ANORMAL PSİKOLOJİSİ
(Abnormal Psychology)

Gerald C. Davison
John M. Neale

Çeviri Editörü
İhsan Dağ

7. Basım

Türk Psikologlar Derneği Yayınları

TÜBA

TÜBA 2008 YILI ÜNİVERSİTE DERS KİTAPLARI
TELİF VE ÇEVİRİ ESER ÖDÜLÜ

Yazarlar : Gerald C. Davison, John M. Neale
Kitabın Özgün Adı : Abnormal Psychology (Seventh Edition)
Kitabın Adı : Anormal Psikolojisi

Çeviri Editörü: Doç. Dr. İhsan DAĞ

Çeviri Kurulu *(Soyada göre Alfabetik Sırada)*

Yrd. Doç. Dr. Ayşegül DURAK BATIGÜN
Prof. Dr. Levent KÜEY
Doç. Dr. İhsan DAĞ
Prof. Dr. Ferhunde ÖKTEM
Doç. Dr. Ceylan DAŞ
Prof. Dr. Işık SAVAŞIR
Doç. Dr. Gülsen ERDEN
Dr. Psk. Mehmet Akif SAYILGAN
Doç. Dr. Buket ERKAL
Doç. Dr. Gonca SOYGÜT
Uzm. Psk. Ahmet TOSUN

Teknik Editör : Ayşegül DURAK BATIGÜN
Sayfa Tasarımı : Ejder KORKMAZ
Grafik Çizim ve Düzenlemesi : Ejder KORKMAZ, Ayşe KORKMAZ
Kapak Tasarımı : Ejder KORKMAZ
Baskı : DETAMAT Tel: 0 312 384 47 21

©Türk Psikologlar Derneği 2004 (Türkçe Baskısı).
Tüm hakları saklıdır. John Wiley & Sons, Inc. tarafından yayınlanan İngilizce basımından yetkili tercümedir. Yazılı izin almaksızın tamamen veya kısmen çoğaltılamaz. Kaynak gösterilerek kısa alıntılar yapılabilir.

©Türk Psikologlar Derneği 2011 (Düzeltilmiş 2. Baskı).
Kitabı Düzeltilmiş 2. Baskıya Hazırlayan: Dr. Sedat IŞIKLI

Kitabın Özgün Baskısının Yayın Hakları ve Katalog Bilgileri
Copyright © 1998 by John Wiley & Sons, Inc. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, scanning or otherwise, except as permited under Sections 107 or 108 of the 1976 United States Copyright Act, without either the prior written permission of the Publisher, or authorization through payment of the appropriate per-copy fee to the Copyright Clearance Center, 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923, (508) 750-8400, fax (508) 750-4470. Request to the Publisher for permission should be addressed to the Permissions Department, John Wiley & Sons, Inc., 605 Third Avenue, New York, NY 10158-0012, (212) 850-6011, fax (212) 850-6008, E-Mail: PERMREQ@WILEY.COM

Library of Congress Cataloging in Pubication Data:
Davison, Gerald C.
Abnormal Psychology / Gerald C. Davison, John M. Neale - 7th ed. P. cm.
Includes bibliographical references and index. ISBN 0-471-11122-8 (cloth: alk. paper) Psychology, Pathological. I. Neale, John M., 1943-
I. Title.
[DNLM: 1. Psychopathology. 2. Mental Disorders. WM 100 D265a 1997]
RC454. D3 1997
616. 89-dc21
DNLM/DLC for Library of Congress 97-21696 CIP
Printed in the United States of America 10 9 8 7 6 5 4 3 2

Türk Psikologlar Derneği
Meşrutiyet Cad. 22/12 Kızılay 06650 ANKARA
Tel: 0312-425 67 65 - Tel/Faks: 0312-417 40 59
E-mail: bilgi@psikolog.org.tr
WEB: www.psikolog.org.tr

Türk Psikologlar Derneği Yayınları No: 29
ISBN: 975-6761-09-1

Sevgili Hocamız Prof. Dr. Işık Savaşır'ın anısına...

ÇEVİRİ KURULU

Çeviri Editörü: **Doç. Dr. İhsan DAĞ**
Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Prof. Dr. Işık SAVAŞIR (Bölüm 6, Bölüm 7, Bölüm 8, Bölüm 10, Bölüm 11)
Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı
Prof. Dr. Ferhunde ÖKTEM (Bölüm 15, Bölüm 16)
Hacettepe Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı
Prof. Dr. Levent KÜEY (Bölüm 3, Bölüm 17)
Beyoğlu Eğitim Hastanesi Psikiyatri Bölümü ve İstanbul Bilgi Üniversitesi Psikoloji Bölümü
Doç. Dr. Buket ERKAL (Bölüm 2, Bölüm 4, Bölüm 19'da Toplum Psikolojisi kısmı)
Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü
Doç. Dr. İhsan DAĞ (Bölüm 1, Bölümler dışındaki materyal)
Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü
Doç. Dr. Ceylan DAŞ (Bölüm 14, Bölüm 19'da Grup, Çift ve Aile Terapisi kısmı)
Psikolojik Değerlendirme, Terapi ve Eğitim Merkezi, Ankara
Doç. Dr. Gonca SOYGÜT (Bölüm 9)
Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü
Doç. Dr. Gülsen ERDEN (Bölüm 20)
Ankara Üniversitesi Psikoloji Bölümü
Yard. Doç. Dr. Ayşegül DURAK BATIGÜN (Bölüm 12)
Ankara Üniversitesi Psikoloji Bölümü
Dr. Psk. Mehmet Akif SAYILGAN (Bölüm 18)
Serbest Psikoterapist, Ankara
Uzm. Psk. Ahmet TOSUN (Bölüm 5, Bölüm 13)
Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü

Prof. Dr. Işık SAVAŞIR'ın vefatından önce kitabın bir önceki baskısından yaptığı çevirilerin yeni baskıdaki kontrollerini ve değişikliklerini yapmaya, eksikliklerini tamamlamaya katkıda bulunanlar:

Doç. Dr. Gonca SOYGÜT (koordinatörlüğünde)
Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü
Uzm. Psk. Çağay DÜRÜ
Başkent Üniversitesi Psikiyatri Bölümü
Uzm. Psk. Sedat IŞIKLI
Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü
Uzm. Psk. Sait ULUÇ
Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü
Uzm. Psk. Zeynep Tüzün Özgüner
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ergen Bölümü
Uzm. Psk. Cem Özgen
Bilkent Üniversitesi Öğrenci Gelişim ve Danışma Merkezi
Uzm. Psk. Çağla Gülol
Psikolojik Değerlendirme, Terapi ve Eğitim Merkezi, Ankara

İÇİNDEKİLER

İTHAF ..... **III**
ÇEVİRİ KURULU ..... **IV**
İÇİNDEKİLER ..... **V**
ÇEVİRİ ÖNSÖZÜ ..... **VI**
YAZARLAR HAKKINDA ..... **VII**
ÖNSÖZ ..... **VIII**
İÇİNDEKİLER (AYRINTILI) ..... **XV**

KISIM I: GİRİŞ VE TEMEL KONULAR **1**

BÖLÜM 1 GİRİŞ TARİHSEL VE BİLİMSEL DEĞERLENDİRMELER **3**
BÖLÜM 2 PSİKOPATOLOJİDE VE TERAPİDE GÜNÜMÜZDE GEÇERLİ PARADİGMALAR **24**
BÖLÜM 3 SINIFLANDIRMA VE TANI **56**
BÖLÜM 4 KLİNİK DEĞERLENDİRME İŞLEMLERİ 73
BÖLÜM 5 ANORMAL DAVRANIŞIN ÇALIŞILMASINDA ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ **105**

KISIM II: PSİKOLOJİK BOZUKLUKLAR **125**

BÖLÜM 6 KAYGI BOZUKLUKLARI **127**
BÖLÜM 7 SOMATOFORM VE DİSOSİYATİF BOZUKLUKLAR **160**
BÖLÜM 8 PSİKOFİZYOLOJİK BOZUKLUKLAR VE SAĞLIK PSİKOLOJİSİ **184**
BÖLÜM 9 YEME BOZUKLUKLARI **213**
BÖLÜM 10 DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI **234**
BÖLÜM 11 ŞİZOFRENİ **272**
BÖLÜM 12 MADDE BAĞIMLILIĞI İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR **303**
BÖLÜM 13 KİŞİLİK BOZUKLUKLARI **345**
BÖLÜM 14 CİNSEL BOZUKLUKLAR VE CİNSEL KİMLİK BOZUKLUKLARI **372**

KISIM III: YAŞAM-BOYU GELİŞİMSEL BOZUKLUKLAR **423**

BÖLÜM 15 ÇOCUKLUK DÖNEMİ BOZUKLUKLARI **425**
BÖLÜM 16 YAŞLANMA VE PSİKOLOJİK BOZUKLUKLAR 471
KISIM IV: MÜDAHALE VE YASAL VE ETİK KONULAR **511**
BÖLÜM 17 İÇGÖRÜ TERAPİLERİ **513**
BÖLÜM 18 BİLİŞSEL VE DAVRANIŞSAL TERAPİLER **542**
BÖLÜM 19 GRUP ÇİFT VE AİLE TERAPİSİ VE TOPLUM PSİKOLOJİSİ **582**
BÖLÜM 20 YASAL VE ETİK KONULAR **620**

SÖZLÜK **S-1**
KAYNAKLAR **R-1**
İNDEKS ..... **İ- 1**

ÇEVİRİ ÖNSÖZÜ

1997'de Türk Psikologlar Derneği'nin o dönemki Başkanı Sayın *Prof. Dr. Nail Şahin,* Amerikan Büyükelçiliği Kültür Ataşeliği ile bir anlaşma yaparak, psikoloji eğitiminde Türkçe kaynak eksikliğini gidermeye dönük olarak 3 ayrı kitabın Türkçe yayın haklarını aldırmıştı. Bu kitapların tercüme faslı ne yazık ki çok uzun bir sürece yayılmıştır. TPD, 2002'de "Psikolojiyi Anlamak" adlı giriş kitabını, 2003'de de "Anormal Davranışlar Psikolojisinde Vak'a Çalışmaları" adlı kitabı yayımladıktan sonra, şimdi de son olarak elinizdeki bu kitabı yayımlamaktadır.

2000 Yılı Aralık Ayında Dernek Yönetim Kurulu toplantımızda birkaç yıldır ortada duran bu kitaplardan ikisinin çeviri editörlüğünü üstüme aldığımda işimin hiç de kolay olmadığını biliyordum. Ancak çok yorucu yaklaşık bir 4 yılın sonunda, sorumluluğunu üstlendiğim bu işleri bitirmenin huzurunu yaşıyorum. 2003'de yayınlanan vak'a kitabımızın bütünleyicisi olduğu ve gerek usta yazarları gerekse benzerleri arasında kapsam açısından en görkemlisi olan bu Anormal Psikolojisi kitabını da psikoloji eğitimimizin hizmetine sunuyoruz. Bu, tüm bu çalışmalara en baştan beri tamamen gönüllü olarak karar vermiş, hizmet etmiş veya katkıda bulunmuş tüm meslektaşlarımız için bir gururdur, hepsine minnettarız.

Bu kitabın ilk çeviri çalışmalarına rahmetli ve sevgili hocamız Prof. Dr. Işık Savaşır başlamıştı. Kendisinin vefatından sonra bilgisayarında bu kitabın bir önceki baskısının 5 Bölümünün ilk çevirilerinin bulunduğu görülmüştü. Bu Bölümler, *Doç. Dr. Gonca Soygüt* başkanlığında Hacettepe Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora öğrencileri tarafından kontrol edilerek yeni baskıya göre güncellenmiştir. Kalan 15 Bölümü ise ben ve 8 meslektaşımız ile bir psikiyatri uzmanı arkadaşımız çevirdik. Çok kapsamlı olmasından dolayı aynı zamanda çok uzun da olan bu Bölümlerin çevirisi gerçekten büyük zahmetlerle ve özveriyle yapılabilmiştir. Ancak konuyla ilgili uzmanlık düzeyleri tam olan meslektaşlarımız tarafından çevrildiği için, çeviri editörlüğü çalışmalarım görece kolay olmuştur. Bununla birlikte, kitabın İngilizcesi, yazarların cümle kurma tarzları açısından görece olarak zordu ve bu durum, çevirinin Amerikan Elçiliği tarafından sözleşme gereği kontrolden geçirilmesi nedeniyle çevirilerimize de kısmen yansımış olmalıdır. Dileriz okuyucumuz kitabımızın dili konusunda önemli bir sorun yaşamaz. Yine de kavram ve dil birliği konusunda, alanımızda herkesçe kabul görmüş karşılıklar yeterince bulunmadığı için mükemmele ulaşabilmemiz kuşkusuz mümkün değildir.

Vak'a kitabımızla birlikte bu kitabın ülkemizdeki psikoloji eğitimine önemli katkıları olacağı açıktır. İlk kez anormal psikolojisi konusunda konunun uzmanları tarafından yazılmış ve çevrilmiş Türkçe bir ders kitabımız olmaktadır. Aslında kitabımızın, psikiyatrik bozuklukların etiyolojisinde psikolojik kuramsal bakış açılarını da kapsamlı biçimde ve kendi dillerinde öğrenmek isteyen psikiyatri uzmanlık öğrencileri ve hatta uzmanları için de çok yararlı bir kaynağı oluşturacağı söylenebilir. Aynı şekilde Sosyal Çalışmacıların, Psikolojik Danışma ve Rehberlik öğrencilerinin eğitimlerinde de çok önemli katkıları olabilir.

Kitabımızı, çevirenlerin tümü olarak sevgili hocamız rahmetli *Prof. Dr. Işık Savaşır'a* ithaf ediyoruz. O'nun eserleri olarak bulunduğumuz konumlarda çalışmalar yapabiliyoruz. Ruhu şad olsun. Çeviri çalışmalarına katılan ve katkıda bulunan tüm Hocalarıma, meslektaşlarıma ve öğrencilerimize bu titiz, özverili ve dakik çalışmalarından dolayı çok teşekkür ediyorum. Psikiyatri Uzmanı *Prof. Dr. Levent Küey'e* de bize katıldığı için çok teşekkür ediyorum. Çevirmenlerimizden birinin çevirilerini bilgisayar ortamına aktaran Sayın *Gelincik Tegin'e* çok teşekkür ediyorum. Kitabın yayın haklarını Türk Psikologlar Derneği adına satın alan ve basımını da ayrıca destekleyen *Amerikan Büyükelçiliği Kültür Ataşeliği* yetkililerine de Dernek adına çok teşekkür ediyoruz. Kitabın basım aşamasına geldiğinde Dernek Yönetiminde bulunan arkadaşlarımıza da gösterdikleri empati ve kolaylık nedeniyle çok teşekkür ediyorum.

Kitabın eğitim çabalarımıza yapacağı katkı, hepimizin bu özverili yorgunluğumuzu fazlasıyla unutturacaktır.

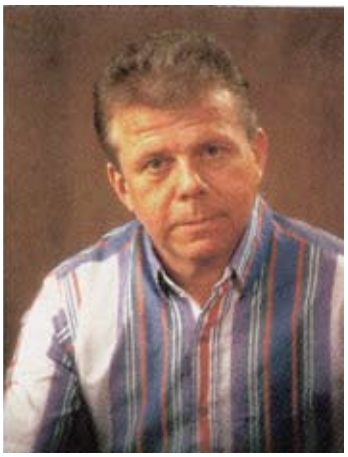
Esenlik dileklerimizle,
Doç. Dr. İhsan Dağ
Çeviri Editörü
Ekim, 2004

Düzeltilmiş Baskıya Çeviri Önsözü Eki:

Kitabın 2. Baskıya girmeden önce dizgi hatalarının giderilmesi için özveri ile çalışan başta Dr. Sedat Işıklı olmak üzere Ar. Gör. Volkan Gülüm ve 4. sınıf öğrencimiz Hüseyin Nergiz'e çok teşekkür ederim. İ.D.

YAZARLAR HAKKINDA

GERALD C. DAVISON, aynı zamanda 1979'dan 1984'e kadar Klinik Eğitimi Yöneticisi ve 1984'den 1990'a kadar Bölüm Başkanı olduğu Southern California Üniversitesinde psikoloji profesörüdür. Kendisi önceden Stony Brook'daki State University of New York'ta (1966 - 1979) psikoloji fakültesindeydi. B.A. derecesini Harvard'dan ve Ph.D. derecesini de Stanford'dan almıştır. Amerikan Psikoloji Birliğinin (APA) üyesidir ve Klinik Psikoloji Bölümünün, Bilimsel Konular Kurulunun, Bilimsel Ödüller Komitesinin ve Temsilciler Konseyinin Yürütme Kurulu Üyesidir. Kendisi ayrıca Amerikan Psikoloji Topluluğunun (APS) imtiyazlı üyesi ve Davranış Tedavisinin Geliştirilmesi Derneğinin (AABT) eski başkanıdır. Ayrıca Ulusal Bilimler Akademisinin İnsan Performansının Arttırılması Komitesinde de iki dönem çalışmıştır. Davison 1988'de APA'nın Toplumsal ve Etik Sorumluluk Kurulundan üstün başarı ödülü almıştır. 1989'da Albert S. Raubenheimer Özel Fakülte Ödülünü USC'nin Edebiyat ve Sanat ve Bilimler Kolejinden almıştır. 1993'de USC'de Öğretimde Mükemmellik akademik ödülüne layık görülmüştür. 1976'da Marvin Goldfried ile ortak yazarlığını yaptığı ve 1994'de genişletilmiş bir baskı ile yayınlanan Klinik Davranış Tedavisi (Clinical Behavior Therapy), Sosyal Bilimlerde Atıf İndekslerinde atıf klasiği olarak kabul edilen iki yayından biridir. "Behavior Therapy", "Cognitive Therapy and Research", "Journal of Cognitive Psychotherapy" ve "Journal of Psychotherapy Integration"da Yayın Kurulu Üyeliği yapmaktadır. Güncel araştırma programı bilişler ile çeşitli davranışsal ve duygusal sorunlar arasındaki ilişkilere odaklanmıştır. Davison öğretim ve araştırmacılığına ek olarak, klinik psikolog sıfatıyla uygulama da yapmaktadır.



JOHN M. NEALE, anormal psikolojisi lisans derslerini düzenli olarak okuttuğu Stony Brook'daki State University of New York'da psikoloji profesörüdür. B.A. derecesini University of Toronto'dan ve M.A. ve Ph.D. derecelerini Vanderbilt Üniversitesinden almıştır. Langley Porter Nöropsikiyatri Enstitüsünde Tıbbi Psikolojide klinik psikoloji intörnlüğünü tamamlamıştır. 1975'te İngiltere Londra'da Psikiyatri Enstitüsünde misafir öğretim üyesi olarak bulunmuştur. 1974'de şizofrenideki bilişsel süreçler üzerine yaptığı araştırmaları için Amerikan Psikoloji Birliği'nin Erken Kariyer Ödülünü kazanmıştır. 1991'de Amerikan Psikoloji Birliği'nden Klinik Psikoloji Bilimi için Dernek Topluluğu üstün bilim insanı ödülünü kazanmıştır. Bir çok derginin Yayın Kurulu Üyeliğini yapmıştır ve "Journal of Abnormal Psychology"nin Yayın Yönetmen Yardımcısıdır. Mesleki dergilerdeki sayısız makalelerinden başka, televizyondaki şiddetin çocuklar üzerindeki etkileri, araştırma yöntemleri, şizofreni, anormal psikolojide vak'a çalışmaları, sağlık üzerine psikolojik etkiler gibi konularda kitaplar yayınlamıştır. Şizofreni, araştırmalarının temel odağıdır ve son bir kaç yıldır donuk duygulanım belirtileri konusunda çalışmaktadır. Ayrıca stresin sağlık üzerindeki etkileri üzerine araştırmalar yapmaktadır ve halen başa çıkmaların bu ilişkiye nasıl eşlik ettiğini araştırmaktadır.

ÖNSÖZ

Stony Brook'daki anormal psikoloji lisans derslerindeki deneyimlerimizi paylaşmaya başladığımız günden bu yana yirmi beş yıl oldu. O günkü konuşmamızdan ortak olarak yayınlamaya karar verdiğimiz bir ders kitabının ana hatları da çıkmıştı. Bu kitabın o zamanki ders kitaplarından klinik ile görgül/deneysel karışım dengesi, organize edici olarak paradigmaları kullanması ve okuyucuyu, klinisyenler ile bilim insanlarının uğraştığı problem çözmeye katma çabası açısından farklı olması kararlaştırılmıştı. Genç akademisyenler olarak amaçladığımız çabanın meslektaşlarımız ve onların lisans öğrencileri tarafından nasıl karşılanacağı konusunda hiç bir fikrimiz yoktu. Bu yüzden 1974'de ilk baskının yayınlanmasından sonra kitabın gördüğü ilgi bizim için sürpriz oldu ve çok sevindik. Daha sonraki baskıların aynı şekilde devam eden kabulü yalnızca memnuniyetimizi artırdı. Güncellediğimiz her yeni baskıyla değişiklikler yaptık, kitabın akademik ve didaktik karakteristiğini yükseltecek önemli özellikler ekledik. Karmaşık kavramları kolay anlaşılır ve canlı bir yazıma dönüştürmek için de çok çaba sarf ettik. Psikopatoloji ve müdahale alanları giderek teknik bir hale gelmektedir. Bu yüzden iyi bir anormal psikoloji ders kitabı öğrencilerin dakik ve odaklanmış dikkatini çekmek zorundadır, öyle ki ancak bu sayede öğrenciler konuların derin bir anlayışını kazanabilirler. Daha azına da layık değildirler. İnanıyoruz ki, bu yedinci baskı karmaşık konuların sulandırılmamış tartışılması ile öğrenci için ilgi çekici ve bilgilendirici bir arkadaş olma arasında uygun bir denge sağlayacaktır. Yıllardır ders öğretim sorumluları ve öğrencilerden aldığımız geri bildirimler gösteriyor ki, bu çabamızda başarılıyız.

KİTABIN AMAÇLARI

Çağdaş anormal psikolojisinde çok az tam ve hızlı yanıt vardır. Gerçekte alan bir çok biçimde kavramsallaştırılmaktadır ve sorulması gereken soruların türleri sıcak tartışma konularını oluşturmaktadır. Bu kitapta, iki temel soruya verilebilecek olası yanıtlara kısa bakışları sunmaya çalıştık: *Psikopatolojiye neler neden olur? ve Psikolojik sorunları azaltmada veya önlemede hangi tedaviler en etkili yollardır?*

Bu ders kitabını yazmadaki amacımız psikopatolojideki ve müdahaledeki kuramlar ve araştırmaları sunmak değildir ama aynı zamanda insanoğlunun karşılaştığı en kafa karıştırıcı sorulardan bazılarına yanıt bulma arayışımıza eşlik eden entellektüel heyecanımızı aktarmaktır. Bir defasında önceki baskılarımızdan birini gözden geçiren bir meslektaşımız kitabımızın, sorunu ve çözümünü vermekten fazlasını içermesi nedeniyle bir dedektif öyküsü gibi okunduğunu söylemişti. Biz daha çok öğrenciyi ipuçlarının araştırılmasına, sezgilerini izlemeye ve alanın bilim ve sanat kısımlarından gelen kanıtların değerlendirilmesi sürecine katmaya çalıştık. Psikopatolojinin kökenleri ve özgül müdahalelerin etkililikleri üzerine kanıtları elekten geçirirken, öğrencileri bizimle bir keşif sürecine katılmaya cesaretlendirmeyi denedik.

BİLİMSEL KLİNİK YAKLAŞIM

Bu kitabın önceki altı baskısında olduğu gibi, bilimsel yaklaşıma güçlü bir bağlılığı paylaşıyoruz ama aynı zamanda konunun sıklıkla kontrol edilemeyen doğasını ve klinik bulguların önemini de dikkate alıyoruz. Algının seçici doğasını tanımak psikolojide ortak bir yer etmiştir ve bu konuyu bütün kitap boyunca seslendiriyoruz. Okuyucuları eleştirel olarak düşünmeye ve bizim ve diğerlerinin görüşlerinin faziletlerini dikkate almaya cesaretlendiriyoruz. Çağdaş psikopatolojideki temel alternatif kavramsallaştırmaları kapsamlı ve yansız bir şekilde sunmayı başardığımıza inanıyoruz.

ORGANİZE EDİCİ İLKELER OLARAK PARADİGMALAR

Kitapta tekrarlayan bir tema temel bakış açılarının, Kuhn'un (1962) dediği gibi, paradigmaların önemidir. Lisans öğrencilerinin eğitimindeki deneyimimiz, herhangi bir bilginin altında yatan ifade edilmemiş varsayımları açık hale getirmenin önemini kavramamızı sağlamıştır. Paradigmaları ele alışımızda, önermelerini açık hale getirmeye çalıştık. Özgül olgular unutulduktan uzun zaman sonra, öğrenci psikopatoloji alanındaki temel sorunların kavranmasını devam ettirebilmelidir. Aynı zamanda da varılan cevapların, bu soruları sorma yöntemleri ile ortaya atılan sorular tarafından fark ettirmeden ama önemle kısıtlandığını anlayabilmelidir. Kitap boyunca dört ana paradigmayı tartışıyoruz: *psikanalitik, öğrenme (davranışsal), bilişsel ve biyolojik.* Terapileri tartışırken, ayrıca *insancıl* ve *varoluşsal* paradigmaları da tanımlıyoruz.

Alakalı bir konu da anormal psikolojinin çalışılmasında birden fazla paradigmanın kullanılmasıdır. Tüm alanı, örneğin bir biyolojik paradigmanın içine zorlamaktan çok, psikopatolojideki farklı çerçeveler içerisinde analiz edilmesi mümkün çeşitli sorunlarla ilgili varolan bilgileri tartıştık. Örneğin, zihinsel gerilikler ve şizofreni incelenirken biyolojik süreçler dikkate alınmalı ama depresyon gibi diğer bozukluklar ele alınırken, bilişsel davranışsal kuram da o kadar gereklidir. Örneğin dissosiyatif bozukluklar gibi başkaları incelenirken de psikanalitik kuramlar anlayışımızı yükseltebilir. Bir kaç revizyonumuz süreci boyunca stres - yatkınlık yaklaşımının önemi daha da belirginleşmiştir. Ortaya çıkan veriler göstermiştir ki, birçok bozukluk, bedensel ya da psikolojik yatkınlıklar ile stresli yaşam olayları arasındaki hemen göze çarpmayan etkileşimlerden ortaya çıkmaktadır. Kapsamımız bu hipotez ve bulguları yansıtmaya devam ediyor, bir çok psikopatolojinin anlaşılması için gerekli stres - yatkınlık paradigmasına dayanan pozisyonumuzu güçlendiriyor.

YEDİNCİ BASKININ ORGANİZASYONU

İlk kısımda (1-5. Bölümler) alanı tarihsel bağlamına yerleştirdik, bilimde paradigmaların kavramlarını sunduk, psikopatoloji ve müdahalede temel paradigmaları tanımladık, DSM-IV'ü (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) gözden geçirdik, geçerliğini ve güvenirliğini eleştirel olarak tartıştık ve sonra da klinik değerlendirmedeki temel yaklaşımların ve tekniklerin genel bir gözden geçirmesini yaptık. Önceki baskılarda olduğu gibi, özgül bozukluklar ve tedavileri 2. ve 3. Kısımlarda (6- 16. Bölümler) tartışıldı. 1982'deki Üçüncü baskımızdaki yaşlanmayla ilgili bölümümüz, bu tür bir kitaptaki ilk bölümdü ve inanıyoruz ki, şimdiki 16. bölümümüz, bir anormal psikoloji ders kitabında önemli ama hâlâ yetersiz olarak çalışılmış konuların en kapsamlı tartışmasıdır. Son kısım olan 4. Kısım (17-20. Bölümler), müdahaleler üzerinedir ve inanmaya devam ediyoruz ki, ruhsal bozuklukları önlemeye veya tedavi etmeye çalışan sağlık profesyonelleri tarafından karşılaşılan birçok kafa karıştırıcı ve ilginç sorunu okuyucuyla beraber keşfetmemize izin veren tek ayrı ve geniş gözden geçirmedir. Ayrıca, yasal ve etik sorunlar üzerine olan 20. Bölümümüzü güncellemeye ve güçlendirmeye devam ettik. Ki, bu bölümün hukuk fakültelerinde sınıflara ruh sağlığı yasalarına tam ve analitik bir giriş oluşturması nedeniyle ödev olarak okutulduğunu bilmekten memnunuz. Bu kapanış bölümü, bir yanda bilimsel bulgular ve kuramlar arasındaki karmaşık karşılıklı oyunun derinlemesine bir çalışılmasına, diğer yanda da etiğin ve yasaların rolüne adanmıştır ki bu, 'bilimin söyledikleri' ile 'insanların günlük yaşamlarını kontrol ederken bilimin nasıl uygun olarak kullanılabileceği' arasındaki diyalektik gerilimi oluşturmasıyla temel bir konudur.

ORGANİZASYONDAKİ DEĞİŞİKLİKLER

Bu Yedinci Baskıda, önceden bu bozukluklara ayırdığımız iki bölümün yerine, cinsel bozukluklar (14) ve çocukluk dönemi bozuklukları (15) üzerine ayrı birer bölümümüz var. Bu her iki konuda da sınamamızın daha odaklanmış ve bütünleşmiş olmasını sağladı. Yeme bozukluklarının çalışılmasını da daha önce yer aldığı çocuk bölümünden taşıdık ve önemi giderek artan bu konunun kapsamını yeni bir bölümde (Bölüm 9) genişlettik. Bununla birlikte, çocukluk dönemi bozukluklarıyla ilgili kapsamımızı azaltmadık, çocukluktaki kaygı ve duygudurum bozuklukları şimdi sırasıyla Bölüm 9 ve 10'da tartışmaya devam ettik. Bu organizasyonel değişiklikler bölüm sayılarında bir azalmayla sonuçlanarak kitabı bir dönemlik derste daha kolay incelenebilir hale getirdi.

BU BASKIDAKİ YENİLİKLER

Bu Yedinci Baskıda birkaç tema ve konu yenidir ya da genişletilmiştir.

KÜLTÜREL VE KÜLTÜRLERARASI KONULAR

Psikopatolojinin ve müdahalenin çalışılmasında kültürel faktörler üzerine dikkate değer malzemeyi kitap boyunca kullandık. Aynı zamanda bizim kültürümüzden farklı kültürlerde anormal davranışın farklı kavranma yollarının tartışmasını yaptık. Örneğin, DSM-IV'ün klinisyenleri ve araştırmacıları anormal davranışın biçimlenmesinde kültürün rolü konusunda nasıl duyarlı hale getirdiğini ve psikolojik anormalliklerin dünyanın farklı bölgelerinde nasıl görüldüğünü tartıştık. Örneğin, Kaygı Bozuklukları Bölümünde (Bölüm 6), denizde uzun süre yalnız kalan fok avcıları arasında bulunan bir tür panik bozukluğu olan kayak-angst'i tanımladık. Klinik Değerlendirme Bölümünde (Bölüm 4), değerlendirmede kültürel yanlılığa ve algıdaki bu seçiciliğe karşı önlemlere ilişkin tartışmamızı genişlettik.

Kültürel etkiler yeni Yeme Bozuklukları Bölümümüzde de (Bölüm 9) keşfedilmektedir. Beden biçiminde neyin güzel ve istenir olduğuna dair toplumsal kavramlar, kişilerin beden ağırlıklarını kontrol etmede başvurdukları aşırılıklarda katkı yapan faktörler olarak sunuldu.

BİYOLOJİK FAKTÖRLER VE STRES - YATKINLIK PARADİGMASI

Kitabımız hem etiyolojide hem de tedavideki biyolojik faktörlere büyük bir pay ayırmaya devam etmektedir. Nörobilimde süre giden ilerlemeler, psikopatolojinin kökenleri ve bunların nasıl tedavi edileceği veya önleneceği konusunda yeni ve önemli bilgiler getirmektedir. Obsesif kompulsif bozukluk, şizofreni, duygudurum bozuklukları, davranım bozukluğu, dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğu, otistik bozukluk ve Alzheimer hastalığının kökenleri üzerine biyolojik bulgular özel olarak belirtilmelidir. Bununla beraber, 'anatomi kader değildir' deyişinde olduğu gibi, biyolojik determinizmin haksız aşırılıklarından kaçınma gayretimiz doğrultusunda odağımızın stres - yatkınlık görüşünde kalmasına devam ediyoruz. Böylece, gelişen ikiz ve evlattık çalışmaları ile yeni nörokimyasal bulgular, anormal davranışın bedensel nedenlerine ilişkin değerlendirmelerimizi yükseltiyor ise de, önemli oranda bir varyans bu faktörlerce açıklanamadan kalmaktadır. Bu yüzden, biyolojik yatkınlıkların çevresel faktörlerle, özellikle de karşılaştığımız stres kaynaklarıyla etkileştiği sayısız ve karmaşık yolları keşfetmeye devam etmek zorundayız.

GENİŞLETİLMİŞ KAPSAM

Güncellemelerimize ilişkin genel türden bilgilendirmelerimize ek olarak, aşağıda bu Yedinci Baskıdaki bazı yeni materyallere ilişkin küçük bir örneklemi listeliyoruz:

- Karmaşık insan davranışını açıklamada indirgemeciliğin sınırlarının yeni tartışması (Bölüm 2).
- Çağdaş psikodinamik kuramlar ve araştırmalar üzerine baştan sona yeni materyal (Birçok bölümde, ama özellikle Bölüm 2, 17 ve 18'de).
- Biyokimyasal değerlendirmede ilerlemeler (Bölüm 4).
- Kaos kuramı ve karmaşık bir dünyada karmaşık insan davranışlarının anlaşılmasındaki sınırlar için doğurguları üzerine yeni Odak Kutusu (Bölüm 5).
- Genellenmiş Kaygı Bozukluğunun merkezi bir yönü olarak endişe üzerine araştırmaların tartışılması (Bölüm 6).
- Deneysel yöntemle ortaya çıkarılmış panik ataklarının aracısı olarak kaygı duyarlığı (Bölüm 6).
- Dissosiyatif bozukluk dâhil çeşitli bozukluklarda çocukluk cinsel istismarının rolünün eleştirel tartışması (Bölüm 7); sınır kişilik bozukluğunda (Bölüm 13), cinsel işlev bozukluklarında (Bölüm 14) ve bastırılmış anıların psikoterapide hatırlanmasına ilişkin anlaşmazlıklar (Bölüm 7) ile bazı yetişkin hastaların ebeveynlerine karşı yaptıkları suçlamalardan ortaya çıkan bazı yasal sonuçlar (Bölüm 20).
- Dissosiyatif ve konversiyon bozuklukları arasındaki benzerlikler (Bölüm 7).
- Acil durumlara müdahale eden görevlilerdeki kan basıncı üzerine son araştırmalar (Bölüm 8).
- Sosyal destek konusundaki en son laboratuar araştırmaları (Bölüm 8).
- Başa çıkma ve göğüs kanseri arasındaki ilişkiler (Bölüm 8).
- Bulimia için yeni tedaviler (Bölüm 9). İki uçlu bozukluk ve yaratıcılık üzerine yeni araştırmalar (Bölüm 10)
- Karışık kaygı ve depresyon üzerine güncel çalışmalar (Bölüm 10).
- Depresyonu bilişsel faktörlerden yordama konusundaki son araştırmalar (Bölüm 10).
- G-proteinleri ve iki uçlu bozukluk üzerine son çalışmalar (Bölüm 10).
- Alanın, dopaminden nörotransmitterlerin daha geniş bir menziline nasıl kaydığını gösteren şizofreni üzerine son çalışmalar (Bölüm 11).
- Alkol duyarlığından alkolizmi yordama konusunda yeni materyal (Bölüm 12).
- Çocuk ve ergenlerde madde kullanımını ve kötüye kullanımını önlemede yeni çabalar (Bölüm 12).
- Kişiliğin beş faktör modelinin kullanımıyla kişilik bozukluklarını sınıflamada boyutsal bir yaklaşım (Bölüm 13).
- Homofobinin bastırılmış eşcinsel eğilimlerden ortaya çıktığına ilişkin psikanalitik hipotezi destekleyen son deneysel kanıtlar (Bölüm 14).
- Çocukların tacizinde olumsuz duygu durum üzerine yeni bilgiler (Bölüm 14). Davranım bozukluğunda zaman sınırlıya karşın yaşam boyu kalıcı örüntüler üzerine yeni veriler ve kuramları da içeren genişletilmiş tartışma (Bölüm 15).

- Kişinin potansiyelini en üst düzeye çıkarmak için gereken destek sistemlerine vurgu yapan Amerikan Zihinsel Gerilik Derneği'nin yeni sınıflama sistemi (Bölüm 15). Otistik bozuklukla bağlantılı zihinsel özürlerin bazılarının olumlu uzun vadeli sonuçları (Bölüm 15).
- Alzheimer hastalığının gidişinde ve tedavisinde östrojenin olası rolü (Bölüm 16). Alzheimer hastalığında tau proteinleri ve nörofibril iplikcikler üzerine son araştırmalar (Bölüm 16).
- Uyku apnesini de içeren uyku bozukluklarının yeni ve genişletilmiş tartışması (Bölüm 16).
- Kadınların yaşlanmanın getirdiği değişikliklere uyum sağlamada sahip oldukları avantajlar ve sosyal cinsiyet rolü esnekliğinin dikkate alınması (Bölüm 16). Psikoterapi sonuçları üzerine araştırmalarda temel konuların yeni tartışması; örneğin tedavi el kitaplarının güçlü ve sınırlı yönleri ve yeterlik ve etkililik çalışmaları arasındaki farklar (Bölüm 17).
- Hastaların tedavilerle eşleştirilmesi ve Project Match sonuçları; alkol kötüye kullanımının tedavisinde temel olan çok merkezli bir çalışma (Bölüm 18). Eklektisizm ve psikoterapi bütünleştirilmesinde süregelen gelişmeler (Bölüm 2 ve 18).
- Yakın ilişkilerde şiddetin doğası ve sonuçları (Bölüm 19).
- Psikoterapide kültürel ve ırksal olarak dikkate alınan noktaların genişletilmiş tartışılması (Bölüm 19).
- Şiddeti yordama üzerine son araştırmalar ve sivil mahkûmiyet ile ilişkileri (Bölüm 20). Kamuya tehlike oluşturmanın kısmen yüksek olduğu durumlarda önleyici tutuklamayı düzenleyen ve son zamanlarda kabul edilen cinsel saldırganlık yasası (Bölüm 20). Genel bilimsel ilkelerin bireysel vak'aların karmaşıklığında hayata nasıl geçtiğini göstermek üzere kitap boyunca çoğu kendi klinik çalışmamıza dayanan klinik vak'a malzemelerinin artan kullanımı.

KİTABIN ÖĞRENCİ OKURUN ÖZEL İLGİSİ İÇİN ÖZELLİKLERİ

Bu kitabın öğrencilerin malzemeden hoşlanmalarını ve daha kolay ustalaşmalarını sağlamak, konuları kullanıcıya arkadaş kılmak üzere bazı özellikleri vardır.

• **Odak Kutuları.** Kitap boyunca odak kutularında çerçevelenmiş seçme konuların derinlemesine tartışılması sağlanmaktadır. Bu özellik okuyucuyu ana metnin akıcılığından uzaklaştırmadan çok özelleşmiş bir konuyla ilgilendirmeye izin vermektedir. Bazen bir odak kutusu metindeki bir noktayı açımlarken, bazen tamamen farklı, sıklıkla da tartışmalı ama ilgili bir konuyu ele almaktadır. Bu kutuların dikkatle okunması okuyucunun konuyla ilgili anlayışını derinleştirecektir.

• **Bölüm-Açılış Vak'aları.** 6'dan 16'ya Sendrom Bölümleri, geniş vak'a öyküleriyle açılmaktadır. Bu vak'alar Bölümde dikkatimizin büyük bölümünü meşgul eden kuram ve araştırmalar için klinik bir bağlam sağlamakta ve psikopatologlar ve klinisyenlerin görgül çalışmalarının canlı gerçek yaşam doğurgularını oluşturmaya yardım etmektedirler.

• **Bölüm Özetleri.** Her Bölümün sonunda bir özet bulunmaktadır ve okuyucular bunları Bölümün kendisini okumadan önce okumayı yararlı bulabilirler. Bu özetler okuyucuya ne okuyacağına dair iyi bir anlayış verirler. Özetler, Bölümün kendisinin okunmasından sonra tekrar okunduğunda öğrencinin anlayışını yükseltecektir ve Bölümün sadece bir okunması durumunda bile öğrenilenlerin hızlı bir şekilde anlaşılmasını sağlayacaktır.

• **Sözlük ve Anahtar Sözcükler.** Önemli bir terim sunulduğunda koyu olarak basılmakta ve Bölümün sonundaki Anahtar Sözcüklerde listelenmektedir. Bu terimin bir tanımı ve/ya tartışması metinde hemen ilk göründüğü yeri izlemektedir. Elbette bu terim kitapta daha ilerde tekrar görünebilmektedir ama bu sefer koyu basılı olmamaktadır. Kitabın sonunda tüm bu terimleri içeren bir sözlük de sağladık.

• **DSM-IV Tablosu.** Kitabın son sayfalarında şimdiki psikiyatrik sınıflamanın, DSM-IV'e göre bir özeti verilmektedir. Bu, bozuklukların nerede sınıflandığını gösteren kolay bir rehber sağlamaktadır. Okuyucular DSM-IV'ü sıklıkla kullandığımızı göreceklerdir ama bu, çoğunlukla seçici olarak ve eleştirel bir bakışı da beraberinde getirerek yapılmaktadır. Bazen belli bir problemle ilgili kuram ve araştırmaları DSM'nin kavramsallaştırmasından farklı bir yolla tartışmayı daha iyi bulduk.

• **Kaynaklar.** Güncel kalmaya adanmış olmamız ve ileriye bakıyor olmamız, kendisini yarısından çoğu 1994-1997 arasında yayınlanmış 1300'den fazla yeni kaynağın dâhil edilmesiyle göstermektedir.

YARDIMCILAR

Yeni Psikopatoloji Videobantları hastaların 10-15 dakikalık bantlarını içerir, sorunları ve aldıkları profesyonel bakım anlatılır. Bu bantlar temel bozukluklar içindir. (Türkiye için geçerli değildir. Ç.N.).

