



psi'ΨS
Fikiryum
GPME - Dergi

MAYIS 2023

SAYI NO. 22

PSİKO- PATOLOJİ

*"İçindeki çocuğun sesini kısıtlayan her ne ise senin
sesini kısmasına izin verme."*
-İrem Nil Torun



içindekiler

ICD ve DSM: Tanı Koymada Bazı Farklılıklar.....1

Çocukluk Deneyimlerinin Yetişkinlikteki Psikopatoloji Oluşumuna Etkisi.....3

'Karanlıktakiler'e Bir Bakış: Film İncelemesi7

Kıskançlık.....9

Romantik İlişkilerde Obsesif Kompulsif Belirtiler12

Gözlerimi Yummadığımda14

Anksiyete17

Bir Çocukluk Dönemi Psikopatolojisi: Davranım Bozukluğu21

Beden Dismorfik Bozukluğu24

Depersonalizasyon/Derealizasyon.....27

Konuk Yazarlar:

Zihnin Karanlık Dünyası: Psikopatolojiye Bakış.....31

Seslerin Gücü: Mizofoni.....34

Patolojik Yas ve Travma.....39

Editörün Kalemî

Genç Psikologlar Meclisi olarak oluşturduğumuz Psi'Us Fikiryum dergimizin yirmi ikinci sayısında, psikolojinin 'normal'i 'anormal'inden ayıran muğlak sınırlarından konuları ele aldık. Geçmişten bugüne ruhsal bozuklukları, etkinliklerini, tanı ve tedavi yöntemlerini işlediğimiz bu sayının okuyucularımıza, psikopatolojiye ilişkin içgörü kazandırmasını umuyor, 'normalin sınırlarında' keyifli okumalar diliyoruz.

Bu sayıda yer alan konuk yazarlarımıza da verdikleri katkılar için sonsuz teşekkürlerimizi sunuyoruz!

Editör

Özge İlhan

ICD ve DSM: TANI KOYMADA BAZI FARKLILIKLAR

-Ceren Ögütmen

Her bilimin getirisi olan sayılar, binlerce hastalığın ve zihinsel bozukluğun sınıflandırılmasını gerektirmiştir. ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ve Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı veya Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (İngilizce: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, kısaca DSM) bunun bir sonucu olmuştur. ICD Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yayımlanır ve 11 revizyonu mevcuttur. DSM ise Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından yayımlanır ve son revizyonu DSM-5 TR'dir. Her iki kitap da birçok noktada kesişirken; kişilik özellikleri, bazı hastalıkların şiddetlerinde ve tanılarında farklı kıstaslar bulunmaktadır. Örneğin, Asperger sendromu tanısı hakkında yapılan bazı çalışmalarda hangi kitabın tanı koymada kullanıldığına göre vakaların %23'ü otizm ve başka yeni tanımlara ihtiyaç duyabilir (Woodbury-Smith ve diğerleri, 2005). Bu ve bunun gibi çalışmalar tüm bilim insanlarının her iki kitaba da eleştirilerine sebep olmaya devam ederken, biz nasıl seçim yapacağız? Aslında birinin diğerinden daha iyi olduğunu söylemek oldukça zor. Fakat yapılan bir diğer çalışmada ICD-10, DSM-III TR'den şizofreni tanısında daha güvenilir sonuçlar çıkarmış bulunuyor (Hiller ve diğerleri, 1993). Yine de tek bir çalışmaya bakarak bunu söylemek oldukça zor. DSM-5 TR -

son revizyon, bilim camiasında oldukça güvenilir ve tanı kriterlerinde tutarlı bulunuyor. Yine yürütülen bir diğer çalışmada, çocuk ve ergen psikiyatrisinde hangi tanı kitabının kullanıldığı fark ediyor mu diye merak edilmiş ve klinik pratikte, tanı koymada hangi kitabın tercih edildiği göz önünde bulundurularak her ikisinin de birbiri yerine kullanılabildiği ifade edilmiştir (Sørensen ve diğerleri, 2005). ICD hem hastalığın klinik özelliklerinden hem de onunla bağıntılı özelliklerden bahsederken, DSM-V-TR psikolojik bozuklukların spesifik kriterlerinden ve diğer belirtilerin doğalarından da bahseder. ICD, klinik olarak fark edilebilen işaretler, semptomlar ve davranışların yarattığı sıkıntıların sınırlarını çizerken DSM, mental rahatsızlıkların sınırlarını net olarak belirtmez.

Her ne kadar mental bozuklukların net bir tanımı olmasa da her iki kitap da genel bir çerçeve çizmek konusunda bilim camiasının kabulünü görmüş bulunmaktadır. Psikoloji bilimi elindeki verilerle sınıflandırma yapmaya ve yöntemlerini geliştirmeye devam etmekteyken, psikologlar için en doğru şey bilimin ışığında sahip olduğu tüm imkanları kullanması gibi görünüyor. Bilim insanları iki kitaptan hangisinin daha iyi olduğunu tartışmayı sürdürürken her iki kitabı da geliştirecek çalışmalar yaptırmayı sürdürüyor.

KAYNAKÇA

Woodbury-Smith, M., Klin A. ve Volkmar, F. (2005). Asperger's syndrome: A comparison of clinical diagnoses and those made according to the ICD-10 and DSM-IV. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 235-240. <https://doi.org/10.1007/s10803-004-2002-x>

Hiller, W., Dichtl, G., Hecht, H., Hundt, W. ve von Zerssen, D. (1993). An empirical comparison of diagnoses and reliabilities in ICD-10 and DSM-III-R. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 242, 209–217. <https://doi.org/10.1007/BF02189965>

Sørensen, M.J., Mors, O. ve Thomsen, P.H. (2005). DSM-IV or ICD-10-DCR diagnoses in child and adolescent psychiatry: Does it matter?. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 335–340. <https://doi.org/10.1007/s00787-005-0482-7>

Çocukluk Deneyimlerinin Yetişkinlikteki Psikopatoloji Oluşumuna Etkisi

-İrem Nil Torun

Sağlıklı bir vücudum var. Zihinsel olarak sakin ve huzurluyum. Acıkırsam yemeğim, susarsam suyum var. İhtiyaçlarım karşılanıyor. Güvendeyim, annem ve babam beni koruyorlar. Eğer bir hata yaparsam hala beni korumaya, sevmeye, desteklemeye devam edecek ait olduğum bir ailem var. İyi olduğum, sevdiğim, bir şeyler var. İnsanlar benim ne düşündüğümü ve ne hissettiğimi önemsiyorlar, merak ediyorlar. Kendimde keşfetmem gereken daha birçok şey var. Ben kimim? Ben bir çocuğum, çocuktum. Sesimi kısmayı tercih etmiş olabilirsin, ya da belki sana benim sesimi kısmayı tercih etmeyi öğretmiş olabilirler. Ama benim sesimi kısın her ne ise seninkini de kısma devam ediyor.

Çocuk kelimesi yasal olarak "reşit olma yaşının altındaki kişi", biyoloji biliminde ise doğum ile ergenlik çağı arasındaki gelişim dönemi olarak tanımlanıyor. Çocukluğumuz, bakım verenlerimiz tarafından "yediğin önünde yemediğin arkada" olarak bize aktarılsa da aslında işin öyle olmadığını pek çoğumuz biliyoruz. İnsan gibi hassas bir canlının hayatta kalması için etrafında dönüp duran ebeveynlerden fazlasına ihtiyaç duyar. *Güvenlik, öngörülebilirlik/tutarlılık, sevgi/beslenme/ilgi, kabul/övgü, empati, rehberlik/koruma ve doğrulama* gibi ihtiyaçlar sağlanmadığında, sonuç olarak olumsuz çocukluk deneyimleri geliştiririz. Olumsuz çocukluk deneyimleri, çocukların 18 yaşından önce yaşadıkları; ruh sağlıkları, fiziksel sağlıkları ve genel iyilik halleri üzerinde kalıcı etkileri olabilecek travmatik deneyimlerdir. Literatürde olumsuz çocukluk deneyimleri, olarak adlandırsak da çocuğun sadece fiziksel, duygusal, tıbbi, eğitsel ihtiyaçları üzerine olumsuz muameleleri değil aynı zamanda bu

ihtiyaçları görmezden gelmeyi veya yeteri kadar karşılayamayacağı da içerir. Çocuklukta kötü muamele, psikiyatrik bozuklukların (örneğin, duygudurum ve kaygı bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, antisosyal ve borderline kişilik bozuklukları, madde kullanım bozuklukları) gelişme riskini artırır (Lippard ve Nemeroff, 2019). Hangi yaşta olursa olsun çocuklukta yaşanan olumsuz deneyimler uzun süreli sonuçlara yol açsa da zamanlaması, süresi ve şiddeti psikopatoloji riskine aracılık etmektedir. Daha erken başlangıç yaşı, daha şiddetli bir klinik seyir ile ilişkilidir. Yani hayatının erken döneminde olumsuz çocukluk deneyimleri edinmeye başlayan ve daha uzun süre devam

eden çocukluklarda ruh hali dönemleri daha sinsi, tedaviye yanıt daha az ve komorbidite riski daha yüksektir. Çocuklukta kötü muamele görmüş yetişkinlerde, erken çocukluk dönemindeki (doğum ile 4 yaş arasında) olumsuz çocukluk deneyimleri yaşayanların daha fazla anksiyete belirtilerine yatkınlığı varken geç çocukluk veya erken ergenlikte (10 ila 12 yaşları arasında) meydana gelen olumsuz deneyimlerin daha fazla depresif yatkınlığı vardır. Çocuklukta yaşanan olumsuz deneyimlerin alt türleri ve yetişkinlikteki psikiyatrik sonuçları farklılık gösterse de alt tipler birbirinden ayrı değil de aynı bireyde birlikte ortaya çıkar. Örneğin, fiziksel tacize uğrayan bireyler muhtemelen duygusal istismara da maruz kalmışlardır. Kötü muameleye maruz kaldığını bildiren duygudurum bozukluğu olan bireylerde madde kullanım bozuklukları eş tanı alma olasılığı daha yüksektir.

Erken yaşta yaşanabilecek olumsuz çocukluk deneyimlerinin başında anneden ayrılma süreci yer alır. Kemirgenlerde yapılan bir araştırma, doğum sonrası erken dönemde (2-15. günler) anneden ayrılığın, daha sonraki dönemde (7-20. günler) değil, yetişkinlikte endişeli ve depresif benzeri davranışlarla ilişkili olduğunu bulmuştur (Roque ve diğerleri, 2014). Doğum sonrasında bebeğin beyin gelişimi halen tamamlanmış değildir. Bu nedenle çocuklukta yaşanan istismar ve ihmal, gelişen beyinde kalıcı değişikliklere neden olur. Kötü muamele ve beyin arasındaki ilişkiyi inceleyen nörogörüntüleme çalışmalarına göre, çocuklukta yaşanan farklı olumsuz deneyimler beynin farklı bölümlerini etkilemektedir. Örneğin, ebeveynin sözlü tacizine, maruz kalmanın birbirine bağlanan kavisli fasikülün bütünlüğü etkilerken, aile içi şiddete görsel olarak tanık olmak, özellikle görsel ve limbik sistemleri birbirine bağlayan inferior uzunlamasına fasikülün bütünlüğünü etkilemektedir. (Jeewook Choi, 2009) Beyin yapısı üzerindeki diğer etkilere bakacak olursak yarım küreler arasında motor, duysal ve bilişsel performansları bütünleştiren korpus kallozumun boyutunun azalması; öğrenme ve hafızada önemli olan hipokampusun küçülmesi; stres tepkisinde yer alan hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) ekseninin farklı seviyelerinde işlev bozukluğu; davranışı, duygusal dengeyi ve algıyı etkileyen prefrontal korteksin hacminin azalması; duyguları işlemekten veya potansiyel olarak stresli veya tehlikeli durumlara tepkileri belirlemekten sorumlu olan amigdalada aşırı aktivite; motor becerileri ve

koordinasyonu etkileyebilen serebellum hacminde azalma meydana gelebilmektedir (Child Welfare Information Gateway, 2015). Beyinde meydana gelen stres, davranış, duygu, öğrenme gibi önemli işlev alanlarında bozulmalar, ileriki yaşlarda oluşabilecek psikiyatrik rahatsızlıklara da zemin hazırlar. Yine de olumsuz çocukluk deneyimlerinin nörobiyoloji üzerindeki sonuçları için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (Lippard ve Nemeroff, 2019).

Olumsuz çocukluk deneyimleri psikopatolojinin başlangıcı için önemli bir faktör olsa da bu, *olumsuz çocukluk deneyimine sahip olan herkesin ciddi psikolojik semptomlar göstereceği anlamına gelmez*. Yine de bu deneyimlerin her biri travmatik birer kalıp olarak yetişkinlik döneminde insan hayatını gizli gizli etkilemeye devam eder. Alta yatan bu travmatik kalıplara ilişkisel şemalar veya erken dönem uyumsuz şemalar adı verilir. Beck, uyumsuz bir kendilik şemasının içeriğinin erken çocukluk döneminde

geliştirildiğini, özellikle olumsuz kişilerarası deneyimlerle kökleştiğini ve daha sonraki olumsuz yaşam koşullarıyla etkinleştirildiğini öne sürdü (Beck, 1979). Young ise çeşitli psikopatolojik belirtilerin altında yatan temel inançlara veya uyumsuz şemalarla odaklanarak temaları ele alma ve değiştirme konusunda yardım etmenin bir yolu olarak *şema terapiyi* geliştirdi. Şema terapideki çocukluk deneyimleriyle ilişkili olumsuz şemalara bakacak olursak temelde olumsuz şemaların üç farklı nedeni vardır ve ilk neden *çekirdek duygusal ihtiyaçların karşılanmamasıdır*. Buradaki çekirdek duygusal ihtiyaçlar; güvenli ve istikrarlı bağlanma, özerklik, duygu ve ihtiyaçları ifade edebilme, kendiliğindenlik ve oyun, gerçekçi sınırlar ve öz-denetimdir. İkinci neden ise erken dönem yaşantıları yani *olumsuz çocukluk deneyimleridir*. Üçüncü neden olan *duygusal mizaç*, her insanın mizacından kaynaklı yaşadıklarını farklı algılayıp farklı biçimlendirmesi ile ilgidir. Yani olumsuz bir deneyim bir çocuk için içine kapanmasına neden olurken bir diğeri için öfke problemlerine neden olabilmektedir. Terk edilme/istikrarsızlık, duygusal yoksunluk, gibi şemalar çocuğun anneden ayrılma döneminde edildiği şemalardandır. Kaygıyı ve depresyonu tetiklerler. Bir başka örnek ise kusurluluk/utanç, dayanıksızlık, bağımlılık/yetersizlik şemalarının madde bağımlılığı için zemin oluşturan şemalar olmasıdır. Bu şemalar karşımıza hayatımız boyunca tekrar etmeye devam ettiğimiz; kendi kendini baltalayan, temel temalar veya kalıplar olarak ortaya çıkar. Şema terapinin etkinliği ise çocuklukta kötü muamele ve olumsuz çocukluk deneyimlerinin eşlik ettiği özellikle borderline kişilik bozukluğu yaşayan bireylerin terapi

süreçlerinde, kronik depresyon, yeme bozuklukları, travma sonrası stres, ilişki sorunları, madde bağımlılığı, anksiyete gibi birçok durumla mücadele eden danışan için kullanılmaktadır.

