyatri* çev: Ali Bozkurt. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi

Kebede, D., Alem, A., Shibre, T. ve ark. (2003) Onset and clinical course of schizophrenia in Butajira-Ethiopia--a community-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38: 625-631.

Keshevan, M.S., Diwadkar, V.A., Montrose, D.M., Rajarethinam, R., Sweeney, J.A. (2005) Premorbid indicators and risk for schizophrenia. *Schizophrenia Res* 79: 45-57.

Krabbendam, L., van Os, L. (2005) Schizophrenia and Urbanicity: A Major Environmental Influence—Conditional on Genetic Risk, *Schizophrenia Bulletin*,31(4) Pages 795–799.

Köroğlu, M.A., Bilici, M., Bekaroğlu, M. (1999) Trabzon ili şizofreni prevalansı ve ilişkili sosyodemografik ve klinik özellikler. *35. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Tam Metin Kitabı. Trabzon*, sf. 371-377.

Kücy, L., Üstün, T.B., Güleç, C. (1987) Türkiye'de ruhsal bozukluklar epidemiyolojisi araştırmaları üzerine bir gözden geçirme çalışması. *Toplum ve Hekim*, 44: 16-30.

Leung,A., Chue, P. (2000) Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 401:3-38

Levene, J.E., Lancee, W.J., Seeman, M.V. (1999) The perceived family burden scale: measurement and validation. *Schizophr Res*, 15:22:151-157.

Lewis, D.A., Hashimoto, T., Volk, D.W. (2005) Cortical inhibitory neurons and schizophrenia *Nat Rev Neurosci.*; 6(4):312-24.

Lieberman J.A. (1999) Is schizophrenia a neurodegenerative disorder? A clinical and neurobiological perspective, *Biol Psychiatry*, 46, 729-739.

Lincoln, T.M., Lullmann, E., Rief, W (2007) Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophr Bull* 2007; 33(6): 1324–1342.

Malaspina, D., Harlap, S., Fennig, S. (2001) Advancing paternal age and the risk of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 58(4):361-367.

McGilchrist, I., & Cutting, J. (1995). Somatic Delusions in Schizophrenia and the Affective Psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 167(3), 350-361.

McGuffin, P., Owen, M.J., Farmer, A.E. (1995) Genetic basis of schizophrenia. *Lancet*, 346(8976):678-682.

Mednick, S.A., Machon, R.A., Huttunen, M.O., et al. (1988) Adult schizophrenia following prenatal exposure to an influenza epidemic. *Arch Gen Psychiatry*, 45:189-92.

Mellor, C.H. (1970) First rank symptoms of schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 117, 15–23

Mott, R.H., Small, I.F., Anderson, J.M. (1965) Comparative study of hallucinations. *Arch Gen Psychiatry*. 12:595–601

Mueser KT., McGurk SR. (2004) *Schizophrenia*, Lancet, 363, 2063-2072.

Naeem, F., Kingdon, D., Turkington, D. (2006) Cognitive behaviour therapy for schizophrenia: relationship between anxiety symptoms and therapy. *Psychol Psychother Theor Res Pract*, 79:153-164. 31.

Nasrallah, H.A., Smeltzer, D.J. (2005) *Şizofreni Güncel Tanı ve Tedavi Kitabı*, Ankara: And Yayıncılık, 1: -168

Önder, M.E., Taşçı, D. (1999) Şizofrenide NMDA ve GABA sistemi, *Şizofreni Dizisi*, 2(2):68-75

Önder, M.M., Küçükada, K. (1999) Şizofreni ve dopamin, *Şizofreni Dizisi*, 2(2):45-57

Örsel, S.(2013) 'Özürlülük' kavramından 'engellilik' kavramına geçiş: Değişen kavramlar uygulamaya nasıl yansıyor? *Türk Psikiyatri Derneği Bülteni* 16(3):4-7.

Petersen, L., Mortensen, P.B., Pedersen, C.B. (2011) Paternal age at birth of first child and risk of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 168:82–88.

Provencher HL, Mueser KT (1997) Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophr Res*, 25;26(1):71-80.

Radomsky, E.D., Haas, G.L., Mann, J.J., Sweeney, J.A. (1999),Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Am J Psychiatry*, 156:1590-1595.

Sacker, A., Done, D., & Crow, T. (1996). Obstetric complications in children born to parents with schizophrenia: A meta-analysis of case–control studies. *Psychological Medicine*, 26(2), 279-287.

Sadock, B.J., Sadock, V.A., (2003) *Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*, Ninth edition. New York: Lippincott Williams&Wilkins.

Saha, S., Chant, D., Welham, J. ve ark. (2005) A systematic review of the prevalence of schizophrenia *PLoS Med*, 132- 141.

Saravanan, B., Jacob, K.S., Johnson, S., Prince, M., Bhugra, D., David, A.S. (2010) Out- comeof first-episode schizophrenia in India: longitudinal study of effect of insight and psychopathology. *Br J Psychiatry* 2010; 196(6): 454–459.

Sartorius, N., Shapiro, R., & Jablonsky, A. (1974). The international pilot study of schizophrenia *Schizophrenia Bulletin*, 2, 21-35.

Selten, J.P., Cantor-Graae, E. (2005) Social defeat: risk factor for schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 187: 101-102.

Semple, D.M., McIntosh, A.M., Lawrie, S.M. (2005) Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. *J Psychopharmacol*.19(2):187-194.

Soygür, H., Alptekin, K., Atbaşoğlu, C., Herken, H. (Ed). (2007). *Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar*. Ankara: Türkiye Psikiyatri Yayınları.

Söğütlü, L., Özen, Ş., Varlık, C., Güler, A. (2017) Toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına ruhsal toplumsal beceri eğitimi uygulanması ve sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 18:121-128.

Sullivan, P.F., Kendler, K.S., Neale, M.C. (2003) Schizophrenia as a complex trait: evidence from a meta-analysis of twin studies. *Arch Gen Psychiatry*, 60:1187.

Steen, R.G., Mull, C., McClure, R., Hamer, R.M., Lieberman, J.A. (2006) Brain volume in first-episode schizophrenia: systematic review and meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *Br J Psychiatry*, 188, 510-518.

Szasz T. S. (1974). *The Myth of Mental Illness*, Reviewed edition. New York, NY: Harper Perennial LC

Sağlık Bakanlığı (2011) *Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı*. Ankara

Tansel, E., Aker, A.T., Çakıcı, M., Özeren, M., Erkoç, Ş., Arkonaç, O. (1996) Şizofrenide Görülen Varsanıların Hastalık Şiddeti ve Sanrılar ile Olan ilişkileri. *Düşünen Adam*, 9:21-24

Tarrier, N. (1992) *Psychological treatment of positive schizophrenic symptoms*. In Schizophrenia: An Overview and Practical Handbook (Ed DJ Kavanagh):356-373. London: Chapman & Hall

Tarrier, N., Kinney, C., McCarthy, E., Humphreys, L., Wittkowski, A., Morris, J. (2000) Two-year follow-up of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling in the treatment of persistent symptoms in chronic schizophrenia. *J Consult Clin Psychol* 68 (5), 917-922

Tunca, Z., Özerdem, A. (1999) Serotonin ve şizofreni, *Şizofreni Dizisi*, 2(2), 58-67

Turkington, D., Kingdon, D. (2000) Cognitive behavioural techniques for general psychiatrists in the management of patients with psychoses. *Br J Psychiatry*, 177:101-106

Xiang Y, Weng Y, Li W ve ark. (2006) Training patients with schizophrenia with the community re-entry module: a controlled study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41:464-469

Van Os, J., Rutten, B.P. (2009) Gene-environment-wide interaction studies in psychiatry. *Am J Psychiatry* 166: 964-66.

Veling, W., Hoek, H.W., Mackenbach, J.P. (2008) Perceived discrimination and the risk of schizophrenia in ethnic minorities: a case-control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43: 953- 959.

Vita A., De Peri L., Silenzi C., Dieci M.(2006) Brain morphology in first-episode schizophrenia: a meta-analysis of quantitative magnetic resonance imaging studies *Schizophr. Res.*, 82, 75-88

Werbeloff, N., Levine, S.Z., Rabinowitz, J. (2012) Elaboration on the association between immigration and schizophrenia: a population-based national study disaggregating annual trends, country of origin and sex over 15 years. *Soc. Psychiatry Psychiatr.* Epidemiol 47(2), 303-11.

Wiffen, B.D., Rabinowitz, J., Lex, A., David, A.S. (2010) Correlates, change and 'state or trait' properties of insight in schizophrenia. *Schizophr Res.* 122(1–3): 94–103.

World Health Organization. (2004) *International statistical classification of diseases and related health problems*, 10th revision, 2nd ed. World Health Organization.

Yıldız, M. (2001) Şizofrenide ruhsal toplumsal beceri eğitiminde içerik ve etkinlikler. *Klinik Psikiyatri*, 4:119-123.

Yıldız, M., Veznedaroglu, B., Eryavuz, A., Kayahan, B. (2004) Psychosocial skills training on social functioning and quality of life in the treatment of schizophrenia: A controlled study in Turkey. *Int J Psych Clin Pract* 8:219–225.

Yıldız, M. (2018). *Şizofreni: hastalığı anlamak ve onunla yaşamayı öğrenmek*. Kocaeli: Umuttepe Yayınları

Zorlu, P.K., Bilgiç, Ö., Şahin, T., Zorlu, N. (2017) Şizofrenide Klinik İçgörünün Psikiyatrik Semptomlar ve Bilişsel İşlevler ile İlişkisi *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 30:79-85.

10. Bölüm

YEME BOZUKLUKLARI

F. Elif Ergüney Okumuş

Yemek yeme, açlık dürtüsüyle ortaya çıkan davranışsal tepkilerin yanı sıra biyolojik, duygusal, bilişsel, sosyokültürel pek çok faktörden etkilenen, insan yaşamının temel fonksiyonlarından biridir. Aslında birçoğumuzun farkında olmadan belki de nefes almak kadar doğal bulduğu yeme davranışı, bazı durumlarda hayatı tehdit eden psikolojik rahatsızlıklara dönüşebilir.

Yeme Bozuklukları (YB); temelinde psikolojik, nörobiyolojik, genetik ve sosyal etmenlerin rol oynadığı; kişinin beden şekli, kilo ve yemeyle ilgili düşüncelerle aşırı meşguliyeti sonucunda bozulmuş yeme davranışlarıyla karakterizedir. Kilo almayı engellemek ya da şişmanlama korkusu sebebiyle gerçekleştirilen bozulmuş yeme davranışları, telafi edici/dengeleyici davranışlar olarak da isimlendirilir. Bunlar arasında en yaygın görüleni diyet olup kendini kusturma, zayıflama ilaçları kullanma, idrar ya da bağırsak söktürücü maddeleri aşırı kullanma ve egzersiz yapma da sayılabilir. Sosyokültürel etmenlerle şekillenen güzellik algısı, kişilerin bedenlerine yönelik olumsuz tutumlar geliştirmesine sebep olabilmekte bozulmuş yeme davranışları da "ideal bedene" sahip olmanın bir yolu olarak öne çıkmakadır. Yeme bozukluklarının en bilenenleri Anoreksiya Nervoza (AN) ve Bulimiya Nervoza (BN) olup her iki bozuklukta da kilo alma kaygısı, beden ve yemeyle ilgili aşırı uğraş sonucunda telafi edici davranışlar gözükür, ancak kişinin kilosunun normal sınırlarda olup olmaması, yeme davranışları, telafi edici davranışlar ve bunların sıklığı farklılaşabilmektedir.

Modern çağda dikkat çekmiş olsa da aslında vaka örneklerine 14. yüzyıldan itibaren rastlanır (Noffke, 1994). AN, 17. yüzyıldan beri bilinmekte olup 1960'larda Batı dünyasında önem kazanmaya başlamıştır (Gull, 1874). Öte yandan BN'deki bulimik davranış ortaçağdan beri bildirilmekte olup psikolojik bozukluk olarak 1980'lerde ilk kez DSM'de yer almıştır. DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) yeme bozukluklarını AN, BN ve Başka Türlü Adlandırılamayan Yeme Bozuklukları (BTA YB) olarak ele almaktaydı. DSM-5 (American Psychiatric

Association, 2013) Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu'nu (TYB) da ayrı bir tanı olarak ekleyerek, Pika, Geri Çıkarma, Kaçıngan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluklarını da içeren "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" kategorisine yer vermiştir.

Bu bölümde yeme bozuklukları; Anoreksiya Nervoza, Bulimiya Nervoza ve Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu odağında klinik görünüm, tanı kriterleri, epidemiyoloji, etiyoloji ve tedavi seçeneklerine yer verilecek ayrıca obezite ve beslenme bozukluklarından kısaca bahsedilecektir.

YEME BOZUKLUKLARINDA GENEL GÖRÜNÜM VE TANI KRİTERLERİ

VAKA ÖRNEĞİ 1

Aslı

Aslı, 28 yaşında, öğretmen, ailesinin yönlendirmesiyle psikiyatri kliniğine başvurmuştur. Boyu 1.60 ve şu anda 43 kiloda, Anoreksiya Nervoza tanısı ile takip edilmektedir. Kilo alma korkusu sebebiyle yemeyi kısıtlamakta, çoğu zaman günde tek bir öğün yemekte, bazı akşamlar tıkınma atakları yaşamakta ve ardından kendini kusturmaktadır. Bedeniyle ilgili kaygıları 14 yaşında, yaşadıkları ülkeden göç ederek Türkiye'ye döndükleri dönemde başlamıştır. Anne ve babasının duygusal açıdan uzak olduğunu, annesi yoğun çalıştığı için çocukluktan itibaren kardeşine kendisinin baktığını belirtmiştir. İlk kez lise döneminde hoşlandığı çocuğun dikkatini çekmek için diyet yapmaya başladığını ve kilo verdikçe etrafından iltifat almanın hoşuna gittiğini söylemiştir. Akademik başarısının yanı sıra okulun koşu takımında da yer almış ve başarılı bir okul hayatı geçirmiştir. Üniversite için şehir dışına gittiğinde yeme düzeninin değişmesi ve stresin etkisiyle kilo aldığını, bu dönemde zayıflamak için bağırsak söktürücü ilaçlar kullandığını söylemiştir. Sıkı diyet sebebiyle hep aç olduğunu ve genellikle arkadaşları/ailesiyle yaşadığı tartışmaların ardından tıkınma atakları yaşadığını, sonrasında kendini iğrenç ve suçlu hissettiği için kusturduğunu belirtmiştir. Üniversiteyi bitirip yeniden ailesinin yanına döndüğü dönemde şikayetleri artmış; ailesi ona, daha çok yemek yemesi için baskı yapmaktaymış. İş yerinde yoğun ve stresli bir ortamda çalıştığını, gün boyu neredeyse hiçbir şey yemediğini; ancak akşam işten çıkınca kendini çok aç, yalnız ve mutsuz hissettiğinde yeme atakları yaşadığını belirtmiştir. Şişmanlama korkusunu ise şöyle anlatmaktadır: "Zayıf olmak hayattaki en önemli başarım, ben irademi kontrol edebiliyorum, evet belki yemezsem öleceğim ama yersem ve şişmanlarsam da ölürüm.".

Anoreksiya Nervoza

Anoreksiya nervoza; fizyolojik, davranışsal ve bilişsel özellikleri olan beraberinde ciddi medikal ve psikiyatrik problemlerin eşlik ettiği karmaşık bir psikiyatrik durumdur. İlk kez milattan sonra 383 yılında Roma'da inançları uğruna ruhsal temizlenme amacıyla kendilerini aç bırakmaları sonucu ölen bir grup kadından bahsedilmektedir (Pearce, 2004). Dini gerekçeler

ile kendini aç bırakmak veya oruç tutmak pek çok inanışta yer alır. Ancak psikolojik etmenler doğrultusunda kişilerin kendini aç bırakması sonucu ciddi tıbbi problemlerin ortaya çıkabildiğini gösteren ilk AN vakaları 1873 ve 1874 yılında bildirilmiştir (Gull, 1874; Lasègue, 1873). AN, duygusal iştahsızlık anlamına gelse de aslında bunu deneyimleyen kişiler iştahsızlık çekmemekte, aksine zihinleri yemekle fazlasıyla meşgul olmaktadır. Hatta bazı kişiler sık sık yemekle ilgili rüyalar gördüklerini bildirmektedir (Ergüney-Okumuş, Başer-Baykal, Deveci ve Karaköse, 2018).

Tablo 1. DSM-5 Anoreksiya Nervoza Tanı Kriterleri ve Alt türleri

A. Besin alımını kısıtlama sebebiyle yaş, cinsiyet, gelişimsel düzey ve sağlık açısından belirgin şekilde düşük beden ağırlığına sahip olunması.

B. Aşırı miktarda kilo alma korkusu, düşük kiloda olunmasına rağmen kilo alımını önlemek için süreklilik gösteren davranışlar.

C. Kendini değerlendirmede beden şekli ve kiloya aşırı önem verilmesini içeren beden imgesinde bozulma.

Kısıtlayıcı tür. Yemenin kısıtlanması ya da aşırı egzersiz ile kilo kaybı olan, son üç aylık sürede tıkınırcasına yeme ve çıkarma (kusma, idrar/bağırsak söktürücü ilaç kullanımı vb.) dönemlerinin görülmemesi ile karakterizedir.

Tıkınırcasına yeme/çıkarma türü: Son üç aylık süreçte tekrarlayan tıkınırcasına yeme ve çıkarma dönemleri ile karakterizedir.

Yukarıda AN için DSM-5 tanı kriterleri belirtilmiş olup bunlara yakından baktığımızda öncelikle besin alımının kısıtlanması sebebiyle vakaların sağlıklı kilonun altında olduğu görülür. Kişinin kilosu; cinsiyetine, yaşına, boyuna ve gelişim düzeyine göre normal kabul edilen kilonun altındadır. DSM-IV-TR, beklenen kilonun %85'inden az kiloda olmayı düşük kilo olarak adlandırmaktaydı ancak bunun hesaplanması oldukça zor ve değişken olabileceği için DSM-5'te yapılan değişiklikle düşük kiloda olma durumu klinik karar doğrultusunda değerlendirilmeye başlandı. Düşük kilonun nasıl tespit edileceği ile ilgili en yaygın kabul gören yöntem Beden Kitle Endeksi (BKE) üzerinden yapılan hesaplamadır. Şekil 1'de BKE'nin nasıl hesaplandığı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO, 1993) kabul ettiği aralıklar yer almaktadır. Bu ölçüm, genel bir fikir verir ancak kişinin cinsiyeti ve vücudundaki yağ oranının da normal kiloyu etkileyen faktörler arasında yer aldığı unutulmamalıdır. Çocuk ve gençlerde ise; beklenen büyüme aralığının 5 persentil gerisinde kalmak düşük kiloya işaret eder.

Normal kilonun altında yer almak, AN tanısı için birincil şart olmakla birlikte düşük kilolu olan her bireyin bu tanıyı alacağı anlamına gelmez. Buradaki ayrım, düşük beden ağırlığının kişi için aşırı derecede önemli olması ve bu düşük kiloyu korumak için çoğunlukla diyet yapma gibi telafi davranışlarına başvurulmasıdır. Bu diyetler genelde çok az kalorili yiyecekleri içerir ve pek çok kişi, yasaklı olarak kabul ettikleri yiyecekleri (örneğin; ekmek, makarna, pizza, tatlılar vb.) yemekten kaçınır. Ayrıca öğün atlama ve yemeği çiğneyip tükürme gibi davranışlar da ortaya çıkabilir. Aynı zamanda kendini kusturma, idrar ya da bağırsak söktürücü kullanımı ve aşırı egzersiz yapma davranışları da düşük kiloya ulaşmak ya da düşük kiloyu korumak amacıyla kullanılabilir. Düşük beden ağırlığına sahip

olmak, kadınlarda çoğu zaman amenore denilen menstruasyonun (adet) kesilmesini ortaya çıkarabilir. Amenore, kendi içerisinde ikiye ayrılır. Birincil amenore, kişide beklenen gelişim döneminde menarş görülmemesi; ikincil amenore ise kişide menarş sonrasında 3 ardışık siklusun (menstrüel döngünün) görülmemesidir. Amenore, DSM-IV'te AN tanı kriteriyken DSM-5 bu kritere yer vermez. Çünkü bazen çok düşük kilolarda dahi menstruasyon devam edebilir. Buna ek olarak, bu kriter erkeklerde tanı koymayı zorlaştırır. Ayrıca amenoreyi ortaya çıkaran kilo kaybının dışında başka faktörler de olabilir.

BKE: kilo/boy^2
Örneğin; 1.60 boyunda ve 55 kilo olan bir kişide BKE: $55/(1.60)^2 = 21,48$
Zayıf: ≤ 18.5
Normal: 18.6-24.9
Kilolu: 25-29.9
Obez: ≥ 30

Şekil 1: Beden Kitle Endeksi'nin (BKE) Hesaplanması ve Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO, 1993) göre BKE Kategorileri

Bir diğer önemli kriter ise belirgin kilo alma korkusudur ve bu korku kilo kaybetmeyle azalmamaktadır. Yani kişiler ne kadar düşük kiloda olsalar da (örneğin; 35 kiloda dahi) şişmanlamaktan kaygı duyabilir. Çoğu zaman AN'si olan kişilerin zihinlerinde ideal beden ağırlıklarına dair net ve katı bir rakam olabilmektedir. Örneğin, kişi *"Yalnızca 45 kiloda olursam zayıf ve güzel olurum."* gibi katı bir inanca sahip olabilir. Bu rakam sağlıklı kilonun altında olmanın yanı sıra, bu rakama ulaşıldığında dahi kilo alma korkusu ortadan kalkmayabilir. Şişmanlama korkusu, ilk kriterde belirtilen kilo almayı engelleyici telafi davranışlarının sürdürülmesindeki en önemli etkendir.

Anoreksiyanın DSM-5'e göre üçüncü kriteri ise kişinin kendini değerlendirirken kilo ve bedene aşırı önem vermesiyle karakterize olan beden imgesindeki bozulmadır. Beden imgesi kavramı çok boyutlu bir yapıya sahip olup kişinin kilo, beden şekli ve görünüşünün zihnindeki içsel temsili olarak açıklanır (Slade, 1994). Bilişsel-duygusal, algısal ve davranışsal olarak değerlendirebileceğimiz beden imgesi kavramının yeme bozukluklarındaki psikolojik rahatsızlığın temelinde yer aldığı ve bozukluğun düzelmesinin de ancak olumlu bir beden algısına sahip olunmasıyla mümkün olduğu varsayılır (Bruch, 1962). YB hastaları beden algısındaki bozulma sonucu kendilerini olduklarından daha kilolu algılayabilir (Cash ve Deagle, 1997). Burada kişilerin gerçeklik algılarının bozulması değil; bedenlerinin, zihinlerindeki yansımasının çarpık olduğu ifade edilmektedir. Örneğin, çok zayıf kilodaki anoreksik hasta ayna karşısındayken kilolu olmadığını ifade edebilir; ancak kalçalarının ya da göbeğinin kendisine şişman geldiğini söyleyebilir. Kişiler özellikle bedenlerinde kalça, karın, bacaklar ve kollar gibi bölgeleri şişman algılayabilir, dümdüz bir karna sahip olmak ya da bacakların iç kısımlarının arasında boşluk olması gibi kriterlere fazlasıyla önem verebilir.

Beden imgesinin bilişsel-duygusal boyutu; kişilerin bedenlerine yönelik tutumları, düşünceleri ve duyguları içerir. Bu bağlamda beden memnuniyetsizliği ergenlikten itibaren kadınlar arasında neredeyse bir norm olarak görülmekle birlikte (Ergüney Okumuş, Sertel Berk ve Yücel, 2019; Neighbors ve Sobal, 2007; Uskun ve Şabaplı, 2013) yeme bozukluklarındaki beden memnuniyetsizliğinin çok yönlü, zaman alıcı ve kişinin işlevselliğine etkisinin daha fazla olduğu bilinmektedir (Cash ve Deagle, 1997). Beden memnuniyetsizliği arttıkça kişiler örneğin, zayıflama haplarının kullanımı gibi daha çok zayıflama yöntemine başvurabilir (Cihan ve Bozo, 2012). Son olarak beden imgesinin davranışsal boyutu ise tartılma, beden bölgelerini kontrol etme, dar kıyafetler giyme, aynaya bakıp bedeni kontrol etme gibi bedenle ilgili davranışları içermekte olup vakaların gün içerisinde fazlasıyla vaktini almaktadır. Bazen de kişiler bu davranışlardan yoğun olarak kaçınmaktadırlar.



Şekil 2. Beden imgesinin davranışsal boyutunca bedeni kontrol edici davranışlar yaygındır. Kişiler sıklıkla bedenlerindeki belirli bölgeleri elleriyle ya da mezurayla ölçebilmektedir.

DSM-5, AN için iki alt tür tanımlar. Kısıtlayıcı tip, enerji alımının kısıtlanması ile karakterizeyken; tıkınırcasına yeme/çıkartma tipinde ise tekrarlayan tıkınırcasına yeme ataklarının ardından yediklerini çıkarma davranışları görülür. Tıkınırcasına yeme, ortalama iki saatlik bir süre içerisinde başkalarının aynı koşullarda yiyebileceğinden çok daha fazla miktarda yemeğin, kişi sanki hiç duramayacakmış ya da kendini kontrol edemeyecekmiş gibi hissederek tüketildiği bir yeme atağıdır. Bölümün ilerleyen kısmında daha detaylı ele alınacak tıkınırcasına yeme ataklarının sonrasında kişiler yediklerini dengelemek için çeşitli yöntemlere başvurabilir. Çıkarma; çoğunlukla kendini kusturma olarak bazen de kendiliğinden kusma olarak görülen en yaygın dengeleyici davranıştır. AN'nin bu alt tipleri mevcut şikayetleri tanımlamakta yardımcı olmakla birlikte, bu ayrımın yordayıcı geçerliği zayıftır. Alt tipler arasında geçiş yaygın olduğu gibi kısıtlayıcı tipte olan vakaların yarıya yakını tıkınırcasına yeme/çıkarma tipi ya da BN geliştirebilmektedir (Eddy ve



Şekil 3. "To the bone (Kemiklerine Kadar)" filminde bir Anoreksiya Nervoza vakasını canlandıran aktrist Lily Collins geçmişte Anoreksiya tanısı alarak tedavi olmuş, film çekimlerinde hastalığın yeniden nüks etmemesi için psikolojik destek almıştır.

ark., 2008). AN'nin tıkınırcasına yeme/çıkartma tipi BN ile benzerlik gösterir, aradaki belirgin fark AN vakalarının normal kilonun altında olmasıdır. Ayrıca AN'deki tıkınırcasına yeme ataklarının sıklığı daha düşük ve bu ataklarda tüketilen yiyecek daha az olabilmekte; yani sübjektif bir tıkınma atağı görülebilmektedir. AN'nin iki alt tipi arasında bir takım farklılıklar olduğunu bildiren araştırmalar da vardır. Örneğin tıkınırcasına yeme/çıkartma tipinde olan vakaların daha yüksek oranda dürtüsel davranış, ek kişilik bozukluğu tanısı, sosyal içe çekilme, kendine zarar verici davranışlar gösterdiği, kısıtlayıcı tiptekiler de ise mükemmeliyetçilik düzeyinin fazla olduğu bulunmuştur (Peat, Mitchell, Hoek ve Wonderlich, 2009).

Düşük kilolu anoreksik hastalarda rahatsızlık dışarıdan görülmekle birlikte pek çok kişi kendi isteği ile yardım başvurusunda bulunmayabilir (Yücel ve ark., 2011). Özellikle çocuk ve ergen hastalarda bilişsel, duygusal ve gelişimsel faktörlerin etkisiyle semptomların bildirilme becerisinin azalması ya da kendini olduğundan iyi gösterme çabası klinik görünümde dikkat çekmektedir (Weaver ve Liebman, 2011).

VAKA ÖRNEĞİ 2

Burcu

Burcu, 19 yaşında üniversite öğrencisi, yemeyi kontrol edememe ve kusma şikayetiyle hastanenin psikiyatri servisine ailesinin yönlendirmesiyle gelmiştir. İki yıldır neredeyse hergün tıkınırcasına yeme ve kusma atakları geçirmekte, ayrıca günaşırı ortalama 3 saati bulan egzersizler yapmaktadır. Şu anda 58 kiloda olan Burcu, 1.65 boyundadır, geçmişte sıkı diyet yaptığı dönemde 46 kiloya düştüğünü ve o zaman bile "yeterince zayıf" hissetmediğini söylemiştir. Diyet yapmaya hâlen devam etmekte, günün çoğu, yiyeceklerini planlama ile geçmekte, ayrıca gördüğü herkesle kendi bedenini kıyaslamakta; hatta bu sebepten derslerine dikkatini verememektedir. Yapılan psikolojik değerlendirmede Bulimiya Nervoza tanısının yanı sıra Burcu'nun Majör Depresif Bozukluk tanı kriterlerini de karşıladığı anlaşılmıştır. Hep kilolu bir çocuk olduğunu söyleyen Burcu, ablasının kendisinden daha zayıf olduğunu, bu yüzden bedenini hiç sevmediğini hatırlamaktadır. Annesi kanser tanısı aldığında 13 yaşındaymış ve bu dönemde evdeki sorumlulukların kendi üzerine kaldığını, ablası ve babası çalıştığı için annesine de baktığını, bu yüzden okul başarısının düştüğünü söylemiştir. En yakın arkadaşının da çok zayıf olmasından etkilendiğini ve diyet yapmaya başladığını, 46 kiloya kadar düştüğünü belirtmiştir. Lisede sınıfta kalmasının ardından tıkınma atakları başlamış ve 68 kiloya çıkmış, üniversite sınavına hazırlık sürecinde spor yapıp kendini kusturarak kilo sorununu çözmeye çalışmış. Üniversitede özellikle sınav dönemlerinde şikayetleri artmış. Sonraki seanslarda Burcu'nun çocukluğunda cinsel ve fiziksel istismar öyküsü olduğu, bu dönemden itibaren zaman zaman disosiyatif belirtiler gösterdiği, 3 yıl önce erkek arkadaşıyla ayrıldığında intihar girişiminde bulunduğu ve kusma ataklarının ardından konversif belirtiler (titreme, bayılma gibi) deneyimlediği öğrenilmiştir.

Bulimiya Nervoza

Bulimik davranış, Antik Romalılar zamanında zenginlik ve varlığın bir göstergesi sayılıp Yunanca "öküz eti açlığı" anlamına gelmektedir. BN, tıkınırcasına yeme ve çıkarma ile karakterize bir psikolojik rahatsızlık olarak ise 1980'lerde belirlenmiş ve DSM'de yerini almıştır (Russell, 1979). BN, AN'ye göre tanı konulması daha güç bir psikolojik rahatsızlıktır. AN'de kişilerin kilo kaybı dışarıdan belirginken veya fiziki muayenede kolayca belirlenebilmekteyken, BN için bu geçerli değildir. BN tanılı kişiler normal kiloda ya da kilolu olabilmektedir. Ayrıca hastaların hepsinde aynı belirtiler de olmayabilir. Öte yandan pek çok kişi semptomlarını gizleyebilmekte; dolayısıyla hastalığın başlangıcından oldukça sonraki dönemlerde tanı konulabilmektedir. BN tanısı için kişinin son 3 ayda yineleyen tıkınırcasına yeme atakları ve bu atakların ardından kilo almayı engellemek için yapılan telafi davranışlarının olması gerekir. DSM-IV, tıkınırcasına yeme ve dengeleme davranışları için haftada en az iki kez ve üç aylık bir süre önerirken, DSM-5 tanıyı daha da genişletmek amacıyla sıklığı haftada bir olarak değiştirmiştir.

Tablo 2. DSM-5 Bulimiya Nervoza Tanı Kriterleri

A. Tekrarlayan tıkınırcasına yeme atakları. Bu ataklar aşağıdaki özellikleri içerir:
   1. Benzer durumlarda ve benzer sürede başkalarının yiyebileceğinden daha çok miktarda yiyeceğin belirli bir zamanda (örneğin, 2 saatlik bir sürede) yenmesi;
   2. Bu atak sırasında yemeyle ilgili kontrolü kaybetme, ne miktarda yediğini denetleyememe ve yemeği durduramayacakmış gibi olma hissi.

B. Kilo almayı engellemek için tekrarlayan telafi davranışlarında bulunma. Örneğin; kendini kusturma, laksatif/idrar söktürücü ilaçları kullanma, aşırı diyet/egzersiz yapma.

C. Tıkınırcasına yeme atakları ve telafi davranışları ortalama üç aylık sürede haftada en az bir kez olmaktadır.

D. Kişi, kendini değerlendirmede beden şekli ve kilosuna aşırı önem vermektedir.

E. Bu bozukluk, sadece anoreksiya nervoza sırasında ortaya çıkmamaktadır.

Tıkınırcasına yeme, yeme bozukluğu patolojilerinde karşımıza sık çıkan bir bozulmuş yeme davranışıdır. Hepimiz yemek yemeyi bazen fazla kaçırabiliriz ya da gecenin bir yarısı büzdolabına gidip bir şeyler atıştırabiliriz. Muhtemelen o son dilimi yediğimiz için pişmanlık duyabilir veya sadece canımız sıkkın olduğu için bir iki paket çikolatayı hızlıca tüketebiliriz. Buna benzer deneyimler bazen tıkınma atağı olarak kişiler tarafından adlandırılsa da, tıkınırcasına yeme nöbetleri bazı belirgin özellikleri ile bu yeme ataklarından ayrılır. Tıkınırcasına yemenin en yaygın tanımı, ortalama iki saatlik bir sürede, benzer koşullarda başkalarının yiyebileceğinden daha fazla miktardaki yiyeceğin tüketildiği ve bu süreçte sanki kişinin kendini durduramayacakmış ve kontrolünü kaybetmiş gibi hissettiği yeme ataklarıdır. Buna ek olarak yenilen yiyeceğin miktarını kontrol edememek ya da ne miktarda yendiğinin atak sona erinceye kadar fark edilememesi de deneyimlenebilir. Bu ataklar sıklıkla kişiler yalnızken meydana gelir. Örneğin; bölüm başında bahsedilen Aslı deneyimlediği ataklardan birinde, iş çıkışı kendisini çok yalnız, aç ve keyifsiz hissettiğini, bir fast-food restronuna giderek 2 büyük boy menüyü paket yaptırdığını, sonra markete uğrayarak cips, kola, çikolata, gofret, kek gibi abur cuburlar ve bir kilo kadar şerbetli tatlı aldığını söylemiştir. Eve gelip odasına çekilerek kapıyı kilitlemiş, aldıklarını 1.5 saat içinde bitirmiştir. Tıkınırcasına yeme ataklarında çoğunlukla şekerli, yağlı ve fast food gıdalar tercih edilmekle birlikte bu durum her zaman geçerli değildir. Diğer vaka örneğinde



Şekil 4. Tıkınırcasına yeme atakları, kısa sürede fazla miktarda yiyeceğin (genellikle fast food, kalorisi yüksek türde yiyecekler) belirli bir sürede tüketildiği ataklardır.

Burcu'nun tıkınma atağında tükettikleri şöyledir: 3 kase tavuk çorbası, bir tencere pırasa yemeği, 4 tabak bulgur pilavı, bir kutu yoğurt. Bu durum özellikle *ortoreksiya nervoza* denilen sağlıklı beslenme takıntısında karşımıza çıkabilir.

Tıkınırcasına yeme atakları genelde stresle ve duygusal değişimle tetiklenip özellikle olumsuz sosyal deneyimler sonrasında gerçekleşebilir (Lavender ve ark., 2014; Sesverir, 2015). Ataklar kimi zaman kısa süreli bir rahatlama verse de sonrasında iğrenme, pişmanlık, aşırı tokluk hissi ve mide rahatsızlıkları deneyimlenir ve çeşitli telafi davranışları gerçekleştirilebilir. Atakla alınan kalorinin dengelenmesi için en yaygın olarak kusma davranışı olmak üzere diyet yapma, egzersiz, idrar söktürücü/bağırsak boşaltıcı da kullanılabilmektedir. DSM-IV'de kusmanın olup olmamasına bağlı olarak BN, çıkartma olan ve çıkartma olmayan şeklinde ikiye ayrılmaktaydı. Ancak bu alt tiplerin çok geçişken olması ve çıkartma olmayan tip ile tıkınırcasına yeme bozukluğunun ayırt edilmesinin zorluğu sebebiyle DSM-5, BN için alt tip belirtmemiştir. Yine de her bulimik vakanın dengeleme için kusma yöntemini kullanmayabileceği unutulmamalıdır.

Son olarak BN'de de tıpkı AN'de olduğu gibi; kişi kendini değerlendirmede beden şekli ve kilosuna aşırı önem vermekte, sıklıkla beden memnuniyetsizliği yaşamaktadır. Kilo ve bedenle ilgili aşırı zihinsel meşguliyet sebebiyle kişilerin işlevselliği etkilenebilmektedir. Klinik görünüme bakıldığında vakaların semptom bildiriminden kaçındıkları dikkat çekmektedir. Bunun en önde gelen sebepleri arasında utanç ve rahatsızlık sonucunda tıkınma ve dengeleme davranışlarının saklanması gelmektedir. Örneğin; tıkınma atakları çoğunlukla yalnızken, başkalarından gizli bir şekilde ortaya çıkmakta, kişi hem yiyeceklerini ve hem de telafi davranışlarını (banyoda gizlice kusma gibi) gizlemektedir. Dolayısıyla AN'den farklı olarak kişiler aslında yemeyle ilgili sorunları olduğunun farkında ancak bunu saklama eğiliminde olabilmektedir. Bu sebeple genellikle semptomlardan rahatsız olduklarını bildirmekle birlikte aynı zamanda kilo dengelemede semptomların işlevini düşünerek tedaviye yönelik ambivalans gösterebilmektedir.

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu

DSM-IV'de BTA yeme bozukluğu olarak belirtilen Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB), Anoreksiya nervoza ve bulimiya nervozaya kıyasla daha yeni bir kategori olarak DSM-5 ile yeme bozukluğu tanıları arasında yerini almıştır. TYB, tekrarlayan tıkınırcasına yeme atakları-na karşın, bunu telafi edici herhangi bir uygun olmayan dengeleme davranışını (kusma, diyet, egzersiz gibi) içermez. Tanıda tekrarlayan tıkınma dönemlerinin 3 ay için haftada en az 1 kez görülmesi kriterine ek olarak tıkınırcasına yeme ataklarının stresle tetiklendiği, daha hızlı yeme, doyduktan sonra da yemeye devam etme, aç olunmamasına rağmen yeme, yenilenlerin miktarın-

dan utanma ve yalnız yeme gibi özellikleri içerir. DSM-IV'te tıkınma olan günlerin sayısı belirlenmekteyken, DSM-5 tıkınma ataklarının sayısına odaklanır. Ayrıca DSM-IV'te haftada iki kez ve 6 aylık süredir tıkınma ataklarının olması gerekliliği, DSM-5 ile haftada bir ve en az 3 aylık bir süre olarak değişmiştir. TYB'de beden imgesi bozukluğu bir tanı kriteri olmamasına karşın vakaların büyük kısmı kendilik değerini belirlerken kilo ve beden şekline odaklanır (Fairburn, 2008). TYB normal kilolu kişilerde görülmekle birlikte, obeziteye de eşlik edebilir (McCuen-Wurst, Ruggieri ve Allison, 2018).

TYB tanısı koymadaki en önde gelen zorluklardan biri tıkınırcasına yeme ataklarının gerçekten bir tıkınırcasına yeme atağı olup olmadığının belirlenmesidir. Çünkü bu tanımda net objektif kriterler bulunmamasının yanı sıra "çok miktarda yemek" oldukça geniş bir anlama sahiptir. Ayrıca kişiler çoğunlukla tıkınırcasına yeme atağı sırasında tam olarak ne miktarda ya da hangi yiyecekleri tükettiklerini hatırlamamakta veya bunu başka biriyle paylaşmakta zorlanabilmektedir. Bazen de özellikle çok yemenin norm kabul edildiği kültürel durumlar söz konusu olabilir. Bayram ziyaretleri, partiler, açık büfe/yiyebildiğini ye tarzındaki restoranlar bunlara örnektir. Bu bağlamda yemeğin tek başına mı başkalarıyla mı yendiği, tam olarak yeme atağının ne zaman başlayıp ne zaman bittiği, örnek verilen duruma göre tüketilen yiyecek miktarının aşırı olup olmadığı detaylı olarak sorgulanmalıdır. Yine tanı kriterleri içerisinde dikkat çeken "yeme üzerinde kontrol kaybı" hissi ise bazen deneyimlenmeyebilir. Bunun sebebi kişilerin hâlihazırda kontrol konusunda kendilerini başarısız hissetmeleri sonucu kontrol girişiminde bulunmamaları ya da tıkınma atağını önceden planlı olarak gerçekleştirmeleri olabilir. Dolayısıyla tanı koyma sürecinde her ne kadar tanı kriterleri yol gösterse de, klinik karar ve vaka öyküsü önemli rol oynar.

Tablo 3. DSM-5 Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu Tanı Kriterleri

A. Aşağıdaki özellikleri içeren tekrarlayan tıkınırcasına yeme atakları;
   1. Benzer durumlarda ve benzer sürede başkalarının yiyebileceğinden daha çok miktarda yiyeceğin belirli bir zamanda (örneğin, 2 saatlik bir sürede) yenmesi,
   2. Bu atak sırasında yemeyle ilgili kontrolü kaybetme, ne miktarda yediğini denetleyememe ve yemeği durduramayacakmış gibi olma hissi.

B. Tıkınırcasına yeme nöbetine aşağıdakilerden en az üçü eşlik eder:
   1. Normalden hızlı yeme,
   2. Rahatsızlık verecek düzeyde tokluk hissedene dek yeme,
   3. Bedensel açlık duymuyorken aşırı miktarda yeme,
   4. Yenilen miktardan utanıldığı için yalnızken yeme,
   5. Yemenin ardından kendinden tiksinme, çökkünlük ya da suçluluk duyguları hissetme.

C. Tıkınırcasına yemenin belirgin sıkıntı yaratması.

D. Tıkınırcasına yemenin üç aylık sürede haftada en az bir kez olması.

E. Tıkınırcasına yemenin ardından telafi davranışlarının olmaması.

Tanımlanmış Diğer Bir Beslenme ve Yeme Bozukluğu

DSM-IV'de BTA-YB olarak ele alınan, AN ya da BN'nin tüm tanı kriterlerinin karşılanmadığı durumlarda kullanılan tanı kümesi, DSM-5 ile değiştirilerek "tanımlanmış diğer bir beslenme ve yeme bozukluğu" adını almıştır. Bu kategori içerisinde; *atipik anoreksiya nervoza* (AN'nin

tüm kriterlerinin karşılanıp sadece düşük kilonun olmaması), *eşik altı bulimiya nervoza* (BN özelliklerinin sıklık ve süresinin karşılanmaması), *eşik altı TYB* (tıkınırcasına yeme ataklarının haftada birden ya da 3 aylık bir süreden az olması) en sık karşılaşılan durumlardır. Bunlara ek olarak az miktarda yiyeceğin ardından dahi çıkarma davranışının olduğu *çıkarma bozukluğu* (Keel, Headt ve Edler, 2005) ve geceleri fazla miktarda yiyeceğin tüketildiği *gece yeme sendromu* da tariflenmiştir (Stunkard, Grace ve Wolff, 1955; Allison ve ark., 2010). Bu bozukluklar ve eşik altı YB, diğer YB tanılarına göre daha yaygın görülmekte, klinik görünüm ve kişilik özelliklerine ek olarak tedavide de diğer YB tanılarından farklı olmamaktadır (Riesco ve ark., 2018).

YAKIN BAKIŞ 1 Yemek Yemenin Psikolojisi

Sevdiğiniz bir yemeği yediğiniz anı düşünün, nasıl da keyif alıyoruz değil mi? Yemek yeme basit olarak açlık dürtüsüyle tetiklenen bir tepki şeklinde tanımlanabilir ancak bundan çok daha fazlasıdır. Psikofizyolojik açıdan incelediğimizde; açlık durumu yeme dürtüsünü oluşturur ve kişiler yeme isteğini hisseder böylece yeme davranışı ortaya çıkar. Tokluk ise açlığın tam tersi bir durum olarak artık yeterli yiyeceğin alındığı hissi ile yeme davranışının durdurulmasına dair motivasyonu içerir. Hipotalamusun kontrolünde gerçekleşen bu metabolik süreç, aynı zamanda bizim duygu, düşünce ve davranışlarımızla da yakından ilgilidir. Örneğin, stres durumunda kimi insanlar daha fazla yemek yiyerek rahatlarken, kimilerinde iştahsızlık görülebilir. Yeme davranışı biyolojik olarak beslenme davranışı şeklinde ele alınıp ne zaman ve neden yediğimiz "homeostatik denge" ile açıklanır. Homeostasis kavramı, Walter Cannon (1929) tarafından; organizmanın faaliyetlerini yürütebilmesi için biyolojik değişkenlerin belirli aralıklarda düzenlendiği bir mekanizma olarak tanımlanmıştır. Negatif geri bildirim sistemiyle çalışan bu mekanizma sayesinde sıcak olduğunda terleyerek organizma kendini soğutur, dehidrasyon olduğunda susarız ve su içerek bedenin su ihtiyacını karşılarız, açlık durumunda da yeme davranışı ortaya çıkar. Bu bağlamda her bir bedensel değişkenin, organizmanın faaliyetlerini sürdürebilmesi için belirli bir aralığı olduğunu varsayabiliriz. Örneğin, beden sıcaklığımız 36.5-37.5 aralığındadır ve bu aralığın altında veya üstündeki değerler homeostatik dengeyi bozar. Benzer olarak yağ depolarımızın azalması veya kandaki glikoz düzeyimizin düşmesi durumu da içsel dengeyi bozar böylece acıkırız ve yemek yeriz. Daha sonraki çalışmalar yeme davranışı ile ilişkili nörotransmitterlere dikkat çekmiştir. Örneğin; norepinefrin besin alımını arttırmaktayken (Liebowitz, 1986), serotonin ve kortikotropin salınım hormonu besin alımını azaltmaktadır (Lam, Garfield, Marston, Shaw ve Heisler, 2010). Bu biyolojik sistem aslında yeme davranışını anlamanın ilk adımı olmakla birlikte bilişler, öğrenme ve sosyokültürel faktörlerin de yeme üzerinde etkisi vardır. Gelişimsel açıdan baktığımızda yeme davranışı öğrenme (klasik, edimsel ve sosyal) ve deneyimin birleşimini içermektedir. Anne sütü veya mama ile başlayan yeme serüveninde, ek gıda dönemiyle birlikte çeşitli yiyeyecekler yeme düzenine eklenir. Bu bağlamda doğuştan gelen yemek ve tat seçimleri olmakla birlikte çocuğa hangi yiyeceklerin sunulduğu ve ailenin

yeme alışkanlıkları da yeme davranışı üzerinde etkilidir. Bebekler ve çocuklar ilk kez karşılaştıkları pek çok yiyecek karşısında kaçınma tepkisi gösterebilir. Aslında benzer bir durum yetişkinler için de geçerli olabilmekte ve bir tür neofobi yani yeni şeyler denemekten korkma olarak isimlendirilmektedir. Ancak çocukların ortalama 8-10 seferlik maruz kalmanın ardından bu kaçınma tepkisinde düşüş olduğu bildirilmiştir (Birch ve Marlin, 1982). Örneğin, pek de sevmedikleri bir sebzeye 14 gün boyunca maruz kalan çocuklar, deneyin sonunda bu sebzeyi daha fazla yedikleri ve beğendiklerini rapor etmişlerdir (Wardle, Cooke, Gibson, Sapochnik, Sheihem ve Lawson, 2003). Bunların yanı sıra özellikle çocukluk döneminden itibaren diğer kişilerin (ebeveyn, akran veya medya aracılığıyla) gözlenmesiyle sosyal öğrenme süreci ve çevresel koşullar (yiyeceğin yasaklanması/pekiştirilmesi) da yemek seçimlerinde ve ne kadar yemek yendiği üzerinde etkili olabilmektedir (Ogden, 2011; 2018). Bazen de tüketilen yiyeceğin ardından oluşan durumlar (örneğin; iğrenme, mide bulantısı, kusma, zehirlenme gibi) bu yiyeceklerden kaçınmayı oluşturabilir. Dolayısıyla yemek seçimlerimizin oluşması hem biyolojik hem de çevresel faktörlerden etkilenir. Ayrıca yemeğe verilen anlam (örneğin; keyif alma, sosyalleşme, kendini kontrol, suçluluk gibi) ve yemek seçimleri de hem aile hem de kültür içerisinde şekillenebilmektedir. Mesela, bazı kültürlerde sebze tüketimi fazlayken bazı kültürlerde hazır gıda ve fast food beslenme daha yaygın olabilmektedir. Bu bağlamda ne yediğimiz ve ne kadar yediğimiz sağlık açısından önem kazanmaktadır. Öyleyse sağlıklı beslenme ne demektir? Tarifi o kadar kolay olmamakla birlikte besin çeşitliliğini içeren sebze, meyve ve kompleks karbonhidrat açısından zengin, öte yandan yağ oranı düşük dengeli bir beslenme alışkanlığının sağlıklı olduğu yaygın görüştür. Yeme davranışı, sağlığımızı iki yönden etkileyebilmektedir. Öncelikle sağlıklı beslenme bizi korurken, sağlıksız ya da yetersiz beslenme hastalığa yatkın hâle getirir. Ayrıca hâlihazırda bir hastalığımız varsa (örneğin; diyabet, kalp rahatsızlığı gibi) o zaman beslenme şeklimiz bu hastalığın gidişatı üzerinde etkili olabilir. Araştırmalar kalp-damar hastalıkları, kanser ve diyabet tedavisinde yeme davranışlarına müdahale edilmesinin gerekliliğini vurgulamaktadır (Ogden, 2012). Sonuç olarak yeme davranışı biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel pek çok faktörle şekillenir, sağlığımız açısından önemli sonuçlar doğurabilir ve en önemlisi bu davranışlar belirli oranda yeniden şekillendirilebilir.



Şekil 5. Yemek, kültürel olarak sosyal hayatımızda önemli bir yere sahiptir.

YEME BOZUKLUKLARINDA EŞLİK EDEN PSİKOLOJİK VE FİZİKSEL PROBLEMLER

Yeme bozukluklarında eş tanı oldukça yüksektir, vakaların %70'den fazlası başka bir DSM tanısı da alır (Keski Rahkonen ve Mustelin, 2016; Ulfvebrand, Birgegård, Norring, Högdahl, von Hausswolff-Juhlin, 2015). En sık majör depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, sosyal fobi, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu, sınır kişilik bozukluğu ve kaçıngan kişilik bozukluğu eş tanısı görülmektedir (Ergüney, 2012; Oğlağu, 2012; Ortaçgil, 2009; Semiz, Kavakçı, Yağız, Yontar ve Kuğu, 2012; Vardar ve Erzengin, 2011). Son yıllarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun da YB'de topluma oranla daha sık olduğu raporlanmıştır (Akışık-Genç, 2017). BN'de eş tanı oranı yükselmekte (Hudson, Hiripi, Pope Jr ve Kessler, 2007), AN'de Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), BN'de ise davranım bozuklukları daha sık görülmektedir (Ulfvebrand ve ark., 2015). Tıkınırcasına yeme ve kusması olan kişilerde travmayla ilgili bozuklukların görülme oranı artmaktadır (Carter, Bewell, Blackmore ve Woodside, 2006). Hastaların %20'ye yakınında kendine zarar verici davranışlar ve intihar girişimleri olmakta, eşlik eden psikiyatrik bozukluğun olması intiharı yordamaktadır (Franko ve Keel, 2006). Sık görülen depresif belirtiler hem klinik hem de risk gruplarında YB belirtilerindeki artışla ilişkili bulunmuştur (Ergüney-Okumuş ve ark., 2019; Oglou, 2017). Psikolojik rahatsızlık eştanısı klinik görünümü karmaşıklaştırmanın yanı sıra işlevselliği düşürerek hastalığın gidişatı ve tedaviyi de olumsuz etkiler.

Psikolojik problemlerin yanı sıra hayati tehlike oluşturabilecek fiziksel problemler de klinik görünümde yaygındır. Yeme bozukluğu hastalarında mide-barsak, kalp damar ve kas-iskelet sistemi başta olmak üzere dermatolojik, endokrinolojik, nörolojik belirtiler sıklıkla görülmekte; kısaca vücudun tüm sistemleri etkilenmektedir (Mehler var ark., 2018). Fiziksel değerlendirme bulgularına yakından bakıldığında AN'de açlığa bağlı olarak yorgunluk, kan basıncında düşüklük, bradikardi (kalp atış sayısının normalden az olması), vücut ısısında düşüş, mide-barsak problemleri, dehidrasyon, hormonel bozukluklar, amenore ve menstrüel düzensizlikler sıklıkla raporlanır (Westmoreland, Krantz, Mehler, 2016). Ayrıca cilt problemleri, saç dökülmesi, lanuga tüyleri (çoğunlukla kol ve yüzde vücudun ısı düşüşünü tolere edebilmek için oluşan yumuşak tüyler) kişilerin özellikle şikayetçi olduğu belirtilerdir (Brown ve Mehler, 2015). Kusan bireylerde, karın ve boğazda doku yırtılmaları, diş minelerinde erozyon, provokatif (parmakla) kusmada el ve parmaklarda nasırlaşma ya da elin üst kısmındaki deride soyulma yaygındır (Romanos, Javed, Romanos ve Williams, 2012). BN'de serum elektrolit anormalitesi, özellikle de düşük potasyum seviyesiyle karakterize olan hipokalemi görülebilir (Mehler ve Rylander, 2015). TYB'de ise sıklıkla obezitenin de tabloya eşlik etmesi sebebiyle en çok tip II diyabet, kalp/damar, solunum, mide-barsak, kas/iskelet sisteminde problem-



Şekil 6. Kilo verme amaçlı diyet yapma, oldukça yaygın bir davranış olup açlık durumu beraberinde depresif duygulanımı da getirebilmektedir.

ler ve menstrüel döngüde bozulmayla karşılaşılmaktadır (Thornton ve ark., 2017).

Tüm bu fiziksel problemler kardiyak ritim ve elektrolit değişimiyle ölüm sebebi olabilmektedir. AN, psikiyatrik rahatsızlıklar içerisinde ölüm oranının en yüksek olduğu rahatsızlıktır (Chesney, Goodwin ve Fazel, 2014). Boylamsal çalışmalar ölüm oranlarının BN'de de normal popülasyondan daha yüksek olduğunu; AN'de ölüm sebebi olarak açlık; BN'de ise intiharın belirleyici olduğunu vurgulamaktadır (Fichter ve Quadflieg, 2016). Ayrıca diğer tıbbi hastalıklar da YB'ye komorbit olarak görülebilir. AN'de özellikle çölyak ve diyabet eş tanısı dikkat çekmekte, bu durum tedavi sürecini zorlaştırmaktadır (Yücel, Özbay, Demir, Polat ve Yager, 2006; Treasure, 2018).

Sonuç olarak YB, uzun vadede vücudun tüm sistemlerini etkileyerek hayati tehlike oluşturabilir. Bu bağlamda tanı ve tedavi sürecinde vakaların tıbbi kontrollerinin yapılıp takip edilmesi, hekimlerin ise YB hakkında bilgi sahibi olması hayati önem taşımaktadır.

YEME BOZUKLUKLARINDA PROGNOZ

Gelişen tedavi ve bakım yöntemlerine karşın yeme bozukluklarında iyileşme oranları %50 civarındadır (Keski-Rahkonen ve ark., 2007; Keski-Rahkonen ve ark., 2009). Boylamsal bir çalışmada hastalığın başlangıcından itibaren 10 yıl takip edilen vakaların %70'e yakınında iyileşme olduğu bildirilmektedir ancak iyileşmenin tam olarak nasıl tanımlandığı konusunda fikir ayrılıkları vardır (Berkman, Lohr ve Bulik, 2007). AN vakalarında fiziksel belirtiler düzelip, kilo normal sınırlara çıksa bile rahatsızlığın bilişsel ve davranışsal semptomlarının devam etmesi hâli, kısmi remisyon olarak kabul edilir. Öte yandan tam remisyon ise tüm semptomların ortadan kalkması anlamına gelir. YB hastalık süreci uzun olan psikolojik rahatsızlıklardandır ve iyileşme, yıllar alabilir. İyileşmeye giden yolda tekrarlayan yeniden nüks durumları ile karşılaşılabilir, bu durum yeme bozukluğu gidişatının doğal sürecidir. Prognuzu olumsuz etkileyen faktörler; eşlik eden kişilik bozuklukları ve diğer psikiyatrik bozukluklar, tıkınırcasına yeme/kusmaların olması, geçmişte başarısız tedavi girişimleri ve hastalık süresinin uzunluğudur (Treasure, Stein ve Maguire, 2015). AN'de ayrıca çok düşük BKE'de olmak ve tedavi öncesi geçen sürenin uzaması; BN'de ise eşlik eden madde kullanımının olması gidişatı kötüleştirebilir (Keel ve Brown, 2010; Steinhausen ve Weber, 2009). YB, kişilerin işlevselliğini çok yönlü olarak etkilemekte, özellikle sosyal ilişkilerde kişiler kendilerini izole edilmiş hissedebilmektedir (Kalaycı, 2016). Dolayısıyla hastalık ne kadar erken belirlenir ve tedaviye ne kadar erken başlanırsa gidişat o kadar olumlu sonuçlanabilir.

YEME BOZUKLUKLARININ EPİDEMİYOLOJİSİ

Yeme bozuklukları her yaş, cinsiyet, ırk, etnik köken, sosyoekonomik düzey, cinsel yönelim, kilo ve beden şeklindeki kişilerde görülebilir ancak görülme sıklığında bazı belirleyici özellikler vardır (Schaumberg ve ark., 2017).

Rahatsızlık, sıklıkla ergenlik döneminde ortalama 17 yaş civarında başlar (Yücel ve ark., 2011; Ergüney-Okumuş, Sertel-Berk ve Yücel, 2016). AN genelde ergenlikte, nadiren ise çocukluk ya da yetişkinlik döneminde başlayabilir. BN ve TYB'de ise başlangıç geç ergenlik ve erken yetişkinlik dönemine karşılık gelir (Favaro, Caregaro, Tenconi ve ark., 2009). AN ve BN'de

yetişkinlikle birlikte hastalık başlama riski düşerken TYB yetişkinlikte de aynı oranda başlama riskine sahiptir (Hudson, Coit, Lalonde ve ark., 2007).

Yaşam boyu görülme sıklığı %1-5 arasında olup DSM-5 kriterlerine göre bu oranın Batı ülkelerinde AN'de %1-4, BN'de %1-2 ve TYB'de %2-4 olduğu raporlanmıştır (Keski-Rahkonen ve Mustelin, 2016). Ancak yakın zamanlı çalışmalarda Asya ve Ortadoğu ülkelerinde de Batılı ülkelere benzer yaygınlıklar raporlanmaktadır (Pike ve Dunne, 2015). Bir yıllık dönem için YB'nin ortalama yaygınlığı Amerika'da %4,6, Avrupa'da %2,2 ve Asya'da %3,5 olarak bildirilmiştir (Galmiche, Déchelotte, Lambert ve Tavolacci, 2019). Ülkemizde henüz kapsamlı bir epidemiyolojik çalışma olmamakla birlikte, yapılan araştırmalar yaygınlığın AN için %0,3, BN için %0,8 ve TYB için %0,9 civarında, YB yaygınlığının ise %1-3 arasında değişerek Batıyla benzer olduğunu ortaya koymaktadır (Vardar ve Erzengin, 2011; Semiz ve ark., 2012). İstanbuldaki üniversite öğrencileriyle DSM-5 kriterlerine göre yarı yapılandırılmış görüşme yöntemiyle yapılan bir çalışmada, YB'nin nokta yaygınlığının %1,55 olduğu bulunmuştur (Deveci, 2020).

Aslında pek çok vaka DSM'ye göre tam tanıyı karşılamasa bile YB ile ilgili sorunlar deneyimler. Örneğin; lise öğrencilerinin %9,5'inde yeme bozukluğu semptomları görülebilmektedir (Ünsal, Tosun, Ayrancı ve Aslantaş, 2010). DSM-IV'de BTA-YB tanısının AN ve BN'den daha yaygın olduğu, YB tanılı vakaların %60'a yakının bu tanıyı aldığı bildirilmiştir (Machado, Machado, Gonçalves ve Hoek, 2007; Thomas, Vartanian ve Brownell, 2009). Türkiye'de DSM-IV kapsamında yapılan çalışmalarda da en sık konulan YB tanısı BTA'dır (Vardar ve Erzengin, 2011; Semiz ve ark., 2012). DSM-5 bu sorunun üstesinden gelmek adına AN ve BN'nin tanı kriterlerinde değişikliğe gitse de eşik altı yeme bozukluğu belirtileri özellikle lise ve üniversite öğrencileri gibi riskli gruplarda yüksektir (Çelik, Yoldaşan, Okyay ve Özenli, 2016; Machado, Goncalves ve Hoek, 2013). Ülkemizde gençlerde görülen bozulmuş yeme tutum ve davranışlarının yaygınlığı %2,2 ile %12,8 arasında bildirilmektedir (Çelikel, Cumurcu, Koc, Etikan ve Yücel, 2008; Kadıoğlu ve Ergün, 2015).

Yeme bozuklukları,sıklıkla kadınlara özgü bir psikolojik rahatsızlık olarak ele alınsa da erkeklerde de görülür. Cinsiyetler arası farka bakıldığında 1/10'a yakın bir dağılım olmakta, öte yandan TYB'de cinsiyetler arası fark azalmaktadır (Vardar ve Erzengin, 2011). Yakın zamanlı çalışmalar erkeklerin YB tanılı kişiler içerisinde %20'leri geçen bir oranı olduğunu göstermekte ancak sosyokültürel faktörler, semptom görünümünün farklılaşması gibi pek çok sebep erkeklerde YB tanısı konmasını zorlaştırmaktadır (Sweeting, Walker, MacLean, Patterson, Räisänen ve Hunt, 2015). Yakın Bakış 2'de bu konu daha detaylı olarak ele alınacaktır.

YAKIN BAKIŞ 2 Erkeklerde Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları en cinsiyetçi psikiyatrik bozukluklardan olup adeta "kadın problemi" şeklinde değerlendirildiği için erkekler bu alandaki araştırmalarda az temsil edilmektedir. Bu durum yeme problemi deneyimleyen erkeklerin daha fazla damgalanma ile karşılaşmalarına, tedaviye başvuru ve tanı alma açısından dezavantaj yaşamalarına sebep olmaktadır. Aslında bu alandaki ilk örneklerde erkek vakalardan bahsedilmesine karşın (Gull,

1874; Lasègue, 1873) YB uzun süre boyunca Batılı, orta sınıf, beyaz kadınların sorunu olarak kalmıştır. Erkek vakaların oranı %10-25 arasında değişmekte olup DSM-5 ile biyolojik cinsiyetle ilişkili tanı kriterlerinin değişmesiyle tanı oranları artmıştır (Sweeting ve ark., 2015). Buna rağmen hâlâ araştırmaların büyük kısmı kadınlar üzerinde yürütülmektedir (Murray ver ark., 2017).

Erkeklerde YB tanısı koymanın daha zor olduğu ve vakaların sıklıkla boş kategori olarak değerlendirilen BTA tanısını aldığı görülmektedir (Sweeting ve ark., 2015). YB'deki temel psikopatolojik mekanizma ve yatkınlaştırıcı faktörler (travma ve kişilik özellikleri gibi) benzer olmakla birlikte erkeklerde beden imgesindeki bozulma kadınlara oranla daha az zararlı, psikiyatrik eş tanı, fonksiyonel bozulma ve ölüm oranları daha yüksek olabilmektedir (Murray ve ark., 2017). Semptom sunumu da erkeklerde farklıdır. Erkekler tıkınma ataklarını daha az rahatsız edici bulmukta, daha az kontrol kaybı tariflemekte, daha yüksek kalorili gıdaları ve telafi edici davranış olarak ise aşırı egzersizi daha çok tercih etmektedir (Murray ve ark., 2017). Tüketilen gıdalar (ör.: streoidler, protein takviyeleri) ve yapılan egzersiz vücutta kas miktarını arttırırken, yağ oranını azaltmayı hedeflemektedir. Ayrıca bedenin belirli bölgelerine ya da kas oranına odaklı beden memnuniyetsizliği görülebilir. Bu durum vücut geliştiriciler, yüzücüler, güreşçiler, dansçılar gibi beden odaklı sporla ilgilenenlerde hastalık riskini arttırır (Devrim, 2016; Weltzin ve ark., 2005). Bu bağlamda erkeklerdeki beden imgesi kadınlardaki gibi zayıflık ideali değil kaslılık (geniş omuzlar ve dar bir kalça ile karakterize üçgen vücut) ile değerlendirilerek, kas dismorfisi (bigoreksiya) olarak ele alınan "Kas Odaklı Yeme Bozukluğu (Muscularity-Oriented Disordered Eating - MODE)" modeli öne sürülmüştür (Murray, Griffiths ve Mond, 2016). Kas dismorfisi DSM-5'te Beden Dismorfik Bozukluğu altında değerlendirilse de yemeyi kısıtlama, beden ve kilo ile ilgili endişeler açısından YB ile benzerlik gösterir. Kaslı olmaya yönelik tutumlar beden memnuniyetsizliği ve benlik saygısı ile de ilişkilidir (Selvi ve Bozo, 2019). Ancak kaslılık ideali kadınlarda da görülebildiği gibi, zayıflık ideali erkeklerde de görülebilir (Murray, Griffiths ve Mond, 2016; Robert, Munroe-Chandler ve Gammage, 2009).

YB'nin erkeklerde cinsel yönelime göre değişip değişmediği de araştırılmıştır. Cinsel yönelim açısından azınlıkta olan gruplar, daha çok stres deneyimlemekte ve psikiyatrik problemler bu gruplar arasında daha yaygın görülebilmektedir (Feldman ve Meyer, 2007). Bu bağlamda eşcinsel [illegible] da yeme problemle-



Şekil 7. Erkeklerde yeme bozuklukları daha nadir gözükmekte ve yeme bozukluğu araştırmalarında erkekler daha az temsil edilmektedir.

riyle daha çok karşılaşılmakta öte yandan eşcinsel erkeklerde de heteroseksüel erkeklere kıyasla bozulmuş yeme davranışlarının daha sık, beden memnuniyetsizliğinin daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Frederick ve Essayli, 2016; Matthews-Ewald, Zullig ve Ward, 2014). Bu durumda eşcinsel bireylerin YB geliştirme açısından daha fazla risk altında olabileceği düşünülmektedir.

Alandaki çalışmalar gözden geçirildiğinde YB'nin erkeklerde daha az görüldüğü, erkeklerin YB araştırmalarında temsil edilirliğinin düşük olduğu, medikal ve tedavi modellerinin kadınlar özelinde geliştirildiği, hastalığın erkeklerdeki etiyolojisine özgü faktörlerin anlaşılması için ileri araştırmalara ihtiyaç duyulduğu anlaşılmaktadır. Tüm bunlar erkek vakaların klinisyenler tarafından daha az tanınması, daha az tanı ve tedavi imkânı sunulması sorununu da beraberinde getirmektedir.

YEME BOZUKLUKLARININ ETİYOLOJİSİ

Yeme Bozuklukları tek bir sebeple açıklanamayacak kadar karmaşık yapıdadır. Tarihsel süreçte ilk AN raporlarında etiyolojiye dair fiziksel bulgularla birlikte psikolojik faktörlerin önemine dikkat çekilmiştir (Gull, 1874; Lasegue, 1873). 1914-1916 arasında yapılan postmortem çalışmalar AN'de hipofiz bezindeki bozulmaya işaret etmiş ve böyle bir bağlantının olmadığı 1950'lerde kanıtlanmıştır (Pearce, 2004). 1940'lardan itibaren Ortodoks psikodinamik açıklamalar bilinç dışı çatışmalara odaklanmış, 1960'larda ise Hilde Bruch yeme bozukluklarının temelinde beden imgesi bozukluğu ve kilo alma endişesinin rolüne dikkat çekmiştir (Bruch, 1962). 1970'lerden itibaren YB, genetik, biyolojik ve çevresel faktörlerin etkileşimi kapsamında değerlendirilmeye başlanmıştır. 1990'larla birlikte sosyokültürel açıklamalar ve feminist teorinin katkısının yanı sıra neredeyse 40 yıldır yeme bozukluğu etiyoloji ve tedavisindeki en kapsamlı model, bilişsel davranışçı açıklamalardan gelmektedir. Gelişen teknolojiyle birlikte son yıllarda genetik ve nörobiyolojik çalışmalar da artış göstermiştir.

Genetik Açıklamalar

Genetik çalışmalar, rahatsızlığın temel biyolojik ve genetik mekanizmalarının açıklanmasına odaklanır. Yapılan aile araştırmaları yeme bozukluklarında ailesel geçişin olduğunu ve genlerin rol oynayabileceğini göstermiştir (Yılmaz, Hardaway ve Bulik, 2015). Kişinin ailesinde AN/BN tanılı birinin olması, AN/BN görülme riskini dört kat arttırır ve AN tanılı kadınların akrabalarında AN görülme olasılığı kontrollerle kıyaslandığında 11 kat fazladır (Steinhausen, Jakobsen, Helenius, Munk-Jørgensen, Strober, 2015; Strober, Freeman, Lampert, Diamond ve Kaye, 2000). Ailede AN, BN ve BTA-YB olması, herhangi bir YB tanısı alma riskini yükseltmektedir ancak BN tanılı kişilerin yakınlarında kısıtlayıcı türde AN tanısına sık rastlanmamakta; bu sebeple AN ve BN arasında genetik farklılıklar olabileceğine dikkat çekilmektedir (Hinney ve Volckmar, 2013). TYB'nin de ailede obezite öyküsünden bağımsız olarak genetik geçişi vardır (Hudson ve ark., 2006).

İkiz çalışmaları, tek yumurta ve çift yumurta ikizlerinde hastalığın uyuşma oranını belirleyerek çevresel ve genetik katkıyı tariflemeye çalışır. Hinney ve Volckmar'in (2013) yaptığı gözden geçirmeye göre ikiz çalışmaları AN'de %28-74, BN'de %28-83 ve TYB'de %39-45 oranında genetik kalıtsallık bildirmekte; ancak spesifik olarak hangi genlerin etki ettiği belirlenememektedir. Bulik, Sullivan ve Kendler'in (2000) çalışması ikizlerden birinde AN spektrumunda semptom varsa diğerinde AN; BN spektrumunda semptom varsa diğerinde BN tanısı görülme olasılığının arttığına dikkat çekmiştir. Çevresel faktörlerin etkisinin elimine edilebildiği evlat edinilmiş ikizlerle ilgili çalışmalarda da genetik yatkınlığın yüksek olduğu görülmektedir (Klump, Suisman, Burt, McGue ve Iacono, 2009). Buna ek olarak tam tanı alınmasının dışında bozulmuş yeme davranış ve tutumlarında da genetik aktarımdan bahsedilmektedir. Kilo ve beden şekliyle ilgili endişeler %43, tıkınırcasına yeme davranışı ise %49 oranında genetik aktarımdan etkilenmektedir (Munn, Stallings, Rhee, 2010).

YB tanısı almış kişilerin yakınlarında psikiyatrik bozukluk görülme oranı yüksektir (Kalaycı, 2016). Anne babanın birinde veya her ikisinde bir psikiyatrik bozukluk tanısı olması (özellikle bipolar duygudurum, kişilik bozukluğu, kaygı veya depresyon), kişilerin YB geliştirme riskini arttırır (Bould, Koupil, Dalman, DeStavola, Lewis ve Magnusson, 2015). Depresyon ve OKB'nin yeme bozukluklarına sık eşlik etmesi ve semptomların nörobiyolojisindeki ortaklık bu patolojilerin paylaşılan genetik yatkınlık içerip içermediği sorusunu akla getirmiştir. Yapılan ikiz çalışmalarına göre herhangi bir YB tanısı almak intihar ve depresyon oranını iki kat arttırmakta, dolayısıyla paylaşılan genetik yatkınlık riski YB tanılı kişilerde, depresyon ve intihar görülme düzeyini yükseltmektedir (Thornton, Welch, Munn-Chernoff, Lichtenstein ve Bulik, 2016). İsveç'te yapılan büyük ölçekli bir araştırma ise OKB tanısı alan kişilerin ileride AN tanısı alma ya da tam tersi AN tanısı alanların ileride OKB tanısı alma oranlarının oldukça yüksek olduğunu göstermiştir (Cederlöf ve ark., 2015).

Yeme bozukluklarına yatkınlıktaki varyansın AN'de %48-74, BN'de %55-62, TYB'de %39-45 düzeyinde genetik faktörler ile açıklanabildiği bildirilmektedir (Yılmaz ve ark., 2015), öte yandan genler tek başına kimin YB geliştireceğini öngörememekte, pek çok hastanın YB tanılı bir yakını olmamaktadır. Bu alandaki araştırma sonuçları kullanılan yöntem ve örneklem büyüklüğünden etkilenmektedir ve başka çalışmalarla sonuçların tekrarlanma olasılığı düşüktür. Buna rağmen, genetik faktörlerin YB yatkınlığına önemli oranda katkı sağladığı anlaşılmaktadır. Ancak bu genetik faktörlerin çevresel faktörler ile nasıl etkileşime geçtiği tam olarak bilinmemekle birlikte yöntemsel ve metodolojik gelişmeler ışığında ileriki araştırmaların odağını oluşturacak gibi görünmektedir.

Bu doğrultuda gen-çevre etkileşiminin araştırılmasında aday gen (candidate gene) ve genom boyu ilişkilendirme (genome-wide association) çalışmalarını içeren moleküler genetik araştırmaları öne çıkmaktadır. Aday gen çalışmaları, genin işlevi veya rahatsızlığın biyolojisine dair bilgi doğrultusunda, bozuklukla gen arasındaki ilişkiyi araştırır. Aday gen çalışmaları; serotonerjik sistem (5-HT sistemi), dopaminerjik sistem, opioiderjik sistemi içeren genelde iştah, ödül, duygudurum ve kilo düzenlemeyi etkileyen sistemlere yönelik araştırmalara odaklanmış olmakla birlikte yeme bozukluğu etiyolojisinde spesifik genlerin rolünü belirleyen ve istatistiksel gücü yüksek sonuçlar ortaya koyamamıştır (Bulik, Kleiman ve Yılmaz, 2016).

Genom boyu çalışmaları; özel genler, gen setleri ve daha büyük genomik alanlara odaklanmaksızın genomdaki tüm genlerin incelenmesine imkân sağlar. AN tanısı almış kişilerle yapılan ilk genom boyu ilişkilendirme çalışması, kromozom 1 ve 11 ile ilişki bildirmekle birlikte yön-

temsel kısıtlılıklar içermektedir (Nakabayashi ve ark., 2009). Daha geniş örneklemlerde yapılan ilk araştırmalarda istatistiksel gücü yüksek herhangi bir anlamlı genom boyu, AN ile ilişki göstermemiştir (Boraska ve ark., 2014). Yakın zamanlı araştırmalarda ise daha önce diyabet ve otoimmun hastalıklarla ilişkili bir bölge olarak bildirilen kromozom 12, leptin düzenleme, lipid ve glukoz metabolizmaları, seretonin reseptör aktivitesi ve bağışıklık sistemiyle ilgili genlerle anlamlı ilişkiler raporlanmıştır (Duncan ve ark., 2017; Li ve ark., 2017; Steiger ve ark., 2019). Bu alanda yapılacak ileri araştırmalar ile AN'de genlerin rolünün daha iyi anlaşılabileceği umulmaktadır. Öte yandan BN ve TYB için ise bilindiği kadarıyla büyük ölçekli genom çalışmaları henüz yapılmamıştır.

Sonuç olarak yeme bozukluklarının, özellikle de AN'nin, ailesel geçişi olduğu ve genetik yatkınlığın pek çok diğer psikolojik rahatsızlıkta olduğu gibi yeme bozukluklarında da rol oynadığı görülmektedir. Ancak genetik yatkınlık, tek başına hastalığı açıklamakta eksik kalmakta, belirgin olarak hangi genlerin rol oynadığı ve genetik aktarımın çevreyle olan etkileşiminin hastalığı nasıl ortaya çıkardığıyla ilgili sorular gelecekte yapılacak araştırmalara yön vermektedir.

Nörobiyolojik Açıklamalar

Yeme bozukluğu ile ilgili nörobiyolojik açıklamalar; etiyolojide rol oynaması muhtemel beyin bölgeleri, semptomların biyolojik kökenleri ve nörokimyasal farklılıkları tespit etmeye odaklanır. Bu bağlamda bilinen en eski YB olması, beraberinde yaygın medikal problemler görülmesi ve yetişkin AN hastalarının tedaviye en az yanıt veren grup olmaları sebebiyle AN'nin nörobiyolojik temeli daha çok araştırılmıştır.

Nörokimyasal değişimler incelendiğinde beyinde özellikle yemek, motivasyon, ödül sistemi, yürütücü işlevler, duygu düzenleyici işlevler (depresyon, kaygı, stres gibi), açlık-tokluk ve dürtü kontrolünde etkisi olan dopaminerjik ve seratonerjik (5-HT) sistemlerdeki bozulma öne çıkmaktadır (von Hausswolff-Juhlin, Brooks ve Larsson, 2015). Bu bozulmanın YB'de görülen semptomlarla ilişkisi olmasının yanı sıra diğer psikiyatrik bozuklukların sıklıkla eş tanı olarak görülmesinin sebepleri arasında da yer aldığı düşünülebilir. Ayrıca hayvanlarda ve insanlarda yapılan PET, MRI, fMRI beyin görüntüleme çalışmaları; beyin yapısı, işlevleri ve aktivasyonlarının farklılaştığını, amigdala, basal ganglia yapıları ve hipokampus faaliyetlerinde değişim olduğunu raporlamaktadır (Frank, 2015). Özellikle AN'de kilo kaybına bağlı olarak beynin pek çok bölgesinde gri madde azalmakta, kilo alımıyla ise bu durum düzelmektedir (Seitz, Herpertz-Dahlmann ve Konrad, 2016). Dopaminerjik sistemdeki değişimlerle birlikte değerlendirildiğinde AN'de beyindeki ödül sisteminin bozulduğu ve olumlu-olumsuz sonuçları birbirinden ayırt edebilmenin zorlaştığı, bu durumun açlığın etkisiyle arttığı varsayılmaktadır (Steinglass ve Walsh, 2016). Dolayısıyla yemekle ilgili uyaranlar kolayca tehdit ve kaygı uyandırabilmekte, karar verebilme kapasitesi azalmakta; böylece aslında doğal bir ödül olarak değerlendirilebilecek olan yemeğin kısıtlanması daha kolay hâle gelebilmektedir.

YB vakalarında, sağlıklı kişilere kıyasla bozulmuş yeme davranışlarına verilen tepkiler farklılaşmaktadır. Örneğin, kalori alımıyla birlikte kişilerin disforik duygudurumu artarken, kalori alımının kısıtlanması rahatlayıcı etki ortaya çıkarabilmektedir (Bulik, 2016). Ayrıca vakaların yemek ve bedenle ilgili uyaranlara verdikleri tepkide de değişim olmaktadır. AN vakalarının yemek resimlerine baktıkları sırada çekilen fMRI görüntüleri, beynin tehdit algısında rolü olan amigdalada aktivasyon artışı, yemeğe ilişkin haz ve ödül mekanizmalarında rolü olan inferior

parietal lobda ise aktivasyon azalması göstermiştir (Santel, Baving, Krauel, Munte ve Rotte, 2006). Öte yandan AN vakalarının bedenle ilgili sözcük ve resimlere daha çok dikkat vermesi, beden resimlerine bakarken bedenin bütününden çok beden bölgelerine odaklanmaları ve kendi bedenlerine bakarken bilişsel, algısal ve duygusal değişimler deneyimlemeleri, oksipital korteks (görsel işlemleme) ve prefrontal korteks (yürütücü işlevler) aktivasyonundaki azalmayı açıklamaktadır (Miyake ve ark., 2010; Urgesi ve ark., 2012). Tüm bu bulgular rahatsızlığın klinik görünümü ile de tutarlılık göstermektedir.

Öncelikli otomatik tepkiler vermede kendini durdurabilme becerisi anlamına gelen durdurucu kontrol ise özellikle bulimik semptomlarda olmak üzere tüm yeme bozukluklarında azalmaktadır (Steinglass ve Walsh, 2016; Lavagnino, Arnone, Cao, Soares ve Selvaraj, 2016). Dolayısıyla tıkınma, diyet yapma gibi bozulmuş yeme davranışlarını durdurabilmek ve davranış değişikliği sağlayabilmek oldukça zorlaşmaktadır. Ödül ve kendini kontrolle ilgili nörobiyolojik yolaklardaki farklılaşmanın yanı sıra; nöropsikolojik ve nörogörüntüleme çalışmaları AN'de obsesif kompulsif bozukluktaki kompulsiyonlara benzer alışkanlık davranışlarına dikkat çekmektedir (Steinglass ve Walsh, 2016). Öte yandan hayvan çalışmaları da bağımlılık paterni içeren (alkol-madde bağımlılığı) bozukluklarla yeme bozuklukları arasında nörobiyolojik ilişki olduğunu desteklemektedir (Avena ve Bocarsly, 2012). Böylece bozulmuş yeme davranışları ve yeme bedenle ilgili bilişler kişinin davranış ve düşünce repertuvarına kolayca yerleşip bir tür bağımlılık hâline gelebilmektedir. Bu durumun hastalığın tedavisini zorlaştıran önemli faktörlerden biri olduğu varsayılabilmektedir.

Endokrinolojik değişimler açısından YB'nin kadınlarda daha yaygın olması ve hastalığın ergenlikle başlaması özellikle cinsiyet hormonlarının etkisinin araştırılmasına yol açmıştır. Ergenlikte östrojenin etkisiyle yeme bozukluğunu etkileyen genlerin aktive olduğu, öte yandan testesteronun ise koruyucu bir faktör olabileceği öne sürülmüş olmakla birlikte araştırma sonuçları net değildir (Culbert, Racine ve Klump, 2016). YB semptomları menstrüel döngüye göre dalgalanır, hamilelik dönemi çoğunlukla remisyon için, ancak bazen de nüks için tetikleyici olabilmekte, buna karşın menapoz dönemindeki hormonel değişimler de nüks açısından risk oluşturabilmektedir (Baker, Girdler ve Bulik, 2012). Bu bağlamda östrojendeki azalma ve progesteron düzeyindeki artışın YB belirtileriyle ilişkisi olduğu bildirilmiştir (Klump, Keel, Culbert ve Edler, 2008). Ayrıca, özellikle tokluk hissiyle ilişkili olabilen leptin ve insülin gibi nöropeptit düzeylerindeki düşüklük de hem AN hem de BN'de görülmektedir (Schor ve Miller, 2017).

Son olarak yukarıda bahsedilen tüm sistemlerdeki bozulmayı bir arada değerlendiren "insula hipotezi" (Nunn, Frampton, Gordon ve Lask, 2008; Nunn ve ark., 2011) AN'nin nörobiyolojisini açıklamak için öne sürülmüştür. Bu hipoteze göre AN'de beynin algı, duygusal tepki ve bellekle ilgili bölgelerin birbiriyle bağlantısını sağlayarak homeostatik dengeyi kuran insulanın, bağlantı kurma görevini yapamaması sonucu belirtiler ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla tüm bu bölgeleri bağlayan insuladaki bozulmanın yiyeceklere yönelik tepkiler, içsel ve dışsal beden duyumlarının farkına varma ve duygusal işlemlemedeki farklılıkları meydana getirdiği varsayılmaktadır.

Nörobiyolojik açıklamaları özetlersek; başta AN olmak üzere YB hastalarında yemek ve bedenle ilgili uyaranlara yönelik ödül sisteminde ve duygu işlemleme sisteminde anormallikler olduğu, bu durumun AN'de insula bağlantısının bozulmasından kaynaklanabileceği öne sürülmektedir. Beyin bölgelerinin aktivasyonunda ve nörotransmitter düzeylerinde sağlıklı kontrollerle

kıyaslandığında farklılıklar görülmektedir. Ancak kapsamlı nörobiyolojik modeller ve bunların tedaviye yansımaları için ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Yeme bozukluklarının bilişsel davranışçı modeli

Bilişsel davranışçı modellerin yeme bozukluklarına yönelik açıklamaları neredeyse 40 yıl öncesine dayanır; başlangıçta AN ve BN için ayrı ayrı geliştirilmişlerdir (Fairburn, 1981; Garner ve Bemis, 1982). Bu modeller özellikle BN'de başarılı tedavi örneklerini içeren Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) uygulamalarını ortaya çıkarmıştır. Bugün gelinen noktada bilişsel davranışçı model tüm yeme bozukluklarını "transdiagnostik" yani tanı kategorilerinden bağımsız bir şekilde ele alır (Fairburn, Cooper ve Shafran, 2003). Genel olarak bilişsel davranışçı model, yeme bozukluklarını açıklarken üç alandaki temel inançların rahatsızlık üzerinde rol oynadığını savunur. Bunlar; kilo ve beden şekliyle ilgili gerçek dışı beklentiler, kendilik değerinin ancak bu beklentiler karşılandığında yükseleceği ve yiyeceklerin kiloya etkisine dair gerçekdışı inançlardır (Geller ve Dunn, 2011). Bu inançlar kapsamında şekillenen bilişler, yeme (örneğin, diyet yapma) ve bedenle ilgili davranışları (örneğin, bedeni kontrol etme) ortaya çıkarmaktadır. Bilişsel davranışçı modellerin temel hipotezlerinin araştırmalarca desteklenmesinin yanı sıra özellikle yapılan nöropsikolojik çalışmalar gözden geçirildiğinde YB tanılı kişilerin dikkat, bellek, duygu tanıma, öğrenme, yürütücü işlevler ve karar verme gibi alanlarda sağlıklı kontrollere göre farklılaştığı anlaşılmaktadır (Jáuregui-Lobera, 2013; Öztürk, 2012; Tekcan, Çağlar-Taş, Topçuoplu ve Yücel, 2008). Bu doğrultuda nörobiyolojik modeller ve bilişsel modellerin birbirini desteklediği ve ileride biyolojik temelli bilişsel ve davranışçı açıklamaların etiyoloji ve tedavi sürecine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anoreksiya nervoza'nın bilişsel davranışçı modeli

Bilişsel davranışçı modellerin genel özelliği; duygu, düşünce ve davranış arasındaki etkileşimi incelerken etiyolojide yer alabilecek genetik ve çevresel diğer faktörleri dışlamaksızın rahatsızlığı sürdüren mekanizmalara odaklanmasıdır. AN'nin ilk bilişsel modellerinde de bu durum dikkat çekmekte; mükemmeliyetçilik, takıntılar, kendini eleştirme, kontrol ihtiyacı ve aşırı duyarlılık gibi yatkınlaştırıcı faktörlerin kişinin kendini aç bırakması ve diğer semptomlarla ilişkisi üzerinde durulmaktadır (Garner ve Bemis, 1982). Yeme, beden ve kilo ile ilgili endişeler, ailenin veya akranların kilo ve bedene dair yorum, eleştiri ve alayları ile kolayca tetiklenebilir (Smolak ve Levine, 1996). Bu bağlamda kültürel olarak zayıflık idealinin içselleştirilmesi yani zayıf olmanın çekicilik, başarı gibi olumlu durumlarla eşleştirilmesi de kişilerde kendilik değerinin kilo ve beden üzerinden belirlenmesine katkı sağlamaktadır. Dolayısıyla yemeyi kısıtlamak kararlılık gerektiren önemli bir başarı ölçütü hâline gelir. Kişinin zaten zayıfken diyet yapması dışarıdan bakıldığında mantıksız gibi görülmekle birlikte bilişsel model açısından değerlendirildiğinde kişi için diyet davranışı benlik saygısının kazanılması anlamına gelir. Bu davranış örüntüsü bir kez yerleştiğinde kolayca pekişip ilerleyebilir, alternatif düşünce ve davranış geliştirebilmek zorlaşır. Açlığın ve malnutrisyonun (yetersiz beslenme) da etkisiyle bilişsel işlevlerde düşüş (özellikle algı, dikkat, karar verme gibi yürütücü işlevler), depresif belirtiler, huzursuzluk, sosyal geri çekilme, cinsel isteğin azalması gibi belirtilere ek olarak kişinin zihni, yemekle daha çok meşgul olmaktadır. Öte yandan kişilerin kilo ve bedenle ilgili şemaları, bilgi işlemleme sürecinde yanlılıklar oluşturarak gündelik hayattaki her deneyimin kilo ve bedenle ilişkili algılanmasına yol açar. Bu bağlamda semptomlar, hastalığın sürmesi için pekiştireç görevi görür (Soygüt, 2003).

Örneğin, rahatsız edici duygularla yüzleşmekten kaçınmak ya da şişmanlamanın yarattığı kaygıdan kaçınıyor olmak negatif pekiştireç olarak; kendini kontrol etmek (yemeyi kısıtlamak) ve başarı duygusu (zayıf bir bedene sahip olmak) pozitif pekiştireç olarak semptomları sürdürür. Bu sebeple de vakalar değişim ve iyileşmeye yönelik kolayca direnç geliştirebilir.

Bulimiya nervoza'nın bilişsel davranışçı modeli

BN'nin bilişsel davranışçı modelleri; temelde kilo, beden ve bunların kontrolüne aşırı önem vermenin yattığını yani rahatsızlığın özünde bilişsel olduğunu varsayar (Fairburn, 1981). BN patolojisinde ön plana çıkan tıkınırcasına yeme atakları ve telafi davranışlarının oluşması şöyle açıklanır: Düşük benlik saygısı ve olumsuz duygulanımın meydana geldiği durumlarda kişiler bunu telafi edebilmek için aşırı diyet yapmaktadır. Aşırı diyet beraberinde açlığı ortaya çıkardığı için diyeti bozucu herhangi bir girişim kişiler tarafından "kabul edilemez" olarak algılanabilmekte ve sıklıkla beraberinde tıkınırcasına yeme ataklarını getirmektedir. Tıkınırcasına yemenin ardından artan kilo alma korkusu, başarısızlık, değersizlik, suçluluk gibi duygu ve düşünceler sonucunda dengeleyici davranışlar (kusma, aşırı egzersiz gibi) ortaya çıkar. Aslında bu davranışlarla, alınan tüm kaloriden kurtulunduğu inancı yanlış olmakla birlikte geçici süreyle rahatlama sağladığı için bu davranışlar hastalık döngüsünün sürmesini sağlar (Fairburn, 2008). Dolayısıyla kişi kaçındığı durumlarla (düzenli beslenme gibi) yüzleşmediği için bu durumların olumsuz sonuçlar doğuracağına dair beklentilerini sınayamamakta ve kaçınma davranışı da sönmeye dirençli hâle gelmektedir (Soygüt, 2003).

Zamanla BN patolojisinin daha iyi anlaşılmasıyla bilişsel model pek çok revizyon geçirmiş ve tıkınma ataklarını tetikleyen önemli faktörleri odağına eklemiştir. Tıpkı AN'de olduğu gibi BN vakalarında da kendini olumsuz algılamaya yönelik temel bir inanç olduğu ve düşük benlik saygısı, mükemmeliyetçilik, kişilerarası ilişkilerdeki sorunların yanı sıra duyguları düzenlemedeki zorluklar da bulimik davranışları açıklama ve tedavide önem kazanmıştır (Fairburn ve ark., 2003). Kişilerarası stres ve olumsuz duygulara tolerans edememek, sıklıkla tıkınma ataklarını öngörebilir (Lavender ve ark., 2014). Örneğin; yalnız ya da öfkeli hissedilmesi ve bu duygunun yönetilmesindeki zorlanma beraberinde tıkınma atağını getirebilir.

Yeme bozuklukları'nın transdiagnostik modeli

Transdiagnostik model, farklı YB tanıları arasındaki geçişin yanı sıra özellikle DSM-IV'teki BTA-YB tanısının diğerlerinden daha yaygın görülmesine dikkat çekerek, kişilerin yeme problemleri geliştirmesinde öne çıkan ortak mekanizmalar olduğunu varsayar (Fairburn ve ark., 2003). AN, BN, TYB ve eşik altı yeme bozukluklarındaki ortak psikopatoloji yemek, kilo ve bedene verilen aşırı önemin çeşitli davranışlarla ifade edilmesidir. Transdiagnostik yaklaşım yeme bozukluklarının etiyolojisini anlamanın yanı sıra tanının sınırlayıcılığını ortadan kaldırarak tedavi sürecine de anlamlı katkı sağlamaktadır (Fairburn, 2008). Bu bağlamda tanısı ne olursa olsun, hatta tam tanı almamış bile olsa, yemeyle ilgili problemlerde mükemmeliyetçilik, düşük benlik saygısı, duygu düzenlemede zorlanma ve kişilerarası problemlerin rahatsızlığın sürmesine katkı sağladığı; dolayısıyla tedavide odak noktası olması gerektiği düşünülür. Ancak vakanın motivasyonu, semptomların doğası ve şiddetinin yanı sıra kilonun normal aralıkta olup olmaması tedavi sürecinde farklı uygulamaları getirebilir. Yeme Bozukluklarının Transdiagnostik Modeli, Şekil 8'de sunulmuştur.



Şekil 8. Yeme Bozukluklarının Transdiagnostik Bilişsel Davranışçı Teorisi (Fairburn, 2008). https://www.credo-oxford.com/4.4.html adresinden ulaşılabilir.

Psikodinamik Açıklamalar

Psikodinamik teori, kişinin YB semptomlarını bilinç dışı çatışmaların bir ürünü ve kişinin deneyimlediği duygusal acının dışa vurumu olarak değerlendirir (Zerbe, 2001). Psikodinamik etiyolojide ayrışma, bireyselleşme, bağımlılık ve kontrol ihtiyacı bilinç dışı çatışmalarda önemli rol oynamaktadır. Ayrıca belirli aile dinamikleri (aşırı müdahil olma, katılık, çatışma çözmede yetersizlik, aşırı korumacılık gibi) de dikkat çekmekle birlikte her bireyin biricikliği vurgulanır (Zerbe, 2015). Dolayısıyla her bir semptom, ancak o kişinin öyküsüyle anlam kazanmakta, yemeğe verilen anlam ve kişinin hayatında yemeğin oynadığı rolün anlaşılması etiyoloji ve tedaviye katkı sağlamaktadır.

Ülkemizde BN hastalarında Rorschach testinin istatistik ve içerik analiziyle yapılan bir çalışmada, anne imgesinden ayrışmakta zorlanma, sınır oluşturmada güçlük, bedenin tasarımlanması ve kadınlıkla özdeşimde güçlük, cinselleşmiş beden tasarımlarının ortaya konmasında zorlanma, nesne kaybına yönelik yoğun endişe, dürtüsel patlama ve eyleme geçişe dair içerikler öne çıkmıştır (Sesverir, 2015). AN hastalarına uygulanan Rorschach ve Tematik Algı Testleri'nin içerik analizleri de bedene cinsel yatırım yapmada zorlanmanın yanı sıra, babayla özdeşim kurmada zorlanmayı da ortaya koymuştur (Pirim-Düşgör, 2007). Bu bulgular psikodinamik görüşün açıklamalarıyla tutarlıdır.

Sosyokültürel Açıklamalar

Gündelik hayatta deneyimlenen çevresel faktörler kişilerin bedenlerine yönelik algı ve tutumlarını etkilemekte, bu durum da beden şeklini değiştirmeye yönelik davranışları ortaya çıkarabilmektedir. Sosyokültürel açıklamalar, kültür ve çevrenin beden imgesi üzerindeki etkisine odaklanarak, beden imgesinin YB gelişimindeki önemine vurgu yapar. Bu bağlamda medya ve akranlar, aileler gibi sosyal iletişimde bulunulan kişilerin verdiği "zayıflıkla ilgili mesajlar"

önemlidir. Bu mesajlar ülkelere, etnik arka plana ve cinsiyete göre farklılaşmakla birlikte genel anlamda zayıflığın teşvik edilmesi (zayıflık ideali) noktasında ortaklaşır. Zayıflık idealinin Batılı toplumlarda belirgin olması ilk başlarda YB'nin kültürel olarak Batı'ya özgü olduğunu düşündürse de, endüstriyelleşme, kentleşme ve ekonomik gelişimle birlikte artık YB global bir problemdir (Pike, Hoek, Dunne, 2014).

Sosyokültürel teoriler zayıflık idealinin içselleştirilmesinin YB'ye spesifik bir çevresel risk faktörü olduğuna dikkat çeker (Suismann ve ark., 2014; Aslan, 2001). Dolayısıyla zayıflık; güzellik, arzu edilirlik, başarı, irade, beğenilme, çekicilik, kontrol gibi olumlu anlamlara genellenerek teşvik edilmekte, özellikle medyada sunulan ve biyolojik olarak pek çok kadın için erişilmesi mümkün olmayan ya da çoğunlukla gerçek olmayan (ör., fotoşoplanmış) görüntülere maruz kalınması zayıflığı mutluluğun, sevilmenin ve başarılı olmanın yolu olarak öne çıkarmaktadır. Sosyokültürel modeller genel olarak toplum, medya, akranlar ve aile tarafından verilen mesajlar aracılığıyla zayıflık idcallerinin içselleştirildiğini, sonuç olarak beden memnuniyetsizliği duyan kişilerde yeme ve bedenle ilgili problemler ve psikolojik belirtilerin ortaya çıktığını vurgular (Stice, 1994).

Kadınlar için dayatılan zayıflık ideali, erkeklerde ise kaslı bir vücuda sahip olma şeklinde olabilmektedir. Erkeklere yönelik bu beklenti kadınlara kıyasla görece daha yakın zamanda gündeme geldiği için beden ve yemeyle ilgili problemlerin kadınlarda daha yaygın görülmesi anlaşılır bir durumdur. Kadın bedeni, pek çok konuda eleştiriye maruz kalmakta ancak kilo bunların en önde gelenlerinden biri olmaktadır. Bu bağlamda kadınlığa dair cinsiyetçi açıklamalar YB'nin feminist perspektiften ele alınmasını da sağlamıştır. Kadın bedeninin toplum tarafından nesneleştirilmesi, kadına yönelik ayrımcılık ve cinsiyetçilik, kadının toplumsal değerinin yalnızca bedeni üzerinden değerlendirilmesi YB'ye zemin hazırlayan önemli kültürel faktörler olarak ele alınmaktadır (Bordo, 2003). Ayrıca diyet, kozmetik ve estetik operasyon sektörünün dünya çapında geliri milyar dolarları geçen büyük bir endüstri oluşu bu durumun ekonomik yönüne de dikkat çekmektedir (Wolf, 1991).

Ülkemizde de diyet yapma (Canpolat, Örsel, Akdemir ve Özbay, 2005) ve bozulmuş yeme davranışları (Büyükgöze-Kavas, 2007) Batılı ülkelerle benzer orandadır. Öte yandan sosyokültürel olarak zayıflık idealinin içselleştirilmesi ve çekici bir görünüme sahip olma isteğinin yanı sıra; kişinin görünümüne dair hissettiği aile, akran ve medya kaynaklı baskı arttıkça yeme bozukluğu belirtileri de artmaktadır (Cihan, Bozo, Schaefer ve Thompson, 2016). Dolayısıyla yeme bozukluğu geliştirmede benzer sosyokültürel etkilerden ülkemiz için de söz edilebilir.



Şekil 9. Çevrimiçi maruz kaldığımız görüntülerin büyük çoğunluğu, dijital olarak oynanmış olup gerçeği yansıtmamaktadır.

Son yıllarda sosyal medyanın hayatımızdaki yerinin artmasıyla gençler arasında popüler olan uygulamaların (ör.; Tumblr, Instagram ve Twitter) beden ve yemeyle ilişkisi çalışılmaktadır. Daha eski çalışmalarda ünlülerin/zayıf kişilerin resimlerinin olduğu dergilere bakmak, popüler gençlik film/dizileri ya da video klipleri izlemenin beden memnuniyetsizliğini arttırdığı vurgulanmıştır (Aslan, 2001). Günümüzde ise sosyal medya kullanımı



Şekil 10. Sosyal medya kullanımı, özellikle ergenlerde oldukça yaygın olup zayıf kişilerin resimlerine bakmak bozulmuş yeme davranışları ve beden memnuniyetsizliğini arttırmaktadır.

sonucunda bu etkiye daha sık ve daha uzun süre maruz kaldığımız bir gerçektir. Fotoğraf paylaşım uygulamalarının en popüleri Instagram'ın %70'e yakını 18-35 yaş aralığında olan dünya çapında 1 milyardan fazla kullanıcısı bulunmakta ve bu kullanıcılar günde 30 dakikadan fazla zamanlarını bu uygulamada geçirmektedir (https://business.instagram.com/). Instagramda ünlü ya da ünlü olmayan zayıf kişilerin resimlerine bakılması, kişilerde kilo/beden memnuniyetsizliği, kendine yönelik eleştirellik, zayıf olma isteği ve zayıflık idealinin içselleştirilmesini arttırmaktadır (Brown ve Tiggemann, 2016; Sönmez ve Özgen, 2017). Bu etki 12-18 yaş grubunda, benlik saygısı düşük olan, sosyal medyada daha çok vakit geçiren ve görünümünü başkalarıyla kıyaslamaya yatkın olanlarda daha belirgindir (Kleemans, Daalmans, Carbaat ve Anschütz, 2018). Beden odaklı sosyal kıyaslama, YB vakalarında sık görülmekte ve bir AN vakası bu durumu şöyle aktarmaktadır: "*Gördüğüm tüm kadınlarla kendimi kıyaslıyorum, benden zayıflarsa kendimi başarısız ve çirkin hissediyorum, benden şişmanlarsa kilo aldığımda 'ben de böyle olurum' diye kaygılanıp daha da zayıflamak istiyorum.*" Sosyal medya, gün içerisinde defalarca bu kıyaslamanın yapılmasını mümkün kılar. Bununla birlikte manipüle edilmiş (ör., filtrelenmiş ya da fotoşoplanmış) resimler daha çok beğeni alırken, kişiler bu resimlerin gerçek olduğuna inandıklarını belirtmişlerdir (Brown ve Tiggemann, 2016). Dolayısıyla pek çoğumuz aslında gerçek olmayan bir beden ile kendi bedenimizi kıyaslamaktayız. Ayrıca diyet ve egzersizle ilgili hesaplar da pek çok YB vakası tarafından takip edilmekte, dolayısıyla hastalığı sürdürücü bir etki sağlamaktadır. Tüm bunlara ek olarak YB'yi özendirici gruplara ulaşmak da sosyal medya sayesinde oldukça kolaylaşmıştır. Uygulamalar, bu zararlı içeriklere dair hashtaglere (etiket) kısıtlama getirip, bunları aratanlara destek imkânı sunsa da (uygulama içi mesajlar ve yönlendirmeler ile kişilerin psikolojik desteğe ihtiyaç duyabileceğini önermek gibi) bunların ne kadar yeterli olduğu tartışmalıdır (detaylı bir analiz için bk. Pater, Haimson, Andalibi ve Mynatt, 2016).

Peki, tüm toplum bu baskıya maruz kalırken, diyet, egzersiz ve estetik uygulamaları . beden memnuniyetsizliği neredeyse bir norm hâlindeyken neden sadece bazı kişilerde YB gelişmektedir? Bu bağlamda genetik yatkınlığı olanlarda sosyokültürel ve diğer faktörlerin de sürece eklenmesiyle hastalığın geliştiği varsayılmaktadır.

Etiyolojide Dikkat Çeken Risk Faktörleri

YB tanısı alma riskini arttıran bazı faktörler arasında; beden memnuniyetsizliği, diyet yapmak, bedenle ilgili uğraşlar (bale, dans, atletizm), medya, akranlar, kişilik özellikleri, aile yapısı ve stres faktörleri gibi pek çok değişken yer alır (Karaköse, 2012; Stice, Gau, Rohde ve Shaw,

2017). Bedenin ön planda olduğu meslek gruplarında da YB sık karşımıza çıkmakta, pek çok aktris, model ve sanatçı geçmişte bu problemleri deneyimlediklerini belirtmektedir.



Şekil 11. Bedenin ön planda olduğu meslekleri olan kişilerde yeme bozuklukları daha yaygın görülmektedir. Mary-Kate Olsen da anoreksiya nervoza rahatsızlığını deneyimlemiş aktrislerden biridir.

Kişilik

Bazı kişilik yapılanmaları, YB için risk taşımaktadır. Özellikle B (dramatik/duygusal) ve C grubu (kaygılı/korkulu) kişilik bozuklukları ile YB arasındaki ilişki araştırılmıştır. Cassin ve von Ranson'ın (2005) gözden geçirmesine göre en sık AN'de olmak üzere Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu ve en sık BN'de olmak üzere Sınır Kişilik Bozukluğu YB'ye eşlik etmektedir. Öte yandan kişilik bozukluğu tanısı alınmasa bile sözü geçen kişilik yapılarına dair özellikler YB hastalarında yaygın görülür. Mükemmeliyetçilik, başta AN olmak üzere tüm YB'de (Limburg, Watson, Hagger ve Egan, 2016), dürtüsellik özellikle BN ve TYB'de ve duygu düzenlemede zorlanma tüm alt türlerde yaygındır (D'Agostino, Covanti, Rossi Monti ve Starcevic, 2017; Schulte ve ark., 2016). Alkol kullanımı ve/veya gece yeme ve tıkınırcasına yeme davranışı olanlarda, sınır kişilik yapılanması daha belirgindir (Ortaçgil, 2009). Sözü geçen kişilik özellikleri premorbid (hastalık öncesi dönemde) görülebilmekle birlikte hastalığın ortaya çıkmasıyla belirginleşip gidişatı olumsuz etkileyebilir, tedavi sonrasında da etkisini sürdürebilir.

YAKIN BAKIŞ 3 Sosyokültürel Açıdan Beden ve Güzellik Algısı

Bedenimizin zihnimizdeki resmi olarak tanımlanan beden imgesi (Schilder, 1950), yeme bozukluklarının temelinde yer alan problem olarak değerlendirilir. Bedene yönelik algı, tutum, düşünce ve davranışların yanı sıra memnuniyet, beden sınırları, çekicilik/güzellik algısı, bedensel duyumlar da beden imgesinin içinde yer alır. Sosyal çevremizden aldığımız mesajlar beden imgesinin çocukluktan itibaren gelişiminde önemli etkiye sahiptir. Yakın zamanlı bir gözden geçirme çalışması 3-6 yaş aralığındaki kız ve erkek çocuklarda bile beden memnuniyetsizliğinin yaygın olduğuna dikkat çekmiştir (León, González-Martí ve Fernández-Bustos, 2018). Bilişsel gelişimle birlikte çocukların kendi bedenlerini daha gerçekçi algılaması artar. Ailenin ve maruz kalınan sosyal ögelerin (akranlar, televizyon, sosyal medya gibi) mesajları bedenin nasıl algılandığını

şekillendirebilir. Sosyokültürel ögelerin verdiği ortak mesaj; kadınların zayıf, erkeklerin ise kaslı olması gerekliliğine yöneliktir. Bu mesajların içselleştirilmesiyle oluşan beden memnuniyetsizliği; bozulmuş yeme davranışlarının oluşması ile yakından ilişkilidir (Schuck, Munsch ve Schneider, 2018).

Aslında geçmişte zayıflık, fakirliğin ve açlığın; şişmanlık ise zenginlik ve varlığın bir göstergesi olarak ele alınmaktaydı. Hâlen daha Doğulu toplumlarda benzer bir algının izi sürülebilir (Li, Hu, Ma, Wu ve Ma, 2005). Batı'da ise güzel olarak algılanan ve tercih edilen kadın figürü tarihsel süreç içerisinde büyük oranda değişim göstermiştir. Örneğin, orta çağ resim ve heykellerindeki kıvrımlı ve dolgun kadınlar 1900'lerin başından itibaren yerini daha zayıf, düz ve ince kadınlara bırakmıştır. Her ne kadar 1940 ve 50'lerde Marilyn Monroe gibi kıvrımlı ve büyük göğüslü kadınlar medyada dikkat çekse de özellikle 1950'lerden sonra ideal kadın temsili hızla zayıflamıştır (Grogan, 2016). İlk kez 1959 yılında piyasaya sürülen ve hemen hemen her kız çocuğunun sahip olduğu Barbie bebekler bile zamanla daha zayıf hâle gelmiştir (Freedman, 1986). Geçmişte sadece dergi, televizyon ve sinemada gördüğümüz ideal bedene sahip kişilere, bugün artık teknolojik gelişmenin de etkisiyle sürekli maruz kalınmaktadır. Bu bağlamda zayıflık; çekicilik, güzellik, başarı, kontrol ve özgürlük ile eş anlamlı değerlendirilirken, şişmanlık; başarısızlık, çirkinlik, iticilik, aşırı yeme, tembellik, kişinin kendi sorumluluğundaki bir durum olarak değerlendirilir (Bordo, 2003). Zayıflık ideali, maruz kalınan sosyal etkiyle kolayca içselleştirilmekte ve bu durum zayıf olmayanlara karşı olumsuz tutum ve ayrımcılığın ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Diedrichs ve Puhl, 2016). Bu ayrımcılık iş, eğitim, sağlık ve sosyal yaşam gibi hayatın her alanında kendini gösterebilmekte ve 3 yaş kadar erken bir zamandan itibaren bildirilmektedir (Andreyeva, Puhl ve Brownell, 2008). Tüm bunlarla birlikte, kişilerin olumlu bir beden algısına sahip olmaları ve başkalarının da bedensel özelliklerine saygı gösterebilmeleri adına yapılan koruyucu müdahaleler (bk. Atkinson ve Wade, 2015) başta yeme problemlerini önlemenin yanı sıra hem bireye hem de topluma çok yönlü psikososyal katkı sağlayabilir.

Aile

YB vakalarının ailelerindeki belirgin örüntüler (aşırı korumacılık, katılık, iç içe girme gibi) hastalığın ortaya çıkmasında rol oynadığı düşünülen dikkat çekici faktörlerden olmuş; hatta "anorektik aile modeli" öne sürülmüştür (Minuchin, Rosman ve Baker, 1978). Vakalar, annelerini ayrışma ve bireyselleşmeye imkân bırakmayan kişiler olarak tariflemekte, çocukluktan itibaren bakım verenle kurdukları ilişkide yemeğin önemli bir yer tuttuğunu bildirmektedirler (Sesverir, 2015). Ülkemizde 20 AN, 12 BN vakası ve anneleriyle yapılan bir çalışmada, YB hastalarının kontrol grubuna kıyasla aile işlevselliğinin daha düşük olduğu ve bu kişilerin annelerinin de yeme tutumu ve beden imgelerinde bozulma görüldüğü bildirilmiştir (Aslantaş-Ertekin, 2010). Öte yandan Erol, Yazıcı ve Toprak'ın (2007) çalışmasın-

da AN, BN ve OKB tanılı kişilerin aile işlevsellikleri arasında herhangi bir fark olmadığı; dolayısıyla bu durumun YB'ye özgü bir faktör olmadığı vurgulanmıştır. Ayrıca bu çalışmalar kesitsel yöntemle yapıldığı için aile işlevselliğindeki düşüklüğün psikolojik rahatsızlık için risk faktörü olabileceği gibi tam tersine ailede psikolojik rahatsızlığı olan birinin ailenin işlevselliğini düşürmesi de muhtemeldir.

Ebeveyn-çocuk ilişkisinde önemli etmenlerden biri olan bağlanma konusu gözden geçirildiğinde YB olan kişilerin sıklıkla bakım verenlerine güvensiz bağlandığı (Eker, 2014), erken dönem travmalara sık rastlandığı, güvensiz bağlanmanın bozulmuş yeme davranışlarını mükemmeliyetçilik ve duygu düzenleme aracılığıyla etkileyebildiği bildirilmiştir (Tasca, 2019). Güvensiz bağlanmanın stresle ilişkili önemli sistemlerden olan hipotalamik pitüiter adrenal yolağını (HPA) etkileyerek duygu düzenleme becerisini düşürebileceği de öne sürülmektedir (Monteleone ve ark., 2018).

Diğer önemli risk faktörleri ise ailedeki bozulmuş yeme davranışlarının (diyet yapma gibi) model alınması ve aile içi iletişimde kilo ve beden şekline dair eleştirilerdir (Neumark-Sztainer ve ark., 2010). Özellikle anne-baba ve kardeşlerden gelen zayıf olma/kilo vermeye yönelik eleştiri, alay ve baskılar diğer ailesel faktörlere göre bozulmuş yeme davranışlarını daha yüksek oranda yordamaktadır. Bu bağlamda aile iletişimindeki kilo/beden eksenli konuşmalar ve yakınlardan gelen eleştirilerin YB hastalarını zorladığı anlaşılmaktadır. YB'de ailesel faktörler önemli olmakla birlikte bu durum sıklıkla YB tanısı almış kişilerin ailelerinin kendilerini suçlu hissetmesine yol açmaktadır. Yakın zamanlı gözden geçirme çalışmaları aile ile ilgili belirgin zorlanmaların YB geliştirmeye özgü olmadığını, araştırmaların yöntemsel sıkıntıları (kesitsel ve ilişkisel) sebebiyle nedensel çıkarımlar yapmanın zorluğunu vurgulamaktadır (Schaumberg ve ark., 2017).

Stres ve travma

Stres ve travma, pek çok psikiyatrik problem için yatkınlaştırıcı ve tetikleyici etkiye sahiptir. Nörobiyolojik açıdan erken çocukluktan itibaren maruz kalınan yoğun stres, beynin travmatik deneyimlere tepki vermesinde rolü olan başta HPA yolağı ve serotonerjik sistemde nörogelişimsel etkiler göstermektedir (Steiger ve ark., 2001). YB hastalarındaki nörobiyolojik (özellikle serotonerjik sistem) ve nöropsikolojik farklılıklar (dikkat, esneklik, belirsizliğe tahammülsüzlük gibi) düşünüldüğünde bu kişilerin strese karşı yatkınlık geliştirdikleri düşünülebilir. Bu bağlamda stresin hem duygu düzenlemede zorlanmayı içeren nöropsikobiyolojik mekanizmalardaki bozulma, hem de benlik saygısı, kontrol, utanç ve kendini eleştiren tarzdaki bilişsel şemaların oluşması yoluyla YB'ye zemin hazırladığı varsayılmaktadır (Brewerton, 2005). Öte yandan, YB'de stresli yaşam olayları diğer yatkınlaştırıcı faktörlerin üzerine eklenerek hastalığın başlaması için tetikleyici rol oynayabilir. YB tanısı almış kişilerde belirtilerin başlangıcından hemen önce; göç, okul değişimi, bir yakınını kaybetme, akran/aile tarafından kilo ve bedenle ilgili eleştiriler, akademik stres (sınıfta kalma, başarısızlık gibi) ve üniversite giriş sınavı gibi stresli deneyimler bildirilmektedir (Ergüney, 2012). Dolayısıyla stres, özellikle bulimik semptomlar olmak üzere YB geliştirme açısından hem yatkınlaştırıcı hem de tetikleyici bir faktör olup hastaların çoğunda travmatik stres belirtilerine rastlanabilmektedir.

Travma, geniş bir spektrumdaki deneyimleri kapsamakla birlikte genel olarak kişinin işlevselliğini düşürüp iyilik hâlini tehdit edici etkiye sahip, fiziksel veya duygusal bütünlüğüne za-

rar verici olarak algılanan deneyim/deneyimler olarak tanımlanabilir. YB tanısı almış kişilerin hemen hepsi travmatik deneyimler raporlamaktadır ve bu tanıyı almamış kişiler ile kıyaslandığında daha fazla çocukluk dönemi travması rapor etmektedirler (Oğlağu, 2012). YB ile cinsel istismar arasındaki ilişki, pek çok araştırmaya konu olmuştur. Yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde özellikle bulimik semptomatoloji açısından çocukluk dönemi cinsel istismarının nedensel bir faktör olduğu görülmektedir (Brewerton, 2005). Beden, stres ve travma durumunda kritik rol oynar (Van der Kolk, 2014). Dolayısıyla özellikle cinsel istismarın ardından bedenle ilgili kaygıların oluşması şaşırtıcı değildir. Boylamsal çalışmalar da çocukluk dönemindeki ihmal ve fiziksel istismarın ergenlik ve yetişkinlik döneminde kilo ve bedenle ilgili problemleri ortaya çıkarabildiğini göstermektedir (Johnson, Cohen Kasen ve Brook, 2002). Rapor edilen diğer travmatik yaşantılar arasında trafik kazası, çocukluk döneminde ihmal, fiziksel/cinsel istismara uğramak (aile bireyi ya da romantik partner tarafından) ya da başkalarına uygulanan şiddete tanık olmak, tecavüz, yakın birinin kaybı, yaralanma, işkencenin yanı sıra kişilerarası ilişkilerde sorunlar, aile/akranlar tarafından alay ve aşağılanma veya zorbalığa maruz kalmak sayılabilir (Mitchell, Mazzeo, Schlesinger, Brewerton ve Smith, 2012). Özellikle BN ve TYB tanılı kadın ve erkeklerde geçmişte yaşanan travmatik deneyimlerin sayısı AN vakalarına göre fazla olup, geçmiş travmatik yaşantı sayısı fazlalaştıkça beden memnuniyetsizliği, düşük benlik saygısı ve YB belirtileri oranı da yükselmektedir (Oğlağu, 2012). Cinsel ve fiziksel travma öyküsüyle birlikte Travma Sonrası Stres Bozukluğu'nun (TSSB) yeme bozukluğuna eşlik etme oranı da kontrol grubuna göre daha fazladır (Mitchell ve ark., 2012; Vardar ve Erzengin, 2011). Tüm bu bulgular stres ve travmanın yeme bozukluğu geliştirmede önemli faktörler olduğuna işaret etmektedir.

YEME BOZUKLUKLARININ TEDAVİSİ

Yeme bozuklukları tedavi edilmediğinde kronikleşme eğilimi gösterir, öte yandan pek çok vaka tedaviye istekli değildir (Keski-Rahkonen ve ark., 2009). Çünkü tedavi, uğruna büyük çaba harcanarak elde edilen zayıflığın kaybedilmesi anlamına gelebilir. Tedaviye başvuru özellikle ülkemizde vakaların kendi talepleri değil çoğunlukla ailelenin yönlendirmesi ile gerçekleşmektedir (Yücel ve ark., 2011). Ayrıca tedavi, multidisipliner bir ekiple (terapist, psikolog, psikiyatrist, hekim, diyetisyen, hemşire gibi ihtiyaç duyulan alanda birçok uzmanla) yürütülen, uzun süreli ve maliyetli bir süreçtir. YB'den tamamen iyileşmek yıllar alabilmekte ve ekonomik açıdan şizofreni tedavisine yakın maliyetler ortaya çıkmaktadır (Murray, Pila, Griffiths ve Le Grange, 2017; Striegel-Moore, Leslie, Petrill, Garvin, Rosenheck, 2000). Tedavi şekli olarak vakanın durumuna göre hastane yatışı, ayaktan tedavi veya ülkemizde uygulaması olmayan YB için özel geliştirilmiş ev tipi rehabilitasyon merkezlerinde yatılı tedavi uygulanmaktadır. YB tedavisi tipik olarak psikolojik müdahaleyi içerir, buna psikofarmakoterapi de eklenebilir. Düşük kilolu AN vakalarında kilo alımı için yatarak tedavi ve medikal beslenme terapisi ilk adımda tercih edilip ardından psikoterapi süreci başlar. Etkinliği onaylanmış tedavi yöntemlerine rağmen tamamen iyileşme her vaka için mümkün olmayabilir. Dolayısıyla tedavi etkinliğini arttırmaya yönelik çalışmalar, bu alandaki önemli araştırma konularından biri olmayı sürdürmektedir.

İlaç Tedavisi

Yeme bozukluklarının nörobiyolojik kökenleri düşünülerek başta antidepresan, antipsikotik ve duygu düzenleyiciler olmak üzere çeşitli ilaçların tedavideki etkinliği araştırılmıştır. Psikiyatrik ilaç tedavisi eşlik eden depresyonu azaltmanın yanı sıra BN ve TYB'de iştah düzenleme üzerinden tıkınma ataklarının azaltılmasını hedefler. BN'de trisiklikler (TCA), monoamin oksidoz inhibitörleri (MAOI), başta floksatin olmak üzere seçici seretonin (5-HT) geri alım inhibitörlerinin (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors - SSRI; ör., Prozac) etkisi araştırılmıştır. Bu bağlamda pek çok araştırmayla etkinliği kanıtlanarak, ABD'de BN tedavisinde fluoksetin kullanımı onaylanmıştır (American Psychiatric Association, 2006). Buna karşın antidepresan tedavisi tek tedavi seçeneği olarak önerilmemekte; ancak psikolojik tedaviye ek olarak kullanılabileceğine dikkat çekilmektedir (NICE, 2017). BN'de ayrıca antikonvülsanların, dürtüselliği ve tıkınma ataklarını azalttığını gösteren çalışmalar vardır (Reas ve Grilo, 2015). Ancak bu etkiler çoğu zaman klinik olarak anlamlı yan etkileri de beraberinde getirmekte ve hastalar ilaç tedavisini sıklıkla bırakabilmektedir.

TYB'de ise etkinliği onaylanmış bir antidepresan olmamakla birlikte nöradronerjik ve dopoamin geri alım inhibitörleri (ör., Bupropion) ve nöradronerjik ve seratonerjik geri alım inhibitörleri (ör.; venlafaksin, duloksetin) depresif belirtileri, kilo kaybı ve tıkınma atağını azaltabilmektedir (McElroy, Guerdjikova, Mori ve Keck, 2015). Öte yandan bir amfetamin türevi olan Lisdexamfetamine'in TYB tedavisinde etkinliği kanıtlanmıştır (Reas ve Grilo, 2015). Ayrıca GABA reseptörleri üzerinden çalışan bir antianksiyolitik olan Baclofen, tıkınırcasına yemeleri azaltmada; glukoz düzenleyiciler de glukoz regülasyonunu sağlamak için kullanılabilmektedir (McElroy ve ark., 2015).

AN tedavisinde ise antidepresanlar istenilen düzeyde yarar sağlamamakta, bunun sebebinin ise açlığa bağlı azalan 5-HT1A reseptör akitivitesi olabileceği öne sürülmektedir (Kaye, 2008). AN'de etkinliği onaylanmış herhangi bir psikiyatrik ilaç yoktur ancak atipik bir antipisikotik olan ve çalışma mekanizması net olmamakla birlikte serotonin ve dopamini bloke ettiği düşünülen Olanzapin'in kilo alımında etkili olabileceğine dair kısıtlı veri vardır (McElroy ve ark., 2015). Bunlara ek olarak iştah düzenleyiciler (ör., Dronobinal) ve hormon (ör., Estrogen) ilaçları hem kilo artımı hem de kaygıyı azaltmada katkı sağlayabilir (Miniati ve ark., 2016).

Tedavide ilaçların tek başına kullanımı önerilmemekle birlikte ülkemizde hastaların çoğu tek tedavi olarak ilaç kullanmaktadır (Yücel ve ark., 2011). İlaç kullanımında tedaviyi bırakma oranlarının yüksek oluşu, ilaç kesildikten sonra etkinliğin düşmesi gibi sorunlar öne çıkmaktadır. Ayrıca araştırmalar çoğunlukla yetişkin kadın örnekleminde yapıldığı için ergenler, erkekler ve diğer etnik/kültürel gruplarda ilaçların etkisi bilinmemektedir.

Medikal Beslenme Terapisi

Medikal Beslenme Terapisi (MBT), özellikle AN olmak üzere YB tedavisinde bakım sürecinin önemli bir parçasıdır. Buradaki hedef, kişinin beslenme bozukluğu ve risklerinin değerlendirilmesinin ardından beslenme danışmanlığıyla takip edilerek, beslenme bozukluğunun tedavi edilmesi ve kişinin tedavinin diğer aşamalarına hazırlanmasıdır. İlk tercih, oral beslenme (çiğneme ve yutma) olmakla birlikte kişinin ihtiyacına göre enteral/tüple beslenme (çiğneme ve yutmayı bypass ederek mideye veya bağırsağa bağlanan tüple sıvı mama verilmesi) ya da son çare olarak

parenteral beslenme (sindirim sürecini bypass ederek damar içi besleme) uygulanabilir (American Psychiatric Association, 2006; NICE, 2017). Düşük kilolu hastalarda hem fiziksel hem de psikolojik işleyişte bozulma meydana geldiği için kilo sağlıklı sınırlara gelmeden yapılacak olan psikolojik tedavi etki edememektedir. Ancak kişiler kilo alımına yönelik işbirliğine girmeyi reddedebilir. Özellikle hastaneye yatışı yapılan hastalarda, yatış sürecinde kilo alınması kadar, alınan kilonun korunması da önemlidir. MBT, hedef kilonun belirlenmesi, yemek planının yapılması, beslenme eğitiminin verilmesi ve yeme düzeninin takip edilmesini içerir. Düşük kilolu AN tanılı bireylerde beslenme tedavisinde yeniden beslenme (refeeding) sendromunu engellemek için yavaş bir müdahale önerilmekte ancak, yakın zamanlı çalışmalar daha agresif beslenme tedavilerinin de etkili olabileceğini göstermektedir (Redgrave ve ark., 2015). Dolayısıyla beslenme uzmanının YB ile ilgili güncel bilgi ve yetkinliğe sahip olması önemlidir. Zira YB alanında beslenme uzmanlığı sadece besinlerle ilgili bilgi ve eğitim verilerek beslenme planının yapılması değil aynı zamanda vakayla terapötik ilişki içerisinde davranışsal yöntemlerin de kullanıldığı bir uygulamayı gerektirir.

Psikoterapi

YB tedavisi, temel olarak psikoterapiyi içerir ve hastaların çoğunluğunda psikoterapi etkilidir. Ergen AN tanılı kişilerde aile temelli tedavi, yetişkin BN ve TYB tanılı kişilerde ise Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve Kişilerarası Terapi (KT) etkinliği onaylanmış tedaviler olup bunların yanı sıra pek çok başka terapi yaklaşımının da etkili olduğunu destekler veriler bulunmaktadır (Costa ve Melnik, 2016).

Aile odaklı tedavi

Yeme bozukluklarında ailenin rolünü inceleyen ilk çalışmalarda ailelerin olumsuz etkisinden bahsedilmekte; hatta aşırı korumacı, çatışma çözümünden kaçınan ve katı özelliklere sahip "psikosomatik" aile yapısının AN'yi ortaya çıkaran ve sürdüren bir faktör olduğu öne sürülmekteydi (Minuchin ve ark., 1978). 1990lar'dan itibaren Londra'daki Maudsley Hastanesi'nde yapılan araştırmalar ise aileleri sorunun kaynağı değil çözümün kaynağı olarak ele almıştır. YB hem kişi hem de ailesi üzerinde stres yaratarak aile işlevselliğini olumsuz etkileyebildiği için aileyi merkeze alan yaklaşımlar etkili bir tedavi seçeneğidir. Özellikle ergen AN vakalarında aile odaklı tedavinin etkinliği pek çok randomize kontrollü çalışma ile kanıtlanmış olup ilk sırada önerilmekte ve ergen BN vakalarında da işe yaramaktadır (le Grange, Lock, Agras, Bryson ve Jo, 2015; Watson ve Bulik, 2013).

Aile odaklı tedavi ya da diğer adıyla Maudsley Yaklaşımı, aile yapısını ve dinamiklerini inceleyerek belirtilere zemin hazırlayan ve bunları sürdüren etkenlere odaklanır (Lock, 2015). Tedavi, ortalama bir yıllık süreyi kapsayan üç aşamadan oluşur. İlk aşamada ailenin ebeveynlik becerilerinin olumlu kısımlarına odaklanılarak aile hastalığın sorumlusu rolünden çıkarılır. Bu doğrultuda aileler AN'li çocuklarının kilo alımına nasıl yardımcı olabileceklerini belirlemeye çalışır ve yemeyle ilgili kararlar geçici olarak ailenin kontrolündedir. İkinci aşamada ergenlerin yemeyle ilgili kararlarda kontrolü kazanmaları hedeflenir. Bu aşamaya hastalar normal kiloya yaklaştığında ya da yeme davranışları düzeldiğinde geçilir. Son aşama ise sağlıklı bir ebeveyn-çocuk ilişkisinin yanı sıra sosyal ilişkilerin (akranlar vb.) kurulması ve bireyselleşmeye odak-

lanır. Ne aile ne de ergen YB için suçlanmaz; dolayısıyla, nedenler üzerinde durmak yerine hastalığı dışsallaştırarak davranış değişikliği sağlanmaktadır.

Sadece ergenlerde değil yetişkin hastaların da ailelerinin tedavi sürecine katılması önemlidir. Örneğin, hastalık sürecinde zorlanan çiftler için, çift odaklı müdahaleler etkili olabilmektedir (Treasure ve Nazar, 2016). AN'nin yetişkinlerde tedavisini içeren MANTRA (Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults) bakım verenleri tedavi sürecinde hem formülasyona hem de uygulamaya dahil eder (Schmidt ve ark., 2015). Özel olarak AN için geliştirilen bu bilişsel-kişilerarası model, motivasyonel ve danışan odaklıdır. Kilo, yeme bozuklukları, psikososyal uyum ve diğer belirtilerin düzeltilmesi için AN'nin sürmesinde merkezi rolü olan takıntılı (obsesyonel) ve kaygılı-kaçıngan kişilik özellikleri üzerinde çalışılır. Yapılandırılmış protokoller doğrultusunda uygulanan aile odaklı müdahalelerin, gelecekte BN ve TYB'de etkinliğinin araştırılması gereklidir. Ayrıca aile odaklı çalışmalar kadar aile ve bakım verenlere yönelik müdahaleler de önem taşımaktadır (Treasure ve Nazar, 2016).



Şekil 12. Ergen vakalarda aile terapisi en etkili yöntem olup standart protokoller doğrultusunda uygulanır.

Bilişsel davranışçı terapi

BDT, YB tedavisinde en çok araştırılan yaklaşımdır. Yapılan randomize kontrollü çalışmalar sonucunda BN için tedavide "altın standart" olarak kabul edilip (American Psychiatric Association, 2006; NICE, 2017) TYB tedavisinde de ilk sırada önerilir. AN için de etkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Costa ve Melnik, 2016; Jenkins, Morgan ve Houlihan, 2019; Zipfel ve ark., 2014). BDT'nin etkinliğini arttırmak amacıyla Transdiagnostik bakış açısıyla Geliştirilmiş BDT (G-BDT Enhanced Cognitive Behavioral Therapy) modeli öne sürülmüştür (Fairburn ve ark., 2003). YB semptomlarını sürdüren; mükemmeliyetçilik, düşük benlik saygısı, duygudurumdaki değişimleri tolere edememe ve kişilerarası problemleri de odak noktasına alan G-BDT tüm YB gruplarında kullanılabilmektedir (Zipfel ve ark., 2014).

Yapılandırılmış tedavi protokollerini içeren BN için standart BDT tedavisi üç aşamalı ortalama 20 seanslık bir süreci kapsar. AN ve TYB için tedavide belirli uyarlamalar yapılmıştır. Hem bireysel hem de grup terapi formatında, yüzyüze ya da



Şekil 13. Yeme bozuklukları tedavisi, psikoterapi müdahalesini içermektedir.

çevrimiçi uygulama yapılabilmektedir. Sadece terapi süreci değil, seanslar da yapılandırılmış olup hastaların kendini izleme (self-monitoring) ve ev ödevleri ile işlevsel olmayan davranış ve düşünceleri üzerinde çalışması hedeflenir. Tedavide geri dönüşlerin sık olabileceği ve bunların öğrenme için bir şans olarak değerlendirilebileceği vurgulanır. G-BDT'de ise yeme probleminin işlevine odaklanarak sürdürücü faktörlerin anlaşılması ve semptomlara alternatif davranışların bulunarak bunların etkisinin görülmesiyle yeme bozukluğu zihin yapısında (mindset) değişimin sağlanması hedeflenir (Fairburn, 2008). Bireysel formülasyona göre ilerleyen G-BDT için dört aşamalı kısa (20 seans) veya uzun (40 seans) protokoller oluşturulmuştur. Hastaneye yatışı yapılan kişiler ve ergenler için uygulama farklılaşabilir. İlk aşamada kişinin yeme probleminin anlaşılarak yeme davranışının düzenlenmesi (üç ana ve iki ara öğün) amaçlanır. Tedavide odak nokta, davranış değişimi olmakla birlikte terapötik ilişkinin sağlanması ilk hedeftir. Tıkınma atağı olan vakalarda düzenli yemenin atakları önleyeceği özellikle vurgulanır. Seanslar tipik olarak kendini izlem çizelgelerinin gözden geçirilip hastanın tartılmasıyla başlar. Standart BDT'de yer almayan ikinci aşama, tedavi daha derine inmeden önce yapılan bir gözden geçirme süreci olup bu aşamada değişimi engelleyen faktörler ele alınır. Üçüncü aşamada başta yeme ve bedenle ilgili kaygılar olmak üzere hastalığı sürdüren mekanizmalar üzerinde çalışılır. Problem çözme eğitimi, belirsizliğe toleransın arttırılması ve bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri kullanılır. Bedeni kabul, kişilerarası ilişkiler, bedeni obsesif kontrol, duygu düzenleme ve YB zihin yapısı üzerinde durulur. Son aşamada ise elde edilen değişimin sürdürülmesi, nüksü önleme ve gelecekte ortaya çıkabilecek problemler üzerinde durulur.



Şekil 14. Grup psikoterapisi, yeme bozukluğunda kullanılan etkili ve ekonomik bir yöntemdir. Çeşitli yeme problemi olan vakalar terapist eşliğinde bir araya gelerek problemlerini paylaşmaktadır.

G-BDT, standart BDT kadar etkili olabilmesinin yanı sıra Kişilerarası Terapiye (KT) kıyasla daha kısa sürede etki edebilmekte ve tedavi kazanımları daha uzun soluklu olmaktadır (Fairburn ve ark., 2015). Ancak hastalık öyküsü uzun olan ve beden şekline aşırı önem veren hastalar tedaviden daha az yarar sağlarken, DSM'ye göre hangi YB tanısı alındığının tedavi sonucunda anlamlı bir fark yaratmadığı görülmektedir (Cooper ve ark., 2016). Sonuç olarak BDT ve farklı varyasyonları, YB tedavisinde en öne çıkan terapi yaklaşımıdır ancak BDT'den köken alan 3. dalga davranışçı yaklaşımların da etkili olduğu görülmektedir.

Kişilerarası terapi

BN ve TYB tedavisinde, BDT'nin alternatifi olarak öne çıkan Kişilerarası Terapi (KT) kanıta dayalı bir yaklaşımdır (Costa ve Melnik, 2016). Depresyon tedavisinde yaygın olarak

kullanılan kişilerarası terapi, odağına kişilerarası problemleri alarak belirtileri bu çerçevede değerlendirir. Standart ve kısa süreli bir terapidir ve hem bireysel hem de grup uygulaması yapılabilmektedir. Bu bağlamda yas, rol geçişleri, rol karmaşası ve kişilerarası yetersizlikler olmak üzere dört sosyal alandaki kişilerarası işlevselliğin arttırılması hedeflenir. Kişilerarası terapi, ortalama 20 seanslık üç aşamalı bir süreci içermektedir. İlk aşamada danışanın mevcut kişilerarası problemleri ve YB belirtilerinin hangi kişilerarası bağlamda ortaya çıktığı belirlenir. Ardından tedavinin temel aşaması olan ikinci aşamaya geçilerek danışanın daha aktif katılımıyla değişim üzerine odaklanılır. Son aşamada ise kazanımları koruma ve nüksü önleme üzerinde çalışılır. Bu süreçte danışanlara tedavinin asıl etkisinin altı aylık süreçte görülebileceği vurgulanır. Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda kişilerarası terapi BN ve TYB tedavisinde BDT kadar etkili olmuş ancak BDT'den daha yavaş etki göstermiştir (Miniati, Callari, Maglio ve Calugi, 2018).

Diğer psikoterapi yaklaşımlarının YB tedavisinde etkinliği

BDT ve kişilerarası terapinin yanı sıra psikodinamik terapiler de randomize kontrollü çalışmalarda AN ve BN tedavisinde etkinlik göstermektedir (Zipfel ve ark., 2014; Stefini ve ark., 2017). Ayrıca son yıllarda 3. dalga davranış terapileri de yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu bağlamda şema terapi, kabul-kararlılık terapisi, bilinçli farkındalık temelli yaklaşımlar ve diyalektik davranış terapisinin YB tedavisinde kullanıldığı ancak henüz bu yaklaşımların hiç birinin BDT ya da kişilerarası terapi karşısında yeterli ampirik desteğe sahip olmadığı söylenebilir (Linardon, Fairburn, Fitzsimmins-Craft, Wilfley ve Brennan, 2017). Bunların içerisinde Linehan (1993) tarafından "sınır (bordeline) kişilik bozukluğu" için geliştirilmiş olan diyalektik davranış terapisi (DDT), BN ve TYB vakalarında etkili sonuçlar vermektedir (Safer ve Jo, 2010; Fischer ve Peterson, 2015). Diyalektik davranış terapisi ortalama 26 haftalık süreçte dört modüllük psikoeğitimsel beceri eğitimini içeren karmaşık bir tedavidir. Modüller bilinçli farkındalık (mindfulness), duygu düzenleme, strese tolerans ve kişilerarası etkinliği içerir. Ayrıca danışanlar telefonda danışmanlıkla da takip edilir. Tıkınma atakları ve diğer telafi edici davranışların duygulara bağlı ortaya çıkması duygu düzenlemeyi temel alan DDT'nin YB hastalarında kullanımını kolaylaştırmaktadır.

Tedavide kanıta dayalı etkinlik gösteren başta BDT olmak üzere pek çok terapi, danışanların tedaviye aktif katılımını gerektirir. Oysa YB hastalarının çoğunlukla tedaviye yönelik motivasyonu düşük ve değişime yönelik tutumları ambivalanttır; hatta, tedaviye başvuru büyük oranda hastanın yakınları tarafından yapılır (Ergüney-Okumuş ve ark., 2016; Yücel ve ark., 2011). Dolayısıyla aktif katılım gerektiren bir tedavi süreci danışanlar için zorlayıcı olmakta ve danışanların tedaviyi bırakma oranları artmaktadır. Bu doğrultuda motivasyonel tekniklerin kullanımı tedavi etkinliğini arttırmanın önemli bir yoludur. Prochaska ve DiClemente (1984) tarafından geliştirilen "teoriler arası model", değişimi bir dizi evre olarak ele alır ve öncelikle bireyin değişime hazır oluş düzeyinin belirlenerek yapılacak müdahale programının buna göre planlanması gerektiğini vurgular. Miller ve Rolnick (2013) tarafından geliştirilen "motivasyonel görüşme yöntemi" ile kişilerin değişime yönelik hazır oluş düzeyinin arttırılması [illegible]lanır (Dray ve Wade, 2012). Bu teorilerden köken alan ortalama dört seanslık kısa süreli [illegible]vasyonel terapi uygulamaları özellikle bağımlılık ve yeme bozukluğu hastalarında motivasyon arttırarak tedavinin sonraki aşamalarına geçişi ve tedavi kazanımlarının korunumunu

sağlamaktadır (Geller ve Dunn, 2011). Ancak motivasyonel yöntemler, tek başına uygulanan bir müdahale değil, tedavide ihtiyaç duyulan noktalara entegre edilebilecek bir teknik olarak ele alınmalıdır.

Son olarak TSSB başta olmak üzere pek çok psikolojik rahatsızlığın tedavisinde kullanılan Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) terapisi de YB için uyarlanmıştır (Shapiro, 2009). Yeme bozukluğu olan kişilerde yatkınlaştırıcı ve tetikleyici faktörler arasında travmatik deneyimler yaygındır. Bu bağlamda travma odaklı çalışmalar tedavi sürecine katkı sağlamaktadır Ayrıca EMDR, tedavi sürecinde bilişlere ek olarak beden ve duygularla da aktif çalışmayı mümkün kılmaktadır. Özellikle tedavinin temel noktası olan olumsuz beden algısının çalışılması, EMDR ile kolaylaşmaktadır. EMDR'nin bütün olarak veya bazı protokollerinin BDT'ye eklenerek ya da tek başına kullanımının AN, BN ve TYB'de etkin olduğunu gösteren kısıtlı sayıda araştırma vardır (Bloomgarden ve Calogero, 2008; Zaccagnino, Civilotti, Cussino, Callerame ve Fernandez, 2017).

KORUMA/ÖNLEME ÇALIŞMALARI

Yeme bozukluklarında tedavinin uzun süreli ve masraflı oluşu, tedavi motivasyonunun düşüklüğü ve tedaviyi bırakma oranlarının yüksekliği, ayrıca vakaların önemli bir bölümünde tedavi sonuçlarının beklenen düzeye ulaşamaması bu alanda koruyucu ve önleyici çalışmaları ön plana çıkarmıştır (Griffiths, Rossell, Mitchison, Murray ve Mond, 2018; Kazdin, Fitzsimmons-Craft ve Wilfley, 2017). Bu bağlamda riskli gruplarda, alanyazında belirtilen risk faktörlerine odaklanan pek çok etkili önleme çalışması yapılmaktadır. Ergenlik ve beliren yetişkinlik (ör., üniversite yılları) YB başlangıcı için özellikle riskli dönemler olmanın yanı sıra bu yaş gruplarında diyet başta olmak üzere bozulmuş yeme davranışları ve beden memnuniyetsizliği de oldukça yaygındır. Örneğin, üniversiteli kadınların %60'a yakını kiloyu kontrol için öğün atlamaktadır (Tylka ve Subich, 2002). Bu doğrultuda YB önleme çalışmaları okul bazlı, medya okuryazarlığına odaklı, feminist yaklaşımı benimseyen, BDT odaklı, ekolojik, bilgisayar destekli veya sosyal politika düzeyinde yapılabilmekte; ayrıca obeziteyi önleme çalışmalarıyla da birleştirilebilmektedir. Bu çalışmalarda sosyokültürel faktörler içerisinde zayıflık idealinin içselleştirilmesini azaltma, medya okuryazarlığının kazanılması, eleştirel düşünme ve pozitif beden imgesinin geliştirilmesi hedeflenir (Stice, Becker ve Yokum, 2013). Bozulmuş yeme tutum ve davranışları ve beden memnuniyetsizliği odağında yapılan BDT temelli önleme



Şekil 15. Yeme bozukluğunu önleme çalışmaları son yıllarda gittikçe artmaktadır. Yukarıdaki afiş yeme bozukluğunu önleme amacıyla yürütülen Proyouth Projesi'nin duyuru afişlerinden biridir.

çalışmalarının önde gelenleri arasında StudentBodies (Winzelberg ve ark., 1998) ve Body Project (Stice ve Presnell, 2007) yer almaktadır. Oldukça yapılandırılmış olan önleme çalışmaları özellikle erken ergenlikten itibaren (12-13 yaş) uygulandığında sekiz yıl sonrasında görülebilecek bozulmuş yeme davranışlarını ve beden memnuniyetsizliğini azaltmakta ve duygudurumu da olumlu yönde etkilemektedir (Rohde, Stice ve Marti, 2016).

Ülkemizde 2011-2018 yılları arasında bir AB projesi olarak uygulanan Proyouth - Yeme Bozukluklarını Önleme ve Zihin Sağlığını Geliştirme projesinde üniversite öğrencilerinin YB ile ilgili bilgi ve çevrimiçi destek alabilecekleri bir web sitesi oluşturulmuştur (https://www.proyouth.eu/tr/). Bu projede hedeflenen hem uzman hem de akran desteğiyle yeme bozukluklarını önlemek, risk altındaki grupları belirleyip gerekli yönlendirmeleri zamanında gerçekleştirmek ve bunun yanı sıra; özellikle sağlıklı beslenme, beden memnuniyeti ve yeme bozukluklarıyla ilgili çeşitli bilgi ve destek modüllerini sunmaktır. Motivasyonel düzeye göre tasarlanan ifadeleri içeren katılım ve izleme modülleriyle kişinin içinde bulunduğu motivasyon evresine ve semptomların ciddiyetine göre kişiye özel uyarlanmış (individually tailored) yaklaşık 2.000 farklı geri bildirim mesajı hazırlanmıştır. Pilot çalışma sonuçları katılımcıların beden memnuniyetsizliği düzeyinin yüksek ve bozulmuş yeme davranışlarının sık olduğunu; dolayısıyla risk grubunda yer alan kişilere ulaşıldığını göstermiştir (Sertel-Berk, 2014). Bir diğer önleme çalışması ise 14-17 yaş arasındaki voleybol oyuncularıyla 12 seanslık bir grup müdahalesi şeklinde yürütülmüş ve sonucunda katılımcıların bozulmuş yeme tutum ve davranışlarının azalmasına ek olarak beden imgesini olumlu olarak geliştirmiştir (Arslanoğlu, 2015). Ortaokul öğrencileriyle 15 seans yürütülen bir önleme müdahalesi sonrasında ise öğrencilerin sağlıklı yeme davranışlarının arttığı ve kaygı düzeylerinin düştüğü gözlenmiştir (Ardıç ve Erdoğan, 2017). Ayrıca, İnce (2020) tarafından geliştirilen "Sağlıklı Yeme Tutum ve Davranışları Ggrup Programı'na katılan kadın üniversite öğrencilerinin altı seanslık müdahale sonrasında kontrol grubuna kıyasla YB psikopatoloji ve zayıflık ideali düzeylerinin anlamlı şekilde düştüğü bulgulanmıştır.

Son olarak sosyokültürel faktörleri odak noktasına alan önleyici çalışmalar; bozulmuş yeme davranışları ve beden memnuniyetsizliğinin azalmasında etkili olmaktadır (Stice, Becker ve Yokum, 2013). Ayrıca feminist sosyal aktivizmle daha çok ilgilenenlerin toplumsal olarak dayatılan zayıflık idealini daha az içselleştirdikleri ortaya konmuş, böylece feminist görüşe sahip olmanın YB'ye yönelik koruyucu bir faktör olduğuna dikkat çekilmiştir (Calogero, 2013).

YAKIN BAKIŞ 4 Obezite: Bir Halk Sağlığı Sorunu

Vücutta yağ birikmesi olarak tanımlanan obezite, sıklıkla BKE üzerinden (BKE ≥ 30) hesaplanır. Obezite, bir sağlık sorunu olarak ele alınmakla birlikte, bozulmuş yeme davranışları, obezite oluşumuna katkı sağlayan önemli faktörler arasında yer almaktadır. Ayrıca ezgersiz azlığı ve diğer metabolik bileşenlerde obezite etiyolojisinde dikkat çekmektedir. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010'un sonuçlarına göre ülkemizde obezite görülme sıklığı %30,3 olup bu oran kadınlarda %41, erkeklerde %30,3 ve çocukluk çağında



Şekil 16. Çocukluk çağı obezitesi, giderek artış göstermekte ve beraberinde başka sağlık ve psikososyal sorunları da getirmektedir.

%8 civarındadır (https://hsgm.saglik.gov.tr). Genetik faktörler kişinin kilosu üzerinde %60'a yakın rol oynamakta; dolayısıyla genetik yatkınlık obeziteyi belirleyen faktörlerden biri olurken kiloyla ilgili problemler genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkmaktadır (Wang ve ark., 2017). Bu bağlamda TV karşısında geçen zaman, yüksek kalorili ancak besleyici değeri düşük yiyeceklerin tüketimi ve bunlara ulaşımın kolaylığı, fiziksel aktivite azlığı, hızlı yeme, acıkmadan yeme, ailenin yeme alışkanlıkları gibi pek çok faktör obezite riskini arttırır (Malik, Willet ve Hu, 2013). Fakat bu risk faktörlerini taşıyan herkes obezite geliştirmezken, bunları taşımayan kişilerde de obezite görülebilir. Dolayısıyla bu çevresel faktörlere yönelik nörolojik temelli bireysel tepkiler kişileri obeziteye yatkınlaştırıyor olabilir. Nörobiyolojik açıklamalar: iştah ile ilgili olarak homoestatik dengeyi sağlayan inhibisyon tepkisinin obezitede azalması sebebiyle kilo alımının daha kolay olduğunu göstermektedir (Subramaniapillai ve McIntyre, 2017). Öte yandan obezitesi olan kişilerde duygusal yeme de yaygın görülmekte, yemek adeta bir tür duygu düzenleme görevi görmektedir (Devlin, 2007).

Obezite, başta diyabet ve kardiyovasküler sistem hastalıkları olmak üzere pek çok sağlık sorununu beraberinde getirir (Samur ve Yıldız, 2008). Buna ek olarak TYB obeziteye sıklıkla eşlik etmekte, TYB'si olan obez bireylerde çocukluk çağı travması, beden memnuniyetsizliği ve bilişsel çarpıtmalar daha yaygın görülmektedir (Babayiğit, 2007; Yılmaz, 2016). Ayrıca obezitenin bir tür yeme bağımlılığı olduğu ve bağımlılıklardaki ödül mekanizmasıyla açıklanabileceği de önerilmiştir (Ziauddeen ve Fletcher, 2013). Obezitenin, stresle ilişkisi ve kişinin işlevselliğini düşürerek sağlığını olumsuz etkilemesi sebebiyle DSM-5'te bir psikolojik rahatsızlık olarak yer alması da önerilmiştir (detaylı inceleme için bk. Devlin, 2007; Marcus ve Wildes, 2009). Ancak tüm bunlar obeziteyi bir yeme bozukluğu ya da bir psikolojik rahatsızlık olarak saymamız için yeterli midir? Buradaki en önemli sorun tanı kriteri olarak neyin alınacağıdır. Çünkü tüm obez bireyleri kapsayabilecek bu davranış örüntüsü yoktur. Ayrıca obeziteyi bir psikolojik rahatsızlık olarak değerlendirmek zaten fazlasıyla ayrımcılık ve etiketlenmeye maruz kalan obez kişilerin durumuna pek de katkı sağlamayacaktır. Biyolojik ve çevresel faktörlerin önemli etkisi olmasına rağmen obezite hâlen kişilerin sorumluluğunda değerlendirilmektedir. Obez bireyler kilo problemleri sebebiyle suçlanmakta (Puhl ve Heuer, 2009) ve bu durum pek çok psikososyal problemi ortaya çıkarmaktadır. Dolayısıyla obezite, çevresel, genetik ve psikolojik pek çok bileşene sahip bir sağlık sorunu olması sebebiyle DSM-5'te yer almamıştır.



Şekil 17. Kilo problemlerinin ailesel geçişi vardır ve etkili tedaviler için sadece beslenme değil, egzersizi de yaşam tarzı hâline getiren davranış değişimi programları önerilmektedir.

Peki, çözüm nasıl olmalı? Bireysel düzlemde obezite tedavisinde ilaç ve cerrahi müdahaleler yaygın kullanılmakla birlikte etkili tedavi ancak davranışsal müdahalelerle yaşam tarzı değişiklikleri sağlanırsa ortaya çıkmaktadır (Shukla, Buniak ve Aronne, 2015). Ancak sadece bireysel değil politika düzeyinde de obezitenin önlenmesine yönelik çalışmalar gereklidir. Özellikle de çocukluk çağı obezitesi ülkemizde hızlı bir artış göstermektedir. Bu bağlamda çocukların hareketli yaşam tarzına yönlendirilmesi ve sağlıklı beslenmenin teşvik edilmesi önemlidir. Ancak okullarda sağlıklı besinlere ulaşmanın zorluğunun yanı sıra sağlıksız besinler kolay ulaşılabilen, ucuz ve çekici alternatiflerdir. Dolayısıyla gıda fiyatlandırması, gıda ulaşılabilirliği ve reklamların kısıtlanması gibi müdahalelere ek olarak fiziksel aktivitenin teşvik edilerek arttırılması da çocukluktan itibaren kilo probleminin gelişimini önlemek açısından önemlidir. Sonuç olarak obezite, karmaşık bir sağlık sorunu olarak değerlendirilmekte, müdahale ve önleme ise ancak çok katmanlı bir sistemde etkin sonuçlar sağlamaktadır.