Yeni bir Sınıf CD ROM Sunumu tepegöz yansılarını içerir ve öğretim üyesinin el kitabına göre düzenlenmiştir. (Türkiye için geçerli değildir. Ç.N.).

Bir Öğrenci Çalışma Rehberi Eastern Kentucky University'den Douglas Hindman tarafından yazılmıştır ve öğrencinin ders kitabını okumasına ve çalışmasına yardımcı olmak üzere hazırlanmıştır. (Türkiye için geçerli değildir. Ç.N.).

Yeni bir Davison ve Neale Web Sitesi (Orjinal kitabı alanların kullanımına açıktır, Türkiye için geçerli değildir. Ç.N.).

Okutman Kaynağı Marian Williams'in yazarlığında (University of California at Los Angeles) dersin okutmanının yararlanacağı çeşitli materyaller (Türkiye için geçerli değildir. Ç.N.).

Tam Test Bankası Marian Williams tarafından hazırlanan ve gerek basılı gerekse CD ortamında sunulan soru bankası (Türkiye için geçerli değildir. Ç.N.).

TEŞEKKÜR

Bu Yedinci Baskıya çok sayıda meslektaşımızın katkıları için teşekkür etmek bizim için bir zevktir. Onların zengin yorumları kitabı iyileştirmemize ve rafine etmemize yardım etmiştir.

Gordon D. Atlas
Alfred University

Manuel Barrera
Arizona State University

Ronald W. Belter
University of West Florida

Larry E. Beutler
University of California—Santa Barbara

Jack Blanchard
University of New Mexico

Ronald L. Blount
The University of Georgia

Wolfgang G. Bringmann
University of South Alabama

Carol Carlson
University of Wisconsin—Osh Kosh

Sarah Cirese
College of Marin

John D. Cone
United States International University—San Diego

James O. Davis
Southwest Missouri State University

Margaret T. Davis
University of Baltimore

S. Wayne Duncan
University of Washington

Mitchell Earleywine
University of Southern California

Anthony Fazio
University of Wisconsin—Milwaukee

Thomas C. Greenland
Kentucky State University

David A. F. Haaga
American University

Todd F. Heatherton
Dartmouth College

William Iacono
University of Minnesota

Harvey Irwin
The University of New England

Carlton James
Rutgers University

Russell T. Jones
Virginia Tech University

Carolin Keutzer
University of Oregon

Peter M. Lewinsohn
Oregon Research Institute—Eugene

Christopher Martin
Western Psychiatric Institute—Pittsburgh

David McCord
W. Carolina University

Richard J. McNally
Harvard University

David E. Powley
University of Mobile

James A. Schmidt
Western Illinois University

Sandra T. Sigmon
University of Maine

Hugh Stephenson
Ithaca College

Zvi Strassberg
State University of New York—Stony Brook

Bob Summer
University of California—Davis

Lisa Terre
University of Missouri—Kansas City

Fred W. Whitford
Montana State University

Thomas A. Widiger
University of Kentucky—Lexington

W. Joseph Wyatt
Marshall University

Yararlı kütüphane araştırması University of Southern California'da Eve H. Davison, Unda Ferry, ve Todd O'Hearn tarafından sağlandı. Marian Williams'a taslağı hazırlaması ve Bölüm 4 ve 15'in ana kısımlarının yeniden organize edilmesini sağladığı için çok teşekkür ediyoruz. Todd O'Hearn'a da Bölüm 19'daki benzeri çalışması için teşekkür ediyoruz. Değerli sekreterya yardımı Jean Campbell, Rebecca Krakov ve Amanda Schelling tarafından verilmiştir. Birkaç Bölüm Stony Brook'daki meslektaşlarımız — Joseph Schwartz, Arthur Stone ve Gerdi Weidner'in tartışma ve tavsiyelerine dayanmıştır. Stony Brook'da daha ileri yardım Antonis Kotsaftis ve Susanne Triesch tarafından sağlanmıştır.

Wiley ile 1971'de anlaştık ve bu revizyonla "Wiley ailemizin" bağlılık ve becerilerinden memnun olmaya devam ettik: Chris Rogers, Pui Szeto, Johrtna Barto, Jeanie Berke, Mary Ann Price, Carrie Ann Sabato, Jenifer Cooke, Madalyn Stone, Maddy Lesure, Kimberly Manzi, Pam Kennedy, Caroline Ryan ve Laura Lerardi. Özel teşekkürlerimiz, bilimsel kesinlikten ve sorumluluktan taviz vermeden metni daha ilginç ve okunabilir kılan çok yararlı gözden geçirmeler ve geliştirme önerileri sağlayan Leslie Carr'a gitmektedir.

Ders kitabımızın önceki kullanıcılarının hoşlandığı şeylerden biri okunabilirliği ve okuyucuyu psikolojinin karşılaştığı en kafa karıştırıcı problemlerin bazı cevapları için yazarlarla ortak bir sorgulamaya davet eden tarzıdır. Zaman zaman öğrenciler ve meslektaşlar kitap hakkındaki yorumlarını bize yazarlar. Bu iletişimleri daima memnuniyetle karşılarız. Okurlar bizle e-posta ile temas kurmayı daha kolay bulabilirler (abnormal@wiley.com) ya da bize mektup yazabilirler (Adres: Department of Psychology, University of Southern California, Los Angeles, CA 90089-1061 (Davison); veya Department of Psychology, State University of New York, Stony Brook, NY 11794-1200 (Neale).

Zaman zaman oluşan danışıklı sınırlı ulaşılabildiğimiz ve duygudurum oynamalarımız için, daima varolan moral destek için yaşamımızdaki en önemli kişilere özel teşekkürlerimizi sunuyoruz — Bu kitabı sevgi ve teşekkürlerimizle kendilerine adadığımız Kathleen Chambers, Eve ve Asher Davison (GCD), ve Gail ve Sean Neale (JMN). Son olarak, yazarlık sıramızı ilk baskıda olduğu gibi yazı tura atarak kararlaştırdık.

Haziran 1997

Gerald C. Davison
Los Angeles

John M. Neale
Stony Brook

İÇİNDEKİLER (AYRINTILI)

Bölüm 1

GİRİŞ: TARİHSEL VE BİLİMSEL DEĞERLENDİRMELER 3

ANORMAL DAVRANIŞ NEDİR? 6

İstatistiksel Seyreklik 6
Normların İhlâl Edilmesi 6
Kişisel Rahatsızlık Hissetme 7
Yeti Yitimi ya da İşlev Bozulması 8
Beklenmedik Olma 8

PSİKOPATOLOJİNİN TARİHÇESİ 8

Erken Dönem Şeytancı Anlayış 8
Somatogenez 10
Karanlık Çağlar ve Şeytancılık 11
Ruh Hastalarının Büyücü Olarak Kabul Edilmeleri 12
Tımarhanelerinin Gelişimi 13
Moral Tedavi 14
Çağdaş Düşüncenin Başlangıcı 17

BİLİM: BİR İNSAN UĞRAŞI 20

Bilimde Öznellik: Paradigmaların Rolü 21
Anormal Psikolojisinde Paradigmaların Bir Örneği 21

ÖZET 23

Bölüm 2

PSİKOPATOLOJİDE VE TERAPİDE GÜNÜMÜZDE GEÇERLİ PARADİGMALAR 24

BİYOLOJİK PARADİGMA 25

Biyolojik Paradigmada Çağdaş Yaklaşımlar 26
Tedavide Biyolojik Yaklaşımlar 29
Biyolojik Paradigmanın Değerlendirilmesi 30

PSİKANALİTİK PARADİGMA 30

Klasik Psikanalitik Kuram 30
Yeni-Freudcu Psikodinamik Bakış Açıları 34
Psikanalitik Paradigmanın Değerlendirilmesi 37
Psikanalitik Terapi 39

ÖĞRENME PARADİGMALARI 40

Davranışçılığın Doğuşu 41
Aracı Öğrenme Paradigmaları 44
Öğrenme Paradigmalarının Değerlendirilmesi 45
Davranışçı Terapi 45

BİLİŞSEL PARADİGMA 47

Bilişsel Kuramın Temelleri 47
Bilişsel Paradigmanın Değerlendirilmesi 48
Bilişsel Davranışçı Terapi 48

ÖĞRENME PARADİGMALARI VE BİLİŞSEL PARADİGMALAR 49

BİR PARADİGMAYI BENİMSEMENİN SONUÇLARI 50

YATKINLIK-STRES: BÜTÜNLEŞTİRİCİ PARADİGMA 50
KLİNİK BİR SORUNA DEĞİŞİK BAKIŞ AÇILARI İLE YAKLAŞMAK 52
PSİKOTERAPİDE EKLEKTİK YAKLAŞIM: UYGULAMA KUSURSUZ DEĞİL 53
ÖZET 54

Bölüm 3

SINIFLANDIRMA VE TANI 56 YİRMİNCİ YÜZYILDA TANI 57

AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİNİN TANI SİSTEMİ (DSM-IV) 58
Sınıflandırmanın Beş Boyutu 58
Tanı Kategorileri 59
ANORMAL DAVRANIŞIN SINIFLANDIRILMASINDA SORUNLAR 66
Tanıya İlişkin Genel Eleştiriler 66
Sınıflandırma ve Tanının Değeri 67
Tanıya İlişkin Özgül Eleştiriler 67
Güvenilirlik: Bir Tanı Sisteminin Köşe Taşı 68
Tanı Kategorileri Ne Kadar Geçerlidir? 68
DSM ve Tanıya İlişkin Eleştiriler 69
ÖZET 72

Bölüm 4

KLİNİK DEĞERLENDİRME İŞLEMLERİ 73

PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME 74
Klinik Görüşmeler 74
Psikolojik Testler 77
Davranışçı ve Bilişsel Değerlendirme 82
BİYOLOJİK DEĞERLENDİRME 88
Beyin Görüntüleme: Beyni “Görme” 88
Nörokimyasal Değerlendirme 91
Nöropsikolojik Değerlendirme 92
Psikofizyolojik Ölçme 94
DEĞERLENDİRMEDE GÜVENİRLİK VE GEÇERLİK 97
Güvenirlik 97
Geçerlik 98
KÜLTÜREL FARKLILIK VE KLİNİK DEĞERLENDİRME 99
Değerlendirmede Kültürel Yanlılıktan Kaçınma Stratejileri 100
DAVRANIŞIN TUTARLIĞI VE DEĞİŞKENLİĞİ 101
ÖZET 103

Bölüm 5

ANORMAL DAVRANIŞIN ÇALIŞILMASINDA ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ 105

BİLİM VE BİLİMSEL YÖNTEMLER 106
Sınanabilirlik ve Tekrarlanabilirlik 106
Kuramın Rolü 106

ANORMAL PSİKOLOJİSİNDE ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ 109

Vak'a Çalışması 109
Epidemiyolojik Araştırma 111
Korelasyonel Yöntem 113
Deney 116
Tek Denekli Deneysel Araştırma 120
Karışık Desenler 121

ÖZET 122

Bölüm 6

KAYGI BOZUKLUKLARI 217

FOBİLER 129

Özgül Fobiler 130
Sosyal Fobiler 130
Fobilerin Etiyolojisi 131
Fobilerin Tedavisi 135

PANİK BOZUKLUK 140

Panik Bozukluğun Etiyolojisi 141
Panik Bozukluk ve Agorafobiye Yönelik Terapiler 143

GENELLENMİŞ KAYGI BOZUKLUĞU 144

Genellenmiş Kaygı Bozukluğunun Etiyolojisi 144
Genellenmiş Kaygı Bozukluğunun Tedavisi 146

OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK 146

Obsesif-Kompulsif Bozukluğun Etiyolojisi 148
Obsesif-Kompulsif Bozukluğun Tedavileri 150

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU 152

Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etiyolojisi 154
Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tedavileri 155

ÖZET 158

Bölüm 7

SOMATOFORM VE DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLAR 160

SOMATAFORM BOZUKLUKLAR 161

Konversiyon Bozukluğu 162
Somatizasyon Bozukluğu 164
Somatoform Bozuklukların Etiyolojisi 166
Somatoform Bozuklukların Tedavisi 171

DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLAR 173

Dissosiyatif Amnezi 173
Dissosiyatif Kaçış 175
Depersonalizasyon Bozukluğu 176
Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu 176
Dissosiyatif Bozuklukların Etiyolojisi 179
Dissosiyatif Bozukluklarda Tedavi 179

ÖZET 182

Bölüm 8

PSİKOFİZYOLOJİK BOZUKLUKLAR VE SAĞLIK PSİKOLOJİSİ 184

STRES VE SAĞLIK 186

Stres Kavramını Tanımlamadaki Güçlükler 186
Stresi Ölçme Çabaları 187
Başa Çıkmanın Değerlendirilmesi 190
Stres-Hastalık Bağlantısındaki Ara Değişkenler 192

STRES-HASTALIK BAĞLANTISI KURAMLARI 193

Biyolojik Kuramlar 193 Psikolojik Kuramlar 194

KARDİYOVASKÜLER BOZUKLUKLAR 195

Esansiyel Yüksek Tansiyon 195
Koroner Kalp Hastalığı 199

ASTIM 202

Hastalığın Özellikleri 203
Astımın Etiyolojisi 204

PSİKOFİZYOLOJİK BOZUKLUKLARDA TEDAVİ 206

Yüksek Tansiyon Tedavisi 207
A Tipi Davranış Değiştirmek 210
Stres Yönetimi 210

ÖZET 212

Bölüm 9

YEME BOZUKLUKLARI 213

KLİNİK TANIMLAMA 214

Anoreksiya Nervoza 214
Bulimia Nervoza 216
Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu 218

YEME BOZUKLUKLARININ ETİYOLOJİSİ 218

Biyolojik Etkenler 218
Sosyokültürel Değişkenler 220
Cinsiyet Etkileri 223
Kültürel Etkiler 223
Psikodinamik Görüşler 224
Bilişsel-Davranışçı Görüşler 227

YEME BOZUKLUKLARININ TEDAVİSİ 229

Biyolojik Tedaviler 229
Anoreksiyanın Tedavisi 229
Bulimianın Tedavisi 230

ÖZET 232

Bölüm 10

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI 234

DEPRESYON VE MANİNİN GENEL ÖZELLİKLERİ 235

Resmi Tanı Listeleri 236
Tek uçlu (unipolar)- İki uçlu (bipolar) Bozukluk Ayırımının Geçerliği 238
Kategoriler Arasındaki Heterojenlik 238
Kronik Duygudurum Bozuklukları 239

DUYGUDURUM (MOOD) BOZUKLUKLARININ PSİKOLOJİK KURAMLARI 240

Depresyonun Psikanalitik Kuramı 240
Depresyonun Bilişsel Kuramları 241
Depresyonun Kişilerarası Kuramı 247
İki uçlu Bozukluğun Psikolojik Kuramları 248

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARININ BİYOLOJİK KURAMLARI 249

Kalıtsal Veriler 249
Nörokimya ve Duygudurum Bozuklukları 249
Nöroendokrin Sistem 252

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARINDA TEDAVİ 252

Psikolojik Tedaviler 252
Biyolojik Tedaviler 255

ÇOCUKLUK VE ERGENLİKTE DEPRESYON 257

Çocukluk ve Ergenlik Depresyonunun Semptomları ve Yaygınlığı 257
Çocukluk ve Ergenlik Depresyonunun Etiyolojisi 259
Çocukluk ve Ergenlik Depresyonunda Tedavi 259

İNTİHAR 260

İntiharla ilgili Gerçekler 262
İntihara Bakış Açıları 263
İntiharın Psikolojik Testlerle Yordanması 266
İntiharı Önleme 266
İntiharla Çalışmada Klinik ve Etik Sorunlar 268

ÖZET 271

Bölüm 11

ŞİZOFRENİ 272

ŞİZOFRENİNİN KLİNİK BELİRTİLERİ 273

Pozitif Belirtiler 273
Negatif Belirtiler 276
Diğer Belirtiler 277

KAVRAMIN TARİHÇESİ 277

Şizofreninin Erken Tanımlamaları 277
Birleşik Devletler'in Genişletilmiş Kavramı 279
DSM-IV Tanısı 279
DSM-IV'e Göre Şizofreninin Alt Tipleri 280

ŞİZOFRENİNİN ETİYOLOJİSİ 281

Kalıtsal Veriler 282
Biyokimyasal Faktörler 286
Beyin ve Şizofreni 289
Psikolojik Stres ve Şizofreni 290
Şizofreninin Yüksek Risk Araştırmaları 293

ŞİZOFRENİ TEDAVİLERİ 294

Biyolojik Tedaviler 295
Psikolojik Tedaviler 297
Tedavide Genel Eğilimler 299
Şizofreni Hastalarının Tedavisinde Süregelen Konular 299

ÖZET 301

Bölüm 12

MADDE KULLANIMIYLA İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR 303

ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI VE BAĞIMLILIĞI 305

Alkol Kötüye Kullanımının Yaygınlığı 306
Bozukluğun Gidişi 307
Alkol Bağımlılığının Bedeli 307
Alkolün Kısa Süreli Etkileri 308
Uzamış Alkol Kötüye Kullanımının Uzun Süreli Etkileri 308

NİKOTİN VE SİGARA İÇME 310

Sigara İçmenin Yaygınlığı ve Sağlık Açısından Sonuçları 310
Pasif İçiciliğin Sonuçları 311

MARİHUANA 312

Marihuana Kullanımının Yaygınlığı 312
Marihuana'nın Etkileri 312

YATIŞTIRICILAR ve UYARICILAR 315

Yatıştırıcılar (sedatifler) 315
Uyarıcılar (stimulanlar) 318

LSD VE DİĞER HALÜSİNOJENLER 321

Halüsinojenlerin Etkileri 322

MADDE KÖTÜYE KULLANIMI VE BAĞIMLILIĞININ ETİYOLOJİSİ 324

Sosyokültürel Değişkenler 324
Psikolojik Değişkenler 326
Biyolojik Değişkenler 328

ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI VE BAĞIMLILIĞININ TEDAVİSİ 329

Problemi Kabullenme 329
Geleneksel Hastane Tedavisi 330
Biyolojik Tedaviler 330
Adsız Alkolikler 331
Çift Terapisi 332
Bilişsel ve Davranışçı Tedaviler 332
Alkol Kötüye Kullanımı Tedavisinde Klinik Değerlendirmeler 334

YASADIŞI MADDE KULLANIMI İÇİN TEDAVİ 335

Biyolojik Tedaviler 336
Psikolojik Tedaviler 337

SİGARA İÇMENİN TEDAVİSİ 338

Psikolojik Tedaviler 338
Biyolojik Tedaviler 339
Yinelenmeyi Önleme 340

MADDE KÖTÜYE KULLANIMININ ÖNLENMESİ 341

ÖZET 343

Bölüm 13

KİŞİLİK BOZUKLUKLARI 345

KİŞİLİK BOZUKLUKLARININ SINIFLANDIRILMASI: KÜMELER, KATEGORİLER VE SORUNLAR 347

TUHAF / EKSANTRİK KÜME 348

Paranoid Kişilik Bozukluğu 349
Şizoid Kişilik Bozukluğu 349
Şizotipal Kişilik Bozukluğu 349
Tuhaf / Eksantrik Kümenin Etiyolojisi 350

DRAMATİK / DEĞİŞKEN KÜME 350

Sınır Kişilik Bozukluğu 350
Histriyonik Kişilik Bozukluğu 352
Narsistik Kişilik Bozukluğu 353
Antisosyal Kişilik Bozukluğu ve Psikopati 354

KAYGILI / KORKULU KÜME 360

Çekingen Kişilik Bozukluğu 360
Bağımlı Kişilik Bozukluğu 361
Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu 361
Kaygılı / Korkulu Kümenin Etiyolojisi 362

KİŞİLİK BOZUKLUKLARINDA KULLANILAN TERAPİLER 364

Sınır Kişiliğin Terapisi 365
Bozukluktan Tarza: Hedefler Üzerine Bir Yorum 368
Psikopatiye Yönelik Terapi 368

ÖZET 370

Bölüm 14

CİNSEL BOZUKLUKLAR VE CİNSEL KİMLİK BOZUKLUKLARI 372

CİNSEL KİMLİK BOZUKLUKLARI 373

Cinsel Kimlik Bozukluğu 374
Çocukluk Dönemindeki Cinsel Kimlik Bozukluğu 375
Cinsel Kimlik Bozukluklarının Terapisi 376

PARAFİLİLER (CİNSEL SAPKINLIKLAR) 379

Fetişizm 380
Travestik Fetişizm 380
Pedofili ve Yasaksevi (Incest) 381
Gözetlemecilik 383
Teşhircilik 384
Cinsel Sadizm ve Cinsel Mazoşizm 384
Parafililerin Nedenleri 388
Parafililerin Tedavisi 390

TECAVÜZ 393

Suç 393
Mağdur, Saldırı ve Kötü Sonuçlar 394
Tecavüz Eden Kişi 395
Tecavüz Edenlerin ve Tecavüze Uğrayanların Terapisi 397

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI 398

Cinsel İşlev Bozuklukları ve İnsanlardaki Cinsel Tepki Döngüsü 399
Cinsel İşlev Bozukluklarının Tanımlanması ve Nedenleri 402
Cinsel İşlev Bozuklukları ile İlgili Genel Kuramlar 406
Cinsel İşlev Bozukluklarının Terapisi 409

AIDS: DAVRANIŞ BİLİMLERİNE MEYDAN OKUMA 413

Problemin Boyutu 413
Hastalığın Tanımlanması 414
Hastalığın Yayılması 414
HIV ve AIDS'in İlaçla Tedavisi 415
Hastalığın Önlenmesi 415
HIV Pozitif ve AIDS'li Hastaların Terapisi 417

ÖZET 419

Bölüm 15

ÇOCUKLUK DÖNEMİ BOZUKLUKLARI 425

ÇOCUKLUK ÇAĞI BOZUKLUKLARI SINIFLANDIRMASI 426

DENETİMSİZ DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI 428

Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu 429
Davranım Bozukluğu 433

ÖĞRENME YETERSİZLİKLERİ 440

Öğrenme Bozuklukları 440
İletişim Bozuklukları 440
Motor Beceri Bozuklukları 441
Öğrenme Bozukluklarının Etiyolojisi 441
Öğrenme Bozukluklarının Tedavisi 444

ZEKÂ GERİLİĞİ 444

Zekâ Geriliği için Geleneksel Ölçütler 444
Zekâ Geriliğinin Sınıflandırılması 446
Amerikan Zekâ Geriliği Birliğinin Yaklaşımı 447
Zekâ Geriliğinde Becerilerde ve Bilişsel Yeteneklerde Gözlenen Yetersizlikler 447
Zekâ Geriliğinin Etiyolojisi 449
Zekâ Geriliğinin Önlenmesi ve Tedavisi 452

OTİSTİK BOZUKLUK 456

Otistik Bozukluğun Tanısal Özellikleri 547
Otistik Bozukluğun Etiyolojisi 463
Otistik Bozukluğun Tedavisi 466

ÖZET 469

Bölüm 16

YAŞLANMA VE PSİKOLOJİK BOZUKLUKLAR 471

YAŞLI ERİŞKİNLERİN İNCELENMESİNDE KONULAR, KAVRAMLAR VE YÖNTEMLER 474

Yaşlı Erişkinlerdeki Çeşitlilik 474
Yaş, Kuşak ve Ölçüm Zamanının Etkileri 474
Yaşamın İleri Döneminde Psikopatoloji Tanısının Konması 476
Sorunlardaki Çeşitlilik 476

İLERİ YAŞ VE BEYİN BOZUKLUKLARI 476

Demans 476
Delirium 482

İLERİ YAŞ VE PSİKOLOJİK BOZUKLUKLAR 484

Yaşamın İleri Döneminde Ruhsal Bozuklukların Genel Yaygınlığı 484
Depresyon 485
Kaygı Bozuklukları 488
Sanrılı (Paranoid) Bozukluklar 488
Şizofreni 491
Madde Bağımlılığı ile İlişkili Bozukluklar 492
Hipokondri 494
Uyku Bozuklukları 494
İntihar 496
Cinsellik ve Yaşlanma 497

YAŞLILARIN TEDAVİSİ VE BAKIMI 500

Bakım Evleri 501
Toplum Temelli Bakım 502

YAŞLI ERİŞKİNLERLE TERAPİYE ÖZGÜ KONULAR 505

Yaşlı Erişkinlerdeki Terapinin İçeriği 505
Yaşlı Erişkinlerdeki Terapi Süreci 508

ÖZET 509

Bölüm 17

İÇGÖRÜ TERAPİLERİ 513

PSİKOTERAPİ NEDİR? 514

PSİKOTERAPİ ARAŞTIRMALARINI DEĞERLENDİRMEDE GENEL SORUNLAR 515

Plasebo Etkisi 516
Araştırma ve Uygulamada Terapi 516
Süreç ve Sonuç 518
Tedavi Görmeyen Kontrol Grupları 518
Kaos Kuramı ve Yaşam 518

PSİKANALİTİK TERAPİLER 519

Klasik Psikanalizde Temel Teknikler ve Kavramlar 519
Çağdaş Analitik Terapiler 524
Analitik Terapilerin Değerlendirilmesi 527

İNSANCIL VE VAROLUŞÇU TERAPİLER 529

Karl Rogers'ın Danışan Merkezli Terapisi 530
Varoluşçu Terapi 534
Geştalt Terapi 536

ÖZET 540

Bölüm 18

BİLİŞSEL VE DAVRANIŞ TERAPİLERİ 542

KARŞI KOŞULLAMA 543

Sistematik Duyarsızlaştırma 543
İtici uyarıcılarla Terapi 545

EDİMSEL KOŞULLAMA 546

Ödül Biriktirme Tekniği 546
Çocuklarla Edimsel Çalışma 549

MODEL ALMA 549

Model Alma Yoluyla Tedavi Edilen Sorunlar 549
Bilişin Rolü 550

BİLİŞSEL DAVRANIŞ TERAPİSİ 552

Ellis'in Akılcı-Duygusal Davranış Terapisi 553
Beck'in Bilişsel Terapisi 555
Beck ile Ellis'in Terapileri Arasında Bazı Karşılaştırmalar 557
Sosyal Problem Çözümlemesi 558 Çok Yaklaşımlı Terapi 559
Bilişsel Davranışçı Terapi Hakkında Düşünceler 559

DAVRANIŞSAL TIP 563

Ağrı Tedavisi 563
Kronik Hastalıklar ve Yaşam Tarzı 565
Biyolojik Geri Bildirim 566

TEDAVİ ETKİLERİNİN GENELLENMESİ VE SÜRDÜRÜLMESİ 567

Aralıklı ve Doğal Pekiştirme 567
Çevresel Değişim 567
İkincil Kazancın Elenmesi 567
Nüksün Önlenmesi 567
Kendine Yükleme 568

BİLİŞSEL VE DAVRANIŞÇI TERAPİLERDE TEMEL KONULAR 570

İçsel Davranış ve Biliş 570
Bilinçdışı Etkenler ve Altta Yatan Nedenler 570
Geniş Spektrumlu Tedavi 571
İlişki Etkenleri 572
Kuramsal İskeletin Üstündeki Et 572

PSİKANALİZ VE DAVRANIŞÇI TERAPİ - BİR UZLAŞMA MI? 574

PSİKOTERAPİDE EKLEKTİSİZM VE KURAMSAL BÜTÜNLEŞTİRME 575

Lazarus Messer Tartışması 576
Olgunlaşmamış Bütünleştirmeye Karşı İddialar 579

ÖZET 581

Bölüm 19

GRUP, ÇİFT VE AİLE TERAPİSİ & TOPLUM PSİKOLOJİSİ 582

GRUP TERAPİSİ 583

Grup Terapisinin Temel Özellikleri 584
İçgörü-Yönelimli Grup Terapisi 585
Davranışçı Grup Terapisi 588
Grup Terapisinin Değerlendirilmesi 590

ÇİFT VE AİLE TERAPİSİ 591

Çatışmanın Normalliği 591
Bireysel Terapiden Birlikte Terapiye 593

Birlikte Terapinin Temelleri 594
Genel Konular ve Dikkat Edilmesi Gereken Özel Noktalar 599
Çift ve Aile Terapisinin Değerlendirilmesi 599

TOPLUM PSİKOLOJİSİ 602

Odak: Önleme 602
Tutum: Beklemek Yerine Aramak 603
Değerler ve "Ne Zaman Müdahale Edilir?" Sorusu 604
Toplum Psikolojisinin Faaliyetleri 604
Toplum Psikolojisi Çalışmalarının Değerlendirilmesi 611
Toplum Psikolojisinde Politik ve Etik Faktörler 612

TOPLUM RUH SAĞLIĞI 613

Toplum Ruh Sağlığının Amaçları 613
Toplum Ruh Sağlığının Değerlendirilmesi 614

PSİKOLOJİK MÜDAHALELERDE KÜLTÜREL VE IRKSAL FAKTÖRLER 615

Afrika Kökenli Amerikalılar ve Psikolojik Müdahale 616
Latin Amerikalılar ve Psikolojik Müdahale 616
Asya Kökenli Amerikalılar ve Psikolojik Müdahale 617
Amerikan Yerlileri ve Psikolojik Müdahale 617
Davranışın Daha Eksiksiz Bir Bilimine Doğru 618

ÖZET 618

Bölüm 20

YASAL VE ETİK KONULAR 620

CEZAİ MAHKÛMİYET 621

Delilik Savunması 622
Yargılanma Yeterliği 629

SİVİL MAHKÛMİYET 631

Önleyici Tutuklama ve Tehlikenin Yordanmasında Sorunlar 632
Daha Fazla Koruma için Güncel Eğilimler 634
Kurum Dışına Çıkarma, İnsan Hakları ve Ruh Sağlığı 644

TEDAVİ VE ARAŞTIRMADA ETİK İKİLEMLER 646

Araştırmada Etik Kısıtlamalar 646
Bilgilendirilmiş Onam 648
Gizlilik ve Ayrıcalıklı İletişim 649
Hasta ya da Müşteri Kimdir? 649
Hedeflerin Seçimi 649
Tekniklerin Seçimi 650
Hatırlanan Anıların Etik ve Yasal Boyutları 653

ÖZET 654

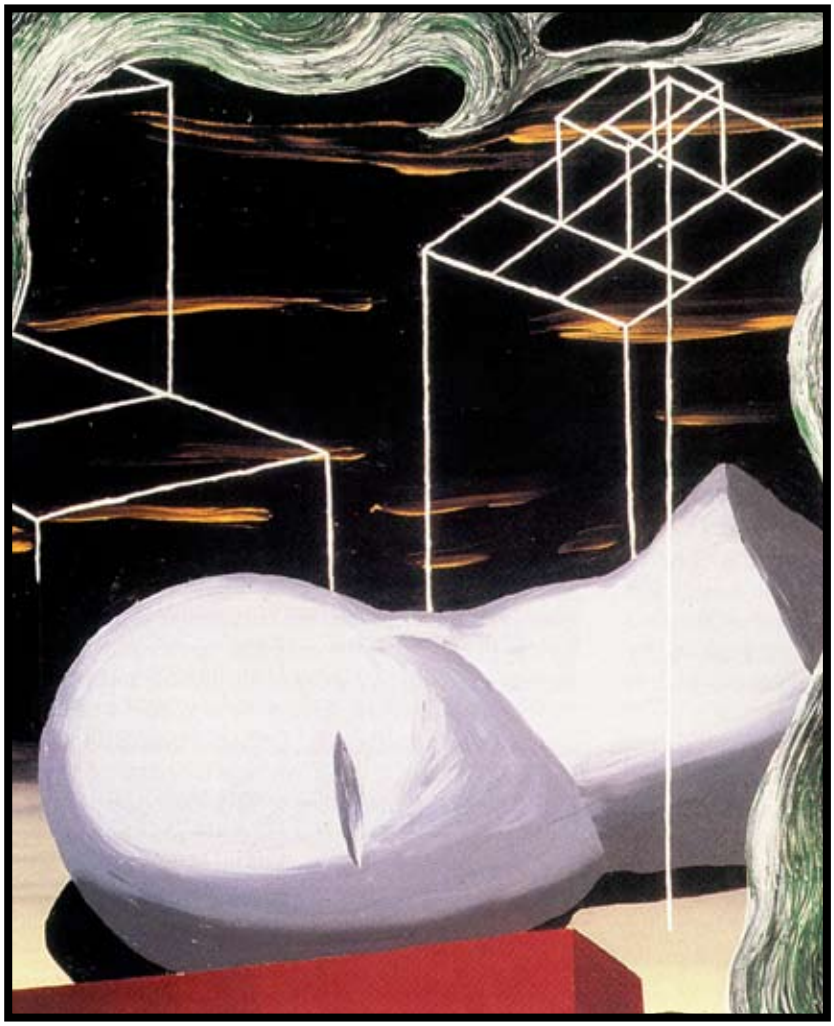
SÖZLÜK S-1

KAYNAKLAR R-1

İNDEKS İ-1

KISIM I

GİRİŞ VE TEMEL KONULAR



Jedd Garet,
"Dünya gerçekte neye benziyor", 1984

1

GİRİŞ: TARİHSEL VE BİLİMSEL DEĞERLENDİRMELER

Çeviri: Doç. Dr. İhsan Dağ

ANORMAL DAVRANIŞ NEDİR?
- İstatistiksel Seyreklik
- Normların İhlâl Edilmesi
- Kişisel Rahatsızlık Hissetme
- Yeti Yitimi ya da İşlev Bozulması
- Beklenmedik Olma

PSİKOPATOLOJİNİN TARİHÇESİ
- Erken Dönem Şeytancı Anlayış
- Somatogenez
- Karanlık Çağlar ve Şeytancılık
- Ruh Hastalarının Büyücü Olarak Kabul Edilmeleri
- Tımarhanelerinin Gelişimi
- Moral Tedavi
- Çağdaş Düşüncenin Başlangıcı

BİLİM: BİR İNSAN UĞRAŞI
- Bilimde Öznellik: Paradigmaların Rolü
- Anormal Psikolojisinde Paradigmaların Bir Örneği

ÖZET

35 yaşında bir polis memuru olan Ernest H, rahat koltuğa yığılmış halde, bir dizi sorunla mücadele eden terapistine kuşkuyla baktı. Son defasında karısıyla sevişirken ereksiyona ulaşamaması terapi aramasının yakın nedeniydi. Ancak terapistin uygun teşvikiyle Ernest bazıları çocukluğundan başlayan ama birçoğu önceki birkaç yıldan kaynaklanan çok sayıda diğer zorluğunun hikâyesini anlattı.

Ernest'in çocukluğu mutlu değildi. Çok sevdiği annesi, o altı yaşındayken birdenbire ölmüştü ve sonraki on yıl boyunca o ya babasıyla ya da teyzesiyle yaşadı. Babası ağır alkol kullanıcısıydı. Alkol almadan geçirdiği günler nadirdi. Üstelik adamın duygu durumu aşırı değişkendi; hatta birkaç ay bir devlet hastanesinde manik depresif psikoz tanısıyla yatmıştı. Babasının geliri o kadar düşüktü ki, faturaları nadiren zamanında ödeyebilirdi ve sadece en fakir mahallelerde oturabilecek kadar parası vardı. Bazen Ernest'in babası, oğlu şöyle dursun tümüyle kendine bakamaz duruma düşüyordu. O zamanlarda Ernest haftalar, bazen aylarca yakındaki varoşlarda teyzesi ile kalıyordu.

Bu belirgin zorluklara rağmen, Ernest liseyi bitirdi ve harç ödemesi olmayan şehirdeki fakülteye girdi. Çeşitli masraflarını küçük bir restoranda garsonluk yaparak çıkarıyordu. Üniversite yılları süresince psikolojik sorunları onu endişelendirmeye başladı. Görünür herhangi bir neden olmaksızın sıklıkla belirgin biçimde depresif oluyordu ve bu üzüntü nöbetlerini bazen manik yükselme dönemleri izliyordu. Duygu durum dalgalanmalarının üzerinde kontrolünün olmayışı bu örüntünün aynısını alkolik babasında da gözlediği için onu fazlasıyla kaygılandırıyordu. Ayrıca, kendi üzerinde otorite konumundaki kişilere, patronuna, hocalara ve hatta kendisini olumsuz bir şekilde kıyasladığı bazı sınıf arkadaşlarına yönelik aşırı utangaçlık hissediyordu.

Ernest özellikle arkadaşlarınınkiyle kıyasladığında eski ve aşınmış giysileri hakkında duyarlıydı; onların aileleri kendisininkinden daha fazla paraya sahipti.

Gelecekteki eşini üçüncü sınıfın derslerinin başlangıç günü ilk kez görmüştü. Uzun ince genç kadın, sandalyesine doğru zarafet ve kendine güvenle yürürken onu izleyen gözler yalnızca Ernest'inkiler değildi. Ernest o dönemin geri kalanında onu uzaktan izledi, ona dikkat çekmeden bir bakış imkanı verecek yerlere oturmaya dikkat etti. Bir gün diğer öğrencilerle birlikte sınıflan çıkarlarken kazayla birbirlerine çarptılar ve kadının sıcaklığı ve büyüsü Ernest'i birlikte kahve içmeyi teklif etmeye cesaretlendirdi. O evet derken. Ernest neredeyse hayır demesini arzulamıştı.

Ernest'e göre, şaşırtıcı biçimde kısa zamanda âşık oldular ve üçüncü yılın sonuna doğru evlendiler.

Ernest güzel olduğu kadar zeki olan eşinin, onu gerçekten sevdiğine tamamen inanamamıştı. Yıllar geçtikçe kendisi ve eşinin ona yönelik duyguları hakkındaki kuşkuları büyümeye devam etti.

Hukuk fakültesine girmeyi umut etmişti ve notları ile giriş puanları bu planları bir olasılık haline getirmişti ama bunun yerine polis akademisine girmeye karar verdi. Terapistine ilettiği nedenler arasında değerlendirildiğini hissettiği durumlarda artan rahatsızlığı ve zihinsel yetenekleri hakkında duyduğu kuşku vardı. Üniversitede son yılındaki seminerler Ernest için dayanılmaz olmuştu ve bir polis memurunun üniforması ile rozetinin, kendiliğinden kazanılmayacakmış gibi görünen saygı ve ani tanınmayı ona verebileceği umutları vardı.

Ernest'in akademiye gitmesine yardımcı olmak için eşi Ernest'in yalvarmalarına karşın üçüncü yılının sonunda üniversiteyi bıraktı ve bir sekreterlik işi aradı. Ernest eşinin kendisinden daha parlak olduğunu düşünüyordu ve onun potansiyelini kurban edip kendisine yolunu çizmede yardım etmesi için bir neden görmüyordu. Ancak aynı zamanda parasal gerçekleri de fark etmişti ve eşinin mali desteğini istemeyerek kabul etti.

Polis akademisi üniversiteden bile stresliydi. Ernest'in duygu durum dalgalanmaları, daha az sıklıkla da olsa, hâlâ onu kaygılandırıyordu. O sırada bir devlet akıl hastanesinde tutulmakta olan babası gibi, psikolojik acıyı azaltmak için içiyordu. Doğru bildiği bir cevabı sınıfın önünde kalkıp vermekte zorluk çektiği zaman hocalarının kendisini ahmak olarak gördüklerini düşünüyordu. Ancak akademinin fiziksel, zihinsel ve sosyal zorluklarını başardı ve şehrin refah düzeyi yüksek bir bölgesine gezici devriye olarak atandı.

Birkaç yıl sonra, yaşamı kolaylaşması gerekirken o kendisini daha da büyük bir karmaşanın içinde buldu. Şimdi 32 yaşındaydı, iyi kazandığı oldukça güvenceli bir işi vardı, artık çocuk yapmayı düşünmeye başladı. Bunu eşi de istiyordu ve iktidarsızlık (empotans) sorunları bu dönemde başladı. Önce bunun nedeninin alkol olduğunu düşündü, çünkü gece nöbeti olduğu günler hariç, her gece en az 175 ml burbon içiyordu. Bununla beraber kısa bir süre sonra gerçekte bir çocuk sahibi olmanın sorumluluğundan kaçındığından endişelenmeye başladı ve daha sonra eşinin kendisini çekici bulup istediğinden kuşkulanmaya başladı. Zaman zaman tam bir cinsel ilişki kurmak için gösterdiği aceleci çabaları karşısında eşi anlayış ve sabır gösterdikçe, kendisini daha az erkek hissediyordu. Eşinden yardım kabul edemiyordu, bunun cinsel bir ilişkiyi sağlamanın doğru yolu olduğuna inanmıyordu. Yataktaki sorunlar yaşamlarının diğer alanlarına yayıldı. Ne kadar az sıklıkla aşk yaptılarsa, otuzlarına girerken daha canlı ve güzel olan eşinden o kadar kuşkulanır oldu. Buna ilaveten, karısı çalıştığı hukuk bürosunda yardımcı idareci pozisyonuna yükselmişti. Karısı ona, muhtemelen satışmak için, şehrin dışındaki lüks lokantada patronuyla yediği içkili uzun öğle yemeklerinden bahsediyordu.

Terapiste gitme isteğinin nedeni, karısının bir akşam saat 10'dan sonra işten eve geldiğinde olan kötü bir tartışmaydı. Ernest birkaç gündür ajite durumdaydı. Kontrolünü kaybettiği korkusuyla mücadele etmek üzere, her gece neredeyse tam bir şişe burbon tüketiyordu. Son gece karısı kapıdan girdiğinde, Ernest zaten aşırı alkollüydü ve eşine sadakatsizlik iddiasıyla hem sözel hem de fiziksel olarak saldırdı. Karısı kendi öfke ve korkusuyla onun bir kadını dövdüğü için erkekliği üzerine laflar etti ve aşk yaparlarkenki hayal kırıklıklarıyla alay etti. Ernest evden dışarı fırladı, geceyi yakındaki bir barda geçirdi ve öbür gün her nasılsa profesyonel yardım aramaya yetecek kadar kendini toparladı.

Yaşamımızın her günü diğer insanları anlamaya çalışıyoruz. Davranışları Ernest'inki kadar aşırı olmadığında bile, diğer bir kişinin bir şeyi neden düşündüğünü ya da yaptığını belirlemek zor bir iştir. Düşünce ve davranışlarımızın gerekçelerini bilmek her zaman mümkün olmayabilir. Normal gördüğümüz beklenen davranışa ilişkin içgörü kazanmak yeterince zordur; yukarıda tarif edilen polis memurununki gibi normal sınırların ötesindeki insan davranışını anlamak daha da zordur.