Çocukluk deneyimlerimiz ve travmalarımız uzun süre bizimle yaşayabilirler. Bazılarının farkında olabiliriz. Bazıları ise içimizde sinsice büyümeye devam edebilirler. Ancak artık içimizdeki çocuğun ihtiyaçları karşılamanın bizim sorumluluğumuzda olduğunu farkına varmalıyız. Bunun ilk adımı da sesini kısıtığımız çocuğa kulak vermekle başlar. İçindeki çocuğun sesini kısan her ne ise senin sesini kısımasına izin verme.

KAYNAKÇA

Beck AT, R. A. (1979). Cognitive Therapy of Depression. A. T. Beck, A. J. Rush, B. F. Shaw, & G. Emery içinde, *Cognitive Therapy of Depression* (s. 425). Guilford Press.

Child Welfare Information Gateway. (2015, Nisan). Understanding the Effects of Maltreatment on Brain Development. *Issue Briefs*. <https://www.childwelfare.gov/> adresinden alındı.

Lippard, E. T. ve Nemeroff, C. B. (2020). The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: increased disease vulnerability and poor treatment response in mood disorders. *American Journal of Psychiatry*, 177(1), 20-36. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010020>

Choi, J., Jeong, B., Rohan, M. L., Polcari, A. M. ve Teicher, M. H. (2009). Preliminary evidence for white matter tract abnormalities in young adults exposed to parental verbal abuse. *Biological Psychiatry*, 65(3), 227-234. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.06.022>

Roque, S., Mesquita, A. R., Palha, J. A., Sousa, N. ve Correia-Neves, M. (2014). The behavioral and immunological impact of maternal separation: A matter of timing. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8, 192.



‘Karanlıktakiler’e Bir Bakış: Film İncelemesi

-Vahide Öztürk

Çağan Irmak’ın *Karanlıktakiler* filmi ile bir anne oğulun evinin kapısını aralıyoruz. Bu anne oğul ilişkisinde bazen nefreti bazen de sevgiyi görüyoruz. İki uçta sürekli gidip geliyoruz. Her bir sahnesinde farklı duygularda çalkalandığımız filmde paranoid şizofreni bir anne ve otuzlu yaşlarında hala annesiyle birlikte yaşayan sosyal ilişkileri yeterince iyi olmayan bir oğulun hikayesine tanık oluyoruz.

Patolojik olarak baktığımızda anne, Gülseren, paranoid şizofreninin semptomlarını bize çarpıcı bir şekilde yansıtıyor. Şizofreni “başlangıcından itibaren geçen sürecin önemli bir bölümünde bilişsel süreçleri, iş, kişilerarası ilişkileri ya da öz bakımı, bir ya da birden çok alanda işlevselliği etkileyen, yeti yitimine neden olan; sanrılar, varsanılar, darmadağın konuşma (sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmasız konuşma), ileri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı, silik (negatif) belirtilerin (duygusal katılımda azalma ya

da kalkışmama) olduğu psikiyatrik bozukluktur” (APA, 2013). Filmde Gülseren’in bazı durumlarda kılık kıyafetine ayrı özen gösterdiğini izlerken, biz biliyoruz ki öz bakım ihtiyaçlarını yeterli şekilde tek başına karşılayamıyor. Bu durum da kardeşi tarafından destekleniyor. Gülseren için dışarıyı tehlikeli, güvensiz bir ortam. Verdiği haber örneğiyle, ki sık sık aynı haberden bahsediyor, oğluna da dışarının güvensiz olduğunu söylüyor. Her kapıyı kapattığında vurduğu kilitler onu dış dünyadan koruyor. Maalesef ki toplum tarafından da anlaşılamıyor. En basit olacak şekilde çevresi onu bir ‘deli’ olarak nitelendiriyor. Çocukların bile onu rahatsız ettiği evde tüm gün oğlunu bekliyor. Kimse tarafından rahatsız edilmek istemiyor, onunla uğraşmasınlar istiyor. Bir yandan da gördüğü görsel halüsinasyonlarla baş etmeye çalışıyor. Gülseren’de açıkça gözlemlenebilen halüsinasyonlara ek olarak sanrılar da görülmekte. Bu, birinin

kendisini öldüreceğine, zehirleyeceğine dair dış gerçeklik hakkında devam eden yanlış çıkarımlara dayanan inançlardan biri olan *perseküsyon sanrısıdır*.

Film bizlere oldukça çarpıcı detaylarla bir şizofreni hastasını sunarken, Gülseren'in şizofreni başlangıcının yaşadığı tecavüz sonucu olduğu filmin sonunda gösteriliyor. Burada belirtilmesi gereken bir şey olarak *tek başına bir travma, şizofreni tanısı alınmasına neden olmaz*. Bunu altında mutlaka biyolojik bir temeli, şizofreniye yatkınlığının olması gerektiği bilinmektedir. Şizofrenin kısaca genetik ve çevre faktörlerinin kombinasyonlarından meydana geldiği düşünülmektedir.

Gülseren'in oğlu Egemen'in bazı hareketleri, genetiği düşündüğümüzde şüphe uyandırır da Egemen'e şizofreni diyemeyiz. Fakat Egemen'in annesinden yeterince bakım almadığı yorumunu yapabiliriz. Egemen, sosyal ve duygusal olarak yaşına özgü tavırlar sergilememektedir. Patronuna karşı hareketlerinde ve sosyal çevresinin olmayışı gibi detaylar göze çarpmaktadır. *Literatürde de şizofreni tanısına sahip annelerin çocuklarının sosyal, duygusal ve bilişsel açıdan risk altında olduğu ve güvensiz bağlanma sergiledikleri görülmektedir* (Çetinkaya-Büyükbodur ve diğerleri, 2022).

Yine de detaylarda Gülseren ve oğlu Egemen'in birbirlerini çok sevdiklerini görürüz. Bütün korkulara rağmen oğluyla birlikte o kapıdan adımını atıp tehlikeli olarak adlandırdığı o dünyaya adım atan Gülseren'den ve annesini motoruna bindirip gezdiren Egemen'den gördüğümüz gibi...

KAYNAKÇA

APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed). American Psychiatric Association.

Çetinkaya Büyükbodur, A., Sakarya, H., ve Kılıçlı, A. (2022). Şizofreni tanısı olan annelerin bebekleri ile ilişkisi. *Current Approaches in Psychiatry*, 14 (3), 427-436.

Irmak, Ç. (2009). *Karanlıktakiler*. Most Production.

Görsel: Sinemalar adlı siteden alındı.
<https://www.sinemalar.com/resimleri/41539/karanliktakiler/17>

KISKANÇLIK

-İrem Tan

Türk Dil Kurumu sözlüklerinde sevilen birinin başkasıyla ilgilendiği görüldüğünde takınılan olumsuz tutum olarak tanımlanan kıskançlığın psikiyatrik açıdan yapılan tanımı, bireyin benlik saygısına karşı oluşan bilinçaltı tehdide karşı gösterdiği tepki şeklindedir (Tezcan ve Ülkeröğlu, 1995).

Spielman (1971), kıskançlığın savunma mekanizması olarak kullanıldığı fikrini ortaya atmıştır (aktaran Zandbergen ve Brown, 2015). Kıskançlık dediğimizde aklımıza gelen ilk ilişki türü romantik ilişkiler olsa da insan ilişkilerinin her türünde karşılaşılabilecek bir durumdur (Ward ve Voracek, 2004).

Yıllar önce ana akım psikologlar kıskançlığı kadın ve erkeklerde aynı şekilde kendini gösteren bir patoloji, sosyal yapı ve kapitalist toplumun yan ürünü olarak açıklasalar da evrimsel psikologlar kıskançlığı farklı şekilde ele alırlar. Evrimsel psikologlara göre kıskançlık, değerli kişinin kaybının engellemesi amacıyla gelişmiş bir adaptasyondur (Buss ve Haselton, 2005).

Evrimsel açıdan baktığımızda kıskançlığı iki kategoriye ayırabiliriz. Bu ayrım; cinsel kıskançlık ve romantik / duygusal kıskançlık şeklindedir.

Cinsel kıskançlık, partnerin başkasıyla cinsel ilişki yaşama şüphesiyle oluşan kıskançlıktır (Harvey ve ark., 2004, aktaran Demirtaş Madran, 2007). Yapılan araştırmalar, erkeklerin cinsel kıskançlık yaşama olasılığının kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu sonuç, babalıktan emin olma problemi ile açıklanır. Eğer erkek, çocuğun kendisinden olduğundan emin değilse, çocuğa yaptığı

yatırım onun için zarar olacaktır (Demirtaş Madran, 2007).

Romantik / duygusal kıskançlık, partnerin başkasıyla duygusal bir birliktelik yaşama şüphesiyle oluşan kıskançlıktır (Harvey ve ark., 2004, aktaran Demirtaş Madran, 2007). Yapılan araştırmalar, kadınların romantik kıskançlık yaşama olasılığının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu sonuç, kadınların çocuklarına uzun süreli yatırım sağlanması isteğine dayanır. Erkeğin, duygusal açıdan başka bir kadına bağlanması; çocuğa sağlanacak desteğin azalmasına ya da yok olması tehdidini gündeme getirecektir (Symons, 1979, aktaran Ward ve Voracek, 2004).



Romantik / duygusal kıskançlığın kadınlarda; cinsel kıskançlığın ise daha çok erkeklerde gözlendiğini söylesek de cinsiyete dayalı olan bu farklılığın büyüklüğü kültürden kültüre değişiklik gösterebilir (Tuna, 2018).

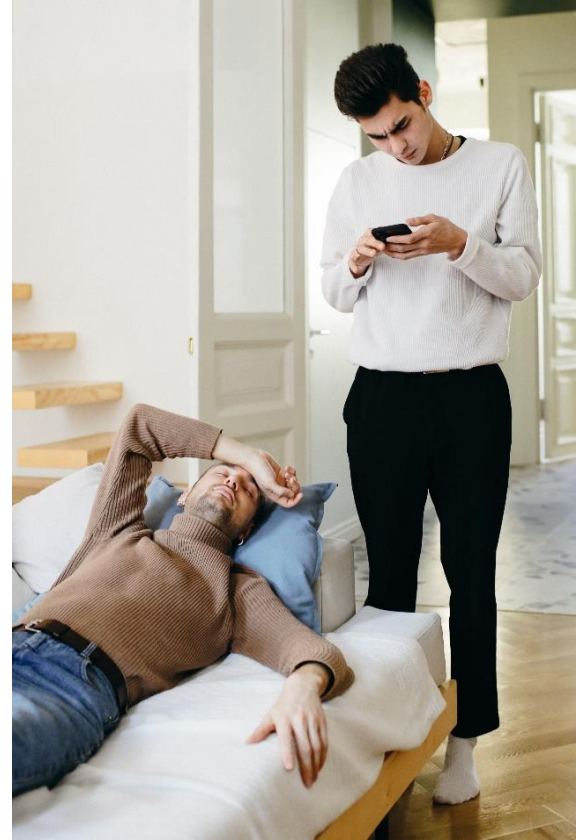
Toplumumuzda kıskançlık durumuna genel olarak hoşgörü ile yaklaşılsa da anormal derecede yaşanan bir kıskançlık romantik ilişkileri olumsuz etkileyecektir. Yapılan araştırmalar incelendiğinde, kıskançlık sanrılarının öz güven eksikliği, cinsellik problemleri, evlilik problemleri ve ilişkide

tatminsizlik ile ilişkili olduğu gözlenmektedir (Tezcan ve Ülkeröğlü, 1995). Ayrıca yapılan araştırmalarda, kıskançlığın yaş artıkça azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (Demirtaş ve Dönmez, 2006).

Anormal kıskançlık (*morbid jealousy*), düşünce içeriği bozukluğu şeklinde tanımlanabilir. Burada, partnerin sadakatinden şüphe duyulur. Sanrı ya da saplantılı bir düşünce gibi çeşitli şekillerde kendini gösterebilir. Altında yatan süreç ise şizofreni, depresyon, kişilik bozukluğu ya da alkol kötüye kullanımı olabilir.

Othello sendromu olarak da bilindiğinden dolayı, aslında bir bozukluk değil de sendrom olarak kabul edilebilir. Psikodinamik açıklamalar ve bağlanma teorisi, hastalıklı kıskançlık psikopatolojisinin gelişimi için tam bir açıklama sağlamazlar. Paranoid ve depresif belirtiler ile arasında yakın bir ilişki olduğu sonucuna ulaşan çalışmalar olsa da nedensellik literatürü kesin değildir. (Kurupparachchi ve Seneviratne, 2011).

Patolojik kıskançlığı, normal kabul edilen kıskançlıktan ayırt etmek çok da kolay bir şey değildir. Çünkü kıskançlığın ne derecede makul olduğu görüşü kültürden kültüre ve hatta içinde bulunulan zamana göre değişiklik göstermektedir. Fakat ayırım yapılırken yine de kıskançlık tepkisine, tepkinin hızına ve rasyonelliğine bakılabilir. Önemli olan diğer bir konu ise, yaşanan kıskançlık durumunun kişinin kendisinin, partnerinin ya da ilişkilerinin işlevselliğini ne kadar etkilediğidir (Tuna, 2018).