YAKIN BAKIŞ 5 Beslenme Bozuklukları

DSM-IV'te "çocukluk ve ergenlik döneminde başlayan bozukluklar" kategorisinde yer alan beslenme bozukluklarını DSM-5, yeme bozuklukları ile birleştirmiştir. Beslenme bozuklukları çoğunlukla erken çocukluk döneminde karşımıza çıkmakla birlikte nadiren yetişkin vaka örnekleri de bildirilmektedir. Bu bağlamda beslenme bozuklukları gelişimsel psikopatoloji yaklaşımı içinde değerlendirilip tedavinin de bu doğrultuda planlanması önemlidir.

Pika

İsmini saksağan kuşunun Latincesinden alan bu bozukluk, besin olarak tüketilemeyecek ya da besleyici değeri olmayan maddeleri yeme davranışıyla karakterizedir. Bu bozuklukta toprak, kil, demir, sabun, tebeşir, kağıt, kömür, plastik, saç-kıl bazen de demir ve cam gibi zararlı maddeler tüketilmektedir. Bunun sonucunda çoğu zaman zehirlenme ve

barsak problemleri ortaya çıkar. Tanı için, 2 yaş sonrasında bu örüntü görülmeli ve tüketilen maddenin kültürel olarak bir anlamı bulunmamalıdır. Etiyoloji net olmamakla birlikte genetik yatkınlığın yanı sıra anemi, otizm, şizofreni ve zihinsel engel pika için risk faktörleri arasındadır ve hamilelik döneminde pika oranı artmaktadır (Johnson, 2017; Rose, Porcerelli ve Neale, 2000). Demir eksikliğine bağlı gelişen anemi durumunda pagofaji olarak bilinen buz veya kar aşerme de görülebilir. Etiyolojide yer alan aneminin tedavi edilmesi sıklıkla pika belirtilerini azaltır.

Geri Çıkarma Bozukluğu (Ruminasyon/Geviş Getirme)

Bebekler katı gıda yemeye ilk başladıklarında yediklerini geri çıkarma sık görülür. Bazen geri çıkarılan yiyecek tekrar tüketilir ama bazen tamamen dışarı tükürülerek dengesiz beslenme durumuna yol açarak gelişimin durması, hastalıklara yatkınlık ve ciddi durumlarda ölüm riski gibi sonuçlar oluşturabilir. Etiyolojide fizyolojik sebepler (mide-barsak sistemi bozuklukları) ve psikolojik faktörler (bakım verenle kurulan ilişkide sorunlar, ihmal vb.) öne çıkmakta, ayrıca zihinsel engeli olan bireylerde görülme oranı daha fazladır (Smith, Mason ve Lavender, 2018). Yediğini geri çıkarma davranışı bazen AN ve BN'de de görülür ama burada amaç daha fazla kalori alımını engellemek olduğu için bu durum geri çıkarma bozukluğu olarak tanımlanmamaktadır.

Kaçıngan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu

Pek çok bakım veren, çocuklarının bazı yiyecekleri yemek istemediği ya da az miktarda yediğinden şikayetçidir. Ancak bu durum sıklıkla gelişim sorunları ya da büyümeyi engelleme boyutuna gelmez. Kaçıngan/kısıtlı yiyecek alımı bozukluğunda ise yemek yemeyi önemsememe, hassasiyet sonucu bazı gıdaları tüketmek istememe ya da yemek yerken boğulma durumu gibi travmatik deneyimler sonrası yemek yememe söz konusudur. Genellikle çocukluk döneminde karşımıza çıkmakla birlikte nadiren yetişkinlik döneminde de görülebilir. Etiyolojide tıbbi açıklamalar ve psikolojik açıklamalar (ör.; ihmal, istismar, ebeveynlerde psikopatoloji, bakım verenle ilişkinin yemek ekseninde kurulması) öne çıkmakta ve tedavi de bu doğrultuda gerçekleşmektedir (Smith, Mason ve Lavender, 2018).

BÖLÜM ÖZETİ

Kilo ve bedenle aşırı uğraş sonucunda bozulmuş yeme davranışları ile karakterize olan yeme bozuklukları, DSM-5'te AN, BN ve TYB olarak üç gruba ayrılmaktadır. Bunların dışında tanı kriterlerini tam karşılamasa da yeme problemleri özellikle genç kadınlar arasında oldukça yaygındır. YB'ye başta depresyon olmak üzere pek çok psikiyatrik rahatsızlık eşlik edebilir. Ayrıca oluşabilecek ciddi tıbbi sorunlar sonucunda ölüm riskinin arttığı görülmektedir.

YB; genetik, nörobiyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkmaktadır. YB, ailesel geçişi olan rahatsızlıklardan olup yeme bozukluğu hastalarında başta serotonin olmak üzere iştah, duygulanım ve ödül mekanizmalarını etkileyen beyin kimyasallarında ve beyindeki kritik bölgelerde değişim görülmektedir. Yeme bozukluklarının psikolojik açıklamalarında bilişsel davranışçı modeller öne çıkmakta, sosyokültürel açıklamalar ise zayıflık idealinin içselleştirilmesi sonucunda beden memnuniyetsizliği ve yeme davranışında bozulmaların oluştuğuna dikkat çekmektedir. Ayrıca aile ve kişilik özellikleri, stres ve travmatik yaşantılar da önemli risk unsurlarıdır.

Tedavide, psikoterapi esas müdahaleyi oluşturmakta olup ilaçla tedavi desteği de alınabilmektedir. AN'de tıbbi komplikasyonları azaltmak ve kilo alımını sağlamak için yatarak tedavi ile medikal beslenme terapisi tercih edilir. AN'de aile terapilerinin, BN ve TYB'de ise bilişsel davranışçı terapi ve kişilerarası terapinin etkinliği kanıtlanmıştır. Öte yandan tedavi uzun ve masraflı olmakta, maalesef her vaka için istenen sonuçlar alınamamaktadır. Bu sebeple koruyucu önleyici çalışmalar önem kazanmaktadır.

Ülkemizde YB alanındaki çalışmalar görece yeni olup araştırmaların büyük çoğunluğu risk gruplarında (lise - üniversite örneklemleri) yürütülmekte ve yeme tutumu bozulmuş vakalar incelenmektedir. Tanı almış klinik gruplardaki araştırmalar kısıtlıdır. Bunun en önemli sebeplerinden biri ülkemizde yeme bozukluğu araştırma ve tedavileri için geliştirilmiş özel merkezlerin bulunmayışı; dolayısıyla klinik gruba ulaşmadaki zorluklardır. Bu durum hastaların etkili tedavi seçeneklerine ulaşmasını da zorlaştırmaktadır. Klinik grupta yapılan çalışmalar küçük örneklemlerde; bozukluğun görülme sıklığı, vakaların demografik ve klinik özellikleri, eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıklar üzerine yoğunlaşmıştır. Çoğunluğu niceliksel veriler sunan bu araştırmaların yanı sıra az sayıda niteliksel araştırma da vardır. Tedavi etkinliğine yönelik çalışmalara rastlanmamakta sadece olgu öyküleri görülmektedir. Bu araştırmalar genel olarak incelendiğinde ülkemizde YB ile ilgili bulguların büyük oranda diğer ülkelerin verileriyle paralellik gösterdiği ancak tedavideki etkinlik ve kültürel faktörlerin ileri araştırmalarda konu edilmesi gerekliliği öne çıkmaktadır. Ayrıca erkek vakalarda hastalık görülme sıklığının ülkemizde oldukça düşük olması dikkat çekmekte bu durumun sebebinin ise araştırma örneklemlerinde erkek vakaların neredeyse hiç yer almaması ve klinisyenlerin erkeklerde YB ile ilgili kapsamlı bilgiye sahip olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Önerilen İleri Okumalar

Agras, W. S. (Ed.). (2010). *The Oxford handbook of eating disorders*. Oxford University Press.
Başkan, A. (2019). *Hayata Tutunmak: Bir Anoreksiya Öyküsü*. Epona Sağlık Yayınları.
Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
Ogden, J. (2011). *The psychology of eating: From healthy to disordered behavior*. John Wiley & Sons.
Smolak, L., & Levine, M. P. (Eds.). (2015). *The Wiley handbook of eating disorders*. John Wiley & Sons.

KAYNAKLAR

Akışık-Genç, S. (2017). *Yeme Bozukluğu Hastalarında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Klinik Görüşme ve Özbildirim Ölçekleri ile Değerlendirilmesi.* (Tıpta uzmanlık tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Allison, K. C., Lundgren, J. D., O'reardon, J. P., Geliebter, A., Gluck, M. E., Vinai, P.,... & Engel, S. (2010). Proposed diagnostic criteria for night eating syndrome. *International Journal of Eating Disorders, 43*(3), 241-247.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). Arlington: American Psychiatric Pub.

American Psychiatric Association. (2006). Practice guidlines for the treatment of patients with eating disorders. *Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders* (3th ed.). Arlington: American Psychiatric Pub.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

Andreyeva, T., Puhl, R. M., & Brownell, K. D. (2008). Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995–1996 through 2004–2006. *Obesity, 16*(5), 1129-1134.

Ardic, A., & Erdogan, S. (2017). The effectiveness of the COPE healthy lifestyles TEEN program: a school-based intervention in middle school adolescents with 12-month follow-up. *Journal of Advanced Nursing, 73*(6), 1377-1389.

Arslanoğlu, E. (2015). *Adölesan voleybolculara uygulanan yapılandırılmış grup müdahalesinin yeme tutumu, depresyon düzeyi, beden algısı ve benlik saygısı üzerine etkisi.* (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi). Dumlupınar Üniversitesi, Turkey.

Aslan, S. H. (2001). Beden imgesi ve yeme davranışı bozuklukları ile medya ilişkisi. *Düşünen Adam, 14*(1), 41-47.

Aslantaş-Ertekin, B. (2010). *Yeme Bozukluğu Hastalarında Aile Ortamının ve Aile İşlevselliğinin Değerlendirilmesi.* (Tıpta uzmanlık tezi), İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Atkinson, M. J., & Wade, T. D. (2015). Mindfulness-based prevention for eating disorders: A school-based cluster randomized controlled study. *International Journal of Eating Disorders, 48*(7), 1024-1037.

Avena, N. M., & Bocarsly, M. E. (2012). Dysregulation of brain reward systems in eating disorders: neurochemical information from animal models of binge eating, bulimia nervosa, and anorexia nervosa. *Neuropharmacology, 63*(1), 87-96.

Babayiğit, Z. (2007). *Obez Kadınlarda Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun Bilişsel Kurama Göre İncelenmesi.* (Yayınlanmamış doktora tezi), İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Baker, J. H., Girdler, S. S., & Bulik, C. M. (2012). The role of reproductive hormones in the development and maintenance of eating disorders. *Expert review of obstetrics & gynecology, 7*(6), 573-583.

Berkman, N. D., Lohr, K. N., & Bulik, C. M. (2007). Outcomes of eating disorders: a systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders, 40*(4), 293-309.

Birch, L. L., & Marlin, D. W. (1982). I don't like it; I never tried it: effects of exposure on two-year-old children's food preferences. *Appetite, 3*(4), 353-360.

Bloomgarden, A., & Calogero, R. M. (2008). A randomized experimental test of the efficacy of EMDR treatment on negative body image in eating disorder inpatients. *Eating disorders, 16*(5), 418-427.

Boraska, V., Franklin, C. S., Floyd, J. A., Thornton, L. M., Huckins, L. M., Southam, L., ... & Lewis, C. M. (2014). A genome-wide association study of anorexia nervosa. *Molecular psychiatry, 19*(10), 1085.

Bordo, S. (2003). Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body. 1993. U of California P.

Bould, H., Koupil, I., Dalman, C., DeStavola, B., Lewis, G., & Magnusson, C. (2015). Parental mental illness and eating disorders in offspring. *International Journal of Eating Disorders, 48*(4), 383-391.

Brewerton, T. D. (2005). Psychological trauma and eating disorders. *Rev Eat Disord, 1*, 137-54.

Brown, Z., & Tiggemann, M. (2016). Attractive celebrity and peer images on Instagram: Effect on women's mood and body image. *Body image, 19*, 37-43.

Brown, C., & Mehler, P. S. (2015). Medical complications of anorexia nervosa and their treatments: an update on some critical aspects. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 20*(4), 419-425.

Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic medicine, 24*(2), 187-194.

Bulik, C. M. (2016). Towards a science of eating disorders: Replacing myths with realities: The fourth Birgit Olsson lecture. *Nordic journal of psychiatry, 70*(3), 224-230.

Bulik, C. M., Kleiman, S. C., & Yilmaz, Z. (2016). Genetic epidemiology of eating disorders. *Current opinion in psychiatry, 29*(6), 383.

Bulik, C. M., Sullivan, P. F., & Kendler, K. S. (2000). An empirical study of the classification of eating disorders. *American Journal of Psychiatry, 157*(6), 886-895.

Büyükgöze-Kavas, A. (2007). Eating attitudes and depression in a Turkish sample. *European Eating Disorders Review, 15*, 305–310.

Calogero, R. M. (2013). Objects don't object: Evidence that self-objectification disrupts women's social activism. *Psychological Science, 24*(3), 312-318.

Cannon, W. B. (1929). Organization for physiological homeostasis. *Physiological reviews, 9*(3), 399-431.

Canpolat, B. I., Örsel, S., Akdemir, A., & Özbay, M. H. (2005). The relationship between dieting and body image, body ideal, self-perception, and body mass index in Turkish adolescents. *International Journal of Eating Disorders, 37*, 150–155

Carter, J. C., Bewell, C., Blackmore, E. ve Woodside, D.B. (2006). The impact of childhood sexual abuse in anorexia nervosa. *Child Abuse and Neglect*, 30, 257-269.

Cash, T. F., & Deagle III, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders, 22*(2), 107-126.

Cassin, S. E., & von Ranson, K. M. (2005). Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical psychology review, 25*(7), 895-916.

Cederlöf, M., Thornton, L. M., Baker, J., Lichtenstein, P., Larsson, H., Rück, C., ... & Mataix-Cols, D. (2015). Etiological overlap between obsessive-compulsive disorder and anorexia nervosa: a longitudinal cohort, multigenerational family and twin study. *World Psychiatry, 14*(3), 333-338.

Cihan, B., & Bozo, Ö. (2012). Genç Yetiskin Kadınlarda Zayıflama Haplarina Yönelik Tutumlari Ölçen Bir Ölçegin Gelistirilmesi. *Turk Psikoloji Yazilari, 15*(30), 63.

Cihan, B., Bozo, Ö., Schae fer, L. M., & Thompson, J. K. (2016). Psychometric properties of the Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-4-Revised (SATAQ-4R) in Turkish women. *Eating behaviors, 21*, 168-171

Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World psychiatry, 13*(2), 153-160.

Cooper, Z., Allen, E., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Murphy, R., O'Connor, M. E., & Fairburn, C. G. (2016). Predictors and moderators of response to enhanced cognitive behaviour therapy and interpersonal psychotherapy for the treatment of eating disorders. *Behaviour research and therapy, 84*, 9-13.

Costa, M. B., & Melnik, T. (2016). Effectiveness of psychosocial interventions in eating disorders: an overview of Cochrane systematic reviews. *Einstein (Sao Paulo), 14*(2), 235-277.

Culbert, K. M., Racine, S. E., & Klump, K. L. (2016). Hormonal factors and disturbances in eating disorders. *Current psychiatry reports, 18*(7), 65.

Celikel, F. C., Cumurcu, B. E., Koc, M., Etikan, I., & Yucel, B. (2008). Psychologic correlates of eating attitudes in Turkish female college students. Comprehensive psychiatry, 49(2), 188-194.

Çelik, S., Yoldaşcan, E. B., Okyay, R. A. ve Özenli, Y. (2016). Kadın üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun yaygınlığı ve etkileyen etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi, 17*(1), 42-50.

D'Agostino, A., Covanti, S., Rossi Monti, M., & Starcevic, V. (2017). Reconsidering emotion dysregulation. *Psychiatric Quarterly, 88*, 1-19.

Deveci, E. (2020). Üniversite Öğrencilerinde Yeme Bozukluğu'nun Görülme Sıklığı ve Psikososyokültürel Yordayıcıları: İstanbul Örneklemi. (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Devlin, M. J. (2007). Is there a place for obesity in DSM-V?. *International Journal of Eating Disorders, 40*(S3), S83-S88.

Devrim, A. (2016). *Kas Dismorfik Bozukluğu Envanteri Ve Vücut Geliştirici İmaj Şeması'Nin Geçerlikve Güvenirlik Durumu İle Yeme Tutumu Testi Arasindaki İlişkinin Değerlendirilmesi,* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniveristesi, Ankara.

Diedrichs, P. C., & Puhl, R. (2016). Weight bias: Prejudice and discrimination toward overweight and obese people. In F. K. Barlow, & C. Sibley (Eds.), The Cambridge Handbook of the Psychology of Prejudice, 392-412. Cambridge University Press.

Dray, J., & Wade, T. D. (2012). Is the transtheoretical model and motivational interviewing approach applicable to the treatment of eating disorders? A review. *Clinical Psychology Review, 32*(6), 558-565.

Duncan, L., Yilmaz, Z., Walters, R., Goldstein, J., Anttila, V., Bulik-Sullivan, B., & Ripke, S. (2017). Genome-wide association study reveals first locus for anorexia nervosa and metabolic correlations. *The American journal of psychiatry*, 174(9), 850-858.

Eddy, K. T., Dorer, D. J., Franko, D. L., Tahilani, K., Thompson-Brenner, H., & Herzog, D. B. (2008). Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *American Journal of Psychiatry, 165*(2), 245-250.

Eker, E. (2014). *Yeme Bozukluğu Hastalarının Bağlanma Paternlerinin Depresyon ve İntihar Davranışı ile Korelasyonu.* (Yayınlanmamış doktora tezi), İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Ergüney, F. E. (2012). *Yeme Bozukluğu Hastalarında Tedavi Motivasyonu, Beden İmgesi ve Depresyonun Değerlendirilmesi.* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi), İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Ergüney Okumuş, F. E., Başe: Baykal, N., Deveci, E. ve Karaköse, S. (2018). Yeme Bozukluğu Vakalarında Hastalık Yaşantısı ve Grup Süreci: Nitel Bir Çalışma. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi, 2(4)*, 307-318.

Ergüney Okumuş, F. E., Sertel Berk, H. Ö. ve Yücel, B. (2016). Yeme Bozukluklarında Tedavi Motivasyonu ve Yordayıcıları. *Psikoloji Çalışmaları/Studies in Psychology, 36*(1), 41-64.

Ergüney Okumuş, F. E., Sertel Berk, H. Ö. ve Yücel, B. (2019). Body image, depression and eating behaviour: a comparative study in eating disordered women and healthy controls. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 1-7.

Erol, A., Yazici, F., & Toprak, G. (2007). Family functioning of patients with an eating disorder compared with that of patients with obsessive compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry, 48*(1), 47-50.

Fairburn, C. (1981). A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine. 11*(4), 707-711.

Fairburn, C. G. (2008). Cognitive behavior therapy and eating disorders. New York: Guilford Press.

Fairburn, C. G., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., ... & Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour research and therapy, 70*, 64-71.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour research and therapy, 41*(5), 509-528.

Favaro, A., Caregaro, L., Tenconi, E., Bosello, R., & Santonastaso, P. (2009). Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The Journal of clinical psychiatry, 70*(12), 1715-1721.

Feldman, M. B., & Meyer, I. H. (2007). Eating disorders in diverse lesbian, gay, and bisexual populations. *International Journal of Eating Disorders, 40*, 218–226.

Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders-results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders, 49*(4), 391-401.

Fischer, S., & Peterson, C. (2015). Dialectical behavior therapy for adolescent binge eating, purging, suicidal behavior, and non-suicidal self-injury: A pilot study. *Psychotherapy, 52*(1), 78.

Frank, G. K. (2015). Recent advances in neuroimaging to model eating disorder neurobiology. *Current psychiatry reports, 17*(4), 22.

Franko, D. L., & Keel, P. K. (2006). Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical psychology review, 26*(6), 769-782.

Frederick, D. A., & Essayli, J. H. (2016). Male body image: The roles of sexual orientation and body mass index across five national US Studies. *Psychology of Men & Masculinity, 17*(4), 336.

Freedman, R. (1986). Beauty Bond. Lexington, MA: Lexington Books.

Galmiche, M., Dechelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. The American journal of clinical nutrition, 109(5), 1402-1413.

Garner, D. M., & Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive therapy and research, 6*(2), 123-150.

Geller, J., & Dunn, E. C. (2011). Integrating motivational interviewing and cognitive behavioral therapy in the treatment of eating disorders: Tailoring interventions to patient readiness for change. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*(1), 5-15.

Griffiths, S., Rossell, S. L., Mitchison, D., Murray, S. B., & Mond, J. M. (2018). Pathways into treatment for eating disorders: A quantitative examination of treatment barriers and treatment attitudes. Eating disorders, 26(6), 556-574.

Grogan, S. (2016). Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women and children. Routledge.

Gull, W. W. (1874). Anorexia Nervosa. *Transactions Clinical Society London, 7*, 22-28.

Hinney, A., & Volckmar, A. L. (2013). Genetics of eating disorders. *Current psychiatry reports, 15*(12), 423.

Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr, H. G., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry, 61*(3), 348-358.

Hudson, J., Lalonde, J., Pindyck, L., Bulik, C., Crow, S., McElroy, S., ... & Pope, H. (2006). Familial aggregation of binge-eating disorder. *Archives of General Psychiatry, 63*, 313-319.

İnce, B. (2020). Healthy Eating Attitudes and Behaviours Group Program: A Randomised Controlled Feasibility Study. (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Arel Üniversitesi, İstanbul.

Jáuregui-Lobera, I. (2013). Neuropsychology of eating disorders: 1995–2012. *Neuropsychiatric disease and treatment, 9*, 415.

Jenkins, P. E., Morgan, C., & Houlihan, C. (2019). Outpatient CBT for underweight patients with eating disorders: effectiveness within a National Health Service (NHS) eating disorders service. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 47*(2), 217-229.

Johnson, D. (2017). PICA during Pregnancy. *International Journal of Childbirth Education, 32*(1), 45-47.

Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry, 159*(3), 394-400.

Kadıoğlu, M., & Ergün, A. (2015). Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu, öz-etkililik ve etkileyen faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5*(2), 96-104.

Kalaycı, M.B. (2016). *Anoreksiya Nervoza Tanısı Olan Ergenlerde Sosyal İşlevsellik ve Eşlik Eden Psikiyatrik Belirtilerin Sosyal İşlevsellikle İlişkisi.* (Tıpta uzmanlık tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

Karaköse, S. (2012). *Yeme Bozukluğu Semptomatolojisini Yordamada Baş etme Stratejilerinin ve Olumsuz Temel İnançların Rolü.* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul

Kaye, W. (2008). Neurobiology of anorexia and bulimia nervosa. *Physiology & behavior, 94*(1), 121-135.

Kazdin, A. E., Fitzsimmons-Craft, E. E., & Wilfley, D. E. (2017). Addressing critical gaps in the treatment of eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 50(3), 170-189.

Keel, P. K., Haedt, A., & Edler, C. (2005). Purging disorder: An ominous variant of bulimia nervosa? *International Journal of Eating Disorders, 38*(3), 191-199.

Keel, P. K., & Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 43*(3), 195-204.

Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Sihvola, E., Raevuori, A., ... & Rissanen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry, 164*(8), 1259-1265.

Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Linna, M. S., Raevuori, A., Sihvola, E., Bulik, C. M., ... & Kaprio, J. (2009). Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychological medicine, 39*(5), 823-831.

Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. Current opinion in psychiatry, 29(6), 340-345.

Kleemans, M., Daalmans, S., Carbaat, I., & Anschütz, D. (2018). Picture perfect: The direct effect of manipulated Instagram photos on body image in adolescent girls. *Media Psychology, 21*(1), 93-110.

Klump, K. L., Keel, P. K., Culbert, K. M., & Edler, C. (2008). Ovarian hormones and binge eating: exploring associations in community samples. *Psychological medicine, 38*(12), 1749-1757.

Klump, K. L., Suisman, J. L., Burt, S. A., McGue, M., & Iacono, W. G. (2009). Genetic and environmental influences on disordered eating: An adoption study. *Journal of abnormal psychology, 118*(4), 797-805.

Lam, D. D., Garfield, A. S., Marston, O. J., Shaw, J., & Heisler, L. K. (2010). Brain serotonin system in the coordination of food intake and body weight. *Pharmacology Biochemistry and Behavior, 97*(1), 84-91.

Lasegue, C. (1873). De l'anorexia hysterique (Of hysterical anorexia). *Archives Generales de Medicine.* 21, 385-403.

Lavagnino, L., Arnone, D., Cao, B., Soares, J. C., & Selvaraj, S. (2016). Inhibitory control in obesity and binge eating disorder: A systematic review and meta-analysis of neurocognitive and neuroimaging studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 68*, 714-726.

Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Engel, S. G., Mitchell, J. E., ... & Berg, K. C. (2014). Dimensions of emotion dysregulation in bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review, 22*(3), 212-216.

Le Grange, D., Lock, J., Agras, W. S., Bryson, S. W., & Jo, B. (2015). Randomized clinical trial of family-based treatment and cognitive-behavioral therapy for adolescent bulimia nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 54*(11), 886-894.

Leibowitz, S. F. (1986). Brain monoamines and peptides: role in the control of eating behavior. *Federation proceedings, Federation of American Societies for Experimental Biology, 45*(5), 1396-1403.

León, M. P., González-Martí, I., & Fernández-Bustos, J. G. (2018). Perception of body size and dissatisfaction in children aged 3 to 6: a systematic review. *Anales de psicología, 34*(1), 173-183.

Li, D., Chang, X., Connolly, J. J., Tian, L., Liu, Y., Bhoj, E. J., ... & Kim, C. E. (2017). A genome-wide association study of anorexia nervosa suggests a risk locus implicated in dysregulated leptin signaling. *Scientific reports, 7*(1), 3847.

Li, Y., Hu, X., Ma, W., Wu, J., & Ma, G. (2005). Body image perceptions among Chinese children and adolescents. *Body image, 2*(2), 91-103.

Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2016). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301-1326.

Linardon, J., Fairburn, C. G., Fitzsimmons-Craft, E. E., Wilfley, D. E., & Brennan, L. (2017). The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clinical psychology review, 58*, 125-140.

Linehan, M. M. (1993). Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press.

Lock, J. (2015). An update on evidence-based psychosocial treatments for eating disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 44(5)*, 707-721.

Machado, P. P., Machado, B. C., Gonçalves, S., & Hoek, H. W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders, 40*(3), 212-217.

Machado, P. P., Gonçalves, S., & Hoek, H. W. (2013). DSM-5 reduces the proportion of EDNOS cases: Evidence from community samples. *International Journal of Eating Disorders, 46*(1), 60-65.

Malik, V. S., Willett, W. C., & Hu, F. B. (2013). Global obesity: trends, risk factors and policy implications. *Nature Reviews Endocrinology, 9*(1), 13-27.

Marcus, M. D., & Wildes, J. E. (2009). Obesity: is it a mental disorder? *International Journal of Eating Disorders, 42*(8), 739-753.

Matthews-Ewald, M. R., Zullig, K. J., & Ward, R. M. (2014). Sexual orientation and disordered eating behaviors among self-identified male and female college students. *Eating behaviors, 15*(3), 441-444.

McCuen-Wurst, C., Ruggieri, M., & Allison, K. C. (2018). Disordered eating and obesity: associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, and weight-related comorbidities. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1411*(1), 96-105

McElroy, S. L., Guerdjikova, A. I., Mori, N., & Keck, P. E., Jr. (2015). Psychopharmacologic treatment of eating disorders: Emerging findings. *Current Psychiatry Reports, 17*, 35.

Mehler, P. S., & Rylander, M. (2015). Bulimia Nervosa–medical complications. *Journal of eating disorders, 3*(1), 2-5.

Mehler, P. S., Blalock, D. V., Walden, K., Kaur, S., McBride, J., Walsh, K., & Watts, J. (2018). Medical findings in 1,026 consecutive adult inpatient–residential eating disordered patients. *International Journal of Eating Disorders, 51*(4), 305-313.

Miller, W. R., & Rolnick, S. (2013). Motivational Interviewing: Helping People Change, 369-386. New York: Guilford Press.

Miniati, M., Mauri, M., Ciberti, A., Mariani, M. G., Marazziti, D., & Dell'Osso, L. (2016). Psychopharmacological options for adult patients with anorexia nervosa. *CNS Spectrums, 21*, 134–142.

Miniati, M., Callari, A., Maglio, A., & Calugi, S. (2018). Interpersonal psychotherapy for eating disorders: current perspectives. *Psychology research and behavior management, 11*, 353

Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Mitchell, K. S., Mazzeo, S. E., Schlesinger, M. R., Brewerton, T. D., & Smith, B. N. (2012). Comorbidity of partial and subthreshold PTSD among men and women with eating disorders in the national comorbidity survey-replication study. *International Journal of Eating Disorders, 45*(3), 307-315.

Miyake, Y., Okamoto, Y., Onoda, K., Shirao, N., Okamoto, Y., Otagaki, Y., & Yamawaki, S. (2010). Neural processing of negative word stimuli concerning body image in patients with eating disorders: an fMRI study. *Neuroimage, 50*(3), 1333-1339.

Monteleone, A. M., Patriciello, G., Ruzzi, V., Fico, G., Pellegrino, F., Castellini, G., ... & Maj, M. (2018). Insecure attachment and hypothalamus-pituitary-adrenal axis functioning in people with eating disorders. *Psychosomatic medicine, 80*(8), 710-716.

Munn, M. A., Stallings, M. C., Hyun Rhee, S., Sobik, L. E., Corley, R. P., Rhea, S. A., & Hewitt, J. K. (2010). Bivariate analysis of disordered eating characteristics in adolescence and young adulthood. *International Journal of Eating Disorders, 43*(8), 751-761.

Murray, S. B., Griffiths, S., & Mond, J. M. (2016). Evolving eating disorder psychopathology: Conceptualising muscularity-oriented disordered eating. *The British Journal of Psychiatry, 208(5)*, 414-415.

Murray, S. B., Nagata, J. M., Griffiths, S., Calzo, J. P., Brown, T. A., Mitchison, D., ... & Mond, J. M. (2017). The enigma of male eating disorders: A critical review and synthesis. *Clinical Psychology Review, 57*, 1-11.

Murray, S. B., Pila, E., Griffiths, S., & Le Grange, D. (2017). When illness severity and research dollars do not align: are we overlooking eating disorders?. World Psychiatry, 16(3), 321.

Nakabayashi, K., Komaki, G., Tajima, A., Ando, T., Ishikawa, M., Nomoto, J., ... & Shirasawa, S. (2009). Identification of novel candidate loci for anorexia nervosa at 1q41 and 11q22 in Japanese by a genome-wide association analysis with microsatellite markers. *Journal of human genetics*, *54*(9), 531.

Neighbors, L. A., & Sobal, J. (2007). Prevalence and magnitude of body weight and shape dissatisfaction among university students. *Eating behaviors*, *8*(4), 429-439.

Neumark-Sztainer, D., Bauer, K. W., Friend, S., Hannan, P. J., Story, M., & Berge, J. M. (2010). Family weight talk and dieting: how much do they matter for body dissatisfaction and disordered eating behaviors in adolescent girls?. *Journal of Adolescent Health*, *47*(3), 270-276.

NICE-National Institute for Health and Care Excellence (2017). Eating disorders: Recognition and treatment. London, UK: National Institute for Health and Care Excellence.

Noffke, S. (1994). Caterina da Siena (Catherine of Siena)(1347-1380). Italian Women Writers: A Bio-Bibliographical Sourcebook, 58-66.

Nunn, K., Frampton, I., Gordon, I., & Lask, B. (2008). The fault is not in her parents but in her insula—a neurobiological hypothesis of anorexia nervosa. European Eating Disorders Review: *The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, *16*(5), 355-360.

Nunn, K., Frampton, I., Fuglset, T. S., Törzsök-Sonnevend, M., & Lask, B. (2011). Anorexia nervosa and the insula. *Medical hypotheses*, *76*(3), 353-357.

Ogden, J. (2018). The psychology of dieting. Routledge.

Ogden, J. (2012). Health Psychology: A Textbook: A textbook. McGraw-Hill Education (UK).

Ogden, J. (2011). The psychology of eating: From healthy to disordered behavior. John Wiley & Sons

Oglou, V. C. (2017). *Geç Ergenlikte Depresyon, Anksiyete ve Yeme Bozuklukları Arasındaki İlişki.* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Oğlağu, Z. (2012). *Yeme Bozukluklarında Çocukluk Çağı Travmalarının Benlik Saygısı ve Beden Algısı Değişkenleri Üzerine Etkisi.* (Tıpta Uzmanlık Tezi), İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Ortaçgil, E. (2009). *A Study Exploring The Relationship Between Eating Disorders And Borderline Personality*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Bilgi Üniversitesi, İstanbul.

Öztürk, N. (2012). *Yeme Bozukluklarında Yüzde Emosyon Tanımanın Değerlendirilmesi.* (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi. İstanbul..

Pater, J. A., Haimson, O. L., Andalibi, N., & Mynatt, E. D. (2016, February). "Hunger Hurts but Starving Works": Characterizing the presentation of eating disorders online. In *Proceedings of the 19th ACM Conference on Computer-Supported Cooperative Work & Social Computing* (pp. 1185-1200). ACM

Pearce, J. M. S. (2004). Richard Morton: Origins of Anorexia Nervosa. *European Neurology, 52,* 191-192.

Peat, C., Mitchell, J. E., Hoek, H. W., & Wonderlich, S. A. (2009). Validity and utility of subtyping anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 42(7)*, 590-594.

Pike, K. M., & Dunne, P. E. (2015). The rise of eating disorders in Asia: a review. *Journal of eating disorders*, *3*(1), 33.

Pirim-Düşgör, B. (2007). *Anoreksiya Nervozada Babalık İşlevinin Projektif Testlerle Değerlendirilmesi.* (Yayınlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1994). The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL: Dow Jones Irwen.

Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: a review and update. *Obesity, 17*(5), 941-964.

Reas, D. L., & Grilo, C. M. (2015). Pharmacological treatment of binge eating disorder: Update review and synthesis. *Expert Opinion on Pharmacotherapy, 16,* 1463–1478.

Redgrave, G. W., Coughlin, J. W., Schreyer, C. C., Martin, L. M., Leonpacher, A. K., Seide, M., ... & Guarda, A. S. (2015). Refeeding and weight restoration outcomes in anorexia nervosa: challenging current guidelines. *International Journal of Eating Disorders, 48*(7), 866-873.

Riesco, N., Agüera, Z., Granero, R., Jiménez-Murcia, S., Menchón, J. M., & Fernández-Aranda, F. (2018). Other Specified Feeding or Eating Disorders (OSFED): Clinical heterogeneity and cognitive-behavioral therapy outcome. *European Psychiatry, 54*, 109-116.

Robert, C. A., Munroe-Chandler, K. J., & Gammage, K. L. (2009). The relationship between the drive for muscularity and muscle dysmorphia in male and female weight trainers. *The Journal of Strength & Conditioning Research, 23*(6), 1656-1662

Rohde, P., Stice, E., & Marti, C. N. (2015). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *International Journal of Eating Disorders, 48*(2), 187-198.

Romanos, G. E., Javed, F., Romanos, E. B., & Williams, R. C. (2012). Oro-facial manifestations in patients with eating disorders. *Appetite, 59*, 499-504.

Rose, E. A., Porcerelli, J. H., & Neale, A. V. (2000). Pica: common but commonly missed. *The Journal of the American Board of Family Practice, 13*(5), 353-358.

Russell, G. F. M. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological medicine, 9*(3), 429-448.

Safer, D. L., & Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior therapy, 41*(1), 106-120.

Samur, G., & Yıldız, E. (2008). Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıklar. *Hipertansiyon*, Klasmat Matbaacılık, Ankara.

Santel, S., Baving, L., Krauel, K., Münte, T. F., & Rotte, M. (2006). Hunger and satiety in anorexia nervosa: fMRI during cognitive processing of food pictures. *Brain research, 1114*(1), 138-148.

Schaumberg, K., Welch, E., Breithaupt, L., Hübel, C., Baker, J. H., Munn-Chernoff, M. A., ... & Hardaway, A. J. (2017). The science behind the Academy for Eating Disorders' nine truths about eating disorders. *European Eating Disorders Review, 25*(6), 432-450.

Schilder, P. (1950). The Image and Appearance of the Human Body New York: Int. J. Univ. Press.

Schmidt, U., Magill, N., Renwick, B., Keyes, A., Kenyon, M., Dejong, H., ... & Watson, C. (2015). The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with broadly defined anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology, 83*(4), 796.

Schorr, M., & Miller, K. K. (2017). The endocrine manifestations of anorexia nervosa: Mechanisms and management. *Nature Reviews. Endocrinology, 13*, 174–186.

Schuck, K., Munsch, S., & Schneider, S. (2018). Body image perceptions and symptoms of disturbed eating behavior among children and adolescents in Germany. *Child and adolescent psychiatry and mental health, 12*(1), 10.

Schulte, E. M., Grilo, C. M., & Gearhardt, A. N. (2016). Shared and unique mechanisms underlying binge eating disorder and addictive disorders. *Clinical psychology review, 44*, 125-139.

Seitz, J., Herpertz-Dahlmann, B., & Konrad, K. (2016). Brain morphological changes in adolescent and adult patients with anorexia nervosa. *Journal of Neural Transmission, 123(8)*, 949-959.

Selvi, K., & Bozo, Ö. (2019). Kaslı Olma Dürtüsü Ölçeği'nin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Nesne*, 7(14), 68-82.

Semiz, M., Kavakçı, Ö., Yağız, A., Yontar, G., & Kuğu, N. (2013). Sivas il merkezinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(3), 149-57.

Sertel-Berk, H. Ö. (2014). *Yeme ve beslenme bozukluklarını önlemeye yönelik bir müdahale programı.* 18. Ulusal Psikoloji Kongresi, Bursa.

Sesverir, S. (2015). *Bulimiya Nervoza'da İlk Nesneyle İliskinin Rorschach Testiyle Değerlendirilmesi.* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi), İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Shapiro, R. (2009). EMDR solutions II: For depression, eating disorders, performance, and more. New York: WW Norton & Company.

Shukla, A. P., Buniak, W. I., & Aronne, L. J. (2015). Treatment of obesity in 2015. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention, 35*(2), 81-92

Slade, P. D. (1994). What is body image? *Behaviour research and therapy, 32*(5), 497-502.

Smith, K. E., Mason, T. B., & Lavender, J. M. (2018). Rumination and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *Clinical psychology review, 61*, 9-23

Smolak, L., & Levine, M. P. (1996). Adolescent transitions and the development of eating problems. L. Smolak, M.P. Levine & R. Striegel-Moore (Eds), *The developmental psychopathology of eating disorders: Implications for research, prevention, and treatment*, 207-233. New Jersey: Erlbaum.

Soygüt, G. (2003). Yeme Bozukluklarının Bilişsel Davranışçı Tedavisi, *Bilişsel Davranışçı Terapiler*, (Savaşır, I., Soygüt, G. ve Kabakçı, Ed.) 3. Baskı, Türk Psikologlar Derneği: Ankara, s.112-139.

Sönmez, E. E., & Özgen, Ö. (2017). Medya kullanımı ve beden imajı: Türkiye ve İngiltere örneği. *Akdeniz Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, (27)*, 78-95.

Stefini, A., Salzer, S., Reich, G., Horn, H., Winkelmann, K., Bents, H., ... & Specht, N. (2017). Cognitive-behavioral and psychodynamic therapy in female adolescents with bulimia nervosa: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56*(4), 329-335.

Steiger, H., Booij, L., Kahan, E., McGregor, K., Thaler, L., Fletcher, E., ... & Agellon, L. B. (2019). A longitudinal, epigenome-wide study of DNA methylation in anorexia nervosa: results in actively ill, partially weight-restored, long-term remitted and non-eating-disordered women. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN, 44*(3), 205-213.

Steiger, H., Gauvin, L., Israel, M., Koerner, N., Kin, N. N. Y., Paris, J., & Young, S. N. (2001). Association of serotonin and cortisol indices with childhood abuse in bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 58*(9), 837-843.

Steinhausen, H. C., & Weber, S. (2009). The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *American Journal of Psychiatry, 166*(12), 1331-1341.

Steinhausen, H. C., Jakobsen, H., Helenius, D., Munk-Jørgensen, P., & Strober, M. (2015). A nation-wide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations. *International journal of eating disorders, 48*(1), 1-8.

Steinglass, J. E., & Walsh, B. T. (2016). Neurobiological model of the persistence of anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders, 4*(1), 1-9.

Stice, E. (1994). Review of the evidence for a sociocultural model of bulimia nervosa and an exploration of the mechanisms of action. *Clinical psychology review, 14*(7), 633-661.

Stice, E., Becker, C. B., & Yokum, S. (2013). Eating disorder prevention: Current evidence-base and future directions. *International Journal of Eating Disorders, 46*(5), 478-485.

Stice, E., Gau, J. M., Rohde, P., & Shaw, H. (2017). Risk factors that predict future onset of each DSM–5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *Journal of abnormal psychology, 126*(1), 38-51.

Stice, E., & Presnell, K. (2007). The body project: Promoting body acceptance and preventing eating disorders. Oxford University Press.

Striegel-Moore, R. H., Leslie, D., Petrill, S. A., Garvin, V., & Rosenheck, R. A. (2000). One-year use and cost of inpatient and outpatient services among female and male patients with an eating disorder: Evidence from a national database of health insurance claims. *International Journal of Eating Disorders, 27(4)*, 381-389.

Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry, 157*(3), 393-401.

Stunkard, A. J., Grace, W. J., & Wolff, H. G. (1955). The night-eating syndrome: a pattern of food intake among certain obese patients. *The American journal of medicine, 19*(1), 78-86.

Subramaniapillai, M., & McIntyre, R. S. (2017). A review of the neurobiology of obesity and the available pharmacotherapies. *CNS spectrums, 22*(S1), 29-38

Susman, J. L., Thompson, J. K., Keel, P. K., Burt, S. A., Neale, M., Boker, S., ... & Klump, K. L. (2014). Genetic and environmental influences on thin-ideal internalization across puberty and preadolescent, adolescent, and young adult development. *International Journal of Eating Disorders, 47*(7), 773-783.

Sweeting, H., Walker, L., MacLean, A., Patterson, C., Räisänen, U., & Hunt, K. (2015). Prevalence of eating disorders in males: a review of rates reported in academic research and UK mass media. *International journal of men's health, 14*(2), 86-112.

Tasca, G. A. (2019). Attachment and eating disorders: a research update. *Current opinion in psychology, 25*, 59-64.

Tekcan, A. I., Taş, A. Ç., Topçuoğlu, V., & Yücel, B. (2008). Memory bias in anorexia nervosa: Evidence from directed forgetting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39*(3), 369-380.

Thomas, J. J., Vartanian, L. R., & Brownell, K. D. (2009). The relationship between eating disorder not otherwise specified (EDNOS) and officially recognized eating disorders: meta-analysis and implications for DSM. *Psychological bulletin, 135*(3), 407.

Thornton, L. M., Watson, H. J., Jangmo, A., Welch, E., Wiklund, C., von Hausswolff-Juhlin, Y., ... & Bulik, C. M. (2017). Binge-eating disorder in the Swedish national registers: Somatic comorbidity. *International Journal of Eating Disorders, 50*(1), 58-65

Thornton, L. M., Welch, E., Munn-Chernoff, M. A., Lichtenstein, P., & Bulik, C. M. (2016). Anorexia nervosa, major depression, and suicide attempts: shared genetic factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 46*(5), 525-534.

Treasure, J. (2018). Eating disorders and type 1 diabetes: a challenging combination. *The Lancet Diabetes & Endocrinology, 6*(4), 273.

Treasure, J., & Nazar, B. P. (2016). Interventions for the carers of patients with eating disorders. *Current psychiatry reports, 18*(2), 16.

Treasure J, Zipfel S, Micali N, Wade T, Stice E, Claudino A, ... Wentz E. (2015). Anorexia nervosa. *Nature Reviews Disease Primers, 1, 15074*, 1-21.

Tylka, T. L., & Subich, L. M. (2002). Exploring young women's perceptions of the effectiveness and safety of maladaptive weight control techniques. *Journal of Counseling & Development, 80*(1), 101-110.

Ulfvebrand, S., Birgegård, A., Norring, C., Högdahl, L., & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry research, 230*(2), 294-299.

Urgesi, C., Fornasari, L., Perini, L., Canalaz, F., Cremaschi, S., Faleschini, L., ... & Brambilla, P. (2012). Visual body perception in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 45*(4), 501-511.

Uskun, E. ve Şabaplı, A. (2013). Lise Öğrencilerinin Beden Algıları ile Yeme Tutumları Arasındaki İlişki. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 12*(5), 519-528.

Ünsal, A., Tozun, M., Ayrancı, Ü., & Arslantaş, D. (2010). Türkiye'nin batısındaki bir ilçede lise öğrencilerinde olası yeme bozukluğu görülme sıklığı ve ilişkili faktörler. *Dirim Tıp Gazetesi, 85*(3), 100-112.

Van der Kolk, B. A. (2018). Beden kayıt tutar: Travmanın iyileşmesinde beyin, zihin ve beden. (N. Cihanşümül Maral, Çev). Ankara: Nobel Yaşam.

Vardar, E. ve Erzengin, M. (2011). Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları: İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi, 22*(4), s.205-212.

von Hausswolff-Juhlin, Y., Brooks, S. J., & Larsson, M. (2015). The neurobiology of eating disorders—a clinical perspective. Acta Psychiatrica Scandinavica, 131(4), 244-255.

Wang, T., Huang, T., Kang, J. H., Zheng, Y., Jensen, M. K., Wiggs, J. L., ... & Willett, W. C. (2017). Habitual coffee consumption and genetic predisposition to obesity: gene-diet interaction analyses in three US prospective studies. *BMC medicine, 15*(1), 97.

Wardle, J., Cooke, L. J., Gibson, E. L., Sapochnik, M., Sheiham, A., & Lawson, M. (2003). Increasing children's acceptance of vegetables; a randomized trial of parent-led exposure. *Appetite, 40*(2), 155-162.

Watson, H. J., & Bulik, C. M. (2013). Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychological medicine, 43*(12), 2477-2500.

WHO (1993). ICD-10: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. WHO.

Weaver, L., & Liebman, R. (2011). Assessment of anorexia nervosa in children and adolescents. *Current psychiatry reports, 13*(2), 93-98.

Weltzin, T. E., Weisensel, N., Franczyk, D., Burnett, K., Klitz, C., & Bean, P. (2005). Eating disorders in men: Update. *Journal of Men's Health and Gender, 2*(2), 186-193.

Westmoreland, P., Krantz, M. J., & Mehler, P. S. (2016). Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. *The American journal of medicine, 129*(1), 30-37.

Winzelberg, A. J., Taylor, C. B., Sharpe, T., Eldredge, K. L., Dev, P., & Constantinou, P. S. (1998). Evaluation of a computer-mediated eating disorder intervention program. *International Journal of Eating Disorders, 24*(4), 339-349.

Wolf, N. (1991). *The beauty myth: How images of beauty are used against women.* New York: Random House.

Yılmaz, Z., Hardaway, J. A., & Bulik, C. M. (2015). Genetics and epigenetics of eating disorders. *Advances in genomics and genetics, 5*, 131-150.

Yılmaz, D. (2016). *Obezite Hastalarında Tıkınırcasına Yeme Bozukluğunun, Mizaç Ve Karakter Özellikleri, Dürtüsellik ve Çocukluk Çağı Travmaları ile İlişkisi.* (Tıpta uzmanlık tezi), Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.

Yücel, B., Ertekin, B. A., Oglagu, Z., Berk, Ö. S., Deveci, E., Kahraman, F., ... & Yager, J. (2011). Socio-demographic and clinical characteristics of individuals with diagnoses of eating disorder in a university hospital in Istanbul. *Eating and Weight Disorders, 16*(4), 274-279.

Yücel, B., Özbey, N., Demir, K., Polat, A., & Yager, J. (2006). Eating disorders and celiac disease: a case report. *International journal of eating disorders, 39*(6), 530-532.

Zaccagnino, M., Civilotti, C., Cussino, M., Callerame, C., & Fernandez, I. (2017). EMDR in anorexia Nervosa: From a theoretical framework to the treatment guidelines. *Eating disorders—a paradigm of the biopsychosocial model of illness*, 193-213.

Zerbe, K. J. (2001). The crucial role of psychodynamic understanding in the treatment of eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 24*(2), 305-313.

Zerbe, K. (2015). Psychodynamic theory of eating disorders. The Wiley handbook of eating disorders, 253-268.

Ziauddeen, H., & Fletcher, P. C. (2013). Is food addiction a valid and useful concept? *Obesity reviews, 14*(1), 19-28.

Zipfel, S., Wild, B., Groß, G., Friederich, H. C., Teufel, M., Schellberg, D., ... & Burgmer, M. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *The Lancet, 383*(9912), 127-137.

11. Bölüm

CİNSEL BOZUKLUKLAR

Aybeniz Civan Kahve

Cinsellik, yaşamın en kişisel alanlarından biridir. "Normal" cinsellik, tıbbi referans alınabilmesi açısından günümüzde tartışmaların hâlâ devam ettiği bir kavramdır. Bu kavramın sınırları kişinin bir başkasının cinsel haklarına tam saygı göstermesi, kendisine ve başkasına zarar içermemesi olarak çizilebilse de cinsel haz amacı taşıyan eylemlerin neler olduğu ve nasıl yaşanacağı bireylere özgüdür (Yıldırım, 2014). İnsan cinsel davranışları incelenirken farklı kültürel özellikler göz önünde bulundurulmalıdır. Bazı kültürlerde cinsellik, refahın ve mutluluğun önemli bir parçası olarak görülürken, bazılarında cinsellik sadece üreme ile ilgili olarak görülmektedir (Bhugra, Popelyuk, McMullen, 2010). Toplumsal yapıların özellikleri, cinsel davranışlardaki farklılıkları kabul etmede değişkenlikleri ortaya çıkarmaktadır. Aynı toplum içinde dahi nesiller boyunca meydana gelen değişiklikler cinsellik hakkındaki tutum ve inançları etkilemektedir. Özellikle teknolojinin gelişmesi ile cinsel içeriğin erişilebilirliğinin artması bu tutumların değişmesinde rol almış olabilir. Ülkemizde 338 üniversite öğrencisi ile yapılan 1990 yılına ait bir çalışmada kadınların %21'inin erkeklerin ise %26'sının mastürbasyonun sağlıksız olduğunu düşündükleri bulunmuştur (Erkmen, Dilbaz, Seber, Kaptanoğlu ve Tekin, 1990). Bu çalışmadan yaklaşık 20 yıl sonra yapılan 598 öğrencinin dahil edildiği ve cinsel mitlerin değerlendirildiği bir başka çalışmada, kadınların yalnızca %4'ü erkeklerin ise %9'unun mastürbasyonu zararlı gördüğü bulunmuştur (Kukulu, Gürsoy ve Ak, 2009). Bir cinsel mit ile ilgili seneler içindeki bu dramatik değişim, cinsel tutumlar ve davranışların dinamik yapısını göstermede önemli bir örnektir.

Cinsellik ile ilgili genel girişin ardından kitabın bu bölümü üç başlık altında ele alınacaktır:

1. Cinsiyet kimliği ile ilgili temel kavramlar,
2. Cinsel işlev bozuklukları,
3. Parafililer.

CİNSİYET KİMLİĞİ İLE İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR

Cinsellikle ilgili kavramların karşılık bulduğu eylemler ve tutumlar, bu bölümün giriş kısmında bahsedildiği üzere dinamik-değişken özellikler taşımaktadır. Yine de uzun süredir devam eden tartışmaların sonunda bazı kavramlarda ortak tanımlamalara ulaşılabilmiştir.

Cinsiyet kimliği: Kişinin kendisini bir cinsiyet içinde algılayışıdır (Başar ve Yüksel, 2014). Yani kişinin kendisini "kadın" ya da "erkek" olarak değerlendirmesidir. Bir kişi kendisine nasıl kadın ya da erkek demeye başlıyor? Bu soruya yanıt arayışı uzun yıllar araştırma konusu olmuştur ve hâlâ olmaya devam etmektedir. Cinsiyet kimliğinin bir "tercih" olarak belirlenmemiş olduğu artık bilinmektedir. Yani kişinin kendisini erkek ya da kadın olarak tanımlaması bir tercih sonucu değildir. Bedensel özellikler, anne karnından itibaren maruz kalınan hormonlar, yetiştirilme biçimi gibi başka değişkenlerin cinsiyet kimliğinin belirleyicisi olduğu düşünülmüştür. Ancak zaman içinde görülmüştür ki; bunların hiçbirisi bir kişinin kendisini hangi cinsiyette tanımladığıyla tam olarak ilişkili değildir (Delaney, 2017). Dahası artık cinsiyet kimliğini tanımlamada *ikili (binary) cinsiyet düzeninin* ötesine geçilmiştir. Kadın ve erkek cinsiyet, bir spektrumun iki ucu olarak düşünüldüğünde kişi kendisini bir uçta konumlandırmak, bir cinsiyet sınıfı içinde tanımlamak zorunda değildir. Artık cinsiyet kimliği ve cinsiyet rollerinde kadın/erkek olmak, kadınsı/erkeksi roller oynamak ve yalnız bir grupta yer almak yerine daha akışkan, süreğen değişebilir özelliklerin olduğu, kimi zaman "cinsiyet tarafsız" da (bir cinsiyet tanımlaması yapılmasından yana olmayan) olunabilen bir yelpazeden söz edilmektedir (Richards ve ark., 2016). Bu *ikili olmayan (non-binary)* cinsiyet kimliklerinin yeni kimlikler veya yeni kavramlar olmadığını ve cinsiyetin insanların bilinçli bir kimliği olduğu sürece tüm dünyada tanındığını kabul etmek önemlidir (Richards ve ark., 2016).

Bedensel cinsiyet (biyolojik cinsiyet): Cinsiyet kromozomları üzerinde taşınan genlerin ifadelenmesi ile doğum öncesi farklılaşma süreciyle başlayan ve erişkin dönemde olgun hâlini alan cinsel organlarla ilgilidir. Kişinin sahip olduğu seks kromozom yapısı (XX veya XY) genotipik cinsiyetini, doğum veya sonrasında sahip olduğu cinsel organların özellikleri ise fenotipik cinsiyetini oluşturur ve bu kavramlar bedensel cinsiyetin iki alt bileşenidir (Shechner, 2010). Bazen biyolojik sebepler ile sahip olunan genotip ile uyumlu bir fenotip şekillenmeyebilir. Bu duruma sahip bireyler *interseks* olarak adlandırılmaktadır (Keating, 2019).

Kişinin doğumda kendisine tayin edilen cinsiyeti (bedensel cinsiyeti) ile cinsiyet kimliği uyumlu ise bu durum "cisgender" olarak tanımlanmaktadır. Bu durumun dışında kalan, yani doğumda kendisine tayin edilen cinsiyeti ile cinsiyet kimliği uyumlu olmayan kişilere "transgender" denilmektedir. Kişinin bedensel cinsiyeti erkek, cinsiyet kimliği kadın olduğunda transkadın; bedensel cinsiyeti kadın, cinsiyet kimliği erkek olduğunda transerkek olarak adlandırılmaktadır. Ancak bir önceki başlık altında bahsedildiği üzere artık kadın-erkek ikili cinsiyet düzenine göre bir tanımlama yapmak yerine şemsiye bir kavram olan "transgender"ı kullanmak daha uygun görünmektedir (Green, Benner ve Pear, 2018). Çünkü

bir bireyin trans olması bedeninin ve toplumsal var oluşunun tam olarak diğer cinse bürünmesini istediği anlamına gelmemektedir (Cohen-Kettenis ve Pfafflin, 2010). Cinsiyet kimliği ve bedensel cinsiyeti örtüşmeyen kişilerin bedensel cinsiyet özelliklerinden ve bu cinsiyetle ilişkili cinsiyet rolü beklentilerinden duyduğu rahatsızlık **cinsiyetinden hoşnutsuzluk** olarak adlandırılmakta. DSM 5'te **"Cinsel kimliğinden yakınma (hoşnut olmama)"** başlığı altında yer almaktadır (APA, 2013). Kişi, doğumda kendisine atanan bedensel cinsiyetini, cinsiyet kimliği ile uyumlu hâle getirmek için tıbbi bir yardıma (hormon tedavisi veya cinsiyet geçiş operasyonları gibi) ihtiyaç duyduğunda, bu kişilere müdahale edebilmek adına bu tanıdan yararlanılmaktadır. Yani klinisyenler cinsiyet kimliğine değil, bedensel cinsiyetin cinsiyet kimliğine uyumu ile ilgili yaşanan ruhsal zorluğa tanı koymaktadırlar.

Cinsel yönelim: Kişinin hem cinsel hem de romantik olarak ilgisinin hangi cinsiyete yönelik olduğunu belirten bir cinsel kimlik bileşeni olup bilimsel yayınlarda ilk zamanlarda çoğunlukla yaşamın erken döneminde belirlenen, biyolojik faktörlerin rol aldığı, kararlı bir özellik olarak değerlendirilmiştir (Ellis ve Ames, 1987; Haldeman, 1991; Harry, 1985). Cinsel yönelimin değişmez olduğu görüşü sonraki yıllarda sosyal yapılaşma, yaşam boyu gelişim, evrimsel psikoloji, damgalama gibi farklı açılardan sorgulanmaya başlanmıştır (Baumeister, 2000; Diamond ve Savin-Williams, 2000; Kitzinger ve Wilkinson, 1995; Richardson, 1987). Bu alanlardaki kuramcılar; cinsel yönelimin, gelişen, esnek bir yapısı olduğunu, bireylerin yaşamları boyunca cinsel yönelimlerinde geçişler yaşayabileceğini belirtmişlerdir. Yönelim kişinin kendi cinsine olduğunda **eşcinsel (homoseksüel)**, karşı cinse olduğunda **heteroseksüel**, her iki cinse olduğunda **biseksüel** olarak adlandırılır. Türkçe'de eşcinsel erkekler için **gey**, eşcinsel kadınlar için ise **lezbiyen** ifadesi kullanılmaktadır.

"Kişinin doğumda kendisine tayin edilen cinsiyeti (bedensel cinsiyeti) ile cinsiyet kimliği uyumlu ise bu durum "cisgender" olarak tanımlanmaktadır. Bu durumun dışında kalan, yani doğumda kendisine tayin edilen cinsiyeti ile cinsiyet kimliği uyumlu olmayan kişilere "transgender" denilmektedir."

Cinsel yönelim, bir bireyin cinsel ve duygusal deneyimlerinden, sosyal etkileşimlerinden ve kültürel bağlamın etkisinden kaynaklanan bir değişkenlik gösterebilir. Romantik ilgi, cinsel fantezi ve cinsel eylemler açısından kişilerin beş yıllık kendilerini değerlendirdikleri, 762 kişinin katıldığı bir çalışmada; cinsel yönelimle ilişkili belirtilen romantik ilgi ve cinsel fantezilerin bazen birinin, bazen tamamının zaman içinde esneklik/akışkanlık gösterdiği bildirilmiştir (Kinnish, Strassberg ve Turner, 2005).

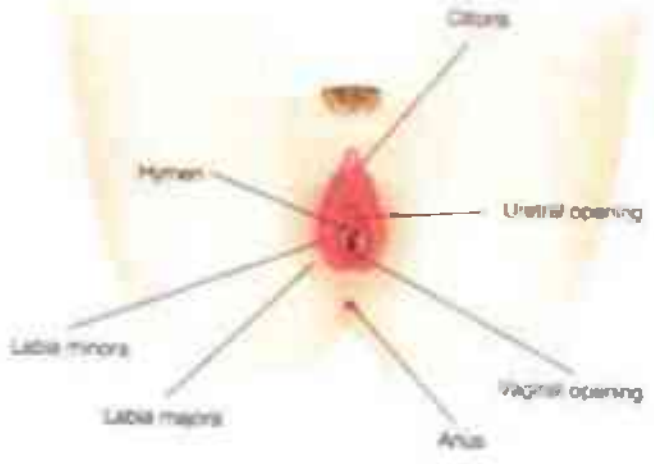
Bireyin arzu ve duyguları ile ilişkili olan cinsel yönelimin, davranışlara yansıması gerekli değildir. Bu nedenle kişinin cinsiyet rollerine bakarak yani ne kadar erkeksi ya da kadınsı oluşuna göre cinsel yönelimi ile ilgili çıkarımlarda bulunmak hem hatalı hem de etik olarak uygun değildir. Cinsel yönelim, cinsiyet kimliğinden de farklı bir boyuttur; kişinin kendi cinsine yönelik ilgisinin olması, kendisini bedensel cinsiyetinden farklı bir cinsiyette gördüğü anlamına gelmemektedir (Başar ve Yüksel, 2014).

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

Cinsel Anatomi

Cinsel işlev bozukluklarının anlaşılabilmesi amacıyla okuyucunun kadın ve erkek genital (cinsel) organlarının anatomileri hakkında genel bir bilgi sahibi olmaları gerekir. Önce kadın daha sonra erkek cinsel organları görseller ile bu bölümde açıklanmaya çalışılmıştır.

Kadın cinsel anatomisinde; dış genital organlar; büyük dudaklar (labium majör), klitoris, küçük dudaklar (labium minör), üretral açıklık ve vajina girişidir. Genitallerin görünümü kişiden kişiye farklılıklar gösterebilir. İç genital organlar ise; hymen (kızlık zarı), serviks (rahim ağzı), uterus (rahim), fallop tüpleri ve overler (yumurtalıklar) oluşturur. Kadında cinsel uyarılma olmadığı zamanlarda, ilk bakışta büyük dudaklarla karşılaşılır. Büyük dudaklar; küçük dudaklara, klitorise, vajinaya ve üretra açıklığına koruma sağlar. Küçük dudaklar vajinal girişin etrafını çevreler ve klitorisin biraz altında birleşir. Bu bölgede yoğun damarlanma vardır, cinsel uyarılma sırasında kabarır ve renk değiştirir.



Şekil 1. Kadın dış genital organları

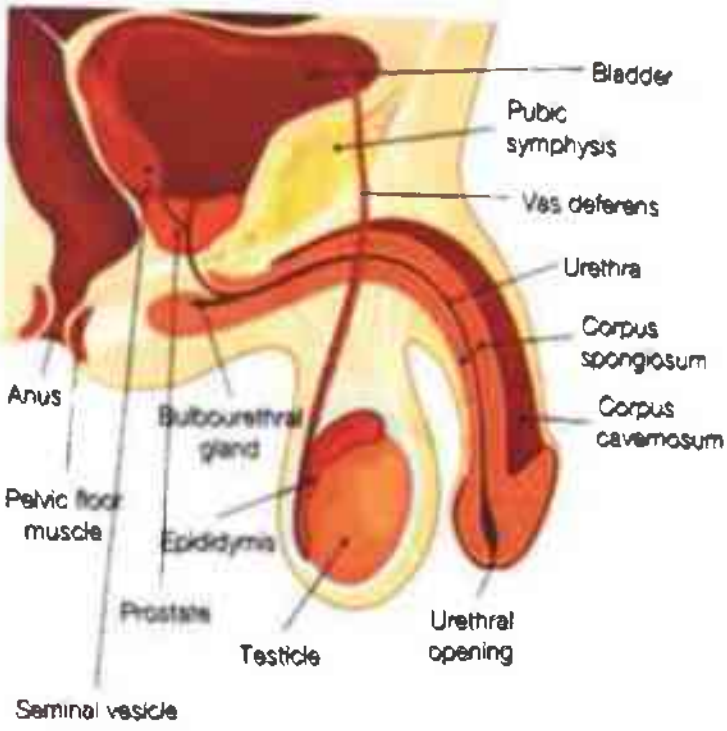
Vajina; rahim ile dış genital organlar arasında bağlantı kuran, orta hatta silindirik şekilli bir organdır. Doğum ve cinsel birleşme sırasında kolaylıkla dilate olup genişleyebilir. Vajinada özellikle 1/3 alt kısımda daha belirgin olan ve organın genişleyebilmesi için gerekli olan çok sayıda katlantı mevcuttur.

Klitoris: Anatomik ve fizyolojik özellikleri bakımından erkekteki penise benzeyen, erektil bir organdır. Cinsel uyarılma esnasında klitoris genişler, kabarır. Kadında orgazm için klitorisin büyük rolü vardır. Cinsel bir fantezi kurulduğunda veya cinsel bir eylem hâlinde klitoris çapı artar, pelvis içinde bir dolgunluk hissi, irritasyon ve boşalma ihtiyacı duyulur.

Serviks (rahim ağzı): Rahmin vajinaya açılan boyun kısmıdır. Genelikle bir mukus ile tıkalıdır. Penis penetrasyonu sırasında rahim ağzı bölgesinde bir basınç oluşur, bu basınç içeri girilme hissini yaratır.

Erkek cinsel anatomisini; penis, testisler, epididim, duktus deferens, vezikula seminalis ve cowper glandları oluşturur (Güvel, 2013). Penis; bir çift korpus kavernozum ve bir adet korpus spongiosum olmak üzere üç erektil dokuya sahip, klitoris ile benzer özellik gösteren bir organdır. Testisler; penisin her iki yanında bulunan ve skrotum denilen ince bir deri kesesinin içinde yerleşir. Kadında yumurtanın üretilmesini sağlayan yumurtalıklar gibi, testisler de erkeklerde sperm üretiminde görev alır. Başlıca iki fonksiyonu bulunan testislerin spermatogenez (sperm oluşu-

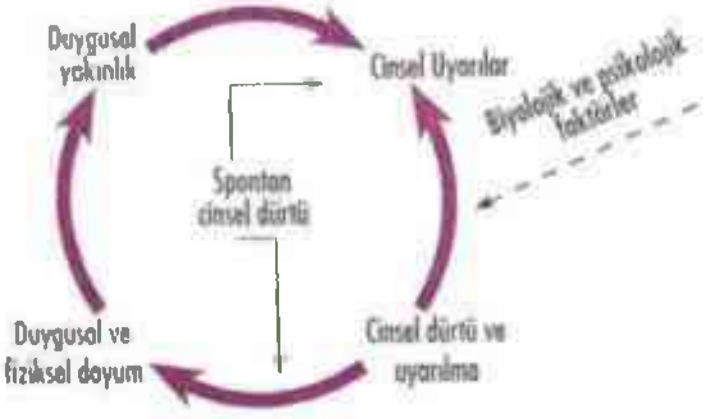
mu) dışında, yapısında bulunan Leydig hücreleri tarafından erkek hormonları (androjenler) sekresyonu salgılamada görevi bulunur. Epididim; sperm oluşumundan sonra depolanması, taşınması ve olgunlaşması için gerekli bir organdır. Duktus deferens; epididimden çıkar, veziküla seminalis adı verilen bir kanal ile birleşir ve ejakülatör kanalı oluşturur. Spontan bir hareketliliğe sahip olan duktus deferens, cinsel eylemler sırasındaki ejekulasyon evresi dışında da kasılmalarla sürekli sperm taşır. Cinsel uyarı ile bu hareketliliği artar. Veziküla seminalis; bez yapısındadır, spermin yaşaması için gerekli alkalen bir sıvı salgılanmasında görev alır. Cowper glandları ise seminal sıvıya mukoid özellik kazandıran bir salgı yapar.



Şekil 2. Erkek genital organlarının görünümü

Cinsel Yanıt Döngüsü

Birçok araştırmacı cinsel yanıt döngüsünü anlamaya odaklanmış, 1940'larda Kinsey, insanlarla cinsellikleriyle ilgili röportajlar yapmaya başlamış ve cinsellik alanındaki araştırmalarda önemli bir açılım gerçekleşmiştir (Kinsey, Pomeroy ve Martin, 1948). William Masters ve Virginia Johnson çifti, 50 yıl önce insan cinselliği ile ilgili araştırmalarında, mastürbasyon yapan ve cinsel ilişkide bulunan insanların doğrudan gözlemlerini ve fizyolojik ölçümlerini toplamaya başlamış, cinselliğin biyolojik açıdan tanımlanır olmasını sağlamışlardır (Masters ve Johnson, 1966). Helen Singer Kaplan, Masters ve Johnson'ın çalışmalarına önemli bir katkı yapmış, cinsel yanıt evrelerini klinik açıdan yeniden sınıflandırarak uyarılma ve orgazm aşamalarına cinsel isteği de eklemiştir (Kaplan, 1974). Kaplan'ın bu trifazik tanımı, Masters ve Johnson'un bifazik döngü tanımlamasının gelişmiş hâli olmakla birlikte, cinselliğin en karmaşık ve belirleyici fazını yani zihinsel süreci temel almakta, cinselliği organların işlevinden ruhsal-sinirsel-bedensel bir fenomene taşımakta, psikiyatrinin konusu ve alanı olarak noktalandırmaktadır (Yıldırım, 2014). Tanımlanan bu istek-uyarılma-orgazm fazları DSM-IV tanı sisteminin ana başlıkları olmuştur (APA, 2000). Günümüzde trifazik yanıt döngüsü biçimsel olarak kabul görse de cinselliğin doğrusal bir yanıt silsilesi olmadığı, fazlar arası geçişin matematiksel bir dizi kuralına tabi olmayan dairesel özellikler taşıdığı ve bunun kişiden kişiye değiştiği bilinmektedir. Whipple ve Brash-McGreer modeli (Whipple ve Brash-McGreer, 1997) ya da Basson'un dairesel modeli (Basson ve ark., 2004), kadın cinsel işlevinin erkek cinsel işlevinden daha karmaşık bir şekilde ilerlediğini göstermektedir. Dairesel modele göre; cinsel uyarılma, duygusal bir yakınlık ve cinsel uyarı ile olabileceği gibi kendiliğinden (spontan) bir şekilde de ortaya çıkabilir (Şekil 3).



Şekil 3. Kadın Cinsel Yanıt Döngüsü – Bosson Modeli

Bu cinsel uyarılma, kadını hem duygusal bir doyuma hem de fiziksel bir doyuma götürür. Basson modeli, kadınlar için cinsel aktivite hedefinin mutlaka orgazm değil, fiziksel tatmin (orgazm) ve/veya duygusal tatmin (bir partnerle yakınlık ve bağlantı hissi) olarak ortaya çıkabilen kişisel bir tatmin olduğunu açıklığa kavuşturmaktadır. Buna göre; kadın cinsel işlevlerinin çok sayıda psikososyal sorundan (ör.; ilişki memnuniyeti, benlik algısı veya önceki olumsuz cinsel deneyimler) etkilenebileceği de söylenebilir. Doğrusal olmayan bu cinsel yanıt döngüsü; DSM-5 sistemini de etkilemiş, kadın cinsel işlev bozuklukları tanımlanırken DSM-IV-TR'deki istek ve uyarılma evreleri birleştirilmiştir (APA, 2013). DSM-IV-TR'den DSM-5'e geçiş sırasında cinsel işlev bozuklukları tanılarında yapılan değişikliklerin özeti Şekil 4'tedir.

Cinsel Yanıt Döngüsü dört aşamada ele alınabilir (Kaplan, 1974):

İstek aşaması: Cinsel fantezi ve düşüncelerle ilişkili cinsel ilgi ve arzuları ifade eder.

Uyarılma aşaması: Hazzın arttığı, genital organlara kan akımının arttığı evredir. Artan kan akışı erkeklerde sertleşmeyi, kadınlarda ise lubrikasyonu ve memelerin büyümesini sağlar.

Orgazm aşaması: Hazzın en yükseldiği andır. Kişi orgazmı öznel olarak pelviste odaklanmış biçimde algılar. Erkeklerde orgazma ulaşma ile boşalma hemen hemen kaçınılmaz hâle gelir. Kadınlarda vajina dış duvarları daralır, perine ve vajina etrafındaki kaslarda ritmik kasılmalar oluşur.



Şekil 4. DSM-IV-TR'den DSM-5'e cinsel işlev bozuklukları tanılarında değişiklikler

Çözülme aşaması: Orgazmı takip eden, fizyolojik belirtilerin normale döndüğü evredir. Erkeklerde bu dönemde bir **refrakter periyodu** vardır ve yeniden uyarılma ile ereksiyonun mümkün olmadığı süreyi tarifler. Refrakter periyodun süresi, erkekler arasında ve hatta aynı erkekte yaş ile değişmektedir. Kadınlarda bir refraktör periyodu söz konusu değildir, uyarılma ile tekrar orgazm gerçekleşebilir.

Cinsel İşlev Bozukluğu Olmayan Cinsel Sorunlar

VAKA ÖRNEĞİ 1

Cinsel işlev bozuklukları polikliniğine "isteksizlik" şikayeti ile başvuran çift. Kadın; 38 yaşında, yedi yıllık evli, bir çocuğu var, mimar olarak çalışıyor. Erkek; 41 yaşında, üniversite mezunu, reklamcı ve kendi şirketinde çalışıyor.

Polikliniğe başvurusunda kadın, cinsel isteksizliğinin olduğunu, son birkaç yıldır isteksizliğin arttığını ifade etti. Kadının uzun süredir isteksizliği olduğu, sevişme sıklıklarının ayda bir bazen iki ayda bir olduğu, hemen tüm sevişmeleri eşinin başlattığı, sevişmeye katılımın da yine büyük oranda eşi tarafından olduğu belirtildi. Şimdiye kadar çift uyumlarının iyi olduğu ancak son bir yıldır cinsel sorunlar sebebiyle sıklıkla tartışma yaşadıkları, eşi tarafından tedavi için psikiyatri poliklinik randevusu alındığı öğrenildi.

Bireysel cinsel öykü alınması sırasında erkekte cinsel isteğin olduğu, sevişmeler sırasında da mastürbasyon ile de sertleşmeyi sağladığı ve sürdürebildiği, boşalma kontrolü olduğu öğrenildi. Evlilik öncesi eşi ile iki yıllık bir flört dönemi yaşadıkları, cinsel ilişki sıklığının haftada iki-üç olduğu, cinsel birleşmenin de evlilik öncesi gerçekleştiği, o dönem cinsel bir sorun yaşamadıkları ifade edildi. Kadının cinsel öyküsünde ilkokul sonunda ilk adetini olduğu, kaygılandığı, sonrasında adetlerinin düzenli devam ettiği, ilk flörtünün lise döneminde yaşandığı, giyinik veya çıplak bir sevişmesinin üniversite dönemine kadar olmadığı öğrenildi. Eşinden önce erkek partnerleri olduğunu, düzenli cinsel ilişki yaşadığını belirtti ve son iki yıla kadar herhangi bir cinsel sorun tariflemedi. Görüşme sırasında eşini çekici bulmadığını söyledi. Anamnez detaylandırıldığında kadının son yıllarda eşine karşı sevgisinin azaldığı, iş yerinde bir erkek arkadaşı ile duygusal olarak yakınlaştığı ve sonrasında cinsel ilişki kurdukları, eşiyle ayrılmak istediği ancak *eşine açıklayabilecek bir nedeni olmadığı* ve çocuğu olduğu için bunu paylaşamadığını, her cinsel yakınlaşmalarında aklına sevgilisinin geldiğini ve eşiyle sevişmeyi sürdüremediğini belirtti. Mastürbasyon sırasında ve sevgilisi ile sevişmelerinde cinsel isteğinin, uyarılmanın ve orgazmın olduğunu söyledi. Tedavi için eşinin ısrarları sebebiyle geldiğini, bu durumun eşiyle paylaşılmasını kesinlikle istemediğini ifade etti.

Bu vaka cinsel isteksizlik olarak değil partner reddi olarak değerlendirildi. Kadının görüşmesinde alınan bilgiler mahremiyet gereği eşi ile paylaşılmadı. Ancak çift birlikte görüşmeye alınarak sorunun cinsel bir rahatsızlık ile ilişkili olmadığı, bir ilişki sorunundan kaynaklandığı bu nedenle cinsel terapi için uygun olmadıkları hakkında bilgi verildi.

Cinsel işlev bozukluklarının tanısı ve tedavisinden önce **"cinsel işlev bozukluğu olmayan cinsel sorunlara"** yaklaşımın iyi anlaşılması gerekmektedir. Özellikle toplumumuzda; cinsel bilgilerin yetersizliği, cinsellikle ilgili toplumsal ön yargılar, yanlış inanış veya tabular, geleneksel kadın ve erkek rollerinin bir norm olarak kabul edilmeye zorlanması, cinselliğin gelişimsel süreçte yaşanmasının ertelenip doğrudan cinsel birleşme ile başlaması cinsel sorunların ortaya çıkmasında rol alabilmektedir. Burada konunun iyi anlaşılması için birkaç örnek vermek uygun olacaktır. Vaka Örneği 1'de olduğu gibi, cinsel isteksizlik ile başvuran bir çift ile yapılan görüşmede, ilişki sorunları, partneri çekici bulmama, partnerler arası cinsel ilişki sıklığı uyuşmazlığı gibi sorunlar olabilir ve bu durum cinsel isteksizlik ile karşımıza çıkabilir. Sertleşme zorluğu yaşadığını söyleyen bir kişinin gerçekçi olmayan süre ve nitelikte sertleşme beklentisi olduğu veya yeterli uyaran olmadan sertleşmenin sağlanacağını düşündüğü saptanabilir. Bazen ilk cinsel birleşme deneyiminde yaşanan erken boşalma sorunu kişi tarafından sürekli yaşanacak bir durum olarak algılanmış hatta felaketleştirilmiş olabilir. İşte tüm bu örneklerde cinsel bilgilendirmenin yapılması, görüşmede saptanan cinsel mitler varsa bunlarla çalışılması, cinsel anatomi ve fizyolojinin anlatılması, cinsel sorun partner reddi ile ilişkili ise buna yönelik açıklamada bulunulması soruna yönelik cinsel danışmanlıkta yapılabileceklerdir.

Bunların dışında; depresyon, sosyal kaygı bozukluğu, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, alkol-madde kullanım bozuklukları gibi psikiyatrik rahatsızlıklarda veya tıbbi bir hastalığa bağlı olarak cinsel işlev bozuklukları ortaya çıkabilmektedir (APA, 2013). Cinsel bir sorun ile başvuran kişilerde hemen cinsel soruna yönelik bir tedavi süreci başlatılmamalı, ruhsal değerlendirme dikkatle yapılmalı, öncelikle sorunun sebepleri görüşmede aydınlatılmaya çalışılmalı, cinsel sorunun bir psikiyatrik rahatsızlık belirtisi veya tıbbi bir durumun sonucu olduğu düşünülüyorsa buna yönelik tedavi için kişi yönlendirilmelidir.

Cinsel sorunun hangi durumlarda bir cinsel işlev bozukluğuna dönüştüğü, tanısal değerlendirme, etiyoloji ve tedavi uygulamaları bir sonraki başlıkta tartışılacaktır. Her bölüm içinde psikolojik rahatsızlığın tanısı, DSM-5 tanı kriterleri, klinik görünümü, epidemiyoloji ve etiyolojisi ele alınmış, tedavileri ise bölümün sonunda "cinsel işlev bozukluklarında tedavi" başlığı altında birlikte anlatılmıştır.

Erkekte Düşük Cinsel İstek Bozukluğu

Tablo 1. DSM-5 Erkekte Düşük Cinsel İstek Bozukluğu Tanı Kriterleri

1. Kişinin yaşı, genel ve sosyokültürel özellikleri içinde yapılacak değerlendirmede, en az 6 aydır devam eden cinsel içerikli düşüncelerin ya da fantezilerin ve cinsel etkinliğe yönelik isteğin azalması ya da hiç olmaması,
2. Bu durumun kişide belirgin sıkıntıya sebep olması,
3. Bu durumun başka bir ruhsal rahatsızlık veya önemli stres faktörlerinin, ilişki sorunlarının bir sonucu ve bir maddenin/ilacın veya başka bir tıbbi durumun etkilerine bağlı olmaması gerekir (APA, 2013).

Cinsel istekte azalma, cinsel düşünce ve fantezilerin, cinsel birleşme ve orgazma ulaşma sıklığının azlığı ya da yokluğu, cinsel bir etkinliği başlatma, katılma ya da yanıt verebilme motivasyonunun yetersizliği olarak tanımlanır (İncesu, 2004). Diğer tüm cinsel işlev bozukluklarında olduğu gibi bu rahatsızlık, kişi cinsel açıdan aktif olduğundan beri varsa "yaşam boyu", olağan bir cinsel işlevsellik döneminden sonra bir durum sonrasında başlamışsa "edinsel" olarak kabul edilir (APA, 2013).

DSM-5'e göre: erkekte düşük cinsel istek bozukluğu tanısı koyabilmek için belirtilen 6 aylık süre ölçütü, yanlış tanısal değerlendirmeye karşı önleyicidir (APA, 2013). Çünkü kişilerde stresli bir yaşam olayına bağlı geçici olarak cinsel istekte azalma olabilir, hemen tanı koyup bir tedavi başlamak uygun değildir.

Cinsel istekte azalma, bazen başka bir cinsel işlev bozukluğuna bağlı olarak gelişebilmektedir. Örneğin sertleşme bozukluğu veya erken boşalma yaşayan erkek, bir süre sonra bu olumsuz deneyimden kaçınmak için cinsel aktivitelerini azaltmaya başlar. Öykü alırken sorunun ne zaman başladığı, partnere göre değişkenlik gösterip göstermediği, mastürbasyon sırasında istek ve mastürbasyon sıklığı mutlaka sorgulanmalı, tedavide sebebe yönelik müdahalelerde bulunulmalıdır.

Epidemiyoloji

Dünyada erkeklerde düşük cinsel işlev bozukluğunun yaygınlığının araştırıldığı çalışmalarda değişen oranlar bildirilmiştir. Amerika'da yapılan Ulusal Sağlık ve Sosyal Yaşam Araştırması'nda, 18-44 yaş arasındaki erkeklerin %14-17'sinin düşük cinsel istek duyduğu bildirilmiştir. Yapılan bu anket çalışmasında, evli erkeklerin daha yüksek oranlarda cinsel istek kaybı yaşadığını bildirdikleri, etnik kökenin ise düşük cinsel istek ile bir ilişkisinin bulunmadığı belirtilmiştir (Laumann, Paik ve Rosen, 1999).

Benzer şekilde, Avustralya'da, 18-59 yaş arasındaki erkeklerde yapılan ve cinsel davranışları araştıran geniş bir araştırmada, çalışmaya katılan erkeklerin %16'sında cinsel istek kaybı saptanmıştır (Boyle, Cook, Purdie, Najman ve Dunne, 2003). 40-80 yaşları arasındaki 742 erkekle bilgisayar destekli telefon görüşmeleri kullanılarak yapılan bir araştırmada, erkeklerin %3,3'ünde "sıklıkla cinsel istek kaybı", %4,8'inde ise "aralıklı cinsel istek kaybı" olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada cinsel istek azlığı; erken boşalma (%4,7 sıklıkla, %7 aralıklı) ve sertleşme bozukluğu (%6,5 sıklıkla, %5,9 aralıklı) sonrasında en sık görülen üçüncü cinsel sorun olmuştur (Laumann, Glasser, Neves ve Moreira Jr, 2009).

Yapılan bu anket çalışmaları DSM'ye göre yapılandırılmış bir görüşme içermemekte ve 6 aylık süre ölçütünü karşılamamaktadır. Nitekim cinsel isteksizlik için 6 aylık sorunun devam etme gerekliliği göz önüne alındığında 16-44 yaş arası erkekler arasında düşük cinsel işlev bozukluğunun yaygınlığı %1,8 olarak bulunmuştur (APA, 2013).

Etiyoloji

Cinsel istek; dürtüsel (biyolojik), motivasyonel (bireysel ve ilişki psikolojisi) ve kültürel bileşenlerden oluşan çok boyutlu bir yapıda ele alınmaktadır (Rubio-Aurioles ve Bivalacqua, 2013). Cinselliğin yasaklandığı, tutucu toplum ve kültürlerde cinsel isteksizlik sık görülmektedir. Küçük yaşlardan başlayarak uygulanan cinsel yasak ve baskıların sonucunda cinsellikle ilgili suçluluk ve günahkârlık duyguları, cinsel güdülerin bastırılması, giderek bireyin cinselliğe ve hatta kendi bedenine yabancılaşması etiyolojide rol alan psikolojik faktörlerdir (İncesu, 2004).

Cinsel istek azlığı; edinsel olarak ortaya çıkıyorsa çoğu kez yaşanan stresli bir yaşam olayı, partner uyumsuzluğu veya partner reddi, depresyon veya anksiyete bozukluğu gibi ruhsal hastalığa bağlı olduğu düşünülebilir. Bunlar dışında cinsel istek azalması; fiziksel bir hastalık (hiperprolaktinemi, hipogonadizm, tiroid fonksiyon bozukluğu), kullanılmaya başlayan bir ilaç, alkol veya madde kullanımından da kaynaklanabilir (Krakowsky ve Grober, 2016).

Sertleşme Bozukluğu

Erektil disfonksiyon (sertleşme bozukluğu); herhangi bir cinsel etkinlik için tatmin edici düzeyde penis sertliğinin tekrarlayıcı ya da kalıcı biçimde sağlanamaması veya sürdürülememesi olarak tanımlanmaktadır (İncesu, 2004; Pollets, Ducharme ve Pauporte, 1999). Dikkat edilmesi gereken konu sertleşmenin bir iki defa ile sınırlı olacak şekilde kaybının, "bozukluk" tanısı koymak için yeterli olmadığıdır. Toplumumuzdaki cinsel mitler sebebiyle kişiler bir defa sertleşmede sorun yaşadıklarında kaygıya kapılmakta, hemen tedavi arayışına girmektedirler. Bu kişiler bir ruh sağlığı çalışanına başvurduklarında cinsel bilgilendirmenin yapılması çok önemlidir. Çünkü var olan bu cinsel mit üzerine çalışılmadığı durumlarda kişi her cinsel ilişkide penis sertliğine odaklanmaya başlamakta, tekrar sertliğin kaybolacağı düşünceleri cinsel uyarıyı bozmakta, bir süre sonra uyarının bozulması ile sertleşme kaybı olmakta ve kısır bir döngünün içine girilmektedir. Bazen kişilerin sertleşme ile ilgili beklentisi o kadar yüksektir ki, normal bir sertleşme fonksiyonunu yetersiz gibi algılayabilmektedir (APA, 2013). Sertleşmeye atfedilen anlamla ilişkili bu durumun hastalıkta nasıl bir rol aldığı etiyoloji bölümünde tartışılmıştır.

Tanısal değerlendirmede ayrıntılı ruhsal değerlendirme sonrası sorunun psikojenik olmayan sebeplerden kaynaklandığı düşünülüyorsa buna yönelik tetkik ve tedavi için kişi bir üroloğ tarafından değerlendirilmek üzere yönlendirilir. Ruhsal muayene sırasında, psikiyatrik eş tanıların olabileceği ve kişilerin bu açıdan da değerlendirilmesi gerektiği akılda tutulmalıdır. Alkol madde kullanım bozuklukları, kaygı bozukluğu, depresif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu eş tanıları olduğunda veya bu hastalıkların bir bulgusu olarak sertleşme bozukluğu, isteksizlik gibi bir sorun tarifleniyorsa öncelikli tedavi cinsel terapi değil, bulguya sebep olan hastalığın tedavisidir. Sorun, psikolojik rahatsızlık iyileştiği hâlde devam ederse o zaman cinsel işlev bozukluğu açısından yeniden bir değerlendirme yapmak uygun olacaktır. Sertleşme bozukluğu olan erkeklerde kendine güvende azalma, başarısız hissetme ve buna bağlı olarak depresyon görülebilir. Yani hem sorunun nedeni hem de sorunun bir sonucu olarak psikiyatrik eş tanılar iyi ayırt edilmelidir.

Tablo 2. DSM-5 Sertleşme Bozukluğu Tanı Kriterleri

1. Cinsel etkinlik sırasında sertleşmeyi sağlamada belirgin güçlük yaşama,
2. Cinsel etkinliğin tamamlanmasına kadar sertleşmeyi sürdürmede belirgin güçlük yaşama,
3. Sertleşme düzeyinde belirgin azalma belirtilerinden en az birisinin, en az 6 ay süreyle devam etmesi gerekmektedir (APA, 2013).

Sertleşme bozukluğu olan kişiler, bir süre sonra cinsel eylemlerden kaçınmaya başlayabilir, bu durum partnerlerinde cinsel doyum ve istekte azalmalara sebep olabilir (Bodie, Beeman ve Monga, 2003).

DSM-5'e göre sertleşme bozukluğu tanısı konulması için; cinsel aktivitelerin neredeyse tümünde (yaklaşık %75-100'ünde) sorunun yaşanıyor olması ve bu durumun en az 6 aydır devam etmesi gerekmektedir. Ayrıca; bu cinsel işlev bozukluğunun, başka bir ruhsal rahatsızlık veya önemli stres faktörleri, ilişki sorunlarının bir sonucu ve bir maddenin/ilacın veya başka bir tıbbi durumun etkilerine bağlı olmaması gerekir (APA, 2013).

Epidemiyoloji

Kişinin kendisinin ve partnerinin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen sertleşme bozukluklarının sıklığı yaş ile artmaktadır. Önemli bir epidemiyolojik araştırma olan Massachusetts Erkek Yaşlanma Çalışması'nda, 40-70 yaşları arasındaki 1.290 erkeğin %52'sinin belirli derecelerde sertleşme bozukluğu yaşadığı, bunların yaklaşık %10'unda sertleşmenin tamamen kaybolduğu belirtilmiştir (Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane ve McKinlay, 1994). Bu çalışmanın verileri kullanılarak yapılan başka bir çalışmada ise, dünya çapında 2025 yılında 322 milyon erkeğin sertleşme bozukluğu yaşayacağı öngörülmektedir (Ayta, McKinlay ve Krane, 1999). Ülkemizde 40 yaş üstü erkeklerde sertleşme bozukluğu prevalansının değerlendirildiği, Türk Androloji Derneği Erkek Seksüel Sağlığı Çalışma Grubu tarafından yapılan bir çalışmada, sertleşme bozukluğu görülme oranı %33 şeklinde bulunmuş, yaşa göre bu oranın; 40-49 yaş aralığında %17, 50-59 yaş aralığında %35,5, 60-69 yaş aralığında %68,8 ve 70 yaş ve üzeri için %82,9 şeklinde değiştiği bildirilmiştir (Çayan ve ark., 2017). Yaş, sertleşme bozukluğu için birincil risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu epidemiyolojik bilgiler, tedavide cinsel bilgilendirmede kullanılması açısından önemlidir.

Etiyoloji

Sertleşme bozuklukları; etiyolojisine göre organik (biyolojik), psikojenik veya karma tip olarak sınıflandırılmıştır.

Biyolojik faktörler

Penis ereksiyonu için hem damarsal yapıların sağlam olması hem de sinirsel uyarının sağlanması gerekmektedir. Penisi besleyen damar yapılarına bakıldığında; penil arterden (atardamar) ayrılan kavernöz arterlerin, korpus kavernozum denilen süngerimsi penis dokusunun içinde yer aldığı görülür. Burada bulunan kıvrımlı yapıdaki çok sayıda arter sertleşme sırasında etrafında bulunan kasların gevşemesi ile genişler ve içlerinden geçen kan miktarı artar, böylece korpus kavernozum içindeki alanlar kan ile dolar ve penil sertlik sağlanır. Yoğun bir arter ve venöz (toplardamar) dolaşımı olan penisin sinir ağı da geniştir. "Refleksif ereksiyon", cinsel düşünce ya da fanteziler ile uyarılan "psikojenik ereksiyon" ve uykuda meydana gelen spontan ereksiyonları tarifleyen "uyku ereksiyonu" için sorumlu nörojenik uyarımlar, farklı yolaklar üzerinden olmaktadır (Perelman, McMahon ve Barada, 2004a). Burada bu nöroanatomik yapı ayrıntılı olarak ele alınmayacaktır ancak ruh sağlığı alanında cinsel işlevler ile ilgili çalışan profesyonellerin anatomi ve fizyolojiyi daha ayrıntılı öğrenmesi, cinsel bilgilendirmede kişilerin anlayacağı şekilde basit bir yolla anlatması beklenmektedir. Aşağıda penisin bu damar ve sinir yapısını etkileyen ve sertleşme sorunlarına neden olabilen bazı örnekler verilmiştir.

Diyabetes Mellitus, hem damarsal yapılarda hem de sinirsel yapılarda hasarlanmaya sebep olan, sertleşme bozukluklarında yaştan sonra ikinci en sık risk etkeni olarak karşımıza çıkan bir hastalıktır. Diyabeti olan erkeklerde sertleşme bozukluklarının değerlendirildiği bir derleme çalışmasında, %35-90 arasında değişen oranlarda sertleşme bozukluğu geliştiği bildirilmiştir (Malavige ve Levy, 2009).

Diyabet dışında; hipertansiyon, sigara, hiperlipidemi, metabolik sendrom, alt üriner sistem hastalıklarının da sertleşme bozukluğunda rol aldığı belirtilmiştir (Blick, W Ritchie ve E Sullivan, 2016; Shamloul ve Ghanem, 2013). Penil arterin kardiyovasküler hastalıklarda damar çapı sebebiyle koroner arterlerden önce etkileneceği, kan akımının azalacağı ve henüz

koroner arter hastalığı ile ilgili bulgular ortaya çıkmadan sertleşme bozukluğu gelişebileceği, bu erkeklerde koroner arter hastalıkların araştırılmasının önemli olduğu bildirilmiştir (Miner ve ark., 2018).

Multiple skleroz, Parkinson hastalığı, Alzheimer hastalığı, beyin damar hastalıkları, omurilik zedelenmeleri gibi nörolojik hastalıklarda sertleşme bozukluğu sinirsel uyarımın bozulması sebebiyle ortaya çıkabilmektedir (Rew ve Heidelbaugh, 2016). Prolaktin hormonu yüksekliği, gonadotropin hormon eksikliği, tiroid fonksiyon bozuklukları, testosteron düşüklüğü gibi endokrinolojik hastalıklarda da sertleşme bozukluğu görülebilmektedir (Janmohamed ve Bouloux, 2017).

Çeşitli hastalıkları tedavi etmek için kullanılan ilaçlara bağlı da sertleşme bozukluğu gelişebilmektedir, bunlardan yaygın olanlar şunlardır: antidepresanlar, antihipertansifler, kardiyak ilaçlar, diüretikler, antiandrojenler, steroidler, histamin reseptör antagonistleri (Muneer, Kalsi, Nazareth ve Arya, 2014).

Psikososyal faktörler

Sertleşme bozukluklarında alınan öykü, altta yatan psikolojik sebeplerin ortaya konması ve tedavide buna yönelik müdahalelerde bulunulması adına oldukça önem taşımaktadır. Ruhsal değerlendirme sırasında sorulan "sertleşme bozukluğunun ne zaman ve ne şekilde başladığı", "yaygın olarak mı durumsal olarak mı bu sorunun yaşandığı" soruları birçok defa sorunun sebeplerinin anlaşılmasında yeterli olur. Erkeğin penetrasyon sırasında ya da hemen öncesinde bir sertleşme kaybı tariflemesi ya da daha önce olmadığı hâlde partner ilişkisinde hayatını etkileyecek gelişmeler olduktan sonra (birlikte yaşamaya başlamak, evlilik gibi bir ilişki derinleşmesi ya da belki ilk çocuğun doğacak olması gibi) cinsel sorunun başladığını belirtmesi hiç de nadir olmayan öykülerdir. Bunlar, psikolojik çatışmaların bir sunum şekli olabilir. Yaşanan performans kaygısı, ilişki ile ilgili endişeler, bağlılık ya da özerklik kaybı ile ilgili çatışmalar sertleşme bozukluğu olarak karşımıza gelebilmektedir (Perelman ve Watter, 2016).

Araştırmalar, cinsel işlev bozukluğu olan erkeklerin, cinsel eylemlerde bir sorun yaşadıklarında olumsuz bilişsel şemalarının hızla ve sıklıkla aktive olduğunu göstermiştir. Bu kişiler cinsellikte deneyimlenen olumsuz bir durumu "başarısızlık" ve "kişisel yetersizlik" belirtisi olarak yorumlama eğiliminde olup "beceriksizim", "zayıfım", "başarısızım" gibi inanışları olabilir (Nobre ve Pinto-Gouveia, 2009a; Nobre ve Pinto-Gouveia, 2009b). Cinsel inançlarla ilgili olarak, cinsel işlev bozukluğu olan erkekler literatürde de "maço" olarak tanımlanan "Gerçek bir erkek, çok sık cinsel ilişkide bulunur.", "Sertleşme kalitesi kadınları en çok tatmin eden şeydir." gibi bazı mitlere daha güçlü inandıklarını bildirmişlerdir (Nobre ve Pinto-Gouveia, 2006; Nobre, 2003). Cinsel ilişkide sertleşmeye atfedilen anlam da bu erkeklerde otomatik düşünceler olarak karşımıza çıkmaktadır: "Sertliğe ulaşmak zorundayım.", "Cinsel birleşmeyi başarmak zorundayım.". Yine bu erkeklerde beklenti ile ilgili olumsuz otomatik düşünceler görülür: "İlişki bir yere gitmiyor.", "Başarısız olmaya mahkumum.". İşte tüm bu otomatik düşünceler bir süre sonra erotik düşüncelerin önüne geçmekte, üzüntü, hayal kırıklığı, haz ve memnuniyet eksiklikleri ortaya çıkmaktadır (Nobre, 2010; Nobre ve Pinto-Gouveia, 2008).

Çocukluk dönemine ait cinsel travmalar, cinsiyet kimliği ve cinsel yönelimle ilgili yaşanan zorlanmalar, partnere karşı öfke, dini ve kültürel tabular sertleşme bozukluğunun ilişkili olduğu diğer psikolojik faktörlerdir (Rosen ve Kupelian, 2016).

Erken Boşalma

Erken boşalma, sık görülen erkek cinsel işlev bozukluklarından biri olmasına rağmen, evrensel olarak kabul edilmiş bir tanımı yoktur. Tıbbi literatür, boşalma bozukluklarının organik, psikojenik ve iatrojenik (bir tıbbi tedavinin kendinden doğan etkileri, yan etkileri veya komplikasyonları sebebiyle ortaya çıkan) farklı değişkenli tanımlarını içermektedir. Erken boşalmanın sebebinin tam olarak anlaşılamaması, sorunun yönetimi konusunda temel ve klinik araştırmaların yapılmasını güçleştirmiştir (Mcmahon, Mcmahon, Leow ve Winestock, 2006; Symonds, Roblin, Hart ve Althof, 2003).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); "boşalmayı, sevişmeden zevk almak için yeterince geciktirememe" durumu olarak tanımladığı erken boşalma için iki durumun belirtilmesini istemiştir: (1) boşalma hemen birleşme öncesi veya birleşmeden çok kısa bir süre sonra içinde (eğer bir süre limiti gerekiyorsa 15 saniye içinde) gerçekleşir; 2) boşalma, birleşmeyi mümkün kılacak düzeyde ereksiyon olmadan meydana gelir. ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ayrıca, erken boşalma tanısı konulabilmesi için sorunun, cinsel faaliyetten uzun süre uzak durma sonucu olmaması gerektiğini vurgulamıştır (WHO, 1992).

2013 yılında Uluslararası Cinsel Tıp Derneği tarafından erken boşalma için güncellenen yeni bir tanım yapılmıştır. Bu tanıma göre: hemen tüm vajinal birleşmelerde ilk cinsel deneyimden beri olan birleşmeden hemen sonra yaklaşık bir dakika içinde boşalma olması veya boşalmayı geciktirme süresinin üç dakika ve altında olması, ilk cinsel deneyimden beri sorunun devam etmesi, soruna bağlı sıkıntı, hayal kırıklığı, rahatsızlık veya cinsel kaçınmaların olması erken boşalmanın olduğu anlamına gelmektedir (Şerefoğlu ve ark., 2014). Bu tanım cinsel eylem olarak yalnız vajinal birleşmeyi kabul etmesi sebebiyle eleştirilmiştir (Güleç ve Eşsizoğlu, 2014). Eşcinsel veya heteroseksüel, cinsel ilişkilerde cinsel eylemin ne şekilde gerçekleştiğinden bağımsız olarak, kişi boşalmayı kontrol edemediği öznel yakınmasını tarifliyor ve bu durum süreğen şekilde mevcut olup kendisinde veya kendisiyle birlikte partnerinde sıkıntı hissi yaratıyorsa, sorun yine erken boşalma olarak ele alınmalıdır.

Erken boşalma dört ayrı kategoride tanımlanmıştır: yaşam boyu, edinsel, değişken ve öznel (Waldinger ve Schweitzer, 2006, 2008). Yaşam boyu; ilk cinsel deneyimden beri devam eden ve birleşme sonrası genelde bir dakikadan daha kısa süre içinde olan erken boşalmaları ifade eder. Edinsel erken boşalma; kişinin geçmiş cinsel yaşamında bir sorun olmadığı hâlde yaşamının bir noktasında ortaya çıkan boşalma ertelemesinin yapılamamasıdır. Buna sebep olabilecek tıbbi, bireysel ya da partner ile ilişkili faktörlere etiyoloji bölümünde yer verilmiştir. Sonradan ortaya çıkan erken boşalma şikayeti ile başvuran kişilerde alınan öyküde bir süre sonra sertleşme bozukluğunun da geliştiği görülebilir. Boşalmayı kontrol etmeye odaklanma, artan kaygı ile erotik uyarının bozulması sertleşme kaybına sebep olması beklenen de bir durumdur. Sertleşme bozukluğu ve erken boşalmanın klinik görünümlerini daha iyi anlayabilmek için Vaka Örneği 2'yi okuyunuz.

Değişken erken boşalma, bir erkeğin cinsel yaşamındaki düzensizlikler ile ilişkili ortaya çıkan bir durum olup "bozukluk" olarak değerlendirilmemektedir (rutin cinsel ilişki sıklığına uzun bir ara veren ve sonrasında yeniden bir cinsel ilişki yaşayan erkeğin yaşayabileceği erken boşalma gibi). Öznel erken boşalma ise kişinin cinsel eylemlerinde boşalma sürelerinin "normal" kabul edilebilecek düzeyde olduğu hâlde kendisini erken boşalma yaşayan bir kişi olarak algıladığı durumlardır. Burada cinsel mitler sıklıkla karşımıza çıkar. Erkeğin kendisinin veya partnerinin gerçekçi olmayan beklentileri olabilir.

Son olarak DSM-5; en az 6 aydır süren, partnerli neredeyse tüm cinsel aktivitelerde (yaklaşık %75-100'ünde), sürekli ya da yineleyici olarak, vajinaya girdikten sonra yaklaşık bir dakika içinde ve kişinin isteğinden önce olan boşalmaları erken boşalma olarak kabul etmekte, bu durumun kişide belirgin bir sıkıntıya neden olduğunu belirtmektedir. DSM-5'te, vajinal birleşmeyi kapsamayan cinsel etkinlikler için de erken boşalma tanısının konulabileceği ancak bu durumlarda özgül süre ölçütü belirlenmemiş olduğu da ifade edilmiştir (APA, 2013). Süre ile ilgili tartışmalara rağmen, DSM-5'te bozukluğun şiddeti vajinal birleşme ardından geçen süreye göre de "hafif (boşalma 30 saniye-1 dakika arasında ise), orta (vajinaya girdikten sonra 15-30 saniye arasında ise) ve ağır (vajinaya girdikten sonra 15 saniye içinde ise)" olarak sınıflandırılmıştır.

VAKA ÖRNEĞİ 2

İ.D., 29 yaşında, bekâr, üniversite mezunu, bankacı olarak çalışıyor. Psikiyatri polikliniğine erken boşalma şikayeti ile yalnız başvuruyor.

Bir yıldır düzenli cinsel ilişkisinin olduğu bir partneri var. Cinsel isteğinin olduğunu, sevişme sıklıklarının haftada iki bazen üç olduğunu belirtti. Partnerinde cinsel olarak bir sorun bulunmadığını, psikiyatri bölümüne geldiğinden partnerinin haberi olmadığını ifade etti. Sevişmeye başladıktan yaklaşık beş dakika sonra birleşme olduğunu ve birleşme sonrası kısa süre içinde (yaklaşık bir dakika içinde) boşalma olduğunu söyledi. Görüşme sırasında kaygılı görünüyordu. Süre ile ilgili tutarsız bilgiler verdi.

Cinsel öyküsünde, son partnerine kadar bir cinsel sorun tariflemedi. Mastürbasyonlar sırasında boşalma kontrolünün olduğunu söyledi. Partnerinin ilk sevişmeleri sırasında penisinin küçük ve yeteri kadar sert olmadığını ima ettiğini hatırladı. Bu imadan sonra her sevişmelerinde sertleşmenin ne kadar olduğunu kontrol etmeye başladığını belirtti. Öykü detaylandırıldığında sorunun sertliği sürdürememek olduğu, performans anksiyetesinin belirgin bir şekilde ortaya çıktığı görüldü. Artık sevişmelerinde "başarılı" olamayacağı, partnerini tatmin etmek için gereken sertliğe ulaşamayacağı ile ilgili düşüncelerden kurtulamıyordu. Cinsel hazza ve uyarıya odaklanamıyor, zihnindeki kaygı veren düşünceler ile sevişmeyi sürdürmeye çalışıyor ancak bir süre sonra erotik uyarı bozulduğu için penis sertliği kayboluyordu.

Hastada boşalmayı kontrol edememe/erteleyememe değil; sertliği sağlar sağlamaz kaybolmadan hızla birleşme ve orgazmın gerçekleştirilmesi düşüncesi belirgin idi. Partnerin ve performans kaygısının olmadığı mastürbasyonlarda boşalma denetiminin tam olması da öncelikli sorunun aslında erken boşalma değil sertleşme bozukluğu olduğunu gösteriyordu.

Hasta ile cinsel öykünün tamamlanmasının ardından cinsel sorunun primer olarak sertleşme bozukluğu olduğu ve bu durumun nedenleri, tedavi süreci ile ilgili bir danışmanlık seansı daha yapıldı. Cinsel terapi için partneri ile birlikte geleceği bir randevu oluşturuldu.

Görüldüğü üzere; erken boşalma oldukça farklı klinik görünümlerde karşımıza çıkabilmekte, sorunun yönetimi ise sebebine göre değişmektedir.

Epidemiyoloji

Erken boşalma, oldukça yaygın bir erkek cinsel işlev bozukluğudur. Her ne kadar hastalığın gerçek prevalansı belirsiz olsa da, yaş ve etnik kökene bakılmaksızın erkeklerin %20-30'unu etkileyebilmektedir (Porst ve ark., 2007). İtalya'da yakın zamanda yapılan, 18-80 yaş arası 1.104 erkeğin dahil edildiği bir çalışmada erken boşalma yaygınlığı %18,5 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada erken boşalma görülme sıklığının yaşla orantılı olarak arttığı, vücut kitle indeksi, alkol-sigara tüketimi, fiziksel aktivite, medeni durum ve ekonomik durumun erken boşalma ile ilişkisinin bulunmadığı bildirilmiştir (Verze ve ark., 2018). Ayrıca erken boşalma şikayeti olduğu hâlde katılımcıların %31,3'ünün tıbbi bir yardım almak istemediği ifade edilmiştir. Yapılan başka çalışmalarda da erken boşalması olduğunu söyleyen ancak tıbbi yardım almayı isteyecek kadar rahatsızlık duymadığını ifade eden kişilerin olduğu, erken boşalma yakınmasının varlığı ile bozukluk varlığının ayırt edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Şerefoğlu ve Saitz, 2012).

Ülkemizde 17 farklı bölgeden 2.593 çift ile yapılan Türk Androloji Derneği Cinsel Sağlık Araştırması'nın sonuçlarına göre, erkeklerin %20'sinin erken boşalma şikayetinin olduğu, yaş, ilişki süresi ve çocuk sayısı arttıkça erken boşalma şikayetinin arttığı bulunmuştur (Şerefoğlu ve ark., 2011). Yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise, katılımcıların %9,2'sinde erken boşalma olduğu ancak genç yaş grubu ile çalışılmış olmasının bu oranı düşürmüş olabileceği belirtilmiştir (Karabakan ve ark., 2016).

Etiyoloji

Boşalma; istek, uyarılma ve çözülmeyi içeren cinsel yanıt döngüsünün orgazm fazında meydana gelmekte ve iki aşamadan oluşmaktadır: Emisyon ve ekspulsiyon (dışa atım). **Emisyon** aşamasında, mesane boynu kapanır ve seminal sıvı üretra arka duvarına biriktirilir (Metz, Pryor, Nesvacil, Abuzzahab Sr ve Koznar, 1997). Erkekler genellikle emisyon aşamasını "boşalma kaçınılmazlığı" olarak yaşarlar. **Ekspulsiyon,** emisyonun ardından otomatik olarak saniyeler sonra gerçekleşecek ve boşalmayı geciktirmek emisyon fazının ardından mümkün olmayacaktır. Erkekler cinsel ilişki sırasında bu iki fazı birbirinden ayırt edemez ve bir bütün olarak yaşarlar. Kas tonusunda artış, testislerin yükselmesi, solunum ve kalp atım hızının yükselmesi gibi bedensel belirtilere karşılık gelen **uyarıcı hisler**, emisyon evresinden hemen önce ortaya çıkmaktadır. Erken boşalma yaşayan erkekler, boşalmayı bilinçli olarak geciktirebilmek için gereken bu erken uyarı sinyallerini anlayamamakta veya yeterince hızlı bir yanıt verememektedir. Boşalma yanıtını geciktirmek, uyarıcı hislerin tanımlanmasını ve emisyon aşaması başlamadan önce, bunlara bilişsel/davranışsal bir tepki verilmesini gerektirmektedir. Erken boşalmanın tedavisi; kişinin bu uyarıcı sinyalleri fark etmesini, zihinsel ve/veya fiziksel uyarılmayı "azaltmayı" ve emisyon eşiğinin altında bir seviyeye indirmeyi öğrenmelerini sağlamayı içermektedir (Perelman, 2006; Rowland ve ark., 2004).

Waldinger ve arkadaşları erken boşalmada; özellikle serotonerjik sistem ile ilişkili merkezi sinir sistemi değişiklikleri olduğunu öne sürmüşlerdir (Waldinger, 2002, 2004). Serotonin 5-HT reseptör bozuklukları, serotonerjik iletimin azalması, aşırı duyarlı boşalma refleksi ve artmış penis hassasiyetini içeren bir dizi organik hipotez ortaya konmuştur (Waldinger, 2002, 2005a; Xin ve ark., 1996).

Biyolojik sebeplerin dışında kaygı düzeyinin artması, depresyon, partner ilişkisindeki olumsuzluklar gibi pek çok psikolojik sorunun da boşalma döngüsünü bozduğu, bunların hem erken boşalmanın sebebi olabileceği hem de var olan erken boşalmayı artırabileceği bildirilmiştir (Perelman, McMahon ve Barada, 2004b). Kaygı bozuklukları, özellikle de sosyal kaygı bozukluğunun erken boşalma ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Performans kaygısı, erkeğin kendi uyarılma düzeyine odaklanmasını ve boşalma üzerinde istemli kontrol kurmasını engeller. Klasik koşullanma erken boşalmanın etiyolojisinde ele alınmış, mastürbasyon ya da cinsel ilişki sırasında yakalanma korkusu, kaygı, suçluluk nedeniyle acele edildiğinde "hızlı bir boşalma yanıtı" oluşabileceği, bu ilk deneyimden sonra erkeğin erken boşalmaya koşullandığı düşünülmüştür. Bu teoriye dayanarak 1956 yılında bir ürolog olan James Semans erken boşalma tedavisi için davranışsal bir yöntem olan "başla-dur (start-stop)" tekniğini geliştirmiştir ve günümüzde de hâlâ bu teknik kullanılmaktadır (Güleç ve Eşsizoğlu, 2014; Melnik ve ark., 2011).

Geç Boşalma

Erkeklerde orgazm refleksi istem dışı olarak ketlendiğinde, cinsel olarak uyarıldığı, penis sertliği gerçekleştiği, yeterli süre uyarıldığı hâlde kişide boşalma güçlüğü olur (Güleç ve Eşsizoğlu, 2014).

Geç boşalma; DSM-5'e göre, partnerli cinsel aktiviteler veya neredeyse tüm cinsel aktivitelerde (yaklaşık %75-100'ünde) meydana gelen ve boşalmayı geciktirmek istememeye rağmen aşanan boşalmada belirgin gecikme ya da hiç boşalmanın olmaması durumudur. Klinik olarak kişide anlamlı bir sıkıntıya sebep olan bu duruma tanı konulabilmesi için en az 6 ay boyunca devam etmesi gerekir (APA, 2013).

Kimi zaman boşalma süresi geç olmamakla birlikte anorgazmik (orgazmik olmayan) boşalma yaşanabilir. Sorunun boşalmanın gecikmesi mi, orgazmın olmaması mı veya her ikisinin varlığı mı olduğu öyküde detaylandırılmalıdır. Boşalma süresinin uzaması partnerin çoklu orgazmına imkan verecek bir avantaj olarak düşünülebilir ancak erkeğin cinsel performansı ile ilgili sürekli kaygı içinde olması, cinsel doyumsuzluk, kimi zaman ise cinsel eylemlerden kaçınma olabilmektedir. Partner bu sorunu cinsel açıdan çekici olmadığı yönünde yorumlayabilir ya da uzamış cinsel birleşmede bir süre sonra sonra lubrikasyon azalarak tahriş, yanma, ağrı şeklinde şikayetler ortaya çıkabilir.

Gecikmiş boşalma ile ilgili net olarak tanımlanan parametreler yoktur. Daha önce yapılan çalışmalarda ortalama boşalma süresinin 6-10 dakika (standart sapma±3-4) olduğu bildirilmiştir (Patrick ve ark., 2005; Waldinger ve ark., 2005b). Elbette bu sayısal veriler kişilere göre değişkenlik göstermektedir. Ancak kolaylaştırıcı olması adına süre, değerlendirmede bir kriter olabilir. Aşağıdaki üç durumun varlığında gecikmiş boşalma düşünülebilir:

1. Kişinin boşalmaya ulaşması 16-20 dakikadan daha uzun sürüyor veya uzun süreli uyarıya rağmen boşalma olmadan hayal kırıklığı ya da yorgunluk nedeniyle ilişkiyi sonlandırıyorsa;
2. Kişi, boşalma yanıtını ilerletemiyor ve amaçlı olarak cinsel ilişkiyi uzatmıyorsa,
3. Kişi, bu durum ile ilgili sıkıntı duyuyor veya partneri bu durum ile ilgili rahatsızlık hissediyorsa.

Yukarıdaki özellikler, bir erkeğin ve/veya partnerinin rahatsızlık duyup cinsel sorunları için yardım aramaya karar vermeleri ile birlikte gecikmiş boşalma tanısını düşünmenin temelini oluşturmaktadır (Rowland, 2017). Geç boşalma, semptomların şiddetine göre sınıflandırılabilir. Ciddi

derecede mastürbasyonla bile boşalamama durumu vardır ve bu duruma az rastlanır. Orta dereceli geç boşalmada, erkek sadece yalnızken mastürbasyon yaptığında boşalabilir. Daha hafif formunda, erkek partnerin yanındayken sadece elle veya oral uyarı ile boşalabilir. En hafif formu ise, vajina içine belli koşullar altında ve uzun sürede boşalabilen erkeklerdir (Güleç ve Eşsizoğlu, 2014).

Epidemiyoloji

Geç boşalma, nadir olduğu düşünülen, tipik olarak erkeklerin sadece %3-5'inde meydana gelen bir bozukluk olarak bilinirdi (Masters ve Johnson, 1966; Rowland, 2017). Klinik görülme sıklığı düşük olduğu için sertleşme bozukluğu ve erken boşalmaya göre üzerinde daha az tıbbi müdahaleye gerek duyulmuştur. Ancak klinik deneyimler arttıkça ve bu konuda bilimsel çalışmalar yapıldıkça erkeklerde geç boşalma görülme sıklığının %5-15 aralığında değiştiği bildirilmiştir (Laumann ve ark., 1999; Lewis ve ark., 2010).

Ülkemizde yakın zamanda yapılan, geç boşalmanın görülme sıklığının incelendiği bir çalışma olmamakla birlikte, psikiyatri polikliniğine başvuran 172 kadın ve 83 erkeğin yapılandırılmış görüşme ile değerlendirildiği bir çalışmada, erkeklerin yalnızca %1,2'sinde geç boşalma saptandığı bildirilmiştir (Günaydın, Tiryaki, Aykut ve Arslan, 2019).

Etiyoloji

Otonom sinir sistemi tarafından kontrol edilen boşalma, sempatik sinir sistemi aracılığıyla refleksif bir yanıt olarak gerçekleşmektedir (Perelman, 2014). Elbette bu yanıtı bozacak bir spinal zedelenme, multiple skleroz gibi otoimmun nörolojik sistemi ilgilendiren hastalıklar, diyabet veya kullanılan bazı ilaçlar edinsel gecikmiş boşalma sebebi olabilir. Bu durumların dışlandığı, sebebin psikolojik olduğu gecikmiş boşalmada ise psikodinamik yaklaşımlar mevcuttur. Buna göre bilinç dışı kastrasyon, ensest, kadınlara yönelen agresyon, kontrol kaybı korkusu veya parafilik dürtüler sebebiyle kişi boşalma üzerinde aşırı kontrolcü davranabilir ve psikolojik çatışma hâlindeyken refleksif boşalma yanıtı bozulabilir (Jannini, Simonelli ve Lenzi, 2002).

Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu

Tablo 3. DSM-5 Kadında Cinsel İlgi/Uyarılma Bozukluğu Tanı Kriterleri

En az altı aydır devam eden ve kişide belirgin sıkıntıya sebep olacak aşağıdaki belirtilerden en az üçü olmalıdır (APA, 2013):

1. Cinsel etkinliklere karşı ilginin olmaması veya azalması;
2. Cinsel/erotik içerikli düşüncelerin veya fantezilerin olmaması veya azalması;
3. Cinsel etkinliği başlatmama veya az başlatma ve genellikle partnerinin başlatma girişimlerine karşılıksız olma;
4. Neredeyse tüm cinsel aktivitelerde (yaklaşık %75-100'ünde) cinsel heyecan/zevk alınmaması veya zevkin azalması;
5. Herhangi bir içsel veya dıştan gelen cinsel/erotik uyarana (ör.; yazılı, sözlü, görsel) yanıt vermemek veya yanıtın azaltması;
6. Neredeyse tüm cinsel aktivitelerde (yaklaşık %75-100'ünde) cinsel organlarda veya cinsel organların dışında bir duyum olmaması veya azalması.

Cinsel yanıt döngüsünde bahsedildiği üzere kadında istek ve uyarılma evrelerinin aslında döngüsel özellik göstermesi, istek ve uyarılma ayrımını net olarak ortaya koyabilecek, istekten bağımsız bir uyarılma bozukluğunun araştırmalarda gösterilebilmesinin güç olması sebebiyle istek bozukluğu ile uyarılma bozukluğu DSM-5'te birleştirilmiştir (Sungur ve Gündüz, 2014). Ayrıca "hipoaktif" kelimesi DSM-5'te kaldırılmış, bu değişimin sebebi olarak da bu kelimenin "yetersizlik, biyolojik eksiklik" gibi çağrışımlara sebep olması gösterilmiştir (İncesu, 2011; Doğan Şahin, 2014). Son olarak "istek" kelimesinin yerini "ilgi" kelimesi almıştır. Kadın cinsel işlev bozukluklarında yapılan değişiklikler bölüm girişinde Şekil 4'te verilmiştir.

"Geleneksel ve tutucu yetiştirilme biçimi, utanma, suçluluk ve günahkârlık duyguları, cinsellikle ilgili yanlış bilgiler, abartılı beklentiler, travmatik yaşam deneyimleri, erken çocukluk dönemine ait bilinç dışı çatışmalar cinsel isteksizliğin sebepleri olabilir."

DSM-5'e göre; tanı koyarken bu cinsel işlev bozukluğunun, başka bir ruhsal rahatsızlık veya önemli stres faktörleri, ilişki sorunlarının bir sonucu ve bir maddenin/ilacın veya başka bir tıbbi durumun etkilerine bağlı olmaması gerektiği akılda tutulmalıdır (APA, 2013).

Epidemiyoloji

Cinsel istek azlığı, kadınlar arasında en sık görülen cinsel sorundur. Son yıllarda yapılan çalışmalar, kadınlarda cinsel istek azlığının %27-70 arasında değişen oranlarda görüldüğünü bildirmişlerdir (Abdo, Oliveira Jr, Moreira Jr ve Fittipaldi, 2004; Ishak, Low ve Othman, 2010a). İngiltere'de yapılan bir çalışmada, kadınların yaklaşık beşte ikisinin bir cinsel sorun yaşadığı, istek azlığının ilk sırada yer aldığı bulunmuştur (Dunn, Croft ve Hackett, 1998).

Avrupa ve Amerika örneklerinin dışında farklı bir coğrafi bölgeden yapılan kesitsel bir çalışmada, İran'da 40-50 yaş arası kadınlarda %75 oranında, 20 yaş altında ise %22 oranında cinsel bir sorun bildirilmiş, kadınların %45'i istek, %37'si uyarılma eksikliği yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada yaş artışı, 10 yıldan fazla süredir evli olmak ve üçten fazla çocuk sahibi olmanın cinsel sorun gelişmesinde bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (Jaafarpour, Khani, Khajavikhan ve Suhrabi, 2013).

Türkiye'de 518 kadının değerlendirildiği bir çalışmada cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı 18-30 yaş arası kadınlarda %41, 31-45 yaş arasında %53, 46-55 yaş arasında %67,9 olarak bulunmuş; kadınların %48,3'ünün cinsel istek azalması, %35,9'unun uyarılma güçlüğü, %40,9'unun lubrikasyonda azalma, %42,9'unun cinsel ilişki sırasında ağrı yaşadığı bildirilmiştir (Öksüz ve Malhan, 2006). Yapılan bu çalışmalarda istek ve uyarılma bozuklukları eski sınıflandırma sistemine uygun olarak, ayrı şekilde değerlendirilmiştir. Yeni oluşturulan tanı sistemi ile ülkemizde yapılan bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Türkiye'de etiyoloji bölümünde de değinilecek olan cinselliğin olumsuz yönden sosyal ve kültürel çevrelerden öğrenilmesi, dini ve kültürel özelliklere ilişkin farklılıklar sebebiyle bu sorunun önemini koruduğu düşünülmektedir.

Etiyoloji

Masters ve Johnson, cinsel işlev bozukluğu olan hastaların çoğunun cinselliği öğrenirken olumsuz sosyal ve kültürel etkilenmeler yaşadığını keşfetmişlerdir. Bazı dinler ve kültürlerde evlilik haricinde bir cinsel eylemin yasaklanmış olması veya üreme dışında yapılan cinsel eylemlerin uygun görülmemesi cinsel gelişimi engelleyebilir. Kişilerin suçluluk duyguları cinsel arzularını ketleyebilir (Woo, Brotto ve Gorzalka, 2011).

Kadınlarda psikososyal ve kültürel çok sayıda faktöre bağlı olarak ilgi/uyarılmada sorunlar ortaya çıkabilir. Geleneksel ve tutucu yetiştirilme biçimi, utanma, suçluluk ve günahkârlık duyguları dışında cinsellikle ilgili yanlış bilgiler, abartılı beklentiler, travmatik yaşam deneyimleri, erken çocukluk dönemine ait bilinç dışı çatışmalar güncel sorunun sebepleri olabilir (İncesu, 2004). Cinsel ilgi ve uyarılma azlığı ile başvuran bir kadında ilişki sorunları, partner ile uyumsuzluk ve partner reddi bir sebep olarak karşımıza çıkabilir. Bu durumlarda cinsel terapiden önce ilişki sorunlarının ele alınması gereklidir.

Cinsel ilgi ve uyarılma bozukluğu ile gelen kişilerde parafilik eğilimlerin olup olmadığı, cinsel yönelim sebebiyle partner ile sınırlı bir isteksizlik durumu varlığı bir neden olabilir (Doğan Şahin, 2014). Kimi zaman kişinin partneri uyarılmayı sağlayacak düzeyde bir cinsel ilişki sürdüremiyor veya bir cinsel işlev bozukluğu yaşıyor olabilir. Böyle durumlarda öykünün ayrıntılandırılması önem taşır.

Biyolojik olarak kullanılan ilaçlara bağlı bir yan etki olarak cinsel ilgide azalma görülebilir. Ayrıca ruhsal hastalık dışında hayatı tehdit eden önemli bir hastalık varlığında, geçirilen idrar ve üreme sistemleri enfeksiyonları sırasında, endokrinolojik bazı hastalıklarda da cinsel istekte kayıp ortaya çıkabilmektedir (Clayton ve ark., 2018).

Kadında Orgazm Bozukluğu

Kadın orgazmı için gereken cinsel uyarım farklılıklar göstermektedir. Orgazm için bazı kadınlarda hızlı ve kısa süreli klitoral uyarıya ihtiyaç duyulurken, bazılarında daha uzun süren uyarılara ihtiyaç vardır. Kadın orgazm bozukluğunda cinsel arzu ve uyarılma vardır ancak cinsel aktivitelerinin hemen tamamında orgazm yaşanamadığı belirtilir (Laumann ve ark., 2005). Cinsel aktivitelerin *orgazm odaklı olmaması* cinsel terapilerde danışanlara verilen önemli bilgilerdendir. Bu nedenle tüm birlikteliklerde orgazm beklentisinin olması ve aralıklı orgazm olamama, kadın orgazm bozukluğu için tanı koydurucu değildir. DSM-5; kadın orgazm bozukluğunu en az 6 aydır devam eden, kişide belirgin sıkıntıya sebep olan, cinsel etkinliklerin neredeyse tümünde (yaklaşık %75-100'ünde) ortaya çıkan aşağıdaki belirtilerden birinin varlığı olarak tanımlamaktadır (APA 2013):

1. Orgazmda belirgin gecikme, belirgin seyreklik veya yokluk;
2. Orgazm hislerinin yoğunluğunun önemli ölçüde azalması.

Orgazm olamama durumu kalıcı ve rahatsız edici olmadıkça, kadın orgazmı bozukluğu tanısı konulamamaktadır. Kadınların orgazma ulaşma sorunları, cinsel uyarılma sorunlarından farklıdır. Birçok kadın cinsel aktivite sırasında uyarılma elde eder, ancak orgazma ulaşamaz (Johnson ve Kring, 2011). Yapılan bir araştırmada, orgazm bozukluğu olan ve olmayan kadınlar arasında, erotik uyaranları izlerken oluşan uyarılma seviyeleri arasında bir farklılık olmadığını bildirmiştir (Meston ve Gorzalka, 1995).

Epidemiyoloji

Orgazm bozukluğunun sıklığına ilişkin yapılan çalışmalarda %19 ile %42 arasında değişen oranlar verilmektedir (Leiblum, Koochaki, Rodenberg, Barton ve Rosen, 2006; Rao ve Nagaraj, 2015; Zhang ve ark., 2017). Yapılan bir çalışmada kadınların yaklaşık üçte ikisinin cinsel ilişkilerinde orgazm yaşamadığı hâlde orgazmı taklit ettikleri; böylelikle partnerlerinin duygularını korumaya çalıştıklarını belirttikleri bildirilmiştir (Muehlenhard ve Shippee, 2010).

Kadınların yaklaşık %10'unun hayatları boyunca hiç orgazm olamadıkları öngörülmektedir. Ülkemizde kültürel özelliklerin orgazmı zorlaştırdığı düşünüldüğünde sıklığın Batılı ülkelerden yüksek olması büyük bir ihtimaldir (Şahin, 2014).

Etiyoloji

Orgazm bozukluğunun etiyolojisinde rol alan biyolojik faktörler, diğer cinsel işlev bozukluklarına benzer özellikler göstermektedir. Endokrin hastalıklar, nörolojik hastalıklar, jinekolojik hastalıklar gibi tıbbi durumlarda veya ilaç kullanıma bağlı orgazm bozukluğu gelişebilir (Ishak, Bokarius, Jeffrey, Davis ve Bakhta, 2010b).

Anorgazminin psikososyal nedenleri ise oldukça çeşitlilik göstermekte olup aşağıdaki gibi özetlenebilir:

Negatif beden imajı ve düşük benlik saygısı: Orgazm bozukluğu olan kadınlarda yetersizlik duyguları, olumsuz beden imgesi, yeni tecrübelere açık olamama gibi özellikler daha sık görülmektedir. Bu kadınlar kendi cinselliklerinden, ilişkilerinden ve cinsel aktivitelerinin çeşidi ve düzeyinden daha az memnundurlar (McCabe, 2009; Reddy, 2019)

Erken dönem baba ilişkisindeki olumsuzluklar: Çocukluk döneminde babasından ayrı kalan ya da baba kaybı yaşayan, babalarıyla duygusal olarak yeterince iyi ilişki ve yakınlık kuramayan, babaları tarafından ihmal edilen kadınlarda anorgazmi daha yüksek oranda bulunmuştur.

Gelenceksel kadın cinsel rolü: Burada cinselliklerini daima kontrol altında tutma gereği hisseden ve sadece eşlerine yanıt vermekle sınırlı gören, orgazm olup olmamalarını önemli bulmayan, hatta cinsellikten haz almanın beklenen bir şey olmadığını düşünen kadın rolü üzerinde durulmaktadır. Yıllarca bu öğretiler ile büyüyen ve cinsel arzularına ilgisiz kalan veya bastıran kadınların erişkin cinsel yaşamda bu hislere yanıt vermesi güçleşmektedir (Şahin, 2014).

Partner ile yaşanan ilişki sorunları: Kadının partneri ile ilişkisindeki genel sorunlar cinsel yaşamını etkiler ve orgazm olmasını engelleyebilir. Kimi zaman partnere yönelik düşmanca duygular ona zevk vermektense zevk almaktan vazgeçmeye neden olarak bir cinsel işlev bozukluğuna özellikle de isteksizlik ve anorgazmiye sebep olabilir (Kelly, Strassberg ve Turner, 2004).

Kendini bırakma korkusu: Anorgazmik kadınlarda duygu ve davranışlar üzerindeki kontrolünü yitirme korkusuna sık rastlanır. Duygu ve davranışları üzerindeki egemenliklerini her zaman sürdürmek isteyen, herhangi bir duygunun ya da biyolojik uyaranın kontrollerini aşmasına izin vermeyen kadınlar, cinsel uyaranın da belli bir düzeyin üzerine çıkmasını ketlerler ve dolayısıyla orgazm olamazlar (Reddy, 2019; Şahin, 2014).

Orgazm bozukluğunda etiyolojide yer alan psikolojik süreçlerin iyi analiz edilmesi, tedavi yaklaşımında görüşmelerin yapılandırılmasında oldukça önemli olacaktır.

Genito-Pelvik Ağrı/İçe Girme Bozukluğu

DSM-5 tanı sisteminde; en az altı aydır devam eden, vajinaya girme eyleminin gerçekleşeceği beklenirken veya vajinaya giriş sırasında **vulvovajinada ağrı ile birlikte korku, kaygı ve pelvik taban kaslarını çok germe ya da kasma** olarak yeniden tanımlanan ve "genitopelvik ağrı/içe girme bozukluğu" olarak adlandırılan vajinismus (APA, 2013), ülkemizde kadın cinsel işlev bozuklukları arasında en sık klinik başvuru nedenidir (Akbaş ve Taşdelen, 2014). Vajinismusta; vajinanın dış üçte bir kısmında yer alan kaslarda, cinsel birleşmeyi engelleyecek bir biçimde, yineleyici ya da sürekli olarak istem dışı kasılma olmaktadır. Vajinadaki bu kasılma çoğu vakada cinsel birleşmeye ya da parmak, tampon gibi bir nesnenin yerleşmesine izin vermeyecek kadar kuvvetli iken çok az vakada zorlama ile giriş olabilmektedir. Vakaların çoğunda cinsel birleşme denenmedikçe istek, uyarılma hatta orgazm sorunu olmayabilir. Ancak cinsel birleşme fikri ya da küçük bir girişim bile kasılmaya neden olabilir (Şahin, Şimşek ve Seyisoğlu, 2006).

Genito-pelvik ağrı/içe girme bozukluğunda; vajina etrafında kasılma dışında, partner cinsel birleşme girişiminde bulunduğunda kadında korku, panik, bacaklarını kapama, itme, bedende genel bir kasılma hâli gibi şikayetler de olabilir. Vakaların pek çoğunda cinsel yaşamın başından beri sorun vardır; birleşmeden kaçınılır ancak bu durum ahlaki veya dini sebeplerle açıklanır ve kişi farkında değildir. İlk cinsel birleşme denemesinde korku ve kasılma ortaya çıkınca birleşme denemelerinin sıklığı giderek azalır, bir süre sonra ise birleşme olmaksızın cinsel eylemler devam eder.

Yapısal bozukluklar ve diğer fiziksel durumların dışlanmasının ardından tanı konabilen iki durum "disparoni ile vajinismus" ayırıcı tanısının zorluğu uzun yıllar tartışma konusu olmuştur. Nihayet DSM-5'te **vajinismus alt başlığı kaldırılmış olup disparoni tanısı ile birleştirilerek "genito-pelvik ağrı ve içe girme (penetrasyon) bozukluğu" tanımlaması getirilmiştir**. Ancak bu noktada klinik başvurularda dikkat edilmesi gereken bir konu okuyucuya hatırlatılmalıdır. Cinsel birleşme sırasında ön planda ağrı tarifleyen, ağrı olduğu için kaçınması olan bir kadında ağrının tipi, konumu ayrıntılı sorgulanmalıdır. Rahimde yer alan kitleler, yumurtalık kistleri, üreme organlarının enfeksiyonları daha derinde hissedilen künt ve kronik ağrıya; herpes, trikomonas, human papillom virüsü (HPV) kaynaklı ortaya çıkan lezyonlar ise daha yüzeyel, yanma tarzında ağrıya sebep olabilir (Crowley, Goldmeier ve Hiller, 2009). Kişinin öyküsü alınırken; normal işlevselliğin olduğu cinsel yaşamın ardından ortaya çıkan, cinsel eylemler ve birleşmeden kaçınmaya sebep olacak şiddette ağrı varsa bu duruma sebep olabilecek tıbbi durumların olabileceği akılda tutulmalı, kişi öncelikle kadın doğum hastalıkları uzmanına yönlendirilmelidir.

Geleneksel toplumlarda sıkça görülen "ilk gece korkusu" vajinismus ayırıcı tanısında bir diğer önemli konudur. Örneğin; evlenme öncesinde cinsel eylemlerde neredeyse hiç bulunmamış, henüz bir haftalık evli bir çift cinsel birleşme olmaması sebebiyle başvurduğunda vajinismus tanısı aceleyle konulmamalıdır. Bu kişiler ile cinsellik kavramı üzerine konuşulması, cinsel anatomi ve fizyolojinin anlatılması, cinsellikle ilgili yanlış inançların ele alınması ve bilgilendirme

yapılmasını içeren birkaç seanslık cinsel danışmanlık verilmesi sorunun çözümü için çoğu kez yeterli olabilmektedir.

Genito-pelvik ağrı/içe girme bozukluğu ayırıcı tanısında son olarak akılda tutulması gereken konu partner sorunlarıdır. Hem ilişki sorunları hem de partnerin yaşadığı bir cinsel işlev bozukluğu karşımıza vajinismus gibi gelebilir. Eş reddi veya ciddi ilişki sorunlarında cinsel birleşme de dahil olmak üzere cinsel eylemlerden kaçınma olabilir. Cinsel birleşmenin gerçekleşmesine engel olacak düzeyde sertleşme bozuklukları veya erken boşalma sorunları da cinsel birleşmeye olanak vermeyebilir. Genito-pelvik ağrı/içe girme bozukluğunun ayırıcı tanısı olarak veya bazen de bu tanı ile birlikte ortaya çıkabilecek diğer cinsel işlev bozukluklarına yaklaşım konusu bölümün sonunda tedavi kısmında ele alınmıştır.

Epidemiyoloji

Vajinismusun, genel popülasyon içindeki oranının %3-13, kliniğe başvuran cinsel işlev bozuklukları arasında ise %21-48 oranlarında olduğunu bildiren çalışmalar vardır (Ohl, 2007). Cinsel işlev bozukluğu polikliniklerine başvuran kadınlar arasında vajinismus tanı oranları Batı toplumlarında %25 civarındadır (Nobre, Pinto-Gouveia ve Gomes, 2006b). Ülkemizde yapılan çalışmalarda normal popülasyonda %15,3 oranında (Yılmaz ve ark., 2010), cinsel işlev bozukluğu polikliniklerine yapılan başvurularda ise %62-75 arasında değişen oranlarda vajinismus görüldüğü bildirilmiştir (Doğan, 2009; Özdemir, Şimşek, İncesu ve Koç, 2006; Tuğrul ve Kabakçı, 1997). Değişen yeni tanı sistemine göre, ülkemizde yapılan epidemiyolojik bir çalışmaya bu kitap bölümünün yazımı sırasında taranan literatürde rastlanmamıştır.

Etiyoloji

Genito-pelvik ağrı/içe girme bozukluğu etiyolojisinde yer alan faktörler çeşitlilik göstermektedir.

Psikodinamik yaklaşıma göre: Vajinismus, bir savunma tepkisidir ve bilinç dışı savunma, saldırgan ve tehditkâr olarak algılanan erkekle birleşmeyi reddetmektir. Klasik psikanaliz cinsel birleşmeye karşı oluşan vajinal spazmları, penisi kastre ederek erkekten öç almanın ve penisi geri vermemeye yönelik bilinç dışı bir fantezinin temsili olarak yorumlamıştır. Ancak klinik gözlemler arttıkça bu açıklamanın sınırlı kaldığı görülmüş ve özellikle ayrılma-bireyleşme, birincilden ikincile nesne değişimi, bir üçüncü olarak babanın ortaya çıkışı, anneden kıza kadınsılığın iletimi gibi süreçlerde yaşanan güçlükler üzerine teoriler ile vajinismusun psikodinamiği yorumlanmaya çalışılmıştır (Özyıldırım, 2009).

Genito-pelvik ağrı/içe girme bozukluğu olan kadınlarda tehditkâr ve baskın bir baba, kendisini ve çocuklarını koruyamayacak kadar etkisiz, çaresiz ve bağımlı bir anne değerlendirmesi görülebilir. Anneleri genellikle babalarının baskınlığına karşı mücadele vermiş fakat başarılı olamamıştır. İlişkide bulunmak bu tarzda algılanan zavallı anneyle özdeşleşmeyi ifade ettiğinden, ilişkiye girmemek en iyi savunma olarak algılanabilir. Bir yandan baba ile olan ilişkide baskı ve kontrol kadar koruyuculuk, sınırların belirsizliği ve özel bir yakınlık dikkati çekmektedir. Bu durum kız çocuğu için yakınlaşmayı daha da tehditkâr bir hâle getirebilmektedir. Bu bağlamda vajinismus; kendini koruma, uzak durma, barikat kurma ve sınır koyma ile ilgili savunma ihtiyaçlarının bir ifadesi olarak görülebilir. Vajinismusu olan kadınların saldır-

gan, otoriter ve baskıcı olan babalarının tersi özelliklere sahip sakin, nazik, edilgen, duyarlı, çekingen, girişken olmayan ve aşırı saygılı partnerleri seçme eğiliminde olmaları tesadüf değildir (Şahin ve ark., 2006).

Bilişsel ve davranışsal yaklaşıma göre: Yanlış cinsel bilgiler, öyküler ve inançlar, ilk cinsel birleşme denemesinin ağrılı olmasına neden olur. Bu da koşullu olarak gelişen vajinismik yanıt olarak adlandırılan perivajinal kas spazmlarına neden olur (Kısa, 2010). Bu kasılma yanıtı, belirli bir cinsel uyarana koşullanmış korku tepkisini temsil eder. Korku ve kaygıyı azaltmaya yönelik aşamalı maruz bırakma, gevşeme egzersizi gibi uygulamalardan sonra bu kadınların pek çoğunun cinsel ilişkiye girebilmesi, vajinismusun etiyolojisinde korku ve kaygının önemli bir rolü olduğunun kanıtı niteliğindedir (Er, Özdel ve Yılmaz Özpolat, 2010; Ter Kuile ve ark., 2007).

"Cinsel terapi uygulayıcısı yetiştirme programı olan cinsel terapi eğitimleri ise cinsellik ve cinsel sorunlara müdahale alanında ileri ve özel bir eğitimdir. Bu alanda çalışacak ruh sağlığı profesyonellerinin klinik psikolog veya psikiyatrist olması, öncelikle klinik alanda belli bir süredir danışan/hasta değerlendiriyor olması, bir tecrübe kazanımı sonrası cinsellik alanına yönelmiş olması ve cinsel terapi alanında süpervizyonlarını da tamamladıktan sonra bir uygulayıcı olması beklenir."

Bu teorilerin anlaşılması tedavide önemli yer tutmaktadır. Vajinismusun ruh sağlığı alanı dışında çalışan kimselerce yalnızca "mekanik" dilatasyon (genişletme) tedavileri ile iyileşebileceğinin düşünülmesi, birçok hastanın vajinal birleşmeye bir şekilde gerçekleştiği hâlde korku ve kaygılarının devam etmesine, cinsel yaşam kalitelerinin düşmesine sebep olmaktadır. Tedavi bölümü içinde bu duruma ayrıca değinilecektir.

Cinsel İşlev Bozukluklarında Tedavi

Cinsel terapi eğitimleri, ülkemizde psikiyatri uzmanlık eğitiminde dahi kapsamlı olarak yer almamaktadır. Cinsellik ve cinsel işlev bozuklukları temel eğitimleri; cinsellik kavramı, cinsel sorunlar ve cinsel işlev bozukluklarını kapsamakta olup ruh sağlığı profesyonelleri (psikiyatristler, klinik psikologlar, psikolojik rehber ve danışmanlar, çocuk gelişim uzmanları, sosyal hizmet uzmanları, psikiyatri hemşireleri gibi) tarafından ele alınması tutum ve davranışların geliştirilmesi açısından önemlidir. Cinsel terapi uygulayıcısı yetiştirme programı olan cinsel terapi eğitimleri ise cinsellik ve cinsel sorunlara müdahale alanında ileri ve özel bir eğitimdir. Bu alanda çalışacak ruh sağlığı profesyonellerinin klinik psikolog veya psikiyatrist olması, öncelikle klinik alanda belli bir süredir danışan/hasta değerlendiriyor olması, bir tecrübe kazanımı sonrası cinsellik alanına yönelmiş olması ve cinsel terapi alanında süpervizyonlarını da tamamladıktan sonra bir uygulayıcı olması beklenir.

Cinsel terapi uygulayıcısı olacak adayın; toplumsal cinsiyet, cinsel inanışlar, cinsel haklar gibi klinik uygulamada bilgi aktarımını etkileyecek sosyal-kültürel özelliklerini tanıması gerekir (Yıldırım, 2014). Cinsel terapilerde; ilkesel olarak önce diğer psikoterapilerde olduğu gibi başvuru şikayetleri dinlenir, cinsel sorunun bir bozukluk düzeyinde olup olmadığı değerlendirilir, ardından bu soruna sebep olan durumları aydınlatmaya yönelik bireysel öykü alınır. Tıbbi, ruhsal, sosyal-ilişkisel durum ve terapiye uygunluk değerlendirmesinin ardından cinsel işlev bo-

zukluğu tanısı konan ve terapiye uygun olduğu düşünülen birey ya da çift ile tedavi aşamaları, tedavi süresi, görüşme sıklığı ve ücretlendirilmesi, terapi boyunca kabul edilen sorumlulukların anlatıldığı bir çerçeve görüşmesi yapılır. Tedavi onamının ardından terapi süreci başlar. Hem kişinin hem de partnerinin ayrıntılı cinsel öyküsünün alınmasının ardından başlayan ilk seans genelde cinsel kavramlar üzerine konuşma, cinsel anatomi ve fizyolojinin anlatılması, cinsellikle ilgili mitler üzerine çalışılmaya başlanmasını içerir. Cinsel mitler aslında terapi boyunca karşımıza hemen her seansta çıkacak ve uygun şekilde çalışılacaktır. Sonraki seanslarda birincil cinsel soruna yönelik temel egzersizler ve terapi teknikleri uygulanır. Cinsel işlev bozukluğuna göre kullanılacak egzersiz değişkenlik göstermektedir. Hastalıklara özgü yapılandırılmış terapi seansları, bu kitabın bir konusu olmamakta; yukarıda da bahsedildiği üzere ayrı bir cinsel terapi eğitimi gerektirmektedir. Burada kısaca cinsel terapide kullanılan, Masters ve Johnson'ın öncü çalışmalarının seneler içinde terapistler ve araştırmacılar tarafından geliştirilmesiyle oluşan teknikler ile ilgili bilgilendirmeler yapılacaktır. Bu yaklaşımlar genellikle hem eşcinsel hem de heteroseksüel hastalardaki cinsel işlev bozukluklarının tedavisi için uygundur.

Duyumsal odaklanma (sensate focus) egzersizleri

Masters ve Johnson tarafından geliştirilen bu teknik, aşama aşama ve sıralı olarak bedene dokunma egzersizleri, cinsel olmayandan cinsel olana doğru artarak partnerinin vücuduna dokunmayı içerir (Johnson ve Masters, 1970). Cinsel sorunlarda, cinsel bilgilendirmenin ardından en sık kullanılan egzersizler duyumsal odaklanma egzersizleridir. Genito-pelvik ağrı/içe girme bozukluğu bölümünde anlatılan henüz cinsel deneyimin çok az olduğu durumlarda veya cinsel işlev bozukluğu olmayan cinsel sorunlara verilen danışmanlıkta bu egzersizler bilgilendirme sonrası verilir.

Duyumsal odaklanma egzersizleri; haz alma ve duyumlara odaklanma, kendini ve partnerini tanıma, uyarı tekniklerinin keşfi ve geliştirilmesi, birleşme öncesi sevişme süresinin ve uyarının artırılmasını sağlar. Partnerler arasında cinsellik konuşulur, arzular dile getirilir hâle gelir, sıralı olarak verilen egzersizler ile cinsel ilişki sırasında güven oluşur ve tam bir rahatlama ile sevişme sürdürülür. Bu egzersizde kişiler birbirlerine "yapmamaları" gerekenleri söylemek yerine "yaptıklarında hoşuna giden" eylemleri söylemek üzere motive edilirler.

Cinsel işlev bozukluklarında hemen tüm tekniklerle birlikte terapinin başında verilen, sonrasında serbest sevişmelerde burada öğrenilen tekniklerin devam ettirildiği egzersizlerdir.

Kaygının azaltılması

Cinsellik ile ilgili bilgilendirme seansları kaygıyı azaltmada oldukça etkilidir. Örneğin, cinsel birleşme ile "kızlık zarının" yırtılacağı, parçalanacağı, günlerce kanayacağı ve ağrının uzun süre geçmeyeceği ile ilgili yoğun kaygı duyan bir kişiye cinsel anatomi ve fizyolojinin anlatılması ve yanlış bilgilerin düzeltilmesi kaygının giderilmesinde maruz bırakma alıştırmalarının önünde yer alır. Genito-pelvik ağrı/içe girme bozukluğu olan bir kadın bedensel yapısı ile ilgili bilgilendirilebilir, gevşeme konusunda eğitilebilir ve daha sonra küçük eklemelerle başlayıp kademeli olarak parmak yerleştirme egzersizleri verilebilir (Weiner ve Rosen, 1999). Yapılan birçok çalışma, psikoeğitimin genito-pelvik ağrı/içe girme bozukluğu dışında, düşük uyarılma veya orgazm bozukluğu olan kadınlar için de sistematik duyarsızlaştırma kadar etkili olabileceğini göstermiştir (Emmelkamp, 2004).

Sertleşme bozukluklarında kaygı azaltma teknikleri temel rol alır (Güleç ve Eşsizoğlu, 2014). Kişi, cinsel birleşmenin olup olmayacağı, sertliğin gidip gitmeyeceği ile ilgili yoğun kaygı yaşar. Tedavide **sevişmenin sürmesi ve partnerin cinsel doyumu için mutlaka sert bir penis gerektiği miti** üzerine çalışılır ve partner ile görüşülerek cinsel birleşme yasağı getirilir. Böylece birleşmeye, sertleşmeye, "başarı" odaklı cinselliğe dayalı bir bakış açısından çıkılmış olur ve performans kaygısı çözülür. Kaygıyı azaltmada cinsel bilgilendirme de büyük önem taşır. Özellikle 40 yaş üzeri, sertleşme bozukluğu ile başvuran erkeklerde cinsel terapiye başlanmadan önce yaşa bağlı fizyolojik değişikliklerin anlatılması gereklidir (Güleç ve Eşsizoğlu, 2014). Yaş ilerledikçe, cinsel yanıt döngüsündeki refrakter periyodun uzayacağı, sertleşme için daha fazla uyarana ihtiyaç duyulacağı, sertleşme düzeyinin değişebileceği bilgilerinin verilmesi bazı hastalarda iyileşmeyi sağlamada yeterli olmaktadır.

Mastürbasyon

Mastürbasyon egzersizleri cinsel terapide farklı şekillerde kullanılabilir. Kadınlarda dikkatin fiziksel tatmin hislerine odaklanmasına ve cinsellikten duyulan hazzın artırılmasına yardımcı olur. Cinsel uyarının yoğunluğu ve miktarı kadının kendisine bağlıdır ve partner olmaksızın yapılabildiği için partnerle ilişkili kaygılar elenmiş olur (Doğan Şahin, 2014). Cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu veya anorgazmi yaşayan kadınlarda mastürbasyon egzersizleri verilmektedir. Yapılan bir çalışmada; mastürbasyon sıklığı ile orgazm olabilme arasında güçlü bir ilişki olduğu, senede 1-6 kez arasında mastürbasyon yapan kadınların %67'sinin, haftada bir veya daha fazla mastürbasyon yapan kadınların ise %81'inin partnerli cinsel ilişki ile orgazm olabildiği gösterilmiştir (Laumann ve ark., 1999).

Erkeklerde erken boşalma tedavisinde başla-dur (start-stop) adı verilen teknikte mastürbasyon egzersizleri kullanılır (Güleç ve Eşsizoğlu, 2014). Erken boşalmanın şiddetine göre, prekoital bir boşalma varsa önce partner olmaksızın; diğer durumlarda ise partner tarafından sevişmeleri içinde mastürbasyon verilir. Erkek sırt üstü yatar, partner ona mastürbasyon yapar. Bu esnada erkek erotik duyumları üzerine odaklanır ve erken boşalmanın etiyoloji kısmında anlatılan uyarıcı sinyalleri fark ederek emisyon fazını yakalayarak boşalmaya yaklaştığını hisseder. Bu boşalma hissi geçene kadar partnerine birkaç saniye süreyle durmasını söyler, his geçer geçmez partnerden devam etmesini ister. Bu şekilde üç kez durdurmanın ardından dördüncü denemede boşalmaya izin verilir. Bu egzersizler kuru veya ıslak el ile yapılabilir, bir süre sonra mastürbasyondan birleşme pozisyonuna geçilerek egzersizler ilerletilir.