Bu kitap anormalliğin tanımlanmasıyla, nedenleriyle ve tedavisiyle, yani tüm menziliyle ilgilidir. Bu alanda sayısız zorluklarla yüz yüzeyiz. İlk olarak söz konusu alandaki belirsizliklere tolerans gerekliliği vardır. Bu, geçici olanla, sıklıkla çelişen bilgilerle rahat olabilme yeteneğidir. Tabi daha sonra o bilgiyle iş yapmaya, çalışmaya ve onu araştırmaya dayanma gücüne sahip olmalıyız. Göreceğiniz gibi, insan zihninin anlaşılması zordur; alanımızın umduğumuzdan çok daha azını kesin olarak biliyoruz. Anormal davranışın, düşüncelerin ve duyguların gelişimi ve doğasıyla ilgili alan olan psikopatolojinin çalışılmasına yaklaşırken, çok iyi bilmemiz gerekir ki, bu konu çok az sağlam ve hızlı cevap sağlar. Bilimsel sorgulamaya ilişkin yönelimimizi tartışırken belli olacağı gibi, **psikopatolojinin** çalışılması belirsizliklerinden dolayı az değerli bir iş değildir. Özgül cevaplardan çok sorulan soruların türleri alanın özünü oluşturur.

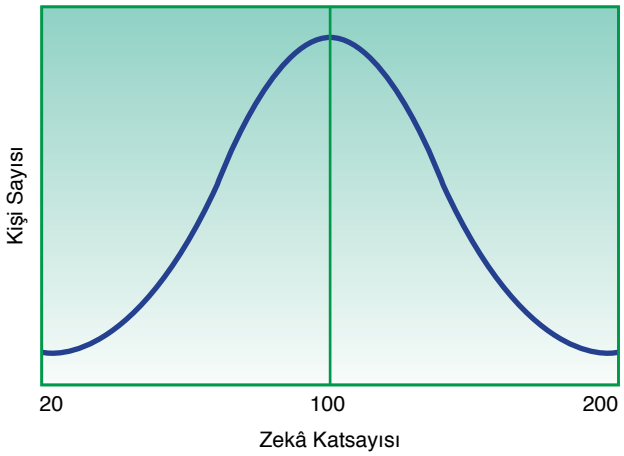
Anormal psikolojisini çalışırken karşı karşıya olduğumuz bir diğer güçlük nesnel kalmaktır. Konumuz olan insan davranışı kişiseldir ve bu kişisellik bizi güçlü bir biçimde etkiler; nesnelliği zorlaştırır ama gereksiz kılmaz. Anormal davranışın yayılganlığı ve rahatsız edici etkileri kendi yaşamlarımıza da zorla girer. Kim mantıkdışı düşünceler, düşlemler ve duygular yaşamamıştır? Kim koşulların açıklayabileceğinden daha aşırı belirgin üzüntü, hatta depresyon hissetmemiştir? Birçokları davranışları sinir edici ve kavraması imkânsız birini, bir arkadaş ya da muhtemelen bir akrabayı bilir. Psikolojik zorluklardan yakınan birini anlamak ve ona yardım etmeye çalışmanın ne denli hayal kırıklığı ve korku yaratıcı olduğunu fark edersiniz. Anormal davranışın aşırılıklarıyla kişisel bir deneyiminiz bulunmasa da, ruhsal yönden rahatsız olarak tanımlanan bir kişinin dehşet verici hareketlerine dair haberlerden muhtemelen etkilenmişinizdir. Bu kişilerin ruhsal olarak sabit olmadıklarına, hatta bazen bir ruh hastalıkları hastanesinde tutulduklarına dair bir tarihçeleri vardır.

Konuya yakınlığımız konunun kendinden ilginçliğini artırıyor; anormal psikolojisi lisans dersleri, psikoloji bölümlerinde ve gerçekte tüm üniversite programında en popüler dersler arasındadır. Anormal psikolojisi lisans dersleri, psikoloji bölümlerinde ve gerçekte tüm üniversite programında en popüler dersler arasındadır. Konuya tanıdık olduğumuz düşüncemiz anormal psikolojiyi çalışmaya bizi cesaretlendiriyor ama bir de dezavantajı var. Hepimiz çalışmamızı konu neyse onun önceden tasavvur edilmiş kavramlarına dayandırırız. Davranış hakkında belli konuşma ve düşünme yolları geliştirdik: bir şekilde uyar görünen belli sözcükler ve kavramlar. Örneğin, korkuyu çalışmanın yararlı yolunun korku yaşanmasına odaklanmak olduğuna inanabiliriz ki, bu fenomenolojik yaklaşım olarak bilinir. Bu, korkuya bakış yollarından biridir ama tek yol değildir. Davranış bilimciler olarak, insan yaşantı ve davranışları hakkında konuşmanın uygun yolu olduğunu hissedebildiklerimiz ile onu öğrenmek ve çalışmak için tanımlamanın daha verimli bir yolu arasındaki farkla boğuşmak zorundayız. Örneğin, birçok kişi "dehşet hissi"nden bahsederken, korkuyu çalışan bilim insanları şöyle bir cümleyi kullanma eğilimindedirler: "büyük boyutlu korku tepkisi." Bunu yaparken sadece sözcüklerle oynamayız. Anormal davranışı bilimsel olarak çalışmak için kullandığımız sözcük ve kavramlar, belli insan fenomenlerine sıradan biçimde bağlanan uygunluk öznel hislerinden bağımsız olmak zorundadır. Bu kitabı okurken ve tartıştığı ruhsal bozuklukları anlamaya çalışırken, alıştığınızdan ve aslında bizim profesyonel hayatımız dışında kullandığımızdan farklı bakış açılarını edinmenizi isteyebiliriz.

Bu bölümün başındaki vaka çalışması yorumların geniş bir menziline açıktır. Kuşkusuz siz de Ernest'in sorunlarının nasıl geliştiğine, birincil zorluklarının ne olduğu ve hatta muhtemelen ona nasıl yardımcı olabileceğinize dair bazı düşüncelere sahipsinizdir. Psikolojik sorunları olan bir kişinin yaşamını nasıl kavramsallaştıracağımıza ve onu nasıl en iyi tedavi edeceğimize karar vermekten daha büyük bir zihinsel ya da duygusal zorluk tanımıyoruz. İkinci Bölüm'de Ernest H vakasına farklı kuramsal yönelimlerden kişilerin nasıl tanımlama getirdiklerini ve yardım etmeye çalıştıklarını gösterirken tekrar atıfta bulunacağız. Şimdi anormal davranış kavramından ne anladığımız tartışmasına geçiyoruz. Sonra anormallik görüşümüzün tarih içinde günümüzün daha bilimsel bakış açılarına nasıl geliştiğine kısaca bakacağız.

ANORMAL DAVRANIŞ NEDİR?

Anormal psikolojisi alanında yüz yüze olduğumuz en zor güçlüklerden biri **anormal davranışı** tanımlamaktır. Burada anormal davranışın bileşeni olarak önerilen birçok özelliği ele alacağız. Her biri tam bir tanımın bir parçası olabilecek değerde olsa da, hiçbirinin tek başına yeterli olmadığını göreceğiz. Sonuç olarak, anormallik genellikle birkaç özelliğin aynı anda varlığına dayalı olarak belirlenir. Anormal davranışa ilişkin en iyi tanımımız istatistiksel seyreklik, normların ihlâl edilmesi, kişisel rahatsızlık hissetme, yeti yitimi ya da işlev bozulması ve beklenmedik olma özelliklerini hesaba katar.



Şekil 1.1 *Yetişkinlerde normal ya da çan eğrisi biçimindeki zekâ dağılımı.*

İSTATİSTİKSEL SEYREKLİK

Anormal davranışın bir yönü, *seyrek* (infrequent) olmasıdır. **Normal eğri** ya da çan eğrisi, insanların çoğunluğunu ilgilenilen herhangi bir özellik açısından ortaya yerleştirir; çok az insan her iki aşırı uca düşer. Bir kişinin normal olduğuna dair iddia, belli bir özellik ya da davranış örüntüsünde onun ortalamadan çok fazla sapmadığını imâ eder. İstatistiksel seyreklik, zihinsel geriliğin tanısında açıkça kullanılır. Şekil 1.1 zekâ bölümü ölçümlerinin nüfustaki normal dağılımını göstermektedir. Zihinsel gerilik tanısı koymada çok sayıda ölçüm kullanılsa da, düşük zekâ temel bir ölçüttür. Bireyin zekâ bölümü 70'in altında olduğunda, zihinsel işlevleri zekâ geriliği biçiminde tanımlamaya yeterli derecede normalaltı olarak kabul edilir. İnsanların bazı seyrek davranışları ya da özellikleri bize anormal gelse de, bazı örneklerde bu ilişki yok olur. Büyük bir atletik yeteneğe sahip olma seyrektir ama bunu hemen hemen kimse anormal diye değerlendirmez. Yalnızca belli seyrek davranışlar, örneğin varsanılara sahip olma ya da derin bir depresyon yaşama bu kitapta dikkate alınan alana düşer. Ne yazık ki, istatistiksel bileşen, psikopatoloji uzmanlarının çalışacakları seyrek davranışların neler olduğunu belirlemede bize rehberlik etmez.

NORMLARIN İHLÂL EDİLMESİ

Anormalliği belirlerken dikkate alınması gereken bir diğer özellik, davranışın *toplumsal normları ihlâl* edip etmediği ya da bunu gözleyenleri tehdit edip etmediği veya kaygılandırıp

Anormal davranış seyrek de olsa, Gail Devers'inki gibi atletik yetenekler de seyrektir. Bu yüzden seyreklik anormal davranışın yeterli bir tanımı değildir.

kaygılandırmadığıdır. Bu özellik de en azından kısmen gerçeği belli eder. Anoreksik durumda kişinin kendini aç bırakması, obsesif-kompulsif durumu olan kişinin törensel davranışları ve psikotik durumda olan hastanın hayali seslerle konuşmasındaki gibi tanıma uyar. Normların ihlâli, anormalliği açıkça göreli bir kavram yapar; alışık olunmayan davranışların birçok biçimi, yürürlükteki kültürel normlara dayalı olarak hoş görülebilir. Bu bileşen aynı zamanda hem çok geniş hem de çok dardır. Suçlular ve hayat kadınları toplumsal normları ihlâl ederler ama genellikle anormal psikoloji alanı içinde çalışılmazlar. Yüksek derecede kaygılı bir kişi, genellikle anormal psikolojisi alanında merkezi bir özellik olarak değerlendirilir ama tipik durumda toplumsal normları ihlâl etmez ve gözlemcilere rahatsızlık vermez.

Buna ek olarak, kültürel farklılık insanların toplumsal normları nasıl gördüklerini etkileyebilir. Bir kültürde norm olan, bir diğerinde anormal olabilir. Bu ince konuya tüm kitap boyunca değinilmiştir (özellikle 4. Bölüm'e bakınız).

KİŞİSEL RAHATSIZLIK HİSSETME

Anormalliğin bazı biçimlerinin bir diğer özelliği kişisel *mustarip olmadır,* yani davranış, onu yaşayan kişide büyük bir rahatsızlık hissi (distress) ve ıstırap yaratıyorsa anormaldir. Kişisel rahatsızlık hissetme, bu kitapta ele alınan anormallik biçimlerinin birçoğuna açıkça uyar. Kaygı ve depresyon bozuklukları yaşayan kişiler gerçekten büyük ölçüde mustariptirler.

Fahişelik normların açık bir ihlâlidir ama psikopatolojiyi göstermesi gerekmez.

Ancak bazı bozukluklar ille de rahatsızlık hissetmeyi içermez. Örneğin, psikopat diğerlerine soğukkanlılıkla davranır ve herhangi bir suçluluk, pişmanlık ya da hiçbir kaygı duymaksızın sürekli olarak yasaları çiğner. Rahatsızlık hissinin bazı biçimleri, örneğin, açlık ya da doğum sancısı alana ait görülmez. Kişisel rahatsızlığı belirleyici özellik olarak kullanmanın bir diğer güçlüğü bunun doğası gereği öznel olmasıdır. Ne kadar mustarip olduklarına kişilerin kendileri karar verir ve bildirirler. İnsanların kendi psikolojik durumlarını belirlemedeki standartları büyük oranda değişebildiği için, rahatsızlık hissinin düzeylerinin karşılaştırılması güçtür.

Kişisel rahatsızlık hissetme de anormal davranışın tanımının bir parçasıdır ama sevilen birinin kaybına beklendik bir tepki olan kederden farklı olarak psikopatolojiyle bağlantılı rahatsızlık hissi, olduğu durumda beklendik değildir.

YETİ YİTİMİ YA DA İŞLEV BOZULMASI

Yeti yitimi (disability), yani, bireyin anormallik nedeniyle yaşamın önemli bazı alanlarında bozulması (örn., iş ya da kişisel ilişkiler) anormal davranışın bir bileşeni olabilir. Örneğin, madde kullanım bozuklukları, madde kötüye kullanımının yarattığı mesleki ve toplumsal yeti yitimiyle kısmen tanımlanır (örn., iş başarısının düşüklüğü, eşle ciddi tartışmalar). Benzer şekilde, fobi hem kişisel rahatsızlık hem de yeti yitimi gösterebilir. Örneğin, ciddi bir uçma korkusunun kişinin işinde yükselmesini önlüyor olması. Mustarip olmadaki gibi, yeti yitimi tüm bozukluklara değil ama bazı bozukluklara uygulanabilir. Örneğin, eğer kişiye rahatsızlık hissettiriyorsa halen bir ruhsal bozukluk olarak tanı konan transvestizm (cinsel doyum için karşı cinsin giysilerini giyinme) ille de bir yeti yitimi değildir. Birçok transvestist evlidir, geleneksel bir yaşam sürdürür ve genellikle özel yaşamında karşı cins giysisi giyer. Diğer taraftan bazı durumlarda yetersizlik olarak değerlendirilebilecek diğer özellikler, örneğin, eğer profesyonel bir basketbol oyuncusu olmak istiyorsanız kısa olmanız, anormal psikolojisi alanına girmez. Rahatsızlık hissinde olduğu gibi, yeti yitiminin daha kesin bir tanımının yokluğu, hangi yetersizliklerin girip hangisinin girmeyeceğini belirlememize izin vermez.

Anormal davranış sıklıkla yeti yitimi ya da işlev bozulması yaratır. Ancak transvestizm gibi bazı tanılar açıkça yeti yitimi oluşturmaz.

BEKLENMEDİK OLMA

Tüm rahatsızlık hissetme ya da yeti yitimi durumlarının anormal psikolojisi alanı içine nasıl girmediğini önceden tanımlamış bulunuyoruz. Rahatsızlık hissetme ve yeti yitimi çevresel stres kaynaklarına *beklenmedik tepkiler* olduklarında anormal olarak değerlendirilirler (Wakefield, 1992). Örneğin, durumu iyi olduğu halde mali durumuna ilişkin sürekli endişe içinde olan kişide olduğu gibi, kaygı beklenmedik ve duruma oransız olduğunda kaygı bozuklukları tanısı konur. Diğer yandan, açlık yememeye beklendik bir tepkidir ve bu yüzden anormal davranışla ilgili bir rahatsızlık hissetme durumu dışında kalacaktır.

Burada anormal davranış tanımının temel özelliklerinden birkaçını değerlendirdik. Bunlardan hiçbiri tek başına doyurucu bir tanım ortaya koymamaktadır ama hepsi birlikte anormalliği tanımlamaya başlamak için yararlı bir çerçeve sağlamaktadır.

Bunun gibi bir yazıda sunacağımız, halen anormal olarak değerlendirilen koşulların bir listesidir. Listedeki bozukluklar zamanla kuşkusuz değişecektir. Alan sürekli olarak geliştiği için, anormalliğin, tüm yönlerini içine alan basit bir tanımını sağlamak olanaklı değildir. Sunulan özellikler kısmi bir tanımı oluşturur ama bunlar her tanıya eşit olarak uygulanabilir değildir.

PSİKOPATOLOJİNİN TARİHÇESİ

Psikopatoloji uzmanları olarak ilgimiz sapkın davranışın nedenlerinedir. Nedenlerin araştırılması uzun bir zamandan beri devam etmektedir. Bilimsel sorgulama çağından önce, insanoğlunun kontrolünün dışındaki gücün iyi ve kötü tüm gösterimleri —güneş ve ay tutulmaları, depremler, fırtınalar, yangınlar, ciddi ve yeti kaybına yol açan hastalıklar, mevsimlerin geçmesi— doğaüstü olarak değerlendiriliyordu. Açıkça bireysel kontrol dışındaki davranışlara benzer yorumlar veriliyordu. Zihinsel bozuklukları olanları çalışan ilk filozofların, din bilginlerinin ve doktorların yazıları, sapkınlığın Tanrıların memnuniyetsizliğinin ya da şeytanların kişileri etkileri altına almalarının bir yansıması olduğunu bildiriyordu.

ERKEN DÖNEMDEKİ ŞEYTANCILIK

Bir kişinin içinde yaşayabilen ve onun zihnini ve bedenini kontrolü altında tutabilen şeytan gibi

ODAK 1.1

RUH SAĞLIĞI ÇALIŞANLARI

*Psikolojik hizmetler sağlamaya yetkili çeşitli meslekler olan klinisyenlerin eğitimi, farklı biçimler alır. Bir **klinik psikolog** (bu ders kitabı yazarlarının mesleği) olmak için Psikoloji Bilimi'nde Felsefe Doktorası (Ph.D.) ya da Psikoloji'de Doktora (Psy.D.) derecesi gerekir ve lisans sonrası dört ila yedi yıllık bir eğitimi kapsar. Klinik psikolojide Ph.D. için eğilim diğer psikolojik uzmanlıklar için olana benzer yoğun bir laboratuar çalışması, araştırma dizaynı, istatistik ve görgül yönteme dayalı insan ve hayvan davranışları çalışmalarına vurguyu gerektirir. Psikolojinin diğer alanlarında olduğu gibi, derece temelde bir araştırma derecesidir ve adayların belli bir konuda araştırıp bir doktora tezi yazmalarını gerektirir. Klinik psikolojide adaylar onları psikolojideki diğer Ph.D. adaylarından ayıran iki ek alanda beceriler öğrenirler. Birincisi, ruhsal bozuklukların **tanı** ve değerlendirme tekniklerini öğrenirler: yani, bir hastanın belli bir bozukluğu gösteren sorunlarını ve belirtilerini belirlemek için gereken becerileri öğrenirler. İkincisi, **psikoterapinin** nasıl yapıldığını öğrenirler. Bu, tedirgin bireylerin düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını, stresin olumsuz sonuçlarını azaltmaları ve daha fazla yaşam doyumunu başarmaları için değiştirmelerinde birincil olarak sözel bir yardım etme yöntemidir. Öğrenciler yakın mesleki süpervizyon altında özel tekniklerde ustalaştıkları dersler alırlar. Daha sonra, yoğun bir intörnlük süresince ya da doktora sonrası eğitimde, hastaların bakımı için derece derece artan sorumluluk alırlar.*

Diğer klinik eğitim programları daha çok uygulamaya odaklanmıştır. Bu programlar göreli olarak yeni Psy.D. (psikolojide doktora) derecesini sağlarlar. Program genellikle Ph.D. öğrencilerine sağlanan ile aynıdır ama araştırmaya daha az klinik eğitime daha çok vurgu vardır. Bu yaklaşımın arkasındaki düşünce, klinik psikoloji, uygulama ve araştırmanın birleştirilmesinden çok, özel terapötik müdahalelerde ve değerlendirme tekniklerinde yoğun eğilimi haklı, çıkaran ve gerektiren bilgiye ve kesinlik düzeyine ilerlemiştir.

*Bir **psikiyatr** Tıp Doktorası (M.D.) derecesine sahiptir ve tanı ve psikoterapide süpervizyon aldığı ihtisas dönemi olarak adlandırılan lisansüstü eğitime tabidir. Tıbbi derece sayesinde ve psikologların aksine psikiyatrlar aynı zamanda hekim olarak fiziksel muayene yapma, tıbbi sorunlara tanı koyma ve benzeri işlevleri görmeye devanı ederler. Bununla beraber daha sıklıkla, psikiyatrların ilgilendiği tıbbi uygulamanın tek yönü, insanların nasıl hissettiklerini ve düşündüklerini etkileyebilen kimyasal bileşikler olan **psikoaktif ilaçlar** için reçete yazmaktır.*

Son zamanlarda uygun eğitim alan klinik psikologların psikoaktif ilaçlar için reçete yazmalarının faydalarıyla ilgili hareketli ve bazen buruk bir tartışma sürmekledir. Tahmin edilebileceği gibi, böyle bir hamleye mesleki alanlarının açık bir ihlâlini temsil edeceği için psikiyatrlarca karşı çıkılmaktadır. Buna birçok psikolog da karşı çıkmaktadır. Kârlar ayrı bir meseledir ama asıl sorun, tıp doktoru olmayan birinin ilaçların etkilerini izleyebilecek ve ters yan etkilerden ve ilaç etkileşimlerinden hastayı koruyabilecek kadar yeterli biyokimya ve fizyoloji öğrenip öğrenemeyeceğiyle ilgilidir. Bu tartışma herhangi bir sonuca ulaşıncaya dek kuşkusuz bir süre daha devam edecektir.

Çeşitli derecelerle klinisyenler bu tanısal toplantıdaki gibi bir ekip içinde çalışırlar.

*Bir **psikanalist** psikanalitik enstitüde uzmanlık eğitimi almıştır. Program genellikle birkaç yıllık klinik eğitimi ve eğitim alanın derinlemesine bir psikanalizden geçmesini içerir. Sigmund Freud psikanalistlerin tıbbi bir eğitime gereksinimleri olmadığını belirtmişse de, son zamanlara kadar A.B.D'deki birçok psikanalitik enstitü eğitime aldıkları kişilerde bir M.D. derecesi ve psikiyatrik ihtisas eğitimi almış olma koşulunu aramışlardır. Psikanalist olmak için 10 yıla kadar süren bir lisansüstü eğitim gerekmektedir.*

*Bir **sosyal çalışmacı** sosyal çalışma alanında uzmanlık derecesine sahiptir (M.S.W). **Danışma psikologları** için uzmanlık ve doktora programları bir ölçüde klinik psikolojide lisansüstü eğitime benzer ama genellikle araştırma vurgusu daha azdır.*

*Klinisyen terimi mesleki derecesi fark etmeksizin halka tanısal ve terapötik hizmetler veren kişiler için kullanılır. Klinisyenler klinik ya da danışma psikolojisinde Ph.D. derecesine, Psy.D. derecesine, M.S.W. derecesine sahip kişiler ya da psikiyatrlar olabilirler. Bu terim bu kitabın yazarları gibi hem araştırma hem de klinik çalışma yapan kişilere de uygulanır. Oldukça farklı bir grup insan **psikopatologlar** olarak adlandırılırlar. Bu kişiler terapist meslektaşlarının tedavi etmeye çalıştığı çeşitli hastalıkların doğası ve gelişmesine yönelik araştırmalar yürütürler. Psikopatologlar birçok disiplinden gelebilirler: bazıları klinik psikologlardır ama diğerlerinin eğitimsel ard alanları biyokimyadan gelişim psikolojisine kadar geniş bir menzildedir. Bunları birleştiren ise anormal davranışın nasıl geliştiğini çalışmaya adanmışlıklarıdır. Psikopatoloji hakkında hâlâ daha öğrenecek çok şeyimiz olduğundan, ard alanların ve ilgilerin çeşitliliği bir avantajdır ve bu sayede çok yakında hangi alanın asıl ilerlemeyi sağlayacağından emin olabileceğiz.*

Karanlık Çağ'da Hıristiyan Kilisesi akıl hastalarını tedavi etmede önemli bir rol üstlenmişti. Bu resimde Azize Catherine şeytanın sahip olduğu bir kadından şeytan kovarken görülmektedir.

kötü bir varlığın var olduğu öğretisi, **şeytancılık** (demonology) olarak adlandırılır. Şeytancı düşünüşün örnekleri eski Çinlilerin, Mısırlıların, Babillilerin ve Yunanlıların kayıtlarında bulunabilir. İbraniler arasında sapkınlık, kişinin Tanrı'nın korumasını çekip gazaba uğratmasından sonra kötü ruhlar tarafından etki altına alınmasına atfedilir. Hazreti İsa'nın temiz ruhlu olmayan bir adamı içindeki şeytanları dışarı çıkarmak ve bir domuz sürüsünü üstüne yağdırmak suretiyle iyileştirdiği bildirilmiştir (Mark 5:8-13).

Şeytan çıkarma (exorcism), kötü ruhların törensel mâniler söyleyerek ya da işkence yaparak dışarıya çıkarılması, tipik olarak ayrıntılı dua ayinleri, gürültü çıkarma, kişinin dehşet verici kötü lezzette içecekler içmeye zorlanması, bazen de bedeni şeytanlar için barınılamaz hâle getirmek üzere kırbaçlama ve aç bırakma gibi çok daha aşırı çareler biçimini alıyordu.

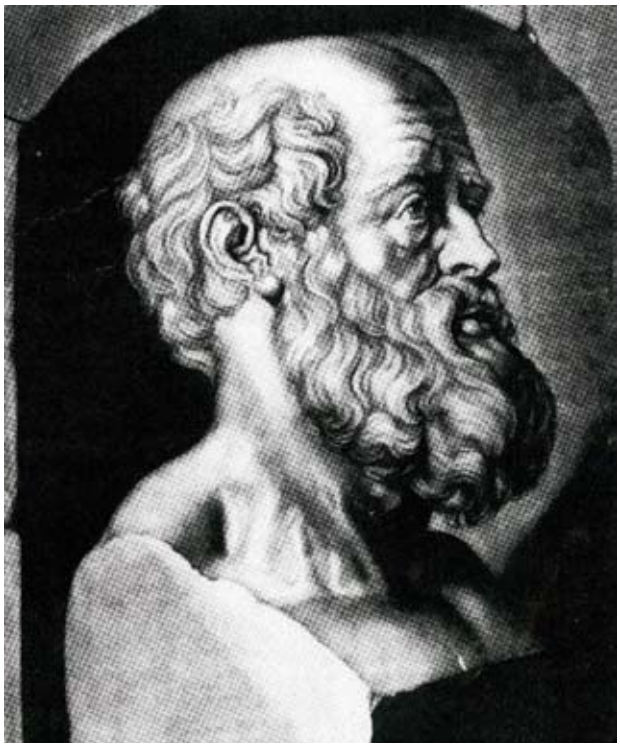
SOMATOGENEZ

Milattan önce beşinci yüzyılda, genellikle modern tıbbın babası olarak kabul edilen Hipokrat (M.Ö.460?-377?), tıbbı din, büyü ve batıl inançlardan ayırdı. Hipokrat Tanrıların ciddi fiziksel hastalıkları ve ruhsal bozuklukları ceza olarak gönderdiği şeklindeki yaygın Yunan inancını reddetti ve bunun yerine bu tür hastalıkların doğal nedenlerinin bulunduğunu ve bu yüzden soğuk algınlığı ve kabızlık gibi diğer yaygın hastalıklarla aynı biçimde ele alınması gerektiğini iddia etti. Hipokrat beyni bilinçliliğin, entelektüel yaşamın ve duyguların organı olarak kabul etti. Böylece sapkın düşünce ve davranışın bir tür beyin patolojisinin gösterimleri olduğunu düşündü. Hipokrat sıklıkla **somatogenezin** -bedende (*soma)* yanlış giden bir şeylerin düşünce ve hareketleri de bozacağı düşüncesi- en erken savunuculardan biri olarak değerlendirilir. Bunun aksine **psikogenez,** rahatsızlığın psikolojik kökenleri bulunduğu inancıdır.

Hipokrat ruhsal bozuklukları üç kategoriye ayırdı: mani, melankoli ve frenitis ya da beyin ateşi. Onun öğrettikleriyle anormal davranış olgusu daha açık bir biçimde din adamlarından çok doktorların alanına girmiştir. Hipokrat'ın önerdiği tedaviler erken dönem şeytan kovucu işkencelerinden oldukça farklıydı. Melankoli için sükûnet, ayıklık, yiyecek içecek seçiminde özen ve cinsel etkinlikten mahrumiyeti reçete etti. Böyle bir rejimin beyin ve beden üzerinde sağlıklı etkileri olacağı varsayılıyordu. Çünkü Hipokrat doğaüstü nedenlerden çok doğal nedenlere inanıyordu ve kendi yakın gözlemlerine dayanıyordu; bir klinisyen olarak çok değerli katkılar yaptı. Günümüzde epilepsi, alkolik sanrılar, inme ve paranoya olarak bilinen belirtilerin birçoğunu tanımlayan önemli miktarda ayrıntılı kayıtlar da bıraktı.

Hipokrat'ın fizyolojisi, normal beyin işleyişini ve böylece ruh sağlığını kavrayış biçimiyle oldukça kabacaydı; çünkü bedenin dört sıvısı ya da mizacı arasındaki nazik dengeye bağımlı

Yunan hekim Hipokrat anormal davranışın somatojenik görüşüne sahipli, psikopatolojiyi beynin bir hastalığı olarak görüyordu.



Bu Orta Çağ resminde Hipokrat'ın izleyicilerinin öğrettikleri dört sıvının aşırılığından olan mizaçlar resmedilmiştir. Sol üstte huzursuz, sağ üstte melankolik, sol altta durgun, sağ altla değişken bir insan görülmektedir.

olarak görüyordu: kan, kara safra, sarı safra ve balgam. Bunlarda bir dengesizlik bozukluğu üretiyordu. Örneğin, bir kişi durgun ve donuksa, bedenin balgamın hâkimiyetinde olduğu varsayılıyordu. Kara safranın bolluğu melankolinin açıklamasıydı; çok fazla sarı safra huzursuzluk ve kaygılı oluşu açıklıyordu; çok fazla kan ise değişken mizacı oluşturuyordu. Hipokrat'ın mizacî fizyolojisi daha sonraki bilimsel incelemelerde destek bulmadı. Bununla beraber onun temel öncülü olan, insan davranışının belirgin olarak bedensel yapılardan ve maddelerden etkilendiği ve anormal davranışların bir tür dengesizlikten ve hatta hasardan ortaya çıktığı düşüncesi, çağdaş düşüncenin habercisi niteliğindeydi. Daha sonraki yedi yüzyılda, Hipokrat'ın bozukluklara doğal yaklaşımı, diğer Yunanlılarca ve şehirleri eski Avrupa'da güç merkezi olmasından sonra Yunanlıların tıbbini benimseyen Romalılarca genellikle kabul edildi

KARANLIK ÇAĞLAR VE ŞEYTANCILIK

Tarihçiler yaptıkları yaygın genellemede klasik çağın son esaslı doktoru olarak kabul edilen ikinci yüzyıl Yunanlısı Galen'in (M.S. 130- 200) ölümünün tüm tıbbın ve özellikle de anormal davranışın incelenmesi ve tedavisi için karanlık çağların başlangıcını belirlediğini belirtirler. Birkaç yüzyıl süren gerilemeden sonra Yunan ve Roma uygarlıkları çöktü. Kilise etkinlik kazandı ve papalığın devletten bağımsız olduğu ilan edildi. Hıristiyan manastırları, misyonerleri aracılığıyla ve eğitimsel çalışmalarla iyileştiriciler ve ruhsal bozukluklar üzerine yetkililer olarak doktorların yerine geçtiler.

Manastırlar hastalara bakıyorlardı; birkaç tanesi klasik Yunan tıp yazmalarının deposu olmasına rağmen bu çalışmalardaki bilgileri dahi kullanamamış olabilirler. Keşişler ruhsal bozukluklara bakarken, bu kişilere dua ediyor ve Peygamber'den kalan kutsal eşyalar ile dokunuyorlardı ya da ayın kaybolmaya yüz tuttuğu sırada içmeleri için onlara fantastik iksirler hazırlıyorlardı. Ruh hastalarının aileleri onları mabetlere getiriyorlardı. Ruh hastalarının birçoğu ülke çapında dolaşıyor, giderek daha çok hastalanıyor, yeteneklerini daha çok kaybediyorlardı.

RUH HASTALARININ BÜYÜCÜ OLARAK KABUL EDİLMELERİ

On üçüncü ve izleyen yüzyıllar boyunca, toplumsal huzursuzluktan ve tekrarlayan kıtlık ve salgınlardan zaten çekmekte olan halk bu felaketleri açıklamak için şeytancılığa döndü. İnsanlar zihinlerini şeytanla meşgul eder oldular. Sapık öğretileri olan insanların güçlü şeytanı tarafından teşvik edildiğine inanılan büyücülük, Tanrı'nın inkâr edilmesi ve ona karşı gelinmesi olarak görülmeye başlandı. Sonra, günümüzdeki gibi, açıklayamadıkları ve korkutucu olaylarla yüz yüze gelen insanlar elde varolan açıklama her neyse ona tutunma eğilimine girdiler. Zaman büyücü olarak görülen kişiler üzerine muazzam suç yüklemek için komplo kurma zamanıydı ve bu şanssızlar büyük bir şevkle infaz edildiler.

1484'te Papa VIII Innocent, açıklamasında, Avrupa papazlarını büyücüleri araştırmada altına bakılmamış taş bırakmamaya teşvik etti. İki Dominik keşişini kuzey Almanya'ya sorgulamacı olarak gönderdi. Bunlar iki yıl sonra büyücü avına rehberlik etmek üzere kapsayıcı ve açık bir el kitabı yayınladılar: *Büyücülerin Çekici* (Malleus Maleficarum). Bu hukuki ve dinbilgisel belge Katolik ve Protestanlarca büyücülük üzerine bir temel kitap olarak değerlendirildi. Büyücülükle suçlananlara, itiraf etmedikleri sürece işkence yapılmalıydı; suçlu bulunup ve tövbe edenler ömür boyu hapse mahkûm ediliyorlardı; suçlu bulunup da tövbekâr olmayanlar infaz yasasına göre asılıyorlardı. Elkitabı, bir kişinin aklını ani kaybetmesini, şeytani tutsaklığın bir belirtisi olarak tanımlıyordu ve varsayılan şeytanı kovmak için alışılmış yöntem kişinin diri diri yakılmasıydı.

Bu dönemin kayıtları güvenilir olmamakla birlikte, izleyen birkaç yüzyıl boyunca yüz binlerce kadın, erkek ve çocuğun suçlandığı, işkenceye uğradığı ve öldürüldüğü düşünülüyor.

Orta Çağ'ın sonlarının ruh hastalarının büyücü olarak kabul edildikleri, bir süredir önde gelen yorumdur (Zilboorg & Henry, 1941). Suçlananların itiraflarında şeytanla cinsel ilişkiye girdikleri, kültlerinin gizli toplantılarına seyahat ettikleri bildirilmiştir. Bu raporlar çağdaş yazarlar tarafından sanrılar ya da varsanılar olarak yorumlanmaktadır ve buradan büyücü diye adlandırılanların bazılarının psikotik olduklarının göstergesi olarak almaktadırlar.

Bununla birlikte, bu tarihsel sürecin daha ayrıntılı bir incelemesi, suçlananların çoğunun ruh hastası olmadıklarını gösterir. Büyücü avlarının dikkatlice analiz edilmesi ortaya çıkarmıştır ki, suçlanan büyücülerin bazıları ruhsal olarak hasta olsalar da, çok daha fazla normal insan yargılanmıştır. Sanrı benzeri itiraflar tipik olarak vahşi işkence altında sağlanıyordu; zamanın ve suçlayıcıların inanışları yüzünden bu itiraflar işkence görenlerin ağzından zorla alınıyordu. Ayrıca, işkenceye izin verilmeyen İngiltere'de, itiraflar sanrı ve varsanıların gösterimleri olan tanımlamaları genellikle içermiyordu (Schoeneman, 1977; Spanos, 1978).

Diğer bilgi kaynaklarının değerlendirilmesi de büyücülüğün ruhsal hastalıkların birincil yorumu olmadığını gösterir. On üçüncü yüzyıldan beri Avrupa şehirleri büyüdükçe, hastaneler laik yetkilere kavuştular. Güç kazanan belediye yetkilileri, kilisenin faaliyetlerinin bir bölümünü devralma ya da destek olma eğilimine girdiler; bunlardan biri de hastaların bakımıydı. İngiltere Salisbury'deki Kutsal Vakıf Hastanesi, on dör-

Batırma testinde eğer kadın batmazsa şeytanla ortak olduğu düşünülürdü, yani nihayetinde kadının kazanması olanak dışıydı.

düncü yüzyılın ortalarından itibaren hastanenin amaçlarını tanımladı ve bunlar arasında "delilerin akılları yerine gelene kadar güvenlik altında tutulacaklardır" ifadesi de vardı. Bu dönemdeki İngiliz yasaları tehlikeli akıl hastaları ve yetersizlikleri olanların bir hastanede gözetim altında tutulmalarına izin veriyordu. Özellikle gözetim altında tutulacak kişiler "cinli" şeklinde tanımlanmamıştı (Allderidge, 1979).

On üçüncü yüzyıldan başlayarak İngiltere'de kişinin akıl sağlığının olup olmadığını belirlemek üzere cinnet duruşmaları yapılmaktaydı. Duruşmalar hükümdarın zihinsel özürlülerin korunma hakları altında yapılıyordu ve delilik yargısı hükümdarın cinnet geçiren kişinin tüm varlığının bekçisi olmasına izin veriyordu (Neugebauer, 1979). Davalının yönelimi, belleği, zekâsı, gündelik yaşamı ve alışkanlıkları duruşmalarda ele alınan konulardı. Garip davranışların açıklaması bunları tipik olarak fiziksel hastalığa ya da yaralanmaya veya duygusal şoka bağlanıyordu. Neugebauer'ın incelediği tüm vakalardan sadece birinde şeytanın etki altına almasına atıfta bulunuluyordu. Böylece, kanıtların pek çoğu ruhsal bozukluğun bu açıklamasının Orta Çağ'da daha önce düşünüldüğü kadar baskın olmadığını gösteriyor.

TIMARHANELERİN GELİŞİMİ

On beşinci yüzyılda Haçlı Seferlerinin sonuna kadar Avrupa'da cüzzamlılar için binlercesi olmasına rağmen çok az akıl hastanesi vardı. On ikinci yüzyılda İngiltere ve İskoçya bir buçuk milyonluk bir nüfus için 220 cüzzam hastanesine sahipti. Haçlı Seferlerinin ana savaşlarından sonra, muhtemelen savaşın son bulmasının enfeksiyonun doğu kaynaklarını koparmasından dolayı, cüzzam Avrupa'dan yavaş yavaş kayboldu. Cüzzamın artık o kadar çok toplumsal bir endişe kaynağı olmaktan çıkmasıyla dikkatler delilerin üzerine dönmüş görünüyordu.

Akıl hastalarının hapsedilmesi on beş ve on altıncı yüzyıllarda ciddi olarak başlamıştı. Cüzzam hastaneleri **tımarhanelere** (asylums) dönüştürüldü, akıl hastalarının hapsedilme ve bakımları için yerler oluşturuldu. Bu tımarhanelerin birçoğu karışık birçok rahatsızlıkları olan kişileri ve dilencileri aldılar. Dilenciler o zamanlar büyük bir toplumsal sorun olarak değerlendiriliyordu. On altıncı yüzyıl Paris'i 100.000'den az nüfusta 30.000 dilenciyi içeriyordu (Foucault, 1965). Bu tımarhanelerin kişileri çalıştırmaktan başka özel bir rejimleri yoktu; ancak aynı dönemde akıl hastalarının hapsedilmesi için özgül düzenlere sahip hastaneler de ortaya çıktı. "The Priory of St. Mary of Bethlehem" 1243'te kuruldu. 1403'te altı akıl hastası erkek burada kalıyordu ve 1547'de VIII. Henry burayı Londra şehrinin üzerine geçirdi, sonrasında sadece akıl hastalarının hapsedildiği bir hastane oldu. Bethlehem'de koşullar içler acısıydı. Yıllar geçtikçe *"bedlam"* sözcüğü bu hastane için sıkıştırılmış ve popüler bir isim ve de vahşi karmaşa ve şamatanın olduğu yeri tanımlayıcı bir ad oldu. Bethlehem nihayetinde Londra'nın en büyük turist çeken yerlerinden biri oldu; on sekizinci yüzyılda hem Westminster Manastırı hem de Londra Kulesi ile rekabet ediyordu. On dokuzuncu yüzyılda bile, saldırgan hastaları ve tuhaf davranışlarını izlemek eğlence olarak görülüyordu ve Bedlam'a giriş biletleri satılıyordu.

Hogarth'ın bu on sekizinci yüzyıl resminde, St. Mary'nin Bedlam'da turu, bu iki üst sınıf kadını için bir eğlence idi.

Burada 1773'te Virginia Williamsburg'da kurulan ilk Amerikan akıl hastanesi görülmekledir.

Benzer şekilde, Viyana'da 1784'te Cinnet Geçirenler Kulesi inşa edildi; hastalar dış duvarların hemen içinde hapsediliyor ve böylece gelen geçenlerce izlenebiliyorlardı. Birleşik Devletler'de ilk akıl hastanesi Williamsburg, Virginia'da 1773'te kuruldu.

Anormal davranışların hastanelerin alanına dahil edilmesinin ille de daha insancıl ve etkili tedavilere yol açtığı varsayılmamalıdır. Tıbbi tedaviler genellikle kaba ve acı vericiydi. Philadelphia'da 1769'da tıp pratiğine başlayan Benjamin Rush (1745-1813), ülkesinin bağımsızlık mücadelesinde de önemli rol almıştır ve Amerikan Psikiyatrisi'nin babası olarak değerlendirilir. Rush, ruhsal bozuklukların beyinde aşırı kan bulunmasından kaynaklandığına inanıyordu. Sonuç olarak, benimsediği tedavi "deli yapan" aşırı kan miktarını beyinden çekmekti! (Farina, 1976) Rush'un diğer bazı hipotezleri de vardı; birçok "cinnet getirmiş" kişinin korkutularak iyileştirilebileceğini düşünmüştü. Doktorlara tavsiye ettiği bir işlem de hastayı yaklaşan ölümüne inandırmaktı. On dokuzuncu yüzyılda New England'lı bir doktor bu reçeteyi dahice bir tarzda uygulamıştı. "Delikli tabuta benzer bir kutuya ayakta pozisyonda konulan hasta su dolu bir tanka indiriliyordu... Hava kabarcıkları kesilinceye kadar hasta su altında tutuluyor, sonra çıkarılıyor ve eğer zaten ölmediyse masaj ile canlandırılıyordu!" (Deutsch, 1949, s. 82).