KAYNAKÇA

- Buss, D. M. ve Haselton, M. (2005). The evolution of jealousy. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(11), 506-506.
- Demirtaş Madran, H. A. (2008). Duygusal ve cinsel kıskançlık açısından temel cinsiyet farklılıkları: evrimsel yaklaşım ve süregelen tartışmalar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3).
- Demirtaş, H. A. ve Dönmez, A. (2006). Yakın ilişkilerde kıskançlık: bireysel, ilişkisel ve durumsal değişkenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(3), 181-191.
- Kurupparachchi, K.A.L.A. ve Seneviratne, A. N. (2011). Organic causation of morbid jealousy. *Asian Journal of Psychiatry*, 4, 258-260.
- Tezcan, A. E. ve Ülkeröğlü, F. (1995). Patolojik bir kıskançlık vakası. *Düşünen Adam*, 8(3), 15-17.

Tuna, E. (2018). Haset ve kıskançlığın tanımlanması ve klinik görünümü. *DTCF Dergisi*, 58(2), 1751-1767.

Ward, J. ve Voracek, M. (2004). Evolutionary and social cognitive explanations of sex differences in romantic jealousy. *Australian Journal of Psychology*, 56(3), 165-171.

Zandbergen, D. L. ve Brown, S. G. (2015). Culture and gender differences in romantic jealousy. *Personality and Individual Differences*, 72, 122-127.

ROMANTİK İLİŞKİLERDE OBSESİF KOMPULSİF BELİRTİLER

-Liva Güneş

Konumuz Romantik İlişkilerde Obsesif Kompulsif Belirtiler. Obsesif kompulsif bozukluk üzerine yapılan araştırmalar son on yılda dünya genelinde romantik ilişkiler üzerine yoğunlaşmakla birlikte Türkiye’de ancak son yıllarda araştırmaların yoğunlaştığı bir konu haline gelmiştir. Öyle ki sosyal medya üzerinde de bu konuda içerikler üretilmeye, halk tarafından bilinmeye ve popüleritesini arttırmaya başlamıştır. Peki nedir bu romantik ilişki odaklı obsesif kompulsif belirtiler? Gelin hep birlikte inceleyelim.



Bireylerin doğru bir ilişkide bulunup bulunmadığına dair şüpheler, kendisinin partnerine duyduğu aşkla ilgili ya da partnerinin kendisine duyduğu aşkla ilgili şüpheler romantik ilişki odaklı obsesif kompulsif belirtiler olarak adlandırılmaktadır. Bir diğer değişle kişinin kendisine, partnerine ya da ilişkisine dair takıntılar ve bu takıntılar sonucunda ortaya çıkan kaygı ile birlikte bir takım tekrar eden, istenmeyen davranışlardır. Romantik ilişkilerde obsesyonlar düşünce şeklinde ortaya çıkabilmekteyken (örn. Benim için doğru kişi mi?, Doğru bir ilişkide miyim?, Beni gerçekten seviyor mu?) kimi zaman dürtüler (örn. Partnerden ayrılma dürtüsü) kimi zaman ise imge (örn. Partnerin imgesi) şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Bu obsesyonların neden olduğu kaygıyı azaltmak için bireyin gösterdiği kompulsiyonlar bazen partnerini ve ilişkiyi başka ilişkilerle ya da başka partnerlerle karşılaştırmak olabilirken bazen ise mutlu olduğunu düşünmeye çalışarak partneri nötrleştirmek olabilmektedir (Doron ve diğerleri, 2012a). Bununla birlikte bireyin çevresinden partneri veya ilişkileri konusunda onay

beklemesi de romantik ilişkilerde görülen kompulsiyonlara örnek verilebilir. Romantik ilişki odaklı obsesif kompulsif belirtilerin en belirgin yönü *ego-distonik* olmasıdır. Ego-distonik kavramı istenmeden oluşan düşünceler ve bireyin bu düşüncelerin oluşumunu engelleyememesi şeklinde açıklanabilir. Örneğin, birey partnerini çok sevse dahi ‘Onu çok sevdiğimi biliyorum ama ya benim için en doğru kişi o değilse?’ ya da partneri tarafından sevildiğini bilse dahi ‘Beni sevdiğini biliyorum ama bunu kontrol etme ihtiyacı duyuyorum.’ gibi tabirlerle bu durumu açıklayabilmektedir (Doron ve diğerleri, 2016a). Bireylerin partnerleriyle ilişki içindeyken bu ve bunun gibi istenmeyen düşüncelerin oluşması, düşünceleri engelleyememe durumu birey için oldukça zorlayıcı olmaktadır. Bu nedenle oluşan istenmeyen düşüncelerin bireyde oluşturduğu yoğun kaygı bu obsesyonların defalarca kez gözden geçirilerek değerlendirilmesinin yapılmasına neden olmaktadır. Bunu yapmaktan kaçınmaya çalışan bireyler utanç ve suçluluk duygularıyla baş başa kalmaktadır (Doron ve diğerleri, 2014). Romantik ilişki odaklı obsesif kompulsif belirtilerin ne zaman ortaya çıktığı bilinmemekle birlikte bazen ilişki sırasında bazen bir ayrılık sonucunda tetiklenebilmektedir. Örneğin, bireyler bir ayrılık yaşadıklarında bazen kendileri için en uygun olan tek kişiyi kaybettiklerine



dair düşüncelere kapılabilmektedir. Bireyler bu sebeple ilişkinin bitme nedenleri ve partneri üzerine defalarca kez değerlendirme yapıp gözden geçirebilmektedir. Bunu normal ayrılık sürecinden ayıran şey ise yoğun kaygı sonucunda bu düşüncelerin istemsiz oluşması ve bireyin tüm çabalarına rağmen bu düşüncelerden kurtulmasının zorlayıcı olmasıdır (Doron ve diğerleri, 2014).

Henüz bu konuda yapılan araştırmaların sınırlılığından dolayı etiyolojik ve epidemiyolojik bilgilere ulaşılamıyor olsa dahi yapılacak yeni çalışmalar ile romantik ilişki odaklı obsesif kompulsif belirtilerin bilinmeyen yanlarının da gün yüzüne çıkarılacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Doron, G., Derby, D., Szepsenwol, O. ve Talmor, D. (2012a). Tainted love: Exploring relationship-centered obsessive compulsive symptoms in two non-clinical cohorts. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1, 16-24.

Doron, G., Derby, D. S. ve Szepsenwol, O. (2014). Relationship obsessive-compulsive disorder (ROCD): A conceptual framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 169-180.

Doron, G., Derby, D., Szepsenwol, O., Nahaloni, E. ve Moulding, R. (2016). Relationship obsessive-compulsive disorder: interference, symptoms, and maladaptive beliefs. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 58.

GÖZLERİMİ YUMMADIĞIMDA

-Taha Arif Yüce

KISIM-I

GÜNCELLEME

Kimileri avlanır kimileriye daima avdır. Avcı kurnazdır, adımları hafiftir ve görünmemek için gölgeleri kullanır. Av ise tetiktedir ve bir çıtırtının sesini bekler hayatı pahasına. Zehirler, pençeler, kanatlar ya da boynuzlar... Tabiatın repertuarı akıl almaz derecede geniştir ve bahsettiği şey o canlının kozudur. Ancak ne kadar güçlü olursa olsun hepsinin yaşamı kendince zordur.

Bedenler, gün içerisindeki bu aksiyona belli bir raddeye kadar tahammül edebilir. Olağanüstü hallerde limit aşılabılır ama ne var ki onun da bir sınırı vardır. İşte tam da bu noktaya gelindiğinde canlının, hayatın tüm savaşlarına beyaz bayrak sallayacağı o keyifli süreç başlar: Uyku.

Epifiz bezinde başlayan uyku sürecinde ilkin melatonin hormonu salgılanır ve bunun fizyolojik bir yansıması olarak göz kapakları gittikçe ağırlaşmaya başlar, vücut sıcaklığı düşer ve kalp atışları yavaşlar. Öte yandan melatoninin uyku üzerindeki etkisi ışık düzeyi ve biyolojik ritim olarak bilinen "sirkadiyen" ritme bağlı olarak değişebilir. Özellikle, yüksek ışık düzeyleri melatonin salgısını inhibe edebilir ve bu nedenle uyku üzerindeki etkisini azaltabilir.

Melatonin hormonu, vücuda "kapatıyoruz" mesajını ileterek beyindeki sinir hücrelerinin belirli bir düzen içinde aktive olmasını sağlar. Bu düzenli aktivasyon,

hafif uykudan derin uykuya doğru aşamalı bir geçişi içerir ve uyku döngüsü boyunca non-REM ve REM uyku olarak sıralanır.

Non-REM uyku aşamaları, derin uykuya doğru gidildikçe artan yavaş ve ardından daha hızlı dalgalar aşaması şeklinde sıralanır. Elbette bu aşamaların süresi ve sıklığı kişiden kişiye ve yaşa göre değişebilir. REM uyku aşaması ise genellikle rüya görülen aşama olarak bilinir ve hızlı göz hareketleriyle bu evreye imzasını atar. Uyku sırasında bu aşamaların belirli bir düzen içinde tekrarlanması, dinlenmiş bir vücut ve zihin için önemlidir. Çünkü en nihayetinde uykunun yegâne amacı savaşçıyı bir sonraki raunda hazırlamaktır.

Elbette az önce değinilen uyku aşamaları sağlıklı bir insan için geçerlidir. Ancak kimilerinin uykusu, birçoğumuzun gördüğü rüyalar kadar karmaşıktır ve nedeni çoğu zaman bilinmeksizin uykuları esnasında bahsi geçen evreler arasındaki eşgüdüm sağlanamaz.

Kulağa ilk etapta o kadar korkutucu gelmese de bu durum zamanla insanın canını adeta bir kas yırtılması yahut kemik kırılması kadar acıtan bir tür lanete dönüştürebilir

KISIM-II

GECE KUŞU

Uykusuzluk özellikle sınav haftalarında öğrenciler arasında bir tür modaya dönüşse de bu durum pek çoğu için kronik değildir.

Öte yandan öğrencilerin canına okuyan bu süreç, insomnia hastaları için adeta bir yaşam tarzıdır.

Bu hastalığın en önemli semptomu çeşitli biyolojik ya da fiziksel etkenlerle sık sık uykudan uyanmaktır. Dolayısıyla insomnia hastaları uyanık kaldıkları saatlerde normalde uyku için ayrılması gereken zamanı telafi etmeye çalışır. Bu yüzden tek gecede almaları gereken uykuyu birkaç güne serperler. Ancak bazıları için tablo bundan daha vahimdir. Zira iki uykularının arasına günler sığdırmak mümkündür.

Bu durumda, insomnia hastaları günlük hayatlarında ciddi zorluklarla karşılaşabilirler. Uykusuzluk nedeniyle halsizlik, konsantrasyon güçlüğü, irritabilite, depresif hisler ve hatta iş veya okul performansında düşüş gibi sorunlar yaşayabilirler. Uzun süreli uykusuzluk, bağışıklık sistemini de olumsuz etkileyebilir ve kişinin sağlığını daha da kötüleştirebilir.

Bu nedenle, insomnia hastalarının profesyonel yardım alması önemlidir. Tedavi seçenekleri arasında ilaçlar, terapi, uyku hijyeni önerileri ve yaşam tarzı değişiklikleri bulunmaktadır. Bunlar, kişinin uykusuzlukla mücadelesine yardımcı olabilir ve kaliteli bir uyku sağlamaya yardımcı olabilir.

KISIM-III

SOLUK SOLUĞA

Uyku apnesi, solunum yollarındaki tıkanıklık, kas gevşemesi veya sinir sistemi sorunları nedeniyle uyku sırasında solunumun durması veya azalması ile karakterize edilen bir durumdur. Bu durum, gece boyunca tekrarlayan duruşlar

nedeniyle uyku kalitesinin bozulmasına ve gün içinde yorgunluk, halsizlik ve konsantrasyon eksikliği gibi belirtilere neden olabilir.

Uyku apnesi, uyku kalitesinin bozulması nedeniyle gün içinde yorgunluk, halsizlik, dikkat eksikliği, konsantrasyon eksikliği, hafıza problemleri, iş performansının azalması, düşük enerji seviyeleri, sinirlilik ve depresyon gibi zorluklara neden olabilir. Ayrıca, uyku apnesi tedavi edilmediğinde kalp hastalıkları, yüksek tansiyon, şeker hastalığı, depresyon ve anksiyete gibi çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilir.

Bu hastalığın tedavisi, semptomların şiddetine ve nedenlerine bağlı olarak değişebilir. Tedaviler arasında yaşam tarzı değişiklikleri, pozisyonel terapi, CPAP (sürekli pozitif hava yolu basıncı) cihazları ve cerrahi seçenekler yer alır. Yaşam tarzı değişiklikleri arasında kilo kaybı, egzersiz, sağlıklı beslenme, sigara ve alkolün bırakılması gibi çeşitli faktörleri içerebilir. CPAP cihazları, burun yoluyla veya maske takarak kullanılır ve hava yolunu açık tutmak için sürekli hava basıncı sağlar. Cerrahi seçenekler, solunum yollarındaki tıkanıklığı azaltmak için burun, boğaz veya alt çene bölgesinde yapılan müdahaleler içerebilir.

Uyku apnesi tedavisi, semptomların hafifletilmesine ve yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olabilir. Ancak, tedavi etkili olmadığında veya tedavi edilmediğinde sağlık sorunlarına yol açabileceği için, uyku apnesi semptomlarının farkında olmak ve bir sağlık uzmanı ile görüşmek önemlidir.