Cinsel fantezi alıştırmaları

Bu egzersizler özellikle uyarılmada sorun yaşayan kişilerde kullanılmaktadır. Gevşeme egzersizlerinin ardından kişinin erotik hayaller kurması, bu hayallere odaklanarak uyarıyı sürdürmesi istenir. Bu, kendi başına yapılabileceği gibi partneri ile yan yana hayal kurma ve paylaşma şeklinde de olabilir. Birlikte erotik bir öykü kurgulama, bu öyküye daha önce yapmadıkları cinsel etkinlikleri ekleme gibi egzersizler yardımıyla çiftin cinsel arzularının açığa çıkartılması ve cinsel yaşamlarına dahil edilmesi denenebilir (Şahin, 2014). Cinselliğin katı kurallar ile sınırlandırıldığı, utanç duyulan ve suçluluk ile ilişkilendirildiği kişilerde verilen bu alıştırmalar ile

cinsel yaşamın arzulandığı şekliyle yaşanmasına bir adım atılmış olur. Bazen erotik öykü okuma, yalnız veya partnerle birlikte erotik film izleme gibi egzersizler de verilebilir. Kadınlarda ilgi/uyarılma bozukluğu veya anorgazmi durumlarında mastürbasyonlar ile birlikte cinsel fantezi alıştırmaları verilebilir.

Erkeklerde geç boşalma durumunda, uyarılmanın artırılarak boşalma süresinin kısaltılmasında veya kişinin fantezileri ile partneriyle yaşadığı cinsellik arasında farklılıklar oluyor ve cinsel doyumu azalıyorsa, cinsel fantezi alıştırmaları çifte birlikte önerilebilir.

Farmakolojik tedavi

İlaç tedavileri, cinsel işlev bozukluğunda giderek tartışma alanı genişleyen bir konu hâline gelmiştir. Özellikle sertleşme bozuklukları ve erken boşalma tedavisinde kullanılabilecek farmakolojik tedaviler mevcuttur. Ancak bu bölüm içinde farmakolojik tedavi seçenekleri ele alınmayacak olup ilgilenen okuyucuya ileri kaynak okumaları önerilir (Waldinger, 2017; Mitidieri, Cirino, di Villa Bianca ve Sorrentino, 2020).

PARAFİLİLER

Parafili: sapkın cinsel ilgi ve davranışlar, cinsel normların abartılı hâlleri, cinsel kuralların ihlali, evrimsel süreçte edinilmiş maladaptif cinsel davranışlar, anormal cinsel saplantı veya takıntılar olarak farklı şekillerde kavramsallaştırılmaya çalışılmıştır (Potter, 2013). Ancak cinsellikte "normal" veya "sapkın" kavramlarının ne olduğunu tanımlamak oldukça güçtür. Cinsel haz veren eylemlerin zaman ve kültürler boyunca gelişebilir ve değişebilir olması, parafili tanımlamaları için zorluklar yaratmaktadır (Duman, 2018). Burada tartışılan konu aslında hangi durumda bir cinsel haz kaynağının ruhsal bozukluk olarak sınıflandırılacağıdır. İşte bu sorunun belirsizliği DSM'ler boyunca da uzun tartışmaları beraberinde getirmiştir.

İnsanlar cinsel olarak uyarılabilmek için sıklıkla parafilik fanteziler kullanmaktadırlar. Basit hâliyle bireyin bir parafiliye sahip olması yasa dışı değildir ancak parafilik dürtülere göre davranmak bazı durumlarda yasa dışı olabilmektedir (Malin ve Saleh, 2007). Yani parafilik davranışlar, bireyi cinsel partneriyle veya toplumla çatışma noktasına getirmediği sürece bildirimsiz olarak devam etmekte ve sorun teşkil etmemektedir (Purcell ve Arrigo, 2006). Ancak bu sınır aşıldığında durum adli bir olay hâline gelebilir. Parafili alanındaki bilimsel çalışmaların yetersizliği nedeni ile "parafili bozukluğu" tanımı için DSM-IV-TR'de açılış cümlesinde açıkça ifade edilen, ruhsal rahatsızlık tanımındaki "zarar" kriteri oldukça önemli görünmektedir (APA, 2000). Bu tanıma göre parafililerin kişide bir sıkıntıya yol açmadığı ve işlevselliği etkilemediği sürece rahatsızlık olarak kabul edilmesi oldukça güçtür. Birey parafilik eylemleri nedeniyle yardım arıyor ve bundan rahatsızlık duyuyorsa bu durumu rahatsızlık olarak kabul etmek şu an için en doğru seçenek gibi görünmektedir (Eker, 2014). Kişi bu durumdan rahatsız değil ve bir yardım arayışı yoksa, fakat rıza göstermeyen bireyler parafilik kişinin eylemleri sonucunda zarar görüyorsa bu durumun ruhsal bir hastalık mı yoksa bir suç olarak mı değerlendirmesi konusu tartışılmalıdır (Potter, 2013). Bu durumdan rahatsız olmayan kişilerin bir suç sebebiyle yakalandıklarında parafilileri sebebiyle yardım talebi olasılığında ne yapılacağı ise konuyu daha karmaşık hâle getirmektedir.

DSM-5, parafililerin sonuna "bozukluk (disorder)" ibaresini ekleyerek davranışın kendisi ve bu davranıştan kaynaklanan bir bozukluğu açıkça ayırt etme girişiminde bulunmuştur. DSM-5'e göre kişinin parafilik fantezilere sahip olması onun parafili bozukluğu tanısı alması için yeterli değildir (APA, 2013; Duman, 2018). DSM-5'te parafili; "fenotipik olarak normal, fiziksel olarak olgun, rıza gösteren insan partnerleri ile yapılan okşamalar veya cinsel uyarılar yerine başka yoğun ve ısrarcı cinsel ilgiyi" ifade eder. Parafilik bozukluk ise; kişide strese veya işlevsellikte düşmeye neden olan ya da tatmini kişisel bir zarara veya diğerlerine zarar verme riskine yol açan bir parafilidir. **"Bir parafili, parafilik bir bozukluğa sahip olmak için gereklidir, ancak yeterli bir koşul değildir ve bir parafilinin kendisi, klinik müdahaleyi zorunlu kılmaz veya gerektirmez"** olarak tanımlanmıştır (APA, 2013). Bozukluk ile parafilik eylem arasındaki ayrım; **parafilik eylemin kişide belirgin sıkıntıya sebep olması ya da ilgili kişinin olurunun alınmadan cinsel dürtüye göre davranıldığı vurgusu** ile yapılmıştır.

DSM-5'te her bir parafili bozukluğu için tanımlanan A tanı kriteri, parafilik eylemin (dürtü, fantezi ya da davranış) en az altı ay süren yineleyici özelliğini; B tanı kriteri ise, parafilik eyleme bağlı ortaya çıkan olumsuz sonuçları içermektedir. Eğer kişide sadece A tanı kriteri karşılanırsa "parafili" olarak değerlendirilmekte, hem A hem de B tanı kriteri karşılanıyorsa durumun bozukluk düzeyinde olduğu söylenebilmektedir (APA, 2013). Parafili bozuklukları için belirtilen kriterlerde, parafilinin "dürtü, fantezi ya da davranış" olarak bulunabileceği belirtilmiştir. Bu durum; bir parafilik bozukluğun teşhisi için parafilik davranışa girmenin gerekli olmadığı anlamına gelir. Fantezi ve dürtüler de belirgin sıkıntıya sebep oluyorsa herhangi bir davranış görülmemesine rağmen tanı konabilmektedir (Moser, 2016).

DSM 5'te Parafili Bozuklukları başlığı altında yer alan tanılar, klinik görünümleri ve ayrı ayrı tanı kriterleri ile aşağıda ele alınmıştır. Epidemiyoloji, etiyoloji ve tedavi ile ilgili bilgiler ayrı başlıklar hâlinde değil genel olarak tüm parafililer için bölüm sonunda tartışılmıştır.

Gözetlemecilik Bozukluğu

Tablo 4. DSM-5 Gözetlemecilik Bozukluğu Tanı Kriterleri

1. Kişinin en az altı aydır devam eden, kendi bunu bilmeyen bir kişiyi çıplak, soyunurken ya da cinsel aktivitede bulunurken gözetlemekten, yineleyici ve yoğun bir şekilde cinsel olarak uyarılması, bununla ilgili fantezi, dürtüler ve davranışlarının olması;
2. Kişinin, ilgili bireyin olurunu almadan bu cinsel dürtülerine göre davranması veya cinsel dürtülerinin ya da fantezilerinin klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya, toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevselliğini düşürmesine neden olması;
3. Bu davranışları gösteren kişinin en az 18 yaşında olması gerekir (APA, 2013).

Gözetlemecilik, bir fantezi olarak erkeklerde yaygındır ancak bazı erkekler için bu durum bir fantezinin dışına çıkar ve neredeyse tek cinsel aktivite hâline gelir (Hanson ve Harris, 1997; Kaplan ve Krueger, 1997). Bu bozukluğu olan kişiler, gözetleme anında bazen de daha sonra gözetlemeyi hatırlarken mastürbasyon yaparak orgazma ulaşırlar.

Gözetlemecilik bozukluğu olan kişi, izlediği kişiyle cinsel ilişki kurmayı hayal eder, ancak nadiren fantezileri gözlemlediği kişiyle direkt teması içerir. Yani cinsel uyarılma, gözetlemenin

verdiği haz ile ilişkilidir. Çoğu zaman bu erkekler, haberdar olarak kendisi için soyunan kadınları izlemekten heyecan duymazlar. Heyecan, kadının bundan habersiz olması ve izlendiğini bilse nasıl tepki vereceği beklentisini içerir (Johnson ve Kring, 2011).

Gözetleme olaylarının çoğu polise bildirilmediği için yaygınlığın değerlendirilmesi zordur (Rye ve Meaney, 2007). Bu bozukluk, tipik olarak ergenlik döneminde başlar. Tanı kriterlerini karşılayanlar genellikle başka parafililere sahiptir ancak diğer ruhsal hastalıkların oranlarında artış ile ilgili bir veri bulunmamaktadır. Gözetlemecilik bozukluğunun genelde sosyokültürel düzeyi düşük, genç erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Balon, 2016b; Smith, 1976).

Göstermecilik Bozukluğu

Tablo 5. DSM-5 Göstermecilik Bozukluğu Tanı Kriterleri

1. Kişinin en az altı aydır devam eden, bunu beklemeyen bir kişiye cinsel organlarını göstererek maruz bırakmasından, yineleyici ve yoğun bir şekilde cinsel olarak uyarılması;
2. Kişinin, ilgili bireyin olurunu almadan bu cinsel dürtülerine göre davranması veya cinsel dürtülerinin ya da fantezilerinin klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya, toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevselliğini düşürmesine neden olması gerekir (APA, 2013).

Göstermeciliğin ne olduğu çok farklı şekillerde tanımlanmış olsa da birçoğu; erkek cinsel organlarına özellikle de penise, kişilerarası uygunsuz olduğu düşünülen zaman ve yerlerde bir başkasının görsel olarak maruz bırakılmasını içermektedir (Blair ve Lanyon, 1981). Diğer parafili bozukluklarında olduğu gibi göstermeciliğin de kadınlar arasında seyrek olduğu düşünülmekle birlikte, güncel tanı sistemlerinde cinsiyet tarafsız değerlendirmeler yapılmakta ve göstermecilik için "kişinin cinsel organı" genel terimi kullanılmaktadır (Balon, 2016a).

Bu rahatsızlığı olan kişilerde, genital organlarını açığa çıkarma dürtüsü yoğun bir cinsel uyarılma ile ilişkilidir ve eylem gerçekleştirilene kadar kaygı ve huzursuzluk kişiye hakim olmaktadır. Dürtünün zorlayıcı bir doğası vardır, gösterme eylemi sık sık ve hatta aynı yerde ve günün aynı saatinde tekrarlanabilir (Johnson ve Kring, 2011).

Sürtünmecilik Bozukluğu

Tablo 6. DSM-5 Sürtünmecilik Bozukluğu Tanı Kriterleri

1. Kişinin en az altı aydır devam eden, oluru olmayan bir kişiye dokunmaktan veya sürtünmekten tekrarlayan ve yoğun bir şekilde cinsel olarak uyarılması;
2. Kişinin, ilgili bireyin olurunu almadan bu cinsel dürtülerine göre davranması veya cinsel dürtülerinin ya da fantezilerinin klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya, toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevselliğini düşürmesine neden olması gerekir (APA, 2013).

Sürtünmecilik, genelde otobüs gibi kalabalık olan ortamlarda veya kaçmanın kolay olduğu bir yolda ortaya çıkan ve cinsel haz içeren dokunma ya da sürtünme eylemleridir. Penisin kadın

kalçası ya da uyluklarına değdirilmesi, cinsel organ veya göğüsleri okşama davranışları sıktır. Genellikle diğer parafililer ile birlikte ortaya çıktığı düşünülmektedir (Langström, 2010).

Cinsel Mazoşizm Bozukluğu

Tablo 7. DSM-5 Cinsel Mazoşizm Bozukluğu Tanı Kriterleri

1. Kişinin en az altı aydır devam eden; aşağılanmaktan, dövülmekten, bağlanmaktan ya da başka bir biçimde acı çekmekten, tekrarlayan ve yoğun bir şekilde cinsel olarak uyarılması;
2. Bu durumun klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevselliğini düşürmesine neden olması gerekir (APA, 2013).

Bir parafili olarak mazoşizm, cinsel uyarılma ve orgazma ulaşmak için mazoşist davranışlarda bulunulması ile karakterizedir. Kişi, cinsel olarak uyarılabilmek için ancak mazoşist davranışlar ile fiziksel ya da duygusal acı çekerek, kendini aşağılamayı deneyimleme ihtiyacı içindedir (Kernberg, 1988).

Cinsel mazoşizm bozukluğunun belirtileri çeşitlilik göstermektedir. Fiziksel olarak esaret hâli, kırbaçlanma, kesme, aşağılandığı durumlara girme, köle rolüne girme, emirlere teslim olma gibi birçok davranış görülebilir. Çoğu sadist, karşılıklı cinsel doyum elde etmek için mazoşistlerle ilişki kurar. Burada bazen iki parafilik özellik bir arada görülür ve baskın/itaatkâr rol geçişleri olabilir (Berner, Berger ve Hill, 2003).

DSM 5'te, kişinin soluk alıp vermesinin kısıtlanmasıyla ilişkili uygulamalara katılmaktan cinsel olarak uyarılması anlamına gelen "asfiksiofili" bu başlık altında ayrıca belirtilmiştir. Oksijen yoksunluğu ile cinsel uyarılmayı içeren tehlikeli bir cinsel mazoşizm biçimi olan asfiksiofili, ölüm ile sonuçlanabilen ciddi bir durumdur (Coluccia ve ark., 2016).

Cinsel Sadizm Bozukluğu

Tablo 8. DSM-5 Cinsel Sadizm Bozukluğu Tanı Kriterleri

1. Kişinin en az altı aydır devam eden; fanteziler, dürtüler veya davranışlarla kendini gösteren, başka bir kişinin fiziksel veya psikolojik acılarından, tekrarlayan ve yoğun bir şekilde cinsel olarak uyarılması.
2. Kişinin, ilgili bireyin olurunu almadan bu cinsel dürtülerine göre davranması veya cinsel dürtülerinin ya da fantezilerinin klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya, toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevselliğini düşürmesine neden olması gerekir (APA, 2013).

Cinsel sadizm bozukluğunda bir önceki bölümde anlatılan aşağılanma, fiziksel ve ruhsal acı çekme davranışlarının uygulayıcısı kişiler ifade edilmektedir. Sadomazoşistik uygulamalar cinsel alanda hızlı değişimlerin yaşandığı günümüzde yaygın ve açık bir şekilde yapılır hâle gelmiştir. Ancak bir fantezinin ötesine geçen, kimi zaman tehlikeli sonuçlar doğurabilen parafili bozukluğu teşhisi konuyorsa bu eylemler, cinsel uyarılma ve doyum için ana kaynak hâline gelmiştir.

Cinsel sadizm bozukluğu tanısının klinik ortamlarda nadiren uygulandığı konusunda bazı endişeler de vardır. Klinisyenler, damgalama endişeleri nedeniyle bulgular olsa bile bu teşhisi

kullanamayabilirler. Bu durumda tanı koyma neredeyse tamamen adli ortamlarda uygulanır hâle gelmektedir (Krueger, 2010). Cinsel sadizm bozukluğu, suç olayları ile sıklıkla ilişkilidir. Cinsel sadistik davranışların araştırıldığı çalışmalarda, şiddetli cinsel sadizmin göstergesi olarak kabul edilen davranışlar; korku uyandırmak için tehditlerin kullanılması, cinsel saldırı sırasında mağduru kesmek, bıçaklamak, boğmak, ısırmak veya dövmek, fiziksel bir nesne kullanılarak cinsel organlara acı vermek olarak belirtilmiştir (McLawsen, Jackson, Vannoy, Gagliardi ve Scalora, 2008; Nitschke, Mokros, Osterheider ve Marshall, 2013).

Pedofili Bozukluğu

Pedofili, genellikle gençlerde veya erken yetişkinlik dönemlerinde başlayan ve yaşam boyunca devam eden kronik bir durumdur. Pedofili bozukluğu; en az altı aydır devam eden, ergenlik öncesi genelde 13 yaşından küçük çocuklarla cinsel etkinlikte bulunmakla ilgili, yineleyen, cinsel yönden uyarıcı yoğun fanteziler, dürtüler ya da davranışların olması ile karakterizedir (APA, 2013). Pedofili bozukluğu olanlar sadece kız çocuklarına, sadece erkek çocuklara veya her iki cinsiyetten çocuklara ilgi duyabilir (Studer ve Aylwin, 2006).

Pedofil bireylerin büyük çoğunluğu erkeklerdir. Eylemlerinde genellikle zor kullanmadıklarını, aksine önce masum dokunma, sonra uygunsuz dokunma, açık resimler gösterme, porno izletme gibi birçok manipülasyon uyguladıkları gösterilmiştir. Sarılma, öpme, koklama, okşama, oral seks, penis ya da başka nesneler ile vajinal ya da anal penetrasyon pedofilik diğer eylemlerdir.

Pedofili bozukluğu ancak bir kişi, çocuklara olan cinsel ilgisinin psikososyal zorluklara sebep olduğunu algıladığında teşhis edilebilir. Eğer şahıs bu dürtülere karşı suçluluk, utanç veya kaygı taşımıyorsa, işlevsel bir kısıtlaması yoksa ve bu dürtüleri hiçbir zaman harekete geçirmediyse bu kişinin pedofili bozukluğu değil pedofilik cinsel yönelimi olduğu kabul edilmektedir (APA, 2013; Khoury, Roque ve Garcia, 2016). DSM-5, pedofili bozukluğu için bireyin cinsel dürtülerini "harekete geçirdiğini" belirtmektedir (APA, 2013). Burada "harekete geçirmek" yalnız taciz ile sınırlı olmayıp, pedofilik fanteziler ile mastürbasyon yapmak veya çocuk pornografisi izlemek anlamına da gelmektedir. Bu konu, çocuklara karşı suç işleyen pedofilikler ile bu dürtülerini mastürbasyon yaparak gidermeye çalışanların adli açıdan "suç teşkil etme riskinde" tıbbi olarak aynı tanı içinde değerlendirilmelerinin önemli bir sorun teşkil edeceğine ilişkin adli tartışmaları da beraberinde getirmiştir (Berlin, 2014).

Pedofili bozukluğu şüphesi olduğunda kişi genelde bulgularını reddeder; bu noktada psikofizyolojik ölçümler yararlı olabilir. Çıplak veya yarı çıplak çocuk resimlerinin görsel bir uyarı olarak kullanıldığı ve penis ereksiyonunun değerlendirildiği penil pletismografi ve görselleştirme süresi bu amaçla kullanılan yöntemlerdendir. Her iki yöntem için de çıplak veya minimal giyimli çocuk resimlerinin kullanımı hem etik olarak tartışmalı hem de yasal olarak risklidir. Ülkemizde de birçok ülkede olduğu gibi çocuk pornografisi yasa dışıdır ve bu nedenle hapsedilme de dahil olmak üzere cezalandırılabilir bir suç olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle, ruh sağlığı uzmanları ve araştırmacıları, tanısal amaçlı kullanmak için bile bu tür görsellere sahip olarak yasaları ihlal edebileceklerinin farkında olmalıdırlar (Khoury ve ark., 2016).

DSM-5'te pedofili bozukluğu tanısı koyabilmek için kişinin en az 16 yaşında olması ve ilgi duyduğu çocuktan en az beş yaş büyük olması gerektiği, bir ergen ile 12-13 yaşında bir çocuk arasındaki ilişkinin pedofili olarak kabul edilemeyeceği de belirtilmiştir.

YAKIN BAKIŞ 1 Pedofili ve Suç

Suç davranışları ile tıbbi durumlar arasındaki ilişki söz konusu durum "pedofili" olduğunda karmaşık hâle gelmektedir. Pedofilinin oluş mekanizmasında bölüm içinde biyolojik ve psikososyal çok sayıda mekanizmanın rol aldığı açıklanmıştır. Ancak pedofilinin oluşturduğu davranış, tıbbi boyutun dışına çıkmakta ve kriminal bir boyuta girmektedir. Bu durumda **pedofilik davranışta bulunan kişiye yalnız yasal cezası mı verilmeli yoksa bir hastalık kabul edilerek bu davranışı tedavi mi etmeli** sorusunu ortaya çıkmaktadır.

Ülkemizde, son 10 yıl içinde "pedofili" ile ilgili yapılan haberler ve topluma yönelik bilgilendirmeler artmış, "Suçlulara ne olacak?" sorusunu bizde de tartışılır hâle getirmiştir. 26 Temmuz 2016'da resmi gazetede yayınlanan **"Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suçlardan Hükümlü Olanlara Uygulanacak Tedavi ve Diğer Yükümlülükler Hakkında Yönetmelik"** ile cinsel suçlardan hüküm alanlar hakkında, tıbbi tedavi yükümlülüğüne karar verilmeden önce hükümlünün, bulunduğu kurum tarafından sağlık kurulu raporu alınmak üzere bünyesinde ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı ile üroloji veya endokrinoji ve metabolizma hastalıkları uzmanı hekimler bulunan Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelere sevklerine karar verilmiştir. Bu raporda kişi hakkında tıbbi tedaviye gerek olup olmadığı gerek var ise hangi yöntemin uygulanacağı hususları belirtilmektedir. Böylece pedofilinin de içinde olduğu cinsel suçlardan hüküm giyenlere yönelik hem cezaları uygulanmakta hem de bu davranışların yinelememesi için yapılabilecek ruhsal ve diğer tıbbi tedaviler için kişi hastaneye götürülmektedir.

Kişinin **tedaviyi istememe durumu olduğunda ne yapılması gerektiği ise hâlâ etik bir tartışma konusudur.** Bir hastalık olarak tanımlanan pedofili bozukluğu olan bir kişi tedavi edilmediği takdirde dürtülerine bağlı bu davranışlarına devam ettiğinde zarar verdiği çocukları korumak kimin görevidir? Kişilerin, bir başkasının yaşam hakkını ihlal ettiğinde "tedavi almıyorum" deme hakkı var mıdır? Peki tedavisinde henüz belirlenen kesin uygulamaların olmadığı ve hâlâ ruhsal hastalıklar tanı sınıflandırmasında olup olmaması tartışılan bir konuda zorunlu bir uygulama yapılması ne kadar etik olacaktır?

Cevaplanması çok güç olan bu sorular; hâlâ hem hukukçular hem ruh sağlığı çalışanları hem de insan hakları ve etik alanında çalışmalarını sürdürenler arasında tartışma konusudur.

Ensest

Ensest, aile üyeleri veya yakın akrabalar arasında sosyal ve kültürel olarak yasaklanmış bir cinsel faaliyet veya saldırıdır. Ensest, tüm popülasyonlarda görülen, yasaklanan ve kınanan eylemlerdir. Anne-baba yakınlığına ve otoritesine sahip bir yetişkinle, bir çocuk veya ergen arasındaki her çeşit cinsel ilişkiyi kapsamaktadır. Önemli olan aradaki kan bağı değil, yetişkinin anne-baba hakimiyeti, gücü ve çocuğun bağımlılığıdır. Ensest, eskiden biyolojik yakınlığı, yani kan bağı olan, kişiler arasındaki cinsel ilişki olarak tanımlanırken, günümüzde kan bağı olan veya olmayan, yakın veya uzak hısım ve akrabalar ile çocuğa bakım veren tüm yetişkinleri kapsamaktadır. Cinsel ilişkiden kastedilen; **gizli tutulmaya çalışılan**

bütün cinsel içerikli temaslardır. Türkiye'de ensest saldırganlarının yarısını öz babalar oluşturmaktadır (Yüksel ve Saner, t.y.). Kardeşler arasında, büyükbaba ve torun, amca ile kız veya erkek yeğeni arasında azalan sırada görülebilmektedir (Bulut, 2016; Oaksford ve Frude, 2001). Pedofili bölümünde anlatılan çocuğa yönelik cinsel tutum ve davranışlar, ensest olaylarında da ortaya çıkmaktadır.

Yapılan birçok bilimsel çalışmada, pedofili vakalarının çoğunun istismar ettikleri çocukları daha önceden tanıdığı, çocukla aralarında bir yakınlık ilişkisi olduğu ve çocuğu istismar etmek için bu yakınlığı kullandığı bildirilmiştir (Hall, 2009). DSM-5'te ensest; pedofili başlığı altında, ayrı bir durum olarak pedofili bozukluğunun ensest ile sınırlı olup olmadığının belirtilmesi şeklinde yer almıştır.

"Ensest, anne-baba yakınlığına ve otoritesine sahip bir yetişkinle, bir çocuk veya ergen arasındaki her çeşit cinsel ilişkiyi kapsamaktadır. Önemli olan aradaki kan bağı değil, yetişkinin anne-baba hakimiyeti, gücü ve çocuğun bağımlılığıdır."

Türkiye'de pedofilisi olan bireylerin yetki ve cezalandırılmasına karşı en önemli engel, yasal sorunlara neden olan yaşam olaylarıyla karşılaşmadıkları sürece bu kişilerin gizli kalmalarıdır. Bu nedenle, pedofilik davranışların tekrarlanması çoğu zaman önlenememektedir. Çocuk ile kurulan yakınlık masum bir sevgi, çocukla iyi geçinme ve ilgilenme olarak değerlendirilebilmekte, özellikle ensest bir ilişki fark edilse bile göz ardı edilebilmektedir (Bulut, 2016).

Fetişizm Bozukluğu

Tablo 9. DSM-5 Fetişizm Bozukluğu Tanı Kriterleri

1. Kişinin en az altı aydır devam eden; fanteziler, dürtüler veya davranışlarla kendini gösteren, cansız nesneleri kullanmaktan ya da cinsel organlar dışındaki vücut bölgelerine özel olarak odaklanmaktan tekrarlayan ve yoğun bir şekilde cinsel olarak uyarılması;
2. Bu fanteziler, cinsel dürtüler veya davranışların kişinin sosyal, mesleki veya diğer önemli işlev alanlarında klinik olarak önemli sıkıntılara veya bozulmalara neden olması gerekir.
3. Fetiş nesneleri, karşı cinsin giysileri (transvestik bozukluk) ya da cinsel organları uyarmak için özel olarak tasarlanmış aygıtlarla (ör., vibratör) sınırlı değildir (APA, 2013).

Fetişizm, cansız bir nesne veya vücudun cinsel organlar harici bölümlerine (el, ayak, tırnak saç gibi) karşı güçlü ve tekrarlayıcı cinsel çekim duyulmasıdır. Fetişizm bozukluğu olan kişi genelde erkektir, bu fetişlere karşı tekrarlayan ve yoğun cinsel dürtülere sahiptir ve fetişin varlığı cinsel uyarılma için şiddetle tercih edilir veya hatta gereklidir (Junginger, 1997).

Fetişistlerin %35,4'ünde bir fetiş nesne, %45,8'inde üç veya daha fazla fetiş nesne saptanmış, fetiş nesneler iç giyim (külotlu çorap, bebek bezi, sutyen, ipek çoraplar, ipek kombinezon vb.), kauçuk emzik gibi eşyalar, vücut bölümleri, deri giysiler, kateter, ipek mendil, bebek karyolası gibi nesneler olarak sıralanmış; davranışlar ise giyme, bakma, okşama, istifleme, uzanma, rektuma sokma, sürtünme, emme, çalma, altında yatma, oturma ve içinde uyuma olarak belirtilmiştir (Junginger, 1997; Oğuz ve Uygur, 2005). Fetiş, kendi değeri önemsiz bir nesne olabilir, fakat fetişistin aşırı değerlendirmesiyle büyük önem kazanır.

Fetişizm, klinik psikiyatride nadir görülen, daha çok adli sorunlar yaşandığında karşılaştığımız bir durumdur. Genellikle fetişistler bu duruma uyum sağlarlar ve davranışlarından şikayetçi olmazlar. Fetiş nesnenin çalınması sık görülen bir davranıştır ve yasal sorunların önemli bir sebebidir. Fetişistlerin %25'i fetiş nesneyi çalar, genellikle de iç giyim eşyaları ile ayakkabılar çalınır (Mason,1997). Nadiren de fetişist, fetiş nesneyi giyen insanı izler ve gözetler veya fetiş beden bölgeleri ile temas kurmak için saldırabilir. Fetiş nesneye yönelik zorlantı benzeri dürtü, bozukluğun özelliğidir (Mason, 1997).

Fetişizm, genellikle ergenlik döneminde başlar ve cinsel sadizm, mazoşizm veya pedofili gibi diğer parafililer sıklıkla bozukluğa eşlik eder (Mason, 1997).

Karşıgiyim (Transvestik veya Travesti) Bozukluğu

Tablo 10. DSM-5 Karşıgiyim (Transvestik) Bozukluk Tanı Kriterleri

1. Kişinin en az altı aydır devam eden; fanteziler, dürtüler veya davranışlarla kendini gösteren, karşı giyimden tekrarlayan ve yoğun bir şekilde cinsel olarak uyarılması;
2. Bu fanteziler, cinsel dürtüler veya davranışların kişinin sosyal, mesleki veya diğer önemli işlev alanlarında klinik olarak önemli sıkıntılara veya bozulmalara neden olması gerekir (APA, 2013).

"Travesti" kelimesi ülkemizde anlamsal olarak sıklıkla "transgender" yerine hatalı olarak kullanılmaktadır. Bir kişinin doğumda kendisine atanan cinsiyeti (bedensel cinsiyet) ile cinsiyet kimliğinin tam örtüşme durumuna "cis", bunun dışında kalan her duruma ise "trans" denildiği bu bölümün en başında cinsel kimlik bileşenlerinin içinde anlatılmıştı. Yani "trans" kavramı cinsiyet kimliği ile ilişkili bir kavram iken "travesti" karşı cinse özel giysilerin giyilmesinden yoğun haz alma durumudur. Travesti bozukluğu olan bir kişinin transgender olma veya olmama zorunluluğu yoktur.

Kişi karşı cinse ait giysileri giymekten yoğun haz alıyor ve ancak bu şekilde cinsel olarak uyarılabiliyorsa bu duruma "transvestik bozukluğu", karşı cins giysileri dışında başka nesneler de fetiş olarak kullanılıyorsa "fetişizm bozukluğu" tanısı konulur.

Parafililerin epidemiyolojisi

Parafililer, nadiren kişisel sıkıntıya neden olur; bozukluk düzeyine geldiğinde ise tedavi için yine bireysel başvuru azdır. Çoğu zaman bu kişiler partnerleri veya adli bir olay olduğunda yetkililer tarafından kliniklere getirilir. Bu nedenle, bu bozuklukların çoğunun yaygınlığı veya seyri hakkında çok az veri bulunmaktadır (Di Lorenzo, Gorea, Longo ve Ribolsi, 2018).

Üniversite öğrencileri ile yapılan ve 871 kişinin katıldığı bir çalışmada; altı aydan fazla süren ve orta-şiddetli sıkıntı ile ilişkili parafilik semptomlar sorgulanmış, katılımcıların %14,8'inde en az bir parafili türü olduğu, **en yaygın gözlenen alt tipin gözetlemecilik, en az ise pedofilinin olduğu** bulunmuştur (Abdullahi, Jafojo ve Udofia, 2015).

Pedofilinin bir parafili tipi olarak erkek nüfusun yaklaşık %1'ini etkilediği bildirilmiştir (Konrad, Welke ve Opitz-Welke, 2015). Adli olayların en çok eşlik ettiği, medyada da güncel olarak yer alan pedofililer ile ilgili yapılan araştırmaların çoğu bu adli başvurular üzerinden olmakta ve genel popülasyonu yansıtmamaktadır (Gross, 2014).

Sürtünmecilik ve göstermecilik (teşhir) eylemlerinin sık olduğu bilinse de yapılan araştırmalara bakıldığında faillerin sayısının çok daha az olduğu görülmektedir. Toplumda bu davranışın olup olmadığı mağdur tarafından sorgulandığında yaşam boyu böyle bir davranışa maruz kalma oranlarının kadınlar için %33-52 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Clark, Jeglic, Calkins ve Tatar, 2016).

Ön yargılı bir değerlendirme olabileceği düşünülse de mazoşizm hariç diğer parafili bozukluklarının %90-99 oranında erkeklerde görüldüğü belirtilmiştir (Thibaut ve ark., 2016).

Parafililerin etiyolojisi

Parafililerin etiyolojisi hâlâ bilinmemekte olup, var olan duygusal, bilişsel ve davranışsal fenomenler "psikososyal ve biyolojik" olmak üzere iki alt başlık hâlinde tartışılmaktadır.

Biyolojik faktörler

Parafili bozukluklarının etiyolojisinde rol alan biyolojik faktörler çeşitlilik göstermektedir. Her birinin ayrıntılı ele alınması bu bölüm konusu olmadığı için genel başlıklar okuyucuya sunulmaktadır.

Genetik olarak serotonin ve dopamin taşıyıcı genleri, androjen reseptör geni, beyin kaynaklı nörotrofik faktör (BDNF) geni, katekol-o-metiltransferaz (COMT) geni gibi çok sayıda gen üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Yakın zamanda pedofilisi olduğunu söyleyen ve çocuğa karşı cinsel suçtan hüküm giymişler ile yapılan bir çalışmada, kontrol grubu ile kıyaslandığında dopamin reseptör genleri, COMT, serotonin tip 2A reseptör geni, triptofan hidroksilaz 2 geni, monoamin oksidaz A geni (MAO-A), serotonin taşıyıcı genlerde (SLC6A4) iki grup arasında genetik polimorfizm açısından bir fark olmadığı gösterilmiştir (Jakubczyk ve ark., 2017).

Endokrinolojik olarak parafilisi olanlarda androjen sevilerinde farklılıklar olabileceği düşünülmüştür. Uygunsuz cinsel uyarılmada, özellikle testosteronun, dopaminerjik nörotransmitter modülasyonunda görev almasıyla uyarıcı veya inhibe edici olarak rol alabileceği tartışılmaktadır (Jordan, Fromberger, Stolpmann ve Müller, 2011). Testosteron dışında hipotalamo-hipofizier aks fonksiyonlarında bozulma, prolaktin seviyelerinde değişiklikler, dopaminerjik ve serotonerjik nörotransmitter fonksiyon değişikliklerinin parafili etiyolojisinde rol alabileceği düşünülmektedir (Di Lorenzo ve ark., 2018).

Parafili etiyolojisinde tartışılan bir diğer biyolojik faktör, zekâ seviyesi ve yapısal beyin özellikleridir. Yapılan bir meta-analizde özellikle yetişkin cinsel suçlu örnekleminde cinsel suç ve düşük zekâ arasında bir ilişki olduğunu göstermiş; zekâ düzeyi ile mağdurların yaşı arasında da bir ilişki olduğu, daha düşük zekâ seviyesinde olanların daha küçük yaşta çocuklara karşı suç işledikleri belirtilmiştir (Cantor, Blanchard, Robichaud ve Christensen, 2005). Ayrıca pedofililerin düşük zekâ seviyesi dışında hafızalarının da pedofilisi olmayan erkeklere kıyasla daha bozuk olduğu, boylarının daha kısa ve solak olma olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Cantor ve ark., 2004). Başka bir çalışmada; parafilisi olan kişilerin sözel akıcılık, sözel işleme ve bellek alanları gibi yürütücü işlevlerinde önemli bozulma olduğu bulunmuştur (Joyal, Black ve Dassylva, 2007). Pedofilisi olanlarda beyinde yapısal anormallikler olduğu da belirtilmiştir (Keating ve Joyal, 2013).

Yapılan çalışmalarda biyolojik çok sayıda değişken parafililer ile ilişkilendirilmişse de parafilinin ortaya çıkmasında dolaylı rollere karşı hangi faktörlerin doğrudan rol oynadığı henüz aydınlatılamamıştır.

Psikososyal faktörler

Freud'un ilk teorilerinden bu yana parafilileri açıklamak için çok sayıda kuram geliştirilmiştir. Çocuğun gelişimi sırasında ciddi kastrasyon kaygısı, annenin sembolik bir nesneyle değiştirilmesini sağlamış olabilir. Bilinç dışı anne ile olmanın verdiği haz ve buna bağlı oluşan kaygı, kişide uygunsuz cinsel partnerlerle (pedofili, zoofili) veya gerçek bir cinsel temasın olmadığı (göstermecilik veya gözetlemecilik gibi) "güvenli" cinsel davranışların gelişmesine yol açmış olabilir (Freud, 1953).

Freud, fetişizmde nesne seçiminin çocuklukta olan travmatik deneyimlerle ilişkili olduğunu belirtmiştir (Freud, 1953). Parafililerde, çocukluk travmalarının erişkin başarısına dönüştürüldüğü belirtilmektedir. Kişilerin, çocuklukta yaşanan küçük düşürücü travmaların öcünü alma amacıyla fanteziler kurdukları düşünülmektedir. Bu öç alma, parafilik davranış olarak sadistik eylemlerde olduğu gibi partneri küçük düşürme, aşağılama olabileceği gibi, ondan uzak durma şeklinde de olabilmektedir (Gabbard, 2014).

Bilişsel teorilere göre; parafililerde bilişsel çarpıtmalar, bireyin kendisine uygunsuz veya sapkın cinsel davranışlarda bulunmasına izin vermesi için bir yol sağlamış olabilir (Abel, Becker ve Rathner, 1984): "Çocuk kabul ettiği sürece bir çocukla seks yapılmasında sorun yoktur." veya "Bir kadını soyunurken izlemenin ona bir zararı olmaz ki.".

Bir başka yaklaşıma göre; parafilik davranışlara sahip bireylerin ergenlik döneminde, cinsel fantezilerinde yoğun olarak saldırgan temalar olduğu, bu gençlerin sosyal beceri, dürtü kontrolü ile ilişkili öz denetim becerilerinin yeteri kadar gelişmediği ve uygunsuz cinsel davranışlara katılma olasılıklarının arttığı durumlar yaşayabilecekleri belirtilmiştir (Marshall ve Barbaree, 1990).

Yapılan bazı araştırmalarda, alkol kullanımının dürtülerle ilişkili inhibisyonu azalttığı ve parafilik bozukluk için bir tetikleyici olabildiği belirtilmiştir. Ancak parafili tanımında DSM-5'te de bozukluğun alkol ya da madde etkisiyle olmadığı, olağan zamanda da ortaya çıktığı belirtilmiştir. Bu açıdan eğilimin ortaya çıkmasında kolaylaştırıcı bir rolü olduğu düşünülebilir. Bir diğer görüş de rahatsız eden cinsel fantezi ve dürtülerden kurtulmak için alkol kullanımının artıyor olabileceği yönündedir (Allnutt, Bradford, Greenberg ve Curry, 1996; Johnson ve Kring, 2011).

Parafili Bozukluklarında Tedavi

Parafili bozukluklarının tedavisinde cinsel dürtünün, cinsellikle ilgili düşünsel uğraşıların ve dürtüselliğin azaltılması yer almaktadır. Ancak bu konudaki araştırmaların neredeyse tamamı cinsel saldırıda bulunmuş bireyler ile gerçekleştiğinden bu hedeflerin ne derecede tutturulabildiği tartışmalıdır (Eker, 2014).

Dünya Biyolojik Psikiyatri Dernekleri Federasyonu (WFSBP) tarafından 2016 yılında yayınlanan "parafili bozukluğu olan ergen cinsel suçluların tedavisi" kılavuzu parafili tedavisi ile ilgili güncel bilgileri içeren en kapsamlı kılavuzlardan birisidir. Parafili bozukluğu olanlarda, parafilik cinsel eylemleri azaltmak ve psikososyal işlevselliği geliştirmek nihai tedavi hedefi olarak belirtilmiştir. Bu kılavuza göre birinci basamak tedavi yaklaşımında psikolojik ve davranışsal müdahaleler yer alır. Ancak cinsel şiddet riskinin arttığı ve işlevselliğin ağır şekilde bozulduğu olgularda psikolojik müdahaleler dışında farmakolojik tedavi seçeneklerinin de eklenebileceği söylenmektedir. Tedavi seçimi; hastanın önceki tıbbi ve psikiyatrik öyküsü, hastanın uyumu, parafilik fantezilerin ve cinsel kaygıların yoğunluğu, hiperseksüalitenin eşlik edip etmediği, cinsel şiddet riski gibi özelliklere göre belirlenmelidir.

Parafili bozukluğunda birinci basamak tedavide; psikososyal müdahaleler, psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapi ve multisistemik tedavi yer almaktadır. Parafilik uyarıyı azaltmak, bilişsel çarpıtmalar üzerine çalışmak, mağdur ile empatiyi arttırmak gibi yöntemler tedavide kullanılan yöntemlerdir. Özellikle cinsel saldırı suçu işleyenlerde bu psikolojik müdahalelere ek olarak seçici serotonin gerialım inhibitörleri ve siproteronasetat, medroksiprogesteron, uzun etkili gonadotropin salıverici hormon (GnRH) agonistleri gibi antiandrojenlerin yaş grubuna göre verilebileceği belirtilmiştir.

Tedavi ilkelerinin detaylandırılması bu kitap bölümünün konusu dışında olup daha detaylı bilgiye erişmek isteyen okuyuculara, WFSBP'nin hem ergen hem erişkinler için yayınladığı, çok sayıda derleme incelenerek hazırlanan parafili tedavi kılavuzlarını okumaları önerilir (Thibaut, Barra, Gordon, Cosyns ve Bradford, 2010; Thibaut ve ark., 2016).

YAKIN BAKIŞ 2 Parafili Bozukluğunda Psikoterapi

Parafili bozukluğunda psikodinamik yönelimli psikoterapiler mi yoksa bilişsel davranışçı terapiler (BDT) mi daha uygulanabilirdir? Peki hangisi daha etkindir?

Bu soru, literatürde de bir tartışma konusudur. Ancak burada iki ayrı grup almak ve karşılaştırma yapmak mümkün görünmemektedir. **Tedavi için ruh sağlığı profesyonseline yönlendirilen kişinin çoğu zaman "adli bir vaka" olduğu da düşünüldüğünde etkinlik karşılaştırmalı bir çalışma çok daha sorunlu hâle gelmektedir.**

Burada bilişsel davranışçı terapilerin; psikiyatrik tedavi seçenekleri arasında literatüre girdiği kadarı ile bir adım önde olduğu söylenebilir. BDT; kişinin davranışlarını duygularının, duygularını ise olay/durumlar karşısında zihnine ilk gelen otomatik düşüncelerinin belirlediğini kabul eder. Yani bir durum karşısında kişinin otomatik düşünceleri onun duygusunu ve bu duygusu sonucu hangi davranışı göstereceğini belirler. **O hâlde; duyguların ve davranışların kontrol edilmesi veya değiştirilmesi için düşünceler bilinçli olarak değiştirilebilir.** Bu görüşe göre BDT, parafili bozuklukların tedavisi için ideal görünmektedir.

"Bir çocukla seks yapmak, bir yetişkinin çocuğa seks hakkında bilgi vermesi için iyi bir yoldur." şeklinde bir bilişsel çarpıtması olan ve buna bağlı olarak pedofilik davranışlarda bulunan bir bireyde bu durumun tanınmasına odaklanılır. Ardından bu mantıksız inançlar, davranışlar ile tutarlı olacak şekilde değiştirilir. Burada kişinin pedofilik davranışa sebep olan düşünceleri mantıklı ve tutarlı olanlar ile değiştirildiğinde kişinin pedofilik davranış ile ilgili duygusu değişmekte ve bu davranışı yapmama eğilimi oluşmaktadır.

Elbette tedavide amaçlanan davranış değişikliğini yaratmanın son derece zor olduğu parafili bozukluğunda, çoğu zaman tek bir BDT yöntemi yeterli olmamaktadır. Bu nedenle diğer bilişsel davranışçı müdahaleler olan **sosyal beceri eğitimi, mağdur empati gelişimi ve imajinal (hayali) duyarsızlaştırma** da kullanılmaktadır.

BÖLÜM ÖZETİ

Cinsiyet kimliği (kişinin kendisini bir cinsiyet içinde algılaması), bedensel cinsiyet (doğumda kişinin kendisine atanan - biyolojik cinsiyet), cinsel yönelim (kişinin romantik ve cinsel ilgisinin kime olduğu) ve cinsiyetinden hoşnutsuzluk (doğumda kendisine atanan cinsiyet ile cinsiyet kimliğinin örtüşmemesi) kavramları sıklıkla karıştırılmaktadır. Ruh sağlığı alanında çalışacak profesyoneller tarafından bu kavramların doğru şekilde ele alınması, cinsellikle ilgili tutum ve davranışların geliştirilmesi açısından önemlidir.

Cinsel işlev bozukluklarında öncelikle "bozukluk olmayan cinsel sorunlara" yaklaşımın öğrenilmesi gerekir. Birçok cinsel sorun; cinsel bilgilendirme ve fark edilen cinsel mitler üzerine konuşulan seanslar sonrası iyileşmektedir.

Cinsel sorun, bir cinsel işlev bozukluğu olarak değerlendirildiğinde; etiyoloji bölümünde tartışılan ve rahatsızlığa sebep olan durumna göre bir tedavi planı belirlenmelidir.

Hem kişinin hem de partnerinin ayrıntılı cinsel öyküsünün alınması ile başlayan tedavi sürecinde; ilk seanslar cinsel kavramlar üzerine konuşma, cinsel anatomi ve fizyolojinin anlatılması, cinsellikle ilgili mitler üzerine çalışılmaya başlanmasını içerir. Sonraki seanslarda birincil cinsel soruna yönelik temel egzersizler ve terapi teknikleri uygulanır. Cinsel işlev bozukluğuna göre kullanılacak egzersizler değişkenlik göstermektedir.

DSM-5'e göre; kişinin parafilik fantezilere sahip olması onun parafili bozukluğu tanısı alması için yeterli değildir. Parafili bozuklukları için belirtilen kriterlerde, parafilinin "dürtü, fantezi ya da davranış" olarak bulunabileceği belirtilmiştir. Bu durum; bir parafilik bozukluğun teşhisi için parafilik davranışa girmenin gerekli olmadığı anlamına gelir. Fantezi ve dürtüler de belirgin sıkıntıya sebep oluyorsa davranışsal komponent olmaksızın tanı konabilmektedir.

DSM-5'te parafili bozuklukları başlığı altında; gözetlemecilik, göstermecilik, sürtünmecilik, pedofili, mazoşizm, sadizm, fetişizm, karşıgiyim bozuklukları tanımlanmıştır. Ensest, pedofili içinde yer almaktadır. Parafililerin etiyolojisi hâlâ bilinmemekte olup, var olan duygusal, bilişsel ve davranışsal fenomenler "psikososyal ve biyolojik" olmak üzere iki alt başlık hâlinde tartışılmaktadır.

Parafili bozukluğu olanlarda, parafilik cinsel eylemleri azaltmak ve psikososyal işlevselliği geliştirmek nihai tedavi hedefi olarak belirtilmiştir.

KAYNAKLAR

Abdo, C. H. N., Oliveira Jr, W., Moreira Jr, E. D., & Fittipaldi, J. A. S. (2004). Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women—results of the Brazilian study on sexual behavior (BSSB). *International Journal of Impotence Research, 16*(2), 160.

Abdullahi, H., Jafojo, R. O., & Udofia, O. (2015). Paraphilia among undergraduates in a Nigerian university. *Sexual Addiction & Compulsivity, 22*(3), 249-257.

Abel, G. G., Becker, J. V., & Cunningham-Rathner, J. (1984). Complications, consent, and cognitions in sex between children and adults. *International journal of law and psychiatry*, 89-103.

Akbaş, N. B., & Taşdelen, C. G. (2014). Psikolojik, kültürel ve dramatik bir fenomen olarak vajinismus: Doğru bilinen yanlışlar. *Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim/Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi, 4*(4), 329-338.

Allnutt, S. H., Bradford, J. M., Greenberg, D. M., & Curry, S. (1996). Co-morbidity of alcoholism and the paraphilias. *Journal of Forensic Science, 41*(2), 234-239.

APA. (2000). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM IV-TR)* Washington, DC: American Psychiatric Association.

APA. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM 5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Ayta, I., McKinlay, J., & Krane, R. (1999). The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. *BJU international, 84*(1), 50-56.

Balon, R. (2016a). Exhibitionistic disorder. In *Practical Guide to Paraphilia and Paraphilic Disorders* (pp. 77-91): Springer.

Balon, R. (2016b). Voyeuristic Disorder. In *Practical Guide to Paraphilia and Paraphilic Disorders* (pp. 63-75): Springer.

Basson, R., Althof, S., Davis, S., Fugl-Meyer, K., Goldstein, I., Leiblum, S., . . . Wagner, G. (2004). Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women. *The journal of sexual medicine, 1*(1), 24-34.

Başar, K., & Yüksel, Ş. (2014). Çocukluktan yetişkinliğe cinsiyet kimliği ile ilgili sorunlar: Uygun değerlendirme ve izlem *Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim/Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi, 4*(4), 389-404.

Baumeister, R. F. (2000). Gender differences in erotic plasticity: The female sex drive as socially flexible and responsive. *Psychological bulletin, 126*(3), 347.

Berlin, F. S. (2014). Pedophilia and DSM-5: The Importance of Clearly Defining the Nature of a Pedophilic Disorder. *The Journal of the American Academy of Psychiatry, 42*, 404-407.

Berner, W., Berger, P., & Hill, A. (2003). Sexual sadism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 47*(4), 383-395.

Bhugra, D., Popelyuk, D., & McMullen, I. (2010). Paraphilias across cultures: Contexts and controversies. *Journal of sex research, 47*(2-3), 242-256.

Blair, C. D., & Lanyon, R. I. (1981). Exhibitionism: Etiology and treatment. *Psychological bulletin, 89*(3), 439.

Blick, C., W Ritchie, R., & E Sullivan, M. (2016). Is erectile dysfunction an example of abnormal endothelial function? *Current vascular pharmacology, 14*(2), 163-167.

Bodie, J. A., Beeman, W. W., & Monga, M. (2003). Psychogenic erectile dysfunction. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 33*(3), 273-293.

Boyle, F., Cook, M., Purdie, D., Najman, J., & Dunne, M. (2003). Sexual dysfunction in the Australian population. *Australian Family Physician, 32*(11), 951.

Bulut, H. (2016). Pedophilic Disorder and Incest: a Case Report. *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry & Neurological Sciences, 29*(3).

Cantor, J. M., Blanchard, R., Christensen, B. K., Dickey, R., Klassen, P. E., Beckstead, A. L., . . . Kuban, M. E. (2004). Intelligence, memory, and handedness in pedophilia. *Neuropsychology, 18*(1), 3.

Cantor, J. M., Blanchard, R., Robichaud, L. K., & Christensen, B. K. (2005). Quantitative reanalysis of aggregate data on IQ in sexual offenders. *Psychological bulletin, 131*(4), 555.

Clark, S. K., Jeglic, E. L., Calkins, C., & Tatar, J. R. (2016). More than a nuisance: the prevalence and consequences of frotteurism and exhibitionism. *Sexual Abuse, 28*(1), 3-19.

Clayton, A. H., Goldstein, I., Kim, N. N., Althof, S. E., Faubion, S. S., Faught, B. M., . . . Christiansen, K. (2018). *The International Society for the Study of Women's Sexual Health process of care for management of hypoactive sexual desire disorder in women.* Paper presented at the Mayo Clinic Proceedings.

Cohen-Kettenis, P. T., & Pfafflin, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of sexual behavior, 39*(2), 499-513.

Coluccia, A., Gabbrielli, M., Gualtieri, G., Ferretti, F., Pozza, A., & Fagiolini, A. (2016). Sexual masochism disorder with asphyxiophilia: a deadly yet underrecognized disease. *Case reports in psychiatry, 2016.*

Crowley, T., Goldmeier, D., & Hiller, J. (2009). Diagnosing and managing vaginismus. *British Medical Journal, 338*, 225-229.

Çayan, S., Kendirci, M., Yaman, Ö., Aşçı, R., Orhan, İ., Usta, M. F., . . . Kadıoğlu, A. (2017). Prevalence of erectile dysfunction in men over 40 years of age in Turkey: Results from the Turkish Society of Andrology Male Sexual Health Study Group. *Turkish journal of urology, 43*(2), 122.

Delaney, M. E. (2017). Gender Identity Development. In *Counseling Women Across the Life Span: Empowerment, Advocacy, and Intervention* (pp. 79-92).

Di Lorenzo, G., Gorea, F., Longo, L., & Ribolsi, M. (2018). Paraphilia and paraphilic disorders. In *Sexual Dysfunctions in Mentally Ill Patients* (pp. 193-213): Springer.

Diamond, L. M., & Savin-Williams, R. C. (2000). Explaining Diversityin the Development of Same-Sex Sexuality Among Young Women. *Journal of Social Issues, 56*(2), 297-313.

Doğan, Ş. (2009). Vaginismus and accompanying sexual dysfunctions in a Turkish clinical sample. *The journal of sexual medicine, 6*(1), 184-192.

Duman, N. (2018). Parafililer ve DSM'lerdeki Seyri. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 9*(16), 1285-1306.

Dunn, K. M., Croft, P. R., & Hackett, G. I. (1998). Sexual problems: a study of the prevalence and need for health care in the general population. *Family Practice, 15*(6), 519-524.

Şerefoğlu, E.G, McMahon, C.G, Waldinger,M.C, Athof S.E., Shindel, A., Adaikan, G . . . Hellstrom, W. J. (2014). An evidence-based unified definition of lifelong and acquired premature ejaculation: report of the second International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for the Definition of Premature Ejaculation. *Sexual Medicine, 2*(2), 41-59.

Eker, Ç. (2014). Parafilik cinsel yaşam ve hiperseksüalite: Psikopatoloji nerede başlar, ne yapmak gerekir? *Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim/Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi, 4*(4), 362-370.

Ellis, L., & Ames, M. A. (1987). Neurohormonal functioning and sexual orientation: A theory of homosexuality–heterosexuality. *Psychological bulletin, 101*(2), 233.

Emmelkamp, P. M. (2004). Behavior therapy with adults. In *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 393-446). New Jersey: John Wiley & Sons.

Er, O., Özdel, K., & Yılmaz Özpolat, A. G. (2010). Vajinismus. *Kriz Dergisi, 18*(3), 37-46.

Erkmen, H., Dilbaz, N., Seber, G., Kaptanoğlu, C., & Tekin, D. (1990). Sexual attitudes of Turkish university students. *Journal of Sex Education and Therapy, 16*(4), 251-261.

Feldman, H. A., Goldstein, I., Hatzichristou, D. G., Krane, R. J., & McKinlay, J. B. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *The Journal of urology, 151*(1), 54-61.

Freud, S. (1953). Three essays on the theory of sexuality (1905). In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume VII (1901-1905): A Case of Hysteria, Three Essays on Sexuality and Other Works* (pp. 123-246).

Gabbard, G. O. (2014). Psychodynamic psychiatry in clinical practice. In (pp. 311-340): American Psychiatric Pub.

Green, E., Benner, K., & Pear, R. (2018). 'Transgender. *Could Be Defined Out of Existence Under Trump Administration. The New York Times*, *21*.

Gross, M. (2014). Paraphilia or perversion? *Current biology: CB*, *24*(17), R777-780.

Güleç, G., & Eşsizoğlu, A. (2014). Erkekler: sık rastlanan cinsel sorunlar ve işlev bozuklukları. *Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi*, *4*(4), 347-361.

Günaydın, D., Tiryaki, A., Aykut, D. S., & Arslan, F. C. (2019). Psikiyatri Polikliniğine Başvuran 18-65 Yaş Arası Evli Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluğu Sıklığı ve Sosyodemografik Veriler ile İlişkisi. *Konuralp Tıp Dergisi*, *11*(3), 416-423.

Güvel, S. (2013). Kadın ve erkek genital anatomisindeki benzerlikler. *Androloji Bülteni*, *15*(52), 57-61.

Haldeman, D. C. (1991). Sexual orientation conversion therapy for gay men and lesbians: A scientific examination. *Homosexuality: Research implications for public policy*, *149*, 160.

Hall, R. C. (2009). A profile of pedophilia: definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. *Focus*, *7*(4), 522-537.

Hanson, R., & Harris, A. (1997). Voyeurism: Assessment and treatment. *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment*, 311-331.

Harry, J. (1985). Sexual orientation as destiny. *Journal of Homosexuality*, *10*(3-4), 111-124.

İncesu, C. (2004). Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *7*(Suppl 3), 3-13.

İncesu, C. (2011). Sexual Dysfunctions and Dsm-5. *Archieves of neuropsychiatry*, *48*, 1-6.

Ishak, I. H., Low, W.-Y., & Othman, S. (2010a). Prevalence, risk factors, and predictors of female sexual dysfunction in a primary care setting: a survey finding. *The journal of sexual medicine*, *7*(9), 3080-3087.

Ishak, W. W., Bokarius, A., Jeffrey, J. K., Davis, M. C., & Bakhta, Y. (2010b). Disorders of orgasm in women: A literature review of etiology and current treatments. *The journal of sexual medicine*, *7*(10), 3254-3268.

Jaafarpour, M., Khani, A., Khajavikhan, J., & Suhrabi, Z. (2013). Female sexual dysfunction: prevalence and risk factors. *Journal of clinical and diagnostic research*, *7*(12), 2877-2880. doi:10.7860/JCDR/2013/6813.3822

Jakubczyk, A., Krasowska, A., Bugaj, M., Kopera, M., Klimkiewicz, A., Łoczewska, A., . . . Podgórska, A. (2017). Paraphilic sexual offenders do not differ from control subjects with respect to dopamine-and serotonin-related genetic polymorphisms. *The journal of sexual medicine*, *14*(1), 125-133.

Janmohamed, S., & Bouloux, P. M. G. (2017). Endocrinology of male sexual dysfunction. *Male Sexual Dysfunction: A Clinical Guide*, 30-47.

Jannini, E., Simonelli, C., & Lenzi, A. (2002). Sexological approach to ejaculatory dysfunction 1. *International journal of andrology*, *25*(6), 317-323.

Johnson, S. L., & Kring, A. M. (2011). Sexual Disorders. In *Abnormal Psychology* (pp. 369-378). United States of America: John Wiley & Sons.

Johnson, V. E., & Masters, W. (1970). *Human sexual inadequacy*: Boston: Little, Brown.

Jordan, K., Fromberger, P., Stolpmann, G., & Müller, J. L. (2011). The role of testosterone in sexuality and paraphilia—A neurobiological approach. Part I: Testosterone and sexuality. *The journal of sexual medicine*, *8*(11), 2993-3007.

Joyal, C. C., Black, D. N., & Dassylva, B. (2007). The neuropsychology and neurology of sexual deviance: A review and pilot study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *19*(2), 155-173.

Junginger, J. (1997). Fetishism: Assessment and treatment. *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment*, 92-110.

Kaplan, H. S. (1974). The new sex therapy New York: Brunner. In: Mazel Publishers.

Kaplan, M. S., & Krueger, R. (1997). Voyeurism: Psychopathology and theory. *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment*, 297-310.

Karabakan, M., Bozkurt, A., Hirik, E., Çelebi, B., Akdemir, S., Güzel, O., & Nuhoğlu, B. (2016). The prevalence of premature ejaculation in young Turkish men. *Andrologia*, *48*(9), 983-987.

Keating, A. (2019). Intersex: Beyond the sex binary. *Spotlight On Current Events: Essays on Contemporary World Issues*, 48-52.

Kelly, M. P., Strassberg, D. S., & Turner, C. M. (2004). Communication and associated relationship issues in female anorgasmia. *Journal of sex & Marital therapy, 30*(4), 263-276.

Kernberg, O. F. (1988). Clinical dimensions of masochism. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 36*(4), 1005-1029.

Khoury, J. M., Roque, M. A. V., & Garcia, F. D. (2016). Pedophilic Disorder. In *Practical Guide to Paraphilia and Paraphilic Disorders* (pp. 141-154): Springer.

Kinnish, K. K., Strassberg, D. S., & Turner, C. W. (2005). Sex differences in the flexibility of sexual orientation: A multidimensional retrospective assessment. *Archives of sexual behavior, 34*(2), 173-183.

Kinsey, A. C., Pomeroy, W., & Martin, C. E. (1948). Sexual Behavior in the Human Male. In: Philadelphia: WB Saunders.

Kısa, C. (2010). *Cinsel Terapi Uygulama El kitabı*. Ankara: CK Yaymevi.

Kitzinger, C., & Wilkinson, S. (1995). Transitions from heterosexuality to lesbianism: The discursive production of lesbian identities. *Developmental Psychology, 31*(1), 95.

Konrad, N., Welke, J., & Opitz-Welke, A. (2015). Paraphilias. *Current opinion in psychiatry, 28*(6), 440-444.

Krakowsky, Y., & Grober, E. D. (2016). Hypoactive Sexual Desire in Men. In *Management of Sexual Dysfunction in Men and Women* (pp. 171-187): Springer.

Krueger, R. B. (2010). The DSM diagnostic criteria for sexual sadism. *Archives of sexual behavior, 39*(2), 325-345.

Kukulu, K., Gürsoy, E., & Ak, G. S. (2009). Turkish university students' beliefs in sexual myths. *Sexuality and Disability, 27*(1), 49-59.

Langström, N. (2010). The DSM diagnostic criteria for exhibitionism, voyeurism, and frotteurism. *Archives of sexual behavior, 39*(2), 317-324.

Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *Jama, 281*(6), 537-544.

Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., & Wang, T. (2005). Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research, 17*(1), 39.

Laumann, E. O., Glasser, D. B., Neves, R. C. S., & Moreira Jr, E. (2009). A population-based survey of sexual activity, sexual problems and associated help-seeking behavior patterns in mature adults in the United States of America. *International Journal of Impotence Research, 21*(3), 171.

Leiblum, S. R., Koochaki, P. E., Rodenberg, C. A., Barton, I. P., & Rosen, R. C. (2006). Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause, 13*(1), 46-56.

Lewis, R. W., Fugl-Meyer, K. S., Corona, G., Hayes, R. D., Laumann, E. O., Moreira Jr, E. D., . . . Segraves, T. (2010). Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction. *The journal of sexual medicine, 7*(4pt2), 1598-1607.

Malavige, L. S., & Levy, J. C. (2009). Erectile dysfunction in diabetes mellitus. *The journal of sexual medicine, 6*(5), 1232-1247.

Malin, H. M., & Saleh, F. M. (2007). Paraphilias: clinical and forensic considerations. *Psychiatric times, 24*(5), 1-4.

Marshall, W. L., & Barbaree, H. E. (1990). An integrated theory of the etiology of sexual offending. In *Handbook of sexual assault* (pp. 257-275): Springer.

Mason, F. L. (1997). Fetishism: Psychopathology and theory. *Sexual Deviance. Theory, Assessment and Treatment. The Guilford Press: New York*, 75-109.

Masters, W., & Johnson, V. (1966a). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown

McCabe, M. P. (2009). Anorgasmia in women. *Journal of Family Psychotherapy, 20*(2-3), 177-197.

McLawsen, J. E., Jackson, R. L., Vannoy, S. D., Gagliardi, G. J., & Scalora, M. J. (2008). Professional perspectives on sexual sadism. *Sexual Abuse, 20*(3), 272-304.

Mcmahon, C. G., Mcmahon, C. N., Leow, L. J., & Winestock, C. G. (2006). Efficacy of type-5 phosphodiesterase inhibitors in the drug treatment of premature ejaculation: A systematic review. *BJU international, 98*(2), 259-272.

Melnik, T., Althof, S., Atallah, Á. N., dos Santos Puga, M. E., Glina, S., & Riera, R. (2011). Psychosocial interventions for premature ejaculation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(8).

Metz, M. E., Pryor, J. L., Nesvacil, L. J., Abuzzahab Sr, F., & Koznar, J. (1997). Premature ejaculation: a psychophysiological review. *Journal of sex & Marital therapy, 23*(1), 3-23.

Miner, M., Parish, S. J., Billups, K. L., Paulos, M., Sigman, M., & Blaha, M. J. (2018). Erectile dysfunction and subclinical cardiovascular disease. *Sexual medicine reviews*, 455-463.

Mitidieri, E., Cirino, G., di Villa Bianca, R. D. E., & Sorrentino, R. (2020). Pharmacology and perspectives in erectile dysfunction in man. *Pharmacology & Therapeutics*, 107493.

Moser, C. (2016). DSM-5 and the paraphilic disorders: Conceptual issues. *Archives of sexual behavior, 45*(8), 2181-2186.

Muehlenhard, C. L., & Shippee, S. K. (2010). Men's and women's reports of pretending orgasm. *Journal of sex research, 47*(6), 552-567.

Muneer, A., Kalsi, J., Nazareth, I., & Arya, M. (2014). Erectile dysfunction. *British Medical Journal, 348*, g129.

Nitschke, J., Mokros, A., Osterheider, M., & Marshall, W. L. (2013). Sexual sadism: Current diagnostic vagueness and the benefit of behavioral definitions. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 57*(12), 1441-1453.

Nobre, P. J., & G., Gomes, F.A. (2003). Sexual dysfunctional beliefs questionnaire: An instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems. *Sexual and Relationship Therapy, 18*(2), 171-204.

Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2006a). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *Journal of sex research, 43*(1), 68-75.

Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, F. A. (2006b). Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample. *Journal of sex & Marital therapy, 32*(2), 173-182.

Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2008). Differences in automatic thoughts presented during sexual activity between sexually functional and dysfunctional men and women. *Cognitive therapy and research, 32*(1), 37-49.

Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2009a). Questionnaire of cognitive schema activation in sexual context: A measure to assess cognitive schemas activated in unsuccessful sexual situations. *Journal of sex research, 46*(5), 425-437.

Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2009b). Cognitive schemas associated with negative sexual events: A comparison of men and women with and without sexual dysfunction. *Archives of sexual behavior, 38*(5), 842-851.

Nobre, P. J. (2010). Psychological determinants of erectile dysfunction: Testing a cognitive–emotional model. *The journal of sexual medicine, 7*(4pt1), 1429-1437.

Oaksford, K. L., & Frude, N. (2001). The prevalence and nature of child sexual abuse: Evidence from a female university sample in the UK. *Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect, 10*(1), 49-59.

Oğuz, N., & Uygur, N. (2005). Bir Olgu Nedeniyle Bebek Bezi Fetişizmi. *Türk Psikiyatri Dergisi, 16*(2), 133.

Ohl, L. E. (2007). Essentials of female sexual dysfunction from a sex therapy perspective. *Urologic Nursing, 27*(1), 57-63.

Öksüz, E., & Malhan, S. (2006). Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *The Journal of urology, 175*(2), 654-658.

Özdemir, Y., Şimşek, F., Incesu, C., & Koç, K. (2006). Sociodemographic and clinical characteristics of subjects referred to a multidisciplinary sexual dysfunction outpatient clinic. *European Journal of Sexual Health, 15*(Suppl 1), S14-15.

Özyıldırım, İ. (2009). Güncel Psikodinamik Teoriler Işığında Vaginismus. *Turkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics, 2*(4), 59-67.

Patrick, D. L., Althof, S. E., Pryor, J. L., Rosen, R., Rowland, D. L., Ho, K. F., ... Jamieson, C. (2005). Premature ejaculation: an observational study of men and their partners. *The journal of sexual medicine, 2*(3), 358-367.

Perelman, M. A., McMahon, C. G., & Barada, J. H. (2004a). Evaluation and treatment of the ejaculatory disorders. In *Atlas of male sexual dysfunction* (pp. 2-17): Springer.

Perelman, M. A., McMahon, C. G., & Barada, J. H. (2004b). Evaluation and treatment of the ejaculatory disorders. In *Atlas of male sexual dysfunction* (pp. 127-157): Springer.

Perelman, M. A. (2006). Psychology: A New Combination Treatment for Premature Ejaculation: A Sex Therapist's Perspective. *The journal of sexual medicine, 3*(6), 1004-1012.

Perelman, M. A. (2014). Delayed ejaculation. *Principles and practice of sex therapy, 5*, 138-155.

Perelman, M. A., & Watter, D. N. (2016). Psychological aspects of erectile dysfunction. In *Contemporary Treatment of Erectile Dysfunction* (pp. 29-43): Springer.

Polisois-Keating, A., & Joyal, C. C. (2013). Functional neuroimaging of sexual arousal: a preliminary meta-analysis comparing pedophilic to non-pedophilic men. *Archives of sexual behavior, 42*(7), 1111-1113.

Pollets, D., Ducharme, S., & Pauporte, J. (1999). Psychological considerations in the assessment of erectile dysfunction. *Sexuality and Disability, 17*(2), 129-145.

Porst, H., Montorsi, F., Rosen, R. C., Gaynor, L., Grupe, S., & Alexander, J. (2007). The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. *European urology, 51*(3), 816-824.

Potter, N. N. (2013). Philosophical issues in the paraphilias. *Current opinion in psychiatry, 26*(6), 586-592.

Purcell, C., & Arrigo, B. A. (2006). *The psychology of lust murder: Paraphilia, sexual killing, and serial homicide*: Elsevier.

Rao, T. S., & Nagaraj, A. K. M. (2015). Female sexuality. *Indian journal of psychiatry, 57*(Suppl 2), S296.

Reddy, A. S. (2019). Psychotherapy for Sexual Dysfunctions. In *Sexual Medicine* (pp. 95-112): Springer.

Rew, K. T., & Heidelbaugh, J. J. (2016). Erectile dysfunction. *American family physician, 94*(10), 820-827.

Richards, C., Bouman, W. P., Seal, L., Barker, M. J., Nieder, T. O., & T'Sjoen, G. (2016). Non-binary or genderqueer genders. *International Review of Psychiatry, 28*(1), 95-102.

Richardson, D. (1987). Recent challenges to traditional assumptions about homosexuality: Some implications for practice. *Journal of Homosexuality, 13*(4), 1-12.

Rosen, R. C., & Kupelian, V. (2016). Epidemiology of Erectile Dysfunction and Key Risk Factors. In *Contemporary Treatment of Erectile Dysfunction* (pp. 45-56): Springer.

Rowland, D., Perelman, M., Althof, S., Barada, J., McCullough, A., Bull, S., . . . Ho, K. F. (2004). Ejaculation disorders: Self-reported premature ejaculation and aspects of sexual functioning and satisfaction. *The journal of sexual medicine, 1*(2), 225-232.

Rowland, D. L. (2017). Evaluation of Delayed Ejaculation. In *The Textbook of Clinical Sexual Medicine* (pp. 241-254): Springer.

Rubio-Aurioles, E., & Bivalacqua, T. J. (2013). Standard operational procedures for low sexual desire in men. *The journal of sexual medicine, 10*(1), 94-107.

Rye, B., & Meaney, G. J. (2007). Voyeurism: It is good as long as we do not get caught. *International Journal of Sexual Health, 19*(1), 47-56.

Shamloul, R., & Ghanem, H. (2013). Erectile dysfunction. *The Lancet, 381*(9861), 153-165.

Shechner, T. (2010). Gender identity disorder: a literature review from a developmental perspective. *The Israel journal of psychiatry and related sciences, 47*(2), 132-138.

Smith, R. S. (1976). Voyeurism: A review of literature. *Archives of sexual behavior, 5*(6), 585-608.

Studer, L. H., & Aylwin, A. S. (2006). Pedophilia: The problem with diagnosis and limitations of CBT in treatment. *Medical hypotheses, 67*(4), 774-781.

Sungur, M. Z., & Gündüz, A. (2014). A comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 definitions for sexual dysfunctions: Critiques and challenges. *The journal of sexual medicine, 11*(2), 364-373.

Symonds, T., Roblin, D., Hart, K., & Althof, S. (2003). How does premature ejaculation impact a man's life? *Journal of sex & Marital therapy, 29*(5), 361-370.

Şahin, D., Şimşek, F., & Seyisoğlu, H. (2006). *Cinsel yaşam ve sorunları: bilgilendirme dosyası*. İstanbul: CETAD.

Şahin, D. (2014). Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları. *Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim/Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi, 4*(4), 339-346.

Serefoğlu, E. C., Yaman, O., Cayan, S., Asci, R., Orhan, I., Usta, M. F., ... Kadioglu, A. (2011). Prevalence of the complaint of ejaculating prematurely and the four premature ejaculation syndromes: results from the Turkish Society of Andrology Sexual Health Survey. *The journal of sexual medicine, 8*(2), 444-454.

Serefoğlu, E. C., & Saitz, T. R. (2012). New insights on premature ejaculation: a review of definition, classification, prevalence and treatment. *Asian Journal of Andrology, 14*(6), 822.

Ter Kuile, M. M., Van Lankveld, J. J., De Groot, E., Melles, R., Neffs, J., & Zandbergen, M. (2007). Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: Process and prognostic factors. *Behaviour Research and Therapy, 45*(2), 359-373.

Thibaut, F., Barra, F. D. L., Gordon, H., Cosyns, P., & Bradford, J. M. (2010). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *The World Journal of Biological Psychiatry, 11*(4), 604-655.

Thibaut, F., Bradford, J. M., Briken, P., De La Barra, F., Haessler, F., & Cosyns, P. (2016). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the treatment of adolescent sexual offenders with paraphilic disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry, 17*(4), 248-266.

Tuğrul, C., & Kabakçı, E. (1997). Vaginismus and its correlates. *Sexual and Marital Therapy, 12*(1), 23-34.

Verze, P., Arcaniolo, D., Palmieri, A., Cai, T., Rocca, R. L., Franco, M., ... Mirone, V. (2018). Premature ejaculation among Italian men: Prevalence and clinical correlates from an observational, non-interventional, cross-sectional, epidemiological study (IPER). *Sexual Medicine, 6*(3), 193-202.

Waldinger, M. D. (2002). The neurobiological approach to premature ejaculation. *The Journal of urology, 168*(6), 2359-2367.

Waldinger, M. (2004). Lifelong premature ejaculation: From authority-based to evidence-based medicine. *BJU international, 93*(2), 201-207.

Waldinger, M. D. (2005a). Lifelong premature ejaculation: definition, serotonergic neurotransmission and drug treatment. *World journal of urology, 23*(2), 102-108.

Waldinger, M. D., Quinn, P., Dilleen, M., Mundayat, R., Schweitzer, D. H., & Boolell, M. (2005b). Ejaculation disorders: A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. *The journal of sexual medicine, 2*(4), 492-497.

Waldinger, M. D., & Schweitzer, D. H. (2006). Changing paradigms from a historical DSM-III and DSM-IV view toward an evidence-based definition of premature ejaculation. Part II—Proposals for DSM-V and ICD-11. *The journal of sexual medicine, 3*(4), 693-705.

Waldinger, M. D., & Schweitzer, D. H. (2008). The use of old and recent DSM definitions of premature ejaculation in observational studies: A contribution to the present debate for a new classification of PE in the DSM-V. *The journal of sexual medicine, 5*(5), 1079-1087.

Waldinger, M. D. (2017). Treatment of Premature Ejaculation. In *The Textbook of Clinical Sexual Medicine* (pp. 283-288). Springer, Cham.

Weiner, D. N., & Rosen, R. C. (1999). Sexual pain disorder. In T. Millon, P. H.Blaney, & R. D. Davis (Eds.), *Oxford Textbook of Psychopathology* (Vol. 4, pp. 410-421): Oxford University Press.

Whipple, B., & Brash-McGreer, K. (1997). Management of female sexual dysfunction. In A. C. Sipski ML (Ed.), *Sexual function in people with disability and chronic illness. A health professional's guide* (pp. 509-534). Gaithersburg: Aspen Publishers.

WHO. (1992). International statistical classification of diseases and related health problems: 10th revision (ICD-10). *http://www. who. int/classifications/apps/icd/icd.*

Woo, J. S., Brotto, L. A., & Gorzalka, B. B. (2011). The role of sex guilt in the relationship between culture and women's sexual desire. *Archives of sexual behavior, 40*(2), 385-394.

Xin, Z. C., Chung, W. S., Choi, Y. D., Seong, D. H., Choi, Y. J., & Choi, H. K. (1996). Penile sensitivity in patients with primary premature ejaculation. *The Journal of urology, 156*(3), 979-981.

Yıldırım, E. A. (2014). Sağlıklı ve doyumlu cinsel yaşam, cinsel haklar ve etik: Danışmanlıktan cinsel terapiye psikiyatristin rolü ve sınırları *Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim/Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi, 4*(4), 307-316.

Yılmaz, E., Zeytinci, İ. E., Sarı, S., Karababa, I. F., Çilli, A. S., & Kucur, R. (2010). Investigation of sexual problems in married people living in the center of Konya. *Turkish Journal of Psychiatry*; *21*(2), 126-134.

Yüksel, Ş., & Saner, S. Çocuk Cinsel İstismarı ve Zor Açığa Çıkması, Bilgilendirme Dosyası. Retrieved from http://www.psikiyatri.org.tr/uploadFiles/219201618057-CocukCinsel_istismar_bilgilendirme_dosyasi.pdf

Zhang, C., Tong, J., Zhu, L., Zhang, L., Xu, T., Lang, J., & Xie, Y. (2017). A population-based epidemiologic study of female sexual dysfunction risk in Mainland China: prevalence and predictors. *The journal of sexual medicine*, *14*(11), 1348-1356.

12. Bölüm

MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI

Itır Tarı Cömert

MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI HAKKINDA GENEL BİLGİLER VE GENEL GÖRÜNÜM

Tarih boyunca insanlar, uyuşturucu ve uyarıcı maddeleri keyif almak, hastalandıklarında ağrılarını gidermek amacıyla kullanmışlardır. İnsanlık tarihinin her döneminde kültürler, devletler, topluluklar bağımlılık yapıcı maddelerin kullanılması ve satılmasıyla mücadele etmeye çalışmışlardır. Günümüzde bağımlılık yapıcı madde türlerinin sürekli değişmesi, maddelerin yenilenmesi, kullanım yollarının değişmesi, üretim ve dağıtım yollarındaki gelişmeler madde bağımlılığı probleminin çözümünü zorlaştırmaktadır. Bu tür maddelerin kullanımı insanlar üstünde biyolojik, duygusal ve sosyal yıkımlar yaratmaktadır. Başlangıçta tüm maddeler belli bir alt kültür içerisinde kullanılsa da zaman içinde toplumun bütün kesimlerine yayılmıştır. Bu yayılma nedeniyle madde kötüye kullanım sorunları toplumun büyük kısmında önemli yeti kayplarına neden olmaktadır. Toplumsal olarak madde kullanıcıları, etiketlenmeye en açık kesimlerden birini oluşturmaktadır. Bu etiketlenme, madde bağımlılığı müdahalesini zorlaştırmaktadır.

Madde kullanım bozukluklarını incelemeden önce bağımlılığın tanımını yapmak faydalı olacaktır. Bağımlılık; uyuşturucu ya da uyarıcı bir maddenin belirgin bir etkiyi elde etmek için kullanılması sürecinde ortaya çıkan; bedensel, ruhsal ya da sosyal sorunlara rağmen madde kullanımının devam etmesine neden olan bir hastalıktır (Henderson, 2001). Madde kullanıcıları, kullanımın bazı aşamalarında kullandıkları maddeyi bırakma isteği duymalarına rağmen kullanmaya devam ederler. İlk madde kullanımları sırasında aldıkları etkiyi elde etmek için her kullanımda, kullandıkları madde miktarını artırır ve yoğun bir şekilde madde alma isteği duyarlar (Egger ve Rauterberg, 1996).

Alanyazında madde bağımlılığının birçok farklı tanımı bulunmaktadır. Bu farklılıkların nedenleri; maddelerin kullanım biçimleri, etkileri ve özelliklerinin değişmesinden kaynaklanmaktadır. Bağımlılık yapıcı maddenin uzun süreli, kısa süreli, düzenli, düzensiz kullanılması durumunda vücudun bağımlılık yapıcı maddenin etkisine alışması ve alışılan maddenin alınmaması ya da azaltılması durumunda ise, vücutta yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması en genel tanımı oluşturmaktadır. Bu tanımsal farklılıklar sebebiyle öncelikli olarak madde bağımlılığı alanında kullanılan terminolojiye bakmakta fayda olacaktır. Bu tanımlar Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1. Bağımlılık Alanında Kullanılan Tanımlar

Bağımlılık: Bir ilacın veya kimyasal maddenin fiziksel bağımlılık olsun ya da olmasın yinelenen kullanımıdır. Fiziksel bağımlılık bir ilacın yinelenen kullanımına bağlı fizyolojik değişmeye denmektedir. Kullanılan maddenin kesilmesi özgün bir sendroma neden olmakradır.

Kötüye Kullanım: Herhangi bir ilacın veya maddenin sosyal veya tıbbi tarzlardan sapan bir şekilde kullanılmasıdır.

Sorunlu Kullanım: Genellikle kötüye kullanıma benzer, ancak hekimler tarafından reçete edilen ilaçların uygun şekilde kullanılmamasına karşılık gelmektedir.

Tiryakilik (Addiction): Eksikliğinde sıkıntı ve yine kullanmaya ilişkin karşı konulamaz bir istek duyulan ve fiziksel ve bilişsel kötüleşmeye yol açan bir maddenin yineleyen ve giderek artan kullanımıdır. Bu terim, artık formel sınıflandırmada kullanılmamaktadır, büyük ölçüde yerini bağımlılık terimi almıştır, ancak günlük kullanım için yararlı bir terimdir.

Entoksikasyon: Bellek, yönelim, duygudurum, yargılama ve davranışsal, sosyal ve mesleki işlevsellik gibi işlevlerden birini veya birkaçını etkileyen özgün bir maddenin neden olduğu geri dönüşümlü bir sendromdur.

Kesilme (Yoksunluk): Uzun bir süreden beri düzenli olarak kullanılan bir ilaç ve maddenin birden kesilmesi veya miktarının azaltılması sonucunda oluşan maddeye özgü bir sendromdur. Bu sendrom bağımlılığın fizyolojik belirti ve bulgularının yanında düşünme, hissetme ve davranışlarda bozukluklar gibi fizyolojik değişikliklerle de karakterizedir.

Tolerans: Yineleyen uygulamadan sonra bir ilacın belirli bir ilaç veya maddenin belirli bir dozunun daha az bir etki oluşturduğu veya orijinal dozla elde edilen etkiyi gözlemek için giderek daha fazla dozun gerektiği fenomendir.



Şekil 1. Bağımlılık, bir beyin hastalığıdır ve tedavi edilmelidir.

Bir diğer bağımlılık tanımında; madde kullanıcısının kullandığı maddeyi birçok kez bırakma girişiminde bulunmasına rağmen bırakamaması, kullandığı maddenin dozunu giderek arttırması, kullanmayı bıraktığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması, zarar görmesine rağmen madde kullanmayı sürdürmesi, zamanının büyük bölümünü madde arayarak geçirmesi gibi kriterler karşımıza çıkmaktadır (Rehm ve ark, 2013). Ancak DSM 5'e göre bağımlılık; tolerans gelişimi, yoksunluk, niyet edilenden daha fazla miktarlarda madde kullanımı, başarısız bırakma girişim-

leri, kullanılan madde nedeniyle fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşanması ve bu sorunların kötüleşmesi, iş yaşamı ve kişilerarası ilişkilerde sorunlar ile karşılaşmak gibi belirtileri içermektedir. DSM 5'e göre bu belirtilerden altı ya da daha fazlasını karşılamak madde kullanım bozukluğuna sahip olmak anlamına gelmektedir (APA, 2013).

Günümüzde madde bağımlılığı ile ilgili araştırmalarda, tanı ölçütlerine göre bağımlılık "var" ya da "yok" şeklinde ikili, genel ve kategorik bir sınıflandırmaya tabi tutulmaktadır. Bu sınıflandırma da madde kullanımına bağlı sorunlarla ilgili boyutsal değerlendirmeyi eksik bırakmaktadır (Conway ve ark, 2010).

DSM-5 Tanı Kriterleri

DSM-5'te alkol ve madde kullanımı ile ilgili bozukluklar ile ilgili en göze çarpan değişiklik "bağımlılık bozuklukları" ana başlığı altında oluşturulan ve "madde ile ilişkili olmayan bozukluklar" başlığı altında toplanan kategoridir. Bu kategoride şimdilik sadece kumar oynama bozukluğu tanımlanmıştır; ancak diğer davranışsal bağımlılıkların da eklenmesi beklenmektedir. Bunun dışında kafein ve kannabis yoksunluğu da DSM-5'te tanımlanmıştır. DSM-4'te "madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar" başlığı altında toplanan tüm bozuklukların DSM-5'te "madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları" adı altında toplanması bir diğer önemli değişikliktir (APA, 2000; APA, 2013). DSM-4'te iki kategoriye ayrılan madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı DSM-5'te "madde kullanım bozuklukları" başlığı altında birleştirilmiştir. Bu birleştirmenin sebebi madde bağımlılığının içinde zaten madde kötüye kullanım özelliklerinin olmasıdır. Madde kötüye kullanımındaki "yasal sorunlar yaşama" ölçütü çıkarılmış ve "aşerme ya da madde kullanımına yönelik güçlü bir istek ya da dürtü" ölçütü getirilmiştir. DSM-4'te yer alan "kötüye kulanım" kavramı DSM-5'te "hafif şiddette madde kullanım bozukluğu" olarak tanımlanmaktadır.

DSM–4 TR'ye göre madde kötüye kullanımının özelliği; tekrarlayan madde kullanımına bağlı yineleyen, önemli olumsuz sonuçlar olmasına karşın uyum bozucu bir madde kullanımının olmasıdır (APA, 2000). Maddeyle ilişkili sorun, aynı 12 aylık dönemde tekrar edici bir şekilde ortaya çıkmıştır ya da süreklidir. Kişi, yapmakta olduğu işleri yerine getirmekte güçlük yaşamaktadır, fiziksel olarak zarar göreceği koşullarda tekrar eden madde kullanımı, toplumsal ve kişilerarası alanlarda sorunlar ve bazen birden fazla yasal sorun yaşamaktadır. Ancak kişi kullandığı madde için bağımlılık ölçütlerini karşılamamaktadır (Chung ve ark, 2012). DSM-4 TR tartışılırken DSÖ madde kötüye kullanım kavramının madde bağımlılığı bulunmayan ancak toplumsal davranış bakımından madde ile ilgili kötü uyum gösteren durumları tanımlamak için kullanıldığı görülmüştür (APA, 2000). Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının 10. Baskısında (International Classification of Diseases-ICD-10), "zararlı madde kullanımı" kategorisi bulunmaktadır ve bu kavram zihinsel ya da fiziksel sağlık ile sınırlıdır. Çünkü ICD, belli bir maddeyle ilgili bir kullanım örüntüsünü onaylamamakta, yasal ya da evlilik sorunları gibi olumsuz toplumsal sonuçları zararlı kullanım için bir kanıt olarak yeterli görmemektedir (Jaffe ve Anthony, 2005). DSM-4'te kötüye kullanım kavramı bağımlılığın daha erken ve hafif dönemi olarak temellendirilmiştir. Pratikte ise kötüye kullanım ölçütleri bir hayli şiddetli olabilmektedir (APA, 2013b). DSM-4'e göre bağımlılığın iki ölçütünü karşılayan ancak kötüye kullanım ölçütlerini karşılamadığı için (sadece alkollü araç kullanan bir kişi kötüye kullanım tanısı alabiliyorken) madde kullanımı ile ilgili hiçbir tanı konulamayan "tanısal yetimler" mevcuttur (Peer ve ark, 2013). Bu nedenlerle madde kötüye kullanımı ve madde

bağımlılığı tanıları, DSM-5'te "madde kullanım bozuklukları" adı altında tek bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (APA, 2013). DSM 5'te, madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı, iki farklı tanı kategorisi olmaktan çıkarılmış ve her iki bozukluğun tanı ölçütleri madde kullanım bozuklukları tanısı altında toplanmıştır. Gene "madde ile ilişkili yineleyici biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar" ölçütü kapsam dışına alınmış, onun yerine daha önce olmayan ve "craving, madde kullanmaya yönelik güçlü bir istek ya da dürtü" tanı ölçütü olarak ilave edilmiştir.

DSM-5'te madde kullanımı ile ilişkili bozukluklara neden olan maddeler 10'a ayrılmıştır. DSM-5'teki sınıflandırma; alkol, kafein, esrar, halusinojenler (fensiklidin bu gruba dahil edilmiş ve grup kendi içinde "fensiklidin ve diğer halusinojenler" olarak ayrılmıştır), inhalanlar, opiyatlar, sedatif-hipnotik ve anksiyolitikler, stimulanlar (amfetamin, kokain ve diğer stimülanlar), nikotin ve diğer (ya da bilinmeyen maddeler) şeklindedir. DSM 5'te çoklu madde bağımlılığı tanısı bulunmamaktadır (Jaffe ve Anthony 2005, Hasin ve ark. 2013). Madde bağımlılığı için tanı ölçüt sayısı üçten ikiye düşürülmüştür (Hasin ve ark; 2013; NIH, 2015). DSM-5'te gidiş belirleyicileri; erken remisyon, kalıcı remisyon ve denetimli çevrede erken ve kalıcı remisyon şeklinde tekrar yorumlanmıştır. DSM-4'te erken remisyon demek için 1 aydan uzun, 12 aydan kısa süre içinde bağımlılık ya da kötüye kullanım ölçütlerinden hiç birini karşılamaması gerekirken, DSM-5'te bu süre 3 aydan uzun ve 12 aydan kısa olarak değiştirilmiştir. Ancak DSM-5 ile birlikte getirilmiş olan aşerme (craving) ölçütünün varlığı remisyon belirleyicisinin kullanılmasına engel değildir (Hasin ve ark, 2013). DSM-5'te fizyolojik bağımlılık gösteren ve fizyolojik bağımlılık göstermeyen belirleyicileri bulunmamaktadır (Hasin ve ark, 2013). Şiddet ölçütü, DSM-5'te yeni tanımlanmış bir belirleyicidir. Madde kullanım bozuklukları tanı ölçütlerinden 2-3 tanesinin karşılanması durumunda "hafif", 4-5 tanesinin karşılanması durumunda "orta", 6 ve daha fazlasının karşılanması durumunda "şiddetli" belirleyicisi kullanılmaktadır (APA, 2013; Hasin ve ark, 2013).

Kafein kullanım bozukluğu tanısı DSM-5'te de bulunmamakta; ancak kafein yoksunluğu tanımlaması bulunmaktadır. Kafein kullanımını bıraktıktan ya da azalttıktan sonraki 24 saat içinde; baş ağrısı, yorgunluk-uyuşukluk, disforik-çökkün duygu durum ya da kolay kızma, konsantrasyon güçlüğü ve grip benzeri belirtilerden (bulantı, kusma, kaslarda gerginlik ya da ağrı) en az üç tanesi mevcutsa kafein yoksunluğu tanısı konulabilmektedir (Hasin ve ark, 2013; APA, 2013; APA, 2013-b). Kafeinin kullanım bozukluğu, tütünün ise intoksikasyonu tanımlanmadığı için, bu iki madde hariç tüm madde intoksikasyonlarına "hafif şiddette kullanım bozukluğu ile", "orta ve ciddi şiddette kullanım bozukluğu ile" ve "madde kullanım bozuklukları olmaksızın" belirleyicileri tanımlanmıştır. Esrar, opiyat, amfetamin ve kokain intoksikasyonları algı bozukluğu ile giden ve algı bozukluğu olmayan olarak iki alt gruba ayrılmıştır. Yukarıda tanımlanan belirleyiciler bu iki alt grup için de geçerlidir (APA, 2013).

DSM-5'te esrar yoksunluğu ilk kez tanımlanmıştır. Bu tanıyı koymak için kişinin esrar kullanımını bıraktıktan yaklaşık bir hafta sonra; çabuk kızma, öfkelenme ve saldırganlık gibi belirtiler göstermesi gereklidir. Bu belirtilere ek olarak uyku sorunu yaşamalı, iştah azalması ve kilo kaybı olmalıdır. Madde almadığı için huzursuzluk, çökkün bir duygu durumu, bunların dışında karın ağrısı, sarsılma/titreme, terleme, ateş, ürperme, baş ağrısı gibi bedensel belirtilerden an az birini göstermeli ve tanı ölçütlerinden en az üçünü karşılanıyor olması gerekmektedir (APA, 2013, Hasin ve ark, 2013).

DSM-5'te fensiklidin intoksikasyonunda kullanılan "algı bozukluğu ile giden" belirleyicisi kaldırılmıştır. Sedatif-hipnotik-anksiyolitik yoksunluğu için "algı bozukluğu olan" ve "algı bo-

zukluğu olmayan" belirleyicileri kullanılmıştır. "Madde ile ilişkili olmayan bozukluklar" tanı grubu DSM-5'te yeni bir kategoridir ve sadece kumar oynama bozukluğunu içerir. Kumar oynama bozukluğunun DSM-5 ile sınıfı değişmekle birlikte tanı ölçütleri hemen hemen aynı kalmıştır (APA, 2000). Kumar oynama bozukluğu ilk kez DSM-3'te bir psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanmıştır (APA, 1980, Christensen ve ark, 2015). Daha sonra kumar bağımlılığı DSM-4'te başka yerde sınıflandırılmamış ve dürtü kontrol bozukluğu başlığı altında yer almıştır (Christensen ve ark, 2015). DSM-5 ile birlikte ise madde ile ilişkili ve bağımlılık bozuklukları ana kategorisinin "madde ile ilişkili olmayan bozukluk" başlığı altına taşınmıştır. Kumar oynama bozukluğu bu grupta sınıflanan tek davranışsal bağımlılıktır (Christensen ve ark. 2015). Kumar bağımlılığı tanısı için DSM-5'e göre 9 ölçütten 4'ü tanı koymak için yeterlidir. Şiddet belirleyicisi açısından: 4-5 ölçütle "hafif", 6-7 ölçütle "orta", 8-9 ölçütle "şiddetli" kumar oynama bozukluğu tanısı konulabilmektedir. Ayrıca "dönemsel" ve "sürekli" diğer belirleyicilerdir. Madde ile ilişkili bozukluklarda olduğu gibi "erken" ve "tam remisyon" belirleyicileri de tanımlanmıştır (APA, 2013; Hasin ve ark, 2013).



Şekil 2. Birçok uyuşturucu ve uyarıcı madde vardır.

DSM-5'te madde/ilaç kullanımının yol açtığı ruhsal bozukluklar içinde, obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar ve bipolar bozukluklar yer almaktadır. DSM-5'te madde/ilaç kullanımının yol açtığı depresif bozukluklar ve madde/ilaç kullanımının yol açtığı duygu durum bozuklukları tanımlanmıştır. Madde kullanımının yol açtığı obsesif kompulsif bozukluk ilk defa DSM 5'te tanımlanmıştır. Her bir bozukluk ilişkili bölümde tanımlanmaktadır (APA, 2013). DSM-5 Madde bağımlılığı tanı ölçütleri aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 2. Madde Kullanımı ile İlişkili Bozukluklar İçin DSM-5 Tanı Kriterleri

On iki aylık bir süre içinde aşağıdaki işlev kaybına neden olan sorunlu davranışlardan en az ikisi ile kendini gösterir:

1. Görevlerini aksatma,
2. Yineleyen biçimde ve tehlike yaratacak şekilde madde kullanmaya devam etmek,
3. Madde kullanımına bağlı tekrar eden ilişki sorunları yaşamak,
4. Madde kullanımın yarattığı sorunlara rağmen madde kullanmaya devam etmek,
5. Tolerans gelişimi,
6. Yoksunluk belirtileri,
7. Niyet ettiğinden daha fazla miktarlarda ve daha yüksek oranlarda madde kullanmak,
8. Başarısız kontrol etmek ve bırakma girişimleri,
9. Maddeyi bulmak ve kullanmak için zaman harcamak,
10. Madde kullanımı nedeniyle sosyal yaşantının, iş yaşantısının zarar görmesi,
11. Maddeyi kullanma konusunda güçlü istek duymak.

UYUŞTURUCU VE UYARICI MADDELER VE ÖZELLİKLERİ

Esrar

Esrar; ilk çağlardan beri kullanılan, günümüzde ülkemizde ve dünyada yaygınlığı gittikçe artan bu nedenle önem kazanan maddelerden bir tanesidir. Esrar, hint kenevirinden elde edilmektedir. Kurutulmuş ve parçalanmış yaprakları, tohumları, toz hâlinde veya pres yapılarak oluşturulmuş kalıplar hâlinde satılmaktadır. Sigara gibi sarılarak ya da sigara tütünün içine karıştırılarak içilmektedir. Esrarın etkileri, vücuda girdikten yaklaşık 10-30 dakika sonra başlamakta ve üç saate kadar devam etmektedir. Esrar alındığı zaman vücutta yağ dokusunda birikmektedir. Bunun sonucunda esrar alındıktan bir hafta sonra bile, etkin maddenin %50'si hâlâ bedende bulunmaktadır. İçildikten sonra çoğunlukla gevşeme, taşikardi, konuşkanlık kendini iyi hissetme, müzik ve renk algısında artma, zaman algısında ise değişmeler gelişmektedir. Esrar kullanımını takiben kişinin refleksleri bozulmakta, araba kullanamaz hâle gelmekte, dikkat gerektirecek işleri yapamaz durumda olmaktadır (Ögel ve ark., 2001). Kronik kullanımlarda ise psikomotor aktivitelerde azalma ve yavaşlama, isteksizlik gibi distimik bozukluğa benzer bir tablo ortaya çıkmaktadır. Esrarın bellek üstüne etkisi çok fazladır. Uzun süreli esrar kullanımı bireylerin düşünme, öğrenme ve sorun çözme becerilerini azaltmaktadır. Bu etkileri özellikle ergenlerde daha belirgindir. Ergenlik döneminde esrar kullanılması psikososyal işlevler üstünde olumsuz etki yaratmaktadır. Esrarın, sigara ile karşılaştırıldığında beş kat daha fazla akciğer kanserine neden olduğu yapılan araştırmalarda görülmektedir. Uzun süre esrar kullanımı bronşit ve akciğer kanseri gibi solunum yolları hastalıklarına da yol açabilmektedir. Vücuttaki bu olumsuz etkilerinin yanında esrar tıbbi olarak da kullanılmaktadır. Özellikle AIDS ve kanser hastalarında iştah artışını sağlamak için doktor kontrolünde kullanımlar mevcuttur. Ek olarak yine kanserle ilişkili bulantı ve kusma şikâyetlerini azaltmak içinde kullanılmaktadır. Esrar genellikle bağımlılık yapıcı bir madde olarak kabul edilmemektedir. Ancak esrar bağımlılık yapmaktadır. Esrar, diğer uyuşturucu ve uyarıcı maddelere geçiş maddesidir. Esrar kullanan kişi, ileride diğer maddelere alışabilmekte ve onları kullanabilmektedir. Dünyada sadece Hollanda'da esrar kullanımı yasaldır ve kontrollü olarak satılmaktadır. Son yıllarda esrar kullanımının psikoza yol açtığı bulunmuştur. Esrar kullananlarda, esrar kullanmayanlara göre şizofreni gelişme riski yedi kat daha fazladır (Ögel ve ark., 2001).



Şekil 3. Esrar yaprağının görünüşü

Alkol

Alkol kullanımının tarihi, insanlık tarihi kadar eskilere gitmektedir. İlkel çağlarda dinsel törenlerde alkol kullanıldığı bilinmektedir. Yine "Hammurabi Kanunları"nda alkol ile ilgili kanunların olduğu eski çağlarda alkolün kullanıldığının kanıtıdır. Günümüzde ise çok yaygın kullanılan bir maddedir bunun nedeni ise alkolün yasal bir madde olmasıdır. Alkol, yaygın olarak kullanılan yasal bir madde olmasına rağmen bağımlılık yapıcı etkisi yüksektir. Alkol, yasal bir madde olduğu

için insanlar bu maddeyi kullanmaktan genelde çekinmemektedir. "Standart içki" adı verilen bir terim bulunmaktadır. Örneğin, bir standart içkiye denk düşen bir bardak bira, bir tek kadeh rakıya, cine, votkaya, viskiye ya da bir kadeh şaraba eşittir. Belirli bir düzeyin üstünde alkol kullanımı kişiye sosyal ve bedensel zararlar vermektedir. Yarattığı en önemli ruhsal sorunlardan birisi de bağımlılıktır.

Erkekler için haftada 21, kadınlar için haftada 14 standart içkiden fazla kullanılan alkol kişi için ruhsal ve fiziksel açıdan riskli bir kullanımı işaret etmektedir. Bir kişi alkol kullandıktan sonra aldığı alkolün %20'si mideden ve %80'i ise ince bağırsaktan emilir. Eğer alkol besin ile alınır ise alkol emiliminde yavaşlama görülür. Bu sebeple alkol kullanan kişiler genellikler alkolü aç karnına alırlar. Alkolün %90'ı karaciğerde oksidasyon yoluyla metabolize olur geri kalan %10'u herhangi bir değişime uğramadan idrar, ter ve solunum yolu ile atılır.

Alkol alımı beyinde üst merkezlerin denetimini zayıflatır. Bunu nedeni korteks hücreleri üzerine inhibitör etki yapmasıdır. Alkolün kanda artması ile alt merkezlerde de etki başlayınca uyanıklık azalır ve davranışlar iyice etkilenir. Toplumda alkol kullanımı hakkında yanlış inançlar bulunmaktadır. Örneğin, alkolün uykuyu getirdiğine inanılması gibi; hâlbuki alkol, yarattığı gevşekliğin etkisiyle kişiye uyku verebilir ancak insanın uyku düzenini ve kalitesi bozmaktadır. Alkol kişi üstündeki sosyal baskıları kaldırdığı için cinsel olarak bir rahatlama verdiği düşünülmektedir ama alkolün sosyal çevre ve hatta cinsel güç üstüne olumsuz etkisi vardır (Sadock ve Sadock, 2003). Alkol; mide barsak sorunlarına, yutak borusu hastalıklarına, gastrite, ülsere, pankreas iltihabına, karaciğerde yağlanma ve büyümeye, hepatite, siroza, beslenme bozukluklarına, vitamin eksikliklerine, kansızlığa, bağışıklık sisteminin baskılanmasına, sinir sistemi hastalıklarına, ellerde ayaklarda uyuşmaya, karıncalanma ve felce yol açmaktadır (Ögel ve ark., 2001; Sadock ve Sadock, 2003).

Alkol kullanım bozukluğunun nedeni ile ilgili yapılan çalışmalar bizlere alkol kullanımında genetik etkilerin olduğu göstermiştir. Kromozom 2, 6, 16, Dopamin D2 reseptör ile ilişkili çalışmalar kişilerin alkolizme yatkınlık sağladığı hakkında bizlere bilgi vermektedir. Ayrıca tek yumurta ikizleri üzerinde yapılan çalışmalar yine genetik faktörlerin alkol kullanımına yatkınlığı etkilediğini göstermiştir. Alkol bağımlısı bir ailenin çocuğunun alkol kullanma olasılığı normal popülasyondaki bir ailenin çocuğundan dört kat daha fazladır. Genetik faktörlerin yanı sıra ulaşılabilirlik, yaygınlık, akran grubunu gibi çevresel etkenler de alkol kullanımı üzerinde etkilidir. Çevresel ve genetik faktörlere ek olarak anksiyete, depresyon vb. ruhsal bozukluklarında alkol kullanımı üzerinde etkileri mevcuttur.

VAKA ÖRNEĞİ 1

34 yaşında erkek danışan, alkol kötüye kullanımı nedeniyle başvurmuştur. Kendisi ve ailesi ile yapılan görüşme sonucunda günlük kullanımının standart içki protokolüne göre günlük yaklaşık 18 adet olduğu görülmüştür. Görüşme sırasında yoksunluk belirtilerini yoğun yaşadığı, öğleden sonra başlayan alkol kullanımın gece geç vakte kadar devam ettiği saptanmıştır. Psikiyatriste yönlendirilerek yoksunluk belirtilerinin ve kullanım isteğinin azaltılması için ayaktan ilaç takibine başlanmıştır. Ancak danışan alkol kullanımını sürdürmekte ve alkol etkisi altında araba kullanmaktadır. Bu şartlar altında ailesinin isteği ile hastane yatışı yapılmış ve takibi devredilmiştir.

Uçucu Maddeler

Uçucu maddeler, ucuz olması ve kolay ulaşılabilir olması sebebi ile ciddi problem olma yolunda daha hızlı ilerlemeye başlamıştır. Uçucu maddeler, bağımlılık yaratan bir grup olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu maddeler; uçucuları, çözücüleri, gazları ve nitritleri içermektedir. Ağız ya da burun yolu ile solunmak şeklinde kullanılırlar ve hızlıca beyne etki ederler; entoksikasyonları alkolle benzerlik gösterir (Kurtzman ve ark., 2001). Uçucu madde emdirilmiş bezin solunması, uhu içeren bir torbanın koklanması, plastik torbaya sıkılan maddenin buharının solunması uçucu kullanımındaki yaygın yöntemlerdendir.

Uçucu madde dendiği zaman binden fazla madde bu sınıfın içine girebilir ve bu maddeler evlerde her gün kullandığımız malzemelerin içinde bulunmaktadırlar (örneğin; yapıştırıcılar, ısınmak için kullanılan yakıtlar, gaz yağları, temizlik malzemeleri ve boyalar). Aileler alkol kullanımı, tütün ürünleri kullanımı ya da madde kullanımından endişe duyarlarken her yıl değişen yaş gruplarından çocuklar ve ergenler uçucu maddeleri kullanmaya ve bağımlılık geliştirmeye başlamaktadır (SAMHSA, 2003). Çözücüler ve uçucular ise ojeler, asetonlar, gaz yağları, boya, boya incelten tiner, plastik yapıştırıcılar, parlatma cilaları...vb. maddeler ile günlük kullanımda elimizin altında bulunuyorlar. Kullanıcıların uyuşturucunun etkisini kontrol edebildikleri için uçucu maddeleri tercih ettikleri söylenmektedir. Etki kaybolmaya başladığında, sadece bir ya da iki kez daha maddeyi içlerine çekmeleri, istedikleri hissi yakalayabilmeleri için yeterli olmaktadır (Kurtzman ve ark., 2001).

Uçucu maddeler, genellikle anestetikler ile aynı etkiyi göstermektedirler, yani vücut sistemini yavaşlatırlar. Kullanıcılarda ani koklama nedeni ile ölüm görülebilmektedir (Garriot, 1990). Uçucu madde, genellikle merkezi sinir sistemini etkiler. Uçucu madde, hızla akciğerlerde absorve olur ve hızla beyne ulaşır. Bunun dışında kalbe, böbreklere, karaciğere, kemik iliğine ve diğer organlara zarar vermektedir. Etkileri kullanıldıktan beş dakika sonra görülmeye başlar ve etkisi 30 dakikadan uzun saatlere kadar çıkabilir (Boztaş ve Arısoy, 2010). Bu, uçucu maddenin türüne ve ne kadar uçucu madde kullanıldığına bağlı olarak değişir. Örneğin, 15-20 nefes çekilmiş %1'lik bir gazın etkileri en yüksek seviyede saatlerce kalabilir. Madde kullanıldıktan 4 ila 10 saat arasında kanda bu maddenin tespiti mümkündür (Sadock ve Sadock, 2003). Hamileler üstünde yapılan araştırmalarda gebelik süresince uçucu madde kullanan annelerin çocuklarında fetal gelişimde problemler görülmektedir. Hamilelikte kullanılan uçucu maddenin bebeğe etkileri kronik alkol kullanımı sendromunun özellikleri ile aynıdır (Griffin ve ark., 1987).

Yaygın olarak kullanılan uçucu maddeler: Boyalar ve boyalarda kullanılan tiner, bali gibi yapıştırıcılar, çakmak gazı olarak kullanılan bütan gazı, kuru temizlemede kullanılan kimyasal maddeler, benzin, yazı yazarken yapılan hataları silmekte kullanılan silicilerdir. Uçucu maddeler kullanıldığında neşe hâli, sakinlik duygusu verebilir, bazı hayaller görülmesine yol açabilir. Etkileri arasında ciddi bir sarhoşluk, denge bozukluğu, yürüme güçlüğü sayılabilir (Ögel ve ark., 2001). Uçucu maddeler beyin üstüne doğrudan toksik etki yaptığı için kullanımı oldukça zararlıdır.

Frontal korteks işlevlerin üstünde olumsuz etkileri vardır. Öğrenme ve algı üstüne olumsuz etkileri nedeniyle çocuk ve ergenlerin kullanması sorunu artırmaktadır. Bağımlılık potansiyelleri de yüksektir. Uçucu madde koklayanlarda ani ölümler sıklıkla meydana gelir. Ani ölümler, beyin ve kalp üstüne olan etkilerinden dolayı ortaya çıkar. Uçucu madde kullanıcıları arasında saldırgan davranışlar sık olarak gözlemlenir. Uçucu maddelerin sadece sokak çocukları ara-

sında kullanıldığı düşüncesi yanlıştır. Bu maddeler artık her yaşta ve sosyoekonomik düzeyde kullanılan bir madde hâline gelmiştir (Ögel ve ark., 2001).

VAKA ÖRNEĞİ 2

17 yaşında erkek danışan, arkadaşlarıyla birlikte veya tek başına çakmak gazı tüpü solunumu yapmakta bunun dışında alkol ve esrar kullanımı nedeniyle ailesinin isteği üzerine terapiye gelmiştir. Kendisi ile yapılan görüşmelerde lise birinci sınıftan terk olduğu görülmüştür. Daha önce iki kez hastane yatışının olduğu öğrenilmiştir. Görüşmeler sırasında babasısın da alkol kullandığını bunun dışında alkol bağımlısı amcası ve esrar-alkol bağımlılığı olan diğer bir amcasının daha olduğu öğrenilmiştir. İlk alkol kullandığında 12 yaşında olduğunu söylemektedir. Madde alacak kadar parası olmadığı için çakmak gazı aldığını bir kutu çakmak gazının iki saat keyif verdiğini bu yüzden günde üç tüp çakmak gazı kullandığını bunun yanında günde 3-4 şişe alkol tükettiğini bildirmiştir. Madde kullandığı zamanlarda bu dünyadan başka bir alana gittiğini söylemiştir. Madde kullandığı zaman işitsel ve görsel halüsinasyonların fazla olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca bağımlılığın sebebinin aile içi problemler, arkadaşlar arasında yaygın kullanım, aile içinde rol modellerin uygun olmaması, boş zamanlarında kendini tatmin edecek etkinliklerden yoksun olması düşünülmektedir.

Eroin

Eroin, açık kahverengi ya da beyaza yakın toz şeklinde satılan bir maddedir. Eroinin satılığı arttıkça rengi beyazlaşmaktadır. Küçük torbalar hâlinde satılmaktadır. "Toz", "Beyaz", "H (eyç)" adları ile anılmaktadır. Eroin, afyondan elde edilmektedir. Sigara tütününe karıştırılarak içilmesine koreks adı verilmektedir. Alüminyum folyo üstünde ısıtılarak buharının içe çekilmesine "kaydırma" adı verilmektedir. Kaşık içinde kaynatılıp, enjektör yolu ile damar içine verilebilir (Ögel ve ark., 2001). Bir iki haftalık bir dilimde düzenli kullanıldığında bağımlılık hızlıca oluşturmaktadır. Bazı kişilerde ilk kullanımdan sonra bile bağımlılığa neden olabilmektedir. Çok hızlı tolerans geliştirmektedir. Bu nedenle doz artırımı çok ileri ve öldürücü düzeylere kadar varabilmektedir. Hareket ve konuşmada yavaşlama, rahatlama, gevşeme ve sıcaklık hissi, yüzde kırmızılık, göz bebeklerinin küçülmesi eroin alımını takiben ortaya çıkan belirtilerdir. Bu kişilerin beslenmeleri yetersiz olduğu için sağlıkları bozulmaktadır.

En önemli yan etkilerinden biri enjektör paylaşımı ile ortaya çıkmaktadır. Bu AIDS, Hepatit gibi bulaşıcı hastalıkları kapma riskidir. Eroinin etkisi altı sekiz saat içinde ortadan kalkmata ancak şiddetli yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaktadır. Bunlar arasında şiddetli kas ağrıları ve kramplar, uykusuzluk, gözde yaşarma, burun akıntısı, ishal sayılabilir. Yoksunluk belirtilerini gidermek için kişiler altı saatte bir eroin dozunu yinelemek zorunda kalır. Eroin yüksek dozda alındığında ölüm ile sonuçlanabilir. Göz bebeklerinin toplu iğne başı kadar küçük olması, solunumun yavaşlaması ve koma hâli, bu durumun belirtileridir (Ögel ve ark., 2001).

Kokain

Kokain, beyaz renkli, toz şeklinde bir maddedir ve koka bitkisinden elde edilmektedir. Kokainin tarihçesine baktığımızda 1857'de Almanya da izole edilmiştir ve yıllar boyunca lokal anestetik olarak kullanılmıştır. Çoğunlukla buruna çekilerek kullanılır. Buharının içe çekilmesi, sigara ya da enjeksiyon tarzında da kullanılabilinir. Kokainin fiyatı oldukça yüksek olduğu için, genellikle yetişkinler ve ekonomik durumu iyi olan bireylerin kullandığı bir maddedir. Bağımlılık yapıcı etkisi çok fazladır. Tek bir kullanımdan sonra bile bağımlılık yapabilir.

Etki mekanizmasına bakıldığında periferdeki sinirlerde uyarılmayı ve iletimi engellediği, sinir uçlarındaki katekolamin geri alınımını ve sinapslardaki dopamin geri alınımını engellediği ve hatta serotonin üzerinde etkiye sahip olduğu görülmektedir bu sebeplerden dolayı kokain alındığında kişi uyarılır, canlanır, iştahta azalma ve öfori yaşar. Ek olarak kişi kendini iyi hisseder. Ancak bu etkileri kısa sürelidir ve bir saat içinde sonlanır. Etkileri sonlandıktan sonra 15-16 saat süre yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaktadır. Yoksunluk belirtileri arasında: ruhsal çöküntü, hâlsizlik, güçsüzlük, çok uyuma, mutsuzluk hâli sayılabilinir. Eğer bu madde uzun süredir kullanılıyorsa bu etkiler bir hafta sürmektedir.

Kokainin çoğu karaciğerde metabolize olur, geri kalan küçük bir kısmı ise değişime uğramadan idrar yoluyla vücuttan atılır. Fakat vücuttun tamamen yok olması hemen gerçekleşmez. Yapılan tahliller de iki hafta içerisinde dahi kişinin idrarında kokain tespit edilebilir. Uzun süreli kokain kullanımı birçok ciddi ve istenmeyen etkilere neden olabilir (Ögel ve ark., 2001). Bu etkiler: burun kanamaları, beyin damarlarında tıkanma, beyin kanaması, cinsel iktidarsızlık, migren tipi baş ağrılarıdır.

Amfetaminler

Ülkemizde kullanımı yaygın olmayan amfetaminler, hap ya da beyaz toz hâlinde bulunmaktadır. Farklı kullanım yöntemleri mevcuttur. Örneğin, ağızdan alınabilinir, buruna çekilebilinir, damar yolu ile kullanılabilinir. Ağızdan alındıktan sonra bir saat içerisinde etki gösterebilir. Amfetaminler ülkemizde yoğun olarak uyarıcı amaçlı kullanılmaktadır.

Bu maddeler kullanıcılar tarafından genellikle performans artırıcı ve keyif verici etkilerinden dolayı tercih edilmektedir. Sınavlara hazırlanan öğrencilerde, uzun yol şoförlerinde, zamanında yetiştirilmesi gereken işleri olan kişilerin amfetamin kullanımlarının olduğu görülmektedir (Sadock ve Sadock, 2003). Uzun süreli amfetamin kullanımından sonra şizofreni benzeri bir tablo gelişebilmektedir. Yoksunluk belirtileri arasında sıkıntı, mutsuzluk ve çöküntü hâli, güçsüzlük, hareketsizlik, kabuslar, fazla uyuma, baş ağrısı, terleme, mide ve kas krampları sayılabilinir. Amfetamin kalp damarlarının tıkanmasına, beyin damar hastalıklarına, şiddetli hipertansiyona ve neden olmaktadır (Ögel ve ark., 2001). Özetleyecek olursak küçük doz kullanımlarda kişilerde dikkat ve uyarılmışlıkta artışa, uyku ve iştahta azalmaya ağrı eşiğinde ise yükselmeye neden olmaktadır. Fakat uzun süreli kullanımlarda veya yüksek doz kullanımlarda depresif özellikler ile birlikte, taşikardi, çarpıntı gibi semptomlara ek olarak şiddetli hipertansiyon, koma gibi daha ciddi durumlara da sebep olabilmektedir.

Sigara ve Tütün

Tütün kullanımının tarihçesine baktığımızda ilk olarak Amerika kıtasındaki yerliler tarafından kullanıldığı düşünülmektedir. Avrupalı kaşiflerin Amerika kıtasını keşfetmesinden sonra Avrupa kıtasında da kullanılmaya başlanmıştır ve özellikle Fransa başta olmak üzere kullanım yaygınlığı gittikçe artmıştır. Dünyada en yaygın kullanılan bağımlılık yapıcı maddedir. Tütün kullanımını bırakanların yaklaşık %70'i üç ay içinde tekrar kullanmaya başlamaktadır. Bu oran bize tütünün güçlü bir bağımlılık yapıcı madde olduğunu göstermektedir. Tütün yandığında kül dışında ortaya üç önemli bileşen çıkmaktadır bunlar: katran (birçok kanser yapıcı madde içerir), nikotin (uyarıcı bir maddedir) ve karbon monoksitti. Sigara, dünyada meydana gelen ölümlerin ana nedenlerinin başındadır. 2000 yılından sonra yapılan araştırmalarda dünyadaki ölüm nedenlerinin başında tütün kullanımın yer aldığı görülmektedir. Bu nedenle ülkeler sigara kullanımını kısıtlama ya da yasaklama eğilimindedir. Sigaranın bağımlılık dışında birçok farklı hastalığa yol açtığı bilinmektedir. Sigara kullanımının kalp damarlarında tıkanıklığa yol açtığı ve kalp hastalıklarının %30'unda sigaranın etken olduğu gösterilmiştir. Sigara kullanımı bronşların daralması ile giden akciğer rahatsızlıklarına, beyin damarlarında tıkanmaya ve buna bağlı felçlere yol açmaktadır.



Şekil 4. Sigara, bağımlılık yapıcı bir maddedir.

Akciğer kanserlerinin %80-90'ı tütün kullananlarda görülmektedir. Akciğer kanseri daha çok katran ile ilişkilidir. Bunun dışında tütün içenlerde mesane kanseri görülme oranı kullanmayanlara göre iki kat daha yüksektir. Gebelikte sigara ya da tütün kullanımı erken doğuma, bebek ölümüne ve düşük doğum ağırlığına neden olmaktadır (Ögel ve ark., 2001). Sigara sadece içenlere zarar vermemektedir. Aynı zamanda yanan dumanı sigara içilen alanda bulunan diğer insanlara da zarar vermektedir. Sigara içilen ortamda bulunan insanlar aynı sigara içenler gibi akciğer rahatsızlıkları ve kanser riski ile karşı karşıyadır.

Ecstasy

Ecstasy, genellikle tablet ve kapsül şeklinde satılan bir uyarıcı maddedir. Beyaz, kahverengi, pembe ya da sarı tabletler ya da kapsüller şeklindedir. Bazılarının üstünde kuş, kalp gibi resimler vardır. "007, Mitsubishi, roket, pil, beyaz kumrular" adlarıyla anılmaktadır (Ögel ve ark., 2001). Ecstasy'nin etkisi 20 dakika içinde başlamakta ve birkaç saat sürmektedir. Kullanıldıktan sonra enerji artışı, canlılık, karşı cinse karşı yakınlık hissi, algılamada artma ortaya çıkmaktadır. Ecstasy etkisi altında iken araba kullanmak tehlikelidir. Etkileri amfetaminlere ve halüsinojenik maddelere benzemektedir. Uykusuzluk ve geçici paranoyaya (aşırı kuşkuculuk) neden olabilir. Kalp rahatsızlığı, yüksek tansiyon, sara hastalığı olanların bu maddeyi kullanmaları ciddi sorun-

lara neden olmaktadır. Aşırı hareketten dolayı su kaybı, beden ısısında aşırı yükselme ölüme yol açabilmektedir. Böbrek ve karaciğer üstüne yan etkileri olduğu da bildirilmiştir (Ögel ve ark., 2001; Sadock ve Sadock, 2003).

VAKA ÖRNEĞİ 3

13 yaşında bir öğrenci, devam ettiği okulun rehber öğretmeni tarafında okulda yaşadığı uyum problemleri, okulda gösterdiği zarar verici davranışlar ve madde kullanım nedeni ile psikolojik destek alması için gönderilmiştir. Yapılan görüşmeler sonunda edinilen genel kanı akademik başarı düşüklüğü, okula ve arkadaş çevresine adaptasyonda zorluklar yaşaması, kurallara uymada zorluk çektiği, kendine zarar verme davranışının görüldüğü yönündedir. Anne ve babasının boşanmış olmasının psikolojik sağlığı ve genel gelişimi üstünde bazı olumsuz etkiler bıraktığı düşünülmektedir. Psikolojik destek amaçlı, öfke kontrolü, genel ergenlik bilgilendirme, arkadaş ilişkileri, okul başarısı ve okuldaki tutumları, aile problemleri ve bunlar hakkındaki düşünceleri, problemler ile baş etme becerileri, sağlıklı yaşam becerileri başlıkları hakkında görüşme yapılmış ve madde bağımlılığı için bir psikiyatrist ile görüşmelere devam etmesi istenmiştir.

İlaç Olarak Kullanılan Ancak Bağımlılık Yapabilen Maddeler

Bazı maddeler ilaç olarak kullanılmakta ve eczanelerde yeşil ya da kırmızı reçete ile satılmaktadır. Bunlar doktor kontrolünde yazılan ve kullanılan ilaçlardır ancak doktor önerisi dışında kullanıldıkları taktirde bağımlılık yapabilmektedir (Ögel ve ark., 2001). Sık olarak kötüye kullanılan ilaçlar şunlardır: Diazem, Nervium, Tranxilene, Ativan, Rivotril, Akineton Rohypnol, Lomotil gibi ilaçlardır. Bu ilaçlar kullanıldıkları zaman sedasyon adı verilen gevşeme ve rahatlama duygusu vermektedir. Bunlar tek başlarına kullanıldıkları gibi, diğer uyuşturucu maddeler ile birlikte ek madde olarak da kullanılabilmektedir. Bu ilaçlar yüksek doz alındığında yoğun bir uyku hâline neden olmaktadır. Solunumun baskılanmasına ve ölüme yol açabilmektedir. Alkol ile birlikte kullanıldıkları zaman bu etkileri daha da artmaktadır. Refleksleri ileri derecede bozduğu için dikkat gerektiren işlerin (araba kullanmak gibi) yapılması sakıncalar doğurmaktadır. Yüksek dozlarda kullanıldıktan sonra aniden kesildikleri zaman sara (epilepsi) nöbetleri ortaya çıkabilmektedir (Ögel ve ark., 2001).

MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNUN EPİDEMİYOLOJİSİ

Madde kullanım yaygınlığı hakkında daha kapsamlı bilgiler edinmek, koruyucu ve önleyici çalışmaların planlanması ve uygulanması için gereklidir. Bu tür araştırmaların yıllar içinde yinelenmesi madde kullanım yaygınlığının artış hızını göstermede yararlı olacaktır. Ancak madde kullanım bozukluklarının yaygınlığını değerlendirecek epidemiyolojik araştırmaların yapılması çeşitli zorluklar taşımaktadır. Bunun başlıca sebeplerinden birisi madde kullanım bozukluğuna neden olan maddelerin yasal olmamasıdır ve bu sebepten dolayı madde kullanan kişiler

kendilerini gizleme eğilimindedir. Bir diğer zorluk ise madde kullanan kişilerin araştırma anketlerine dürüst cevap vermemeleridir. Madde kullanım bozukluğunun yaygınlığın saptanmasında metodolojik zorluklarla da karşılaşılmaktadır. Madde kullanan kişi sayısı genel nüfus içerisinde küçük bir grubu oluşturmaktadır ve küçük gruplara ulaşmak zor olabilmektedir. Ek olarak, madde kullanımı belli bölgelerde yoğunken belli bölgelerde daha seyrektir ve bu durum genel dağılımı bozmaktadır (Ögel, 2005).



Şekil 5. Eroin resmi ve kullanım ritüeli.

Yukarıda sayılan nedenlerden dolayı özellikle ülkemizde geniş katılımlı bir yaygınlık çalışmalarının sayısı azdır (Ceyhun, Oğuztürk ve Ceyhun, 2001). Işıklı ve arkadaşları (2002) tarafından 12 ilde gerçekleştirilen çalışma sonucunda hayatlarında en az bir kez madde kullandığını belirten kişilerin oranı %1,3'tür. Ayrıca çalışmada erkek popülasyonunda madde kullanım yaygınlığı kadınlardan yüksek çıkmıştır. Madde kullanım yaygınının 15-24 yaş aralığındaki bireylerde: 25 yaş üstü bireyelere oranla daha yüksek olduğunu gösteren araştırmalar vardır (Işıklı ve ark. 2002). Bunu ergenlik dönemi ve genç yetişkinlik başlangıcından olan bireylerin madde kullanımına duyduğu merak ve çevresel etkilerle açıklamak doğru olabilir. 25 yaş üstü bireyler ise iş yaşamına başlamaya hazırlanan ve daha fazla sorumluluk alan bireyler olma eğilimindedirler (Ünüvar, 2018).

Ülkemizde madde kullanımının yaygınlığı hakkındaki en kapsamlı çalışma, TUBİM tarafından 2011 yılında gerçekleştirilmiştir ve çalışma 25 şehirde yürütülmüştür. Çalışma sonuçlarına göre ülkemizde 15-64 yaş grubu aralığında yasa dışı maddeleri en az bir kez deneme oranı %2,7 olarak bulunmuştur. Bu oran kadın popülasyonda %2,2 iken, erkek popülasyonda %3,1 dir. Ayrıca çalışmanın diğer bir sonucu ise madde kullanım yaygınlığının 15-34 (genç yetişkin) yaş aralığında olan kişilerde, genel nüfusa göre daha yüksek olduğudur (TUBİM, 2012).

Alkol kullanım epidemiyolojisi

Alkol kullanımı ve buna bağlı sorunlar geçtiğimiz son 25-30 yıl içinde önemli artış göstermiştir. Dünya genelinde alkollü içkilerin üretiminde büyük bir atış ile karşılaşılmıştır. Bu artış özellikle gelişmekte olan ülkelerde belirgindir (WHO, 2016). 1977 yılında ABD'de yapılan bir araştırmada erkeklerin %86,6 sı, kadınların ise %77,5 i alkol kullanmaktadır. Yine ABD'de yapılan bir çalışmada alkol bağımlılığı %10 civarında bulunmuştur. Türkiye'de büyük ölçekli olmayan çalışmalara göre alkol bağımlılığı %0,8-2 arasında değişmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından Türkiye'de yürütülen çalışma sonucuna göre 18 yaş üstü nüfusta yaşam boyu alkol kullanmama oranını %81,1 (erkeklerde %65,9 ve kadınlarda %92,4); ağır ve zararlı içme yaygınlığını %1,1 (erkeklerde %1,9 ve kadınlarda %0,5); olarak bildirilmiştir (Binay ve ark, 2014). Güncel kayıtlara bakıldığında ise, başka bir çalışmada Türkiye'de 2004-2015 yılları arasındaki alkollü

içki tüketimi araştırılmıştır. 2004-2015 yılları arasında en düşük kişi başına tüketim 1,31 litre saf alkol ile 2005 yılında; en yüksek saf alkol tüketimi ise 1,55 litre ile 2012 yılında görülmüştür. 2015 yılında ise kişi başına saf alkol tüketimi 1,39 litredir (Buzrul, 2016). 2014 yılında yapılmış araştırmaya göre kadınların %14,9'u, erkeklerin %41,2'si alkol kullanmayı denemişken, hâlen kadınların %4,2'si, erkeklerin %15,8'i alkol kullanmaktadır (Binay ve ark, 2014). Ögel ve arkadaşları tarafından yapılan ve 15 ilde gerçekleştirilen araştırmanın sonucuna göre, 15-17 yaşları arasındaki 20.000 öğrenci arasında, son bir ay içerisinde alkol kullanımı %17,3 olarak bulunmuştur (Ögel ve ark. 1998). 2010 yılında Ankara'da yapılan bir çalışmada elde edilen bulgulara göre katılımcıların %17,1'i son bir yıl içerisinde alkol kullandıklarını belirtmişlerdir (Tunçoğlu, 2010).

Ülkemizde büyük kentlerde küçük ölçekli yapılan epidemiyolojik çalışmalar alkole başlama yaşının 12'lere kadar indiğini göstermektedir. En çok başlama 15-22 yaş arasında olmakta ve daha çok erkekler alkole başlamaktadır. Elde edilen veriler alkol bağımlılığı için %0,8-1,6-2 gibi rakamlar vermektedir (Karakuş ve Ark., 2012).

Kafein epidemiyolojisi



Şekil 6. Kafein, bağımlılık yapıcı maddeler içinde değerelendirilmektedir.

Dünyada en yaygın kullanılan psikoaktif madde kafeindir. Bir fincan normal kahvede 85-120 mg, kolada ise 20 mg kafein vardır. ABD'de 1980 yılında yapılan bir çalışmada nüfusun %80'inin düzenli kahve içicisi olduğu ortaya konulmuştur. 1991'de ABD'de bu oran %53'e düşmüş, ancak orta ve güney Amerika ve Avrupa'da bu oranlar artmıştır. Tiryakiler genelde günde 2-3 fincan kahve içerken, 500-600mg/gün kafein alanlar da vardır. Kafein tüketenler kafeinin %50'sini kahve dışı içeceklerle tüketmektedirler (Arıkan ve ark, 2012).

Esrar (Kannabis) kullanım epidemiyolojisi

Alkol ve tütünden sonra tüm dünyada en sık kullanılan keyif verici madde esrardır. Çoğu Avrupa ülkesinde, rapor edilen uyuşturucu kanunu suçlarında en çok bahsi geçen yasa dışı uyuşturucu esrardır. Bu durumun geçerli olduğu ülkelerde, 2005 yılında esrarla ilgili suçlar tüm uyuşturucu kanunu suçlarının %42-47'sine karşılık gelmektedir (EMCDDA, 2005). Dünyada kullanılan en sık uyuşturucu maddenin esrar olduğu bildirilmiştir (WHO, 2016; UNODC, 2016). Yaklaşık 20 yıllık 187 ülkenin verisini kapsayan bir meta analiz çalışmasında esrar kullanımının ve bağımlılığının 20-24 yaş aralığında en sık görüldüğü ve esrar kullanım prevelansının erkeklerde %0,23, kadınlarda %0,14 olduğu tespit edilmiştir (Degenhardt ve ark. 2013). Dünya'da 15-64 yaş arası nüfusta (yaklaşık 182 milyon kişi) esrarın %3,8 oranı ile ilk sırada olduğu görülmektedir (UNODC, 2016).

Esrarın giderek yaygınlaşan kullanımı ülkemizde de dikkat çekmektedir. 1995 yılında İstanbul'da yaşayan 2.845 lise 2. sınıf öğrencisi arasında yapılan bir çalışmada esrar kullanımının yaşam boyu yaygınlığı %4 olarak saptanmıştır (Ögel, Tamar ve ark., 2000). 2004 yılında yapılan benzer örnekleme sahip iki çalışmada yaşam boyu esrar kullanım yaygınlığı Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi (UNODC) tarafından %5,1; Ögel ve arkadaşları tarafından %5,8 olarak tespit edilmiştir. Avrupa Alkol ve Diğer Maddeler Üzerine Okul Araştırması (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - ESPAD) çalışmasında ise 15-16 yaşındaki lise öğrencilerinde son 12 ayda esrar kullanımı oranı %4,3 tespit edilmiştir (ESPAD, 2015). 1991 yılında dört okulla sınırlı olarak 1.500 lise öğrencisi ile yapılan bir anket çalışmasında esrar kulanım oranı ise %0,7 olarak bulunmuştur (Özer 1991). 1995 yılında 15 ayrı okulda 2.800 öğrenci ile yürütülen bu çalışmada esrar kullanım oranı %4 bulunmuştur. Yine İstanbul da 6.800 öğrenci ile yapılan gençlik anketi çalışmasında esrar kullanım oranı %4,2 olarak bulunmuştur (Binay ve ark. 2014; Ögel ve ark. 1996). Boğaziçi Üniversitesinde eğitim gören farklı sınıflardan seçilmiş 735 öğrenci ile 2005 yılında tamamlanan bir araştırmada yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımı %9,2 olarak bulunmuştur (Ögel, 2005).

İlk ve ortaöğretim öğrencilerinde 1991 yılında esrar kullanım oranı ise %0,7, 1995 yılında esrar kullanım oranı %4, 1998 yılında ise %3,5 olarak bulunmuştur (Ögel, Tamar ve ark, 2000). Altı ayrı kurum ve dört ayrı ilde yapılan araştırmada tutuklu ve cezaevinde kalan ergenlerde yaşam boyu en az bir kez madde kullanım yaygınlığı esrar için %39'dur (Ögel, 2005).

Halüsinojen kullanım epidemiyolojisi

Batı ülkelerinde halüsinojen kullanımı hâlâ yaygındır. Yasal olmayan halüsinojen kullanımı ABD'de ve Batı Avrupa ülkelerinde hâlen popülerdir, gençler arasında eroin ve kokain kullanım düzeylerinden daha yüksektir. ABD'de 1996'da yaşam boyu halüsinojen kullanımı %9,7'dir (Akvardar, 2012). 2013 yılında yapılan ulusal uyuşturucu bağımlılığı ile ilgili ankete göre iki yaş ve üstünde olan 1,3 milyon kişinin halusinojen madde kullandığı tahmin edilmektedir. Yine 2013 yılı verilerine göre 18-25 yaş arasında olan bireylerin %1,8'i halusinojen madde kullanmıştır (US Department of Health and Human Services, 2013). Özellikle 1965-1969 yılları arasında halusinojen madde olan LSD'nin kullanımında artış olduğu görülmektedir; bu artış 1992-2000 yıllarında Exstacy (MDMA) kullanımına dönmüştür (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*, 2003). Halüsinojen maddeler, alkol ve esrar kullanımından sonra en sık ve en çok kullanılan maddedir (Lin, Liu ve Liu, 2009). Halüsinojen kullanımı son zamanlarda özellikle Orta doğu ve Afrika'da fazlalaşmıştır (Hermle ve Ark, 2012).

Uçucu (İnhalan) kullanım epidemiyolojisi

Uçucu maddeler; kolay elde edilebilen, yasal ve pahalı olmayan maddelerdir. Bu üç etken uçucuların genç ve yoksul kişiler arasında neden yüksek oranda kullanıldığını açıklamaktadır.

Ögel ve arkadaşları tarafından 2000 yılında yapılan çalışmada öğrencilerin katı, sıvı ya da gaz uçucu madde kullanma sıklıkları incelendiğinde, %4,2'nin (n=23) uçucu madde kullandığı, bunların %17,4'ünün yalnızca denediği ancak %8,7'sinin (n=2) her zaman kullandığı görülmektedir. Öğrencilerin %89,9'unun uçucu madde (sıvı, toz, gaz) kullanmaması istenilen bir

durumdur. Ancak %4,2'lik gruptaki öğrencilerin bu tür zararlı maddelere yöneldiği de dikkatten kaçmamalıdır. Ögel'in İstanbul'da lise öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı konulu araştırmasında, yaşam boyu en az bir kez uçucu madde kullanma oranı %8,6 olarak bulunmuştur. Son bir yıl içinde en az bir kez uçucu madde kullanma oranı %4,1, son bir ay içinde ise %2,8'dir (Ögel ve ark, 2000). Türkiye'de Madde Kullanımı Ulusal Değerlendirme Çalışmasında edinilen bilgilerden yola çıkılarak 15-64 yaş arası erişkin nüfusta uçucu madde kullanımı yaygınlığı %0,06 olarak öngörülmüştür (Binay ve ark, 2014). Avrupa Alkol ve Diğer Maddeler Üzerine Okul Araştırması (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) çalışmasında 15-16 yaşındaki lise öğrencilerinde son 12 ayda uçucu madde kullanım oranı %4,2 olarak bulunmuştur (Binay ve ark, 2014). Ögel ve arkadaşları (1998) tarafından 15 ilde yapılan araştırmanın sonucuna göre, 15-17 yaşları arasındaki 20.000 öğrenci arasında, son bir ay içerisinde uçucu madde kullanımı %8,6 oranındadır (Ögel ve ark, 1998).

Opiat (Eroin) kullanım epidemiyolojisi

Yapılan araştırmalar, ABD'de 1990 yıllının sonuna doğru eroin kullanımında bir artış olduğunu göstermektedir. Yine ABD'de yapılan bir araştırma da 12 yaş ve üzerinde hayatları boyunca en az bir kere eroin kullanan kişilerin sayısı 3 milyondur. Ülkemizde ise 2004 yılında Ankara AMATEM'de yapılan bir çalışmada, eroin kullanımı için başvuran hastaların diğer hastalara oranı %8,7 çıkmıştır. Aynı oran 2008 tarihinde artış göstererek %38'lere kadar çıkmıştır. İlkokul ve ortaokul düzeyinde yapılan yaygınlık çalışmaları birbirine yakın sonuçlar ortaya koymaktadır. 1995 yılındaki çalışmada oran %1, 1996 yılındaki çalışmada %0,7, 1998 yılındaki çalışmada %1.6 bulunmuştur (Ögel, Tamar ve ark., 2000). 2001 ve 2004 yıllarında aynı araştırma yönteminin kullanıldığı çalışmalara bakıldığında üç yıl içerisinde eroin kullanım yaygınlığının %0,8'den %1,6'ya çıktığı görülmüştür. Yükseköğretim öğrencileri ile 1990 yılında yapılan araştırmada ise eroin kullanım sıklığı %8 olarak bulunmuştur (Ögel, 2005).

Cezaevinde kalan ergenler arasında yapılan bir çalışmada ise eroin kullanım yaygınlığı %2,7 olarak bulunmuştur (Ögel, 2005).

Dinginleştirici, uyutucu ya da kaygı giderici madde (Sedatif, Hipnotik ve Anksiyolitik) kullanım epidemiyolojisi

2001 yılında ABD'de yapılan ilaç kötüye kullanımı ulusal ev halkı incelemesinde 12 yaş üzerinde 15.9 milyon Amerikalının görüşmenin yapıldığı tarihten önceki bir ay içinde yasa dışı bir madde kullandığı (%7,1) ortaya çıkmıştır. 2000 yılında 12 yaş üzeri trankilizan kullanımı %0,4 iken 2001 yılında %0,6 bulunmuştur. Genel popülasyon içinde yaşam boyu sedatiflerin tıp dışı kullanımı ise %3,3 bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda 1995 yılında İstanbul'da 15 ayrı okulda 2.800 öğrenci ile yürütülen ESPAD çalışmasında sedatif hipnotik kullanımının yaygınlığı %7 olarak saptanmıştır (Yazman, 1995) 1996 yılında İstanbul'da 62 okulda 5.823 lise 2 öğrencisi ile yapılan çalışmada ise yaşam boyu sedatif hipnotik kullanım yaygınlığı %5 olarak bulunmuştur (Ögel, Tamar ve ark, 2000). UNODC tarafından 2003 yılında yine lise ikinci sınıf öğrencileriyle yapılan araştırmada yaşam boyu en az bir sedatif hipnotik ilaçlar kullanım oranı %5,4 bulunmuştur (Binay ve ark, 2014). Boğaziçi Üniversitesinde eğitim gören farklı

sınıflardan seçilmiş 735 öğrenci ile 2005 yılında tamamlanan bir araştırmada da benzodiazepin kullanımı %3,4 flunitrazepam kullanımı ise %0,6 oranında bulunmuştur (Ögel, 2005).

Uyarıcı (Stimulant) kullanım epidemiyolojisi

Kokain kullanımı son 40 yıldır Amerika ve Batı Avrupa'da dramatik dalgalanmalar göstermiştir. Monitoring the Future çalışmasında 1985-1992 yıllarında lise üst sınıflarda katılımcıların beyanlarına dayanarak kullanımda azalmalar olduğu düşünülürken; 1992-1999 yılları arasında kokain kullanımında artışlar görülmüştür. ABD'de 2000 yılında %0,3 kokain kullanım bozukluğu rapor edilmiştir. 1999 yılında Barcelona'da hastanelerin acil servislerine 4.035 uyuşturucu kullanımına bağlı vaka başvurmuştur. Bu vakaların %41 (1.656) kokain kullanımına bağlı başvuruları oluşturmaktadır (Brugal ve ark., 2004). Avrupa'da 36 ülkede yapılan "Alkol ve Diğer Maddeler Üzerine Okul Araştırması" çalışmasında (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - ESPAD) 15-16 yaşlarındaki lise öğrencilerinde yaşam boyu kokain deneme oranı %3 olarak bulunmuştur (ESPAD, 2011). 2016 yılı Dünya Madde Raporu'na göre ise kokain kullanım oranı %0.38'dir. Ülkemizde 15 ilde yapılan araştırmanın sonucuna göre, 15-17 yaşları arasındaki 20.000 öğrenci arasında son bir ay içerisinde kokain kullanımı %1,4 oranında bulunmuştur (Süngü, 2014). Ankara'da üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırmada kokain kullanımı ise %5 bulunmuştur (Yüksel, 1994).

2001 yılında 9 ayrı ilde 11.989 ilköğretim ve 12.270 ortaöğretim öğrencisi (10-12 ve 15-17 yaş grubu) ile yapılan araştırmada, ilköğretim grubunda yaşam boyu madde kullanım yaygınlıkları kokain için %1,2'dir (Ögel, 2005).

Amfetaminler; İngiltere, Avustralya ve Batı Avrupa'nın bazı ülkelerinde esrardan sonra en yaygın olarak kullanılan yasal olmayan maddelerdir. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu Kontrol ve Suç Önleme Ofisinin 2002 yılında yayınladığı raporda dünyada yaklaşık 185 milyon kişinin yasal olmayan madde kullandığı, bu kişilerden 33.4 milyonunun amfetamin kullanıcısı, 7 milyonunun ekstazi kullanıcısı olduğu bildirilmiştir.

Avrupa Alkol ve Diğer Maddeler Üzerine Okul Araştırması çalışmasında bu araştırmaya katılan 36 ülkede bulunan 15-16 yaş arasında lise öğrencilerinde ekstazi kullanım oranı %2,6'dir (ESPAD, 2011).

1995 yılında İstanbul'da 15 ayrı okulda 2.800 öğrenci ile yürütülen ESPAD çalışmasında herhangi bir maddeyi hayatında en az bir kez ecstasy kullanan öğrencilerin oranı %1 olarak saptanmıştır (Yazman, 1995). UNODC 11 tarafından 2003 yılında yine lise ikinci sınıf öğrencileriyle yapılan araştırmada yaşam ecstasy kullanımı %3,2 olarak bulunmuştur. 2004 yılında 3.483 lise iki öğrencisi ile yapılan başka bir araştırmada ise ecstasy kullanım yaygınlığı %3,1 olarak bulunmuştur (Ögel, 2005).

Tütün epidemiyolojisi

DSÖ verilerine göre, 1988 yılında Türkiye'de 15 yaş üstü erkeklerin %62,8'i, kadınların %24,3'ü, tüm nüfusun ise %43,6'sının sigara içtiği bilinmektedir. Avrupa'da bu oran yaklaşık %40 olarak bilinmektedir. Sağlık Bakanlığının verilerine göre 15-18 yaş grubunda sigara içme alışkanlığı %30'dur (Binay ve ark, 2014). Avrupa Alkol ve Diğer Maddeler Üzerine Okul Araştırması çalışmasında 15-16 yaşındaki lise öğrencilerinde son 12 ayda yaşam boyu sigara kullanı-



Şekil 7. Bağımlılık birçok farklı kolu olan bir fenomendir.

mı %50, son 30 günde sigara kullanımı %18 olarak saptanmıştır (ESPAD, 2011).

2007 yılında Ankara'da okuyan gençlerde madde kullanımı ve özellikleri konusunda yapılan araştırmada. Öğrencilerin %15,6'sının düzenli olarak, %10,6'sının ise deneme düzeyinde nikotin kullandığını, %73,8'inin ise asla sigara kullanmadığı belirtilmiştir. Yine Ankara'da yapılan bir çalışmada tütünün kullanım yaygınlığı %57 oranında bulunmuştur (Süngü, 2014). 2011 yılında TUBİM tarafından yapılan çalışmada, araştırmaya katılanlardan %51,8'i sigara, puro, pipo, nargile vb. bir tütün ürününü denediğini ifade etmiştir. Kadınların %40,1'i, erkeklerin %63,1'i tütün kullanmayı denemişken; hâlen kadınların %23,8'i, erkeklerin %42,1'i tütün kullanmaktadır (Süngü, 2014). Türkiye'de üniversite öğrencilerine yönelik yapılan çalışmalarda, sigara kullanımı %27,3-57,5 oranlarında değişmektedir (Ögel, 2005).

İstanbul da lise öğrencileri arasında yapılan yaygınlık çalışmalarında yaşam boyu sigara kullanım yaygınlığı %15,7-%60,1 olarak bulunmuştur (Ögel, 2005).

MADDE KULLANIM BOZUKLUĞUNUN ETİYOLOJİSİ

Madde bağımlılığının gelişimi, bireyler arasında farklılık gösteren bir süreçtir. Bazı insanlar madde kullanmaya karşı olumlu bir tutum içerisinde olabilmektedir. Bu olumlu tutum, sonraları madde kullanımı deneme, düzenli kullanıma geçme, yoğun kullanım ve son olarak bağımlılık şeklini alır (bk. Şekil 1)

Madde kullanım bozukluklarının ortaya çıkmasına zemin hazırlayan etmenleri incelemek bu noktada önemlidir. Özellikle süreç içerisinde madde kullanım bozukluğunun ortaya çıkışını hazırlayan ve hızlandıran etmenleri incelemek gerekmektedir. Madde kullanım bozukluklarının ortaya çıkışının nedenlerini gelişimsel olarak anlayabilmek için kullanıcıları madde kullanmaya başladıkları andan itibaren uzun süreli takip etmek gerekmektedir. Madde kullanım bozukluklarının; genetik, nörobiyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler ile olan ilişkini incelemek bağımlılığın etiyolojisini anlamak açısından faydalı olacaktır.

Genetik faktörler

Bağımlılık alanında yapılan birçok araştırma, alkol ve madde kötüye kullanımında genetik faktörlerin rolü üstünde durmaktadır. Genetik faktörlerin etkisine ait en kesin kanıtlar, yapılan ikiz çalışmalarından elde edilen kanıtlardır. Hatta yapılan bu çalışmalarda tek yumurta ve çift yumurta ikizleri arasında bile bağımlılık riskleri açısından farklılıklar bulunmuştur. Bu çalışmada, tek yumurta ikizlerinin çift yumurta ikizlerine kıyasla alkol kullanım bozukluklarında, esrar kullanı-

mında ve genel madde kullanım bozukluklarında daha uyumlu olduklarını göstermektedir (Kendler ve ark., 2008; Buchanan ve Lovallo, 2019).

Genler, görevlerini yaparken çevresel faktörlerden etkilenmektedir. Araştırmalar alkol ve madde kötüye kullanımında gen-çevre etkileşimini ortaya koymaktadır (Bornovalova ve ark., 2018). 2007 yılında Finlandiya'da ergen ikizlerle yapılan bir çalışmada kalıtıma bağlı alkol problemlerinin içlerinde bulundukları akran grubunda ağır alkol kullanımı görülen ergenlerde, akran grubunda alkol kullanımı düşük olanlara göre daha fazla risk taşıdığı ve genetik yatkınlığın tetiklemesi ile birlikte bu ikizlerde alkol kullanımın ortaya çıktığı bulunmuştur (Dick, Pagan, Viken ve ark., 2007).



Şekil 8. Madde kullanım döngüsü

Yüksek oranda alkolün tolere edilebilme yeteneği, alkol kullanım bozukluklarında kalıtımsal olabilmektedir. Alkol bağımlılığından söz edebilmek için bireyin yüksek miktarda alkol tüketmesi gerekmektedir. 2006 yılında Asyalılar üstünde yapılan çalışmalarda bazı etnik gruplarda alkolü metabolize ederken ortaya çıkan enzimlerinin düşük olduğunu ve fizyolojik toleransları nedeniyle bu grupların düşük alkol problemi yaşadığını göstermektedir (Edenberg, Xuie, Chen ve ark., 2006).

Araştırmalar, genetiğin tütün bağımlılığındaki etkisi hakkında da yapılmaktadır. Bağımlılık yapıcı pek çok madde gibi nikotin de dopaminerjik sistemi uyarmaktadır. Bu noktada dopamin geri alınımını düzenleyen genler ile tütün bağımlılığı arasında bir ilişki olduğunu söylemek mümkündür (Kendler ve ark, 2008). Araştırmalar, dopamin geri alınımını düzenleyen gen ile sigara arasında bir bağlantı olduğunu göstermektedir (Uhl, 2008).

Nörobiyolojik faktörler

Beyin ödül sistemi, maddenin pekiştirici etkisi ve aşerme bağımlılık nörobiyolojisinin bazı temel noktalar üstünden çalışılmaktadır (Koob ve Volkow, 2010). Öncelikle maddenin bağımlılık yapması için haz verici etkisinin olması zorunludur. Bu sebeple, "bağımlılık eşittir beyin ödül sistemi hipotezi" ortaya atılmış ve bu görüşün ispatına çalışılmıştır. Yapılan araştırmalarda, gerçekten de nükleus akumbensin ve nörotransmiter olarak dopaminin bağımlılık gelişimindeki rolü gösterilmiş, ama bağımlılık ile ilgili tüm süreçleri açıklamada bu hipotez yetersiz kalmıştır (Berridge, 2007). Bağımlılık yapıcı maddelerin tümü ve doğal ödüller, insan beyninin ödül yolağı olarak nitelendirilebilen mezokortikolimbik alandaki ekstrasellüler dopamin seviyesini arttırarak aktivite göstermektedir (Hasin ve ark., 2007; Mennin ve ark., 2005). Yapılan araştırmalar bize alkol ve madde kullanımının beyindeki dopamin sistemini, özellikle de

mezolimbik kanalı uyardığını göstermektedir (Koob ve Le Moal, 2008). Ancak bu etki sadece bazı insanları bağımlı hâle getirirken, bazılarını getirmemektedir. Bu, çözüme ulaşması zor bir konudur ve bu konuda birçok araştırma yapılmaya devam edilmektedir. İnsanlar sadece daha iyi hissetmek için madde kullanmazlar. Bu, kısmen doğru, kısmen ise yanlış bir bakıştır. Bir kez herhangi bir maddeye bağımlı olduktan sonra yoksunluğun ortaya çıkardığı rahatsız edici durumlardan uzak kalmak için madde kullanımı devam eder. Hayvanlar üzerinde yapılan araştırmalarda madde kullanımının devam etmesini sağlayanın bu durum olduğu bulunmuştur (Koob ve Le Moal, 2008).