MORAL TEDAVİ

Philippe Pinel (1745-1826) akıl hastanelerinde ruh hastalarının insancıl tedavisine yönelik harekette önemli bir kişi olarak değerlendirilir. 1793'te, Fransız Devrimi'nin heyecanı devam ederken, Pinel Paris'te La Bicetre olarak bilinen büyük bir akıl hastanesinde görevlendirildi. Bir tarihçi bu hastanedeki koşulları şu şekilde tarif etmiştir:

> [Hastalar] hücrelerindeki duvarlara zincirlenmişlerdi, duvara paralel durmalarını sağlayan demirden tasmalar yüzünden çok az hareket edebilmekteydiler... Kural gereği geceleri yatamıyorlardı... Hastaların bellerinde genellikle demir bir kasnak takılıydı ve ayrıca... hem ellerinde hem de ayaklarında zincirler bağlıydı... Bu zincirler hastanın kendini bir çanaktan besleyebilmesine yetecek kadar uzundu, yiyecek de genellikle yulaf lapasıydı —yalkı bir çorba içine batırılmış ekmek. Diyetle ilgili çok az şey bilindiğinden, hastalara verilen öğün türüne hiç dikkat edilmiyordu. Hayvan oldukları varsayılıyordu ve yiyeceklerinin iyi ya da kötü olmasına dikkat edilmiyordu (Selling, 1940, s. 54).

Pinel La Bicetre'de hapsedilmiş bu insanların zincirlerini çıkarttı ve onları hayvanlar gibi değil ama hasta insanlar olarak tedavi etmeye başladı. Tümüyle kontrol edilemez hâle gelmiş olan birçoğu sakinleşmişlerdi ve çok daha kolay zapt edilir olmuşlardı. Önceden tehlikeli olarak değerlendirilenler hastanede dolaşıyorlardı ve hiçbir rahatsızlık verme ya da kimseye zarar verme eğilimleri yoktu. Zindanların yerine ışıklı ve havadar koğuşlar yapıldı. Yıllardır hapsedilmiş olanlardan bazıları sağlıklarına kavuştular ve sonunda hastaneden taburcu edildiler.

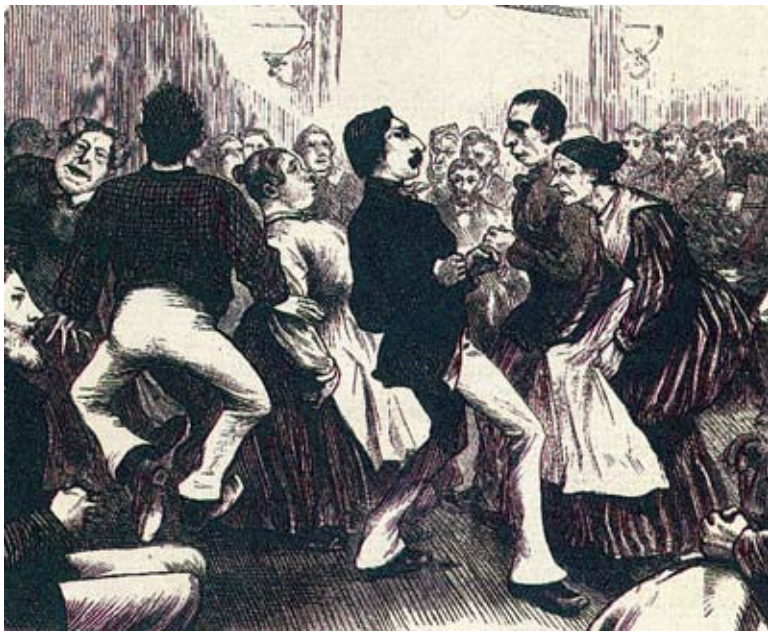
Pinel'in La Bicetre'deki hastaları serbest bırakması, sıklıkla akıl hastalarının daha insancıl tedavi edilmelerinin başlangıcı olarak değerlendirilir.

Hastaları kısıtlı durumlarından kurtarmak Pinel'in savunduğu tek insancıl reform değildi. Yeni Fransız Cumhuriyeti'nin eşitlikçiliğiyle tutarlı olarak, bakımındaki ruh hastaları, şefkat ve anlayışla yaklaşılması gereken, birey olarak onurlarıyla tedavi edilmeleri gereken özünde normal insanlardı. Pinel, bu hastaların ağır kişisel ve toplumsal sorunlar yüzünden delirdilerse rahatlatıcı tavsiyelerle ve amaçlı faaliyetlere yönelterek düzeltebileceklerini tahmin ediyordu.

Pinel'in ruh hastalan için yaptığı tüm iyi şeylere rağmen o bu hastaların tedavisinde eşitlikçilik ve aydınlanmanın mükemmel bir örneği değildi. Daha insancıl tedavileri daha üst sınıflara ayırmıştı; düşük sınıftan hastalar hala kontrol aracı olarak baskı ve korkutmaya maruzdular—yeni bir idarede önyargının ikiyüzlülüğü üzerine çarpıcı bir yorum (Szasz, 1974).

Pinel'in La Bicetre'deki devrimci uygulamalarının izinde, Avrupa ve Birleşik Devletler'de kurulan hastaneler görece olarak küçüktü ve özel olarak destekleniyorlardı. Protestan mezhebinin bir üyesi ve ünlü bir tüccar olan William Tuke (1732-1822), İngiltere'deki York akıl hastanesindeki koşullardan şok olmuştu; Dostlar Topluluğu'na kendi kuruluşlarını kurmayı önerdi. 1796'da York Dinlenme Evi kırda bulunan bir villada kuruldu. Burası ruh hastalarına yaşayacakları, çalışacakları ve dinlenecekleri sessiz ve dindar bir ortam sağladı. Hastalar sorunlarını görevlilerle tartışıyorlardı, bahçede çalışıyorlardı ve kırlık alanlarda yürüyüşler yapıyorlardı. Birleşik Devletler'de 1817'de Pennsylvania'da kurulan Dostlar Akıl Hastanesi ve 1824'te Connecticut'ta kurulan Hartford Dinlenme Evi, York Dinlenme Evi örnek alınarak yapıldı. Diğer Bileşik Devletler hastaneleri Pinel ve Tuke tarafından sağlanan anlayışlı ve dikkatli tedaviden etkilendiler. **Moral tedavi** olarak bilinen bu yaklaşımla uyumlu olarak, hastalar görevlilerle yakın temastaydılar; bu görevliler onlarla konuşuyor, onlara okuyor ve amaçlı faaliyetlere onları cesaretlendiriyorlardı. Hastalar olabildiğince normal olarak yaşamlarını sürdürüyor ve genelde hastalıklarının sınırlamaları içinde kendi sorumluluklarını taşıyorlardı.

York Dinlenme Evi'nin 1880'den 1884'e kadarki ayrıntılı vaka kayıtlarının son yapılan bir taramasından iki bulgu çıkarıldı (Renvoise & Beveridge, 1989). İlki, uyuşturucular en yaygın tedavilerdi ve alkolü, kanabisi, afyonu ve kloral hidratı (sersemletici damla) içeriyordu. İkincisi, sonuçlar çok istenir düzeyde görünmüyordu; hastaların üçte birinden azı düzelmiş ya da iyileşmiş olarak taburcu ediliyordu. Moral tedavi uyuşturmaktan başka bir şey olmayabilir.



On dokuzuncu yüzyılda birçok akıl hastanesi moral tedavi ilkelerine göre kuruldu. Bu resim bir New York Hastanesinde dans eden hastaları göstermekledir.

On dokuzuncu yüzyılda Dorthea Dix Birleşik Devletler'de daha çok akıl hastanesi açılmasında temel bir rol oynadı.

ODAK 1.2 BUGÜNÜN AKIL HASTANESİ

Her yıl iki milyondan fazla Amerikalı ruhsal bozukluklar nedeniyle hastaneye yatırılmaktadır. 1970'lerde akıl hastanelerinin kısıtlayıcı ortamına ilişkin endişeler çok sayıda akıl hastanesi hastasının kurum dışına çıkarılmasına (deinstitutionalization) yol açtı. 1980'lerde ve 1990'larda yapılan bütçe kesintileri bu eğilimin devam etmesine neden olmuştur. Ancak, kurumda bakım altına alınamayan kronik hastalar sorunu henüz yeterince çözümlenememiştir (20. Bölüm'de ayrıntılı olarak tartışacağımız gibi). Kamu akıl hastanelerindeki tedavi, öncelikli olarak koruyucu niteliktedir. Hastalar hayatta tutulur ama az bir tedavi alırlar; varlıkları çoğunlukla monoton ve yerleşik bir özelliktedir.

Bugün Birleşik Devletler'deki akıl hastaneleri genellikle ya federal hükümet ya da devlet tarafından fonlanmaktadır (aslında devlet hastanesi terimi devletin işlettiği akıl hastanesi anlamındadır). Hayrete düşürücü maliyetlerine rağmen genellikle eskidirler, iç karartıcı ve büyük şehir merkezlerinden uzaktadırlar. Emekliler İdaresi hastanelerinin ve genel tıp hastanelerinin birçoğunun aynı zamanda psikiyatri koğuşları vardır.

Buna ek olarak, özel akıl hastaneleri vardır. Maryland'daki Sheppard ve Enoch Pratt ile Belmont. Massachusetts'teki McLean Hastanesi en ünlü iki özel hastanedir. Özel hastanelerdeki fiziki olanaklar ve profesyonel bakım bir tek nedenle devlet hastanelerine üstün gelmektedir: özel hastanelerin daha çok parası vardır. Bu özel kurumlarda hastalar için maliyetler günde 1.000 doları aşabilir ve üstelik bu maliyete uzmanlaşmış bir personelle yapılan bireysel tedavi seansları dâhil değildir! Birçok hastanın genellikle doksan günlük bakımla sınırlı sağlık sigortası bulunmasına rağmen, bu hastaneler açıkça birçok vatandaşın olanaklarının ötesindedir.

Zaman zaman hapishane hastanesi olarak da adlandırılan bir ölçüde uzmanlaşmış bir akıl hastanesi, mahkemede yargılanamayacağına karar verilmiş ve delilik nedeniyle beraat etmiş suç işleyen kişiler içindir. Bu hastalar hapse gönderilmemekle birlikte, yaşamlarında silahlı korumalar altındadırlar ve sıkı bir güvenlik rejimi uygulanır. Hapiste tutuldukları sürece bir tür tedavinin yapıldığı varsayılır.

En iyi hastanelerde bile genellikle hastaların psikiyatr ya da klinik psikologlarla çok az ve değerli bir temasları vardır. Bu durum Cordon Paul ve çalışma arkadaşlarının dikkatli gözlemleri ile de doğrulanmıştır. Bu araştırmacılar hastaların uyanık oldukları zamanın %80 ila 90'lık bölümünde personelle temasları olmadığını ortaya koymuşlardır ve klinik personel çalışma sürelerinin dörtle birinden azını hastalarla temasta geçirmekledirler (Paul. 1987. 1988). Bir hastanın gününün ve akşamının büyük bir bölümü yalnız ya da diğer hastalarla veya lise eğitiminden fazla eğitimi olmayan yardımcı personelle geçmekledir. Hapiste olduğu gibi, ağırlıklı duygu çaresizlik ve depersonalizasyondur. Hastalar sonsuz saatler boyunca koridorlarda otururlar ve akşam yemeği salonunun açılmasını, ilaçların dağıtılmasını ve psikologların, sosyal çalışmacıların ve meslek danışmanlarının danışma saatlerinin başlamasını beklerler. Ağır derecede rahatsız olanlar hariç hastaların hastanenin ağaç işleri atölyesinden, yüzme havuzundan, spor salonundan, sepet örme atölyesine kadar değişen çeşitli olanaklarına ulaşmaları mümkündür.

Hastanelerden birçoğunda hastaların grup tedavisine devam etmeleri gereklidir. Grup tedavisi, en az iki hastanın birbirleri ile ve bir grup lideriyle bir odada belli bir süre ilişkide bulunmalarının öngörüldüğü sürece işaret eden genel bir kavramdır. Bazı hastalar uzman bir terapist ile yalnız olarak çok az seansa katılabilirler. Bununla beraber çoğunlukla, geleneksel hastane tedavisi son kırk yıldır psikoterapi sağlamaktan çok ilaç dağılmaya yönelmiştir. Kurumsal bakımın kendisi, destekleyici bakım sağlamanın ve kendilerine bakmaları neredeyse imkânsız durumda olan ya da onları dayanılmaz bir yük altına sokacak veya başkalarına tehdit oluşturacak hastaları korumak ve gözetmek biçimini almıştır (Paul & Menditto, 1992).

Rahatsız edici bir sorun, insanlar akıl hastanesinde bir yıldan fazla bir kez kaldıktan sonra kurumda bakıma alışmanın tersine çevrilmesinin zor olmasıdır. Birkaç ayda belirgin şekilde düzelmiş bir hastaya hastaneden çıkmaya neden isteksiz olduğunu sorduğumuzu hatırlıyoruz. Ciddi bir şekilde "Doktor, dışarıda

Moral tedavi on dokuzuncu yüzyılın son bölümünde terkedildi. İronik biçimde, ruh hastalarının koşullarının iyileştirilmesi için taraftar olan ve onların bakımı için yapılmış hastaneleri oluşturmak için savaşan Dorothea Dix'in çabaları (1802-1877), bu değişimin olmasına yardımcı oldu. Boston'da bir öğretmen olan Dix, bölge hapishanesinde Pazar okulunda dersler veriyordu ve orada yaşayanların içler acısı koşullarından şok olmuştu. İlgisi akıl hastanelerindeki koşullara ve tedavi için hiçbir yerleri olmayan zamanın ruh hastalarına yayıldı. Dix birçok ruh hastasını iyileştirmek için kuvvetli bir kampanya düzenledi; onun yardımları otuziki tane devlet hastanesi yapımını sağladı. Ne yazık ki, özel kuruluşların hizmet veremeyeceği çok sayıda hastaya hizmet vermek üzere inşa edilmiş büyük kamu hastanelerinin personeli hastalara bireysel dikkat

tehlike var demişti. Onun hu görüşüyle tümüyle hemfikir olamasak da, dışarıda yaşamın az da olsa avantajları vardı. Uzun süre bakım gören hu adamın klinik dosyasının kalınlığı 60 santimden fazlaydı. Çeşitli Gazi İdaresi hastanelerinin koruyucu çevresine o kadar alışmıştı ki ayrılma ihtimali onun için hiç akıl hastanesinde bulunmamış biri için oraya girme ihtimali ne kadar korkutucu ise o kadar çok korkutucuydu.

*Bazen uygulanan bir tedavi de **ortam tedavisidir (milieu therapy)** ve bunda tüm hastane "terapötik bir topluluğu" oluşturur (örn., Jones. 1953). Süre giden tüm faaliyetler ve tüm personel tedavi programının parçası olur. Ortam tedavisi on dokuzuncu yüzyılın moral uygulamalarına bir geri dönüş gibi görünmektedir. Sosyal etkileşimler ve grup etkinlikleri teşvik edilir, öyle ki grup baskısı yoluyla hastalar normal işlev görmeye yöneltilir. Hastalara koruma altına alınmış vakalar gibi değil ama sorumlu insanlar olarak muamele edilir (Paul, 1969). Kendilerinin tekrar uyum yapmalarına yakın arkadaşları olan hastalar kadar kendilerinin katkıda bulunmaları beklenir. Açık koğuşlar onlara önemli oranda özgürlük tanır. Ortam tedavisinin etkililiğine dair bazı kanıtlar vardır (örn., Fairweather. 1964; Greenblatt ve ark., 1965), en inandırıcı olanı da Paul ve Lentz (1977)'in köşe taşı niteliğindeki projeleridir.*

Bu iddialı çalışmada Paul ve Lentz ortanı tedavisi ile birlikte öğrenme temelli bir tedavi ile kronik ve zor hastalarda cesaret verici düzelmeyi göstermişlerdir. Öğrenme temelli tedavide hastalar, diğer hastalarla sosyalleşmeleri, yataklarını yapmaları, günaydın demek gibi sosyal gelenekleri izlemeleri, saçlarını taramaları ve hastane dışında yaşamaları için gereken becerilerin öğretildiği derslere devam etmeleri için ödül kazanabilmektedirler. 18. Bölüm'de ayrıntılı olarak tanımlandığı gibi, bu öğrenme temelli tedavi hastaları belli bir hiçimde davrandıkları için onlara istedikleri şeyleri alabilmelerinde ya da imtiyaz kazanabilmede kullanabilecekleri plastik markalar yermek suretiyle ödüllendirir. Tedavilerin etkinliklerinin ölçümlerinin birçoğunda öğrenme programı ortam tedavisinden daha başarılıdır. Her iki tedavi de eski bir Illinois Devlet Hastanesi'ndeki sıradan yönetime kıyasla üstün bulunmuştur. Akıl hastaneleri, özellikle dışarıda işlev görmede zorlukları olan kişiler için öngöremeyeceğimiz bir geleceğe kadar gerekli olduğundan, bu çalışma özellikle önemlidir. Kronik hastalara sadece hastanedeyken değil ama taburcu edildiklerinde de yardım edilebilecek yöntemleri önermektedir.

Devlet akıl hastanelerindeki odaların çoğu kasvetli ve uyarandan yoksundur.

gösteremiyorlardı (Bockhoven, 1963). Dahası, bu hastaneler hastalığın biyolojik yönleriyle ve ruh hastalarının psikolojikten çok fiziksel iyilik haliyle ilgilenen doktorlar tarafından idare ediliyordu. Önceleri görevlilerin ücretlerine giden paralar şimdi laboratuar ve araçlara gidiyordu. Bugünün ruh hastalıkları kuruluşlarının koşullarının bir incelemesi için Odak 1.2'ye bakınız.

ÇAĞDAŞ DÜŞÜNCENİN BAŞLANGICI

SOMATOGENEZE DÖNÜŞ

Greko-Romen uygarlığının düşüşünden sonra Galen'in yazıları hem fiziksel hem de ruhsal hastalıklar hakkındaki standart bilgi kaynağıydı. Orta çağa kadar herhangi bir yeni olgu ortaya çıkmamıştı. Flaman anatomi bilgini ve Doktor Vesalius (1514-1564) tarafından bulunan ilerle-

me sağlayan bir gelişme, Galen'in insan anatomisine ilişkin sunumlarının doğru olmadığıydı. Galen insan fizyolojisinin, çalıştığı maymunlarınkine benzediğini varsaymıştı. Onun yaşadığı dönemlerde izin verilmeyen insan otopsi çalışmaları ile Galen'in yanıldığını kanıtlamaya başlamak bin yıldan fazla sürmüştü. Bilginin doğrudan gözleme dayalı olduğu görgül tıp bilimi, ünlü İngiliz Doktor Thomas Sydenham'ın çabalarıyla (1624-1689) bir ilerleme yapmıştı. Sydenham, ruhsal bozukluklarla ilgilenenlerin, sonunda etkilendiği sınıflama ve tanıya görgül bir yaklaşımı savunmada özellikle etkili olmuştu.

Sydenham'ın yaklaşımından etkilenenlerden biri, bir Alman doktor olan Wilhelm Griesinger idi. Griesinger herhangi bir ruhsal bozukluk tanısının biyolojik bir nedeninin bulunduğunu iddia ediyordu ki bu ilk önceleri Hipokrat tarafından desteklenen somatojenik görüşlere açık bir geri dönüştü. Bir psikiyatri ders kitabı, Griesinger'ın iyi bilinen izleyicilerinden Emil Kraepelin (1856-1926) tarafından yazıldı ve ilk olarak 1883'te yayınlandı; bu kitap ruhsal hastalıkların organik doğasını oluşturmak üzere bir sınıflama sistemi de getirmişti. Kraepelin **sendrom** diye adlandırdığı, tıpkı belli bir tıbbi hastalıkta olduğu gibi, altta yatan fiziksel bir nedeni bulunduğunu düşünmeye yetecek şekilde, düzenli olarak birlikte görülen belli bir grup belirti için bir eğilim olan ruhsal bozukluklar arasında ayrım yaptı ve biyolojik bir işlev bozukluğuna atfedilebilecek bu belirtiler topluluğunun sendromu oluşturduğunu savundu. O her bir ruhsal hastalığın diğerlerinden farklı olduğunu, kendi başlangıcı, gidişi ve sonucu olduğunu düşündü. Tedaviler açıklanmamış da olsa en azından hastalığın gidişi tahmin edilebilirdi. Kraepelin ağır ruhsal hastalıkların iki büyük grubunu önerdi: şizofreni için ilk kullanılan terim olan erken bunama (dementia praecox) ve manik-depresif psikoz. Kraepelin şizofreninin nedeni olarak kimyasal bir dengesizliği ve manik-depresif psikozun açıklaması olarak metabolizmada bir düzensizliği öngördü. Kraepelin'in bu ve diğer ruhsal hastalıkları sınıflama şeması 3. Bölüm'de çok daha ayrıntılı tanımlanacak olan şimdiki tanısal kategoriler için bir temel oldu.

Sinir sisteminin işleyişi 1800'lerin ortalarında bir miktar anlaşılmış olmasına rağmen, çeşitli ruhsal bozuklukları açıklayabilecek yapıda beklenen anormallikleri ortaya çıkaracak çok fazla şey bilinmiyordu. Bununla beraber, yaşlılıktaki ve yaşlılık öncesindeki psikozlarla bağlantılı beyin hücrelerindeki yıkım yönündeki değişimler ile zihinsel geriliğe eşlik eden bazı yapısal bozukluklar belirlendi. Muhtemelen en çarpıcı tıbbi başarı zührevi bir hastalık olan ve birkaç yüzyıldır bilinen frenginin kökeninin ve tüm doğasının keşfedilmesiydi.

Bu keşif öyküsü, çağdaş bilimler ve çalışmalar için temel oluşturan görgül yaklaşımın harika bir resmini sağlar. 1798'den beri biliniyordu ki, bazı ruh hastaları ilerleyen bir felç ile büyüklük sanrılarını da içeren hem fiziksel hem de ruhsal yeteneklerin kalıcı bir bozulması ile belirgin bir sendromu gösteriyorlardı. Bu belirtiler tanındıktan hemen sonra bu hastaların asla iyileşmedikleri anlaşıldı. 1825'te ruhsal ve fiziksel sağlıkta bu tür bir bozulma bir hastalığı, **genel felç** olarak tanımlanıyordu. Felç olan bazı hastaların daha önce frengilerinin bulunduğu 1857'de anlaşılmış olsa da, felcin kökeninin rekabet eden birçok kuramı vardı. Örneğin, bu bozukluğun denizcilerdeki yüksek oranını açıklamak üzere bazıları deniz suyunun bu hastalığın nedeni olabileceğini düşündü. Griesinger, erkekler arasındaki yüksek oranı açıklama çabasıyla alkollü içki, tütün ve kahvenin işe karışabileceği spekülasyonunu yaptı. 1860'larda ve 1870'lerde Louis Pasteur hastalıkların **mikrop kuramını** oluşturmuştu ve buna göre hastalıklara bedenin çok küçük organizmalarla bulaşmış (enfeksiyon) olması neden oluyordu. Bu kuram frengi ve genel felç arasındaki ilişkiyi gösteren ön hazırlığı oluşturdu. 1897'de Richard von Krafft-Ebing felçli hastaları frengi yaralarından elde ettiği maddelerle aşıladı; hastalar frengi geliştirmediler ki bu onların daha önce enfekte olduklarını gösteriyordu. Nihayetinde, 1905'te, frengiye neden olan özgül mikroorganizma keşfedildi. Enfeksiyon ile beynin belli bölgelerinin bozulması ve belli bir psikopatoloji türü arasında nedensel bir bağlantı kuruldu. Eğer belli bir psikopatoloji türü (genel felç) biyolojik bir nedene dayanıyor ise diğerleri de dayanabilirdi. Somatogenez güvenirlik kazandı ve daha fazla biyolojik neden arayışı hız kazandı.

PSİKOGENEZ

Somatojenik nedenlerin arayışı psikiyatride 20. yüzyıla dek başat olmaya devam etti. Kuşkusuz bunda genel felçle ilgili harika keşifler etkili

olmuştu. Ancak, 18. yüzyılın sonları ve 19. yüzyıl boyunca Batı Avrupa'nın diğer bölgelerinde akıl hastalıkları tümüyle farklı bir kökene bağlı olarak görülüyordu. Akıl hastalıklarını psikolojik işleyişteki bozukluklara yükleyen çeşitli psikojenik görüşler Fransa ve Avusturya'da moda olmuştu. O zamanlar Batı Avrupa'daki birçok insan histerik durumlara yakalanmışlardı. Fiziksel bir nedenin bulunamadığı körlük ya da felç gibi fiziksel güç yetersizliklerinden mustariptiler.

On sekizinci yüzyıl sonlarında Viyana ve Paris'te çalışan bir Avusturyalı hekim olan Franz Anton Mesmer (1734-1815), histerik bozukluklara bedendeki evrensel bir manyetik sıvının kısmi dağılımının sebep olduğuna inanıyordu. Bunun da ötesinde, bir insanın bir başkasının davranışında değişiklik yapacak biçimde o kişinin sıvısını etkileyebileceğini düşünüyordu. Gizem ve gizemcilik kisvesine bürünmüş toplantılar yapıyordu. Bu toplantılarda, alttaki çeşitli kimyasal maddelerle dolu şişelerin ağzından çıkan ince demir çubuklarla kaplanmış bir teknenin içine oturtulmuş bedensel özürlü hastalara müdahalede bulunuyordu. Mesmer odaya giriyordu, tekneden çeşitli çubuklar alıp bunlarla hastanın bedeninin özürlü bölgelerine dokunuyordu. Bu çubukların hayvani manyetizmayı geçirdiğine, evrensel manyetik sıvının dağılımını ayarladığına ve böylece histerik anestezi ve felçlerin ortadan kalkacağına inanılıyordu. Bugün bunun kuşkulu bir kuramsal açıklama ve işlem olduğunu düşünüyor da olsak Mesmer birçok insana histerik sorunlarının üstesinden gelmede açıkça yardım etmişti. Mesmer histerik bozuklukları tümüyle fiziksel olarak değerlendirdiği için okuyucular bu çalışmaları psikojenik nedenler başlığı altında tartışmamıza şaşırmış olabilirler. Bununla beraber, Mesmer'in hastalarıyla çalıştığı ortamdan dolayı, kendisi 7. Bölüm'de ayrıntılı olarak tartışılacak olan modern hipnozun ilk uygulamacılarından biri olarak değerlendirilebilir. Mesmerize etme, hipnotize etme için eskiden kullanılan bir deyimdir. (Bununla beraber olgunun kendisi, muhtemelen bütün kültürlerin antik dönemlerinden beri hokkabazların yaptığı büyücülük ve sihir ile inançla iyileştiricilerin uygulamalarının bir bölümü olarak biliniyordu.)

Mesmer çağdaşlarınca bir şarlatan olarak değerlendirilmesine rağmen, hipnoz çalışmalarına giderek artan bir saygı oluştu. Büyük bir Parisli nörolog olan Jean Martin Charcot (1825-1893),

Mesmer'in hayvani manyetizmayı iletme işlemi genellikle bir çeşit hipnoz olarak değerlendirilmiştir.

sadece anestezi ve felç gibi histerik durumları değil ama körlük, sağırlık, konvulsif ataklar ve histerinin neden olduğu bellek boşluklarını da çalıştı. Charcot başlarda somatojenik bir görüşü destekliyordu. Ancak bir gün uyanık öğrencilerinden bazıları normal bir kadını hipnotize ettiler ve belli histerik semptomları telkin ettiler. Charcot kadının gerçek bir histerik hasta olduğuna kanmıştı. Öğrencileri kadını uyandırarak belirtilerinin nasıl çabucak ortadan kalktığını ona gösterdiklerinde, Charcot histeri hakkındaki düşüncelerini değiştirmiş ve bu kafa karıştırıcı olgunun nörofizyolojik yorumlarıyla ilgilenmeye başlamıştı.

Bu sıralarda Viyana'da Josef Breuer (1842-1925) adında bir hekim çeşitli histerik belirtilerle yatalak olmuş bir genç kadını tedavi etmişti. Bacakları, sağ kolu ve sağ tarafı felçliydi. Görmesi ve işitmesi de bozulmuştu. Sıklıkla konuşma güçlüğü de çekiyordu. Zaman zaman da rüyadaymış gibi bir duruma giriyor ya da kendi kendine mırıldanırken "kaybolmuş" gibi hissediyordu; kafası tedirgin edici düşüncelerle meşgul

Fransız psikiyatr Jean Charcot bu ünlü resimde histeri üzerine derste görülüyor. Charcot psikogeneze olan ilginin yenilemesinde önemli bir kişidir.

Avusturyalı hekim ve fizyolog Josef Breuer psikanalizin erken gelişim döneminde Freud'la ortak çalışmıştır. Sadece Anna O.'yu kendi bulduğu katartik yöntemle tedavi etmiştir. Sonradan aktarım ve karşıt aktarım olarak adlandırılan durumun farkına vararak, yöntemini bir arkadaşına tarif etmiş ve hastayı ona devretmiştir.

görünüyordu. Bir tedavi seansı sırasında Breuer Anna O.'yu hipnotize etti ve mırıldadığı sözcüklerden bazılarını tekrarladı. Daha serbestçe konuşturmayı başarmıştı ve kadın nihayetinde geçmişteki sıkıntı veren bazı olayların duygusunu yaşayarak konuşmaya başlamıştı. Anna O. bu hipnotik seanslardan uyandığında kendisini sıklıkla daha iyi hissediyordu. Anna O. ve diğer histerik hastalar ile Breuer, belirtilerin iyilik dönemi ve bunlardan kurtulmuş olmanın, eğer hasta hipnoz altındayken belirtileri başlatan olayları hatırlayabildiyse ve orijinal duygu ifade edildiyse daha uzun süre gittiğini bulmuştu. Önceki bir felaket yaşantısının açığa çıkarılması ve daha önce unutulmuş olayla ilgili düşüncelerin ürettiği gerilimin giderilmesi *katarsis* olarak adlandırıldı. Breuer'in yöntemi **katartik yöntem** olarak bilinir oldu. 1895'te arkadaşlarından biri ile birlikte anormal psikolojisinde bir köşe taşı olarak değerlendirilen *Histeri Üzerine Çalışmalar* adlı kitabı yayınladı. Gelecek bölümde Breuer'in arkadaşı, Sigmund Freud[1]'un düşüncelerini ele alacağız.

[1]*Anna O., Breuer tarafından katartik yöntemle ya da 'konuşma tedavisi ile tedavi edilen genç kadın, tüm psikoterapi literatüründe en iyi bilinen vaka olmuştur. Yukarıda belirtildiği gibi bu vaka raporu ve diğer dördü 1895'te Freud'un sonraki önemli katkılarının temelini oluşturmuştur. Ancak, Ellenberger (1972) tarafından yapılan tarihsel incelemeler Breuer'in raporunun kesinliği üzerine ciddi kuşkular düşürmüştür. Gerçekten de, Anna O.—aslında iyi bilinen bir Viyana ailesinin üyesi olan Bertha Pappenheim— Breuer'in konuşma tedavisinden yalnızca geçici olarak yararlanmış görünüyordu. Freud'un ünlü meslektaşı Carl Jung, 1925'te bir konferansta, Freud'un kendisine Anna O.'nun asla iyileşmediğini söylediğini ifade etmişti. Ellenberger'in keşfettiği hastane kayıtları da Anna O.'nun Breuer'in katarsisle ortadan kaldırmakla ünlendiği "histerik" sorunlarını rahatlatmak için morfine dayanmaya devam ettiğini doğruluyordu. Gerçekte, kanıtlar onun bazı sorunlarının psikolojik değil biyolojik olduğunu telkin etmektedir.*

Anna O., gerçek adıyla Bertha Paphenheim Breuer'in katartik yöntemle tedavi ettiği ünlü vakadır.

BİLİM: BİR İNSAN UĞRAŞI

Uzayın keşfinde oldukça karmaşık uydular gözlemler yapmak üzere dünya dışına gönderilmiştir. Bununla birlikte, belli olguların, aletlerimiz onları yakalamaya yeterli duyarlıkta olmadıkları için kaçmış olması mümkündür. Ulusal Havacılık ve Uzay İdaresi (NASA) tarafından 7 Ağustos 1996'da yapılan açıklamaya ilişkin bazı son tartışmaları düşünelim. Mars'ta bir zamanlar yaşam bulunduğuna dair işaretler, yaklaşık 16 milyon yıl önce uzaya bir asteroidin çarpmasıyla sıçrayan ve yeryüzüne 13 milyon yıl önce yerçekimi nedeniyle düştüğüne inanılan bir parça kayada bulunmuştu. Antarktika'da 1984'te bulunan bu kaya kimyagerlerin ve uzay bilimcilerin çalışmalarına ve muhtemelen 3.6 milyon yıl evvelki Mars mikroplarının işaretlerini taşıdığı yönünde spekülasyonlarına konu olmuştu. Bulguların geçerliği ile ilgili tartışmalar sürse de, burada bizi ilgilendiren, şimdi kıraç olan bir gezegende bir zamanlar hayatın var olduğuna ilişkin işaretler bulunduğuna gerçekten nasıl karar verildiğini ele alan bazı yorumlardır. Neyin canlı olduğu anlayışımızla Mars'ta bir zamanlar yaşamış olanın eşleştiğinden nasıl emin olabiliriz? Bir NASA astrofizikçisi, "Yaşamla ilgili bildiğimiz her şey yeryüzünde öğrendiklerimizden

gelmektedir" demiştir (Cole, 1996, s. Al'de bahsediliyor). Bir başka bilim insanı: "Tek bir yaşam örneği ile çalışıyoruz: bu sadece elmalar üzerinde çalışıp meyveleri öğrenmeye çalışmaya benziyor. Daha çok elmaya ve portakala bakmak zorundayız" şeklinde ifade etmiştir (Cole, 1996, s. A29'da bahsediliyor).

Bir başka gezegendeki hayata yalnızca elimizdeki araçlarla bakılabilir ve bu araçların tasarımı sadece teknoloji tarafından değil ama yaşamın ne olduğuna dair öncül kavramlarımızca belirlenir. Güneş sisteminin bir diğer bölümünden gelen madde üzerinde uygulanan testler, her yerde evrimleşebilecek olanla eşleşemeyebilecek olan orada yaşayan şeyin doğası hakkındaki varsayımlara dayanır.

Uzayın keşfine ilişkin bu tartışma, bilimsel gözlemin, yalnızca insanın dehasının ve akademik çalışmalarının güçlerini değil ama evrenimizin doğasını tam olarak kavrama ile ilgili doğuştan varolan güçsüzlüğümüzü yansıtan bir insan uğraşı olduğuna işaret etmenin bir yoludur. Bilim insanları yalnızca bazı ön fikirlere sahip oldukları gözlem türlerini yapmak için araçlar tasarlayabilirler. Bazı gözlemlerin evrenin genel doğası hakkındaki bilgilerimizin kısıtlı olmasından dolayı yapılmadığının farkındadırlar.

BİLİMDE ÖZNELLİK: PARADİGMALARIN ROLÜ

Bilim yalnızca varolan bilginin bilimsel sorgulama üzerine koyduğu kısıtlamalarla değil ama aynı zamanda bilim insanının kendi kısıtlılıklarınca sınırlanır. Şimdi bu bölümün başındaki noktaya —anormal davranışı bilmeye ve çalışmaya çabalarken nesnel kalabilme mücadelesine dönüyoruz. Anormal davranışı çalışmak için gösterilen tüm çabalar bilimsel ilkelere göre yapılmalıdır. Ancak bilim tamamen nesnel ve kesin bir uğraş değildir. Daha çok, bilim felsefecisi Thomas Kuhn'un önerdiği gibi, evrene bakışımızdaki kısıtlılıklar kadar öznel faktörler de bilimsel sorgulamanın yapılışına dâhil olur.

Kuhn'un görüşlerinde bilimsel ilkelerin herhangi bir uygulamasında merkezi kavram olan **paradigma** bilim insanının içinde çalıştığı kavramsal bir çerçeve ya da yaklaşımdır. Kuhn'a göre bir paradigma, verileri toplayıp yorumlamada kullanılabilecek yöntemleri olduğu kadar geçerli olarak değerlendirilen kavramları belirleyen bilimsel sorgulamanın kısmî evreninin ana hatlarını oluşturan temel varsayımlar grubudur. Bir paradigma belli bir zamanda bilim insanlarının nasıl çalışacaklarına dair önemli doğurgulara sahiptir. "Araştırmaları, paylaşılan paradigmalara dayanan insanlar bilimsel pratik için aynı kural ve standartlara bağlıdırlar". (Kuhn, 1962, s. 11). Paradigmalar bilim insanlarının hangi sorunları inceleyeceklerini ve incelemeyi nasıl yapacaklarını belirler. Paradigmalar bilimin esas kısmıdır, önemli bir kısım olan izlenecek kuralları gösterme işine hizmet ederler. Algısal olarak ifade edildiğinde, bir paradigma belli etkenleri görme, diğerlerini görmeme eğilimi şeklindeki genel bir bakış açısına ya da yaklaşıma benzetilebilir.

Bir paradigma verilerin toplanmasına ve tanımlanmasına kaçınılmaz yanlılıkları sokmaya ek olarak, ayrıca olguların yorumlanmasını da etkileyebilir. Bir diğer deyişle, verilere verilen önem ve anlam önemli oranda paradigmaya dayanabilir. Gelecek bölümde anormal psikolojisindeki ana paradigmaları tanımlayacağız, ancak burada bunların nasıl çalıştığına dair bir fikir vermek istiyoruz.

ANORMAL PSİKOLOJİSİNDE PARADİGMALARIN BİR ÖRNEĞİ

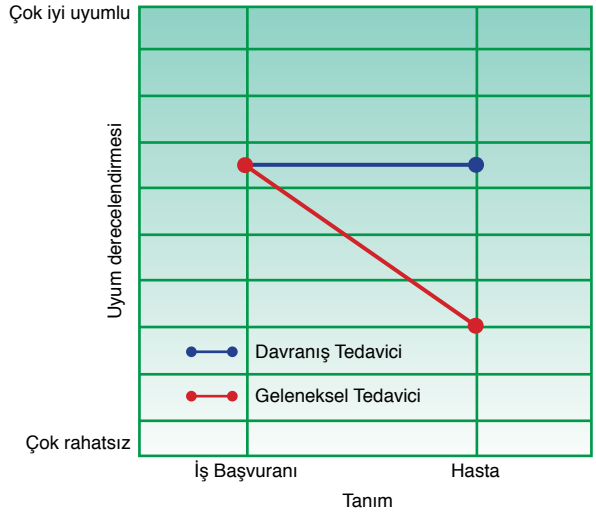
Langer ve Abelson (1974) kuramsal yönelimler ve paradigmaların eğitilmiş klinisyenlerin bir insanın uyumunu görmelerini nasıl etkilediği ile ilgilenmişler, bununla ilgili olarak bir deney düzenlemişlerdir.

Gelecek bölümde daha çok tartışacağımız gibi, davranış tedavisi psikolojinin açık davranışın gözlenmesiyle ilgilenen ve davranışları belli türden öğrenmelerin bir ürünü olarak gören davranışçılık - öğrenme kolundan kaynaklanmaktadır. Davranış tedavicileri, anormal davranışın, normal davranışla aynı öğrenme ilkelerine göre kazanıldığına inanırlar ve açık davranışlara odaklanmaya eğilimlidirler. Daha geleneksel olarak eğitilmiş klinisyenler bozuk davranışa neden olan içteki muhtemelen gizli çatışmayı aramaya eğilimlidirler. Bunlar davranışı hastanın zihninde nelerin olup bittiğini çıkarsamada bir araç olarak görme eğilimindedirler. Sıklıkla bu çıkarsamalar hastanın farkında olmadığı süreçleri kapsar. Langer ve Abelson, davranış tedavicilerinin gözlenen davranışa odaklanmaya eğitildikleri için, bir insanın hasta olduğunun söylenmesinden, açıkça normal davranışları olasılıkla bilinçdışı ya da gizli sorunları maske-

leyen davranışlar olarak gören geleneksel eğitilmiş klinisyenlerden daha az etkileneceklerini düşündüler. Bu varsayımı test etmek için, izleyen deneyi tasarladılar. Bir grup davranış tedavicisi ve psikanaliz eğitimi almış diğer geleneksel klinisyenlere iki erkek arasında süre giden bir görüşmenin video kaydını gösterdiler. Bu kaydı görmeden önce, her gruptaki katılımcıların yarısına görüşülenin iş başvurusu olan bir kişi olduğu, diğer yarısına ise bu kişinin bir hasta olduğu söylendi. Görüşülenin hasta olduğunun söylendiği geleneksel klinisyenlerin bu kişiyi iş başvurusu olduğu söylenenden daha rahatsız olarak derecelendirmeleri beklendi. İki gruptaki davranış tedavicilerinin derecelendirmelerinin etiketlerden daha az etkilenecekleri ve böylece daha çok benzeyecekleri beklendi.

Sakallı bir profesörün yirmili yaşlarının ortalarındaki bir genç adamla mülakatını içeren videobant tüm katılımcılara gösterildi. Görüşülen, son zamanlarda bir iş başvurusu olmuş olmak koşulunu karşılayan, bir mülakata gireceği ve bunun videobanta alınacağı, buna karşılık olarak da 10 dolar ödeneceği belirtilen bir gazete ilanı yoluyla bulunmuştu. Orijinal görüşmenin on beş dakikalık bir bölümü alındı. Bu bölümde genç adam dağınık bir otobiyografik monologda bulunuyor ve son olarak çalıştığı işleri tanımlıyor, buralardaki bürokratlarla çatışmaları üzerinde duruyordu. Tarzı, Langer ve Abelson tarafından yoğun ama belirsiz olarak tanımlanmıştır. Onlara göre genç ya saygılı ve çabalayan biri olarak ya da kafası karışık ve tedirgin biri olarak değerlendirilebilirdi.