KISIM-IV

KARABASAN

Narkolepsinin en yaygın semptomu ani uyku ataklarıdır. Bu ataklar, kişinin uyanırken, iş yaparken veya sosyal etkileşimde bulunurken bile aniden uyumasına neden olabilir. Uyku felci, uyandığınızda vücudunuzu hareket ettirememeye hissi ve halüsinasyonlar gibi diğer semptomlar da sıklıkla görülür. Katapleksi, güçsüzlük, kas tonusunun kaybı ve hatta düşmeye neden olan ani duygusal tepkilere (örneğin, gülme veya öfke) tepki olarak ortaya çıkan bir semptomdur.

Narkolepsi, günlük yaşamı oldukça zorlaştırabilir. Ani uyku atakları, kişinin günlük faaliyetlerini gerçekleştirmesini zorlaştırabilir ve sürüş veya tehlikeli makineleri kullanma gibi faaliyetleri tehlikeli hale getirebilir. Uyku felci, korkutucu ve stresli olabilir ve kişinin normal uyku düzenini de etkileyebilir. Ayrıca, narkolepsi, iş veya okul performansını olumsuz yönde etkileyebilir ve kişinin sosyal etkileşimde bulunmasını da kısıtlayabilir.

Narkolepsi tedavisi, semptomların şiddetine ve nedenlerine bağlı olarak değişebilir. Tedaviler arasında uyku düzeninin düzenlenmesi, uyku ilaçları, stimulanlar ve antidepresanlar gibi ilaçlar yer alır. Bazı durumlarda, uyku apnesi gibi diğer uyku bozukluklarının tedavisi de narkolepsi semptomlarını hafifletmeye yardımcı olabilir. Kişi, uyku düzenine ve uyku ataklarına karşı yaşam tarzı değişiklikleri yaparak da semptomlarını yönetebilir. Örneğin, düzenli uyku ve dinlenme, yemek yeme düzeni ve egzersiz gibi değişiklikler, semptomların azaltılmasına yardımcı olabilir.

KISIM-V

SEÇİMİNİ İYİ YAP

Uyku bozuklukları, hayatın en temel ihtiyaçlarından biri olan uyku ile mücadele ettiğimizde ortaya çıkan acımasız bir gerçekliktir. Ancak, bu gerçekliğin üstesinden gelmek mümkündür. Uykuya dalmanın ne kadar zor olabileceğini bilenler için bir gece boyunca derin bir uyku dünyanın en büyük hediyelerinden biridir. Uyku bozuklukları gibi tam anlamıyla çözümlenmemiş bir sorun, onunla mücadele eden herkes için pekâlâ yıkıcıdır. Hatta kimi zaman sadece yıkıcı olmakla kalmayıp resmen fiziksel bir acıya dönüşür. Ancak doğru tedavi, destek ve anlayışla, herkes sağlıklı bir uyku deneyimi yaşayabilir. Uyku, hayatın bir yönüdür ve uyku bozuklukları sadece bu gerçekliği daha mühim hale getirir.

Yine de tüm bunlara rağmen uykunun ayakta olanı belirtilen tüm uyku bozukluklarından daha zararlıdır. Bazen bazı şeyleri görebilmek gözlerinizi dört açmak ve günlerce uykusuz kalmak gerekir. O yüzden seçiminizi iyi yapın ve nasıl uyuyacağınıza karar verin.

Herkese iyi uykular...

Anksiyete

-Miray Beykal

Anksiyete Bozukluğu Nedir?

Anksiyete; bireyin korku, endişe gibi duygularla karşı karşıya kaldığında verdiği normal bir tepkidir. Fakat *anksiyete bozukluğu* dediğimiz, normalden daha yoğun ve sık görülen anksiyete hislerine sahip olma durumuna verilen isimdir. Anksiyete bozukluğu, geniş bir yelpazede belirtiler ve sebepleri olan bir hastalıktır. Tek bir çeşit anksiyete bozukluğu bulunmamakta olup aynı zamanda fiziksel veya psikolojik birçok hastalığa bağlı olarak da ortaya çıkabilmektedir. Günümüzde yaklaşık 275 milyon insan anksiyete bozukluğu ile mücadele etmektedir. Bu da dünya nüfusunun 4'e 1'ine tekabül eder. Üstelik bu sayının sadece raporlara geçenlerden olduğunu düşünürsek durum oldukça ciddi olabilir. Anksiyete bozukluğu her yaştan ve cinsiyetten insanlarda görülebilir, ancak kadınlarda erkeklere göre daha yaygın olarak görülür. Anksiyete bozukluğuna sahip kişilerin yüzde 62'si (170 milyon) kadınsa 105 milyon erkektir. Bu durum toplumsal rollerden, cinsiyetçi bakış açılarından veya kültürel yaşantıdan kaynaklanabilir. Anksiyete bozukluğu, günlük yaşamı etkileyebilecek kadar şiddetli ve sürekli olabileceği gibi kişiye bağlı olarak çok daha az sıklıkta ve yoğunlukta da görülebilir.



Anksiyete Bozukluğu Türleri Nelerdir?

Anksiyete bozukluğunun birden fazla türü vardır. Bunlardan bazıları:

- Genel Anksiyete Bozukluğu
- Sosyal Anksiyete Bozukluğu
- Sınav Anksiyetesi
- Uyku Anksiyetesi
- Ayrılık Anksiyetesi

şeklinde. Bu türler bireyde aynı anda görülebilir ya da tam tersi olarak biri bulunurken başka biri bulunmayabilir.

Genel Anksiyete Bozukluğu

Genel/Genelleşmiş Anksiyete Bozukluğu (GAB), DSM5 deki koduyla F41.1, aşırı ve gereksiz endişe duyma haliyle görülen bir anksiyete bozukluğunu tanımlamak için kullanılır. Kişi, günlük yaşamda karşılaştığı olaylardan kaynaklanmayan, *sürekli* bir endişe ve kaygı duygusu yaşar. Bu endişe hali, iş, okul ve sosyal yaşam gibi alanlarda sorunlara yol açabilir ve semptomlar en az altı ay boyunca devam eder.

Genel anksiyete bozukluğu semptomları arasında sürekli endişe duyma, kontrol edilemeyen korkular, sinirlilik, uykusuzluk, konsantrasyon güçlüğü, kas gerilimi ve

yorgunluk yer alır. GAB genellikle diğer anksiyete bozuklukları, depresyon ve panik bozukluk gibi diğer zihinsel sağlık sorunlarıyla birlikte görülür.

Genel Anksiyete bozukluğunun nedenleri tam olarak bilinmemekle birlikte; ortaya çıkmasında genetik, çevresel faktörler ve beyindeki kimyasal bozuklukların rol oynayabileceği düşünülmektedir. Travmalar, tıbbi sağlık sorunları, zorlu yaşam şartları ve aile baskısı gibi sorunlar Genel Anksiyete Bozukluğunun gelişmesinde önemli rol oynar.



Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu İlişkisi

Depresyon ve anksiyete bozukluğu, genellikle birbiriyle paralel ve sıklıkla birlikte görülen psikiyatrik rahatsızlıklardır. Her iki bozukluk da yaygın olarak stres, travma, genetik yatkınlık, kişilik özellikleri ve biyolojik faktörler gibi çeşitli sebeplerden kaynaklanabilir.

Depresyon; çaresizlik, üzüntü, enerji kaybı veya düşüklüğü, uyku problemleri ve intihar düşüncesi gibi belirtilere neden olabilir. Ayrıca anksiyete bozuklukları da yoğun endişe, panik ataklar, obsesif-kompulsif davranışlar ve hatta fobiler gibi

çeşitli semptomlarla kendini gösterir. Yani birbirlerini tetiklerler.

Depresyon ve anksiyete bozuklukları sıklıkla birlikte görüldüğünden, bu durum *komorbidite* olarak adlandırılır. Bir araştırma, depresyon ve genel anksiyete bozukluğu olan hastaların yaklaşık yüzde 50'sinin her iki bozukluğu da aynı anda yaşadığını göstermiştir.

Genel Anksiyete Bozukluğu Tedavi Yöntemleri

Genel anksiyete bozukluğu tedavisi; ilaç tedavisi, psikoterapi ya da her ikisinin bir kombinasyonunu içerebilir. Tedavi seçenekleri; semptomların şiddetine, kişinin yaşına, genel sağlık durumuna ve tercihlerine göre belirlenir.

1. *İlaç Tedavisi:* Antidepresanlar ve anksiyolitikler genellikle genel anksiyete bozukluğunun tedavisinde kullanılan ilaçlardır. Antidepresanlar, beyindeki serotonin, dopamin ve norepinefrin gibi kimyasalları düzenleyerek endişe ve kaygı semptomlarını azaltır. Anksiyolitikler, hızlı etki gösteren bir ilaç sınıfıdır ve genellikle kısa süreli tedavi için kullanılır. Bununla birlikte, anksiyolitikler bağımlılık yapıcı olabilir, bu nedenle uzun süreli kullanımda dikkatli olunmalıdır.
2. *Bireysel Terapi:* Kognitif-Davranışçı Terapi (KDT), genel anksiyete bozukluğu için en yaygın kullanılan terapi yöntemidir. KDT, kişinin düşünce ve davranış kalıplarını değiştirerek korku ve endişeleriyle başa çıkmasına yardımcı olur. KDT ayrıca, gelecekteki endişeleri ve kaygıları yönetmek için yöntemler de öğretir.

3. *Yaşam Tarzı Değişiklikleri:* Genel anksiyete bozukluğu semptomlarını kontrol altına almak için yaşam tarzını değiştirmek de önemlidir. Bu değişiklikler arasında sağlıklı beslenmek, düzenli spor yapmak, uyku saatlerini düzenlemek, stresle mücadele için gevşeme tekniklerini ve nefes egzersizlerini kullanmak ve sosyal destek alanı oluşturmak yer alır.
4. *Alternatif Tedavi Yöntemleri:* Meditasyon ve yoga gibi alternatif tedavi yöntemleri, genel anksiyete bozukluğu tedavisinde yardımcı olabilir. Ancak, bu yöntemlerin etkinliği kesin olarak kanıtlanmamıştır ve herhangi bir tedavi yöntemi öncesinde mutlaka bir sağlık uzmanıyla konuşulmalıdır.

Ayrıca tedavi sonrası semptomların kontrol altına alındığından emin olmak için de düzenli kontroller yapmak önemlidir.

KAYNAKÇA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bandelow, B. Ve Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327-335.
- Dünya Halleri. (2020, Mayıs 29). Dünyanın en büyük akıl sağlığı problemi: Anksiyete.
<https://www.dunyahalleri.com/dunyanin-en-buyuk-akil-sagliği-problemi-anksiyete/#:~:text=G%C3%BCn%C3%BC>

[m%C3%BCzde%20yakla%C5%9F%C4%B1k%20275%20milyon%20insan,105%20milyon%20erkek%20anksiyeteye%20sahip](https://www.istockphoto.com/tr/search/sea)

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R. ve 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(6), 617-627.

Mayo Clinic. (2021, May 11). *Generalized anxiety disorder*.
<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/generalized-anxiety-disorder/diagnosis-treatment/drc-20361045>

National Alliance on Mental Illness. (n.d.). *Generalized anxiety disorder*.
<https://www.nami.org/About-Mental-Illness/Mental-Health-Conditions/Generalized-Anxiety-Disorder>

National Health Service. (2020, September 28). *Generalised anxiety disorder in adults*.
<https://www.nhs.uk/conditions/generalised-anxiety-disorder/>

National Institute of Mental Health. (2021, May). *Generalized anxiety disorder*.
<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/generalized-anxiety-disorder/index.shtml>

World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Retrieved from
https://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en/

Resimler

<https://www.istockphoto.com/tr/search/sea>
[rch-by-](https://www.istockphoto.com/tr/search/sea)
[asset?affiliateredirect=true&assetid=13881](https://www.istockphoto.com/tr/search/sea)

15341&assettype=image&utm_campaign=
ADP_photo_sponsored&utm_content=http
s%3A%2F%2Fpixabay.com%2Ftr%2Fpho
tos%2Fkorkmak-duygular-anksiyete-
%25C3%25BCz%25C3%25BCnt%25C3%
25BC-
5462288%2F&utm_medium=affiliate&ut
m_source=pixabay&utm_term=kayg%C4
%B1

https://pixabay.com/tr/photos/korkmak-
duygular-anksiyete-
%c3%bcz%c3%bcnt%c3%bc-5462288/

BİR ÇOCUKLUK DÖNEMİ PSİKOPATOLOJİSİ: DAVRANIM BOZUKLUĞU

-Psikolog Şeyda Demircan

Çevremize baktığımızda şiddete meyilli, dürtüsel, saldırgan, eşyalara ve insanlara zarar veren çocuk ve ergenlerle karşılaşmak mümkündür. Genellikle bu çocuk ve ergenler, aileleri ve etraflarındaki kişiler tarafından “yaramaz” olarak nitelendirilmekte; tüm bu davranışlar sebebiyle evde ve okulda birçok sorun yaşanmaktadır. Bahsi geçen bu davranış örüntülerine çocukluk döneminde görülen bir dışsallaştırma bozukluğu olan davranım bozukluğunda da rastlamaktayız. O halde, *yaramaz çocuk ile davranım bozukluğu olan çocuk arasındaki ayrımı nasıl yaparız?* Davranım bozukluğunun klinik tanımı nedir? Prognozu ve yaygınlığı nasıldır? Etiyolojisinde rol oynayan faktörler nelerdir? Tedavisi nasıl yapılır? Bu yazıda tüm bu sorulara DSM-5 ve alanyazın çerçevesinde cevap arayacağız.

Öncelikle davranım bozukluğunun genel bir tanımını yapmakla başlayabiliriz. *Davranım bozukluğu kişinin başkalarının temel haklarına saldırma, toplumsal kurallara karşı gelecek davranışlarda bulunma gibi davranış örüntülerini yineleyici bir biçimde sergilediği durumlarla karşımıza çıkan bir psikopatolojidir.* Davranım bozukluğunda kişi çevresindeki canlılara ve eşyalara karşı saldırgan, zarar verici, agresif, sınır ve kural tanımaz davranışlar sergiler.