Sonraki çalışmalarda bağımlılık gelişiminde tek nedenin ödüllendirme olamayacağı düşünülmüştür. Bu düşünceye en önemli dayanak bağımlı olmayan insanlarında madde kullanımı sonrasında bundan aynı derecede keyif almalarıdır. Bu durum bağımlılıkta ödüllendirme dışı süreçlerin de üzerinde durulmasının gerektiğini düşündürmektedir. Bu noktada araştırmalar aşerme kavramına kaymıştır. Aşerme öncelikle yoksunluğun bir belirtisi olarak ele alınmış olsa da sonraki yıllarda ise uzun yıllardır madde kullanmayı bırakmış olan bireylerde de gözlenmiş ve ayrı bir kavram olarak ele alınmaya başlanmıştır. Böylece 1990'lar ve 2000'li yıllarla birlikte aşerme üzerinde daha fazla durulmaya başlanmış ve aşerme farklı yönleriyle araştırmalara konu olmuştur. İnsan beyin görüntüleme çalışmaları biyolojik olarak ipucunun tetiklediği aşerme (craving) yanıtını alkol bağımlılarında göstermiştir. Bu bulgu alkol kullanım bozukluğu ile ilgili tedavi çalışmalarının sonuç değerlendirilmesinde de kullanılmaktadır. Aşermenin doğası çok boyutlu olabilmektedir ve fizyolojik ya da davranışsal bir durumu yansıtıp yansıtmadığı tartışmalıdır. Aşerme, şiddetli alkol kullanım bozukluğuna sahip kişilerde tanısal açıdan daha yüksek oranda ayırt edici özelliğe sahiptir (Cherpitel ve ark., 2010). Son çalışmalar aşermenin madde kullanım bozuklukları tanısı için geçerli bir gösterge olduğu ve bağımlılık farmakoterapisinin anahtar hedefi olduğu bildirilmektedir (Addolorato, 2005).

Araştırmalar daha sonra hem madde kullanım isteğini hem de madde kullandıktan sonra alınan zevki göz önünde bulunduran "teşvik-duyarlılaştırma" teorisini oluşturmuşlardır (Robinson ve Berridge, 2003). Bu teoriye göre zevk ve beğenme ile bağlantılı olan dopamin sistemi sadece doğrudan maddenin etkilerine karşı hassasiyet geliştirmez; aynı zamanda madde kullanımını çağrıştıran her türlü sembole karşı da hassasiyet geliştirir. Bu sembollerin görülmesi madde kullanım isteğini tetikler. Zamanla madde kullanım sonucunda ortaya çıkan zevk azalır; ancak, kullanma isteği devam eder. Yapılan beyin görüntüleme çalışmaları madde kullanımın çağrıştıran nesnelerin görülmesinin, madde kullanımına bağlı olarak beyinde bulunan zevk bölgesini aktive ettiğini göstermektedi (Robinson ve Berridge, 2000).

Araştırmacılar madde kullanım isteğinin ve maddeye karşı kullanım isteği duymanın nörobiyolojik süreçleri üstünde çalışmıştır. Bu araştırmalar sırasında yapılan çalışmalar herhangi bir maddeye karşı hassasiyete neden olan sembollerin madde gerçekten kullanıldığında ortaya çıkan tepkilerin hepsine neden olmadıklarını bulmuşlardır (Robbins ve ark., 200).

Günümüzde madde bağımlılığı, bir beyin hastalığı olarak tanımlanmaktadır. Madde kullanımı beynin dopaminerjik sistemini etkileyerek ödül mekanizmasını tetiklemektedir. Madde kullanımı aynı zamanda ödül ve keyif ile bağlantılı olarak çalışmaktadır. Tabi genetik, nörobiyolojik ve çevresel faktörler tek başlarına bağımlılığı açıklamakta yeterli değildir. Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmaların sonuçları ve diğer kanıtlar, bağımlılığa karşı duyarlılık konusunda büyük farklılıklar olduğuna işaret etmektedir. Yeni teknolojiler sayesinde nörobiyolojik araştırmalar,

uyuşturucu kullananların bağımlı olma olasılıklarını etkileyecek nöropsikolojik ve genetik farklılıkları belirlemeye başlayabilir.

Psikolojik faktörler

İnsanlar; yaşamları boyunca birçok sorun ile karşılaşır, bu sorunların çözümü için uğraşır ve sorun çözerken çeşitli yöntemlerden yararlanırlar. İnsanlar, sorunlarını çözmede farklı yöntemler seçer. Genellikle bu yöntemler, aile içinde öğrenilir. Ailenin soruna nasıl yaklaşıp, çözdüğü; yetişkinlik döneminde aynı sorunla karşılaştığında bireyin kendi sorununu nasıl çözeceğine ilişkin bir harita oluşturur. Yaşam sorunları ile başa çıkmak, kişinin yaşamını yönlendirmektedir. Bildiği yöntemler ile çözemeyeceğine inandığı sorunlar ortaya çıktığında yeni başa çıkma yoları arayan birey; daha radikal ve çözüme en kısa yoldan ulaşan bir yöntemlere yönelir. Yaşanan gerilim ile baş etmenin tek yolu her ne pahasına olursa olsun, ondan kurtulmaktır. Madde kullanımı tam bu noktada devreye girmekte ve yeni bir sorun çözme yöntemi gibi bireyin hayatında var olmaktadır. Bu yolun etkin ya da yararlı olup olmaması önemli değildir. Madde bağımlılığı biyolojik, psikolojik ve sosyolojik açıdan günümüzde insan toplumunun karşılaşmış olduğu problemlerin en önemlisi olarak görülmektedir. Madde kullanım bozukluklarına neden olan üç tip psikolojik faktör bulunduğu düşünülmektedir. Bunlar; duygudurum değişiklikleri, madde kullanımına ilişkin beklentiler ve kişilik özellikleridir. Madde bağımlılığı, bireysel özelliklere göre farklılık göstermektedir. Her bireyin bağımlı olma potansiyeli vardır. Şu anda bağımlılık yapıcı bir maddeyi kullanmıyor olmak demek ileride bu maddelerin kullanılmayacağı anlamına gelmemektedir. Madde kullanımı önlenemez bir boyut alması bağımlılığı oluşturmaktadır ve her bireyin bağımlılık potansiyeli birbirinden farklıdır. Genel kanıda haz verici olarak kabul edilen uyuşturucu ve uyarıcı maddeler, yaşam zorluklarından ve güçlüklerinden kişiyi korumakta, yaşanılan acıları durdurabilmekte, hoşnutsuzluk duygularını bastırabilmektedir. Madde kullanımında en önemli etkenlerden biri, bireylerin yaşam risklerinin göze alıyor ve riskli bir yaşam sürdürmeyi tercih ediyor olmasıdır. Bu durumda bütün zararlarına rağmen, madde kişilere çekici gelmektedir.

Duygudurum değişiklikleri: Madde kullanımının önemli nedenlerinden bir tanesi madde kullanıldıktan sonra oluşacak duygudurum değişiklikleridir. Madde kullanıcıları, madde kullanımının olumlu duyguları arttırdığı ve olumsuz duyguları azalttığının düşünmektedir. Pek çok birey; gerginliğin alkol, stresin sigara kullanımı arttırdığı düşünmektedir. Tüm bunları kanıtlayan da ve çürüten de pek çok araştırma vardır. Ancak madde kullanıcılarıyla yapılan çalışmalar madde kullanımının duygudurum değişikliği yarattığını ve kullanıcıların bu değişiklikleri aradıkları için madde kullanmaya devam ettiklerini göstermektedir (Ruisoto ve Contador, 2019). Fakat kullanıcılar tarafından anlatılan bu duygu durum değişiklikleri her zaman olumlu değildir. Bazı kullanıcıların olumsuz duygulanımı azaltmak, bazılarının sıkıntılı durumlarda olumlu duygulanım hissetmek için madde kullandıkları görülmektedir (Cooper ve ark,. 1995). Uzun süreli bazı çalışmalarda sigara tüketimi ile stres arasında bir ilişki ortaya çıkartılmıştır. Özellikle ergenlik döneminde sigara içmeye başlayan bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda olumsuz duygular ya da olumsuz hayat olayları sigara kullanım miktarını arttırmaktadır (Sarn ve ark., 2001). Ülkemizde de bağımlı bireylerle yapılan araştırmalarda, bağımlıların sosyodemografik ve kişilik özellikleri, sosyal destek sistemleri, intihar girişimleri ve tamamlanmış

intiharlar, etiketlenme sorgulanmış ancak yalnızlık duygusunun incelendiği çalışmalara rastlanmamıştır. Alkol ve madde bağımlısı bireylerde; yalnızlık, yalnız kalma isteği, sosyal geri çekilme ve hayat stersi ile baş edememe sıkça izlenen durumlar olmasına karşın, yalnızlık duygusu algısının mı bağımlılığa yol açmaktadır yoksa bağımlılığının mı kullanıcıları yalnızlaştırdığına ilişkin yeterli kanıt bulunmamaktadır (Gümüş ve ark., 2002; Bulut ve ark., 2006; Sayın ve ark., 2004; Arıkan ve ark., 2004).

Alkol ve madde etkileri hakkında beklentiler: Alkol ve madde kullanımının etiyolojisinde yer alan bir diğer psikolojik faktör, kullanım sonrası etkilerin yaratacağı değişim beklentisidir. İnsanlar stresli bir olay yaşadıktan sonra gerilimi azalttığı için değil, gerilimi azaltmasını umdukları için madde kulanırlar. 1990'lı yıllarda yapılan üç farklı araştırma, insanların alkol aldıktan sonra stres ve endişelerinin azalacağını umduklarını ve alkol kullanımının sosyal beceri gelişimine katkısı olduğunu düşündüklerini göstermektedir (Sher, Walitzer, Wood ve ark., 1991; Rather, Goldman, Roehrich ve ark., 1992; Tran, Haaga, Chamb-less, 1997). Bu yöndeki olumlu beklentiler tüm popülasyonu etkileyebilmektedir. Özellikle alkolün anksiyeteyi azaltacağı yönündeki beklentinin alkol kullanımını arttırdığını gözlemlenmektedir. Yine 1990'lı yıllarda yapılan araştırmada madde kullanımın cinsel performansı arttırdığına ve cinsel yönden uyarılmayı kolaylaştırdığına dair inancın olduğunu ortaya çıkarmıştır (Stacy, Newcomb, Bentler, 1991). Bu tür doğru olmayan beklentiler insanların alkol ve madde kullanmalarına neden olmaktadır. Aynı şekilde alkolün sosyal etkileşim arttırdığı ve sosyal bariyerleri kaldırdığına dair inanca sahip bireylerin daha fazla alkol kullandıkları görülmektedir (Thyer ve ark., 1986). Madde ve içerdiği riskler ne kadar çoğalırsa kullanımı o oranda azalacaktır. Madde ve alkol kullanımı yaygınlaştıkça risklerin görülme oranları azalmakta ve etkiye ait beklentiler artmaktadır.

Kişilik faktörleri: Madde bağımlılığının etiyolojisinde son faktör, kişilik özellikleridir. Özellikle bağımlı kişilik özelliğine sahip bireylerin her hangi bir maddeye karşı bağımlılık geliştirme risklerinin fazla olduğu düşünülmektedir. Alanyazında tek bir "bağımlı kişilik" özelliği tanımlanamamaktadır (Ball ve ark., 2001; Trull ve ark., 2000). Madde kullanımının başlamasında, kötüye kullanım ve bağımlılığın gelişmesinde kişilik özellikleri ve biyolojik temelli bazı mizaç özellikleri önemli rol oynadığı düşünülmektedir (Franques, Auriacombe, Tignol, 2000). Heyecan arayışı, dürtüsellik, sosyal uyumsuzluk gibi özellikler bireylerin madde kullanımına başlamalarına neden olan unsurlardır. Heyecan arayışı genellikle riskli davranışlarda bulunma eğilimiyle tanımlanır ve madde kullanımını tetikleyebilir. Dürtüsellik genelde öngörü eksikliği ve kontrolsüz davranışlar olarak tanımlanır ve madde kullanımının en belirgin nedenlerinden biridir.

Madde bağımlılığı olan kişilerin bazı belirgin kişilik özellikleri gösterdiği saptanmıştır. Ancak bütün bağımlılar için ortak kişilik özelliklerinden söz etmek mümkün olamayabilir. Gene de bağımlılık ve kişilik arasındaki ilişkiyi tanımlayan bazı noktalara dikkat etmek gerekir: Ortak bazı kişilik özellikleri saptanmakla birlikte bu bulgular bütün bağımlılar için genellenemez. Bağımlılarda kişilik bozuklukları saptanmaktadır ancak kişilik bozukluğu ile kişilik özelliklerini birbirinden ayırmak gerekir. Sadece belli kişilik özellikleri olan insanlar bağımlı olmaz. Herkes bağımlı olabilir. Her kişilik özelliğinde olan insan bağımlı hâle gelebilir. Elimizdeki bulgular sadece şu andaki bağımlı popülasyonunda sık olarak görülen kişilik özelliklerini gösterir. Kişilik

özelliği ile bağımlılığın gelişimi arasında doğrudan bir neden-sonuç ilişkisi kurulamaz. Bağımlılık geliştikten sonra kişilerde, içinde bulundukları sosyokültürel ortam nedeni ile bazı yeni kişilik yapıları gelişmektedir. Bu nedenle "bazı kişilik özelliklerinin bağımlılık sonrasında mı geliştiği, yoksa bunların bağımlılık öncesi var olup, bağımlılığa neden mi olduğu" sorusu hâlen tartışılan bir konudur. Bağımlılık, önceleri bir kişilik sorunu olarak açıklanırken, artık kişilik sorunu ile doğrudan ilişkili olmayan bir "davranış biçimi" olarak ele alınmaktadır (Kienast ve Foerster, 2008).

Sosyokültürel faktörler

İnsanlar madde bağımlısı olarak dünyaya gelmezler. İnsan vücudunun doğal olarak maddeye gereksinimi yoktur. Yaşamları sırasında farklı noktalarda madde ile tanışır, onu kullanır ve bazen yaşamı boyu ondan ayrılamazlar. Sonuç olarak insan kendi doğasından uzaklaşmış, kendinden başka bir nesne ile hayatının devam ettirebilir durumuna gelmiştir. Bu nedenle bağımlılık teorisi, tek başına insan etkeni üstüne kurulamaz. Çevresel etkenler doğrudan sorunu etkilemektedir. İnsanı yaşadığı çevre ve onun madde ile ilişkileri bağlamında ele alınarak değerlendirilmelidir. Bu noktada sosyokültürel faktörler, madde bağımlılığında oldukça önemli rol oynayan bir diğer alandır. Bireyler doğdukları andan itibaren sosyal çevrenin içinde biçimlenirler (Yıldırım ve ark., 2001). Konu madde bağımlılığı olduğunda ebeveynlerinden, akranlarından, akrabalarından, medyadan ve daha birçok kanaldan madde bağımlılığı ile ilgili bilgiler alırlar. Bu durum her ulusun madde bağımlılığı döngüsünü farklı etkiler; bazı kültürlerde görece kabul edilebilir davranışlar başka bir kültür için yasak davranışlar sınıflamasına girer. Bazı maddelerde ülkeler arası farklılıklar maddenin kullanım sıklığını etkilemektedir. 36 ülkede lise öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada en yaygın kullanılan maddenin alkol olduğu ve yüksek oranda alkol kullanımın normal karşılandığı Fransa, İtalya, İspanya gibi ülkelerde kullanım oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Smart ve Ogbourne, 2000). Bir toplumda madde kullanımının kabul görmesi o toplumda madde kullanan kişi sayısı da artmaktadır. Uyuşturucu madde kullanan ve madde kullanımına yönelik olumlu tutum geliştiren gruplar içerisinde bulunan kişilerde, madde kullanımının görece daha fazla olduğu düşünülmektedir (Altun, 2014). Aktif olarak madde kullanan bireyler yeni başlayanlara uyuşturucu maddelerin kullanım şekillerini kolaylıkla öğretmektedir. Madde kullanmayan bir birey, kullanan kişilerin grubuna girmeye, sosyal kabul ve destek görmeye çalışmaktadır. Bu özellikle ergenlik döneminde daha sık karşılaşılan bir durumdur.

Herken ve arkadaşlarının (2000) yaptıkları çalışmada sigara tüketim oranının toplumlarda arttığını ve özellikle gençlerin sigara kullanımlarında rol modeli alma davranışının etkisinin olduğu ortaya çıkmıştır. Sigara kullanımı ve bağımlılığına yönelik çalışmaların önemli bir kısmı, sosyal öğrenme modellerine dayalı olarak sürdürülmelidir. Çocuklar rol modeli aldıkları yetişkinlerin davranışlarını kopyalamaktadır (Beck ve ark., 1993).

Alkol ve madde kullanımın cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğine dair yapılan araştırmalarda bazı ülkelerde erkeklerin bazı ülkelerde de kadınların daha yoğun alkol kullandıkları görülmektedir. Bu bulgular bize şunu anlatmaktadır: Erkek ve kadınların içki içmelerinde kültürel normlar önemlidir. Bu normlara göre cinsiyete göre alkol kullanımı farklılaşmaktadır.

Maddeye ulaşılabilirliğin kolay olması, madde kullanımına etki eden bir başka alt faktördür. Bir maddeye ulaşım ne kadar kolay ise maddenin kullanımı da o kadar kolay olmaktadır. Ailede ebeveynlerinin alkol madde kullandığını gören çocukların alkol ya da madde kullanma riski daha fazladır. İlk rol modeli genellikle anne ve babadır (Whisman ve Uebelacher, 2006). Tüm bunlar bize bireylerin içinde yaşadıkları çevrenin, ebeveyn tutumlarının, toplumun madde kullanımına bakışının ve onaylamasının; madde kullanımında etkili olduğunu göstermektedir.

Modern toplumlarda kültürel tutumlar kitle iletişim araçları tarafından bireylere yansıtılır hatta şekillendirilir. Alkollü içecek ve sigara reklamları toplumun genelinde kullanımına yönelik olumlu bir imaj oluşmasına neden olmaktadır. Bu reklamlar sayesinde alkol ve sigara kullanıcıları çekici, sosyalleşebilen ve yüksek sosyoekonomik düzeyi olan kişiler olarak algılanmaktadır. Doğal olarak bu olumlu imajlar ve beklentiler bireylerin alkol kullanımına özenmelerine neden olmaktadır.

MADDE BAĞIMLILIĞINA EŞLİK EDEN PSİKİYATRİK DURUMLAR

Madde kullnımının insan psikolojisi ve psikiyatrik bozukluklar üzerindeki etkisi birçok çalışma ile ortaya konulmuştur. Çok eksenli tanı sistemlerinin yaygın olarak kullanılmaya başlaması ile birlikte psikiyatrik bozuklukları daha ayrıntılı inceleyebilme ve eşlik eden psikoaktif madde kullanım bozuklukları ile birlikte değerlendirme mümkün olmuştur. Sınıflandırma sistemlerinin değişmesiyle birlikte madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı tanılarına ek olarak ortaya çıkan birden fazla psikiyatrik tanının konulması kolaylaşmıştır. Son yıllarda yapılan çalışmalar, alkol ve madde kullanım bozukluklarına eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıkların görülme sıklığının arttığını düşündürtmektedir (Merikangas ve ark. 1996). Günümüzde, alkol ve madde kullananlarda psikiyatrik bozukluk ya da sendromların nasıl geliştiği ve ilerlediği tam olarak bilinmemektedir. Madde bağımlılığına eşlik eden psikiyatrik belirtiler ve bozukluklar, birincil ve ikincil olarak gelişebilmektedir. Ayrıca bağımlılığa eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar, bağımlılığın tanımlanması, gidişi, sonlanımı ve sağaltımını güçleştirmektedir (Davitson, 1999). ABD'de yapılan bir çalışmada, madde bağımlılığı tanısı alan erkeklerin %76'sında, madde bağımlılığı tanısı alan kadınların %65'inde komorbid psikiyatrik bir rahatsızlığın bulunduğu tespit edilmiştir (Merikangas ve ark. 1996).

Madde bağımlılığında eşlik eden tanılar için farklı hipotezler bulunmaktadır. İlk hipotez kendi kendini tedavi hipotezidir; alkol ve madde kullananlarda, eşlik eden psikiyatrik bozuklukların görece olarak yüksek oranlarda olmasının bir nedeni, psikiyatrik bozuklukları olan kişilerin rahatsızlıkları ile başa çıkmak için bu maddeleri kullanması ve zaman içinde bu maddelere karşı bağımlılık geliştirmesini ifade eder. Kendi kendini tedavi hipotezine göre hastalar, istenmeyen mizaç durumlarını değiştirmek, dayanılmaz anksiyeteleri azaltmak, bazı bilişsel bozuklukları ile başa çıkabilmek için bu maddeleri kullanmaya başlamaktadır (Türkcan, 1998). Kendi kendini tedavi hipotezinin kökleri ise, kontrollü klinik çalışmalardan çok bireysel, dinamik yönelimli psikoterapi veya psikanalizlerden toplanan klinik gözlemlerle desteklenmektedir (Norman 1991). İkinci hipotez, maddeye bağlı artefakt hipotezidir. Bu hipotezde, tedaviye başvuran bağımlılarda

tedaviye başvurmayanlara göre daha fazla komorbid psikiyatrik hastalığa rastlanmaktadır. Komorbid psikiyatrik rahatsızlığı olan bağımlılar daha fazla yardım ve destek ihtiyacı hissetmektedirler. Bu durum maddeye bağlı artefakt hipotezi olarak adlandırılmıştır (Verhaul ve ark. 2000). Ayrıca bağımlılık ve komorbiditeyi genetik olarak da açıklamaya çalışan araştırmalar vardır. Psikiyatrik semptomatolojinin şiddeti, hastaların madde ve alkolü kullandıkları sure ile de bağlantılı olarak değişmektedir (Griffin ve ark. 1987).

Madde kullanımına eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıklara baktığımız zaman yaklaşık olarak 11 tane bozukluk saymak mümkündür. Bu bozukluklar Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Madde Kullanımı ve Eşlik Eden Psikiyatrik Durumlar

1. Şizofreni ve madde kullanım bozuklukları
2. Depresyon ve alkol-madde kullanım bozuklukları
3. Bipolar bozukluk ve madde kullanımı
4. Anksiyete bozuklukları ve madde kullanımı
5. Kişilik bozuklukları ve madde kullanımı
6. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve madde kullanımı
7. İntihar ve madde kullanımı
8. Disosiyatif bozukluklar ve madde kullanımı
9. Kendine zarar verme davranışı ve madde kullanımı
10. Çocuklukta yaşanan istismar/ihmal yaşantısı ve madde kullanımı
11. Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve madde kullanımı

MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARINDA TEDAVİ

Madde kullanım bozukluklarının tedavisi zorluklarla dolu bir süreci ifade etmektedir. Bağımlılık tedavisinde herkes tarafından kabul edilebilir klasik tek bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Madde bağımlılığı, biyopsikososyal bir bozukluktur ve tedavisinde birden çok alan bulunmaktadır. Bağımlılık tedavisinin çok boyutlu olması maalesef başarı oranlarını etkilemektedir. Madde kullanıcıları genellikle kullanıldıkları maddeyi bırakıp tekrar başlama eğilimindedirler. Bu durum relaps ile prolaps arasında bir döngü oluşturmaktadır ve tedaviyi zorlaştırmaktadır. Özellikle en yaygın kullanılan maddeler olan sigara ve alkol tedavisi tüm tedaviler içinde öneli bir yer tutumaktadır. Sigara bırakma tedavisinde bağımlının davranışlarının değişmesi için verilecek danışmanlık ve ilaç tedavisi büyük önem taşımaktadır. Ülkemizde pek çok hastanede Sigara Bırakma Poliklinikleri bulunmaktadır. Ayrıca özel sağlık kurumları da sigarayı bırakmaya yönelik ilaç ve psikolojik tedavi hizmeti vermektedir. Sigara kullanımın psikolojik ve davranışsal yönleri olduğu gözden kaçırılmamalıdır. Bireyi kullanıma iten faktörler yeterince incelenmezse, nikotin yoksunluğu geçtikten sonra kişi tekrar sigaraya başlayabilir. Hastanın bağımlılık kriterlerine göre planlanan psikolojik tedavide baş etme becerileri, öfke kontrolü, aile görüşmesi, motivasyona yönelik çalışmalar ve değişik terapi yöntemleri uygulanmaktadır. Alkol, sosyal olarak da kullanılan bağımlılık yapıcı bir madde olduğu için alkolün kötüye kullanımını veya alkol bağımlılığının geliştiğini kabul etmek zaman almaktadır. Alkol kullanan bireylerin bir kısmı sosyal kullanım düzeyinde devam ederken fark etmeden alkol bağımlılığı gelişmektedir. Alkol kullanan

ve tedavi olmak isteyen, bu konudaki problemlerine çözüm arayan kişi ve yakınları hastanelere bağlı Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri (AMATEM) ile psikiyatri kliniklerine başvurarak tedavi olabilirler. Madde bağımlılığı tedavisinde genellikle ilk aşama bağımlının bir problemi olduğunu kabul etmesin ile başlamaktadır. Bu bir bakımdan doğru bir diğer bakımdan ise yanlış bir tutumdur. Madde kullanıcısı değişmek ister ancak değişim tolerans gelişimi ve yoksunluk belirtileri nedeniyle acı vericidir. Madde kullanım bozukluklarında tüm bu sorunlar nedeniyle en sık kullanılan tedavi yöntemi yatarak tedavidir. Dünyada madde bağımlılığı tedavileri başlıca dört gruba ayrılmaktadır. Bunlar Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Bağımlılık Tedavisinde Kullanılan Yöntemler

1. Uyuşturucu kullanımından doğan sakatlık ve ölümü önlemek için krize müdahale
2. Detoksifikasyon ile bağımlının vücudundan uyuşturucu maddelerin atılmasının sağlanması
3. Bağımlının uyuşturucudan arınmış olarak yaşamda varolmasını sağlayacak psikososyal destek
4. Uyuşturucu madde bağımlılarının topluma yeniden kazandırılması ve rehabilitasyonu



Şekil 9. Bağımlılık tedavisi, uzun zaman gerektiren ve farklı yöntemlerin kullanıldığı bir hastalıktır.

Uzbay'a (2009), göre bağımlılık tedavisi üç aşamadan oluşmaktadır:

1. Madde Kullanıcının Toplumdan İzole Edilme Dönemi: Bu dönem madde bağımlısının tedavi edilebileceği hastane veya özel bir kliniğe yatırılması sürecini ifade etmektedir.
2. Detoksifikasyon (Temizlenme) Dönemi: Madde bağımlılığının tedavisinde en önemli problem yoksunluk sendromudur. Bu aşamada bağımlı bireyin bu durumunu en az sıkıntı ile atlatması asıl amaçlanmaktadır. Bu süreçte kullanılan madde tamamen kesilir ve ikame edici daha düşük fiziksel bağımlılık oluşturan bir başka madde verilir veya yoksunluk belirtisinin daha hafif geçmesini temin edecek bazı dinginleştirici ilaçlar verilerek vücudun maddeden temizlenmesi sağlanır. Bu sürecin hastane veya özel kliniklerde geçirilmesi gerekmektedir.
3. Rehabilitasyon Dönemi: Bu dönemde bireyi madde kullanmaya iten etmenler ve bunların psikolojik yansımaları konuşulur. Rehabilitasyon dönemi oldukça önemlidir ve maalesef bazen senelerce sürmektedir. Madde bağımlılığı tedavisi sonrası sosyal yaşamda ortaya çıkan sorunlar ve baş etme yolları hakkında bu dönemde mutlaka çalışılmalıdır. Madde bağımlılığı tedavisi sonrası ortaya çıkan sorunlar oldukça fazladır. Bağımlılar psikolojik sorunlar, aile içi problemler, toplumsal dışlanma, etiketlenme ve ayrımcılık, yoksulluk ve işsizlik gibi sorunlarla baş etmek zorundadır. Bu sorunlara hızlı etkili ve kalıcı çözümler bulunamazsa birey tekrar maddeye başlama tehlikesi yaşamaktadır.

nobel

Tedavinin temel ilkeleri

Bağımlılık tedavisinde standart bir tedavi planı bulunmamaktadır. Tedavi, genellikle kullanılan maddenin biçimine, süresine ve yoğunluğuna göre farklılık göstermektedir. Bağımlılık yapıcı maddelerin özellikleri birbirinden farklıdır ve bu durum bireyler üzerindeki etkilerini de farklılaştırmaktadır. Bağımlıların yaşamlarının birbirinden farklı olması ve kişisel, sosyal, ailesel, ekonomik ve benzeri durumların değişken olması standart bir tedavi programı yerine kişiye özel bir tedavi programının uygulanması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmalar, hem pratikte hem de teoride bağımlılık tedavisinde kısa süreli tedavilere oranla uzun soluklu tedavilerin başarı oranının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Tüm bu nedenlerden dolayı madde bağımlısının tedaviye uzun süre devam etmesi için tedavi programının bireyin değişen gereksinimlerine uygun olarak hazırlanması gerekmektedir. Ayrıca, madde bağımlısının ruhsal sorunları, madde kullanım tedavisiyle birlikte ele alınmalı ve eş zamanlı olarak tedavi edilmelidir. Tedavi sürecinde madde bağımlısının sahip olduğu enfeksiyon hastalıklarının (AIDS, hepatit vb.) takibi yapılmalı, konu hakkında psikoeğitimler ile hem kendisi hem de yakın çevresi bilgilendirilmeli, eğer gerekiyorsa tedavi edilmelidir. Madde bağımlılığı kronik hastalıklara benzemektedir. Tedavisi uzun sürelidir ve madde kullanımının tekrarlama ihtimali vardır.

Madde bağımlılığında tedavinin temel hedeflerine bakıldığında en önemli hedefin tedaviye başlayan bağımlının kullandığı maddeyi azaltması ve/veya bırakması olduğu görülecektir. Tedavideki bir diğer hedef, madde bağımlısı bireyin psikolojik ve fizyolojik iyi oluşunun sağlanması ve sağlığının düzelmesidir. Tedavinin psikososyal destek kısmında madde bağımlısı bireyin sosyal, ailesel, ekonomik ve kişisel problemlerini çözebilir hâle gelmesi ve ilerleyen dönemlerde riskli ve yasa dışı davranışlarını ortadan kalkması bulunmaktadır. Madde bağımlılığında beş tane tedavi seçeneği üzerinde durulmaktadır. Bu seçenekler aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 5. Madde Bağımlılığında Tedavi Seçenekleri

- Ayaktan tedavi (idrarda madde taraması ile)
- Gündüz hastanesi
- Yatarak tedavi
- Rehabilitasyon merkezleri
- Tedavi toplulukları (therapeutic community)



Şekil 10. Farklı bağımlılık tedavi yöntemlerinden en uygunu seçilmelidir.

Madde bağımlılığı tedavisi, zorlu bir süreçtir ve bazı durumlarda yüksek başarılar elde edilememektedir. Bunun en önemli nedeni, ayaktan tedavilerin başarısız olmasıdır. Madde bağımlısını ayaktan takip yerine yatarak takip daha kolay olmakta ve tedavi sırasında kullanımları önlemektedir. Madde bağımlılığı, bir neden değil bir sonuçtur ve bağımlılığa eşlik eden şiddetli tıbbi ya da psikiyatrik sorunların bulunması tedaviyi zorlaştırmaktadır. Madde bağımlılarının psikososyal destekleri azdır ve temiz kalmaları desteklenmediği sürece tekrar madde kullanım döngüsüne girebilirler. Uzun süre bağımlılık yapıcı maddeleri kullanmak da tedavi için zorlayıcı unsurlardan biridir. Madde bağımlılığı tedavisinde genel olarak iki ana yaklaşım bulunmaktadır. Bunlardan ilki, tıbbi yaklaşım; ikincisi ise psikososyal yaklaşımdır.

Tıbbi tedavi yaklaşımı

Madde bağımlılığında tıbbi yaklaşım, atlanmaması gereken parçadır. Her madde alımında önce tedaviye başvuran madde bağımlısının hava yolunun, solunumunun ve dolaşımının değerlendirilmesi gerekmektedir. Madde kullanımına bağlı olarak gelişen problemler tespit edilmeli ve giderilmeye çalışılmalıdır. Madde detoksifikasyonu öncesinde tıbbi personel alınan maddenin türünü ve miktarını ve birlikte alınan diğer ilaçların ya da psikoaktif maddelerin varlığını tespit etmeye çalışmalıdır. Akut bir panik reaksiyon ile başvuran kullanıcılar, minimum uyaranlara uyarana sahip, kendilerini güvende hissedecekleri ve sessiz bir ortama yerleştirilmelidir. Bununla birlikte, tıbbi olarak stabil olan ancak; endişeli veya ajite olmuş, halüsinasyonu devam eden hastalar, kendileri veya başkaları için tehlike arz edenler birkaç saat gözlemden sonra kendilerine bakamayacak kabul edilme ve yatışları devam etmelidir. Böyle bir durumda olan madde bağımlılarının acilen bir psikiyatri hastanesine yatışlarının yapılması gereklidir. Benzodiazepinler, endişeli veya ajite olmuş hastalar için tedavinin temel taşıdır. Anksiyeteyi ve halüsinojenlerin sempatitomik etkilerini azaltırlar (Williams ve Keyes, 2001).

Madde bağımlılığında tıbbi tedavilerin içerisinde detoksifikasyon, önemli bir yer tutmaktadır ve birçok bakımdan tedavi için ilk adım olarak gösterilmektedir. Detoksifikasyon, kişinin kullandığı maddenin etkisinden arındığı yoksunluk belirtilerinin giderildiği döneme verilen addır. Detoksifikasyonun tedavideki yeri önemlidir; fakat detoksifikasyon tek başına bağımlılık için tedavi edici değildir. Detoksifikasyon sonrası mutlaka bağımlılar psikososyal olarak desteklenmelidir.

Bağımlılık tedavisinde farmakoterapiden sıkça yararlanılmaktadır ve buna ikame tedavisi de denmektedir. Örneğin, opiat kullanım bozukluğu için en yaygın kullanılan ikame yöntemi metadon kullanımıdır. İkame tedavisinde amaç aşermenin ortadan kaldırılmasıdır. Ancak bu maddenin de çeşitli problemler yaratma ihtimali vardır (Strain, Bigelow, Liebson ve ark., 1994). Birçok araştırmada yeni bir madde olan buprenorfin'in opiat bağımlılığında metadona oranla daha iyi bir ikame edici olma yolunda ilerlediği görülmektedir. Buprenorfin opiat reseptörü için kısmi bir agonisttir ve metadon gibi sürekli kullanım için kliniğe gitmek yerine reçete ile alınır. Böylece kullanıcılar metadon kliniğine gitme etiketlemesinden kurtulmaktadır (Ayvaşık, 2009).

Psikososyal tedavi yaklaşım

Madde bağımlılığında psikososyal tedavi yaklaşım içerisinde birden fazla tedavi yöntemi bulunmaktadır. Madde bağımlılığının tedavisinde psikoterapi, yalnızca ara sıra başvurulan

alternatif bir tedavi stratejisi değil, sürekliliği olan kapsamlı bir tedavi yöntemidir. Nasıl madde kullanımı, kişiler arası ilişkilerin bazı boyutlarının yerini alıyorsa, bağımlı ve terapist arasındaki destekleyici ilişkinin ve madde kullanımının yerine geçtiği fikri ortaya atılmıştır. Madde bağımlılığı tedavisinde terapistin görevi bağımlı ile arasında iyi ve destekleyici bir ilişki oluşturmak, kişilerarası süreçlerin, yorum ve inanç sistemlerinin yeniden yapılanmasını sağlamak, bilişsel olarak tekrar çerçevelendirmek ve bağımlıya yardımcı olmayan inançların tartışılması gibi teknikler kullanarak bağımlının sorunlarını daha net görmesini sağlamak, bu sorunlarla başa çıkmak için değişim yönünde bağımlıyı desteklemektir. Madde bağımlılığında kullanılan psikososyal tedavi yaklaşımlarına bakıldığında sekiz ana başlık bulunmaktadır.

1. **Kısa girişimler:** Kısa girişimler, madde bağımlılarından ziyade madde kullandığı anlaşılan kişiler için geliştirilmiş basit ve kısa dönemli danışmanlıktır. Kısa zamanlı, maliyeti düşük ve önleyici yaklaşımlardır. Kısa girişimlerde amaç, maddeye bağımlı olmayan fakat maddeyi kullanan kişinin madde kullanımını azaltmak ve/veya kişinin tedaviye başvurmasını sağlamaktır. Kısa girişimlerde kişinin değişime olan inancı arttırılmaya çalışılır. Madde bağımlılığı tedavisi öncesi uzun bekleme sürelerinde bağımlının madde kullanımını azaltmada işlevseldir. Çeşitli bilgilendirmeler ile bağımlının kullandığı maddenin yaratacağı sonuçlar hakkında bilgi kazanması için çabalanır. Hedefe yöneliktir.
2. **Motivasyon kazandırıcı tedaviler:** Madde bağımlılığı tedavisinde son yıllarda giderek önem kazanan bir yöntemdir. Motivasyonel görüşmelerin en etkileyici yanı kısa süreli olması ve bağımlıda bırakma isteği yönünde etki yapmasıdır. Madde bağımlılığında kişinin değişim veya tedavi için gerekli motivasyona sahip olması değişim için önemlidir. Bu nedenle bağımlılık tedavisinin ilk adımı kişiye motivasyon kazandırmak olmalıdır. Motivasyonel görüşme bağımlıların problemlerini anlamaları ve değişim için harekete geçmelerini sağlamak için kullanılmaktadır. Motivasyonel görüşmenin ilkelerine bakıldığı zaman, empatin gösterilmesi ve bağımlının etiketlenmemesi, bağımlı ile tartışmadan kaçınılması, bağımlının anlattıklarındaki çelişkilerin ortaya çıkarılması, madde bırakmaya ve tedaviye karşı gelişen dirençle çalışma ve bağımlının kendine yeterliliğinin desteklemesi vardır.
3. **Davranışçı terapi:** Madde bağımlılığında davranışçı terapi madde bağımlısı bireye istenen davranışları göstererek veya öğreterek, bağımlılık yapıcı madde kullanımını bırakmasını amaçlar. Madde bağımlısı kişinin tedavi sırasında üç noktada kontrol kazanması için çalışılır. Kişinin bağımlı olduğu maddeye yaklaşmaması ve uzak durmasını sağlayan uyaran kontrolü, kişiyi madde kullanmaya iten duygu ve düşüncelerinin değiştirilmesi ve yönetilmesini sağlayan dürtü kontrolü ve aile ve çevresinin kişiyi maddeden uzak tutmasına çalışılan sosyal kontroldür.
4. **Bilişsel davranışçı terapi:** Madde bağımlılığının tedavisinde bilişsel davranışçı terapi son yıllarda etkili bir tedavi seçeneklerinden birisidir ve son zamanlarda yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Bunun en önemli nedeni; kısa süreli müdahaleleri içermesi, farmakoterapi gibi diğer tedavi yöntemleriyle birlikte kullanılabilmesi, yapılandırılmış ve hedefe yönelik bir yöntem olmasıdır. Bilişsel davranışçı terapide amaç; bağımlının kendini tanımasına, madde kullanım isteğinin altında yatan bilişsel çarpıtmaları anlamasına, madde kullanım isteğini kontrol altında tutmasına ve

problemler ile başa çıkmasına yardımcı olmaktadır. Bu amaçlar doğrultusunda kullanılan temel tekniklerde madde kullanıcısının önce temel yaşam becerilerini daha sonra kompleks yaşam becerilerini geliştirmek, tedaviyi madde bağımlısının gereksinimlerine uygun olarak düzenlemek, terapi sırasında öğrenilen yeni davranışların ve bilişsel farkındalıkların yaşamda uygun olarak kullanılma becerisini hızlandırmak, tedavi süreci içerisinde bağımlıyı aktif bir rolde tutmak ve terapi sürecinde öğrendiği becerileri farklı sorun alanları karşısında çıktığında kullanmasını sağlamaktır. Bilişsel davranışçı terapi madde bağımlılarına uygulandığında; bağımlının stres ile baş etme becerisini geliştirmekte, bağımlı davranışını pekiştiren öfke, üzüntü, mutsuzluk gibi duyguların üstesinden gelebilmesini sağlamakta, madde kullanım isteği ortaya çıktığında beliren huzursuzluklarını azaltmakta ve sadece zevk amacı ile madde kullanımına yönelmesini engellemektedir. Bilişsel davranışçı terapide önce fonksiyonel analiz yapılarak madde bağımlısının madde kullanımından önce ve sonraki düşünceleri, duyguları ve madde kullanım ortamının değerlendirilmeli sonra beceri eğitimleri ile madde bağımlısının madde kullanım öncesi ve sonrasında ortaya çıkan, istenmeyen davranışlarını değiştirmesi için desteklenmelidir. Amaç, bağımlı davranışın yerine daha sağlıklı davranışlar ortaya koymasını sağlamaktır.

5. **Tekrar kullanımı (relapsı) önleme:** Relaps, kişinin madde kullanımını bıraktıktan sonra madde kullanımına tekrar başlaması demektir. Çalışmalar, madde bağımlılarının %40 ile %80 oranında relapsa düştüklerini göstermektedir. Bu nedenle temiz olan madde kullanıcıları için tekrar madde kullanmamalarını sağlamak amacıyla çeşitli programlar geliştirilmiştir. Relapsla başa çıkma yöntemleri diğer tüm tedavi yöntemleriyle birlikte kullanılmalıdır. Bu yöntem, genel olarak bilişsel davranışçı terapinin temellerine dayanır: Madde bağımlılığında relapsı önlemede başlıca üç strateji kullanılmaktadır, madde kullanıcısının aile, arkadaş veya sosyal çevresinden aldığı destek relapsı önlemede etkilidir. Sosyal destek kişinin yaşadığı stres ve sorunlarını azaltarak, karşılaşılan zor durumlarda kişinin yanında olarak veya kişiye bu durumlarda nasıl davranacağı hakkında örnek olarak relapsı önlemede etkili olmaktadır; madde kullanıcısının yaşam biçiminin değiştirilmesinde bireyin madde kullanan arkadaşlarından uzaklaşması ve koruyucu bir sosyal çevrenin içerisine girmesi hedeflenmektedir. Bu nedenle madde kullanıcısına yaşam becerileri geliştirme, iş becerileri kazandırma, sosyal ilişkiler geliştirme gibi eğitimler verilmelidir; son olarak madde kullanıcısının relapsa düşmesine neden olacak durumların belirlemesi, riskli durumların saptanıp bunlardan uzak durması ve riskli durumlarla baş etme becerisinin geliştirilmesi gerekmektedir.
6. **Bireysel danışmalık:** Madde bağımlısının madde kullanımını azaltmayı hedefleyen bir yöntemdir. Kısa sürede davranışsal yöntemler kullanılarak bağımlının temiz kalma süresini ve başa çıkma becerisinin geliştirilmesi hedeflenir. Bunlara ek olarak Adsız Alkolikler (AA) ve Adsız Narkotiklerin (NA) 12 basamak grup programlarına katılım özendirilir.
7. **Aile tedavisi:** Aile, kişinin yaşam biçiminin başladığı yerdir. Aynı zamanda sosyal desteğin ve stresin en çok yaşandığı birimdir. Madde bağımlılığında aile tedavisi, aileyi merkeze alan ve bağımlıyı destekleyen bir tedavi programıdır. Tedavi sürecinde aile kendisini incelemeye alır, bağımlı kişiye karşı olan tutumlarını, aile bi-

reyleri arasındaki etkileşim ve bağımlılığı ortaya çıkartan ailesel faktörler gözden geçirilir ve aile değişim sürecine girer.

8. **Grup tedavisi:** Madde bağımlılığında bireysel tedavilere ek olarak kişinin grup tedavisine başlaması tedavinin başarısını arttırmaktadır. Süresi belirli, yapılandırılmış eğitim gruplarının tedavinin başlangıcında daha etkili olduğu, daha sonraki dönemlerde ise sorun çözmeye ve beceri geliştirmeye yönelik grupların daha etkin olduğu görülmektedir. Madde bağımlılığı alanında kullanılan grup terapilerinde en sık kullanılan yöntem kendine yardım gruplarıdır. Kendine yardım grupları uyuşturucunun problem yarattığının farkına varan kadın ve erkeklerin bir araya gelmesiyle oluşan ve kâr amacı gütmeyen kuruluşlardır. Bu gruplara en öneli örnekler, Adsız Alkolikler ve adsız narkotiklerdir. Bu gruplar ile ilgili bilgiler, Yakın Bakış 1 kutucuğunda paylaşılmıştır. Gruplara girmenin koşulu ise bireyin kullandığı maddeyi bırakmak istemesidir.



Şekil 11. Grup terapileri, bağımlılık tedavisinin önemli bir parçasıdır.

YAKIN BAKIŞ 1 Adsız Alkolikler

Adsız Alkoliklerin (AA) tarihçesine baktığımızda, birliğin temelleri 1935 yılında New York'ta uzun bir dönem ayık kalmış bir kişinin, alkol problemi olanlara yardım ederken içme isteğinin azaldığını fark etmesiyle atılıyor ve zamanla daha geniş kitlere ulaşılıyor. Örneğin, 15 yılda yani 1950'lerde ABD'de 3.500 grup 96.000 üye sayısına ulaşılmıştır.

Türkiye'de ise 1988 yılında ilk olarak Ege Üniversitesi Psikiyatri Bölümünde AA toplantıları düzenlenmiştir. Aynı yılda Ankara ve İstanbul'da da AA grupları kurulmuştur. 1992-2009 yılları arasında ise Bursa, Antalya, Mersin'in de aralarında bulunduğu birçok il ve ilçede AA grupları oluşturulmuştur. 2001 yılında ise AA Genel Hizmet Komitesi ve Ofisi kurulmuştur.

Adsız Alkolikler kısaca "alkol bağımlığı sorunu yaşamış ve bu sorundan kurtulmak isteyen kişilerden oluşan, kâr amacı gütmeyen ve herhangi bir etnik, dini, siyasi bağı olmayan kardeşlik birliği" olarak tanımlanabilir. Kardeş birliği olarak tanımlanmasının altında profesyonel bir yapılanma olmaması yani bir tıbbi veya psikoterapi

hizmeti verilmemesi, her yaştan ve her kesimden kişilerin katılabildiği bir grup olması yatmaktadır.

Adsız Alkoliklere katılmak için belirlenen tek şart, alkolü bırakma yönündeki istektir. Bu yönde bir isteği olan herkes Adsız Alkoliklere katılabilir. Burada, kişinin ayık kalmasını ve bu sürecin devamlılığının sağlanması hedeflenmektedir. Bu hedeflere ulaşmak için düzenli olarak toplantılar düzenlerler ve 12 basamaklı programı hayatlarına uygulamaya çalışırlar. Toplantılar açık ve kapalı gruplar şeklinde düzenlenebilir. 12 basamaklı programın uygulanmasındaki amaç, alkol problemi yaşayan kişilerin alkol olmadan da hayatlarından doyum almalarını ve ayık kalma sürelerinin uzatılmasını sağlamaktır. Bunu da bu toplantılarda grup üyelerinin deneyimleri, umutları ve güçleri ile başarmaya çalışırlar. AA'ya ait 12 basamak programı ve 12 gelenek Tablo 6 ve Tablo 7'de verilmiştir.

Adsız Alkolikler neler yapmaz?

Üyelerin alkolizm dışındaki genel sağlığını ilgilendiren konularda fikir yürütmez ve herhangi bir girişimde de bulunmaz. İyileşme alanında alkolikler arasında kişisel öncelik tanımaz. Üyelerin hakkında kayıt ve geçmiş yaşam dosyası tutmaz. Üyeleri izleyip, denetlemeye çalışmaz. Tıbbi ya da psikolojik tanılar koymaz. Hastaneye yatırmaz; ilaç, tıbbi ya da psikiyatrik tedavi sağlamaz. Ev, yiyecek, giyecek, iş, para ya da benzeri konularda hizmet vermez. Aile ya da iş ilişkilerinde rehberlik yapmaz. Kendi dışında bilimsel araştırmalar yapmaz ve bunları finanse etmez. Sosyal kuruluşlara bağlanamaz. Dini hizmet vermez. Alkol ya da başka konular hakkında tartışmalara girmez. Adsız Alkolikler başka kaynaklardan hizmetleri için bağış ya da ücret kabul etmez. Şartlı tahliye mercilerine, avukatlara, mahkemelere, okullara, işyerlerine, sosyal kurumlar ya da benzeri kuruluşlara referans mektubu vermez. Güvence olmaz. Tedavi kurumlarındaki alkoliklere iyileşmeleri için ayrıcalıklı amaçlar tanımaz.

Adsız Narkotikler

Adsız Narkotikler (AN) aynı Adsız Alkolikler gibi kâr amacı gütmeyen, uyuşturucunun hayatlarında önemli sorunlara yol açtığını fark eden ve uyuşturucuyu bırakmak isteyen kişilerden oluşmuş bir arkadaş birliğidir. Tamamen bağımsız bir birliktir; hiçbir politik, dini vb. bir bağı yoktur. Yine Adsız Alkoliklerde olduğu gibi Adsız Narkotikler de 12 basamaklı bir programa ve 12 geleneğe sahiptir ve genel hatlarıyla Adsız Alkolikler ve Adsız Narkotikler aynı prensipleri benimseyerek çalışmaktadır. İki birlik arasındaki temel fark; AA alkolü bırakmak isteyen kişilerin katılabileceği bir birlikken, AN alkol dışında kalan uyuşturucu maddeleri bırakmak isteyen kişilerin katılabileceği bir birliktir. Bu nedenle yukarıda Adsız Alkolikler için anlatılan süreçler Adsız Narkotikler içinde geçerlidir.

nobel

Tablo 6. Adsız Alkolikler ve Adsız Narkotiklerin 12 Basamak İlkeleri

Adsız Alkolikler (AA) ve Adsız Narkotikler (NA) gruplarının önemli özelliklerinden birisi, tedavide 12 basamak adı verilen prensipleri uygulaması ve yaşama geçirmesidir. Bu 12 basamak uygulaması aşağıdadır:

1. Alkole ve maddeye karşı güçsüz olduğumuzu ve yaşantımızın yönetilemez hâle geldiğini kabul ettik.
2. Sadece bizden üstün bir gücün akıl sağlığımızı geri getirebileceğine inandık.
3. İrademizi ve hayatımızı algıladığımız anlamdaki Tanrı'ya teslim etmeye karar verdik.
4. Geçmişimizin ahlaki bir dökümünü araştırıcı ve korkusuz bir bakışla yaptık.
5. Kusurlarımızı açık bir biçimde Tanrı'ya, kendimize ve bir başkasına itiraf ettik.
6. Tanrı'nın bu karakter bozukluklarını düzeltmesi için tüm benliğimizle hazırlandık.
7. Tanrı'dan eksiklerimizi gidermesini alçakgönüllülükle diledik.
8. Zarar verdiğimiz insanların listesini çıkarttık, hatalarımızı düzeltmeye istekli hâle geldik.
9. Daha önce zararımız dokunan kişilerden onları ve ya başkalarını rahatsız etmeyeceğinden emin olduğumuz zaman, doğrudan özür diledik.
10. Kişisel dökümümüzü yapmaya devam ettik ve hatalı olduğumuz zamanlar bunu derhal itiraf ettik.
11. Dua ve meditasyon yoluyla, algıladığımız anlamdaki Tanrı ile bilinçli bağlantımızı geliştirmeye devam ettik. Onun bizlere uygun gördüğü şeyleri anlamak ve bunları yerine getirebilmek için gerekli gücü vermesi için dua ettik.
12. Bu basamakların sonucu olarak, ruhsal bir uyanışla bu mesajı alkoliklere taşımaya ve bu ilkeleri bütün işlerimizde uygulamaya çalıştık.

Tablo 7. Adsız Alkolikler ve Adsız Narkotiklerin 12 Basamak Gelenekleri

12 Gelenek

Adsız Alkolikler (AA) ve Adsız Alkoliklerin (NA) kuralları olarak tanımlayabileceğimiz 12 geleneği aşağıdadır:

1. Ortak refahımız başta gelmelidir, kişisel iyileşme AA ve NA'nın birliğine bağlıdır.
2. Amacımıza ulaşmada tek otorite vardır, o da grup bilincimizde ifadesini bulan sevgi dolu bir Tanrı'wdır. Liderlerimiz yönetici değil, güvenilir hizmetkârlardır.
3. AA ve NA üyesi olabilmek için gereken tek şey, içkiyi ve maddeyi bırakmak konusunda arzulu olmaktır.
4. Her grup, diğer grupları ve bir bütün olarak AA ve NA'yı etkileyen meseleler dışında bağımsız olmalıdır.
5. Her grubun yalnızca bir tek amacı vardır: mesajını hâlâ acı çekmekte olan alkoliklere iletmek.
6. Bir AA ve NA grubu, adını kendiyle ilgili veya kendi dışındaki herhangi bir kuruluşa devretmemeli, ödünç vermemeli tada finanse etmemelidir. Çünkü para, mülk ve prestij sorunları bizi esas amacımızdan uzaklaştırır.
7. Her AA ve NA grubu dışarıdan gelecek katkıları reddederek tam anlamıyla kendi kendine yeterli olmalıdır.
8. AA ve NA daima amatör olarak kalmalıdır. Ama servis merkezlerimizde özel görevliler çalışabilir.
9. AA ve NA olarak hiçbir zaman örgütlenmemeliyiz, ancak hizmet verdiğimiz kişilere karşı doğrudan sorumlu olan hizmet kurulları veya komiteleri oluşturabiliriz.
10. AA ve NA'nın dışındaki konular hakkında pek fazla fikirleri yoktur, onun için AA adı toplum davalarına hiçbir şekilde karıştırılmamalıdır.
11. Halkla ilişkiler siyasetimiz, isim yapmak yerine ilgi toplamak üzerine kurulmuştur. Bu yüzden basın, radyo, TV ve film alanlarında kimliğimizi daima gizli tutmalıyız.
12. Adsızlık, bütün geleneklerimizin manevi temelini oluşturarak bize ilkelerin daima kişiliklerden önce gelmesi gerçeğini hatırlatır.

BÖLÜM ÖZETİ

Bağımlılık; kişinin bedensel, ruhsal ve sosyal hayatını olumsuz etkileyen bir hastalıktır. Psikiyatrik bir sendrom olan bağımlılığın tanısı için bazı ölçütlerin karşılanması yeterlidir. Bu ölçütler kullanılan maddeye karşı tolerans gelişmesi, madde kullanımı kesildiğinde ya da azaltıldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması, madde kullanımını denetlemek ya da bırakmak için yapılan ama boşa çıkan çabaların olması. Maddeyi sağlamak, kullanmak ya da bırakmak için büyük zaman harcama, madde kullanımı nedeni ile sosyal, mesleki ve kişisel etkinliklerin olumsuz etkilenmesi, maddenin daha uzun ve yüksek miktarlarda alınması, fiziksel ya da ruhsal sorunların ortaya çıkmasına ya da artmasına rağmen madde kullanımını sürdürmek olarak sayılabilinir Bağımlılık, ciddi bir hastalıktır. Bağımlılığa ilişkin beyinde birçok nörokimyasal, nörofizyolojik değişimler saptanmıştır. Bağımlılık tedavisi, belirli şemaları ve ilkeleri içeren kapsamlı bir protokol ile sağlanabilir. Bağımlı kişiler bağımlılığın bir hastalık olduğunu kabul eder ve hastalıklarda uyulması gereken kurallar olduğunu bilirlerse tedaviye uyumları artmaktadır.

KAYNAKLAR

Addolorato, G., Abenavoli, L., Leggio, L. ve Gasbarrini, G. (2005). How many cravings? Pharmacological aspects of craving treatment in alcohol addiction: a review. *Neuropsychobiology, 51*(2), 59-66.

Adsız Alkolikler 12 Basamak. (2019, 5 Ekim). Erişim adresi: http://www.adsizalkolikler.com/Sayfa_Modul.asp?nedir=modul&isim=Mp3&goster=kat&id=80

Adsız Alkolikler 12 Gelenek. (2019, 5 Ekim). Erişim adresi: http://www.adsizalkolikler.com/Sayfa_Modul.asp?nedir=modul&isim=Mp3&goster=kat&id=80

Adsız Alkolikler Neler Yapmaz? (2019, 5 Ekim). Erişim adresi: http://www.adsizalkolikler.com/Tanitim.asp

Adsız Narkotikler. (2019, 5 Ekim). Erişim adresi: http://na-turkiye.org/

Akvardarlar, Y., Arıkan, Z., Berkman, K., Dilbaz, N., Oral, G., Uluğ, B., ... Mete, L. (2011). *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*. Ankara: Pozitif Matbaa.

Alnın, İ. (2014). Benim çocuğum kullanmaz demeyin bonzai. Ankara: Bilge Yayınevi.

APA (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.

APA (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.

APA (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.

APA (2013b) Substance-related and addictive disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Arendt, M., Rosenberg, R., Foldager, L., Perto, G. ve Munk-Jørgensen, P. (2007). Psychopathology among cannabis-dependent treatment seekers and association with later substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment, 32*(2), 113-119.

Arıkan Z., Berkman K., Dilbaz N., Oral G. ve Uluğ B. (2012). *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*. Ankara: Pozitif Matbaa.

Arıkan, Z., Genç, Y., Etik, Ç., Aslan, S. ve Parlak, İ. (2004). Alkol ve diğer madde bağımlılıklarında hastalar ve yakınlarında etiketleme. *Bağımlılık Dergisi*, 5(2), 3-7.

Ayvaşık, B. (2009). Alkol ve madde bağımlılığında bilişsel süreçler: beyindeki yapısal değişiklikten bağımlılığa giden yol. Metehan Irak (Ed.), *Psikopatolojilerde Bilgi İşleme Süreçleri*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Ball, S. A., Rounsaville, B. J., Tennen, H. ve Kranzler, H. R. (2001). Reliability of personality disorder symptoms and personality traits in substance-dependent inpatients. *Journal of abnormal psychology*, 110(2), 341.

Beck, A.T., Wright, F. D. Newman, C. F. ve Liese, B. S. (1993). cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford.

Berridge, K. C. (2007). The debate over dopamine's role in reward: the case for incentive salience. *Psychopharmacology, 191*(3), 391-431.

Binay, T., Direk, N., Aker, T., Akvardar, Y., Alptekin, K., Cimilli, C., ... Ulaş, H. (2014). Türkiye'de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(4), 264-81.

Bornovalova, M. A., Verhulst, B., Webber, T., McGue, M., Iacono, W. G. ve Hicks, B. M. (2018). Genetic and environmental influences on the codevelopment among borderline personality disorder traits, major depression symptoms, and substance use disorder symptoms from adolescence to young adulthood. *Development and psychopathology*, 30(1), 49-65.

Boztaş, M. H. ve Ansoy, Ö. (2010). Uçucu madde bağımlılığı ve tıbbi sonuçları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), 516-531.

Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., De Quijano, E. D. ve Torralba, L. (2004). Prevalence of problematic cocaine consumption in a city of southern Europe, using capture-recapture with a single list. *Journal of Urban Health*, 81(3), 416-427.

Buchanan, T. W. ve Lovallo, W. R. (2019). The role of genetics in stress effects on health and addiction. *Current Opinion in Psychology*, 27,72–76.

Bulut, M., Savaş, H. A., Cansel, N., Selek, S., Kap, Ö., Yumru, M. ve Virit, O. (2006). Gaziantep Üniversitesi Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Birimine başvuran hastaların sosyo-demografik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 7, 65-70.

Buzrul, S. (2016). Türkiye'de alkollü içki tüketimi. *Journal Of Food and Health Science*, 2(3), 112.

Ceyhun, B., Oğuztürk, Ö. ve Ceyhun, A. G. (2001). Madde kullanma eğilimi ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri*, 4, 87-93.

Cherpitel, C. J., Borges, G., Ye, Y., Bond, J., Cremonte, M., Moskalewicz, J. ve Swiatkiewicz, G. (2010). Performance of a craving criterion in DSM alcohol use disorders. *Journal of Studies On Alcohol And Drugs*, 71(5), 674-684.

Christensen, D. R., Jackson, A. C., Dowling, N. A., Volberg, R. A. ve Thomas, S. A. (2015). An examination of a proposed DSM-IV pathological gambling hierarchy in a treatment seeking population:similarities with substance dependence and evidence for three classification systems. *Journal of Gambling Studies*, 31(3), 787-806.

Chung, T., Martin, C. S., Maisto, S. A., Cornelius, J. R. ve Clark D. B. (2012). Greater prevalence of DSM-5 nicotine use disorder compared to DSMIV nicotine dependence in treated adolescents and young adults. *Addiction*, 107, 810-818.

Conway, K. P., Levy, J., Vanyukov, M., Chandler, R., Rutter, J., Swan, G. E. ve Neale, M. (2010). Measuring addiction propensity and severity: the need for a new instrument. *Drug And Alcohol Dependence*, 111(1-2), 4-12.

Cooper, M. L., Frone, M. R., Russell, M. ve Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: a motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 990.

Degenhardt, L., Ferrari, A. J., Calabria, B., Hall, W. D., Norman, R. E., McGrath, J., ... & Vos, T. (2013). The global epidemiology and contribution of cannabis use and dependence to the global burden of disease: results from the GBD 2010 study. *PLoS One*, 24, 8-10.

DiBartolo, M. C. ve Jarosinski, J. M. (2017). Alcohol use disorder in older adults: challenges in assessment and treatment. *Issues in Mental Health Nursing*, *38*(1), 25-32.

Dick, D. M., Pagan, J. L., Viken, R., Purcell, S., Kaprio, J., Pulkkinen, L. ve Rose, R. J. (2007). Changing environmental influences on substance use across development. *Twin Research and Human Genetics*, 10(2), 315-326.

Edenberg, H. J., Xuei, X., Chen, H. J., Tian, H., Wetherill, L. F., Dick, D. M., ... Hesselbrock, V. (2006). Association of alcohol dehydrogenase genes with alcohol dependence: a comprehensive analysis. *Human Molecular Genetics*, 15(9), 1539-1549.

Egger, O. ve Rauterberg, M. (1996). Internet behaviour and addiction. Swiss: Federal Institute of Technology.

ESPAD Group (2016), ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union,

Franques, P., Auriacombe, M. ve Tignol, J. (2000). Addiction and personality. *L'Encephale*, 26(1), 68-78.

Griffin, M. L., Weiss, R. D., Mirin, S. M., Wilson, H. ve Bouchard-Voelg, B. (1987). The use of the diagnostic interview schedule in drug dependent patients. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 13(3), 281-291.

Gümüş, Ö., Şahin, E. ve Top, M. Ş. (2002). Alkol ve eroin bağımlılarının ailelerindeki psikososyal ve ekonomik zorlukların araştırılması. *Bağımlılık Dergisi*, 3, 146-54.

Hasin, D. S., O'Brein, C. P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K. ve Budney, A. (2013). DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *Am J Psychiatry*, 170, 34-51.

Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E. ve Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64(7), 830-842.

Henderson, E. C. (2001). Understanding addiction. Mississippi: University Pres of Mississippi.

Herken, H., Özkan, İ., Çilli, S.A., Telcioğlu, M. ve Kucur, R. (2000). Sigara kullanma davranışınsa sosyal öğrenmenin etkisi. *Bağımlılık Dergisi*. 1(1). 38-40.

Hermle, L., Simon, M., Ruchsow, M. ve Geppert, M. (2012). Hallucinogen-persisting perception disorder. *Ther Adv Psychopharmacol*, 2(5), 199-205.

Işıklı, S. ve Irak, M. (2002). Türkiye'de madde kullanımı ve bağımlılığı profili araştırması: 2002 yılı madde kullanımı geniş alan araştırması. Ankara: Türk Psikologlar Derneği.

World Health Organization. (1992). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision. Geneva: World Health Organization.

Jaffe, J. H. ve Anthony, J. C. (2005). Substance-related disorders: introduction and overview.. Sadock, B. J. ve Sadock, V. A. (Ed.). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eighth edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Karataş, G., Evlice, Y. E. ve Tamam, L. (2012). Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu sıklığı. *Cukurova Medical Journal*, 37(1), 37-48.

Kessler, K. S., Schmitt, E., Aggen, S. H. ve Prescott, C. A. (2008). Genetic and environmental influences on alcohol, caffeine, cannabis, and nicotine use from early adolescence to middle adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 65(6), 674-682.

Krenast, T. ve Foerster, J. (2008). Psychotherapy of personality disorders and concomitant substance dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, *21*(6), 619-624.

Koob, G. F. (2008). A role for brain stress systems in addiction. *Neuron*, 59(1), 11-34.

Koob, G. F. ve Le Moal, M. (2008). Addiction and the brain antireward system. *Annual Reviews Psychol*, 59, 29-53.

Koob, G. F. ve Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217.

Kurupınar, A. ve Erdamar, G. (2014). Ortaöğretim öğrencilerinde görülen madde bağımlılığı alışkanlığı ve yaygınlığı: Bartın ili örneği. *Sosyal Bilimler Dergisi*, *16*(1), 65-84.

Lin, D. L., Liu, H. C. ve Liu, R. H. (2009). Methylenedioxymethamphetamine-related deaths in Taiwan: 2001–2008. Journal of Analytical Toxicology, 33(7), 366-371.

Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L. ve Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1281-1310.

Ögel, K. (2005). Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri*, 1(47), 61-64.

Ögel, K., Tamar, D., Evren, C. ve Çakmak, D. (2000). İstanbul'da lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanımı yaygınlığı. *Klinik psikiyatri*, 3(4), 242-245.

Ögel, K., Tamar, D., Evren, C., Çakmak, D., Çorapçıoğlu, A., Sır, A., Tamar, M., Tot, S., Doğan, O., Uğuz, S., Yenilmez, C. ve Bilici, M. (2001). Türkiye'de 15 ilde sigara, alkol ve madde kullanımının yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 47-52.

Ögel, K. (2001). İnsan, Yaşam Ve Bağımlılık: Tartışmalar Ve Gerçekler. İstanbul: Kültür-Sanat Yayıncılık.

Ögel, K., Taner, S., Eke, C. ve Erol, B. (1995). İstanbul'da onuncu sınıf öğrencileri arasında tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı raporu (Yeniden Yayın no 15).

Ögel, K., Uğuz, Ş., Sır, A., Yenilmez, Ç., Tamar, M., Çorapçıoğlu, A., Doğan, O., Tot, Ş., Bilici, M., Tamar, D., Evren, C. ve Liman, O. (1998). Türkiye'de ilköğretim ve ortaöğretim gençliği arasında esrar kullanım yaygınlığı. *Bağımlılık Dergisi*, 4, 15-19.

Peer, K., Rennert, L., Lynch, K. G., Farrer, L., Gelernter, J. ve Kranzler, H. R. (2013). Prevalence of DSM-IV and DSM-5 alcohol, cocaine, opioid, and cannabis use disorders in a largely substance dependent sample. *Drug and alcohol dependence*, *127*(1-3), 215-219.

Rather, B. C., Goldman, M. S., Roehrich, L. ve Brannick, M. (1992). Empirical modeling of an alcohol expectancy memory network using multidimensional scaling. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*(1), 174-183.

Rehm, J., Marmet, S., Anderson, P., Gual, A., Kraus, L., Nutt, D. J., ... Wiers, R. W. (2013). Defining substance use disorders: do we really need more than heavy use?. *Alcohol and Alcoholism*, 48(6), 633-640.

Robinson, T. E. ve Berridge, K. C. (2000). The psychology and neurobiology of addiction: an incentive-sensitization view. *Addiction*, 2, 91-117.

Robinson, T. E. ve Berridge, K. C. (2003). Addiction. *Annual Reviews Psychol*, 54, 25-53.

Ruisoto, P. ve Contador, İ. (2019). The role of stress in drug addiction. *Physiology & Behavior*, 202(1), 62-68. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2019.01.022

Sadock, B. J. ve Sadock, V. A. (2003). Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. New York: Lippincott Williams and Wilkins.

Samyai, Z., Shaham, Y. ve Heinrichs, S. C. (2001). The role of corticotropin-releasing factor in drug addiction. *Pharmacological Reviews*, 53(2), 209-244.

Sayın, A., Karslıoğlu, E., Arıkan, Z. ve Aslan, S. (2004). Alkol bağımlısı bir grup hastada kişilik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 5, 13-9.

Sher, K. J., Walitzer, K. S., Wood, P. K. ve Brent, E. E. (1991). Characteristics of children of alcoholics: putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 427.

Smart R.G. ve Ogborne A. C. (2000). Drug use and drinking among students in 36 countries. *Addict Behav.* 25(3), 455-60.

Stacy, A. W., Newcomb, M. D. ve Bentler, P. M. (1991). Social psychological influences on sensation seeking from adolescence to adulthood. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17(6), 701–708.

Strain, E. C., Stitzer, M. L., Liebson, I. A. ve Bigelow, G. E. (1990). Comparison of buprenorphine and methadone in the treatment of opioid dependence. *American Journal of Psychiatry*, 151(7), 1025-1030.

Süngü, H. (2014). Üniversite öğrencilerinin zararlı madde kullanımına ilişkin tutumları. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(26), 167-194.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. ve Kraus, L. (2011). ESPAD report: Substance use among students in 36 European countries. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).

Thyer, B. A., Parrish, R. T., Himle, J., Cameron, O. G., Curtis, G. C. ve Nesse, R. M. (1986). Alcohol abuse among clinically anxious patients. *Behaviour Research and Therapy*, *24*(3), 357-359.

Tran, G. Q., Haaga, D. A. F. ve Chambless, D. L. (1997). Expecting that alcohol use will reduce social anxiety moderates the relation between social anxiety and alcohol consumption. *Cognitive Therapy and Research*. 21(5), 535-553.

Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J. ve Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical Psychology*, 20(2), 235-253.

TUBİM (2012). Türkiye Uyuşturucu 2012 Raporu. Ankara: Reitox.

Tunçoğlu, T. (2010). Madde Kullanım Yaygınlığı (Türkiye Uyuşturucu Raporu 2010). Ankara: Reitox.

Türkcan, A. (1998). Türkiye'de madde kullananların profili: Hastane verilerinin incelenmesi. *Düşünen Adam*. 11(3), 56-64.

Uhl, G. R., Liu, Q. R., Drgon, T., Johnson, C., Walther, D., Rose, J. E., ... Lerman, C. (2008). Molecular genetics of successful smoking cessation: convergent genome-wide association study results. *Archives of General Psychiatry*, 65(6), 683-693.

Uzbay, İ. T. (2009). Madde Bağımlılığının Tedavisi. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi 21;22*, 64-72.

Merz, F. (2018). United Nations Office on Drugs and Crime: World Drug Report 2017. *SIRIUS-Zeitschrift für Strategische Analysen*, *2*(1), 85-86.

Ünüvar, N. (2008). TBMM Uyuşturucu Başta Olmak Üzere Madde Bağımlılığı Ve Kaçakçılığı Sorunlarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırma Komisyon Raporu. Ankara: TBMM Yayını.

Whisman, M. A., Uebelacker, L. A. ve Bruce, M. L. (2006). Longitudinal association between marital dissatisfaction and alcohol use disorders in a community sample. *Journal of Family Psychology*, 20(1), 164-167.

Williams, L. C., & Keyes, C. (2001). Psychoactive drugs. Ford, M. D., Delaney, K. A., Ling, L. J. ve Erickson, T. (Eds.). *Clinical Toxicology*. (s. 640-649). Philadelphia: WB Saunders.

World Health Organization (WHO). (2016). Management of substance abuse: the health and social effects of nonmedical cannabis use. Geneva: *WHO*.

Yıldırım, B., Engin, E. ve Yıldırım, S. (2011). Alkol ve madde bağımlılarında yalnızlık ve etki eden faktörler. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2(1), 25-30.

Yüksel, N., Dereboy, Ç. ve Çifter, İ. (1994). Üniversite öğrencileri arasında madde kullanımı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 5(4), 283-286.

13. Bölüm

ÇOCUKLUK VE ERGENLİK DÖNEMİ PSİKOLOJİK RAHATSIZLIKLARI

İlkiz Altınoğlu Dikmeer
Belgin Üstün Güllü

VAKA ÖRNEĞİ 1

A sabah annesinin yatağında uyandı. Gece yalnız yatmaktan korktuğu için yaklaşık bir yıldır annesi ile yatıyordu, babası ise onun odasında onun yatağında. Neyse ki bu sabah yatağı ıslatmamıştı. Kalkıp banyoya gitti ve her zaman yaptığı gibi aynı sırayla beş kere sağ elini, beş kere sol elini ve beş kere de yüzünü yıkadı. Bu sabah doğru saydığından emindi, aksi hâlde en baştan yıkayıp en baştan sayması gerekirdi. Odasına gelip yatağın üstünde akşamdan hazırlanan okul formasını görünce ağlamaya başladı, okula gitmek istemediğini söylese anne babası kızacaktı. Dünyanın berbat bir yer olduğunu, okuldan nefret ettiğini, hiç arkadaşı olmadığını, geçen yıl sınıfta yüksek sesle okumak zorunda kaldığı günden beri herkesin kendisiyle alay ettiğini ve öğretmenin kendisini sevmediğini söyleyerek kendisini yere attı ve tepinerek ağlamaya başladı. Zaten bu sınıfa gelmiş, hâlâ okuma yazmayı tam öğrenememişti, "baba" ya da "dede" yazarken o aptal harfin göbeği hangi yöne bakacaktı, ne önemi vardı ki? O korkunç çarpım tablosunu da ezberleyememişti. Okula gitmeye ne gerek vardı ki? Bütün bunları düşününce birden nefesi kesilir gibi oldu, sonra hızlı hızlı nefes almaya başladı. Eliyle ağzını kapattı, kalbi o kadar hızlı çarpıyordu ki, kalbi ağzından dışarı fırlarsa diye korktu. Keşke çamaşır makinesinin karşısına geçip kulaklarını kapatıp sallanarak makinenin çamaşırları döndürerek nasıl yıkadığını seyrettiği o günlere geri dönebilseydi. Gerçi o günlerden söz ederken annesinin hep gözleri doluyordu: neymiş, onlar sesleniyormuş A dönüp bakmıyormuş, yaşıtları gibi değil de tuhaf kelimelerle tekrarlayarak konuşuyormuş, bir de kimsenin gözlerine bakmıyormuş. Şimdi ise bir sürü derdi vardı, bir de onların üstüne derste öğretmeni dinlemesi, başka şey düşünmemesi, ders sırasında canı sıkılınca kalkıp sınıf içinde yürümemesi, aklına bir şey geldiğinde onun için beklemesi, başkaları konuşurken araya girmemesi gerekiyordu.

Of, ne zordu çocuk olmak!!!.

Yukarıda okuduğu öyküye inanamayan ve bir yanlışlık olduğunu düşünen okuyucular varsa çok haklılar. Onları yanıltan muhtemelen A'nın tek bir çocuk olduğunu düşünmeleri olmuştur. Oysa A çocuk ruh sağlığı alanında her gün görülen çocukların hepsi! Tüm bu belirtiler tek bir çocukta toplansaydı, hayat o çocuk ve ailesi için çok ama çok zor olurdu, elbette ki A ile çalışacak tüm uzmanlar için de. Genellikle bir çocukta belirli bir rahatsızlığa ait birçok belirtiyi bir arada görünce tanı koymak mümkün olabilir, sıklıkla iki, nadiren üç bozukluğun belirtileri bir arada görülebilir. Ama A'daki belirtilerin hepsinin bir arada olması çok olası değildir.

Önceki bölümlerde aktarılan psikolojik rahatsızlıklar erişkinlerde görülen rahatsızlıklardır. Bunlardan bir kısmı çocukluk çağında başlayıp erişkinlikte de devam etmekte, bir kısmı sadece erişkinlik döneminde ortaya çıkmaktadır. Bu bölümde çocukluk ve ergenlik döneminde sıklıkla karşılaşılan durumlar "gelişimsel psikopatoloji" gözlüğünden ele alınarak aktarılacaktır.

GELİŞİMSEL PSİKOPATOLOJİ

Gelişimsel psikopatoloji, davranışsal sağlık ve uyumun gelişim bağlamında çalışılmasıdır (Masten, 2006). Sorunun ne zaman ortaya çıktığının yanı sıra çocuğun ya da ergenin yaşamındaki dönüm noktaları üzerinden psikopatolojiyi anlamaya çalışır. Klasik medikal model, hastalıkların sınıflandırması üzerinden değerlendirir yani bazı belirti kümelerinin varlığında belirli tanıların akla gelmesi gibi. Oysa gelişimsel psikopatoloji, psikopatolojiye "normal gelişimin yoldan sapması" gözüyle bakar (Kerig, Ludlow ve Wenar, 2012). Buna göre, normal ve anormal arasında süregiden bir bağ vardır, gelişim süreci boyunca insanın bazı zamanlarda bazı sorunlarının olması beklenen normal bir durumdur. Psikolojik sorunlar sağlıklı gelişim sürecindeki anlamlı "sapmalardır". Gelişimsel gecikme, gelişim basamaklarında geri dönme (regresyon) ya da uyum güçlükleri gibi durumlar bir çocuk için normal gelişimin yoldan sapması olarak düşünülebilir.

Gelişimsel psikopatolojiyi gelişim psikolojisi ve klinik psikoloji ile çocuk psikiyatrisinin bir kesişimi olarak tanımlamak mümkündür. Sorun davranışı ele alırken gelişim psikolojisinin bakış açısını ve araştırma yöntemlerini kabul eder (Morsünbül, Kaçıra ve Özdemir, 2019; Rutter, 1996). Bununla birlikte diğer birçok alandan yararlanır; davranışsal, bilişsel, sosyolojik, aile sistemleri, kişilik, evrimsel biyoloji, biyomedikal, genetik, etolojik modeller ve sinir bilimleri gibi birçok kuramı içinde barındırmaktadır (Kerig ve ark., 2012; Kılıç, 2003).

Herhangi bir psikolojik sorunu olan bir çocuk ya da ergende ortaya çıkan belirtiler, tek bir köken ile ilişkilendirilip ele alınamaz çünkü biyolojik bir varlık olan insan aile, okul, akran ve toplum gibi farklı sistemlerin içinde yer alır ve hepsinden farklı biçimlerde etkilenir. Gelişimsel psikopatoloji bakış açısıyla bakan bir psikolog, değerlendirme yaparken psikolojik sorunun belirtilerini medikal açıdan değerlendirmenin yanı sıra kültürel ve tarihsel bağlam ile kişinin içinde bulunduğu sistemi de göz önüne almalıdır. Örneğin, bir toplumda uygun görülen bir davranış farklı bir kültürde uygunsuz ya da sapkın davranış olarak kabul edilebilir.

Bağlamlar arasındaki *geçişlerin* ele alınması çok yönlü bakış açısı sağlar (Kerig ve ark., 2012). Örneğin, küçük bir çocukta görülen konuşma gecikmesi birçok etkene bağlanabilir ve bu etkenlerin iç içe girmesiyle farklı boyutlar kazanabilir. Erken doğan bir bebeğin, anne babası kaygılı olabilir, ağlamaları ile nasıl başa çıkacaklarını bilemeyebilir. Onların kaygısı bebeğin zor mizacını tetikleyebilir, bu da anne babanın kaçınma davranışı göstermesine ve çocuklarıyla az

iletişim kurmalarına neden olabilir. Az iletişime maruz kalan ya da yeterli iletişim kurulmayan çocuk da konuşmayı öğrenemeyebilir ya da konuşması gecikebilir.

Gelişim psikolojisi temel kavramlarından; *normal işlevsellik, esneklik, uyum becerileri, risk etkenleri* ve *koruyucu etkenler* ile *süreklilik* ve *süreksizlik* yine gelişimsel psikopatoloji araştırmalarında sıklıkça ele alınan konulardır (Kerig ve ark., 2012; Kılıç, 20013; Morsünbül ve ark., 2019; Rutter, 1996). *Aynı nedenlerin farklı sonuçlara neden olabileceği* yani *çoksonluluk* (örneğin, alkol bağımlığı bir babanın bir çocuğu alkol bağımlısı olurken, bir diğeri alkol bağımlıları ile çalışan bir ruh sağlığı çalışanı olmayı seçebilir) ya da *bir çok farklı nedenin tek bir sonuca yol açabileceği* yani *eşsonluluk* (örneğin; depresyona neden olan etkenler arasında genetik yatkınlık, mizaç, bilişsel çarpıtmalara neden olan düşünce biçimi, travmatik yaşam deyimleri ve benzeri bir çok durum sayılabilir) kavramları göz önüne alınarak, çevresel ve biyolojik etkenler bağlama göre hem koruyucu etken hem de risk etkeni olarak değerlendirilebilir.

Gelişim psikolojisinin temel araştırma alanlarından biri olan süreklilik-süreksizlik kavramı gelişimsel psikopatoloji araştırmalarına da dayanak olmaktadır. Bazı rahatsızlıkların seyrinin yaşa bağlı değişiklik göstermesi ya da sadece bazılarının sadece çocuklukta görülürken diğerlerinin çocukluk çağı olumsuz deneyimlerine bağlı olarak erişkinlikte görülmesi önemli araştırma konularındandır. Yeme bozuklukları ya da intiharlar, ergenlik döneminde daha sık görülmektedir ama bunu sadece yaşa bağlamak olası değildir. Acaba farklı yaş gruplarında farklı biyolojik etkenler daha mı baskındır, yoksa bazı toplumsal süreçler farklı yaş gruplarında farklı olumsuz etkilere mi yol açmaktadır?

Psikolojik rahatsızlıkların değerlendirilmesinde çok yönlü bakış açılarının önemli olduğunu vurgulayan ve bozuklukları normal gelişimden sapma olarak ele alan gelişimsel psikopatolojinin anlaşılması, çocukluk dönemi psikolojik rahatsızlıklarının daha iyi tanılanması ve tedavisinde önemlidir. Bundan sonraki bölümlerde çocukluk döneminde sıklıkla görülen psikolojik rahatsızlıklardan bahsedilecektir. Bu rahatsızlıklar gelişimi, nedenleri ve tedavi yöntemleri açısından ele alınacaktır

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Genel görünüm ve tanı

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış çocukların aileleri, sıklıkla akademik başarısızlık ile davranışsal ve sosyal sorunlar nedeniyle yardım ararlar. En temel yakınmalar; dikkati toplama ve bir işe odaklanmada güçlük ile yerinde duramama, kıpır kıpır olmadır. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*'nın son sürümünde (DSM-5) dikkatsizliğin baskın olduğu, aşırı hareketliliğin ve/veya dürtüselliğin baskın olduğu alt tipler yer almaktadır, üçüncü alt tip ise her ikisinin birlikte görüldüğü birleşik tiptir [Amerikan Psikiyatri Birliği (APA), 2013a]. DEHB tanısı alan çocuklarda dikkat eksikliğinin baskın olduğu tip en sık görülen alt tiptir, bunu birleşik tip ve aşırı hareketliliğin/dürtüselliğin baskın olduğu tip izlemektedir [Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Akademisi (AACAP), 2007; Wilcutt, 2012]. Bozukluğun tanı ölçütleri arasında; dikkatsizlik ve/veya aşırı hareketlilik/dürtüsellik belirtilerinin 12 yaşından önce görülmüş olması, bu belirtilerin birden fazla ortamda (ör.; ev, okul, iş, sosyal ortamlarda aile dışından insanlarla birlikte iken) ortaya çıkması ve bu belirtiler nedeniyle çocu-



Şekil 1. DEHB tanısı olan çocuklar genellikle dersi dinlemekte zorluk yaşarlar. Bazı aileler tarafından bu çocuklar "umursamaz" olarak nitelendirilmektedir.

ğun işlevselliğinde kayıp ya da azalma olması yer almaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013a). DEHB tanısı almış birçok çocuğun okulda başarısız olması işlevselliğin azalmasına bir örnek olarak düşünülebilir.

Dikkatsizlik ile ilgili güçlükleri olan çocuklar, sıklıkla dikkati toplamakta güçlük, ders çalışamama, dalgınlık yaşarlar, sınıfta dersi dinleyemez, dersi dinlerken başka şeylerle meşgul olurlar; ödevlerinin başına oturmakta, bir işe başlamakta ve onları tamamlamakta zorlanırlar; dış uyaranlarla kolayca dağılabilirler; eşyalarını, ödevlerini, verilen yönergeleri unutabilirler, bu nedenle aileleri onların "çok unutkan" olduklarını söyleyebilir; dikkatle ilgili sorunları öğrenmelerini güçleştirebilir. Aşırı hareketli ya da dürtüsel olan çocuklar ise genellikle yerinde duramayan, oturduklarında bile kıpır kıpır olan, sınıf düzenini bozan, çok konuşan, başkaları konuşurken, oyun oynarken ya da bir iş yaparken düşünmeden araya giren ve sırasını beklemekte zorlanan çocuklardır. Bu çocuklar, arkadaşlarının oyunlarını böldükleri, düşünmeden davrandıkları ve kurallara uymakta zorluk yaşadıkları için sıklıkla arkadaşlarıyla sorun yaşarlar. Aşırı hareketli ve dürtüsel oldukları için çoğu zaman düşünmeden hareket ederler ve sık sık ufak tefek kazalar atlattıkları için "sakar" diye nitelenebilirler.

Tablo 1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İçin DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Dikkatsizlik (gelişimsel düzeye uygun olmayacak şekilde en az altı aydır devam etme)
   a. Ayrıntılara dikkat edememe, okul ya da iş ile ilgili görevlerde dikkatsizliğe bağlı hatalar yapma
   b. Dikkati sürdürememe; dış uyaranlarla kolayca dağılma
   c. Kendisine söyleneni dinleyememe
   d. Verilen yönergeleri izleyememe, verilen görevleri tamamlayamama
   e. Zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınma
   f. Eşyalarını kaybetme, unutma
   g. Günlük işlerde verilen görevi unutma
B. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik
   a. Oturduğu yerde kıpır kıpır olma, elini ayaklarını oynatma
   b. Sınıfta, iş yerinde yerinde oturamama, kalkıp dolaşma gereksinimi
   c. Yerinde duramama koşma, zıplama, tırmanma vb. ihtiyacı
   d. Derste ya da etkinlikerde sessiz kalamama
   e. Aşırı konuşma
   f. Sıra bekleyememe
   g. Sohbet sırasında karşıdakinin sözünü kesme, başkalarının sohbetinde araya girme
   h. Kendini durduramama, aklına gelen davranışı anında yapmak isteme

Alt tipleri
- Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm
- Aşırı hareketliliğin/dürtüselliğin baskın olduğu görünüm
- Bileşik görünüm

Epidemiyoloji

DEHB, çocuk ruh sağlığı alanında en yaygın görülen rahatsızlıklardan biridir. Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM-IV-TR'de DEHB yaygınlığını Amerika Birleşik Devletleri (ABD) için %3-7 olarak açıklamıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000). Daha sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda ABD'de okullarda DEHB sıklığının %6,5-12 arasında değiştiği rapor edilmiştir (AACAP, 2007; Barbaresi, Katusic ve Colligan, 2002; Harel ve Brown, 2003; Rowland ve ark., 2002). Aynı çalışmalarda tanı alan çocukların ilaç kullanma oranlarının %4,3-7 arasında olduğu belirtilmiştir. Önceleri çocukluğa ait bir bozukluk olduğu düşünülen DEHB'nin, 1990'lardan itibaren ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde de devam ettiği fark edilmiştir. Barkley, Fisher, Smallish ve Fletcher (2002), tanı alan çocukların %2-8'inin ergenliğe geçişte tüm ölçütleri karşıladığını, tanı ölçütlerini tam karşılamasa da aile bildirimlerine göre belirtilerin varlığı dikkate alındığında bu oranın %50 civarlarına ulaştığını bildirmişlerdir.



Şekil 2. Anne baba tutum ve davranışları, DEHB'ye neden olmaz. DEHB nörogelişimsel bir bozukluktur.

Türkiye'de yapılan çalışmalarda DEHB görülme sıklığı, okul çağı çocuklarında genel popülasyonda %9,5 (Özcan, Ergi, Kutlu ve Yakıncı, 1998), çocuk ruh sağlığı kliniklerine başvuran klinik popülasyonda ise okul öncesi grupta %7,8 (Kutlu ve Binici, 2017); okul çağı çocuklarında %20,5-29,7 arasında (Arıcı, Altun ve Sevgen, 2017; Ersöz Alan, 2019; Meriçli, Yıldız ve Baykal, 2019) rapor edilmiştir. KKTC'de ilkokul öğrencileri arasındaki DEHB yaygınlığı %12,8 olarak bildirilmiştir (Hekim Bozkurt, Dirik ve Üneri, 2017). Ercan ve arkadaşları tarafından ilkokul öğrencileri ile yapılan dört yıllık bir boylamsal çalışmada DEHB prevalansı ilk yıl için %13,38, ikinci yıl için %12,53, üçüncü yıl için %12,22 ve dördüncü yıl için %12,55 olarak saptanmıştır. Çalışmanın ilk yılında DEHB tanısı konan olguların erkek/kız oranı 3,23/1 bulunurken; ikinci yılında tanı konan olgularda erkek/kız oranı 3,4/1 olarak bulunmuştur (Ercan ve ark., 2013). 2014 tarihli bir çalışmada ergenlerde DEHB belirtileri görülme sıklığı aile bildirimlerine göre %12,7, öğretmen bildirimlerine göre ise %27,4'tür (Uyan, Ceyhun-Peker, Tekiner ve Ulukol, 2014).

Türkiye'de erişkinlerde DEHB yaygınlığını rapor eden çalışmalarda oranlar farklılık göstermektedir. 2011'de kendini değerlendiren erişkinlerin %3,8'i DEHB belirtileri rapor etmiş,

bu kişiler klinik görüşme ile değerlendirildiğinde bu oran %2,7'ye düşmüştür (Yapıcıoğlu, Kavakçı, Güler, Semiz ve Doğan, 2011). Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri arasında DEHB görülme sıklığı %17,2 olarak bildirilmiştir (Taneri, Akış ve Sarandöl, 2016). İki farklı çalışmada psikiyatri kliniklerine başvuran hastaların yaklaşık %20'si öz bildirim ölçeklerinde DEHB belirtilerinin varlığını işaretlemiş, bu gruplarla yapılan klinik görüşme sonrası bir çalışmada %12,7'si (Özdemiroğlu-Alyanak, Yargıç ve Oflaz, 2011), diğer bir çalışmada ise %27'si (Özkorumak, Özten ve Tiryaki, 2013) kesin tanı almışlardır.

Eştanı

DEHB tanısı alanların yaklaşık %70'inde ek bir psikiyatrik tanının varlığı rapor edilmektedir (AACAP, 2007; Hergüner S. ve Hergüner A., 2012). Yurt dışı kaynaklarda DEHB tanısı olan bireylerde en sık rastlanılan psikiyatrik bozukluğun Karşı Olma Karşıt Gelme Bozukluğu (KOKGB) olduğu belirtilmektedir. DEHB tanısı alan çocuk ve ergenlerin %54-84'ü KOKGB tanı ölçütlerini karşılamaktadır (AACAP, 2007). Erişkin DEHB hastalarında da durum benzerdir, ancak KOKGB ya da Davranım Bozukluğu (DB) tanıları yerine benzer oranlarda Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanısı karşımıza çıkmaktadır (Biederman, 2004). Connor, Steeber ve McBurnett (2010) DEHB tanısının KOKGB ve DB için risk etkeni olabileceğini belirtmişlerdir. Bir başka geniş kapsamlı çalışmada ise aile bildirimlerine göre DEHB tanısı alan çocukların %46'sında Öğrenme Bozukluğu, %27'sinde Davranım Bozukluğu ve %18'inde Kaygı Bozukluğu olduğu belirtilmiştir (Larson, Russ, Kahn ve Halfon, 2011). Türkiye'de de benzer sonuçlar rapor edilmiştir. Uyan ve arkadaşları (2014), aile bildirimlerine göre DEHB tanısı alan 11-18 yaş arası ergenlerin %46'sında KOKGB, %10.7'sinde DB olduğunu rapor etmektedir. Öğretmen bildirimlerinde bu oranlar artmaktadır (%52,5 KOKGB, %30,5 DB). Hergüner ve Hergüner (2012), 6-18 yaş grubu ile yaptıkları çalışmada DEHB'ye en yüksek oranda (%43,6) KOKGB'nin eşlik ettiğini, bunu Enuresis (%21,1), Özgül Fobi (%17,3), Sosyal Kaygı Bozukluğu (%14,3) ve Tik Bozukluğu (%13,5) tanılarının izlediğini belirtmişlerdir.

Etiyoloji

DEHB'nin genetik kökenli bir bozukluk olduğuna ilişkin bulgular artmaktadır (Akgün, Tufan, Yurteri ve Erdoğan, 2011; Faraone ve Mick, 2010). Diğer nörobiyolojik etkenler arasında en önde gelenlerin doğum öncesi etkenler ve düşük doğum ağırlığı olduğu bildirilmektedir (AACAP, 2007). Doğum öncesi etkenler arasında minimal derecede merkezi sinir sistemi hasarına yol açan toksik, metabolik ve dolaşımla ilgili nedenlerin yanı sıra erken bebeklik döneminde merkezi sinir sistemini etkileyen enfeksiyonlar da söz konusu olabilmektedir. DEHB tanılı çocuklarda silik nörolojik belirtilerin, öğrenme güçlüklerinin, özgün olmayan EEG bozukluklarının ve tanı almayan çocuklara göre epilepsi görülme riskinin yüksek olması, bu hasarın varlığı lehine bulgular olarak kabul edilebilir (Faraone ve Mick, 2010). Ek olarak, DEHB'de bilgi işlem süreçleri, yürütücü işlevler ve çalışma belleği ile ilgili çalışmalar yapılmış ve tanı alan bireylerde tanı almayanlara göre bozulmalar rapor edilmiştir (Altınoğlu-Dikmeer ve Gençöz, 2009; Savcı, Tufan, Öztürk ve Cansız, 2019; Yılmaz, 2014).

DEHB'nin gelişiminde psikososyal etkenler araştırıldığında, bunları bozukluğun ortaya çıkışında temel bir etkiden çok hazırlayıcı ve ortaya çıkışını hızlandırıcı etkiler olarak değerlendirmek daha uygun olabilir. Kurum bakımında ya da istismara maruz kalmış çocuklarda erken yaşlarda görülen ağır yoksunluk DEHB ile ilişkilendirilmektedir (Brown ve ark., 2017; Jimenez, Wade, Schwartz-Soicher, Lin ve Reichman, 2017). Aynı çalışmalarda parçalanmış aileler, duygusal yoksunluk, zorlayıcı yaşam olayları, ekonomik zorluklar ve anne babalardaki psikiyatrik sorunlar DEHB ile ilişkilendirilirken anne babaların çocuk yetiştirme tutumlarının DEHB'nin ortaya çıkışıyla ilgisi kanıtlanmış değildir. Benzer şekilde gıda ve katkı maddelerinin DEHB etiyolojisi ile ilişkili bilimsel kanıt yoktur (Arnold, Lofthouse ve Hurt, 2012).

Tedavi

DEHB'nin tedavisinde en etkili olarak kullanılan medikal tedavi stimulanlardır. Metilfenidat ve amfetamin etkileri alanyazında yaygın olarak gösterilmiştir (Coghill, Seth, Pedroso, Usala, Currie ve Gagliano, 2014; Farmer, Compton, Bums ve Robertson, 2002; Grant ve Potenza, 2004). Stimulanlara yanıt alınamadığında ya da eşlik eden başka psikiyatrik bozuklukların olduğu durumlarda noradrenarjik gerialınım inhibitörü olan atomoksetin kullanılmaktadır (AACAP, 2007; Grant ve Potenza, 2004; Savcı ve ark, 2019). Türkiye'de medilfenidat (Ritalin, Concerta ve Medikinet) ve atomoksetin (Strattera) türü ilaçlar satıştadır. Çocuk, ergen ve erişkin DEHB hastalarına verilen bu ilaçlar mutlaka bir çocuk ya da erişkin psikiyatri uzmanı tarafından yazılmalı ve onların kontrolü altında kullanılmalıdır. İlaçların birikimli etkisi yoktur, günlük olarak kullanılır ve ilaç vücuttan atıldıktan sonra etkisi görülmez. Bu bölümün yazarları ilaç tedavisinin çocuklarda fark edilir düzeyde davranışsal değişim, motor, dikkat ve dürtü kontrolünde gelişme, öfke patlamalarında azalmaya neden olduğunu deneyimlemişlerdir. Özellikle metilfenidat kullanımının çalışma belleği ve yürütücü işlevler üzerinde olumlu etkileri rapor edilmiştir (Coghill ve ark., 2014; Yılmaz, Gökçen, Fettahoğlu ve Özatalay, 2013). Bununla birlikte aileler sıklıkla tokluk hissine bağlı iştahsızlık, uyku bozukluğu, baş ağrısı, karın ağrısı, kilo kaybı, büyüme hızında yavaşlama gibi yan etkilerden yakınmaktadırlar.

DEHB'nin tedavisinde ilaca ek olarak psikososyal tedaviler de oldukça yarar sağlamaktadır (Montoya, Colom ve Ferrin, 2011). Aileye ve çocuğa/ergene verilen psikoeğitim, DEHB'nin olası nedenleri, belirtileri, eştanı, tedavileri, ilaç yan etkileri ve gidiş hakkında bilgileri içermelidir. Bu eğitsel süreç içerisinde çocuğun güçlü ve zayıf yönleri, bozukluğun aile bireyleri üzerinde yarattığı etkiler ele alınabilir, hedef davranışların belirlenmesi, etkin bir ödül sisteminin yerleştirilmesi gibi yöntemler ailelere öğretilebilir. Davranışçı terapi ve sosyal beceri eğitimi ile çocuklara problem çözme, öfke ve hayal kırıklığıyla başa çıkma, devamlılık ve sosyal beceri tekniklerini öğretilebilir. İlaç tedavisiyle birlikte uygulanan davranışsal tedavinin sadece ilaç ya da sadece psikososyal tedaviye oranla daha fazla düzelmeye yol açtığı bulunmuştur (Hecthman, 2005). Son yıllarda çalışma belleği ve yürütücü işlevlere yönelik bilişsel eğitim programlarının etkililiği üzerine yapılan çalışmalarda görsel ve sözel çalışma belleği üzerinde olumlu etkiler rapor edilirken; dikkat, dürtüsellik ve akademik performans üzerinde bir etki gösterilmemiştir (Savcı ve ark., 2019).

VAKA ÖRNEĞİ 2

B, 16 yaşında 11. sınıfa giden bir erkek çocuktur. Annesi tarafından "ders başarısının düşük olması, sinirlilik" yakınmaları ile çocuk psikiyatrisi kliniğine getirilmiştir. Aileden alınan öyküye göre beş yaşındayken göz temasının az olması, hareketli bir çocuk olması nedeniyle doktor başvuruları olmuş. Ancak bir tedavi başlanmamış. İlkokula başladığında hareketli, ayakta ders dinleyen, dersi dinlemekte zorlanan, sık sık ödevlerini unutan, arkadaşları ile sürekli kavga eden ve arkadaşları tarafından tercih edilmeyen bir çocukmuş ve öğretmenlerinin yönlendirmesi üzerine çocuk psikiyatrisine götürülmüş. Anne, baba ve öğretmenlere verilen ölçekler sonucunda da B'ye "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu" tanısı konulmuş ve ilaç tedavisi (metilfenidat) başlanmış. Ortaokul döneminde hareketliliği azaldığı ve davranış kontrolü kazandığı için doktorun da onayı ile ilacı bırakmış. Şimdi ise lisede derslerin yoğunlaştığı ve üniversite sınavına odaklandığı bu dönemde, ders başarısının düşük oluşu, çalıştığı hâlde sınavlarda başarılı olamayışı nedeniyle kendi isteği ile tekrar çocuk psikiyatrisine başvurmuşlar. Son başvuruda yapılan gözlem ve görüşmelerde uyumlu, yaşında gösteren ve özbakımı iyi olan bir ergen olduğu görülmüştür. Zihinsel değerlendirme sonucuna göre zekâsı yaşıtlarından beklenen düzeydedir. Değerlendirme sırasında özellikle dikkat hataları yaptığı, çabuk sıkıldığı, yönergeleri tam dinlemeden sorulara yanıt verme eğiliminde olduğu dikkati çekmiştir. B'ye yeniden ilaç tedavisi başlanmış, uyumlu davranışları ortaya çıkaracak tutum ve davranış önerilerinde bulunulmuş, aileye tanı ve ergenlik dönemine ilişkin psiko-eğitim sonrası kontrol randevusu verilmiştir.

YAKIN BAKIŞ 1 DEHB Tanısıyla İlgili Tartışmalar

DEHB, tanı ve tedavisi aileler tarafından kabul edilmesi zor psikiyatrik bozukluklardan birisidir. Çocuklarının belli alanlarda dikkatlerini toplayabilmeleri, hareketlilik göstermemeleri tanı konulması sürecinde ailelerde kafa karışıklığına yol açabilmektedir. Aileler tarafından, çocuklarının televizyon izlerken ya da bilgisayarda vakit geçirirken dikkatlerini verebildikleri, uzun süre ekran başında kalabildikleri sık sık dile getirilmektedir. Belli bazı alanlarda çocuğun dikkatini toplayabilmesi ya da uzun süre yerinden kalkmadan oturabilmesi tanı almaması için yeterli değildir. DEHB olan çocuklar dikkatlerini ve davranış kontrollerini motive oldukları ya da iyi becerebildikleri alanlarda daha iyi sağlayabilmektedirler. Çocukların her koşulda (motive olunsun ya da olunmasın, sevilsin ya da sevilmesin) dikkatini sağlayabilmesi, hareketlerini ve dürtülerini kontrol edebilmesi beklenmekte ancak bu şekilde tanı alma ihtimali ortadan kalkmaktadır.

Erkeklerde, kızlara göre görülme oranının daha yüksek olması DEHB'de tartışılan konulardan biridir. Erkek çocuklar daha hareketli oldukları ve kızlara oranla daha dürtüsel ve dışayönelim davranışları gösterdikleri için kliniklere getirilme oranı kız çocuklarına göre daha fazla olmaktadır.

DEHB'de merak edilen bir diğer konu, belirtilerin yaşla birlikte ortadan kalkıp kalkmadığıdır. DEHB belirtileri yaşla birlikte azalmakta, erişkinlikte dikkat eksikliği daha ön planda olmaktadır. İşlerini tamamlayamayan, sık iş değiştiren, sıklıkla dürtüsel davranan yetişkinlerde DEHB belirtileri mutlaka sorgulanmalıdır.

ÖZGÜL ÖĞRENME BOZUKLUĞU

Genel Görünüm ve Tanı

"Zekâsı zehir gibi ama okumayı yazmayı hâlâ sökemedi; aklı her şeye eriyor ama sınıf arkadaşları gibi okuyup yazamıyor, en basit matematik işlemini yapamıyor." Bu cümle Özgül Öğrenme Bozukluğu tanısı almış ya da alacak olan çocukların aile ve öğretmenlerinin büyük olasılıkla en sık kullandığı cümlelerden biridir. Bu durum, 1990 yılında ABD Ulusal Öğrenme Güçlüğü Komitesi tarafından dinleme, konuşma, okuma yazma, akıl yürütme ve matematik becerilerinin kazanılması ve kullanılmasında önemli güçlüklerle kendini gösteren heterojen bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (National Joint Committee on Learning Disabilities, 1990). Aynı tanımlamada bunun doğuştan gelen, merkezi sinir sistemi işlev bozukluğundan kaynaklandığı tahmin edilen ve ömür boyu sürecek bir güçlük olduğu da belirtilmektedir.

Bu durumu tanımlamak için hem "bozukluk" hem "güçlük" kelimelerinin kullanıldığı, farklı kaynaklarda Özgül Öğrenme Bozukluğu (ÖÖB) ve Özgül Öğrenme Güçlüğü (ÖÖG) başlığı altında benzer tanımların yer aldığı dikkat çekmektedir. Genellikle tıbbi çevreler "bozukluk", psikoloji ve eğitim çevreleri ise "güçlük" terimini tercih etmektedirler. Her iki terim de çocuğun zihinsel düzeyine uygun olmayan bir akademik başarısızlığa neden olan nörogelişimsel bir soruna atıfta bulunmaktadır ve çoğu kaynakta bu terimler birbirinin yerine kullanılmaktadır. Bu konuyla ilgili olarak Amerikan Psikiyatri Birliği (2018), resmî web sayfasında Öğrenme Bozukluğunun tanılama için kullanılan tıbbi bir terim olduğunu, Öğrenme Güçlüğünün ise daha çok okul ve hukuk sistemi içinde kullanıldığını ifade etmektedir. Bu yazıda tanı sınıflamalarına uyum sağlamak amacıyla ÖÖB terimi kullanılmıştır.

Öğrenme bozuklukları, DSM-IV'Te "Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar" kategorisinde sınıflandırılmış ve okuma bozukluğu, matematik bozukluğu, yazılı anlatım bozukluğu, başka türlü adlandırılamayan öğrenme bozukluğu alt grupları tanımlanmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2001). DSM-5'te ise ÖÖB, "Nörogelişimsel Bozukluklar" bölümünde yer almaktadır ve okuma bozukluğu ile giden (disleksi), yazılı anlatım bozukluğu ile giden (disgrafi) ve sayısal (matematik) bozukluk ile giden (diskalkuli) şeklinde üç alt tip belirlenmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013a).

Okul öncesi dönemde geç konuşma, işitsel ayrımlaştırmada güçlük, kavramları geç öğrenme gibi belirtiler görülmekle birlikte ÖÖB'nin temel belirtileri ilkokula başladıktan sonra görülür ve tanı bu zamanda konulur. Çocuk ruh sağlığı merkezlerine başvuran ailelerin ortak yakınmaları, okuma yazmada gecikme, yaşıtları gibi okuyup yazamama, okurken ve yazarken harf atlama ve/veya karıştırma (b yerine d; noktalı/noktasız harfler gibi), okurken hece atlama, kelimenin sonunu uydurma, çok yavaş ve hatalı okumadan kaynaklı olarak okuduğunu anlamama, sayıları ve dizileri, dün/bugün, geçe/kala gibi kavramları öğrenememe, çarpım tablosunu ezberleyememe ve benzeridir. Bu belirtilerin hepsi birden aynı anda görülmeyebilir. ÖÖB kesinlikle bir zekâ geriliği değildir, aksine zekâsı normal ya da üstün olan çocukların okuma, yazma ve/veya aritmetik alanında zihinsel işlev düzeylerinin çok altında bir performans göstermeleri olarak nitelenebilir.

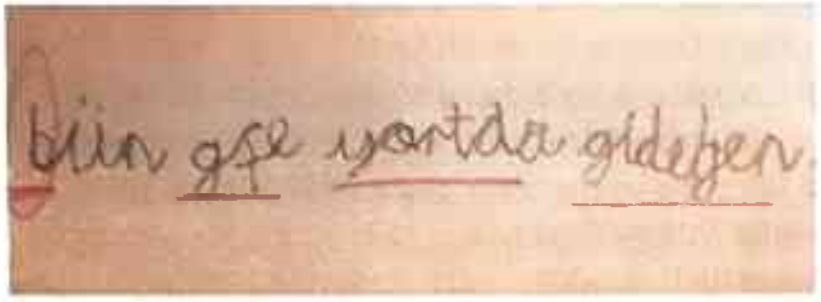
Tablo 2. Özgül Öğrenme Bozukluğu İçin DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Öğrenme ve okul becerilerini kullanma güçlükleri (en az LTI aydır devam etme)
   a. Hatalı ya da çok yavaş okuma
   b. Okuduğunu anlayamama
   c. Hatalı yazma (harf ekleme/çıkarma/karıştırma)
   d. Sayıları algılamada, aradaki ilişkiyi anlamada, hesaplamada güçlük yaşama
   e. Sayısal akıl yürütme güçlükleri

B. Yaş ve zihinsel düzeyinin oldukça altında ders başarısı

Alt tipleri:

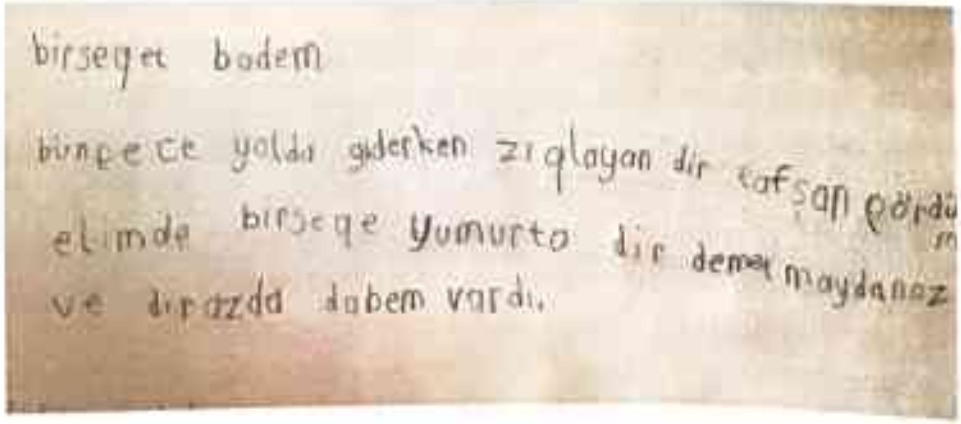
- Okuma bozukluğu ile giden
- Yazılı anlatım bozukluğu ile giden
- Sayısal bozukluk ile giden



İlkokul 3. sınıf, erkek



İlkokul 2. sınıf, erkek



İlkokul 3. sınıf, kız

Epidemiyoloji

ÖÖB'nin sıklığı ve yaygınlığı konusunda farklı rakamlar rapor edilmektedir, bununla birlikte Amerikan Psikiyatri Birliği okul çağındaki çocuklardaki yaygınlığını %5-15, erişkinlerde ise yaklaşık %4 olarak bildirmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013a). ABD'de Çocuk Sağlığı Ulusal Araştırması kapsamında 3-17 yaş çocukların 2011-2012 verileri incelenmiş ve ÖÖB'nin yaygınlığı %8 olarak rapor edilmiştir (NSCH, 2012). Hindistan'da okul çocuklarında aile ve/veya öğretmen bildirimlerine göre ÖÖB sıklığı %12,8 olarak bildirilmiştir (Dhanda ve Jagawat, 2013).

ÖÖB tanısı alan gruplar içinde alt tiplerine göre sınıflandırıldığında ise okuma güçlüğü (disleksi) %21,62-42, yazma güçlüğü (disgrafi) %22,30-40 ve aritmetik güçlüğü (diskalkuli) %15,54 -38 arasında rapor edilmektedir (Dhanda ve Jagawat, 2013; Moll, Kunze, Neuhoff, Bruder ve Schulte-Körne, 2014).

ÖÖB ve alt tiplerinin kız ve erkeklerde görülme sıklığı ile ilgili farklı sonuçlar vardır. Rutter ve arkadaşları (2004) 1972-1995 yılları arasında yapılan dört farklı epidemiyolojik çalışmanın sonuçlarını rapor ettikleri meta analizlerinde tüm çalışmalarda okuma bozukluğunun erkeklerde kızlara oranla daha fazla görüldüğünü bildirmişlerdir. Moll ve arkadaşları (2014), ÖÖB ve okuma bozukluğu açısından Alman kız ve erkek çocuklar arasında anlamlı fark olmadığını bununla birlikte yazma bozukluğunda daha fazla erkek, aritmetik bozukluğunda ise daha fazla kız çocuğun tanı aldığını belirtmişlerdir. Hindistan'daki okul taramalarında kız ve erkekler arasında ÖÖB açısından anlamlı fark rapor edilmemiştir (Dhanda ve Jagawat, 2013).

Türkiye'de yapılan çalışmalarda Edirne'de 2, 3 ve 4. sınıflar arasında okullarda anne, baba ve öğretmen bildirimlerine göre %13,6 çocuk ÖÖB ölçütlerini karşılamıştır (Görker ve ark., 2017). Bu grup içinde alt tip sıklığına bakıldığında, okuma bozukluğu %3,6, yazma bozukluğu %6,9 ve aritmetik bozukluğu %6,5'tir. Ordu ilinde 2009-2017 Rehberlik Araştırma Merkezi kayıtları incelemesinde ÖÖB tanısının toplam başvuruların binde 9'unu oluşturduğu görülmüştür (Karaman, 2018). Yıllar içinde ÖÖB tanısı alanların sayısının arttığı ve erkeklerde kızlara göre üç kat daha fazla görüldüğü rapor edilmiştir.

Eştanı

Öğrenme güçlüğü sıklıkla diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülmektedir. Eşlik eden bozuklukların başında da DEHB gelmektedir. ÖÖB, DEHB'nin özellikle dikkatsizlik alt boyutu ile daha fazla eş tanı özelliği göstermektedir. Öğrenme güçlüklerinden de özellikle okuma bozukluğunun DEHB ile ilişkisi olduğu ileri sürülmekte ve bu durumun da ortak kalıtımsal etkenlerle bağlantılı olduğu vurgulanmaktadır (Rosenberg, Pennington, Willcutt & Olson, 2012). Altay ve Görker (2018), Türkiye'de yapılan farklı çalışmalarda ÖÖB tanısı alan çocukların aynı zamanda DEHB tanısı alma oranlarının %52-82 arasında değiştiğini rapor etmektedirler.

Etiyoloji

ÖÖB'nin nedenlerini bulmaya yönelik yapılan araştırmalar arasında genetik kökenli araştırmalar önemli yer tutmaktadır. Kalıtımın tek başına en önemli etmen olarak vurgulandığı aile,

ikiz ve kardeş çalışmalarında öğrenme bozukluğunun genetik bir bozukluk olduğu düşüncesi desteklenmektedir (Rutter ve ark., 2004). Dislektik bir anne ya da babaya sahip olmanın çocukta okuma bozukluğu için önemli bir risk etkeni olduğu belirlenmiştir (Plomin ve Haworth, 2010). Semrud-Clikeman (2005), beyin gelişimi, olgunlaşması ve işlevselliğin genetik ile ilişkili olduğunu ve bu nedenle ÖÖB tanılı bireylerin bilişsel işlevlerinin etkilendiğini öne sürmektedir. Bununla beraber, düşük sosyoekonomik düzey gibi çevresel etkenlerin ÖÖB klinik belirtilerini attırabileceği ön görülmektedir. İkiz çalışmaları, öğrenme bozukluğunda kalıtımın etkisini vurgulasalar da akademik zorluk yaşayan çocuklarda paylaşılmayan çevrenin öğrenme sürecindeki etkisini de belirtmektedirler (Byrne ve ark., 2006). Farklı sosyoekonomik düzeye sahip aileler değerlendirildiğinde, okul öncesi dönemde evde daha fazla okuma yazma etkinliğine maruz kalan çocuklar daha az ÖÖB tanısı almaktadırlar (Hamilton, Hayiou-Thomas, Hulmec ve Snowling, 2016). Anne babanın eğitim düzeyi, okuma sıklığı ve çocukların okuma materyalleri ile karşılaşma olasılığını arttırmakta dolayısıyla okuma becerilerini olumlu bir şekilde etkilemektedir.

ÖÖB'nin nörobiyolojisini araştırdıkları çalışmalarında Hoeft ve arkadaşları (2007), bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT), manyetik rezonans görüntüleme (MRI), bilgisayarlı tek foton emisyon tomografisi (SPECT), pozitron emisyon tomografisi (PET), fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) ve elektrofizyoloji gibi yapısal görüntüleme teknikleri kullanmış ve dislektik çocuklarda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde sağda daha geniş planum temporale olduğunu göstermişlerdir. Bir başka çalışmada normal gelişim sürecinde okuma becerisi arttıkça sol frontal bölgenin daha aktif hâle geldiği, ancak okuma güçlüğü yaşayan çocuklarda frontal bölgeler yerine parietal ve oksipital bölgelerde ve özellikle sağ hemisferde aktivasyon olduğu görülmektedir (Semrud-Clikeman, 2005). Bu sonuçlar ÖÖB olan çocukların beyin yapılarının sağlıklı yaşıtlarınınkinden yapısal olarak farklı olduğuna işaret etmektedir.

ÖÖB'de çalışma belleğinin rolüne ilişkin çalışmalar da mevcuttur. Çoğu çalışma sonuçlarına göre diğer çocuklarla karşılaştırıldığında ÖÖB olan çocukların çalışma belleği ve bileşenlerinin daha zayıf performans gösterdiği bulunmuştur (Altınoğlu-Dikmeer ve Gençöz, 2009; Çelik, 2019; Semrud-Clikeman, 2005).

Tedavi

ÖÖB yaşam boyu devam eden ve kendiliğinden düzelmeyen bir durumdur. ÖÖB'nin medikal bir tedavisi bulunmamaktadır (Schulte-Körne, 2010). Eşlik eden kaygı bozukluğu, depresyon ya da DEHB gibi psikiyatrik bozukluklar için gerekli medikal tedavilerden yararlanılabilir. ÖÖB'de en iyi sonuç, aile ve öğretmenleri de kapsayacak bütünleşik psikososyal müdahalelerdir. Aileye çocuğun güçlüğü ve kendilerinin tedaviye katılımı hakkında psikoeğitim verilmeli ve çocuğun gerekli eğitim ve tedaviye ulaşması sağlanmalıdır.

ÖÖB tanısı alan çocuklar sadece okuma, yazma ve matematik alanlarında güçlük yaşamazlar, mekân ve mesafe algılama, sağ sol ayırt etme, sıralama, organizasyon gibi beceriler ile sosyal alanda sorunlar yaşayabilirler. Zekâları normal ya da normalin üstünde olmasına rağmen yaşıtlarına benzer akademik başarı ve performans gösteremezler. Bu nedenle de ÖÖB olan çocukların eğitsel ve sosyal dezavantajları çok yaygındır. Eğitim sürecinde her çocuğun birbirinden özel ve farklı özelliklere sahip olduğu dikkate alınmalı, her çocuk için bireysel

eğitim programları düzenlenmelidir. Eğitim programlarında çocuğun algısal, motor, dil, bilişsel, sosyal ve duygusal alanlarına odaklanılmalı, gerektiğinde akran öğretmenliği, eşli okuma gibi öğrenme yöntemlerinin kullanıldığı bir içeriğe sahip olmalıdır. Sosyal beceri öğretimi, dinleme ve kavrama becerileri, görsel-işitsel-dokunsal-ses bilimsel farkındalık eğitimi de akademik becerilerin eğitimi ile birlikte verilmelidir.

Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde ya da bazı çocuk psikiyatri kliniklerinde verilen psikoeğitsel tedavilerin yanında son dönemlerde ülkemizde görsel hafıza, görsel algı gibi alanları geliştirmeye yönelik ergoterapi/duyu bütünleme çalışmaları (Altuntaş ve Karakaya, 2017) ya da PASS Okuma Geliştirme Programı da (PREP) ÖÖB tedavisi için yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bu program; bilişsel süreçleri Planlama, Dikkat, Eşzamanlı ve Ardıl İşlemler alt alanları ile tanımlayan PASS kuramı (Das, Naglieri ve Kirby, 1994) temel alınarak oluşturulan, özellikle eşzamanlı ve ardıl işlemler alanlarına odaklanan bir okuma geliştirme programıdır (Akademi Disleksi, 2020).

VAKA ÖRNEĞİ 3

C, 6 yaş 3 aylık, birinci sınıfa giden bir erkek çocuktur. Anne babası tarafından "heceleyerek okuma, okumaya karşı isteksiz olma, arkadaşlarının gerisinde kalma" şikayetleri ile çocuk psikiyatrisi kliniğine getirilmiştir. Okul yılının sonuna gelinmiş olmasına karşın, akıcı okuyamadığı, okurken ve yazarken b ve d harflerini karıştırdığı, noktalama işaretlerini yerinde kullanamadığı, kendi okuduğunu anlamadığı ama başkası okursa anlamada hiç sıkıntı yaşamadığı belirtilmiştir. Erken gelişim dönemlerine ve aile öyküsüne ilişkin bilgiler alınmış, geç konuştuğu, kavramları ve renkleri zor öğrendiği ve tuvalet eğitimini geç kazandığı bilgisine ulaşılmıştır. Anne babasının kısa bir süre önce boşanmasının ardından C, saldırgan davranışlar göstermeye başlamıştır. İlk görüşme sonrasında C'nin ev ve okuldaki davranışları ile ilgili bilgi alabilmek için anne, baba ve öğretmenin doldurması için ölçekler verilmiş, C için de psikolojik değerlendirme istenmiştir. Bunların sonucunda C'ye "Özgül Öğrenme Bozukluğu" tanısı konulmuştur. Anne, baba ve öğretmenden gelen bildirimler ve C'nin test sırasındaki gözlenen davranışları doğrultusunda, C'de ÖÖB'ye ek olarak DEHB de olduğu saptanmış ve aile bilgilendirildikten ve onayı alındıktan sonra çocuk psikiyatristi tarafından ilaç tedavisi başlanmıştır. ÖÖB'ye yönelik eğitim raporu düzenlenmiş ve hastanede yürütülmekte olan ÖÖB psikoeğitim grubuna da katılımı sağlanmıştır. Anne babaya ÖÖB ve DEHB konusunda psikososyal eğitim verilmiş ve baş etmekte zorlandıkları davranış ya da durumlar konusunda destekleyici rol alınmıştır. Hızla eğitim almaya başlayan C önemli gelişme göstermiş, özellikle hata yaptığı "b" ve "d" ile "ş" ve "s" harflerinde farkındalık kazanmış ve ilerleme kaydetmiştir. Grup eğitiminde her çocuğun hızına göre çalışılması, motivasyon araçlarının kullanımı, basitten karmaşığa doğru planlanan eğitim programı, ses bilimsel farkındalık, fonolojk farkındalık, dokunsal algı, işitsel algı, denge, yer-yön bulma, yönerge takibi ve zaman kavramı gibi konuların çalışılmasıyla C'nin akademik başarısında artış olmuş ve kendi özelliklerine benzer başka çocuklarla birlikte olmanın özgüveninin arttığı dikkati çekmiştir. Grup çalışmaları bittikten sonra da düzenli aralıklarla kontrol randevularına gelmesi önerilmiştir.

YIKICI DAVRANIM BOZUKLUKLARI

Çocukluk ya da ergenlik döneminde sıklıkla karşılaşılan öfke patlamaları, öfkenin kontrol edilememesi, kurallara uymama, sık sık tartışma çıkarma gibi davranışların bir kısmı gelişim dönemine uygun olarak kabul edilebilecek davranışlardır. Ancak bunların sıklığı ve/veya şiddeti arttığında, bu davranışlar çocuğun çevresine ve kendisine zarar vermeye başladığında ya da çocuğun/ergenin başı otoriteyle derde girdiğinde anne babalar sıklıkla ruh sağlığı kliniklerine başvurmaktadırlar. DSM-5 Tanı Ölçütleri Kılavuzu'nda "Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları" başlığı altında yer alan Davranım Bozukluğu (DB) ve Karşıt Olma, Karşı Gelme Bozukluğu (KO/KGB) erken yaşta ve sıklıkla birlikte görülmektedir. Bu başlık altında yer alan diğer psikolojik rahatsızlıklar, Aralıklı Patlayıcı Bozukluk, Antisosyal Kişilik Bozukluğu, Piromani ve Kleptomanidir. Bu bölümde çocuk ve ergenlerde görülen, DB ve KO/KGB'nin genel görünümü, epidemiyolojisi, etiyolojisi ve tedavisinden bahsedilecektir.

Davranım Bozukluğu (DB)

Genel görünüm ve tanı

DB, çocuğun çevresindeki eşyalara ya da canlılara saldırganca davranışlar sergilediği, toplumsal değerlere ve kurallara uyumda zorlandığı, kurallara sürekli olarak ve tekrarlı bir biçimde karşı geldiği psikolojik bir bozukluktur (Odgers ve ark., 2007). DSM-5'e göre, DB'de insan ve hayvanlara karşı saldırganca davranışlar, sık sık başkalarına gözdağı verme ve gözünü korkutma, sık sık kavga ve dövüş başlatma, eşyalara ciddi zararlar verme, başkalarının evine ya da arabasına zorla girme, çıkar sağlamak ya da yükümlülüklerinden kaçınmak için çoğu zaman yalan söyleme, kuralları büyük ölçüde çiğneme, 13 yaşından önce başlayarak, ailenin yasaklarına karşın sık sık geceyi dışarıda geçirme, geceleri evden kaçma, 13 yaşından önce başlayarak çoğu zaman okuldan kaçma gibi davranışlar dikkati çekmektedir. Kişi, 18 yaşında ya da daha ileri bir yaşta ise Antisosyal Kişilik Bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamaktadır. Davranış sorunları çok çeşitli ortamlarda mevcut olmakla birlikte, ev, okul ya da iş ortamında belirgin işlevsel bozulmalarla sonuçlanmaktadır (Ateş, 2014).



Şekil 3. Davranım bozukluğu, tedavi edilmediğinde antisosyal kişilik bozukluğu için risk faktörüdür.

Tablo 3. Davranım Bozukluğu İçin DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Başkalarının temel haklarını, toplumsal değer ya da kuralları hiçe sayma (son 12 ay içinde)
   a. İnsan ve hayvanlara karşı saldırgan davranma [kabadayılık etme; kavga çıkarma; başkasına zarar verecek gereç (ör.; sopa, taş, kırık şişe, silah) kullanma; insan ve hayvanlara acımasız davranma; gasp; birini cinsel ilişkiye zorlama]
   b. Eşyalara zarar verme (zarar verme amaçlı yangın çıkarma; başkasının eşyasına bilerek zarar verme; eşyaları kırıp dökme)
   c. Dolandırıcılık ya da hırsızlık yapma (başkasının mülküne ya da malına izinsiz, zorla girme; kazanç elde etme amacıyla yalan söyleme; büyük ya da küçük eşya çalma)
   d. Kurallara karşı gelme [anne babadan izinsiz geceyi dışarıda geçirme (13 yaştan önce başlayarak); evden kaçma; okuldan kaçma (13 yaştan önce başlayarak)]
B. Toplumsal, okul ve işle ilgili işlevsellikte belirgin düşme

Epidemiyoloji

DB'nin görülme sıklığına yönelik veriler, %1-10 arasında değiştiğine işaret etmektedir (Tamam ve Demirel, 2018). Çocuk ve ergenlerde DB'nin görülme sıklığı %11 iken bu oran olumsuz çevre koşullarında büyüyen çocuklar için %20-35'e kadar yükselmektedir (Nicholson, Phillips, Whitton, Halford ve Sanders, 2008). DB, 5-16 yaş arasında önemli bir ruh sağlığı sorunu olarak ortaya çıkmaktadır ve bu yaş grubunda görülme oranı %5 olarak belirtilmektedir (Roberts, 2013). Erkeklerde kızlara göre görülme oranı daha sıktır ve erkek/kız oranı 2-4/1 olarak belirtilmektedir (Tamam ve Demirel, 2018). DB'nin başlangıcı çocukluk çağında da olabilir, ergenlik çağında da ama 16 yaşından sonra başlaması nadir olarak görülmektedir. Çocukluk başlangıçlı DB tanısı alanların %50'sinde erişkinlik döneme gelindiğinde kişilerarası ilişkilerde sorunlar, doğru ilişkiler kuramama, mesleki sorunlar ve madde bağımlılığı görülmektedir (Odgers ve ark. 2007). %25-50 oranında ise erken çocukluk döneminde görülen davranım bozukluğu erişkinlikte antisosyal kişilik bozukluğu olarak tanı almaktadır. Ergenlik başlangıçlı DB'de ise %85 oranında antisosyal davranışlar yok olmaktadır. Geç başlayan DB'de erişkinlik döneme geçişte belirtiler azalmakta hatta iyileşmektedir. Çok az olguda antisosyal kişilik bozukluğu gelişmektedir (Arkan ve Üstün, 2009). Erken çocukluk başlangıçlı davranım sorunlarının sonraki yıllar içinde kendiliğinden gerileyip düzelebildiği ve yüksek zekâ düzeyinin (IQ), yüksek sosyoekonomik düzey bir aileden gelmenin ve eş tanıya yönelik etkili müdahalelerin düzelmeyi belirleyen unsurlar arasında yer aldığı belirtilmiştir (Tonyalı, Göker ve Üneri, 2019).

Etiyoloji

Davranım bozukluklarının ortaya çıkışında tek bir etiyolojik etmenden bahsetmek mümkün değildir (Berg-Nielsen, Vikan ve Dahl, 2002). DB'nin etiyolojisi; genetik, ailesel ve sosyal faktörlerin etkileşimini içerir. DB olan çocuklar, azalmış otonom sinir sistemi aktivitesini miras alabilir ve optimal uyarılma sağlamak için daha fazla uyarıma (stimulation) gereksinim duyabilir (Searight, Rottnek & Abby, 2001). Davranış ve dürtü soruları olan bireylerde serotonin ve serotonin yıkım ürünlerinin düşük miktarda bulunduğu belirtilmekte, serotonin agresyon ve dürtüsellikle ilişkilendirilmektedir (Tamam ve Döngel, 2018). Serotonin dışında dopamin, noradrenain gibi

başka nörotransmitterlerin de etkisinden bahsedilmektedir. Dopamin beta hidroksilaz enzimindeki düşüklüğün agresif davranışlarla ilişkili olabileceği belirtilmektedir. Erkek çocuklar arasındaki yaygınlık göz önüne alındığında cinsiyetin önemli bir faktör olduğu, testesteron miktarı ile agresyon arasında ilişki olduğu düşünülmektedir ancak bu konudaki bilgiler net değildir. Yapılan araştırmalar davranım bozukluğu olanların frontal ve temporal loblarıda anormallikler olduğunu, duygusal uyaranlara düşük anterior singular ve amigdala yanıtı verdiklerini, EEG'lerinde sol frontal lobda anormal dinlenme potansiyelleri olduğunu göstermiştir (Tamam ve Döngel, 2018).

Genetik etmenlerin yanı sıra çevresel etmenlerin de DB'nin gelişmesinde risk oluşturduğu belirtilmektedir. DB olan çocukların genellikle düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerden geldikleri, parçalanmış aile öyküsünün fazla olduğu, ailelerinde alkol ve madde kullanım öyküsünün olduğu dikkati çekmektedir (Tamam ve Döngel, 2018). Yine bu çocukların aile üyelerinde antisosyal kişilik bozukluğunun yanı sıra duygudurum bozuklukları, şizofreni, dikkat eksikliği hiperaktivite ve davranım bozukluğuna da daha sık rastlanmaktadır (Ercan, 2008). Çocuğu sürekli baskı altında tutan katı ve tutarsız ahlak eğitimi verilmesi, olumsuz anne baba tutumları, anne babanın toplumsal kuralları benimsememesi, çocuğa bakım veren kişilerin çok sık değişmesi, çocuğa tutarlı eğitim verilmemesi, çocuğun kuralsız, sorunlu bir aile ortamında ve suç işlenen bir çevrede büyümesi, çocuğun fiziksel ve cinsel istismara maruz kalması, isteklerinin gerçekleşmemesi durumunda tahammül düzeyinin düşük olması ve bu tür davranışları yadırgamayan hatta onaylayan bir tutumun var olması çocuklarda davranım bozukluğu riskini artıran etmenlerdir (İstanbul Milli Eğitim Müdürlüğü, 2018). Ergenlik döneminde saptanan problemli davranışların gelişiminde ise ergenin kişilik özellikleri ya da problem çözme becerilerinin yanı sıra, düşük ekonomik düzey ve akran grupları gibi sosyokültürel etmenler önemli rol oynamaktadır (Tonyalı, Göker ve Üneri, 2019). Kuşaklar arası geçişe bakıldığında, kendi gelişimsel süreçlerinde olumsuz çevre koşuları ve dezavantajlı aile yaşantıları nedeniyle riskli bir çocukluk ya da ergenlik dönemi geçirmiş olan anne babalar, kendi çocuklarını da yetiştirmek için en iyi koşulları sağlayamadıklarından çocuklarında da okul başarısızlıkları, davranış sorunları ve çalma davranışları daha fazla görülmektedir (Odgers ve ark., 2007). Bu sonuçlar, düşük sosyoekonomik ailelerden gelen çocuklarda DB'nin neden 3-4 kat daha yüksek olduğunu açıklamaktadır (Roberts, 2013).

Eştanı

DB olan çocukların klinik değerlendirmeleri sonucunda aynı zamanda DEHB tanısı alma oranları da yüksektir (Connor ve ark., 2010; Larson ve ark., 2011). DB'nin yüksek oranda birlikte görüldüğü diğer psikolojik rahatsızlıklardan biri de KO/KGB'dir. Bu çocuklarda madde kullanımı da rapor edilmiştir (Göker, Uğur, Dinç, Bozkurt ve Üneri, 2016).

Tedavi

DB'nin tedavisi çok zor olup, ayırıcı tanı ve eştanılar dikkatle ele alındıktan sonra çok yönlü bir müdahale programı uygulanmasını gerektirir. DB'nin tedavisinde çocuk ve ergenle birlikte sorunlu davranışlarda etkisi olan çevrenin (aile, okul, toplum) hedef alındığı multisistematik terapiyle daha etkin sonuç elde edilebilmektedir. Çocuk ve ergenlerin öfke ve iletişim sorunlarını çözmek, sosyal beceriler ve öfke yönetimi çalışmak için davranışçı ve bilişsel terapi teknikleri

kullanılsa da daha iyi sonuçlar için tedavi sürecine anne baba eğitim modüllerinin de dahil edilmesine dikkat edilmelidir (Arkan ve Üstün, 2009). Etkili bir tedavi için çok boyutlu bir yaklaşım benimsenmesi, ailesel ve çevresel faktörleri kapsayan gözlem ve görüşmeler yapılması, düzenli takiplerle ilerlenmesi gerekmektedir. Çocuğa ve aileye psikososyal destek sağlanması önemlidir.

DB'ye özgü bir ilaç tedavisi bulunmamaktadır, ilaç tedavisi ilk akla gelen tedavi yöntemi olarak düşünülmemelidir. İhtiyaç hâlinde semptomatik ilaç tedavisi uygulanmalı, özellikle baş etmesi güç olan saldırgan davranışlar ve öfke patlamalarında tedavinin olumlu seyri için tercih edilmelidir. İlaçların dikkat sorunlarını gidermede yardımcı olması, aktivitelerinde ve akademik başarılarında iyileştirici bir etki sağlayarak çocukların diğer psikososyal müdahalelerden yararlanma kapasitesini de artırabilir.

Karşıt Olma, Karşı Gelme Bozukluğu (KO/KGB)

Genel görünüm ve tanı

KO/KGB'de çocuk veya ergenin ailesine ya da otoriteye karşı gelme, kurallara uymak istememe, tartışmaya eğilim gösterme ve çevresine karşı düşmanca tavırları dikkat çekmektedir. Çocuk, istekleri yerine gelmediğinde çabuk sinirlenip öfke nöbetleri geçirmekte ve kendisine ya da çevresine zarar verebilmektedir. DSM-5 tanı ölçütlerine göre, KO/KGB belirtileri "öfkeli/kolay kızan duygudurum, tartışmacı/karşı gelen davranış ve kin besleme" olarak üç gruba ayrılmıştır. Bu davranış bozukluğu, kişide ve yakın çevresinde (ailesi, akranları, iş arkadaşları) sıkıntı yaratır ya da toplumsal, okulla ilgili, işle ilgili işlevsellik alanları ya da önemli diğer işlevsellik alanlarını olumsuz etkiler (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013a).

Gelişimsel süreçte çocuk ya da ergenler, anne babalarına karşı gelen davranışlarda bulunabilirler. Anne babanın sözünü dinlememe, tutturma, itiraz etme veya sözlü tartışmaya girme gibi davranışlar çocuk ya da ergenlerin gelişim özelliklerine bağlı olabilmekte ve süreklilik göstermemektedir. Bunlar çoğunlukla sıradan karşı gelme davranışlarıdır ya da ani gelişen bir çevresel nedene bağlı olarak gelişmiş olabilir (ör.; akran ilişkilerinde sorunlar, baskı altında hissetme gibi). Çocuğu değerlendiren klinik psikoloğun ya da psikiyatristin bu davranışları KO/KGB'den ayırt edebilmesi ve aileyi bilgilendirip yönlendirmesi önemlidir.

Epidemiyoloji

Yıkıcı davranım bozukluklarından KO/KGB, psikiyatri kliniklerine en sık başvurusu olan çocukluk dönemi psikolojik rahatsızlıklarındandır. Klinik çalışmalarda bildirilen KO/KGB yaygınlığına yönelik sonuçlar büyük ölçüde değişkenlik göstermektedir (%1-11). Başka veriler bazı popülasyonlarda KO/KGB yaygınlığının %15,6'ya kadar ulaşabileceğini göstermektedir (Munkvold, Lundervold ve Manger, 2011). Yapılan bazı araştırmalar da göstermektedir ki KO/KGB %2-30 arasında çok geniş bir aralıkta görülmektedir (Arman, 2019). Bu oranlar arasındaki geniş farklar, araştırma yöntemlerinin değişiklik göstermesinden, örneklem seçimindeki farklılıklardan, tanı aşamasında ayırıcı tanı ve eştanıların yeterince dikkate alınmamasından kaynaklanıyor olabilir. KO/KGB'nin erkeklerde görülme sıklığı kızlara göre daha fazladır (Maughan, Rowe, Messer ve Goodman, 2002) ve daha çok 8 yaş altındaki çocuklarda görülmektedir (Hommersen, Morray, Ohan & Johnston, 2006). Yaşam boyu yaygınlığın erkeklerde %10,2-11,2, kızlarda %9,2 olduğu,

cinsiyetler arasındaki bu farklılığın 13 yaşından sonra giderek azaldığı belirtilmektedir (Karabekiroğlu, 2009). KO/KGB tanısı alan kız çocuklarında ileriki dönemlerde depresyon görülme oranı daha yüksek iken (Burke, Hipwell ve Loeber, 2010), KO/KGB olan erkek çocukların davranım bozukluğu geliştirme riski kızlara göre daha yüksektir (Rowe, Costello, Angold, Copeland ve Mauhan, 2010).

Tablo 4. Karşıt Olma, Karşı Gelme Bozukluğu İçin DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Kardeş dışında biriyle aşağıdaki durumları yaşama (en az altı aydır devam etme):
   a. Öfkeli/kızan duyguduruma sahip olma (kolay tepesi atma; sık sık alınganlık gösterip kızma; sıklıkla öfkeli, kırgın ve gücenik olma);
   b. Tartışmacı/karşı gelen davranış sergileme (sıklıkla otorite figürü ile tartışmaya girme, çocuklar için: kendinden büyüklerle tartışmaya girme; otorite figürünün isteklerine ya da koyduğu kurallara uymama; karşı gelme; bilerek başkalarını kızdırma; kendi yanlışlarından dolayı başkalarını suçlama);
   c. Kin besleme (son altı ay içinde en az iki kez düşmanlık gütme ya da kin besleme).

B. Bu davranışlar nedeniyle kendisi ya da yakın çevresinde sıkıntı, toplumsal, okul ve işle ilgili işlevsellikte belirgin düşme.

Etiyoloji

KO/KGB'nin etiyolojisi açıkça tanımlanmamıştır. Çoğu uzman, bunun biyolojik, psikolojik ve sosyal sorunlardan kaynaklanan çoklu risk faktörlerinin ortak etkisinden kaynaklandığını düşünmektedir. KO/KGB ile ilişkili biyolojik faktörler; anne babanın nikotin kullanımını, doğum öncesi beslenme eksikliklerini ve gelişimsel gecikmeyi içerebilir (Riley, Sana ve Locke, 2016). Ailesinde davranım bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerde KO/KGB riski daha yüksektir (Steiner ve Remsing, 2007). Minnesota İkiz Aile Çalışması sonuçları, KO/KGB'de genetik etkinin önemli olduğunu göstermiştir (Mikolajewski, Taylor ve Iacono, 2017). Bir başka çalışmada genetik etkinin %50 olduğu ortaya konulmuştur (Ficks ve Waldman, 2014).

KO/KGB ile ilişkili psikolojik faktörler arasında erken dönemde çocuk ve bakım veren arasındaki güvensiz bağlanma ilişkisi ve çocuğun istek ve ihtiyaçlarına yanıt vermeyen anne babalık tutumları sayılabilir (Steiner ve Remsing, 2007). Annenin saldırgan davranışlar içeren herhangi bir psikopatolojisinin olması, çocuğun ihmal edilmesi, sert yöntemlerle cezalandırılması ve anne babanın tutarsız disiplin yöntemleri KO/KGB ile ilişkili görülmektedir (Tung ve Lee, 2014). Buna göre öfkeli davranış sergileyen çocukların anne ya da babaları da sıklıkla öfkeli kişilerdir, anne ya da babanın saldırganlığı çocuğa aktarılmaktadır. Öte yandan anne babanın sevecen tutumu ve çocuğa yönelik sosyal destek KO/KGB için koruyucu bir faktör olarak kabul edilmektedir (Riley ve ark., 2016).

Daha önce de belirtildiği gibi, KO/KGB temelinde özgül bir etiyolojik faktör bulunmamakla birlikte, araştırmalardan elde edilen veriler KO/KGB'nin çocuğun yapısal olarak zor mizacı ile olumsuz anne baba tutumlarının bir araya gelmesiyle görüldüğünü destekler niteliktedir (Köroğlu ve Güleç, 2007). Rathert, Pederson, Fite, Stopppelbein ve Greening (2015), psikiyatri kliniğine başvuran 6-12 yaş grubu çocuklarla yaptıkları çalışmada proaktif ve reaktif saldırgan-

lik hem DB hem de KO/KGB ile ilişkili bulunmuştur. Aynı çalışmada özellikle izin verici ve yetkeci anne babalık stillerinin proaktif saldırganlık ve KO/KGB arasındaki ilişkide rolü olduğu belirlenmiştir. Türkiye'de lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada hem reaktif hem proaktif saldırganlık ile anne babanın duygusal olarak erişilebilir olması arasında negatif yönde ilişkiler bulunmuştur ve duygu düzenleme güçlüğünün bu ilişkilerde kısmi aracı rolü vardır (Özdoğan ve Cenkseven Önder, 2018). Bu iki çalışmada söz edilen saldırganlık çeşitleri, sosyal öğrenme kuramı çerçevesinde açıklanmaktadır. Buna göre proaktif saldırganlık, model alma yoluyla öğrenilir ve dışsal ödüllerle pekiştirilir, dolayısıyla planlı ve amaçlıdır (Dodge, 1991). Öte yandan reaktif saldırganlık, bir engellenme ya da tehdit algısı karşısında kişinin olumsuz atıflarının harekete geçmesi ve duygusunu düzenleyememesi sonucu ortaya çıkar.

Eştanı

KO/KGB ile birlikte görülen diğer psikiyatrik bozukluklara bakıldığında en yüksek oranda görülen eştanının DEHB olduğu (%50) dikkati çekmektedir (Martel, Nikolas, Jernigan, Friderici ve Nigg 2012). KO/KGB olan çocukların %40'ında anksiyete bozuklukları da olduğu (Drabick, Ollendick ve Bubier, 2010), %12'sinin ise depresyon tanısı aldığı bulunmuştur (Stoep ve ark., 2012). Farklı kaynaklarda KO/KGB olan çocukların %40-60'ında DEHB; DEHB olan çocukların ise %40-70'inde (Berg-Nielsen, Vikan ve Dahl, 2002) ya da %50-84'ünde (AACAP, 2007) KO/KGB görülmektedir Ayrıca KO/KGB'ye anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve duygudurum bozuklukları, iletişim ve öğrenme bozuklukları da eşlik edebilmektedir (Ercan, 2008).

Tedavi

Psikolojik yaklaşım, KO/KGB'de etkili tedavi yöntemleri olarak ilk sırada yer almaktadır. Çalışmalar özellikle yıkıcı davranışların azaltılmasında anne baba eğitim programlarının önemini vurgulamaktadır (Farmer ve ark., 2002). Bölüm yazarlarının klinik deneyimleri ve gözlemlerine göre, anne babalar genellikle çocuklarının zarar verici ya da öfkeli davranışlarına çocuklarından daha şiddetli tepkiler vermekte ve çocuğun olumsuz davranışlarının pekişmesine katkı sağlamaktadırlar. KO/KGB olan çocuklardaki baş etmesi zor davranış ve sosyal bozulma, anne babaların ruhsal sağlığı üzerinde de olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bu nedenle çocuğa yönelik müdahaleler aile üyelerinin de ruh sağlığında iyileşmeye yol açacaktır. Çocukla çalışmak tek başına yeterli olamayacağı için anne babalar mutlaka eğitim programının içerisine dahil edilmelidir. Anne baba eğitimlerinde, daha az sert olan ve daha olumlu bir ilişkiye vurgu yapan disiplin yöntemleri üzerinde durulur. Çocuğun olumsuz davranışlarının ortaya çıkmasını tetikleyen ailenin işlevselliği üzerinde de durulması önemlidir. Yazarlar çalıştıkları, anne babalarına karşı saldırgan davranışlar sergileyen, söz dinlemeyen ve her fırsatta karşı çıkan çocukların sıklıkla doyurucu olmayan anne baba çocuk ilişkisi içinde büyümüş ve sağlıklı iletişim kurulmamış çocuklar olduklarını gözlemlemişlerdir. Çocukla çalışırken işbirlikçi bir yaklaşım, daha kolay iletişim kurmayı ve çocuğun tedaviye uyumunu arttırırken; çocuğun anne babanın taleplerine, okul kurallarına uyması yönünde bir yaklaşım çok da işlevsel olmamaktadır.

DB'de olduğu gibi KO/KGB'nin de özgül bir ilaç tedavisiyle desteklenmesi gerektiğine dair hiçbir kanıt bulunmamaktadır ancak eştanı varlığında uygun ilacın seçilmesi önemli-

dir (Grant ve Potenza, 2004). Duygudurum düzenleyicileri ve atipik antipsikotikler agresif davranışlar için yararlı olabilir ancak KO/KGB için veriler sınırlıdır (Riley, Sana ve Locke, 2016).

VAKA ÖRNEĞİ 4

Ç, anasınıfına giden 6 yaş 1 aylık bir erkek çocuktur. Babaanne ve dedesi tarafından "yalan söyleme, sinirlilik, ateşle oynama" yakınmaları ile çocuk psikiyatrisi kliniğine getirilmiştir. Babaannesi, Ç'nin istediği olmayınca sinirlenen ve etrafa zarar verebilen bir çocuk olduğunu belirtmektedir. Öğretmeni sınıfta biraz hareketli olduğunu, sinirlenince oyuncaklara zarar verdiğini, arkadaşları ile sık sık kavga ettiğini söylemektedir. Sabahları onu okula bırakan babaanneden ayrılmakta zorlanmaktadır. Anne ve babasının 2 ay önce boşanmasının ardından Ç, babaannesi ve dedesi ile yaşamaya başlamıştır. Ç'nin bu duruma olumsuz bir tepkisi olmamıştır; aksine babaanne ve dedesi ile yaşamaktan mutlu olduğunu dile getirmektedir. Aile büyüklerinden, Ç'nin anne ve babası ile ayrı zamanlarda düzenli aralıklarla görüştüğü, bu görüşmelerde annesine yönelik öfkeli davranışlar sergilediği öğrenilmiştir. Başvuru sırasında görüşme süresince odayı ve masayı karıştırdığı, kurallara uymakta zorlandığı, görüşmecinin sorularına öfkeli yanıtlar verdiği dikkati çekmiştir. Ç'ye "Karşıt Olma/Karşı Gelme Bozukluğu" tanısı konulmuş, davranış kontrolü sağlayabilmek için ilaç tedavisi başlanmış, öfke yönetimi ile ilgili bireysel görüşmeler planlanmış, babaanne ve dede tanı ve süreç ile ilgili bilgilendirilmiştir. Yemek ve uyku saatlerinin düzenlenmesi, sınırların belirlenmesi, evde kaliteli vakit geçirilmesi gibi tutum ve davranış önerilerinde bulunulmuştur. Takipler sırasında okulda bir arkadaşını boğmaya çalıştığı, sakinleşmekte zorlandığı öğrenilmiştir. Ç ile yapılan görüşme sırasında dedesinin disiplin amaçlı olarak şiddet uyguladığının öğrenilmesi üzerine dede ile görüşülmüş ve Ç'nin davranışları ile şiddet dışında nasıl başa çıkacağı konuşulmuştur. Ç'nin ilaç tedavisi yeniden düzenlenmiştir. İlk başvurudan yaklaşık üç ay sonraki görüşmede, okuldan son bir aydır şikâyet gelmediği, iyi anlaştığı bir arkadaş edindiği ve evdeki ders ile ilgili baskıların azalmasından sonra ev içindeki kargaşanın da azaldığı, annesi ile daha seyrek görüşmek istediği ama öfkeli davranışlarının kalmadığı öğrenilmiştir. Ç'nin takipleri devam etmektedir.

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU

Genel Görünüm ve Tanı

Adı söylendiğinde dönüp bakmama, göz teması kurmama, kendi dünyasında olma, çevreyle ilgilenmeme, takıntılı ve daralmış ilgi alanları, yineleyici hareketler, otizm tanısı alan çocukların ailelerini bir uzmana başvurmaya yönlendiren belirtilerdir. Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), doğuştan gelen ya da yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkan karmaşık bir nörogelişimsel bozukluktur. Otizmin, beynin yapısını ya da işleyişini etkileyen bazı sinir sistemi

sorunlarından kaynaklandığı sanılmaktadır. İlk olarak 1943'te Kanner tarafından tıp yazınına kazandırılan otizm; kısıtlanmış, yinelenen davranış örüntüleri, toplumsallaşmada, sözlü ve sözel olmayan iletişimde bozukluk gibi çekirdek belirtileri olan süreğen bir bozukluktur (aktaran: Bodur ve Soysal, 2004).



Şekil 4. Otizmi olan çocuklarda sağlıklı gelişen çocuklarla karşılaştırıldığında daha fazla duyusal hassasiyet görülebilmektedir.

OSB, DSM-5'te sosyal iletişim ve etkileşimdeki kısıtlılık (A) ile sınırlı, tekrarlayıcı ilgi alanları ve aktiviteler (B) olmak üzere iki ana grupta değerlendirilmiştir. A kümesi tanı ölçütleri sosyal-duygusal kısıtlılık (A1), sözel olmayan iletişimdeki kısıtlılık (A2), akran ilişkisini başlatma veya sürdürmedeki zorluklar (A3) olmak üzere üç alt gruptan oluşmaktayken; B kümesi tanı ölçütleri tekrarlayıcı motor hareketler, nesne kullanımı ya da konuşma (B1), aynılıkta ısrar, rutinler, ritüeller (B2), kısıtlı ilgi alanları (B3), artmış ya da azalmış duyusal ilgi ya da tepkiler (B4) olmak üzere dört alt gruptan oluşmaktadır. DSM-5'e göre OSB tanısı için A ölçütlerinin hepsi ve B ölçütlerinin en az ikisi karşılanmış olması gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013a).

Bu tanı DSM-IV-TR'de (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000) "Otistik Bozukluk" adıyla Yaygın Gelişimsel Bozukluklar (YGB) başlığı altında yer almakta iken, DSM-5 önemli değişiklikleri beraberinde getirmiştir. Önerilen değişiklikler birden fazla kategoriyi [Otistik Bozukluk, Asperger Bozukluğu, Dezintegratif Bozukluk, Yaygın Gelişimsel Bozukluk - Başka Türlü Adlandırılamayan (YGB-BTA) ve Rett Bozukluğu] içeren kapsayıcı bir üst gruptan Otizm Spektrum Bozukluğu olarak adlandırılan tek bir kategoriye geçilmesini, tanı için gerekli belirti gruplarının üçten ikiye indirilmesini, başlangıç yaşı için önerilen katı sınırların ortadan kaldırılmasını ve duyusal ilgiler ve kaçınmalar gibi DSM-IV-TR içerisinde vurgulanmayan belirtilerin eklenmesini içermektedir (Yaylacı, 2015).