Bir anket klinisyenlerin görüşülenin ruh sağlığı hakkındaki izlenimlerini ölçtü. Görüşülen iş başvurusu olan bir kişi olarak sunulduğunda geleneksel klinisyenlerin ve davranış tedavicilerin uyum derecelendirmeleri arasında fark yoktu. Ancak hasta etiketi, beklendiği gibi, keskin farklılıklar yarattı (Şekil 1.2). Görüşülen bir hasta olarak sunulduğunda geleneksel klinisyenler, adamı iş başvurusu olan biri olarak gören geleneksel klinisyenlerden de anlamlı ve göreli olarak daha rahatsız biçiminde değerlendirdiler. Buna karşılık, davranış tedavicileri "hasta" görüşüleni göreli olarak daha iyi uyumlu biçiminde derecelendirdiler. Aslında, iyi uyum derecelendirmeleri, kişiyi iş başvurusu olan bir kişi olarak düşünen davranış tedavicilerinin derecelendirdiklerinden daha az değildi. Klinisyenlerden sağlanan niteliksel değerlendirmeler derecelendirmelerini destekliyordu. Davranış tedavicileri adamı etiketini dikkate almadan "gerçekçi", "saygılı", ve "sorumlu" olarak tanımlarlarken, adamı bir hasta olarak gören geleneksel klinisyenler "gergin, savunmacı bir kişi", "eşcinsellik üzerine çatışmaları var" ve "katılığıyla dürtüselliğini gösteriyor" gibi tanımlamalarda bulundular.



Şekil 1.2 *Araştırmacının tanımlamasına ve tanı koyanın eğitimine göre görüşene verilen ortalama uyum derecelendirmeleri. Langer ve Abelson (1974)'den uyarlanmıştır. (Copyright 1974 by APA. Reprinted by permission)*

Bu deneyde davranış tedavicileri niçin yansız görünüyorlar? Langer ve Abelson bunu şu yolla açıklıyorlar. Davranışçı yaklaşım, klinisyenleri açık ya da görünür davranışa yoğunlaşmaya ve hâlihazırda görünür olmayan hastalıkla ilgili kuşkucu olmaya teşvik ediyor. Böyle bir yönelimi olanlar bu deneyde avantajlıydılar, çünkü görüşülen konuyu dağıtıyor da olsa denge üzerine davranışı açıkça rahatsız değildi. Geleneksel tedaviciler bir danışanda en açık olanın ötesine bakmaya eğitilmişlerdir, bu yüzden adamın bürokratlarla ilgili olumsuz değerlendirmelerine daha fazla dikkat göstermişlerdir ve adamda temelde bazı şeylerin yanlış olduğunu çıkarsamalardır.

Langer ve Abelson okuyucuları onlara farklı bir çalışmayı hatırlatarak deneylerinin kısıtlılıkları konusunda uygun biçimde uyarmaktadırlar: muhtemelen açıkça rahatsız olan bir görüşülen kullanımı, davranış tedavicilerini dezavantajlı bir konuma sokabilirdi. Deneyin amacı ve bu tartışması bir yönelimin diğeriyle yarıştırılması değil ama daha çok bir paradigmanın belli ayrıntılara dikkat etmemize ve diğerlerini göz ardı etmemize neden olan algıyı nasıl etkileyebileceğini göstermektir.

ÖZET

Psikopatolojinin çalışılması, insanların niçin beklenmedik, bazen garip ve tipik olarak da kendini bozguna uğratan biçimlerde davrandıkları, düşündükleri ve hissettiklerinin araştırılmasıdır. Bilmek istediğimizden çok azını bilmekteyiz. Bu kitap psikopatologların anormal davranışın nedenlerini öğrenmeye çalışma yollarına ve bunları önleme ve azaltma hakkında bildiklerine odaklanacaktır.

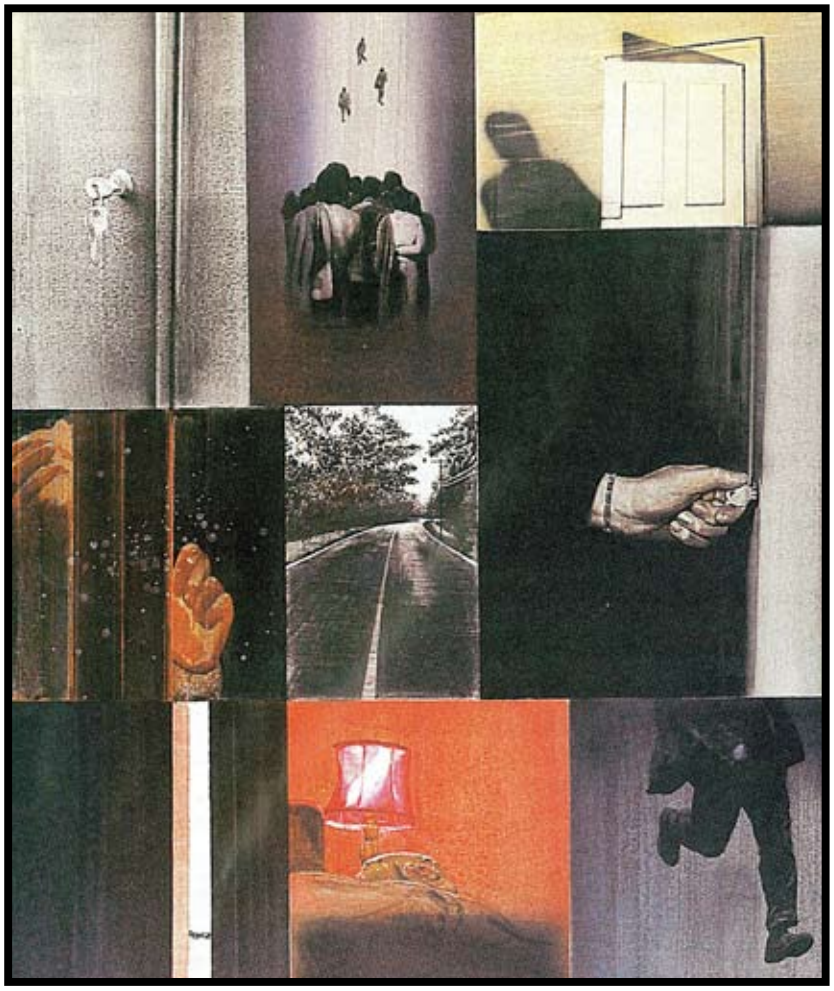
Bir davranışın anormal olup olmadığını değerlendirirken dikkate alınan birkaç özellik: istatistiksel seyreklik, toplumsal normların ihlâli, kişisel rahatsızlık hissetme, yeti yitimi ya da işlevlerin bozulması ve beklenmedik olmadır. Her bir özellik neyin anormal olarak görülebileceğiyle ilgili bir şeyler söyler ama kavramlar zamanla değişir, bütününde anormalliği kapsayacak basit bir tanımlama sunulmasını imkânsız kılar.

Anormal psikolojisi alanı antik şeytancılık ve üstünkörü tıbbi kuramlaştırmada köklerine sahiptir. Anormal davranışın bilimsel sorgulamasının başlangıcından beri iki ana görüş dikkat çekmek üzere yarışmıştır: her ruhsal sapmaya hatalı bir fiziksel işleyişin neden olduğunu varsayan somatojenik görüş ve sıkıntı çeken kişinin bedeninin bir sorununun olmadığını ve zorlukların psikolojik kavramlarla açıklanabileceğini varsayan psikojenik görüş. Bugün her ikisi de anormal davranışa katkı yapar görülmektedir.

Bilimsel sorgulama insanoğlunun dünyası hakkındaki bilgileri edinmenin özel bir yolu olarak sunulmuştur. Çok önemli bir anlamda, insanlar neyi görmeye hazırlandıysalar onu görebilirler ve belli olgular yakalanamayabilir, çünkü bilim insanları yalnızca zaten hakkında bazı genel fikirlere sahip oldukları şeyleri keşfedebilirler. Günlük algılama ve problem çözmede olduğu gibi bilimde de öznellik vardır. Kişinin paradigmasını ya da bilimsel bakış açısını tanımlamakla, öznel etkilerin izi daha iyi sürülebilir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER

psikopatoloji
anormal davranış
normal eğrisi
klinisyenler
klinik psikolog
tanı
psikoterapi
psikiyatr
psikoaktif ilaçlar
psikanalist
sosyal çalışmacı
danışma psikologları
psikopatologlar
şeytancılık
şeytan kovma
somatogenez
psikogenez
tımarhane
moral tedavi
sendrom
ortam (milieu) tedavisi
genel felç
(hastalıkların) mikrop kuramı
katartik yöntem
paradigma



Joan Genovese, "La Ruta", 1980.

2

PSİKOPATOLOJİDE VE TERAPİDE GÜNÜMÜZDE GEÇERLİ PARADİGMALAR

Çeviri: Doç. Dr. Buket Erkal

BİYOLOJİK PARADİGMA
- Biyolojik Paradigmada Çağdaş Yaklaşımlar
- Tedavide Biyolojik Yaklaşımlar
- Biyolojik Paradigmanın Değerlendirilmesi

PSİKANALİTİK PARADİGMA
- Klasik Psikanalitik Kuram
- Yeni-Freudcu Psikodinamik Bakış Açıları
- Psikanalitik Paradigmanın Değerlendirilmesi
- Psikanalitik Terapi

ÖĞRENME PARADİGMALARI
- Davranışçılığın Doğuşu
- Aracı Öğrenme Paradigmaları
- Öğrenme Paradigmalarının Değerlendirilmesi
- Davranışçı Terapi

BİLİŞSEL PARADİGMA
- Bilişsel Kuramın Temelleri
- Bilişsel Paradigmanın Değerlendirilmesi
- Bilişsel Davranışçı Terapi

ÖĞRENME PARADİGMALARI VE BİLİŞSEL PARADİGMALAR

BİR PARADİGMAYI BENİMSEMENİN SONUÇLARI

YATKINLIK - STRES: BÜTÜNLEŞTİRİCİ PARADİGMA

KLİNİK BİR SORUNA DEĞİŞİK BAKIŞ AÇILARI İLE YAKLAŞMAK

PSİKOTERAPİDE EKLEKTİK YAKLAŞIM: UYGULAMA KUSURSUZ DEĞİL

ÖZET

Bir önceki bölümde anormallik - tarihçesi, kişisel rahatsızlık ve normların ihlâli gibi özelliklerle nasıl tanımlandığı - ele alınmıştı. Bu bölümde, anormal davranışın ve tedavinin günümüz paradigmalarını ele alacağız. Paradigma, bilgi veya verinin kavramsallaştırılması, çalışılması, toparlanması ve yorumlanması; hatta belirli bir konuda nasıl düşünülmesi gerektiğini tanımlayan temel sayıltılar kümesidir. Anormal davranışın kavramsallaştırılmasına ilişkin çeşitli paradigmalar vardır. Burada ele aldıklarımız, anormal davranışın etiyolojisi ya da nedenleri ile terapötik anlaşılması üzerinde durmaktadır. 17 - 19. Bölümlerde anormal davranışı daha detaylı bir biçimde bu bakış açısıyla inceleyeceğiz.

Bu bölümde, anormal psikolojisinin dört paradigması ele alınmaktadır: biyolojik, psikanalitik, öğrenme ve bilişsel. Anormal davranışın günümüzde ele alınışı çok yönlülük içerir. Klinisyenlerin ve araştırmacıların çalışmalarında değişik birçok paradigmanın güçlü yanları ve sınırlılıkları olduğu kadar, psikopatolojinin oluşmasında çevresel etkenlerin oynadığı rolün etkilerine ait bir bilinçlenmeyi, farkındalığı hissedersiniz. Bu nedenle anormal davranışla ilgili günümüzdeki görüşler değişik paradigmaların kaynaşmasını yansıtma eğilimindedirler. Bu bölümün sonunda başka bir paradigmayı, bütünleştirici yaklaşımın temelini oluşturan, yatkınlık (diathesis) - stres paradigmasını, betimlemeye çalışacağız.

Bu kitabın önceki baskılarında, insancıl ve varoluşçu paradigmaları da aynı boyutta tartışmıştık. Ancak bu baskıda anılan paradigmalarla ilgili eksik kalanları 17. Bölüm'de tartışmak üzere saklıyoruz. Bunlar kısaca, terapideki günümüz yaklaşımlarının karşılaştırılması ve incelenmesidir. Bununla ilgili gerekçemiz ise insancıl ve varoluşçu paradigmaları önerenlerin, psikopatolojinin ya da bozukluklarının sınıflandırılarak (örneğin şizofreni ve kaygı bozuklukları) ele alınmasına karşı çıkmalarıdır. Yine bu paradigmalar psikolojik sorunların nasıl geliştiğinin analizinde çok seyrek olarak kullanılırlar. Bunlar, bozukluktan çok kişisel büyüme üzerinde dururlar. Bazı yönleriyle farklılık göstermelerine karşın insancıl ve varoluşçu yaklaşımlar birkaç önemli özelliği paylaşırlar. Bu yaklaşımlar özgür iradeyi vurgular ve kişinin fenomenolojik dünyasının davranışlarının en önemli belirleyicisi olduğunu, yani onun olayları nasıl yaşadığını ve yorumladığını, anlamlandırdığını önemserler. İnsanın yetersizliklerinden çok yeterliliklerine odaklanırlar; yaşamın anlamı, insanın o yaşamda nasıl bir yer edindiği gibi konularla ilgilenirler; psikolojik rahatsızlıklardan kurtularak rahatlama üzerinde durmak yerine kişisel büyüme ve doyuma ulaşmayı teşvik ederler. Bu paradigmaların önder isimleri: Carl Rogers, Abraham Maslow, Viktor Frankl ve Frederic (Fritz) Perls'dür.

Birçok insan psikopatolojiyi kendi benimsediği paradigmayı dışarıda bırakmadan çalışmaya çabalamakta. Bu bölümde belirtileceği ve Langer ve Abelson'un 1. Bölüm'de yer alan çalışmalarında da gördüğümüz gibi, bir paradigmanın seçilmiş olmasının, anormal davranışın tanımlanması, araştırılarak incelenmesi ve tedavisinde çok önemli doğurguları vardır. Bizim paradigmaları tartışmamız, belli başlı bozukluk kategorilerinin incelenmesi ve kitabın geri kalan kısmını oluşturan müdahale konusu için zemin çalışması olacaktır.

BİYOLOJİK PARADİGMA

Anormal davranışın biyolojik paradigması 1. Bölüm'de betimlenen Somatogenez yaklaşımın devamıdır. Bu geniş, kuramsal bakış açısı, ruhsal bozukluklara yanlış somatik, biyolojik ya da bedensel süreçlerin neden olduğunu savunur. Bu paradigma çoğunlukla **tıbbi model** veya **hastalık modeli** olarak anılır.

Anormal davranışın çalışılması, tarihsel olarak tıpla ilintilidir. Birçok öncül çalışmacı ve hatta çağdaşları, fiziksel veya organik hastalık modelini, sapkın davranışların nedenini anlamada temel olarak kullanmışlardır. Anormal davranış alanında tıp terminolojisi oldukça yaygın ve yerleşiktir. Bir şizofreni araştırmacısı olarak bilinen Brendan Maher'in belirttiği gibi "[sapkın] davranışa *patolojik* denir ve *belirtiler* (semptomlar) temelinde sınıflandırılır. Bu sınıflandırmaya da *tanı* denmiştir. Davranışın değiştirilmesi için düzenlenen süreçlere *terapi* denir ve [bazen] bunlar hastalara *akıl hastanelerinde* uygulanır. Sapkın davranış son bulduğunda da hasta iyileşti" şeklinde betimlenir (1966, s. 22).

Daha önce de anlatıldığı gibi, Louis Pasteur bakteri ve hastalık arasındaki ilişkiyi keşfedip hemen ardından virüsler postulasını ortaya attığında, hastalıkla ilgili mikrop kuramı, patolojiye yeni bir açıklama getirmiş oldu. Dışsal belirtilerin gözle görülemeyecek kadar küçücük organizmaların neden olduğu vücuttaki hastalıktan kaynaklandığı varsayılmıştı. Bir dönem mikrop

kuramı, tıbbın paradigması oldu, ancak kısa bir süre sonra hastalıkların tümünün bu kuramla açıklanamayacağı açıkça görüldü. Örneğin, pankreasın insülin salgılayan hücrelerinin işlevsel bozukluğu olan diyabet veya şeker hastalığı, mikroba veya virüse bağlı bir hastalığa, yani enfeksiyona bağlanamaz. Ayrıca bu hastalığın tek bir nedeni olduğu da söylenemez. Diğer bir örnek de kalp hastalığıdır. Genetik yatkınlık, sigara içmeye ve oburluğa bağlı stres, yaşam stresi ve belki de A tipi davranış türü gibi çok sayıda etken, kalp hastalığının sıklığını açıklayabilir. Tıbbi hastalıklar, nedenleri açısından birbirlerinden epey farklılık gösterebilirler. Ne var ki hepsinin paylaştığı ortak özellik şudur: bir biyolojik süreç bozulmuştur ya da işlevini görmemektedir. İşte bu nedenle biyolojik paradigma demeyi yeğledik.

BİYOLOJİK PARADİGMADA ÇAĞDAŞ YAKLAŞIMLAR

Psikopatolojiyle ilgili biyolojik etkenleri ele alan gerek kuramsal, gerekse araştırma tabanlı hatırı sayılır miktarda yayın bulunmaktadır. Kalıtım, bir ihtimal fizyolojik işlev bozukluğu yoluyla kişiyi şizofreni geliştirmeye yatkın bir hale getirebilir (bkz. Bölüm 11); depresyon, beyindeki kimyasal dengelerin bozulması sonucu ortaya çıkabilir (Bölüm 10); kaygı bozuklukları, kişinin kolayca heyecanlanmasına neden olan otonomik sinir sistemindeki bir bozukluktan kaynaklanabilir (Bölüm 6); Delirium ve demansın nedeni, beyin yapısındaki bozulmalara bağlanabilir (Bölüm 16). Her birinde, psikopatoloji, bir biyolojik sürecin bozulması ile açıklanmaktadır. Biyolojik paradigmalar üzerinde çalışanlar, psikopatoloji bilmecesinin yanıtlarının bedende bulunacağını varsaymaktadır. Bu bölümde, verilerin özellikle ilginç olduğu - davranış genetiği ve biyokimya gibi - biyolojik paradigmanın iki araştırma alanına göz atacağız.

Davranış genetiği, fiziksel benzerlik ya da psikopatoloji gibi özelliklerin, genetik paylaşımdan dolayı aile fertleri arasında ne dereceye kadar paylaşıldığını inceler.

DAVRANIŞ GENETİĞİ

Dişi üreme hücresi yumurta, erkek spermi ile buluştuğunda, zigot ya da döllenmiş yumurta oluşur. Bu yumurta, 46 kromozomu, yani bir insanın sahip olabileceği bir takım özellikleri içerir. Her bir kromozom, ana-babadan çocuğa geçen genetik bilgilerin (DNA) taşıyıcısı olan binlerce genden oluşur. İnsan bedenindeki her bir hücre, çekirdeğinde, tüm bu genleri ve kromozomları taşır.

Davranış genetiği, kısmen genetik düzen farklılığına atfedilebilecek, davranışlardaki bireysel farlılıkların incelenmesidir. Bireyin kalıtımla geçen genlerini kapsayan genetik yapısına veya düzenine **genotip** (genotype) denir. Bireyin genotipi, onun gözlenemez, fizyolojik yapı veya bünyesidir. Buna karşılık, kaygı derecesi gibi gözlenebilir özelliklerin atfedildiği yapıya ise **fenotip** (fenotype) denir. Genotip, doğumda belirlenmiştir, ancak sabit bir varlık olarak düşünülmemelidir. Gelişimin birçok değişik özelliğini kontrol eden genler, belirli zamanlarda, örneğin fiziksel gelişimin çeşitli yönlerini kontrol etmek için, harekete geçer ve dururlar.

Fenotip zaman içinde değişir ve genellikle genotip ile yaşantı veya deneyim arasındaki etkileşimin bir ürünü olduğu düşünülür. Örneğin, birey yüksek zihinsel kapasite ile doğmuş olabilir, ancak genlerle geçen bu potansiyeli geliştirip geliştiremeyeceği, yetiştirilme koşulları ve eğitim gibi çevresel etkenlere bağlıdır. Buna göre, zekânın herhangi bir ölçüsü en iyi fenotip göstergesidir.

Fenotip ve genotip arasındaki farklılığa dayanarak, çeşitli klinik sendromların fenotipe ait bozukluklar olduğunu fark ediyoruz. O halde, şizofreni veya kaygı bozukluğunun doğrudan kalıtımla olduğunu söylemek doğru olmaz. Olsa olsa sadece bu bozukluklara ait genotipler alınabilir. Bu genotiplerin sonunda fenotipik davranış bozukluğuna yol açıp açmayacağı çevre ve yaşantıya bağlı olacaktır. *Yatkınlık* (predisposition), kalıtımla da alınabilir, ancak bozukluğun kendisi alınamayabilir.

Davranış genetiği, psikopatolojiye yatkınlığın genetik yolla alınıp alınmadığını ortaya çıkarmak

Davranış genetiğinde ikizlerle yapılan araştırmaların büyük önemi vardır. Bu yöntemde anahtar, tek ve ayrı yumurta ikizlerinde uyum oranlarının karşılaştırılmasıdır.

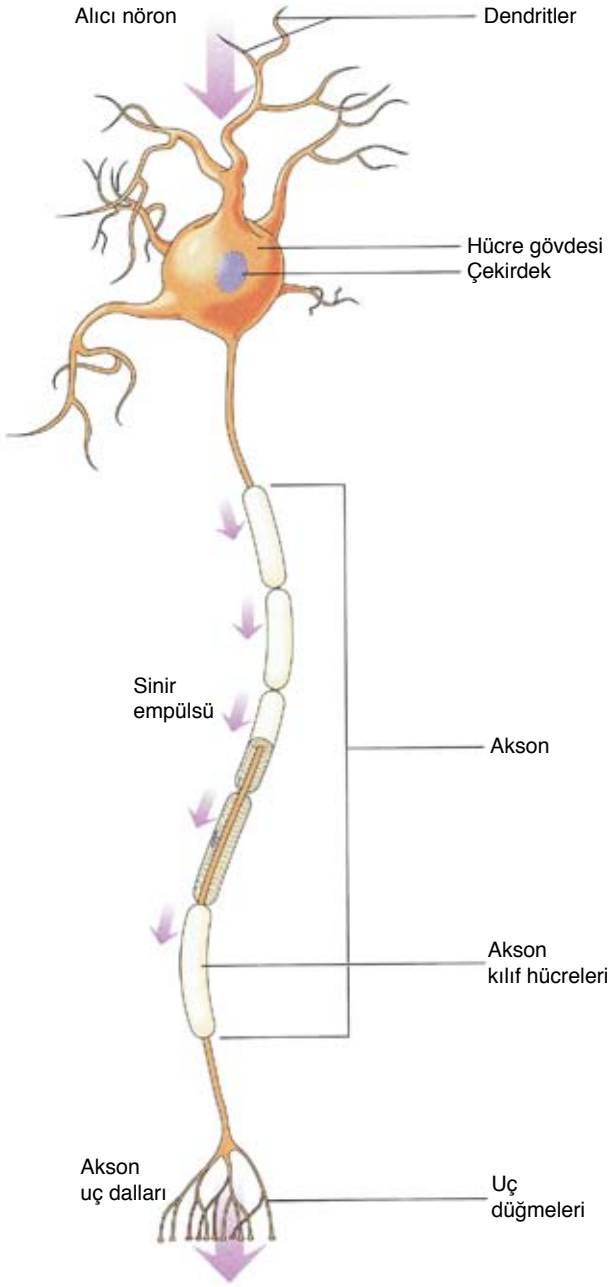
için üç temel yönteme güvenmiştir: aile üyelerinin karşılaştırılması, ikiz çiftlerin karşılaştırılması ve evlat edinilen çocukların araştırılması. Kan bağı olan iki akrabanın paylaştığı ortalama gen sayısı bilindiği için, **aile yöntemi,** bir ailenin üyelerini karşılaştırmak için kullanılabilir.

Çocuklar, genlerinin bir yarısını anadan, öbür yarısını da babadan alırlar. Böylece normal olarak kardeşler, ebeveynler ve çocuklar genetik art alan bakımından %50 oranında benzerlik gösterirler. Genlerinin %50'sini paylaştıkları kişilerle bu kişiler arasında birinci derecede akrabalık vardır. Uzak akrabalıkta, paylaşılan gen sayısı veya oranı daha azdır. Örneğin kız ve erkek kardeş çocukları, yeğenler, dayı/amcanın genetik yapısının %25'ini paylaşırlar! Eğer bir zihinsel veya ruhsal bozukluk için yatkınlık kalıtımla alınabiliyor ise, ailede yapılacak bir araştırmada, akrabalar arasında paylaşılan gen sayısı ve bozukluk arasında bir korelasyon bulunmalıdır. Bu gibi araştırmalarda başlangıç noktası, araştırma konusu tanıya uyan kişilerin örneklem için bir araya getirilmeleridir. Bu kişilere **indeks - işaret vakalar** ya da **katılımcı** denir. Daha sonra akrabalar arasında tanının tekrarlama sıklığı araştırılır. Eğer incelenen bozukluğa ait genetik yatkınlık varsa, işaret vakalardaki yakın akrabalar da bu bozukluğun görülme oranı genel nüfusta görülme oranından çok daha yüksek olacaktır.

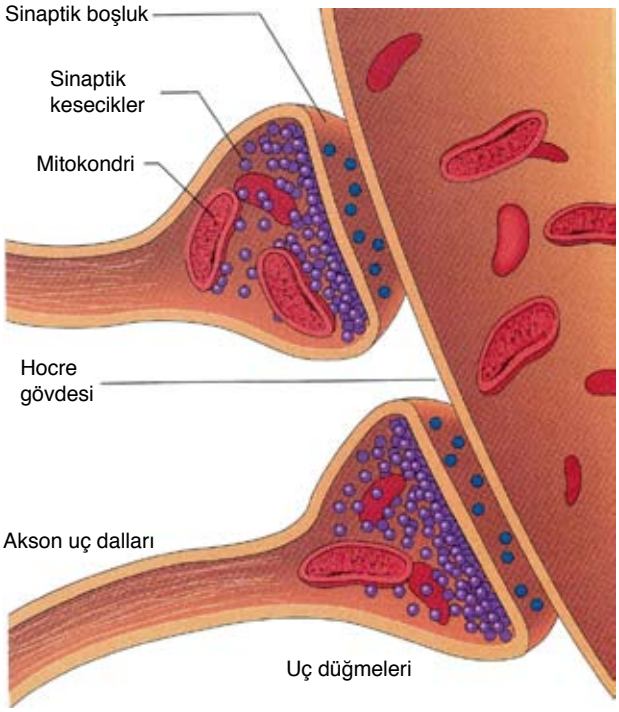
İkiz yönteminde hem **tek yumurta ikizleri** (monozygotic twins), hem de **ayrı-yumurta ikizleri** (dizygotic twins) karşılaştırılırlar. Tek yumurta ikizleri -veya özdeş ikizler- döllenen tek bir yumurtadan gelişirler ve genetik olarak tıpatıp aynıdırlar. Ayrı yumurta ikizleri - ya da özdeş olmayan ikizler - ise ayrı ayrı döllenen iki yumurtadan gelişirler ve genetik olarak %50'lik bir benzerlik gösterirler. Herhangi iki kardeş kadar benzerlikleri vardır. Tek yumurta ya da özdeş ikizler daima aynı cinsiyetten olurlarken; ayrı yumurta ikizlerinde kardeşler aynı cinsiyetten olabilecekleri gibi farklı cinsiyetten de olabilirler. İkiz yöntemi kullanıldığında, çalışma tanı konulmuş vakalar ile başlar ve diğer ikizde o bozukluğun varlığı aranır. İkizler benzer ya da aynı tanıyı alırlarsa aynılık var demektir. Psikopatolojik bir bozukluğa yatkınlığın kalıtsal yolla geçtiğinin başlıca destekleyicisi ikizlerle yapılan çalışmalarda bozukluğun tek yumurta ikizlerinde görülme oranının, ayrı yumurta ikizlerinde görülme oranından yüksek olması gerekir. Yani tek yumurta ikizlerinde bozukluğa ait bir uyumun, aynılığın olması beklenir. Bu sonuç çıktığında, incelenen özelliğin (psikopatoloji türü) kalıtsal olduğu söylenebilir.

Her ne kadar aile ve ikiz çalışmalarında izlenen yöntem temiz ise de, elde edilen sonuçların yorumlanması her zaman kolay olmamaktadır. Agorafobik - açık alanlarda olmaktan ve dışarı çıkmaktan korkma - ebeveynleri olan çocukların, kendilerinin de hissedilir derecede agorafobik olduklarını varsayalım. Bu, anılan kaygı bozukluğuna ait yatkınlığın genetik yolla aktarıldığı anlamına mı gelmektedir? Her zaman değil. Agorafobiklerin çoğu, fobik ebeveynin çocuk yetiştirme veya terbiye kural ve uygulamalarını, gözledikleri yetişkinin davranışlarını taklit etmenin etkilerini de yansıtabilirler.

İkiz çalışmalarından elde edilen verilerin genetik anlamda yorumlanabilmesi, bir sayıltı olarak çevresel eşitlik ya da sabitliğin sağlanması ile olasıdır. Yukarıda belirtildiği gibi, psikopatoloji yönünden ikizler arasında olan uyum, genetik ve çevresel etkenlerin birlikte hareket etmelerinin bir sonucudur. Eşit çevre sayıltısı; hangi tanı çalışılıyor olursa olsun, tanı birlikteliğinin veya uyumunun kısmi belirleyicisi olan çevresel etkenlerin etkisinin hem tek yumurta ikizleri, hem de ayrı yumurta ikizleri için aynı olduğudur. Eşit çevre sayıltısının kanıtlarını araştıran Kendler (1993) sayıltının çoğunlukla akla yakın, doğru olduğu sonucuna varırken; yine de daha çok araştırma yapılmasının gerekli olduğunu savunmuştur. Buna göre ikiz araştırmaları, aile araştırma yöntemine kıyasla psikopatoloji için



Şekil 2.1 *Sinir sisteminin ana birimi nöron.*



Şekil 2.2 *İki akson dalının, başka bir nöronun hücre gövdesinin çok küçük bir parçasıyla yakın temas halinde olan sonlandırma düğmelerini gösteren sinaps.*

gerekli yatkınlık hakkında vardamalarda bulunmak adına daha elverişli konumdadır.

Evlat edinilen ve anormal ebeveynlerden tamamen ayrı ortamlarda büyütülen çocuklar, daha önce sözü edilen sorunlara konu olmazlar. Seyrek de olsa, bu durumun, psikolojik bozukluğu olan ebeveynler tarafından büyütülmenin olumsuz etkilerini bertaraf edici ya da azaltıcı, dolayısıyla yararlı etkisi vardır (Birbirlerinden tamamen ayrı yetiştirilen tek yumurta ikizleri ile yapılacak çalışmalar da çok değerli olabilir. Ancak bu o kadar nadir rastlanan bir durumdur ki, psikopatolojiyi araştırmak adına hemen hiçbir araştırma bu yöntemi kullanmamaktadır. Ne var ki 13. Bölüm'de kişilik treytlerinin kalıtım yoluyla geçip geçmediğini incelemek için birbirlerinden ayrılan ikizler üzerinde yapılan araştırmalar göreceğiz).

Agorafobik ebeveynlerden ayrılarak yetiştirilen çocuklarda yüksek sıklıkta agorafobinin gözlenmesi, bozukluğun ortaya çıkmasında genetik etken kuramının geçerliliğine ikna edici bir destek sağlayabilecektir.

SİNİR SİSTEMİNDE BİYOKİMYA

Sinir sistemi, milyarlarca nörondan oluşmuştur. Bazı yönlerden ayrılsalar da, her **nöronda** dört ana kısım vardır: (1) hücre gövdesi, (2) birkaç dendrit; kısa ve kalın lifler, (3) bir veya daha fazla akson, ama genellikle sadece bir tek, uzun ve ince, hücre gövdesinden çıkarak epey uzayan akson; ve (4) aksonun birçok bitiş dalındaki sonlanım düğmeleri (Şekil 2.1). Bir nöron uygun bir biçimde hücre gövdesi içinde veya dendritleri yoluyla uyarıldığında, hücrenin elektrik potansiyelinde bir değişme olan **sinir akımı** (nerve impulse), akson boyunca terminal uçlara doğru yol alır. Gönderen aksonun terminal ucu ile alan nöronlar arasında **sinaps** (synapse) adı verilen küçük bir aralık vardır (Şekil 2.2).

Bir sinir akımının bir nörondan başka bir nörona geçmesi için sinaptik alanı bağlayan bir köprü olmalıdır. Her bir aksonun sonlandırma düğmeleri sinaptik kesecikleri barındırır. Bunlar, nörotransmiterle dolu olan küçük yapılardır. **Nörotransmitterler,** sinir akımını bir nörondan diğerine taşımada önemi olan kimyasal maddelerdir. Sinir hücreleri, sinaptik keseciklerin barındırdıkları nörotransmitter madde birimlerinin salınmasına neden olur. Salınan nörotransmitter maddeleri sinapsı doldurur ve sonra da sinaps sonrası nörondaki alıcı sitelerle etkileşime girebilir.

Bir kere nörotransmitterleri ateşledikten ve saldıktan sonra nöron için atılacak son adım, onun tekrar normal durumuna geri dönmesidir. Salınan ya da boşalan nörotransmiterlerin her zaman hepsi de sinaps sonrası alıcılara ulaşma yolunu bulamazlar. Sinapsta kalanın bir kısmı enzimler tarafından parçalanır; bir kısmı da **geri alım** denilen bir süreç yoluyla sinaps öncesi hücrenin içine geri pompalanır.

Birkaç anahtar nörotransmiter tanımlanmış ve psikopatolojiyle ilişkilerinin olduğu gösterilmiştir. Bunlar: norepinefrin, dopamin ve serotonindir. Norepinefrin yüksek uyarılma durumlarını ortaya çıkaran, periferal sempatik sinir sisteminin bir nörotransmiteridir. Serotonin ve dopamin beynin nörotransmiterleridir. Bunlar ödül ve ceza etkilerine aracılık etmede önemlidirler. Diğer önemli beyin nörotransmiteri bazı sinir akımlarını ketleyen gammaaminobutrik asittir (GABA). Bu nörotransmiterdeki bir yetersizlik, ortaya çıkabilecek yüksek uyarılmışlık durumlarına izin verir ve böylece kaygı bozukluklarında rol oynar.

Nörotransmiterlerle psikopatolojiyi ilişkilendiren kuramlar, genelde söz konusu psikopatolojiye, çok az ya da aşırı miktardaki belirli bir nörotransmiterlerin neden olduğunu ileri sürerler (örn., mani, aşırı norepinefrinden; kaygı bozuklukları çok az GABA'dan kaynaklanır). Nörotransmiterler nöron içinde bir seri metabolik adımlardan geçerek sentezlenirler. Bu işlem genellikle aminoasitle başlar. Gerçek bir nörotransmiterlerin üretim sürecinde ortaya çıkan her reaksiyon bir enzim tarafından katalize olur. Belirli bir nörotransmiterlerin aşırı ya da çok az olması, bu metabolik yol veya süreçte yer alan bir hatadan kaynaklanır. Belirli nörotransmiterlerin miktarlarında ortaya çıkan buna benzer bozulmalar, nörotransmiterlerin sinapsa boşalımları sonrası tekrar eski durumlarına dönmeleri sırasında yer alan alışıldık süreçlerde meydana gelen değişikliklerden kaynaklanır.

Sonuç olarak, günümüz araştırmaları ağırlıklı olarak hatanın alıcılarda olabileceği üzerinde durmaktadır. Eğer sinaps sonrası nörondaki alıcılar çok sayıda veya kolayca uyarılıyor olsalardı çok fazla nörotransmiterin salınmasına benzer bir sonuç gözlenirdi. Örneğin, şizofrenideki sanrı ve varsanıların dopamin alıcılarının fazlalığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

TEDAVİDE BİYOLOJİK YAKLAŞIMLAR

Biyolojik paradigmanın önemli bir doğurgusu, zihinsel veya ruhsal bozuklukların önlenmesinin ya da tedavisinin bedensel işlevlerin değiştirilmesi yoluyla mümkün olabileceğidir. Bir sorunun altında veya ortaya çıkmasında belli bir biyokimyasal maddenin yetersizliği sorumluysa akla en yakın gelen çare, yetersizliğin giderilmesi için uygun doz kimyasalın dengeyi sağlamak için yerine konmasıdır. Bu gibi durumlarda bozukluğa biyolojik yetersizlik olarak bakmakla hatayı biyolojik müdahale yoluyla düzeltmek arasında açık-seçik bir bağlantı olduğu görülür.

Örneğin, *phenylketonuria* (PKU) genetiğe bağlı enzim yetersizliğinin neden olduğu bir zekâ geriliği türüdür. Bu yetersizlik, organizmanın *phenylalanini tyrosine* metabolize edememesiyle sonuçlanır. Eyalet yasaları, yeni doğan bebeklerin phenylalanine fazlalığına karşı rutin olarak kan testinden geçirilmesini öngörür. Eğer test pozitif çıkarsa düşük aminoasit içeren özel bir diyet uygulanır. Böylelikle zekâ geriliğine mahkum çocuklar normal zeka düzeyine yakın noktaya gelebilirler (Bölüm15). Bunun gibi bozuklukların önlenmesi, biyolojik bir anormalliği düzeltmek için yapılan başarılı bir müdahaleye örnektir.

Genelde yapıla gelen diğer biyolojik müdahaleler, mutlaka her zaman söz konusu bozukluğun nedenine ait bir bilgiye dayanılarak yapılan müdahaleler değildirler. Valyum gibi sakinleştiriciler, kaygı bozukluğuna bağlı gerginliği, bir olasılık GABA alıcılarını uyararak, azaltmada etkili olabilirler.

Prozac gibi, depresyonda yaygın olarak kullanılan antidepresanlar serotonin gerialımını ketleyerek serotonin nöronlarındaki sinir iletisini yükseltirler. Thorazine gibi şizofreninin tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçlar, alıcılarını

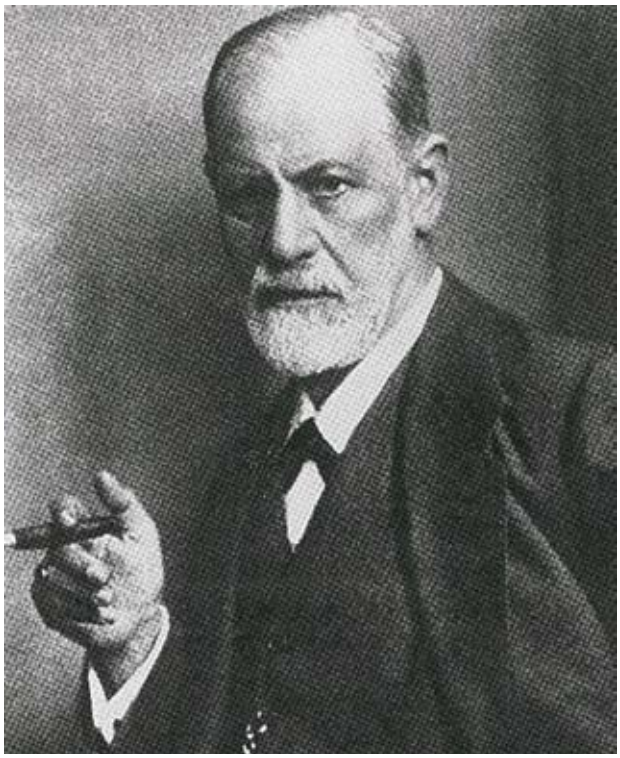
bloke etmek suretiyle dopamin nöronlarının aktivitesini azaltırlar. Uyarıcılar, dikkat bozukluğu olan çocukların tedavisinde sıklıkla kullanılırlar. Bunlar birkaç ileti maddesinin (transmitter) düzeyini arttırırlar, bu da çocuğun dikkat etmesine yardımcı olur.

Bu somatik terapilerin, henüz, adı geçen bozuklukların olası nedenlerinin tanımlanmasına bağlı olup olmadıkları bilinmemektedir. Bunun da ötesinde kişi, ruhsal bozuklukları biyolojik kuramla açıklasa da, psikolojik müdahale veya tedavi önerebilir. Bölüm 1'den anımsayın, Hipokrat melankoli için dinlenme örneğinde olduğu gibi somatik olmayan terapileri, somatik kökenli olduğuna inandığı bir takım ruhsal bozukluklarla başa çıkmak için önermişti. Günümüzde biyolojik olmayan müdahalelerin yararlı olabilecek etkilerini takdir eden çalışmacılar vardır.

BİYOLOJİK PARADİGMANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Biyolojik araştırmalar, son yirmi yılda, beyin-davranış ilişkilerini açıklamada büyük ilerleme kaydetti. Psikopatolojinin nedenleri ve tedavisi üzerinde yapılan biyolojik temelli araştırmalar, sonraki bölümlerde belli psikopatolojileri incelerken göreceğimiz gibi, çok hızla ilerlemektedir. Her ne kadar biz bu gelişmelere olumlu bir açıdan bakıyor olsak da, bazı biyolojik yönelimli araştırmacıların düştükleri indirgemecilik (reductionism) denen hatalı pozisyona karşı tedbirli olunmasını istiyoruz.