DSM-5'e göre davranım bozukluğundaki davranış örüntüleri şu şekilde sıralanmaktadır:

- A- İnsanlara ve hayvanlara karşı gösterilen saldırganlık. Örneğin; bir insana veya hayvana fiziksel olarak zarar verme, kavga başlatma vb.
- B- Mala zarar verme. Örneğin; kasıtlı şekilde birinin mülküne zarar verme, yangın çıkarma vb.
- C- Dolandırıcılık veya hırsızlık yapma. Örneğin; mağazalardan eşya çalma vb.
- D- Kuralları ciddi biçimde ihlal etme. Örneğin; 13 yaşından önce başlamak üzere ailenin yasaklarına karşı geceyi dışarda geçirme, okuldan kaçma vb. (APA, 2013).

Davranım bozukluğunun “yaramaz çocuk” kavramından ayrılabilmesi için yukarıdaki tanı ölçütlerinden en azından birinin son altı aydır bulunması koşuluyla diğer tanı ölçütlerinden en az üçünün son on iki aydır

bulunması gerekmektedir. Bu bağlamda kişide var olan davranış örüntülerinin okulda, evde veya toplum içinde işlevsellikte bozulmaya yol açması, sık ve şiddetli olması koşullarının altını çizmek gerekmektedir, bu koşullar davranım bozukluğuna sahip çocuk ile yaramaz çocuk arasındaki farkı anlamamızı sağlayacaktır. Yani “yaramazlık yapan” bir çocuğun aksine davranım bozukluğu olan çocuk okulda sıklıkla kavgaya karışacak, okuldan kaçacak, okul yönetiminin ve öğretmenlerinin koyduğu kuralları ihlal edecektir. Dolayısıyla ders başarısı düşecek, aile ve akran ilişkileri bozulacaktır.

Çocuk ve ergen psikiyatri polikliniklerine en yaygın başvuru sebeplerinden biri olan davranım bozukluğunun sıklığı %2 ile %10 arasında olup ortanca değer %4 olarak belirlenmiştir (APA, 2013). Davranım bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde madde kullanım bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), anksiyete ve depresyon komorbid olarak görülmektedir. Eş tanılarının varlığı kişinin ailesinde ve çevresinde yarattığı stresi artırmaktadır.

Moffit (1993), davranım bozukluğunun bazı kişilerde ergenlik dönemiyle sınırlı olduğunu, bazılarında ise 3 yaşında başlayıp yetişkinliğe geçişte de devam ettiğini ileri sürmüş, sonrasında yapılan birçok çalışma da bu görüşü desteklemiştir. Yaşam boyu kalıcı davranım bozukluğunda kişiler antisosyal ve şiddet içeren davranışları yetişkinlikte de yaşamaya devam etmekte; bu kişilerde madde bağımlılığı, suç işleme davranışı, işi terk etme gibi davranışlar sıklıkla görülmektedir. Bu kurama benzer şekilde DSM-5'te de bozukluğun *çocukluk dönemi başlangıçlı* ve *ergenlik dönemi başlangıçlı* olmak üzere iki farklı tipi

olduğu ifade edilmektedir. Çocukluk dönemi başlangıçlı alt tip 10 yaşından önce başlamakta, fiziksel şiddet ve akran ilişkilerinde zorluk gibi semptomlarla kendini göstermektedir. Ergenlik başlangıçlı alt tipte ise semptomlar 10 yaşından sonra ortaya çıkmaktadır; şiddet ve akran ilişkilerinde bozulma ise çocukluk başlangıçlı olana göre daha ılımlıdır (Odgers ve ark., 2007). Çocukluk dönemi başlangıçlı tip erkeklerde daha sık görülmektedir fakat ergenlik başlangıçlı alt tipte cinsiyetler arası farklılığın görece azaldığı öne sürülmektedir (Tracy ve ark., 2009).

Peki, bu bozukluk neden ortaya çıkmaktadır? Davranım bozukluğunun etiyolojisinde rol oynayan pek çok faktörden bahsetmek mümkündür. Bu faktörler; genetik, psikolojik, sosyal (akran etkisi, sosyokültürel etkenler vb.) ve nörobiyolojik eksiklikler şeklinde sıralanabilir. Tüm bu faktörleri de daha önce bahsedilen iki farklı alt tip çerçevesinde ele almak gerekmektedir. Çocukluk başlangıçlı tipin ortaya çıkmasında genetik yatkınlık, ebeveynler arasındaki çatışma ve bakım verenin çocuk yetiştirme stilleri (sıkı disiplin, tutarsız ebeveynlik, fiziksel cezalar vb.) önemli rol oynamaktadır (Taner Derman ve Başal, 2013). Ergenlik başlangıçlı tipte ise sosyal faktörler (sosyoekonomik düzey, akran vb.) daha etkili olmaktadır.

Son olarak davranım bozukluğunda kullanılan çok çeşitli psikososyal tedavi yöntemlerinin olduğunu söyleyebiliriz. Tedavi yöntemlerinden biri *çocuğun ebeveynlerine ve aile üyelerine yapılan müdahaledir*. Bu bağlamda Ebeveyn Yönetimi Eğitimi programı devreye girmektedir. Bu programda ailelere çocukların prososyal davranışlarını

ödüllendirme, olumlu davranışları pekiştirme, çocuk saldırgan bir davranış sergilediğinde bekleme yerine gönderme gibi durumlar üzerinden eğitim verilmektedir. Ebeveyn Yönetimi Eğitimi'nden son derece verimli sonuçlar elde edilmektedir. Diğer tedavi yöntemleri ise çocuklara ve ergenlere uygulanan *bilişsel davranışçı müdahaleler* ile *okul odaklı uygulamalardır*. Bir başka önemli yöntem *çoklu sistem tedavisidir*. Çoklu sistem tedavisi özellikle ciddi suçlar işleyen ergenler için umut vadeden bir yöntemdir (Borduin ve diğerleri, 1995). Bu yöntem daha önce bahsettiğimiz tedavi stratejilerini bütünleştirerek ergeni, ailesini, okulu ve akran grubunu hedef alır. Yani bu yöntemde hem bireyin güçlü yanları öne çıkarılmaya çalışılır hem de sosyal bağlam, aile gibi faktörler üzerinde durulur. Bahsedilen tüm bu tedavi yöntemlerinin davranım bozukluğu semptomlarının azalması açısından önemli olduğunu vurgulamaktayız. Bireye ve bireyin çevresindekilere yapılan müdahale işlevselliği artıracak, davranım bozukluğunun yetişkinlikte de bir problem haline gelmesini engelleyecektir. Kişinin çeşitli sebeplerden çevresine verdiği rahatsızlıkla karakterize olan davranım bozukluğu semptomları ne derece baskılanabilirse o kadar sağlıklı bir birey ve bir o kadar da sağlıklı bir toplum demektir.

KAYNAKÇA

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of disorder (DSM-5)* (Fifth Edition). American Psychiatric Association.

Borduin, C. M., Mann, B. J., Cone, L. T., Henggeler, S. W., Fucci, B. R., Blaske, D. M. ve Williams, R. A. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile

offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 569–578.

Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674–701.

Odgers C. L., Caspi A., Broadbent JM., Dickson N., Hancox R. J., Harrington H., Poulton, R., Sears, M. R., Thomson, M. ve Moffitt, T. E. (2007). Prediction of Different Adult Health Burden by Conduct Problem Subtypes in Males. *Archives of General Psychiatry*, 64, 467-484.

Tander-Derman M. ve Başal H. A. (2013). Okul öncesi çocuklarında gözlenen davranış problemleri ile ailelerin anne baba tutumları arasındaki ilişki. *Amasya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2, 115-144.

Tracy P.E., Kempf-Leonard K. ve Abramoske-James S. (2009). Gender differences in delinquency and juvenile justice processing: Evidence from national data. *Crimine Delinq*, 55, 171-215.

Görsel Kaynak:

Niwat Singsamarn

Beden Dismorfik Bozukluğu

-Selen Kunt



Beden dismorfik bozukluğu, kişinin fiziksel olarak herhangi bir sorunu olmamasına rağmen kendine kusur bulup bu kusuru sürekli kafaya takması veya en küçük bir kusuru büyütüp sürekli düşünerek bunu takıntı haline getirmesine neden olan psikolojik bir rahatsızlıktır. İlk olarak 1880’li yıllarda Morselli tarafından “*Dismorfofobi*” olarak tanımlanmıştır. “*Dysmorphia*” kelimesinden türeyen bu kavram Antik Yunan’da *çirkinlikle* ilişkilendirilmiştir. Kişinin kendinde bulunduğu bu kusur fiziksel olmak zorunda değildir, hayali bir kusur da yaratabilmektedir. Bu rahatsızlığa sahip bireyler kendilerini çekici bulmazlar, aynaya her baktıklarında kendilerinde kusur bulurlar, kusur yoksa bile kendilerine kusur yaratırlar. Daha sonra kişi, kendisinin ne

kadar kusurlu olduğunu düşünmekle meşgul hale gelir. Bu durum kişinin işlevselliğini, sosyal hayatını, iş yaşamını, yaşam kalitesini ve ilişkilerini zedeleyen bir durumdur. Günde ortalama 3-6 saat bu kusurla uğraş görülürken, ağır vakalarda 8-10 saate kadar çıkabilmektedir. Kişinin kendisiyle ve kusurlarıyla bu denli takıntılı olması nedeniyle beden dismorfik bozukluğu rahatsızlığının OKB ile ilişkili bozukluklar içinde yer aldığını söyleyebiliriz. Obsesyon kişinin elinde olmadan aklına gelen, kaygı veren düşüncelerdir. Beden dismorfik bozukluğuna baktığımızda da kişinin aklına sürekli istenmeyen düşüncelerin gelmesi, çirkin ve kusurlu olduğunu düşünmesi nedeniyle birtakım obsesyonların olduğunu görmekteyiz. Kompülsiyon ise kişinin zihninde beliren bu düşüncenin sebep olduğu kaygıyı azaltmak için kişinin yaptığı davranışlar olarak tanımlanır. Kişi, çirkin ve kusurlu olduğunu düşündüğü obsesyonlara karşılık çok fazla makyaj yapma, saç stili değiştirme, estetik yaptırma, sürekli aynaya bakma gibi kompülsiyonlar geliştirebilir. Ancak beden dismorfik bozukluğuna sahip bireylerin *OKB tanısı alan bireylere göre içgörüsünün daha az olduğunu söyleyebiliriz*. Ayrıca OKB tanısı alan bireylerde dışarıdan bir zarar göreceği endişesi bulunurken beden dismorfik bozukluğuna sahip bireylerde *yetersizlik ve utanç duyguları bulunmaktadır*. OKB’deki kompülsiyonlar endişeyi azaltırken *beden dismorfik bozukluğunda kompülsiyonların endişeyi azaltmadığını görürüz*.

Bu kişiler en çok saç, yüz ve burun olmak üzere vücudun birçok yerine takıntı geliştirir. Sıklıkla aynaya bakma davranışı görülür. Ayna karşısında saatlerce kendilerini inceleyebilirler.



Kişi, kendinde kusurlu gördüğü tarafları sürekli diğer insanlarla kıyaslar. Çevrelerindeki insanlara sürekli nasıl göründüklerini sorabilirler. Etraflarındaki insanlara “Sence burnum nasıl görünüyor? Kilom iyi mi? Saçlarım nasıl olmuş?” gibi sürekli kendileri ile ilgili sorular sorarlar ve onay alma ihtiyacı duyarlar. Abartılı spor, diyet yapma, estetik yaptırma davranışları görülebilir. Plastik cerrahiye başvurarak sayısız estetik ameliyatı geçirip kendilerini değiştirdikleri örnekler mevcuttur. Ancak asla memnun kalmamaktadırlar. Örneğin, aynaya baktığında 5 kilo verdiğinde daha iyi görüneceğini düşünen kişi, 5 kiloyu hatta daha da fazlasını verdiği halde yine memnun olmamaktadır. Saçlarının şeklini değiştirdiğinde daha iyi görüneceğine karar verip yeni bir saç modeli yaptırdığında da sonuç onu memnun etmez. Kendinde bulduğu kusuru kendince giderip hedefine ulaşması bile onu tatmin etmez, başka bir kusur bulup ona yoğunlaşır. Dolayısıyla beden algısı bozukluğunun *algısal bir rahatsızlık* olduğu açıkça görülmektedir. Kişinin algılarında bozulma ve zihinsel çarpıtmalarının olduğu söylenebilir. Bu kişiler, genellikle plastik cerrahi, dahiliye uzmanları, dermatologlar, göz doktorları ve diyetisyenlere görüldüğü için beden dismorfik bozukluğunun *az çalışılmış bir rahatsızlık* olduğunu söyleyebiliriz. Bu nedenle toplumdaki yaygınlığını belirlemek oldukça zordur. Ayrıca kişi kendisini

fiziksel olarak kusurlu bulduğu için psikolojik desteğe ihtiyaç duymadığını düşünebilir. Bu nedenle psikolojik desteğe başvurması çok uzun zaman alabilir.

Beden dismorfik bozukluğuna sahip kişiler kafasında büyüttüğü kusuru başkalarının da fark edip eleştireceği korkusuyla sosyallikten uzaklaşabilirler. Beden dismorfik bozukluğunun daha ileri vakalarında birey kendini toplumdan iyice soyutlayarak kendisini eve kapatabilir ve dışarı çıkmamaya başlayabilir. Yapılan çalışmalar sonucunda bekarlarda, çalışmayanlarda, boşanmış kişilerde daha sık görüldüğü ortaya çıkmıştır. Bu rahatsızlığın başlama yaşının 15-20 olduğu ve genç erişkinlikte daha sık görüldüğü bilinmektedir. Beden dismorfik bozukluğunun kesin olarak çıkış nedeni bulunamamıştır ancak yapılan araştırmaların sonuçlarına göre bazı nedenlerle ilişkili olduğu görülmüştür.