Değişik yaşlardaki ve gelişim düzeylerindeki çocuklarda farklı otizm belirtileri görülebilmektedir. Otizm özellikleri olan bir bebek, yaşıtlarından farklıdır ve sessiz ve kendi hâlinde oluşu, sıklıkla büyükleri tarafından uslu bebek olarak nitelendirilmektedir. Oysa bu usluluk, anneye gereksinim duymuyormuş, onun farkında değilmiş ve sanki anneyi yabancılardan ayırt etmiyormuş gibi davranmayı (Akçakın, 2001); annenin yakınlaşmasına, uzaklaşmasına, varlığına, yokluğuna karşı kayıtsız olmayı içerir (Kırcaali, 2015) ve sağlıklı bir ilişki biçimi değildir. İlk iki yıl içinde çevreye karşı ilgisizlik, seslenildiğinde adına bakmama, göz teması kurmama, hoşça kal demek için el sallamama, huysuzlandığında kolay sakinleşmeme, oyuncaklarıyla amaç dışı ve tekrarlayıcı şekilde oynama gibi davranışlar görülebilir (Akçakın, 2001). OSB'li çocuklar daha büyük yaşlarda, uygun jest mimik kullanamama, sözel olmayan iletişim ipuçlarını, karşıdaki kişinin duygularını ve imalı söz ya da esprileri anlayamama, karşılıklı sohbeti sürdürememe gibi kişilerarası iletişimde güçlükler yaşayabilirler.

Tablo 5. Otizm Spektrum Bozukluğu İçin DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Toplumsal iletişim ve etkileşim ile ilgili güçlükler (karşılıklı konuşamama; duygu paylaşamama; duygusal karşılık verememe; sözel iletişim kuramama; jest mimik kullanmama ve karşıdakini anlamama; göz teması olmama; arkadaş edinememe; davranışlarını ortama göre ayarlayamama)
B. Sınırlı, tekrarlayıcı davranışlar ve ilgiler (basmakalıp ve tekrarlayıcı hareketler; aynılık konusunda ısrar; alışılmadık nesnelere yoğun ilgi; ışık, ses, ısı gibi duyusal uyaranlara alışılmadık tepki)
C. Belirtilerin erken çocukluk döneminde başlamış olması

Epidemiyoloji

OSB'nin, günümüzde en sık rastlanan gelişimsel bozukluklar arasında yer aldığı bildirilmektedir (Kılıç, 2011). Otizmin toplumda görülme sıklığının 13-30/10.000 olduğu belirlenmiştir (Fombonne, 2009). Türkiye'de bu alana özgü kapsamlı bir çalışma olmamasına rağmen Tohum Otizm Vakfı (2009), tüm ülke nüfusu içinde yaklaşık 450.000 otizmli bireyin var olduğunu, 0-14 yaş grubunda 125.000 civarında otizmli çocuk olduğunu öne sürmektedir. Otizm Dernekleri Federasyonu ise bu sayıların sonraki 10 yıl içinde 550.000 ve 150.000'e ulaştığını varsaymaktadır (ODFED, 2020). Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2016-2019) 13 Nisan 2016 tarihli ulusal eylem planında ülkemizde otizm spektrum bozukluğu tanısı olan zorunlu eğitim çağındaki çocuk sayısının 16.837 olduğunu belirtmektedir. OSB'de cinsiyet farklılıkları araştırıldığında ülkemizde her 5 erkeğe karşılık 1 kız çocuğun otizm tanısı aldığı görülmektedir (Doğangün, 2008). Yurt dışında bu oran bir meta-analiz çalışmasında 3:1 olarak belirtilmiştir, erkeklerde kızlardan daha sık görülmektedir (Loomes, Hull ve Mandy, 2017).

Etiyoloji

Otizmin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte genetik, prenatal komplikasyonlar, vücuttaki biyokimyasal ajanlar, çevresel ve ailesel etkenlerin etkili olduğuna ilişkin görüşler öne sürülmektedir (Sayan ve Durat, 2007). Otizme neden olan etkenler; genetik etkenler, medikal hastalıklar, prenatal ve postnatal etkenler, beyin hasarı veya beynin işlev bozuklukları, nörobiyokimyasal bozukluklar (özellikle dopaminerjik, serotonerjik ve ayrıca peptiderjik, noradrenerjik sistemler ile ilgili), nörobiyolojik etkenler, nöroanotomik etkenler, duygusal gelişimdeki anomaliler (empati bozuklukları, nörosensoriyel anomaliler), bilişsel süreçler ile dil ve konuşma gelişimi bozukluğu olarak sıralanabilmektedir (Şener ve Özkul, 2013). Genom taramaları, bağlantı analizi ve aday gen yaklaşımları gibi yöntemlerin kullanıldığı çalışmada otizmle ilişkili kromozom bölgeleri ve genler bulunmuştur (Philippi, Tores, Carayol ve ark., 2007). Türkiye'de yapılan genetik çalışmada, tek yumurta ikizlerinde görülen otizm yüzdesi, çift yumurta ikizlerine oranla daha yüksek bulunmuştur (Özeren, 2013).

OSB'nin oluşumu sadece genetik etkenler ile açıklanamamaktadır, annenin gebelikte geçirdiği kızamıkçık ya da çocuğun ilk yaşlarda yaşadığı herpes enfeksiyonları (Ocakçı ve Karakoç, 2013), anne ya da babanın ileri yaşta olması, anne ya da babada alkol, madde bağımlılığı ya da psikiyatrik hastalıkların olması ve ailenin düşük sosyoekonomik düzeyi gibi çevresel etkenlerin de otizm için risk etkeni olduğu kabul edilmektedir (Yücesoy, Ergenekon, Çolak ve Kaya, 2014). Kızamık, kızamıkçık, kabakulak (KKK) ile difteri, boğmaca, tetanos (DBT) aşılarının otizme neden olduğuna yönelik yaygın kanı bilimsel çalışmalarla desteklenmemiştir (Özen ve Doğan, 2012).

Tedavi

OSB tanısı, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanı ya da bu alanda uzmanlaşmış klinik psikolog tarafından konur. Hem OSB hem de eşlik eden sorunların saptanması ve tedavisi açısından çocuğun takipte olması önemlidir. OSB tanısı almış bir çocuğa bireysel ve grup özel eğitim aldırmak ve güçlük yaşadığı alanlara yönelik sosyal becerileri kazandırmak en uygun ve etkili tedavi yaklaşımıdır (Akçakın, 2001). Ailelerin bu özel eğitim sürecine katılması ve çocuğun aldığı eğitimi evde de devam ettirmesi büyük önem taşımaktadır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı verilerine göre, ülkemizdeki özel eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinin %53,2'si otizm spektrum bozukluğu olan çocuklara eğitim hizmeti vermektedir (2016-2019). Çocuk tanı alır almaz atılması gereken ilk adım, zaman kaybetmeden eğitim planının yapılması ve ailenin çocuğun durumu, eğitim olanakları ve yasal hakları konusunda bilgilendirilmesidir.

Otizmde Uygulamalı Davranış Analizi ülkemizde bireyselleştirilmiş eğitim kapsamında özel eğitimde sıklıkla kullanılan bir yöntemdir (Birkan, 2013; Tohum Otizm Vakfı, 2019, s. 11). Lovaas (1987) tarafından geliştirilen bu yöntem, davranışın kendisini oluşturan alt davranışlara bölünmesi (davranış analizi) ve ödül ya da pekiştireç gibi davranışçı yöntemler kullanılarak çocuğa öğretilmesini içerir. Aynı araştırmacı tarafından yürütülen deneysel çalışmalarda, otizm belirtileri olan çocuklara iki yıl boyunca uygulamalı davranış analizine dayalı yoğun eğitim verilmiştir. İki yılın sonunda programa devam eden çocukların yaklaşık %90'ında zihinsel ve sosyal gelişim alanında önemli gelişmeler görülmüştür. Zihinsel beceriler ve uyum açısından sağlıklı gelişen akranları ile benzer gelişim göstermişlerdir. Magiati, Tay ve Howlin (2014), özellikle "karşılıklı etkileşim" alanında daha ağır belirtileri olan çocukların daha yavaş ilerlediklerini, erken eğitsel programların otizmde önemli pozitif etkiye sahip olduğunu belirtmişlerdir.

Duyusal bütünleştirme terapisi (duyu bütünleme olarak da ifade edilmektedir), otizm alanında yaygın olarak kullanılan yöntemlerden biridir ve ülkemizde de kullanılmaktadır (Tohum Otizm Vakfı, 2019, s. 28). Bu yöntemin temel varsayımı, OSB tanısı almış olan çocukların duyusal uyaranları işleme ve anlamlandırmada güçlük yaşadığıdır. Buradan hareketle bu terapi yönteminde beş duyuyu temel alan alıştırmalar yapılarak duyusal bütünleme yeteneğinin ve dolayısıyla zihinsel işlevlerin arttırılması hedeflenir.

OSB için etkisi kanıtlanmış herhangi bir ilaç tedavisi yoktur. OSB tanısı almış çocukların tedavilerinde kullanılan psikoaktif ilaçlar otizmi iyileştirmek için değil, eşlik eden sorunları gidermek ya da kontrol altına almak içindir. Bu çocuklarda görülen hareketlilik, saldırganlık, tekrarlayan davranışlar, kendine ve çevreye zarar verme gibi davranışları ya da epilepsi nöbetlerini kontrol etmek amacıyla antidepresan, stimulan, antipsikotik, anksiyolitik ya da antikonvulsan ilaçların sıklıkla reçete edildiği görülmektedir (Ekici, 2016; Oswald ve Sonenklar, 2007). Bu ilaçların sadece, çocuğu düzenli olarak takip eden nörolog veya psikiyatr tarafından önerilmesi durumunda kullanılması gerekmektedir.



Şekil 5. Otizmde en etkili tedavi yöntemi, özel eğitimdir.

VAKA ÖRNEĞİ 5

D. 3 yaşında bir erkek çocuktur, henüz kreşe gitmemektedir, bakımı annesi tarafından evde sağlanmaktadır. Anne babası D'yi "çok ağlama, huysuzluk, tutturmalar" yakınmaları ile çocuk psikiyatrisi kliniğine getirmiştir. Bütüncül değerlendirmesi (gelişimsel pediatri, nöroloji, KBB, göz ve FTR) normal bulunmuştur. Anne ve babası ilk kez 1,5 yıl önce bir gariplik olduğunu hissettiklerini ifade etmişlerdir. Klinik gözlem ve değerlendirme sırasında D'nin göz teması kurmadığı, konuşmasının kısıtlı olduğu dikkati çekmiştir. D'nin parmağını işaret etmek için kullanmadığı, işaret edilen yere bakmadığı, hoşça kal derken elini ters çevirip el salladığı ve basit tekli komutları alabildiği gözlenmiştir. Aynalı odada gözlenen anne baba çocuk etkileşimi sırasında D'nin adı söylendiğinde tutarlı olarak bakmadığı, göz temasının kısıtlı olduğu, ortak dikkatinin az olduğu, bununla birlikte basit komutları yerine getirdiği, iki kelimelik cümlelerinin olduğu dikkat çekmiştir. D'ye özel eğitimden faydalanması için anne babanın da onayı alınarak özel eğitim raporu çıkarılmış ve en hızlı şekilde kreşe başlatılmasının yararlı olacağı düşünülmüştür.

YAKIN BAKIŞ 2 Otizm, DEHB ve Zihin Kuramı

Zihin kuramı; başkalarının davranışlarının altında yatan zihinsel durumları yorumlama, çıkarsama ve açıklama kapasitesidir.

Baron-Cohen, Leslie ve Frith'in (1985) çalışmaları ile otizmli bireylerin zihin kuramından yoksun oldukları, diğerlerinin ne düşündüğü ya da neye inandığı ile ilgili çıkarsama yapamadıkları ortaya konmuştur. Bu ünlü çalışmada (Yanlış İnanç Deneyi) çocuklara bir senaryo izlettirilir ve senaryoda iki çocuk oyun oynarken bir tanesi topunu bir kutunun içine koyup dışarı çıkar. Arkadaşı diğeri yokken topun yerini değiştirir. Çalışmaya katılan çocuklara dışarıdaki çocuğun içeri geldiğinde hangi kutuya bakacağı sorulur. Sağlıklı gelişen 4-5 yaş grubu ve daha büyük yaştaki Down Sendromlu çocukların tamamı doğru cevap vererek, senaryodaki çocuğun topu giderken bıraktığı kutuda arayacağını söylerler. Ama 10-11 yaşlarındaki otizmli çocukların hiçbiri doğru cevap veremez. Hepsi de kendi zihinlerinde olanı, yani şu an topun olduğu kutuyu işaret ederler. Bu durum otizmli bireylerin başka insanların zihninden geçenleri, yanlış inançlarını ayırt edemediğini göstermektedir. Bir insan karşısındakinin neye inandığını çıkarsayabilirse, nasıl davranacağını da yordayabilir. Bu, sosyal beceriler ve sosyal ilişki kurabilme açısından çok önemlidir, otizmli bireylerde sosyal ilişkilerdeki kısıtlılık bununla ilişkili olabilir.

Akran ilişkilerinde sorun yaşayan, sosyal beceri alanlarında desteklenmeye ihtiyacı olan, davranış ve duygularını kontrol edemeyip sonuçlarını kestiremeyen, karşısındakinin duygusunu anlamakta zorluk yaşayan DEHB'li çocukların da zihin kuramı becerilerinde bozulmalar olduğu ortaya konmuştur (Schuai, Chan ve Wang, 2011). DEHB tanısı alan Çinli çocukların diğerlerinin yanlış inançlarını anlamada belirgin güçlükleri olduğu görülmüştür.

YAKIN BAKIŞ 3 Otizmle İlgili Kalıp Yargılar ve Mitler

Filmlerde ya da medyada çıkan örnekler, otizm hakkında kafa karışıklığına yol açmaktadırlar. Otizm demek, üstün zekâlı olmak demek değildir. Ya da her otizmli çocukta zekâ geriliği vardır denilemez. Zihinsel kapasite düzeyi, otizmden bağımsızdır.

Bazı otizmli bireylerde daralmış ilgi alanları, üstün yetenek gibi algılanabilir. Ağır otizm belirtileri olan çocuklarda yeterli uyaran alamadıklarından zekâ geriliği görülme ihtimali yüksektir.

Otizm, bir hastalık değil, farklılıktır. Otizmli çocukların ilişki, iletişim ve etkileşim kurma yöntemleri diğer çocuklardan farklıdır.

Otizmde en iyi tedavi yöntemi özel eğitim desteğidir. Besin takviyesi, diyet, cıva tedavisi, yunuslarla terapi, oksijen terapisi gibi yöntemlerin otizmi tedavi ettiğine yönelik çalışmalar yetersizdir.

SOSYAL İLETİŞİM BOZUKLUĞU

Sosyal İletişim Bozukluğu (SİB), ilk defa 2013 yılında DSM-5'te tanımlanmıştır ve nörogelişimsel bozukluklar içerisinde iletişimsel bozukluklar başlığı altında yer almaktadır. Alanyazında Pragmatik İletişim Bozukluğu olarak da karşımıza çıkmaktadır. Pragmatik dil; dilin sosyal anlamda amacına uygun olarak kullanılması şeklinde tanımlanır. Pragmatik iletişim bozukluğu ise sözel ve sözel olmayan iletişim sorunlarının yanında sosyal olarak dilin kullanımında güçlükleri yani uygun zamanda uygun sorular sorup, cevap verememek olarak tanımlabilir. OSB'den farkı stereotipik davranışların ve kısıtlı ilgi alanlarının olmamasıdır (Ercan, 2018). SİB tanısının ortaya çıkışı kısmen DSM-IV'ten DSM-5'e geçişte "Yaygın Gelişimsel Bozukluk - Başka Türlü Adlandırılamayan" (YGB-BTA) tanısının kaybolması sonucunda olmuştur (Mandy ve Skuse, 2008). SİB tanısı koymadan önce çocuğun normal dil gelişmi becerilerini kazanıp kazanmadığından emin olmak gerekmektedir. Bu nedenle 4-5 yaşından önce SİB tanısı koymamaya dikkat edilmesi gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013b). Ayrıca SİB tanısının konulabilmesi için otizm ve zekâ geriliğinin dışlanması gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013a).

Epilepsi, Şizofreni, Bipolar Bozukluk veya DEHB'de de sosyal iletişim sorunları görülmektedir. SİB'in daha iyi anlaşılabilmesi için ek araştırmalara ihtiyaç vardır. SİB'de genetiğin etkisine yönelik yayınlanmış çok az sayıda çalışma vardır. Var olan çalışmalar göstermiştir ki hem otizmde görülen iletişim bozukluklarında hem de SİB'de genetiğin önemli bir etkisi vardır. SİB tanısı olan çocukların anne ya da babalarının geniş otizm fenotipine sahip oldukları bulunmuştur (Bartlett ve ark., 2012).

Tablo 6. Sosyal (Pragmatik) İletişim Bozukluğu İçin DSM-5 Tanı Kriterleri

A.	Sözel ve sözel olmayan iletişimin sosyal alanda kullanımında güçlükler (selamlama, bilgi paylaşma gibi sosyal iletişimde eksiklik yaşama; karşısındakine göre iletişim biçimini ayarlayamama; karşılıklı iletişim için gerekli olan kuralları anlayamama, uyamama; imalı sözleri, espri ya da mecaz anlamları anlayamama)
B.	Bu güçlükler nedeniyle toplumsal katılımda, toplumsal ilişkilerde, okul ya da iş başarısında kısıtlı işlevsellik.

Tedavi için özel bir yaklaşım henüz bulunmamaktadır. Dil ve iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik müdahaleler önerilmektedir. Erken tedavinin etkilerini ve prognozu değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır (Kardaş, Kardaş ve Erermiş, 2019). SİB olan çocukların uzun dönemli psikososyal sonuçlarına yönelik araştırmalara yeni yeni başlanmıştır. Boylamsal bir çalışmada yaş düzeyine uygun dil gelişimine sahip akranlarla karşılaştırıldığında SİB olan çocukların genellikle akademik alanda daha iyi performans gösterdikleri ortaya konulmuştur (Whitehouse ve ark., 2009). Buna rağmen yetişkinlikte görülen pragmatik zorlukların yakın arkadaşlık veya romantik ilişkiler kurma yeteneğini de en olumsuz şekilde etkilediği görülmüştür (Swineford ve ark., 2014).

VAKA ÖRNEĞİ 6

E, 5 yaş 11 aylık bir erkek çocuktur. Anne babası tarafından "akıcı konuşamama" yakınması ile çocuk psikiyatrisi kliniğine getirilmiştir. Ailesinden, E 2,5 yaşında iken konuşamama yakınması ile bir çocuk hastalıkları kliniğine başvurdukları, "Erkek çocuk geç konuşur." denilerek bol bol konuşmaları konusunda anne babaya öneriler verildiği öğrenilmiştir. Anasınıfına başlaması ile öğretmenin yeniden yönlendirmesi üzerine bu kez çocuk psikiyatrisi kliniğine başvurmuşlardır. E'nin arkadaş ilişkileri zayıftır, akıcı sohbet etmekte zorlanma, sohbeti devam ettirememe, esprilerden anlamama, sohbet sırasında yeni konuya geçiş yapamayıp eski konuda takılıp kalma gibi zorluklar yaşamaktadır. Klinik gözlem, görüşme ve psikolojik değerlendirmeler sonrasında, E'ye "Sosyal İletişim Bozukluğu" tanısı konulmuş, ek olarak E'nin zekâ düzeyinin akranlarının biraz gerisinde olduğu görülmüş ve özel eğitimden yararlanabilmesi için sağlık raporu düzenlenmiştir. Anne babaya psikoeğitim verilmiş, E'nin ihtiyaç alanlarının neler olduğu ve bu alanların nasıl karşılanacağı konusunda önerilerde bulunulmuştur.

ZİHİNSEL YETERSİZLİK

Genel Görünüm ve Tanı

Zekâ tanımı bireyden bireye, disiplinden disipline ve toplumdan topluma farklılıklar göstermektedir. Benzer farklılıklar, zekâ kuramlarında da göze çarpmaktadır. Bu farklı bakış açıları zekânın ele alındığı araştırmaları, bilimsel uygulamaları ve ölçme-değerlendirme anlayışlarına da yön vermektedir. Bireyin kendisini tanıması ve potansiyeline ulaşmasının yanı sıra bireye uygun çevre koşullarının düzenlenmesi, eğitim uygulamalarının sağlanması açısından zekâ kavramı psikoloji ve eğitim alanında 19. yüzyıldan itibaren bilimsel bağlamda giderek önem kazanmaya başlamıştır (Sak, 2018).

Zekâ kavramının tam olarak neleri kapsadığı konusunda ortak bir görüş birliği bulunmamaktadır. Bu nedenle zihinsel yetersizliğin tanımını yapmak da oldukça güçtür. Zekâ, bireyin içinde yaşadığı kültürde yaşantısını sürdürüp uyum yapması için gerekli olan yeteneklerin bütünüdür. Zekâ, günümüzde hem bilişsel yetenek hem de toplumsal uyum ölçütlerini kapsaya-

cak şekilde tanımlanmaktadır (Türkbay, 2007). Zekâ, genetik ve çevresel etkenlerle şekillenir ve kişinin yeni bir durumla karşılaştığında geçmiş deneyimlerinden yola çıkarak sorun çözebilmesini, kazandığı bilgiler temelinde kavramsal düşünebilmesini içerir (Sparrow ve Davis, 2000).

Zihinsel yetersizlikten etkilenmiş çocukların tanılanması, bilimsel olarak uzun yıllar boyunca gelişme göstermiş bir alandır. Aynı zamanda zihinsel yetersizlikten etkilenmiş çocukların tanılanması süreci tartışma ve eleştirilerin en çok yoğunlaştığı alanlardan biridir. Tanı ölçütleri temel başvuru kitabı olarak kabul edilen DSM-5'in yayınlanması ile birlikte DSM-IV-TR ile arasında yer alan farklar konusundaki tartışmalar hâlâ sürmektedir (Kaya, 2015). Zihinsel engellilik, DSM-IV-TR'de (2000) zekâ geriliği olarak adlandırılırken, DSM-5'te isim ve kriterlerin farklılaştığı görülmektedir. DSM-5'te zekâ geriliği kavramı zihinsel engellilik (zihinsel gelişim bozukluğu) olarak tanımlanmıştır. Bu kavram DSM-5'in Türkçe çevirisinde "Anlıksal Yetiyitimi (Anlıksal Gelişimsel Bozukluk)" olarak Türkçeleştirilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014). DSM-5 zekâ puanının yanında işlevselliğin birçok alanının da değerlendirilmesini önermektedir. Gelişimin kavramı sosyal ve pratik alanlarındaki yetersizlikler ele alınmıştır. DSM-IV-TR'nin tanımladığı zekâ geriliği 18 yaşından önce gelişim döneminde genel zihinsel işlevin çok belirgin bir şekilde ortalamanın altında olması olarak tanımlanırken, DSM-5'te 18 yaş öncesinde başlama şartı, "Zihinsel ve uyum sorunları gelişimsel evre sırasında başlar." şeklinde düzenlenmiştir (Durukan, 2016).

Zihinsel yetersizliği olan çocuklar, homojen bir grup değildir. Kendi içlerinde önemli farklılıkları vardır. Bu nedenle zihinsel engelli çocukların sınıflandırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Ülkemizde Millî Eğitim Bakanlığı tarafından yapılan sınıflamada yetersizliğin düzeyleri tanımlanmış ve her düzeyde bireyin kazanması beklenen beceriler belirtilmiştir (MEB, 2015). Bu sınıflama Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7. Zihinsel Yetersizliğin Derecesine Göre Zekâ Bölümleri ve Eğitsel Kazanımlar

Psikolojik Sınıflandırma	Zekâ Bölümü	Eğitsel Kazanımlar
Hafif Zihinsel Yetersizlik	50-69	Okur-yazarlık + Kendi başına iş yapabilme becerileri++ İyi düzeyde konuşma ++ Kalfalık derecesinde iş ++
Orta Zihinsel Yetersizlik	35-49	Okur-yazarlık +/- Kendi başına iş yapabilme becerileri + Ailenin daha iyi anladığı konuşma + Gözetimli veya gözetimsiz beceri gerektirmeyen işler +
Ağır Zihinsel Yetersizlik	20-34	Yardımla işini yapabilme becerileri + Minimum konuşma + Yardımla ev işleri +
Çok Ağır Zihinsel Yetersizlik	<20	Konuşma +/- Kendi başına iş yapabilme becerileri +/-

Not: +/- bazen kazanılan; + kazanılabilen; ++ kesin kazanılabilen

Epidemiyoloji

Zihinsel yetersizliğin dünya çapında oranı, %1-3 arasında değişmektedir ve yetersiz beslenme, sağlığın kötü olması ve çevresel faktörler gibi genetik olmayan faktörler nedeniyle gelişmekte olan ülkelerde yaygınlığın yüksek olması da beklenen bir durumdur (Abbasi-Moheb, Mertel, Gonsior ve Vahid, 2012). Okul çağındaki çocukların yaklaşık %3'ünün zihinsel engelli olduğu tahmin edilmektedir (Foroutan, 2014). Zihinsel yetersizliğin yaygınlığı oldukça değişkendir ve %9,7'ye kadar yüksek bir aralığa sahiptir. Bu fark, popülasyon çalışmalarındaki, çalışma tasarımındaki ve vaka tanımındaki farklılıklar nedeniyle ortaya çıkabilmektedir. Genellikle zihinsel yetersizlik, erkeklerde kızlardan daha yaygındır ve ortalama oran 1,4:1'dir (Noor ve ark., 2008).

Tablo 8. Zihinsel Yetersizlik İçin DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Klinik ve zihinsel değerlendirme ile saptanan akıl yürütme, sorun çözme, soyut düşünme, yargılama ve öğrenme gibi alanlarda eksiklikler
B. Uyum becerilerinde eksiklikler (destek olmada kişisel bağımsızlık ve toplumsal sorumluluk için gerekli toplumsal ve gelişimsel becerilerde eksiklik ve buna bağlı kısıtlanmış işlevsellik)
C. Zihinsel ve uyumsal eksiklikler gelişimsel evre sırasında başlar.

Doğuştan ya da doğum öncesi etkenlere bağlı olarak yapısal kusuru olan çocuklarda zihinsel yetersizlik riski daha yüksektir (Decouflé, Boyle, Paulozzi ve Lary, 2001; Jelliffe-Pawlowski, Shaw, Nelson ve Harris, 2003). Bir çalışmada 7-9 yaş arasındaki çocuklarla çalışılmış ve merkezi sinir sistemini içeren ya da içermeyen konjenital yapısal kusurların zihinsel yetersizlik riskini 27 kat arttırdığı gösterilmiştir (Jelliffe-Pawlowski ve ark., 2003). Down sendromu ya da cinsiyet kromozomuna bağlı bozukluklarda da risk oranı yüksektir.

Bir başka çalışmada, konjenital kusuru (serebral palsi, işitme bozukluğu ve görme kaybı vb.) olan 9.142 çocuk gelişimsel yetersizlik açısından değerlendirilmiştir. Doğuştan gelen önemli yapısal kusurları olan çocuklarda kromozom bozukluğu varsa zihinsel yetersizliğin birlikte görülme oranı %62,5 olarak rapor edilmiştir. Aynı çalışmada merkezi sinir sistemi bozukluğu olanlarda %30,2, fetal alkol sendromu olanlarda %29,1, gebelikte rahim içi enfeksiyona maruz kalmışlarda %24,3 oranlarında zihinsel yetersizlik eş tanısı olduğu belirtilmiştir (Decouflé ve ark., 2001).

Etiyoloji

Çok sayıda genetik ve çevresel etmen beyinde yapısal ve/veya işlevsel bozukluğa yol açarak zihinsel yetersizliğin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Birçok araştırma ile zihinsel yetersizliğin gen haritaları çıkarılmış olmasına rağmen vakaların neredeyse %50'sinde nedeni tam olarak bilinmemektedir (Chiurazzi ve Oostra, 2000). Zihinsel yetersizliği olan çocukların %5,1'i Frajil X sendromundan etkilenmektedir (Moeschler ve Shevell, 2006).

Bazı ülkelerde zihinsel yetersizliği olan 1.000 çocuktan 1 ila 7'sinin fetal alkol sendromundan etkilendiği ortaya konulmuştur ve fetal alkol sendromunun zihinsel yetersizliğin en önemli nedenlerinden olduğu vurgulanmıştır (Niccols, 2007). Zihinsel yetersizliğin bilinen ikinci önde gelen nedeni 800-1.000 doğumda 1 orana sahip Down sendromudur (Campbell, Morgan ve Jackson, 2004; aktaran: Armatas, 2009). Down sendromu dışında bazı kromozomal anomaliler de

(ör. DiGeorge, Prader-Willi, Angelman ve Williams sendromları) zihinsel yetersizlik için önemli risk faktörüdür (Badano ve ark., 2006). Zihinsel yetersizliği olan çocukların %5,1'i Frajil X sendromundan etkilenmektedir (Moeschler ve Shevell, 2006).

Hamilelik esnasında geçirilen bulaşıcı hastalıklar da bebekte zihinsel yetersizliğe neden olabilmektedir. Kızamıkçık (rubella), frengi, menenjit, ensefalit (beyin iltihabı), AIDS ve toksoplazma (kan zehirlenmesi) gibi hastalıklar bebeğin doğum öncesindeki gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ayrıca hamilelikte annenin ilaç, alkol, sigara, LSD, eroin, morfin ve kokain gibi maddeleri kullanımı ve kurşun zehirlenmesi de bebekte zihinsel yetersizliğe neden olabilir (MEB, 2015). Doğum sonrası bebeğin geçirdiği enfeksiyonlar (ensefalit, menenjit), toksinler (kurşun), psikososyal yoksunluk, sinir sistemi travmaları/tümörleri ve nörometabolik hastalıklar da zihinsel yetersizliğin nedenleri arasında sayılmaktadır ve zihinsel yetersizliğin %8-10 arasında bir oranda bu nedenlerden kaynaklandığı belirtilmektedir (Kılıç, 2006).

Eştanı

Zihinsel yetersizlik ile fiziksel ve ruhsal bozuklukların birlikte görülme oranı oldukça yüksektir. Zihinsel yetersizliğe özgü bir ruhsal bozukluk yoktur ve zihinsel yetersizlik, her türlü psikopatoloji ile birlikte görülebilmektedir (AACAP, 1999). Zihinsel yetersizlik ile ağır görme bozuklukları, işitme kaybı, konuşma ve dil sorunları, epilepsi gibi fiziksel sorunların yanı sıra OSB, duygudurum bozuklukları, kaygı bozuklukları, psikotik bozukluklar, yeme bozuklukları ve DEHB gibi psikolojik bozuklukların birlikte görülme sıklığı yüksektir (Decouflé ve ark., 2001).

Tedavi

Zihinsel yetersizliği olan çocukların tedavisinde en temel yaklaşım, öncelikli olarak zihinsel yetersizliğe yol açan durumlardan korunmadır. Çocuk sahibi olmaya karar verildiği andan itibaren anne baba adaylarına yönelik psikoeğitim, aile planlaması hizmetlerinin yaygınlaştırılması, akraba evliliklerinden kaçınılması zihinsel yetersizliğe neden olabilecek etkenlerin önüne geçilebilmesi için alınacak önlemlerden bazılarıdır. Zihinsel yetersizliği olan çocukların aileleri ile yaşayabilmelerini sağlayabilmek ve toplumsal katılımlarını en üst düzeye çıkarabilmek için özel eğitimden faydalanmaları, varsa eşlik eden bozukluklarına yönelik uygun tedavilerin başlanması önemlidir.

Özel eğitimle desteklenen çocuklar, aldıkları özel eğitimin yanı sıra okullarında eğitim almaya da devam etmektedirler. Okullarında *kaynaştırma öğrencisi* olmakta ve sınıf içerisinde kaynaştırma programlarından faydalanmaktadırlar. Hangi düzeyde zihinsel yetersizliği olursa olsun çocuğa uyum becerileri kazandırılması ve bu becerileri mümkün olduğu kadar yaşamının tüm alanlarına genellemesinin sağlanması tedavinin olmazsa olmaz bir parçasıdır.

Zihinsel yetersizlikte herhangi bir ilaç tedavisi yoktur. Zihinsel yetersizlik tanısı almış çocukların tedavilerinde kullanılan ilaçlar zihinsel yetersizliği iyileştirmek için değil, eşlik eden sorunları kontrol altına almak içindir. Zihinsel yetersizlikte hareketlilik, saldırganlık, kendine ve çevreye zarar verme gibi davranışları kontrol etmek amacıyla tedavide ilaçlardan yararlanılabilmektedir.

Zihinsel yetersizliğe sahip çocuklarla birlikte yaşamak, eğitim süreçlerine dahil olmak anne babalar için oldukça zorlayıcı bir süreçtir. Ailelerin kronik duygusal stres yaşaması; ailelerin

algıladıkları güçlükleri ve kaygı düzeylerini arttırmakta, baş etmede ciddi sorunlara yol açmakta ve aile yükünü arttırmaktadır. Araştırmalara göre bu stres, tanı aşamasında en yoğundur, ancak daha sonraki dönemlerde aileleri daha farklı güçlükler beklemektedir (Deniz, Dimaç ve Arıcak, 2009). Tanıyı kabullenseler de çocuğun yaşı büyüdükçe özel eğitim ya da sağlık kontrolleri gibi ihtiyaçlar nedeniyle anne babaya olan bağımlılığın artması, anne babanın kendi yaşamlarının kısıtlaması gibi etkenler, sosyal izolasyon ve yalnızlık duygularına yol açabilmektedir. Bu durum yaşam doyumunu ve yaşam kalitesini azaltmaktadır. Bu nedenle tedavi sürecinde sadece çocuğa odaklanmak yeterli gelmemektedir. Anne babaya ve gerekli durumlarda diğer aile üyelerine verilecek psikoeğitim ve ruh sağlığını korumaya yönelik yönlendirme ve takipler tedavinin etkili bir parçası olmaktadır.

VAKA ÖRNEĞİ 7

F., 11 yaşında 6. sınıfa giden bir kız çocuktur. Annesi tarafından "derste öğretmenin anlattıklarını anlamama, çabuk unutma" şikayetleri ile çocuk psikiyatri kliniğine getirilmiştir. Alınan klinik öykü sonucunda F'nin ilkokuldan beri yavaş anlayan ve yavaş hareket eden bir çocuk olduğu, özbakım becerilerinde hep annesinin desteğine ihtiyacı olduğu öğrenilmiştir. Okuma yazmayı geç öğrenmiştir. Annesine göre, F., çok çalışmasına rağmen notları hep düşük olan, dersin düzenini bozmayan, öğretmenden korkan, uyumlu bir çocuktur. Unutkanlığı ve sabırsızlığı yoktur. Uygulanan zekâ testi sonucunda F'nin zekâsının arkadaşlarının gerisinde olduğu, yönergeleri anlamakta zorlandığı gözlenmiştir. Anne babanın bilgilendirilmesi ve onaylarının alınması sonrasında özel eğitim raporu çıkarılarak eğitim alması sağlanmıştır. Anne babaya F'nin beceri düzeyi hakkında bilgi verilmiş, beklentilerini hangi düzeyde tutmaları gerektiği, özbakım becerilerinde F'ye nasıl sorumluluk verebilecekleri konularında önerilerde bulunulmuştur.

KAYGI BOZUKLUKLARI

Genel Görünüm ve Tanı

Kaygı bozukluğu, sadece erişkinlerde görülmez, çocuklarda da sıklıkla rastlanan bir durumdur. Ancak bir çocuğa kaygı bozukluğu tanısı koymadan önce, bu korkuların yaşı ile uyumlu olup olmadığını iyi ayırt etmek gerekir (Beesdo, Knappe ve Pine, 2009). Henüz ilk doğum gününü kutlamamış bir bebeğin ilk kez gördüğü yabancılardan korkması, onları yabancılaması ve ağlamaya başlaması oldukça beklendik bir davranış iken beş yaşındaki bir çocuğun eve gelen misafire aynı şekilde tepki vermesini normal kabul etmek zor olacaktır. 1-3 yaşlarındaki küçük çocuklar için bakım verenlerinden ayrılma, yüksek sesler, karanlık, kötü rüyalar korkutucudur. 4-5 yaşlarında ölüm ve sevdiklerinin öleceği ile ilgili korkular belirmeye başlar. Beş yaşındaki bir çocuk canavar, hayalet, mikrop gibi göremediği, hayalinde canlandırdığı şeylerden korkar. Okul çağındaki çocuklar artık tehlikelerin farkındadırlar ve korktukları şeyler daha gerçekçidir. Çevrenin etkisiyle deprem, yangın, kaza gibi şeylerden korkabilirler. Sosyal farkındalıkları arttığı için okul-

la ilgili sosyal kaygı ya da performans kaygısı geliştirebilirler. Ergenlik döneminde arkadaşları tarafından dışlanmak en büyük korkulardan biri olabilir. Yaş ilerledikçe geçmiş dönemlere özgü korkuların azalması beklenir, azalmayan ve günlük işlevleri engelleyen kaygıların ise ele alınması gerekebilir.



Şekil 6. Ayrılma kaygısı bozukluğu tedavisinde, çocuk kadar ebeveynin kendisinin de tedaviye hazır olması önemlidir.

DSM-5'te Kaygı Bozuklukları başlığı altında birçok farklı bozukluk vardır. Ayrılma kaygısı bozukluğu, seçici konuşmazlık, özgül fobi, toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi), yaygın kaygı bozukluğu, panik bozukluğu ve agorafobi erişkinlerde görülen bozukluklar kapsamındadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Son ikisi hariç, diğer hepsinde çocukluk dönemi için ayrı ölçütler ya da uyarılar yer almaktadır. Bu bozukluklar DSM-5 ölçütleri kapsamında kısaca tanıtılacaktır:

Ayrılma Kaygısı Bozukluğu (AKB): Kişinin bağlandığı insanlardan (çocuklarda bakımverenlerinden) ayrılmasıyla ilgili olarak gelişim düzeyi ile uygun olmayan aşırı korku ya da kaygı hissetmesi durumudur. Tanı koyabilmek için çocukta evden ya da bakımverenden ayrılma söz konusu olduğunda aşırı kaygılanma, ayrılmaya eşlik eden bedensel belirtilerin varlığı, bakımverenin başına kötü bir şey geleceği ya da ondan ayrılmasına neden olacak bir felaket gerçekleşebileceği ile ilgili sürekli kaygılar, bu kaygılar nedeniyle okula ya da kursa, spora gidememe, evin dışında başka yerde kalamama gibi belirtilerden en az üç tanesinin en az dört hafta sürmesi gerekmektedir.

Tablo 9. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu İçin DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Bağlanma geliştirdiği insanlardan ayrılma ile ilgili gelişim düzeyine uygun olmayan aşırı kaygı ya da korku yaşama (evden ya da bağlandığı kişilerden ayrılma söz konusu olduğunda aşırı tasalanma; bu kişilerin başına kötü bir şey geleceği ile ilgili aşırı tasalanma; bu kişilerden ayrılmasına neden olacak ani bir olay olacağı ile ilgili aşırı tasalanma; ayrılma korkusu nedeniyle evden çıkmak, evde tek başına kalmak istememe; ayrılma ile ilgili tekrarlayan kötü rüyalar görme; ayrılma söz konusu olduğunda bedensel belirtilerin ortaya çıkması)
B. Bu korku ya da kaygı süreklilik gösterir, çocuk ve ergenlerde en az dört hafta, erişkinlerde en az 6 ay sürer
C. Bu güçlükler nedeniyle toplumsal, okul ve işle ilgili işlevsellikte belirgin düşme

Seçici Konuşmazlık (Selektif Mutizm): Çocuğun konuşma becerisi olduğu hâlde, kendi seçtiği kısıtlı sayıda kişi dışında kimseyle konuşmaması durumudur. Tanı koyabilmek için okul gibi konuşmasının beklendiği durumlarda en az bir aydır konuşmuyor olması ve bu nedenle akademik başarısının ve sosyal iletişimin engellenmesi beklenir.

Tablo 10. Seçici Konuşmazlık İçin DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Başka durumlarda konuşuyor olmasına karşın, konuşmasının beklendiği diğer ortamlarda sürekli bir biçimde konuşamama
B. Bu bozukluk, eğitimle ya da işle ilgili başarıyı engeller, toplumsal iletişimi bozar
C. En az bir ay sürer (okulun ilk ayıyla sınırlı değildir)
D. Konuşamama dil bilmeme ile ilişkili değildir

Özgül Fobi: Çocuğun; hayvanlar, iğne, kan, yüksek ses, kapalı yer ya da özel giysili insanlar gibi nesne ve durumlara yönelik belirgin bir kaygı duymasıdır. Çocuklarda kaygı ağlama, tepinme, donakalma ya da erişkine yapışma gibi davranışlarla kendini gösterebilir. Korkulan nesne ya da durumla ilgili belirgin kaçınma davranışları gözlenir ve bu durum altı aydan daha fazla sürer.

Sosyal Kaygı Bozukluğu (SKB): Sosyal fobi olarak da bilinmektedir. Başkaları tarafından değerlendirilme olasılığı olan sosyal durumlarla ilgili yaşanılan kaygı hissi ve kaçınma davranışları ile tanımlanabilir. Çocuklarda tanı koyabilmek için kaygının sadece erişkinlerle olan etkileşimlerde değil, yaşıtları ile birlikteyken ortaya çıkması ve en az altı ay süreyle devam etmesi beklenir. Çocuklarda kaygı; ağlama, tepinme, donakalma, erişkine yapışma ya da sosyal ortamlarda konuşamama gibi davranışlarla kendini gösterebilir.

Yaygın Kaygı Bozukluğu (YKB): Çocuğun herhangi bir konuda kontrol edemediği aşırı kaygılarının, kuruntularının olması durumudur. Sürekli gergin ve diken üstüne olma, bedensel olarak çabuk yorulma, odaklanamama, çabuk öfkelenme, kas gerginliği ve uyku düzensizliği gibi belirtilerden en az birinin, en az altı aydır devam etmesi beklenir.

Epidemiyoloji

Kaygı bozuklukları, çocuk ve ergenlerde en sık görülen bozukluklar arasında kabul edilmektedir (Beesdo, Knappe ve Pine, 2009). ABD'de 3-17 yaşlar arasında çocuk sağlığı ile ilgili yapılan ulusal bir araştırma sonuçlarına göre kaygı bozuklukları %7,1 ile ikinci sırada (Ghandour ve ark., 2019), 13-18 yaş grubunda ise ilk sırada yer almaktadır (Merikangas, 2010). Tüm kaygı bozukluklarında kız erkek oranı çocukluk döneminde 2:1, ergenlikte 3:1 olarak rapor edilmektedir (Beesdo ve ark., 2009).

Türkiye'de çeşitli illerde çocuk ve ergen ruh sağlığı kliniklerine yapılan başvurular incelendiğinde kaygı bozukluklarının, çocuklarda en fazla görülen bozukluklar arasında ilk üç sıra içinde (Coşkun ve Kaya, 2016; Görmez, Örengül, Baljinnyam ve Aliyeva, 2017); ergenlerde ise ilk sırada (Görker, Korkmazlar, Durukan ve Aydoğan, 2004; Görmez ve ark., 2017) yer aldığı bildirilmiştir.

Kaygı bozuklukları alt tiplerinin sıklığı incelendiğinde, çocuklarda en sık görülen tipin, ayrılık kaygısı bozukluğu; erişkinlerde ise panik bozukluk, agorafobi ve yaygın kaygı bozukluğu olduğu saptanmıştır (Copeland, Angold, Shanahan ve Costello, 2014). Türkiye'de bir

çocuk ve ergen ruh sağlığı kliniğinde kaygı bozukluğu tanısı alan 4-18 yaş grubu çocuk ve ergenlerin tüm başvuruların %7,6'sını oluşturduğu ve bu grup içinde en sık rastlanan alt tiplerin DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre, başka türlü adlandırılamayan (BTA) kaygı bozukluğu, yaygın kaygı bozukluğu (YKB) ve sosyal kaygı bozukluğu (SKB) (sırasıyla oranlar %36,5, %29 ve %9,7) olduğu rapor edilmiştir. Kızlarda en yaygın görülen kaygı bozuklukları YKB ve SKB iken, erkeklerde ayrılık kaygısı bozukluğu (AKB) ve özgül fobidir (Göker, Güney, Dinç, Hekim ve Üneri, 2015). Göker ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında da BTA kaygı bozukluğu en sık konulan tanıdır. 2019 tarihli çalışmasında Ersöz-Alan, 6-17 yaş aralığındaki kızlarda en yaygın DSM-5 tanısının AKB olduğunu rapor etmiştir.

Etiyoloji

Kaygı bozukluğunda ailesel geçiş ile ilgili çalışmalar, anne ya da babadan birinde herhangi bir kaygı bozukluğu ya da depresyon tanısı olmasının çocuklarda en az bir kaygı bozukluğu olması için risk etkeni olarak tanımlamaktadır (Beesdo ve ark., 2009). Beyin görüntüleme çalışmaları sonuçları, kaygılı çocukların amigdalalarında aşırı duyarlılık olduğunu ve çocuklar korku ifadesi olan yüzlere baktıklarında amigdala aktivasyonunda artış olduğunu bildirmektedir (Beesdo, Lau, Guyer ve ark., 2009).

Çevresel etkenler açısından bakıldığında; anne baba kaybı, boşanma, fiziksel ve cinsel istismar gibi olumsuz çocukluk çağı deneyimlerinin kaygı bozukluğu ile ilişkili olabileceğini bildiren çalışmalar vardır (akt., Beesdo ve ark., 2009). Kendler, Myers ve Prescott (2000), anne babaların aşırı korumacı tutumlarının çocuklarda SKB, YKB ve özgül fobiler ile ilişkili olabileceğini bildirmişlerdir.

Tedavi

Kaygı bozukluklarının tedavisinde; psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, davranış yönetimi gibi teknikleri içeren Bilişsel Davranışçı Tedavi (BDT) yöntemleri oldukça yaygın bir şekilde kullanılmakta ve başarılı sonuçlar rapor edilmektedir (Aydın, 2014; Gedik, Gökkaya ve Tekinsav Sütçü, 2018; Karakaya ve Öztop, 2013; Sorias, Tekinsav Sütçü ve Aydın Acı, 2009). Bu tedaviler sırasında anne babaların da tedaviye katılmaları, özellikle çocuklar küçük yaşta ise ve anne ya da babadan herhangi birinde kaygı bozukluğu varsa tedavi programının etkililiğini arttırmaktadır (Aydın, 2014).

Çocuk ve ergenlerde görülen kaygı bozukluklarının medikal tedavisinde seçici serotonin gerialım inhibitörlerinin ve özellikle Sertralin türevi ilaçların (ör.; Lustral, Selectra) etkili olduğu gösterilmektedir (Çakın Memik ve ark., 2014). Piacentini, Bennett ve Compton (2014), YKB, AKB ve SKB tanılı 7-17 yaş grubu çocuk ve ergenlerle ilaç (Sertralin) ve psikoterapi etkililiğini araştırdıkları boylamsal çalışmada, sadece ilaç kullanan ve sadece BDT alan gruplar arasında belirtilerin düzelmesi açısından bir fark bulmamışlar ama her iki grubun sonuçlarının plasebo kullanan gruptan anlamlı derecede daha iyi olduğunu saptamışlardır. Öte yandan, ilaç tedavisi ve BDT'yi birlikte alan grupta etkinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu gruptakilerde görülen düzelmenin diğer gruplardan daha fazla olduğu bulgusunun, 6 ve 9 aylık izlemlerde hâlâ devam ettiği saptanmıştır.

VAKA ÖRNEĞİ 8

G, 6. sınıfa devam eden bir erkek çocuktur. Okula gitmek istememe, sürekli anne ve babası ile olmak isteme, daha önceleri sorun yokken son dönemlerde evde yalnız kalmak istememe yakınmalarıyla başvurmuşlardır. Anne ve babasından alınan öyküye göre G, 5. sınıfta iken katıldığı okul gezisinde düşüp ayak bileğini kırdıktan sonra anne babası olmadan bir yere gitmeyi istememeye başlamış. Bebekliğinden beri her yaz tatilini anneannesinin yazlık evinde anne babası olmadan sorunsuz geçirirken, o yaz yanında kardeşi olduğu hâlde gitmek istememiş. Okulların açılması yaklaştıkça, sömestr tatilinde "Yine okul gezisi olacak ve gitmek zorunda kalacağım." diye endişelenmeye başlamış. Kaygı içerikli rüyalar ve sebepsiz ağlamalar başlamış. Okul başladığında bu endişesi "Gün içinde okulda başıma bir şey gelirse?" şekline dönüşmüş. Her akşam ertesi gün okula gitmemek için ağlamaya başlamış. Sabahları ağlama krizleri ve karın ağrıları oluyormuş. Ağlasa da okula gidiyor, derslere katılıyor ama teneffüslerde "Annemi özledim." diye okul bahçesinde kuytu bir köşede ağlıyormuş. Bu dönemde babasının iş nedeniyle 10 gün yurt dışına gitmesi, "Ya evde değilken onların başına bir şey gelirse?" endişesini doğurmuş. İlk başlarda iş seyahatleri onu endişelendirirken, zaman içinde anne babanın işe gitmesi ya da alışveriş için birkaç saatliğine kardeşleri evde bırakmaları G'nin çok korkmasına, terleyip titremesine ve ağlama krizlerine neden olmuş. Çocuk Ruh Sağlığı kliniğine başvurmalarından önceki hafta annesi işten izin alıp bir hafta boyunca (sınav dönemi) okulda bekleme salonunda oturmuş, G hiç sorun olmadan gün boyu sınıfta kalabilmiş. Başvuru sırasında alınan öykü ve klinik değerlendirme sonunda G'ye "Ayrılma Kaygısı Bozukluğu" tanısı konmuştur. Aileye ve G'ye tanı ve tedavi ile ilgili psikoeğitim verilmiş, çocuk psikiyatristi tarafından ilaç başlanmıştır. Ek olarak, klinik psikolog ile bireysel BDT planlanmıştır. Üç ayın sonunda BDT'ye son verilmiş, okul bitene kadar ilaç tedavisi devam ettirilmiştir. Tedavi sonlandırıldıktan sonra aralıklı kontrol randevuları verilmiştir. Yaz tatilinde kardeşiyle birlikte yazlık eve gidebilmiş, okul açıldığında sorunsuz olarak okula devam edebilmiştir.

VAKA ÖRNEĞİ 9

H, 11 yaşında 6. sınıf öğrencisi bir kız çocuğudur. "Son zamanlarda geceleri uyumak istememe, sıklıkla uyanıp evin içinde dolaşıp herkesin nefes aldığını kontrol etme" davranışları nedeniyle ailesi tarafından çocuk psikiyatrisi kliniğine getirilmiştir. Anne-babası, onun "her zaman herşeyden kaygılanan bir çocuk" olduğunu söylemektedir. Alınan öyküye göre H, yeni şeyler denemekten hoşlanmaz, özel bir olaydan haftalar öncesi o olay hakkında aşırı derecede heyecanlanıp olabilecek tüm kötü şeyler hakkında düşünüp dururmuş. Okulda öğretmenlerine yanlış yapıp yapmadığını tekrar tekrar sorar; hata yapmaktan, geç kalmaktan ya da bir kuralı çiğnemekten çok fazla endişelenirmiş. Çoğunlukla doğru cevabı bilmesine rağmen sınıfta elini nadiren kaldırırmış, çünkü cevabın yanlış olabileceğinden kaygı duyarmış. Eve gelince ödevlerini büyük bir özenle yapar ve bunun için saatler harcarmış; çünkü istediği

mükemmellikte ödevler hazırlayabilmek için defalarca yırtıp yeniden yapması gerekirmiş. Görüşme sırasında, annesi kendisini evhamlı biri olarak tanımlamış ve kızının da kendisine benzediğini düşünerek bugüne kadar pek üzerinde durmadığını ama son birkaç aydır kızının durumunun hiç de normal olmadığını belirtmiştir. H bu durumun elinde olmadığını, bundan kurtulmak ve "normal bir insan" olmak istediğini, o düşünceleri kafasından atmak için çok uğraştığını ama o uğraştıkça düşüncelerin daha çok geldiklerini ifade etmiştir. Aileden alınan öykü ve H ile yapılan görüşme sonrasında H'ye "Yaygın Kaygı Bozukluğu" tanısı konmuş, aile bilgilendirilmiş ve psikoeğitim ve BDT teknikleri çalışmak üzere H ile bireysel görüşmeler düzenlenmiştir.

VAKA ÖRNEĞİ 10

I., 8. sınıf öğrencisi bir erkek çocuktur. Dönem başından beri artan içe kapanıklık ve evden çıkmak istememe yakınmaları vardır. Ailesi I'yı 7. sınıfa kadar derslerinde başarılı, genellikle içine kapanık, çekingen, arkadaş edinmede güçlüğü olan, kendi hâlinde olmayı tercih eden bir çocuk olarak tanımlamıştır. Geçmiş öyküsü incelendiğinde hep yalnız olmayı tercih eden bir çocukmuş; yaşıtlarının ilgilendiği oyunlardan, spor faaliyetlerinden hoşlanmazmış. Evde babasıyla birlikte saz çaldığı ve ona eşlik ettiği hâlde okulda müzik derslerinde şarkılara katılmazmış, annesinin saz çaldığını başkalarına söylemesi onu çok öfkelendirirmiş. İlk yıllarda sınıftaki doğum günü kutlamalarına katılmak istemez, gitmek zorunda kalırsa da bir köşede dururmuş, sonraki yıllarda da artık davet edilmez olmuş. Aileden alınan bilgiye göre bu yıl ders başarısı değişkenlik göstermeye başlamış; yazılılarda çok başarılı olurken, sözlülerde çok kötü notlar alıyormuş. Aslında sorumlulukları konusunda çok hassas olmasına, ödevlerini hiç aksatmamasına rağmen, sınıf içinde sunum yapması gereken performans ödevlerinin hiçbirini teslim etmemiş. 8. sınıfta dershaneye gitmesi gerekince evde sorunlar başlamış. Tanımadığı çocuklarla birlikte olma düşüncesi onu kaygılandırmış. Kendi başına dolmuşa binerek gidip geleceği söylenince şiddetle reddetmiş. Haftalar boyunca aile üyelerinden biri ona dolmuşta eşlik etmiş. Kendi başına dolmuşa binmesi gerektiğinde, başka yolculara şoföre göndermek üzere para vermek zorunda kalmamak için en ön sırada yer yoksa binmeyip diğer dolmuşu bekliyormuş. Bu nedenle bazen eve gelmesi saatler alıyormuş. I'nın bu hâlinden mutsuz olduğunu ve bir psikolog ile görüşmek istediğini ifade etmesi üzerine ailesi hemen çocuk psikiyatrisi kliniğinden randevu almış. Değerlendirme sonucunda I'ya "Sosyal Kaygı Bozukluğu" tanısı konmuş, aileye ve kendisine tanı ve süreç hakkında bilgi verilmiş, kendisinin de onayı ile bireysel görüşmeler planlanmıştır. I, çocuk psikiyatristi tarafından önerilen ilacı kullanmak istememiştir. Ancak görüşmelere düzenli olarak devam etmiş, verilen ödevleri aksatmadan yapmıştır.

DIŞA ATIM BOZUKLUKLARI

Çocuklar genellikle yaklaşık iki yaşından itibaren tuvalet eğitimlerini tamamlar ve böylece mesane ve bağırsak hareketlerinin kontrolünü kazanırlar. Bedensel, zihinsel ve psikolojik açıdan sağlıklı gelişen çocuklar için hayat normal akışında devam eder. Ancak bazı çocuklar hiçbir zaman bu kazanımı sağlayamazlar, bazıları da tuvalet eğitimini tamamladıktan bir süre sonra çeşitli nedenlerle idrar ya da dışkılarını tutamayıp kaçırabilirler. Aşağıda bu durumlar hakkında bilgiler özetlenecektir.

Enürezis (İdrar Kaçırma)

Genel görünüm ve tanı

Enürezis, 5 yaşından daha büyük çocuklarda herhangi bir başka hastalığın ya da ilaç kullanımının neden olmadığı, yineleyen, istemsiz ya da kasıtlı olarak idrar kaçırma davranışı olarak tanımlanır. Enürezis tanısı alabilmesi için, çocuğun en az üç ay boyunca, en az haftada iki kez yatağını ya da giysilerini ıslatması gerekir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013a). Eğer çocuk sadece gece uykusu sırasında altını ıslatıyorsa *Noktürnal Enürezis*, sadece uyanık olduğu gündüz saatlerinde altını ıslatıyorsa *Diürnal Enürezis* olarak sınıflanmaktadır. Bazı çocuklarda hem gündüz hem gece ıslatmaları görülebilir.



Şekil 7. Alt ıslatmanın psikolojik olduğuna karar vermeden önce, çevresel ve fizyolojik kaynaklı olup olmadığı dikkatle incelenmelidir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması Sisteminde (ICD-10) yukarıdaki kriterlere ek olarak tuvalet eğitimin hiç tamamlanamadığı, doğuştan itibaren idrar kontrolünün hiç sağlanamadığı durumlar *birincil enürezis*, geçmişte idrar kontrolünün sağlandığı, çocuğun en az altı ay kuru kaldığı bir dönemin olduğu durumlar *ikincil enürezis* olarak tanımlanmaktadır (WHO, 1992).

Enürezis tanısı konması için altını ıslatmaların herhangi bir ürolojik, nörolojik ya da metabolik bir hastalığa ya da kullanılan herhangi bir ilacın yan etkisine bağlı olmaması gerekir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Tablo 11. Enürezis (İdrar Kaçırma) İçin DSM-5 Tanı Kriterleri

A. İstemli ya da istemsiz olarak tekrarlayan bir şekilde yatağa ya da giysilerine işeme
B. En az üç ay boyunca haftada en az iki kez görülür ve toplumsal ya da okulla ilgili alanlarda işlevsellikte belirgin düşmeye neden olur
C. Takvim yaşı ya da gelişimsel düzeyi en az beştir

Alt tipleri:

- Noktürnal: Yalnızca gece uykusunda idrar kaçırma
- Diurnal: Yalnızca gündüz, uyanık olduğu durumlarda idrar kaçırma
- Noktürnal ve diurnal: Hem gece hem gündüz idrar kaçırma

Epidemiyoloji

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013), ABD'deki beş yaşından büyük çocukların %5-10'unda enürezis olduğunu, yaş ilerledikçe oranın azaldığını, bu çocuklardan sadece %1'inde sorunun erişkinlik dönemine kadar devam ettiğini belirtmektedir.

Türkiye'de çeşitli illerde yapılan okul taramalarında enürezis yaygınlığı %18,2-27,5 arasında farklı oranlarda rapor edilmiştir (Bozlu, Çayan, Doruk, Canpolat ve Akbay, 2002; Erbay Dündar ve ark., 2007; Ergüven, Çelik, Deveci ve Yıldız, 2004; Görür, İnandı, Turhan, Helli ve Kiper, 2008; Üstüner Top ve Küçük alemdar, 2014). Bu çalışmalarda ortak sonuç olarak, gece altını ıslatmanın (noktürnal enürezis) gündüze göre daha fazla görüldüğü, birincil enürezisin daha sık olduğu, belirtilerin yaşla birlikte azaldığı, erkeklerde kızlara göre daha sık görüldüğü, ailenin sosyoekonomik düzeyi düştükçe enürezis oranının arttığı, altını ıslatan çocukların ailelerinde de enürezis öyküsü olduğu dikkat çekmektedir. Yakın tarihli bir çalışmada sıklık %8 olarak rapor edilirken önceki çalışmaların aksine diurnal enürezis ve ikincil enürezis oranları daha fazla bulunmuştur (Savaşer, Kızılkaya Beji, Aslan ve Gözen, 2018). Bu çalışmada da belirtiler, erkeklerde ve küçük yaş grubunda daha sık görülmüştür.

Etiyoloji

Enürezis tanısı almış olan çocukların aile öykülerine bakıldığında ailesel geçiş dikkati çekmektedir. Ergüven ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında birincil enürezis tanısı almış klinik gruptaki çocukların %90'ının aile üyelerinde (babalarda %38, annelerde %9 oranında) geçmişe yönelik birincil enürezis öyküsü saptanmıştır, bu oran karşılaştırma grubunda %7'dir. Yazarlar erkek cinsiyetinde olmanın, ağır uykunun (uyanamama) ve ailede enürezis öyküsünün olmasının enürezis için risk faktörü kabul edilebileceğini belirtmişlerdir. Okul taraması yapılan bir başka çalışmada altını ıslatan çocukların %54,1'inin anne babalarında, %37,7'sinin kardeşlerinde benzer sorunlar rapor edilmiştir (Üstüner Top ve Küçük Alemdar, 2014). Bu sonuçlar alanyazın ile uyumludur (Ferrara, Autuori, Dosa, Di Lucia, Gatto ve Chiaretti, 2019; Gulisano, Domini, Capelli, Pellico ve Rizzo, 2017).

Eştanı

Enürezis tanısı alan çocuklarda derin uyku, horlama, uyku apnesi (Ergüven ve ark., 2004; Görür ve ark., 2008; Üstüner Top ve Küçük Alemdar, 2014; Ferrara ve ark., 2019), dışkı kaçırma ve kabızlık (Ergüven ve ark., 2004; Ferrara ve ark., 2019) görülmektedir.

Psikolojik güçlükler açısından ele alındığında enürezis tanısı alan gruplarda kontrol gruplarına göre daha fazla okul başarısızlığı (Ferrara ve ark., 2019; Görür ve ark., 2008), arkadaş ilişkilerinde sorunlar ve davranış sorunları (Görür ve ark., 2008; Gulisano ve ark., 2017) rapor edilmiştir. İran'da yapılan bir çalışmada psikiyatri kliniğine başvuran ve noktürnal enürezis tanısı alan 5-18 yaş aralığındaki çocuk ve ergenlerin %79,23'ünde eşlik eden en az bir ruhsal bozukluk

bulunmuştur (Amiri, Shafiee-Kandjani, Naghinezhad, Farhangve Abdi, 2017). Bu bozukluklar yaygınlık sırasına göre DEHB (%74,9), KO/KGB (%53) ve tik bozukluğudur (%12).

Tedavi

Enürezis tedavisinde desmopressin (ör., Minirin) ya da bir trisiklik antidepresan olan imipramin (ör., Tofranil) gibi ilaçlar kullanılmaktadır. İlaçlar belirtileri azaltmada yararlı olsa da etkileri geçicidir, ilaç kesildikten sonra geri dönüşler görülmektedir (Atar ve Sancaktutar, 2011; Zaffanello, Giacomello, Brugnara ve Fanos, 2007).

İlaç dışında uygulanan tedaviler arasında; sıvı kısıtlaması, sorumluluk verme ve olumlu pekiştireç kullanımına dayalı davranışçı yöntemler, mesane kontrolü, gece uyandırma, enüretik alarm gibi yöntemler vardır (Atar ve Sancaktutar, 2011). Enüretik alarm, yatak ıslandığı zaman zil çalarak çocuğun uyanmasını sağlamaktadır. İlaca dirençli vakalarda ya da ilaca alternatif olarak kullanıldığında başarılı sonuçlar alındığı rapor edilmektedir (Atar ve Sancaktutar, 2011; Won Kwak, Hyun-Parkve Baek, 2011; Woo ve Park, 2004)

İlaç tedavisi kısa sürede bir iyileşme sağlayarak daha uzun etkili sonuçlar verebilecek davranışçı yöntemlerin kullanılmasına yardımcı olmaktadır. Bu nedenle kombine tedavilerin tek başına ilaç ya da tek başına diğer yöntemlerden daha etkili olduğu bildirilmektedir (Zaffanello ve ark., 2007).

Enkoprezis (Dışkı Kaçırma)

Genel görünüm ve tanı

Enkoprezis, dört yaşından daha büyük çocuklarda laksatif ilaç kullanımının ya da başka bir sağlık durumunun neden olmadığı, yineleyen, istemsiz ya da kasıtlı olarak dışkı kaçırma davranışı olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013a). En az üç aydır, ayda en az bir kere görülmüş olmalıdır. Doğuştan itibaren dışkı kontrolünün hiç sağlanamadığı durumlar *birincil enkoprezis*, geçmişte dışkı kontrolünün sağlandığı, çocuğun dışkı kaçırmadığı bir dönemin olduğu durumlar *ikincil enkoprezis* olarak tanımlanmaktadır.

Tablo 12. Enkoprezis (Dışkı Kaçırma) İçin DSM-5 Tanı Kriterleri

A. İstemli ya da istemsiz olarak tekrarlayan bir şekilde uygunsuz yerlere (ör.; giysiler, döşeme vb.) dışkı kaçırma
B. En az üç ay boyunca, her ay en az bir kez görülür
C. Takvim yaşı ya da gelişimsel düzeyi en az dörttür

Epidemiyoloji

Enkoprezis, okul çağı çocuklarında %1-3 oranında görülmektedir (Demir ve ark., 2012). Rutin sağlık kontrolüne gelen 5-12 yaş grubu ile yapılan bir çalışmada enkoprezis yaygınlığı %3 olarak bulunmuştur (van der Wal, Benninga ve Hirasing, 2005). Bu çalışmada yaşla birlikte oranın azaldığı, erkeklerde ve düşük sosyoekonomik düzey ailelerden gelen çocuklarda daha sık görüldüğü rapor edilmiştir.

Türkiye'de kliniğe başvuruların temel alındığı çalışmalarda, erkeklerde kızlara oranla fazla görülmüş, ikincil enkoprezis daha yaygın bulunmuştur (Demir ve ark., 2012; Hesapçıoğlu, Göker, Aktepe, Topbaş ve kandil, 2009; Ünal ve Pehlivantürk, 2004).

Eştanı

Enkoprezis tanısı alan çocuklarda, kabızlık ve idrar yolu enfeksiyonları yaygın görülmektedir (Har ve Croffie, 2010). Türkiye'de yapılan çalışmalarda çocuk psikiyatrsi kliniklerine yapılan başvurular temel alındığında en yaygın görülen eştanılar; Enürezis, DEHB ve KO/KGB ve kaygı bozukluklarıdır (Akça, Aysev ve Öker Aycan, 2011; Ünal ve Pehlivantürk, 2004). Enkoprezise eşlik eden diğer psikolojik sorunlar arasında saldırgan davranışlar, dikkat güçlükleri, suça yönelim (Demir ve ark., 2012), okul sorunları, kardeş kıskançlığı ve aile için sorunlar (Hesapçıoğlu ve ark., 2009) yer almaktadır. Bu bulgular enkoprezis tanısı alan çocuklarda kontrol grubuna göre daha fazla duygusal ve davranışsal sorunlar, istismar öyküsü ve öğrenme güçlükleri rapor eden çalışma ile tutarlıdır (van der Wal ve ark., 2005). Öte yandan DEHB tanısı almış çocuklarda almamış çocuklara göre Enkoprezis görülme sıklığı daha fazladır (Mellon ve ark., 2013).

Tedavi

Enkoprezis tedavisinde İmipramin (ör., Tofranil) yaygın olarak kullanılmakta ve etkili sonuçlar alınmaktadır (Akça, 2011). Aynı yazar, iki olguda uzun etkili metilfenidatın (ör., Concerta) enkoprezis belirtileri üzerinde etkili olduğunu rapor etmiştir. Klinik pratikte ilaca ek olarak liste tutturma, gayta kontrolü, ödül gibi davranışçı yöntemler kullanılmaktadır.

VAKA ÖRNEĞİ 11

İ, anaokuluna giden 5 yaş 7 aylık bir erkek çocuktur. Annesi tarafından "gece ve gündüz alt ıslatma" şikayetleri ile Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine getirilmiştir. İ, her ikisi de ilkokul mezunu olan sosyoekonomik düzeyi düşük bir anne babanın ilk çocuğudur, 1 yaşında erkek kardeşi vardır ve kardeşi ile arası iyidir. 3,5 yaşında tuvalet eğitimini kazanmış olmasına rağmen ara ara idrar kaçırmaları vardır. Babasının da çocukken 11 yaşına kadar gece alt ıslattığı bilgisi alınmıştır. Çocuk kliniğinde yapılan tetkiklerde organik bir neden saptanmadığı için çocuk psikiyatri kliniği konsültasyonu istenmiştir. İlk görüşme sonrasında İ'nin haftada yaklaşık dört kez geceleri ve 2-3 kez de gündüzleri yatağını ıslattığı, bu durumun yaklaşık altı aydır sürdüğü, annenin öfkelendiği ve bağırdığı, İ'nin okula gitme konusunda çok isteksiz olduğu, arkadaş ilişkilerinin iyi olmadığı bilgisi alınmıştır. İ'ye "Enürezis" tanısı konmuş ve öncelikle ilaç dışı yöntemlerin kullanılması uygun görülmüş, çocuğa ve anne babaya tanı hakkında ayrıntılı bilgi verilmiştir. Alınacak önlemler ve dikkat edilecek konular anlaşılır bir biçimde aileye anlatılmıştır. İ'nin günlük sıvı tüketimi planlanmıştır. Uzun süre televizyon ya da bilgisayar karşısında vakit geçirmemesi bilgisi verilmiş, evde ve okulda belli aralıklarla tuvalete gitmesi sağlanmıştır.

Kesinlikle ceza verilmemesi, kızılmaması, eleştirilip suçlanmaması konuşulmuş, giysi ve çarşaf değişimlerinde çocuğun katılımının sağlanmasının önemi vurgulanmıştır. Anne ve baba ile geçirilecek kaliteli zamanın önemi anlatılmış ve oyun önerilerinde bulunulmuştur. Kardeşi ile ilişkilerinde fazla sorumluluk yüklenmemesi, kardeşi ile rekabete girmesine neden olacak kıyaslamalar yapılmaması ya da ilişkiyi bozacak oyunlardan kaçınılması söylenmiştir. Okulda arkadaş ilişkilerinin desteklenmesi, çiş kaçırdığı için arkadaşları tarafından eleştirilmemesi konusu da öğretmenleriyle konuşulmuştur. İki aylık bir takip sürecinde İ'nin özellikle gündüz çiş kaçırmaları yok denecek kadar azalmıştır. Takipleri devam etmektedir.

SON SÖZ

Bu bölümde çocukluk ve ergenlik dönemine özgü bozukluklar kısaca tanıtılmış, nedenleri, yaygınlıkları ve tedavi yöntemleri hakkında bilgi verilmiştir. Çocukluk dönemine özgü olmayan ama çocukluk ve ergenlik döneminde de görülen depresyon, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, psikotik bozukluklar ve diğerleri önceki bölümlerde ayrıntılı olarak açıklandığı için burada yer almamıştır. Okuyucuların bu ve diğer bozuklukların da çocuk ve ergenlerde görülebileceği konusunda dikkatli olmalarını hatırlatmak yararlı olacaktır.

BÖLÜM ÖZETİ

Psikolojik rahatsızlıkların değerlendirilmesinde çok yönlü bakış açılarının önemli olduğunu vurgulayan ve psikolojik rahatsızlıkları normal gelişimden sapma olarak ele alan gelişimsel psikopatoloji, tanı ve tedavide oldukça önemlidir.

Çocukluk ve ergenlik döneminde yaygın olarak görülen psikolojik rahatsızlıklardan biri olan *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda,* dikkati toplama ve bir işe odaklanmada güçlük ile yerinde duramama, kıpır kıpır olma gibi davranışlar dikkati çekmektedir. Bu klinik bulguların yanı sıra akademik başarısızlık, sosyal sorunlar nedeni ile de aileler yardım arayışına girmektedirler. DEHB çocuk ruh sağlığı alanında en yaygın görülen rahatsızlıklardan biridir ve kliniklere başvurunu oranı kızlara göre erkek çocuklarda daha yüksektir. DEHB tanısı olan çocuklarda en sık rastlanılan psikiyatrik bozukluk ÖÖB, KO/KGB ve DB'dir. DEHB'nin genetik kökenli bir bozukluk olduğuna ilişkin bulgular yaygındır. Bunun dışında doğum öncesi etkenler ve düşük doğum ağırlığı gibi nörobiyolojik ve kurum bakımında olma, duygusal yoksunluk, zorlayıcı yaşam olayları gibi psikososyal etmenler de DEHB'nin olası nedenleri arasında yer almaktadır. Gıda ve katkı maddelerinin DEHB etiyolojisi ile ilişkili bilimsel kanıt yoktur. DEHB'de en etkili olarak kullanılan tedavi yöntemi ilaç tedavisidir. İlaç tedavisi ile birlikte aileye ve çocuğa/ergene verilen psikoeğitim ve davranışçı terapi tekniklerinin de daha fazla düzelmeye yol açtığı bilinmektedir.

Özgül Öğrenme Bozukluğu, DEHB ile birlikte çok sık görülen psikolojik rahatsızlıklardan biridir ve okuma yazmada gecikme, yaşıtları gibi okuyup yazamama, okurken ve yazarken harf atlama ve/veya karıştırma (b yerine d; noktalı/noktasız harfler gibi), okurken hece atlama, kelimenin sonunu uydurma, çok yavaş ve hatalı okumadan kaynaklı olarak okuduğunu anlamama gibi

belirtilerle kendini gösteren bir bozukluktur. %5-10 arasında bir yaygınlık oranına sahip olup, erkeklerde kızlara göre daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Cinsiyetler arası fark olmadığını bildiren yayınlar da mevcuttur. Kalıtımın tek başına en önemli etmen olarak vurgulandığı aile, ikiz ve kardeş çalışmalarında öğrenme bozukluğunun genetik bir bozukluk olduğu düşüncesi desteklenmektedir. Anne babanın eğitim düzeyi, okuma sıklığı ve çocukların okuma materyalleri ile karşılaşma olasılığını arttırmakta dolayısıyla okuma becerilerini olumlu bir şekilde etkilemektedir. ÖÖB, yaşam boyu devam eden ve kendiliğinden düzelmeyen bir durumdur. ÖÖB'nin medikal bir tedavisi bulunmamaktadır. Eşlik eden kaygı bozukluğu, depresyon ya da DEHB gibi psikiyatrik bozukluklar için gerekli medikal tedavilerden yararlanılabilir. ÖÖB'de en iyi sonuç aile ve öğretmenleri de kapsayacak bütünleşik psikososyal müdahalelerdir.

DSM-5 Tanı Ölçütleri Kılavuzu'nda *Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları* başlığı altında yer alan *Davranım Bozukluğu* çocuğun çevresindeki eşyalara ya da canlılara saldırganca davranışlar sergilediği, toplumsal değerlere ve kurallara uyumda zorlandığı, kurallara sürekli olarak ve tekrarlı bir biçimde karşı geldiği psikolojik bir bozukluktur. Değişen çevre koşullarına bağlı olarak yaygınlık oranı %1 ile %35 arasında değişmektedir. DB'nin tek bir nedeni olmayıp, etiyolojisi genetik, ailesel ve sosyal faktörlerin etkileşimini içermektedir. DB'nin tedavisi çok zor olup, ayırıcı tanı ve eştanılar dikkatle ele alındıktan sonra çok yönlü bir müdahale programı uygulanmasını gerektirir.

Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetimi ve Davranım Bozuklukları başlığı altında yer alan bir diğer bozukluk olan *Karşıt Olma, Karşı Gelme Bozukluğunda* ise çocuk veya ergenin ailesine ya da otoriteye karşı gelme, kurallara uymak istememe, tartışmaya eğilim gösterme ve çevresine karşı düşmanca tavırları dikkat çekmektedir. KO/KGB, psikiyatri kliniklerine en sık başvurusu olan çocukluk dönemi psikolojik rahatsızlıklarındandır. Erkeklerde görülme sıklığı kızlara göre daha fazladır ve daha çok sekiz yaş altındaki çocuklarda görülmektedir. KO/KGB'nin etiyolojisi açıkça tanımlanmamakla birlikte araştırmalardan elde edilen veriler KO/KGB'nin çocuğun yapısal olarak zor mizacı ile olumsuz anne baba tutumlarının bir araya gelmesiyle görüldüğünü destekler niteliktedir. DEHB ile birlikte görülme oranı ise yüksektir. Çalışmalar özellikle yıkıcı davranışların azaltılmasında anne baba eğitim programlarının önemini vurgulamaktadır.

Adına dönüp bakmama, göz teması kurmama, kendi dünyasında olma, çevreyle ilgilenmeme, takıntılı ve daralmış ilgi alanları, yineleyici hareketlerle kendini gösteren *Otizm Spektrum Bozukluğu*, erken çocukluk dönemi nörogelişimsel bozukluklardan biridir. OSB'nin, günümüzde en sık rastlanan gelişimsel bozukluklar arasında yer aldığı bildirilmektedir. Otizmin toplumda görülme sıklığının 13-30/10.000 olduğu belirlenmiştir. Cinsiyetler arası farka bakıldığında ise erkeklerde görülme oranı kızlara göre daha yüksektir. Otizmin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte genetik, prenatal komplikasyonlar, vücuttaki biyokimyasal ajanlar, çevresel ve ailesel etkenlerin etkili olduğuna ilişkin görüşler öne sürülmektedir ve bireysel ve grup özel eğitim aldırmak ve güçlük yaşadığı alanlara yönelik sosyal becerileri kazandırmak en uygun ve etkili tedavi yaklaşımıdır.

Son zamanlarda adı her geçen gün daha fazla duyulan ve nörogelişimsel bozukluklar içerisinde yer alan *Sosyal İletişim Bozukluğu*, sözel ve sözel olmayan iletişim sorunlarının yanında sosyal olarak dilin kullanımında güçlükleri yani uygun zamanda uygun sorular sorup, cevap verememek olarak tanımlanmaktadır. Henüz az sayıda çalışma mevcut olmakla birlikte genetik faktörlerin etkisinden bahsedilmektedir. Tedavi için de özel bir yaklaşım henüz bulunmamaktadır. Dil ve iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik müdahaleler önerilmektedir.

Çocuklarda sosyal ve akademik alanlarda yaşanan başarısızlıktan başlayıp özbakım becerilerini yerine getiremeyecek kadar farklı düzeylerde zihinsel gelişim bozukluğu ile tanımlanan *Zihinsel Yetersizlikte* çocuklar homojen bir grubu oluşturmadıklarından tanı ve tedavide sınıflandırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Zihinsel yetersizliğin dünya çapında oranı %1-3 arasında değişmekle birlikte ve yetersiz beslenme, kötü sağlık koşulları, çevresel faktörler, doğuştan ya da doğum öncesi etkenlere bağlı olarak ortaya çıkan yapısal kusurlar etiyolojik faktörler arasında yer almaktadır. Tedavisinde özel eğitim desteği almalarının yanı sıra okullarında örgün eğitime devam etmeleri sağlanmalıdır.

Çocuklarda sık görülen psikolojik rahatsızlıklardan biri de *Kaygı Bozukluklarıdır*. Ayrılma kaygısı bozukluğu, seçici konuşmazlık, özgül fobi, toplumsal kaygı bozukluğu (sosyal fobi), yaygın kaygı bozukluğu, panik bozukluğu ve agorafobi kaygı bozuklukları kapsamındadır. Panik bozukluğu ve agorafobi dışında çocukluk dönemi için ayrı ölçütler ya da uyarılar yer almaktadır. Kaygı bozuklukları çocuk ve ergenlerde en sık görülen bozukluklar arasında kabul edilmektedir. Tüm kaygı bozukluklarında kız erkek oranı çocukluk döneminde 2:1, ergenlikte 3:1 olarak rapor edilmektedir. Nedenleri arasında genetik geçişin ve çevresel faktörlerin etkisinden bahsedilmektedir. Kaygı bozukluklarının tedavisinde psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, davranış yönetimi gibi teknikleri içeren Bilişsel Davranışçı Tedavi (BDT) yöntemleri yaygın olarak kullanılmakta, ihtiyaç hâlinde ilaç tedavisinden de yararlanılmaktadır.

Tuvalet eğitimini alamayan ya da eğitimini tamamladıktan bir süre sonra çeşitli nedenlerle idrar ya da dışkılarını tutamayan çocuklarda *Dışa Atım Bozuklukları* dikkati çekmektedir. *Enürezis*, beş yaşından daha büyük çocuklarda herhangi bir başka hastalığın ya da ilaç kullanımının neden olmadığı, yineleyen, istemsiz ya da kasıtlı olarak idrar kaçırma davranışı olarak tanımlanır. Ailesel geçişin önemli olduğu enüreziste ilaç tedavisinin dışında sıvı kısıtlaması, sorumluluk verme ve olumlu pekiştireç kullanımına dayalı davranışçı yöntemler ile mesane kontrolü, gece uyandırma, enüretik alarm gibi yöntemler de ağırlıklı olarak kullanılmaktadır.

Dört yaşından daha büyük çocuklarda laksatif ilaç kullanımının ya da başka bir sağlık durumunun neden olmadığı, yineleyen, istemsiz ya da kasıtlı olarak dışkı kaçırma davranışı olarak tanımlan *Enkoprezis* ise erkek çocuklarda görülme oranı yüksek olan ve enürezis tedavisinde olduğu gibi ilaca ek olarak liste tutturma, gayta kontrolü, ödül gibi davranışçı yöntemlerin kullanıldığı dışa atım bozukluklarındandır.

KAYNAKLAR

AACAP-American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1999). Practice parameters fort the assessment and treatment of children, adolescent and adults with mental retardation and comorbid mental disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*(12), 5-31.

AACAP-American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(7), 894-921.

Abbasi-Moheb, L., Mertel, Gonsior, M. ve Vahid, L.N. (2012). Mutations in NSUN2 cause autosomal-recessive intellectual disability. *The American Journal of Human Genetics, 90* (5), 847-855.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2016-2019). *Otizm Spektrum Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Ulusal Eylem Planı (2016-2019).* https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/12/20161203-16.htm

Akademi Disleksi (Ocak 2020). *Türkçe PREP nedir?* https://www.turkceprep.com/sayfa/prep-nedir/

Akça, Ö.F. (2011). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tedavisinde uzun etkili Metilfenidat kullanımı ile Enkoprezis belirtilerinde düzelme: iki olgu sunumu. *Klinik Psikiyatri, 14,* 115-118.

Akça, Ö.F., Aysev, A. Öker Aycan, İ. (2011) Familial features and comorbid psychiatric disorders in children with Encopresis. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 21*(4), 345-352.

Akçakın, M. (2001). *Otizm El Kitabı.* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Otistik Çocuklar Tanı, Tedavi, Uygulama ve Araştırma Merkezi yayını. Ankara, 1-7.

Akgün, G. M., Evren Tufan, A., Yurteri, N. ve Erdoğan, A. (2011). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun genetik boyutu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3*(1), 15-48.

Altay, M.A., Görker, I. (2018). DSM- 5 kriterlerine göre özgül öğrenme bozukluğu tanısı alan olguların psikiyatrik eştanı ve WISC-R profillerinin değerlendirilmesi, *Nöropsikiyatri Arşivi, 55*, 127-134.

Altınoğlu-Dikmeer, D.İ. ve Gençöz, T (2009). Özgül Öğrenme Güçlüğü belirtileri olan çocukların Wisconsin Kart Eşleme Testi ve Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği Puanlarının incelenmesi. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi,16*(1), 3-12.

Altuntaş, O. ve Karakaya, B. (2017). Disleksisi Olan Çocuklarda Görsel Algı Becerilerinin, Okuma Becerileri Üzerine Etkisinin İncelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi, 5*(3), 161-168.

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013a). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th edition. Washington, DC.

American Psychiatric Association (2013b). Social (Pragmatic) Communication Disorder. Fact Sheet. https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/educational-resources/dsm-5-fact-sheets

American Psychiatric Association (2018). What Is Specific Learning Disorder? https://www.psychiatry.org/patients-families/specific-learning-disorder/what-is-specific-learning-disorder

Amerikan Psikiyatri Birliği, (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5).* Tanı Ölçtleri Başvuru Elkitabı'ndan çev. Köroğlu, E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Amiri, S., Shafiee-Kandjani, A.R., Naghinezhad, R., Farhang, S. ve Abdi, S. (2017). Comorbid psychiatric disorders in children and adolescents with Nocturnal Enuresis. *Urology Journal, 14*(1), 2968-2972.

Arıcı, A., Altın, H. ve Sevgen, F.H. (2017). Presenting complaints and comorbid diagnoses in children with mental disabilities presented to a child psychiatry outpatient clinic. *Journal of Mood Disorders, 7*(4), 199-204.

Arkan, B. ve Üstün. B (2009). Davranım bozukluğu olan çocuklara psikiyatrik yaklaşımda anne-baba eğitim programları: iki örnek bağlamında bir değerlendirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 1*, 155-174.

Armatas, V. (2009). Mental retardation: definitions, etiology, epidemiology and diagnosis. *Journal of Sport and Health Research. 1*(2):112-122.

Arnold, L.E., Lofthouse, N. ve Hurt, E. (2012). Artificial Food Colors and Attention-Deficit/Hyperactivity Symptoms: Conclusions to Dye for. *Neurotherapeutics, 9*(3), 599-609.

Atar, M. ve Sancaktutar, A.A. (2011). Enürezis Noktürnanın tedavisinde ilaç dışı yaklaşımlar. *Türk Üroloji Seminerleri, 2*, 50-54.

Ateş, S. (2014). *Davranım Bozukluğu tanısı alan ergenlerin ebeveynlerinde psikopatolojik özellikler ve cinsiyete göre karşılaştırılması*. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH, İstanbul.

Aydın, A. (2014). Kaygı bozukluğu olan çocuklar için Bilişsel Davranışçı Terapide anne babaların tedaviye katılımı. *Türk Psikiyatri Dergisi, 25*(3), 181-89.

Badano, J.L., Mitsuma, N., Beales, P.L. ve Katsanis, N. (2006). The ciliopathies: An emerging class of human genetic disorders. *Annual Review of Genomics and Human Genetics, 7*, 125-148.

Barbaresi W.J., Katusic, S.K., Colligan R.C., Pankratz, V.S., Weaver, A.L., Weber, K.J, Mrazek, D.A. ve Jacobsen, S.J. (2002). How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? Incidence in a population-based birth cohort in Rochester, Minn. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine,156*, 217-224.

Barkley, R.A., Fischer, M., Smallish, L. ve Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit/ hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 111*, 279-289.

Baron-Cohen, S., Leslie, A.M. ve Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind?" *Cognition, 21*, 37-46.

Bartlett, C.W., Flax, J.F., Fermano, Z., Hare, A., Hou, L., Petrill, S.A, Buyske, S, Brzustowicz, L,M. (2012) Gene × gene interaction in shared etiology of autism and specific language impairment. *Biological Psychiatry, 72*, 692–699.

Beesdo, K., Knappe, S. ve Pine, D.S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatry Clinics of North America, 32*(3), 483-524.

Beesdo, K., Lau, J.Y.F., Guyer, A.E., McClure-Tone, E.B., Monk, C.S., Nelson, E.E., ... Pine, D.S. (2009). Common and distinct amygdala-function perturbations in depressed vs anxious adolescents. *Archives of General Psychiatry, 66*(3), 275–85.

Berg-Nielsen, T.S., Vikan, A., Dahl, A.A. (2002). Parenting related to child and parental psychopathology: A descriptive review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 7*(4), 529-552.

Birkan, B. (2013). Otizm ve uygulamalı davranış analizi: Toplum temelli uygulamalar. *Uluslararası Katılımlı Ergoterapi ve Rehabilitasyon Kongresi Bildiri Kitabı* içinde tam metin, pp.92-96, Ankara.

Bodur, Ş. ve Soysal, Ş. (2004) Otizmin Erken Tanısı ve Önemi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), 13*(10), 394-398.

Bozlu, M., Çayan, S., Doruk, E., Canpolat, B. ve Akbay, E. (2002). Çocukluk çağı ve adolesan yaş grubunda noktürnal ve diurnal enürezis epidemiyolojisi. *Türk Üroloji Dergisi, 28*(1), 70-75.

Brown, N.M., Brown, S.N., Briggs, R.D., German, M., Belamarich, P.F. ve Oyeku, S.O. (2017). Associations between adverse childhood experiences and ADHD diagnosis and severity. *Academics Pediatrics, 17*(4); 349-355.

Burke, J. D., Hipwell, A. E., & Loeber, R. (2010). Dimensions of Oppositional Defiant Disorder as predictors of depression and conduct disorder in preadolescent girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49*, 484-492.

Byrne, B., Samuelsson, S., Wadsworth, S., Hulslander, J., Corley, R., De Fries, J.C., Quain, P., Wilcutt, E.G. ve Olson, R.K. (2006). Longitudinal twin study of early literacy development: Preschool through Grade 1. *Reading and Writing, 20*, 77–102.

Çakın Memik, N., Karakaya, I., Yıldız, Ö., Şişmanlar, Ş., Çağlayan, Ç. ve Ağaoğlu, B. (2014). Anksiyete bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde Sertralin tedavisinin yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi, 51*, 30-39.

Çelik, C. (2019). *Özgül Öğrenme Güçlüğünde zihinsel işlevlerin değerlendirilmesi ve müdahale yöntemlerinin etkililiği*. (Yayınlanmamış doktora tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.

Chiurazzi, P. ve Oostra, B.A. (2000). Genetics of mental retardation. Current Opinion Pediatrics, 12(6): 529-535.

Coghill D. R., Seth, S., Pedroso, S., Usala, T., Currie, J. ve Gagliano, A. (2014). Effects of methylphenidate on cognitive functions in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: evidence from a systematic review and a meta-analysis. *Biological Psychiatry, 76*, 603-615.

Copeland, W.E., Angold, A., Shanahan, L. ve Costello, E.J. (2014). Longitudinal patterns of anxiety from childhood to adulthood: The Great Smoky Mountains Study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 53*(1), 21-33.

Coşkun, M. ve Kaya, İ. (2016). Prevalence and patterns of psychiatric disorders in preschool children referred to an outpatient psychiatry clinic. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences, 21*(1), 42-47.

Das, J.P., Naglieri, J.A. ve Kirby, J. R. (1994). *Assessment of cognitive processes: The PASS theory of intelligence*. Boston, MA: Allyn & Bacon.

Decoufle, P., Boyle, C.A., Paulozzi, L.J., Lary, J.M. (2001). Increased risk for developmental disabilities in children who have major birth defects: a population-based study. *Pediatrics, 108*(3), 728-734.

Demir, T., Yavuz, M., Doğangün, B., Bolat, N., Kadak, T., Karaçetin, G. Ve Kayaalp, L. (2012). Enkoprezisi olan çocuklarda davranış sorunları ve bazı ailesel özellikler. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi, 47*, 33-37.

Deniz, E.M., Dimaç, B. ve Arıcak, T.O. (2009). An analysis of life satisfaction and state-trait anxiety of the parents with handicapped children. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 6*, 1303–5134.

Dhanda, A. ve Jagawat, T. (2013). Prevalence and pattern of learning disabilities in school children. *Delhi Psychiatry Journal, 16*(2), 386-390.

Doğangün, B. (2008). Özel Eğitim Gerektiren Psikiyatrik Durumlar. *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 62* (1), 57-174.

Drabick, D.A.G., Ollendick, T.H. ve Bubier, J.L. (2010). Co-occurrence of ODD and Anxiety: Shared risk processes and evidence for a dual-pathway model. *Clinical Psychology: Science and Practice, 17*, 307–318.

Dodge, K. A. (1991). The structure and function of proactive and reactive aggression. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression*. (pp. 201–218) Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Dündar, P., Ergin, D., Kurses, M., Hekimoğlu, C.H., Nebi, S., Buğa, Ş. ve Kaysudu, A. (2007). Manisa'da bir gecekondu bölgesinde 5-16 yaş grubunda enürezis nokturna sıklığı ve ilişkili faktörler. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 21*(2), 89-95.

Ekici, Ö, K. (2013). Bilimsel, Sosyal ve Yasal Yönleriyle Otizm Farkındalığı. *TÜBİTAK Bilim ve Teknik Dergisi, 545*, 30-35.

Ercan, E. S. ve Mukaddes, N. (2018). *Nörogelişimsel Bozukluklar*. 1. baskı: İstanbul Nobel Tıp Kitabevi: 119-122.

Ercan, E.S. (2008). Davranım bozuklukları. Çuhadaroğlu Çetin F, Coşkun A, İşeri E ve ark., ed. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Yayınları: 3. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2008. 312-315.

Ercan, E.S., Kandulu, R., Uslu, E., Akyol Ardıç, Ü., Yazıcı, K.U., Kabukçu Başay, B. ... Rohde, L.A. (2013). Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: A 4-year longitudinal study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 7*(1), 30-40.

Ergüven, M., Çelik, Y., Deveci, M. ve Yıldız, N. (2004). Primer enürezis nokturnada etiyolojik risk faktörleri. Türk Pediatri Arşivi, 39, 83-87.

Ersöz Alan, B. (2019). Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastaların başvuru biçimi, şikâyet, tanı ve eştanı dağılımları. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory, 10*(4), 484-491.

Faraone, S. V. ve Mick, E. (2010). Molecular Genetics of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatry Clinics of North America, 33*(1), 159–180.

Farmer, E.M., Compton, S.N., Burns, B.J. ve Robertson, E. (2002). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: externalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(6), 1267-1302.

Ferrara, P., Autuori, R., Dosa, F., Di Lucia, A., Gatto, A., ve Chiaretti, A. (2019). Medical comorbidity of Nocturnal Enuresis in children. *Indian Journal of Nephrology, 29*(5), 345–352.

Ficks, C.A. ve Waldman, I.D. (2014). Candidate genes for aggression and antisocial behavior: a meta-analysis of association studies of the 5HTTLPR and MAOA-uVNTR. *Behaviour Genetics, 44*(5), 427–444.

Fombonne, E. (2009). Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatric Research, 65*(6), 591-598.

Foroutan, M. (2014). Mental Retardation (MR) Etiology in Children Referred to Care Services. *Patient Safety and Quality Improvement Journal. 2*(4), 165-167

Gedik, Z., Gökkaya, F. ve Tekinsav Sütçü, S. (2018). Kaygılı çocuklara yönelik okul temelli bir bilişsel davranışçı grup terapisi programının etkililiği: Pilot bir çalışma. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi, 19*(34), 91-121.

Ghandour, R.M., Sherman, L.J., Vladutiu, C.J., Ali, M.M., Lnch, S.E., Bitsko, R.H. ve Blumberg, S.J. (2019). Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in US children. *The Journal of Pediatrics, 206*, 256 267.

Göker, Z., Güney, E. Dinç, G. Hekim, Ö., Üneri, Ö.Ş. (2015). Çocuk ve ergenlerde anksiyete ile ilişkili bozuklukların klinik ve demografik özellikleri: bir yıllık kesitsel bir örneklem. *Klinik Psikiyatri, 18*, 7-14.

Göker, Z., Uğur, Ç., Dinç, G., Bozkurt, Ö.H. ve Üneri, Ö.Ş. (2016). Davranım bozukluğu tanılı çocuk ve ergenlerde komorbidite: 6 ay süreli bir kesitin retrospektif analizi. *Klinik Psikiyatri, 19*, 185-193.

Görker, I., Bozatlı, L., Korkmazlar, Ü., Yücel Karadağ, M., Ceylan, C., Söğüt, C., ... Turan, N. (2017). The probable prevalence and sociodemographic characteristics of Specific Learning Disorder in primary school children in Edirne. *Nöropsikiyatri Arşivi, 54*, 343-349.

Görker, I., Korkmazlar, Ü., Durukan, M ve Aydoğan, A. (2004). Çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ergenlerde belirti ve tanı dağılımı. *Klinik Psikiyatri, 7*, 103-110.

Görmez, V., Örengül, A.C., Baljinnyam, S. ve Aliyeva, N. (2017). Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda tanı dağılımı ve demografik özellikler. *Journal of Mood Disorders, 7*(1); 41-46.

Görür, S., İnandı, T., Turhan, E., Helli, A. ve Kiper, A.N. (2008). Hatay'da 6-18 yaş arası çocuklarda enürezis sıklığı ve risk etkenleri. *Türk Üroloji Dergisi, 34*(1), 42-50.

Grant, J.E. ve Potenza, M.N. (2004). Impulse control disorders: Clinical characteristics and pharmacological management. *Annals of Clinical Psychiatry, 16*, 27-34.

Gulisano, M., Domini, C., Capelli, M., Pellico, A. ve Rizzo, R. (2017). Importance of neuropsychiatric evaluation in children with primary monosymptomatic enuresis. *Journal of Pediatric Urology, 13*(1); 36.e1-36.e6.

Hamilton, L.G., Hayiou-Thomas, M.E., Hulmec, C.ve Snowling, M.J. (2016). The home literacy environment as a predictor of the early literacy development of children at family-risk of Dyslexia. *Journal of Scientific Studies of Reading, 20*(5), 401-419.

Hamilton, L.G., Thomas, M.E.H., Hulmec, C. ve Snowling, J.M. (2016). The home literacy environment as a predictor of the early literacy development of children at family-risk of dyslexia. *Scientific Studies of Reading, 20*(5), 401-19.

Har, A. F., & Croffie, J. M. (2010). Encopresis. *Pediatrics in Review, 31*(9), 368-374.

Harel, E.H. ve Brown WD (2003), Attention deficit hyperactivity disorder in elementary school children in Rhode Island: associated psychosocial factors and medications used. *Clinical Pediatrics (Phila), 42*, 497-503.

Hecthman, L. (2005) Attention deficit hyperactivity disorder. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th edition* (Eds BJ Saddock, VA Saddock). Philadelphia, Lippincott Williams ve Wilkins, 2679-2692.

Hekim Bozkurt, Ö., Dirik, E. ve Üneri, Ö.Ş. (2017). Kuzey Kıbrıs'ta DEHB'nin yaygınlığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 18*(5), 478-484.

Hesapçıoğlu, S.T., Göker, Z., Aktepe, E., Topbaş, M. ve Kandil, S. (2009). Clinical features of children with Encopresis and their comorbid psychiatric disorders. New Symposium Journal, 47(3), 123-128.

Hoeft, F., Ueno, T., Reiss, A. L., Meyler, A., Gabrieli, S. W., Glover, G. H., ... Gabrieli, J. D. E. (2007). Prediction of children's reading skills using behavioral, functional, and structural neuroimaging measures. *Behavioral Neuroscience, 121*(3), 602-613.

Hommersen, P., Morray C., Ohan L. J., Johnston C. (2006). Oppositional Defiant Disorder Rating Scala. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 14*(2), 118-125.

İstanbul Milli Eğitim Müdürlüğü – MEM (2018). *Çocuklarda Davranım Bozukluğu Broşürü.* Veliler için Broşür Seti No:7.

Jelliffe-Pawlowski, L.L., Shaw, G.M., Nelson, V. ve Harris, J.A. (2003). Risk of mental retardation among children born with birth defects. *The Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 157,* 545-50

Jimenez, M.E., Wade, R. Jr., Schwartz-Soicher, O., Lin, Y. ve Reichman, N.E. (2017). Adverse childhood experiences and ADHD diagnosis at age 9 years in a national urban sample. *Academics Pediatrics, 17*(4); 356-361.

Karabekiroğlu K. (2009). Davranım Sorunları. Karabekiroğlu K, ed. *Anne ve Babalar için Ergen Ruh Sağlığı Rehberi.* 1. Baskı. Ankara: Say Yayınları. 219-40.

Karakaya, E. ve Öztop, D.B. (2013). Kaygı bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde Bilişsel Davranışçı Terapi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi, 2,* 10-24

Karaman, Ö. (2018). A Retrospective Assessment of Specific Learning Disorders. *Middle Black Sea Journal of Health Science; 4*(1), 12-16

Kardaş, B., Kardaş, Ö. ve Eremiş, H. S. (2019). Konuşma (iletişim) bozukluklarında prognoz, prognostik faktörler ve erken tedavinin etkisi (ed. Eremiş H.S). *Çocuk ve Gençlik Çağı Ruhsal Hastalıklarında İzlem ve Süreç: Prognostik Faktörler ve Erken Tedavi Yaklaşımlarının Etkisi.* 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, 46-52.

Kaya, U. (2015). Zihinsel yetersizlikten etkilenmiş çocukların tanılanmasında tanı ölçütlerinin tarihsel gelişim ve değişimi (1907 yılı tanı ölçütleri ile 2013 yılı DSM-5 tanı ölçütlerinin karşılaştırılması). *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal, 1*(2), 2015.

Kendler, K.S., Myers, J., Prescott, C.A. (2000). Parenting and adult mood, anxiety and substance use disorders in female twins: an epidemiological, multi-informant, retrospective study. *Psychological Medicine, 30,* 281-294.

Kerig, P. K., Ludlow, A., & Wenar, C. (2012). *Developmental psychopathology: From infancy through adolescence* (6th ed.). Maidenhead, UK: McGraw-Hill.

Khess, C.R.J., Dutta, I., Chakrabarty, I., Bhattacharya, P., Das, J. ve Kothari, S. (1998). Comorbidity in Children with Mental Retardation. *Indian Journal of Psychiatry, 40*(3), 289-294.

Kılıç, B.G. (2007). Zekâ Geriliği. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı* içinde. Aysev, A. ve Taner, Y.I. (ed.). Golden Print, 271-276.

Kılıç, E.Ö. (2011). Otizmi Anlamak ve Yaşamak: Karmaşık Bir Gelişimsel Bozukluk. *Bilim ve Teknik Dergisi,* 44, 70-75.

Kılıç, E.Z. (2003). Gelişimsel psikopatolojinin temel kavramları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 10*(3), 137-147.

Kırcaali, İ.G. (2015). *Otizm Spektrum Bozukluğu.* Güncellenmiş 2. baskı. Daktylos Yayınevi

Köroğlu, E. ve Güleç, C. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı.* Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 838-843.

Kutlu, A. ve Cevher Binici, N. (2017). The prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and the frequency of medication use among preschool children in a district children hospital. *Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi, 7*(1), 15-21.

Kültür, E.Ç. ve Öztekin, C. (2017). Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranış Sorunlarının Tedavisinde Anne-Babalık Becerileri. *Türkiye Klinikleri Çocuk Psikiyarisi Özel Sayısı, 3*(2), 106-114.

Lovaas, O.I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 55, 3-9.

Magiati, I., Tay, X. W. ve Howlin, P. (2014). Cognitive, language, social and behavioral outcomes in adults with autism spectrum disorders: A systematic review of longitudinal follow-up studies in adulthood. *Clinical Psychology Review,* 34, 73-86.

Mandy, W.P. ve Skuse, D.H. (2008). Research review: what is the association between the social-communication element of autism and repetitive interests, behaviors and activities? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49,* 795–808.

Martel, M.M., Nikolas, M., Jernigan, K., Friderici, K. ve Nigg, J. T. (2012). Diversity in pathways to common childhood disruptive behavior disorders. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40,* 1223–1236.

Masten, A.S. (2006). Developmental psychopathology: Pathways to the future. *International Journal of Behavioral Development, 30*, 47-54.

Mattison, R. E. ve Mayes, S. D. (2012). Relationships between learning disability, executive function and psychopathology in children with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 16*(2), 138-146.

Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R. (2004). Conduct Disorder and Oppositional Defiant Disorder in A National Sample: Developmental Epidemiology, *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*(3), 609-621

Mellon, M.W., Natchev, B.E., Katusic, S.K., Colligan, R.C., Weaver, A.L, Voigt, R.G. ve Barbaresi, W.J. (2013). Incidence of Enuresis and Encopresis among children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a population-based birth cohort. *Academic Pediatrics, 13*(4), 322-327.

Meriçli, M., Yıldız, T. ve Baykal, S. (2019). Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran olgularda sosyodemografik özellikler, semptom ve tanı dağılımı. *Namık Kemal Tıp Dergisi, 7(2)*, 40-145.

Merikangas, K.R., He, J.P., Burstein, M., Swanson, S.A, Avenevoli, S., Cui, L., ... Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication—Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49*, 980-989.

Mikolajewski, A.J., Taylor, J. ve Iacono, W.G. (2017). Oppositional defiant disorder dimensions: genetic influences and risk for later psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 58*(6):702–710

Millî Eğitim Bakanlığı (MEB). (2015). *Zihinsel Engelliler. Çocuk Gelişimi*. Ankara.

Moeschler, J. B. ve Shevell, M. (2006). Clinical genetic evaluation of the child with mental retardation or developmental delays. *Pediatrics, 117* (6), 2304-2316.

Moll, K., Kunze, S., Neuhoff, N., Bruder, J., Schulte-Körne, G. (2014). Specific Learning Disorder: Prevalence and Gender Differences. *PLoS ONE*; 9, 1-8.

Montoya, A., Colom, F. ve Ferrin, M. (2011). Is psychoeducation for parents and teachers of children and adolescents with ADHD efficacious? A systematic literature review. *European Psychiatry, 26*(3), 166-175.

Morsünbül, Ü., Kaçıra, E.N. ve Özdemir, Ş.M. (2019). Developmental psychopathology: an interdisciplinary approach to mental health. *Current Approaches in Psychiatry, 11*(4), 451-465

Munkvold, L. H., Lundervold, A. J. ve Manger, T. (2011). Oppositional Defiant Disorder – gender differences in co-occurring symptoms of mental health problems in a general population of children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 39*, 577-587.

National Joint Committee on Learning Disabilities. (1990). Learning disabilities: Issues on definition. *Asha, 33*(Suppl. 5), 18–20. https://njcld.files.wordpress.com/2018/10/learning-disabilities-issues-on-definition-1990.pdf

National Survey of Child Health – NSCH. (2012). *Data query from the child and adolescent health measurement initiative*. http://childhealthdata.org/browse/survey/results?q=2542ve r=1ve g=456.

Niccols, A. (2007). Fetal alcohol syndrome and the developing socio-emotional brain. Brain and Cognition, 65 (1), 135-142.

Nicholson, J.M., Phillips, M., Whitton, S. ve Halford, W.K. (2008). Sanders MR. Promoting healthy stepfamilies: Reasons for seeking help and perceived benefits from intervention. *Family Matters, 77*, 48-56.

Noor, A., Windpassinger, C., Patel, M., Stachowiak, B., Mikhailov, A., Azam, M., ... Ayub, M. (2008). CC2D2A, encoding a coiled-coil and C2 domain protein, causes autosomal-recessive mental retardation with retinitis pigmentosa. *American Journal of Human Genetics, 82* (4), 1011-1018.

Ocakçı, A.F., Karakoç, A. (2013). Çocuklarda uyum ve davranış sorunları ve hemşirelik yaklaşımı. Conk, Z., Başbakkal. Z., Bal, Y.H., Bolışık, B., (Ed) içinde. *Pediatri Hemşireliği*. Ankara: Akademisyen Kitabevi, 823-850

Odgers, C.L., Milne, B.J., Caspi, A., Crump, R., Poulton, R. ve Moffitt, T.E. (2007). Predicting Prognosis for the Conduct-Problem Boy: Can Family History Help? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(10), 1240-1249.

ODFED – Otizm Dernekleri Federasyonu (2020). http://www.odfed.org/otizm/adresinden 20.07.2020 tarihinde indirilmiştir.

Oswald, D.P. ve Sonenklar, N.A. (2007). Medication use among children with autism spectrum disorders. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 17(3), 348-355.

Özcan, M.E., Eği, M., Kutlu, N.O., Yakıncı, C., Karabiber, H. Genç, M. (1998). Okul çağı çocuklarında DEHB yaygınlığı: Ön çalışma. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 5*(2-3), 138-142.

Özdemiroğlu Alyanak, F., Yargıç, İ. ve Oflaz, S. (2011). Genel psikiyatri polikliniğinde erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu sıklığı ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna eşlik eden diğer bozukluklar. *Nöropsikiyatri Arşivi, 48*, 119-24.

Özdoğan, A.Ç. ve Cenkseven Önder, F. (2018). Ergenlerde reaktif-proaktif saldırganlık ile ebeveyn duygusal erişilebilirliği: Duygu düzenleme güçlüğünün aracı rolü. *Eğitim ve Bilim, 43*(194), 207-22.

Özen, M. ve Doğan, N. (2012). Aşı-hastalık ilişkisi: Söylenti mi? Gerçek mi? *Klinik Gelişim Dergisi*, 25(1):16-20.

Özeren, S.G. (2013). Otizm spektrum bozukluğu (OSB) ve hastalığa kanıt penceresinden bakış. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 4*(2):57-63

Özkorumak, E., Özten, H.S. ve Tiryaki, A. (2013). Ayaktan başvuran psikiyatri hastalarında erişkin DEHB yaygınlığı, eştanı oranı ve işlevsellik düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 14*, 347-353.

Philippi, A., Tores, F., Carayol, J., Rousseau, F., Letexier, M., Roschmann, E., ... Hager J. (2007). Association of autism with polymorphisms in the paired-like homeodomain transcription factor 1 (PITX1) on chromosome 5q31: a candidate gene analysis. *BMC Medical Genetics*, 8, 1-8.

Piacentini, J., Bennett, S. ve Compton, S. (2014). 24- and 36-Week Outcomes for the Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 53*(3), 297-310.

Plomin, R. ve Haworth, C. M. A. (2010). Genetics of Learning Abilities and Disabilities: Recent Developments from the UK and Possible Directions for Research in China. *Behavior Genetics,4*, 297-305.

Rathert, JL., Pederson, C.A., Fite, P.J., Stoppelbein, L. ve Greening, L. (2015). Associations between proactive and reactive aggression, parenting styles, and externalizing symptomatology in children admitted to a psychiatric inpatient unit. *Journal of Child and Family Studies, 24*, 3402-3412.

Riley, M., Sana, A. ve Locke, A. (2016). Common Questions About Oppositional Defiant Disorder. *American Family Physician, 93*(7):586-591.

Roberts, J.H. (2013). Understanding Conduct Disorder. *Mental Health*. 33-35.

Rodopman Arman A. (2019). Karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğunda izlem ve süreç, prognostik faktörler ve erken tedavinin etkisi. Erermiş HS, editör. Çocuk ve Gençlik Çağı Ruhsal Hastalıklarında İzlem ve Süreç: Prognostik Faktörler ve Erken Tedavi Yaklaşımlarının Etkisi. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri. 76-81.

Rosenberg, J., Pennington, B.F., Willcutt, E.G. ve Olson, R.K. (2012). Gene by environment interactions influencing reading disability and the inattentive symptom dimension of attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*, 243–251.

Rowe, R., Costello, E. J., Angold, A., Copeland, W. E. ve Mauhan, B. (2010). Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 119*, 726-738.

Rowland, A.S., Umbach, D.M., Stallone, L., Naftel, A.J., Bohlig, E.M. ve Sandler, D.P. (2002). Prevalence of medication treatment for attention deficit hyperactivity disorder among elementary school children in Johnston County, North Carolina. *American Journal of Public Health, 92*, 231-234.

Rutter, M (1996). Developmental psychopathology: concepts and prospects. M.F. Lenzenweger ve J.F. Haugaard (Yay. Haz.) Frontiers of Developmental Psychopathology (s. 209-237). New York: Oxford University Press.

Rutter, M., Caspi, A., Fergusson, D., Horwood, L.J., Goodman, R., Maughan, B., ... Carroll, J. (2004). Sex differences in developmental reading disability: new findings from 4 epidemiological studies. *Journal of American Medical Association, 291*(16), 2007-2012.

Sak, U. (2018). *Zekâ ve Gelişimi*. https://www.researchgate.net/publication/315447805).

Savaşer, S., Kızılkaya Beji, N., Aslan, E. ve Gözen, D. (2018). The prevalence of diurnal urinary incontinence and enuresis and quality of life: sample of school. *Pediatric Urology, 15*(4), 173-179.

Savcı, U., Tufan, A.E., Öztürk, Y. ve Cansız, M.A. (2019). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde yürütücü işlev sorunları ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 11*(2), 223-238.

Sayan, A. ve Durat, G. (2007). Risk tanılaması yoluyla otizmin erken teşhisi: Hemşirenin rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10*(4):105-13.

Schulte-Körne, G. (2010). The prevention, diagnosis, and treatment of Dyslexia. *Deutsches Arzteblatt International, 107*(41), 718-727.

Searight, H.R., Rottnek, F. ve Abby, S.L. (2001). Conduct Disorder: Diagnosis and treatment in primary care. *American Family Physician, 63*(8), 1579-1588.

Semrud-Clikeman, M. (2005). Neuropsychological aspects for evaluating learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities, 38*(6), 563–568

Şener, E. F. ve Özkul, Y. (2013). Otizmin genetik temelleri. *Sağlık Bilimleri Dergisi, 22*(1) 86-92.

Shalev, R.S., Auerbach, J., Manor, O. ve Gross-Tsur, V. (2000). Developmental dyscalculia: prevalence and prognosis. *European Child ve Adolescent Psychiatry, 9*(Suppl 2), 58-64.

Shuai, L., Chan, R.C., Wang, Y. (2011). Executive function profile of Chinese boys with attention-deficit hyperactivity disorder: Different subtypes and comorbidity. *Archives of Clinical Neuropsychology, 26*, 120-132.

Sorias, E. O., Tekinsav Sütçü, G. S. ve Aydın Acı, A., (2009). *Korku Avcısı Anksiyete Bozukluğu Olan Çocuklara Yönelik Bilişsel Davranışçı Terapi Rehberi*. İzmir: Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları.

Sparrow, S. ve Davis, S.M. (2000). Recent advances in the assessment of intelligence and cognition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*, 117-131.

Steiner, H. ve Remsing, L. (2007). Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry, 46*(1): 126-141.

Stoep, A. V., Adrian, M. C., Rhew, I. C., McCauley, E., Herting, J. R. ve Kraemer, H. C. (2012). Identifying comorbid depression and disruptive behavior disorders: Comparison of two approaches used in adolescent studies. *Journal of Psychiatric Research, 46*, 873-881.

Swineford, L. B., Thurm, A., Baird, G., Wetherby, A. M. ve Swedo, S. (2014). Social (pragmatic) communication disorder: a research review of this new DSM-5 diagnostic category. *Journal of Neurodevelopmental Disorders, 6*, 41.

Tamam, L. ve Döngel, D.B. (2018). Yıkıcı bozukluklar, dürtü kontrol ve davranım bozuklukları. Karamustafalıoğlu O, ed. *Temel ve Klinik Psikiyatri*. 1. Baskı. İstanbul: Güneş Yayınevi. 1-12.

Tamminga, H., Reneman, L., Huizenga, H. ve Geurts, H. (2016). Effects of methylphenidate on executive functioning in attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan: A meta-regression analysis. *Psychological Medicine, 46*, 1791-1807.

Tohum Otizm Vakfı (2009). Otizm Platformu.

Tohum Otizm Vakfı (2019). *Otizm Spektrum Bozukluğunda Eğitim, Terapi ve Tedavi Yöntemleri*. İstanbul.

Tonyalı, A., Göker, Z. ve Üneri, Ö.Ş. (2019). Çocuk ve Ergen Davranım Bozukluğu Tedavisinde Psikososyal Müdahaleler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 11*(3), 284-303.

Tung, I. ve Lee, S.S. (2014). Negative parenting behavior and childhood oppositional defiant disorder: differential moderation by positive and negative peer regard. *Aggressive Behavior, 40*(1), 79-90.

Türkbay, T. (2007). Zekâ Geriliği (Mental Retardasyon). Psikiyatri Temel Kitabı içinde. Köroğlu, E. ve Güleç, C. (ed). Hekimler Yayın Birliği, s: 757-768.

Ünal, F. ve Pehlivantürk, B. (2004). Comorbid psychiatric disorders in 201 cases of encopresis. *Turkish Journal of Pediatrics, 46*(4), 350-353.

Üstüner Top, F. ve Küçük Alemdar, D. (2014). 7-11 yaş arası çocuklarda enürezis sıklığı ve risk faktörleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 3*(4); 991-1104.

Uyan, Z., Ceyhun Peker, A. G., Tekiner, A.S. ve Ulukol, B. (2014). Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığının Araştırılması. *Konuralp Tıp Dergisi, 6*(3), 21-26.

van der Wal, M.F., Benninga, M.A. ve Hirasing, R.A. (2005). The prevalence of Encopresis in a multicultural population. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 40,* 345–348.

Whitehouse, A. J., Line, E. A., Watt, H. J ve Bishop, D. V. (2009). Qualitative aspects of developmental language impairment relate to language and literacy outcome in adulthood. *International Journal of Language Communication Disorders, 44*, 489–510.

Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention- deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics, 9*(3), 490-9.

Won Kwak, K., Hyun-Park, K. ve Baek, M. (2011). The efficacy of Enuresis Alarm Treatment in pharmacotherapy-resistant Nocturnal Enuresis. *Urology, 77*(1), 200-204.

Woo, S.H. ve Park. K.H. (2004). Enuresis Alarm Treatment as a second line to pharmacotherapy in children with monosymptomatic nocturnal enuresis. *The Journal of Urology, 171*(6/2), 2615-2617.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines.* Geneva: World Health Organization.

Yapıcıoğlu, B., Kavakçı, Ö., Güler, A.S., Semiz, M. ve Doğan, O. (2011). Sivas il merkezinde erişkin DEHB'nin yaygınlığı ve eşlik eden eksen-I, eksen-II tanıları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 12*(3). 177-184.

Yaylacı, F. (2015). Otizm Spektrum Bozukluğunda Tanısal Sorunlar: DSM IV-TR'den DSM-5'e. *Türkiye Klinikleri, 1*(2):1-10.

Yılmaz, A., Gökçen, C., Fettahoğlu, E.Ç, Özatalay, E. (2013) The effect of methylphenidate on executive functions in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychopharmacological Bulletin, 23*(2), 162-170.

Yılmaz, S.S. (2014). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde yürütücü işlevlerin performans testleri ve davranışsal gözlemlere dayanan ölçekler ile değerlendirilmesi.* Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul.

Yücesoy, Ö.Ş., Ergenekon, Y., Çolak, A. ve Kaya, Ö. (2014). *Otizm Spektrum Bozukluğu Aile Bilgilendirme Rehberi.* Ankara, Türkiye: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

Zaffanello, M., Giacomello, L., Brugnara, M. ve Fanos, V. (2007). Therapeutic options in childhood nocturnal enuresis. *The Italian Journal of Urology and Nephrology, 59*(2), 199-205.

14. Bölüm

İLERİ YAŞ DÖNEMİNDE PSİKOLOJİK RAHATSIZLIKLAR VE NÖROBİLİŞSEL BOZUKLUKLAR

Öznur Öncül-Demir

İleri yaş dönemi üzerine yapılan araştırmalar, yaşam beklentisinin arttığına işaret etmektedir. Oranlar, belli bir bölgede yaşayan insanların sağlık koşullarına, sağlık hizmetlerine erişimine, savaş ya da salgın hastalık gibi durumlara göre değişmekle birlikte, Dünya Sağlık Örgütünün 2016 yılında yayınladığı verilere göre ortalama yaşam beklentisi 72 yaştır (WHO, 2016). Bu oranlar Japonya gibi gelişmiş ülkelerde ortalama 84 yaşa kadar yükselmektedir. Türkiye'de ortalama yaşam beklentisinin 77,4 olduğu düşünülmektedir (Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı, UNDP, 2019). Yaşam beklentisinin artmasıyla birlikte, 65 yaş ve üzeri olarak tanımlanan ileri yaş nüfusu da hem endüstriyel hem de gelişmekte olan ülkelerde giderek artmaktadır. 2000 yılında %6,9 olan ileri yaş nüfusunun 2050 yılında %19,3 olacağı tahmin edilmektedir (von Humboldt & Leal, 2014). Ülkemizde ise bu oranların 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8 ve 2075 yılında %27,2'ye ulaşması öngörülmektedir (Özden, 2018).

Yaşam beklentisi ve ileri yaş nüfusundaki artış bir arada düşünüldüğünde, ileri yaş dönemindeki bireylerin yaşam kalitelerinin artması, hem bireysel hem de toplumsal iyi oluş hâli için son derece önemli bir gündem olarak karşımıza çıkar (von Humboldt & Leal, 2014). Yaşam kalitesi, genel olarak fiziksel ve psikolojik açıdan sağlıklı olmayla ilişkilidir. Nitekim fizik-



Şekil 1. İleri yaş döneminde yaşam kalitesi, fiziksel ve psikolojik açıdan sağlıklı olmayla ilişkilidir.

sel ve psikolojik sağlık, özellikle ileri yaş döneminde, birbirinden bağımsız olarak düşünülemez. Bu nedenle, ileri yaş döneminde ruh sağlığını etkileyen, iyi oluş hâlini artıran etmenlerin ve psikolojik rahatsızlıkların anlaşılmasına ve bu rahatsızlıkları önlemeye ve tedavi etmeye yönelik stratejilerin geliştirilmesine daha çok ihtiyaç vardır.

YAŞLANMAYA UYUM SAĞLAMA

Yaşlanma; fiziksel, bilişsel ve sosyal açıdan kayıplarla ilişkilendirilen bir dönem olmasına rağmen, araştırmalar ileri yaştaki bireylerin önemli bir kısmının, varsayılanın aksine, hayatlarından memnun olduklarına işaret etmektedir (Nordhus, 2008; O'Donoghue & Ryan, 2011; Schaie, 2016). Öte yandan, ileri yaştaki bireylerin bir kısmı, gerçekten de fiziksel, bilişsel ve sosyal anlamda ciddi kayıplar yaşar. Bu çeşitlilik, "başarılı", "normal/optimal" ve "patolojik" yaşlanma kavramları ile anlaşılmaya çalışılmaktadır (Coleman & O'Hanlon, 2008; Schaie, 2016). Bu çeşitliliği anlamak ve ileri yaş dönemindeki bireylerin ruh sağlığı ihtiyacını doğru bir biçimde değerlendirebilmek, yaşlılıkla ilgili kalıp yargıların ötesine geçmeyi ve ileri yaş döneminde yaygın olarak karşılaşılan psikolojik rahatsızlıkların yanı sıra, genel iyi oluş hâline katkıda bulunan etmenleri de anlamayı gerektirir.

Başarılı yaşlanma (successful ageing), kişinin yaşamını bağımsız bir biçimde sürdürebilmesi için sahip olduğu fiziksel, psikolojik ve sosyal kaynaklara işaret eder (Coleman & O'Hanlon, 2008). Başarılı yaşlanan kişiler, ileri yaş döneminde özellikle hız gerektiren işlerle ilgili çok hafif bir bilişsel gerileme yaşayabilirler (Schaie, 2016) ancak genel olarak yaşıtlarına kıyasla daha iyi durumdadırlar (Coleman & O'Hanlon, 2008). En yaygın örüntü olan normal/optimal yaşlanma ise sağlık sorunlarına rağmen bağımsız olarak yaşamlarına devam edebilenleri ya da bir miktar desteğe ihtiyaç duyan kişileri içerir (Schaie, 2016). Öte yandan patolojik yaşlanma, sağlığın bozulduğu, kişinin işlevselliğini ve bağımsız yaşam becerilerini giderek kaybettiği ve bu sürece hafif ya da majör nörobilişsel bozukluğun eşlik ettiği bir tablo olarak karşımıza çıkar (Coleman & O'Hanlon, 2008; Schaie, 2016). Hobson (2008), ileri yaş nüfusunun artmasıyla birlikte patolojik yaşlanan bireylerin yaygınlığında da artış görüleceğini öne sürmektedir.



Şekil 2. Başarılı yaşlanan kişiler, hız gerektiren işlerle ilgili çok hafif bir bilişsel gerileme yaşayabilirler ancak genel olarak yaşıtlarına kıyasla daha iyi durumdadırlar.

Jopp, Rott ve Oswald'a (2008) göre, yaşlanma çoğu kişi için kayıpların dengelenmeye çalışıldığı aktif bir mücadele anlamına gelir. Kişinin, hayatın bu yeni dönemine psikolojik olarak uyum sağlamasını kolaylaştıran en önemli faktörler; benlik saygısı, kontrol duygusu, başa çıkma becerileri, dayanıklılık ve sosyal destek olarak karşımıza çıkar (Coleman & O'Hanlon, 2008; Hill & Mansour,

2008; MacLeod, Musich, Hawkins, Alsgaard & Wicker, 2016). Bu faktörler, aynı zamanda ileri yaş dönemindeki bireylerin psikolojik ihtiyaçlarını anlamak açısından da önemlidir.

İleri yaş döneminde kişinin kendisini yetkin ve yeterli olarak hissetmeye devam etmesi, yaşlanma ile birlikte gelen kayıplara rağmen bağımsız yaşam becerilerini sürdürebilmesi, benlik saygısı açısından son derece önemli hâle gelmeye başlar. Kişi, aynı zamanda kendi hayatı ve seçimleri üzerinde kontrol sahibi olduğu duygusunun da sürmesini ister. Benlik saygısı ve kontrol duygusu, yaşlanmaya uyum sağlamayı yordayan en güçlü psikolojik kaynaklar olarak karşımıza çıkar. Öyle ki, iyi niyetlerle ve destek olma amacıyla da olsa bazı şeyleri ileri yaştaki bireyin yerine yapmaya çalışmak, bireyin benlik saygısını ve kontrol duygusunu zedeleyebilmektedir (Chew-Graham & Baldwin, 2008; Coleman & O'Hanlon, 2008). Ülkemizde ileri yaş dönemindeki bireylerin yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada, erkeklerin kadınlara kıyasla karar vermede daha aktif oldukları ve bu durumun yaşam kalitelerini olumlu etkilediği bulunmuştur (Bilgili & Arpacı, 2014).

Hill ve Mansour (2008), pozitif yaşlanmanın özelliklerini tanımlayarak yaşlanmaya uyum sağlama sürecinde etkili başa çıkma stratejilerine dikkat çekmektedir. Buna göre, yaşlanma ile birlikte gelen değişimler karşısında karamsar bir tutum yerine daha olumlu, esnek ve çözüm odaklı bir bakış açısına sahip olmak oldukça önemlidir. Örneğin, kişinin artık neleri yapamadığını düşünmek yerine neler yapabildiğine odaklanması, herhangi bir işte bir daha asla eski performansını sergileyemeyeceğini düşünmesi yerine performansını sürdürmeye devam edebilmek için hayatında belli düzenlemeler yapması çok daha yapıcı bir yaklaşım olur. Yaşlanmaya uyum sağlama ile ilgili en önemli modellerden biri olan Seçici Ödünleme Yoluyla Optimizasyon Kuramı (Selective Optimization with Compensation: Baltes & Baltes, 1990), kişinin bu tür düzenlemeleri nasıl yapabileceğini ele alır (bk. Yakın Bakış 1).

YAKIN BAKIŞ 1 Seçici Ödünleme Yoluyla Optimizasyon

Baltes ve Baltes (1990) tarafından öne sürülen Seçici Ödünleme Yoluyla Optimizasyon kuramına göre, ileri yaş döneminde çeşitli kayıplara rağmen iyi oluş hâlini sürdüren bireyler, yaşlanmaya uyum sağlamak için birtakım stratejilerden yararlanırlar. Bu stratejiler aşağıda açıklanmaktadır.

(1) Seçicilik: İleri yaş dönemindeki işlev kayıpları, yaşamın birçok alanında performansın etkilenmesi ile sonuçlanır. Bu durumda kişi, seçimlerini daraltarak bu sınırlar içerisinde işlevlerini sürdürmeye devam edebilir (Hill & Mansour, 2008). Örneğin, yemek yapmaktan çok keyif alan bir kişi, ileri yaşla beraber kalabalık gruplara zengin bir menü hazırlamakta zorlanabilir. Ancak daha az sayıda kişiye ve daha sınırlı bir menü seçimi yaparak keyif aldığı bir alanda performansını sürdürmeye devam edebilir.

(2) Optimizasyon: İleri yaş dönemindeki kişi, yaşadığı işlev kayıplarına rağmen performansını etkili bir şekilde sürdürmek için daha çok pratik/tekrar yapabilir. Örneğin, 89 yaşına kadar bir konser piyanisti olarak kariyerine devam eden Arthur Rubinstein, yaşlılık döneminde pratik yapmaya daha fazla zaman ayırmıştır.

(3) Ödünleme: Kişi, seçim ve optimizasyon stratejilerini kullanmasına rağmen belli alanlarda performans sergilemekte güçlük yaşıyorsa, ek bir destek ya da yardım alabilir. Örneğin, işitme cihazı, gözlük ya da baston gibi araçlardan yararlanma, ödünlemeye örnek olarak gösterilebilir (Hill & Mansour, 2008).

Yaşlanmaya uyum sürecine ve olumlu bakış açısına katkıda bulunan bir diğer etmen yaşanılanlarda anlam bulmadır (Hill & Mansour, 2008). Anlam bulma, minnettarlık duygusunu, özgeciliği ve bağışlamayı içerir ve Erik Erikson'un (1980, 1982) teorisine göre kişinin geçmiş yaşamını gözden geçirdiği ileri yaş döneminde benlik bütünlüğü duygusunun sağlanması için oldukça önemlidir. Kişinin başına gelen zorluklarla baş etme ve zorlu dönemden önceki ruh hâline geri dönme kapasitesi anlamına gelen dayanıklılık ise (resiliency) yaşlanma, sağlık ve yaşam kalitesiyle ilişkilendirilen bir diğer faktördür. İleri yaş döneminde dayanıklılığa sahip olan bireylerin bilişsel ve fiziksel açıdan daha sağlıklı oldukları, hareket kapasitelerinin sınırlı olmadığı, sosyal açıdan aktif oldukları ve olumlu yakın ilişkilere sahip oldukları görülmüştür (MacLeod ve ark., 2016). Olumlu ilişkilerle paralel olarak, yakın ilişkilerden elde edilen duygusal sosyal destek de hem psikolojik rahatsızlıkların önlenmesinde hem de tedavi sürecinde güçlü bir değişken olarak karşımıza çıkar (Chew-Graham & Baldwin, 2008).

Dünyanın birçok ülkesinde sosyal açıdan aktif olan bireyler, yaşlanmaya yönelik daha olumlu tutum içerisindedir. Ancak bireyci kültürlere kıyasla kişilerarası ilişkilerin daha ön planda tutulduğu toplulukçu kültürlerde ileri yaş döneminde sosyal ilişkilerin önemi daha çok karşımıza çıkar. Türkiye'de ileri yaştaki bireylerin yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelendiği bir çalışmada (İmamoğlu & İmamoğlu, 1992) evli olma, çocuk sahibi olma ve çocuklarla ilişkilerin devam etmesi daha yüksek yaşam kalitesiyle ilişkili bulunmuştur. Türkiye'de ileri yaştaki bireyler için kendi aileleri ile olan ilişkilerinin yanı sıra, akraba, arkadaş ve komşuluk ilişkileri de son derece değerlidir. Erkekler genel olarak daha geniş bir sosyal çevreye sahiptir ve kahveye gitme gibi aktivitelerle sosyal etkileşimlerini sürdürmeleri benlik saygısına olumlu katkı yapar (İmamoğlu & İmamoğlu, 1992). İleri yaştaki bireylerin, şehirleşme gibi faktörler nedeniyle çocukları ve akrabalarıyla görüşme sıklıklarının azalması ya da komşuluk ilişkilerinin sınırlanması ise yalnızlık duygusu ve yaşlanmaya yönelik olumsuz tutumlarla ilişkili bulunmuştur (İmamoğlu & İmamoğlu, 1992).

Yaşlanmaya uyum sağlama ile ilişkili olan bütün bu değişkenleri psikolojik rahatsızlıkların gelişmesini önleyen koruyucu faktörler olarak düşünmek mümkündür. Ancak yaş ayrımcılığı (ageism; Butler, 1969) benlik saygısından kontrol duygusuna kadar bütün bu olumlu faktörleri riske atmakta ve kişinin iyi oluş hâlini önemli ölçüde etkilemektedir. Yaş ayrımcılığı, ileri yaş dönemini; sağlık sorunları, işlev kayıpları, bağımsız yaşam becerilerini yitirme, bakıma muhtaç olma ve nörobilişsel bozuklukların görülmesi ile ilişkilendiren ve bu tür durumları "yaşlılıkta normal karşılayan" kalıp yargıları içerir (Schaie, 2016). Bu kalıp yargıları ileri yaştaki bireylerin de içselleştirdikleri görülmüştür. Fiziksel ve psikolojik sağlık sorunlarını yaşlanmanın kaçınılmaz bir sonucu olarak gören kişi, kendini korumaya yönelik sağlık davranışlarında bulunmama, kendinden beklentisini azaltma, sosyal açıdan içe çekilme ve profesyonel yardım arayışı içerisine girmeme davranışları gösterebilmektedir. Bu da daha fazla sağlık problemi ve daha erken yaşta ölümle ilişkilendirilir (Nelson, 2016).



Şekil 3. Sosyal açıdan aktif olan bireyler, yaşlanmaya yönelik daha olumlu tutum içerisindedirler.

Yetişkinlik döneminde görülen hemen hemen bütün psikolojik rahatsızlıklar, ileri yaş döneminde de görülebilmektedir (Biering, 2019). Özellikle depresyon (Moss & Scogin, 2008) ve kaygı bozuklukları (Barry & Byers, 2016; Nordhus, 2008) ileri yaş döneminde görülen en yaygın psikolojik rahatsızlıklar olup kişinin yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltır (Biering, 2019; Moss & Scogin, 2008). Nahcivan ve Demirezen (2005), Türkiye'deki ileri yaş popülasyonunun psikolojik rahatsızlıkları en yaygın sergileyen grup olduğunu öne sürmüştür. Öte yandan, ileri yaş dönemindeki bireylerin ruh sağlığı hizmetlerinden fayda sağladıkları birçok araştırma tarafından ortaya konmuştur. Buna rağmen gerek yaş ayrımcılığı gerekse ileri yaştaki bireylerin ruh sağlığı hizmetlerine erişimlerinin sınırlı olması, bu popülasyonun ruh sağlığı hizmetlerinden yeterince faydalanamamaları ile sonuçlanmaktadır (Nordhus, 2008; Robb, Chen & Haley, 2002).

Bu bölüm kapsamında DSM-5 sistemine olabildiğince sadık kalmaya çalışıldığından, diğer bölümlerde ele alınan psikolojik rahatsızlıkların ileri yaş dönemindeki görünümüne detaylı olarak yer verilmeyecektir. Ancak depresyonun ileri yaş dönemindeki bireylerin pozitif iyi oluş hâlini önemli derecede etkileyen bir rahatsızlık olması (Moss & Scogin, 2008), nörobilişsel bozukluklara katkıda bulunuyor olması (O'Reilly, Lavin & Coughlan, 2011) ve ileri yaş döneminde görülen depresyonun yetişkinler için tanımlanan depresyon örüntüsüyle belli açılardan farklılaşması (Nordhus, 2008) nedeniyle ileri yaş döneminde görülen depresyona yer vermeyi gerekli görüyoruz.

İLERİ YAŞ DÖNEMİNDE DEPRESYON

VAKA ÖRNEĞİ 1

Sevim Hanım, 70 yaşındadır. Son bir yıl içerisinde hem bellek işlevlerinde hem de duygu durumda belirgin bir düşüş olması nedeniyle kızlarının isteğiyle kliniğe başvurmuştur. Sevim Hanım, son birkaç yılın kendisi için kötü geçtiğini söylemiştir. Alzheimer hastası olan ve kendisinin bakımını üstlendiği eşini iki yıl önce kaybetmiştir. Ayrıca, romatizma nedeniyle geçmişte yaptığı ve ona keyif veren birçok aktiviteden uzak kalmıştır. Kendini işe yaramaz ve yalnız hissettiğini söylemiştir. Sevim Hanım'ın unutkanlıkla ilgili bazı şikayetleri vardır: Bazen evde bir eşyayı nereye koyduğunu hatırlayamadığını ve doktor randevularını arada sırada unuttuğunu söylemiştir. Ancak unutkanlık şikâyeti herhangi bir nörobilişsel bozukluğa işaret etmemektedir [Bu vaka örneği, Moss ve Scogin'den (2008) uyarlanmıştır.].

İleri yaş döneminde depresyon; kronik hastalıklar (O'Donoghue & Ryan, 2011), önemli derecede işlev kayıpları, tedavi olma olasılığının azalması (Barry & Byers, 2016) ve intihar düşüncesi riskini artıran (Moss & Scogin, 2008) önemli bir sağlık sorunudur. Ancak, yaygın ve ciddi bir problem olmasına rağmen sıklıkla fark edilmemekte ve tanı konulamamaktadır (O'Donoghue & Ryan, 2011). İleri yaş döneminde olan bir kişinin depresif ruh hâli görünür olmayabilir (Nordhus, 2008) ve kişi kendi şikayetlerini bedensel yakınmalarla, diğer sağlık sorunlarıyla ya da yaşlanmaya bağlı kayıplarla açıklamaya çalışabilir (O'Donoghue & Ryan, 2011). Bu nedenlerle ileri yaş döneminde depresyonun anlaşılması, tespit edilmesi ve tedavi edilmesi son derece önemlidir.

Tanı ve Klinik Görünüm

İleri yaş döneminde depresyonun klinik görünümü farklılaşmaktadır. Araştırmalar, ileri yaştaki kişilerin, depresyonun afektif semptomlarını daha az sergilediklerini öne sürmüşlerdir (ör.; depresif duygu durum, üzgün olmaktan yakınma, suçlu hissetme). Öte yandan, somatik (ör.; yorgunluk, iştahsızlık, uyku problemleri, ağrı hissetme) ve bilişsel semptomlar (ör., unutkanlıkla ilgili şikayetler) bu yaş grubunda daha yaygın olarak görülür (Moss & Scogin, 2008; Nordhus, 2008; O'Donoghue & Ryan, 2011). Depresyonun, nörobilişsel bozukluklara eşlik ettiği durumlarda ise kafa karışıklığının artması ve saldırganlık ortaya çıkabilmektedir (Chew-Graham & Baldwin, 2008).

İleri yaş döneminde depresyonun değerlendirilmesi birtakım zorluklar içerir. Nordhus (2008), bazı tıbbi rahatsızlıkların (ör.; tiroid, diyabet, beyin tümörü) ve bazı ilaçların depresyon ve kaygı bozukluğuna benzer semptomların görülmesine yol açabildiğine değinmektedir. Fiziksel şikayetlerin de bazen psikolojik rahatsızlıkları gölgelediği görülür. Nordhus (2008), somatik şikayetlerin yanı sıra bilişsel problemlerin varlığının ve kişinin keyif aldığı aktivitelere yönelik ilgisini kaybetmesinin belirleyici olduğunu öne sürmektedir. Değerlendirmeyi zorlaştıran bir diğer konu, depresyonun bazen nörobilişsel bozukluklarla birlikte

görülmesi ya da kişide nörobilişsel bozukluk olmasa bile depresyon nedeniyle yaşadığı bilişsel semptomların nörobilişsel bozukluğu düşündürmesidir. Nordhus (2008), nörobilişsel bozukluğun olmadığı durumlarda depresif belirtilerin daha ön planda olduğuna dikkat çekmektedir.

Yaygınlık

Depresyon, yaşlanmaya yönelik kalıp yargıların aksine, yaşlanmayla beraber gelişen doğal bir süreç değildir (O'Donoghue & Ryan, 2011). Nitekim, ileri yaş döneminde depresif duygu durumun "beklenilir" olması, bu grupta depresyonun gözden kaçmasının en önemli nedenlerinden biridir. Öte yandan, depresyonun ileri yaş döneminde "nadir" bir durum olduğunu söylemek de problemin ciddiyetini hafife almak anlamına gelir.



Şekil 4. Majör depresif bozukluk, ileri yaş döneminde görülen en yaygın psikolojik rahatsızlıktır.

Majör depresif bozukluk, ileri yaş döneminde görülen en yaygın psikolojik rahatsızlıktır (Moss & Scogin, 2008). Yaygınlığın, toplum örnekleminde %1-5 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Barry & Byers, 2016; Moss & Scogin, 2008; Nordhus, 2008). Bu oranlar sağlık merkezlerinde %6-8, evde bakım gören ya da bakım evlerinde kalan bireylerde %13 (Moss & Scogin, 2008), hastanede yatan bireylerde ise %30'a kadar çıkabilmektedir (O'Donoghue & Ryan, 2011). Blazer ve Hybels (2005), felç geçiren hastaların yaklaşık üçte birinde majör depresif bozukluk görülebileceğine dikkat çekmiştir. Barry ve Byers (2016), majör depresif bozukluk tanı kriterlerini karşılamasa bile işlevsellikte bozulmalara yol açan şikayetlerin 65 yaş ve üzeri bireylerdeki yaygınlık oranının %8-30 olduğunun altını çizmiştir. Nordhus (2008), bu oranların yaş ilerledikçe arttığını belirtmiştir.

Etiyoloji

Barry ve Byers (2016), ileri yaş döneminde depresyona katkıda bulunan risk faktörlerini; sosyo-demografik, biyolojik ve klinik, işlev kaybı ve psikososyal risk faktörleri olmak üzere dört başlık altında değerlendirmiştir. Sosyo-demografik risk faktörleri açısından en dikkat çekici olanı cinsiyettir. Altmış beş yaş ve üstü bireylerde depresyonun, erkeklere kıyasla kadınlarda iki kat daha yaygın olduğu birçok araştırma tarafından ortaya konmuştur (Barry & Byers, 2016; Chew-Graham & Baldwin, 2008; Moss & Scogin, 2008; Nordhus, 2008). Ayrıca, kadınlarda görülen semptomlar daha şiddetlidir. Bunun nedeni, kadınların depresyon risk faktörlerine daha fazla maruz kalmaları ile açıklanmaktadır (Barry & Byers, 2016). Sosyo-demografik risk faktörlerinden bir diğeri, medeni durumdur. Buna göre evli olmama bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır (Chew-Graham & Baldwin, 2008; Moss & Scogin, 2008). Türkiye'de de ileri yaş döneminde depresyon üzerine yapılan bir çalışmada depresyonun kadın olma, boşanmış ya da dul olma ve yalnız yaşama ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Nahcivan & Demirezen, 2005).

Biyolojik ve klinik risk faktörlerine bakıldığında genetik yatkınlık (Chew-Graham & Baldwin, 2008; O'Donoghue & Ryan, 2011), geçmiş depresyon öyküsü (Chew-Graham & Baldwin, 2008) ve sağlık sorunları karşımıza çıkar (Barry & Byers, 2016; Moss & Scogin, 2008). Sağlık sorunları açısından özellikle kalp-damar rahatsızlıkları ve nörobilişsel bozukluklar depresyonla yakından ilişkilidir (Moss & Scogin, 2008). Alexopoulos (2003, 2006), öne sürdüğü vasküler depresyon hipotezi ile vasküler rahatsızlıkların depresyona yol açabildiğini, öncelik edebildiğini ya da depresyonun sürmesine katkıda bulunduğunu belirtmiştir. Bu ilişki çift yönlüdür; depresyon da kalp-damar rahatsızlığı geliştirme riskine katkıda bulunabilmektedir. Benzer bir çift yönlü ilişki nörobilişsel bozukluklar için de geçerlidir. Depresyon nedeniyle glukokortikoid stereoid düzeylerinde gerçekleşen değişimler, hipokampal atfrofi, enflammatuar değişimler, amiloid-beta plak oluşumunun artması gibi faktörler nörobilişsel bozukluğa katkı yapmaktadır (Barry & Byers, 2016). Nörobilişsel bozukluğu olan hastalarda ise giderek artan işlev kayıpları ve bilişsel bozulmalar depresyon ve kaygı bozukluklarını tetikleyebilmektedir (Bird & Moniz-Cook, 2008). İleri yaş döneminde depresyona katkıda bulunan diğer klinik risk faktörleri; alkol ve madde kötüye kullanımı (Chew-Graham & Baldwin, 2008; Moss & Scogin, 2008) ve çok sayıda ilaç kullanmadır (Chew-Graham & Baldwin, 2008). O'Donoghue ve Ryan (2011), bazı hastalarda fiziksel rahatsızlığın tedavi edilmesinin ya da ilaçların yan etkileri ve etkileşimleri dikkate alınarak uygulanan tedavinin depresyon semptomlarını azalttığına dikkat çekmektedir.

Duyusal işlev kayıpları (ör.; işitme ve görme yetilerinde azalma) (Chew-Graham & Baldwin, 2008) ve çeşitli nedenlerle günlük yaşam aktivitelerini yapmakta zorlanma (ör.; alışverişe gitmek, ilaçlarını takip etmek, öz bakımını tek başına yapabilmek vb.), ileri yaş döneminde depresyona yol açabileceği gibi depresyon da işlevselliğin ciddi oranda bozulması ile sonuçlanabilmektedir (Barry & Byers, 2016). O'Donoghue ve Ryan (2011), işlev kayıplarının kişide kendi hayatı üzerindeki kontrolünü kaybettiği duygusu yaratması ve işlev kayıplarına neden olan bazı rahatsızlıkların beyin fonksiyonlarında yol açtığı değişimler nedeniyle kişinin başa çıkma becerilerini önemli ölçüde sınırlandırması ile depresyona katkıda bulunduğunu öne sürmüştür. Barry ve Byers (2016) ise işlev kayıpları ve depresyon arasındaki iki yönlü ilişkiyi stres teorisine atıf yaparak açıklamıştır. Buna göre hem işlev kayıpları hem de depresyon, vücudun stresle ilgili fizyolojik mekanizmalarını (ör.; Hipotalamus-Hipofiz Bezi-Böbrek Üstü Bezleri anlamına gelen HPA ekseninin aşırı çalışması, glukokortikoid hormonunun salgılanması vb.) aktif hâle getirerek karşılıklı olarak birbirlerine yol açabilmektedir.



Şekil 5. Günlük yaşam aktiviteleri (Activities of daily living, ADL), kişinin bağımsız bir biçimde yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan aktiviteleri içerir. Alışveriş yapma, ilaçlarını takip etme, öz bakımını yapma, günlük yaşam aktivitelerine örnek olarak gösterilebilir.

Psikososyal risk faktörlerine bakıldığında, duygusal sosyal desteğin eksikliği (ör.; yakın ilişkilerin olmaması ya da problemli olması) (Chew-Graham & Baldwin, 2008), araçsal

sosyal desteğin ise "aşırı" olması (ör.; destek veren kişilerin her ne kadar iyi niyetle olsa da ileri yaştaki bireyin bağımsız olarak yapabildiği bazı aktiviteleri yapmayı sürdürmesine engel olmaları) depresif semptomlara yol açabilmektedir (Barry & Byers, 2016). Sosyal desteğin yanı sıra ileri yaş dönemindeki stresli yaşam olayları da (ör.; kişinin bir yakınının ya da evcil hayvanının kaybı, hastane yatışı, ekonomik güçlükler, akut fiziksel hastalık vb.) genetik yatkınlığı tetikleyerek depresyonun gelişmesine etki edebilmektedir (Chew-Graham & Baldwin, 2008; O'Donoghue & Ryan, 2011).

Son olarak koruyucu faktörlere bakıldığında, sosyal destek yaşam kalitesini artırarak depresif semptomların önünde tampon etkisi oluşturmaktadır (Adams, Rabin, Da Silva, Katz, Fogel & Lipton, 2016). Sosyal desteğin yanı sıra etkili baş etme davranışları, sağlıklı yaşam alışkanlıkları (sağlıklı beslenme, egzersiz vb.), kişinin kendi hayatı üzerindeki kontrol duygusunu koruması (ör., hayatıyla ilgili belli konularda kendi seçimlerini yapmaya devam edebilmesi), dini inanç ve ibadet davranışları ileri yaş dönemindeki bireylerin depresyon geliştirmelerini önlemektedir (Chew-Graham & Baldwin, 2008).

Tedavi

İleri yaş döneminde depresyonun, hem biyolojik hem de psikolojik yöntemlerle tedavisi mümkündür (Barry & Byers, 2016; Moss & Scogin, 2008). Buna rağmen, depresyonun fark edilmemesi ve tanı konulamaması (Barry & Byers, 2016) ya da ileri yaştaki bireyin tedavi olmaya yönelik motivasyon hissetmemesi (O'Donoghue & Ryan, 2011) ve ruhsal şikayetleri için profesyonel yardım arayışına girmemesi (Barry & Byers, 2016; Moss & Scogin, 2008) depresyonun tedavi edilmemesi ile sonuçlanmaktadır. İleri yaştaki bireylerin tedaviye başvurmama nedenleri; hastanın bu durumu yaşlılığa atfetmesiyle (Moss & Scogin, 2008), kaynaklarının sınırlı olmasıyla ve ruh sağlığı hizmetlerine erişiminin olmamasıyla açıklanmaktadır (Barry & Byers, 2016). Dolayısıyla, bu konuda atılacak adımların ileri yaştaki bireylerin ruh sağlığı hizmetlerinden daha fazla faydalanmalarını sağlayacaktır.

İleri yaş döneminde depresyonun biyolojik tedavisinde antidepresanların etkililiği araştırmalar tarafından genel olarak desteklenmektedir (Chew-Graham, Baldwin & Lovell, 2008). İleri yaş grubunda antidepresan kullanımının çoğunlukla güvenilir olduğu düşünülür (Barry & Byers, 2016). Yine de hastalar bazen yan etkiler nedeniyle ilaç tedavisini yarıda bırakabilmektedir (Chew-Graham ve ark., 2008). Eğer ileri yaş döneminde görülen depresyona yoğun intihar düşünceleri ya da psikotik bir tablo eşlik ediyorsa, hasta diğer tedavi yaklaşımlarına yanıt vermediyse veya herhangi bir nedenle acil müdahale gerekiyorsa elektrokonvülsif terapi (EKT) seçeneğine de başvurulabilmektedir (Chew-Graham ve ark., 2008).

İleri yaş döneminde depresyonun tedavisine yönelik psikolojik yaklaşımlar incelendiğinde; Davranışçı Terapi, Bilişsel Davranışçı Terapi, Kişiler Arası Terapi, Problem Çözme Terapisi ve Bilişsel Bibliyoterapi etkililik araştırmaları bulunan seçenekler olarak karşımıza çıkmaktadır (Chew-Graham ve ark., 2008; Moss & Scogin, 2008). O'Donoghue ve Ryan (2011), antidepresan tedavisi ile psikoterapinin benzer etkilere sahip olduğunu ortaya koyan çalışmalardan yola çıkarak, ilaçların muhtemel yan etkileri ve ilaç etkileşimleri düşünüldüğünde ileri yaş popülasyonunda psikolojik yaklaşımların öncelikli olarak düşünülebileceğine dikkat çekmektedir. Moss ve Scogin (2008) ise hem biyolojik hem de psikolojik tedavi seçeneklerinin birlikte uygulanmasını önermektedir (bk. Yakın Bakış 2).

YAKIN BAKIŞ 2 Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Bütüncül Yaklaşım

İleri yaştaki bireylere yönelik nitelikli ruh sağlığı hizmetleri neleri içermelidir? Biering (2019), bu soruya "yaşam onurunu (dignity of life)" göz önünde bulundurmak gerektiğini söyleyerek yanıt verir. Yaşam onurunu tanımlamak zor olmakla birlikte otonomi (kişinin kendi seçimlerini yapabilmesi) ve bütünlük (özel ve kişisel alanı koruyabilme) duygularının yaşam onuru ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Biering, 2019). Dolayısıyla, ileri yaş döneminde psikolojik rahatsızlıkların tedavisinde otonomi ve bütünlük ihtiyaçlarının gözetilmesi son derece önemlidir.

Yaşamın her döneminde, ancak özellikle ileri yaş dönemindeki bireylerle çalışırken, fiziksel ve psikolojik rahatsızlıkların bir arada görülebileceğini unutmamak gerekir (Nordhus, 2008). Hem depresyon gibi psikolojik rahatsızlıklarda hem de nörobilişsel bozukluklarda fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörler birbirleriyle etkileşim içerisindedir (Biering, 2019). Semptomları ortadan kaldırmaya yönelik psikiyatrik bir tedavi uygulanırken, bir yandan da psikolojik tedavilerle kişinin işlevsellik düzeyinin, stresli yaşam olaylarının ve genel olarak yaşlılığa (ve/veya kronik rahatsızlara) uyum sağlama sürecinin ele alınması gerekir. Buna ek olarak, kişinin sosyal katılımını artıran ve yakınlarıyla ilişkilerini güçlendiren müdahalelere de ihtiyaç vardır (Biering, 2019). İleri yaş döneminde olup çeşitli nedenlerle bakım ihtiyacı olan kişiler için, hastanın yakınlarına ve bakım verenlere yönelik müdahaleler de kritiktir. Otonomi ve bütünlük ihtiyacının korunması, bütün bu etmenleri dikkate alan, bütüncül, çok disiplinli ve erişilebilir ruh sağlığı hizmetleri ile mümkün olacaktır (Biering, 2019).