İndirgemecilik, incelenen her ne ise, onu en temel öğelerine veya bileşenlerine indirgemeyi savunan görüşü ifade eder. Ruhsal bozukluklarda bu, karmaşık ruhsal ve duygusal tepkileri basit biyolojiye indirgemeyi önerir. Bu mantıktan hareketle, tartışma bunun da ötesine çekilerek, biyolojinin atomik fiziğe indirgenebileceği önerilir. Aşırı şekliyle indirgemecilik, psikolojinin önünde sonunda biyolojiden başka bir şey olmayacağını ileri sürer. Felsefi çevrelerde ise indirgemecilik çok az ciddiye alınır. İnsanın sinir hücreleri gibi temel öğeler, nöral yollar veya dolaşım gibi karmaşık yapılar ya da sistemler şeklinde bir kere örgütlenirlerse, bu sistemlerin nitelik ve özellikleri, bileşenlerinin nitelik veya özelliklerinden çıkarsanamaz. Bütün, onu oluşturan parçaların toplamından büyüktür. Levha tektoniği diye bilinen, yeryüzü örtüsü veya kabuğunun hareket kuramı iyi bir örnek oluşturur. Yeryüzünün dış kabuğu, bir düzine kadar geniş,



Sigmund Freud psikanalitik paradigmanın kurucusuydu ve hem ruhsal bozuklukların nedenlerine yönelik bir kuram önermiş hem de yeni bir terapi yöntemi geliştirmişti.

birkaç tane de daha küçük levhadan meydana gelmektedir. Bu levhaların kendi sınırları içinde hareket etmeleri birçok depreme neden olur. Yeryüzü levhaları kayalardan, kayalar da atomlardan oluşmaktaysa da, tektonik hareket bizim atomlar hakkındaki bilgimizle açıklanamayabilir. Buna benzer olarak, anormal psikolojisi alanında, sanrısal inançlar, işlevsel bozulmalar ve bilimsel çarpıtmalar gibi sorunların iyi bir biyolojik açıklamasını yapmak, insandaki nöron davranışları ayrıntılarıyla anlaşılsa dahi mümkün olmayabilir (Turkheim, basımda).

PSİKANALİTİK PARADİGMA

Sigmund Freud (1856-1939) tarafından geliştirilmiş olan **psikanalitik** ya da **psikodinamik paradigmanın** ana sayıltısı, psikopatolojinin bilinçaltı çatışmalarından kaynaklandığıdır. Freud'un bu paradigmanın geliştirilmesindeki etkilerine bakmak için epey zaman harcayacağız. Ancak, geçen yıllarla birlikte bu paradigmanın odak noktasında da kaymalar, değişmeler olmuştur; biz bu değişmeleri de inceleyeceğiz.

KLASİK PSİKANALİTİK KURAM

Klasik psikanalitik kuram, Freud'un orijinal görüşlerine yer verir. Kuram, hem zihin yapısını hem de kişiliğin gelişimini ve dinamiğini içerir.

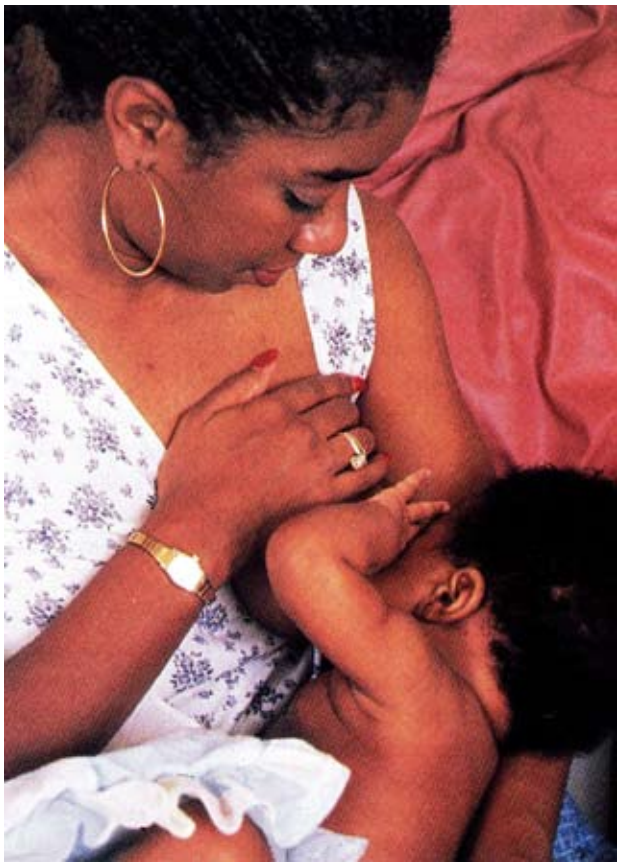
ZİHNİN YAPISI

Freud zihni ya da ruhsal yapıyı id (o), ego (ben) ve süperego (üst ben) olmak üzere üç temel kısma ayırır. Bunlar belirli işlevsellik ya da enerji yapısına sahiptirler. Freud'a göre **id,** doğuşta vardır ve psişik enerjinin depolandığı zihinsel yapıdır. Yemek, su, dışkılama, ısınma, şefkat ve cinsellik için temel itkileri (urges) kapsar. Nörolog olması nedeniyle Freud id'in enerji kaynağını tümüyle biyolojiye bağlar. Yalnız, **libido** adını verdiği bu biyolojik enerji, yeni doğan bebeğin büyümesi ve gelişmesiyle birlikte psişik enerjiye dönüşür. Bu, farkındalığa erişmeyen, bilinçaltı bir süreçtir.

İd, Freud'un **zevk ilkesi** (pleasure principle) dediği ilkeye göre çalışır ve hemen doyuma ulaşmayı hedefler. Doyuma ulaşmazsa gerginlik ortaya çıkar ve id bu gerginliği bir an önce gidermek için çaba sarf eder. Örneğin, yeni doğan bebek açlık hisseder ve emme davranışlarını yaparak aranır, doyuma ulaşmamış olan bu dürtünün yarattığı gerginliği azaltmaya çabalar. Doyum elde etmenin bir diğer yolu da **birincil süreç** (primary process) tarzı düşüncedir. Yani, arzulanan şeyin hayalini kurmak, imge üretmektir. Annesinin sütünü isteyen bebek, annesinin memesini hayal eder ve böylelikle kısa süreli de olsa açlık dürtüsünü, arzu doyurucu fantezi ya da hayalini kurma yoluyla doyurur.

İd'den sonra gelişen ruhsal yapı ego'dur. İd'den farklı olarak ego, bilinci ifade eder ve doğumdan sonraki ikinci 6 ay boyunca id'den kaynaklanarak gelişir. İd, gerekirse hayal işlemini kullanırken, ego'nun görevi, gerçekle uğraşmaktır. Hayaller organizmayı canlı tutmaya yetmeyeceği için ego, birincil süreç düşünce tarzını kullanmaz. **İkincil süreç düşünce** (secondary process) denen, planlama ve karar verme işlevleri yoluyla, ego, id'in yapmak isteyeceği gibi hemen her zaman haz ilkesine göre çalışmanın, yaşamı sürdürmenin etkili ve yeterli bir yolu olmadığını fark eder. Böylece ego, gerçeğin talepleri ve id'in, anında doyum arzuları arasında **gerçeklik ilkesine** göre çalışarak aracılık eder.

Ancak, ego tüm enerjisini id'den alır. Bu durum, enerjisini bindiği attan alan bir at binicisine benzetilebilir. At binicisi her ne kadar atı sürerken kendi enerjisi ile ve attan bağımsız düşünerek, planlayarak ve hareket ederek onu yönlendiriyorsa da, ego, *tüm* enerjisini id'den almaktadır. At binicisi bir taraftan da bu enerjiye göre yönlendirmesini yapmaktadır.



İlk psikoseksüel dönem oral dönemdir. Bu dönem boyunca id dürtülerinin en çok doyumu emme ile olmaktadır.

İkinci psikoseksüel dönem anal dönemdir. Haz bölgesi anüse kayar ve bu dönemde tipik olarak tuvalet eğitimi başlar.

İd ve ego'dan sonra ortaya çıkan sonuncu ruhsal yapı **süperego'**dur. Süperego, vicdani işlevleri temsil eder ve çocukluk süresince gelişir. Freud'a göre süperego, ego'nun id'den gelişmesi gibi, ego'dan gelişmektedir. Çocuklar, ısırma veya yatağını ıslatma gibi birçok içtepilerinin ebeveynleri için kabul edilemez olduğunu fark ettikçe, bunların değerlerini kendilerininmiş gibi içe alarak onaylanmamaktan kaçınırken, aynı zamanda ebeveynleri tarafından onaylanmanın keyfine varırlar.

Freud'un kavramsallaştırmasına göre insan davranışı, görüldüğü gibi zihinsel yapıyı oluşturan üç zihinsel güç arasındaki karmaşık, karşılıklı bir etkileşimdir. Bunlar her zaman da uzlaşamayan gaye ve hedeflerine ulaşmaya çabalarlar. Bu güçler arasındaki etkileşmeye **kişiliğin dinamiği** denir. Freud'un görüşlerini ve düşüncelerini izleyen kuramcılara da psikodinamik kuramcılar denir.

Freud'un ruhsal yapıyı incelemeye başlaması, hipnotizma ve histeri üzerinde Breuer ile birlikte çalıştıkları döneme rastlar. Hastaların farkında olmadıkları birtakım etkenlerin oynadıkları güçlü rolü açıkça fark etmesi, onu davranışlarımızın çoğunun farkındalık düzeyine gelmeyen ya da bilinçli olmayan güçlerden kaynaklandığı varsayımında bulunmaya yöneltmiştir. İd'in içgüdüleri ve süperego'nun faaliyetleri, her ikisi de, bilinçli değildirler. Ego birincil olarak bilinçlidir; bilinci temsil eder, çünkü düşünme ve planlamaya ait psişik veya zihinsel sistemlerle ilgilidir. Ancak ego'nun, onu kaygıdan koruyan savunma mekanizmaları dediğimiz önemli bir bilinçdışı yönü de vardır (bunların üzerinde ileride sayfalarda durulacaktır). Freud davranışın büyük ölçüde **bilinçdışı** etkenlerden kaynaklandığını düşünmüştür.

Psikoseksüel aşamalardan birinde çok fazla ya da çok az doyum sağlama, stres altında bu aşamaya gerilemeye neden olabilir.

Freud tüm çocukların karşı cinsten ebeveynlerine arzular geliştirdiklerine inanmıştı. Bu arzuları ifade etmekten dolayı cezalandırılmaktan korkma, bu çatışmanın bastırılması, oğlanlarda Odipal, kızlarda Elektra kompleksini yaratır.

PSİKOSEKSÜEL GELİŞİM DÖNEMLERİ

Freud, kişiliğin dört ayrı **psikoseksüel dönemden** geçerek geliştiğini ileri sürmüştür. Her bir dönemde bedenin değişik bir bölgesi cinsel uyarılmaya çok duyarlı olup id'in libidinal doyumunu sağlar. **Oral dönem** psikoseksüel dönemlerin ilkidir. Doğumdan 18. aya kadar yeni doğan bebeğin id talepleri birincil olarak beslenme, emme ve onlara eşlik eden ısırma ile doyuma ulaşır. Bunun sonucu olarak, bu dönemle ilgili beden bölgeleri dudaklar, ağız ve dildir. 18. aydan 3. yaşa kadar çocuğun ilgi ve haz bölgesi anüse kayar. **Anal dönem** denen bu dönemde çocuğun başlıca libidinal haz kaynağı, dışkısıyla, tutarak ya da salıvererek, meşgul olmasıdır. **Fallik dönem** 3 yaşından 5-6 yaşına kadar ki dönemdir. Bu dönemde id'in başlıca haz veya doyum kaynağı genital uyarılmalardır. 6 ve 12 yaşları arasında çocuk **gizil dönemdedir.** Bu yıllarda id'e ait içtepiler, davranışı güdülemede başlıca rolü oynamazlar. En son yetişkinlik dönemi **genital dönemdir.** Bu dönemde heteroseksüel ilgiler baskındır.

Her dönem boyunca büyümekte olan kişi, id'in istekleri ile çevrenin sağladıkları arasındaki çatışmayı çözmelidir. Bunun nasıl yerine getirildiği, kişinin yaşamı boyunca sürecek olan temel kişilik özelliklerinin belirleyicisi olacaktır. Örneğin, anal dönemde olan kişi, yetersiz ya da aşırı doyum yaşamışsa, tabi olduğu tuvalet eğitimi işlemine göre bu döneme **saplantı** geliştirecek ve ne zaman bir stres durumuna girecek olsa bu döneme gerileme eğilimi gösterecektir. Böylece, herhangi biri obsesif-kompulsif bozukluğu geliştirebilir ve aşırı temiz veya cimri olabilir.

Gelişimin belki de en önemli krizi, fallik dönemde, yani 4 yaş civarında yer almaktadır. Freud, çocuğun bu dönemde karşı cinsten olan ebeveynine karşı cinsel arzular içinde olduğunu; aynı zamanda da kendi cinsinden olan ebeveynini hasım, rakip olarak gördüğünü ve bu yüzden de cezalandırılacağına inandığını ileri sürmüştür. Kendisiyle aynı cinsiyette olan ebeveyni tarafından cezalandırılacağı tehdidi, çocuğun bu çatışmayı, yani cinsel ve saldırganlık dürtülerini bilinçdışına **bastırmasına** (repression) neden olur. Bu arzu ve bastırmaya (bir sonraki bölümde tartışılacak) erkek çocukta **Odipal kompleks,** kız çocukta **Elektra kompleks** denir. İkilem, genellikle, çocuğun ebeveynini cinsel olarak arzulamasını yasaklayan toplumun ahlaki kural ve değerlerini benimseyerek ve aynı cinsiyetten olan ebeveyni ile aşırı özdeşim kurarak çözümlenir. Bu ahlaki değerlerin öğrenilmesiyle süperego gelişir. Freud'a göre Odipal veya Elektra Kompleksinin çözümlenmesi çocuğun sürmekte olan cinsel gelişiminde çok önemlidir. Başarısızlık, yani sağlıklı bir biçimde çözümlenmemesi, çocuğun cinsel arzularından dolayı kendini suçlamasına, yakın ilişkiden korkmasına ya da duygusal ilişkilerde zorluklar yaşamasına neden olur.

NÖROTİK KAYGI

Bir kimsenin yaşamı tehlike altındaysa **nesnel bir kaygı** ya da **gerçek kaygı** duyar. Freud'a göre bu, ego'nun dış dünyadan gelebilecek tehlikelere karşı gösterdiği bir tepkidir. Belki de şu veya bu döneme saplanmış olmasından dolayı kişiliği tamamen gelişmemiş olan biri, gerçek bir tehdit veya tehlike unsuruyla ilgisi bulunmayın, gerçekçi olmayan bir duygu olarak tanımlanan **nörotik kaygıyı** yaşayabilir. Başlangıçta Freud, nörotik kaygının, ketlenen ya da baskı altına alınan bilinçdışı içtepilerden kaynaklandığını düşünmüştür. Buna göre örneğin, küçük alanlarda kalmaktan veya bulunmaktan korkan bir kişi nörotik kaygıyı, yakınlık kurma gereksinimini bastırmış olmasından dolayı yaşayabilir.

Daha sonraları Freud nörotik kaygıya oldukça farklı bakmaya başlamıştır. Şöyle ki, bilinçdışı içtepilerin *ifade yoksunluğundan* değil, daha önce ifadesine izin verilen ama cezalandırılan bir içtepinin, tekrar ifadesi sonrası benzer şekilde *kötü sonuçlanacağı korkusundan* kaynaklanmaktadır. Kapalı yerlerde kalmaktan korkan bir erkek çocuk aslında cinsel arzularını ve özel yakın ilişki gereksinimini ifade etmekten korkuyordur. Belki de bu arzu ve gereksinimleri çocuklukta engellenmiştir. Kir ve pislikten korkan bir kız çocuğu ısrarlı bir şekilde temizlenmeye çalışırken, aslında, çocukluğunda tuvalet eğitimi sırasında kendisinin dışkısına olan hayranlığına karşı ebeveynin katı, onaylamayan veya tiksinen tavrından kaynaklanan bir korkuyu yaşamaktadır.

Freud'un ilk görüşlerini yansıtan bu nörotik kaygı tanımlamasından - id içtepilerinin bastırılması - olacaktır ki Freudçuların nörotik olmamak için olabildiğince içtepi veya dürtülerin doyurulmasını öğütlediklerini duyarız. Ancak durum böyle değildir. Freudçular için nörotik kaygının özünde bastırma vardır. Nörotik kaygının temelinde id'in talep ve zorlamalarını azaltmak için isteksiz, gönülsüz, çabasız veya yetersiz olmaktan çok, çatışmanın farkında olmaması yatar. Örneğin, bekâr bir katolik rahip ya da rahibe, cinsel ve saldırganlık eğilimlerini bilinçli olarak tanıyıp açıkça belirttiklerinden dolayı nevroz adayları sayılmazlar. Bu gibi kimseler nörotik kaygıyı önlemek için, hissettikleri bu duyguları hayata geçirmek zorunda kalmazlar. Sadece onlar ifade bulmak istediklerinde, bu tür duygularının ve gereksinimlerinin olduğunu bilerek davranırlar.

SAVUNMA MEKANİZMALARI: KAYGIYLA BAŞAÇIKMA

Freud'a ve onun görüşlerini daha da geliştiren, kendisi de tanınmış bir psikanalist olan kızı Anna Freud'a göre (A. Freud, 1966), kaygılı ego'nun yaşadığı rahatsızlık, birkaç yolla azaltılabilir. Gerçeğe dayanan nesnel kaygı dış dünyadaki tehlikeden kaçarak, onu ortadan kaldırarak ya da onunla akılcı yollarla baş ederek ele alınabilir. Nörotik kaygı, gerçeğin, bilinç dışının çarpıtılması olan savunma mekanizmalarıyla ele alınmasıdır. **Savunma mekanizması,** ego'yu kaygıdan korumak için bilinçsiz olarak devreye sokulan bir stratejidir. Bu stratejiler içinde belki de en önemlisi, ego'ya yabancı olan ya da onun tarafından kabul edilemez olan içtepi/dürtü ve düşünceleri bilinç dışına iten, **bastırmadır.** Bastırma, yalnızca gömülen bu arzuların bilince çıkmasını önlemekle kalmaz, onların büyümesine de engel olur (Wachtel, 1977). Bastırılmış olan bu bebeklik anıları, yetişkinlikteki yaşantılarla düzeltilemez ve bu nedenle de asıl yoğunluklarını korurlar. Paranoid bozukluklarda önemi olan (bkz. 11. Bölüm) savunma mekanizması, **yansıtma** veya **projeksiyondur.** Yansıtma, bi-

reyin bilinçli farkındalığının kabul etmeyeceği ama yine de sahip olduğu bazı özelliklerinin ya da arzularının, onlar sanki kendisine ait değiller de başkasına aitlermiş gibi, o başkasına atfedilmesidir. Örneğin, saldırgan ve öfkeli bir kadın bilinç dışında başkalarına karşı bu tür duygular içinde olmayı çok itici bulabilir ve bu öfke duygularını onlara yükleyebilir. Böylece onları kendisine karşı öfkeli olarak algılar.

Savunma mekanizmalarının diğerleri şunlardır: **Yer Değiştirme** (displacement), heyecansal tepkiyi olası tehlikeli nesnenin aslından başkasına yöneltmektir. Örneğin, işinde patronuna kızan erkeğin eve geldiğinde acısını karısından çıkarması ve ona bağırması. **Karşıt Tepki Geliştirme** (reaction formation), bir duyguyu, örneğin nefreti, onun aksine çevirmektir (örn., nefretin aşka dönüştürülmesi gibi). **Gerileme** (regression), saplanmayla bağlantılı olarak daha önceki bir dönemin veya yaşın davranış örüntülerine geri dönmektir. **Mantığa bürünme** ya da **rasyonalizasyon,** akla mantığa uymayan bir davranış veya tutuma akla yakın, mantıklı bir gerekçe uydurmaktır. **Yüceltme** (sublimation), cinsel veya saldırgan dürtülerin, toplum tarafından beğenilen, değer verilen sosyal davranışlara dönüştürülmesidir. Bu mekanizma, kendisini özellikle yaratıcı faaliyetlerin ortaya çıkmasında gösterir.

Bu mekanizmaların hepsi, ego'nun asıl doğasıyla dürüstçe yüzleşmediği id enerjisini açığa çıkarmasına, deşarj olmasına yardımcı olurlar. Bozuk bir kişiliğe ait belirtilerden daha çok savunma mekanizmalarının daha ön planda ve açık olarak gözlenebilmeleri, kişinin kendisinde bir şeylerin doğru gitmediğini fark ederek bir uzmana başvurmasına hız kazandırır. Şu da belirtilmelidir ki günümüz psikanalistleri, sağlıklı ve uyumlu bir yaşam için bazı savunma mekanizmalarının kullanılmasını önerirler. Çok sevilen birisinin ölümünü bir süre kabul etmeme ya da inkâr etme, kayba uyum yapma olanağını verebilir. Bireyin cinsel dürtülerini veya içtepilerini çok çalışmaya veya yaratıcılığa dönüştürmesi, yani yüceltme, cinsel ilişki yaşanmasının mümkün olmadığı durumlarda, onun bu dürtüyle başa çıkmasında yararlı olur. Ancak çoğunlukla psikanalistler, savunma mekanizmalarının kişinin başkalarıyla olan etkileşimlerinin gelişmesine engel olduğuna inanmaktadırlar.

PSİKOPATOLOJİ İLE İLİŞKİSİ

Freud, psikopatolojinin çeşitli şekillerinin, güçlü dürtü veya id'in içgüdülerinden kaynaklandığına inanır. Bunlar belirli bir psikoseksüel döneme ait bilinç dışı çatışmaların geliştirilmesine zemin hazırlar. Örneğin, fobilerin çözümlenmemiş Odipal çatışmadan kaynaklandıkları ileri sürülür. Baba korkusunun, başka bir durum veya nesneyle yer değiştirmesidir. Buna benzer olarak obsesif-kompulsif bozukluk da anal döneme bağlanır; dışkıyla pisletme veya saldırma itkisi, karşıt-tepki mekanizmasıyla kompulsif temizliğe dönüştürülür.

İlk yazılarında ve konferanslarında Freud, hastalarının histerik sorunlarının çevreden kaynaklanan nedeninin, tipik olarak baba tarafından tecavüze uğramaya bağlı, çocukluktaki cinsel taciz olduğunu iddia etmiştir. Bu görüşleri meslektaşlarında tepkilere yol açsa da 1897'ye kadar görüşlerinde ısrar etti. Bu tarihte meslektaşı Wilhelm Fleiss'a yazdığı bir mektupta hastalarının çoğunun itiraflarının hayal ürünü olduğuna artık inanmaya başladığını belirtmişti. Bunu izleyen birkaç yıl boyunca Freud, bu birbiriyle rekabet eden kuramlar arasında uğraştı durdu; bazen birini diğerine tercih etti, bazen de bir başkasını. Ancak 1905'lerde hayal kurma, fantezi kuramı, açıkça kazandı (Masson, 1984).

Bu değişme, psikanalizin gelişmesi üzerinde çok derin etkiler yaptı çünkü psikopatolojilerde neden arayışının yönünü çevreden hastaya, onun hayal ve fantezilerine yönlendirmiştir. Dahası, psikanalitik düşüncede köşe taşı niteliğindeki odipal çatışmanın keşfi çok önemliydi. Aynı şekilde fantezi üzerine vurgu yapılması da, A. Freud'un Jeffrey Mason'a bir mektubunda da onsuz psikanaliz olamazdı diye belirttiği gibi önemlidir.

YENİ FREUDÇU PSİKODİNAMİK BAKIŞ AÇILARI

Freud'un kuramlarının ve klinik çalışmalarının önemi çağdaşları tarafından büyük ölçüde kabul görmüştür. Carl Jung ve Alfred Adler'in de dâhil olduğu birkaçı psikanalitik kuramı ve terapiyi tartışmak için düzenli aralıklarla Freud'la buluşuyordu. Her zaman olduğu gibi çok parlak, zeki bir lider, kendisi gibi çok parlak meslektaşlarıyla bir araya geldiğinde, id'in ego'dan ve biyolojik - içgüdüsel dürtülerin, sosyokültürel nedenlerden daha önemli olup olmadıkları; yaşamın ilk yıllarının yetişkinlik yıllarına göre önemliliği; davranışların temelinde cinsel dürtülerin yatıp yatmadığı; bilince karşı bilinç dışı süreçlerin rolü ve bilinçli ego düşüncelerinin baskınlığında

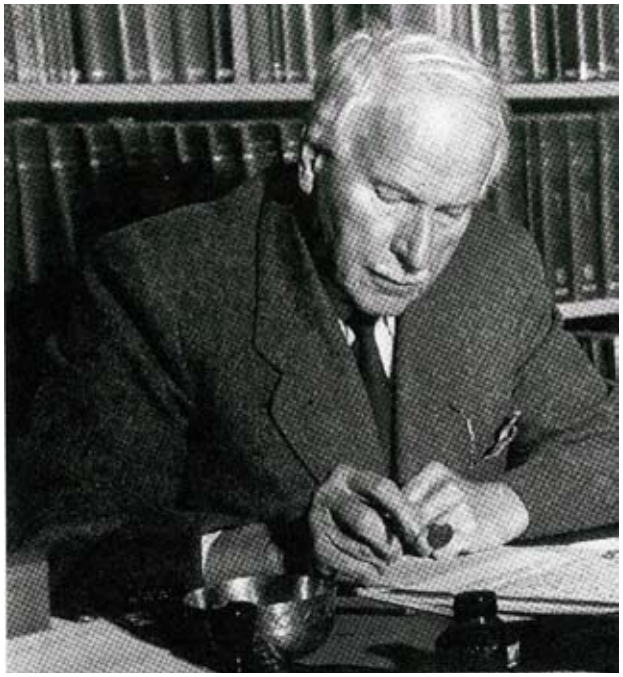
amaçlı davranışlara karşı id'in refleksif tabiatlı içtepilerinin önemi gibi konularda da anlaşmazlıklar çıkmaktaydı.

Bu konuların bazılarını geniş açıdan incelemek için, Freud'un düşüncelerini benimseyerek kendi yaklaşımlarını geliştiren başlıca üç kuramcının görüşlerini özetlemeye çalışacağız. Freud'un görüşlerini yine benimseyen ancak değişimleyen (modify) diğer kuramcılar 13. Bölüm'de (nesne-ilişkileri kuramcıları) ve 17. Bölüm'de (kısa süreli analitik terapi) tartışılmaktadır. Hepsi de Freud'un davranışın zihinsel yapılar arasındaki dinamikten kaynaklandığı görüşünü benimseyerek devam ettirmişlerdir. Bu nedenle hepsi, ruhsal bozukluklara psikodinamik bakış açısını Freud'la paylaşan kuramcılardır.

JUNG VE ANALİTİK PSİKOLOJİ

Başlangıçtan beri Freud'un açık mirasçısı olarak görülen İsviçreli psikiyatr Carl Gustav Jung (1887-1961), yedi yıllık görüş birliktelikelerini, 1914'te, giderek birçok konuda anlaşmazlığa düştüklerinden dolayı bıraktı ve Freud'dan koptu. Bundan sonra Jung, Freud'dan radikal olarak farklı görüşler ileri sürdü ve Freudçu psikoloji ile insancıl psikolojinin karması olan **analitik psikolojiyi** geliştirdi. Jung'un kuramının insancıl kuramlara benzerliği, davranışın başlıca nedeninin biyolojik dürtüler olduğu savını önemsememesi ve kişinin, kendisindeki olumlu ve yaratıcı yönleri fark ederek ifade etmeye başlaması ile yaşadığı kişisel doyum, yani kendini gerçekleştirme kavramını kullanmasıdır.

Analitik Psikolojinin kurucusu Carl Jung, Freudcu ve insancıl kavramların karışımını yaratmıştır.

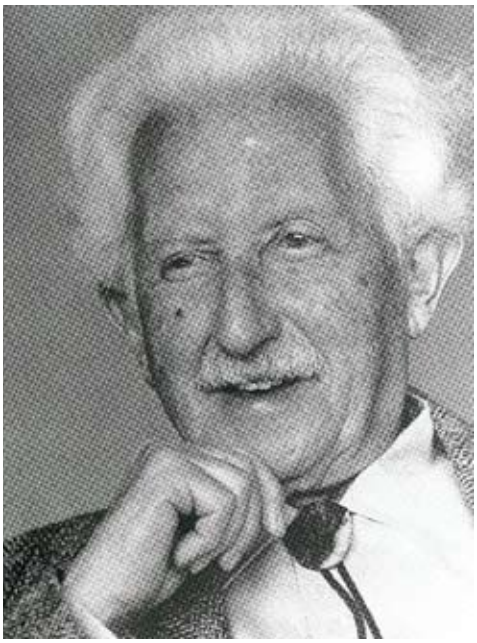


Jung, Freud'un vurguladığı bilinç dışına ek olarak, insanlığın sosyal tarihçesine ait bilgileri kapsayan **kolektif (ortak) bilinç dışı** kavramını getirmiştir. Kolektif bilinç dışı, insanlığın tarih boyunca, yüzyıllardır geçirdiği yaşantılara ait bilgilerin deposudur. Freud'un bilinç dışının aksine bu, cinsel ve saldırgan dürtülerden çok olumlu ve yaratıcı gizilgüçleri kapsamaktadır. Jung, her insanın karışık olarak hem erkek hem de dişi özelliklerine sahip olduğunu ve insanların dinsel ve ruhsal gereksinimlerinin en az libidinal gereksinimleri kadar temel olduğunu ileri sürmüştür. Jung çeşitli kişilik tipleri de sınıflamıştır. Bunlar arasında belki de en önemlisi dışa dönüklük (dış çevreye, dış dünyaya yönelik) ya da içe dönüklüktür (içe, kişisel dünyaya yönelik). Jung dinsel sembolizm ve yaşamın anlamı üzerine yazılar yazmış, bunun sonucunda da ruhani kişiler, romancılar ve şairler arasında popüler olmuştur. Sonuç olarak Freud şimdiki ve gelecekteki davranışlarımızın birincil olarak geçmişten kaynaklandığını kabul ederken; Jung geleceğe ait gayelerden, kararlar verme ve hedefler edinme gibi gelecekle ilgili öğelerin önemi üzerinde durmuştur. Jung'a göre insanları anlamak için, önemli olsalar da yalnızca geçmiş yaşantıları değil, bireyin gelecekle ilgili beklenti ve özlemleri ile rüyaları da dikkate alınmalıdır (Jung,1928).

ADLER VE BİREYSEL PSİKOLOJİ

Freud'un ilk taraftarlarından olan Alfred Adler (1870-1937), Jung'dan daha keskin olarak Freud'un içgüdü görüşünden ayrılmıştır. Bu nedenle Freud, ilişkileri bittikten sonra Adler'e karşı hep bir burukluk hissetmiştir. Viyana'da hastalıklı bir çocukluk geçiren ve aşağılık duygularını yenmek için büyük uğraş veren Adler, yaklaşımında, üstünlük için çabalama kavramına - antisosyal anlamda değil - önem verdi. Gerçekten de insanların yaşadıkları topluma çok yönlü bir bağlılık gösterdiklerini, bunun nedeninin de sosyal yararlılıklarda bulunmanın insana iyi gelmesi, doyum sağlaması olduğuna inanmıştır. Jung gibi, o da edinilen amaçlar için çalışmanın önemini vurgulamış; yine onun gibi kuramsal yaklaşımında büyük ölçüde geleceğin insancıl terapisini hazırlayıcı unsurlar kapsanmıştır (Adler, 1924).

Alfred Adler bireysel psikolojinin kurucusu olup, aşağılık kompleksi kavramıyla tanınır.



Eric Erikson yaşam boyu psikososyal gelişimin önemini vurgulamıştır. Erikson insanların büyüme kapasitelerinin sürekliliğine olan inancıyla Freud'dan daha iyimser bir tablo çizmiştir.

Adler'in çalışmalarında en önemli anahtar öğe, kişiyi anlamada onun fenomenolojisini ya da **bireysel psikolojiyi** (individual psychology) vurgulamasıdır. Adler hastalarına mantık dışı, hatalı düşünce ve beklentilerini değiştirmeleri için yardım etmeye çalışmıştır. Zira kendini iyi hissetmek ve daha iyi davranışlarda bulunmak için insanın öncelikle daha mantıklı, akılcı olması gerektiğine inanır. Bu görüşlerini yansıtan yaklaşımı günümüz davranışçı-bilişsel terapinin gelişmesine öncülük etmiştir. Sonuç olarak Adler'in büyüme ve sorunların önlenmesi ile toplumun iyileştirilmesi konularına olan ilgisi, çocuk rehberlik merkezlerinin geliştirilmesi ve ana-baba eğitimi üzerinde etkili olmuştur.

ERIKSON VE GELİŞİMİN PSİKOSOSYAL DÖNEMLERİ

Eric Erikson (1902-1995) ego'nun id'den bağımsız olduğunu vurgulaması ve ona, davranışın gelişmesinde daha büyük rol atfetmesi nedeniyle bir ego psikoloğu olarak tanımlanır. Gelişimin yaşamın ilk yıllarında son bulduğuna inanan Freud'a karşılık Erikson, gelişimin yaşam boyu sürdüğünü, orta yaşlılıktan yetişkinliğin son dönemlerine doğru insanın değişmesini sürdürerek farklılaştığı görüşünü içeren yaşam boyu gelişim psikolojisi kavramı ile alana katkıda bulunmuştur. Bu genel görüşün anlam ve önemini iyi kavrayabilmek için "çocuk psikolojisi"nin, "gelişim psikolojisi" ile eşanlamlı kullanıldığını düşünmek yeterli olur. İnsanlar artık bu iki kavram arasında ayırım yapabilmekte, gelişim psikolojisinin ise tüm yaşam boyunca sürdüğünü onaylamaktadır. Bunlardan dolayı Erikson'a teşekkür borçluyuz.

Eric Erikson **gelişimin psikososyal dönemlerine** ilişkin sekiz evre önermiştir. Bu dönemlerin her birinde, onu karakterize eden bir kriz vardır. Bir dönemdeki krizin çözümlenmesi, kişinin izleyen dönemlerde neyle, nasıl başa çıkacağını etkiler (Tablo 2.1). Eğer bir önceki kriz yeterince ele alınıp hallolmamışsa bir sonraki dönemin krizinin çözümü güçleşecektir.

Bunu göstermek için dönemler içinde belki de en önemlisi olan beşinci döneme birlikte bakalım. Bu dönemde Erikson, onu meşhur eden **kimlik krizi** kavramını sunmuştur. Erikson'un kendi çocukluğu ve ergenliği bu kavrama katkıda bulunmuş olabilir (Hail, Lindsey & Manosevitz, 1985). Erikson doğumdan önce birbirlerinden ayrılan Hollandalı bir anne-babanın çocuğu olarak Almanya'da doğmuştu. Biyolojik babasını hiç tanımamış ve Alman bir üvey baba tarafından büyütülmüştü. Lise yıllarında kendini boşlukta hissedip, belki de bir sanatçı olmak istediğini düşünüp Avrupa'da dolaşmış, çizimler yapmıştır. 25 yaşında Freud'la tanıştığı Viyana'da öğretmenlik yapmaya başlamıştır. Daha sonra "Viyana Psikanaliz Enstitüsü"ne kaydolarak analistliğe adım atmıştır.

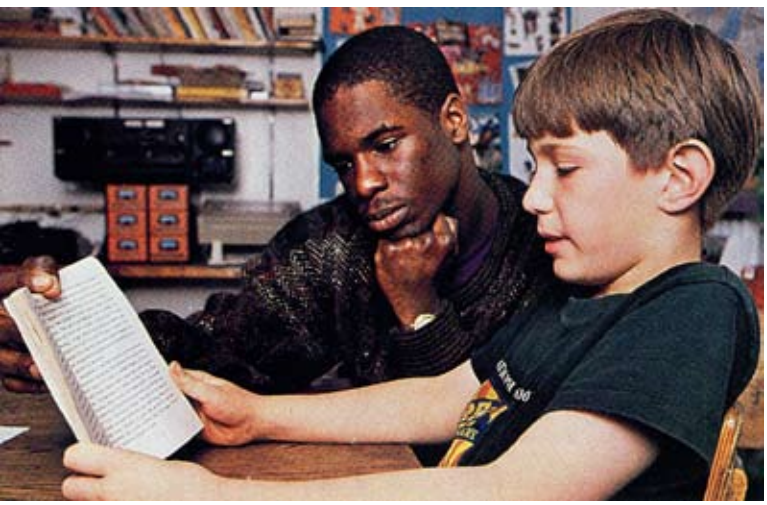
12 ile 20 yaşları arasında ortaya çıktığını söylediği kimlik krizi, çocukluktan yetişkinliğe geçişi yansıtır. Bu zaman aralığında hepimiz bir

TABLO 2.1 Erikson'un Sekiz Psikososyal Gelişim Dönemi

Dönem ve Yaklaşık Yaş Aralığı		*Başlıca Gelişmeler*
Bebeklik 0 - 1	Güven duygusuna karşı güvensizlik	Bebek ve bakıcısı arasındaki ilişkide, bebekte beslenme, sıcaklık, temizlik ve fiziksel temas gibi temel gereksinimlerinin karşılanması sırasında güven ya da güvensizlik duyguları gelişir.
İlk Çocukluk 1-3	Özerkliğe karşı utanma	Çocuklar kendilerine yeter kişiler olabilmek için benlik-kontrolünü öğrenirler. Örn., tuvalet eğitimi, beslenme, yürüme veya özerklik için yeterli olup olmadığı hakkında utanç veya kuşku geliştirme.
Oyun Çağı 3-6	Girişkenliğe karşı suçluluk	Çocuklar yetişkin davranışlarını merak eder, araştırır ve soruştururlar; ancak onlar gibi bağımsız ve gözü pek olmaya çalışırken de suçluluk duyabilirler.
Okul Çağı 7-11	Çalışkanlığa karşı aşağılık duygusu	Çocuklar hayal kurmayı ve meraklı olmayı öğrenirler; öğrenme becerileri geliştirirler; başarısızlıklarında ya da başarısız olduklarını düşündüklerinde, aşağılık duyguları geliştirirler.
Ergenlik 12-20	Kimlik edinmeye karşı kimlik bocalaması	Ergenler kim olduklarını, ne kadar özel, tek olduklarını; toplumda anlamlı bir rol sahibi olup olmayacaklarını; cinsel, etnik ve mesleki kimliklerini nasıl oluşturacaklarını çözmeye çalışırlar. Bunlarla ilgili kararlar almada tereddüt ve bocalamalar ortaya çıkabilir.
İlk Yetişkinlik 20-30	Yakınlığa karşı yalnızlık	Bireyin, önemli bir başkasıyla ilişki kurmak istemesi ya da ilişkilerden kaçması ve yalnızlığa girmesi.
Yetişkinlik 30-65	Üretkenliğe karşı durgunluk	Bireyler üretken olma - örn; bir ürün, fikir ya da çocuk yaratmak - ya da durgun olma gereksinimi duyarlar.
Olgunluk Çağı 65 +	Bütünlüğe karşı umutsuzluk	Yaşça ileri yetişkinler, yaşamlarını gözden geçirirler ve anlamını bulmaya çalışırlar. Bunu gerçekleştirdiklerinde gayelerinde ve arzularında yansıtırken, gerçekleştiremediklerinde de kuşku ve umutsuzluklarını yansıtırlar.

çeşit benlik-duygusu yaratırız. Bu, sahte de olsa psikolojimizi ve planlarımızı etkiler - tıpkı onu Viyana'ya ve Freud'a getiren arayış döneminde sanatçılığa soyunmasında olduğu gibi. Her ne kadar bir mesleğin, işin ya da rolün - hekim, avukat, inşaatçı, ebeveyn vb. - seçimi önemliyse de, kişiliğin kimliği çok daha derinlere iner. Bu, psikososyal dönemde yaşamımızın aldığı yön bizim için önemlidir. Ne gibi şeyler önemli ve arkasından koşmaya değer; gayelerimize ulaşmak için ne gibi uzlaşmalara hazırlıklıyız; ne tür bir kişi olmak istiyoruz... Genelde tüm bunlar, kendilerinden sorumlu, amaçlarına ve başka insanlara kenetlenmeye hazır gelişmekte olan biz yetişkinlerde benlik duygusunun hazırlayıcısıdırlar. Cinsellikleriyle barışma çabasında olan gençler için bu dönem, çalkantılı ve fırtınalıdır.

Erikson, kimlik krizinin ergenlikte ortaya çıktığına inanıyordu. Gönüllülüğe dayanan işleri yapmaları, gençlerin daha açık bir kimlik duygusu gelişi irmelerine ve yaşamda nelere değer verdiklerini anlamalarına yardımcı olur.



Freud'un fikirlerini benimseyen diğerleri gibi Erikson da insanların değişebilme yetenekleri hakkında ondan daha iyimserdi. Varlığın temeli ya da varoluşun doğası hakkında da Freud'dan daha olumluydu. Erikson'un inancına göre herhangi bir psikososyal dönemde yaşanan dağılma, doğru psikoterapilerle tersine çevrilebilir (Erikson, 1959).

PSİKOANALİTİK PARADİGMANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Belki de hiçbir insan davranışı araştırmacısı Freud kadar hem onurlandırılmamış hem de eleştirilmemiştir. Çocukluğun ilk yıllarındaki cinselliğe ait kuramını ilk ortaya attığında, kişisel olarak fazlasıyla yerilmişti. Bu zaman dilimi, Viyana'da cinselliğin hemen hiç konuşulup sözünün edilmediği yüzyılın bir zaman dilimiydi. Nasıl olur da birisi çıkıp, hem de bebeklerin ve çocukların da cinsellikle ilgili dürtülerinin olduğunu iddia ederdi! Bu bir skandaldı.

Freud'un ruhsal bozukluklara ilişkin psikanalitik görüş üzerinde etkisi büyük olmuştur. Fakat görülen bir de şudur ki, kuramları hem psikanalistlerin kendileri -yani içeriden- hem de psikanalist olmayan kuramcılar tarafından -yani dışarıdan- eleştirilmiştir. Freud'un kuramlarına getirilen başlıca eleştirilerden biri, diğer psikanalitik kuramlar için de geçerlidir; çünkü Freud'un terapi vakalarındaki gözlemlerinden, klinik öykülerin derlenmesinden yapılmış olan kuram, nesnel ölçütlere dayanmayan veri tabanı nedeniyle bilimsel değildir. Freud'un hasta kitlesi veya örneklemi, küçüklüğünün yan ısıra Viyana'nın sadece seçkin, sözel ve eğitimli kesimini temsil ediyordu. Durum böyle olunca ruhsal bozuklukları olan kişilerin oluşturduğu bu kadar küçük bir gruba dayalı bir kişilik gelişimi kuramı ya da ruhsal yapı kuramının yeterli olmayacağına inanmak çok kolaydır.