Beden Dismorfik Bozukluğu Nedenleri

- Genetik aktarım
- Düşük benlik saygısı
- Depresif bozukluklar
- Toplum güzellik algısı
- Eleştirel ebeveynler
- Sosyal destek azlığı
- Psikolojik diğer sorunların varlığı
- Çocukluk çağı travmatik deneyimler (örneğin; çocukluğunda dalga geçilmesi, dışlanması, küçük düşürülmesi gibi)

Aile geçmişinde OKB, duygudurum bozukluğu gibi rahatsızlıkların olmasının rahatsızlık üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Bu nedenle genetik yatkınlık olduğu düşünülmektedir. Ailenin kişiyi büyütme tarzının da etkili olduğunu söyleyebiliriz. *Mükemmeliyetçi, sürekli eleştiren, kusur bulan, güzellik algısına*

göre çocuğun kilosunu, saçını ve birtakım özelliklerini eleştiren bir ailede büyüyen kişilerin gelecekte beden dismorfik bozukluğu tanısı alma oranı daha yüksektir. Kaygı bozuklukları, depresif bozukluklar, madde bağımlılıkları gibi rahatsızlıklarla birlikte eş tanı alınabilmektedir. Toplumun güzellik algıları ve bu konudaki ölçütleri nedeniyle kişi kendisini yetersiz hissedebilmektedir. Örneğin, keskin bir çene hattı, pürüzsüz bir cilt, zayıflık gibi bazı ölçütlerin çoğu kişi tarafından beğenilmesi, bu ölçütler dışındaki kişilerin kendilerini yetersiz ve çirkin hissetmelerine neden olabilmektedir. Televizyon ekranlarında genellikle toplum güzellik algısına uyan kişilerin olması, bu kişilerin daha çok ünlü olması ve herkes tarafından beğenilmesi gibi etmenler, bu kriterlerin dışındaki bireylerde yetersizlik hissine neden olabilmektedir. Kişi eğer iyi görünürse herkesin onu beğenip daha çok kabul göreceğini düşünebilir. Bu iyi görünme kaygısı bireyler üzerinde baskı yaratabilmektedir. Ağır egzersiz ve diyet programlarına başlayabilirler, güzellik standartlarına uymak için kendilerinde birçok değişiklik yapabilirler. Bu güzellik algısı sonucunda kendini beğenmeyen, çirkin ve kusurlu hisseden kişilerin sayısı artmaktadır. Dolayısıyla *güzellik algısının* beden dismorfik bozukluğuna sahip bireylerin üzerinde oldukça etkili olduğunu söyleyebiliriz.

Beden dismorfik bozukluğunun tedavisinde hafif-orta dereceli rahatsızlık durumunda bilişsel davranışçı terapi yeterli olmakta iken ağır dereceli vakalarda ilaç tedavisi de kullanılmaktadır. Ayrıca şema terapi, EMDR (Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden işleme) gibi yöntemler de etkili olabilmektedir. Bilişsel davranışçı terapi kapsamında hastanın

kendisiyle ilgili inanç ve düşüncelerinin yeniden yapılandırılarak düzeltilmesi sağlanır. Kişinin benlik saygısı artırılmaya çalışılır. İlaç tedavisinde başta antidepresif ve kaygı giderici olmak üzere bazı atipik ve antipsikotik ilaçların da etkili olduğu görülmüştür. Ağır vakalarda ilaç ve psikoterapinin beraber kullanılmasının daha verimli olduğu sonucuna varılmıştır.

KAYNAKÇA

Koyuncu Kütük E., Çelik M. ve Dilbaz H. N. (2015). Beden dismorfik bozukluğu olan iki hastada tedavi niyetine madde kullanımı: Olgu sunumu. *ADYÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 1-4.

Ray P. Ç., Demirkol M. E. ve Tamam, L. (2012). Beden dismorfik bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(4), 547-565.

Fotoğraflar:

<https://www.pexels.com/tr-tr/fotograf/siyah-ve-beyaz-kisi-kadin-ayna-6559012/>

<https://www.pexels.com/tr-tr/fotograf/siyah-tisortlu-aynaya-bakan-kadin-211024/>

DEPERSONALİZASYON/ DEREALİZASYON

-Psikolog Sultan Altınsoy



İnsan yaşamı içerisinde doğal afet, kaza, istismar ve savaş gibi travmatik yaşantılarla karşı karşıya geldiğinde davranışlarında ve düşünce biçiminde bazı farklılıklar meydana gelir. Bu farklılıklar bireyin ruhsal bozukluklara karşı direncini etkiler. Travmatik ve olumsuz yaşam olayları ruhsal bozukluklara kapı aralayan önemli kriterlerdendir. Akcan ve Öztürk (2018)'e göre *dissosiyatif (çözülme) bozukluk grubu* klinik psikoloji ekseninde erken yaşta başlayan ve yineleyici çocukluk travmalarının neden olduğu bozukluk grubunu temsil etmektedir. Depersonalizasyon (kendine yabancılaşma) ve derealizasyon (gerçek dışılık), bir semptom grubu olmasının yanı sıra çözülme bozuklukları grubunda yer alan *kendine yabancılaşma/gerçek dışılık çözülmesi/bozukluk türüdür*.

Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon) kişinin, zihinsel süreçlerinden ya da vücudundan koptuğu duyumunu yaşadığı, sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyici yaşantılardır. Örneğin, kişinin sanki bir düşünce içindeymiş gibi olduğu duyumu; kendisinin ya da vücudunun gerçek dışı olduğu ya da zamanın yavaş aktığı duyumu içerisinde olmasıdır. *Gerçek dışılık (derealizasyon)*

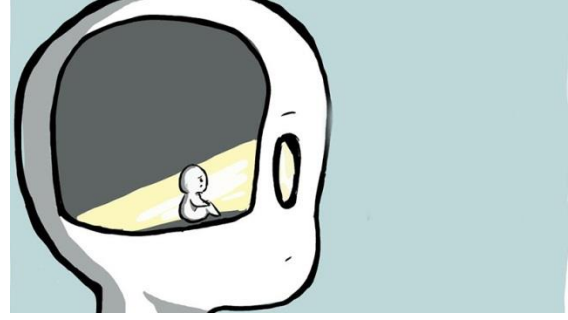
ise çevredekilerin gerçek dışı olduğuna ilişkin, sürekli ya da yineleyici yaşantılar olmasıdır. Kişinin çevresindeki dünyayı gerçek dışı, düşsel, uzak ya da çarpık olarak yaşamasıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

Bireyde sürekli olarak depersonalize ve derealize olma halinin görüldüğü, düşünce ve hareketleri üzerinde kontrol kaybı ve tekrarlayan süreçlerden oluşan bir bozukluk türüdür. Bu bozukluk türünün olağan başlangıcı genç yetişkinlik dönemidir. Çözülme (dissosiasyon) bozukluklarında *olumsuz çocukluk deneyimleri* önemli bir kriter olarak değerlendirilmektedir. Thomson (2018), olumsuz çocukluk deneyimleri ile beraber duygusal istismar ve ihmal sonrası *duyarsızlaşma* semptomlarının geliştiğini de öne sürmüştür. Duygusal ihmal ve istismar bireyin psikolojik yapısını etkiler ve bu durum limbik sistemde birtakım farklılıklara neden olur ve depersonalizasyon ile derealizasyon ihtimalini artırır. Özellikle çocukluk çağı cinsel istismarı yaşayan bireylerde derealizasyon görülme ihtimali daha yüksektir. (Mutlu, 2022). Travmanın yaşandığı yaş ne kadar erken ise derealizasyon oluşumu o kadar güçlü olur. Bununla birlikte aşırı talepkâr ebeveyn tutumuna maruz kalan bireylerin öz denetim problemi ortaya çıkmaktadır. Bu durum yetersizlik duygusunu artırır (Medford ve diğerleri, 2018).

Depersonalizasyon ve derealizasyonu bozukluğunda takıntılı bir şekilde düşünce izleme ve kendine cevap verme, aynı zamanda bu düşünce döngüsü içerisinde kişide “ben gerçek miyim?”, “ben kimim?” gibi felsefi ruminasyonlar görülmektedir. Bu döngü içerisinde kişi bozukluğunun sürmesi veya artmasına neden

olabilmektedir. Hatta Medfor (2018)'a göre kişi yaşadıklarını anlatırken “sanki” kelimesini çok sık kullanır çünkü gerçeklikle olan bağında zedelenme görülmektedir. Ek olarak depersonalize ve derealize yaşayan kişilerin psikotik hastalara göre içgörülerinin daha fazla olduğunu öne sürmüştür.

Depersonalizasyon, dissosiyatif bozukluğun alt türüdür (Sar, 2011). Dissosiyasyon yaşayan her birey depersonalize veya derealize duygusunu yaşamayabilir. Depersonalizasyon ve derealizasyon sağlıklı kişilerde de birçok nedenle ortaya çıkmaktadır. Bunlar yorgunluk, madde kullanımı, tıbbi hastalıklarla ya da ruhsal bazı hastalıklarla da eşlikli gelebilir (Schlax ve diğerleri, 2020). Tüm bu bilgilerle birlikte dissosiyasyon olgusunun, bireyler açısından sıkıntı yaratan bir durum olmasına rağmen, aynı zamanda travma esnasında acının, dehşetin, üzüntünün, ölüm ihtimali hissini yaşanmasını engellediği, bazı çatışmalara çözüm bulunmasına katkıda bulunduğu, kısaca *katastrofik deneyimlerin izole edilmesine yönelik bazı faydalar ve kazançlar sağladığı görülmektedir* (Gabbard, 2000; Öztürk, 2009). Ek olarak depersonalizasyonun bireyin *benlik bütünlüğünü* korumaya yönelik işlevi vardır. Yaşanan olumsuz yaşam deneyimi sonrası bireyin hayatta kalmasını sağlar. Burada depersonalizasyonun bir arada tutucu bir rolü olduğu söylenebilir. Psikobiyolojik olarak uyarılma da sağlamaktadır (Simeon, 2004).



Depersonalizasyon-derealizasyonda kişi sürekli olarak kendisi ve çevresinden kopma duygusunda iken zihinsel ve bedensel olarak görülen farklılıklar gündelik yaşantıyı etkilemektedir. Tanılanma süreçlerinde günlük yaşantıda sosyal ve mesleki olarak işlevselliği ne kadar engellediğine bakılarak tanınır. Dissosiyatif bozukluklar çok belirtili ve eş tanı alan ruhsal bozukluklardandır ve bu bozukluk vakalarının psikiyatri kliniklerine başvurma sebeplerinin, bozukluğun asıl özelliklerinden çok altta yatan psikopatolojinin neden olduğu dolaylı belirtiler olduğu dikkat çekmektedir. (Öztürk, 2003). Coons ve diğerleri (1988), bu dolaylı belirtiler bilinmeden vakalara yaklaşıldığında dissosiyatif bozuklukların ihmal edildiğini ve bu vakalara sıklıkla yanlış tanı konulabildiğini savunmaktadırlar. DSM-5'e göre (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013), depersonalizasyon ve derealizasyon bozukluğu hastalarının teşhis edilebilmesi için kalıcı/tekrarlayan depersonalizasyon/derealizasyon ataklarının varlığı, bir epizot sırasında gerçeklik ve dissosiyasyonu ayırt etme yeteneği (yani, hasta algısal bir rahatsızlığın farkındadır), semptomlar sosyal, mesleki veya günlük yaşama müdahale edecek kadar ciddi, semptomlar bir madde veya ilaçtan kaynaklanmamalı, belirtiler başka bir psikiyatrik bozukluktan kaynaklanmamalı gibi kriterleri karşılaması gerekmektedir. Bunlara ek olarak Hunter ve

diğerleri (2004), depersonalizasyon ve derealizasyon açısından semptomların başlangıç yaşının, görülme sıklığının, süresinin, iyiye veya kötüye gidişinin ya da sabit kalışının, travma, genel stres veya diğer olaylarla ilişkisinin, işlevselliğe olan etkisinin bilinmesinin büyük önem taşıdığını belirtmektedirler. Bu bozukluk türü bir zamanlar nadir görülürken son araştırmalara göre genel popülasyonda %1-2 olarak görülmektedir (Kaplan ve Sadock, 2017).

Depersonalizasyon ve derealizasyon bozukluğunu önleme noktasında en önemli başlangıç travma sonrası profesyonel destek alınmasıdır. Bu bozukluğun tedavisinde ilaç tedavisi ile birlikte psikoterapi alınması şarttır çünkü semptomların diğer teşhislerle örtüşme eğiliminden ötürü farmakolojik tedavi tek başına yeterli olmayabilir. Bilişsel Davranışçı Terapi, EMDR, beden odaklı meditasyon, hipnoz terapisi, tekrarlayan transkraniyal manyetik simülasyon ve psikoeğitim iyileşmede yardımcı olabilir.

KAYNAKÇA

Akcan, G. ve Öztürk, E. (2018). Dissosiyatif temel belirtiler ve temel psikoterapötik yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Psychology-Special Topics*, 3, 20-30.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). *Psikiyatri hastalıklarının tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı*, yeniden gözden geçirilmiş beşinci baskı (DSM-V-TR). (çeviri ed. E Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği.

Coons, P. M., Bowman, E. S. ve Milstein, V. (1988). Multiple personality disorder: A clinical investigation of 50 cases. *Journal*

of Nervous and Mental Disease, 176(9), 519–

527. <https://doi.org/10.1097/00005053-198809000-00001>

Gabbard, G. O. (2000). Psychotherapy of personality disorders. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(1), 1.

Hunter, E. C., Sierra, M. ve David, A. S. (2004). The epidemiology of depersonalisation and derealisation: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 9-18.

Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Tenth. Philadelphia. 11 Mayıs 2017.

Medford, N., Sierra, M., Baker, D. ve David, A. S. (2005). Understanding and treating depersonalisation disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11(2), 92-100.

Öztürk E. (2003). *Prevalance of childhood trauma in families of patients with dissociative disorders*. [Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı.

Öztürk, E. (2009a). Dissosiyatif kimlik bozukluğunun psikoterapisi. *Psikedergi*, 2, 39-49.

Schlax, J., Wiltink, J., Beutel, M. E., Münzel, T., Pfeiffer, N., Wild, P., Blettner M., Kerafrodı, J.G. ve Michal, M. (2020). Symptoms of depersonalization/derealization are independent risk factors for the development or persistence of psychological distress in the general

population: Results from the Gutenberg health study. *Journal of Affective Disorders*, 273, 41-47.

Simeon, D. (2004). Depersonalisation disorder: a contemporary overview. *CNS Drugs*, 18, 343-354.