NÖROBİLİŞSEL BOZUKLUKLAR

VAKA ÖRNEĞİ 2

Nursen Hanım, 67 yaşındadır. Kızı, son üç yıl içerisinde annesinin giderek daha fazla unutkan olduğunu söylemiştir. Nursen Hanım birisiyle yaptığı bir konuşmayı kısa süre içerisinde unutmaktadır. Yeni birisiyle tanıştıktan birkaç gün sonra aynı kişiyle karşılaştığında bu kişiyi hatırlamakta zorlanır. Eşyaları nereye koyduğunu hatırlamakta çoğu kez güçlük çekmektedir. Kaybolma endişesi nedeniyle tek başına dışarı çıkmak istememektedir. Dışarı çıktığında etrafın ona yabancı ve karışık geldiğini söyler (Alzheimer hastalığına bağlı nörobilişsel bozukluk - erken/orta dönem).

VAKA ÖRNEĞİ 3

Murat Bey, 53 yaşındadır. Son zamanlarda iş yerinde bazı dürtüsel davranışlarda bulunmaya başlamıştır. Örneğin, bir keresinde sorumluluğunda olan makinaları güvenli bir şekilde kapatmadan çay molası vermeye gitmiş ve bu durumu o esnada çay içmeyi çok istemiş olmasıyla açıklamıştır. Daha önce iş yerinde hiçbir olumsuz davranışı görülmemiş olmasına rağmen son birkaç ay içerisinde birçok kez iş arkadaşlarına ve müşterilere karşı uygunsuz ifadeler kullandığı için uyarı almıştır. Ancak bu uyarılar karşısında herhangi bir pişmanlık ya da umursama davranışı göstermemiştir (Frontotemporal nörobilişsel bozukluk).

DSM-IV'ten DSM-5'e

DSM-IV'te (APA, 2000), "Deliryum, Demans, Amnestik ve Diğer Kognitif Bozukluklar" bölümünde yer alan "Demans" başlığı, Alzheimer tipi demans, vasküler demans ve diğer tıbbi durumlara bağlı demans rahatsızlıklarının yanı sıra (ör.; HIV, travmatik beyin hasarı, Parkinson hastalığı, Huntington hastalığı ve beyin tümörü, vitamin B12 eksikliği gibi diğer başka sağlık durumlarına bağlı demans), madde kullanımının yol açtığı kalıcı demans, çoğul etiyolojiye bağlı demans ve başka türlü adlandırılamayan demans başlıklarını içermektedir. Bunların yanı sıra "Amnestik Bozukluklar" başlığı altında, deliryum ya da demanstan bağımsız olarak gelişen, demans türü rahatsızlıklardan farklı olarak öğrenme ve bellekle ilgili problemlerin haricinde başka bir bilişsel işlev bozukluğunun görülmediği bir rahatsızlık grubu tanımlanmaktadır.

DSM-5'te (APA, 2013) ilgili bölüm "Nörobilişsel Bozukluklar" olarak isimlendirilmiştir. En önemli değişiklik, "Demans" yerine "Nörobilişsel Bozukluk (NB)" ifadesinin kullanılmaya başlanmasıdır. Bu iki kavram, tanımları açısından büyük oranda benzerlik içerir. Bu bölümde demans literatüründen de yararlanılmış, ancak bölüm içerisinde NB ifadesinin kullanılması tercih edilmiştir.

DSM-5'te NB bölümü, ilk olarak nörobilişsel semptom alanlarını içeren detaylı bir tablo ile başlar. Tablo; karmaşık dikkat süreçleri, yürütücü işlevler, öğrenme ve bellek, dil, algı-motor ve sosyal bilişle ilgili bilişsel semptom alanlarında görülen "majör (yeğin)" ve "hafif (ağır olmayan)" düzeydeki bozulmaların tanımını ve bu alanların klinik olarak değerlendirilmesinde kullanılan bazı örnekleri içerir (bk. Tablo 1). Bu tablo hem NB'lerde etkilenen bilişsel alanların hem de majör-hafif düzeyler arasındaki ayrımın anlaşılması açısından önemlidir.

Tablo 1. DSM-5 Nörobilişsel Semptom Alanları (APA, 2013).

Bilişsel Semptom Alanı	Semptomlara ya da Gözlemlere Dair Örnekler	
	Majör NB	**Hafif NB**
Karmaşık Dikkat (Sürekli dikkat, bölünmüş dikkat, seçici dikkat, işlemleme hızı)	Çok sayıda uyaranın bulunduğu ortamlarda giderek daha fazla zorlanma. Dikkatini verebilmesi için ortamdaki uyaranların birbirleri ile çakışma hâlinde olmaması, sınırlı sayıda olması ya da basitleştirilmesi gerekir. Kişi, yeni bir bilgiyi aklında tutmakta zorlanır. Zihninden hesap yapamaz. Bütün düşünme süreçleri normalde olduğundan çok daha fazla zaman alır.	Zihinsel işlemler normalde olduğundan daha çok zaman alır. Kişi, her zaman yaptığı işlerde hatalar yaptığını fark etmeye başlar. Ortamdaki uyaranlar birbirleri ile çakışma hâlinde olması (ör.; bir yandan araba sürerken bir yandan konuşmak gibi) düşünmeyi kişi için zorlaştırabilir.
Yürütücü İşlevler (Plan yapma, karar verme, işler bellek, geri bildirime yanıt verme/hatayı düzeltme, alışkanlıkları kontrol edebilme/engelleyebilme (ketleme), zihinsel esneklik	Karmaşık işleri yapamaz. Belli bir zamanda sadece tek bir işe odaklanabilir. Bağımsız bir yaşam sürdürebilmek için son derece önemli olan günlük yaşam aktivitelerinin* planlanması için başkalarına ihtiyaç duyar.	Çok aşamalı işleri yapabilmek için normalde olduğundan daha fazla çaba sarf etmesi gerekir. Birkaç işi aynı anda yapmakta ya da yapmakta olduğu bir iş bölündüğünde (telefonun çalmasıyla ya da birinin gelmesiyle) devam etmekte zorlanır. Bir şeyleri organize etmek, planlamak ve kararlaştırmak için harcadığı ekstra çaba nedeniyle giderek daha fazla yorulduğundan şikayetçidir. Kalabalık sosyal buluşmalarda giderek daha fazla zorlandığını ya da daha az keyif aldığını söyleyebilir.
Öğrenme ve Bellek [Anlık bellek, yakın geçmiş belleği (serbest çağrışım, ipucuyla çağrışım ve tanıma belleği dahil], çok uzun süreli bellek (semantik, otobiyografik), örtük öğrenme]	Bir konuşma esnasında (çoğunlukla aynı konuşma içerisinde) kendi kendini tekrar eder. Küçük bir market alışverişi listesini ya da günlük planları sırayla takip edemez. Elindeki bir işi yapabilmek için sık sık hatırlatıcılara ihtiyaç duyar.	Yakın zamanda gerçekleşen olayları hatırlamakta zorlanır ve liste yapmaya ya da takvime bakmaya giderek daha fazla gereksinim duyar. Bir filmdeki ya da romandaki karakterleri takip edebilmek için ara ara hatırlatılmasına ya da okuduğu kısımları tekrar okumaya ihtiyaç duyar. Zaman zaman, aynı kişiye birkaç hafta boyunca aynı şeyi tekrar tekrar anlatabilirler. Not: Majör nörobilişsel bozukluk ciddi düzeyde değilse semantik, otobiyografik ve örtük bellek, yakın geçmiş belleğine kıyasla daha fazla korunur.

Dil [İfade edici dil (isimlendirme, kelime bulma, akıcılık, dil bilgisi ve söz dizimi dahil) ve alıcı dil]	**İfade edici ve alıcı dil becerileriyle ilgili önemli ölçüde zorluk yaşar.** Sıklıkla "şu şey", "ne demek istediğimi anladın" gibi genel ifadeler kullanır ve isim yerine genel zamirler kullanmayı tercih eder. Nörobilişsel bozukluk ciddi düzeydeyse kişi yakın arkadaşlarının ve aile üyelerinin isimlerini hatırlamayabilir. Kişiye özgü sözcük kullanımı, dil bilgisi hataları ve spontan biçimde ve sınırlı sayıda kelime kullanımı görülebilir. Konuşmada streotiplik ortaya çıkabilir; mutizmin öncesinde tipik olarak ekolali ve otomatik konuşma görülür.	Kelime bulmayla ilgili yaşanan güçlükler fark edilir derecededir. Belli terimler yerine daha genel ifadeler kullanabilir. Tanıdığı kişilere isimleriyle hitap etmekten kaçınabilir. Dil bilgisi hataları, örneğin, edatların atlanmasını ya da yanlış kullanımını içerebilir.
Algı-motor (Görsel algı, görsel-uzaysal, algı-motor, praksis ve gnozis kavramları ile tanımlanan becerileri içerir.)	Kişi, daha önce rahatlıkla yapabildiği aktivitelerde (araç-gereç kullanma, araba sürme) ve aşina olduğu yerlerde dolaşırken belirgin derecede zorluk yaşar. Gölgelerin ve ışığın az olmasının algıyı etkilediği akşam karanlığında daha çok kafa karışıklığı yaşar.	Yön bulmak için haritalara ve başkalarına ihtiyaç duyabilir. Yeni bir yere giderken notlardan yararlanır ya da başkalarını takip eder. Dikkatini tamamen yöneltmediğinde kaybolabilir ya da geri dönebilir. Park ederken daha özensizdir. Marangozluk, montaj, dikiş dikme ya da örgü örme gibi uzaysal beceri gerektiren işlerde daha fazla çaba sarf etmesi gerekir.
Sosyal Biliş (Duyguların tanınması, zihin teorisi)	Davranış açık bir şekilde sosyal olarak kabul edilebilir davranış sınırlarının dışındadır; giyiminde ya da politik, dini veya cinsellikle ilgili konuşmalarında sosyal standartlara karşı duyarsızlık içindedir. Yanındaki kişilerin konuştuğu konu ile ilgilenmemelerine ya da doğrudan geri bildirimde bulunmalarına rağmen belli bir konuya aşırı derecede odaklanmaya devam eder. Davranışlarıyla ilgili, ailesinin ya da arkadaşlarının ne düşüneceğini dikkate almaz. Karar verirken güvenliğini göz önünde bulundurmaz. Tipik olarak, davranışlarındaki bu değişimlerle ilgili çok az iç görüye sahiptir.	Davranış ve tutumlarda genelde "kişilik değişimi" olarak tanımlanan hafif değişimler söz konusudur (ör.; sosyal ipuçlarını tanıma ya da yüz ifadelerini okuma ve empati kurma becerilerinde azalma, daha dışa dönük ya da daha içe dönük olma, ketlemenin azalması ya da hafif veya epizodik apati ya da huzursuzluk).

* *Yazarın Notu 1:* İngilizcede "Instrumental activities of daily living" olarak isimlendirilen bu tür aktiviteler, alışveriş yapma, parayı yönetme, ev işlerini planlama, ilaçlarını takip etme gibi günlük yaşam becerilerini içerir. Bu beceriler, "temel gereksinimlerle" ilgili değildir. Örneğin, kişi yemek yemek, giyinmek, tuvalete gitmek, banyo yapmak gibi temel ihtiyaçlarını kendisi karşılayabilir. Bu açıdan bakım görmeye ihtiyaç duymayabilir. Ancak bağımsız bir birey olarak tek başına hayatını sürdürmesi imkânsız hâle gelir.

Yazarın Notu 2: Bu tabloda yer alan bilgiler özet olarak sunulmuş ve "değerlendirme için ölçekler" başlığına yer verilmemiştir. Tablonun tam hâli DSM-5'te (APA, 2013) incelenebilir.

Bölümde, ikinci olarak deliryuma yer verilmiştir. Sonrasında ise DSM-IV'ten farklı olarak, her bir NB'nin detaylı tanı kriterlerinden önce, "Majör NB" ve "Hafif NB" tanı kriterlerinin verildiği görülmektedir. Majör ve hafif NB ayrımı, rahatsızlığın şiddetine göre semptomların görünümünün farklılaşabileceğine dikkat çeker. DSM-5, majör ve hafif NB'leri kategorik olarak tanımlamış olmasına rağmen NB'nin şiddetinin boyutsal olarak değerlendirilmesi gerektiğini önermektedir. Bununla birlikte, bütün NB'ler için ilk kriter, "A. Majör ya da hafif NB kriterleri karşılanmaktadır." olarak belirlenmiştir. Böylelikle, DSM-IV'ten farklı olarak, NB'lerde görülen nörobilişsel semptomlarla ilgili ortak özellikler bir araya getirilmiştir. Her bir NB başlığı altında ise ilgili rahatsızlıkta bilişsel bozukluğa yol açan etiyolojik özellikler ve rahatsızlığın klinik görünüm açısından ayırt edici özellikleri tanımlanmıştır.

Tablo 2'de, DSM-IV'teki demans başlığı ile DSM-5'te NB başlığı altında sınıflandırılan rahatsızlıklar arasındaki karşılaştırmalar ve DSM-5'te farklı şekilde isimlendirilen rahatsızlıklar görülebilir. Buna göre en büyük yenilik, DSM-5'e "Lewy Cisimcikli NB" adıyla yeni bir rahatsızlık eklenmiş olmasıdır. DSM-IV'te "Diğer Tıbbi Durumlara Bağlı Demans" kategorisi altında yer alan Pick Hastalığı ve Creutzfeldt-Jakob Hastalığı, DSM-5'te sırasıyla "Majör ya da Hafif Frontotemporal NB" ve "Prion Hastalığına Bağlı Majör ya da Hafif NB" isimleriyle yer almaktadır. Son olarak DSM-5'te dikkati çeken bir diğer önemli değişiklik, DSM-IV'te yer alan "Amnestik Bozukluklar" bölümünün çıkartılmış olmasıdır.

Tablo 2. DSM-IV ve DSM-5 Arasındaki Benzerlik ve Farklar (NB: Nörobilişsel Bozukluk)

DSM-IV	**DSM-5**
Alzheimer Tipi Demans	Alzheimer Hastalığına Bağlı Majör ya da Hafif NB
Vasküler Demans	Majör ya da Hafif Vasküler NB
	Lewy Cisimcikli Majör ya da Hafif NB
Diğer Genel Tıbbi Durumlara Bağlı Demans:	
HIV Enfeksiyonu	HIV Enfeksiyonuna Bağlı Majör ya da Hafif NB
Travmatik Beyin Hasarı	Travmatik Beyin Hasarına Bağlı Majör ya da Hafif NB
Parkinson Hastalığı	Parkinson Hastalığına Bağlı Majör ya da Hafif NB
Huntington Hastalığı	Huntington Hastalığına Bağlı Majör ya da Hafif NB
Pick Hastalığı	Majör ya da Hafif Frontotemporal NB
Creutzfeldt-Jakob Hastalığı	Prion Hastalığına Bağlı Majör ya da Hafif NB
Normal Basınçlı Hidrosefali	Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Majör ya da Hafif NB
Hipotiroidi	
Beyin Tümörü	
Vitamin B-12 Eksikliği	
Diğer	
Madde Kullanımının Yol Açtığı Kalıcı Demans	Maddenin/İlacın Yol Açtığı Majör ya da Hafif NB
Çoğul Etiyolojiye Bağlı Demans	Çoğul Etiyolojiye Bağlı Majör ya da Hafif NB
Başka Türlü Adlandırılamayan Demans	Başka Türlü Adlandırılamayan Majör ya da Hafif NB

DELİRYUM

VAKA ÖRNEĞİ 4

Süheyla Hanım, 81 yaşındadır. Gece tuvalete kalktığında koridorda yürürken düşmüş, kalça kemiği kırılmış, bu nedenle ameliyata alınmıştır. Ameliyat başarılı geçmiştir. Ancak ameliyattan birkaç gün sonra kafa karışıklığı yaşadığı ve ajite olduğu gözlenmiştir. Yattığı yerde bağırmaya başlamış ve kateterini sökmeye çalışmıştır. Kızına, hastanedeki doktorların organlarını çalmak istediğini söylemiştir (Hiperaktif deliryum vaka örneği).

VAKA ÖRNEĞİ 5

Mehmet Bey, 90 yaşındadır. Alzheimer hastasıdır. İlaç tedavisinde yakın zamanda bir değişiklik yapılmıştır. Bu değişiklikten bir müddet sonra, Mehmet Bey'in yakınları, Mehmet Bey'in normal hâlinin ötesinde bir kafa karışıklığı ve sersemlik hâli gözlemlediklerini belirtmişlerdir. Gün içerisinde sürekli yorgun olduğunu söylemekte ve çevresindeki insanlara ya da konuşmalara karşı ilgisiz davranmaktadır. Geceleri ise uyuyamamaktan, sık sık yataktan kalkıp dolaşmaktan şikayetçidir (Hipoaktif deliryum vaka örneği).

Deliryum, Latince "deli, çılgın" anlamına gelen *delirare* sözcüğünden gelir (Saxena & Lawley, 2009). Zihinsel durumda inişli çıkışlı değişimlerle ve dikkati yöneltme ve sürdürme başta olmak üzere çeşitli bilişsel problemlerle tanımlanan akut bir kafa karışıklığı durumudur (Campbell ve ark., 2009; Maldonado, 2013). "Akut" ifadesi, "düzeltilebilir, geri döndürülebilir" anlamına gelmektedir. Bu durum, deliryumun şiddetine bağlı olarak birkaç saat ya da birkaç gün (akut deliryum) sürebileceği gibi birkaç hafta ya da birkaç ay da sürebilmektedir (devamlı deliryum) (APA, 2013). Oldukça ciddi bir durum olan deliryum; ölüm riskinde artışla (Maldonado, 2013), işlevsellikte bozulmayla, hastanede yatış süresinin uzamasıyla (Campbell ve ark., 2009; Maldonado, 2013) ve kişinin bakım evine yatırılma olasılığının artmasıyla ilişkilidir (Saxena & Lawley, 2009). Deliryumun şiddetli olmasının ve uzun sürmesinin hastanın durumunu daha da olumsuz etkilediği düşünülmektedir (Jackson, Gordon, Hart, Hopkins & Ely, 2004). Bu bölümde genel olarak deliryumun görünümü, yaygınlığı, etiyolojisi, tedavi



Şekil 6. Deliryum, zihinsel durumda inişli çıkışlı değişimlerle ve dikkati yöneltme ve sürdürme başta olmak üzere çeşitli bilişsel problemlerle tanımlanan akut bir kafa karışıklığı durumudur.

ve önleme çalışmaları ele alınacaktır. Bununla birlikte, ileri yaş döneminde ve demansla birlikte görülen deliryum üzerinde daha fazla durulacaktır.

Tablo 3. DSM-5 Deliryum Tanı Kriterleri

A. Dikkat işlevlerinde (ör.; dikkati yöneltmede, odaklamada, sürdürmede ve yönünü değiştirmede güçlük) ve farkındalık düzeyi ile ilgili bozulmalar (ör., çevreye yönelik oryantasyonun bozulması)
B. Dikkat ve farkındalık düzeyi ile ilgili bu bozulmalar kısa bir süre içerisinde ortaya çıkar (birkaç saat ya da birkaç gün) ve gün içerisinde inişli çıkışlı bir seyir gösterir (bazen şiddeti azalır, bazen daha çok şiddetlenir)
C. Eşlik eden bilişsel bozulmaların varlığı (ör.; bellek, oryantasyon, dil, algılama ile ilgili problemler)
D. A ve C kriterlerinde yer alan bozulmalar, deliryumun öncesinde gelişmiş başka bir NB ile ya da koma durumu ile açıklanamaz.
E. Bu bozulmalar bir hastalık, farmakolojik tedavi, madde etkisi, sarhoşluğu ya da yoksunluğu, toksik bir maddeye maruz kalma ya da çoklu etkenler nedeniyle görülebilmektedir.

Not 1: Deliryumun, hangi etiyolojiye bağlı olarak ortaya çıktığı belirlenmeli (aşırı miktarda madde kullanımı, madde yoksunluğu, ilaç etkisi, başka bir tıbbi durum ya da çoklu etiyoloji).
Not 2: Deliryum, akut olarak gerçekleşebilir ya da devamlılık sergileyebilir.
Not 3: Deliryum, hipoaktif, hiperaktif ya da karışık görünüme sahip olabilir.

Tanı ve Klinik Görünüm

Deliryumun semptomlarına bakıldığında ilk olarak dikkatle ilgili bozulmalar göze çarpar. Kişi, dikkatini belli bir uyarana yöneltmekte, ilgisiz uyaranları filtrelemekte, dikkatini sürdürmekte ve yönünü değiştirmekte güçlük yaşar (APA, 2013). Dikkatle ilgili yaşanan bu güçlükler nedeniyle bilgi işlem, öğrenme ve bellek fonksiyonları etkilenir; bu durum da kişinin düşünme süreçlerine zarar verir (Saxena & Lawley, 2009). Kafa karışıklığı, farkındalığın ve oryantasyonun bozulması deliryumda sık görülür (APA, 2013). Düşünce akışındaki bozulmalar, gelişigüzel ve konu ile ilgisiz konuşmalarla kendini belli edebilir (Saxena & Lawley, 2009).

Deliryum, davranışsal görünüm açısından, psikomotor aktivite düzeyine bağlı olarak çeşitlilik içermektedir (APA, 2013, bk. Vaka Örneği 4-5). Hiperaktif, psikomotor aktivite düzeyinde artış anlamına geldiği için deliryumun en yaygın fark edilen türüdür. Deliryum popülasyonundaki yaygınlığının %21 olduğu tahmin edilmektedir (APA, 2013). Hiperaktif deliryumda duygu durumda değişkenlik, ajitasyon ve psikotik belirtiler görülebilmektedir. Hasta, tedavi için iş birliği yapmayı reddedebilir ve saldırgan davranışlar sergileyebilir. Hipoaktif deliryumun ise deliryum popülasyonundaki yaygınlığının %29 olduğu tahmin edilmektedir. Ancak, psikomotor aktivitede azalma gerçekleştiği için ve saldırgan ya da garip davranışlar görülmediği için daha zor anlaşılmakta ve bazen gelip geçici bir durum gibi değerlendirilmektedir (Saxena & Lawley, 2009). Aşırı yorgunluk, uyuşukluk ve sersemleme hâli, hipoaktif deliryumun en belirleyici özelliğidir (APA, 2013). Öte yandan, deliryum vakalarının önemli bir kısmının (yaklaşık %43), davranışsal açıdan karışık bir görünüm sergilediği düşünülür (Saxena & Lawley, 2009). Bu tür vakalarda psikomotor aktivite normal

düzeyde kalırken ya da inişli çıkışlı bir görünüm sergilerken, dikkat ve farkındalıkla ilgili süreçlerde belirgin bozulmalar dikkati çekmektedir (APA, 2013).

Deliryumda uyku-uyanıklık döngüsüyle ilgili problemlerle sık karşılaşılır. Kişi gün içerisinde kendisini sersemlemiş hissetmekte ve semptomlar inişli çıkışlı bir görünüm sergilemektedir. Ancak akşam ve gece vakitlerinde kişinin uyarılmışlık düzeyi artar ve semptomlar da genelde şiddetlenir. Bu durum "güneşin batması (sun downing)" olarak tanımlanır (Saxena & Lawley, 2009).

Deliryuma zaman zaman algılama ile ilgili bozuklukların ve psikotik belirtilerin eşlik ettiği bilinmektedir. Deliryumda psikotik belirtilerin yaygınlık oranı %40 olarak tahmin edilir (Saxena & Lawley, 2009). Bu psikotik belirtiler, çoğunlukla görsel halüsinasyonları ve paranoid ya da perseküsyon sanrılarını içerir (Saxena & Lawley, 2009).

Deliryum yaşayan kişi kaygı, korku, depresyon, öfori, sinirlilik gibi çok farklı duygu durumları yaşayabilmektedir. Saxena ve Lawley (2009), bu duruma bağlı olarak bazı vakalarda intihar düşüncelerinin görülebileceğine dikkat çekmiştir (Deliryum, demans ve psikotik depresyon arasındaki farklara ilişkin detaylı bir inceleme için bk. Saxena & Lawley, 2009).

Yaygınlık

Deliryumun genel popülasyondaki yaygınlığının %1-2 civarında olduğu tahmin edilmektedir (APA, 2013). Ancak bu oranlar ileri yaştaki bireylerde ve çeşitli nedenlerle hastane yatışı yapılmış kişilerde artar. Oranların, 85 yaş üstü bireylerde %14, hastanelerin acil servislerindeki ileri yaştaki bireylerde ise %10-30 olduğu düşünülmektedir (APA, 2013). Çeşitli yaşlarda olup hastane yatışı yapılmış kişiler arasındaki yaygınlığının %15-20 olduğu tahmin edilmektedir (Jackson ve ark., 2004). Bu oranlar ameliyat hastalarında %65'lere (Jackson ve ark., 2004), yoğun bakım ünitelerinde ise %80'e kadar ulaşabilmektedir (Saxena & Lawley, 2009). NB'si olan kişilerde deliryumun görülme olasılığı artar (bk. NB'si olan hastalarda deliryum). Bütün bu yaygınlık oranlarına rağmen deliryum klinisyenler tarafından çoğunlukla fark edilmemekte, anlaşılamamakta ve müdahale edilememektedir (Saxena & Lawley, 2009).

Etiyoloji

DSM-5, deliryumun madde zehirlenmesine (intoksikasyon), madde yoksunluğuna, ilaç kullanımına (özellikle ameliyat öncesinde kullanılan antikolinerjik ilaçlar), başka bir tıbbi duruma ya da çoklu etiyolojiye bağlı olarak ortaya çıkabileceğini belirtir (APA, 2013). Ancak hiçbir rahatsızlık ya da madde ve ilaç, deliryumun tek başına yordayıcısı değildir (Saxena & Lawley, 2009).

Inouye ve arkadaşları (Inouye, Viscoli, Horwitz, Hurst & Tinetti, 1993; Inouye & Charpentier, 1996), deliryum risk faktörlerini, "yatkınlığı artıran (predisposing)" ve "hızlandıran (precipitating)" olmak üzere iki grup altında sınıflandırmıştır. Yatkınlığı artıran risk faktörleri açısından daha korunaklı olan bir kişi, hızlandıran risk faktörleri karşısında daha dayanıklı olur. Öte yandan, yatkınlığı artıran risk faktörleri nedeniyle daha hassas olan kişiler, hızlandıran faktörlere hafif düzeyde maruz kalsalar bile deliryum geliştirebilirler (Schuurmans, Duursma & Shortridge-Baggett, 2001). Yatkınlığı artıran risk faktörleri, hastanın hastane yatışı öncesinde sahip olduğu faktörleri içerir: Bebek ya da ileri yaşta olma (APA, 2013), erkek olma, NB'ye sahip olma, deliryum öyküsü, depresyon, görme ve işitme kaybı, kısıtlı sıvı alımı

(dehidrasyon), çok sayıda ilaç kullanımı, alkol ya da madde kötüye kullanımı, ciddi bir hastalık ya da enfeksiyon durumu, travma, felç öyküsü gibi tıbbi durumlar, bağımlı ve hareketsiz olma hâli gibi (Saxena & Lawley, 2009). Hızlandıran faktörler ise maruz kalındığında deliryuma girme riskini artıran faktörleri içerir (Schuurmans ve ark., 2001). Enfeksiyon, şok, ateş, metabolik düzensizlikler, nörolojik durumlar (menenjit ya da epilepsi gibi), ameliyat geçirme, aşırı doz ilaç/madde, sedatif, narkotik ve antikolinerjik ilaç ve maddeler, çok sayıda ilaç kullanma, alkol ya da hipnotik maddelerin yoksunluğu, karbonmonoksit zehirlenmesi, uzun süreli uyku yoksunluğu ve duygusal stres, hızlandıran faktörlere örnek olarak gösterilebilir (Saxena & Lawley, 2009).

Yatkınlığı artıran ve hızlandıran risk faktörlerinin, deliryuma nasıl yol açtığı ile ilgili çeşitli varsayımlar öne sürülmüştür (Maldonado, 2013):

1. Nöroenflamasyon Hipotezi: Merkezi sinir sisteminde gerçekleşen enflamasyonun deliryuma yol açtığı düşünülür.
2. Nöral Yaşlanma Hipotezi: İlerleyen yaşla beraber gerçekleşen fizyolojik değişimler, kişiyi deliryuma daha yatkın hâle getirir.
3. Oksidatif Stres Hipotezi: Bu hipoteze göre beyinde kan akışının azalması ve oksijen tüketiminin artması, serebral metabolik bozukluk yaratarak deliryuma yol açmaktadır.
4. Nörotransmiter Hipotezi: Asetilkolin seviyesindeki azalmanın ve dopamin seviyesindeki artışın deliryuma katkıda bulunduğu düşünülmektedir. GABA, serotonin, norepinefrin ve glutamat gibi diğer nörotransmiterler de kolinerjik ve dopaminerjik sistemlerle etkileşime girerek deliryuma katkıda bulunabilir (Saxena & Lawley, 2009).
5. Nöroendokrin Hipotezi: Bu hipoteze göre stres, HPA eksenini (hipotalamus-hipofiz bezi-böbrek üstü bezleri) aktif hâle getirerek glukortikoid düzeyinde aşırı artışa, yüksek düzeylerde glukokortikoide uzun süre maruz kalınması ise nöronlarda hassaslığın oluşmasına yol açar. Hipokampüs bu süreçten en fazla etkilenen bölgedir. Hipokampüsün zarar görmesinin, deliryumda görülen bilgi işlemleme, dikkat ve bellekle ilgili bozulmalara yol açtığı düşünülmektedir.
6. Diürnal (Gün İçi Aktivite) Düzensizliği ya da Melatonin Düzensizliği Hipotezi: Bu varsayım, uyku-uyanıklık döngüsündeki düzensizliklerin ve uyku yoksunluğunun deliryuma katkıda bulunduğunu öne sürmektedir.
7. Network Bağlantısızlık Hipotezi: Enflamasyon gibi etmenlerin yol açtığı, özellikle asetilkolin ve GABA ile ilgili düzensizliklerin farklı nöral networkleri etkileyerek deliryumun davranışsal görünümündeki çeşitliliğe yol açtığını öne sürmektedir (Bu hipotezlerle ilgili ayrıntılı bir gözden geçirme çalışması için bk. Maldonado, 2013).

Tedavi

Deliryumun tedavisinde ağırlıklı olarak tipik ve atipik antipsikotiklere ve benzodiazepin grubu ilaçlara başvurulmaktadır (Campbell ve ark., 2009). Seitz, Gill ve van Zyl (2007), akut deliryumun tedavisinde antipsikotiklerin olumlu sonuçlar verdiğini ortaya koymuştur. Öte yandan benzodiazepin tedavisi, deliryumun alkol ya da sedatif maddelerin yoksunluğuna bağlı olarak ortaya çıkması durumunda ya da antipsikotik tedavisinden fayda sağlanamadığında uygulanmaktadır (Saxena & Lawley, 2009).

Farmakolojik tedavinin yanı sıra, "yatkınlığı artıran" ve "hızlandıran" faktörlerin belirlenmesi ve bu faktörlerin, mümkünse ortadan kaldırılması ve/veya tedavi edilmesi oldukça önemlidir (Saxena & Lawley, 2009). Örneğin; depresyon, görme ve işitme kayıpları gibi yatkınlığı artıran ya da metabolik düzensizlikler gibi hızlandıran faktörlerin tedavi edilmesi, deliryumun önlenmesi ve tedavisinde önemli bir aşamadır. Son olarak, Saxena ve Lawley (2009), deliryum içerisindeki bir hasta için, hastayı bilişsel olarak zorlamayacak, hastada stres yaratmayacak ve iyi bir uyku uyumasını sağlayacak gerekli çevresel düzenlemelerin yapılmasını önermektedir.

Nörobilişsel Bozukluğu Olan Hastalarda Deliryum

NB'si olan hastalarda deliryum, hastanın zihinsel durumunda görülen akut değişikliklerle kendini gösterir (Fick, Agostini & Inouye, 2002). Fick ve arkadaşları (2002) yapmış oldukları sistematik gözden geçirme çalışmasında, NB'si olan hastalarda deliryumun görülme sıklığının hastanede yatmayan kişilerde %22 civarında olduğunu, hastanede yatan örneklemde ise oranın %89'a kadar çıkabildiğini belirtmiştir.

NB ve deliryum arasında karşılıklı ilişki söz konusudur. NB'nin olması deliryum için bir risk faktörüdür. Benzer şekilde geçmişte deliryum öyküsünün olması, NB'lerin ortaya çıkması için bir risk teşkil eder (Fick ve ark., 2002).

NB'ye sahip kişilerde deliryumun fark edilmesi son derece önemlidir (Fick ve ark., 2002). Deliryum, işlevselliğin zarar görmesiyle, bilişsel bozulmaların uzun vadede artmasıyla, hastanın hastaneye ya da bakım evine yatırılma ihtimalinin artmasıyla, hastanede yatış süresinin uzamasıyla ve ölüm riskinin artmasıyla ilişkilidir (Fick ve ark., 2002; Maldonado, 2013). Ancak, deliryuma bağlı olarak ortaya çıkan belirtiler NB'ye atfedilmekte ve gözden kaçabilmektedir. Fick ve arkadaşları (2002), NB'si olan hastalarda deliryumun fark edilmesi ve tedavi edilmesinin, hastanın ve hasta yakınlarının yükünü önemli derecede azalttığının altını çizmektedir. Deliryumun önlenmesi içinse, deliryum risk faktörlerinin olabildiğince ortadan kaldırılmasının yanı sıra, hastanın ailesiyle olan iletişiminin desteklenmesini, hasta için düzenli bir rutin oluşturulmasını ve hastanın kendisini rahat hissedeceği şekilde çevresel düzenlemelerin yapılmasını önermektedir (Fick ve ark., 2002).

MAJÖR VE HAFİF NÖROBİLİŞSEL BOZUKLUKLAR

Tanı ve Klinik Görünüm

NB'lerin tamamında, tanı konulabilmesi için bilişsel semptom alanlarında belirgin ya da hafif düzeyde bir gerilemenin görülmesi gerekir (APA, 2013). Unutkanlık ve yeni bir bilgiyi öğrenmeyle ilgili güçlükler, NB'lerin en tipik semptomlarından biridir. Yakın zamanda yaşanan olaylar, uzak geçmiştekilere kıyasla daha çabuk unutulur. Bellekle ilgili problemlere dikkat ve konsantrasyonla ilgili güçlükler ve oryantasyonda bozulma eşlik eder. Bu değişimler çoğunlukla, hastalık ilerledikçe daha belirgin hâle gelir. Bilişsel esneklik ve soyut düşünme yetisi, hastalığın erken dönemlerinde zarar görür. Düşünce süreçlerindeki bu bozulmalara dil ve konuşmayla ilgili problemler eşlik eder. Hastalığın çok ileri aşamalarında hastanın söyledikleri anlaşılmayabilir, anlamsız olabilir ya da hasta konuşmayı bırakabilir (O'Reilly ve ark., 2011).

Majör NB'de bilişsel gerilemeler kişinin işlevselliğini önemli derecede etkilemektedir (APA, 2013). Rahatsızlık ilerledikçe kişinin iyi oluş hâli önemli ölçüde zarar görür ve kişi öz bakımını sürdüremez duruma gelebilir (Hobson, 2008). Hafif NB'de birtakım bilişsel işlev kayıpları görülür ancak bu gerilemeler kişinin günlük aktivitelerini bağımsız bir biçimde sürdürmesine engel olacak düzeyde değildir (APA, 2013).

Tablo 4. DSM-5 Majör Nörobilişsel Bozukluk Tanı Kriterleri

A. Bilişsel semptom alanlarının (karmaşık dikkat süreçleri, yürütücü işlevler, öğrenme, bellek, dil, algı-motor ve sosyal biliş) bir ya da daha fazlasında, öncesine kıyasla belirgin düzeyde bir bilişsel gerilemenin olması.
   1. Bu bilişsel gerileme; kişinin kendisi, bilgi sahibi birisi ya da uzman tarafından kayda değer bulunmalı, kişinin hayatı boyunca sahip olduğu bir örüntüden ziyade sonradan ortaya çıkmış bir değişiklik olduğu tespit edilmelidir.
   2. Bilişsel performanstaki bozulma, tercihen standardizasyonu yapılmış nöropsikolojik testler tarafından belirlenmelidir. Bu testlerin olmadığı durumda niceliksel ölçüm yapan bir klinik değerlendirme aracından yararlanılmalı.
B. Bilişsel gerilemeler, kişinin günlük aktivitelerini bağımsız bir biçimde sürdürmesine engel olur (Kişi karmaşık işleri yerine getirebilmek için örneğin, minimum düzeyde, faturalarını ödemek için yardıma ihtiyaç duyar.).
C. Bilişsel gerilemeler sadece deliryuma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.
D. Bilişsel gerilemeler başka bir psikolojik rahatsızlıkla (ör.; majör depresif bozukluk, şizofreni) açıklanamaz.

Tablo 5. DSM-5 Hafif Nörobilişsel Bozukluk Tanı Kriterleri (Majör NB'den ayrışan kriterlere yer verilmiştir. Ayrıntılar için bk. DSM-5, 2013).

A. Majör NB'den farklı olarak, bilişsel gerilemenin hafif düzeyde olması beklenmektedir.
B. Bilişsel gerilemeler, kişinin günlük aktivitelerini bağımsız bir biçimde sürdürmesine engel olmaz (Kişi, fatura ödemek gibi karmaşık işleri yerine getirebilir, fakat daha fazla çaba sarf etmesi, ödünleme stratejilerinden yararlanması ya da birtakım düzenlemeler yapması gerekir.).

NB'lerde hastalığın seyri, NB'nin türüne göre değişebilmektedir (APA, 2013). Örneğin, nörodejeneratif rahatsızlıklardan kaynaklanan (ör., Alzheimer hastalığı, Parkinson hastalığı, Lewy cisimcikli, vasküler ya da frontotemporal) ve çoğunlukla ilerleyen yaşla birlikte ortaya çıkan NB'lerde semptomlar sinsi bir başlangıç süreci ve sürekli ilerleyen nitelikte (progresif) bir gelişim örüntüsü sergiler (Morris, 2008). Bu tür rahatsızlıklarda nörobilişsel bozulmanın geri döndürülmesi mümkün değildir (O'Reilly ve ark., 2011). Travmatik beyin hasarına bağlı NB'de ise semptomlar aniden gelişir ve semptomların şiddetinde zaman içerisinde bir değişim görülmez. NB'ye deliryumun eşlik ettiği durumlarda ise semptomlar inişli çıkışlı bir örüntü sergileyebilmektedir (APA, 2013).

Nörobilişsel Bozukluklara Eşlik Eden Davranışsal ve Psikolojik Semptomlar

NB'lerin tanı kriterleri bilişsel semptomlara ve işlevselliğe atıf yapmaktadır. Ancak söz konusu bilişsel işlevler olduğunda bu semptomların psikolojik sistemle, yani duygu, davranış, algı, motivasyon gibi alanlarla etkileşim içerisinde olması kaçınılmazdır. NB'lerin klinik görünümüne de yansıyan, dolayısıyla DSM-5'in tanı kriterleri dışında yer verdiği ve Alois Alzheimer'ın orijinal makalesinde de dikkat çektiği bu örüntüyü (Dahm, 2006), Finkel, Silva, Cohen, Miller ve Sartorius (1998) "Demansın Davranışsal ve Psikolojik Semptomları" olarak tanımlamıştır. Bu semptomların görünümü ve derecesi birçok etkene bağlı olarak çeşitlilik sergileyebilmektedir. Ancak şiddetli düzeyde olduğunda hastanın bakım evine yatırılma olasılığının artması ya da kriz durumunda hastaneye başvurma oranının artması gibi oldukça ciddi sonuçları vardır (Bird & Moniz-Cook, 2008).

NB'lerde görülen davranışsal problemler dürtüsellik, başıboş dolaşma, biriktirme ve istifleme davranışlarını (APA, 2013), huzursuzluk, dezorganize davranış, öz bakımını ihmal etmeyi (O'Reilly ve ark., 2011), saldırganlık (ör.; bağırma, küfür etme vb.), kültürel açıdan uygun olmayan davranışları ve cinsel dürtü kontrol problemlerini içerebilmektedir (Bird & Moniz-Cook, 2008). Duygu durumla ilgili olarak, hastalığın ilk aşamalarında duygu durum değişiklikleri (O'Reilly ve ark., 2011), kaygı, depresyon (özellikle Alzheimer ya da Parkinson hastalıklarına bağlı NB'lerde) ve taşkınlık görülebilir (özellikle Frontotemporal NB'de yaygındır) (APA, 2013). Hastalığın ilerleyen aşamalarında ajitasyon, kafa karışıklığı (APA, 2013) ve hissizleşmenin de görülebildiği bilinmektedir (O'Reilly ve ark., 2011). Bunun yanı sıra uyku bozuklukları, apati ve özellikle nörodejeneratif niteliğe sahip NB'lerin ilerleyen aşamalarında halüsinasyonlar (genelde görseldir) ve delüzyonlar ortaya çıkabilir (APA, 2013).

Yaygınlık

NB'lerin yaygınlığı yaşa ve rahatsızlığın türüne göre değişebilmektedir. Alzheimer, Parkinson, frontotemporal ve vasküler NB'lerde rahatsızlığın başlangıç yaşı genelde ileri yetişkinlik dönemine, Lewy cisimcikli (50'li yaşlar) ve Huntington hastalığına bağlı (40'lı yaşlar) NB'lerde ise orta yetişkinlik dönemine denk gelmektedir. Altmış beş yaşındaki bireylerde majör NB'lerin yaygınlığının %1-2, hafif NB'lerin yaygınlığının ise %2-10 civarında olduğu tahmin edilmektedir (APA, 2013). Bu oranların 85 yaş grubunda %25-30'lara kadar çıktığı düşünülür (APA, 2013; O'Reilly ve ark., 2011). NB'ler, özellikle de Alzheimer hastalığı, kadınlarda daha yaygındır. Ancak cinsiyetler arasındaki bu fark, yine yaşla açıklanmaktadır (APA, 2013). Buna göre, kadınların yaşam beklentisinin erkeklere kıyasla daha uzun olması (WHO, 2019), ileri yaşta görülen rahatsızlıklarda kadınların sayısının daha fazla olması ile sonuçlanmaktadır.

Nörobilişsel Bozuklukların Etiyolojisi ve Biyopsikososyal Yaklaşım

NB'lerin etiyolojisine genel olarak bakıldığında, genetik yatkınlık, ilerleyen yaş ve beraberinde ortaya çıkan çeşitli rahatsızlıklar bilinen en güçlü risk faktörleri olarak karşımıza çıkar (APA,

2013; Hobson, 2008). Bununla birlikte her bir NB'de rahatsızlığa yol açan nörolojik etmenler ayrı ayrı ele alınır. Depresyon, deliryum, beyin tümörü, hipertiroidizm, B12 vitamin eksikliği, folik asit eksikliği ve böbrek yetmezliği gibi tıbbi durumların da NB'lere katkıda bulunduğu bilinmektedir. O'Reilly ve arkadaşları (2011), bu tür tıbbi durumların erken teşhis ve tedavi edilmesi ile NB'lerin gelişiminin belli oranda önlenebileceğine dikkat çekmektedir.

NB'lerin etiyolojisi henüz tam olarak anlaşılmış değildir. Ayrıca, NB'lerin tedavisine sadece biyolojik bakış açısı ile yaklaşıldığında tedavilerin çoğunlukla etkili sonuç vermediği görülmektedir (Hobson, 2008). Öte yandan güncel araştırmalar, nörobilişsel sağlığın fiziksel sağlık, psikolojik sağlık ve sosyal destek gibi faktörlerden büyük oranda etkilendiğine dikkat çeker. Bu da NB'lere yaklaşımda biyopsikososyal bakış açısını edinmeyi gerekli kılar (Downs, Clare & Anderson, 2008). Böylelikle, hem rahatsızlıkların gelişimindeki bireysel farklılıkların daha iyi anlaşılması hem de destekleyici tedavi olanaklarının değerlendirilmesi mümkün olabilecektir. Her bir NB'nin etiyolojisinde rol oynayan biyolojik faktörlere ilgili başlıklar altında yer verilecektir. Bu kısımda öncelikli olarak hem NB'lerin seyrini önemli ölçüde etkileyen hem de klinik görünümde göze çarpan davranışsal ve psikolojik problemlerin ortaya çıkmasına neden olan psikososyal faktörlere yer verilecektir.

Tanı kriterlerinde yer almamakla birlikte, davranışsal ve psikolojik problemlerin NB'lerde yaygın olduğuna değinilmişti. Bu problemler; (1) NB'nin getirdiği bilişsel gerilemelerle, (2) rahatsızlığın doğasından tamamen bağımsız, kişinin içinde bulunduğu ortamdaki geçici durumlarla (ör., bakım evindeki personelin gece çok ses yapması nedeniyle hastanın gece boyunca uyuyamaması) ya da (3) benlik algısının etkilenmesi (Downs ve ark., 2008), kişinin temel psikolojik ihtiyaçlarının yeterince karşılanmaması ve olumsuz sosyal etkileşimler gibi psikososyal faktörlerle açıklanabilmektedir (Bird & Moniz-Cook, 2008).

Bellek, kişinin kendisine yönelik değerlendirmelerini, yakın ilişkilerine olan bakış açısını, geçmiş ve geleceğe dair düşüncelerini, yani benlik algısını önemli derecede etkileyen bir yapıdır. Bu nedenle NB'ye sahip bir kişi için (özellikle de kişinin öz farkındalığını henüz yitirmediği, hastalığın başlangıç aşamalarında) gelecekte, bellek işlevleri ciddi bir biçimde zarar gördüğünde nasıl bir durumda olacağı, yakın ilişkilerinin bu durumdan nasıl etkileneceği ve geleceğe dair planlarının ne kadarını gerçekleştirebileceği endişe konusudur. Buna ek olarak, nörobilişsel semptomların günlük hayattaki işlevselliği etkilemesi ve kişinin, yaptığı hatalar nedeniyle zaman zaman çevresinden olumsuz tepkilerle karşılaşması öz güven kaybına ve kişinin çeşitli aktivitelerden kendini geri çekmesi ile sonuçlanabilir; ki bu durum da kişinin benlik algısına yönelik endişelerini artırır (Downs ve ark., 2008).

Downs ve arkadaşları (2008), NB literatüründe hastaların temel psikolojik ihtiyaçlarına yer verilmediğine yönelik tartışmalara dikkat çekmektedir. Bu tartışmalara göre hepimizin sahip olduğu ait olmak, birileri için anlamlı olmak, aile ve toplumun bir parçası olmak gibi ihtiyaçlar; nörobilişsel kayıplarla beraber azalmamaktadır. Ancak bu ihtiyaçlar karşılanmadığında, davranışsal ve psikolojik problemlerle açığa çıkabilmektedir (Bird & Moniz-Cook, 2008; Cohen-Mansfield, 2000). Teri ve arkadaşları (2003), NB'ye sahip kişilerin keyifli deneyimler yaşamalarının da önemli bir ihtiyaç olduğuna ve bu ihtiyacın karşılanmamasının apati ve depresyonla sonuçlanabileceğine dikkat çekmektedir.

NB'lerin seyri ve davranışsal problemlerle karşılıklı etkileşim içerisinde olan bir diğer önemli faktör, sosyal ilişkilerdir. Kitwood (1997) "Kötücül Sosyal Psikoloji (Malignant Social Psychology)" kavramını öne sürerek, sosyal çevre ile olan olumsuz etkileşimlerin ve/veya

kişinin sosyal ilişkilerden kendisini geri çekmesinin hastalığın seyrine ciddi ölçüde olumsuz etki ettiğini vurgulamaktadır. Hasta yakınlarının ve bakım verenlerin deneyimledikleri yükler ve stres düzeyleri de olumsuz sosyal etkileşimlerin bir parçasıdır (Bird & Moniz-Cook, 2008). Öte yandan olumlu sosyal ilişkilerle birlikte gelen keyifli ve zenginleştirici deneyimler, nörokimyayı değiştirerek nörobilişsel kayıpları önemli ölçüde engelleyebilmekte, fakat her şeyden önemlisi kişinin iyi oluş hâline ve olumlu benlik algısını sürdürmesine katkıda bulunabilmektedir (Downs ve ark., 2008).

MAJÖR VE HAFİF NÖROBİLİŞSEL BOZUKLUK TÜRLERİ

Alzheimer Hastalığına Bağlı Majör ya da Hafif Nörobilişsel Bozukluk (Alzheimer Hastalığı)

Tanı ve klinik görünüm: Alzheimer hastalığı, NB'ler arasında en yaygın olanıdır (O'Reilly ve ark., 2011). Bilişsel ve davranışsal semptomlar yavaş yavaş başlar ve giderek artan şiddette bir ilerleme sergiler. Alzheimer hastalığına bağlı hafif NB'de, bilişsel bozukluklar ve işlev kaybı giderek artar ve kişi belli bir aşamadan sonra majör NB tanı kriterlerini karşılar düzeye gelir. Hastalığın en son aşamalarında ise mutizm, yürüyüşte bozulmalar, yutkunmayla ilgili güçlükler ve idrar kaçırma gibi problemler görülebilir, kişi yatağa bağımlı hâle gelebilir ve hastalık ölümle sonuçlanabilir (APA, 2013).

Tablo 6. Alzheimer Hastalığına Bağlı Majör ya da Hafif Nörobilişsel Bozukluk

A. Majör ya da Hafif NB kriterleri karşılanmaktadır.
B. Bilişsel bozukluk, sinsi bir başlangıç ve aşamalı bir seyir izler. Bilişsel alanların en az birinde, Majör NB tanısı koymak içinse alanların en az ikisinde bozukluk görülür.
C. Alzheimer Hastalığı "muhtemeldir (probable)" ya da "mümkündür (possible)" diyebilmek için belirlenen tanı kriterleri aşağıdaki gibidir:

Majör NB için:

Aşağıda yer alan kriterlerin herhangi biri varsa "Alzheimer Hastalığı Muhtemel", yoksa "Alzheimer Hastalığı Mümkün" tanısı konur:

1. Aile öyküsünde ya da genetik testlerle belirlenmiş, Alzheimer Hastalığına neden olacak bir genetik mutasyon söz konusudur.
2. Aşağıdaki üç kriterin tamamı görülür:
   a. Bellek, öğrenme ve bilişsel alanlardan en az birinde daha belirgin bir gerileme olduğuna dair açık kanıt (detaylı alınan öyküye ya da uygulanan bir dizi nöropsikolojik teste dayanarak).
   b. Bilişsel işlevlerde giderek artan bir gerileme görülür. Bu gerileme sürecinde uzun süreli duraksamalar görülmez.
   c. Çoklu etiyolojik etkene dair herhangi bir bulgu yoktur (ör.; diğer nörodejeneratif bozukluklar ya da serebrovasküler rahatsızlık ya da başka bir nörolojik, psikolojik ya da sistemik bir rahatsızlık veya bilişsel gerilemeye katkıda bulunması muhtemel herhangi bir durum yoktur).

Hafif NB için:

Alzheimer Hastalığı Muhtemel:

Aile öyküsünde ya da genetik testlerle belirlenmiş, Alzheimer Hastalığına neden olacak bir genetik mutasyon söz konusudur.

Alzheimer Hastalığı Mümkün:

Aile öyküsünde ya da genetik testlerle belirlenmiş, Alzheimer Hastalığına neden olacak bir genetik mutasyon söz konusu değilse ve aşağıdaki kriterlerin tamamı mevcutsa:

1. Bellek ve öğrenmede belirgin bir gerileme olduğuna dair açık kanıt.
2. Bilişsel işlevlerde giderek artan bir gerileme görülür. Bu gerileme sürecinde uzun süreli duraksamalar görülmez.
3. Çoklu etiyolojik etkene dair herhangi bir bulgu yoktur (ör.; diğer nörodejeneratif bozukluklar ya da serebrovasküler rahatsızlık ya da başka bir nörolojik, psikolojik ya da sistemik bir rahatsızlık veya bilişsel gerilemeye katkıda bulunması muhtemel herhangi bir durum yoktur).

D. Bozukluğun nedeni, serebrovasküler rahatsızlık, başka bir nörodejeneratif bozukluk, madde etkisi ya da başka bir psikolojik, nörolojik ya da sistemik bir rahatsızlıkla açıklanamaz.

Alzheimer hastalığının en önemli özelliği, bellek ve öğrenme işlevlerinin zarar görmüş olmasıdır. Kişi unutkan olmaya ve yeni bilgiyi eskisi gibi aklında tutamamaya başlar (APA, 2013). Özellikle epizodik bellekle ilgili bozulmaların hastalığın en önemli prodromal belirtisi olduğu ve ilerleyen süreçte Alzheimer geliştiren ve geliştirmeyen kişileri ayırt edebildiği düşünülür (Morris, 2008). Bellekle ilgili bu problemler, hastalığın erken dönemlerinden itibaren kişinin hayatında belirgin güçlükler yaşaması ile sonuçlanır (APA, 2013).

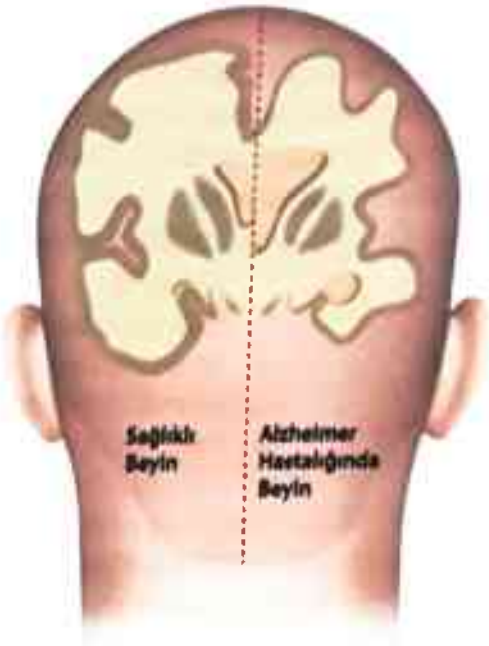
Morris (2008), Alzheimer hastalığı olan kişilerin uzak geçmişteki otobiyografik anılarından sıkça bahsettiğine dikkat çekmektedir. Öte yandan, yakın geçmişle ilgili anıların hatırlanmasıyla ve semantik bellekle ilgili problemler hastalığın erken dönemlerinden itibaren belirgindir. Alzheimer hastalığında görülen bellek problemlerine yürütücü işlevlerle ve dil işlevleriyle ilgili bozulmalar eşlik eder (APA, 2013). Dil işlevleriyle ilgili bozulmalar kelimeleri hatırlamakta güçlük çekme, konuşurken ve yazarken daha basit ifadeler kullanma ve dili anlamayla ilgili zorluklarla kendini gösterir (Morris, 2008). Alzheimer hastalığı olan kişi, günlük konuşma içerisinde kelimeyi bulmakta güçlük çektiği için bir kelime yerine başka bir kelime söyleyebilir ya da kelimeyi söylemek yerine tanımlamaya çalışabilir. Bütün bunlar konuşmanın akıcılığına ve spontanlığına zarar vererek kişinin gün içerisinde başkaları ile sohbet etmesini zorlaştırır. Yazım dili ise hastalığın başlangıcından itibaren sözel dile kıyasla daha fazla zarar görür (Kertesz, 2004). Yazım dili ile ilgili problemler semantik bellek kaybıyla ve rahatsızlığın şiddeti ile ilişkilidir (Morris, 2008). Kertesz (2004), dil işlevleriyle ilgili bozulmaların hastalığın başlangıcından itibaren ilk üç yıl içerisinde daha belirgin hâle geldiğini öne sürmektedir.

Alzheimer hastalığında görülen bellek kayıplarına rağmen prosedürel belleğin, hastalığın ilerleyen aşamalarına dek korunduğu bilinmektedir (APA, 2013). Motor becerilerin saklanması ile ilgili bir örtülü bellek süreci olan prosedürel bellek, dans etme ve enstrüman çalma gibi işlevlerin hastalığın ilerlemesine rağmen uzun süre korunmasını sağlar (bk. Yakın Bakış 3).

Alzheimer hastalığında davranışsal ve psikolojik semptomlar yaygındır. Depresyon ve apati, hastalığın erken dönemlerinden itibaren görülebilir. Hastalığın ilerleyen aşamalarında ise ajitasyon, sinirli ve alıngan olma ve psikotik semptomlar ortaya çıkabilir (APA, 2013).

Yaygınlık: Alzheimer hastalığının NB'ler içerisinde yaygınlık oranı %60-90 arasındadır (APA, 2013). Hastalığın görülme olasılığı yaşla beraber artar. Semptomların başlangıcı genelde 80'li ve 90'lı yaşlara denk gelir. Hastalığın "erken başlangıçlı" olmasının ise (65 yaşından önce görülmesi), genetik mutasyon kaynaklı olduğu düşünülmektedir (APA, 2013). Alzheimer hastalığı, erkeklere kıyasla kadınlarda daha yaygın olarak görülmektedir.

Etiyoloji: Alzheimer hastalığında görülen nöropatolojik değişimler hakkında epey bilgi sahibi olmamıza rağmen etiyolojisine dair bildiklerimiz hâlâ oldukça sınırlıdır (Morris, 2008). Yaş, bilinen en güçlü risk faktörüdür. Bunun yanı sıra genetik yatkınlık ve apolipoprotein E4 alelleri (ApoE) Alzheimer hastalığı riskini ve hastalığın daha genç yaşlarda ortaya çıkma olasılığını artırmaktadır (Rosenthâl, Kraft, Czerniewski & Lee, 2018). Amiloid prekürsör protein (APP), presenilin 1 (PSEN1) ya da presenilin 2 (PSEN2) gibi genlerdeki mutasyonun ise Alzheimer hastalığına yol açtığı bilinmektedir (APA, 2013).



Şekil 7. Beyin yapısında görülen ve Alzheimer hastalığına işaret eden en belirgin değişimlerden biri kortikal atrofidir.

Beyin yapısında görülen ve Alzheimer hastalığına işaret eden en belirgin değişimler, kortikal atrofi, beta-amiloid proteinlerin birikmesi sonucunda oluşan plaklar ve tau proteinlerinin işlevini kaybedip birikmesiyle oluşan nörofibriler yumaklardır (APA, 2013). Kortikal atrofi öncelikle parietal ve temporal loba, daha sonra ise frontal loba etki eder (Morris, 2008). Beyin hücreleri arasındaki iletişime zarar veren amiloid plak ve nörofibriler yumaklar ise öncelikle, yeni bellek yapılarının oluşmasında büyük öneme sahip olan hipokampüse zarar verir. Hipokampüsten sonra dil işlevleri ve yürütücü işlevler gibi bilişsel fonksiyonlardan sorumlu olan bağlantı korteksi (association cortex) zarar görür. Alzheimer hastalığında görülen bu nörobiyolojik değişimler, nöropsikolojik bozulmaları anlamamızı sağlar (Downs ve ark., 2008).

Curran, Kopelman ve Rusted (2004), Alzheimer hastalığına katkıda bulunan nörotransmiter aktiviteleri üzerine yaptıkları ayrıntılı çalışmada ilk olarak asetilkolinin rolüne dikkat çeker. Alzheimer hastalığında kortikal ve subkortikal yapılarda, özellikle de hipokampüste, asetilkolin seviyesinde önemli ölçüde düşüş görülmektedir. Bu düşüş NB'nin şiddetiyle de ilişkilidir. Asetilkolinin yanı sıra parieto-temporal bölgede glutamat seviyesinde azalma görülmektedir. Temporal kortekste GABA aktivitesinde azalmanın ise özellikle daha genç Alzheimer hastalığında gözlemlendiği rapor edilmiştir (Curran ve ark., 2004). Son olarak Martorana ve Koch (2014), dopamin aktivitesindeki azalmanın hem normal yaşlanma sürecinde hem de Alzheimer hastalığında yürütücü işlevlerde bozulmalara ve apatiye katkıda bulunduğunu öne sürmektedir.

Majör ya da Hafif Frontotemporal Nörobilişsel Bozukluk

Tanı ve klinik görünüm: Frontotemporal Nörobilişsel Bozukluk (FNB), frontal ve anterior temporal lobları etkileyen nörodejeneratif rahatsızlık sonucunda ortaya çıkar (Morris, 2008; O'Reilly ve ark., 2011). En belirgin özelliği; davranışsal problemler, ifade edici dil becerilerinde bozulma ve kişilik değişimidir. Diğer bilişsel bozulmalar, hastalık ilerledikçe daha görünür hâle gelir (O'Reilly ve ark., 2011).

Tablo 7. Majör ya da Hafif Frontotemporal Nörobilişsel Bozukluk

A. Majör ya da Hafif NB kriterleri karşılanmaktadır.
B. Bilişsel bozukluk, sinsi bir başlangıç ve aşamalı bir seyir izler.
C. Aşağıdaki kriterlerden ya birincisi ya da ikincisi görülür:
   1. Davranışsal:
      a. Aşağıdaki davranışsal semptomlardan en az üçü görülür:
         i. Dürtüsellik
         ii. Apati ya da durgunluk
         iii. Sempati ve empati kaybı
         iv. Perseveratif, basmakalıp ya da kompülsif/törensel davranış
         v. Hiperoralite (çiğneme, emme, ağız şapırdatma, sürekli yiyecek bir şeyler isteme gibi davranışlarda artış) ve yeme örüntüsünde değişimler
      b. Sosyal biliş ve/veya yürütücü işlevlerde belirgin gerileme
   2. Dil ve Konuşma: Dil ve konuşma becerilerinde (konuşmanın üretilmesi, kelime bulma, nesneleri isimlendirme, dil bilgisi ya da kelimeleri anlama) belirgin gerileme.
D. Öğrenme, bellek ve algısal-motor işlevlerin nispeten korunmuş olması
E. Bozukluk, serebrovasküler rahatsızlık, başka bir nörodejeneratif bozukluk, madde etkisi ya da başka bir psikolojik, nörolojik ya da sistemik bir rahatsızlıkla açıklanamaz.

Aşağıda yer alan kriterlerin herhangi biri varsa "FNB Muhtemel", yoksa "FNB Mümkün" tanısı konur:
1. Aile öyküsünde ya da genetik testlerle belirlenmiş, FNB'ye neden olan genetik mutasyon.
2. Beyin görüntüleme ile tespit edilmiş frontal ve/veya temporal lobda orantısızlık.

FNB'de görülen davranışsal problemler, farklı düzeylerde apati ve dürtüselliği içerir (APA, 2013). Bu problemlere depresyon, kaygı, hissizleşme (O'Reilly ve ark., 2011), yemek yeme örüntüsünde değişiklikler, basmakalıp ve kompülsif davranışlar, tekrarlayan hareketler ve istifleme davranışı eşlik edebilir (APA, 2013). Bilişsel gerilemeler daha az belirgin olmakla beraber, dikkatle ve yürütücü işlevlerle ilgili bozulmalar klinik görünümde dikkati çeker (O'Reilly ve ark., 2011). Ancak öğrenme ve bellek işlevleri nispeten korunur (APA, 2013).

Kişilik değişimi, dürtüsellik ve hem iç görüde hem de sosyal farkındalıkta azalma ile ilgilidir (Morris, 2008). Kişi sosyalleşmeye ve kişisel sorumluluklarını yerine getirmeye yönelik ilgisini kaybedebilir ve sosyal açıdan uygun olmayan davranışlar sergileyebilir (APA, 2013).

FNB'de dil ve konuşma ile ilgili semptomlar ağırlıkta olduğunda, üç tür Primer Progresif Afaziden (PPA) birinin görülmesi beklenir:

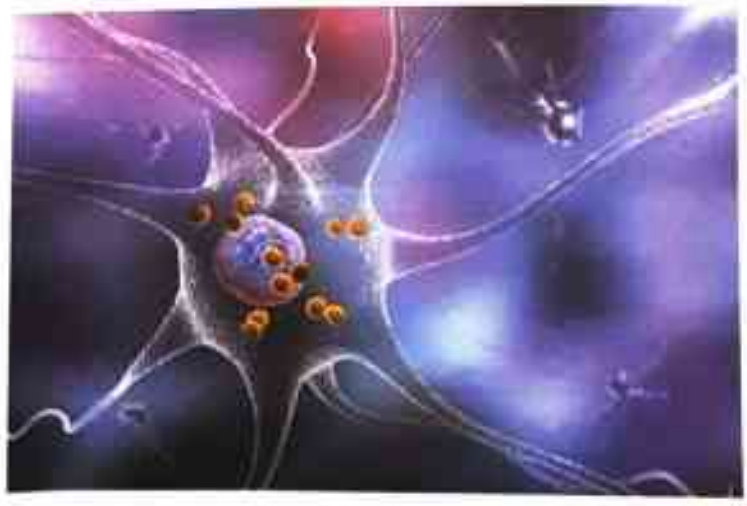
(1) **Semantik PPA:** Hasta, nesneleri isimlendirmekte ve başkalarının ne dediğini anlamakta zorluk yaşayabilir.
(2) **Agramatik/Akıcı Olmayan PPA:** Hasta, kelimeleri telaffuz etmekte ve doğru kelimeyi aklına getirmede güçlük yaşayabilir. Konuşmanın akıcılığı bozulur.
(3) **Logopenik PPA:** Hasta, kelimeleri bulmakta zorlandığı için yavaş konuşmak ve sık sık duraksamak zorunda hisseder (APA, 2013).

Yaygınlık: FNB, NB vakalarının yaklaşık %10'unu oluşturmaktadır (O'Reilly ve ark., 2011). 65 yaşın öncesinde görülen NB'lerde ise FNB'nin yaygın olduğu bilinmektedir.

O'Reilly ve arkadaşları (2011), hastalığın ortalama başlangıç yaşını 56 olarak belirtmiştir. Rahatsızlığın daha erken yaşlarda başlaması, kişinin çalışma ve aile hayatını ciddi düzeyde etkiler. Rahatsızlık kimi durumlarda kişinin davranışsal semptomlar nedeniyle yasalarla başının derde girmesi ya da sosyal açıdan uygunsuz davranışları sonucunda fark edilir. Davranışsal semptomlar ve semantik PPA erkeklerde, akıcı olmayan PPA ise kadınlarda daha yaygındır (APA, 2013).

Lewy Cisimcikli Majör ya da Hafif Nörobilişsel Bozukluk

Lewy cisimcikleri, serebral kortekste ve substantia nigrada nöronların içinde ortaya çıkan protein yığınlarıdır (O'Reilly ve ark., 2011). Bu protein yığınları belli bir aşamadan sonra nörodejeneratif bir nitelik kazanarak bilişsel işlevlerde giderek ilerleyen bozulmalara yol açar. İlk olarak karmaşık dikkat ve yürütücü işlevler, hastalığın ilerleyen aşamalarında ise öğrenme ve bellek fonksiyonları zarar görür (APA, 2013). Buna ek olarak hareketlerin yavaşlaması, katılık ve maske-yüz gibi parkinsonizm belirtileri ile (Morris, 2008) detaylı görsel halüsinasyonlar ve sanrılar gibi psikotik semptomlar görülmektedir (APA, 2013). Parkinsonizm, psikotik semptomlar ve rahatsızlığın inişli çıkışlı bir seyir izlemesi Lewy Cisimcikli Nörobilişsel Bozukluk (LCNB) ve Alzheimer hastalığı arasındaki en önemli fark olarak tanımlanmaktadır (O'Reilly ve ark., 2011). Ayrıca, LCNB'de bilişsel işlevlerin, dolayısıyla da genel işlevsellik düzeyinin, Alzheimer hastalığındakine kıyasla daha hızlı bir şekilde bozulduğu görülür (Morris, 2008). LCNB'nin ileri yaş grubundaki yaygınlığının %0,1-%5 arasında olduğu ve erkeklerde, kadınlara kıyasla 1,5 kat daha yaygın olduğu tahmin edilmektedir (APA, 2013).



Şekil 8. Lewy cisimcikleri, serebral kortekste ve substantia nigrada nöronların içinde ortaya çıkan protein yığınlarıdır.

nobel

Tablo 11. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Majör ya da Hafif Nörobilişsel Bozukluk

A. Majör ya da Hafif NB kriterleri karşılanmaktadır.

B. Nörobilişsel bozulmalar sadece deliryum esnasında ortaya çıkmaz ve madde intoksikasyonu ve akut yoksunluk süresince devam eder.

C. Alınan madde ya da ilaç, ve kullanım süresi ve miktarı nörobilişsel bozulmaları ortaya çıkartacak güçtedir.

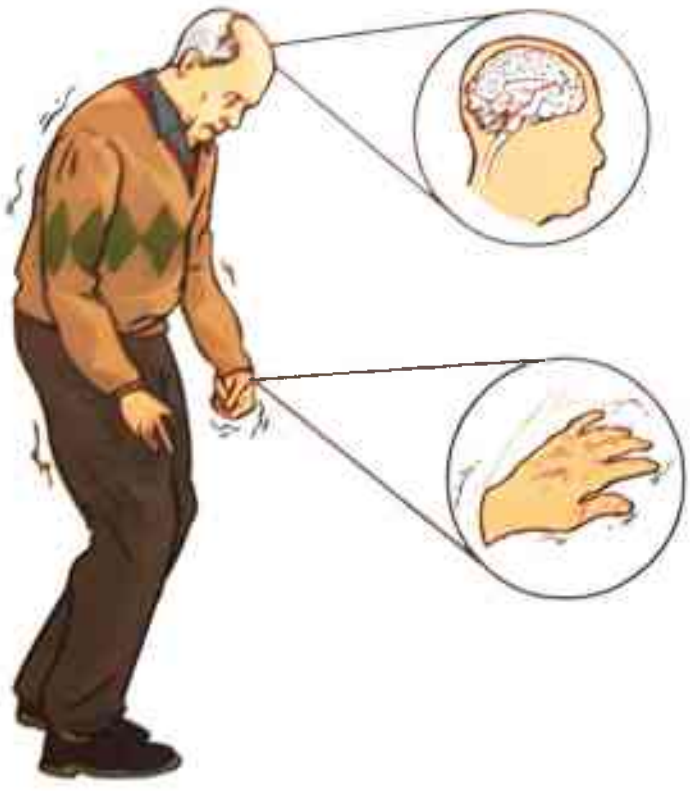
D. Nörobilişsel bozulmaların zaman süreci, maddenin/ilacın alındığı ya da yoksunluğunun olduğu zamanlama ile tutarlıdır (ör., belli bir yoksunluk sürecinden sonra bozukluk sabit kalmış ya da iyileşme göstermeye başlamıştır).

E. NB başka bir tıbbi durumla ya da psikolojik rahatsızlıkla açıklanamaz.

Not. Parkinson hastalığına, Huntington hastalığına, HIV enfeksiyonuna ve Prion hastalığına bağlı NB'lerin tanı kriterleri, majör ve hafif NB tanı kriterlerini karşılaması ve belirtilen rahatsızlıklara bağlı olması dışında bir farklılık içermemektedir.

Parkinson Hastalığına Bağlı Majör ya da Hafif Nörobilişsel Bozukluk (Parkinson Hastalığı)

Parkinson hastalığı, sebebi tam olarak bilinmemekle birlikte, substantia nigradaki hücrelerde görülen dejenerasyonun dopamin düzeyinde azalmaya yol açması sonucunda gelişir ve giderek ilerleyen bir seyir gösterir (Morris, 2008). Hastalığın en belirgin özelliği akinezi, katılık (rijidite) ve istirahat tremoru gibi motor belirtilerdir (Rodnitzky, 2000). Akinezi, istemli kas hareketlerinde yavaşlamayı, yüzün ifadesizleşmesini (maske-yüz), kısa adımlarla ayakları sürüyerek yürümeyi, yürürken kolların daha az sallanmasını, kişinin oturduğu yerden kalkarken ya da yatakta dönerken zorlanmasını içerir. Rijidite, kol ve bacak kaslarında gerginlik anlamına gelir. Hastalığın en açık belirtilerinden biri olan istirahat tremoru ise (resting tremor), kişi istirahat hâlindeyken kollarda, bacaklarda, baş bölgesinde ya da bedenin tamamında görülebilen titremeye işaret eder (Rodnitzky, 2000).



Şekil 9. Parkinson Hastalığında, dopamin düzeyinde azalmaya bağlı olarak akinezi, rijidite ve istirahat tremoru gibi motor belirtiler görülebilmektedir.

Parkinson hastalığına bağlı olarak NB'lerin görülme olasılığının %15 civarında olduğu tahmin edilmektedir (Morris, 2008). Bilişsel bozukluklar, frontal-subkortikal bölgenin zarar görmesi sonucunda ortaya çıkar ve hastanın iyi oluş hâliyle tedaviye yanıt verebilirliğini önemli derecede etkiler (Hobson, 2008). Bilişsel semptomlar çoğunlukla yürütücü işlevlerin ve işler belleğin zarar görmesi ile ilişkilidir. Lichter (2001), frontal-subkortikal bölgedeki nöro-

dejenerasyonun psikolojik semptomlara da katkıda bulunduğunu öne sürmektedir. Parkinson hastalığına bağlı NB'lerde en yaygın görülen psikolojik semptomlar depresyon, psikotik belirtiler, kafa karışıklığı, apati, kompülsif davranışlar (Hobson, 2008) ve gün içerisinde aşırı uykulu olma gibi problemleri içerir (APA, 2013). Depresyon, özellikle üzerinde durulması gereken bir konudur. Schuurman ve arkadaşları (2002), geçmişte depresyon tanısı alan kişilerin Parkinson hastalığı geliştirme riskinin üç kat daha fazla olduğunu ortaya koymuşlardır. Bununla birlikte, Parkinson hastalarında depresyonun yaygınlığının %40 olduğu, genel popülasyonda ise bu oranın %60'a kadar çıkabildiği tahmin edilmektedir (Schuurman ve ark., 2002). Parkinson hastalığı ve depresyon arasındaki bu yakın ilişkinin, serotonin ve dopamin sistemlerindeki bozulmalardan kaynaklandığı düşünülmektedir (Hobson, 2008). Hobson (2008), bütün bu verilere rağmen Parkinson hastalarında depresyonun göz ardı edildiğine, çoğunlukla tedavi edilmediğine ve tedavi yöntemlerinin etkililiğine dair bilgilerin sınırlı oluşuna dikkat çekmektedir.

Parkinson hastalığı, ileri yaştaki bireylerde görülen en yaygın nörodejeneratif bozukluklardan biridir (Hobson, 2008). Hastalığın başlangıcı genelde ileri yaş dönemine denk gelir (çoğunlukla 60'lı yaşlar). Kadınlara kıyasla erkeklerde daha yaygın olarak görülmektedir (APA, 2013).

Diğer Nörobilişsel Bozukluklar

Huntington hastalığı, genetik yatkınlığa bağlı olarak ortalama 40'lı yaşlarda ortaya çıkan ve ekstrapiramidal motor anomalilerle tanımlanan bir rahatsızlıktır (APA, 2013). Hastalığın motor belirtilerinden önce depresyon, kaygı, asabiyet görülebilir. Buna paralel olarak ortaya çıkan bilişsel bozulmalar çoğunlukla yürütücü işlevlerle ilgilidir. Bilişsel ve davranışsal bozuklukların ardından istemli harekette yavaşlama ve kore hareketleri (dans eder gibi, istemsiz kasılma hareketleri) görülür (APA, 2013). Hastalıkla beraber gelişen psikolojik ve bilişsel semptomlar nedeniyle kişi her gün yaptığı işleri bile yapmakta zorlanabilir. Hastalığın ortalama başlangıç yaşı göz önünde bulundurulduğunda, kişinin en üretken olacağı zamanda işlevselliğinin olumsuz etkilenmesi, kişinin iş, aile ve sosyal hayatında güçlükler yaşamasına neden olur (APA, 2013).

HIV Enfeksiyonuna sahip bireylerin yaklaşık dörtte biri hafif NB, %5'i ise majör NB tanı kriterlerini karşılamaktadır. NB'nin HIV enfeksiyonuna bağlı olarak ortaya çıkması durumunda giderek kötüleşebilir, tamamen iyileşebilir ya da inişli çıkışlı bir örüntüye sahip olabilir (APA, 2013).

Prion hastalığına bağlı NB, herhangi bir yaşta ortaya çıkabilmektedir. Yetişkinlerde en fazla 60'lı yaşlarda görüldüğü tahmin edilir. Bir yıl içerisinde milyonda bir ya da iki vakanın olduğu tahmin edilmekle birlikte hastalığın hızlı bir biçimde ilerlemesi nedeniyle yaygınlığa ilişkin net veriler bulunmamaktadır (APA, 2013).

MAJÖR VE HAFİF NÖROBİLİŞSEL BOZUKLUKLARIN TEDAVİSİ

Farmakolojik Tedaviler

NB'lerin, özellikle de Alzheimer hastalığının, semptomatik tedavisinde yaygın olarak asetilkolinesteraz (AChE) inhibitörleri (ör.; galantamin, donepezil, rivastigmin) (Fisher, Drossel, Ferguson, Cherup & Sylvester, 2008; Ströhle ve ark., 2015) ve NMDA reseptör agonistlerine

(Fisher ve ark., 2008); Parkinson hastalığı tedavisinde ise Antiparkinson (ör., dopamin reseptör agonistleri) tedavisine başvurulmaktadır (Hobson, 2008). Farmakolojik tedaviler nörobilişsel semptomların ilerlemesini bir miktar yavaşlatır. Ancak bilişsel bozulmaların tamamen önlenmesi ve tedavisi mümkün değildir (Fisher ve ark., 2008; O'Reilly ve ark., 2011). Antiparkinson ilaçlarının yüksek dozda kullanımında ise deliryum, uyku bozuklukları ve psikotik semptomlar gibi ciddi yan etkilerin görülme olasılığı bulunmaktadır (Hobson, 2008).

NB'lerde görülen davranışsal ve psikolojik semptomların tedavisi içinse farmakolojik tedaviye başvurulmasıyla ilgili literatür oldukça tartışmalıdır (Bird & Moniz-Cook, 2008). Tipik antipsikotik tedavisi, saldırgan davranışı azaltmada bir miktar etkili olduğu bilinmekle birlikte ciddi yan etkileri nedeniyle tercih edilmemektedir (Sink, Holden & Yaffe, 2005). Atipik antipsikotiklerin Alzheimer hastalığı ve VNB'de görülen davranışsal ve psikolojik semptomların tedavisinde bir miktar etkili olduğu ve ekstrapiramidal yan etkilerin tipik antipsikotiklere kıyasla daha az olduğu bilinmektedir (Sink ve ark., 2005). Öte yandan LCNB'de antipsikotik ilaçlara yönelik ciddi bir duyarlılık söz konusudur (APA, 2013). Antipsikotiklere kıyasla daha iyi tolere edilebilen antidepresanların ise sadece depresyon semptomlarının tedavisi için bir miktar etkili olduğu görülmüştür (Hobson, 2008; Sink ve ark., 2005). Hobson (2008), etkili tedavi yöntemlerinin tanımlanabildiği Parkinson hastalığı gibi hastalıklar için bile bu tedavilerin çoğunlukla semptomatik olduğuna, istenmeyen yan etkilere yol açabildiğine ve kişinin iyi oluş hâline pek katkı yapmadığına dikkat çekmektedir.

Bütün bu bilgiler göz önünde bulundurulduğunda, aralarında Amerikan Psikiyatri Birliği ve Amerikan Geriatri Topluluğunun da (American Geriatrics Society) bulunduğu birçok profesyonel kurum (Teri, McKenzie & Coulter, 2016), NB'lerde görülen davranışsal ve psikolojik semptomların tedavisi için öncelikli olarak bu problemlere katkı yapma olasılığı olan sağlık sorunlarına ve çevresel faktörlere müdahale edilmesi önerilir (O'Reilly ve ark., 2011; Sink ve ark., 2005). Buna rağmen psikolojik problemlerin devam ettiği durumda ise öncelikli olarak farmakolojik olmayan yaklaşımlara başvurulması, en son seçenek itibariyle farmakolojik tedavinin düşünülmesi önerilmektedir (Cummings, 2004; Sink ve ark., 2005; Teri ve ark., 2016).

Psikososyal Müdahaleler

Son yıllarda, NB'lerin tedavisine yönelik psikososyal müdahale yaklaşımlarına ilgi giderek artmaktadır. Bu müdahaleler NB'lerin (bilişsel ve psikolojik) semptomları üzerinde kısmen etkili olmakla birlikte, mucize vadetmemektedir. Ancak, semptom tedavisinin ötesinde, hastanın ve hasta yakınlarının iyi oluş hâllerine ve yaşam kalitelerinin artmasına katkıda bulunma amacı taşımaları, bu müdahale yaklaşımlarının önemine işaret etmektedir (Bird & Moniz-Cook, 2008).

Psikososyal müdahaleleri beş başlık altında değerlendirmek mümkündür: (1) Duyusal uyarım ve fiziksel aktivite temelli müdahaleler, (2) Davranışsal müdahaleler, (3) Bilişsel müdahaleler, (4) Duygu odaklı müdahaleler, (5) Hasta yakınları ve bakım verenlere yönelik müdahaleler.

Duyusal uyarım ve fiziksel aktivite temelli müdahaleler: NB'si olan ileri yaşlardaki bireylerin, gerek içinde bulundukları ortamın monoton olması, gerek kendilerini sosyal çevreden soyutlamış olmaları gibi nedenlerle duyusal uyaranlardan yoksun kaldıkları düşünülmektedir. Uyaran

yoksunluğu genç ve sağlıklı bireylerde bile bilişsel problemlere yol açar. NB'si olan bireylerde ise bu durumun çok daha yıkıcı etkileri bulunmaktadır. Öte yandan, çok fazla duyusal uyaranın da kafa karışıklığı yarattığı ve strese yol açtığı bilinmektedir. Dolayısıyla, duyusal uyarım müdahalelerindeki temel amaç, hastanın katılmaktan keyif aldığı, kafa karıştırıcı ve rahatsız edici olmayan aktivitelerle duyusal uyarana maruz kalmasının sağlanmasıdır (Woods & Clare, 2008). Duyusal uyarım müdahalelerine, müzik ve sanat terapisinin kullanıldığı duyusal entegrasyon terapisi (Orrell, Hancock, Hoe, Woods, Livingston & Challis, 2007), Montessori aktiviteleri, evcil hayvanlarla uygulanan pet terapi, masaj ve aromaterapi gibi uygulamalar örnek gösterilebilir (Woods & Clare, 2008). Bu uygulamaların yıkıcı davranışı iyileştirmeye, ajitasyon düzeyini düşürmeye (O'Reilly ve ark., 2011), depresyon ve apatinin azalmasına katkısı bulunmaktadır (Woods & Clare, 2008, bk. Yakın Bakış 3).



Şekil 10. Müzik terapisi ile duyusal uyarımın sağlanması, hastaların kendilerini ifade etmelerinin teşvik edilmesi ve olumlu duygu durumunun artırılması amaçlanmaktadır.

Fiziksel aktivite temelli müdahaleler ise aerobik egzersiz, denge aktiviteleri gibi uygulamaları içerir. Bu tür aktivitelerin özellikle duygu durumda iyileşmeye yardımcı olduğu bilinmektedir (Teri ve ark., 2016). Bunun yanı sıra Ströhle ve arkadaşları (2015), yapmış oldukları meta-analiz çalışmasında, fiziksel egzersiz yapmanın Alzheimer hastalarında bilişsel işlevselliğe katkı sağladığını ortaya koymuştur.

YAKIN BAKIŞ 3 Alzheimer Hastalığında Müzik Terapi

Müzik terapi, Dünya Müzik Terapisi Federasyonunun belirlediği koşullarda, müzik alanında yeterliliğe sahip nitelikli bir müzik terapisti tarafından bireysel olarak ya da grup çalışması ile uygulanabilen, hastaların sosyal katılımlarını ve iletişimlerini geliştirmek amacıyla tasarlanmış bir psikolojik tedavi yöntemi olarak belirlenmiştir (World Federation of Music Therapy, WFMT, 2011). Müzik terapi, farmakolojik olmayan bir müdahale şekli olmakla birlikte ezgilerin, seslerin ve hareketlerin sistematik kullanımına dayanmaktadır (Svansdottir & Snaedal, 2006).

Müzik temelli terapide, müzik aletleri çalmaya dayalı olarak iki temel yöntem bulunmaktadır. "Alıcı", diğer adıyla "pasif" olarak isimlendirilen yöntem dinlemeye dayalı bir terapi türüdür (Aldridge, 1995). Bu yöntemde hastalar, bir müzik aletinden çıkan melodiyi veya kayıt cihazından çıkan şarkıları dinler (Karslı, 2019). "Etkin" ya da diğer adıyla "aktif" olarak isimlendirilen yöntem ise dans etme ya da enstrüman çalma gibi etkinliğe

dayalı bir terapi türüne karşılık gelir (Aldridge, 1995). Bu terapi ile amaç, duyusal uyarımın sağlanması ve hastaların kendilerini ifade etmelerinin teşvik edilmesidir. Böylece NB'si olan hastaların henüz kaybetmedikleri yetilerini canlandırmalarına, kullanmalarına ve keşfetmelerine olanak sağlanmaktadır (Guétin ve ark., 2009).

Aldridge (1995), bu alanda yapmış olduğu bir çalışmada hem aktif hem de pasif müzik terapi yönteminin kullanıldığı bir grup Alzheimer hastasının, müzik terapinin uygulandığı süreç boyunca psikolojik ve sosyal açıdan pozitif yönde değişim gösterdiklerini, ailelerine ve bakım verenlerine karşı olumlu tutumlar gösterdiklerini ve sosyal ilişkilerindeki iletişim ve etkileşimlerinde daha aktif olduklarını saptamıştır. Bu yönüyle müzik terapinin sadece hastaların yararlandığı bir yaklaşım olarak görülmemesi gerektiği, hasta bakım verenlerine ve ailelerine yönelik olarak da müzik terapi uygulamalarının kullanılabildiği ve bu yöndeki olumlu sonuçların göz ardı edilemez olduğu belirtilmiştir (Karslı, 2019).

Müzik terapinin sıklıkla kullanıldığı bir alan olan Alzheimer hastalığı ile yapılan çalışmalar incelendiğinde görülmektedir ki müzik terapi, Alzheimer hastalığının psikolojik semptomları için umut verici, farmakolojik olmayan bir yaklaşım olarak karşımıza çıkar (Raglio ve ark., 2008). Bu süreçte en belirgin etki, konuşma ve iletişime dayalı toplumsal davranışlarda görülen ilerleme ile kaydedilmiştir. Müzik terapinin NB'ye sahip kişilerde, sosyal davranışlarda ve gerçekliğin algılanması durumlarında iyileşmenin kaydedildiği, özellikle Alzheimer hastalarında sıklıkla deneyimlenen ajitasyon, başıboş dolaşma davranışları, huzursuzluk gibi pek çok belirtiyi önemli ölçüde azalttığı görülmüştür (Birkan, 2014).

Utah Sağlık Üniversitesinde 2018'de müzik terapi ile ilgili yapılmış olan bir çalışma neticesinde, Alzheimer hastalığının beraberinde getirdiği sosyal izolasyon ve içe çekilme gibi etkileşim engellerinin aşılabilmesi yönünde müziğin kullanılabileceği belirtilmiştir. Bu çalışma, müziğin beyni harekete geçirdiğini, beyinde bulunan pek çok bölgenin etkileşim içerisine girdiğini ve bu sayede hasta ile kurulan iletişimin büyük oranda arttığını göstermektedir. Araştırmacılar özellikle kişiselleştirilmiş (hastanın seçimine ve ilgisine dayalı) müziğin Alzheimer hastalarıyla etkileşim ve iletişim kurmak için alternatif bir yol olabileceğine dair olumlu sonuçların kaydedildiğine işaret etmiştir. Buna ek olarak, Birkan (2014), müziğin duygu durumunu pozitif yönde etkilediğini ve hastanın motivasyonunun artmasında kolaylaştırıcı etki yaptığını, böylelikle zaten var olan ve bilinen tedavi seçeneklerine ek olarak eş güdümlü bir şekilde uygulanması sonucunda hastaların iyileşme oranlarının önemli ölçüde arttığını öne sürmüştür.

Yazan: Psk. Betül Yel.

Davranışsal müdahaleler: Bu yaklaşım, öncelikli olarak davranışsal problemlerle ilgili (ör.; saldırganlık, başı boş dolaşma vb.) her bireyin kendi durumuna özgü özelliklerinin anlaşılmasını ve kişinin spesifik ihtiyaçları doğrultusunda davranışçı yöntemlerin uygulandığı (ör., edimsel koşullanma) bir müdahale planı geliştirilmesini içerir (O'Reilly ve ark., 2011)

[ör: ortamda değişiklikler yapma, simgesel ödülden (token economy) yararlanma gibi]. Orrell ve arkadaşları (2007), yapmış oldukları meta-analiz çalışmasında, davranışçı müdahalelerin hastanın davranışsal problemine olumlu etki ettiğini, bakım veren stresinin azalmasını sağladığını ve bu etkilerin aylarca devam ettiğini ortaya koymuşlardır.

Teri, McCurry, Logsdon ve Gibbons (2005), Seattle Protocols olarak tanımladıkları davranışçı müdahale uygulamasında, hasta yakınlarını da sürece dahil ederek seanslar arasında da uygulama yapılmasını, böylelikle, kazanılan becerilerin günlük hayata genelleştirilmesini sağlamışlardır. Davranışsal problemlerin yanı sıra hastanın depresyon, ajitasyon ve uyku ile ilgili şikayetlerinin de ele alındığı bu uygulama ile (Teri, Logsdon & McCurry, 2002) hem hastanın problemlerinde hem de hasta yakınlarının depresyon ve algılanan yüklerinde azalma ve buna paralel olarak hastanın yaşam kalitesinde artış gözlemlemişlerdir (Teri ve ark., 2005).

Bilişsel müdahaleler: Bilişsel müdahaleler; bilişsel uyarılma, bilişsel eğitim, bilişsel rehabilitasyon ve anımsama terapisi (Reminiscence Therapy) uygulamalarını içerir.

Bilişsel uyarılma çalışmaları (cognitive stimulation), bilişsel içeriğe sahip çeşitli aktivitelerden oluşur (Woods & Clare, 2008). Grup çalışması ile yapılan bu uygulamaların bilinen en yaygın örneği Gerçeklik Oryantasyonudur (Reality Orientation). Gerçeklik oryantasyonunda amaç, hastalara düzenli olarak çevreleri ile oryantasyonlarını sağlamaya yönelik birtakım uyaranların verilmesidir (ör.; o günün tarihi, hava durumu, gruptaki kişilerin isimleri vb.) (O'Reilly ve ark., 2011). Spector, Davies, Woods ve Orrell, (2000), gerçeklik oryantasyonu üzerine yaptıkları sistematik gözden geçirme ve meta analiz çalışmasında, bu uygulamanın hem bilişsel hem de davranışsal işlevselliğe katkı yaptığını öne sürmüşlerdir. Gerçeklik oryantasyonu, anımsama terapisi gibi sosyal etkileşimi destekleyen uygulamalarla birleştirildiğinde ise daha olumlu sonuçlar elde edilmiştir.

Bilişsel eğitim (cognitive training, cognitive retraining ya da cognitive remediation olarak isimlendirilebilmektedir), bilişsel işlev alanlarına yönelik yapılandırılmış egzersizler içerir (dikkat, konsantrasyon, problem çözme egzersizleri gibi) (Woods & Clare, 2008). Bu egzersizler hastanın işlevsellik düzeyine göre bireyselleştirilir. Hastanın belli bir bilişsel alandaki işlevselliğinin artması ya da korunması için egzersizlerin tekrar tekrar pratik edilmesini gerektirir. Bilişsel eğitim, hedeflenen bilişsel işlev alanlarıyla ilgili performansta kısa vadede bir miktar kazanım sağlamaktadır. Ancak hastanın yaşam kalitesine ve genel iyi oluş hâline katkıda bulunmadığı görülmüştür (Woods & Clare, 2008).

Buna karşın, hastaların bireyselliğine ve günlük hayatlarındaki ihtiyaçlarına odaklanan uygulamaların hem genel işlevsellik düzeyini hem de yaşam kalitesini artırdığı gözlemlenmiştir. Bu amaçla geliştirilen bilişsel rehabilitasyon (cognitive rehabilitation) çalışmaları, hastayla ve hasta yakınları ile iş birliği içerisinde, kişinin günlük yaşantısı için en çok anlam ifade eden hedeflerin belirlenmesini (ör., yemek yapmaya devam edebilmek) ve hem bu hedeflere ulaşılmasına hem de kişinin sosyal katılımının artmasına yardımcı olunmasını içerir (Woods & Clare, 2008).

Anımsama Terapisi; fotoğraf, müzik, gazete haberleri gibi kaynaklardan yararlanarak hastanın uzak geçmişteki anılarına ulaşılmasını, deneyimlerin paylaşılmasını, bu deneyimlerin kişi için anlamı ve duygusal önemi üzerine konuşulmasını (Woods & Clare, 2008), böylelikle sosyal etkileşim ve keyif alma için bir imkân yaratmayı içerir (O'Reilly ve ark., 2011). Bireysel ya da grup çalışması ile uygulanabilen anımsama terapisinin, özellikle depresif semptomların azaltılmasında etkili olduğu görülmüştür (Woods & Clare, 2008).

Duygu odaklı müdahaleler: NB'si olan hastalarla psikoterapi uygulamalarına yönelik ilgi giderek artmaktadır. Psikoterapi hem hastalığa uyum sürecinin kolaylaştırılması, hasta ve hasta yakınlarının duygularını paylaşmaya teşvik edilmeleri; hem de depresyon, kaygı gibi şikayetlere müdahale edilmesi bakımından önemlidir (Woods & Clare, 2008). Bu alandaki araştırmalar, çoğunlukla hastalığın erken dönemlerinde olan kişilerle yürütülmüştür. Hobson (2008), Parkinson hastalığı olan bireylerde yürütücü işlevlerin etkilenmesinin psikoterapi sürecini de olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Öte yandan Woods ve Clare (2008), hastalığın ilerleyen aşamalarında olan kişilerin göz ardı edilmemesini, bu kişilerle yapılacak psikoterapi uygulamalarının karşılıklı anlaşma çabasını (mutual understanding) içermesi gerektiğini öne sürmektedir.

Bir diğer duygu odaklı müdahale örneği, Onaylama Terapisidir (Validation Therapy, Feil, 1992, 1993). Feil'e göre, kişinin çevresi ile iletişim kurması, kendini anlatabilmesi, duygularını aktarabilmesi ve kendisini dinleyen kişiden onay ve kabul görmesi en temel ihtiyaçlardan biridir. NB'ye sahip kişilerin de çevreleri ile irtibat kurma ve kendilerini anlatma ihtiyaçları devam eder. Onaylama terapisi ile hastanın bu ihtiyacına karşılık verilmeye çalışılır. Kişinin anlattıkları gerçeklikle birebir örtüşmese bile, onay ve kabul görür. Böylelikle, özellikle geçmişle ilgili kişiye acı veren duyguların azalacağı varsayılır (Feil, 1992, 1993).

Hasta yakınları ve/veya bakım verenlere yönelik müdahaleler: NB tanısı almak hem hasta hem de hasta yakınları açısından yıkıcı bir durumdur. O'Reilly ve arkadaşları (2011), NB'ye sahip hastalara bakım veren kişilerde depresyon görülme olasılığının, fiziksel sağlık problemlerine bakım verenlere kıyasla 15 kat daha fazla olabileceğini öne sürmektedir. Bakım verme stresi, bakım vermenin son bulması ve hastanın bir kuruma yatırılması ile sonuçlanabilmektedir. Hasta yakını, bakım verme sorumluluğunu kendisi üstlenmemiş olsa bile, süreç içerisinde yakını ile iletişiminin ve etkileşiminin giderek azalmasına bağlı olarak çeşitli olumsuz duygular deneyimleyebilmektedir (ör., beklenen yas) (Not: Hasta yakını aynı zamanda bakım veren olabileceği gibi, bakım veren, kurumdaki hemşire ya da hasta bakıcı gibi hastanın yakını olmayan biri de olabilmektedir. İngilizcedeki "care giver" ifadesi hem hasta yakınlarını hem de bakım verenleri içerir.).

NB'lerin tedavisi sürecinde, hasta yakınları ve bakım verenlere yönelik müdahaleler özellikle iki açıdan önemlidir: (1) Hasta yakını ve/veya bakım verenlerin stres düzeyi azaldığında, hasta ile olan etkileşimlerinin ve verilen bakımın kalitesi artmaktadır (Bird & Moniz-Cook, 2008; Teri ve ark., 2016); (2) Hastalarla yürütülen psikososyal müdahale çalışmaları, hasta yakınları ve/veya bakım verenleri de sürece dahil edilerek iş birliği içerisinde yürütüldüğünde daha etkili sonuç vermektedir (örnek., Seattle Protocols, Teri ve ark., 2005).



Şekil 11. Hasta yakınlarının stres düzeyi azaldığında, hasta ile olan etkileşimlerinin ve verilen bakımın kalitesi artmaktadır.

Hasta yakınları ve/veya bakım verenlere yönelik çalışmalar, amaçları açısından üç grup altında toplanabilir: (1) Psikoeğitim, (2) davranışsal problemlerin yönetilmesi, (3) danışmanlık (Teri ve ark., 2016). Bireysel ya da grup

çalışması olarak uygulanabilen bu çalışmaların her üç amaca da hitap etmesi mümkündür.

Psikoeğitim çalışmalarındaki amaç, hasta yakınları ve/veya bakım verenlerin NB'yi ve bu hastalıkla ilgili süreci daha iyi anlamalarına yardımcı olmaktır. Hasta yakınları ve/veya bakım verenler, hastalık hakkında bilgi sahibi oldukları zaman hastanın davranışlarını daha sakin karşılayabilmekte, belli davranışların neden kaynaklandığını daha iyi anlayabilmekte ve hastanın ihtiyaçlarını takip edip bu ihtiyaçlara yönelik çeşitli düzenlemeler yapabilmektedir (O'Reilly ve ark., 2011).

Davranışsal problemlerin yönetilmesi, hasta yakınları ve/veya bakım verenlere, hastanın davranışlarında değişim yaratabilmek için bazı becerilerin kazandırılmasını içerir (O'Reilly ve ark., 2011). Bu beceriler davranış değişikliği stratejileri, hastanın güvenliğinin sağlanması, hastanın yaşadığı ortamda birtakım düzenlemelerin yapılması, hasta ile keyifli vakit geçirebilme, iletişim ve problem çözme ve hastanın semptomlarının takip edilmesi ile ilgili olabilmektedir (Teri ve ark., 2016).

Son olarak, hasta yakınları ve bakım verenlere yönelik danışmanlık uygulamaları, stres ve bakım verme yükünün azaltılmasına ve baş etme becerilerinin artırılmasına yönelik çalışmaları içerir (O'Reilly ve ark., 2011; Teri ve ark., 2016) (bk. Yakın Bakış 4).

YAKIN BAKIŞ 4 Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yükleri

Alzheimer hastaları; öz bakım, beslenme, ilaç tedavisinin düzenlenmesi gibi konularda sürekli bakım gereksinimi duyabilirler (Ar-Karcı & Karancı, 2018). Bu açıdan Alzheimer hastalığı, aile fertleri ve bakım sorumluluğu bulunan kişilerin hayatlarının çeşitli açılardan etkilenmesine neden olmaktadır (Akyar & Akdemir, 2009). Alzheimer hastalığına sahip olan bireye bakım veren kişilerin baş etme becerileri, kişilik özellikleri, sosyal kaynaklarının varlığı ve hastanın işlevsellik düzeyi bakım verme sürecini etkilemektedir. Kültürel faktörler de stresin nasıl algılandığını ve zorlukların nasıl değerlendirildiğini etkileyebilmektedir (Ho, Friedland, Rappolt, & Noh, 2003). Hastanın bakımını sağlayan kişilerin sağlık personelinden ziyade hastanın çocukları, eşi ya da gelini olması durumuna toplulukçu kültürlerde ve gelişmekte olan ülkelerde daha sık rastlanmaktadır. Sağlık personelinin bakım verme sürecine sınırlı oranda dahil olduğu bakım verme stili, Türkiye'de de sıklıkla görülmektedir.

Alzheimer hastasının bakımını sağlayan kişilerin %80'lik kısmını hastanın ailesindeki bireyler, arkadaşları ve komşuları oluşturmaktadır (Ar-Karcı & Karancı, 2018). Alzheimer rahatsızlığından dolayı ortaya çıkan karakter ve eylem tepkileri, aileler için son derece üzücü bir hâle gelebilir. Bazı araştırmalar, yetişkin çocukların diğer bakım verenlere kıyasla daha yüksek düzey yük seviyesi rapor ettiğini, en büyük yükün ise eş tarafından tecrübe edildiğini öne sürmüştür (Conde-Sala, Garre-Olma, Turró-Garriga, Vilalta-Franch, & López-Pousa, 2010). Alzheimer hastalığına sahip kişilere bakım veren yetişkin çocukların daha güçlü suçluluk duygusu duyduklarını, sosyal içe çekilmenin ise eşler arasında çocuklara kıyasla daha yaygın olduğu saptanmıştır (Conde-Sala ve ark., 2010). Yaşlı bireylere

bakım verme sürecinin; duygusal ve fiziksel zorluklarla birlikte bakım verenlerin günlük aktivitelerine ayırdıkları zamanda azalmaya, hastanın ihtiyaçlarına göre kendi hayatlarını şekillendirmelerine bağlı olarak sosyal alanda güçlükler yaşamasına da neden olduğu bilinmektedir. Alzheimer hastalarının bakım verme sorumluluğunu üstlenen kişilerin kaygı, uyku problemleri, tükenmişlik, depresyon, süreğen stres ve bellek sorunları ile karşı karşıya kaldıkları ve bu durumların bireyin yaşam kalitesi ve hem psikolojik hem de fiziksel sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olduğu düşünülmektedir (Sözeri-Varma, Oğuzhanoğlu, Ateşçi, Karagöz, & Apa, 2018). Bakım verme yüküne bağlı olarak yaşanan duygusal zorluklar nedeniyle bakım verenlerde problem çözme becerilerinin zayıflaması, sosyal etkileşimlerden uzak durma, huzursuzluk, artan kaygı düzeyinin bütün hayatı etkilemesi gibi durumlar görülmektedir. Bunların yanı sıra bakım verenlerde kontrol algısında zayıflama, kendisini hatalı bulma, Alzheimer hastasından bazı şeyleri gizleme ve bütün bunlara bağlı olarak çaresizlik, suçluluk ve öfke gibi duygular açığa çıkabilir. Bakım verme sürecinde yaşadıkları duygusal yükleri diğer insanlara anlatmakta problem yaşayan bakım verenlerde depresyon belirtilerinin arttığı görülmektedir (İnci, 2006).

Alzheimer hastalığının erken dönem veya ileri dönem evrelerindeki çeşitli faktörlerin, bakım verenlerde görülen farklı tepki verme şekillerini etkilediği düşünülmektedir. Bakım vereni, bakım verme süreci boyunca zorlayan en önemli nedenler arasında; bakım verenin yeterli desteği görememesi, hastalığın ilerleyici seyrine bağlı olarak hastanın yetişkinlikten çocukluğa, işlevsellikten işlev kaybına bir geçiş yaşaması ve giderek kendi başına bir şey yapamayacak hâle gelmesi sayılabilir (Akyar & Akdemir, 2009). Parayla ilgili konular (paranın idare edilmesi, alışveriş yapılması, hesap yapılması vb.) hastalığın erken dönemlerinden itibaren kişiyi zorlayabilmektedir; bu nedenle bakım verenlerin hastanın ekonomik konulardaki sorumluluğunu üstlendiği bilinmektedir. Alzheimer hastalığının ileri döneminde ise bakım verenler; hastanın temel becerilerinden mahrum olmasından dolayı banyo yapma, yeme-içme gibi temel ihtiyaçlarını üstlenmektedir. Alzheimer hastalığının ileri döneminde hastadaki fiziksel becerilerde bozulmalara dikkatte dağılmalar, depresyon ve davranışlardaki farklılıkların eşlik etmesi ve bakım veren açısından sağlıklı aile bireyinin kaybı, beklenen yas (anticipated grief) duygusunu ortaya çıkartarak bakım vereni olumsuz etkilemektedir (Akyar & Akdemir, 2009).

Bakım vereni desteklemek için yapılan hastanın bakım verene olan bağımlılığının azaltılmasını hedefleyen, sosyal destek kaynaklarını güçlendiren, bakım verenin taleplerini dikkate alan, depresyon ve kaygı durumlarıyla başa çıkmayı veya davranış değişikliğini hedefleyen müdahalelerin bakım verenin stresini azaltma noktasında etkili olduğu görülmüştür. Romero, Ott ve Kelber (2014), Alzheimer hastalığından etkilenen bireylerin sayısı arttıkça, bakım verenlere yardımcı olmak için daha nitelikli, yaygın ve erişilebilir ruh sağlığı hizmetlerine de ihtiyaç artacaktır (Ross & Dagley, 2009). Bu nedenle bakım verenlerin yaşadığı zorlukları azaltmak için gündüz bakım hizmetlerinin, geçici bakım hizmetlerinin, bireysel terapilerin ve destek gruplarının da faydalı olacağı ileri sürülmüştür.

Yazan: Psk. Erkin Özmen & Psk. Uğurcan Doğan

BÖLÜM ÖZETİ

Yaşam beklentisinin artmasıyla birlikte, 65 yaş ve üzeri olarak tanımlanan ileri yaş nüfusu hem endüstriyel hem de gelişmekte olan ülkelerde giderek artmaktadır. Bu artış göz önünde bulundurulduğunda ileri yaş döneminde yaşam kalitesinin artırılması hem bireysel hem de toplumsal iyi oluş hâli için son derece önemli bir gündem olarak karşımıza çıkar. Yaşlanmaya uyum sağlamayı kolaylaştıran en önemli faktörler; benlik saygısı, kontrol duygusu, başa çıkma becerileri, dayanıklılık ve sosyal destektir. Yaşlanmaya uyum sağlama ile ilişkili olan bütün bu değişkenleri psikolojik rahatsızlıkların gelişmesini önleyen koruyucu faktörler olarak düşünmek mümkündür.

Yetişkinlik döneminde görülen hemen hemen bütün psikolojik rahatsızlıklar, ileri yaş döneminde de görülebilmektedir. Özellikle depresyon ve kaygı bozuklukları, ileri yaş döneminde görülen en yaygın psikolojik rahatsızlıklar olup kişinin yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltır. İleri yaş döneminde depresyonun klinik görünümü çoğunlukla somatik ve bilişsel yakınmaları içerir. Kadın olma, yalnız yaşama, genetik yatkınlık, geçmiş depresyon öyküsü, sağlık sorunları, kalp-damar rahatsızlıkları, NB'ler, duyusal işlev kayıpları, günlük yaşam aktivitelerini yapmakta zorlanma ve sosyal destek eksikliği, ileri yaş döneminde depresyonu yordayan risk faktörleridir. İleri yaş döneminde depresyonun hem biyolojik hem de psikolojik yöntemlerle tedavisi mümkündür. Buna rağmen depresyonun çeşitli nedenlerle fark edilmemesi, tedavi edilememesi ile sonuçlanmaktadır.

Deliryum, zihinsel durumda inişli çıkışlı değişimlerle ve dikkati yöneltme ve sürdürme başta olmak üzere çeşitli bilişsel problemlerle tanımlanan akut bir kafa karışıklığı durumudur. Oldukça ciddi bir durum olan deliryum, ölüm riskinde artışla, işlevsellikte bozulmayla, hastanede yatış süresinin uzamasıyla ve kişinin bakım evine yatırılma olasılığının artmasıyla ilişkilidir. DSM-5, deliryumun madde zehirlenmesine, madde yoksunluğuna, ilaç kullanımına, başka bir tıbbi duruma ya da çoklu etiyolojiye bağlı olarak ortaya çıkabileceğini belirtir. Bununla birlikte, deliryuma yatkınlığı artıran ve deliryumu hızlandıran risk faktörlerini de dikkate almak gerekir. Deliryumun tedavisinde ağırlıklı olarak tipik ve atipik antipsikotiklere ve benzodiazepin grubu ilaçlara başvurulmaktadır.

NB'lerin tamamında, tanı konulabilmesi için, bilişsel semptom alanlarında belirgin ya da hafif düzeyde bir gerilemenin görülmesi gerekir. Majör NB'de bilişsel gerilemeler kişinin işlevselliğini önemli derecede etkilemektedir. Hafif NB'de birtakım bilişsel işlev kayıpları görülür, ancak bu gerilemeler kişinin günlük aktivitelerini bağımsız bir biçimde sürdürmesine engel olacak düzeyde değildir. NB'lerde bilişsel semptomların yanı sıra birtakım psikolojik ve davranışsal semptomların görülmesi de yaygındır. NB'lerin etiyolojisine genel olarak bakıldığında genetik yatkınlık, ilerleyen yaş ve beraberinde ortaya çıkan çeşitli rahatsızlıklar bilinen en güçlü risk faktörleri olarak karşımıza çıkar. Bununla birlikte, kişinin temel psikolojik ihtiyaçlarının yeterince karşılanmaması ve olumsuz sosyal etkileşimler gibi psikososyal faktörler de NB'lere katkı yapmaktadır.

Alzheimer hastalığı, NB'ler arasında en yaygın olanıdır. Alzheimer hastalığının en önemli özelliği, bellek ve öğrenme işlevlerinin zarar görmüş olmasıdır. Beyin yapısında görülen ve Alzheimer hastalığına işaret eden en belirgin değişimler, kortikal atrofi, beta-amiloid proteinlerin birikmesi sonucunda oluşan plaklar ve tau proteinlerinin işlevini kaybedip birikmesiyle oluşan nörofibriller yumaklardır. Bununla birlikte, kortikal ve subkortikal yapılarda, özellikle de hipokampüste asetilkolin seviyesinde önemli ölçüde düşüş görülmektedir.

FNB, frontal ve anterior temporal lobları etkileyen nörodejeneratif rahatsızlık sonucunda ortaya çıkar. En belirgin özelliği davranışsal problemler, ifade edici dil becerilerinde bozulma ve kişilik değişimidir. LCNB, nöronların içinde ortaya çıkan Lewy cisimciklerine bağlı olarak gelişir. İlk olarak karmaşık dikkat ve yürütücü işlevler, hastalığın ilerleyen aşamalarında ise öğrenme ve bellek fonksiyonlar zarar görür. VNB, felç ya da damar tıkanıklığı nedeniyle ortaya çıkan ve özellikle karmaşık dikkat süreçleri, bilgi işlem hızı ve yürütücü işlevlerde görülen bilişsel bozulmalarla tanımlanır. Travmatik Beyin Hasarına bağlı NB trafik kazası, düşme, kafa çarpması gibi nedenlerle gerçekleşen travmatik beyin hasarları sonucunda ortaya çıkar.

Parkinson hastalığının en belirgin özelliği; akinezi, rijidite ve istirahat tremoru gibi motor belirtilerdir. NB Parkinson hastalığına bağlı olarak ortaya çıktığı durumda çoğunlukla yürütücü işlevlerin ve işler belleğin zarar görmesi ile ilişkilidir. Ayrıca depresyon, psikotik belirtiler, kafa karışıklığı, apati, kompülsif davranışlar ve gün içerisinde aşırı uykulu olma gibi problemler görülebilir. NB'ler madde veya ilacın kötüye kullanımına ya da yoksunluğuna, Huntington hastalığına, HIV enfeksiyonuna ve Prion hastalığına bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir. NB'lerin tedavisinde farmakolojik tedavi seçeneklerinin yanı sıra psikososyal müdahalelere de başvurulması önerilmektedir. Psikososyal çalışmalar, duyusal uyarım ve fiziksel aktivite temelli müdahaleleri, davranışsal müdahaleleri, bilişsel müdahaleleri, duygu odaklı müdahaleleri ve hasta yakınları ve bakım verenlere yönelik çalışmaları içermektedir.

KAYNAKLAR

Adams, T. R., Rabin, L. A., Da Silva, V. G., Katz, M. J., Fogel, J. & Lipton, R. B. (2016). Social support buffers the impact of depressive symptoms on life satisfaction in old age. *Clinical Gerontologist, 39*(2), 139-157. DOI: 10.1080/07317115.2015.1073823

Akyar, İ. & Akdemir, N. (2009). Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Hacettepe Hemşirelik Dergisi, 16*(3), 32–49.

Aldridge, D. (1995). Music therapy and the treatment of alzheimer's disease. *Clinical Gerontologist, 16*(1), 41-57. DOI: 10.1300/J018v16n01_05

American Psychiatric Association (APA). (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. USA: Washington, DC.

American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Alexopoulos, G. S. (2003). Vascular disease, depression, and dementia. *Journal of the American Geriatrics Society, 51*(8), 1178–1180. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2003.51373.x

Alexopoulos, G. S. (2006). The vascular depression hypothesis: 10 years later. *Biological Psychiatry, 60*(12), 1304–1305. DOI: 10.1016/j.biopsych.2006.09.006

Ar-Karcı, Y. & Karancı, A. N. (2018). Alzheimer hastalarına bakım verme süreçleri. M. R. Krespi (Ed.). *Kronik Fiziksel Hastalıkların Psikososyal Süreçleri* (ss: 9–32). Ankara: Türkiye Klinikleri.

Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (ss. 1–34). Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Barry, L. C. & Byers, A. L. (2016). Risk factors and prevention strategies for late-life mood and anxiety disorders. K. W. Schaie & S. L. Willis (Eds.). *Handbook of the Psychology of Ageing.* (8.Basım) (ss. 409–427). London, UK: Elsevier.

Biering, P. (2019). Helpful approaches to older people experiencing mental health problems: a critical review of models of mental health care. *European Journal of Ageing, 16,* 215-225. DOI: https://doi.org/10.1007/s10433-018-0490-3

Bilgili, N. & Arpacı, F. (2014). Quality of life of older adults in Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 59*(2), 415-421. DOI: 10.1016/j.archger.2014.07.005

Bird, M. & Moniz-Cook, E. (2008). Challenging behaviour in dementia: A psychosocial approach to intervention. B. Woods & L. Clare (Eds.). *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing.* (2.Basım) (ss. 571-594). West Sussex, UK: John Wiley & Sons.

Birkan, Z., I. (2014). Müzikle tedavi, tarihi gelişimi ve uygulamaları. *Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi,* 37-49.

Blazer, D., & Hybels, C. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological Medicine, 35*(9), 1241-1252. DOI: doi: 10.1017/S0033291705004411.

Butler, R. (1969). Age-ism: Another form of bigotry. *The Gerontologist, 9*(4), 243–246. DOI: https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243

Campbell, N., Boustani, M. A., Ayub, A., Fox, G. C., Munger, S. L., Ott, C., Guzman, O., ... Singh, R. (2009). Pharmacological management of delirium in hospitalized adults: a systematic evidence review. *Journal of General Internal Medicine, 24*(7), 848-853. DOI: 10.1007/s11606-009-0996-7

Chew-Graham, C. & Baldwin, R. (2008). Late-life depression: an introduction. C. Chew-Graham, R. Baldwin & A. Burns (Eds.). *Integrated Management of Depression in the Elderly.* (ss. 1-16). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Chew-Graham, C., Baldwin, R. & Lovell, K. (2008). Management of late-life depression. C. Chew-Graham, R. Baldwin & A. Burns (Eds.). *Integrated Management of Depression in the Elderly.* (ss. 17-33). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Coleman, P. G. & O'Hanlon, A. (2008). Ageing and adaptation. B. Woods & L. Clare (Eds.). *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing.* (2.Basım) (ss. 17-32). West Sussex, UK: John Wiley & Sons.

Conde-Sala, J. L., Garre-Olmo, J., Turró-Garriga, O., Vilalta-Franch, J., & López-Pousa, S. (2010). Differential features of burden between spouse and adult-child caregivers of patients with Alzheimer's disease: an exploratory comparative design. *International Journal of Nursing Studies, 47*(10), 1262–1273. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2010.03.001

Cummings, J. L. (2004). Alzheimer's disease. *New England Journal of Medicine, 351*(1), 56–67. DOI: 10.1056/NEJMra040223

Curran, H. V., Kopelman, M. D., & Rusted, J. M. (2004). The cognitive psychopharmacology of Alzheimer's disease. R. G. Morris & J. Becker (Eds.). *Cognitive Neuropsychology of Alzheimer's Disease.* (2. Basım) (ss. 322-338). UK: Oxford University Press.

Dahm, R. (2006). Alzheimer's discovery. *Current Biology, 16*(21), R906–R910. DOI: 10.1016/j.cub.2006.09.056.

Downs, M., Clare, L., & Anderson, E. (2008). Dementia as a biopsychosocial condition: implications for practice and research. B. Woods & L. Clare (Eds.). *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing.* (2.Basım) (ss. 145-160). West Sussex, UK: John Wiley & Sons.

Erikson, E. (1980). *Identity and the Life Cycle.* New York: Norton.

Erikson, E. (1982). *The Life Cycle Completed: A Review.* New York: Norton.

Feil, N. (1992). Validation therapy with late-onset dementia populations. G. Jones & B. M. L. Miesen (Eds.). *Care-giving in Dementia: Research and Applications.* (ss. 199-218). New York: Routledge.

Feil, N. (1993). *The Validation Breakthrough: Simple Techniques for Communicating with People with Alzheimer's Type Dementia.* Baltimore: Health Professions Press.

Fick, D. M., Agostini, J. V., & Inouye, S. K. (2002). Delirium superimposed on dementia: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society, 50,* 1723-1732. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2002.50468.x

Finkel, S., Silva, J.C., Cohen, G., Miller, S. & Sartorius, N. (1998). Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 6*(2), 97-100. DOI: https://doi.org/10.1097/00019442-199805000-00002

Fisher, J. E., Drossel, C., Ferguson, K., Cherup, S., & Sylvester, M. (2008). Treating persons with dementia in context. D. Gallagher-Thompson, A. M. Steffen, & L. W. Thompson (Eds.). *Handbook of Behavioral and Cognitive Therapies with Older Adults.* (ss. 200-218). USA: Springer.

Foster, N. (2018, Nisan 27). *Music activates regions of the brain spared by Alzheimer's disease.* https://healthcare.utah.edu/publicaffairs/news/2018/04/alzheimer.php adresinden erişilmiştir.

Guétin, S., Portet, F., Picot, M.C., Pommié, C., Messaoudi, M., Djabelkir, L., ...Touchon, J. (2009). Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: Randomised, controlled study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 28,* 36–46. DOI: 10.1159/000229024

Hill, R. D. & Mansour, E. (2008). The role of positive aging in addressing the mental health needs of older adults. D. Gallagher-Thompson, A. M. Steffen, & L. W. Thompson (Eds.). *Handbook of Behavioral and Cognitive Therapies with Older Adults.* (ss. 309-322). USA: Springer.

Ho, B., Friedland, J., Rappolt, S., & Noh, S. (2003). Caregiving for relatives with Alzheimer's disease: feelings of Chinese-Canadian women. *Journal of Aging Studies, 17*(3), 301–321. DOI: https://doi.org/10.1016/S0890-4065(03)00028-8

Hobson, P. (2008). Parkinson's disease. B. Woods & L. Clare (Eds.). *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing.* (2.Basım) (ss. 185-200). West Sussex, UK: John Wiley & Sons.

Inouye S.K., Viscoli C.M., Horwitz R.I., Hurst L.D. & Tinetti M.E. (1993). A predictive model for delirium in hospitalized elderly medical patients based on admission characteristics. *Annals of Internal Medicine, 119*(6), 474-480. DOI: 10.7326/0003-4819-119-6-199309150-00005.

Inouye S.K. & Charpentier P.A. (1996). Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly persons; a predictive model and interrelationship with baseline vulnerability. *Journal of the American Medical Association, 275*(11), 852-857. DOI: 10.1001/jama.1996.03530350034031

İnci, F. H. (2006). *Bakım verme yükü ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenirliği* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Pamukkale Üniversitesi, Denizli.

İmamoğlu, E. O. & İmamoğlu, V. (1992). Life situations and attitudes of the Turkish elderly toward institutional living within a cross-cultural perspective. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 47*(2), 102-108. DOI: 10.1093/geronj/47.2.p102.

Jackson, J. C., Gordon, S. M., Hart, R. T., Hopkins, R. O., & Ely, E. W. (2004). The association between delirium and cognitive decline: a review of the empirical literature. *Neuropsychology Review, 14*(2), 87-98. DOI: 10.1023/B:NERV.0000028080.39602.17

Jopp, D., Rott, C. & Oswald, F. (2008). Valuation of life in old and very old age: the role of sociodemographic, social, and health resources for positive adaptation. *Gerontologist, 48*(5), 646-658. DOI: 10.1093/geront/48.5.646

Karslı, N. (2019). Manevi bakımı destekleyici bir uygulama: Müzik terapi. *Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, 1*(35), 259-286.

Kertesz, A. (2004). Language in Alzheimer's disease. R.G. Morris & J. Becker (Eds.). *Cognitive Neuropsychology of Alzheimer's disease*. (ss. 197-218). Oxford, UK: Oxford University Press, Oxford.

Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Buckingham, UK: Open University Press.

Lichter, D.G. (2001). Movement disorders and frontal-subcortical circuits. D. G. Lichter & J. L. Cummings (Eds.). *Frontal-Subcortical Circuits in Psychiatric and Neurological Disorders*. (ss. 260-313). New York: Guilford Press.

MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., & Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing, 37*(4), 266-272. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2016.02.014

Maldonado, J. R. (2013). Neuropathogenesis of delirium: review of current etiologic teories and common pathways. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 21*(12), 1190-1222. DOI: 10.1016/j.jagp.2013.09.005

Martorana, A. & Koch, G. (2014). Is dopamine involved in Alzheimer's disease? *Frontiers of Aging Neuroscience, 6*(252), 1-6. DOI: https://doi.org/10.3389/fnagi.2014.00252

Morris, R. G. (2008). The neuropsychology of dementia: Alzheimer's disease and other neurodegenerative disorders. B. Woods & L. Clare (Eds.). *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*. (2.Basım) (ss. 161-184). West Sussex, UK: John Wiley & Sons.

Moss, K. S. & Scogin, F. R. (2008). Behavioral and cognitive treatments for geriatric depression: an evidence-based perspective. D. Gallagher-Thompson, A. M. Steffen, & L. W. Thompson (Eds.). *Handbook of Behavioral and Cognitive Therapies with Older Adults*. (ss. 1-17). USA: Springer.

Nahcivan, N. O. & Demirezen, E. (2005). Depressive symptomatology among Turkish older adults with low incomes in a rural community sample. *Journal of Clinical Nursing, 14*, 1232-1240. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2005.01188.x.

Nelson, T. D. (2016). Promoting healthy aging by confronting ageism. *American Psychologist, 71*(4), 276-282. DOI: http://dx.doi.org/10.1037/a0040221

Nordhus, I. E. (2008). Manifestations of depression and anxiety in older adults. B. Woods & L. Clare (Eds.). *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*. (2.Basım) (ss. 97-110). West Sussex, UK: John Wiley & Sons.

O'Donoghue, M. & Ryan, P. (2011). Depression and ageing: assessment and intervention. P. Ryan & B. J. Coughlan (Eds.). *Ageing and Older Adult Mental Health: Issues and Implications for Practice*. (ss. 127-142). East Sussex, UK: Routledge.

O'Reilly, O., Lavin, D., & Coughlan, B. J. (2011). Ageing and dementia: Assessment and intervention. P. Ryan & B. J. Coughlan (Eds.). *Ageing and Older Adult Mental Health: Issues and Implications for Practice*. (ss. 89-108). East Sussex, UK: Routledge.

Orrell, M., Hancock, G., Hoe, J., Woods, B., Livingston, G., & Challis, D. (2007). A cluster randomised controlled trial to reduce the unmet needs of people with dementia living in residential care. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 22*(11), 1127-1134. DOI: 10.1002/gps.1801

Özden, S. Y. (2018). *Yaşlanmanın Psikolojisi ve Psikopatolojisi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

Raglio A., Bellelli, G., Traficante, D., Gianotti, M., Ubezio, M.C., Villani, D., & Trabucchi, M. (2008). Efficacy of music therapy in the treatment of behavioral and psychiatric symptoms

of dementia. *Alzheimer Disease and Associated Disorders, 22*(2), 158-62. DOI:10.1097/WAD.0b013e3181630b6f.

Robb, C., Chen, H. & Haley, W. (2002). Ageism in mental health and health care: a critical review. *Journal of Clinical Geropsychology, 8*(1), 1-12. DOI: 10.1023/A:1013013322947

Rodnitzky, L.R. (2000). Diagnosis of parkinsonism in the elderly. R. J. Meara & W. C. Koller (Eds.). *Parkinson's Disease and Parkinsonism in the Elderly.* (ss. 4-21). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Romero, M. M., Ott, C. H., & Kelber, S. T. (2014). Predictors of grief in bereaved family caregivers of person's with Alzheimer's disease: a prospective study. *Death studies, 38*(6), 395–403. DOI: 10.1080/07481187.2013.809031

Ross, A., & Dagley, J. C. (2009). An assessment of anticipatory grief as experienced by family caregivers of individuals with dementia. *Alzheimer's Care Today, 10*(1), 8–21. DOI: 10.1097/ACQ.0b013e318197427a

Rosenthal, Z. P., Kraft, A. W., Czerniewski, L. & Lee, J. (2018). Targeting astrocytes with viral gene therapy for Alzheimer's disease. M. Li & B. Joy Snider (Eds.). *Gene Therapy in Neurological Disorders.* (ss. 97-138). London, UK: Elsevier.

Saxena, S. & Lawley, D. (2009). Delirium in the elderly: a clinical review. *Postgraduate Medical Journal. 85,* 405-413. DOI: 10.1136/pgmj.2008.072025

Schaie, K. W. (2016). Theoretical perspectives for the psychology of aging in a lifespan context. K. W. Schaie & S. L. Willis (Eds.). *Handbook of the Psychology of Ageing.* (8.Basım) (ss. 3-13). London, UK: Elsevier.

Schuurman, A. G., Van den Akker, M., Ensinck, K. T. J. L., Metsemakers, J. F. M., Knottnerus, J. A., Leentjens, A. F. G. & Buntinx, F. (2002). Increased risk of Parkinson's disease after depression: a retrospective cohort study. *Neurology, 58*(10), 1501–1504. DOI: 10.1212/wnl.58.10.1501

Schuurmans, M. J., Duursma, S. A., & Shortridge-Baggett, L. M. (2001). Early recognition of delirium: Review of the literature. *Journal of Clinical Nursing, 10,* 721-729. DOI: 10.1046/j.1365-2702.2001.00548.x

Seitz, D.P., Gill, S.S. & van Zyl, L.T. (2007). Antipsychotics in the treatment of delirium: a systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*(1), 11–21. DOI: 10.4088/jcp.v68n0102

Sink, K. M., Holden, K. F., & Yaffe, K. (2005). Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. *Journal of the American Medical Association, 293*(5), 596-608. DOI: 10.1001/jama.293.5.596

Sözeri-Varma, G., Oğuzhanoğlu, N. K., Ateşci, F. Ç., Karagöz, N., & Apa, F. (2018). Alzheimer hastasına bakım veren yakınlarında psikodramatik grup terapisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi. 19*(6), 567–576.

Spector, A., Davies, S., Woods, B. & Orrell, M. (2000). Reality orientation for dementia: a systematic review of the evidence for its effectiveness. *Gerontologist, 40*(2), 206–212. DOI: 10.1093/geront/40.2.206

Ströhle, A., Schmidt, D. K., Schultz, F., Fricke, N., Staden, T., Hellweg, R., Priller, J., ...Rieckmann, N. (2015). Drug and exercise treatment of Alzheimer's disease and mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analyses of effects on cognition in randomized controlled trials. *The American Journal of Geriatric Psychiatry.* DOI: 10.1016/j.jagp.2015.07.007.

Svansdottir, H.B. & Snaedal, J. (2006). Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study. *International Psychogeriatrics, 18*(4), 613-621. DOI: 10.1017/S1041610206003206

Teri, L., Logsdon, R. G., & McCurry, S. M. (2002). Nonpharmacologic treatment of behavioral disturbance in dementia. *The Medical Clinics of North America, 86,* 641-656. DOI: 10.1007/s11940-013-0257-2

Teri, L., Gibbons, L.E., McCurry, S.M., Logsdon, R. G., Buchner, D. M., Barlow, W. E., Kukull, W. A., ...Larson, E. B. (2003). Exercise plus behavioural management in patients with Alzheimer disease: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 290*(15), 2015–2022. DOI: 10.1001/jama.290.15.2015.

Teri, L., McCurry, S.M., Logsdon, R. & Gibbons, L.E. (2005). Training community consultants to help family members improve dementia care: a randomized controlled trial. *Gerontologist*, *45*(6), 802–811. DOI: 10.1093/geront/45.6.802

Teri, L., McKenzie, G., & Coulter, C. A. (2016). Psychosocial interventions for older adults with dementia and their caregivers. K. W. Schaie & S. L. Willis (Eds.). *Handbook of the Psychology of Ageing.* (8.Basım) (ss. 447-474). London, UK: Elsevier.

United Nations Development Programme (UNDP). (2019). *2019 Human development index ranking.* http://hdr.undp.org/en/content/2019-human-development-index-ranking adresinden erişilmiştir.

von Humboldt, S. & Leal, I. (2014). Adjustment to aging in late adulthood: a systematic review. *International Journal of Gerontology*, *8*(3), 108-113. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijge.2014.03.003

World Health Organization (WHO). (2016). *Life expectancy.* https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/en/adresinden erişilmiştir.

World Health Organization (WHO). (2019). *World health statistics overview.* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311696/WHO-DAD-2019.1-eng.pdf?ua=1 adresinden erişilmiştir.

World Federation of Music Therapy: WFMT. (2011). *About WFMT* https://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/adresinden erişilmiştir.

Woods, B. & Clare, L. (2008). Psychological interventions with people with dementia. B. Woods & L. Clare (Eds.). *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing.* (2. Basım) (ss. 523-548). West Sussex, UK: John Wiley & Sons.

15. Bölüm

KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

Halime Şenay Güzel

Kişilik, bireyin yaşamını tamamen çevreleyen son derece önemli bir fenomendir. Bireyin seçeceği mesleği, kuracağı aileyi ve kişiler arası ilişkilerini etkileyen kişiliğin "bozukluk" olarak değerlendirilmesi ve bu nedenle tedaviye ihtiyaç duyulması yüzyıllardır ruh sağlığı alanında yapılan çalışmaların konusu olmuştur. Sadece aile üyeleri ile ilişkiler kuran, yaptığı işi bitirmesini engelleyecek düzeyde detaylı hazırlanan, katı kuralları olan, yakınlarından fikir almadan tek başına karar vermekte zorlanan ya da kişiler arası ilişkilerde çevresindekileri bir gün göklere çıkartıp bir gün ise yerin dibine sokan bireyler, tam olarak da kişilik bozukluğu başlığının altında incelenecek olanlardır. Bireylerin yaşam kalitesini etkilediği kadar, kişiler arası ilişkilerde de sorunlar yaşamalarına neden olan ve sıklıkla diğer psikolojik sorunlara eşlik eden kişilik bozukluklarını anlamak son derece önemlidir. Bunun yanı sıra intihar girişimde bulunan bireylerin %90'ınına en az bir kişilik bozukluğu tanısı konulurken, %74'üne iki ve daha çok bu tanının konulduğu da gösterilmiştir (Yalvaç, Kaya ve Ünal, 2014). Dolayısıyla bu açıdan da kişilik bozukluklarının ele alınması gerekmektedir.

Bu bölümün amacı, kişilik ve kişilik bozukluğunu tanımlamak, bugün kullanılan *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*'nın son baskısı (DSM-5) kapsamında her bir kişilik bozukluğunun klinik görünümü, etiyolojisi ve epidemiyolojisi hakkında bilgi vermektir. Son olarak ise kişilik bozukluklarına ilişkin tedavilerden bahsedilecektir.

KİŞİLİK BOZUKLUĞU TANIMI VE KİŞİLİK BOZUKLUĞUNA TARİHSEL BAKIŞ

Kişilik bozukluğu, bireyin ait olduğu çevre ve kültürün beklentilerinden ciddi oranda sapan, süreklilik ve katılık arz eden içsel yaşantı ve davranış örüntüsü olarak tanımlanmaktadır (American Psychiatric Association - APA, 2000, 2013). Bu sürekli örüntü, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açan uzun süreli uyum bozukluğu ve katı eğilimlerin var olmasını gerektirmektedir.

Kişilik bozukluklarının sınıflandırılması, psikoloji ve psikiyatri tarihi boyunca hep ön planda olan bir konu olmuştur (Millon, 2011). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*'nın ilk baskısında 1952'de (DSM-I) kişilik bozuklukları, genellikle erken dönemde yetersiz veya patolojik bir şekilde bakım almakla ve kısmen gelişimsel sorunlarla ilişkili olarak görülmüş, "kişilik örüntüsü, kişilik ayırt edici özelliği (trait) ve sosyopatik kişilik" olarak gruplandırılmıştır (Grob, 1991). APA (1968) tarafından yayınlanan *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*'nın ikinci baskısında (DSM-II), teorik olarak ortaya konan tanılardan uzaklaşılmak amaçlanmıştır ve zaman içinde gözlemlenebilir, ölçülebilir, kalıcı ve tutarlı olan kişilik bileşenleri üzerinde fikir birliğine varmak için çaba gösterilmiştir. DSM-III, kişilik bozukluklarını, açıkça tanımlanmış tanı kriterleri ile değerlendirmiştir ve bunun yanı sıra yenilik olarak beş eksenli bir değerlendirme sistemini getirmiştir. Eksen I'de sınıflandırılan bozukluklar, genellikle psikotik bozukluk, duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları ile karakterize edilmekteyken, eksen II ise kişilik bozukluklarını içerecek şekilde yapılandırılmıştır. DSM-III'te şizoid kişilik bozukluğunun oldukça geniş bir kategori olduğu düşünülmüş, bunu engellemek amacıyla üç kişilik bozukluğu daha eklenmiştir. Buna göre yakın kişisel ilişkilere ilgi duymayan yalnızlığı içeren "şizoid kişilik bozukluğu"; şizofreni spektrumunda olan, eksantrik inançlar ve geleneksel olmayan davranışlarla karakterize olan "şizotipal kişilik bozukluğu" ve anksiyetenin baskın olduğu ve kişiler arası ilişkilerden geri durma özelliği taşıyan "çekingen kişilik bozukluğu" önerilmiştir. Bunun yanı sıra DSM-III'te sınırda (borderline) ve narsistik kişilik bozukluğu olmak üzere iki yeni tanı eklenmiştir. Bir diğer yenilik de DSM-III'te kişilik bozukluklarının A küme, B küme ve C küme olmak üzere üç farklı kümede değerlendirilmeye başlanmış olmasıdır (APA, 1980). 1987'de APA tarafından yayınlanan DSM-III-R'de ise Eksen II için yapılan en önemli değişiklik DSM-III' ün tüm tanı ölçütlerinin karşılanmasından (monotetik modeli) aynı kişilik bozukluğuna yönelik farklı belirti varyanslarına izin verilmesi modeline (politetik model) geçilmesidir (Widiger, Frances, Spitzer ve Williams, 1988). Bunun dışında DSM-III-R'de kişilik bozukluklarının tanısal kategorilerinde herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

APA tarafından 1994'te yayınlanan DSM-IV, ilk kez, kişilik bozuklukları için "erken başlangıçlı olma, uzun sürme, katılık ve yaşamın pek çok alanına yayılmış olma" gibi son derece önemli niteliklere vurguda bulunan genel bir tanı kriteri seti getirmiştir. Bununla birlikte, önerilen kişilik bozukluğu kümeleri DSM-III-R ile aynı kalmıştır, DSM-IV'te değişikliğe gidilmemiş ancak pasif-agresif bozukluk tanı listesinden çıkarılmıştır. Buna ilaveten, DSM-III-R'de önerilen iki kişilik bozukluğu tanısı olan, kendi kendini çelmeleyici (self-defeating per-

sonality disorder) ve sadist kişilik bozukluğu da yeterli araştırma verisi ve klinik fikir birliğine ulaşılamaması nedeniyle DSM-IV'ten çıkartılmıştır. 2000 yılında yayınlanan DSM-IV-TR'nin temel revize edilme nedeni kullanılan terim ve tanı kriterlerini gözden geçirmek olsa da kişilik bozuklukları bölümünde minimal revizyonlar yapılmıştır. DSM-IV-TR de tıpkı DSM-IV gibi paranoid, şizoid, şizotipal, histriyonik, antisosyal, narsistik, obsesif-kompulsif (OKKB), çekingen ve bağımlı kişilik bozuklukları olmak üzere on kişilik bozukluğunu içermektedir (Oldham, 2014).

DSM-5

Bugün kullanılan DSM-5'te Kişilik Bozuklukları Çalışma Grubu ciddi bir değişiklik yapmak istemiş, daha boyutsal bir yaklaşıma geçilmesini önermiştir (First, Skodol, Bender ve Oldham, 2017; Oldham, 2014). First ve arkadaşları (2002) DSM-5'te "mevcut kategorik yaklaşımın yapaylığını önleyen ve hastanın klinik ile ilgili kişilik özelliklerinin tanımlanmasını ve iletişimini kolaylaştıran boyutsal bir yaklaşım kullanarak kişilik bozukluklarının sınıflandırılmasına" ilişkin bir gözden geçirme yapılmasını istemiştir (s. 179). Öyle ki kişilik bozukluklarını kategorik olarak ele almaktan ziyade boyutsal olarak ele almak gerektiği vurgulanmıştır. Gerçekten de DSM-IV-TR'te tanımlanan kişilik bozuklukları kategorik olarak ayrı etiyoloji veya tedavilere sahip değildir (Clark, 2007; Widiger ve Trull, 2007). Kişilik bozuklukları sadece birbirleriyle değil, aynı zamanda normal kişilik özelliklerini içeren uyumsuz treytlerle de iç içe geçebilmektedir (Widiger ve Costa, 1994). Ayrıca kişilik bozukluklarına ilişkin, eş tanı sayısının fazla olması ile bazı durumlarda kesme noktalarının klinisyenler arası tutarsızlık sergilemesi de kişilik bozuklukları tanısına yönelik kategorik yaklaşıma getirilen bir diğer eleştiridir. Kişilik bozukluğunu "var" ya da "yok" şeklinde değerlendiren kategorik yaklaşıma yapılan bütün bu eleştirilere rağmen, bu yaklaşımın sunduğu kolaylık ruh sağlık alanında çalışan klinisyenler arasında dil birliği sağlamasıdır (Livesley, 2007). Widiger ve Samuel (2005) özellikle kişilik bozukluğuna ilişkin boyutsal modelin, aynı tanıyı almış hastalar arasında yapay tanısal ayırım ya da heterojenlik gibi sorunların önüne geçebileceğini söylemiştir. Bunun yanı sıra, her kişilik bozukluğu tanısı almış hasta için, bireyselleştirilmiş kişilik tanısı koymanın ve tedavi planı oluşturmanın önemine vurgu da bulunmuştur. Kişilik bozukluğunu teşhis etmeye yönelik kullanılan yöntemde bu açıdan bir değişikliğe gidilse de, DSM-5 bütün eleştirilere rağmen geleneksel kategorik yaklaşımı devam ettirme kararı almıştır. Kişilik bozukluklarına ilişkin sınıflandırmada DSM-IV-TR ve DSM-5 Kişilik Bozuklukları alt kümelerine ilişkin bir değişiklik yapılmamıştır (APA, 2013) ve kişilik bozukluğu tanımında da herhangi bir değişikliğe gidilmemiştir. Dolayısıyla, DSM-IV-TR'de yer alan 10 kişilik bozukluğu DSM-5'te de aynı şekilde bulunmaktadır ve kişilik bozuklukları yine üç kümede sınıflandırılmıştır (APA, 2000; 2013). Buna göre A küme paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluklarından; B küme antisosyal, sınırda, histriyonik ve narsistik kişilik bozukluklarından; C küme ise çekingen, bağımlı ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluklardan oluşmaktadır.

DSM-5'e göre kişilik bozukluğu, kişinin içinde bulunduğu kültüre göre beklenenden önemli ölçüde sapmalar gösteren, süregiden bir iç yaşantı ve davranış örüntüsüdür. Esnekliği olmayan ve süregiden bir örüntüye sahip olan, çok çeşitli durumlarda kendini göste-

ren ve klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte bozulmalara yol açan kişilik bozukluklarının başlangıcı ergenlik ya da genç erişkinlik yıllarına dayanmaktadır (APA, 2013).

Her ne kadar DSM-5'te kişilik bozuklarına yönelik ciddi bir değişiklik yapılmamış olsa da kişilik bozuklukları çalışma grubunun birtakım önerileri olmuştur. Buna göre, bu çalışma grubu, kişilik ile ilişkili sorularını, "işlevsellik ve kişilik özellikleri" üzerine temellendirmiştir (Skodol, 2012). Bunu yanı sıra DSM-5'in Bölüm III'ünde kişilik bozuklukları için Alternatif Model (AMPD) önerisinde bulunulmuştur. Bu yeni model altı spesifik kişilik bozukluğunu içermektedir. Bunlar "antisosyal kişilik bozukluğu, çekingen kişilik bozukluğu, narsistik kişilik bozukluğu, sınırda, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu (OKKB) ve şizotipal kişilik bozukluğu"dur. Şizoid, histriyonik ve bağımlı kişilik bozukluklarının nadiren görülmesi; paranoid kişilik bozukluğunun ise sıklıkla diğer kişilik bozukluklarıyla üst üste binmesi nedeniyle alternatif sisteme dâhil edilmemiştir (Oldham ve Skodol, 2013). Bu model kişilik işlevlerindeki bozulmaların ve patolojik kişilik özelliklerinin beş ana alanının değerlendirilmesini içeren yeni bir hibrid (karışık) modeldir. Bu modele göre, klinisyenler ilk olarak bireylerin kişiliğini değerlendirecek, özellikle işlevselliklerindeki bozulmalara dayanarak kişilik bozukluğunu tanılayacaklardır. Bu yeni yaklaşımın kişilik bozukluklarının hem nedenleri ve hem de tedavilerinin anlaşılmasında daha etkili olacağı beklenilmektedir (Grohol, 2013).

Önerilen bu yeni model "negatif olumsuzluk, sosyal içe çekilme, uzlaşmazlık, dürtüleri kontrol edememe ve psikotizm" olarak adlandırılan ayırt edici özellikleri (trait) içermektedir ve bütün bu özelliklerin McCrae ve Costa'nın (1990) beş faktör kişilik modeliyle oldukça ilişkili olduğu açıktır. McCrae ve Costa'nın kişilik modeli "dışa dönüklük (extraversion), yumuşak başlılık (agreeableness), özdenetim (conscientiousness), duygusal tutarsızlık (neuroticism) ve gelişime açıklık (openness)" boyutlarından oluşmaktadır. DSM-5 alternatif modelinin önerdiği tanı kriterleri aşağıda verilmiştir.

Tablo 1. DSM-5'te Önerilen Tanı Kriterleri

A. Kişilik işlevselliğinde orta düzeyde ya da daha fazla bozulma olması ile beraber aşağıdaki alanlardan iki ya da daha fazlasında sorun yaşanması:
   1. Kimlik,
   2. Kendini yönetme,
   3. Empati,
   4. Yakınlık.

B. Bir ya da daha fazla patolojik kişilik ayırt edici özelliğinin (trait) olması veya aşağıdakilerden tümü göz önünde bulundurulduğunda bu alanlarda belirli ayırt edici özelliklerin olması:
   1. Negatif olumsuzluk X Duygusal tutarlılık,
   2. Sosyal içe çekilme X Dışa dönüklük,
   3. Uzlaşmazlık X Uzlaşmacılık,
   4. Dürtüleri kontrol edememe (disinhibition) X Sorumluluk duygusuyla hareket etme,
   5. Psikotizm X Normallik.

Tablo 2. Kişilik Bozukluğu İçin Alternatif DSM-5 Genel Kriterleri

Kişilik bozukluğunun en temel özellikleri, kişilik işlevselliğinde (benlik ve kişiler arası) meydana gelen bozulmalar ve kişilik özelliklerinin patolojik olmasıdır. Kişilik bozukluğu tanısı koymak için;

A. Kişilik işlevselliğinde (benlik-kişiler arası) önemli derecede bozulma meydana gelmesi.
B. Bir ya da daha fazla patolojik kişilik treytine sahip olma.
C. Kişilik işlevselliğindeki bozulmalar ve bireyin kişilik treytlerinin görünümü nispeten esnek değildir ve bu durum bireyin kişisel/sosyal ortamlarının geniş bir yelpazesine yayılmıştır.
D. Kişilik işlevselliğindeki bozulmaların ve bireyin kişilik treytlerinin zaman içinde kalıcı olması ve bu durumun başlangıcının en azından ergenlik ve erken yetişkinlik dönemine kadar uzanıyor olması.
E. Kişilik işlevselliğindeki bozulmalar ve bireyin kişilik treytlerinin görünümü başka bir ruhsal hastalıkla açıklanamaz.
F. Kişilik işlevselliğindeki bozulmaların ve bireyin kişilik treytlerinin görünümünün madde kullanımı veya herhangi bir tıbbi durumun fizyolojik etkisiyle ilgisi yoktur.
G. Kişilik işlevselliğindeki bozulmalar ve bireyin kişilik treytlerinin görünümü gelişimsel dönem veya yaşanılan kültürün özellikleri ile açıklanamaz.

Kategorik mi? Boyutsal mı?

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM) hem klinikte hem de araştırmalarda kullanılmak için yazılmış olan tanısal bir rehberdir. Dolayısıyla DSM'deki tanısal kelimesi herhangi bir bozukluk için söz konusu olan özellikleri tanımlamayı amaçlamaktadır ve DSM bu amaçla tasarlanmış en ulaşılabilir kaynaktır (Kraemer, 2007).

DSM'deki bütün ruhsal bozukluklar politetik-kategoriktir. Politetik, belirli ruhsal bozuklukların çok sayıda belirtiyle tanımlandığını söylemekte ve belirli bir bireyde mevcut olan bozukluğu değerlendirmek için listelenen belirtilerin hepsinin gerekli olmayabileceğini ifade etmektedir. Bunun yerine, herhangi bir tanı almak için spesifik bir kombinasyon ve semptom sayısının gözlemlenmesi gerekmektedir. Kategorik yaklaşım ise DSM'deki bütüm ruhsal bozuklukların "var" ya da "yok" şekliyle ele alınmasıdır. Eğer bir bireyde yeterli sayıda semptom var ise tanı konulur; semptomlar olduğu hâlde gerekli sayıya ulaşılamadıysa tanı konulmaz. Bu yaklaşımda semptomların ve tanının şiddeti değerlendirilmez (Krueger ve Bezdjian, 2009).

Kategorik yaklaşım sıklıkla klinisyenler arasındaki iletişim açısından kolaylık sağlasa da (Kamphuis ve Noordhof, 2009) eş tanı (komorbidite), kategori içi heterojenlik ve eşik altı semptomlar açısından sorun teşkil etmektedir. Bireyin birden fazla tanı kriterini karşılaması olarak tanımlanan eş tanı (Maj, 2005) gerçekten de kişilik bozuklukları için önemli bir sorun teşkil etmektedir. Etiyolojik faktörler sıklıkla bazı bozuklukların beraber görülmesi veya üst üste binmesine (overlapping) neden olabilmektedir. Örneğin, antisosyal kişilik bozukluğu ve madde bağımlılığı genetik faktörler nedeniyle üst üste binebilmektedir (Kendler, Prescott, Myers ve Neale, 2003). Bir diğer sorun ise bu yaklaşımın, kategori içi heterojenliğe neden olmasıdır. Örneğin, bir kişinin şizotipal, sınırda veya narsistik kişilik bozukluğu tanısı almak için dokuz kriterden sadece beşini karşılaması gerekmektedir. Sonuç olarak, bu bozuklukların kriterlerini karşılayan bireyler, sadece tek bir semptomu paylaşıyor olabilir. Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu (OKKB) tanısı için sekiz semptomun dördünün bireyde olması beklenmektedir ve sonuç olarak farklı iki OKKB tanısı olan hasta, aynı semptomlara sahip olmaya-

bilir. Dolayısıyla katı politetik-kategorik yaklaşım, belirli bir ruhsal bozukluk için kriterleri karşıladıkları için seçilen kişilerin, kendi grupları içinde farklı tanı ve prognoz profillere sahip olmalarına yol açmaktadır. Son olarak politetik-kategorik yaklaşımda, bireyin tanı için "eşik altı" ya da "eşik üstü" olma derecesinin bir önemi yoktur. Örneğin, eşiğin dört semptom olarak belirlendiği ve toplamda dokuz semptomdan oluşan bir kişilik bozukluğu tanısında bir ila üç arasındaki semptoma sahip olanlar tanı almaz; dört ila dokuz arasında semptoma sahip olanlar ise tanı alırlar. Bu yaklaşıma göre dokuz semptomun hepsine sahip olanlar ile sadece dördüne sahip olanlar arasında bir farklılık bulunmamaktadır (Krueger ve Bezdjian, 2009).

Kategorik yaklaşımın içerdiği "ikili" (var ya da yok) anlayışından farklı olarak boyutsal yaklaşım, ruhsal bozuklukları değerlendirirken dereceli bir anlayışa sahiptir (Kraemer, 2007). Bir başka deyişle söz konusu olan psikopatolojiyi "var ya da yok" gibi bir anlayıştan ziyade sürekli bir boyut olarak ele almayı tercih etmektedir. Sürekliliğe yaptığı vurgu, psikiyatrik belirtilerin kesin sınırlarla ayrılmadığına işaret etmektedir. Boyutsal yaklaşımın kişilik bozuklukları için daha uygun ve daha doğal bir sınıflandırma getirdiği, kategorik modelde görülen eş tanı fazlalığının bu modelde olmadığı ileri sürülmektedir (Ball 2001; Haslam, 2003).

Kişilik ya da kişilik bozukluğuna ilişkin olarak "boyutsal" ve "kategorik" yaklaşımına ilişkin anlayış hâlâ tartışmalıdır (ör., Meehl, 1992). Kısacası, bu gibi sorunlara uygun istatistiksel prosedürlerin uygulanmasından bağımsız olarak, kişiliğe bağlı olayların boyutsal ya da kategorik olarak kavramsallaştırılması için yarı ideolojik tercihler daha fazla kabul görmektedir. "Boyutsal mı kategorik mi" sorunu, 1980'lerde kişilik patolojisi ile ilgili olarak kapsamlı bir şekilde tartışılmış ve özellikle bazı psikologlar tarafından boyutsal anlayışı savunulsa da (Widiger, 1992), psikiyatri topluluğu kategorik bir çerçeveye sadık kalmıştır (APA, 1994). Buna rağmen kişilik bozuklukları ile ilgili olarak "kategoriğe karşı boyutsal" tartışması günümüzde de devam etmektedir. Psikiyatrinin uzun süredir psikopatolojiye yaklaşımı iletişimi kolaylaştırması ve klinik karar vermede tutarlılık sağlaması nedeniyle kategoriktir ancak kişilik patolojisine "boyutsal" bir yaklaşımla bakılmasına ilişkin yeni görüş psikiyatride de giderek artmaktadır (APA, 1994; Widiger, 2018). Nitekim DSM-5 Kişilik ve Kişilik Bozukluğu Çalışma Grubu'nun, DSM-IV-R'nin kişilik bozukluklarının sınıflandırılmasının gözden geçirilmesine ilişkin önerisi, kişilik işlevindeki bozulmaların değerlendirilmesinde "şiddetin" de ele alınmasını içeren, 10'dan 6 kategoriye düşürülen karma bir modeldir. Bu model 25 özellikten oluşan geniş kapsamlı patolojik kişilik özellikleri alanlarının değerlendirilmesini içermektedir.