Freud tarafından kuramını geliştirmede kullanılan vaka raporları (onu izleyenlerin de kullandığı) Freud'un o terapi seanslarında veya görüşmelerindeki algılarının güvenirliği ve daha sonra onları doğru hatırlayıp hatırlamadığı (zira çok dikkatli notlar aldığı söylenemez) açılarından da kolayca eleştirilebilir. Freud'un, hastalarının ilk çocukluk yıllarındaki olası cinsel yaşantıları gibi özel ilgi duyduğu konular, hastaların anlatımlarını o yöne çekmelerine etki etmiş olabilir. Bu noktadaki bir hasta, belli bazı yaşantılarına odaklaşırken, yaşamında kendisi farkında olmasa da çok daha önemli ve temel olan anahtar olay ve yaşantılarını görmezden gelerek atlayabilir. Bu atlama, Freud'un ön plana çıkardığı yaşantıların yönlendirilmesine bağlıdır.

İd, ego, aşağılık kompleksi ve bilinçdışı gibi aslında psişik işlevleri betimleyici mecazlar olarak kullanılan psikodinamik kavramların, bazen -hatta sıklıkla- sanki yaşayabilen, düşünebilen ve davranabilen varlıklarmışçasına tanımlandıklarını görüyoruz. Örneğin, Freud (1937) id'in taleplerinde olduğu gibi, içgüdülerin doyumunun hemen şimdi ve geciktirilemez olduğunu söyler: "İd, yaşamı sürdürme adına kaygılanmanın ne olduğunu bilmez".

Bu sağlam ve gerçek eleştirilere karşın Freud'un katkıları çok büyüktür ve yerini korumakta, anormal psikolojisi alanını etkilemeye devam etmektedir. Freud'un etki ve katkılarının en açık olarak görüldüğünü düşündüğümüz başlıca dört alan şunlardır:

Çocukluk yaşantıları yetişkin kimliğini biçimlendirir.

1- Günümüz araştırmacıları kalıtımın etkisini kabul etse de hala çocukluk yaşantılarını önemli kabul ederler. Freud'un psikoseksüel dönemlerine nadiren bakarlar ama genel olarak sorunlu ana-baba-çocuk ilişkilerini ve bunların gelecekteki yetişkinler arası ilişkileri nasıl olumsuz etkileyebileceği üzerinde önemle dururlar.

2- Davranış üzerinde bilinçdışının etkileri vardır. Odak 7.1'de, insanların, davranışlarının nedenlerinin farkında olmayabileceklerini gösteren son araştırmaları özetledik. Ancak, en yeni araştırmalar, bir bilinç dışının varlığının ya da onun, id'in içgüdülerinin bir deposu olduğu görüşlerine yer vermezler.

3- İnsanlar kaygı veya stresten korunmak, onu kontrol etmek için savunma mekanizmalarını kullanırlar. Stresle başa çıkma (bir kısmı Bölüm 8'de özetlenen DSM-IV'ün sonundaki ekte kapsanan) ve savunma mekanizmaları hakkında çok sayıda araştırma vardır. Çağdaş araştırmalar, bilinçli olarak edinilen başa çıkma stratejilerine daha çok odaklaşmıştır. Örneğin; travmatik bir olay hakkında bilerek düşünmemeye çalışmak. Kaygıyı kontrol etmede, herhangi bilinç dışı başa çıkma yollarından birinin (bastırma bile olsa) önemli rol oynayıp oynamadığının açıkça gösterilmesi gerekmektedir.

4- 18. Bölümde daha ayrıntılı olarak tartışıldığı gibi Freud ve takipçileri, nesiller boyu klinikçileri ve psikopatologları, insan davranışının nedenlerinin ve hedeflerinin açık ve belirgin olmayacağına dair duyarlılaştırmışlardır. Psikanaliz bizi, her şeyi gördüğümüz gibi değerlendirmede acele etmememiz konusunda uyarır. Başka biri için küçümseyen ifadeler kullanan bir kişi, aslında o kişiyi çok seviyor olabilir. Buna rağmen olumlu duygularını açık etmekten korkuyor olabilir. Görünürdekinin altında bir şeyler aramak galiba Freud'un en iyi bilinen mirasıdır.

Freud'un çalışmalarının geçerliği ve yararlılığına dair yerinde ve haklı sayılabilecek birçok endişe olsa da onun psikopatolojideki önemini ya da Batı uygarlığının entelektüel tarihçesine olan katkılarını küçümsemek çok ciddi bir hata olur. Onun çalışmaları bilginin ilerlemesine yardımcı olacak türde bir eleştiri tepkisinin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Davranış bozukluğunun biyolojik olmayan açıklamalarının yapıl-

masına vasıta olmuş ve anormal davranışlarla ilgili betimlemeleri çoğunlukla çok dikkatli algılamalara dayanmıştır. Freud'un kuramına bir miktar aşina olmadan, anormal psikoloji alanında olup biteni iyi kavrayabilmek mümkün değildir.

PSİKANALİTİK TERAPİ

Freud'un zamanından bu yana, psikanalitik düşünce birçok yönden önemli değişimler geçirdi. Ancak, psikanalitik olduklarını iddia eden tüm terapilerin ortak bazı özellikleri vardır. Klasik psikanaliz, Freud'un nörotik kaygıyla ilgili ikinci kuramına dayanır. Buna göre nörotik kaygı, daha önce cezalanmış ve bastırılmış olan id'in açığa çıkmak için yaptığı baskıya karşı ego'nun gösterdiği tepkidir. Ego'nun bilinçdışı olan kısmı, çocukluktan gelen bastırılmış bir çatışmayı hatırlatan bir durumla karşılaştığında - ki bunlar çoğunlukla ya cinsel ya da saldırgan dürtü veya içtepilerle ilgilidir - gerginliği azaltmak yoluyla durumun üstesinden gelir. Psikanalitik terapi, ilk yıllara ait bastırmaların kaldırılmasına ve hastanın çocukluk çatışmalarıyla yüzleşmesine çalışır. Bunu, çatışmaların, yetişkinlik gerçekliği ışığında şimdi çözülebilmesi için hedefler. Çok zaman önce yer alan bastırma, ego'nun yetişkin gibi büyüyüp gelişmesini önlemiştir. Bastırmanın kalkmasıyla yeniden öğrenme imkânı doğmuş olacaktır.

Psikanalizin özü Paul Wachtel (1977) tarafından kavranmış; Wachtel, bir mamut örneğini mecazi olarak psikanalizin ana fikrini anlatmak için kullanmıştır. Bu dev yaratıkların bazıları, asırlar önce canlı olarak donmuştur. Çözüldüklerinde neredeyse etleri yenecek kadar özelliklerini korumuş oldukları gözlenmiştir. Freud'a göre nörotik sorunlar, uzun zaman öncesine ait hapsolmuş çatışmaların tortularıdır. Şimdi gözüken yetişkin sorunları sadece bu donmuş bilinçdışı çatışmaların bir yansıması veya ifadesidir.

Hastanın nevrozu, çoğunlukla geçmişe ait içe alınmış yaşantıların kalıntıları ile sürmekte olan başarısız mücadelesinden kaynaklanır ve bu geçmiş, uyumlu ve bütünlük içindeki ego'dan ayrışmış olarak, gerçekle bağdaşmayan ilkel taleplerde bulunmaya devam eder. O halde iyi ve başarılı tedavide bu, yanlış zamana ait eğilimler, şimdi bilinç düzeyinde tekrar yaşanarak ego ile bütünleşmelidir. Böylece hem kontrol edilebilir hem de değiştirilebilirler (Wachtel, 1977, s. 36).

Tipik bir psikanalitik tedavi seansında hasta bir kanepeye uzanır ve psikanalist de hastanın görüş alanı dışına oturur.

Analistler, birtakım tekniklerle bastırmayı kaldırmaya çalışırlar. Bunlardan en bilineni **serbest çağrışımdır (free association).** Hasta psikanalisti görmeyecek bir şekilde divana uzanır. Terapist, hastanın başının arkasında, ona yakın biçimde oturur. Bu düzen içinde hasta, aklına ilk gelen her şeyi - saçma sapan görünse de - söylemesi için cesaretlendirilir. Hastanın bu beceriyi yavaş yavaş öğreneceği varsayılır. Bu teknik sayesinde yıllar boyu üst üste konup biriken savunmalar sonunda geçit bulabileceklerdir. Diğer bir teknik de **rüya analizidir.** Psikanalitik kuram, ego savunmalarının uyku sırasında gevşediklerini ve normalde bastırılmış olan malzemenin uyurken bilince çıkmasına izin verdiklerini ileri sürer. Bu malzeme çok tehdit edici olduğundan, bilince, gerçekte olduğundan farklı girebilir. Yani bastırılmış materyal kılık değiştirmek yoluyla gizlenmiştir. İşte bu nedenle rüyaların simgesel kapsamı çok yüklüdür. Örneğin, erkeklerin kendisine cinsel saldırganlıkta bulunacağında ısrarlı olan bir kadın, rüyasında kendisine mızraklar atan vahşilerin saldırısına uğradığını görür; mızraklar fallik sembollerdir ve açık cinsel hamleleri temsil ederler.

Psikanalitik terapinin bir diğer kilit kavramı **aktarımdır (transferans)**. Aktarım, analist hasta ilişkisine uymayan; aksine hastanın geçmişinde önemli birine gösterdiği tutum ve davranışlarını aksettiren bir davranış örüntüsüdür. Örneğin, bir hasta, terapistinin, söylediği şeylerden genelde sıkıldığını hissedebilir ve bunun sonucunda eğlenceli olmaya çabalar. Dikkatli, titiz bir gözlemle terapist, bu aktarılan tutumların çoğunlukla bastırılan yaşantılardan ya da çatışmalardan kaynaklandığını sezer. Bu örnekte analist, hastanın çocukken değersiz ve sıkıcı olduğunun hissettirildiğini; ana-baba dikkat ve ilgisini, ancak komiklik yaparak çekebildiğini keşfedecektir.

Savunmaların analizi, ego analisti denilen çağdaş psikanalistler tarafından ele alınmıştır. Ego analistleri, Freud'un ego'ya verdiği göreli zayıf rolü tartışırlar. Bilindiği gibi savunma mekanizmaları ego'nun kaygıyla yüzleşmesini erteleyen bilinçdışı araçlardır. Örneğin, yakın ilişkilerde sıkıntı yaşayan bir erkek, görüşme sırasında ne zaman konuşmalar dönüp dolaşıp bu hassas konuya dokunsa hemen pencereden dışarıya bakmaya başlayabilir. Analist ise gözlediği bu davranışı bir noktada yorumlamaya başlayacaktır. Bunu, hastanın bu davranışının savunucu doğasına işaret ederek, onun gerçekten de konudan kaçtığını itiraf etmesini umduğu için yapmaktadır. Psikanalitik tedavi, geçmişte, haftada ortalama 5 seans olmak üzere yıllara yayılarak yapılırdı. Bu arada ilginç olan nokta, Freud'un kendi tedavi uygulamalarının çok nadir olarak 6 ayı geçtiğidir.

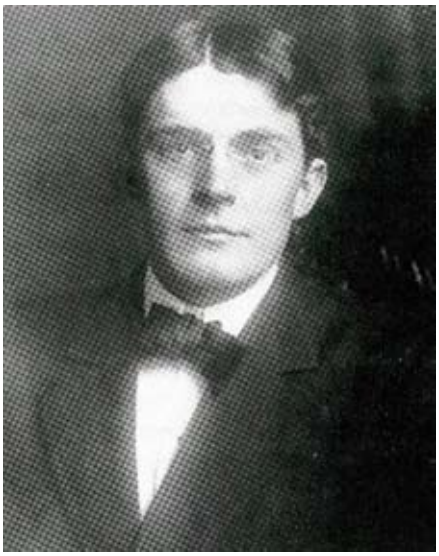
Son kırk küsur yılda Karen Horney ve Harry Stack Sullivan gibi yeni Freudçuların ve Eric Erikson ile Heinz Hartman gibi ego psikanalistlerinin görüş ve çalışmaları, psikanalitik yönelimli psikoterapilere karışarak, bazen psikodinamik terapi olarak anılmıştır. Kısmen Alexander ve French'in (1946) çalışmalarından hız alıp gelişen bu yaklaşım, Freud'un savunma mekanizmaları ve bilinç dışı güdülenme kavramlarını dışlamadan, daha çok bugün, şimdi ve gelecek yönelimli, daha kısa ve özlü bir yapılanmayı öngörür. Böyle bir terapi Freud'un terapisinden daha aktif ve yönlendirici olmasının yanı sıra şimdi yaşanmakta olan sorunlara ve ilişkilere, çocukluktaki çatışmalardan daha çok önem verir. Hem daha kısa hem de daha az yoğundur.

Tüm kişiliğin yeniden yapılanması umudu tümüyle bir kenara bırakılarak daha önemli ve şiddetli sorunlarla uğraşmak yeğlenmiştir. Ancak bu terapistler, çalışmalarının eğitim ve psikanalitik ilkelere duyarlılıkla daha etkili olacağına inanırlar. Günümüzdeki psikanalistlerin çoğu bu yaklaşımı benimserler; yani, daha özlü, yönlendirici ve kısa psikanaliz. Sadece birkaç kişi standart klasik psikanalizi tercih etmektedir (Korchin, 1976, s. 335).

Bize ve psikodinamik terapi uzmanlarına göre (Henry ve ark., 1994, s.498), işlemlerde yapılan değişiklikler önemli kuramsal değişimleri aksettirmez. Terapistin desteğiyle, hastanın sözgelimi, gerginliğinin ve mutsuzluğunun gerçek kaynaklarının yavaş yavaş incelenerek, bastırmalarının kaldırılmasında gösterdiği tutum ve davranışları, terapi görüşmelerinin sıklığı veya bedenin görüşmelerdeki duruş biçimden (oturma, uzanma vb) daha çok önemsenir. Psikanaliz ve ilgili terapiler daha ayrıntılı olarak 17. Bölüm'de tartışılmaktadır.

ÖĞRENME PARADİGMALARI

Öğrenme (ya da davranışçı) paradigması doğrultusunda olan psikologlar, anormal davranışın da diğer davranışlar gibi öğrenilmiş olduğunu savunurlar. 20.yüzyılın başlarında, psikolojide öğrenmecilik değil yapısalcılık hüküm sürüyordu. **Yapısalcılık,** zihinsel işlevler ve zihinsel yapı (aklın yapısı) üzerindeki çalışmalardır. O sıralarda henüz çok yeni bir disiplin olan psikolojinin amacı aklın nasıl çalıştığını, onun temel bileşenlerini analiz etmek yoluyla öğrenmek, daha çok bilgi sahibi olmaktı. 1879'da Leipzig'de ilk resmi psikoloji laboratuarını ve deneysel psikolojiyi kuran Wilhelm Wundt (1832-1920) ve Cornell Üniversitesi'nde laboratuarı olan Edward Titchener (1867- 1927) gibi deneysel psikologlar, çalışmalarında katılımcılara bir uyarıcıyla karşılaştıklarında (ya da uyarıcıya maruz bırakıldıklarında) yaşadıklarının en temel özelliklerini rapor etmelerini öğretmek için eğitim programları ve işlemleri tasarladılar. Epey zorlu bir **içe bakış,** iç gözlem ve zihinsel süreçlerin bildirimi gibi işlemlerle, denek veya katılımcılar, yaşantı bloklarını kaldırmaya ve bilincin yapısını görmeye çalıştılar. Örneğin, Wundt'un denekleri bir metronomun bazen yavaş, bazen hızlı, bazen birkaç kez, bazen de birçok kez tıkırdamaya programlanmış sesini dinlerler. Denekler kendilerini dinledikten sonra (iç gözlem) hızlı tıkırtı sesinin onları heyecanlandırdığını, yavaş tıkırtı sesinin ise gevşeklik yarattığını, yani tıkırtı öncesi hafif bir gerginlik ama sonrasında bir rahatlama hissettiklerini bildirdiler.



John B. Watson. Davranışçılığın kurulmasında önayak olmuş; psikolojiyi öznel yaşantıların araştırılmasından çok davranışın gözlenmesi yoluyla tanımlayan Amerikalı psikolog.

DAVRANIŞÇILIĞIN DOĞUŞU

Yıllar sonra, insanlar hakkında yararlı bilgilerin toplanmasında içe bakışın yeterli olmayacağı alanda çalışan birçok kişi tarafından anlaşıldı. Sorun, içe bakış yöntemini kullanan değişik laboratuarlardan birbiriyle çatışan verilerin gelmesiydi. Böylece içe bakış yönteminin hiçbir soruyu açıkça yanıtlamayacağı anlaşılmış oldu. Bu doyumsuzluk, 1913'te şu görüşleriyle psikolojide devrim yapan John B. Watson (1878-1958) tarafından dile getirildi:

Davranışçının bakışıyla psikoloji, doğa bilimlerinin nesnel deneysel bir dalıdır. Kuramsal hedefi, davranışın kontrolü ve yordanmasıdır. İç gözlem, bunun yöntemi içinde önemli bir yer almadığı gibi ondan elde edilecek verilerin bilimsel değeri, bilinçli yorumlamalara dayanmadıkları için tartışmalıdır (s. 158).

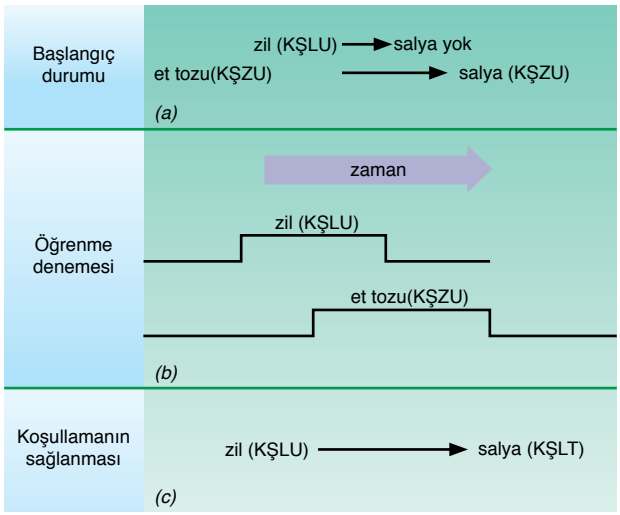
Watson iç gözlemin yerine koyacağı yöntem arayışında, hayvanlarda öğrenmeyi araştıran psikologların kullandıkları deneysel işlemlere dikkatini yöneltmiştir. Onun bu çabaları, düşünme veya zihnin yapısına odaklaşan yapısalcılığın yerini öğrenme veya davranışçılığın almasına zemin hazırlamıştır. Psikolojinin görevi artık, hangi uyarıcıların gözle görülebilir hangi tepki ve davranışları başlatabileceğini ortaya çıkarmak olmuştur. Bu nesnel uyarıcı-tepki bilgisi ile insan davranışının hem yordayabileceği hem de kontrol edilebileceği ümit edilmekteydi. **Davranışçılık,** doğrudan gözle görülemez zihinsel süreçler yerine, gözle görülebilir davranışların incelenmesine odaklaşan yaklaşım olarak tanımlanabilir. Biz, burada, psikologların en sıklıkla ve ilgiyle araştırmaya yöneldikleri iki tip öğrenme üzerinde duracağız.

KLASİK KOŞULLANMA

Klasik koşullanma tipi öğrenme, bu yüzyılın başında, neredeyse tesadüfen Rus fizyolog Ivan Pavlov (1849-1936) tarafından keşfedildi. Pavlov'un yapmakta olduğu sindirim sistemiyle ilgili araştırmalardan birinde salya salgılaması için köpeğe et tozu verilmişti. Çok geçmeden Pavlov'un laboratuar asistanları köpeğin, kendisine yemek veren kişiyi gördüğünde de salya çıkardığını fark ettiler. Deney süresince köpeğin giderek daha erken, yemek verenin ayak seslerini duyduğu zaman, salya çıkardığı gözlendi. Pavlov bundan çok etkilenerek köpeğin tepkilerini daha sistematik olarak incelemeye karar verdi. Yapılan birçok araştırmanın ilkinde, köpeğin arkasında çalınan bir zilin hemen ardından ağzına et tozu konur. Bu işlem birkaç kez tekrarlandıktan sonra köpek, et tozunu almadan önce daha zil sesini duyar duymaz salya çıkarmaya başlar.

Bu deneyde daha önce hiçbir öğrenme olmadan salyanın çıkarılmasına yol açtığı için et tozuna **koşulsuz uyarıcı** (KŞZU); salya tepkisine de **koşulsuz tepki** (KŞZT) denmiştir. Et tozunun verilmesinden önce birkaç kez zil çalınması gibi nötr bir uyarıcı tekrarlanırsa, bu defa tek başına zilin sesi **koşullu uyarıcı** (KŞLU), salya tepkisini çıkaracaktır **(koşullu tepki** - KŞLT) (bkz. Şekil 2.3). KŞLT, genellikle KŞZT'den bir şekilde ayrılır (örn., Rescorla, 1988). Ancak bunlar, bu kitapta gereksinim duyduğumuz şeyler değiller. Zil ve et tozunun birlikte sunulma sıklıkları arttıkça, zilin neden olduğu salya tepkisinin sayısı da artacaktır. Daha sonraları et tozunun zil sesini izlemediği koşulda KŞLT'de ortaya çıkan duruma **sönme** denir, salya tepkisi giderek seyrekleşir ve KŞLT sonunda kaybolur.

Rus psikolog ve Nobel adayı Ivan P. Pavlov klasik koşullamada geniş araştırma ve kuramdan sorumludur. Etkisi Rus psikolojisinde hâlâ çok güçlüdür.



Şekil 2.3 *Klasik koşullama süreci: a) öğrenme öncesi et tozu (KŞZU) salya tepkisine neden olur (KŞZT): ancak zil (KŞLU) bunu yapmaz (salyaya neden olmaz). b) öğrenme denemeleri, KŞLU'nun, KŞZU taralından izlenerek sunulmasını içerir. c) daha önce nötr olan zilin salyaya neden olmasıyla (KŞLT) klasik koşullama gerçekleşir.*

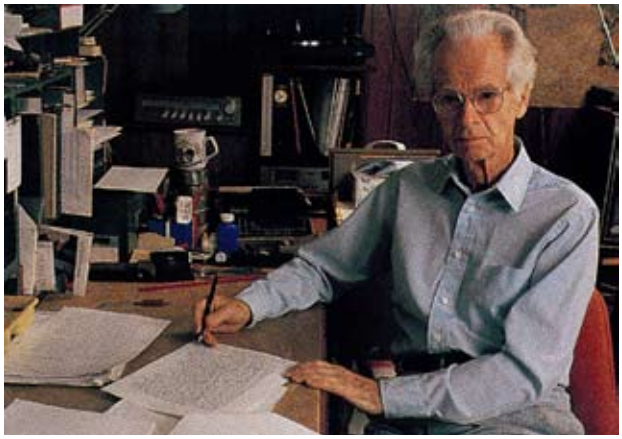
Klasik koşullamanın patolojik korkuyu bile ortaya çıkardığı anlaşılmıştır. John Watson ve Rosalie Rayner (1920) tarafından yapılan etik açıdan soru işaretleri taşıyan meşhur bir deney vardır. Küçük Albert adında 11 aylık bir bebeğe bir beyaz fare gösterirler. Başlangıçta Albert fareden hiç korkmadığı gibi onunla oyun oynamak istemiştir. Çocuk ne zaman fareye uzansa deneyci, Albert'ın başının arkasında bir yerde onu çok korkutan (KŞZT) yüksek bir ses çıkarır (KŞZU). Buna benzer beş yaşantıdan sonra Albert, çelik çubuğa vuruş sesi olmadan da sadece beyaz fareyi gördüğü anda korkmaya (KŞLT) başlar. İlk başta yüksek sesle eşleşen korku, daha önce nötr uyarıcı konumundaki beyaz fare (artık KŞLU) tarafından ortaya çıkartılır hale gelmiştir. Bu çalışma klasik koşullanma ile belirli duygusal bozuklukların (burada fobi) geliştirilmesi arasında bir ilişki olabileceği ihtimalini ortaya koymaktadır.

EDİMSEL KOŞULLAMA

İkinci başlıca öğrenme tipi 1890'larda Edward Thorndike'ın (1874-1949) çalışmalarıyla başlar. Pavlov'un yaptığı gibi uyarıcılar arasındaki ilişkiyi keşfetmeye çalışmak yerine davranışı izleyenlerin davranış üzerindeki etkisi ile ilgilenmekteydi. Kafese kapatılan sokak kedilerinin kaçmaya çalışırlarken oraya buraya çarptıkları sırada kapı mandalına da çarparak kafesten kaçtıklarını gözlemlemiştir. Tekrar tekrar kafeslere kapatılan kediler, artık kafeslere konar konmaz hemen ve kasıtlı olarak kapı mandalına basmaya başlamışlardır. Bu gözlemlerinin etkisiyle Thorndike, ileride çok önemli olacak olan ilkeyi, **etki yasası** ilkesini formüle etmiştir. Buna göre bir davranışın neden olduğu sonuçlar eğer organizmaya doyum veriyorsa, o davranışın tekrarlanma olasılığı yüksek olacaktır. Eğer davranışın neden olduğu sonuçlar organizma üzerinde nahoş etkiler yaratıyorsa, o davranışın tekrarlanma olasılığı ve sıklığı azalacaktır. Böylelikle tepki veya davranış bir takım sonuçlara vasıta olmakta ve kendi kendisinin tekrarlanmasını ya cesaretlendirmekte ya da bunun aksine yol açmaktadır. Önceleri bu, davranışın birtakım sonuçlara neden olmasına odaklı öğrenme şekline *vasıtalı (araçsal/enstrümantal) öğrenme* denmiştir.

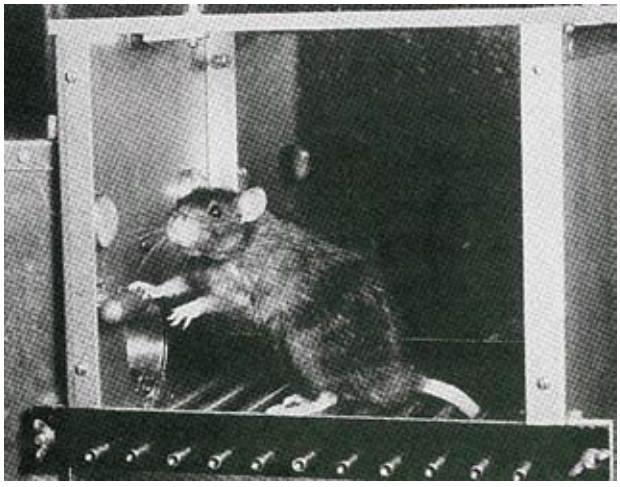
Aşağı yukarı 60 yıl kadar önce B. F. Skinner (1904-1990) aynı öğrenme şekline **edimsel (operant) koşullama** demiştir. Çünkü davranış çevre üzerinde etki yaratmaktadır. Etki yasasını, uyarıcı-davranış bağlantılarına odaklaşmaktan, tepki veya davranışlar ve sonuçları (izleyenleri) arasındaki ilişkiyi çevirerek yeniden formüle etmiştir. Bu ayırım biraz karışıktır. Skinner uyarıcıların neden oldukları tepkilerle aralarında her zaman bir ilişki kurulmadığını; tepki veya davranış eğer geçmişte pekiştirilmişse bir ilişki kurulduğunu savunmuştur. Uyarıcı hemen her zaman bir davranışın ortaya çıkmasına fırsat verse de o davranışın yapılma olasılığının artmasını sağlamaz. Skinner'a göre bunu sağlayacak olan yapılan davranış veya tepkinin neden olduğu sonuç, yani izleyenlerdir. Bu bağlamda Skinner, **ayırdedici uyarıcı** kavramını ortaya atmıştır. Ayırdedici uyarıcı, organizmaya, belirli bir davranışı yaptığı takdirde onu belli bir sonucun izleyeceği mesajını veren dışsal olayları tanımlar.

B. F. Skinner edimsel davranışın çalışılmasından ve bu yaklaşımın eğitim, psikoterapi ve bir bütün olarak topluma yaygınlaştırılmasından sorumluydu.



Etki yasasının yeni adı pekiştirme ilkesi olmuş ve Skinner iki ayrı pekiştirme tipi önermiştir. **Olumlu pekiştirme,** bir tepki veya davranışın ardından olumlu pekiştirici denen hoş bir olayın sunulması, gerçekleşmesi sonucunda, davranışın yapılması olasılığının artması, güçlenmesidir. Örneğin, susuzluk çeken bir güvercin suya kavuşması ile sonuçlanan davranışları (operant-vasıtalı davranış) tekrarlayarak yapar. **Olumsuz pekiştirme** de bir tepki veya davranışı güçlendirir, fakat bu davranışın sonucunda yer alan olumsuz, itici olayın *kaldırılması* ile gerçekleşir (örn., elektrik şokunun kesilmesi gibi). Skinner bu tür izleyenlere olumsuz pekiştireç adını verir. Güvercinlerle yaptığı deneysel çalışmalarını karmaşık insan davranışlarına genelleyen Skinner (*Walden Two* adlı ütopik romanında, ortaya attığı pekiştirme ilkeleri tarafından yönetilen ideal bir toplumu anlatır), seçme özgürlüğünün masal olduğunu ve tüm tepki ve davranışların, sosyal çevrede mevcut pekiştiriciler tarafından belirlendiğini savunur. Skinner (1953) ve Skinner taraftarlarının, akıl hocaları Watson gibi, hedefi davranışın yordanması ve kontrolüdür. Bu deneyciler, davranışın gözlenebilen tepkiler ve pekiştirme doğrultusunda analizi ile belli bir davranışın ne zaman ortaya çıkacağını saptamayı umut ederler. Böylece toplanan bilginin, davranışın nasıl öğrenildiği, sürdürüldüğü, değiştiği ve ortadan kalktığının açıklığa kavuşturulmasında yardımcı olması mümkün olacaktır. Skinnerci yaklaşımda soyut terim ve kavramlardan kaçınılır. Örneğin, Skinnerci yayımlarda gereksinim, güdü/güdülenme ya da arzu vb gibi kavramlara rastlanmaz. Skinner insan davranışını en yeterli bir biçimde tanımlayabilmek için

Skinner kutusu bir tepki veya davranışın ödüle bağlı olarak nasıl biçimlendiğini gösteren edimsel koşulluma deneylerinde kullanılır.



Çocuklarda saldırgan davranışlar sıklıkla ödüllendirilir. Bu da onların gelecekte ortaya çıkma veya yapılma olasılıklarını arttırır.

psikolojinin, doğrudan gözlenebilir uyarıcı ve tepkilerle, pekiştirmenin etkilerine odaklanması gerektiğine inanmaktadır. Bu görüşü savunan psikologlar, insan oldukları için de, içsel ve duygusal yaşantıları inkâr etmemektedirler. Ancak araştırmacıların, onları, davranış bilimi geliştirmede başroldeki malzemeler olarak kullanmalarına engel olmaya çalışırlar.

Tipik bir edimsel koşullama deneyinde aç bir fare, Skinner kutusu denen, içinde bir levye olan kutuya konur. Fare bu yeni çevreyi keşfederken tesadüfen levyenin yakınına gelecektir. Bu arada deneyci, levyenin yanına konmuş olan kaba yem bırakır. Bunun gibi birkaç ödül sonrası hayvan levyenin yanında daha çok zaman geçirmeye başlayacaktır. Ancak şimdi artık deneyci ödül ölçütünü daha düzenli hale getirir - hayvan artık levyeye gerçekten bilerek basmalıdır. Böylece istenen edimsel davranış, levyeye basma, **biçimlendirme** yoluyla kazanılmış olur. Biçimlendirmede, istenen tepki veya davranışa her seferinde daha çok benzeyen tepki ve davranışların **kademeli yaklaşımlar** şeklinde ödüllendirilmesi yer alır. Yemi getiren ölçüt olur olmaz levyeye basmaların sayısı artar. Levyeye bastığı halde yemin artık gelmemesi ise bu davranışın yapılma sıklığının azalmasına veya sönmesine neden olur.

Edimsel koşullamanın anormalliğe nasıl uygulanabileceğine bir örnek olarak davranım bozukluğunda anahtar bir özellik olan saldırgan davranış sıklığını ele alalım. Saldırganlık, oyun sırasında bir çocuğun diğerini oyuncağını kaptırmamak için dövmesi ile ödüllenir. Burada

pekiştirici oyuncaktır. İstemeden de olsa, ebeveynler çocuklarının, gayelerine ulaşmak için kendilerine yönelttikleri ısrarlı zorlayıcı davranışlara boyun eğerek saldırganlığı pekiştirmiş olurlar. Örneğin, televizyon seyretmek için geç saatlere kadar yatmaması. Yeter ki sesini kessin diye buna izin vermek, çocuğun amaca ulaşmak için belki de tepine tepine bağırıp ağlama, oraya buraya bir şeyler fırlatma davranışını o an için keser ama saldırgan olan bu davranışın ileriye dönük olarak kullanılma olasılığını arttırır, çünkü pekiştirilmiştir.

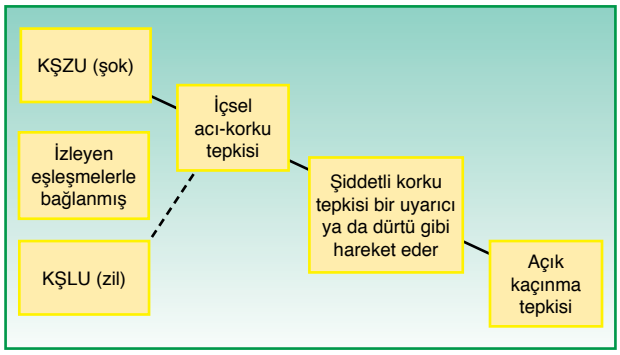
MODEL ALMA

Gerçek yaşamda pekiştiriciler olmadan da öğrenme olmaktadır. Başkalarını izleyerek ve taklit ederek öğreniriz. Bu sürece **model alma** denir. Deneysel çalışmalar belirli davranışların kazanılmasında o davranışı yapan birini gözlemenin rol oynadığını göstermiştir (örn., paylaşma, saldırganlık, korku gibi). Bandura ve Menlove (1968) çocuklarda köpek korkusunu azaltmak için model alma yoluyla tedavi yöntemini kullanmışlardır. Önceleri köpeklerden çok korkan çocuklar, bir köpekle hiçbir korku belirtisi göstermeden rahatça oynayan bir modeli izledikten sonra, kararlı bir şekilde köpeğe yaklaşmak, onu tutmak isteğinde bulunmuşlardır. Buna benzer olarak model alma anormal davranışların kazanılmasını da açıklayabilir. Fobileri veya madde kötüye kullanım bozukluğu olan anne-babaların çocukları benzer davranış örüntülerini, kısmen, onları gözlemek yoluyla geliştirebilirler.

ARACI ÖĞRENME PARADİGMALARI

Öğrenme paradigmaları arasında model alma, öğrenme ve davranışta aracının rolünün önemini açıkça görmemize yardımcı olur. Tipik bir model alma deneyinde neler olduğuna bir bakalım. Kişi bir başkasını bir şey yaparken izliyor ve hemen kendi davranışında bir değişme oluyor. Öğrenmenin olması için açık bir davranışın yapılması gerekmediği gibi, gözleyen kişinin pekiştirilmesi de gerekmemektedir. Bir şeyler, kişi gözle görülür bir davranışı yapmadan önce sanki öğrenilmiştir. Buna benzer sonuçlar, 1930 ve 1940'lı yılların öğrenme kuramcılarını, açık öğrenmenin açıklanmasında çeşitli aracıların rol aldığı çıkarımına yöneltmiştir.

Çok genel anlamda **öğrenmenin aracı kuramına** göre açık davranışı çevresel bir uyarıcı



Şekil 2.4 *Mowrer'in kaçınma öğrenmesine ait dökümün şematik sunumu. Kırık çizgi deneğin zil sesinden korkmayı öğrenmesini, düz çizgi ise deneğin şoktan kaçınmayı öğrenmesini gösterir.*

doğrudan başlatmamakta; daha çok birtakım **araya girici (mediator)** süreçlerle bunu yapmaktadır. Bu aracılara örnek olarak korku ya da düşünme verilebilir. Aracı, içsel bir tepki olarak düşünülür. Aracı öğrenme kuramcıları kendilerini davranışçılıktan boşamadan, belirli durumlarda gözlenenlerin ötesine bakmanın önemine ve doğruluğuna işaret etmişlerdir.

O. Hobart Mowrer (1939) ve Neal Miller (1948)'ın geliştirdikleri kaygının aracı öğrenmeye dayalı analizine bakalım. Tipik bir deneyde nötr bir uyarıcı olarak zil sesi sunulduğu sırada farelere tekrar tekrar elektrik şoku verilir. Şok (KŞZU), acı, korku ve kaçma gibi KŞZT'ye neden olur. Üst üste eşlemeden sonra, işin doğalında şoka bağlı olarak ortaya çıkan korkunun artık zil sesine çıktığı görülür. Sonunda şok tümüyle verilmez olur ve hayvan hâlâ daha önce nötr uyarıcı olan zil sesine (KŞLU) korku tepkisini göstermeyi sürdürür. Buna ek olarak, KŞLU'dan kaçınmak için farenin yeni tepkiler öğrenebildiği de gösterilmiştir (örn; Miller, 1948). Bu, hayvanların zararsız bir olaydan **kaçınmayı** öğrenmeleri bulgusunun nasıl kavramsallaşacağı sorusunu da beraberinde getirmiştir. Mowrer (1947) ve başkaları da böyle bir durumda, tipik bir **kaçınma koşullaması** deneyi, yani öğrenmenin iki parçası yer almaktadır (Şekil 2.4): (1) hayvan klasik koşullama yoluyla KŞLU'dan korkmayı öğrenmiştir ve (2) hayvan edimsel koşullama yoluyla KŞLU'dan kendisini kurtarmak ve dolayısıyla araya giren korku tepkisini azaltmak için açık bir davranış öğrenmiştir. Bu, *iki-faktör kuramı* olarak bilinir.

Bu kuramsal görüşün başlıca özellikleri şunlardır: korku veya kaygı, her ikisinin de gözlenebilen tepkilerin öğrenilmeleri gibi öğrenilebilen içsel tepkiler oldukları ve yine her ikisinin de kaçınma davranışını güdüleyebilecek içsel

dürtü oldukları düşünülebilir. Örneğin, eğer biz tekrarlayan gözlenebilir bir davranışın pekiştirilmesinin bu davranışın sönmesine yol açacağını biliyorsak hatırlatılan bir korku tepkisinin ardından beklendik acı veya ceza verilmezse, engellenirse, korku tepkisinin de azalacağını yordayabiliriz. Bu anlamsız bir tahmin veya yordama değildir. İleride belirtildiği gibi böyle bir muhakemeye dayanarak gerçekleştirilen tedaviler birçok mantıksız korkunun azalmasına hatta ortadan kalkmasına yardım etmiştir.

ÖĞRENME PARADİGMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Öğrenme bakış açısı, biyolojik etkenlerin önemini en aza indirirken; davranışı uygunsuzlaştırabilen veya anormalleştirebilecek öğrenme süreçlerinin aydınlatılmasına odaklaşır. Kitabın 1. Bölümü'nde Langer ve Abelson'un çalışmalarında da gördüğümüz gibi, bu paradigma, normal ve anormal davranış arasındaki boşluğu kapatır, çünkü her iki davranış da aynı genel çalışma çerçevesi içinde ele alınır. Böylelikle genel deneysel psikoloji ile anormal psikoloji arasında köprü kurulmuş olur.

Öğrenmeci görüşün psikopatolojide uygulanmasının çok önemli bir yararı, gözlem yöntemine dakikliğin gelmesi ve artması olmuştur. Uyarıcılar doğru bir şekilde gözlenmeli ve kontrol edilmelidir. Tepkilerin büyüklüğü, hızları ve gecikmeleri - ne kadar çabuk yapıldıkları - ölçülür ve kaydedilir. Uyarıcılar, tepkiler ve sonuçları arasındaki ilişkiler hakkında dikkatli notlar alınır.

Gevşeme eğitimi sistematik duyarsızlaşmanın ilk adımıdır. Gevşemeyi öğrenen danışanlar, kaygı basamaklarındaki yaşantı sahnelerini hayallerinde canlandırmaya başlarlar.

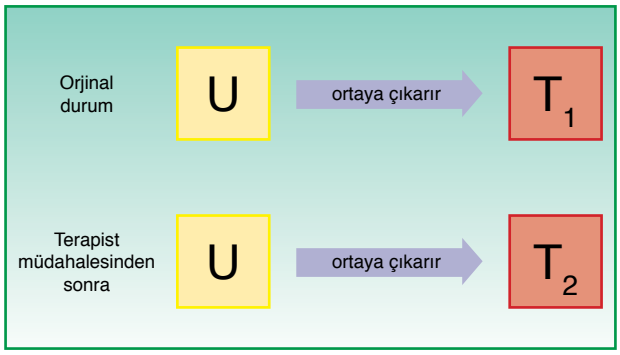
Korku ve düşünce gibi gözlenemeyen süreçler, gözlenebilen davranışlara bağlanmalıdır.

Öğrenme yaklaşımlarının bu ve diğer özelliklerinin sapkın davranış üzerinde avantajlı olduklarını kabul etsek de anormal davranışın öğrenme paradigması biyolojik paradigma ile aynı durumdadır. Tıpkı birçok biyolojik işlev bozukluğunun açıklığa kavuşturulamaması gibi anormalliğe götüren belli başlı öğrenme yaşantıları da ikna edici bir düzeyde henüz saptanamamıştır. Depresyonun belli bir pekiştirme tarihçesinden kaynaklandığını göstermenin ne kadar zor olacağını bir düşünün. Kişi uzun yıllar boyunca sürekli gözlenecek, bu arada davranışları ve yer alan pekiştirmeler kaydedilecek. Bu pek gerçekçi gözükmemektedir. Eğer kendi doğal ebeveynleri tarafından büyütülen ve yetiştirilen tek yumurta ikizleri ileriki yaşamlarında şizofreni hastası olurlarsa, öğrenmeci görüşe sahip bir klinisyenin bu ikizlerin aşağı yukarı aynı pekiştirme tarihçelerinin olduğunu ileri sürmesi beklenebilir. Oysa aynı evde büyüyen ayrı yumurta ikizlerinden yalnızca bir tanesi şizofreni geliştirirse, buna getirilebilecek öğrenmeci açıklama ise pekiştirme tarihçelerinin farklı olduğu şeklinde olacaktır. Buna benzer açıklamalar bazı bilinç dışı süreçlere ait psikanalitik çıkarsamalar kadar dayanıksız gözükmektedir.