Sar, V. (2011). Epidemiology of dissociative disorders: An overview. *Epidemiology Research International*, 2011.

Thomson, P. ve Jaque, S. V. (2018). Depersonalization, adversity, emotionality, and coping with stressful situations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 19(2), 143-161.

ZİHNİN KARANLIK DÜNYASI: PSİKOPATOLOJİYE BAKIŞ

- İrem Dilşah Akça/Bahçeşehir Üniversitesi-Psikoloji Bölümü Öğrencisi

Psikopatoloji, çeşitli zihinsel bozuklukların teorik temelleri, nedenleri, ilerleyişi, semptomları, teşhisi ve tedavisi dahil olmak üzere kapsamlı bir şekilde incelendiği bilimsel bir alandır. Psikopatoloji (*Psychopathology*), Yunanca kökenli *psych* ("zihin" veya "ruh" anlamına gelir), *path* ("duygu" veya "acı çekmeye" atıfta bulunur) ve *ology* (çalışma) köklerinden türetilen bir terimdir. Bu nedenle, terimi en geniş anlamıyla zihnin acı çekmesinin çalışması olarak tanımlamak mümkündür. İnsan psikolojisinin karmaşıklığına dair önemli bir anlayış sunan psikopatoloji, bazen karanlık bir yere işaret etmektedir. Ancak psikopatolojinin incelediği konuların derinliği ve incelikleri, insan beyninin inanılmaz potansiyelini de yansıtmaktadır. Bu nedenle, psikopatoloji insan psikolojisi hakkında hayranlık uyandıran bir fikir dünyasına açılan kapıları temsil eder. Bu yazıda, insan davranışları ve düşüncelerindeki anormallikleri anlamak ve tedavi etmek için kullanılan psikopatoloji hakkında daha ayrıntılı bir inceleme yapacağız.

Psikopatolojinin Tarihçesi:

Psikopatoloji, antik Yunan döneminden beri insanların zihnindeki rahatsızlıkları anlamaya çalıştığı bir alandır. Hipokrat, bu rahatsızlıkları tanımlamak için "Melankoli" ve "Delilik" gibi terimleri kullanmıştır. Orta çağda, zihinsel rahatsızlıkların kötü ruhlar veya şeytanlar tarafından oluşturulduğuna inanılıyordu ve tedavi yöntemleri genellikle insanların acı çekmesine neden oluyordu. Rönesans dönemiyle birlikte, psikopatoloji daha bilimsel bir yaklaşımla ele alınmaya başlandı ve modern tıbbın bir parçası haline geldi. Bugün, psikopatoloji, insanların zihinsel sağlığına ilişkin anlayışımızı derinleştirmekte ve bu alan üzerinde araştırmalar yapan birçok uzmanın çalışmalarına ev sahipliği yapmaktadır.

Bilim İnsanları: Psikopatolojinin tarihinde birçok önemli bilim insanı yer almaktadır. Bu bilim insanları, psikopatolojiye dair ilk teorileri ve tanımları geliştirmişlerdir. İşte bazı önemli bilim insanları ve katkıları:

- *Hippocrates (MÖ 460-MÖ 370)*: Antik Yunan hekimi olan Hippocrates, insan davranışlarının doğal nedenleri olduğunu savundu. Bu nedenle, ruhsal bozuklukların da fiziksel nedenleri olabileceğini düşündü.
- *Philippe Pinel (1745-1826)*: Pinel, Fransa'da ilk modern akıl hastanesini kurdu ve hastaların insanlık dışı muamelesine son verdi. Ayrıca, psikopatolojinin tıbbi bir disiplin olarak kabul edilmesine yardımcı oldu.
- *Sigmund Freud (1856-1939)*: Freud, modern psikolojinin kurucularından biridir. Psikanaliz adlı teorisini geliştirdi ve bu teori psikopatoloji alanındaki çalışmalar için büyük bir etki yarattı.
- *Emil Kraepelin (1856-1926)*: Kraepelin, modern psikiyatrinin kurucularından biridir. Döneminde, birtakım zihinsel hastalıkları ilk kez ayrıntılı olarak tanımladı ve sınıflandırdı.

Teşhis ve Tedavi Yöntemleri:

Psikopatolojik bozuklukların teşhisi, genellikle bir klinik görüşme, zihinsel durum muayenesi ve bazen de laboratuvar testleri veya görüntüleme çalışmaları yoluyla yapılır. Psikopatolojik bozuklukların tedavisi; psikolojik müdahaleler, ilaç tedavileri, bilişsel terapiler, davranışsal terapiler, psikodinamik terapiler gibi çeşitli yöntemlerle gerçekleştirilir. Tedavi genellikle bir multidisipliner yaklaşımı gerektirir ve terapi, ilaç tedavisi veya bir kombinasyonu olabilir. Kognitif davranış terapisi kişilerin düşünce ve davranışlarını değiştirmelerine yardımcı olmak için kullanılırken, çoğu psikopatolojik bozuklukta yaygın bir tedavi yöntemi olan ilaç tedavisi ise genellikle semptomları hafifletmek ve beyin kimyasını düzenlemek için kullanılır. Psikoterapi, birçok psikopatolojik bozukluğun tedavisinde kullanılan bir diğer etkili yöntemdir. Terapistler, hastanın bireysel ihtiyaçlarına göre çeşitli terapi teknikleri kullanabilirler. Örnek verecek olursak: Bilişsel davranışçı terapi, özellikle anksiyete ve depresyon gibi bozuklukların tedavisinde etkilidir. Aile terapisi, aile ilişkilerinin iyileştirilmesine odaklanırken, sanat terapisi, hastaların sanatsal ifade yoluyla duygularını ifade etmelerine yardımcı olabilir. Hipnoterapi, neurofeedback ve TMS, diğer tedavi seçenekleri arasında daha az yaygın olsa da bazı psikopatolojik bozuklukların tedavisinde etkili olabilir. Bununla birlikte, tedavi yöntemleri, kişinin semptomlarına ve bozukluğun türüne göre değişebilir. Tedavi sürecinde, bir psikiyatrist, psikolog veya diğer sağlık uzmanları, hastanın semptomlarını izler ve uygun tedavi yöntemlerini önerir. Psikopatoloji, insan davranışlarının ve düşüncelerinin anormalliklerini inceleyen bir psikoloji dalıdır. Psikopatolojik bozukluklar, insanların psikolojik sağlığına yönelik önemli bir tehdit oluşturur. Bu nedenle, psikopatoloji ve psikopatolojik bozuklukların tanımlanması, sınıflandırılması ve tedavisi, insanların psikolojik sağlıklarını korumak için son derece önemlidir. Uygun tedavi yöntemlerinin kullanılması, hastaların semptomlarının iyileştirilmesine yardımcı olabilir ve onların hayat kalitelerini artırabilir.

KAYNAKÇA

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
- Butcher, J. N., Hooley, J. M. ve Mineka, S. (2013). *Abnormal psychology* (15th ed.). Pearson.
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C. ve Neale, J. M. (2010). *Abnormal psychology* (11th ed.). John Wiley & Sons.
- Maddux, J. E. ve Winstead, B. A. (2012). *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding* (3rd ed.). Routledge.
- Widiger, T. A. ve Clark, L. A. (Eds.). (2000). *Textbook of psychopathology*. McGraw-Hill.
- Fulford, D. ve Johnson, S. A. (2010). *Psychopathology*. Wiley Online Library. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00268>



Seslerin Gücü: Mizofoni

-Psikolog Ayşenur Kamalı

Bu kavramı önceden duymamış olsanız bile belki de fark etmeden veya anlamlandıramadan farklı oranlarda deneyimlemişsinizdir. Bazı ritmik seslerin bir araya gelerek oluşturduğu bir şarkıda sevinç veya hüznü hissedebilirken mizofoni hassasiyetinde ise ritmik uyaranlar yoğun öfkeye neden olur. Hissedilen bu yoğun öfke, sizin sevdiğiniz insanlarla kurduğunuz ilişkileri zedeleyebilir, iş hayatınızda bazı zorluklara sebebiyet vererek çalışma veriminizi düşürebilir, yaşam doyumunuzu dâhi derinden etkileyebilir.



Tetiklenme sıklığının fazlalığı, yoğun öfke duygusu ve bunu kontrol etme çabasına rağmen kişiler, çevrelerinden “Abartıyorsun!”, “Yemek yemeyi senden mi öğreneceğiz!” söylemlerini işitirler. Bu hassasiyet yüzünden ailesiyle aynı masada yemek yiyemeyen, yese bile sürekli kulaklık kullanan hatta restoranda yemek yemeye dahi gidemeyen kişilerin sayısı toplum içerisinde az değildir. Araştırmalarda kriterlere uygun mizofoni görülme sıklığının %7 olduğu ve üniversite öğrencilerinin %20’sinin hayatlarını ciddi düzeyde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

Öfke, korku, iğrenme gibi rahatsızlık verici duygulara sebep olan ve belirli seslerden aşırı rahatsız olma durumudur. Schröder’in önerdiği semptomlar şu şekildedir (2013):

- A) Belirli seslerin uyandırdığı tiksinti ve kızgınlık duyguları,
- B) Nadiren potansiyel olarak saldırgan davranışlar
- C) Bireyin davranışının aşırı olduğunun farkında olması
- D) Kaçınma davranışı
- E) Günlük yaşamda sıkıntı ve müdahale
- F) Tüm semptomları açıklayacak başka bir koşulun olmaması.

Bu hassasiyet, Odyoloji alanında yer alıyor olsa da psikiyatrik/psikolojik sınıflandırma sisteminde yer alması gerektiğini savunan araştırmacıların sayısı bir hayli çok. Yüksek seslere karşı bir rahatsızlık duymanın yanı sıra daha yumuşak ve ritmik sesler kişiyi daha çok öfkeliendirebilir. Belirli aralıkta frekansların işitme sistemimiz için sağlıklı olduğunu düşündüğümüzde yüksek frekanslı sestten rahatsız olmamız daha olağandır ancak düşük desibele sahip seslerden de rahatsız olunması hatta yüksek desibele sahip seslerden çok daha fazla rahatsızlığa sebep olması ve tetikleyici sesler benzer olsa da ses kaynağı farklı kişiler olduğunda hissedilen öfkenin de değişkenlik göstermesi, psikoloji ve psikiyatri alanlarıyla açıklanabilecek kökenlerinin olduğunu da düşündürmekte. Aile üyelerinden veya sık vakit geçirilen insanların çıkardığı seslerden daha fazla rahatsız olduğu görülen bu hassasiyete sahip kişilerde, kendi seslerine karşı bir öfkeye genelde rastlanmaz. Veya hayvan seslerinden o kadar da rahatsız olmazlar. Bunun sebebinin, sesi çıkaran kaynağın ses üzerindeki algılanan sorumluluğuna ve anlamlandırmasına bağlı olduğu araştırmalarca öne sürülüyor.

Genelde insanların yemek yerken çıkardığı seslerden neden bazı insanlar çok da rahatsızlık duymazken bazıları için sesler hayatı bu kadar zorlaştırır? Bu seslere bazı insanlar neden zamanla alışırken bazı insanlar zamanla duyarlılaşır? Üstelik bu sesler, çoğu durumda yemek yerken çıkarılması doğal olan hatta kişinin kendisinin de çıkardığı seslerken. Bir teoride evrimsel olarak hastalıktan koruma işlevi sebebiyle bu hassasiyetin gelişebileceği öne sürülüyor. Rahatsız olunan sesler genellikle vücuttaki salgıların neden olduğu sesler ve bu salgılar da kişiye hastalık bulaştırma potansiyeline sahip. Gelişen bu hassasiyet sayesinde kişi, çevresindeki insanlardan bulaşabilecek hastalıklardan uzaklaşmış olur.

Diğer bir teori ise kişilerin sesi ve sesi çıkaran kişiyi iğrenç bulma eğilimleri sebebiyle kökeninin tiksinti duygusuna dayandığını savunuyor. Bu hassasiyetin toplumsal ahlak kurallarına uymayan kişileri tiksindirici bularak o kişilerden uzaklaşmaya yaradığı ifade ediliyor. Kavramsal olarak belirtmek gerekirse ahlaki tiksinti durumunun bir sonucu olarak bu hassasiyetin gelişebileceği düşünülüyor.



Mizofoniye sahip bir kişi birkaç sestten rahatsız olabilirken çok fazla sestten de rahatsız olabilir. Kişiler; ağız şapırdatma, burundan çıkan sesler, çekirdek çitleme ses, yutma sesi, sakız çiğneme, hüpürdetme, horlama, saatin tik tak sesi gibi hem insanın oluşturduğu hem de nesnelerden çıkan seslerden rahatsız olabilmektedir. Bacak sallanması, ağzını açarak yemek yiyen birinin görüntüsü veya ritmik bir şekilde parmaklarını masaya vurma gibi belirli görsellere karşı da seslere verilen tepkiler gibi yoğun bir rahatsızlık bildirdikleri bulunuyor.

Hatta tetikleyici sesi veya görüntüyü hayal etmenin bile tetikleyici sesi duyduğunda veya o görüntüyü gördüğündekine benzer tepkiler verdikleri gözlemleniyor. Bu

uyaranlar parmak izi gibi kişiden kişiye değişkenlik gösterir. Herkesin rahatsız olduğu tetikleyici uyaranlar, rahatsız olma

oranları, baş etme stratejileri, duygusal ve bedensel tepkileri farklılık gösterebilir.



Tetikleyici uyarana maruz kaldıktan sonra kişinin, tabiri caizse ‘kan beynine sıçramak’ deyimiyile de açıklanabilecek şekilde ilk duygusal tepkisi yoğun bir öfke olur. Bu yoğun öfke bazen kişide kontrolünü kaybetme hissine hatta uzun süre tetiklendiğinde gerçekten kontrolün kaybedilmesine bile sebep olabilir. Uyarana maruz kalındığı andan itibaren kaygı, tiksinti, nefret gibi duyguların da etkisiyle kişi kalp hızında artış ve bu sebeple göğüste sıkışma hissi, bazı beyin bölgelerinin artmış aktivasyonu sebebiyle baş bölgesinde basınç hissi gibi belirtiler yaşayabilir. Uyarana çok kısa süre maruz kalırsa bile hissedilen bu yoğun duygunun etkisi kişinin üzerinden kısa sürede geçmeyebilir. Bazen bu süreç saatleri bile bulabilir.