Eş Tanı Yaygınlığı

Bugün kullanılan sınıflandırmanın en büyük dezavantajlarından biri eş tanıdır (Feinstein, 1970). Kişilik bozukluğu tanısı alanların birden fazla kişilik bozukluğu tanı kriterlerini karşılayarak eş tanıya sahip olmasına sıklıkla rastlanılmaktadır (Oldham ve ark., 1995). Bu durum hem klinik örneklem (McGlashan ve ark., 2000; Widiger ve Rogers, 1989), hem de normal örneklemlerde (Dereboy ve ark., 2014; Ekselius, Tillfors, Furmark ve Fredrikson, 2001; Samuels, Nestadt, Romanoski, Folstein ve McHugh, 1994), yapılan çok sayıda çalışmayla desteklenmiştir. Ancak kişilik bozukluklarının eş tanılığına ilişkin olarak bir tartışma da söz konudur. Buna göre eğer bir kişi sadece bir kişiliğe sahipse, o zaman birden fazla kişilik bozukluğu tanısı koymak ne anlama gelmektedir (Widiger ve ark., 1991; Zanarini ve ark., 1998)? Kişilik bozukluğuna ilişkin olarak

bir kişiye üç ila on kişilik bozukluğu arasında bir oranda tanı konulduğunda bunların ayrı bozukluklar olmadığı herkes için açıktır (Coid ve ark., 2009).

Buna ilaveten eş tanı, diğer ruhsal hastalıklar için de geçerlidir. Kişilik bozuklukları özellikle de şiddetli seyrettiğinde, bir veya daha çok ruhsal bozuklukla ilişkili olmaktadır (Clark, 2005; Clark, Watson ve Reynolds, 1995; Khan ve ark., 2005; McGlashan ve ark., 2000; Newton-Howes ve ark., 2010; Tyrer, Seivewright, Ferguson ve Tyrer, 1992). Hatta zaman zaman majör depresyon bozukluğu ya da yaygın anksiyete bozukluğu gibi diğer ruhsal bozukluklar, kişilik bozukluklarından daha belirgin ortaya çıkıp, klinik tabloya hâkim olabilmektedir. Böyle bir durumda, kişilik bozukluğunun klinik tablonun ikincil ve önemsiz bir bileşeni olarak görülmesi bir hatadır çünkü kişilik bozukluğu, ruhsal bozukluklardaki nüks için en güçlü nedenlerden biridir (Tyrer, 2015). Kişilik özelliklerinin, özellikle psikolojik tedavilerdeki (Hasin ve ark., 2011; Newton-Howes, Tyrer ve Johnson, 2006; Tyrer, Seivewright ve Johnson, 2004), kötü sonuçların güçlü bir yordayıcısı olduğu gösterilmiştir (Fournier ve ark., 2008; Telch, Kamphuis ve Schmidt, 2011).

YAKIN BAKIŞ 1 Normal Kişilik Özellikleri, Anormal Kişilik Özellikleri ve Kişilik Bozukluğu

Çok sayıda farklı tanımı olmakla birlikte kişilik; bireylerin duygu, düşünce ve davranış gibi çok sayıda farklı psikolojik tepkilerindeki farklılıklar üzerinde etkili olan, sadece içinde bulunulan ortam ile açıklanamayan ve süreklilik gösteren özellikler olarak tanımlanmaktadır (Berens, 1999). Kişilik, doğumdan yetişkinliğe doğru gelişim göstermekte, dolayısıyla doğumdan itibaren söz konusu olan bireysel farklılıklar, bireyin içinde bulunduğu çevre, genetik geçiş ve zaman içinde olgunlaşma gibi faktörlerle etkileşime geçmektedir (Krueger, South, Johnson ve Iacono, 2008).

Yüzyıllar öncesinde de insanoğlu kişiliği tanımlamaya ve anlamaya çabalamıştır. Bunlardan en çok bilineni yirminci yüzyılda Scneider (1887-1967) tarafından önerilen on farklı kişilik türüdür. Scneider'ın (1923) çocukluktan yetişkinliğe geçişte gelişen ve depresif, hipertimik, fanatik, patlayıcı, labil, duyarlı, anankastik, astenik ve ilgi arayan olarak adlandırdığı bu kişilik tipleri (aktaran: Tyrer, Seivewright ve Johnson, 2004) elbette birtakım değişikliklere uğrasa da 1952'de yılında yayınlanan ICD-6'dan, 2013'te yayınlanan DSM-5'e kadar neredeyse tüm sınıflandırmalarda yer almaktadır (Watson ve Sinha, 1998). Schneider (1923) kişilik bozukluğu olan kişilerin hem kendilerinin hem de içinde bulundukları sosyal çevrenin bu durumdan muzdarip olduğunu söyleyerek belki de bu bozukluğun en temel özüne dikkat çekmiştir. Gerçekten de bu bozukluğun doğası sadece bireyi etkilememesi aynı zamanda kişiler arası ilişki ağında da belirgin sorunlara yol açmasıdır. (aktaran: Tyrer, Seivewright ve Johnson, 2004).

Kişilik bozukluğu ise bireyin ait olduğu çevre ve kültürün beklentilerinden sapan, süreklilik ve katılık arz eden içsel yaşantı ve davranış örüntüsü olarak tanımlanmaktadır (APA, 2000; 2013). Bu sürekli örüntü, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açan uzun süreli uyum bozuklu-

ğu ve katı eğilimlerin var olması şeklindedir. Normal ve anormal kişilik özellikleri, normal dağılım sergileyen bir süreklilik içinde gösterilirken, kişilik bozuklukları ise gittikçe artış gösterme eğiliminde olan "aşırılıklara" işaret etmektedir (Livesley, 2007). Kişilik ve kişilik bozuklukları arasında süreklilik ve süreksizlik (continuity/discontinuity) açısından yapılan değerlendirmelerde uygun bir metodoloji kullanılmasının gerekliliğine ilaveten, kişilik bozukluğu belirtileri ve normal kişilik arasındaki ilişkide "davranışsal, bilişsel, tutumsal ve duygusal" olarak farklı niteliklerin olduğu da açıktır. Bir başka deyişle bazı kişilik bozukluğu belirtileri normal kişilik yapılarını içermemektedir. Örneğin, intihar davranışı ya da kendine zarar verme gibi bazı kişilik bozukluğu belirtilerini normal kişilik örüntüsü içinde değerlendirmek mümkün değildir. Ancak bazı kişilik özellikleri için miktar olarak "az" ya da "çok" bulunma belirleyici olabilmektedir. Buna verilecek en iyi örnek ise şizoid kişilik bozukluğuna sahip bireylerin oldukça düşük sosyallik düzeyine sahip olmasıdır. Yani "sosyallik" özelliği açısından kendini az sosyal olarak tanımlayan bir kişi için şizoid kişilik bozukluğu düşünülemez (Lenzenweger ve Clarkin, 2005). Son yıllarda normal-anormal aralıktaki kişilik anlayışı önemli ölçüde değişmiştir. Bir zamanlar kategorik olarak ele alınan kişilik bozukluğu günümüzde heterojen, uyumlu ve uyumsuz kişilik özellikleriyle nitelendirilmektedir (Bastiaansen, De Fruyt, Rossi, Schotte ve Hofmans, 2013; Tyrer ve ark., 2011).

Son olarak kişilik özellikleri aşırı olduğunda, uzun süreli devam ettiğinde ve ilişkilerde ciddi zorluklara yol açtığında kişilik bozukluğu olarak değerlendirilmelidir ancak bu zorunluluk klinik uygulamada zaman zaman göz ardı edilmektedir (Krueger, South, Johnson ve Iacono, 2008).

KİŞİLİK BOZUKLUKLARININ GENEL ETİYOLOJİSİ

Kişilik bozukluğunun etiyolojisi üzerinde çok sayıda faktörün etkisi bulunmaktadır. Bunların başında; genetik yatkınlık, bağlanma ve erken dönem çocukluk yaşantıları, travmatik olaylar, ailesel ve sosyokültürel faktörler gelmektedir.

Genetik Faktörler

Kişilik bozukluklarının etiyolojisinde elbette genetik yatkınlığın yeri büyüktür. Ancak bunun için geçerli tek bir genden bahsetmek mümkün değildir. Birden fazla genin nörobiyolojik sistemi etkileyerek kim olduğumuz ve nasıl davranacağımız üzerinde etkisi olduğu hatta kişilik varyasyonunun %30 ila %50 arasında genetiğe bağlı olduğu gösterilmiştir (Buss, 1999). Kişiliğin genetik yanı olarak adlandırılan mizaç gibi biyolojik değişkenler kişilik gelişimini etkilemektedir (Cloninger, 1986). Nörobiyolojik modele bağlı olarak kişilik bozuklukların etiyolojisine ilişkin yapılan en önemli modellerden biri Cloninger'ın (1998) psikobiyolojik modelidir. Cloninger, kişilik yapısını mizaç ve karakter olarak ikiye bölerek incelemekte ve mizacın genetik yatkınlıkla olan ilişkisinin altını çizmektedir. Cloninger'la (1998) benzer olarak Depue ve Lenzenweger (2001) da "Kişilik bozukluklarının, başlıca kişilik özelliklerinin altında yatan nöro-davranışsal sistemlerin etkileşimiyle ortaya çıkan fenotipler olarak algılanabileceğini" söylemiştir (s. 165).

Nörogörüntüleme ve moleküler genetikte kullanılmak üzere yeni teknolojilerin geliştirilmesinin ardından, son yıllarda kişilik bozukluklarının nörobiyolojisine ilişkin yapılan araştırmalarda artış olmuştur. Özellikle antisosyal, şizotipal ve sınırda kişilik bozukluğuna ilişkin yapılan çalışmalar göze çarpmaktadır. Ancak diğer kişilik bozukluklarının nörobiyolojik etkisini incelemek için daha çok çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır (Koenigsberg, New, Siever ve Rosell, 2014).

Bağlanma ve Erken Dönem Çocukluk Yaşantıları

Bowlby'in (1969) bağlanma teorisi bireylerin ebeveynleriyle yani bağlanma figürleriyle olan ilişkisi üzerine temellenmiştir. Bu kurama göre doğumdan itibaren, bebeğin ona bakımveren kişiyle girdiği etkileşimler kişilik gelişimini şekillendirmekte ve ileriki yıllarda kuracağı yakın ilişkiler üzerinde belirleyici olmaktadır. İlk olarak Bowlby tarafından tanımlanan bağlanma kuramı, Ainsworth ve arkadaşları (2015) tarafından geliştirilmiş ve bireylerin bağlanma açısından farklı gruplarda yer alacağının altı çizilmiştir. Bu gruplar güvenli (secure), kaygılı-ikircikli (anxious/ambivalent), kaçıngan (avoidant) ve dağınıktır (disorganized). Bartholomew ve Horowitz (1991) ise güvenli, saplantılı (preoccupied), kayıtsız (dismissing) ve korkulu (fearful) bağlanma biçimleri olarak bu bağlanma türlerini yeniden adlandırmıştır. Güvensiz bağlanmayla ilişkili davranışlar ve psikolojik belirtiler sıklıkla kişilik bozukluğu tanısı olan kişilerde görülmektedir (Adshead ve Sarkar, 2012). Örneğin B küme kişilik bozukluğuna sahip bireylerin bağlanma örüntülerine ilişkin yapılan çalışma sonuçları, normal popülasyondakilerle karşılaştırıldığında bu kişilerin bakımverenlerine güvensiz bağlandığını ortaya koymuştur (Bender ve ark., 2001; Cassidy ve Shaver, 2002). Bunun yanı sıra sınırda kişilik bozukluğu tanısı olanların %50-%80'inin özellikle iki tür bağlanma örüntüsüne sahip olduğu belirtilmiştir. Bu iki bağlanma türü reddedilmeye aşırı duyarlı olma ve kendine az güven duymayla ilişkili "saplantılı bağlanma" ile hem yaklaşma-tutunma, hem de kaçınma-uzak durma davranışı göstermeyi içeren "dağınık/yönü belirsiz bağlanma (disorganized attachment)" sınırda kişilik bozukluğunda en çok görülen bağlanma türüdür (Agrawal Gunderson, Holmes ve Lyons-Ruth, 2004; Barone, Fossati ve Guiducci, 2011). Son olarak korkulu bağlanmanın daha çok paranoid kişilik bozukluğu, kayıtsız bağlanmanın daha çok şizoid kişilik bozukluğu, kaygılı-ikirci bağlanmanın ise en çok çekingen kişilik bozukluğu tanısı olanlarda görüldüğü gösterilmiştir (Brennan ve Shaver, 1998).

Travmatik Olaylar

Kişilik bozukluğu tanısı olan bireylerin yaşamlarında sıklıkla travmatik olaylar olduğu görülmektedir. Elbette bu durum travmatik deneyimi olan herkesin kişilik patolojisine sahip olacağı anlamına gelmemektedir. Herman (1992) ile van der Kolk, McFarlane ve Weisaeth (1996) kişilik gelişimi üzerinde travmanın rolünün anlaşılmasını sağlamaya çalışmış ve yaşamın erken döneminde yaşanılan ciddi travmaların nörobiyolojik sistemi altüst ettiği ve beyni "yaralayarak" gelecekteki rahatsızlıklara ve gelişimsel psikopatolojiye yol açtığını göstermiştir. Özellikle limbik sistemin aşırı uyarılmasının yoğun ve dağınık bir duygusal tepkiyi tetikleme gibi etkileri söz konusudur.

Kişilik bozukluğu tanısına sahip bireylerin çocukluk travmaları oldukça fazladır. Yapılan bir çalışmada bu bireylerin %73'ünün istismar (%34 cinsel istismar), %82'inin ihmal bildirdiği; sağlıklı bireylerle karşılaştırıldığında dört kat daha fazla travmaya maruz kaldıkları rapor edilmiştir (Johnson ve ark., 1999). Sınırda kişilik bozukluğu, çocukluk dönemi istismar ve ihmaliyle

en çok ilişkilendirilen bozukluktur. Bunun yanı sıra bebeklikte ihmal edilmenin antisosyal, çekingen, sınırda, narsistik kişilik bozukluğuyla ilişkili olduğu (Battle ve ark., 2004; Johnson ve ark., 1999) çocukluk dönemindeki fiziksel istismarın ise antisosyal, sınırda, bağımlı ve şizoid kişilik bozukluğu riskini artırdığı bildirilmiştir (McGauley, Yakeley, Williams ve Bateman, 2011). Ebeveynlik tarzının, erken ayrılma ve travma/kötü muamele görmenin şizotipal özelliklerin gelişmesine yol açabileceği de gösterilmektedir (Anglina, Cohenab ve Chena, 2008).

Ailesel ve Sosyokültürel Faktörler

Ailenin işlevselliğinin düşük olması, kişilik patolojisi için önemli bir risk faktörüdür (Magnavita, 2000). Yapılan bir gözden geçirmede Paris (2001) "ebeveyne ilişkin psikopatolojinin, travma, ailenin iyi işlevselliğe sahip olmaması ve ailenin dağılması gibi psikososyal olumsuzluklarla ilişkili olduğunu" rapor etmiştir (s. 234). Elbette burada genetik ve aile çevresi arasındaki etkileşimi de gözden kaçırmamak gerekmektedir.

Sosyal ve kültürel faktörler, ailenin işlevselliği gibi bazı psikolojik faktörlerle etkileşime girmekte ve aracı rol görevi üstlenmektedir (Amato ve Booth, 1997). Böylelikle kişilik bozuklukları bu sistemlerde herhangi bir bozulma olduğunda daha çabuk ortaya çıkmaktadır. Aile işlevselliğinde bir bozulma olduğunda, bu durum kişilik bozukluğu riskini artırmaktadır ancak yılmazlık (resilience) hakkındaki literatür sorunlu ya da etkisiz ebeveynliğe maruz kalmış çocukların, eğer kendileri için alternatif ve daha uygun bir bağlanma figürü bulurlarsa psikopatoloji geliştirmeyebileceğinin altını çizmektedir (Garmezy ve Masten, 1994).

KİŞİLİK BOZUKLUKLARININ SINIFLANDIRILMASI

Kişilik bozuklukları A, B ve C küme olarak sınıflandırılmaktadır. Bu kümeleme tanımlamaları ampirik olarak doğrulanmamış olsa da sıklıkla kullanılmaktadır. Bunun nedeni ayrı ayrı on kişilik bozukluğundan ziyade üç küme ile değerlendirme yapmanın kolaylığı ve komorbiditenin, sınıflandırma yapmayı zora sokmasıdır.

A Küme Kişilik Bozukluğu

A küme kişilik bozukluğu; sosyal olarak geri çekilmiş, kuşkucu, alıngan, tuhaf veya sıra dışı bireyleri içermektedir. Bu nedenle "eksantrik/tuhaf küme" olarak adlandırılmaktadır. Diğerlerine karşı güvensizlik, sosyal ilişkilerden olabildiğince uzak durma, duygularını ifade etmeme ve kuşkuculuk bu küme kişilik bozukluğunun bazı özellikleri arasındadır. Paranoid kişilik bozukluğu; şizoid kişilik bozukluğu ve şizotipal kişilik bozukluğu bu grubun içinde yer almaktadır.

Paranoid kişilik bozukluğu

Genel görünümü ve tanı kriterleri

Paranoid kişilik bozukluğu tanısı olanlar, diğer insanlarla yakın olmaktan hoşlanmayan, aşırı duyarlı, haksız yere şüphe duyan, aşırı kıskanç ve duygusal olarak soğuk kişilerdir. Eleştirilere karşı aşırı duyarlı olmalarından ve başkalarını hemen suçlama eğilimlerinden dolayı, sıklıkla diğer insanlar tarafından tercih edilmezler ve yalıtılmış bir yaşamları vardır (Hopwood ve Thomas, 2012).

Bu bireyler başkalarının kendileri için komplo kurduğunu düşünür ve onlara göre sebepsiz yere birden saldırıya uğrayacağına inanmaları için herhangi bir kanıta ihtiyaçları yoktur. Arkadaşlarının sadakati hakkında yersiz şüpheleri vardır ve bu düşünce onların zihnini sürekli meşgul eder. Başkalarının davranışlarını ve niyetlerini olumsuz yorumlamaları nedeniyle bu kişilik bozukluğuna sahip bireyler affedici değildirler. Başkalarına güven duymamaları nedeniyle, kendi kendilerine yetmeye ve özerklik sağlamaya ihtiyaçları çok fazladır ve sadece kendi yaşamları değil, etraflarındakilerin yaşamları üzerinde de kontrol sahibi olmak isterler. Bu aşırı kontrol ihtiyacı hem kişisel yaşamlarında hem de çalışma hayatlarında stresli durumlara yol açmaktadır (Maass, 2019). Bu bireyler ellerinde yeterli kanıt yokken, başkalarının onları sömürdüğünü, zarar verdiğini düşünür veya aldattığından şüphe duyarlar; buna ilaveten, yine yeterli kanıtı olmadığı hâlde arkadaşlarının, eşlerinin ya da cinsel birliktelik yaşadıkları bireylerin sadakatinden asla emin olamazlar. Korkularından dolayı başkalarına güvenmekte zorlanırlar. Bu özelliklerine rağmen bu durum psikotik bir bozukluk değildir ve paranoid kişilik bozukluğunu, paranoid şizofreni gibi psikotik özellikli bozukluklardan ayırt eden durum, delüzyon, halüsinasyon veya diğer psikotik özelliklerin olmamasıdır (APA, 2013).

Paranoid kişilik bozukluğunun ilk belirtileri çocuklukta veya ergenlikte görülmektedir. Bu bozukluk akranlarla kurulan zayıf ilişkiler, sosyal kaygı ve aşırı duyarlılık, okuldaki başarısızlık, kendine özgü fanteziler veya tuhaf düşünceler olarak kendini gösterebilir. Ancak çocuklukta veya ergenlikte bu tanı konulamaz, çünkü gelişmekte olan çocuk ve ergenin kişilik özellikleri de olgunlaşmaya devam eder ve değişebilir. Genel olarak, şizofreni, bipolar veya psikotik özellikli bipolar veya depresif bozukluk gibi bir tanı konulduğunda paranoid kişilik bozukluğu tanısı konulamaz (Bressert, 2017).

Tablo 3. Paranoid Kişilik Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Erken ergenlikte başlayan ve farklı ortamlarda ortaya çıkan; sürekli olarak diğer insanları kötü niyetli olarak yorumlamayla beraber genel olarak duyulan güvensizlik ve kuşkunun aşağıdakilerden dört ya da daha fazla belirti ile kendini göstermesi.
   1. Yeterli oranda kanıtı olmadan, sürekli olarak başkalarının kendisini sömürdüğünden veya ona kötülük yaptığından kuşku duyma.
   2. Arkadaşlarının ya da iş arkadaşlarının ona olan sadakatine ya da güvenirliliğine ilişkin yoğun kuşkularla uğraşıp durma.
   3. Başkalarına anlattıklarının sonradan kendisine karşı kullanılacağına ilişkin hissettiği korku nedeniyle başkalarına açılmama.
   4. Normal sözlerden ya da olaylardan başka anlamlar çıkartma (gözünü korkutma veya tehdit edilme gibi).
   5. Diğer insanlara karşı sürekli kin besleme (asla bağışlayıcı olmama).
   6. Ortada herhangi bir neden yokken, başkalarının hâl ve hareketlerini onun kişiliğine ya da saygınlığına yapılan bir saldırı olarak algılama ve aniden öfkeyle karşılık verme.
   7. Eşinin ya da cinsel olarak birliktelik yaşadığı bireyin ona olan sadakatinden yineleyici ve yersiz olarak kuşku duyma.

B. Bu özellikler şizofreni, bipolar (iki uçlu) bozukluk ya da psikotik özellikli depresyon bozukluğunun gidişi esnasında ortaya çıkmaz; bir başka sağlık sorununun fizyolojik etkisine bağlanamaz.

Not: Bu kriterlerin şizofreninin başlangıcından önce karşılandığı durumlara "premorbid" ifadesi eklenmelidir. Ör., paranoid kişilik bozukluğu (premorbid).

Epidemiyoloji

Genel popülasyonda bu hastalığın yaygınlığının (prevalans) %2,3 ila %4,4 arasında olduğu (APA, 2013); klinik örneklemde ise %4,2 ila %27,6'sında bulunduğu söylenmektedir (Torgersen, 2012). Ülkemizde Dereboy ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan normal popülasyon çalışmasında yaygınlık (prevalans) oranı %11,7 olarak bulunmuştur. Genel popülasyon içinde bu kişilik bozukluğunun, kadınlara göre erkeklere daha çok konulduğu ve bu oranın %0,5 ila %2,5 arasında değiştiği bildirilmiştir (Rienzi ve Scrams, 1991).

Etiyoloji

Psikanalitik görüş, paranoid patolojinin oluşumundaki üç önemli faktöre dikkat çekmektedir. Bunlar: başlangıçta agresif bir eğilime sahip olma, hayatta kalma tehdidinin erken yaşantısı ve gelişimin preödipal evresi sırasında anneye karşı öfke hissetmedir (Freud, 1922). Buna karşılık bilişsel teorisyenlerden Beck ve Freeman'e (1990) göre ise bu bozukluk, diğer insanların dost değil, düşman olduğuna inanılmasıyla yakından ilgilidir. Beck'e (2015) göre, paranoid kişiliğe sahip kişiler çoğu durumda diğerlerine güvenmezler. Bu bireylerin temel inançları şu cümlelerle özetlenebilir: "Başkalarına güvenilemez, başkalarının bana karşı gizli veya kötü niyetleri bulunmakta veya diğer insanlar aldatıcıdır ve beni incitirler ya da kuyumu kazarlar." Bu bireylerin sahip oldukları koşullu inanç ise "Eğer dikkatli olmazsam, başkaları beni kullanır, manipüle eder ya da benden faydalanır.", eğer diğer insanlar bu bireylere iyi davranırlarsa o zaman da "Diğerleri bana dostça davranıyorsa bunun gizli bir nedeni olabilir." diye düşünürler. Bu inançların altında, kendileri ve dünyaya ilişkin olumsuz inançları vardır. Sürekli bir şekilde başkalarının kendilerine karşı olduğu inancına sahip olmaları nedeniyle, bu bireyler hep tetikte ve çok dikkatli olma eğilimindedir (Renton ve Mankiewicz, 2015).



Şekil 1. Paranoid kişilik bozukluğu olan kişiler, abartılı veya yersiz şüphelere sahip olabilirler.

Şizoid kişilik bozukluğu

Genel görünümü ve tanı kriterleri

Şizoid kişilik bozukluğunun temel özelliği, sosyal ilişkilerden uzak durma ve kişiler arası ilişki içinde bulunulan ortamlarda sınırlı duygusal ifade sergilemedir (Maass, 2019). Bu kişilik özelliğine sahip olanlar, erken yetişkinlikten başlayarak diğer insanlarla olmaktan hoşlanmazlar çünkü bu tür ilişkilerden çok az zevk alırlar. Bu bireyler tek başlarına olmayı ve

hayal kurmayı severler, dolayısıyla duygusal yönleri çok gelişmemiştir ve mizah anlayışları da yoktur (Hopwood ve Thomas, 2012). Sosyal ipuçlarına uygun şekilde cevap vermezler ve sosyal etkileşimin normal inceliklerini umursamazlar; nadiren gülümsemek, tebessüm etmek gibi mimik veya jest kullanarak karşılarındaki bireye tepki verirler (Maass, 2019).

Bu bireyler; kısıtlı duygusal ifadeye sahip, aile ilişkileri de dâhil olmak üzere, yakın ilişkilerden uzak duran veya başkalarıyla olmaktan hoşlanmayan, birinci dereceden akrabalar dışında yakın arkadaşı olmayan kişilerdir; tipik olarak tek başına yapacakları faaliyetleri seçerler; kumsalda yürüyüş yapmak, sahilde dolaşmak veya cinsel ilişkiye girmek gibi duyusal, bedensel veya kişiler arası deneyim içeren aktivitelerden çok az zevk alırlar (Sperry, 2016). Genelde yakın arkadaşları ya da sırdaşları yoktur ve evlenmezler. Başkalarının kendileri hakkında ne düşündüğüne önem vermezler dolayısıyla başkalarının onayı, eleştirisi veya geri bildirimine karşı oldukça ilgisizdirler (APA, 2013).

Bu kişilik bozukluğuna ilişkin yapılan tanım, kültürel ön yargılar içermesi nedeniyle eleştirilmektedir. Dahası, bu kişilik bozukluğunun ruhsal bir hastalıktan ziyade, basitçe "kaçıngan bağlanma tarzı" olarak adlandırılabileceği de öne sürülmüştür (Panagiotis, 2012). Bu görüşe göre şizoid bireyler, sadece kişiler arası ilişkilere daha uzak olan ve duygusal yakınlıktan hoşlanmayan kişilerdir. Ancak herhangi bir bireyin kişilik bozukluğu tanısı alması için, toplumsal veya mesleki alanlarda işlevselliğinin bozulması, bu durumun klinik açıdan ciddi bir sıkıntıya yol açması ve bu örüntünün oldukça katı ve aşırı olmasının gerektiği de unutulmamalıdır.

Tablo 4. Şizoid Kişilik Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Erişkinlikte başlayan ve farklı ortamlarda ortaya çıkan, toplumsal ilişkilerden uzak durma ve kişiler arası ortamlarda duygularını olabildiğince az göstermenin son derece yaygın olması ile beraber aşağıdaki belirtilerden dört ya da daha fazlasının bulunması.
   1. Ailenin bir üyesi olmak da dâhil olmak üzere ne yakın ilişkilere girmek isteme ne de yakın ilişkilerden hoşlanma hâli.
   2. Neredeyse her zaman tek başına yapılan etkinleri tercih etme.
   3. Çok nadir başkasıyla cinsel yakınlaşmaya ilgi duyma.
   4. Etkinliklerden oldukça az keyif alma.
   5. Birinci derece akrabaları dışında yakın arkadaşları veya sırdaşlarının hiç olmaması.
   6. Başkaları tarafından övülmeye veya tam tersi eleştirilmeye hiç aldırmama.
   7. Duygusal olarak soğuk olma veya tekdüze bir duygulanıma sahip olma.

B. Söz konusu olan bu özellikler yalnızca şizofreni, bipolar (iki uçlu) bir bozukluk ya da psikoz özellikli depresyon bozukluğu ya da otizm esnasında ortaya çıkmaz ve bir başka sağlık durumunun fizyolojik etkisiyle açıklanamaz.

Not: Bu kriterlerin şizofreninin başlangıcından önce karşılandığı durumlara "premorbid" ifadesi eklenmelidir. Ör., şizoid kişilik bozukluğu (premorbid).

Epidemioloji

Genel popülasyonda bu hastalığın görülme sıklığı %3,1 ila %4,0 arasındadır (APA, 2013). Klinik ortamlarda, şizoid kişilik bozukluğu için tedaviye başvurma oranı oldukça düşüktür (%0,5 ila %5,1) (Torgersen, 2012). Ülkemizde Dereboy ve arkadaşları (2014) tarafından

yapılan çalışmada normal popülasyonda şizoid kişilik bozukluğunun yaygınlık oranı %7,9 olarak bulunmuştur. Yazarlar, şizoid kişilik bozukluğunun ülkemizdeki yaygınlık oranının yüksek çıkmasını Türk aile yapısına bağlı olarak ilişkilerin sıkı olması ve bundan dolayı aile üyeleri dışında birileri ile yakınlık kurma ihtiyacının azlığıyla açıklamışlardır. Bunun yanı sıra yine kültüre özgü bir durum olarak cinsellikle ile ilgili soruların ("Cinsel ilişkiye girmek çok az ilgimi çekiyor.") Türk toplumunda rahatlıkla cevaplanamayan tarzda sorular olması nedeniyle bunlara verilen cevapların fazla tanılamaya neden olabileceğinin altı çizilmiştir.

Etiyoloji

Biyolojik faktörlerin şizoid kişilikte oynadığı olası rol, bu bozukluğun şiddeti güçlendikçe artmaktadır. İnsan doğası gereği zengin bir duygusal yaşama sahip olsa da, şizoidlerin duygusal kapasitenin oldukça sınırlı olması ve bu bireylerin sadece olumlu (neşe ve zevk gibi) değil bütün duygulara (öfke, mutsuzluk, endişe) karşı uzak durmaları dikkat çekmektedir. Yapılan ikiz, evlat edinme ve aile soyağacı çalışmaları şizoid kişilik bozukluğunun, şizofrenik spektrumun bir parçası olduğunu göstermektedir (Siever, 1992). Buna göre şizofreni ve şizotipal kişilik bozukluğu olan kişilerin akrabalarında şizoid kişilik bozukluğu görülme sıklığı daha fazladır (Esterberg, 2010). Düşük sosyalleşme ve ilişkilerde soğukluk gibi şizoid özelliklere sahip ikizlere ilişkin yapılan çalışma bulguları, bu özelliklerin kalıtsal olduğunu ortaya koymaktadır (Blaney, 2014).

Beck, Davis ve Freeman'ın (2015) bilişsel perspektifine göre ise şizoid kişiliğe sahip bireylerin temel inançları: yalnız kalmaktan daha mutlu olduklarını, bu şekilde başkaları tarafından aldatılmadıklarını, ilişkilerin çok fazla çaba gerektirdiğini ve buna değmeyeceğini içermektedir. Bu bireyler eğer diğerlerine çok yakın olurlarsa, onlar tarafından alay edilip kullanılacaklarını dolayısıyla yakın ilişki kurmanın bir anlamı olmadığını düşünürler. Bu düşüncelerinin altında yatan şey kendileri ve dünya ile ilgili sahip oldukları inançlarıdır. Genelde kendilerini yalnız, uyumsuz ve hatta tuhaf, başkalarını ise talepkâr, düşmanca ve müdahaleci olarak görme eğilimindedirler. Dolayısıyla yaşamdaki temel stratejileri, diğerlerine karşı mesafeli olmaktır. Herhangi bir iş gereği başkalarıyla iletişim kurabilirler ve temel ihtiyaçlarını karşılayabilirler ama bu ilişkiler asla samimiyet içermez (Renton ve Mankiewicz, 2015).

Beck ve arkadaşlarına göre (2015), şizoid bireyler, kendilerini yaşam içinde "katılımcı" olarak değil "gözlemci" olarak görmektedir. Başkalarından uzak ve duygulardan mahrum olan bu bireyler oldukça az sayıda otomatik düşünceye sahiptir öyle ki bu düşünceler bilişsel davranışçı terapide temel olarak kullanılmaktadır. Birçok şizoid, kendini sosyal açıdan uyumsuz olarak gördüğünü, ancak bu değerlendirmenin herhangi bir olumsuz etkisinin olmadığını öne sürmektedir. Bunun yanı sıra şizoidler kendi isteklerine bağlı olarak diğer bireylerden uzak durdukları için, bu durum onlar için tuhaf veya hemen müdahale edilmesi gereken bir şey değildir. Bu nedenle, şizoidler neden farklı olduklarına dair bir merak içinde değildirler ve hatta bu konuda hiçbir şey yapılmaması gerektiğini düşündükleri için sıklıkla tedavi arayışı içine girmezler.

VAKA ÖRNEĞİ 1

Şizoid Kişilik Bozukluğu

Lise mezunu, bekâr ve 42 yaşındaki erkek danışanın şimdiye kadar neredeyse hiç yakın arkadaşı olmamıştır. Buna ihtiyaç duymadığını iş yerindeki kişilerle sadece selamlaşmanın ona yettiğini söyleyen A.Ç. evliliği de şimdiye kadar hiç düşünmediğini sözlerine eklemiştir. Bayramlarda bir araya geldiği birkaç akraba ve kendi kardeşleri dışında yakın kişiler arası ilişkide bulunduğu kimse yoktur. Psikiyatri polikliniğine başvurma sebebi son bir aydır uykuya dalmakta güçlük çekmesi bu yüzden de sabah sıklıkla işe geç kalmasıdır. Müdürü uyku sorununu çözmesi için tedaviye ihtiyacı olduğunu söylemiş, psikiyatri randevusu alması için ona ısrar etmiştir. Aslında iş yerinde yaşadığı tek sorun geç kalması değil, iletişim becerileri de gerektiren mesleğinde oldukça yetersiz kalması sebebiyle performans eksikliği yaşıyor olmasıdır. Ama danışan bunun bir sorun olduğunu düşünmemektedir çünkü kendini bildiğinden beri az konuşan, az gülen, sosyal hayata karışmayı sevmeyen birisidir. Kalabalık ortamlara, düğünlere ya da davetlere katılmaktan nefret ettiğini söyleyen danışanın şimdiye kadar hatırı sayılır bir romantik ilişkisi de olmamıştır. Yapılan klinik görüşme boyunca danışanın duygulanımının oldukça tek düze olduğu, sesinin hiç değişmediği ve genel olarak aldırmaz bir tutum içinde olduğu gözlenmiştir.

Şizotipal kişilik bozukluğu

Genel görünümü ve tanı kriterleri

Şizotipal kişilik bozukluğu olanlar, şizoid kişiliğin bazı özelliklerini taşırlar. Buna ilaveten, bazı tuhaf davranış ve düşüncelere de sahiptirler. Tipik olarak, garip intrapsişik (zihnin içinde) deneyimler yaşadıklarından bahsederler ve anlaşılması zor bireylerdir (Kwapil ve Barrantes-Vidal, 2012). Bu kişilik bozukluğuna sahip bireyler, sosyal ve kişiler arası ilişkilerden rahatsız olmanın yanı sıra algısal çarpıtmalar ve eksantrik davranışlara sahip olma ile karakterize edilmektedir. Ayrıca bedensel illüzyonlar, tuhaf konuşma gibi olağan dışı algıları bulunmaktadır; uygunsuz veya sığ duygular sergilerler (Bayer, 2000). Bu bireyler, şüpheye ve paranoid düşünceye yatkındır. Birinci dereceden akrabalar hariç, yakın arkadaşları ya da sırdaşları yoktur. Etraflarında başkaları olduğunda, şüphe duyma ve korkuyla ilişkilendirilen aşırı sosyal kaygı yaşarlar ve bu sosyal kaygı zaman geçse de azalmaz. Bu bireyler, kişilik bozukluğu yerine sık sık endişe veya depresif semptomları için psikiyatrik tedavi arayışı içine girerler. Erken yetişkinlikte başlayan bu örüntü, çok farklı ortamlarda kendini göstermektedir (APA, 2013; Maass, 2019).

A küme kişilik bozuklukları arasında bireyin işlevselliğini en çok bozanı şizotipal kişilik bozukluğudur. Bir cetvel üzerinde değerlendirilecek olunduğunda şizoid kişilik bozukluğu, ılımlı uçta iken; şizofreni daha şiddetli uçta bulunmaktadır ve şizotipal kişilik bozukluğu ise bu cetvelin tam ortasındadır. Bu bozuklukların biyolojik olarak ilişkili olduğu ve benzer genetik yatkınlıkları paylaştığı düşünülmektedir (Comer ve Comer, 2017). Ancak yukarıda bahsedilen bütün bu özelliklerinin hiçbiri psikotik özellik içermemektedir. Şizotipal kişiliğin, şizofreni spektrum

bozukluklarından birisi olduğu öne sürülmüştür, çünkü şizofreni, şizotipal kişilik bozukluğu olanların aile üyelerinde daha sık görülmektedir (Kwapil ve Barrantes-Vidal, 2012).

"Kişilik Bozukluklarına Yönelik Alternatif DSM-5 Modeli" bu hastalığın başka bir tanımını sunmaktadır (APA, 2013). Bu tanım, ilişki kurma kapasitesinin yetersiz olması, bozulmuş benlik imajıyla ilişkili algılar, biliş ve davranışlarda tuhaflıklar, sınırlı duygusal ifade ve şüpheciliği içeren tutarsız hedefleri içermektedir. Karakteristik zorluklar olarak, kimlik, empati ve yakınlık kurma ve şüphe, geri çekilme, kısıtlı duygulanım, eksantriklik, olağan dışı inançlar ve deneyimler ya da bilişsel ve algıları yeterince düzenleyememe hâli verilebilir.

Tablo 5. Şizotipal Kişilik Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri

A. Erken erişkinlikte başlayan ve farklı ortamlarda ortaya çıkan, yakın ilişkilerde duyulan ani rahatsızlık, yakın ilişki kurma becerisinden yoksun olma, bunun yanı sıra bilişsel/algısal çarpıtmalara ve sıra dışı davranışlara sahip olma ile beraber aşağıdaki belirtilerden beş ya da daha fazlasının bulunması.
   1. Alınma düşüncelerinin olması.
   2. Kültürel değerlerle uyumsuz olan ve bireyin davranışları etkileyen, alışagelmişin dışında inançlara sahip olma ya da büyüsel düşünme (ör.; telepati, altıncı his gibi).
   3. Olağan dışı algısal yaşantılar yaşama.
   4. Tuhaf düşüncelere sahip olma ya da konuşmalar yapma.
   5. Kuşkuculuk.
   6. Uygunsuz ya da kısıtlı duygulanıma sahip olma.
   7. Alışılagelmişin dışında davranışlar sergileme veya tuhaf görünme.
   8. Birinci derece akrabaları dışında yakın arkadaşları veya sırdaşlarının hiç olmaması.
   9. Yakınlaşmayla bile azalmayan aşırı sosyal kaygı yaşama; olumsuz değerlendirileceğine ilişkin yoğun paranoid korkular yaşama.

B. Söz konusu olan bu özellikler yalnızca şizofreni, bipolar (iki uçlu) bir bozukluk ya da psikoz özellikli depresyon bozukluğu ya da otizm esnasında ortaya çıkmaz ve bir başka sağlık durumunun fizyolojik etkisiyle açıklanamaz.

Not: Bu kriterlerin şizofreninin başlangıcından önce karşılandığı durumlara "premorbid" ifadesi eklenmelidir. Ör., şizotipal kişilik bozukluğu (premorbid).

Epidemiyoloji

Genel popülasyonda şizotipal kişilik bozukluğunun yaygınlık oranı %0,6 ila %4,6 arasında değişmektedir (APA, 2013). Klinik örneklemde ise %0,6 ila %9,1 arasındadır (Torgersen, 2012). Ülkemizde Dereboy ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan normal popülasyon çalışmasında şizoid kişilik bozukluğunun yaygınlık oranı %15,1 olarak bulunmuştur; bu çalışmada bulunulan yüksek yaygınlık oranı, hem kullanılan ölçüm aracıyla hem de kültürün yapısıyla açıklanmıştır. Ülkemizde Dereboy ve arkadaşlarının (2014) bu çalışması dışında şizotipal kişilik bozukluğunun yaygınlığına ilişkin bulgu ortaya koyan bir başka çalışmaya rastlanılmamıştır. Bunun yanı sıra bu kişilik bozukluğu, erkeklerde kadınlardan biraz daha yaygın görülmektedir. Çocukluk veya ergenlikte tuhaf fanteziler, sosyal kaygı, aşırı duyarlılık veya başka garip davranışlar olarak ortaya çıkabilir. Diğer A küme kişilik bozuklukları ile birlikte şizotipal kişilik bozukluğu, evsiz

insanlar arasında oldukça yaygındır (Connolly, 2008). Şizotipal kişilik bozukluğu; çekingen kişilik bozukluğu, paranoid kişilik bozukluğu ve sınırda kişilik bozukluğu (McGlashan ve ark., 2000) ve bunların yanı sıra majör depresyon bozukluğu, distimi ve sosyal fobiyle de eş tanı olarak görülmektedir (Adams ve Sutker, 2001).

Etiyoloji

Şizotipal kişilik bozukluğunun olası nedenlerini "şizofreni spektrumu (şizoid, paranoid ve şizotipal tiplemelerini içeren)" ile açıklayanlar, bu kişilik bozukluğunun şizofreni ile aynı genetik etiyolojiyi paylaştığını ifade etmektedir (Nigg ve Goldsmith, 1994). Ailede şizofreni gibi bir ruhsal bozukluk öyküsünün olması, bu kişilik bozukluğunun gelişimi için bir risk faktörü oluşturmaktadır (Thaker ve ark., 1993). Şizotipal semptomları olan birinci derece akrabalara sahip kişilerin, bu hastalık aile öyküsü olmayanlara kıyasla şizotipal kişilik bozukluğuna sahip olma olasılığının %50 daha fazla olduğu bildirilmiştir. Şizofreni tanılı yakın bir akrabası olanların da bu kişilik bozukluğuna sahip olması ve şizofreni tanılı akrabalarıyla benzer şiddette bu semptomları yaşamaları daha olasıdır (WebMed, 2017). Genel olarak, A küme kişilik bozukluğunun içerdiği şizotipal, şizoid ve paranoid kişilik bozukluklarının tümünün biyolojik olarak şizofreni ile ilişkili olduğu gösterilmiş (Varma ve Sharma, 1993). Şizofreni ebeveynleri tarafından yetiştirilen çocukların, herhangi bir ruhsal bozukluğu olmayan ebeveynler tarafından yetiştirilen çocuklardan daha fazla şizotipal kişilik bozukluğu geliştirme olasılığı olduğu söylenmektedir. Şizofreni tanılı bir ebeveyne sahip olmanın genetik bir yatkınlık sağlamasının yanı sıra, ebeveyninin şizofreni ile ilişkili birtakım davranışlarını gözlemleyen ve bunu taklit eden çocuklarda "büyülü" paranormal inancının gelişimi de söz konusu olabilir (Dobbert, 2007). Ancak "şizoid, paranoid ve şizotipal kişilik bozukluğunu" içeren şizofreni spektrum bozukluğunun özellikle şizofreni tanılı bireylerin yakınları için geçerli olduğu yaygın olan bir görüş olsa da bunu desteklemeyen araştırma sonuçları da bulunmaktadır (Ayhan Ergin ve ark., 2000; Coryell ve Zimmermann, 1989; Thaker ve ark., 1993).

Şizotipal kişilik bozukluğu her ne kadar genetik yatkınlık ile açıklansa da Beck'e (2015) göre şizotipal kişiliğe sahip olanlar, garip ve diğerlerinden oldukça farklı bireylerdir. Bu bireylerin temel inancı, dünyanın önemsiz olduğu ve hayatın açıklanamayan güçlerle dolu olduğu yönündedir. Koşullu inançları ise eğer diğer insanlara yaklaşırlarsa, onlar tarafından reddedileceklerini düşünmeleridir. Bunun yanı sıra diğerleri onları farklı görüyorsa o zaman yalnız kalacaklarına ve özel yeteneklerini kullandıkları takdirde sahip oldukları bu güçlerin onları koruyacağına inanırlar. Dolayısıyla şizotipal kişilik bozukluğuna sahip bireyler diğerlerinden farklı olmanın koruyucu olduğuna ilişkin bu inanca sıkı sıkıya bağlıdır. Bu çeşitli inançlarının altında kendileri ve dünya ile ilgili inançları bulunmaktadır. Kendilerini farklı, özel, yetenekli ya da doğaüstü bireyler olarak görme eğilimindedirler. Genelde başkalarını düşmanca, güvenilmez ve onların özel yeteneklerini anlamayan sıradan kişiler olarak görürler. Buna göre, temel stratejileri sıra dışı görünüm veya farklı davranışlar sergilemek, diğerlerinden uzak durmak ve kendilerini korumak için özel yeteneklerini veya büyülü güçlerini kullanmaktır (Renton ve Mankiewicz, 2015).

B Küme Kişilik Bozukluğu

B küme kişilik bozukluğu, "dramatik ve değişken" olarak adlandırılmaktadır. Bunun sebebi sıklıkla kişiler arası ilişkilerde sorun yaşama, teatral, değişken ve duygusal olma özellikleri ile

karakterize ediliyor olmasıdır. Hem benlik saygısında hem de sosyal ilişkilerde tutarsızlık, dürtüsellik, empati yapamama sürekli beğenilme arzusu bu küme kişilik bozukluğunun özellikleri olarak sıralanabilir. Antisosyal, sınırda (borderline), histriyonik ve narsistik kişilik bozuklukları bu grubun içinde yer almaktadır.

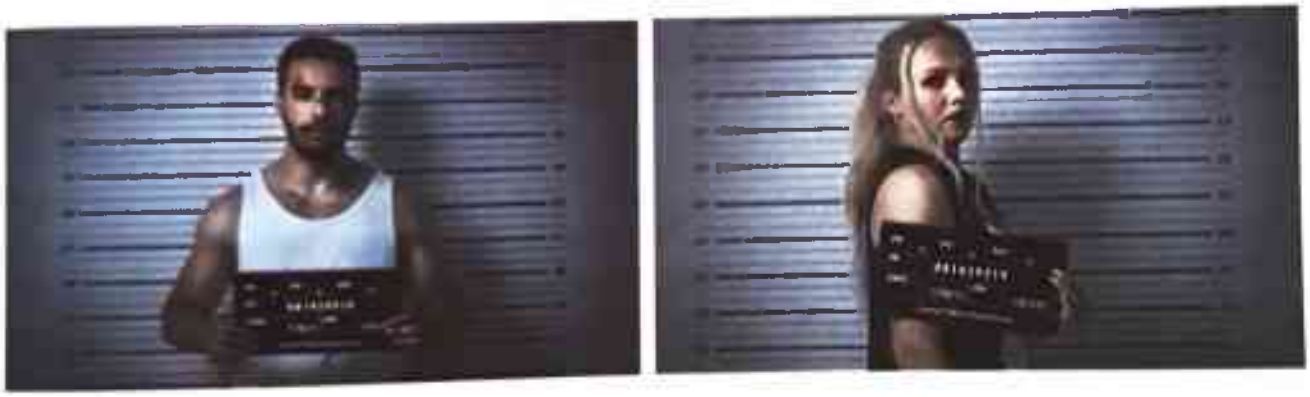
Antisosyal kişilik bozukluğu

Genel görünümü ve tanı kriterleri

Antisosyal kişilik bozukluğu; genellikle saldırganlık, dürtüsellik, hedonizm, uyuşturucu ve alkol bağımlılığı ile kendini göstermektedir ve sıklıkla bunlara suç işleme davranışı da eşlik etmektedir. Bu kişiler işlerinde başarısız olurlar, sürekli iş değiştirirler, ebeveynleri tarafından ihmal edilmiştirler; samimi ilişkileri sürdürmekte zorlanırlar, adli suçları nedeniyle mahkûm edilip cezaevinde kalabilirler (Hare, Neumann ve Widiger, 2012). Bu kişilik bozukluğuna sahip bireyler, başkalarının haklarına aldırış etmezler, kuralları ihlal etmekten rahatsızlık duymazlar; yalan söylerler ve diğer insanları aldatırlar, zevk için veya kişisel kârları için başkalarından yararlanırlar. Düşünmeden hareket ederler; yasalara ve sosyal normlara uymazlar ve tekrarlayan bir şekilde tutuklanırlar. Ayrıca, huzursuz ve saldırgan olmaları sıklıkla fiziksel kavgalar veya saldırılarla sonuçlanır. Bu bireylerin, başkalarının ve kendilerinin güvenliğini göz ardı etmesi şaşırtıcı değildir. Sorumsuzlukları, tutarlı olarak bir işte çalışamamaları ve finansal yükümlülükleri yerine getirmemeleri ile ortaya çıkar. Ayrıca, davranışlarından ötürü pişmanlık duymamaları başkalarına zarar verme veya kötü davranma konusundaki kayıtsızlıklarını açıklayabilmektedir (APA, 2013; Sperry, 2016). Ülkemizde yapılan bir çalışmada antisosyal kişilik bozukluğu olanların; öfke düzeylerinin, dışa vurdukları öfkenin ve bastırdıkları öfkenin, bu kişilik bozukluğuna sahip olmayanlara göre daha fazla olduğu ve bunun aksine öfke kontrollerinin ise oldukça az olduğu gösterilmiştir (Türkçapar, Güriz, Özel, Işık ve Dönbak-Örsel, 2004). Bu kişilik bozukluğuna sahip bireylerin mizaçlarına yönelik olarak yapılan bir çalışmada ise özellikle ağır düzeyde şiddet suçu işleyenlerin, kontrol grubuna göre yenilik arayışı puanlarının daha yüksek olduğu; zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, kendini yönetme ve iş birliği açısından ise daha düşük düzey puan aldıkları sonucuna varılmıştır (Erdem, Özdemir, Çelik, Balıkçı, Türker ve Nahit, 2010).

Bunun yanı sıra bu bireyler, duygusal farkındalık ve duygusal kontrol, empati yapabilme, kendini olumlu bir yaşantıya motive etme gibi kişiler arası ilişkilerde önemli olan bazı beceriler açısından ciddi güçlükler yaşamaktadır (Sardoğan ve Kaygusuz, 2006). Bu antisosyal davranışlar genellikle çocuklukta veya erken ergenlik döneminde başlamakta, sıklıkla davranım bozukluğu tanısına yol açmakta ve birçok yaşam alanında ortaya çıkarak yetişkinlikte de devam etmektedir (Goodwin ve Guze, 1989). On beş yaşından önce başlayan davranım bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğunun başlangıcı olarak kabul edilmektedir (Bayer, 2000). "Kişilik Bozukluklarına Yönelik Alternatif DSM-5 Modeli" bu hastalığın başka bir tanımını sunmaktadır (APA, 2013). Bu tanım; aldatıcılık, manipülatiflik ve risk alma ile birlikte yasal ve etik normlara uyulmamasını içermektedir. Bu kişilik bozukluğu ile ilişkili zorluklar, dürtüsellik ve sorumsuzluğun yanı sıra kimlik, empati ve yakınlık kurmada yaşanılan güçlüktür. Antisosyal kişilik bozukluğu hem bireyin kendisi hem de aileleri ve içinde yaşadıkları toplum için önemli sorunlara neden olmasının yanı sıra ülkeler için ekonomik maliyetlere sebebiyet

vermektedir. Bunlara sürekli yasalara uymama gerekçesiyle adli sorunlar yaşama, davalık olma, hapis cezası alma, eşinden ayrılma ya da aile birliğinin bozulması, toplumun refahının ve huzurunun bozulması örnek olarak verilebilir (Britt, 2000; Lambert, Wahler, Andrade ve Bickman, 2001; Loeber ve ark., 2000; Robinson ve Keithley, 2000). Bunun yanı sıra bu kişilik bozukluğuna sıklıkla madde kullanımı da eşlik etmektedir (Compton, Conway, Stinson, Colliver ve Grant, 2005); öyle ki cezaevi popülasyonunda yapılan bir çalışmada tutukluların üçte ikisinin alkol kötüye kullanımı, yarısının ise madde kötüye kullanımı olduğu gösterilmiştir (Cote ve Hodgins, 1990). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise bu bulgularla tutarlı olarak adli gözlem için başvuruda bulunan ve DSM-IV-TR kriterlerine göre antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alanların yaşadığı çevrede alkol ve madde kullanımı ile suç işleme sıklığının, geçmişte suç işleme sıklığı, kendine ve başkalarına yönelik agresif davranış sıklığının daha önce suça karışmamış normal katılımcılara göre daha fazla olduğu ortaya konulmuştur (Ebrinç ve ark., 2002). Sonuç olarak bu durum madde kullanım bozuklukları için tedaviyi zorlaştırmaktadır (Westermeyer ve Thuras, 2005).



Şekil 2. Antisosyal kişilik bozukluğu olan bazı bireyler tutuklanmayla sonuçlanabilen yasa dışı eylemlerde (ör.; adam yaralama ya da öldürme, hırsızlık, dolandırıcılık, alkollü araç kullanma) bulunabilir. Her ne kadar bu kişilik bozukluğu, erkeklerde kadınlara göre daha yaygınlık olarak görülse de, kadınlar da bu tanıyı alabilmektedir.

Hem antisosyal kişilik bozukluğu hem de madde kötüye kullanımı şiddet ve cezai davranışlarla yakından ilişkilidir (Chaiken ve Chaiken, 1990). Suç davranışı, antisosyal kişilik bozukluğu olanlar arasında oldukça yaygın olmakla birlikte, suçlar şiddeti içermeyen suçlardan, tecavüz veya cinayete kadar gidebilen aşırı şiddet eylemlerine kadar çeşitlilik göstermektedir (Black ve Blum, 2014). Fazel ve Danesh (2002), mahkûmlarla yaptıkları çalışmalarında, hapishanede bulunan tutukluların neredeyse yarısının (%47) antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alabileceğini bildirmiştir. Yapılandırılmış görüşme kullanılarak yapılan cezaevi temelli bir başka çalışmada ise suçluların %35'inin antisosyal kişilik bozukluğu kriterlerini karşıladığı tespit edilmiştir (Black, Gunter, Loveless ve Sieleni, 2010). Ayrıca ülkemizde Ebrinç ve arkadaşları (2002) da adli gözlem amacıyla psikiyatri polikliniğine başvuran antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alanların, normal popülasyondakilerle karşılaştırıldığında suç işleme sıklığının ve geçmişte suç işleme sıklığının daha fazla olduğunu bulmuştur. Ancak madde kötüye kullanım öyküsü olsa da, yoksunlukla baş edebilen antisosyal kişilik bozukluğu tanılı bireylerin, antisosyal veya cezai davranışlarda bulunma olasılıklarının daha düşük olduğu bunun yanı sıra daha az aile çatışması ve duygusal sorunlar deneyimlediği gösterilmiştir

(Cacciola, Alterman, Rutherford ve Snider,1995). Son olarak cezaevindeki suçluların hepsinin antisosyal kişiliğe sahip olduğu söylenemeyeceği gibi, antisosyal kişilik bozukluğuna sahip bireylerin hepsinin suç işleyen veya tutukluluk gerektiren davranışlarda bulunan kişiler olduğu da söylenemez.

Tablo 6. Antisosyal Kişilik Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri

A. On beş yaşından beri süregiden diğer bireylerin haklarını önemsememe ile beraber aşağıdakilerden üçünün ya da daha çoğunun bulunması:
   1. Bireyin tutuklanmasına yol açacak kadar yasal yükümlüklere uymaması ve bu örüntünün yineleyici olması.
   2. Sık sık yalan söyleme, başkaları için takma adlar kullanma, kendi kişisel çıkarı ya da zevki için diğer bireyleri kandırma ile kendini gösteren dolandırıcılık.
   3. Dürtüsel davranma ya da gelecek için plan yapamama.
   4. Sürekli kavgalara karışma veya başkalarının haklarını çiğneme ile kendini gösteren sinirlilik ve saldırganca davranma hâli.
   5. Hem kendisinin hem de başkalarının güvenliğini hiçe sayma.
   6. Devamlılığı olan bir işinin olmaması, ayrıca parasal yükümlülüklerini yerine getirmeme ile kendini gösteren genel sorumsuzluk hâli.
   7. Başkasına zarar verdiği durumlarda bunu mantığa bürüme ya da hırsızlık yaptığında buna kendince bir kılıf uydurma ile kendini gösteren pişmanlık duymama hâli.

B. Birey en az on sekiz yaşında olmalıdır.

C. Bireyin on beş yaşından önce davranım bozukluğuna ilişkin ciddi belirtilerinin olması gerekmektedir.

D. Söz konusu olan bu antisosyal davranışlar şizofreni ya da bipolar (iki uçlu) bozukluk esnasında ortaya çıkmamalıdır.

Epidemiyoloji

İngiltere ve Amerika'da yapılan bazı çalışmalar genel popülasyonda bu bozukluğun %2 ila %5 arasında olduğunu; erkeklerin neredeyse üç kat daha fazla antisosyal kişilik bozukluğuna sahip olduğunu (erkekler için %5,5, kadınlar için %1,9) göstermiştir (Black, 2013; Compton ve ark., 2005). Çocukluk döneminde davranım bozukluğu olanların yetişkinlikte antisosyal kişilik bozukluğuna sahip olma yaygınlık oranı erkekler için %16,5, kadınlar için ise %8,5 olarak bulunmuştur. Bu sonuç, antisosyal davranış sendrom şiddetinin süreklilik gösterdiğini ortaya koymaktadır (Compton ve ark., 2005; Goldstein, Dawson, Saha, Ruan, Compton ve Grant, 2007). Bunun yanı sıra, bu kişilik bozukluğu evsiz olma (North, Smith ve Spitsnagel, 1993), düşük iş performansı sergileme, sık sık işsiz kalma ve düşük sosyoekonomik durum ile ilişkilidir (Compton ve ark., 2005).

Ülkemizde 2014 yılında yapılan normal popülasyon çalışmasında ise antisosyal kişilik bozukluğunun yaygınlık (prevalans) oranı %5,3 olarak rapor edilmiştir (Dereboy ve ark., 2014). Bu çalışmadan önce yine ülkemizde yapılan bir başka normal popülasyon çalışmasında ise bu oran %3,02 olarak bulunmuştur (Doğan, Önder ve Doğan, 2004).

Etiyoloji

Antisosyal kişilik bozukluğunun nedeni, sıklıkla genetik ve sosyal faktörlerle açıklanmaktadır. Yapılan bazı çalışmalar, antisosyal davranışların, genlerle geçtiğini göstermektedir (Baker, Bezdjian ve Raine, 2006; Slutske, 2001). Evlat edinme çalışmaları, genel olarak, cezaevinde yatan tutukluların veya antisosyal ebeveynlerin biyolojik çocuklarının, erken dönemde evlat edinilse ve biyolojik ebeveynlerinin etkisinden çıktıkları durumda bile, yetişkin olduklarında suç davranışı sergileme durumlarının diğer çocuklara göre daha fazla olduğunu ortaya koymuştur (Crowe, 1974). Ayrıca tek yumurta ikizlerinin %67'sinde, çift yumurta ikizlerinin ise %31'inde antisosyal kişilik bozukluğunun görüldüğü rapor edilmiştir (Brennan ve Mednick 1993). Buna ilaveten evlat edinme çalışmalarında bu bozukluğun sıklıkla biyolojik olarak antisosyal kişilik bozukluğuna sahip akrabası olanlarda daha çok görüldüğü gösterilmiştir (Cadoret, O'Gorman, Troughton ve Heywood, 1985). Bu durumu açıklayan en önemli gen, monoamin oksidazdır (Monoamine oxidase-MAOA). Bu enzim seratonin ve norepinefrin gibi bazı nörotransmitterleri parçalamakla görevlidir. Genin davranışlarla olan ilişkisini inceleyen bazı araştırmalar, MAO-A üretimini azaltan genin varyanslarının agresif davranış ile ilişkisi olduğunu göstermiştir (Guo, Ou, Roettger ve Shih, 2008; Guo, Roettger ve Cai, 2008).

Genlerin bu etkisine ilaveten çocukluk istismarı da bu bozukluğun gelişimine katkıda bulunan önemli faktörlerden biridir (Luntz ve Widom, 1994). Çocukluk dönemindeki fiziksel istismar, cinsel istismar ve antisosyal kişilik bozukluğu arasındaki ilişkiyi inceleyen boylamsal bir çalışmada 18-21 yaş ve 21-25 yaş arasındaki bireylerde bu bozukluğun yaygınlık oranının böyle bir yaşantısı olmayanlarla karşılaştırıldığında dört kat daha fazla olduğu rapor edilmiştir (Fergusson, Boden ve Horwood, 2008). Bunun yanı sıra tutarsız veya genel olarak uygun olmayan ebeveyn tutumuna maruz kalmanın bu bozuklukla ilişkili olduğu ve antisosyal ebeveynlerin, çocuklarının davranışlarını etkin bir şekilde takip etmedikleri, kural koyamadıkları ve dolayısıyla çocuğun sosyal kurallara uyumunu sağlayamadıkları, bunun yanı sıra çocuklarının nerede, kimlerle olduğunu bilmedikleri ve sorunlu çocuklarla arkadaşlık yapmalarının önüne geçemedikleri bildirilmiştir (Reti ve ark., 2002).

Beck'e (2015) göre, bu bozukluğu olan bireylerin davranışlarının kökeninde "sorumsuzluk" yatmaktadır. Bu bireylerin temel inançları, "başkaları tarafından mağdur edilmemek ve kendilerini korumak için saldırgan olmaları gerektiği"dir. Ayrıca kuralları çiğneme hakkına sahip olduklarına inanırlar. Düşüncelerinin ve duygularının her zaman doğru olduğuna ve seçimlerinin daima iyi olduğuna güvenleri tamdır. Ayrıca, davranışlarının doğru olduğuna inandıkları için duygularının da gerçek olduğunu eğer, başkalarını manipüle etmez veya sömürmezlerse, asla hak ettiklerini alamayacaklarını düşünürler. Bu inançların altında kendileri ve dünya ile ilgili inançları yer almaktadır (Mitchell, Tafrate ve Freeman, 2015). Bu bireyler kendilerini güçlü, zeki, kendine yeten ve asla zarar görmeyecek kadar etkin olarak görürler. Başkalarını zayıf, savunmasız veya sömürülebilir olarak görme eğilimindedirler. Buna göre, iki stratejileri vardır: açıkça başkalarına saldırır, dolandırır ve başkalarına mağdur ederler ya da daha ustaca hile yapar, onları aldatır veya manipüle ederler (Beck, 2015).

YAKIN BAKIŞ 2 Antisosyal Kişilik Bozukluğu ve Psikopati

Antisosyal kişilik bozukluğu (AKB) ve psikopati, zaman zaman birbirinin yerine kullanılsa da aslında farklı kavramlardır. İlk kez DSM-I'de sosyapatik başlığı altında adı geçen antisosyal tepki kavramı, DSM-II'de antisosyal kişilik adını aldıktan sonra DSM-5'e kadar yerini korumuştur. Oysa psikopati kavramı çok daha eskiye dayanmaktadır. İlk olarak 19. yüzyılda Pinel'in (1801) "Mania sans delire (Madness without delirium)" kavramı ile gündeme gelen psikopati kavramı herhangi bir psikotik belirtisi olmama, zihinsel kapasitesi normal olduğu hâlde ahlaki olarak uygunsuz davranışlar sergileme ve dürtüsellikle açıklanmıştır (aktaran: Cleckley, 1951). Yirminci yüzyılda ise Cleckley (1951) psikopati için birtakım kriterler önermiştir ve antisosyal kişilik bozukluğunu anlamak için psikopatik kavramını kullanmıştır. Cleckley'in psikopati için önerdiği kriterler "kişiler arası, bilişsel ve davranışsal" özellikleri içermektedir. Benmerkezci olma, aldatma, sığ duygulanım, manipülatiflik, bencillik, empati yoksunluğu, suçluluk veya pişmanlık duymama gibi özellikler psikopati kavramının tanımlanmasında oldukça önemli bir role sahiptir (Hare, 1996).

DSM-5'in tanı ölçütlerinde psikopati kavramı kullanılmamıştır ancak antisosyal kişilik bozukluğunun pek çok belirtisine sahip olan bireyler için, bunlara ek olarak, yüzeysel bir çekiciliğe sahip olma, manipülatiflik, duyarsızlık ve sığ duygulanım gibi kişiler arası ve bilişsel özellikler tanımlamaktadır (Hare, 2003; Patrick, Fowles ve Krueger, 2009). Her ne kadar AKB tanısı olan bireylerin bazıları psikopatik özelliklere sahip olsa da bir kısmı bu özelliklere sahip olmayabilmektedir. Dolayısıyla psikopati ve antisosyal kişiliğin altında yatan psikobiyolojik sürecin farklı olduğu söylenebilir. Bugün kullanılan tanı sistemine göre antisosyal kişilik bozukluğunun tanı kriterleri daha çok davranış temellidir. Oysa psikopatinin yapısında kişiler arası ve bilişsel özelliklere ek olarak davranışsal kriterler söz konusudur (Glenn, Johnson ve Raine, 2013).

Psikopati ve antisosyal kişilik bozukluğunun farklılaşıp farklılaşmadığı ya da basitçe AKB için davranışsal boyutun gerekliliğine ilişkin sorulara yönelik olarak yapılan çalışmalarda sıklıkla Lilienfeld ve Andrews (1996) tarafından geliştirilen Psikopatik Kişilik Envanteri kullanılmıştır. Buna göre AKB tanısı olup psikopatik özellikler sergilemeyenlerin, psikopatik özelliklere sahip olanlardan anlamlı düzeyde farklılaştığı ortaya konulmuştur (ör., Cox ve ark., 2013; Magyar, Edens, Lilienfeld, Douglas ve Poythress, 2011; Poythress ve ark., 2010).

Psikopati ve antisoyal kişilik bozukluğunun psikolojik faktörlerine ilişkin yapılan bu çalışmalara ilaveten altta yatan biyolojik faktörleri inceleyen çalışmalar da bulunmaktadır. Anton ve arkadaşları (2012) tarafından kadın tutuklulardan oluşan bir örneklemde psikopati ve AKB arasındaki farklılık "korku tepkisi, bilişsel işlemlemenin farklı örüntüleri ve yüksek sese karşı verilen irkilme tepkisi" açısından incelenmiştir. Araştırmanın sonucunda psikopatinin seçici dikkatle ilişkili olduğu yani bu bireylerin tehditle ilgili bilgiyi içeren çevresel bilgiyi filtrelediği ve amaçla ilişkili bilgiyi tercih ettiği gösterilmiştir. AKB'nin ise hem yürütücü işlevlerde hem de korku duymayla ilgili sorun yaşamayla ilişkisi olduğu bildirilmiştir.

Sınırda (Borderline) kişilik bozukluğu

Genel görünümü ve tanı kriterleri

Sınırda kişilik bozukluğuna sahip olanlar, gerçek veya hayali terk edilmekten kaçınmak için çaba sarf ederler ve bu yoğun terk edilme korkuları, zaman sınırı nedeniyle gerçekleşen bir vedalaşmada ya da planlarda kaçınılmaz olarak yapılan ani değişikliklerle karşı karşıya kaldıklarında bile uygunsuz öfkeye yol açabilir. Kişiler arası ilişkileri "göklere çıkarma ve yerin dibine batırma" arasında gidip gelmektedir ve bu durum oldukça yoğun ve değişkendir (Maass, 2019; Sperry, 2016). Bu bireylerde kronik kimlik sorunları ve dengesiz bir benlik duygusu hâkimdir; dürtüsellikleri genellikle dikkatsiz araba kullanma, madde kullanımı, aşırı yeme veya yüksek risk içeren cinsel davranışlar gibi eylemlerle sonuçlanabilir. Belirgin derecede duygusal patlamalar yaşarlar, kronik olarak boşluk hissederler ve öfkelerini kontrol etmekte zorluk çekebilirler. Ayrıca kısa, strese bağlı paranoid düşünce veya ciddi dissosiyasyon yaşayabilirler (APA, 2013). Bu kişilik bozukluğuna sahip olan bireyler, terk edilme korkuları ve boşluk hissi ile karşı karşıya kaldıklarından dolayı, öz benlik duygusundan yoksun olma eğilimindedirler. İntihar tehdidinde bulunma veya kendine zarar verme eylemleri de oldukça yaygındır (Sperry, 2016). Kendine zarar verme ya da intihar girişiminde bulunma gibi eyleme vuruk davranışlar, terk edilmekten kaçınma çabalarına bağlanabilir. Bütün kişilik bozuklukları arasında, sınırda kişilik bozukluğu, klinisyenlerin en çok ilgisini çeken bozukluktur denilebilir (Maass, 2019). Bu kişilik bozukluğunun tedavi edilemez olduğuna ilişkin yaygın görüşten farklı olarak Zimmerman ve arkadaşları (2010) yaklaşık olarak 300 sınırda kişilik bozukluğu tanılı bireyi yaklaşık 10 yıl boyunca takip etmiş ve bunların nerdeyse yarısının tam olarak iyileştiğini sosyal ve mesleki yaşamlarında işlevselliklerinin arttığını ortaya koymuştur.

"Kişilik Bozukluklarına Yönelik Alternatif DSM-5 Modeli" bu hastalığın başka bir tanımını sunmaktadır (APA, 2013). Bu tanıma göre benlik imajı, hedefler ve kişiler arası ilişkilerin sürekli değiştiği ve buna dürtüsellik, düşmanlık ve risk almanın da eşlik ettiği bir durum ifade edilmektedir. Bu kişilik bozukluğu ile ilişkili güçlükler; düşmanlık, dürtüsellik, risk alma, depresyon, ayrılık kaygısının yanı sıra kimlik, empati ve yakınlık kurmada yaşanılan zorluklardır.

Tablo 7. Sınırda Kişilik Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri

Erken erişkinlikte başlayan ve farklı ortamlarda ortaya çıkan, kişiler arası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlığın yanı sıra dürtüsellik ile beraber aşağıdakilerden beşinin ya da daha çoğunun olması.

1. Gerçek ya da imgesel bir ayrılıktan ya da terk edilmekten kaçınmak için yoğun bir çaba sarf etme.
2. Kişiler arası ilişkilerde göklere çıkarma ve yerin dibine batırma arası gidip gelen tutarsız bir örüntü sergileme.
3. Kimlik karmaşası yaşama.
4. En az iki alanda kendine kötülüğü dokunabilecek şekilde dürtüsel davranışlarda bulunma (aşırı para harcama, madde kötüye kullanımı, tehlikeli araba kullanma, fazla yemek yeme gibi).
5. Tekrar eden intihar girişimlerinin olması.
6. Duygulanımda tutarsızlık.
7. Süregiden bir boşluk hissi.
8. Uygun olmayan ve yoğun bir öfke hâli; öfke kontrolünü sağlayamama.
9. Stresle ilişkili olarak ortaya çıkan kuşkucu düşüncelere sahip olma.

Epidemiyoloji

Bu kişilik bozukluğunun genel popülasyonda yaygınlık oranının %1,6 ile %5,9 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bu rakam %6 iken ayaktan tedavi merkezlerinde %10 ve yatan hasta ortamlarında ise %20'dir (APA, 2013). Bir başka çalışma sonucuna göre ise ayaktan tedavi olan psikiyatri hastaları arasında sınırda kişilik bozukluğunun yaygınlığı %10 iken, yatarak tedavi edilenlerde bu oran %20'dir (Bjornlund, 2011). Ülkemizde normal popülasyonda yürütülen bir çalışmada sınırda kişilik bozukluğunun prevalans oranı %13,5 olarak rapor edilirken (Dereboy ve ark., 2014) klinik başvuru olan ergenlerde sınırda kişilik bozukluğu semptomlarının yaygınlığı ve tanı etkililiğini inceleyen bir başka çalışmada ise SCID-II kriterlerinden beş ve üzerinde eşik üstü olarak değerlendirilenlerin oranı %18,8 olarak bildirilmiştir (Dönmez, 2004).

Sınırda kişilik bozukluğu kadınlarda daha yaygın gibi görünmektedir, öyle ki tanıların %75'ini kadınlar oluşturmaktadır. DSM-IV-TR (APA, 2000) sınırda kişilik bozukluğunun cinsiyetler arası görülme oranının 3:1 (kadın:erkek) olduğunu söylemektedir. Bu bozukluğun epidemiyolojisine ilişkin Widiger ve Weissman'ın (1991) yaptığı çalışmada sınırda kişilik bozukluğu tanısı alanların %76'sının kadın olduğu rapor edilmiştir. Ancak bu bozukluğun kadın ve erkeklerde görülme sıklığına ilişkin elde edilen bulgulara yönelik eleştiriler de bulunmaktadır. Sınırda kişilik bozukluğu hem duygusallık hem de kişiler arası ilişkilere odaklı cinsiyetlendirilmiş beklentiler içermektedir. Kadınlar basitçe erkeklerden daha duygusal, ilişki odaklı olarak tanımlanmaktadır ve ilişkilerine daha bağımlı oldukları düşünülmektedir. Açıkçası, cinsiyete ilişkin bu klişeler kadınları ve onların sahip olabileceği ruhsal hastalıkları etkilemektedir (Wright ve Owen, 2001). Bu bozukluğun kadınlarda daha yaygın olduğunu söyleyen çalışmalardan farklı olarak cinsiyetler arası prevalans oranı açısından farklılık bulmayan çalışmalar da mevcuttur (ör., Grant ve ark., 2008; Torgersen, Kringlen ve Cramer, 2001). Cinsiyet oranlarına ilişkin bu farklı bulgular klinisyenlerin bu bozukluğun tanısını koyarken sergiledikleri cinsiyet ön yargılarına bağlanabilir (Giacalone, 1997; Henry ve Cohen; 1983) Bu nedenle, tanıdaki klinisyen yanlılığı kısmen kadın baskınlığının (predominance) yanlış algılanmasına katkıda bulunmuş olabilir (Strain, 2003; Woodward, Taft, Gordon ve Meis, 2009).



Şekil 3. Borderline kişilik bozukluğu olan bireyler, sıklıkla kimlik karmaşası yaşadıklarını dile getirirler ve kişisel kimliklerine ilişkin olarak yaşadıkları bu kararsızlık ve değişkenlik içlerindeki boşluk hissine neden olabilir.

Etiyoloji

Sınırda kişilik bozukluğunun etiyolojisi karmaşıktır ve birden çok faktörle açıklanmaktadır. Bunların başında genetik etki bulunmaktadır. Buna göre ikiz sınırda kişilik bozukluğu olanlarla yapılan bir çalışmada tanı konmuş tek yumurta ikizlerinin %35'inin, çift yumurta ikizlerinin ise

%7'sinin aynı tanıyı paylaştığı gösterilmiştir (Torgersen ve ark., 2000). Ayrıca Hollanda'da bu kişilik bozukluğunun gelişimini etkileyen genetik özellikleri belirlemek için yapılan bir başka ikiz çalışmasında da bu tanıya sahip olanlardaki bireysel farklılıklar üzerinde büyük oranda genetik faktörlerin etkiliği olduğu sonucuna varılmıştır. 5.496 ikizin yer aldığı bu çalışmada genetik etkinin sınırda kişilik bozukluğu özelliklerine ilişkin varyansın %42'sini açıkladığı ortaya konulmuştur (Distel ve ark., 2008). Sınırda kişilik bozukluğuna sahip olanların birinci dereceden akrabalarının %11,5'inde bu bozukluğun görülme olasılığı bulunmaktadır (Nigg ve Goldsmith, 1994). Bunun yanı sıra dürtüsellik ve zarardan kaçma gibi bazı mizaç özelliklerine genetik olarak yatkın olmanın sınırda kişilik bozukluğuna karşı bireyi daha hassas hâle getirdiği de söylenmektedir (Siever, Torgersen, Gunderson, Livesley ve Kendler, 2002). Genellikle biyolojik ve çevresel risk faktörlerinin bir araya gelmesinin, seratonerjik ve dopaminerjik sistemler üzerinden beyin fonksiyonlarının belirli bir seviyesine ulaşmasını sağladığı ve bu durumun da sınırda kişilik bozukluğunun gözlenebilir semptomlarına neden olduğu ifade edilmektedir. Dolayısıyla beyin fonksiyonlarında meydana gelen bu kritik değişikliğe bir de çevresel faktörler eklendiğinde biyolojik risk artmaktadır (Calati, Gressier, Balestri ve Serretti, 2013).

Genetik yatkınlığa ilişkin bu sonuçlara ilaveten sınırda kişilik bozukluğu tanısı olan yetişkinlerde erken dönemde istismar veya ihmal öyküsünün yaygın olduğuna dair araştırma sonuçları oldukça fazladır (van der Kolk, Perry ve Herman, 1989; Zanarini, Frankenburg, Reich ve Fitzmaurice, 2010). Bernstein (2002), yaptığı çalışmada sınırda kişilik bozukluğu tanısı alan yetişkinlerin çocukluk çağında şiddetli duygusal istismar öykülerinin bulunduğunu ortaya koymuştur. Nitekim ülkemizde yapılan bir çalışmada da sınırda kişilik bozukluğu olan bireylerde duygusal ve cinsel istismar ve depresif belirtilerin, dürtüsel, kendine zarar verme ve intihar davranışları açısından önemli risk etkeni olduğu gösterilmiştir (Tunç ve Şahin, 2019).

Bu kişilik bozukluğunun temel özellikleriyle ilgili yapılan bir başka tartışma ise, Linehan'ın (1993) sınırda kişilik bozukluğunu "kişiler arası, davranışsal, bilişsel ve kendi kendine düzenleme" açısından tanımlamasını içermektedir. Linehan'ın (1993) sınırda kişilik bozukluğunun biyososyal teorisi, bu patolojinin en ayrıntılı şekilde tanımlanmış etiyolojik modelleri arasında yer almaktadır. Linehan'a göre, sınırda kişilik bozukluğu temel olarak bir duygu düzenleyememe bozukluğudur ve duygu düzenleyememe, duygusal olarak zorlayıcı olaylar esnasında işlevsel olmayan tepki örüntülerine yol açmaktadır. Bu bakış açısına göre biyolojik hassasiyeti olan ve belirli çevresel etkilere maruz kalanlar arasında bu bozukluğun ortaya çıkması daha olasıdır. Linehan (1993), duygusal düzenleyememenin bir dizi olası biyolojik alt katmanı olduğuna (ör., limbik fonksiyon bozukluğu) vurguda bulunmakla beraber duygusal yapının (ve dolayısıyla duygu düzenleme davranışlarının) oldukça geniş olduğu ve duygularla ilişkili olan bilişsel süreci, biyokimya ve fizyolojiyi, yüz ve kas tepkilerini, dürtüleri ve duygularla ilişkili eylemlerini içerdiğini söylemektedir. Sınırda kişilik bozukluğunun etiyolojisi için uygun olmayan/geçersiz bir bağlamın varlığının altını çizen Linehan (1993) bu geçersiz ortamı, özel duygusal deneyimlerin, değişken, tutarsız, uygun olmayan ve aşırı tepkileri içermesi olarak adlandırmaktadır. Her ne kadar bu olumsuz çevre aralıklı olarak duyguların aşırı ifade edilmesini pekiştirse de eş zamanlı olarak çocuğa bu tarz duyguların istenmediğini söyler ve ebeveynin desteği olmadan, tamamen içsel olarak bunlarla baş etmesi gerektiğini bildirir. Sonuç olarak çocuk, duygusal tepkileri nasıl anlayacağını, bunları nasıl isimlendireceğini ve nasıl düzenleyeceğini öğrenemez; bunun yerine duygusal geri çekilme ve aşırı duygusal olma arasında gidip gelir; çocuk bu duygusal tepkilere neden olan problemlerini nasıl çözeceğini de bilemez. Bu teoriye göre sınırda kişilik bozukluğu şu şekilde özetlenebilir:

- Duygusal duyarlılığın artmış olması,
- Yoğun duygusal tepkileri düzenleme becerisinden yoksun olunması,
- Duygusal olarak başlangıç seviyesine geri dönüş hızının düşük olması.

Linehan (1993) "duygu düzenleyememe"nin bu kişilik bozukluğunun temel özelliği olduğunu savunurken, bu teoriye ilişkin birtakım öneriler de olmuştur. Bu yeni bakış sınırda kişilik bozukluğunun temel özelliği olarak "dürtüsellik"e işaret etmektedir (Links, Heslegrave ve van Reekum, 1999). Nitekim Linehan'ın teorisi sadece erken duygusal gelişime odaklanmıştır ve dürtüsellik özelliğinin üzerinde çok fazla durmamıştır. Oysa erken dönemde görülen dürtüselliğin, sınırda kişilik bozukluğu kriterlerini karşılayan bireyler için hassasiyet yaratıcı önemli bir alt küme özellik olduğu söylenmektedir (Crowell, Beauchaine ve Linehan, 2009). Bu alt küme, intihar olan ve intihar olmayan, kendine zarar verme davranışlarını içeren bazı dürtüsel davranışlarda bulunan yetişkinlerden oluşmaktadır. Gerçekten de sınırda kişilik bozukluğu tanısı olan bireylerin %40-90'ının ya kendini yaralama ya da intihar girişiminde bulunduğu gösterilmektedir (APA, 2004). Ayrıca, Linehan'ın teorisinin genişletilmiş hâline göre erken dönemdeki dürtüsellik, duygu düzenlemeye bir hassasiyet yaratmaktadır. Crowell ve arkadaşlarına göre (2009) dürtüsellik ve duygu düzenleyememe, sınırda patoloji ile ilişkilendirilse de her ikisi de gelişim boyunca birbirinden bağımsız olarak ve sırayla ortaya çıkabilir. Sınırda kişilik bozukluğunun biyososyal modeli şu şekilde özetlenebilir:

1. Sınırda kişilik patolojisinin gelişmesinde ilk olarak ortaya çıkan, durum zayıf dürtü kontrolüdür ve bu durum sınırda kişilik bozukluğu ve diğer dürtü kontrol bozuklukları için örtüşen biyolojik kırılganlıkların nedeni olabilir.
2. Sınırda kişilik bozukluğunun aşırı duygusal değişkenlik karakteristiğinin gelişimi, bireyin yetiştiği ortam tarafından şekillendirilir; bu durum çocuğun özelliklerine ve gelişim bağlamına dayanır.
3. Biyolojik kırılganlıklar ve çevresel risk süreçleri arasındaki karşılıklı etkileşim, duygu düzenleyememe ve daha aşırı davranışsal kontrolsüzlüğü güçlendirir ve olumsuz bilişsel ve sosyal sonuçlara katkıda bulunur.
4. Orta ile geç ergenliğe kadar, sonradan ortaya çıkabilecek olan sınırda kişilik bozukluğu için yüksek riski gösteren tanımlanabilir özellikler ve uyumsuz başa çıkma stratejileri vardır.
5. Bu özellikler ve davranışlar, gelişim boyunca sınırda kişilik bozukluğu riskini arttırabilir.

Bir başka görüşe göre ise bu bozukluğun temelinde yatan duygusal özellik, yaşam boyu endişe ve ruminasyon eğilimi ile tezahür eden öfke, tedirginlik, değişken ve tepkisel duygu durumu içeren duygusal bir değişkenliktir. Bu bireylerde baskın duygusal özellik olan "aşırı duyarlılık (hypersensitivity)" onların her şeyi yoğun bir şekilde deneyimlemesi sonucunda yoğun duygular hissetmelerine yol açmaktadır ve bu da bilişsel düzenleyememe (cognitive dysregulation) ile yakından ilişkilidir (Maass, 2019).

Beck'e göre (2015; Beck ve Freeman, 1990), bu kişilik bozukluğuna sahip olanlarda üç temel varsayım söz konusudur. Bunlar: "Ben güçsüzüm ve savunmasızım.", "Yaradılışım gereği kabul edilmez birisiyim." ve "Dünya tehlikeli ve kötü niyetli insanlarla dolu bir yerdir." (Arntz, 2015). Bu inançlarına bağlı olarak sınırda kişilik bozukluğu tanılı bireyler, bu dünya üzerinde çaresiz olduğunu düşünür; güven verici kaynakları olmadığı için özerklik ile bağımlılık arasında kalırlar çünkü her ikisine de güvenmezler ve dolayısıyla arada kalırlar. Buna ilaveten ya hep ya hiç tarzı

düşünmenin bir temsili olan "iyi ya da kötü, başarılı ya da başarısız, değerli ya da değersiz" gibi uçlarda kategorik düşünme eğilimindedirler.

Histriyonik kişilik bozukluğu

Genel görünümü ve tanı kriterleri

Histriyonik kişilik bozukluğu olanlar; ilk başta etkileyici, sevimli, enerjik ve baştan çıkarıcı görünseler de zaman geçtikçe duygusal olarak dengesiz, olgunlaşmamış ve bencil bir hâl alabilirler (Blashfield, Reynolds ve Stennett, 2012). Bir başka deyişle, başlangıçta, yeni tanıştıkları kişiler üzerinde coşkulu ve hoş görünmeleri nedeniyle dikkat çekseler de zaman içinde sürekli dikkat odağı olma arzuları nedeniyle cazibelerini kaybederler. Genel görünümleri ve davranışları genellikle cinsel olarak kışkırtıcı veya baştan çıkarıcıdır; yalnızca romantik ilişkiye girdikleri kişilerle değil, aynı zamanda sosyal, mesleki ve profesyonel ilişkilerdeki etkileşimlerinde de aynı örüntüyü sergilerler. Bu bozukluğu olan bireyler, nasıl göründükleriyle aşırı derecede ilgilenir; kıyafetlerine ve öz bakımlarına aşırı miktarda enerji ve para harcarlar (Bornstein, 1999).

Histriyonik bireylerin konuşması aslında etkileyici ama ayrıntıdan yoksun ve yüzeyseldir; duygusal olarak abartılı, belirsiz ve dağınık bir şekilde konuşmayı tercih ederler. Verdikleri duygusal tepkileri sığdır ve hızla değişir. Başkalarıyla olan ilişkilerini gerçekte olduklarından daha samimi olarak görme eğilimindedirler ve bu bireyler çok çabuk başkalarının düşüncelerinden ve görüşlerinden etkilenirler (APA, 2013; Maass, 2019). Histriyonik kişilik bozukluğu, çarpıtılmış bir öz imge ile ilişkilendirilmektedir. Son olarak açıkça fiziksel görünüş ile ilişkili tek kişilik bozukluğu olduğu belirtilmiştir (Kandola, 2017).

Genellikle geç ergenlik veya 20'li yaşların başlayan bu örüntü, çok farklı ortamda kendini göstermektedir (APA, 2013; Maass 2019). Bu hastalığın başlangıç aşamalarında, birey basitçe biraz dağınık, biraz sığ ve biraz kendine odaklı bir kişilik örüntüsü sergileyebilir ama bu örüntü kişilik bozukluğuna doğru gittikçe histriyonik kişi tüm bu özelliklerin normal miktarından çok daha fazla sergiler. Kişilik bozukluklarının çoğunda olduğu gibi, bu bozukluğun semptomları da tipik olarak yaşla birlikte azalmaktadır. Bu tanıya sahip olanların antisosyal, bağımlı, sınırda ve narsistik kişilik bozukluklarının yanı sıra (Hales ve Yudofski, 2003) depresyon, anksiyete, panik ve somatoform bozukluğuna sahip olmaları olasıdır.

Tablo 8. Histriyonik Kişilik Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri

Erken erişkinlikte başlayan ve farklı ortamlarda ortaya çıkan aşırı duygusallık ve ilgi çekme arayışının oldukça yaygın bir örüntü içinde olması ile beraber aşağıdakilerden beşinin ya da daha çoğunun görülmesi:

1. İlgi odağı olmadığı durumlarda rahatsız olma hâli.
2. Başkalarıyla kurduğu ilişkilerin, uygun olmayan bir şekilde baştan çıkarıcı (cinsel) olması.
3. Aniden değişen ve yüzeysel duygular yaşama.
4. İlgi çekmek amacıyla her zaman dış görünüşünü kullanma.
5. Aşırı derecede etkilemeye yönelik ve detaydan yoksun bir konuşma biçimine sahip olma.
6. Yapmacık davranma, duygularını olduğundan çok daha abartma ve sürekli gösteriş yapma.
7. Başkalarının düşüncelerinden kolayca etkilenme.
8. İlişkilerin, gerçekte olduğundan daha yakın olması gerektiğini düşünme.

Epidemiyoloji

Genel popülasyonda bu kişilik bozukluğunun görülme sıklığı %1,84'tür; klinik ortamlarda ise tedaviye başvurmada en sık görülen kişilik bozukluğu olup yaygınlık oranı %1,0 ile %2,9 arasındadır (Torgersen, 2012). Bayer'e (2000) göre genel popülasyonda yaygınlık oranı %1-3 ile %2-3 arasında değişmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise normal popülasyonda histriyonik kişilik bozukluğunun yaygınlık oranı %6,7 olarak bulunmuştur (Dereboy ve ark., 2014). Söz konusu olan bu çalışma dışında histriyonik kişilik bozukluğunun yaygınlığına ilişkin bir başka çalışma bulgusuna rastlanılmadığı için herhangi bir karşılaştırma yapılamamaktadır.

Her ne kadar Bayer (2000) bu bozukluğa hem kadın hem de erkeklerde aynı yaygınlık oranına sahip olduğunu söylese de bu bireylerin en az üçte ikisinin kadın olduğunu gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Blashfield, Reynolds ve Stennett, 2012; Corbitt ve Widiger, 1995). Ancak Kaplan (1983) histriyonik kişilik bozukluğunun daha çok kadınlara konulan bir tanı olmasını cinsiyet ön yargısına bağlamaktadır. Ford ve Widiger da (1989) klinisyenlerin birisine histriyonik kişilik bozukluğu tanısı konulacağı zaman, bu kişinin cinsiyetinden etkilendiğini, cinsiyet ön yargısının tanısal kriterlerden ziyade tanısal etiketlerle ilişkili olduğunu söylemektedir. Bazı erkekler, abartılı cinsiyet rolü stereotipik davranışları yoluyla dikkat ve onay almaya duydukları kronik ihtiyaç gibi histriyonik özelliklere sahiptir. Kernberg (1992) iki tür erkek histriyonik tanımlamaktadır. Bunlardan ilki maskülen; diğeri ise daha çocuksu ve efemine tiptir. Toplum, erkeklerin atletik olarak güçlenmesini yadırgamaz; bu yolla erkeğin vücudunu sergilemesi ya da geliştirmesi histriyonik özelliklerin fark edilmemesine neden olabilmektedir. Aksine, bir kadın ihtişamını ve karşı konulmaz çekiciliğini sergilediğinde tipik olarak bu durum kabul görmeyebilir. Erkeklerin histriyonik özelliklerini topluma uygun olarak maskelemesi nedeniyle, erkekler ve kadınlar arasındaki gerçek bilişsel, kişiler arası ve psikodinamik benzerlikleri tespit etmenin zor olduğunu söylemek mümkündür.



Şekil 4. Histriyonik kişilik bozukluğu olan bireyler ilgi çekebilmek için sıklıkla dış görünüşlerini kullanırlar.

Etiyoloji

Histriyonik kişilik bozukluğunun gelişimi, biyolojik yatkınlığın ve çevresel tepkilerin karmaşık bir etkileşimini içermektedir. Bu bireylerin kişiliklerinin temel unsuru olan "dışa dönüklük ve duygusallığın" biyolojik bileşenlere sahip olduğu söylenmektedir. Bu faktörler, erken dönemde çocuğun ona bakım verecek kişiden yoksun kalması ve buna bağlı olarak bakım alabilmek için dikkat çekmeyi bir strateji olarak kullanması ve dolayısıyla yüzeysel etkileşimlere girmesiyle ilişkilendirilmektedir (Lumen Learning, 2018). Bazı aile çalışmaları, sınırda ve antisosyal kişilik bozuk-

luklarının yanı sıra, histriyonik kişilik bozukluğunun da aileye özgü olduğunu ama bunun genetik mi yoksa çevresel faktörlerden mi kaynaklandığının açıkça ortaya konulamadığını söylemektedir (Nolen-Hoeksema, 2014).

Psikanalitik bakış açısına göre histriyonik kadınlar tipik olarak anne ilgisi ve bakımından yoksun kaldıkları için bu ihtiyaçlarını karşılayabilmek adına babalarına yönelirler. Bu süreçte duygularını ancak flörtöz ve teşhirci bir şekilde göstererek babalarının dikkatini çekebileceklerini öğrenirler. Yetişkin bir birey olduklarında ise "babasının küçük kızı" olarak kalabilmek için cinselliği bastırması gerektiğini düşünerek bu şekilde davranırlar. Benzer şekilde, histriyonik erkekler de anne yoksunluğu yaşadıklarından bakım alabilmek için yüzlerini babalarına çevirirler. Eğer babaları duygusal olarak erişilemeyen biriyse, pasif ve efemine kimlik geliştirirler veya efemineliğin yarattığı kaygıya bir tepki olarak hipermaskülen biri gibi davranırlar. Bu erkekler, sıklıkla romantik ilişkilerde kadınlardan yana hep hayal kırıklığına uğrarlar çünkü hiçbir kadın anneleri kadar iyi değildir. Bazıları annelerine olan bağlılıklarını sürdürmek için bekâr bir yaşam tarzı seçebilir, bazıları ise vücut geliştirme ve Don Juanism gibi maço davranışlarından zevk alabilir. Bu şekilde kendilerini "gerçek bir erkek" olarak güvence altına almak adına kadınları baştan çıkarmaya çabalayabilirler (Kellerman ve Burry, 1989). Psikanalitik kuram, özellikle annenin otoriter veya uzak ebeveyn tutumlarının ve çocuğun asla yerine getiremeyeceği beklentilere dayalı olarak sunulan koşullu sevginin, bu kişilik bozukluğuna hazırlayıcı faktörler olduğunu söylemektedir (Bienenfeld, 2007).

Beck'e göre (2015), histriyonik kişilik bozukluğu için altta yatan bazı bilişsel çarpıtmalar ve varsayımlar bulunmaktadır. Buna göre bu kişilik bozukluğu olanlarda "Yetersizim ve kendi başıma hayatımı idare etmem mümkün değil." ve "Değerli olmak için herkes tarafından sevilmeliyim." varsayımları etkilidir. Kendisine bakmakta yetersiz olduğuna inanan histriyonik birey, sürekli diğerlerinin dikkatini çekmeye çabalar, onlardan onay almaya çalışır ve diğerlerinin ona bakım vermesini ve onunla sürekli ilgilenmesini ister. Başkaları tarafından sevilmek ve onaylanmak zorunda olduklarına ilişkin duydukları güçlü inançları nedeniyle, reddedilme duyarlılıkları yüksektir. Son olarak, yetersiz hissetme ve onaylanma ihtiyacından dolayı, diğerlerinin dikkatini çekebilmek için "performans gösterme" konusunda üzerlerinde baskı varmış gibi hissederler (Sungar ve Gündüz, 2015).

Narsistik Kişilik Bozukluğu

Genel görünümü ve tanı kriterleri

Narsistik kişilik bozukluğunun temel özelliği, benmerkezcilik, büyüklenme (grandiözite), hayranlık duyulma ihtiyacı, empati eksikliği olarak kabul edilmektedir. Bu kişilik bozukluğu adını Yunan mitolojisine göre göle eğilip su içmek isterken kendine görüp âşık olan Narkissos'tan almaktadır. Benliğe verilen aşırı önemle kendini gösteren grandiözite, aslında bireyin yeteneklerini abartması, başarılarıyla övünmesi ve şişmiş benlik algısıyla tanımlanmaktadır. Başkalarının ihtiyaçlarına duyarlı olmamaları ile diğerlerinden farklı olarak "hak etme" duygusu bir araya geldiğinde, narsistik kişilerin bilinçli ya da bilinçsizce başkalarını sömürme davranışı gerçekleşmektedir. Bu bireylerin genellikle özgüvenleri kırılgandır ve aslında "hak etme duygusu" bunu telafi etmek için kullandıkları bir stratejidir (Maass, 2019). Bu bireyler genellikle dürtüsel ve kaygılıdırlar, "özel" olduklarına inanırlar; diğer insanlarla kurdukları ilişkiler yüzeyseldir ve bu ilişki tamamen diğerlerinden faydalanmaya yöneliktir (Ronningstam, 2012). Dahası, kendi yete-

neklerini ve başarılarını abartmayı severler. Dikkat çekme, onaylanma ve övgü almaya yönelik sürekli bir ihtiyaçları bulunmaktadır. Başarılı ve güçlü olma onlar için çok önemlidir. Kibirlidirler ve başkalarına empati göstermekte zorluk yaşarlar. Ayrıca, kıskanç olabilirler veya başkalarının kendilerini kıskandığını düşünebilirler (APA, 2013). Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre narsistik bireylerin cinsel onaylayıcılığa eğilimleri daha fazladır; ayrıca bu bireylerin ilişkilerinde "kendine güven, ilişkiyi ayarlama, içsel ilişki kontrolü, ilişki girişkenliği ve ilişki kaygısının" son derece önemli faktörler olduğu da bulunmuştur (Zara ve Özdemir, 2018).



Şekil 5. Hayranlık duyulmaya aşırı ihtiyaç duyan narsistik bireyler için "sınırsız başarı ve güç" her zaman çok önemlidir.

"Kişilik Bozukluklarına Yönelik Alternatif DSM-5 Modeli" narsistik kişilik bozukluğu ile ilgili ortaya çıkan araştırmaları iyi bir şekilde yansıtmaktadır (Ronningstam, 2011). Narsistik kişilik bozukluğunun güncellenmiş tanımı, "dikkat ve onay arayışı ile açık ya da örtülü bir grandiöziteyle değişken ve kırılgan benlik saygısını" içermektedir (APA, 2013, s. 767). Bu tanım, DSM-IV-TR'de olmayan ek narsisizm özelliklerini içermektedir. DSM-5'in III. Bölümü'nde benlik saygısının kırılganlığı artık bu bozukluğun temel bir özelliği olarak vurgulanmakta ve örtük tip de tanımlanmaktadır. Buna karşılık, DSM-5'in II. Bölümü'nde ise, grandiözitenin boyutuna vurguda bulunulmaktadır ve açıkça sergilenen narsisizmden bahsedilmektedir.

Tablo 9. Narsistik Kişilik Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri

Erken erişkinlikte başlayan ve farklı ortamlarda ortaya çıkan, grandiözite (büyüklenme), beğenilme ve empati yapamama ile beraber aşağıdakilerden beşinin ya da daha çoğunun olması:

1. Benlik değerine ilişkin büyüklenme (ör.; başarılarını ve yeteneklerini abartma, gösterdiği başarılarla orantılı olmayan bir şekilde kendini üstün biri olarak görme).
2. Sınırsız başarı, güç, zekâ, güzellik ya da üstün bir sevgi hayalleriyle uğraşma.
3. Özel ve eşi olmayan biri olduğuna inanma; ancak özel ya da üstün kişiler tarafından anlaşılacağını düşünme.
4. Her zaman çok beğenilmek isteme ve buna ihtiyaç duyma.
5. "Hak etme" duygusuna sahip olma.
6. Kendi çıkarı veya kendi amaçlarına ulaşabilmek için diğerlerini kullanma.
7. Empati yapamama.
8. Sıklıkla başkalarını kıskanma veya diğerlerinin onu kıskandığını düşünme.
9. Diğerlerine karşı saygısızca davranma ve kendini beğenmiş davranışlar sergileme.

Epidemiyoloji

Genel popülasyonda bu bozukluğun yaygınlığının %0,6 ile %6,2 arasında olduğu tahmin edilmektedir (APA, 2013). Klinik ortamlarda hastaların %2,3 ila %35,7'sinde bu kişilik bozukluğunun bulunduğu gösterilmektedir (Torgersen, 2012). Ülkemizde ise normal popülasyonda narsistik kişilik bozukluğunun yaygınlık oranı %7,1 olarak bulunmuştur (Dereboy ve ark., 2014).

Narsistik kişilik bozukluğunun erkeklerde daha yaygın olduğuna ilişkin daha önceki görüşle tutarlı olarak yakın zamanlı bir çalışmada bu sonuç desteklenmiştir; aynı çalışmada gençlerin, yaşlılardan daha fazla bu bozukluktan etkilendiği de ortaya konulmuştur (Caligor, Levy ve Yeomans, 2015). Hastalık genellikle ergenlik veya erken yetişkinlik döneminde gelişmektedir ancak zaman zaman çocuklar veya gençler narsistik kişilik bozukluğunun benzer bazı özelliklerini sergileyebilmektedir. Bu özelliklerin geçici olabileceği ve bu nedenle hastalığın teşhisi için gerekli kriterleri karşılamıyor olabilecekleri unutulmamalıdır (Mayo Clinic Staff, 2014).

Etiyoloji

Narsistik kişilik bozukluğunun nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, bu bozukluk için çevresel, sosyal, genetik ve nörobiyolojik faktörlerin bir araya gelmesinin etkin rol oynayabileceğini belirten bir biyopsikososyal nedensellik modeli önerilmektedir. Dolayısıyla bu kişilik bozukluğu için tek bir faktör sorumlu değildir; bunun yerine, tüm dikkate alınan faktörlerin karmaşık ve iç içe doğasının önemli olduğu düşünülmektedir. Bunun yanı sıra narsistik kişilik bozukluğunun kalıtsal olduğuna dair önemli bazı kanıtlar vardır çünkü ailesinde bu hastalık öyküsü bulunan kişilerde görülme olasılığı daha fazladır. Bu nedenle bu hastalığın ebeveynden çocuğa "geçmesi" için biraz daha fazla risk bulunmaktadır (Paris, 2014). Gerçekten de bazı çalışmalara göre daha önce narsistik kişilik bozukluğu tanısı alan ebeveynlerin çocuklarının yaklaşık üçte ikisinde bu kişilik bozukluğu bulunmaktadır (Goodman ve Leff, 2012).

Bazı araştırmalar, stres ve travmaya karşı narsistik tepkilerin genetik bir temeli olabileceğini göstermektedir ancak bununla ilişkili başka faktörler de söz konusudur. Narsistik kişilik bozukluğu potansiyeli genlerde olabilir ancak bozukluğu harekete geçirmek için çevresel veya diğer faktörlere ihtiyaç vardır. Örneğin, fiziksel ya da duygusal olarak orda bulunmayan, eleştirel ve küçümseyici davranan ya da çocuğun kendi önemini yanlış bir benlik-değer duygusuyla abartmasına sebep olan ebeveyn tutumu (özellikle babalık) bu kişilik bozukluğu üzerinde etkili olabilmektedir. Çocuğa karşı aşırı övgüde bulunma veya tam tersi sıklıkla eleştirme, ebeveynler tarafından verilen sübjektif geri bildirimler, şiddetli duygusal istismara maruz kalma, bakım verenin öngörülemeyen veya güvenilmez tavırlar sergilemesi, başkalarından manipülatif davranışları öğrenme (Goodman ve Leff, 2012) bu kişilik bozukluğunun gelişimi için önemli olan faktörler denilebilir. Bunun yanı sıra kültürel faktörlerin, bu bozukluğun görülmesini etkilediğine inanılmaktadır, çünkü özellikle bu bozukluk modern toplumlarda geleneksel olanlara göre daha yaygın olarak görülmektedir (Paris, 2014).

Psikanalitik bakış açısından Freud'a (1957) göre, narsisizm, libido teorisinin bir uzantısı ve bu durumun insan cinsel gelişiminin bir parçasıdır. Narsisizmin birincil aşamasında birey tam olgunlaşmamış özne farkındalığına sahiptir ve libido tamamen kendilik sunumuna bağlıdır. İkincil narsisizmde ise libidinal olarak bir sabitliğe ulaşıldıktan sonra libido, artık narsisizmi artırarak, tamamen kendine döner ve nesneye yapması gereken libidinal yatırımı benliğine yaparak dış dünya yerine iç dünyasında bunu deneyimlemeye başlar. Freud bunu "narsistik nevroz" olarak tanımlamaktadır. Kısacası Freud (1957) narsisizmi, birincil narsisizm üzerine eklenen ikincil bir narsisizm olarak görmüş ve bu nedenle olgunlaşmamış ve benlik merkezli (self-centered) bir özellik olduğunun altını çizmiştir.

Freud'un bu önemli çalışmalarına dayanarak, Otto Kernberg (1928-) ve Heinz Kohut (1913-1981) iki farklı teori ortaya atmıştır. Kernberg (1994) narsisizmi; bencillik, her konuda kendini haklı görme, soğukluk gibi özellikleri içeren "büyüklenmeci narsisizm" olarak tanımlamıştır. Kohut (1977) ise narsisizmi; sağlıklı ve patolojik narsisizm olarak iki başlık altında incelemiştir. Kohut'un (1971, 1977) kendilik psikolojisi kuramı "göstermeci-büyüklenen kendilik" ve "idealleştirilmiş ebeveyn" kavramlarına odaklanmıştır. Kernberg'den (1985) farklı olarak "büyüklenmeci kendilik (grandiose self)" ve "idealleştirilmiş ebeveyn imagosu (idealized parental imago)" gibi iki hat üzerinden değerlendirmiştir. Söz konusu olan bu iki hat aslında paralel gelişim sergilemektedir. Gelişim süreci içinde ebeveynleri tarafından ihtiyaçları karşılanmayanların ya da travma yaşayanların gelişimi esnasında birtakım sorunlar ve duraksamalar oluşmaktadır. Buna göre eğer bakım veren kişi özellikle de anne, çocuğun içinde bulunduğu gelişim dönemiyle ilişkili olarak ihtiyacı olan desteklenme, fark edilme, beğenilme ve ilgi toplama ihtiyacını yeterince onaylamazsa ve aynalamazsa, "büyüklenmeci kendilik" hattında çocuk hayal kırıklığına uğrar. Böylelikle çocuk aşağılık hissetme ile büyüklenme arasında sıkışıp kalması nedeniyle yüzeyde abartılı benlik değeri var iken derinde aşağılık hissi ile baş etmeye çalışır. Kendilik gelişiminin ikinci evresinde yani ikinci hat olan "idealleştirilmiş ebeveyn imagosunda" yaşanan hayal kırıklıkları ise çocuğun anksiyete yaşadığı anlarda ebeveynlerinden aldığı geri bildirimlerle yakından ilişkilidir ve sonuç olarak ebeveynden aldığı her ne ise iki farklı durum arasında savrulmasına neden olur. Dolayısıyla erken dönemde bakım verenin çocuğu sakinleştirebilme becerisi ve çocuğun kurduğu özdeşim özellikle bu süreçte yaşanacak kırılmalar için oldukça önemlidir. Sonuç olarak çocuk bu anlarda tamamen kaynaşabileceği bir güç arayışına girer ve "savunmacı büyüklenmeci kendilik" arasında gidip gelir (Kohut, 1971).

Beck'e (2015) göre, bu bozukluğun en önemli özelliği bireyin kendini herkesten daha özel ve daha üstün görmesidir. Bu bireylerin temel inançları, diğerlerinden daha üstün olmalarından dolayı her zaman özel muamele görmeyi hak ettikleri yönündedir. Ayrıca, kuralların onlar için değil başkaları için olduğuna inanırlar. Eğer diğer insanlar onların "özel" olduğunu kabul etmezse, bu kişilerin cezalandırılması gerektiğine ilişkin koşullu inançları vardır. Diğerlerini kendilerinden "aşağı" görseler de aynı zamanda bu kişiler onların grandiözitesini tanıyacak "potansiyel hayran" olma olasılığı taşımaktadır. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, bu tür inançlara sahip olmaları, üstün olma imajlarını pekiştirmek adına prestij, güç, statü ve zenginlik arayışları için gerekli olan stratejileridir. Öyle ki gerekirse, bu hedeflere ulaşmak için her türlü hile veya manipülasyon yaparlar (Beck, 2015; Behary ve Davis, 2015).

VAKA ÖRNEĞİ 2

Narsistik Kişilik Bozukluğu

20 yaşında bekâr üniversite öğrencisi kadın danışan, üniversitenin rehberlik birimine erkek arkadaşı ile yaşadığı sorunlar nedeniyle başvurmuştur. Üç kardeşin ikincisi olan danışan, kendini bildiğinden beri kardeşleri ile çatışma içinde olduğunu söylemektedir. Onlardan daha başarılı ve daha dikkat çekici olduğu için sevilmediğini düşünmektedir. Ne anne-babasına ne de kardeşlerine asla sorunlarını ve sıkıntılarını anlatmadığını, erkek arkadaşı ile de benzer sorunlar nedeniyle ayrıldığını, onu şu anda rahatsız eden şeyin ilişkinin bitmesinden ziyade "terk edilmek" olduğunu ve bunu hazmedemediğini dile getirmektedir.

Hayatındaki hiç kimseye gerçekte ne hissettiğini söylememektedir ve eğer başkalarına duygu ve düşüncelerini söylerse bir gün onun için bu durumun kullanılacağından emindir. Asla başkalarından bir şey istememekte bunun önemli bir güçsüzlük göstergesi olduğuna inanmaktadır. Örneğin, gerekirse sabahlayarak uykusuz bir şekilde sınavlara girmektedir ama asla arkadaşlarından not istememektedir çünkü bunun onu küçülteceğine inanmaktadır. Kendisini hep önde olmak isteyen, diğerlerinden daha iyi ve daha başarılı olabileceğine inanan, belki zaman zaman onları küçük gören ve kolaylıkla sinirlenebilen biri olarak tanımlamaktadır. Şu anda rehberlik birimine başvurmuş olmanın da onu çok incittiğini ve buradan yardım alıp almayacağından da emin olmadığını anlatmaktadır. Yapılan klinik görüşmeler boyunca danışanın, randevu sistemine uymadığı, zaman zaman hak ettiğini düşünerek erken randevu talep ettiği ya da geç kalsa bile tam seans süresini kullanmak istediği, duygu isimlendirmekte oldukça zorlandığı, empati kurmakta güçlük yaşadığı gözlenmiştir.

C Küme Kişilik Bozuklukları

C küme kişilik bozukluğu, "kaygılı ve korkulu" olarak adlandırılmaktadır; genel özellikleri, sosyal geri çekilme, yetersizlik duygusu ve başkaları tarafından olumsuz değerlendirilmeye aşırı duyarlılıktır. Eleştirilme veya onaylanmama korkusundan dolayı bu kişilik bozukluğuna sahip olanlar, kişiler arası temasın fazla olduğu çalışma durumlarından kaçınma eğilimindedir. Çekingen kişilik bozukluğu, bağımlı kişilik bozukluğu ve obsesif-kompülsif kişilik bozukluğu bu grubun içinde yer almaktadır.

YAKIN BAKIŞ 3 Kişilik Bozuklukları ve Cinsiyet Ön Yargıları

DSM'nin psikiyatrik tanılarında cinsiyet yanlılığı olduğuna ilişkin ilk eleştiriyi Kaplan (1983) yapmıştır. Kaplan (1983) özellikle de erkek klinisyenlerin hangi davranışların sağlıklı, hangilerinin "delilik" olduğuna ilişkin erkek temelli varsayımlarına dayanarak tanı koyduğunu, bu durumun bazı cinsiyet rol stereotiplerine aşırı uyan kadınların patolojik olarak etiketlenmesine yol açtığını söylemiştir (Chester, 1972).

Cinsiyet için ön yargı taşıyan özellikle üç kişilik bozukluğundan bahsedilmektedir. Bunlar; histriyonik, antisosyal ve sınırda kişilik bozukluğudur. Bunda seçilen örneklemin; ön yargılı tanısal yapının, kriterlerin, kullanılan değerlendirme araçlarının ve kriterlerin nasıl uygulandığının etkili olduğu söylenmektedir. Örneğin, kadınların psikolojik sorunları için erkeklere nazaran daha çok yardım arayışı içine girmeleri ve ayaktan ya da yatarak tedavi görmeleri örneklem seçiminde bir yanlılık oluşturabilmektedir. Ayrıca bazı cinsiyet rolleri daha az patolojik sayılırken bazıları daha fazla sorunlu olarak görülebilmektedir. Klinisyenlerin erkeklerden ziyade kadınlara belli başlı kişilik bozuklukları yanlış tanılama yatkınlığı daha fazladır (Skodol ve Bender, 2003).

Çekingen kişilik bozukluğu

Genel görünümü ve tanı kriterleri

Çekingen kişilik bozukluğu olanlar; kendine güveni olmayan, utangaç, yalnız ve aşırı duyarlı bireylerdir. Kişiler arası ilişkilere girme konusunda istekli olmalarına rağmen, sosyal onaylanma ve reddedilme duyarlılığı konusundaki korkuları nedeniyle başkalarıyla kişisel temastan kaçınırlar (Sanislow, da Cruz, Gianoli ve Reagan, 2012). Bu bireyler, yeni deneyimlerden uzak dururlar çünkü nasıl davranmaları gerektiğini bilemezler; eleştirilmekten çok korkarlar ve hatta eleştirilme olasılığına bile tahammülleri yoktur; yeni durumlar ve aktivitelerden kaçınmak için somatik semptomlar dile getirirler. Düşük benlik saygısı ve reddedilmeye aşırı duyarlılığın bir arada bulunması, bu kişiler için izole edilmiş bir yaşama neden olmaktadır. Çekingen kişilik bozukluğunun semptomlarının şiddeti ve bireyde yarattığı olumsuz etki yaşla birlikte azalmaktadır; öyle ki az sayıda hasta 40'lı veya 50'li yaşlara geldiğinde hâlâ bu kişilik bozukluğunun aşırı seyreden semptomuna sahiptir (Maass, 2019).

Başkalarından uzak durma ve çekinme davranışı sıklıkla çocuklukta başlamaktadır, ancak bu durum yani yabancılardan utanma ve korkma gelişimin normal bir parçasıdır ve yavaş yavaş kendiliğinden geçmesi beklenir. Bu sebepten ötürü "çekingen" davranma, bu kişilik bozukluğunun olası bir öncüsü olarak göz ardı edilme olasılığı taşımaktadır (Maass, 2019). Bunun yanı sıra DSM-5'e göre çekingen kişilik bozukluğunun bağımlı, paranoid, şizoid ve şizotipal gibi bazı kişilik bozukluklarıyla birlikte ortaya çıkabilse de bunlardan ayırt edilmesi gerekmektedir. Özellikle çekingen ve bağımlı kişilik bozukluğunun örtüşme olasılığına dikkat edilmelidir (APA, 2013). Başka bir örtüşme ise, çekingen ve şizoid kişilik özelliklerinde olabilmektedir ve bazı çalışmalara göre çekingen kişilik bozukluğu ile şizofreni spektrumu arasında bir ilişki bulunmaktadır (Fogelson ve Nuechterlein, 2007; Gratz ve Tull, 2012).

Çekingen kişilik bozukluğu olanlar, kendilerini hiç sevmeyen hatta bazı durumlarda kendine zarar verme eğilimi bile olan bireylerdir. Özellikle bu kişilik bozukluğuna travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) eşlik ettiği durumlarda, sınırda kişilik bozukluğu olan bireylerden bile daha fazla kendine zarar verme davranışlarında bulunma olasılıklarının yüksek olduğu gösterilmektedir (Coid, Yang, Tyrer, Roberts ve Ullrich, 2006).



Şekil 6. Çekingen kişilik bozukluğu olan birey, sosyal ortamlara girmeyi tercih etmez; bunun temel sebebi bu ortamlarda eleştirileceğine ya da onaylanmayacağına ilişkin olarak hissettiği yoğun kaygıdır.

"Kişilik Bozukluklarına Yönelik Alternatif DSM-5 Modeli" bu kişilik bozukluğu için bazı özel davranışlara vurguda bulunmaktadır. Bu tanı için kriterleri karşılayan bireyler, sosyal olarak geri duran, kendilerini yetersiz hisseden ve başkalarının olumsuz değerlendirmelerine aşırı duyarlı olan kişilerdir. Bunun nedeni genellikle kendilerini sosyal olarak beceriksiz, yetersiz veya başkalarına göre daha aşağıda bir yerde görmeleridir. Eleştirilmekten veya reddedilmekten korktukları için kişiler arası yakın temas

gerektiren işlerden uzak dururlar. Kabul edildiğinden emin olmadıkça, başkalarıyla bir araya gelmeyi tercih etmezler. Alay edilmekten korktukları için yakın ilişkilerde rahat hareket edemezler; risk almayı sevmezler ve utanmalarına neden olabilecek faaliyetleri yapmayı reddederler (APA, 2013). DSM-5'in bu alternatif modeline göre, çekingen kişilik bozukluğu olan bireyler için söz konusu olan en belirgin zorluklar "kimlik, kendini yönetme, empati ve/veya yakınlık kurma" alanlarında olumsuz duygulanım sergilemeleridir (Mass, 2019).

Tablo 10. Çekingen Kişilik Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri

Erken erişkinlikte başlayan ve farklı ortamlarda ortaya çıkan, sosyal olarak geri durma, yetersiz hissetme ve olumsuz değerlendirilmeye karşı aşırı duyarlı olma ile beraber aşağıdakilerden dördünün ya da daha çoğunun olması.

1. Eleştirileceği, onaylanmayacağı veya dışlanacağı korkusuyla diğer bireylerle ilişki kurmayı gerektiren etkinliklerden kaçınma.
2. Sevileceğinden tamamen emin olmadıkça diğer bireylerle ilişkiye girme konusunda gönülsüz olma.
3. Utandırılacağı ya da alay edileceği korkusu yüzünden yakın ilişkilerden uzak durma.
4. Sosyal ortamlarda eleştirileceği ya da reddedileceğine ilişkin düşüncelerin zihnini meşgul etmesi.
5. Yetersizlik duygularından dolayı yeni kişiler arası ilişkilerden uzak durma.
6. Kendisini sosyal açıdan beceriksiz, kişisel açıdan ise çekiciliği olmayan biri olarak görme.
7. Utandırıcı olabileceğini düşündüğü yeni aktivitelere katılmakta isteksiz olma.

Epidemiyoloji

Çekingen kişilik bozukluğunun genel popülasyonda yaygınlık oranına ilişkin en güncel bulgu, bu oranın %1,8 ila 6,4 arasında olduğu şeklindedir (Out of FOG, 2018). Klinik ortamlarda bu bozukluğun %14,7 oranında görüldüğünü bildiren bir çalışma olsa da (Zimmerman, Rothschild ve Chelminski, 2005) üç epidemiyolojik çalışmada bu kişilik bozukluğunun %5,1 ile %55,4 gibi oldukça geniş bir ranj içinde olduğu rapor edilmiştir. Aynı çalışmada çekingen kişilik bozukluğunun en sık tanısı konulan bozukluklardan biri olduğu da bulgulanmıştır (Torgersen, 2012). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise normal popülasyonda çekingen kişilik bozukluğunun yaygınlık (prevalans) oranı %6,2 olarak bulunmuştur (Dereboy ve ark., 2014). Grant ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan bir epidemiyolojik çalışma, bu kişilik bozukluğunun kadın ve erkeklerde eşit oranda olduğunu göstermiştir (2001-2002 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions).

Etiyoloji

Çekingen kişilik bozukluğunun etiyolojisi yeterince iyi tanımlanmamış olsa da sosyal, genetik ve psikolojik faktörlerin bir arada etkili olduğunu söylemek mümkündür. Bu alanda çalışan araştırmacıların birçoğu, bireylerin erken gelişim dönemlerinde diğer insanlarla etkileşime girme şekillerini, çevre tarafından mizaçlarının nasıl şekillendirildiğini ve stresle nasıl başa çıkmayı öğrendiklerini içeren biyopsikososyal bir nedensellik modelini önermektedir. Gerçekten de bazı araştırmalar, çekingen kişilik bozukluğu için %61 oranında kalıtımsallık bildirse de çocukluk istismarı (cinsel, fiziksel ve duygusal) ile bu kişilik bozukluğu arasında da güçlü bir ilişkide bulunmaktadır (Barends Psychology, 2018). Gerçekten de çekingen kişilik bozukluğu tanısı olan yetişkinlerin %61'i çocukluk çağında duygusal istismara maruz kaldığı-

nı bildirmiştir. Olumsuz çocukluk deneyimleriyle yüksek duyusal işleme duyarlılığının (high sensory processing sensitivity) bir araya gelmesinin bu kişilik bozukluğunun ortaya çıkma riskini artırabileceği gösterilmiştir (Meyer, Ajchenbrenner ve Bowles, 2005). Ayrıca çekingen kişilik bozukluğundan etkilenenlerin %37,1'i ömür boyu travma sonrası stres bozukluğu özelliklerine (TSSB) sahiptir; ayrıca, istenmeyen cinsel temas (%34,2), bir ciddi kaza (%31,4) ve yaralanma/ölüm olayına tanıklık (%29,4) çekingen kişilik bozukluğu hastalarında en çok bildirilen travmatik deneyimlerden bazılarıdır. Bunun yanı sıra ebeveynin sevgisini göstermemesi veya çocuğa yetersiz bakım vermesi gibi olumsuz ebeveyn davranışlarına maruz kalan çocuklar, büyüyüp yetişkin olduklarında, daha yüksek oranda çekingen kişilik bozukluğu riski taşımaktadırlar (Meyer, Ajchenbrenner ve Bowles, 2005).

Bireylerin kaçınma davranışı sıklıkla çocuklukta hatta bebeklikte, "utangaçlık, uzak durma, yabancılardan ve yeni durumlardan korkma" ile başlamaktadır. Ancak gelişimin normal seyrinde beliren bu "çocukluk utangaçlığının" aksine, çekingen kişilik bozukluğu olan bireylerde bu durum, ergenlik ve erken yetişkinlik esnasında gitgide artmaktadır. Ergenlikte özellikle sosyal ilişkilerin oldukça önem kazandığını düşünüldüğünde "utangaçlık ve geri durma" önemli bir sorun olmaktadır. Hem çocukluk döneminde yaşanılan duygusal ihmali (özellikle ebeveyn tarafından reddedilme) hem de akran grubu tarafından reddedilme, bu kişilik bozukluğunun gelişimi için artan risk ile ilişkilidir. Ancak ihmal ya da reddedilme öyküsü olmadan bu bozukluğun ortaya çıkması da mümkündür (Rettew, 2008).

Bilişsel bakış açısına göre çekingen kişilik bozukluğuna sahip olanlar, kendilerini iş ve okul ortamlarında olduğu kadar sosyal durumlarda da beceriksiz olarak görürler. Diğer insanların onları eleştireceğine, aşağılayacağına veya olumsuz değerlendireceğine inançları tamdır. Diğer temel inançları ise "değersiz, sevilmez ve olumsuz duygulara tahammül edemeyecekleri" şeklinde sıralanabilir. Yeni sorumluluklar üstlenmeyi reddetmeleri, aslında başarısızlık korkusu veya diğerleri tarafından olumsuz değerlendirileceklerine ilişkin duydukları kaygıdandır (Beck, 2015; Padesky ve Beck, 2015). Çekingen kişiliğin altında yatan şemalar, sosyal olarak yetersiz olduğuna inanmanın yanı sıra, dünyanın haksızlıklarla dolu olduğuna, diğer insanların oldukça eleştirel ve aşağılayıcı davranacağına inanmayı içermektedir (Beck, Davis ve Freeman, 2015). Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, bu bireyler kendilerinde nahoş duygu uyandırma olasılığı bulunan her durumdan kaçınırlar. Çekingen kişilik bozukluğu olan bireylerde görülen yaygın uyumsuz şemalar "kusurlu olma/utanma, istenmeyen/kabul edilmeyen" birisi olduğuna ilişkin inançlardan oluşmaktadır (Bricker, Young ve Flanagan, 1993).

Bağımlı kişilik bozukluğu

Genel görünümü ve tanı kriterleri

Bağımlı kişilik bozukluğu tanısı olanlar, başkalarına son derece bağımlı ve boyun eğme davranışı sergileyen bireylerdir. Aşırı pasif, kendine güveni olmayan, hakkını arayamayan bu bireyler her zaman destek ve rehberlik ihtiyacı içindedirler (Bornstein, 2012). Tavsiye ve yönlendirmelerle günlük kararlarını alabilmek, bu kişilik bozukluğu olanları pasif olmaya ve yaşamlarının sorumluluğunu diğer bireylere vermeye zorlamaktadır. Elbette bu durum yaşa ve duruma uygun olarak yardım almanın çok daha ötesindedir. Destek alamama veya onaylanmama korkusu, bu bireylerin diğerleriyle -özellikle de bağımlı oldukları kişilerle- anlaşmazlık

yaşamaları durumunda, bunu onlara ifade etmelerinin önüne geçmektedir. Diğerlerinin desteğini kaybetmemek adına yanlış olduğunu düşünseler bile, yine de başkaları ne derse onu yapmayı tercih ederler. Kendilerine güven duymamaları nedeniyle tek başlarına proje başlatmakta veya bağımsız olarak bir şeyler yapmakta zorlanırlar (Sperry, 2016). Genellikle başkalarının bunu daha iyi yapabileceğine inandıklarından, projenin başlamasını beklerler. Bağımlı kişilik bozukluğuna sahip olanların yakın bir ilişkisi sona erdiğinde acilen başka bir ilişki arama ve ihtiyaç duydukları desteyi almak için başkasına bağlanma gereksinimi vardır. Bu kişilik bozukluğuna sahip bireyler, karar alırken sürekli başkalarının tavsiye ve güvencesini ararlar. Her şeyden öte, başkalarından, onların hayatlarının sorumluluğunu üstlenmelerini isterler (APA, 2013). En az çalışılan kişilik bozukluklarından biri olmasına rağmen (Simon, 2009), bu kişilik bozukluğunun tedavisi oldukça başarılı olabilmektedir.

Tablo 11. Bağımlı Kişilik Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri

Erken erişkinlikte başlayan ve farklı ortamlarda ortaya çıkan fazlasıyla itaatkâr olmaya, ayrılma korkusu yaşamaya ve yapışkan davranışlara yol açan bakım alma ihtiyacı ile beraber aşağıdakilerden beşinin ya da daha çoğunun olması:

1. Diğerlerinden fikir almadıkça gündelik kararlarını vermekte güçlük çekme.
2. Yaşamının önemli alanları için kendisinin değil de başkalarının sorumluluk almasına ihtiyaç duyma.
3. Diğerleriyle aynı fikirde olmasa da onların desteğinden yoksun kalma korkusuyla kendi düşüncesini söyleyememe.
4. Kendine güveni olmadığı için tek başına bir işe girişmekte zorluk çekme.
5. Diğerlerinden bakım alabilmek adına, hoşuna gitmeyen işleri bile yapma.
6. Kendisine bakamayacağına ilişkin hissettiği yoğun korkuları nedeniyle yalnız kaldığında çaresiz hissetme ve bundan rahatsız olma.
7. Yakın bir ilişkisi bittiğinde, hemen bir başka bakım ve destek kaynağı bulmaya çabalama.
8. Kendi kendine bakmak durumunda bırakılacağına ilişkin hissettiği yersiz korkularla uğraşıp durma.

Epidemiyoloji

Grant ve arkadaşları (2004) tarafından 2001-2002 yıllarında yapılan epidemiyolojik çalışma sonuçlarına göre bu kişilik bozukluğunun yaygınlık oranı %0,49'dur. Bir başka çalışma sonucuna göre ise, genel yetişkin nüfusunun yaklaşık %1'i bu bozukluğa sahiptir (Torgersen, Kringlen ve Cramer, 2001). Amerikan Psikiyatri Birliği ise bu bozukluğun yaygınlık oranının genel popülasyonda %0,49 ile %0,6 arasında olduğunu rapor etmiştir (APA, 2013). Klinik ortamda ise hastaların %1,4 ila %4,7'sine bu bozukluğun tanı olarak konulduğu gösterilmiştir (Torgersen, 2012). Ülkemizde yapılan normal popülasyon çalışmasında bağımlı kişilik bozukluğunun yaygınlık oranı %5,2 (Dereboy ve ark., 2014) olarak rapor edilmiştir ve görece bu oranın görece yüksekliği kültürel faktörlerle açıklanmıştır.

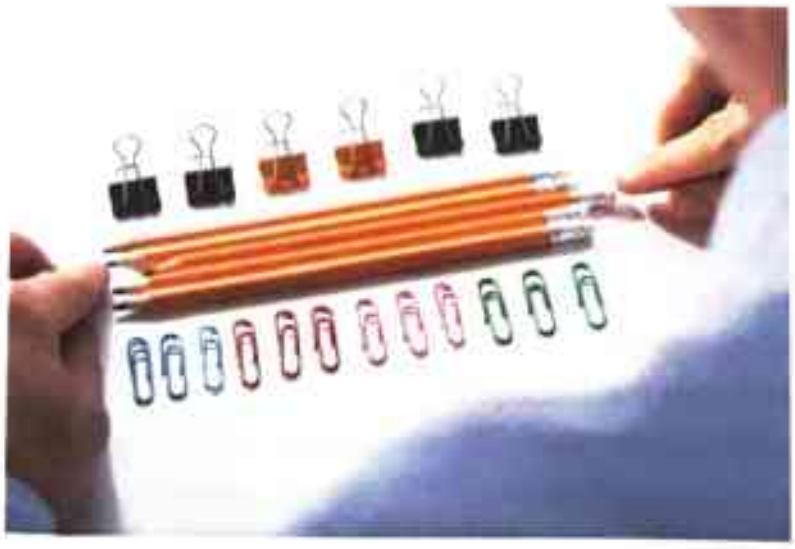
Torgersen ve arkadaşları (2001) bağımlı kişilik bozukluğunun kadınlarda erkeklerden daha yaygın olduğunu gösterse de Beitz (2006) bu oranı erkeklerde %0,4, kadınlarda %0,6 olarak rapor etmiştir. Bununla birlikte Bornstein'e (1996) göre, bu büyük ölçüde cinsiyetler arasındaki yaygınlık oranındaki gerçek bir farktan ziyade görüşmelerdeki ve kişisel raporlamadaki davranışsal farklılıklardan kaynaklanmaktadır.

Etiyoloji

Bağımlı kişilik bozukluğunun tam olarak nedeni bilinmemekle birlikte biyolojik ve gelişimsel faktörlerin bir araya gelmesinden kaynaklandığı söylenmektedir. Örneğin, otoriter veya aşırı korumacı ebeveynlere, kronik fiziksel hastalıklara veya çocukluk döneminde ayrılma anksiyetesi yaşayanların, bağımlı kişilik özelliklerine sahip olması daha muhtemeldir. Ancak diğer kişilik bozukluklarıyla karşılaştırıldığında bu bozukluğun daha fazla çevresel faktörlerden etkilendiği gösterilmiştir (Bjornlund, 2011). Aşırı korumacılık ve otoriter tutumla nitelendirilen ebeveynlik davranışları, çocuklarda bağımlı özelliklerin artmasına neden olabilmektedir. Bu ebeveynlik özellikleri, çocuğun özerklik duygusunun gelişmesini engellerken, gizil olarak diğerlerinin ondan daha güçlü olduğunu söylemektedir (Simonelli ve Parolin, 2017). Genel olarak, izin verici, aşırı koruyucu ve otoriter tutumu içeren ebeveyn davranışlarının yanı sıra istismar ve ihmal gibi olumsuz davranışlar, çocuklarda pasif ve bağımlı davranışların pekişmesine yol açtığı kadar bağımsız ve özerk davranabilme cesaretinin kırılmasına neden olmaktadır (Maass, 2019). Ancak bu görüşten farklı olarak, yapılan bir çalışmada, bu bozukluğa sahip olma riskinin %55 ile %72 arasında değişen oranda ebeveynlerden miras kaldığı ortaya konulmuştur (Gjerde ve ark., 2012).

Bilişsel bakış açısına göre ise bu bireyler; kendilerini yetersiz, zayıf, çaresiz, beceriksiz ve muhtaç olarak, başkalarını ise güçlü, destekleyici ve onlara bakım verebilecek kişiler olarak görürler. Genel olarak inandıkları şey; hayatta kalmak ve doğru kararlar almak için diğerlerinin yardımına ihtiyaç duyduklarıdır. Şaşırtıcı olmayan bir şekilde, bu tür inançlar, onları diğerlerine bağımlı kılar ve başkalarını memnun etmeleri gerektiğine inandırır (Beck, 2015; Brauer ve Reinecke, 2015). Beck'e (2015) göre bağımlı kişiler, sahip oldukları bu inançlar nedeniyle onlarla sürekli ilgilenecek ve onları korumak için daha güçlü ve yeterli bir başka bireye güvenmek zorunda oldukları sonucuna varırlar.

Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu



Şekil 7. Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu olan bireyler; aşırı düzenlilik, sıralama, kontrol etme ve fazlasıyla detaylara odaklanma nedeniyle yaşamlarında zorluk yaşarlar.

Genel görünümü ve tanı kriterleri

Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu (OKKB) olanların herhangi bir saplantı veya takıntısı olmasa da her şeyin belirli bir şekilde yapılması gerektiğine ilişkin ısrarcı inançları bulunmaktadır; bu kişiler mükemmeliyetçidir ve uzlaşılması güç insanlardır (Bayer, 2000). Aşırı düzenlilik, mükemmelliyetçilik ve kontrol ile fazlasıyla meşgul olma, genellikle yetişkinliğin erken döneminde başlayan OKKB'nin temel özellikleridir.

Kurallara ve önemsiz ayrıntılara özen gösteren bu kişiler kendilerini ve etrafı sürekli kontrol etmeye odaklıdır. Olası hatalar için sürekli yaptıkları kontroller nedeniyle işi zamanında bitirememeleri ve gecikmelerin yaşanması muhtemeldir (APA, 2013).

OKKB'li bireyler genellikle ekonomik zorluklarla açıklanamayan bir şekilde "çalışmaya" aşırı bağlılık gösterirler; boş zaman etkinlikleri ve arkadaşlarla vakit geçirmekten ziyade çalışmayı tercih ederler. Tatillerde bile "zaman kaybetmekten" kaçınmak için boş durmaz, yapılacak yeni işler arar bulurlar. Bunlara ilaveten, başkalarıyla birlikte çalışmaktan ziyade tek başlarına çalışmayı daha çok tercih ederler (Maass, 2019). Bu bozukluğu olanların cimri olma ve para biriktirme eğilimi vardır. Ayrıca artık ihtiyaç duymadıkları nesneleri atmakta büyük zorluk çekerler çünkü gelecekte tekrar işe yarayabileceğini düşünürler. Bunun yanı sıra gerçekte sahip oldukları finansal kayakların çok altında bir yaşam standardı benimseyebilirler (Samuels ve Costa, 2012).

Obsesif-kompulsif kişilikleri olanlar sıklıkla, diğer insanlardan biraz uzak duran, inatçı, yargılayıcı, katı ve kronik olarak kaygılı bireylerdir. Samimi olmaktan uzak dururlar ve hayattan çok zevk alamazlar. Disiplinli olmaları ve çok çalışmaları nedeniyle başarılı olabilirler ancak aynı zamanda kararsız olmaları ve taleplerinin çok olması nedeniyle iş yerinde sevilen ve tercih edilen kişiler olmayabilirler (Samuels ve Costa, 2012). Ahlak, etik veya değerler konusunda asla esnek değildirler; hem kendilerini hem de başkalarını katı ahlaki ilkelere uymaya zorlarlar (Maass, 2019).

Katılık ve inatçılık OKKB'nin temel özellikleri olduğundan, bu bozukluğu olanlar, başkalarının fikirleriyle uzlaşmakta zorluk çekerler çünkü onlara göre "tek bir doğru" yol vardır. Başkalarının bakış açısını kabul etmeleri ve davranışlarında olduğu gibi düşüncelerinde de değişiklik yapmaları neredeyse mümkün değildir. Bazı benzerlikleri olsa da bu kişilik bozukluğu, elbette obsesif-kompulsif bozukluktan (OKB) farklıdır (Samuels ve Costa, 2012).

"Kişilik Bozukluklarına Yönelik Alternatif DSM-5 Modeli", bu hastalığın başka bir tanımını ortaya koymaktadır (APA, 2013). Bu tanım, mükemmeliyetçilik, kısıtlı duygusal ifade ve esneklik ile ilişkili olarak yakın kişisel ilişkilerin kurulmasında ve sürdürülmesinde zorluklar yaşamayı içermektedir. Bu kişilik bozukluğunun karakteristik özellikleri kimlik, kendini yönetme, empati ve yakınlık kurma yoksunluğu ve duygulanımın kısıtlılığı, samimiyetten kaçınma, sebatkâr olma ve katı mükemmeliyetçiliktir.



Şekil 8. Ailesiyle beraber çıktığı bir tatilde bile çalışmak zorunda hisseden OKKB tanılı birey, boş duramaz ve yapacak bir iş mutlaka bulur.

Tablo 12. Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu DSM-5 Tanı Kriterleri

Erken erişkinlikte başlayan ve farklı ortamlarda ortaya çıkan, esnek, açık ve verimli olmama pahasına düzenlilik, mükemmeliyetçilik, zihinsel süreçlerini ve kişiler arası ilişkilerini kontrol etmeye çabalama ile birlikte görülen yaygın bir örüntü:

1. Fazlasıyla detaylar, kurallar, sıralama, düzen ve organizasyonla meşgul olma öyle ki söz konusu olan etkinliğin başlıca amacını gözden kaçırma.
2. Söz konusu olan işin bitirilmesini zorlaştıracak kadar çok mükemmele odaklanma.
3. Boş zaman etkinliklerini ve arkadaşlıkları dışlayacak kadar çok işe ve üretkenliğe odaklanma (Bu durum maddi ihtiyaçlarla ilgili değildir.).
4. Değerler, etik ve ahlak konusunda asla esnek olmama.
5. Aslında özel bir anlamı olmasa da değersiz nesneleri elinden çıkarmama.
6. Diğerlerinin tam olarak onun yaptığı gibi yapacağından emin olmadıkça onlarla beraber çalışmak istememe.
7. Parayı sadece gelecekte başına gelebilecek felaketler için biriktirmesi gereken bir şey olarak görme.
8. İnatçı ve katı olma.

Epidemiyoloji

Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun yaygınlık oranının genel popülasyonda %2,1 ila %7,9 (APA, 2013) psikiyatri hastaları arasında ise %2,8 ila %34,6'sında olduğu tahmin edilmektedir (Torgersen, 2012). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise normal popülasyonda bağımlı kişilik bozukluğunun yaygınlık oranı %14,1 olarak rapor edilmiştir (Dereboy ve ark., 2014).

Etiyoloji

OKKB'nin kesin etiyolojisi bilinmemekle birlikte çoğu araştırmacı, tek bir nedenden ziyade biyopsikososyal bir nedensellik modeli önermektedir. Bu model, tek bir faktörden ziyade bu üç faktörün de karmaşık ve muhtemelen iç içe geçmiş doğası olduğuna vurguda bulunmaktadır. Ancak, bu hastalığın sonraki nesle "aktarılma" riskinin fazla olduğunu yani genetiğin etkisinin altını çizenler bulunmaktadır (Bressert, 2017). Bunun dışında OKKB'li bireylerin fazlasıyla kontrol edici veya aşırı korumacı ebeveynler tarafından yetiştirilmiş oldukları, dolayısıyla sert bir şekilde cezalandırıldıkları, itaatkâr ve mükemmel olmaya çalışarak bu cezalandırmayı önlemeye çalıştıkları da söylenmektedir (van Noppen, 2010).

Biyopikososyal nedensellik modelinden farklı olarak OKKB'li bireylerin başarılı bir ayrılma-bireyselleşme süreci yaşamamış oldukları ve benlik ve nesne tutarlılığı kazanmadıklarına odaklanan psikanalitik görüşe göre, bu bireylerin gerçek problemi ödipal dönemde yaşadıkları zorluklarla ilgilidir (Kernberg ve Caligor, 2005). Bir başka bakış açısı ise bu bozukluğun doğasındaki "kontrol ihtiyacı"nın ebeveynlerin erken ölümü gibi birtakım yaşamın ilk dönemlerinde yaşanılan travmatik kayıplardan kaynaklanabileceğini öne sürmektedir (Bayer, 2000).

Bilişsel bakış açısına göre bu bireyler, kendilerini hayatlarındaki her şeyden sorumlu, aynı zamanda yetersiz, çaresiz veya kusurlu görürler. Başkalarını ise kendilerinden daha beceriksiz ve dikkatsiz bulurlar. Temel olarak inandıkları şey hayatta kalmak için kurallara ve düzenlemelere ihtiyaç duyduklarıdır (Beck, 2015; Simon, 2015). Beck'e (2015) göre, obsesif-kompulsif birey-

lerin sahip olduğu temel iki şema; "mükemmeliyetçilik ve kontrolcülük"tür. Mükemmeliyetçilik şeması, "Değerli olmak için hata yapmaktan kaçınmalıyım çünkü bir hata yaparsam başarısız olurum ve bu asla tolere edilecek bir durum değildir." kontrol şeması ise, "Kendimi ve çevremi mükemmel şekilde kontrol etmeliyim, çünkü kontrol kaybı tolere edilemeyen ve tehlikeli bir durumdur." gibi inançları içermektedir.

VAKA ÖRNEĞİ 3

Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu

37 yaşında üniversite mezunu erkek danışan, iş yerinde sık sık mesaiye kalmakta ve bitiremediği işleri evde yapmaya devam etmektedir. Bu durum hem eşini hem de çocuklarını artık çok olumsuz etkilemeye başlamıştır. Her zaman katı kuralları olan ve bunları hiçbir koşulda esnetmeyen danışan, eğer herhangi bir iş onun istediği gibi olmazsa içinin asla rahat etmediğini, gerekirse en baştan kendisinin bunu yaptığını anlatmaktadır. Bazen bu durum onu fazlasıyla yorsa da ancak bu şekilde "içine sindiğini" sözlerine eklemektedir. Müdürü her zaman dört dörtlük yaptığı işler için onu takdir etse de, detaylara fazla takılması ve bir iş üzerinde gereğinden çok daha uzun süre çalışması sebebiyle onu sık sık eleştirmektedir. Hatta bazı karmaşık işlerde mükemmeliyetçiliği nedeniyle işi bitiremediği de olmaktadır. Eşi ve çocukları açısından ise fazla çalışmakta, onlara vakit kalmamakta ve bu kadar çok çalışıp para kazanmasına rağmen yeterince konforlu bir hayat yaşamamakta ve cimrilik yapmaktadır. "Her zaman benim dediğim olacak." yaklaşımı aile içi ilişkilerini artık çok zora sokmuştur. Danışan son zamanlarda migren ataklarının arttığını ve yaşamdan keyif alamadığını da sözlerine eklemektedir.

KİŞİLİK BOZUKLUKLARININ TEDAVİSİ

Kişilik bozukluğunun genel tedavisine yönelik olarak önceki yaklaşımlara kıyasla, bugünkü tedavi yöntemleri, klinisyenin daha aktif bir rol almasına odaklanmıştır ve terapi seansları daha fazla yapılandırılmaya başlanmıştır. Bu tedavi yaklaşımlarının ve müdahale stratejilerinin birçoğunun kuramsal bir temeli bulunmaktadır. Kişilik bozukluklarının tedavisine yönelik olarak farklı seçenekler vardır. Bu bölümde; psikanalitik yaklaşım, bilişsel terapi, ilaçla tedavi ve kombine tedavilere yer verilmiştir.

Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik psikoterapinin temel amacı, kişilik organizasyonun ve semptomlarla ve patolojik karakter özellikleriyle ilgili olan nesne ilişkilerinin niteliğini değiştirmektir. Psikoterapi seansları haftada bir ya da iki defa görüşme yapmak üzere genellikle 2 ila 4 yıl sürmektedir. Psikanalitik yaklaşımda bütün kişilik bozuklukları danışanın içsel nesne ilişkilerinin yeniden

organize edilmesi üzerine inşa edilmiştir. Bireyin nesne ilişkileri şimdiki ilişkileri üzerinde oldukça etkilidir varsayımına dayanarak danışanın şu anki kişiler arası ilişkilerinin içsel dünyasının bir yansıması olduğu düşünülmektedir. Psikodinamik terapilerdeki birçok danışanın ilişki içinde bulunduğu terapistine yönelik transferans geliştirmesi olasıdır. Transferansın doğası, kişinin psikopatolojisi ve kişilik bozukluğuna göre değişiklik göstermektedir (Kernberg ve Caligor, 2005).

Benlik duygusu, başkalarıyla kurulan ilişkiler ve savunma mekanizmaları çerçevesinde kişilik bozukluğunun ne kadar şiddetli seyrettiği danışanı psikanalize yönlendirme hakkında bilgi vermektedir. Öyle ki kişilik bozukluğunun şiddetli seyrettiği danışanlar psikanaliz ya da psikodinamik psikoterapilere daha fazla yönlendirilmektedir (Caligor, Kernberg, Clarkin, 2007; Gabbard 2005a, 2005b).

Bilişsel Terapiler

Son 30 yıldır davranışçı terapi, bilişsel terapi ve bilişsel davranışçı terapi kişilik bozukluklarının tedavisi için iyi bir seçenek olarak gündeme gelmiştir. İlk dalga olarak anılan davranışçı terapide, sorunlu davranışların yerine yapıcı davranışların konulması hedeflenmektedir. Bilişsel terapi ise ikinci davranış terapi dalgasıdır öyle ki sorunlu davranışları değiştirmek için bu davranışların devam etmesine yol açan düşünceleri değiştirmek amaçlanmaktadır. Bilişsel teoriye göre kişilik bozukluğu olan bireylerin işlevsel olmayan şemaları ve otomatik düşünceleri bulunmaktadır ve bunlar tamamen bireye özgüdür; dolayısıyla tedavi tamamen o birey için düzenlenmelidir. Depresyon ya da anksiyete bozukluğu gibi semptomatik bozukluklardan farklı olarak kişilik bozukluğu olanlar için tedavi protokolü hazırlamak oldukça zordur. Söz konusu olan problemler, kronik ve ısrarcıdır dolayısıyla bu bireylerle terapötik iş birliği kurmak zorlayıcı olabilmektedir. Bu sebeplerden ötürü Beck ve arkadaşları (2015) kişilik bozukluklarının tedavisini yeniden gözden geçirip birtakım değişiklikler yapmıştır. Elbette bu terapideki en temel vurgu, işlevsel olmayan şemaların tanımlanıp değiştirilmesidir. Ancak buna ilaveten özellikle bu danışanlarla etkili bir terapötik ilişki kurmanın zor olduğunu kabullenilmekte ve terapist-danışan ilişkisinin bu grup için çok daha önemli olduğunun altı çizilmektedir. Bunun yanı sıra Beck ve arkadaşları (2015) tedavinin başında sözel müdahalelerden ziyade, bunun yerine bireyin kendini daha az açmasını gerektirecek tekniklerle başlamak gerektiğini söylemektedir. Ayrıca bu yazarlar, danışanlara olumsuz duygularla uygun bir şekilde baş etme konusunda da desteklemek gerektiğini savunurlar. Bunlara ilaveten tedavide ilerlemek için sınır koymanın önemli olduğunu dile getirmektedirler.

Her ne kadar bilişsel terapilerin depresyon ve anksiyete gibi bozuklukların tedavisinde etkili olduğu gösterilmiş olsa da bazı araştırmacılar (McGinn ve Young, 1996; Rothstein ve Vallis, 1991; Young, 1990) kişilik bozukluklarının tedavisine yönelik yeterince bulgunun olmadığını söylemektedir. Tek-vaka desenli çalışmalar (Nelson-Gray, Johnson, Foyle, Daniel ve Harmon, 1996; Turkat ve Maisto, 1985), kişilik bozukluğu olan bazı hastaların etkili olarak tedavi edilebileceğini ancak bazılarının ise tedaviye cevap vermediğini veya kısmen fayda gördüğünü ortaya koymuştur. Buna karşılık çok sayıda araştırmacıya göre bilişsel terapi kişilik bozukluklarının tedavisinde kullanılabilmektedir (Beck ve Freeman, 1990; Freeman, Pretzer, Fleming ve Simon, 1990; Pretzer, 1998; Pretzer ve Beck, 1996). Springer, Lohr, Buchtel ve Silk (1995) kısa süreli

bilişsel davranışçı terapinin, hastanede yatarak tedavi gören çeşitli kişilik bozukluğuna sahip bireylere önemli katkılar sağladığını bulmuştur, özellikle sınırda kişilik bozukluğu olanlarda benzer bulgulara rastlanılmıştır. Çekingen kişilik bozukluğunun tedavisine yönelik olarak yapılan çalışmalar, kısa süreli sosyal beceri eğitimlerinin ve bununla birlikte uygulanan bilişsel davranışçı terapinin sosyal anksiyeteyi azalttığı ve bireylerin sosyal etkileşime girme sıklığını artırdığını göstermiştir (Stravynski, Marks ve Yule, 1982).

Bu geleneksel yöntemlerin yanı sıra kişilik bozukluklarının tedavisine yönelik olarak diyalektik davranışçı terapi (DDT) (Dialectical Behavior Therapy) ve bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapi (BFTBT) (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) gibi daha yeni yöntemler de kullanılmaya başlanılmıştır. Özellikle DDT ve BFTBT üçüncü dalga terapiler olarak anılmaktadır (Hayes, Follette ve Linehan, 2004). Üçüncü dalga terapilerde, tedavi daha deneysel ve dolaylı olma eğilimindedir ve farkındalık, diyalektik, kabul, değerler ve maneviyat gibi teknikler kullanılmaktadır. Daha açık bir ifadeyle, üçüncü dalga yaklaşımları "sorunu çözmeye çalışmak yerine, tepkisel olmayan bir mercek altında bu soruna odaklanıp bunu tam olarak anlama ve bu zorluklara karşı kabullenici bir farkındalık yaratma" ile anlatılabilir (Segal, Williams, Teasdale ve Williams, 2004, s. 55). Üçüncü kuşak olarak da adlandırılan yeni yaklaşımın en çok kişilik bozukluklarına odaklananı Linehan'ın (1993) diyalektik davranış terapisidir.

Diyalektik davranış terapisi

Diyalektik davranış terapisi (DDT), 1980'lerin sonunda psikolog Marsha M. Linehan tarafından sınırda kişilik bozukluğunun daha iyi tedavi edilmesine yardımcı olmak için geliştirilen bir bilişsel davranışçı psikoterapi türüdür. Her ne kadar sınırda kişilik bozukluğu için geliştirilmiş olsa da diğer tür ruh sağlığı bozukluklarının tedavisinde de kullanılmaktadır. Bu terapide; bilinçli farkındalık, duygu düzenleme, kişiler arası etkililik ve benlik yönetimi gibi konularda gelişim sağlanmaya odaklanılmaktadır. Terapinin dört aşaması bulunmaktadır. Birincisinde; intihar davranışının azaltılması, bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen davranışlar ve terapiyi engelleyebilecek durumlar üzerinde durulur. İkinci aşamada, danışanın olumsuz duygulardan kaçınmasını azaltmak için "çaresizlik duygusundan duygusal deneyim yaşamaya" geçişi sağlanır. Üçüncü aşamada; travma ile ilgili sorunlar, aile, akademik ve kariyer sorunlarını içeren yaşam sıkıntılarına ilişkin hedefler belirlenir. Son olarak ise özgürlük ve eğlenme kapasitesini arttırmak hedeflenir (Lynch, Trost, Salsman ve Linehan, 2007).