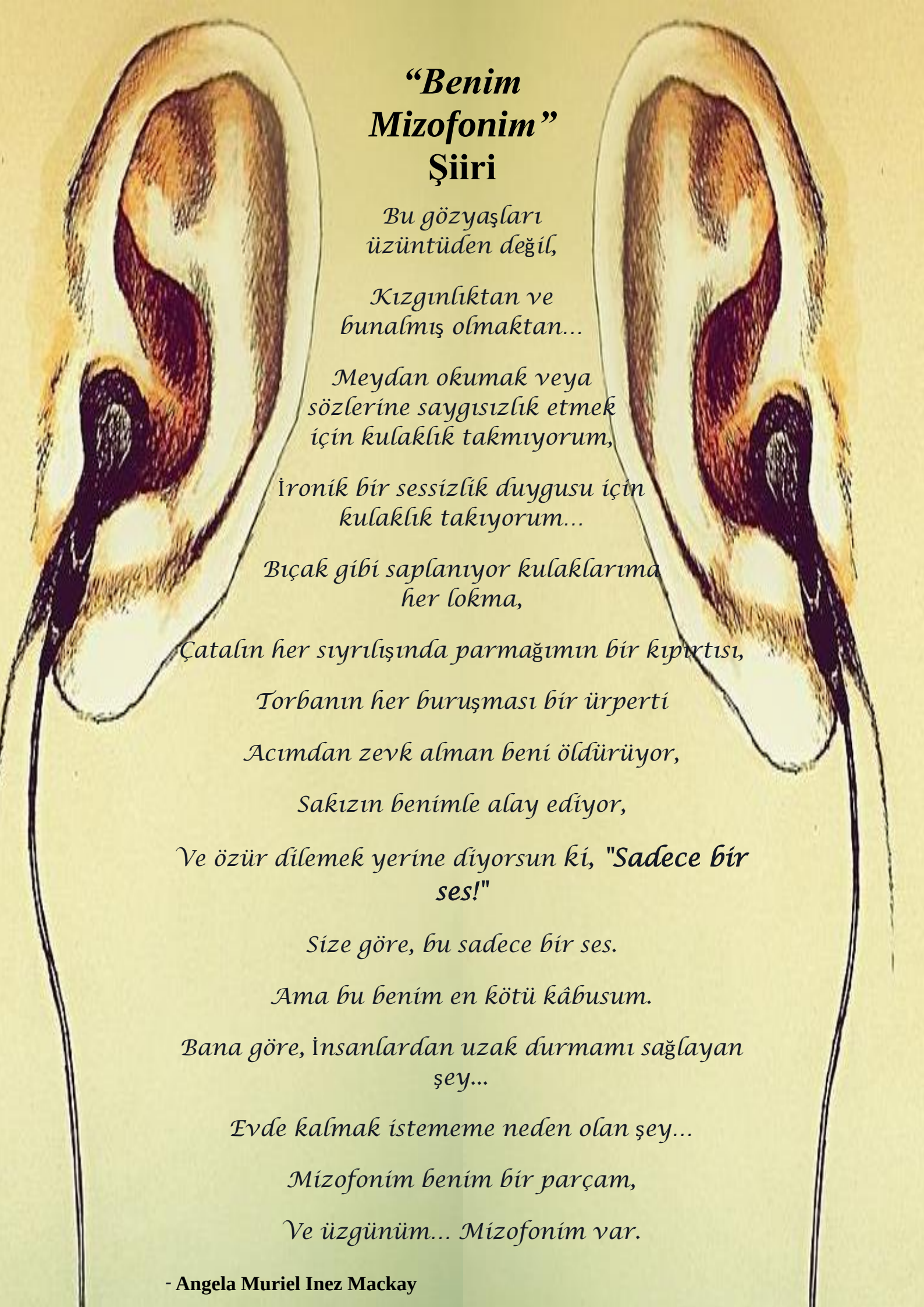
Bu yoğun duyguların sebep olduğu gerilim, bireyi uyumsuz davranışlar sergilemeye itebilir. Örneğin; kişi tetikleyici uyarana sahip olan kişiyle tartışabilir, uyarandan uzaklaşmaya çalışabilir. Bu tepkiler herkeste görülmeyebilir ya da tüm tepkiler bir kişide de görülebilir.

Kişi, hissettiği bu yoğun öfkeyi kontrol edebilmek adına kendince sesten kaçma, sesi bastırmaya çalışma ve kulaklık kullanma gibi birçok yolu dener. Kişi sesten kaçmaya çalıştıkça ve sessizliğe sığındıkça geçici bir rahatlama hissedebilir ancak

seslere karşı hassasiyetini pekiştirmiş ve bu döngünün daha da kuvvetlenmesine sebep olmuş olur.

Yapılan çalışmalar sonucunda mizofoni başlangıcının ergenlik döneminde görüldüğü, hayatın işlevselliğinin bozulmasının farkına varılması ve yardım arama davranışının da etkisiyle tanının 30’lu yaşlarda konulduğu bulunuyor. Belki de erken müdahale edilse hayatına olumsuz etkisinin azalacağı bu hassasiyetle bu yaşlara kadar mücadele halinde olan kişide zamanla süreç kronikleşmiş olabiliyor.

ASMR, sinestezi, TSSB (Travma Sonrası Stres Bozukluğu), OKB (Obsesif-Kompulsif Bozukluk), DEHB (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu) ve yeme bozuklukları gibi başka hastalık veya hassasiyetlerle benzer semptomlar içermesi sebebiyle kişiler yanlış tanı alabiliyor. Bu hassasiyetin farkında olunmaması sebebiyle yanlış tedavi yöntemleri uygulanabiliyor. Bu durumda birey anlaşılmadığını hissediyor. Hassasiyetin yeterince bilinmemesi ve spesifik bir tedavi yönteminin olmaması sebebiyle de kişi hayat kalitesini düşüren bu hassasiyet karşısında yanlış giden şeylerin kendisinde olduğunu düşünüp çaresizlik hissine kapılabiliyor. Yardım arayışı azalabiliyor, kişi çıkardığı sesler ve oluşan görüntülerin uyandırdığı yoğun rahatsız edici duygulardan kaçabilmek için insanlardan uzaklaşabiliyor.



“Benim Mizofonim” Şiiri

*Bu gözyaşları
üzüntüden değil,*

*Kızgınlıktan ve
bunalmış olmaktan...*

*Meydan okumak veya
sözlerine saygısızlık etmek
için kulaklık takmıyorum,*

*İronik bir sessizlik duygusu için
kulaklık takıyorum...*

*Bıçak gibi saplanıyor kulaklarıma
her lokma,*

Çatalın her sıyrılışında parmağımın bir kıpırtısı,

Torbanın her buruşması bir ürperti

Acımdan zevk alman beni öldürüyor,

Sakızın benimle alay ediyor,

*Ve özür dilemek yerine diyorsun ki, "Sadece bir
ses!"*

Size göre, bu sadece bir ses.

Ama bu benim en kötü kâbusum.

*Bana göre, insanlardan uzak durmamı sağlayan
şey...*

Evde kalmak istememe neden olan şey...

Mizofonim benim bir parçam,

Ve üzgünüm... Mizofonim var.

KAYNAKÇA

Alluşoğlu S. (2020). *Azalmış ses toleransı bozukluklarının ayırt edilmesinde kullanılacak ölçek geliştirilmesi*. [Doktora tezi]. Hacettepe Üniversitesi.

Edelstein, M., Brang, D., Rouw, R. ve Ramachandran, V. S. (2013). Misophonia: Physiological investigations and case descriptions. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00296>

Ferrer-Torres, A. ve Giménez-Llort, L. (2022). Misophonia: A systematic review of current and future trends in this emerging clinical field. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11).

Hocaoğlu Ç. (2018). Az bilinen bir konu misophonia: İki olgu sunumu. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 31, 89-96.

Jastreboff P. ve Jastreboff M. (2015). Decreased sound tolerance: Hyperacusis, misophonia, diplacusis, and polyacusis. *Handbook of clinical neurology* (s. 375-387) içinde. Elsevier.

Dozier, T. H. (2017). *Understanding and overcoming misophonia: A conditioned aversive reflex disorder*. Misophonia Treatment Institute.

Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği (2017). TPD 21. Yıllık Toplantısı ve Klinik Eğitim Sempozyumu”, TPD 21. Yıllık Toplantısı ve Klinik Eğitim Sempozyumu Bildiri Özetleri”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 28, 2017.

Yılmaz Y. ve Hocaoğlu Ç. (2021). Mizofoni: Bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(2), 383-393.

PATOLOJİK YAS VE TRAVMA

-Klinik Psikolog Kübra Keçeci-Almanya



*Herkese merhabalar,
Patoloji temasında, yas konusunu ele almak istedim bu yazıda. Nedeni ise, birçoğunuzun tahmin edebileceği gibi özellikle son dönemde yaşanmış olan ve bizleri derinden etkileyen Kahramanmaraş merkezli deprem.*

Deprem sonrasında birçok meslektaşımızın gönüllü olarak sahaya indiğini ve gerek yüz yüze gerekse çevrimiçi olarak destek sunduklarını/sunmaya devam ettiklerini biliyoruz. Ancak bunun yanında birçok kişinin başka şehirlere göç etmek zorunda kaldığı da yaşanan gerçekler arasında. Her ne kadar destekler sunulmuş olsa bile, buna her depremzedenin ulaşamadığı veya ulaşsa dahi görüşmelerin kopukluğa uğradığı da yaşanmışlıklar arasında. Özellikle bu nedenden dolayı, yasin daha ileri boyuta geçerek, patolojik bir boyuta ulaşma tehlikesine karşılık kaleme aldım bu yazıyı.

Öncelikle kısaca bir yasin tanımından bahsederek ilerleyelim istiyorum; *yas, bireyin sevdiği bir kimsenin veya bir nesnenin kaybından sonra yaşadığı duygusal vedavramışsal süreçlerin bütünü* olarak tanımlanır. Sevilen birinin ölümü, sağlık kaybı, iş kaybı, boşanma, bazen taşınma, göç etme ve benzeri durumlar kendi içlerinde kayıp taşıyan ve dolayısıyla kendi şiddetleriyle orantılı bir yas sürecini taşırlar. Bu süreç, şok, inkâr, pazarlık, depresyon ve kabullenme ile ilerler.

Patolojik yasin belirlenmiş üç tipi vardır. Bunlar; kronik yas tepkisi, hipertrofik yas tepkisi ve uzamış yas tepkisidir. Yapılan uzun dönem araştırmalarına göre *patolojik yas*, ayrı klinik bir tablo olarak karşımıza çıkar. Patolojik yas kavramı, ruhsal ve fiziksel sağlığı tehdit edici bir risk faktörü olarak değerlendirilirken, ilk defa 1997 yılında Horowitz tarafından ‘travmatik yas’ tabiri ortaya atılarak kullanılmış ve patolojik yasin bir nevi strese yanıt sendromu olduğunu, patolojik yasta ortaya çıkan inkar, kızgınlık, şok, kaçınma ve benzeri semptomlarının TSSB semptomları ile benzerliğine dikkat çekerek, bundan dolayı patolojik yas yerine, ‘travmatik yas’ kelimesinin kullanımının daha uygun olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Çünkü, yasin yanında kullanılan travma kelimesi, ayrılık yaşantısının travmatize edici potansiyeline de işaret eder ve böylece travmatik yas teriminin, patolojik yastaki hem travmatik yaşantı semptomlarını hem de ayrılık yaşantısının ortaya çıkardığı semptomlarını tanımlayabileceği ileri sürülmüştür. Travmatik yasin tanısında A,B,C ve D olmak üzere toplam dört ölçüt bulunmaktadır. Bunlar; *A ölçütü*, bir yakının ölümü ve ayrılık kaygısının belirtilerinden oluşanlar, *B ölçütleri*, ölümle travmatize olmanın yasa özgün belirtileridir, ki burada 11 temel alt ölçüt bulunmaktadır, tanı için 4’ünün bulunması ve bu ölçütlerin belirginlik ve süreklilik taşıması gerekmektedir. (Bu 11 belirti; geleceğe ilişkin anlamsızlık hissi, duygusal tepkisizlik, kopukluk, donukluk hissi, şok, taşlaşma hissi, ölümü kabulde güçlük, hayatın anlamsız ve boş olduğu hissi, ölen olmadan da yaşamın anlamlı olabileceğini

hayal edememe, bir parçasının yok olduğu hissi, dünyanın darmadağın olduğunu düşünme, emniyette olmama, güvensizlik hissi, ölen kişiye zarar verdiğine ilişkin gerçek olmayan düşünceler, ölümle ilgili aşırı öfke, acı ve huzursuzluk hissidir), *C ölçütleri* süreye (en az 2 ay boyunca olmalıdır) ilişkindir ve *D ölçütleri* ise psikososyal işlevlerde (sosyal, mesleki ve kişinin hayatının diğer önemli alanlarında) aksamanın görülmesidir. Travmatik yasın normal yastan ayırt edici özelliğı, ani kayıplar ve kişi için dehşet verici olayların yaşanmış olmasıdır. Bunlara örnek olarak doğal afetlerin yanında, savaşlar ve terörler de verilebilir. Yani her kaybın arkasından gelişen yasın normal ve doğal tepki olduğunu söylememiz mümkünken, travmatik yasta ayırt edici özellik olarak *kaybın beklenmedik ve şiddet içermesi* doğal süreci etkilemesi karşımıza çıkmaktadır. Patolojik yas ise, kaybın üzerinden en az 6 ay geçmesine rağmen kişinin işlevselliğinin bir düzene ulaşamaması ve kişinin, yas evrelerinden herhangi birine takılı kalması ile tanımlanabilmektedir. Yastaki kişilerin, bu süreci sağlıklı bir biçimde atlatabilmeleri için profesyonel destek almaları gerekmektedir. Bu noktada kişinin çevresinin desteğı ve çevresi tarafından da bir uzmana yönlendirilmesi de ayrı önem arz etmektedir.