Linehan ve arkadaşları tarafından sınırda kişilik bozukluğunun tedavisine yönelik olarak yapılan çalışmalar DDT'nin ciddi kişilik bozukluğu olan danışanlarda oldukça etkili olabileceğine ilişkin kanıtlar ortaya koymuştur (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon ve Heard, 1991; Linehan, Heard ve Armstrong, 1993; Linehan, Tutek ve Heard, 1994). Bunun yanı sıra kendine zarar verme davranışı, intihar girişimi, intihar düşüncesi, umutsuzluk, depresyon ve bulimik davranış dahil olmak üzere sınırda kişilik bozukluğuyla ilişkili birçok problemin de azaldığına ilişkin sonuçlar elde edilmiştir (Robins ve Chapman, 2004). Özetle DDT, dört bağımsız araştırma ekibi tarafından yürütülen iyi kontrol edilmiş yedi randomize klinik çalışmada (RKÇ) BPD tedavisi için değerlendirilmiş ve etkili bulunmuştur (Koons ve ark., 2001; Linehan ve ark., 1991; Linehan ve ark., 1999; Linehan ve ark., 2002; Verheul ve ark., 2003).

İlaçla tedavi

Geleneksel bakış açısına göre, kişilik bozukluklarının tedavisinde ilaçla tedavi nadiren kullanılmaktadır. Ancak bu görüş, yavaş yavaş değişmeye başlamış psikofarmakoloji tedavisi kişiliğin altında yatan temel boyutlara odaklanmaya başlamıştır (Reich, 2002; Sperry, 2003). Gitlin (1993) DSM-IV-TR, I. eksen (psikiyatrik bozukluklar) ve II. eksen bozuklukları (kişilik bozuklukları) arasındaki eş tanı oranlarını dikkate almak gerektiğine vurguda bulunmuş, buna ilişkin bir farmakolojik yaklaşım kullanmak gerektiğini söylemiştir. Kişilik bozukluklarının farmakolojik tedavisine ilişkin Siever ve Davis (1991) ise daha boyutsal bir yaklaşım önermiştir. Özellikle kişilik bozukluklarına "dürtüsellik, agresyon, afektif değişkenlik ve anksiyete" gibi eşlik edici durumlar ilaç tedavilerinde klinsiyenlere yol gösterici olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada kişilik bozukluğu tanısı olan bireylerde dürtüsel ve agresif davranışlar üzerinde etkili olan seratonin salınımını sağlayan bir ajan olan fenfluramine prolaktinin fark yarattığı gösterilmiştir (Coccaro ve ark., 1989). Tutuklularla yapılan bir çalışmada ise üç ay boyunca lityum kullanılmasının kural ihlalini azalttığı bulunmuştur (Sheard, 1971). Lityum aynı zamanda intiharı (öz kıyım) önleme için de kullanılmaktadır. Lityumun dürtüselliği azaltmada nasıl bir etkisinin olduğu açık olmamakla birlikte katekolaminerjik işlevleri azaltması ve serotonerjik fonksiyonları artırmasıyla bu durum açıklanmaktadır (Bierbrauer, Nilsson, Müller-Oerlinghausen ve Bauer, 2006). Özellikle belirli kişilik bozukluklarına yönelik olarak psikofarmakoloji çalışmaları son yıllarda hız kazanmıştır (Reich, 2002; Silk ve Feurino, 2012; Sperry, 2003).

Kombine tedavi

Kişilik bozuklukları için en etkili tedavinin, farklı tedavi yaklaşımlarının bir araya getirilmiş hâli olan kombine tedaviler olduğuna ilişkin görüş bütün ruh sağlığı uzmanları tarafından kabul edilmektedir (Sperry, 2006). Bir başka deyişle; bireysel tedavi, grup terapisi veya grup eğitimleri, buna ilaveten ilaç tedavilerinin eklenmesi kişilik bozukluklarının tedavisinde son derece etkili bulunmaktadır (Beitman, Blinder ve Thase, 2003; Sperry, 2003).

BÖLÜM ÖZETİ

Kişilik bozuklukları; sadece bireyin kendisi değil, yakın çevresi üzerinde de etkili olan, birçok alanda bireyin işlevselliğini bozan ve sürekliliği olan bir bozukluktur. Her ne kadar DSM-5'te değiştirilmesi üzerine tartışmalar olsa da, on kişilik bozukluğu aynı şekilde kalmıştır. Ancak kişilik bozuklukları için alternatif bir model önerisinde bulunulmuştur. Bugün kullanılan *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*'nın son baskısı olan DSM-5'te A küme kişilik bozukluklarında paranid, şizoid ve şizotipal; B küme kişilik bozukluklarında antisosyal, sınırda, histriyonik ve narsistik; C küme kişilik bozukluklarında ise çekingen, bağımlı ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu yer almaktadır.

Paranoid kişilik bozukluğu; kuşkucu olma, alınganlık, başkalarına güvenememe ve bu nedenle kendini açmama, romantik ilişkilerde yersiz şüphelerden dolayı zorluklar yaşama ve bağışlayıcı olmama gibi özelliklerle karakterizedir. Şizoid kişilik bozukluğu, her zaman yalnızlığı tercih etme, aile üyeleri de dâhil olmak üzere diğer insanlarla bir araya gelmekten hoşlanmama,

duygusal olarak yakınlık kurmama ve duygusal soğukluk, etkinliklerden keyif almama, tekdüze duygulanım ve cinsel aktiviteden hoşlanmama gibi özelliklerle kendini göstermektedir. Şizotipal kişilik bozukluğu ise kültürel değerlerle uyuşmayacak şekilde büyüsel düşünce ve inançlara sahip olma, alışılmışın dışında davranışlar sergileme, kuşkucu ve alıngan olma gibi özellikleri içermektedir.

Antisosyal kişilik bozukluğu; sıklıkla yalan söyleme, yasal konularla başının derde girmesi, kurallara uymama, kavgalara karışma, başkasının canına veya malına zarar verdiği durumlarda dahi bundan pişmanlık duymama gibi davranışlarla karakterizedir. Sınırda kişilik bozukluğu; özellikle kişiler arası ilişkilerde yakın olduklarını göklere çıkarma ve yerin dibine sokma arası giden bir tutarsızlık yaşama, içinde yoğun boşluk hissi, tekrarlayan intihar girişimleri, dürtüsel davranışlar ve kontrol edilemeyen öfkeyi içermektedir. Histriyonik kişilik bozukluğu; çabuk değişen duygulanım, sürekli ilgi odağı olma arzusu, dış görünüm odaklı olma, gösteriş yapmaktan hoşlanma gibi davranışlarla kendini göstermektedir. Narsistik kişilik bozukluğu; özel ve eşi bulunmaz birisi olduğuna inanma, yoğun beğenilme arzusu, empati kurmadan yoksun olma, büyüklenme, kıskanıldığını ve her şeyi her zaman hak ettiğini düşünmeyi kapsamaktadır.

Çekingen kişilik bozukluğu; sosyal ilişkilere girme konusunda isteksiz olma, bu tarz ortamlarda eleştirileceğine ya da beğenilmeyeceğine ilişkin yoğun kaygı, zihnin sürekli bu tarz düşüncelerle dolu olmasıyla karakterizedir. Bağımlı kişilik bozukluğu tek başına karar verme güçlüğü, kendi fikrini açıkça söyleyememe, onay alma ihtiyacı, özgüven eksikliği nedeniyle tek başına bir iş yapmaktan kaçınma, yanında sürekli birilerinin olmasını istemeyi içermektedir. Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu; aşırı düzeyde detaylara takılma ve bu nedenle işin amacını gözden kaçırma, katı ve kuralcı olma, esneklik tanıyamama, işkoliklik gibi özelliklerle kendini göstermektedir.

Kişilik bozuklukları, hem diğer ruhsal sorunlarla hem de diğer kişilik bozukluklarıyla aynı anda görülebilmektedir. Bir başka deyişle eş tanı oranı oldukça yüksektir. Eş tanı oranının yüksek olması kişilik bozukluklarının zaman zaman A, B ve C küme çerçevesinde değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır. Depresyon ya da anksiyete bozukluğu gibi diğer ruhsal sorunlara eşlik eden kişilik bozuklukları ise tedavi sürecinin daha zor işlemesine neden olabilmektedir.

Diğer ruh sağlığı sorunlarıyla karşılaştırıldığında, kişilik bozukluklarının değerlendirme, tanı ve tedavi süreci çok daha zor ve karmaşıktır. Kişilik bozukluklarının doğası gereği, bu kişiler çoğunlukla tedaviye kendi istekleri ile gelmezler ve sıklıkla yakınları tarafından tedaviye ikna edilirler. Bunun sebebi kişilik bozukluklarının hem gündelik yaşamda hem de iş yaşamında ciddi düzeyde işlevsellik kaybına yol açmasıdır. Bireylerin kendi istekleri ile tedaviye gelmemeleri ruh sağlığı çalışanlarının işini zora sokabilmektedir. Bütün bu zorluklarına rağmen yine de kişilik bozukluklarının tedavisine yönelik çok sayıda alternatif terapi türü ve tedavi seçeneği bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

Adams, H. E. ve Sutker, P. B. (2001). *Comprehensive Handbook of Psychopathology* (3rd ed.). New York, NY: Springer.

Adshead, G. ve Sarkar, J. (2012). The nature of personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment, 18*(3), 162-172.

Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M. ve Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry, 12*(2), 94-104.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. ve Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press.

Amato, P. R. ve Booth, A. (2001). The legacy of parents' marital discord: Consequences for children's marital quality. *Journal of Personality and Social Psychology, 81*(4), 627-638.

American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders*. Washington, DC, American Psychiatric

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition*. Washington, DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition*, Revised. Washington, DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-5)*, 5th Edition, Washington DC: American Psychiatric Association.

Anglina, D. M., Cohenab, P. R. ve Chena, H. (2008). Duration of early maternal separation and prediction of schizotypal symptoms from early adolescence to midlife. *Schizophrenia Research, 103*(1), 143–150.

Anton, M. E., Baskin-Sommers, A. R., Vitale, J. E., Curtin, J. J. ve Newman, J. P. (2012). Differential effects of psychopathy and antisocial personality disorder symptoms on cognitive and fear processing in female offenders. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience, 12*(4), 761-776.

Arntz, A. (2015). Borderline personality disorder. A. Beck, D. Davis ve A. Freeman (Eds.), *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (3.baskı, ss. 366–392) içinde. New York, NY: Guilford.

Ayhan Ergin, D., Hariri, A. G., Özer, G. U., Ceylan, M. E., Ceylan, N. ve Önal, O. (2000). Şizofrenili Hastaların Birinci Derece Yakınlarında Kişilik Bozuklukları. *Klinik Psikofarmokoloji Bülteni*, 10, 189-193.

Baker, L. A., Bezdjian, S. ve Raine, A. (2006). Behavioral genetics: The science of antisocial behavior. *Law and Contemporary Problems, 69*(1–2), 7-46.

Ball, S. A. (2001). Reconceptualizing personality disorder categories using personality trait dimensions: Introduction to special section. *Journal of Personality, 69*(2), 147-153.

Barends Psychology Practice. (2018). Interesting avoidant personality disorder facts. https://www.barendspsychology.com/interesting-avoidant-personality-disorder-facts/

Barone, L., Fossati, A. ve Guiducci, V. (2011). Attachment mental states and inferred pathways of development in borderline personality disorder: A study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development, 13*(5), 451-469.

Bartholomew, K. ve Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(2), 226-244.

Bastiaansen, L., De Fruyt, F., Rossi, G., Schotte, C. ve Hofmans, J. (2013). Personality disorder dysfunction versus traits: Structural and conceptual issues. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 4*(4), 293-303.

Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., ... McGlashan, T. H. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders, 18*(2), 193-211.

Bayer, L. (2000). *Personality Disorders*. Philadelphia, PA: Chelsea House Publishers.

Beck, A. (2015). Theory of personality disorders. A. Beck, D. Davis ve A. Freeman, A. (Eds.) *Cognitive therapy of personality disorders* (3.baskı, ss. 19–62) içinde. New York, NY: Guilford.

Beck, A. T. ve Freeman, A. M. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York, NY: Guilford Press.

Beck, A. T., Davis, D. D. ve Freeman, A. (Eds.). (2015). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Publications.

Behary, W. ve Davis, D. (2015). Narcissistic personality disorder. A. Beck, D. Davis ve A. Freeman, A. (Eds.), *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (3.baskı, ss. 299–324) içinde. New York, NY: Guilford.

Beitman, B. D., Blinder, B. J. ve Thase, M. E. (2003). *Integrating psychotherapy and pharmacotherapy: Dissolving the mind-brain barrier*. WW Norton & Company.

Beitz, K. (2006). *Dependent personality disorder (Practitioner's guide to evidence-based psychotherapy)*. Boston, MA: Springer.

Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H.,... Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 158*(2), 295-302.

Berens, L. V. (1999). *The sixteen personality types: Descriptions for self-discovery*. Telos Publications.

Bernstein, D. (2002). Cognitive therapy of personality disorders in patients with histories of emotional abuse or neglect. *Psychiatric Annals, 32*, 618–628.

Bienenfeld, D. (2007). Personality disorders. *Psychiatric Annals, 37*(2), 133-139.

Bierbrauer, J., Nilsson, A., Müller-Oerlinghausen, B. ve Bauer, M. (2006). Therapeutic and prophylactic effects of lithium on pathological aggression. M. Bauer, P. Grog ve B. Müller-Oerlinghause Eds. *Lithium in neuropsychiatry* (ss.247-256) içinde. CRC Press.

Bjornlund, L. (2011). *Personality Disorders*. San Diego, CA: Reference Point Press.

Black, D. W., Gunter, T., Loveless, P., Allen, J. ve Sieleni, B. (2010). Antisocial personality disorder in incarcerated offenders: Psychiatric comorbidity and quality of life. *Annals of Clinical Psychiatry, 22*(2), 113-120.

Black, D.W. (2013). *Bad Boys, Bad Men: Confronting Antisocial Personality Disorder (Sociopathy)*. New York: Oxford University Press.

Black, D.W. ve Blum, N. S. (2014). Antisocial Personality Disorder and Other Antisocial Behaviour. J. M. Oldham, A. E. Skodol ve D. S. Bender (Eds.). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. (ss.429-455) içinde. Washington, DC: American Psychiatric Pub.

Blaney, P. H. (2014). *Oxford textbook of psychopathology*. New York, NY: Oxford University Press.

Blashfield, R. K., Reynolds, S. M. ve Stennett, B. (2012). The death of histrionic personality disorder. T. A. Widiger (Ed.), *Oxford library of psychology. The Oxford Handbook of Personality Disorders* (ss.603-627) içinde. New York, NY, US: Oxford University Press.

Bornstein, R. (2012). Dependent personality disorder. T. Widiger (Ed.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders* (ss. 505–526) içinde. New York, NY: Oxford University Press.

Bornstein, R. F. (1996). Sex differences in dependent personality disorder prevalence rates. *Clinical Psychology: Science and Practice, 3*(1), 1-12.

Bornstein, R. F. (1999). Histrionic personality disorder, physical attractiveness, and social adjustment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 21*(1), 79-94.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. London: Hogarth Press.

Brauer, J. ve Reinecke, M. (2015). Dependent personality disorder. A. Beck, D. Davis ve A. Freeman (Eds.) *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (3.baskı, ss.155–173) içinde. New York, NY: Guilford.

Brennan, K. ve Shaver, P. (1998). Attachment styles and personality disorders: Their connection to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *Journal of Personality, 66*, 835–878.

Brennan, P. A. ve Mednick, S. A. (1993). Genetic perspectives on crime. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 87*(S370), 19-26.

Bressert, S. (2017). Obsessive-compulsive personality disorder. *Psych Central*. https://psychcentral.com/disorder/obsessive-compulsive personality disorder/

Bressert, S. (2017). Paranoid personality disorder. *Psych Central*. https://psychcentral.com/disorders/paranoid-personality-disorder

Bricker, D., Young, J. ve Flanagan, C. (1993). Schema-focused cognitive therapy: A comprehensive framework for characterological problems. K. Kuehlwein ve H. Rosen (Eds.), *Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice* (ss.88–125) içinde. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Britt, C.L. (2000). Social context and racial disparities in punishment decisions. *Justice Quart*, 17, 707–732.

Buss, D. M. (1999). Human nature and individual differences: The evolution of human personality. L. A. Pervin ve O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2.baskı, ss.31–56) içinde. New York: Guilford Press.

Cacciola, J. S., Alterman, A. I., Rutherford, M. J. ve Snider, E. C. (1995). Treatment response of antisocial substance abusers. *Journal of Nervous and Mental Disease, 183*(3), 166-171.

Cadoret, R. J., O'Gorman, T. W., Troughton, E. ve Heywood, E. (1985). Alcoholism and antisocial personality: Interrelationships, genetic and environmental factors. *Archives of General Psychiatry, 42*(2), 161-167.

Calati, R., Gressier, F., Balestri, M. ve Serretti, A. (2013). Genetic modulation of borderline personality disorder: systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research, 47*(10), 1275-1287.

Caligor, E., Kernberg, O.F. ve Clarkin, J.F. (2007). *Handbook of Dynamic Psychotherapy for Higher Level Personality Pathology*.Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Caligor, E., Levy, K. N. ve Yeomans, F. E. (2015). Narcissistic personality disorder: Diagnostic and clinical challenges. *The American Journal of Psychiatry, 172*(5), 415–422.

Cassidy, J. ve Shaver, P. R. (Eds.). (2002). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Rough Guides.

Chaiken, J. M. ve Chaiken, M. R. (1990). Drugs and predatory crime. *Crime and Justice, 13*, 203-239.

Chester, P. (1972). *Women and Madness*. New York, Avon Books.

Clark, L. A. (2005). Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(4), 505-521.

Clark, L. A., Watson, D. ve Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychology, 46*(1), 121-153.

Clark, L.A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 58, 227–257.

Cleckley, H. M. (1951). The mask of sanity. *Postgraduate Medicine, 9*(3), 193-197.

Cloninger, C. R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments, 3*(2), 167-226.

Cloninger, C. R. (1998). The genetics and psychobiology of the seven-factor model of personality. K. R. Silk (Ed.), *Review of psychiatry series. Biology of personality disorders* (s.63–92) içinde. American Psychiatric Association.

Coccaro, E. F., Siever, L. J., Klar, H. M., Maurer, G., Cochrane, K., Cooper, T. B.,...Davis, K. L. (1989). Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders: correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior. *Archives of General Psychiatry, 46*(7), 587-599.

Coid, J., Moran, P., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Farrell, M., ...Ullrich, S. (2009). The co-morbidity of personality disorder and clinical syndromes in prisoners. *Criminal Behaviour and Mental Health, 19*(5), 321-333.

Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A. ve Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder among adults aged 16 to 74 in Great Britain. *British Journal of Psychiatry, 188*, 423–431.

Comer, R. ve Comer, G. (2017). *Personality Disorders*. Princeton, NJ: Worth Publishers.

Compton, W. M., Conway, K. P., Stinson, F. S., Colliver, J. D. ve Grant, B. F. (2005). Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry, 66*(6), 677-685.

Connolly, A. J. (2008). Personality disorders in homeless drop-in center clients. *Journal of Personality Disorders, 22*(6), 573–588.

Corbitt, E. ve Widiger, T. (1995). Sex differences among the personality disorders: An exploration of the data. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2*(3), 225–238.

Coryell, W. H. ve Zimmerman, M. (1989). Personality disorder in the families of depressed, schizophrenic, and never-ill probands. *The American Journal of Psychiatry*, 146, 496-502.

Cote, G ve Hodgins, S. (1990). Co-occurring mental disorders among criminal offenders. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, *18*(3), 271-281.

Cox, J., Edens, J. F., Magyar, M. S., Lilienfeld, S. O., Douglas, K. S. ve Poythress Jr, N. G. (2013). Using the Psychopathic Personality Inventory to identify subtypes of antisocial personality disorder. *Journal of Criminal Justice*, *41*(2), 125-134

Crowe, R. (1974). An adoption study of antisocial personality. *Archives of General Psychiatry, 31*, 784–791.

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P. ve Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin, 135*(3), 495-510.

Depue, R. A. ve Lenzenweger, M. F. (2001). A neurobehavioral dimensional model of personality disorders. W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders* (ss.136–176) içinde. New York: Guilford Press.

Dereboy, C., Güzel, H. S., Dereboy, F., Okyay, P. ve Eskin, M. (2014). Personality disorders in a community sample in Turkey: Prevalence, associated risk factors, temperament and character dimensions. *International Journal of Social Psychiatry*, *60*(2), 139-147.

Distel, M. A., Trull, T. J., Derom, C. A., Thiery, E. W., Grimmer, M. A., Martin, N. G., ...Boomsma, D. I. (2008). Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychological Medicine*, *38*(9), 1219-1229.

Dobbert, D. L. (2007). *Understanding personality disorders*. Westport, CT: Praeger.

Doğan, O., Önder, Z. ve Doğan, S. (2004). Distribution of symptoms of conduct disorder and antisocial personality disorder in Turkey. *Psychopathology, 37*(6), 285–289.

Dönmez, O. S. (2004). Klinik başvurusu oaln ergenlerde sınır kişilik bozukluğu semptomlarının yaygınlığı ve tanı etkinliliği (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). İstanbul Üniversitesi: İstanbul.

Ebrinç, S., Evren, C., Başoğlu, C., Çetin, M., Emiz, Ü. B., Yılmaz, V. Ve Ağargün, M. Y. (2002). Adli Gözlem İçin Gelen Suçlularda Sosyodemografik Özellikler, Kaygı, Öfke İfadesi Ve Benlik saygısının kişilik bozukluğu ile ilişkisinin araştırılması. *Düşünen Adam Dergisi*, *15*, 97-103.

Ekselius, L., Tillfors, M., Furmark, T. ve Fredrikson, M. (2001). Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences*, *30*(2), 311-320.

Erdem, M., Özdemir, B., Çelik, C., Balıkçı, A., Türker, T. ve Nalbit, K. (2010). Antisosyal kişilik bozukluğu olgularının şiddet suçu niteliğine göre mizaç ve karakter özellikleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *13*(3), 113-118.

Esterberg, M. L. (2010). Cluster A personality disorders: Schizotypal, schizoid, and paranoid personality disorders in childhood and adolescence. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 32*(4), 515–528.

Fazel, S. ve Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The lancet, 359*(9306), 545-550.

Feinstein, A. R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Diseases, 23*(7), 455-468.

Fergusson, D. M., Boden, J. M. ve Horwood, L. J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse & Neglect, 32*(6), 607-619.

First, M. B., Bell, C. C., Cuthbert, B., Krystal, J. H., Malison, R., Offord, D. R., ... Wisner, K.L. (2002). Personality disorders and relational disorders: A research agenda for addressing crucial gaps in DSM. *A research agenda for DSM–V*, 123-199.

First, M. B., Skodol, A. E., Bender, D. S. ve Oldham, J. M. (2017). *User's Guide for the Structured Clinical Interview for the DSM-5® Alternative Model for Personality Disorders (SCID-5-AMPD)*. American Psychiatric Pub.

Fogelson, D. L., Nuechterlein, K. H., Asarnow, R. F., Payne, D. L., Subotnik, K. L., Jacobson, K. C., ... Kendler, K. S. (2007). Avoidant personality disorder is a separable schizophrenia-spectrum personality disorder even when controlling for the presence of paranoid and schizotypal personality disorders: The UCLA family study. *Schizophrenia Research, 91*, 192–199.

Ford, M. ve Widiger, T. A. (1989). Sex bias in the diagnosis of histrionic and antisocial personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 301–305.

Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Gallop, R., Amsterdam, J. D. ve Hollon, S. D. (2008). Antidepressant medications v. cognitive therapy in people with depression with or without personality disorder. *The British Journal of Psychiatry, 192*(2), 124-129.

Freeman, A., Pretzer, J. L., Fleming, B. ve Simon, K. M. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.

Freud, S. (1922). Some neurotic mechanisms in jealousy, paranoia and homosexuality. *Standard edition* (Vol. 18, ss.221–232). London: Hogarth Press.

Freud, S. (1957). On narcissism: An introduction. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement. Papers on Metapsychology and Other Works* (ss. 67-102).

Gabbard, G.O. (2005a). Psychoanalysis. J.M. Oldham, A.E. Skokol ve D. S. Bender (Eds.). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders* (ss.257-274). Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Gabbard, G.O. (2005b). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice* (4th Edition). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Garmezy, N. ve Masten, A. S. (1994). Chronic adversities. M. Rutter ve L. Hersov (Eds.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches* (3.baskı, ss.191- 208) içinde. London: Blackwell Scientific Publications.

Giacalone, R. C. (1997). A study of clinicians' attitudes and sex bias in the diagnosis of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder. Dissertation Abstracts International, 57-7725B.

Gitlin, M. J. (1993). Pharmacotherapy of personality disorders: conceptual framework and clinical strategies. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 13, 343-353.

Gjerde, L. C., Czajkowski, N., Roysamb, E., Orstavik, R. E., Knudsen, G. P., Ostby, K.,... Reichborn-Kjennerud, T. (2012). The heritability of avoidant and dependent personality disorder assessed by personal interview and questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 128*(6), 448–457.

Glenn, A. L., Johnson, A. K. ve Raine, A. (2013). Antisocial personality disorder: a current review. *Current Psychiatry Reports, 15*(12), 427-434.

Goldstein, R. B., Dawson, D. A., Saha, T. D., Ruan, W. J., Compton, W. M. ve Grant, B. F. (2007). Antisocial behavioral syndromes and DSM-IV alcohol use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31*(5), 814-828.

Goodman, C. L. ve Leff, B. (2012). *The everything guide to narcissistic personality disorder*. Avon, MA: Adams Media.

Goodwin, D. ve Guze, S. (1989). *Psychiatric diagnosis* (4.baskı, ss. 240). New York, NY: Oxford University Press.

Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ...Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry, 69*(4), 533-545.

Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J. ve Pickering, R. P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: Result from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry, 65*(7), 948–958.

Gratz, K. L. ve Tull, M. T. (2012). Exploring the relationship between posttraumatic stress disorder and deliberate self-harm: The moderating roles of borderline and avoidant personality disorders. *Psychiatry Research, 199*(1), 19–23.

Grob, G. N. (1991). Origins of DSM-I: A study in appearance and reality. *American Journal of Psychiatry, 148*(4), 421-431.

Grohol, J. M. (2013). DSM-5 Released: The big changes. *Psych Central*.

Guo, G., Ou, X. M., Roettger, M. ve Shih, J. C. (2008). The VNTR 2 repeat in MAOA and delinquent behavior in adolescence and young adulthood: associations and MAOA promoter activity. *European Journal of Human Genetics, 16*(5), 626-634.

Guo, G., Roettger, M. E. ve Cai, T. (2008). The integration of genetic propensities into social-control models of delinquency and violence among male youths. *American Sociological Review, 73*(4), 543-568.

Hales, E. ve Yudofsky, J. A. (Eds.). (2003). *The American Psychiatric Press textbook of psychiatry*. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing.

Hare, R. D. (1996). Psychopathy: A clinical construct whose time has come. *Criminal Justice and Behavior, 23*(1), 25-54.

Hare, R. D. (2003). *Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)*. Toronto: Multi-Health Systems, Inc

Hare, R., Neumann, C. ve Widiger, T. (2012). Psychopathy. T. Widiger (Ed.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders* (ss. 478–504). New York, NY: Oxford University Press.

Hasin, D., Fenton, M. C., Skodol, A., Krueger, R., Keyes, K., Geier, T., ...Grant, B. (2011). Personality disorders and the 3-year course of alcohol, drug, and nicotine use disorders. *Archives of General Psychiatry, 68*(11), 1158-1167

Haslam, N. (2003). Categorical versus dimensional models of mental disorder: The taxometric evidence. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 37*(6), 696-704.

Hayes, S., Follette, V. ve Linehan, M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York, NY: Guilford.

Henry, K. A. ve Cohen, C. I. (1983). The role of labeling processes in diagnosing borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 140, 1527–1529.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

Hopwood, C. ve Thomas, K. (2012). Paranoid and Schizoid Personality Disorders. T. Widiger (Ed.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders* (ss.582–602) içinde. New York, NY: Oxford University Press.

Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M. ve Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry, 56*(7), 600-606.

Kamphuis, J. H. ve Noordhof, A. (2009). On categorical diagnoses in DSM-V: cutting dimensions at useful points? *Psychological Assessment, 21*(3), 294-301.

Kandola, A. (2017). *Histrionic personality disorder: Symptoms and diagnosis*. Medical News Today.

Kaplan, M. (1983). A woman's view of DSM-III. *American Psychologist*, 38, 786–792.

Kellerman, H. ve Burry, A. (1989). *Psychopathology and differential diagnosis: Vol. 2. Diagnostic primer*. New York, NY: Columbia University Press.

Kendler, K. S., Prescott, C. A., Myers, J. ve Neale, M. C. (2003). The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry, 60*(9), 929-937.

Kernberg, O. (1985). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New Jersey: Jason Aronson.

Kernberg, O. F. (1992). *Aggression in personality disorders and perversions*. New Haven, CT: Yale University Press.

Kernberg, O. F. (1994). *Internal world and external reality: Object relations theory applied*. Jason Aronson.

Kernberg, O. F. ve Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. M. F. Lenzenweger ve J. F. Clarkin (Eds.) *Major theories of personality disorder*, (ss.114-156) içinde. New York: The Guilford Press.

Khan, A. A., Jacobson, K. C., Gardner, C. O., Prescott, C. A. ve Kendler, K. S. (2005). Personality and comorbidity of common psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry*, *186*(3), 190-196.

Koenigsberg, H. W., New, A. S., Siever, L. J. ve Rosell, D. R. (2014). Genetics and Neurobiology. J. M. Oldham, A. E. Skodol ve D. S. Bender (Eds.). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. (ss.79-109) içinde. Washington, DC: American Psychiatric Pub.

Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Sea: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. New York: International Universities Press.

Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: Int.

Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., ...Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, *32*(2), 371-390.

Kraemer, H. C. (2007). DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. *International journal of methods in psychiatric research*, *16*(S1), S8-S15.

Krueger, R. F. ve Bezdjian, S. (2009). Enhancing research and treatment of mental disorders with dimensional concepts: toward DSM-V and ICD-11. *World Psychiatry*, *8*(1), 3-6.

Krueger, R. F., South, S., Johnson, W. ve Iacono, W. (2008). The heritability of personality is not always 50%: Gene-environment interactions and correlations between personality and parenting. *Journal of Personality*, *76*(6), 1485-1522.

Kwapil, T. ve Barrantes-Vidal, N. (2012). Schizotypal personality disorder: An integrative review. T. Widiger (Ed.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders* (ss. 437–477) içinde. New York, NY: Oxford University Press.

Lambert, E. W., Wahler, R. G., Andrade, A. R. ve Bickman, L. (2001). Looking for the disorder in conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*(1), 110-123.

Lenzenweger, M. F. ve Clarkin, J. F. (2005). The Personality Disorders: History, Classification, and Research Issues. M. F. Lenzenweger ve J. F. Clarkin (Eds.), *Major Theories of Personality Disorder* (2. baskı, ss.1-43) içinde. New York, NY: Guilford Press.

Lilienfeld, S. O. ve Andrews, B. P. (1996). Development and preliminary validation of a self-report measure of psychopathic personality traits in noncriminal population. *Journal of Personality Assessment*, *66*(3), 488-524.

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. J. ve Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically suicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 48,* 1060–1064.

Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P. ve Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, *67*(1), 13-26.

Linehan, M. M., Heard, H. L. ve Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 50,* 971–974.

Linehan, M. M., Schmidt III, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J. ve Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions*, *8*(4), 279-292.

Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L. ve Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry, 151*(12), 1771-1775.

Linehan, M. N. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.

Links, P. S., Heslegrave, R. ve van Reekum, R. (1999). Impulsivity: Core aspect of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 13*, 1–9.

Livesley, W. J. (2007). A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 21*(2), 199-224.

Loeber, R., Burke, J. D., Lahey, B. B., Winters, A. ve Zera, M. (2000). Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(12), 1468-1484.

Lumen Learning. (2018). Histrionic personality disorder. https://courses.lumenlearning.com/abnormal psychology/chapter/histrionic-personality-disorder-2/

Luntz, B. K. ve Widom, C. S. (1994). Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *The American Journal of Psychiatry,* 101:670–674.

Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N. ve Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 181-205.

Maass, V. S. (2019). *Personality Disorders: Elements, History, Examples, and Research*. Santa Barbara, California: ABC-CLIO.

Magnavita, J. J. (2000). *Relational therapy for personality disorders*. New York: Wiley

Magyar, M. S., Edens, J. F., Lilienfeld, S. O., Douglas, K. S., & Poythress Jr. N. G. (2011). Examining the relationship among substance abuse, negative emotionality and impulsivity across subtypes of antisocial and psychopathic substance abusers. *Journal of Criminal Justice, 39*(3), 232-237.

Maj, M. (2005). 'Psychiatric comorbidity': an artefact of current diagnostic systems? *The British Journal of Psychiatry, 186*(3), 182-184.

Mayo Clinic Staff. (2014). Narcissistic personality disorder: Symptoms. *Mayo Clinic*. http://www .mayoclinic.org/diseases-conditions/narcissistic-personality-disorder/con -20025568.

McCrae, R. R. ve Costa, P. T (1990). *Personality in adulthood* (First edition). New York: Guilford press.

McGauley, G., Yakeley, J., Williams, A. ve Bateman, A. (2011). Attachment, mentalization and antisocial personality disorder: The possible contribution of mentalization-based treatment. *European Journal of Psychotherapy & Counselling, 13*(4), 371-393.

McGinn, L. K. ve Young, J. E. (199 McCrae 6). Schema-focused therapy. P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (ss.183–207) içinde. New York: Guilford Press.

McGlashan T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., Stout, R. L. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*, 256–264.

Meehl, P. E. (1992). Factors and taxa, traits and types, differences of degree and differences in kind. *Journal of Personality, 60*, 117–174.

Meyer, B., Ajchenbrenner, M. ve Bowles, D. P. (2005). Sensory sensitivity, attachment experiences, and rejection responses among adults with borderline and avoidant features. *Journal of Personality Disorders, 19*(6), 641–658.

Millon, T. (2011). *Disorders of personality*. Hoboken, NJ: Wiley.

Mitchell, D., Tafrate, R. ve Freeman, A. (2015). Antisocial personality disorder. A. Beck, D. Davis ve A. Freeman, A. (Eds.), *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (3.baskı, ss. 346–365) içinde. New York, NY: Guilford.

Nelson-Gray, R. O., Johnson, D., Foyle, L. W., Daniel, S. S.ve Harmon, R. (1996). The effectiveness of cognitive therapy tailored to depressives with personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 10*, 132–152.

Newton-Howes, G., Tyrer, P. ve Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *The British Journal of Psychiatry, 188*(1), 13-20.

Newton-Howes, G., Tyrer, P., Anagnostakis, K., Cooper, S., Bowden-Jones, O. ve Weaver, T. (2010). The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45*(4), 453-460.

Nigg, J. T. ve Goldsmith, H. H. (1994). Genetics of personality disorders: Perspectives from personality and psychopathology research. *Psychology Bulletin, 115*, 346–380.

Nolen-Hoeksema, S. (2014). Personality disorders. *Abnormal Psychology* (6.baskı, ss.266–267) içinde. New York, NY: McGraw-Hill.

North, C., Smith, E.M. ve Spitsnagel, E.L. (1993). Is antisocial personality a valid diagnosis in the homeless? *The American Journal of Psychiatry*, 150, 578–583.

Oldham, J. M. (2014). Personality Disorders: Recent History and New Directions. J. M. Oldham, A. E. Skodol ve D. S. Bender (Eds.). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders*. (ss.1-13) içinde. Washington, DC: American Psychiatric Pub.

Oldham, J. M., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Hyler, S. E., Doidge, N., Rosnick, L. ve Gallaher, P. E. (1995). Comorbidity of Axis I and Axis II disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 571–578.

Oldham, J.M. ve Skodol, A.E. (2013). Personality and personality disorders and the passage of time. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 709–712.

Out of the FOG. (2016). Personality disorders: Avoidant personality disorder (AvPD). http://outofthefog.website/personality-disorders-1/2015/12/6/avoidant-personality -disorder-avpd

Padesky, C. ve Beck, J. (2015). Avoidant personality disorder. A. Beck, D. Davis ve A. Freeman (Eds.), *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (3.baskı, ss. 174–202) içinde. New York, NY: Guilford.

Panagiotis, P. (2012). A critique on the use of standard psychopathological classifications in understanding human distress: The example of "Schizoid Personality Disorder." *Counselling Psychology Review, 27*(1), 44–52.

Paris, J. (2001). Psychosocial adversity. W. J. Livesly (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (ss. 231–241) içinde. New York: Guilford Press

Paris, J. (2014). Modernity and narcissistic personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 5*(2), 220-226.

Patrick, C. J., Fowles, D. C., Krueger, R.F. (2009). Triarchic conceptualization of psychopathy: Developmental origins of disinhibition, boldness, and meanness. *Development and Psychopathology, 21*(3), 913-938.

Poythress, N. G., Edens, J. F., Skeem, J. L., Lilienfeld, S. O., Douglas, K. S., Frick, P. J., ... & Wang, T. (2010). Identifying subtypes among offenders with antisocial personality disorder: A cluster-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology, 119*(2), 389-400.

Pretzer, J. L. (1998). Cognitive-behavioral approaches to the treatment of personality disorders. C. Perris ve P. D. McGorry (Eds.), *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: Handbook of Theory and Practice* (ss. 269–292) içinde. New York: Wiley.

Pretzer, J. L. ve Beck, A. T. (1996). A cognitive theory of personality disorders. J. F. Clarkin ve M. F. Lenzenweger (Eds.), *Major Theories of Personality Disorder* (ss.36–105) içinde. New York: Guilford Press.

Reich, J. (2002). Drug treatment of personality disorder traits. *Psychiatric Annals, 32*(10), 590–600.

Renton, J. ve Mankiewicz, P. (2015). Paranoid, schizotypal, and schizoid personality disorders. A. Beck, D. Davis ve A. Freeman, A. (Eds.), *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (3.baskı, ss.244–275) içinde. New York, NY: Guilford.

Reti, I. M., Samuels, J. F., Eaton, W. W., Bienvenu Iii, O. J., Costa Jr, P. T. ve Nestadt, G. (2002). Adult antisocial personality traits are associated with experiences of low parental care and maternal overprotection. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*(2), 126-133.

Rettew, D. C. (2008). Avoidant personality disorder. http://emedicine.medscape.com

Rienzi, B. M. ve Scrams, D. J. (1991). Gender stereotypes for paranoid, antisocial, compulsive, dependent, and histrionic personality disorders. *Psychological Reports, 69*(3), 976-978.

Robins, C.J. ve Chapman, A.L. (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 18, 73–79.

Robinson, F. ve Keithley, J. (2000). The impacts of crime on health and health services: a literature review. *Health, Risk & Society*, *2*(3), 253-266.

Ronningstam, E. (2011). Narcissistic personality disorder: A clinical perspective. *Journal of Psychiatric Practice, 17*, 89–99.

Ronningstam, E. (2012). Narcissistic personality disorder: The diagnostic process. T. Widiger (Ed.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders* (ss.527–548). New York, NY: Oxford University Press.

Rothstein, M. M. ve Vallis, T. M. (1991). The application of cognitive therapy to patients with personality disorders. T. M. Vallis, J. L. Howes ve P. C. Miller (Eds.), *The challenge of cognitive therapy: Applications to nontraditional populations* (ss. 59–84) içinde. New York: Plenum Press.

Samuels, J. F., Nestadt, G., Romanoski, A. J., Folstein, M. F. ve McHugh, P. R. (1994). DSM-III personality disorders in the community. *American Journal of Psychiatry, 151*, 1055–1062.

Samuels, J. ve Costa, P. (2012). Obsessive-compulsive personality disorder. T. Widiger (Ed.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders* (ss.566–581) içinde. New York, NY: Oxford University Press.

Sanislow, C., da Cruz, K., Gianoli, M. ve Reagan, E. (2012). Avoidant Personality Disorder. Traits and Type. T. Widiger (Ed.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders* (ss.549–565) içinde. New York, NY: Oxford University Press.

Sardoğan, M. E. ve Kaygusuz, C. (2006). Antisosyal kişilik bozukluğu tanısı almış ve almamış olan bireylerin duygusal zekâ düzeyleri açısından incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, *7*(1), 85-102.

Segal, Z., Williams, J., Teasdale, J. ve Williams, M. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy: Theoretical and empirical status. S. Hayes, V. Follette ve M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (ss.45–65) içinde. New York, NY: Guilford.

Sheard, M. H. (1971). Effect of lithium on human aggression. *Nature*, *230*(5289), 113-114.

Siever, L. J. (1992). Schizophrenia spectrum personality disorders. American Psychiatric Press Review of Psychiatry, 11, 25–42.

Siever, L. J. ve Davis, K. L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *148*(12), 1647-1658.

Siever, L. J., Torgersen, S., Gunderson, J. G., Livesley, W. J. ve Kendler, K. S. (2002). The borderline diagnosis III: identifying endophenotypes for genetic studies. *Biological Psychiatry*, *51*(12), 964-968.

Silk, K. ve Feurino, L. (2012). Psychopharmacology of personality disorders. T. Widiger (Ed.), *The Oxford Handbook of Personality Disorders* (ss.713–726) içinde. New York, NY: Oxford University Press.

Simon, K. (2015). Obsessive-compulsive personality disorder. A. Beck, D. Davis ve A. Freeman (Eds.) *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (3.baskı, ss.203–222). New York, NY: Guilford.

Simon, W. (2009). Follow-up psychotherapy outcome of patients with dependent, avoidant and obsessive–compulsive personality disorders: A meta-analytic review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 13*, 153–165.

Simonelli, A. ve Parolin, M. (2017). *Encyclopedia of personality and individual differences* (ss. 1–11). New York, NY: Springer.

Skodol, A.E. (2012). Personality disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 317–344.

Skodol, A. E. ve Bender, D. S. (2003). Why are women diagnosed borderline more than men?.*Psychiatric Quarterly*,*74*(4), 349-360.

Slutske, W. S. (2001). The genetics of antisocial behavior. *Current Psychiatry Reports*, *3*(2), 158-162.

Sperry, L. (2003). *Handbook of the diagnosis and treatment of DSM-IV-TR personality disorders* (2.baskı). New York, NY: Brunner-Routledge.

Sperry, L. (2006). Family-oriented compliance counseling: A therapeutic strategy for enhancing health status and lifestyle change. *Family Journal: Counseling and Therapy with Couples and Families, 14*, 412–416.

Sperry, L. (2016). *Handbook of diagnosis and treatment of DSM-5 personality disorders: Assessment, case conceptualization, and treatment*. Routledge.

Springer, T., Lohr, N. E., Buchtel, H. A. ve Silk, K. R. (1995). A preliminary report of short-term cognitive-behavioral group therapy for inpatients with personality disorders. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 5*, 57–71.

Strain, B.A. (2003) Influence of gender bias on the diagnosis of borderline personality disorder. Dissertation Abstracts International, 64-2941B.

Stravynski, A., Marks, I. ve Yule, W. (1982). Social skills problems in neurotic outpatients: Social skills training with and without cognitive modification. *Archives of General Psychiatry, 39*, 1378–1385.

Sungar, M. ve Gunduz, A. (2015). Histrionic personality disorder. *Cognitive therapy of Personality Disorders*, 325-345.

Telch, M. J., Kamphuis, J. H. ve Schmidt, N. B. (2011). The effects of comorbid personality disorders on cognitive behavioral treatment for panic disorder. *Journal of Psychiatric Research, 45*(4), 469-474.

Thaker, G. K., Adami, H., Moran, M., Lahti, A. ve Cassady, S. (1993). Psychiatric illnesses in families of subjects with schizophrenia-spectrum personality disorders: high morbidity risks for unspecified functional psychoses and schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 66-71.

Torgersen, S. (2012). Epidemiology. T. Widiger (Ed.). *The Oxford Handbook of Personality Disorders* (ss. 186–205) içinde. New York, NY: Oxford University Press.

Torgersen, S., Kringlen, E. ve Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry, 58*(6), 590–596.

Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J.,...Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry, 41*(6), 416-425.

Tunç, P. ve Şahin, D. (2019). Sınır kişilik bozukluğunda dürtüsellik, kendine zarar verme ve intihar davranışlarının yordayıcıları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 20*(4), 341-349.

Turkat, I. D. ve Maisto, S. A. (1985). Personality disorders: Application of the experimental method to the formulation and modification of personality disorders. D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step by step treatment manual* (ss.502–570) içinde. New York: Guilford Press.

Türkçapar, H., Güriz, O., Özel, A., Işık, B. ve Dönbak Örsel, S. (2004). Antisosyal kişilik bozukluğu olan hastalarda öfke ve depresyonun ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi, 15*(2), 119-124.

Tyrer, P. (2015). Personality dysfunction is the cause of recurrent non-cognitive mental disorder: A testable hypothesis. *Personality and Mental Health, 9*(1), 1-7.

Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam, A., Fossati, A.,...Swales, M. (2011). The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). *Personality and Mental Health, 5*(4), 246-259.

Tyrer, P., Seivewright, H. ve Johnson, T. (2004). The Nottingham Study of Neurotic Disorder: predictors of 12-year outcome of dysthymic, panic and generalized anxiety disorder. *Psychological Medicine, 34*(8), 1385-1394.

Tyrer, P., Seivewright, N., Ferguson, B. ve Tyrer, J. (1992). The general neurotic syndrome: a coaxial diagnosis of anxiety, depression and personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 85*(3), 201-206.

van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. ve Weisaeth, L. (Eds.). (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society.* New York: Guilford Press.

van der Kolk, B. A., Perry, J. C. ve Herman, J. L. (1991). Childhood origins of selfdestructive behavior. *American Journal of Psychiatry, 148*(12), 1665–1671.

van Noppen, B. (2010). *Obsessive-compulsive personality disorder (OCPD)*. Boston, MA: International

Varma, S. L. ve Sharma, I. (1993). Psychiatric morbidity in the first degree relatives of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry, 162*, 672–678.

Verheul, R., van den Bosch, L.M.C., Koeter, M.W.J., de Ridder, M.A.J., Stijnen, T. ve van den Brink, W. (2003). Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135–140.

Watson, D. C. ve Sinha, B. K. (1998). Comorbidity of DSM-IV personality disorders in a nonclinical sample. *Journal of Clinical Psychology, 54*(6), 773-780.

WebMed. (2017). Schizotypal personality disorder facts. https://www.medicinenet.com/schizotypal_personality_disorder_article.htm#what_are_causes_and_risk_factors_for_schizotypal_personality_disorder.

Westermeyer, J. ve Thuras, P. (2005). Association of antisocial personality disorder and substance disorder morbidity in a clinical sample. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 31*(1), 93-110.

Widiger, T. (1992). Categorical versus dimensional classification. *Journal of Personality Disorders, 6*, 287–300.

Widiger, T. A. (2018). Official Classification Systems. W.J. Livesley ve R. Larstone (Eds.). *Handbook of Personality Disorders: Theory, research, and treatment* (2. Baskı, ss.47-72) içinde. New York London: Guilford Publications.

Widiger, T. A. ve Costa Jr, P. T. (1994). Personality and personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(1), 78-91.

Widiger, T. A. ve Rogers, J. H. (1989). Prevalence and comorbidity of personality disorders. *Psychiatric Annals, 19*, 132–136.

Widiger, T. A. ve Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(4), 494-504.

Widiger, T. A. ve Trull, T.J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62, 71–83.

Widiger, T. A., Frances, A. J., Harris, M., Jacobsberg, L. B., Fyer, M. ve Manning, D. (1991). Comorbidity among Axis II disorders. J. M. Oldham (Ed.), *Personality disorders: New perspectives on diagnostic validity* (ss. 163–194) içinde. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Widiger, T. A., Frances, A. J., Spitzer, R. L. ve Williams, J. B. W. (1988). The DSM-III-R personality disorders: An overview. *American Journal of Psychiatry, 145*, 786–795.

Widiger, T. ve Weissman, M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 1015–1021.

Woodward, H. E., Taft, C. T., Gordon, R. A. ve Meis, L. A. (2009). Clinician bias in the diagnosis of posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1*(4), 282-290.

Wright, N. ve Owen, S. (2001). Feminist conceptualizations of women's madness: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing, 36*(1), 143–150.

Yalvaç, H. D., Kaya, B. ve Ünal, S. (2014). İntihar girişimi ile başvuran bireylerde kişilik bozukluğu ve bazı klinik değişkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 15*(1), 24-30.

Young, J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A. ve Reynolds, V. (1998). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 39*(5), 296-302.

Zanarini, M., Frankenburg, F., Reich, D. ve Fitzmaurice, G. (2010). Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry, 167*, 663–667.

Zara, A. ve Özdemir, B. (2018). God complex: the effects of narcissistic personality on relational and sexual behavior. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 19*(1), 29-36.

Zimmerman, M., Galione, J. N., Ruggero, C. J., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K. ve McGlinchey, J. B. (2010). Screening for bipolar disorder and finding borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 71*(9), 1212-1217.

Zimmerman, M., Rothschild, L. ve Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry, 162*(10), 1911–1918.

16. Bölüm

ANORMAL PSİKOLOJİDE ETİK VE YASAL KONULAR

Gaye Z. Çenesiz

Bu bölümün ilk kısmında psikoterapi ve danışmanlık süreçlerinde ve psikopatoloji araştırmalarında etik konuları ele alınacaktır. Bölümün ikinci kısmında ise Türkiye'deki yasalar çerçevesinde psikolojik rahatsızlıkların nasıl değerlendirildiğine ve psikolojik rahatsızlık yaşayan bir bireyin yasalar karşısındaki konumuna yer verilecektir.

ETİK NEDİR?

Etik, felsefenin bir alt alanı olarak "Doğru ve iyi bir yaşam nedir?", "İnsanlar doğru ve iyi bir yaşam sürmek için nasıl yaşamalıdır?" sorularını ele almaktadır (Büken ve Büken, 2002; Tepe, 2015). Hangi davranışın etik davranış olarak değerlendirileceğine ilişkin farklı felsefi yaklaşımlar tarih boyunca gündeme gelmiştir. Özellikle 20. yüzyılda, İkinci Dünya Savaşı sırasında gerçekleştirilen, olumsuz sonuçlar doğuran ve insan haklarına aykırı uygulamalar içeren insan deneylerinin ardından etik, sadece felsefi boyutuyla değil, aynı zamanda uygulamada da



Şekil 1. Etik konusunda farkındalık kazanmak ve bilgi birikimini arttırmak, bir psikoloğun mesleğini doğru yapabilmesi için çok önemlidir.

önem kazanmıştır ve bir mesleğin doğru bir şekilde uygulanması için kuralları belirlemek üzere meslekler etik kurallarını oluşturmaya başlamıştır. Gerçekleştirilen insan haklarına aykırı uygulamaları içeren deneyler ve müdahaleler, insana yönelik müdahalelerde etik kuralların gündeme gelmesinde etkili olmuş ve etik kuralların belirlenmesi için devletler ortak prensipler belirlemiştir. Aşağıdaki başlıklarda, etik konusu iki temel nokta üzerinden ele alınacaktır: Bir psikolojik rahatsızlığı bulunan bireylere yönelik müdahaleler noktasında etik ve psikopatoloji ile ilgili çalışmalarda etik.

PSİKOLOJİK RAHATSIZLIKLARIN TEDAVİSİNDE ETİK

Bir terapi sürecinde takip edilmesi gereken çeşitli etik kurallar bulunmaktadır. Bu kurallar, ülkelerdeki meslek örgütleri tarafından düzenlenmiştir ve farklı alanlarda çalışan psikologların mesleki sorumlulukları ve uymaları gereken etik kural ve ilkeleri içermektedir. Örneğin: Amerikan Psikologlar Birliği [American Psychological Association (APA)] ilk olarak 1953 yılında "Psikologlar İçin Etik İlkeler ve Davranış Kuralları"nı yayınlamıştır; Avrupa Psikolog Dernekleri Federasyonu [European Federation of Psychologists' Associations (EFPA)] 1995'te "Etik Üst Kodlar"ı kabul etmiştir. Ülkemizde de Türk Psikologlar Derneği (TPD), 2004 yılında gerçekleştirdiği genel kurulunda "Etik Yönetmeliği" kabul etmiştir. Farklı ülkelerdeki meslek örgütleri tarafından oluşturulmuş olan etik kurallar ve ilkeler incelendiğinde; mesleki yetkinlik çerçevesinde hareket etmek, insan haklarına uygun davranmak, dürüstlük ve sorumlulukların bilincinde olmak ve yararlı olmaya/zarar verememeye dikkat etmek gibi ortaklaşan kurallar olduğu görülmektedir. Tüm bu kurallar, psikolojinin farklı uygulama alanları üzerinden ele alınmıştır. Bunun yanı sıra, etik kuralların farklı uygulama alanlarına ilişkin açıklamalara da ilgili yönetmeliklerde yer verilmektedir.

TPD Etik Yönetmeliği kapsamında "Genel Etik İlkeler ve Kurallar", "Psikoterapi ile İlgili Etik Kurallar" ve "Psikolojik Değerlendirmeler ile İlgili Etik Kurallar" başlıklarında yer alan etik kuralların psikoterapist olarak çalışan psikologlar tarafından bilinmesi ve içselleştirilmesi, etik uygulamaların gerçekleştirilmesi için önem taşımaktadır. Aşağıda TPD Etik Yönetmeliğinde yer alan ilgili kısımlar, temel etik prensipler çerçevesinde ele alınmaktadır (TPD Etik Yönetmeliği https://www.psikolog.org.tr/tr/files/folder/etik-yonetmeligi-x389.pdf adresinden alınmıştır).

TPD etik yönetmeliği etik ilkeler

Yetkinlik/yeterlilik

Bir psikoloğun uygun eğitimi alması ve sadece yetkinliğini elde ettiği alanda, kişilik özelliklerini, deneyimlerini ve becerilerini de değerlendirerek hizmet vermesi gerekmektedir. Lisans düzeyinde alınan psikoloji eğitimi, mezunlarına psikoloji bilimi açısından temel bilgileri vermektedir ancak, psikoterapi verilebilmesi için gerekli yeterlilikleri kazandırmamaktadır. Bir psikoloğun psikoterapi verebilmesi için klinik psikoloji alanında lisansüstü eğitim alması ve/veya gerekli yetkinliğe sahip kişiler tarafından verilen psikoterapi eğitimlerinden geçerek ilgili sertifikaları alması gerekmektedir. Yetkinliğe sahip olmadan gerçekleştirilen psikoterapi

hizmetleri, bu hizmeti alan bireylerin zarar görmesine yol açabilmektedir.

Yapılan çalışmalar, terapistlerin yetkinliklerinin terapi çıktılarında olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Gerçekleştirilen bir çalışmada (Hoffart, Sexton, Nordahl ve Stiles, 2007) terapistlerin yetkinlikleri bir uzman tarafından değerlendirilmiş ve yetkinlik arttıkça danışanların kişilik bozuklukları ile ilgili iyileşme düzeylerinin daha yüksek ve kalıcı olduğu bulunmuştur. Bilişsel Davranışçı Terapi uygulamalarını inceleyen çalışmaların bulgularında da terapistlerin yetkinliklerinin hem çocuklar ve gençlerdeki uygulamalarda (Rapley ve Loades, 2019) hem de yetişkinlerdeki uygulamalarda (Branson, Shafran ve Myles, 2015; Ginzburg ve ark., 2012) terapi sonuçlarında da olumlu etki gösterdiği görülmektedir. Benzer bir şekilde, terapist yetkinliğinin kısa süreli dinamik terapi uygulamalarında da olumlu hasta çıktılarını yordadığı bulunmuştur (Barber, Crits-Christoph ve Luborsky, 1996).



Şekil 2. Genel etik ilke ve kurallar, psikoterapi de dahil olmak üzere tüm psikoloji alt alanlarında psikologlara yol gösterici olmaktadır.

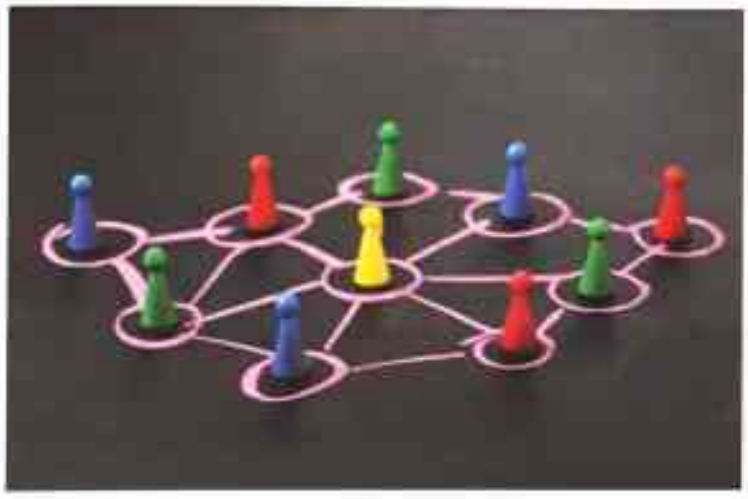
Psikolojik bozuklukların tanımları ve sağaltım sürecinde uygulanan psikoterapi yaklaşımları, gerçekleştirilen güncel çalışmalar sonrasında zamanla değişim gösterebilmektedir. Bu nedenle bir psikolog, yetkinliğini geliştirmek ve sürdürmek için alanındaki bilimsel gelişmeleri takip etmeli ve kendini bu bilimsel gelişmeler ışığında güncellemelidir. Eğer yetkin olunmayan bir konu ile karşılaşılırsa, burada izlenecek en doğru yol, bu konuda yetkinliği geliştirmek için süpervizyon alarak çalışmak; eğer bu imkân söz konusu değilse, yetkin bir meslektaşa yönlendirme yapmak olacaktır.

Yararlı olmak ve zarar vermemek

Psikoterapi uygulamalarında en temel nokta, karşımızdaki kişiye yararlı olmak ve zarar verecek herhangi bir uygulama gerçekleştirmemektir. Bu açıdan kötüye kullanımdan kaçınmak, yani mesleki gücünü kendi kişisel gereksinimlerinin karşılanması ya da bir çıkar elde etmek için kullanmamak, temel noktadır (Barnett, 2008). Psikoterapi sürecinde, terapist ve danışan arasında var olan ilişkide danışan, terapisten etkilenmeye, terapistine kendini kabul ettirmeye ve terapisti tarafından sevilmeye ve onaylanmaya ihtiyaç duymaktadır. Bu durum da danışanı, etik kurallara uymayan bir uzmanın kötüye kullanımına açık hâle getirmektedir. Kötüye kullanım, danışanları kendi reklamını yapmak için kullanmak, psikoterapi hizmetinin dışında danışanlar üzerinden maddi çıkar kazanmak şeklinde olabileceği gibi; cinsel kötüye kullanım şeklinde de gerçekleşebilmektedir. Cinsel kötüye kullanım, en önemli etik ihlallerden biri olarak değerlendirilmektedir (Oktay ve Oktay, 2018). Ancak diğer kötüye kullanımların da danışanlara zarar veren davranışlar olduğu unutulmamalıdır. Bu gibi kötüye kullanımların gerçekleşmemesi için bir psikoloğun etik

kuralların da bilincinde olarak; çıkar çatışmasına gireceği durumlardan kaçınması, danışanlarına karşı bu gibi çıkar durumlarını ima eden davranışlara girmemesi, cinsel ima ve yaklaşımlarda bulunmaması, danışanlarını taciz etmemesi, onlarla cinsel ilişkiye girmemesi gerekmektedir. Yararlı olmak ve zarar vermemek ilkesi, psikoterapi sürecinin merkezinde yer alan etik ilkedir çünkü diğer tüm etik ilkeler zarar vermeme ilkesinin gerçekleştirilmesine yöneliktir (Korkmaz, 2019).

Bu durumla bağlantılı bir diğer kavram *çoklu ilişki*dir. Çoklu ilişki; psikoterapi ilişkisi içinde olan bir danışanla ilişkili farklı bir rol üstlenilmesi (aynı zamanda o kişiye bir eğitim verilmesi; işveren olarak o kişinin işe alınması gibi) ya da danışanın yakın ilişki içinde olduğu başka bir kişiyle ilişki içinde olunması (bir arkadaşın yakın aile üyelerine psikoterapi hizmeti verilmesi ya da bir danışanın yakınıyla romantik bir ilişkiye girilmesi gibi) şeklinde açıklanabilir. Terapistlere göre en sık karşılaştıkları çoklu ilişki türleri profesyonel, işyeri bağlantılı, finansal, danışanların birbirini tanıması, sosyal, ailevi ve tesadüfi çoklu ilişkilerdir (Nigro, 2004). Eğer farkında olmadan bir çoklu ilişkiye girildiyse, psikoloğun sorumluluğu bu durumu etik ilkelere uygun bir şekilde çözümlemesidir. Psikoterapi uygulayan uzmanlar için en önemli etik sorunlardan biri olarak değerlendirilen çoklu ilişkiler (İkiz, Şensoy, Balkan ve Akıman, 2017), kimi durumlarda kaçınılmaz olarak yaşanmaktadır. Özellikle nüfusun ve psikoterapi hizmeti verecek uzmanların sayısının az olduğu daha küçük şehirlerde çoklu ilişki kimi durumlarda kaçınılmaz olarak uzmanların karşılaştığı bir durum olmaktadır (Helbok, 2003; Scopelliti ve ark., 2004). Bu noktada uzmanın dikkat etmesi gereken en temel şey, danışanının ve psikoterapi sürecinin kaçınılmaz olarak gerçekleşen çoklu ilişkilerden zarar görmemesine dikkat etmek olacaktır.



Şekil 3. Özellikle nüfusun ve psikoterapi hizmeti verecek uzmanların sayısının az olduğu daha küçük şehirlerde kimi durumlarda kaçınılmaz olarak uzmanların karşılaştığı bir durum olan çoklu ilişki konusunda etik bir tutum içinde hareket etmek önemlidir.

Aynı zamanda, bu ilke çerçevesinde bir psikolog mesleki bilgisini bireylerden zorla bilgi almak; bireylerin dünya görüşünü, cinsel yönelimini, politik, dini ve ahlaki inançlarını açıklaması, reddetmesi ya da değiştirmesi yönünde zorlamak için kullanmamalıdır. Özellikle azınlıklar, göçmenler, LGBTİ bireyler, engelliler gibi toplumda ön yargı ve ayrımcılıkla karşılaşan gruplarla birlikte çalışan kimi ruh sağlığı uzmanları kendi kişisel ahlaki değerlerini, ideolojilerini ya da çalıştıkları kişi ve kurumların yönlendirmelerini bu bireylerin psikoterapi süreçlerindeki ihtiyaçlarının önüne geçiren uygulamalar gerçekleştirebilmektedir. Bu noktada zarar vermeme ilkesi öne çıkarılmalı ve dikkate alınmalıdır [Toplumsal Dayanışma İçin Psikologlar Derneği (TODAP), 2017]. Buna ek olarak uzmanlar, çalıştıkları gruplara ve kurumlara bağlı olarak, psikologlar özellikle yöneticileri ya da işverenleri konumundaki kişilerden gelen bu yönde taleplerle karşılaşabilirler. Örneğin, çocukları konusunda kaygılanan ebeveynler, çocuklarıyla görüşen psikolog-

dan çocuklarının inançlarını değiştirmesi yönünde müdahalelerde bulunmasını talep edebilirler ya da çalışmakta olduğu sağlık kurumunda amirleri bir psikologdan hastasını zorlayarak belirli bilgileri almasını isteyebilirler. Bir psikolog başkaları tarafından mesleki bilgisinin bu ve benzeri şekillerde kullanılmasına yönelik taleplerle karşılaşırsa bunu önlemeye çalışmalıdır.

Sorumluluk

Psikologlar gerçekleştirdikleri uygulamaların nitelik ve sonuçlarından sorumludur. Bu noktada gerek kendilerinin gerekse meslektaşlarının uygulamalarında fark ettikleri etik ikilemlerle karşılaşmaları hâlinde bu ikilemlerin çözümleri için uygun adımları atma sorumluluğunu da taşırlar.

Psikologların bir diğer sorumluluğu ise gizliliğin korunması sorumluluğudur. Bu noktada bir psikolog hizmet verdiği kişilere gizlilik ilkesini ve gizliliğin sınırlarını açıklar. Psikoterapi sürecinin başlangıcında danışandan bilgilendirilmiş onam alınması sırasında ele alınması gereken konuların başında gizlilik ilkesi gelmektedir. Gizlilik ilkesi; psikoterapi süreci sırasında elde edilen bilgilerin danışanın onayı alınmadan başka kişilerle paylaşılmaması olarak tanımlanabilir (Younggren ve Harris, 2008). Gizlilik ilkesi, terapi sürecindeki güvenin inşa edilmesi ve danışanın sorunlarını terapiste açıklamasında kilit bir rol oynamaktadır. Ancak gizlilik ilkesinin uygulanması kimi zaman tartışmalı olabilmektedir. Bir terapist koşullar ne olursa olsun, gizlilik ilkesini mutlaka uygulamalı mıdır? Gizlilik ilkesinin yarattığı olumsuz sonuçlar olabilir mi?



Şekil 4. Gizlilik ilkesinin uygulanması ve sınırları, psikologların yasal durumları da gözeterek dikkat edilmesi gereken bir noktadır.

1968 yılında, California Üniversitesinde öğrenci olan Tatiana Tarasoff, aynı üniversitede öğrenci olan Prosenjit Poddar tarafından öldürüldü. Kısa süreli bir yakınlaşmanın ardından Tarasoff, Poddar'a kendisiyle ilgilenmediğini söylemiş ve Poddar bu durumun ardından işlev bozuklukları göstermişti. Seansları sırasında terapistine Tarasoff'u öldürmeyi düşündüğünü söylemişti. Terapist, amirlerine ve kampus polisine konu hakkında bilgi vermiş olmasına rağmen, Tarasoff'un ölümünün ardından ailesinin kendilerine hiçbir uyarıda bulunulmadığı ile ilgili açmış olduğu dava sonucunda 1976 yılında mahkeme tarafından terapistin zarar görme ihtimali olan kişiyi "uyarma görevi" olduğuna ilişkin bir kararara varılmıştır (Knapp ve VandeCreek, 1982). Tarasoff davası, gizlilik ilkesi ile ilgili sınırların belirlenmesi noktasında bir mihenk taşıdır. Bu davada ortaya çıkan, danışan tarafından zarar görme olasılığı olan kişiye bilgilendirme yapılması gerekliliği, farklı davalarda da dayanak olarak ele alınmaktadır; ancak Amerika'da farklı eyaletlerde Tarasoff kararı farklı değerlendirilmektedir; kimi eyaletlerde, terapistler bu karara uygun davranmadığı için ceza alırken, kimi eyaletlerde ise terapist-danışan gizliliğini daha çok öne çıkaran dava sonuçları görülmektedir (Griffin, 2014). Terapistin uyarma görevi ve terapist-danışan gizliliği arasındaki sınırlar ile ilgili tartışmalar da hem ruh sağlığı hem de hukuk alanlarındaki uzmanlar arasında hâlâ devam etmektedir (Herbert ve Young, 2002).

Gizliliğin ihlal edileceği koşullar, danışanın kendisine ya da bir başkasına zarar vermesi olasılığının bulunduğu durumlar olarak görülmektedir. Danışanın intihar olasılığının bulunması, fiziksel ya da psikolojik zararlar aldığı bir ortamda bulunması ya da bir başkasına fiziksel ya da psikolojik bir zarar vereceğine ilişkin bir ihtimal olması durumunda ise psikolog gerekli önlemlerin alınması için gizliliği ihlal edebilir. Ayrıca, kimi durumlarda yasal süreçler ile bağlantılı bir şekilde gizliliğin ihlali ortaya çıkabilir (Younggren ve Harris, 2008). Danışanın seanslarda intihar etmeye yönelik düşünceleri olduğunu belirtmesi; istismara uğradığına ya da şiddet gördüğüne ilişkin bilgiler paylaşması hâlinde, bir terapist olarak danışanın aktardığı bu bilgileri ele almak, ayrıntılarıyla değerlendirmek ve nasıl çözümler bulunabileceği ile ilgili görüşler önermek uygun olacaktır (Çayköylü, 2002; Demir ve Oğuz, 1999). Bu çözümlerin bulunması ve uygulanması sırasında, danışanı korumak amacıyla gizlilik ihlali gerçekleşebilmektedir. Örneğin, intihar düşüncesinin incelenmesinin ardından danışan da bilgilendirilerek, danışanı koruyucu önlemlerin alınması için aile bireylerine bilgi verilmesi; aile içi şiddete ya da istismara uğrayan bir danışanın korunmasına yönelik gerekli önlemlerin alınmasının ardından yetkililere suç davranışını gerçekleştiren kişi ile ilgili ihbarda bulunulması; okulda arkadaşları tarafından zarar gören bir danışanın korunması için okul idaresinin konu hakkında bilgilendirilmesi gibi durumlarda gizlilik ihlali gerçekleşmektedir (Jenkins, 2010; Lawrence ve Kurpius, 2000; Werth Jr., Burke ve Bardash, 2002). Benzer bir şekilde danışanın başkalarına zarar verdiği ya da verme olasılığının bulunduğu durumlar da gizlilik ihlalini gerektirmektedir. Örneğin, danışanın bir başkasına zarar vereceğini söylemesi, kendisinin ya da başka birisinin bir çocuğa ya da yetişkine yönelik istismar ya da şiddet davranışlarının seansta ortaya çıkması, danışanın terapisti tehdit edici davranışlarının olması, başkalarının sağlığına zarar verebileceği durumların söz konusu olması (bir bulaşıcı hastalığa sahip olup gerekli önlemleri almadan başkalarıyla etkileşime girmesi vb.) gibi durumlarda gizlilik ihlali koşulları oluşmaktadır (Chenneville ve Gabbidon, 2020; Jenkins, 2010; Qian, Gao, Yao ve Rodriguez, 2009). Bu ve benzeri durumlarda gizlilik ihlali olabileceği konusunda sürecin başlangıcında danışana bilgi verilmesi ve gizliliğin ihlal edileceği durumlar söz konusu olduğunda da bunun gerekçeleriyle birlikte danışana açıklanması gerekmektedir.

Kimi yasal süreçlerde de gizlilik ihlali gerçekleşmektedir. Yasal konular başlığında inceleyeceğimiz üzere, kimi durumlarda bireyler başkalarına zarar verme ya da kendi davranışlarının sonuçlarını değerlendirememe ihtimaliyle psikolog ile kendi rızaları dışında görüşmek zorunda bırakılabilirler. Ayrıca, mahkemeler, ruh sağlığı uzmanlarından danışanlarıyla ilgili tanıklıkta bulunmasını ya da kimi davalarda bilirkişilik yapmasını talep edebilirler. Böyle durumlarda iş birliğinin kurulması ve yasal gerekliliklere uygun bir şekilde hareket edilmesi psikoloğun sorumluluklarındandır. Psikoterapi sırasında alınan bilgilerin, ses ve video kayıtlarının gizliliğinin korunması da psikoloğun sorumluluklarının arasındadır. Yine bir psikolog, terapi sürecinde elde ettiği bilgileri, kişisel ve ayırt edici bilgileri saklama ya da değiştirme koşullarını yerine getirerek, bilimsel etkinliklerde ve eğitim sürecinde kullanabilir. Ancak bu noktada da sürecin başlangıcında gerekli bilgilendirilmelerin yapılmış olması; danışanlara hangi koşullarda, kimlerle bilgilerin kullanılacağının açıkça belirtilmiş ve gerekli izinlerin bilgilendirilmiş onam ile alınmış olması gerekmektedir. Danışanın izin vermemesi hâlinde kimlik bilgileri gizlenerek de olsa, elde edilen bilgiler kullanılamaz (Maçkalı, 2014).

Dürüstlük

Psikologlar, mesleki uygulamalarında doğru, dürüst ve tarafsız bir şekilde hareket etmelidirler. Hem kendileri hakkında bilgileri paylaşırken hem verdikleri hizmetlerde, hem de yarattıkları beklentilerde dürüstlük önem taşımaktadır. Dürüstlük ilkesi çerçevesinde ilk etik kural, kendini doğru tanıtmaktır. Bu doğrultuda, psikoterapinin başlangıcında psikolog kendisi ile ilgili bilgileri verirken aldığı eğitim, deneyimi, hangi alanlarda yetkin olduğu, akademik derece ve unvanları, bağlı bulunduğu kurum ve dernekler, verdiği hizmetler ve bu hizmetlerin etkililiğine ilişkin bilimsel temelleri, talep ettiği ücret ve yaptığı araştırmalar hakkında yanlış ya da yanıltıcı bilgiler vermemelidir. Bu bilgilerin de doğru bir şekilde bilgilendirilmiş onamda yer alması gerekmektedir (Korkmaz, 2019). Sorumluluk etik ilkesi açıklanırken de ele alınan bilgilendirilmiş onam, danışanın hem terapist ve terapi süreci hakkında bilgi edinmesini sağlamaktadır hem de gerçekleştirilecek müdahalelere rızası olduğunu belirtmesini sağlayarak danışanın özerklik hakkına saygı gösterildiğinin de bir göstergesidir. Her türlü tıbbi uygulama için bir yasal zorunluluk olarak gerekli olan bilgilendirilmiş onam alınması, psikoterapi uygulamalarında da bir gerekliliktir (Atak, 2020; Namal, 2013).

Bunun dışında psikolog, psikolojik bozukluklar, tedavi yöntemleri gibi konularda topluma yönelik bilgilendirmeler yaparken (seminerler, televizyon programları, kitaplar gibi) yanlış, hileli aldatıcı açıklamalarda bulunmamalıdır. Uzmanlık alanı dışındaki konularda kendisinden bilgi talep edilse de açıklamada bulunmaktan kaçınmalıdır. Kamuya yönelik yayın organlarını kullanırken yaptığı açıklamaların ve verdiği önerilerin bilimsel temellere dayanmasına dikkat etmelidir. Çoklu ilişkilere girmemeye, etkisi altında kalabilecek kişilerden reklam amaçlı açıklamalarda bulunmalarını istememeye de dikkat etmelidir.

YAKIN BAKIŞ 1 Bilgilendirilmiş Onam

Psikologlar, psikoterapi almak için kendilerine başvuran bireylere, psikoterapi sürecine başlamadan önce süreç ile ilgili bilgilendirmede bulunmalı ve onların yazılı ve sözlü onaylarını almalıdır. Bu doğrultuda, gelen kişinin psikoterapi süreci ile ilgili bilgi eksiklikleri olabileceği göz önünde bulundurulmalı ve bu bilgilendirmenin kapsamlı bir şekilde yapılmasına dikkat edilmelidir. Bu bilgilendirme ve onay sürecinde bilgilendirilmiş onamda aşağıdaki noktaların ele alınması gerekmektedir:

- Bir psikolog, başvuran kişiye yararı olmayacağını düşünüyorsa o kişiyi kabul etmeme hakkına sahiptir. Aynı şekilde başvuran kişi, sürecin herhangi bir aşamasında yarar sağlamadığını düşünüyorsa, terapi sürecini bırakma hakkına sahiptir. Bu noktada psikolog; kendisi, kullandığı yöntemler ve yaklaşımı, kişinin psikolojik bozukluğu ile ilgili alternatif tedavi yöntemleri hakkında doğru bilgileri sunmalıdır.

- Sürecin hangi koşullarda gerçekleşeceği hakkında gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır. Seansların süresi, ne kadar devam edeceği, ücretlendirme konularında bilgi verilmesi, danışanın önünü görmesi ve neler bekleyeceğini/beklememesi gerektiğini bilmesi açısından önemlidir.
- Gizlilik ilkesi ve gizliliğin ihlal edileceği koşullar hakkında bilgi verilmesi, bu konularda gelecekte yaşanabilecek durumlarda ne yapılacağının başlangıç aşamasında netleştirilmesi açısından önemlidir. Sürecin başında bilgilendirme yapılmış olması, gizlilik ihlalini gerektiren durumlarla karşılaşıldığında bir krizin oluşmasını engellemektedir.
- Danışan reşit değilse ya da kendi kararını verebilecek koşullara sahip değilse; velisinin/velayet sahibinin onayı alınır. Bu durumda danışanın özerkliği ve velayet sahibinin onayı arasındaki dengenin kurulması, danışanla hangi konuların hangi çerçevede velisi ile konuşulacağının sınırlarının belirlenmesi, güven ilişkisinin kurulmasında etkilidir.
- Eğer psikolog hâlâ eğitim sürecindeyse, süpervizyon alıyorsa, danışanın bu durum hakkında bilgilendirilmesi ve süpervizyonun nasıl gerçekleştirildiği ve hangi bilgilerin ne şekilde paylaşılacağı konularının açıklanması gerekmektedir.
- Çift/aile terapisi, grup terapisi gibi birden fazla danışanın olduğu durumlarda, tüm danışanların bir arada bilgilendirilmesi, sürecin kendine özgü kurallarının herkes tarafından anlaşılması ve kabul edilmesi gereklidir.
- Psikoterapi sürecinin kesintiye uğraması ya da sonlandırılmasının gerekli olduğu durumların ortaya çıkması hâlinde izlenecek yol (yönlendirme gibi) hakkında bilgi vermelidir.

Bilgilendirilmiş onam, psikoterapi sürecinin başlangıcında alınmaktadır. Yukarıda belirtilen tüm konuların sürecin başlangıcında ele alınması, özellikle mesleğe yeni başlayan psikologlar tarafından, zor, gereksiz veya yapay görülebilmektedir. Ancak, başlangıçta sürece ilişkin unsurların netleştirilmesinin süreç sırasında ortaya çıkabilecek sorunları en aza indireceği ve danışanın en üst düzeyde yararına olacağı unutulmamalıdır (Fisher, 2008; Gümüş ve Gümüş, 2009; Handelsman ve ark., 1986; Kırkpınar, 2011; Maçkalı, 2014).



Şekil 5. Terapi sürecinin başlangıcında bilgilendirilmiş onamın danışan tarafından anlaşılması, terapinin sınırlarının netleşmesi açısından önemlidir.

İnsan haklarına saygı ve ayrımcılık yapmama

Bireylere herhangi bir hizmet verirken öncelikle insan haklarına ve onuruna saygı göstermek önem taşımaktadır. İnsanlar arasında yaş, kimlik, cinsiyet, cinsel yönelim, etnik köken, din, mezhep, sosyoekonomik düzey, engellilik gibi durumları üzerinden ayrımcılık ve baskı yapmamaya ve bireylerin bu özelliklerine saygı duymaya dikkat etmek gerekmektedir. Bu ilke, hem hizmet verilen kişilere hem de meslektaşlara uygulanması gereken bir ilkedir. Danışanların yukarıda belirtilen özelliklerine saygı duyulmalı, yapılan uygulamalarda bu noktalarda hassasiyet gösterilmeli, kişi kendi isteği dışında açıklamalarda bulunmaya zorlanmamalıdır. Psikologlar çalıştıkları kültürü dikkate alarak, kendilerini kültüre duyarlı uygulamalar konusunda yetkinleştirmelidir. Aynı zamanda, meslektaşlarının ve diğer profesyonellerin bilgi, yaklaşım, deneyim, sorumluluk alanı ve uzmanlıklarına saygı göstermelidir. Onlara yönelik yukarıda belirtilen alanlarda ayrımcılık yapmamalıdır. Psikolojik bozukluklara sahip olan bireyler, toplum tarafından ayrımcılığa uğrayabilmekte ve çeşitli insan hakları ihlalleriyle (çalışma hakkının kısıtlanması gibi) karşılaşabilmektedir. Bu nedenle uzmanlar tarafından, "insan haklarına saygı ve ayrımcılık yapmama ilkesi"ne dikkat edilmesi toplumun yaklaşımını değiştirmek noktasında da öneme sahiptir (Drew ve ark., 2011).



Şekil 6. Psikolojik bozukluklara sahip olan bireylerin uğrayabileceği ayrımcılık ve insan hakları ihlallerinin engellenmesinde uzmanların, "insan haklarına saygı ve ayrımcılık yapmama ilkesi"ne dikkat etmesi toplumun yaklaşımını değiştirmede olumlu etki yaratacaktır.

Ayrımcılık yapmama konusundaki öncelikli noktalardan biri, kişisel farkındalıktır. Her birey içinde yetiştiği kültürün etkisiyle kendi yaş, cinsiyet, cinsel yönelim, etnik köken gibi özellikleri doğrultusunda kendi bakış açısını belirlemektedir. Bu kişisel özellikler, olayları değerlendirmesi üzerinde etkili olmaktadır. Bu etkilerin farkında olunmalı ve bu gibi kişisel arka planın profesyonelliğin önüne geçmemesine özen gösterilmelidir.

Etik ilkeler ile ilgili son söz

Yukarıda ele alınan etik ilkeler, profesyonelliğin sınırlarının belirlenmesi açısından önem taşımaktadır. Yasal düzenlemelerin daha kapsamlı bir şekilde belirlenmiş olduğu Amerika Birleşik Devleri ve Avrupa'daki ülkelerde, etik ihlallerin gerçekleşmesi hâlinde ruh sağlığı uzmanlarının ne gibi yaptırımlarla karşı karşıya olduğu da yasalarla belirlenmiştir. Bu ülkelerde bile uygulamalarda çeşitli farklılıklar görülmektedir. Örneğin, ABD'de eyaletlere göre değişen yasal uygulamalar ile karşılaşılabilmektedir. Bir eyalette terapist-hasta gizliliği üzerinden terapistin hastası ile ilgili bilgileri paylaşmaması öne çıkarılırken, bir başka eyalette ise bu suç olarak görülebilmektedir (Herbert ve Young, 2002).

Ülkemizde ise genel olarak işlenmiş suçlar üzerinden kamu görevlilerinin ve sağlık çalışanlarının suçu bildirmemesi 5237 no'lu Türk Ceza Kanunu (TCK, 2004) madde 279 ve madde 280'de

düzenlenmiştir. Ancak her iki maddede de gerçekleşen fiiller üzerinden bir değerlendirme yapılmaktadır. Ruh sağlığı uzmanlarının uyarma sorumluluğuna ilişkin bir düzenleme TCK'da ya da diğer kanunlarda yer almamaktadır. Ruh sağlığı kanununun henüz teklif aşamasında olması, psikologların meslek yasasının bulunmaması gibi sorunlar; uygulamalar, meslek çalışanlarının hakları ve yasal yaptırımlar konusunda belirsizliklere yol açmaktadır. 1928 tarihinde kabul edilen, o tarihten günümüze kadar üzerinde çeşitli değişiklik ve düzenlemeler yapılan 1219 no'lu Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928) sağlık çalışanları ile ilgili temel düzenlemeleri içermektedir. Bu kanun kapsamında herhangi bir tedavinin verilebilmesi için tıp hekimi olmak şartı belirlenmiştir. Aynı kanunda 2011 yılında yapılmış olan düzenleme ile Ek Madde 13 kapsamında klinik psikolog tanımlanması yapılmıştır (Tablo 1). Ülkemizde psikolojik bozukluklara sahip bireylerin tedavisinde bu kanuna bağlı olarak hareket edilmektedir.

Tablo 1. Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun

Ek madde 13 – (Ek:6/4/2011-6225/9 md.)
a) Klinik psikolog; psikoloji veya psikolojik danışma ve rehberlik lisans eğitimi üzerine klinik ortamlarda gerekli pratik uygulamaları içeren klinik psikoloji yüksek lisansı veya diğer lisans eğitimleri üzerine psikoloji veya klinik psikoloji yüksek lisansına ilaveten klinik psikoloji doktorası yapan sağlık meslek mensubudur.
Klinik psikolog, nesnel ve yansıtmalı ölçüm araçları, gözlem ve görüşme teknikleri kullanarak psikolojik değerlendirme ile uluslararası teşhis ve sınıflama sistemlerinde hastalık olarak tanımlanmayan ve Sağlık Bakanlığının da uygun bulduğu durumlarda psikoterapi işlemleri yapar. Hastalık durumlarında ise ancak ilgili uzman tabibin teşhisine ve tedavi için yönlendirmesine bağlı olarak psikoterapi uygulamalarını gerçekleştirir.
Psikoloji lisans eğitimi üzerine ilgili mevzuatına göre Sağlık Bakanlığınca uygun görülen psikolojinin tıbbi uygulamalarıyla ilgili sertifikalı eğitim almış ve yeterliliğini belgelemiş psikologlar sertifika alanlarındaki tıbbi uygulamalarda görev alabilirler.
Uzman tabibin teşhis ve yönlendirmesiyle ya da bağımsız olarak yapılabilecek mesleki uygulamalar, bu bentteki prensipler çerçevesinde Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle belirlenir.

Herhangi bir şekilde ruh sağlığı ile ilişkili alanlarda (psikoloji, psikiyatri, psikolojik danışmanlık) eğitim almamış olan bireylerin sadece kimi eğitimler alarak "yaşam koçluğu", "kişisel gelişim uzmanlığı" gibi herhangi bir karşılığı olmayan isimler altında yarar sağlamayan -hatta kimi durumlarda zarar veren- müdahalelerde bulunuyor olması, ruh sağlığı uzmanlarının dikkat etmesi gereken büyük bir sorundur. Mesleki bilinci ve etik değerleri yüksek tüm uzmanların bu konuda gerekli hassasiyeti göstermesi, bu uygulamalarla karşılaşan bireylere bilgilendirme yapması gerekmektedir.

Ülkemizde ruh sağlığı çalışanlarının etik ihlaller yapması hâlinde ne gibi yaptırımlar uygulanabileceği sorusu da net bir yanıt bulamamaktadır. Bir psikiyatristin etik ihlali olduğu yönünde bir şikayet söz konusu olduğunda, 6023 no'lu Türk Tabipler Birliği Kanunu (1953) ile Türk Tabipler Birliği altında yer alan Haysiyet Divanı'na bu şikayeti incelenmesi ve değerlendirme sonucunda hekimlere meslekten men edilme noktasına giden cezalar verebilmektedir. Ancak, psikologlar için bir meslek yasasının olmaması, bir psikoloğun hakkında etik ihlal şikayeti söz konusu olduğunda meslekten men gibi bir yaptırımın uygulanmasını engellemektedir. Her ne kadar TPD, TODAP gibi meslek dernekleri etik ihlal gerçekleştiren üyelerine yönelik yaptırımlar uygulasa da verilebilen en yüksek ceza dernek üyeliğinden çıkarma şeklindedir.

Mesleki etik, bireylerin bilişsel ahlaki gelişimleriyle ilişkilidir. Etik karar verme süreçleriyle ilişkili değişkenlerin ele alındığı araştırmaları inceleyen bir derlemede, gerçekleştirilen araştırmaların çoğunda bilişsel ahlaki gelişim düzeyleri ile etik yargı ve etik karar verme süreçleri arasında pozitif yönde bir ilişki bulunduğu görülmüştür (O'Fallon ve Butterfield, 2005). Bu nedenle, mesleki etik, kişinin ahlaki değerlendirmelerinden bağımsız değerlendirilmemelidir. Bir uzman aynı zamanda hayatının tüm alanında etik ve ahlaki davranışlar sergilemeye ve çevresindeki diğer bireylere de bu konuda örnek olmaya ve yön göstermeye dikkat etmelidir.

PSİKOPATOLOJİ ARAŞTIRMALARINDA ETİK

Bu başlıkta, psikoloji araştırmalarında dikkat edilmesi gereken genel etik kurallara değinilecek, ardından, psikoterapi araştırmalarını ilgilendiren özel durumlar (kültüre duyarlı araştırmalar, araştırmalarda internet ve sosyal medya kullanımı) ele alınacaktır. Günümüzde klinik araştırmalar ile ilgili uluslararası platformda Helsinki Bildirgesi'ne göre düzenlemeler yapılmaktadır (Varol, 2013). Ülkemizde de insan çalışmalarında belirlenen kurallarda Helsinki Bildirgesi'nin temel alınmaktadır. Ayrıca, Türk Ceza Kanunu 90. Madde 2. Fıkra kapsamında insan üzerinde gerçekleştirilen bilimsel deneylerde hangi koşullara dikkat edilmesi gerektiği düzenlenmiştir (bk. Tablo 2). Bu kurallara uyulmaması hâlinde ise bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası verilmektedir.



Şekil 7. Psikopatoloji araştırmalarında dikkat edilmesi gereken etik kurallar, ulusal ve uluslararası düzenlemelerle belirlenmiştir.

Tablo 2. Türk Ceza Kanunu Madde 90- (2)

İnsan üzerinde yapılan rızaya dayalı bilimsel deneyin ceza sorumluluğunu gerektirmemesi için;

a) Deneyle ilgili olarak yetkili kurul veya makamlardan gerekli iznin alınmış olması,

b) Deneyin öncelikle insan dışı deney ortamında veya yeterli sayıda hayvan üzerinde yapılmış olması,

c) İnsan dışı deney ortamında veya hayvanlar üzerinde yapılan deneyler sonucunda ulaşılan bilimsel verilerin, varılmak istenen hedefe ulaşmak açısından bunların insan üzerinde de yapılmasını gerekli kılması,

d) Deneyin, insan sağlığı üzerinde öngörülebilir zararlı ve kalıcı bir etki bırakmaması,

e) Deney sırasında kişiye insan onuruyla bağdaşmayacak ölçüde acı verici yöntemlerin uygulanmaması,

f) Deneyle varılmak istenen amacın, bunun kişiye yüklediği külfete ve kişinin sağlığı üzerindeki tehlikeye göre daha ağır basması,

g) Deneyin mahiyet ve sonuçları hakkında yeterli bilgilendirmeye dayalı olarak açıklanan rızanın yazılı olması ve herhangi bir menfaat teminine bağlı bulunmaması gerekir.

Araştırmaların gerçekleştirilmesi ve yayınlanması ile ilgili etik kurallar, TPD Etik Yönetmeliğinde "Araştırma ve Yayınlama ile İlgili Etik Kurallar" başlığı altında belirtilmiştir. Bu çerçevede, bir araştırmanın gerçekleştirilmesi için kurumsal onay alınması; katılımcılardan bilgilendirilmiş onam almak ve hangi durumlarda onamın gerekmediği; çekim ve kayıtlar ile ilgili gerekli izinlerin alınması; danışan, öğrenci ya da alt konumdaki katılımcılarla ilgili dikkat edilmesi gereken durumlar; katılımcılara verilecek teşvikler; araştırmada yanıltma kullanımı; katılımcıları çalışma hakkında bilgilendirme; hayvanların kullanımı; sonuçların raporlanması; kaynak hırsızlığı; yayın hakkı; verilerden birden fazla yayın yapılması; verilerin paylaşımı ve yayınları değerlendirenlerin dikkat etmesi gereken kurallar konuları ele alınmıştır.

Araştırmaların gerçekleştirilmesinden önce, araştırma önerisi etik kurula sunularak gerekli etik onay alınmalıdır. Etik kurulların vermiş olduğu bu onay, araştırmada herhangi bir etik ihlalin olmadığının bir güvencesidir. Bunun yanı sıra, araştırma katılımcıları araştırmaya başlamadan önce onlardan bilgilendirilmiş onam alınmalıdır. Bilgilendirilmiş onamda, katılımcılara araştırmanın amacı ve süresi, istedikleri an araştırmadan çekilme hakları olduğuna dair bilgi, araştırmada ortaya çıkabilecek potansiyel risk ve rahatsızlıklar, araştırmanın yararı, araştırmada uyulması gereken gizlilik kuralları; araştırma hakkında bilgi almak için iletişim bilgileri yer almalıdır (APA, 2002). Araştırmaya katılım konusunda baskı yapılmamalı, verilen teşvikler bir baskı yaratmayacak şekilde planlanmalı, eğer yanıltma yapıldıysa araştırmanın bitişinde katılımcıya gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır.

Araştırmalar planlanırken, kayıt alınacaksa nasıl alınacağı, sonuçların nasıl değerlendirileceği, verilerin nasıl saklanacağı ve nerelerde paylaşılacağı konuları planlanmalı ve katılımcılara bu konuda gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır. Bir psikolojik bozukluğun incelendiği araştırmalarda, araştırma sırasında yöneltilen soruların katılımcılarda rahatsızlık yaratabileceği dikkate alınmalı, rahatsızlık mümkün olduğunca aza indirilmeli, araştırmanın başında gerekli bilgilendirme yapılmalı ve katılımcılara istedikleri noktada araştırmayı bırakabilecekleri bilgisi verilmelidir.

Psikoterapi süreçlerinin etkinliğinin incelendiği araştırmalarda, çoğunlukla deney ve tedavi grupları kullanılmaktadır. Bu araştırma desenlerinde deney grubuna bir uygulama yapılırken, kontrol grubuna herhangi bir müdahalede bulunulmamaktadır. Böyle bir araştırma sırasında kontrol grubunda yer alan bireylerin yararı gözetilmeli, eğer bekleme süreci psikolojik durumlarının kötüleşmesine sebep olacaksa uygun önlemler alınmalı ve araştırma sonrasında kontrol grubuna da gerekli sağaltımlar yapılmalıdır (Cates, 1999).

Kültüre duyarlı araştırma

APA etik kodları içinde, kültüre duyarlı hareket etmenin önemi ve gerekliliği belirtilmektedir. Hem psikolojik müdahale süreçlerinde hem de araştırmalarda, araştırmaya katılan etnik azınlıkların ve farklı kültürlerin araştırma sürecinden nasıl etkilendiğine dikkat edilmesi, bu noktada araştırmanın başlangıcında araştırmacıların farkındalıklarını arttırmaları, ön yargılı olmaktan kaçınmaları ve ölçüm araçlarının kültüre duyarlılığına dikkat edilmesi önem taşımaktadır (Gil ve Bob, 1999; Marshall ve Batten, 2004).

Günümüzde, kültüre duyarlı uygulamaların önemi gittikçe artan bir şekilde vurgulanmaktadır. Kişinin içinde yaşadığı kültürün özellikleri olaylara yaklaşımı konusunda belirleyici

olmaktadır. O kültüre uygun olmayan müdahalelerden kaçınmak, kültürün değer yargılarını sarsan yöntemleri uygulamamak ve kültürün gerektirdiği kurallara özen göstermek araştırmaların gerçekleştirilmesi sırasında dikkat edilmesi gereken noktalardır. Katılımcıların kültürel özelliklerinden dolayı dezavantajlı değerlendirilmemelerine, sonuçların kültüre bağlı olmamasına dikkat edilmelidir (Campbell, 2016; Vera ve Speight, 2003).



Şekil 8. Araştırmalar ve uygulamalarda kültüre duyarlılık, araştırma sonuçlarının güvenirliğini belirlemektedir.

Araştırmalarda internet ve sosyal medya kullanımı

Psikoloji araştırmalarında internet üzerinden veri toplanması ve sosyal medya kullanımı yaygınlaşmaktadır. Geleneksel yöntemle gerçekleştirilen çalışmalara benzer bir şekilde, bu araştırmalarda da temel etik kurallar geçerlidir. Ancak bu çalışmalarda katılımcı ve araştırmacı arasında bir iletişimin olmaması, geleneksel çalışmalardan farklı etkilere de yol açabilmektedir. Özellikle nitel çalışmalar açısından olumsuz bir etki yaratabilen görüşmeci yanlılığı (katılımcıların görüşmeciyle bir arada olduğu için gözlediği ipuçlarıyla kendi görüşleri yerine görüşmecinin görüşlerine uygun cevaplar vermesi) temas olmadığı için görülmemektedir. Bu olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmektedir. Ancak, diğer taraftan bilgilendirilmiş onam noktasında sorunlar görülebilmektedir. Örneğin, eğer gerçekleştirilen çalışmada internet ve sosyal medyada yapılan yorumlar ve paylaşımların incelenmesi gerçekleştiriliyorsa, katılımcılara izin için başvurulmadığından katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmamaktadır. İnternet üzerinde paylaşılan bilgilerin incelendiği nitel çalışmalarda (kişilerin paylaşımları, yorumları gibi) anonimlik ve kimlik bilgilerinin korunması gibi konularda özellikle dikkatli olmak gerekmektedir. Yayınlarda yer alan bilgiler internet üzerinden arandığında kimlik bilgilerine erişilmesi noktasında dikkatli olmak önemlidir. Örneğin, bir yorum, olduğu gibi araştırma raporunda aktarılmışsa, herhangi bir okuyucu arama yaparak bu paylaşımı yapan kişinin kim olduğunu öğrenebilir. Bu nedenle, raporlama yapılırken kimlik bilgilerin açığa çıkmaması için gereken özen gösterilmelidir (McKee, 2013; Nosek, Banaji ve Greenwald, 2002).



Şekil 9. Psikoloji araştırmalarında yaygınlaşan çevirimiçi veri toplama ve sosyal medya kullanımı noktalarında etik kurallara hassasiyet gösterilmelidir.

İnternet kullanıcılarının özellikleri değerlendirildiğinde, evreni temsil eden örneklemlere ulaşılamaması da bir sorun olarak karşımıza çıkabilmektedir. İnternet kullanımı, evrenin genelinde ne kadar yaygındır? İnternet üzerinden veri toplandığı koşullarda kimlerin internet kullanıcısı olduğu ve internet erişimlerinin olduğuna bağlı olarak evreni temsil etmeyen bir örneklem üzerinden verilerin toplanmış olması riski bulunmaktadır (Whitehead, 2007). İnternet kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte bu risk gittikçe azalmaktadır. Örneklem sayısının fazla olması hâlinde elverişlilik örneklemesinin yarattığı yanlılığın üstesinden gelindiği de bilinmektedir (Etter, 2005). Bireylerin durumlarının değerlendirmesi sırasında bilgisayar programlarının kullanılması, testlerin kağıt-kalem ile uygulanmasına bir alternatif olarak kullanılabilir, ancak test sırasında gözlemler ve uzmanın yetkinlikleri ile elde edilen bilgilere ulaşılamayacağı da akılda bulundurulmalıdır (Schulenberg ve Yutrzenka, 2004).

BİREYİN YASALAR KARŞISINDAKİ KONUMU

İnsanlar tarafından kabul edilen; öldürmemek, zarar vermemek, hırsızlık yapmamak gibi evrensel kurallar, doğru ve yanlış insan davranışlarının neler olduğunu belirlese de bu kurallara uyulmaması hâlinde ne gibi yaptırımların devreye gireceğini belirleyen hukuk sistemleri ülkeden ülkeye değişiklikler göstermektedir. Bu nedenle, kişinin yasa karşısındaki sorumluluk ve hakları, bir kişinin gerçekleştirdiği eylemlerin sonucunun nasıl değerlendirileceği, eylemleri sonucunda herhangi bir suç tanımlanıp tanımlanmadığı ve bireyin eylemlerinden suçlu sayılması hâlinde nasıl cezalandırılacağı da kişinin yaşadığı ülkeye ve bu ülkenin hukuk sistemine göre değişiklikler göstermektedir. Aynı zamanda bir ülkenin sisteminin işleyişini sağlayan hukuk kuralları da zaman içinde ve ihtiyaçlara göre değişebilmektedir. Ülkemizde de farklı kanun ve yönetmeliklerde (Türk Ceza Kanunu, Türk Medeni Kanunu, Ceza Muhakemeleri Kanunu gibi) cezai ehliyetin tanımı ve sınırları belirlenmiş, kişinin hukuk karşısında sağlıklı bir yetişkin olarak tanımlanmayacağı koşullar ele alınmış ve bu koşullarda kişilerin haklarının neler olacağı tanımlanmıştır.



Şekil 10. Ülkemizde farklı kanun ve yönetmeliklerde fiil ehliyeti ve cezai ehliyetin tanımı ve sınırları belirlenmiş, kişinin hukuk karşısında sağlıklı bir yetişkin olarak tanımlanmayacağı koşullar ele alınmış ve bu koşullarda kişilerin haklarının neler olacağı tanımlanmıştır.

Fiil ehliyeti ve cezai ehliyet

Bireyin yasalar karşısındaki konumu belirlenirken "sağlıklı bir yetişkin" üzerinden değerlendirmeler yapılmaktadır. Davranışın sorumluluğunun taşınması için bir kişinin sağlıklı bir yetişkin olması gerekmektedir. Kişinin hukuk karşısında sağlıklı bir yetişkin olarak değerlendirilmesinin

önünde engel olabilecek koşullar kişinin sahip olduğu yasal sorumluluk ve haklar açısından içinde yaşadığı ülkenin hukuk kuralları tarafından düzenlenmiştir. Sağlıklı bir yetişkinin gerçekleştirdiği davranışların ve sonuçlarının farkında olması, olumsuz sonuçlanabilecek davranışlarının sorumluluğunu üstlenmesi ve bir davranışı başkalarına zarar verecekse bu davranışları gerçekleştirmeme kontrolüne sahip olması beklenir. Bu durum hukuki olarak fiil ehliyeti veya cezai ehliyet üzerinden tanımlanmaktadır. Fiil ehliyeti ve cezai ehliyete sahip olmaması hâlinde kişi gerçekleştirdiği davranış karşısında bu davranışın sonuçlarından tamamen veya belirli oranlarda muaf tutulabilmektedir.

Fiil ehliyeti

Fiil ehliyeti, bir kişinin belirli fiilleri (evlenme, mal edinme vb.) gerçekleştirmeye yeterli görülmesi hâli; *cezai ehliyet* ise kişinin gerçekleştirdiği hukuka aykırı davranışlar nedeniyle kişiye ceza verilebilirlik durumu olarak açıklanabilir. Bir birey, eğer fiil ehliyetine sahipse, "Madde 9: ...kendi fiilleriyle hak edinebilir ve borç altına girebilir."; "Madde 10: Ayırt etme gücüne sahip ve kısıtlı olmayan her ergin kişinin fiil ehliyeti vardır." [Türk Medeni Kanunu (TMK), 2001].

4721 no'lu Türk Medeni Kanunu'nda (TMK, 2001) fiil ehliyetsizliği madde 15'te "Kanunda gösterilen durumlar saklı kalmak üzere, ayırt etme gücü bulunmayan kimsenin fiilleri hukuki sonuç doğurmaz." şeklinde belirlenmiştir. Bu maddeden de anlaşılacağı üzere, ayırt etme gücünün değerlendirilmesi fiil ehliyetinin temelini oluşturmaktadır. Bir kişinin ayırt etme gücünün temelinde o kişinin yaşadığı durumlar karşısında akla uygun davranması, olayları gerçeklikten kopuşlar yaşamadan değerlendirebilmesi gerekir. Bu kitapta ele alınan psikolojik rahatsızlıkların bir kısmında, bu psikolojik rahatsızlıklara sahip bireylerin gerçeklik değerlendirmelerinde sorunlar yaşadıkları görülmektedir. Örneğin, psikotik belirtilen gösteren bir depresyon hastası, olayları değerlendirirken gerçeklik algısı bozulabilir (Yılmaz, 2016). Bir başka örnek olarak şizofreni hastası bir birey, sanrıları ve varsanıları nedeniyle içinde bulunduğu durumu sağlıklı bir birey gibi değerlendirememektedir (Ceylan ve Koçak-Uyaroğlu, 2018). Bu gibi durumlarda, mahkeme tarafından yukarıda örnekleri verilen ve diğer psikolojik bozuklukları olan bireylerin durumları uzmanlar tarafından değerlendirilir ve bu değerlendirmeleri inceleyen hâkim, bireyin fiili ehliyete sahip olduğu ya da olmadığı sonucuna varabilir. Fiil ehliyeti ve cezai ehliyet değerlendirilirken uzmanlar bu değerlendirmelerinde bahsi geçen ruhsal bozukluğun tanı kriterleri ve söz konusu durum ve davranış arasındaki ilişki de göz önünde tutulur. Bu konu, cezai ehliyetin açıklanmasının ardından daha ayrıntılı ele alınacaktır.



Şekil 11. Ayırt etme gücü, mahkeme tarafından bir bireyin fiili ehliyetinin olup olmadığının belirlenmesinde temel alınmaktadır.

Türk Medeni Kanunu'nda, ayırt etme gücü bulunmayanlar ile ilgili düzenlemeleri (medeni durum, borç ve miras düzenlemeleri, vesayet altına alınma gibi) düzenleyen maddeler bulunmaktadır. Örneğin, ayırt etme gücü

bulunmayanlar (Madde 125) ve evlenmelerine engel olmadığına dair sağlık raporu olmayan akıl hastaları (Madde 133) evlenemezler; bir eşin hastalıklarının geçmesine olanak bulunmadığı bir sağlık kurulu raporuyla tespit edildiğinde, diğer eş evliliğin kendisi için "çekilmez hâle geldiğini" belirterek boşanma davası açabilir (Madde 165). Ayrıca TMK madde 405 ile bireylerin akıl hastalığı veya akıl zayıflığı nedenleriyle kısıtlanması durumunu da düzenlemiştir: "Vesayeti gerektiren hâller incelendiğinde akıl hastalığı veya akıl zayıflığı sebebiyle işlerini göremeyen veya korunması ve bakımı için kendisine sürekli yardım gereken ya da başkalarının güvenliğini tehlikeye sokan ergin kısıtlanır.". Kısıtlanma kararı, o kişinin durumu, kanıtlar, bilişkişi raporları gibi bilgiler ışığında ilgili kanun maddelerinin değerlendirilmesinin ardından hakimin takdiri doğrultusunda çeşitli hak ve özgürlüklerin kısıtlanmasıdır. Örneğin, hakkında kısıtlama kararı verilen bir kişinin mal edinmesi, borç altına girmesi, evlenmesi gibi hakları engellenebilir; kendi kararlarını sağlıklı bir şekilde veremeyeceğine hükmedilerek o kişiye vasi atanabilir ya da tedavi gibi nedenlerle özgürlüğü kısıtlanabilir (Kocaağa, 2006).

Yukarıda ilgili maddeleri özetlenen Türk Medeni Kanunu, bireylerin aile, miras ve eşya hukuku ile ilgili ilişkilerini düzenlemek amacıyla hazırlanmıştır. Kişilerin hak ve özgürlüklerini düzenlemek ve suç işlenmesini önlemek amacıyla hazırlanmış olan 5237 no'lu Türk Ceza Kanunu (TCK, 2004) ise "ceza sorumluluğunun temel esasları ile suçlar, ceza ve güvenlik tedbirlerinin türleri" konusunda düzenlemeler yapmıştır. Türk Ceza Kanunu'na göre ceza sorumluluğu şahsidir. Bir kişinin işlediği suçtan dolayı sadece kendisi sorumlu tutulabilir. Peki bu şahsi sorumluluğun ne olduğunu kavrayamayacak bireyler, yani ayırt etme gücüne sahip olmayan bireyler ile ilgili nasıl düzenlemeler yapılmıştır?

Cezai ehliyet

Cezai ehliyeti belirleyen; ceza sorumluluğunu, yani bir kişinin işlediği bir suçtan dolayı ceza almasını, ortadan kaldıran veya azaltan nedenlerden birisi akıl hastalığıdır. Akıl hastalığı ile ilgili düzenleme TCK Madde 32'de ele alınmıştır (bk. Tablo 3). Bunun dışında, ceza sorumluluğunu kaldıran veya azaltan nedenlerden bir diğeri de geçici nedenler, alkol ve madde etkisinde olmaktır ve Madde 34 kapsamında düzenlenmiştir (bk. Tablo 3).

Tablo 3. Türk Ceza Kanunu Madde 32 ve Madde 34

Madde 32- (1) Akıl hastalığı nedeniyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. Ancak, bu kişiler hakkında güvenlik tedbirine hükmolunur. (2) Birinci fıkrada yazılı derecede olmamakla birlikte işlediği fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişiye, ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası yerine yirmibeş yıl, müebbet hapis cezası yerine yirmi yıl hapis cezası verilir. Diğer hâllerde verilecek ceza, altıda birden fazla olmamak üzere indirilebilir. Mahkûm olunan ceza, süresi aynı olmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir.
Madde 34- (1) Geçici bir nedenle ya da irade dışı alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisiyle, işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamayan veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneği önemli derecede azalmış olan kişiye ceza verilmez. (2) İradi olarak alınan alkol veya uyuşturucu madde etkisinde suç işleyen kişi hakkında birinci fıkra hükmü uygulanmaz.

Eğer bir kişi sahip olduğu akıl hastalığı nedeniyle gerçekleştirmiş olduğu eylemin anlam ve sonuçlarını kavrayamıyorsa veya davranışlarını yönlendirme konusunda ciddi kayıplar yaşıyorsa bu kişiye ceza verilmemektedir. Böyle bir durumda bu kişi ile ilgili güvenlik tedbirleri alınmaktadır. Kişinin rahatsızlığı sebebiyle daha hafif düzeyde davranışını yönlendirme sorunu olması hâlinde ise işlediği suçun niteliğine göre uygulanacak cezada indirime gidilmektedir. Bu durumda da ceza süresinin tamamı ya da bir kısmı güvenlik tedbiri olarak uygulanabilmektedir. Uygulanacak güvenlik tedbirleri aynı kanunun 57. maddesinde açıklanmıştır. Bu tedbirlere göre fiili işlediği sırada akıl hastası olan kişi, koruma ve tedavi amaçlı olarak yüksek güvenlikli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınır. Gerçekleştirilen takipler sonucunda hastane tarafından verilen raporla kişi mahkeme kararıyla serbest bırakılır.

Benzer bir şekilde kişi geçici nedenlerden dolayı veya kendi kontrolü dışında alkol ya da madde etkisi altındaysa, gerçekleştirdiği eylemin anlam ve sonuçlarını kavrayamaması durumunda ya da davranışlarını yönlendirme yeteneğinde ciddi kayıplar yaşıyorsa, kişiye ceza verilmemektedir. Bu noktada önemli olan kişinin kendi kontrolü dışında alkol ya da madde etkisi altında kalması olarak belirlenmiştir. Eğer kişi iradesi dışında etki altında kalmamışsa, yaptıklarından sorumlu tutulur. Ancak kendi iradesi dışında (başkası tarafından habersiz bir şekilde madde verilmesi, bulunduğu ortamda var olan bir maddeden etkilenmesi gibi) bir maddeye maruz kalması durumunda güvenlik tedbirleri kararlaştırılır.

Bir bireyin cezai ehliyetinin olup olmadığına dair gerçekleştirilen adli psikiyatrik değerlendirmelerde de diğer terapötik görüşmelerde olduğu gibi etik kurallar dikkate alınarak bu görüşmeler gerçekleştirilmektedir. Görüşmeye gelen kişinin gizliliğine saygı gösterilmesi, yansız yaklaşmak, sınırlara dikkat etmek bu noktada önem taşımaktadır. Ayrıca adli psikiyatri uzmanları görüşme sırasında her olayı diğer eylemlerden bağımsız olarak değerlendirirler ve her olay için ayrı değerlendirme yaparak bağımsız raporlar düzenlemektedirler. Kişi birbiri ardından gelen birkaç davranıştan birinin hukuki anlam ve sonuçlarını algılarken bir diğerinin algılamayabilir (Biçer, Tırtıl, Kurtaş ve Aker, 2011).

Yasalar incelendiğinde, psikolojik hastalıkların karşılığı olarak "akıl hastalığı" kavramının kullanıldığı görülmektedir. Hukuki uygulamada cezai ehliyeti ortadan kaldıran veya azaltan hastalıklar şunlardır: Şizofreni, manik atak, kleptomani, mental retardasyon, uyuşturucu madde bağımlılığı, alkol bağımlılığı, anti sosyal kişilik bozukluğu, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, bipolar affektif bozukluk, paranoya, epilepsi, psikoz (Alpkan, 2013). Bu psikolojik bozuklukların bazılarının DSM-5'te tanıları olan bozukluklar olduğu, bazılarının da tanı kriterleri olmayan, daha eski ya da farklı yaklaşımlardan gelen tanı-



Şekil 12. Bireylerin ceza sorumluluğunun olup olmadığına dair karar verilirken, hakimler kanıtlar ve bilirkişi raporlarına ek olarak mahkeme sırasındaki ifade ve davranışlara ilişkin gözlemlerini de göz önüne almaktadır.

lamalar olduğu görülmektedir. Bu durum, işleyiş sırasında psikoloji ve psikiyatri uzmanlarının değerlendirmeleriyle yasa karşısındaki değerlendirmelerin farklılık göstermesine neden olmaktadır. Örneğin, alkol ve madde bağımlılığına bağlı olarak gelişen deliryum, psikotik bozukluklar ve duygudurum bozuklukları olduğunda cezai ehliyetin olmadığı ancak bunun dışında kalan alkol ve madde kullanımlarında kişinin ceza sorumluluğunun tam olduğu düşünülmektedir (Demirel ve Balcıoğlu, 2015). Kişilik bozukluklarında da genel olarak cezai sorumluluğun olmadığı değerlendirilmesine rağmen aksi dava sonuçlarıyla karşılaşılmaktadır (Deniz, 2017). Bu noktada önemli olan konu, bir psikolojik bozukluğu olan bireyin iki yetisinin incelenmesidir: 1. Algılama, 2. Davranışlarını yönlendirme. Yani, sorulması gereken iki önemli soru bulunmaktadır: 'Birey *suçu işlediği sırada*, gerçekleştirdiği davranışın hukuki olarak sonuçlarını ne düzeyde kavramaktadır?', 'Sonucunu kavrayabildiği davranışlarını yönlendirme ve kontrol etme gücü ne kadardır?' (Soysal, 2015; Yılmaz, 2018). Eğer psikolojik bozukluğu olan bir kişi, suça neden olan bir davranış gerçekleştirmişse ve bu davranışı gerçekleştirdiği anda davranışının sonuçlarını kavrama noktasında bir eksikliği varsa bu eksiklik cezai ehliyetinin olmadığına yönelik bir belirtidir. Ayrıca, kişi sahip olduğu psikolojik bozukluk nedeniyle, geçekleştirdiği davranışın sonuçlarının farkında olsa bile, bu davranışın yapmama konusunda hastalığından kaynaklanan bir kontrol etme gücü eksikliği yaşıyorsa bu da ceza sorumluluğunun olmadığına karar verilmesi için var olan bir kanıttır.

Adli psikiyatrik bilirkişi değerlendirmelerine ek olarak mahkemelerdeki duruşmalar sırasında hakimler zanlının ifade verirken verdiği veriler (konuşmasındaki göze çarpan bozulmalar; "ilaç kullanıyorum", "kafam yerinde değil" gibi ifadeler), tanıkların kişi ile ilgili ifadeleri, daha önceden kişinin bir psikolojik rahatsızlık ile ilgili tedavi gördüğüne dair rapor ve kanıtlar, avukatının zanlının ayırt etme gücünde bozulmalar olduğuna ilişkin sunduğu kanıtlar üzerine bir değerlendirme yapmaktadır. Ancak nihayetinde kişinin cezai ehliyetinin olmadığına ilişkin bir karar varılması için tam teşekküllü ruh ve sinir hastalıkları hastanesinde alınan heyet raporunun ya da Adli Tıp Kurumu İhtisas Dairelerinin raporunun olması gerekmektedir. Hakim, bu kurumlar tarafından kişinin değerlendirilmesini istedikten sonra gelen rapora göre bir karara varmaktadır. Alınan kararda kişinin raporunda belirtilen psikolojik bozukluk ile işlenen fiilin ilişkisi de önemli bir diğer noktadır. Örneğin, kişiye konulan tanı kleptomaniyse ve kişi bir hırsızlık ile suçlanıyorsa algılama ve davranışlarını yönlendirme yeteneğini bozan bir durumu olduğu ve cezai ehliyeti olmadığı sonucuna varılır. Ancak eğer kişi cinayet ile suçlanıyorsa, bu durumda cezai ehliyeti olmadığı sonucuna varılmaz. Yani, işlenmiş olan suçun niteliği ile hastalığın doğası arasındaki ilişkinin dikkate alınması gerekmektedir (Kandemir, Büken, Büken ve Erkol, 2014). Son karar merci olan hakimin takdirinin hatalı kararlara neden olmaması için, kişiler ile ilgili yapılan değerlendirmelerde özenli hareket edilmesi, kişinin eylemi gerçekleştirdiği zamanki durumunun ne bir şekilde anlaşılması, raporlamalarda psikolojik bozuklukların algılama ve davranışları yönlendirme üzerindeki etkilerinin net olarak açıklanması önem taşımaktadır.

YAKIN BAKIŞ 2 Büyük Bir Mit: "Akıl hastaları Saldırgandır"

Medyada yer alan haberler, film ve dizilerde psikolojik rahatsızlığı olan bireyleri yansıtan karakterler toplumda "akıl hastaları saldırgandır" algısının oluşmasına neden olmaktadır. Özellikle şizofreni, antisosyal kişilik bozukluğu, dürtü kontrol bozuklukları gibi psikolojik rahatsızlıkların sonucunda kişilerin saldırgan olacakları düşünülmektedir. Bu yanlış düşüncenin kaynağında da medyada psikolojik rahatsızlıkları olan bireylerin nasıl tanıtıldığı önemli bir yer kaplamaktadır ("Şizofreni Hastası, Annesini Bıçakla Öldürdü", 2020; "Şizofreni Hastası Evi Yakmak İstedi.", 2019).

Ancak yapılan çalışmalar, psikolojik rahatsızlığa sahip bireylerin suç işleme oranları ile psikolojik rahatsızlığı olmayan bireylerin suç işleme oranlarının anlamlı düzeyde farklılaşmadığını göstermektedir. Psikolojik rahatsızlığı olan bireylerin herhangi bir suç işlemelerine neden olan faktör, sahip oldukları psikolojik rahatsızlıktan çok, doğru bir tedavi alamamalarıdır. Düzgün bir tedavi alamayan bireyler, yaşadıkları problem ile baş etmek için madde kötüye kullanımına daha yatkın olmaktadır. Madde kullanımı ya da tedavi alınmaması ise saldırgan davranışların nedeni olmaktadır (Markowitz, 2011; Stuart, 2003).

Fiil ehliyeti ve cezai ehliyet ile ilgili diğer hukuk sistemlerindeki durum

Fiil ehliyeti ve cezai ehliyet ile ilgili yurt dışındaki uygulamalar incelendiğinde, uzun yıllar boyunca zihinsel hastalıkları olanların işlemiş oldukları suçlardan sorumlu tutulamayacaklarına yönelik bir değerlendirme yapıldığı görülmektedir. Modern bakış açısı ise 1843 yılında İngiltere başbakanını öldürme amacıyla ofisine giden M'Naghten başbakan yerine sekreterini öldürmesinin ardından geliştiği görülmektedir. "Tanrının sesini" dinleyerek hareket ettiğini söyleyen M'Naghten'in akıl sağlığını yitirmiş olduğu için ceza almaması büyük tartışmalara yol açmış, ardından hangi kişilerin hangi durumlarda işledikleri suçlardan sorumlu tutulamayacakları daha sistematik bir şekilde tanımlanmıştır (Allnutt, Samuels ve O'Driscoll, 2007).

Mahkemelerdeki değerlendirmelerde kişinin zihinsel durumu, davranışlarının sonuçlarını anlayıp anlamadığı ve savunma yapacak yeterlilikte olup olmadığı incelenmektedir (Shea, 2001). Mahkemelerde uzmanların tanıklıkları üzerine kişinin ceza sorumluluğunun olup olmadığına ilişkin karara varılmaktadır (Viljoen, Roesch, Ogloff ve Zapf, 2003). Amerika'da gerçekleştiren son reformlar ile birlikte, akıl sağlığını kaybettiğini kanıtlama sorumluluğu savunma makamına verilmiştir. Bir kişi suçlu olarak tanımlansa bile akıl sağlığını kaybettiğinin kanıtlanması hâlinde hapis cezası yerine topluma risk oluşturmaması için kontrollü bir akıl hastanesinde iyileştiği kanıtlanana kadar tutulmaya başlanmıştır (Grachek, 2006). Bu durum da ülkemizde de uygulanan güvenlik tedbirleri ile benzer bir duruma işaret etmektedir.

Güvenlik tedbirleri



Şekil 13. Güvenlik tedbirleri kapsamında bireylerin tedavi süreçleri tamamlanana kadar koruma amacıyla özgürlükleri kısıtlanabilir.

Türk Medeni Kanunu'nun "Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanması" bölümünde bireylerin özgürlüklerinin hangi koşullarda kısıtlanacağı belirlenmiştir (bk. Tablo 4). Ayrıca, bu koşullarla karşılaşan kamu görevlilerine yetkili vesayet makamına bildirimde bulunması sorumluluğu verilmiştir. Böyle bir durumda vesayet makamları bireyler hakkında kısıtlama kararı alabilir ve kişinin fiil ehliyeti ortadan kalkar. Kısıtlanan bireylere bir yasal temsilci (vasi) atanır. Vesayetin ortadan kalkması kısıtlamaya neden olan durumun ortadan kalkması ile gerçekleşir.

Tablo 4. Türk Medeni Kanunu'nun "Koruma Amacıyla Özgürlüğün Kısıtlanması" Bölümü

Madde 432 - Akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, ağır tehlike arzeden bulaşıcı hastalık veya serserilik sebeplerinden biriyle toplum için tehlike oluşturan her ergin kişi, kişisel korunmasının başka şekilde sağlanamaması hâlinde, tedavisi, eğitimi veya ıslahı için elverişli bir kuruma yerleştirilir veya alıkonulabilir. Görevlerini yaparlarken bu sebeplerden birinin varlığını öğrenen kamu görevlileri, bu durumu hemen yetkili vesayet makamına bildirmek zorundadırlar.
Bu konuda kişinin çevresine getirdiği külfet de göz önünde tutulur.
İlgili kişi durumu elverir elvermez kurumdan çıkarılır.
Madde 474 - Akıl hastalığı veya akıl zayıflığı yüzünden kısıtlanmış olan kişi üzerindeki vesayetin kaldırılmasına, ancak kısıtlama sebebinin ortadan kalkmış olduğunun resmî sağlık kurulu raporu ile belirlenmesi hâlinde karar verilebilir.
Madde 475 - Savurganlığı, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı, kötü yaşama tarzı veya malvarlığını kötü yönetmesi sebebiyle kısıtlanmış olan kişinin vesayetin kaldırılmasını isteyebilmesi, en az bir yıldan beri vesayet altına alınmasını gerektiren sebeple ilgili olarak bir şikâyete meydan vermemiş olmasına bağlıdır.

Türk Ceza Kanunu'nun 57. maddesi bir suç fiilini gerçekleştirdiği sırada akıl hastası olan kişi hakkındaki koruma ve tedavi amaçlı güvenlik tedbirlerini belirlemektedir (bk. Tablo 5). Buna göre suç olarak kabul edilen bir fiili gerçekleştirdiği sırada akıl hastası olan bir kişi, yüksek güvenlikli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınır. Bireyin serbest bırakılması için yerleştirildiği kurumun sağlık kurulunca toplum açısından tehlikeliliğin ortadan kalktığına veya azaldığına ilişkin rapor düzenlenmesi gerekmektedir. Eğer takip gerekiyor ise bu takibin süresi ve aralığı mahkeme kararında belirtilmelidir.

Tablo 5. Türk Ceza Kanunu Madde 57

(1) Fiili işlediği sırada akıl hastası olan kişi hakkında, koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilen akıl hastaları, yüksek güvenlikli sağlık kurumlarında koruma ve tedavi altına alınırlar.

(2) Hakkında güvenlik tedbirine hükmedilmiş olan akıl hastası, yerleştirildiği kurumun sağlık kurulunca düzenlenen raporda toplum açısından tehlikeliliğinin ortadan kalktığının veya önemli ölçüde azaldığının belirtilmesi üzerine mahkeme veya hakim kararıyla serbest bırakılabilir.

(3) Sağlık kurulu raporunda, akıl hastalığının ve işlenen fiilin niteliğine göre, güvenlik bakımından kişinin tıbbi kontrol ve takibinin gerekip gerekmediği, gerekiyor ise, bunun süre ve aralıkları belirtilir.

(4) Tıbbi kontrol ve takip, raporda gösterilen süre ve aralıklarla, Cumhuriyet savcılığınca bu kişilerin teknik donanımı ve yetkili uzmanı olan sağlık kuruluşuna gönderilmeleri ile sağlanır.

(5) Tıbbi kontrol ve takipte, kişinin akıl hastalığı itibarıyla toplum açısından tehlikeliliğinin arttığı anlaşıldığında, hazırlanan rapora dayanılarak, yeniden koruma ve tedavi amaçlı olarak güvenlik tedbirine hükmedilir. Bu durumda, bir ve devamı fıkralarda belirlenen işlemler tekrarlanır.

(6) İşlediği fiille ilgili olarak hastalığı yüzünden davranışlarını yönlendirme yeteneği azalmış olan kişi hakkında birinci ve ikinci fıkra hükümlerine göre yerleştirildiği yüksek güvenlikli sağlık kuruluşunda düzenlenen kurul raporu üzerine, mahkûm olduğu hapis cezası, süresi aynı kalmak koşuluyla, kısmen veya tamamen, mahkeme kararıyla akıl hastalarına özgü güvenlik tedbiri olarak da uygulanabilir.

(7) Suç işleyen alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlısı kişilerin, güvenlik tedbiri olarak, alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılarına özgü sağlık kuruluşunda tedavi altına alınmasına karar verilir. Bu kişilerin tedavisi, alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılığından kurtulmalarına kadar devam eder. Bu kişiler, yerleştirildiği kurumun sağlık kurulunca bu yönde düzenlenecek rapor üzerine mahkeme veya hakim kararıyla serbest bırakılabilir.

Tedavi olma hakkı ve tedaviyi reddetme

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (1948) 25. Madde'nin İkinci Bendi, "Herkesin, kendisinin ve ailesinin sağlığı ve iyi yaşaması için yeterli yaşama standartlarına hakkı vardır; bu hak, beslenme, giyim, konut, tıbbi bakım ile gerekli toplumsal hizmetleri ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ya da kendi denetiminin dışındaki koşullardan kaynaklanan başka geçimini sağlayamama durumlarında güvenlik hakkını da kapsar." şeklindedir. Bu tanımlamayla tedavi olma hakkı, evrensel bir insan hakkı olarak düzenlenmiştir. Ayrıca T.C. Anayasa'sı 56. Maddesin'de, "Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir." denilmektedir. Böylelikle, vatandaşlarının tedavi olma hakkı devletin güvencesi altına alınmıştır. Ayrıca, 1998 tarihinde kabul edilen Hasta Hakları Yönetmeliği ile

de ülkemizde hasta hakları güvence altına alınmıştır. Bu yönetmeliğe göre, her hastanın sağlık hizmetlerinden adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanacağı konusunda bilgi isteme, hizmet alacağı sağlık kuruluşunu ve personelini seçme ve değiştirme, tıbbi gereklere uygun teşhis konulmasını, tedavi ve bakım yapılmasını isteme, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma mahremiyetine saygı gösterilmesi ve rızasının alınması haklarına sahiptir.

Bireyler, psikolojik bozukluklarla ilgili olarak da tedavi olma hakkına sahiplerdir. Tedavi olma isteği, kişinin kendi rızasına bağlıdır. Diğer tüm hastalıklarda olduğu gibi, psikolojik rahatsızlıkların tedavisi sırasında da hastanın onayının alınması gerekmektedir. Bu durum gönüllülük ilkesi olarak tanımlanmaktadır (Oral, 2011). Ancak koruma amacıyla veya güvenlik tedbiri olarak özgürlüğün kısıtlanması durumunda, akıl hastalığı olan kişi "zorla" hastaneye yatırılmaktadır. Bir hastanın zorla hastaneye yatırılması için durumunun yasal temellendirmelere uygun olması gerekmektedir.

T.C. Anayasası 19. Madde'de, '... toplum için tehlike teşkil eden bir akıl hastası,... bir kişinin bir müessesede tedavi, eğitim veya ıslahı için kanunda belirtilen esaslara uygun olarak alınan tedbirin yerine getirilmesi;... hâlleri dışında kimse hürriyetinden yoksun bırakılamaz." denilmektedir. Normal şartlarda gönüllülük esasına dayanan hastaneye yatma süreci, fiil ehliyeti ile ilişkili olarak zorunlu hâle getirilebilir. Hastalığın niteliğinden dolayı gerçeklik ve bilincini yitirme, iradenin bozulması gibi nedenler bu zorunluluğu doğurabilir. Çoğunlukla diğer bireyleri bazen de kendilerini korumak için toplum için tehlike yarattığı belirlenen kişi zorla hastaneye yatırılabilir.

Bir hastanın tedaviyi reddetmesi Hasta Hakları Yönetmeliği Madde 25'te, "Kanunen zorunlu olan hâller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir. Bu hâlde, tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir." olarak belirlenmiştir. Bu noktada "kanunen zorunlu hâller" tedavinin reddedilmesinin dışında bırakılan koşul olarak belirtilmiştir.

Diğer yasalara ek olarak, Ruh Hekimliği (Psikiyatri) Meslek Etiği Kuralları'nda istemsiz yatışı açıklayan 17. Madde; 'Hastanın ya da temsilcisinin yatırılmaya karşı çıktığı durumlarda, hekim, tıbbi-psikiyatrik gerekçeleri değerlendirerek istem dışı yatış kararını hekimlik bilgisi ve vicdanına göre kendi vermelidir. Hasta, ruhsal bir bozukluk nedeniyle uygun karar verme yetisini yitirmişse, istem dışı hastaneye yatırma ve sağaltım uygulama kararında ülkemizdeki yasalar uyarınca hareket etmek ruh hekiminin görevidir. Hastanın insanlık onurunu ve yasal haklarını güvenceye almak için ruh hekimi aileyle görüşmeli ve gerekiyorsa yasal yollara başvurulmasında rehberlik etmelidir. Hastanın isteği dışında sağaltım uygulanması durumunda önce hastanın sağlığı düşünülmeli, ancak insan hakları ilkelerine de özen gösterilmelidir." şeklindedir. Sağaltımı Reddetme başlıklı 18. Madde ise; "Ruh hekimi, hastanın kendisi ya da çevresi için tehlikelilik hâli söz konusu olmadığı durumlarda hastanın sağaltımı reddetme hakkını tanımalıdır." şeklindedir (Türkiye Psikiyatri Derneği, 2002).

Yukarıda yer alan tüm yasal düzenlemelerin de gösterdiği üzere, kişinin çevreye ya da kendisine zarar verdiği ya da verme ihtimalinin bulunduğu durumlarda zorunlu olarak hastaneye yatış ve tedavi süreci gerçekleşmektedir. Bunun dışında kalan durumlarda ise bir kişi tedaviyi reddetme hakkına sahiptir.

YAKIN BAKIŞ 3 Etik ve Yasal Konular Çerçevesinde Psikolojik Bozuklukları Olan Bireylerin Damgalanması Sorunu

Psikolojik rahatsızlıkları olan bireylerin yasalar karşısındaki konumu incelendiğinde "akıl hastalığı" tanımlamasının yapılmış olduğu görülmektedir. Ancak, bir kişiye sahip olduğu psikolojik rahatsızlık nedeniyle "akıl hastası" diye bir etiket verilmesi, bireylerin olumsuz olarak damgalanması sorununu da beraberinde getirmektedir.

Günümüzdeki genel kullanımına bakıldığında, akıl hastası tanımlamasının aynı zamanda hakaret içeren bir anlamı da içinde barındırması damgalamayı beraberinde getirmektedir ve sonucunda psikolojik rahatsızlığı olan bireyler; eğitim ve iş imkanlarına ulaşamama, fiziksel ve cinsel istismara uğrama ve toplum yaşamından dışlanma gibi durumlarla karşılaşabilmektedir (Karagöl, Çalışkan ve Beyazyüz, 2013).

Yukarıda belirtilen mal edinimi, evlenme gibi kısıtlamalarla karşılaşma yönündeki kaygılar; bir tanı almanın ardından çalışma hakkının engellenmesi riski, sağlık sigortası kapsamının dışında bırakılmaya bağlı olarak sağlık haklarından yararlanamama gibi durumlar, bireylerin psikolojik rahatsızlıkları ile ilgili yardım almalarını güçleştirmektedir. Bireyler, "Hakkımda ne düşünürler?", "İleride okul hayatımda, iş ararken, yeni birisiyle tanıştığımda sahip olduğum bu psikolojik rahatsızlık bana bir engel oluşturur mu?" gibi kaygılar taşıyabilmektedir. Psikolojik rahatsızlığı olan bireylerin karşılaşmış oldukları ayrımcılık ve damgalanma sorunu tedaviden kaçınma ve tedaviyi reddetmeye neden olabilmektedir. Kişilerin damgalanma konusunda yaşadıkları kaygı ise tedaviye uyum gösterme ve tedaviye daha hızlı cevap vermelerinin önünde bir engel teşkil etmektedir. Bu gibi sorunların önüne geçmek için, toplumun gözündeki psikolojik rahatsızlığa sahip olmak algısının değiştirilmesi çok önemli bir noktadır ve konu ile ilgilenen uzmanların sorumluluklarından biridir.

Farklı uzmanlıklara sahip ruh sağlığı uzmanlarının işbirliğini arttırarak psikolojik bozuklukların önlenmesi, tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi ve kolay erişiminin sağlanması, toplumun inanç, tutum ve davranışlarında değişiklik yaratmayı hedefleyen bilgilendirme programlarının oluşturulması ve en önemli nokta olarak kamu politikalarının ve yasaların damgalanmayı azaltacak şekilde düzenlenmesi yönünde çalışma yapmaları gerekmektedir (Bilge ve Çam, 2010).

BÖLÜM ÖZETİ

Etik, felsefenin bir alt alanı olarak "Doğru ve iyi bir yaşam nedir?", "İnsanlar doğru ve iyi bir yaşam sürmek için nasıl yaşamalıdır?" sorularını ele almaktadır. 20. yy. sonrasında meslek etikleri oluşturulmaya başlanmıştır.

Psikoloji ve ruh sağlığı alanında farklı ülkelerdeki meslek örgütleri tarafından oluşturulmuş olan etik kurallar ve ilkeler incelendiğinde; mesleki yetkinlik çerçevesinde hareket etmek, insan haklarına uygun davranmak, dürüstlük ve sorumlulukların bilincinde olmak ve yararlı olmaya/zarar verememeye dikkat etmek gibi ortaklaşan kurallar olduğu görülmektedir.

Türk Psikologlar Derneği genel etik ilkeleri; yetkinlik/yeterlilik, yararlı olmak ve zarar vermemek; sorumluluk; dürüstlük ve insan haklarına saygı ve ayrımcılık yapmamaktır.

Yetkinlik; eğitim alınan ve yeterlilik kazanılan alanda kişilik özellikler, deneyim ve becerilerin de değerlendirilmesi ile hizmet vermeyi gerektirir. Bir psikoloğun psikoterapi verebilmesi için klinik psikoloji alanında lisansüstü eğitim alması ve/veya gerekli yetkinliğe sahip kişiler tarafından verilen psikoterapi eğitimlerinden geçerek ilgili sertifikaları alması gerekmektedir.

Psikoloğun psikoterapi uygulamalarında karşısındaki kişiye yararlı olması ve zarar verecek herhangi bir uygulama gerçekleştirmemesi gereklidir.

Kötüye kullanım, danışanları kendi reklamını yapmak için kullanmak, psikoterapi hizmetinin dışında danışanlar üzerinden maddi çıkar kazanmak şeklinde olabileceği gibi; cinsel kötüye kullanım şeklinde de gerçekleşebilmektedir.

Çoklu ilişki, psikoterapi ilişkisi içinde olan bir danışanla ilişkili farklı bir rol üstlenilmesi ya da danışanın yakın ilişki içinde olduğu başka bir kişiyle ilişki içinde olunmasıdır.

Psikolog, mesleki bilgisini; bireylerden zorla bilgi almak, bireylerin dünya görüşünü, cinsel yönelimini, politik, dini ve ahlaki inançlarını açıklaması, reddetmesi ya da değiştirmesi yönünde zorlamak için kullanmamalıdır.

Psikologlar gerçekleştirdikleri uygulamaların nitelik ve sonuçlarından sorumludur. Ayrıca psikoterapi sürecinde danışanın vermiş olduğu bilgilere ilişkin gizliliğin korunması da psikoloğun temel sorumluluklarındandır.

Gizlilik ilkesi; psikoterapi süreci sırasında elde edilen bilgilerin danışanın onayı alınmadan başka kişilerle paylaşılmamasıdır. Gizliliğin ihlal edileceği koşullar, danışanın kendisine ya da bir başkasına zarar vermesi olasılığının bulunduğu durumlar olarak görülmektedir.

Psikologlar; mesleki uygulamalarında doğru, dürüst ve tarafsız bir şekilde hareket etmelidirler, verdikleri bilgiler yanlış ya da yanıltıcı olmamalıdır.

Bilgilendirilmiş onam, danışanın psikoterapi süreci hakkında bilgilendirilmesi ve planlanan süreç ile ilgili onaylarının alınmasıdır.

Psikologlar; insanlar arasında yaş, kimlik, cinsiyet, cinsel yönelim, etnik köken, din, mezhep, sosyoekonomik düzey, engellilik gibi durumları üzerinden ayrımcılık ve baskı yapmamalı ve bireylerin bu özelliklerine saygı duymalıdır.

Psikoloji alanındaki araştırmalarda; etik kurul onayları alınmalı, katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmalı, araştırmaya katılım konusunda baskı yapılmamalı, verilen teşvikler bir baskı yaratmayacak şekilde planlanmalı, eğer yanıltma yapıldıysa araştırmanın bitişinde katılımcıya gerekli bilgilendirmeler yapılmalı, verilerin nasıl saklanacağı ve nerelerde paylaşılacağı konuları planlanmalı ve katılımcılara bu konuda gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır.

Ülkemizde farklı kanun ve yönetmeliklerde cezai ehliyetin tanımı ve sınırları belirlenmiş, kişinin hukuk karşısında sağlıklı bir yetişkin olarak tanımlanmayacağı koşullar ele alınmış ve bu koşullarda kişilerin haklarının neler olacağı tanımlanmıştır.

Fiil ehliyeti bir kişinin belirli fiilleri (evlenme, mal edinme vb.) gerçekleştirmeye yeterli görülmesi hâlidir. Ayırt etme gücünün değerlendirilmesi fiil ehliyetinin temelini oluşturmaktadır.

Cezai ehliyet kişinin gerçekleştirdiği hukuka aykırı davranışlar nedeniyle kişiye ceza verilebilirlik durumudur. Cezai ehliyeti belirleyen durumlardan birisi akıl hastalığıdır.

Psikolojik rahatsızlığı olan bir kişi gerçekleştirdiği davranışı algılana ve yönlendirme konusunda ciddi kayıplar yaşıyorsa bu kişiye ceza verilmemektedir. Böyle bir durumda bu kişi ile ilgili güvenlik tedbirleri alınmaktadır.

Psikolojik rahatsızlıkların tedavisi sırasında hastanın tedaviyi reddetme hakkı vardır. Ancak koruma amacıyla veya güvenlik tedbiri olarak özgürlüğün kısıtlanması durumunda, birey zorunlu olarak tedaviye alınmaktadır.

KAYNAKLAR

Allnutt, S., Samuels, A. ve O'Driscoll, C. (2007). The insanity defense: From wild beast to M'Naghten. *Australasian Psychiatry, 15*(4). 292-298.

Alpkan, L. R. (2013). Ceza sorumluluğu içerisinde psikiyatri ve etik-hukuk. *Türk tıp etiği ve tıp hukuku araştırmaları yıllığı* içinde. (Ed. A. Namal, H. Doğan ve F. S. Mahmutoğlu). ss. 87-94. Nobel: İstanbul.

Atak, İ. (2020) Tıbbi müdahalelerin hukuka uygunluk şartları. *TOTBİD Dergisi, 19*. 19-26.

Barber, J. P., Crits-Christoph, P. ve Luborsky, L. (1996). Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3). 619-622.

Barnett, J. E. (2008). The ethical practice of psychotherapy: Easily within our research. *Journal of Clinical Psychology, 64*(5). 569-575.

Branson, A., Shafran, R. ve Myles, P. (2015). Investigating the relationship between competence and patient outcome with CBT. *Behavior Research and Therapy, 68*(1). 19-26.

Biçer, Ü., Tırtıl, L., Kurtaş, Ö. ve Aker, T. (2011). Adli psikiyatri. *Birinci basamakta adli tıp.* (2. Baskı) içinde. (Ed. S. Koç ve M. Can). ss.242-252. İstanbul Tabip Odası: İstanbul.

Bilge, A. ve Çam, O. (2010). Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 9*(1). 71-78.

Büken, N. Ö. ve Büken, E. (2002). Nedir şu "tıp etiği" dedikleri? *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 11*(1), 17-20.

Campbell, R. (2016). "It's the way that you do it": Developing an ethical framework for community psychology research and action. *American Journal of Psychology, 58*. 294-302.

Cates, J. A. (1999). The art of assessment in psychology: Ethics, expertise, and validity. *Clinical Psychology, 55*(5). 631-641.

Ceylan, B. ve Koçak-Uyaroğlu, A. (2018). Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin şizofreni hastalarına yönelik damgalamaya ilişkin görüşleri ve önerileri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 21*(2). 97-103.

Chenneville, T. ve Gabbidon, K. (2020). HIV, confidentiality, and duty to protect: Considerations for psychotherapists in the age of treatment as prevention. *Psychotherapy, 57*(1). 7-14.

Çayköylü, A. (2002). Psikiyatride gizlilik ilkesi. *Klinik Psikiyatri, 5*(4). 248-256.

Demir, B. ve Oğuz, Y. (1999). Psikiyatri ve etik. *Klinik Psikiyatri, 2*. 95-100.

Demirel, Ö. F. ve Balcıoğlu, İ. (2015). Alkol ve madde bağımlılığında ceza sorumluluğu ve fiil ehliyeti. *Yeni Symposium Dergisi, 53*. 27-33.

Deniz, D. (2017). Kişilik bozukluklarında tanı güvenirliği ve cezai sorumluluk. *Adli Tıp Bülteni, 22*(2). 124-129.

Drew, N., Funk, M., Tang, S., Lamichhane, J., Chavez, E., Katontoka, S., Pathare, S., ..., Saraceno, B. (2011). Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: An unresolved global crisis. *Lancet, 378*. 1664-1675.

Etter, J. (2005). Comparing the efficacy of two Internet-based, computer-tailored smoking cessation programs: A randomized trial. *Journal of Medical Internet Research, 7*(1), e.2. 1-13.

Fisher, M. A. (2008). Protecting confidentiality rights: The need for an ethical practive model. *American Psychologist, 63*(1). 1-13.

Gil, E. F. ve Bob, S. (1999). Culturally competent research: An ethical perspective. *Clinical Psychology Review, 19*(1). 45-55.

Ginzburg, D. M., Bohn, C., Höfling, V., Weck, F., Clark, D. M. ve Stangier, U. (2012). Treatment specific competence predicts outcome in cognitive therapy for social anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy, 50*(12). 747-752.

Grachek, J. E. (2006). The insanity defense in the twenty-first century: How recent United State supreme court case law can improve the system. *Indiana Law Journal, 81*(4). art.14.

Griffin, E. (2014). Doing their duty: An empirical analysis of the unintended effect of Tarasoff v. Regents on homicidal activity. *The Journal of Law & Economics, 57*(2). 321-348.

Gümüş, A. E. ve Gümüş, M. A. (2009). Bilgilendirilmiş onay: Psikolojik danışma sürecinin yasal ve etik yükümlülüğü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 4*. 69-79.

Handelsman, M. M., Kemper, M. B., Kesson-Craig, P., McLain, J. ve Johnsrud, C. (1986). Use, content, and readability of written informed consent forms for treatment. *Professional Psychology: Research and Practice, 17*(6), 514–518.

Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998, 1 Ağustos). *Resmi Gazete* (Sayı: 23420). Erişim adresi: mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5

Helbok, C. M. (2003) The practice of psychology in rural communities: Potential ethical dilemmas. *Ethics & Behavior, 13*(4). 367-384.

Herbert, P. B. ve Young, K. A. (2002). Tarasoff at twenty-five. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 30*(2). 275-281.

Hoffart, A., Sexton, H., Nordahl, H. M. ve Stiles, T. C. (2007). Connection between patient and therapist and therapist's competence in schema-focused therapy of personality problems. *Psychotherapy Research, 15*(4). 409-419.

İkiz, F. E., Şensoy, G., Balkan, K. ve Akıman, H. (2017). Psikolojik danışmanların meslek etiğine yönelik algıları: Özel çalışanlara yönelik bir inceleme. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi, 6*(4). 152-171.

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi. (1948). https://www.ihd.org.tr/insan-haklari-evrensel-beyannames/ adresinden erişilmiştir.

Jenkins, P. (2010). Having confidence in therapeutic work with young people: Constraints and challenges to confidentiality. *British Journal of Guidance & Counseling, 38*(3). 263-274.

Kandemir, F. Büken, B., Büken, E. ve Erkol, Z. (2014). Kleptomani (çalma deliliği)'ye yol açan faktörler ve ceza sorumluluğunun değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 4*(2). 21-24.

Karagöl, A., Çalışkan, D. ve Beyazyüz, M. (2013). Halk sağlığı açısından ruhsal bozukluklarda üç boyutuyla damgalama. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 22*(3). 96-101.

Kırkpınar, İ. (2011). Psikiyatrik uygulamalarda "aydınlatılmış onam". *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi, 19*(2). 103-107.

Knapp, S. J. ve VanDecreek, L. D. (1982). Tarasoff: Five years later. *Professional Psychology, 13*(4). 511-516.

Kocaağa, K. (2006). Koruma amacıyla özgürlüğün kısıtlanması. *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 10*(1). 33-54.

Korkmaz, B. (2019). Yapısına göre psikoterapi türleri ve etik meseleler. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi, 20*(36). 513-543.

Lawrence, G. ve Kurpius, S. E. R. (2000). Legal and ethical issues involved when counseling minors in nonschool settings. *Journal of Counseling & Development, 78*. 130-136.

Maçkalı, Z. (2014). Ruhsal bozukluklarda bilgilendirilmiş onam ve onam verme kapasitesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6*(3). 227-242.

Markowitz, F. E. (2011). Mental illness, crime, and violence: Risk, context, and social control. *Aggression and Violent Behavior, 16*. 36-44.

Marshall, A. ve Batten, S. (2004). Researching across cultures: Issues of ethics and power. *Forum: Qualitative Social Research, 5*(3). art. 39.

McKee, R. (2013). Ethical issues in using social media for health and health care research. *Health Policy, 110*. 298-301.

Namal, A. (2013). Psikiyatri tarihçesi ışığında ruh hastalarının zorla tedavilerine etik açıdan genel bir bakış. *Türk tıp etiği ve hukuku araştırmaları yıllığı* içinde (Ed. A. Namal, H. Doğan, F. S. Mahmutoğlu). ss. 41-72. Nobel: İstanbul.

Nigro, T. (2004). Counselors' experiences with problematic dual relationships. *Ethics & Behavior, 14*(1). 51-64.

Nosek, B. A., Banaji, M. R. ve Greenwald, A. G. (2002). E-research: Ethics, security, design, and control in psychological research on the Internet. *Journal of Social Issues, 58*(1). 161-176.

O'Fallon, M. J. ve Butterfield, K. D. (2005). Areview of the empirical ethical-decision making literature: 1996-2003. *Journal of Business Ethics, 59*. 375-413.

Oktay, B. ve Oktay F. (2018). Psikoterapide ciddi bir etik ihlal: Hasta ve terapist arasındaki cinsel ilişki. *SDÜ Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi, 44*. 103-110.

Oral, T. (2011). Hekimin aydınlatma ve hasta rızasını alma yükümü. *Ankara Barosu Dergisi, 2*. 185-209.

Qian, M., Gao, J., Yao, P. ve Rodriguez, M. A. (2009). Professional ethical issues and the development of professional ethical standards in counseling and clinical psychology in China. *Ethics & Behavior, 19*(4). 290-309.

Schulenberg, S. E. Ve Yutrzenka, B. A. (2004). Ethical issues in the use of computerized assessment. *Computers in Human Behavior, 20*. 477-490.

Scopelliti, J., Judd, F., Grigg, M., Hodgins, G., Fraser, C., Hulbert, C., Endacott, R. ve Wood, A. (2004). Dual relationships in mental health practice: Issues for clinicians in rural settings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38*. 953–959.

Shea, P. (2011). M'Naghten revisited - back to the future? (the mental illness defence – a psychiatric perspective). *Current Issues in Criminal Justice, 12*(3). 347-362.

Soysal, H. (2015). Dürtü kontrol bozukluklarının adli psikiyatrik yönleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 7*(1). 16-29.

Stuart, H. (2003). Violence and mental illness: An overview. *World Psychiatry, 2*(2). 121-124.

Şizofreni hastası annesini bıçakla öldürdü. (2020, 1 Nisan). *En Son Haber*. https://www.ensonhaber.com adresinden erişilmiştir.

Şizofreni hastası evi yakmak istedi. (2019, 23 Aralık). *Çorlu Haber*. https://www.corluhaber.com.tr adresinden erişilmiştir.

Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun. (1928, 14 Nisan). *Resmi Gazete* (Sayı: 863). Erişim adresi: https://mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=1219&MevzuatTur= 1MevzuatTertip=3

Tepe, H. (2015). *Etik ve meslek etikleri* (3. baskı). Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları.

Toplumsal Davanışma için Psikologlar Derneği (2017). *Psikologlar için LGBTİ'lerle (Lezbiyen, Gey, Biseksüel, Trans, İnterseks) çalışma kılavuzu*. İstanbul.

Türk Ceza Kanunu. (2004, 26 Eylül). *Resmi Gazete* (Sayı: 25611). Erişim adresi: https://mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf

Türk Psikologlar Derneği (2004). Türk Psikologlar Derneği Etik Yönetmeliği. https://www.psikolog.org.tr/tr/files/folder/etik-yonetmeligi-x389.pdf adresinden erişilmiştir.

Türk Medeni Kanunu. (2001, 8 Aralık). *Resmi Gazete* (Sayı: 24607). Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4721.pdf

Türk Tabipler Birliği Kanunu. (1953, 31 Ocak). *Resmi Gazete* (Sayı: 8323). Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.6023.pdf

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. (1982, 9 Kasım). *Resmi Gazete* (Sayı: 25611). Erişim adresi: https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2709.pdf

Türkiye Psikiyatri Derneği (2002). Ruh Hekimliği (Psikiyatri) Meslek Etiği Kuralları. https://www.psikiyatri.org.tr/tpd-kutuphanesi/belge/311 adresinden erişilmiştir.

Werth, Jr., J. L., Burke, C. ve Bardash, R. J. (2002). Confidentiality in end-of-life and after-death situations. *Ethics & Behavior, 12*(3). 205-222.

Whitehead, L. C. (2007). Methodological and ethical issues in internet-mediated research in the field of health: An integrated review of the literatüre. *Social Science & Medicine, 65*. 782-791.

Varol, N. (2013). Hasta hakları ve sorumluluk. *Hastane yönetimi* (Ed. H. Sur ve T. Palteki) içinde. ss. 1057-1079. Nobel: İstanbul.

Vera, E. M. ve Speight, S. L. (2003). Multicultural competence, social justice, and counseling psychology: Expanding our roles. *The Counseling Psychologist, 31*(3). 253-272.

Viljoen, J. L., Roesch, R., Ogloff, J. R. P. ve Zapf, P. A. (2003). The role of Canadian psychologists in conducting fitness and criminal responsibility evaluations. *Canadian Psychology, 44*(4). 369-381.

Yılmaz, C. (2018). Kriminolojik açıdan: Akıl hastalığı ve suç. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi, 24*(2). 743-765.

Yılmaz, T. (2016). Kişilerarası psikoterapi ve kişilik bozukluklarının entegrasyonu: Majör depresif bozukluk vakasının gözden geçirilmesi. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi, 3*(2). 37-52.

Younggren, J. N. ve Harris, E. A. (2008). Can you keep a secret? Confidentiality in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology: In Session, 64*(5). 589-600.