Her ne kadar anormal davranışa, öğrenmeye dayalı açıklamaların getirilmesi, birçok yeni tedavi yönteminin gelişmesine yol açtıysa da (davranışçı tedavi kısmında göreceğiz), öğrenme ilkelerine dayalı bir tedavinin davranışın değiştirilmesinde etkili olması, o davranışın mutlaka benzer şekilde öğrenilmiş olduğunu göstermez. Örneğin, eğer depresyondaki bir kişinin duygu durumu artan hareketliliğine bağlı olarak sağlanan ödüllerle kalkındırılırsa, bu, depresyon ve apatinin, daha önce ödüllerin olmamasından kaynaklandığını gösteren bir kanıt sayılamaz (Rimland, 1964).

DAVRANIŞÇI TERAPİ

Davranışçı terapi, bilinç dışı çatışmaların açığa çıkarılmasının değil, belirli davranışların değiştirilmesi üzerinde odaklaşır. Öğrenme paradigmasına dayanan çeşitli terapi teknikleri geliştirilmiştir. **Davranış terapisi** ve **davranış değiştirme** terimleri, bu teknikler için geçerlidir; çünkü bunlar, önceleri deneysel olarak sınanmış öğrenme yasalarına dayanarak davranışçılar tarafından formüle edilmişlerdir.



Şekil 2.5 *Karşıt koşullamanın şematik çizimi. Bir uyarıcıya (U) verilen orijinal tepki (T1), aynı uyarıcıya yeni bir tepki (T2) ortaya çıkarılarak yok edilir.*

Öğrenme paradigması, davranışın öğrenmenin bir sonucu olduğunu varsaydığından, tedaviyi, yeni ve daha uygun tepkilerin yeniden öğrenilmesini kapsar. **Karşıt koşullama,** belirli bir uyarıcıya karşı yeni bir tepkinin çıkarılması ile gerçekleşen bir yeniden öğrenmedir. Belli bir uyarıcıya (U1) verilen tepki (T1), yeni bir tepkinin (T2) - aynı uyarıcının ortamda mevcut olduğu sırada - çıkarılması ile (Şekil 2.5'te görüldüğü gibi) ortadan kaldırılabilir. Örneğin, eğer bir çocuk zararsız bir hayvandan (U) korkuyorsa (T1), terapist hayvanın olduğu ortamda çocukta oyun tepkisini (T2) çıkarmaya çalışabilir. Bu karşıt koşullama ya da başkasının yerine geçen tepki (T2), T1'i bertaraf edebilir.

Karşıt koşullama ilkesi Joseph Wolpe (1958) tarafından geliştirilen ve çok yaygın olarak kullanılan **sistematik duyarsızlaştırma** adlı davranışçı terapi tekniğinin dayandığı ilkedir. Kaygı bozukluğundan yakınan bir kişi, terapisti ile işbirliği içinde çalışarak kaygıyı veya kaygı duyduğu durumları bir araya getirerek, en az kaygı doğurandan en çok kaygı doğurana doğru onları hiyerarşik bir sıraya sokar. Bu çalışma boyunca bir yandan da kişiye derin gevşeme öğretilir. Kişi gevşemeye geçtiğinde adım adım derecelendirilmiş ve sıralanmış olan kaygı doğurucu durumları hayalinde canlandırmaya çalışır. Korkan ya da fobik olan kişi, terapi seansları ilerledikçe daha çok korku veya kaygı içeren durumları artan bir toleransla karşılayabilir. Sistematik duyarsızlaştırma tekniği çeşitli korku tepkilerinin[1] giderilmesine çok yararlıdır.

Bize başvuran 35 yaşındaki postacı, 16 yıl önce kendisini epey ketleyen eleştirilme korkusundan dolayı üniversiteyi bırakmış. Sıkıntılarının erken dönemlerinde sınavlarla karşılaştığında ve sınıfta konuşmak zorunda olduğu zamanlarda bu yetersizlik hali aşırı gerginlikle kendini gösteriyormuş. Onu görmeye başladığımızda, genel anlamda ve özellikle posta dağıtımına dair değerlendirilerek eleştirilmekten duyduğu korkudan bitkin haldeydi. Bunun bir sonucu olarak günlük yaşamı her gün biraz daha ciddi boyutta kısıtlanıyordu. Zeki biri olmasına karşın ona kişisel doyum sağlamayacak bir işe razı olmuştu.

Gerçekçi olmayan korkularının azaltılmasının yararlı olacağını kabul eden danışana, birkaç seans boyunca rahat bir koltukta, gövdesinin tüm kaslarını gevşetmesi öğretildi. Daha sonra onun için kaygı doğuran sahneleri veya yaşantıları içeren bir liste oluşturuldu.

Amirine "Günaydın" diyorsun. Postanedeki posta dağıtım kutusunun önünde duruyorsun ve denetleyici sana neden bu kadar yavaş olduğunu soruyor. Daha yolun yarısındasın ve saat çoktan öğleden sonra iki olmuş. Bayan Mackenzie'nin postalarını teslim ederken o, kapıya çıkıp çok geç kalmış olmandan yakınıyor. Karın eve yanlış ekmek getirmenden dolayı seni eleştiriyor. Köprü geçiş gişesindeki memur, sen ceplerinde bozuk para ararken sabırsızlanmaya başlıyor.

Bunlar ve daha başka sahnelerin en az korku uyandırandan en çok korku uyandırana doğru derecelendirilmesiyle bir kaygı basamakları geliştirildi. Sistematik duyarsızlaştırmaya, danışanın kendisine öğretildiği gibi derin bir gevşemeye girmesinden sonra başlandı. Daha sonra olabildiğince gevşeklik halini koruyarak en kolay (en az kaygı doğuran) maddeden başlanarak yukarıya (daha çok kaygı doğuran) doğru tek tek çıkıldı. Bu süreçte danışanın hayalinde canlandırması istenen sahnelerin her biri artık hiçbir kaygı uyandırmayacak düzeye gelene dek tekrarlandı ve uygulama bu şekilde sürdürüldü. On seanstan sonra danışan, kendisinde en çok kaygı uyandıran bir sahneyi dahi artık hiç sıkılmadan karşılayabilir hale gelmişti. Bu durum yavaş yavaş gerçek yaşamına da geçerek etkisini gösterdi.

Diğer bir davranışçı teknik de **atılganlık eğitimidir.** Bu teknikte insanlara ilişkilerinde veya başkalarının yanında olumlu ve olumsuz duygu ve düşüncelerini açıkça ifade etmeleri öğretilir ve insanlar bu yönde cesaretlendirilir. **İtici uyarıcılarla koşullamada,** danışan veya hasta için çekici olan bir uyaranın, parmak uçlarına verilen şok gibi bir itici uyaranla eşlenerek diğer uyarana verdiği tepkinin sönmesi sağlanmaya çalışılır. İtici uyarıcılarla koşullama teknikleri, biraz tartışmalı da olsa, daha çok bazı zararlı alışkanlıkların ortadan kaldırılmasında (sigara içme, madde bağımlılığı ya da toplumsal tepkiyi çekebilecek kadın iç çamaşırlarına düşkünlük gibi...) nesne bağımlılığı içeren fetiş davranışların tedavisinde kullanılırlar.

Edimsel koşullamadan çeşitli davranışçı işlemler üretilmiştir. Örneğin, sınıfta uygunsuz davranan çocuklara sosyal anlamda onaylanabilir davranışlar gösterdiklerinde ödül vermek;

[1] *Atıfta bulunulmayan bunun gibi vaka raporları bizim kendi klinik dosyalarımızdan alınmıştır. Kimlik belirleyici özelliklere ait bilgiler gizlilik hakkının korunması için değiştirilmiştir.*

ödüllenmeyen - yani dikkate alınmayan – olumsuz davranışların ise bir süre sonra söndükleri görülecektir. Bazı akıl hastaneleri ciddi rahatsızlığı olan hastalarını daha düzgün davranmaya teşvik etmek için **simgesel ödül biriktirme** sistemini kurmuşlardır. Bu da bir tür edimsel koşullamaya dayalı bir tedavidir. Ödül kazanmak, bilet, para fişi gibi simgesel aracı malzemeler edinmek için birtakım kesin kurallar geliştirilir. Davranışlarına bağlı olarak kazandıkları fişlerini daha önceden belirlenen düzenli zaman aralıklarında gerçek ödüle/pekiştirece çevirirler. Örneğin, daha rahat uyuma koşullarına kavuşmak için ya da kantine gidebilmek için vb.

Model alma da terapötik müdahalelerde kullanılmaktadır. Bandura, Blanchard ve Ritter (1969), zehirsiz yılan fobisi olan hastalara, hem gerçek hem de filme alınmış yılana yaklaşan, ondan rahatsız olmayan insanların görüntülerini sunarak bu korkularının azalmasına yardımcı olmuşlardır. Bazı davranışçı terapistler de bunun benzerini **rol oynama** yöntemiyle görüşme odalarında uygulamışlardır. Hastalarına, kendi davranışlarından daha etkili olabilecek değişik davranış örüntülerini gösterirler. Hastalar kısa süre içinde bu yeni davranışları yaparak ve sonuçlarından memnun kalarak benimserler. Lazarus (1977) **davranışsal tekrar** işleminde hastaya bir durumun çeşitli ele alınış şekillerini gösterir ve daha sonra terapi seanslarında onları taklit etmesini ister. Örneğin, hocasından dönem ödevi teslim tarihini uzatmasını nasıl isteyeceğini bilemeyen bir öğrenciye, terapist kendisi modellik yaparak istekte bulunan - istenen sonuca götürücü uygunlukta davranışı yapan - öğrenciyi oynar. Sonra da hastasının (öğrencinin) bu yeni davranışı aynı rol yapma durumu yaratılarak tekrarlamasını ister.

BİLİŞSEL PARADİGMA

Biliş; algılama, tanıma, kavrama, yargılama ve muhakeme gibi zihinsel süreçleri bir arada gruplayan bir terimdir. **Bilişsel paradigma,** insanların (hatta hayvanların da) yaşantılarını nasıl yapılandırdıkları, onları nasıl anlamlandırdıkları ve şimdiki yaşantılarını nasıl bellekte saklanan geçmiş yaşantılarla ilişkilendirdikleri üzerinde odaklaşır.

BİLİŞSEL KURAMIN TEMELLERİ

İçinde bulunduğumuz her an, her dakika, karşılık veremeyeceğimiz kadar çok uyarıcı

Simgesel ödül biriktirmede hastanın davranışlarındaki değişmeler, sonradan özgül pekiştiricilerle değiştirilebilir olan plastik markalarla pekiştirilir.

bombardımanına maruz kalırız. Bu aşırı yükü nasıl süzüyor ya da imgelere dönüştürüyor, hipotezler kuruyor ve dışarıdaki bu şeyin algısına ulaşıyoruz? Bilişsel kuramcılar, öğrenmenin yeni uyarıcı-tepki bağlantılarının kurulmasından daha karmaşık bir süreç olduğuna dikkati çekerler. Hatta klasik koşullama bile bilişsel psikologlar tarafından aktif bir süreç olarak kabul edilir; çünkü organizma, olaylar arasındaki ilişkileri bu süreçte öğrenir (Rescorla, 1988). Dahası, bilişsel psikologlar, öğrenen kişiyi, bir durumun aktif yorumcusu olarak görürler. Zira öğrenen kişinin geçmişe ait bilgisi şimdiki yaşantısı üzerinde aktif etkiler yapar ve bazı şeyleri empoze eder. Dolayısıyla, geçmişten bugünkü yaşantıya yeni bir etkileşim, yeni bir yorum kapısı açılır. Öğrenen kişi yeni bilgileri daha önce örgütlenmiş olan bilgi ağı içine uygunluğu ölçüsünde yerleştirir; daha doğrusu yeni olanı eskiye uydurur. Bu örgütlü bilgiye **şema** denir (Neisser, 1976). Yeni bilgi şemaya uyabilir; uymazsa öğrenen kişi şemayı yeniden örgütleyerek yeni bilgiyi almaya uygun hale getirir. Bilişsel yaklaşım size bizim bilimsel paradigmalarla ilgili daha önce yaptığımız tartışmaları hatırlatabilir. Bilimsel paradigmalar işlevsel yönleriyle bilişsel şemalara benzerler, çünkü dış dünyaya ait yaşantılarımıza bir süzgeç görevi görürler.

Çağdaş deneysel psikoloji biliş üzerinde çok önemle durur. Aşağıdaki durum bir şemanın ya da bilişsel kurultunun, bilginin işlenmesini ve hatırlanmasını, nasıl değiştirilebileceğini göstermektedir:

Bir adam aynanın önünde durmakta ve saçını taramaktadır. Yüzünün her yanını iyi tıraş edip etmediğini kontrol etmek için dikkatle gözden geçirdi ve sonra da muhafazakâr kravatını kararlaştırdığı gibi taktı. Kahvaltı-

da gazeteyi dikkatle inceledi ve kahvesini içtikten sonra karısıyla yeni bir çamaşır makinesi alıp almayacaklarını tartıştı. Daha sonra bir kaç yere telefon etti. Evden ayrılırken çocuklarının bu yaz da yine o özel kampa gitmek isteyebilecekleri konusunu düşündü. Arabası çalışmayınca arabadan çıktı. Kapısını çarptı ve çok kızgın bir şekilde otobüs durağına yürüdü. Şimdi işe geç kalabilirdi (Bransford & Johnson, 1973, s. 415).

Yukarıdaki kitaptan aktarma parçasını şimdi tekrar okuyun, fakat "adam" sözcüğünün yerine "işsiz" sözcüğünü koyun. Şimdi üçüncü kez okuyun; "adam" yerine "borsacıyı" koyun. Pasajı ne kadar farklı anladığınızı göreceksiniz. Bu adamların gazetenin hangi kısımlarını okuduğunu kendinize sorun. Eğer bu soru bir anket veya soru listesine konsaydı, işsiz adam için "iş arama ilanları" ve borsacı için "ekonomi-para sayfaları" diye yanıtlardınız. Yukarıdaki pasaj, gazetenin hangi kısmının okunduğunu belirlemediğinden, yanıtlarınız yanlış olabilirdi. Ancak her bir durumda hata anlamlı ve yordanabilir bir hata olurdu.

Bilişsel psikologlar yakın zamana kadar araştırmalarının bulgularının psikopatolojiye nasıl etki edeceğine veya etkili terapilerin geliştirilmesine nasıl yardımcı olacağına pek dikkat etmemişlerdir. Oysa şimdilerde, anormalliğin nedenlerinin ve yeni müdahale yöntemlerinin aranmasında bilişsel açıklamalar daha çok gündeme gelmektedir. Örneğin depresyonla ilgili yaygın görüşe göre depresyona neden olan suçlu, kişinin aşırı umutsuzluk duygularından oluşan bilişsel şemasıdır. Depresyondaki birçok kişi, ne yaparlarsa yapsınlar etraftakiler üzerinde kayda değer bir etki bırakamadıklarına inanabilirler. Onlara göre kaderleri artık onların elinde değildir ve geleceklerinin kötü olacağına dair beklenti geliştirirler. Eğer depresyon, umutsuzluk duygusundan kaynaklanıyorsa, bu, bozukluğun nasıl tedavi edilebileceği hakkında da bir fikir verebilecektir.

BİLİŞSEL PARADİGMANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

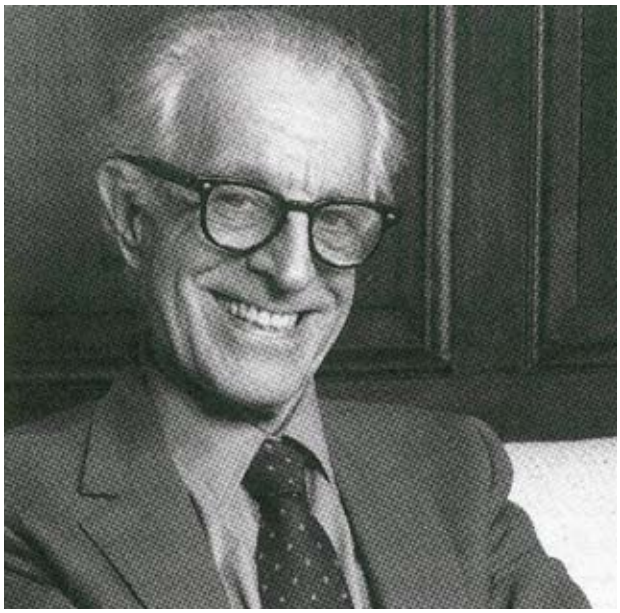
Zamanımızda psikologlar tarafından en çok benimsenen paradigma, bilişsel paradigmadır. Ancak, bazı eleştirilere de değinmek gerekir. Dayandığı kavramlar (örn, şema) az çok kaygan kavramlar ve her zaman da çok iyi tanımlanamayan kavramlardır. Bunun da ötesinde psikopatolojiye ait açıklamaları da pek doyurucu değildir. Depresyondaki kişinin olumsuz şemasının olması, bize onun karamsar düşünceler içinde olduğunu söyler. Herkes de bilir ki böyle bir düşünce örüntüsü zaten depresyon tanısının içinde vardır. Bilişsel paradigmada farklı olan, düşüncelere nedensel bir statü yüklemesidir. Yani düşüncelerin, bozukluğun başka özelliklerine - örn, üzüntü - neden olmasıdır. Yanıtlanmamış olan soru, şemaların öncelikle nerden geldiğidir. Psikopatolojinin bilişsel açıklamaları, bozukluğun şimdiki nedenleriyle ilgilenmeye daha çok odaklanarak geçmişteki olası nedenler üzerinde durmama eğilimindedir. Bunun sonucu olarak zihinsel bozuklukların etiyolojisine henüz bir açıklama getirememişlerdir.

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ

Bilişsel paradigma, davranış terapisinde büyük ilgi gördü. Genel olarak konuşursak, bilişsel yönelimli terapistler, hastalarının düşünce süreçlerini, duygu ve davranışları etkilemek için değiştirmeye çalışırlar.

Bilişsel terapi yaklaşımlarından başlıcası, en çok bilinen bilişsel terapistlerden biri olan Albert Ellis'in (1962) fikirlerinden yola çıkılarak geliştirilmiştir. Albert Ellis uyumsuz duygu ve davranışlara **mantık dışı (irrasyonel) inançların** neden olduğunu savunmuştur. Buna göre, insanlar yanlış varsayımlardan dolayı kendilerinden ve başkalarından aşırı beklentiler içine girmektedirler. Yaptığı her şeyin her zaman mükemmel olması gerektiğine inanan bir insan, bir hata yaptığında kendisini berbat hisseder, "ben herkes tarafından sevilmeli ve onaylanmalıyım." diye düşünen bir kadın, herkesi memnun etmek adına sarf ettiği gayretten bitkin düşer. **Akılcı Duygusal Terapinin** kurucusu olan Albert Ellis ve taraftarları, hastalarına, bu tür varsayımlarını sorgulamaları yönünde yardım ederek, onlardan vazgeçmeleri ve yerlerine, "hiç bir zaman hata yapmamak harika bir şey olsa da, bu benim *as/a hata yapmayacağım* anlamına gelmez" gibi düşünceleri geçirmelerini öğretirler.

Diğer bir başı çeken bilişsel terapist, 10. ve 18. Bölümlerde depresyonla ilgili kuramı ve araştırmalarını ayrıntısıyla inceleyeceğimiz Aaron T. Beck'tir (1967, 1976). Beck'in bilişsel odağının, kişinin yaşantıyı nasıl çarpıttığı üzerinde olduğunu söylemek şimdilik yeterli olur. Birçok depresyonlu kişi, karmaşık bir olayın içinden, yaşama dair kendi karamsar bakışını sürdürmesini sağlayacak özellikleri seçerek çıkarır. Örneğin, bir gün boyunca yaşanan tüm olumlu



Bilişsel davranışçı terapist ve akılcı duygusal terapinin kurucusu olan Albert Ellis, mantıksız inançların anormal davranışın üzerindeki rolüne odaklanmıştır.

Aaron Beck, depresyonun bilişsel kuramını ve depresyonlu kişilerin bilişsel yanlılıklarına yönelik bilişsel terapi yöntemi geliştirilmiştir.

şeyleri görmezlikten gelip olumsuzlar üzerinde dikkatin toplanması. Beck'in terapisi, hastaları, kendileri hakkındaki kanaatlerini ve yaşam olaylarını yorumlama biçimlerini değiştirmeleri için ikna etmeye çalışır. Örneğin, depresyondaki kişi terapi görüşmesinde kendisi için hiçbir şeyin, hiçbir şekilde doğru gitmediğine ait duygularını ifade ettiğinde, terapist hastaya, olaylara bakarken nasıl lehine olan yönleri atladığını gösteren karşıt örnekler sunar.

ÖĞRENME PARADİGMALARI VE BİLİŞSEL PARADİGMALAR

Bilişsel bakış açısı, temelde öğrenme paradigmasından ayrı ve farklı mıdır? Söylediklerimizin çoğu öyle olduğunu gösteriyor. Fakat büyümekte olan bilişsel terapi alanı bizi biraz duraksatıyor; zira alanda çalışanlar bir yandan inançlar, beklentiler, algılar ve tutumlar arasındaki karmaşık etkileşimi; diğer yandan açık davranışı çalışmaktadır. Örneğin, davranışı bilişsel yönden değiştirme görüşünün önde gelen ismi Albert Bandura (1977), değişik terapilerin insanların, **kendine yeterlik** (istenen, arzulanan amaç ve hedeflere ulaşabileceğine dair inanç) duygularını arttırmak yoluyla gelişme ve iyileşme kaydettiklerini ileri sürer. Fakat aynı zamanda, kendine-yeterlik duygusunu geliştirmenin en güçlü yolunun, davranışı, davranışçı tekniklerle değiştirmek olduğunu tartışır. Buna karşın, Ellis gibi terapistler, tartışma, ikna etme, Sokrat diyalogu gibi yollarla duygu, heyecanlar ve davranışta iyileşmenin sağlanması için doğrudan bilişlerin değiştirilmesi üzerinde dururlar.

İşleri daha da karmaşık hale getiren, Ellis ve arkadaşlarının ev ödevleri verme yöntemini önemsemeleridir. Ev ödevleri, hastaların, olumsuz düşünce alışkanlıklarından dolayı yapamadıkları bir takım davranışları artık yapmaya başlamalarını gerekli kılar. Hatta Ellis, terapisinin adını yeni baştan "akılcı duygusal davranışçı terapi" olarak düzelterek bununla, açık davranışların önemini özellikle vurgulamak istemiştir. Bilişsel davranışçı terapiyle özdeşleşen terapistler, hem bilişsel hem de davranışçı düzeyde çalışırlar. Bilişsel kavramları kullanan ve sözel yollardan inançları değiştirmeye çalışanların büyük çoğunluğu, aynı zamanda, davranışı doğrudan değiştirmek için davranışçı işlemleri de kullanırlar.

Bu husus, Beck ve Ellis gibi psikologlara yapılan atıflarda kullanılan terminolojiye de aksedeer. Onlar, *bilişsel mi* yoksa bilişsel *davranışçı* terapist midirler? Çoğunlukla bilişsel davranışçı terimini kullanacağız çünkü bu terim hem terapistin duygu ve davranışların temelinde bilişsel nedenlerin olduğuna dair düşüncelerine; hem de davranışçı terapiyi karakterize eden açık davranışlara odaklaşıldığına işaret eder. Bununla beraber, terapi kapsamına bir çok davranışçı görev veya işlem almasına karşın, Beck'in bilişsel terapinin kurucusu olduğunun ve Ellis'in akılcı duygusal terapisinin de davranışçı terapiden ayrı bir şey olduğunun okuyucu tarafından bilinmesi önemlidir.

BİR PARADİGMA EDİNMENİN SONUÇLARI

Belli bir paradigmayı benimseyen anormal davranış öğrencisi kaçınılmaz bir şekilde ne tür bilgi toplanacağı ve bunların nasıl yorumlanacağı hakkında önceden karar vermiş olur. Böylece başka olasılıkları göz ardı edebilir ve alanda gelişmelere yönelik çok daha doğru olabilecek açıklamaları atlayabilir. Bir davranışçı, sosyal ödül kıtlığı nedeniyle şizofreninin en yaygın olarak alt düzeydeki topluluklarda görülebileceğini düşünmeye adaydır. Bu düşüncenin altındaki sayıltı, normal gelişim için belli bir örüntü ve miktarda pekiştirmenin gerekli olmasıdır. Biyolojik yönelimli kuramcı bu davranışçıya, hemen, yoksunluk içinde yaşayıp gelişen birçok insanın şizofren olmadığını hatırlatacaktır. Davranışçı, hiç kuşkusuz, şizofren olmayanların bambaşka bir pekiştirme tarihçelerinin olduğu görüşüyle karşılık verecektir. Biyolojik yönelimli kuramcı ise, olayları gözledikten sonra her zaman bir şey ileri sürülebileceğini söyleyerek bunu yanıtlayacaktır.

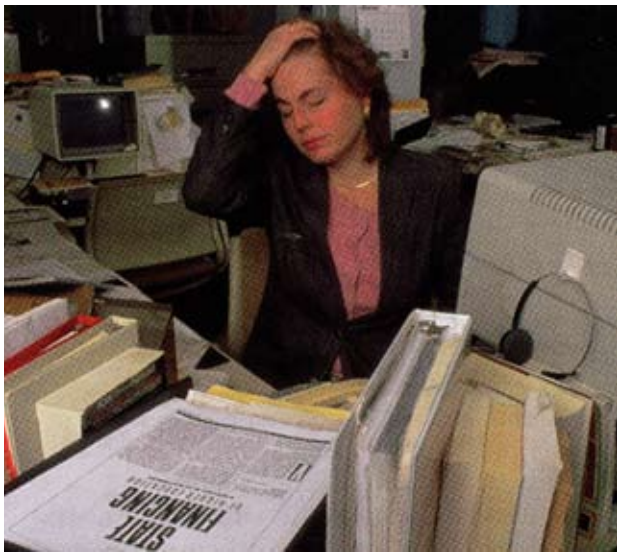
Biyolojik yönelimli kuramcımız, hem şizofreniye hem de zihinsel becerilerdeki eksikliğe ön hazırlık oluşturan belirli bazı biyokimyasal etkenlerin, sosyal sınıf ve şizofreni arasındaki korelasyonun sorumlusu olduklarını ileri sürebilir. Davranışçı, biyolojik terapiste bu gibi etkenlerin henüz adları konacak şekilde bulunmadığını hatırlatmakla kesinlikle haklılığını kanıtlayacaktır. Buna da biyolojik terapist çok doğru olarak, "evet, fakat onların olduğuna iddiaya giriyorum ve eğer ben *senin* davranışçı paradigmanı benimsersem, onları arayamam" diyecektir. Buna öğrenme kuramcısının vereceği kendini haklı çıkaran yanıt, "evet, fakat *senin* biyokimyasal etkenleri içeren varsayımın, şizofreninin olması ya da olmamasından her koşulda sorumlu olma olasılığı yüksek olan pekiştirme etkenlerini aramanı ve onları açık etmeni engelleyecektir" olacaktır.

Bu iki meslektaşımızın bir anlamda doğru diğer bir anlamda da yanlış olmaları heyecan vericidir. Her ikisinin de bilgi üretimi için paradigmalar üzerinde çalışılması gerektiğini vurgulaması doğrudur. Ancak, her bir sosyal bilimcinin ruhsal bozuklukların gelişiminde mutlaka tek ve aynı etkenin önemli rolünün olduğu varsayımına itibar etmemesinden dolayı üzülmemelidir. Anormal davranış, mevcut paradigmaların hiç biri tarafından yeterince açıklanamayacak ve tedavi edilemeyecek kadar geniş bir çeşitliliğe sahiptir. Psikologların en iyi paradigmanın hangisi olduğu üzerinde bir anlaşmaya *varmamış olmaları* belki de hayırlı olmuştur. Paradigmalardan herhangi birinin ayırıcı üstünlüğünün olduğuna çabuk ve kesin karar veremeyecek kadar az şey biliyoruz ve bu alanda daha fazla çalışma yapılması gerekiyor. Eldeki bilgiye en akla yakın bakış açısının çoklu-nedensellik varsayımı olduğunu da sık sık göreceğiz. Belli bir bozukluk pekâlâ biyolojik bir eksiklik ve çevresel etkenlerin etkileşimi dolayısıyla gelişebilir. Bundan sonra ele alacağımız görüş bu olacak.

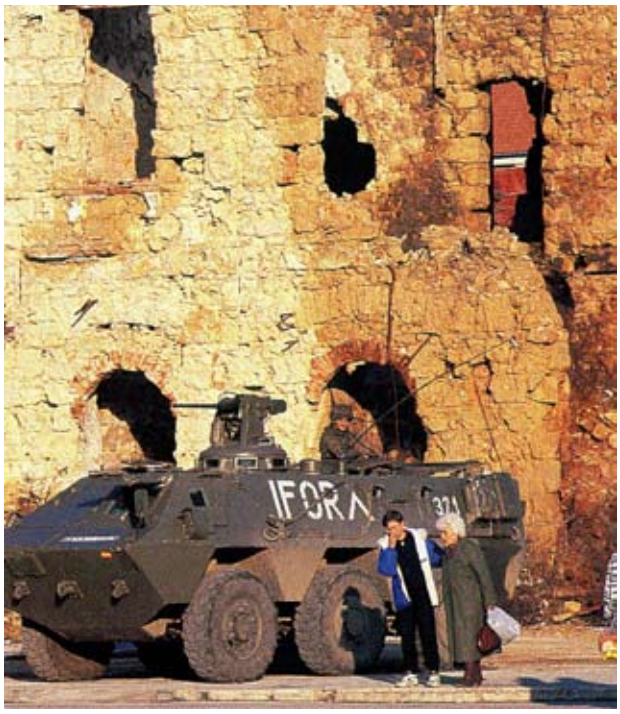
YATKINLIK-STRES: BÜTÜNLEŞTİRİCİ PARADİGMA

Daha önce tartıştıklarımızdan, daha genel paradigma **yatkınlık-stres paradigmasıdır.** Biyolojik, psikolojik ve çevresel etkenleri birbirine bağlar ve öğrenme, bilişsel ya da psikodinamik gibi belirli bir düşünce akımı ile sınırlı değildir. Bu paradigma, hastalığa yatkınlık, kalıtsal yatkınlık, ve çevresel ya da yaşamsal rahatsızlıklar - stres- arasındaki etkileşim üzerinde odaklaşır. Yatkınlık en açık tanımıyla hastalığa ait yapısal bir ön hazırlığın olmasıdır. Ancak bu terim, kişinin bir bozukluk geliştirme olasılığını arttıran herhangi bir veya bir takım özelliklerini kapsayacak şekilde genişletebilir. Örneğin, biyoloji alanında daha sonraki bölümlerde ele alınan bir dizi sorunun temelinde genetik aktarıma bağlı biyolojik yatkınlık olduğu ortaya çıkmaktadır. Yani, belli bir bozukluğa sahip yakın bir akrabanın olması ve bu nedenle bir dereceye kadar onun genetik özelliklerini paylaşmak, kişinin o bozukluğu geliştirme riskini arttırır. Bu genetik yatkınlığın hali hazırda doğası tam bir netlikle bilinmiyorsa da (örn, bir kişiyi diğerine kıyasla şizofreni geliştirmeye daha eğilimli kılan ne gibi bir şeyin kalıtımla geçtiğini tam olarak bilmiyoruz), biyolojik yatkınlığın birçok psikopatolojinin önemli bir bileşeni olduğu açıktır.

Tekrar psikolojide yatkınlığa dönersek, bilişsel kurulumdan daha önce söz etmiştik. Depresyonu olan kişide bazen gözlenen kronik umutsuzluk duygusunun, depresyona yatkınlığın kaynağı olduğu düşünülebilir. Ya da, psikodinamik açıdan bakılırsa, belki de psikoseksüel gelişim dönemlerinin birinden geçerken yaşanan engellemelere bağlı başkalarına aşırı bağımlılık



Strese yatkınlık paradigmasında bir stresör — stres etkeni — hastalığa yatkınlığı harekete geçirir. Bu gibi stresörler, çok fazla çalışma gerekliliği veya zorunluluğu gibi çok önemli olmayan, küçük çaplı olanlardan; savaş sırasında bir kentte yaşamak gibi felaket boyutlarına kadar uzanabilir.



duygusu da depresyonun kaynağı olabilir. Diğer psikolojik yatkınlıklar arasında çoklu-kişilik bozukluğuna yatkınlık oluşturabilecek kolayca hipnotize edilebilme ve yeme bozukluklarına yatkınlığı oluşturabilecek aşırı şişmanlama korkusu sayılabilir.

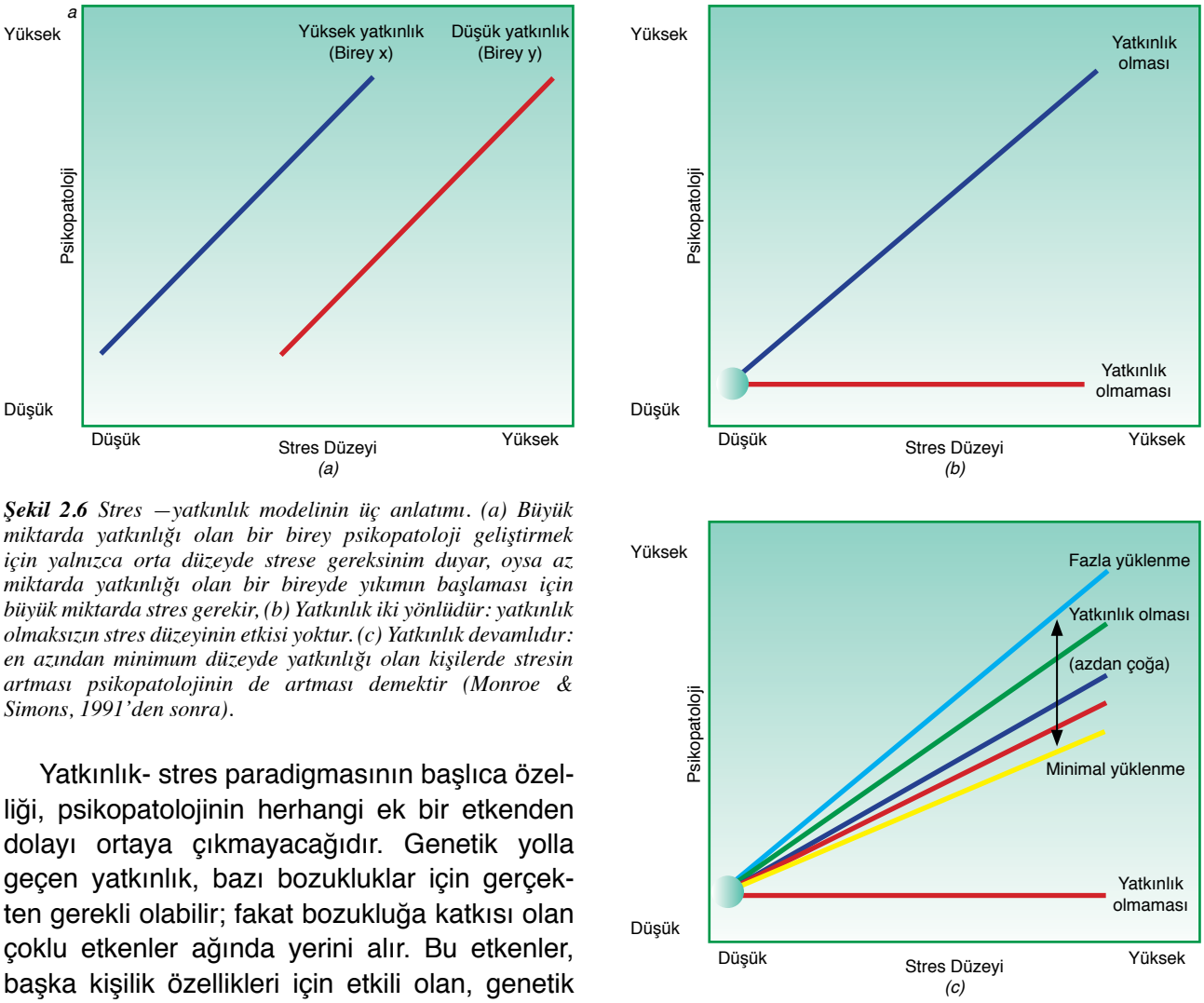
Bu psikolojik yatkınlıklar, çeşitli nedenlerle ortaya çıkabilirler. Bazıları; örneğin hipnotize edilebilirlik, kısmen genetik temelli kişilik özellikleridir. Diğerleri, örneğin umutsuzluk duygusu, aşırı ve acımasızca eleştiren ebeveynle geçirilen yaşantılardan kaynaklanabilir. Sosyokültürel etkiler de önemli rol oynar. Örneğin güzelliği tanımlayan sosyal standartlar, şişmanlıktan aşırı korkmaya ve de yeme bozukluklarının gelişmesine yol açabilir. Strese yatkınlık paradigması bütünleştiricidir; çünkü yatkınlığın nedenlerine ilişkin hemen tüm ve değişik kaynakları ve bilgileri bir arada ele alır. İlerleyen bölümlerde buraya kadar tartışmış olduğumuz belli başlı paradigmalardan alınan kavramların değişik bozukluklara farklı biçimlerde uygulanabilirliklerinin olduğunu göreceğiz. Örneğin genetik kaynaklı biyolojik-yatkınlık, şizofrenide başlıca rolü oynamaktadır. Bunun aksine, bilişsel yatkınlık kaygı bozukluklarında ve depresyonda etkilidir. Psikanalitik kavramlar da histeri kuramında öne çıkarlar. Strese yatkınlık paradigması, birçok kaynaktan kavramsal olarak yararlanmamıza ve ele alınan bozukluk üzerinde az veya çok onları kullanabilmemize olanak vermektedir.

Bir bozukluk için yatkınlığı baskılama, kişinin o bozukluğu geliştirme olasılığını arttırsa da, bozukluğun mutlaka geliştirileceğine garanti değildir. Strese yatkınlığın stres kısmı, yatkınlığın yaşanan bir bozukluğa nasıl yol açtığını gösterir. Bu bağlamda genel olarak stres ya biyolojik ya da psikolojik olabilecek bazı hoş olmayan veya zararlı uyarıcılardır[2]. Biyolojik stresörlere örnekler; doğum sırasında oksijen yoksunluğu ve çocuklukta kötü beslenmeyi kapsar, her ikisi de beynin işlevsel yapısının bozulmasına yol açabilir. Psikolojik stresörler hem büyük travmatik olayları (örn., cinsel ya da fiziksel taciz, eşin ölümü) ve hepimizin başına gelebilecek daha yaşamın anlamına dair yaşantıları, olguları (örn., hedeflerimize ulaşamama) kapsar. Bu çevresel olguları kapsayarak strese yatkınlık modeli, tartışmış olduğumuz belli başlı paradigmaların ötesine geçmektedir.

Strese yatkınlık modelinin anahtar özelliği, hem yatkınlığın hem de stresin psikopatolojinin gelişmesinde gerekli olduklarıdır (bkz. Şekil 2.6). Örneğin bazı insanlar, onları şizofreni risk grubuna sokan biyolojik yatkınlığı kalıtsal aktarımla almışlardır (bkz Bölüm 11), bu insanların belli miktarda bir stresle karşılaştıklarında, şizofreni hastası olma olasılıkları yüksektir. Genetik olarak düşük risk grubunda olan başkalarının ise yaşamları ne kadar zorlu olursa olsun, şizofreni geliştirme olasılıkları düşük olacaktır.

---

[2] *Aslında stres, bir bireyin bir stres etkenine (stresör), yani strese neden olan çevresel olaya reaksiyonuna işaret eder. Bu nedenle bu paradigma yatkınlık-stres etkeni olarak adlandırılmalıdır ama biz önceki terimi yeğliyoruz, çünkü psikopatologlar arasında yaygın kabul görmüştür. Bu ayrım Bölüm 8' de daha ayrıntılı tartışılacaktır.*



Şekil 2.6 *Stres —yatkınlık modelinin üç anlatımı. (a) Büyük miktarda yatkınlığı olan bir birey psikopatoloji geliştirmek için yalnızca orta düzeyde strese gereksinim duyar, oysa az miktarda yatkınlığı olan bir bireyde yıkımın başlaması için büyük miktarda stres gerekir, (b) Yatkınlık iki yönlüdür: yatkınlık olmaksızın stres düzeyinin etkisi yoktur. (c) Yatkınlık devamlıdır: en azından minimum düzeyde yatkınlığı olan kişilerde stresin artması psikopatolojinin de artması demektir (Monroe & Simons, 1991'den sonra).*

Yatkınlık- stres paradigmasının başlıca özelliği, psikopatolojinin herhangi ek bir etkenden dolayı ortaya çıkmayacağıdır. Genetik yolla geçen yatkınlık, bazı bozukluklar için gerçekten gerekli olabilir; fakat bozukluğa katkısı olan çoklu etkenler ağında yerini alır. Bu etkenler, başka kişilik özellikleri için etkili olan, genetik aktarıma dayalı yatkınlıkları kapsayabilirler. Kişiliği biçimlendiren, davranışsal yeterliliklerin ve başa çıkma stratejilerinin gelişmesine etki eden çocukluk yaşantıları; yetişkinlikte karşılaşılan stresörler, kültürel etkiler ve sayısız başka etkenler.

En son olarak değişik paradigmaların temsilcisi araştırmacıların elde ettikleri verilerin bu çerçevede birbiriyle uzlaşmaz olmadıklarını belirtmeliyiz. Bir alana, örneğin nörokimyaya odaklaşan araştırmacı için, başka bir alanda, örneğin psikososyal etkenlerin rolü üzerinde toplanan verilere duyarlı olmak, artan sıklıkta gözlenen bir tavırdır. Bu örnekte, biyokimyasal bir dengesizliğe ön yatkınlığı veya hazırlığı harekete geçirecek strese gereksinim olduğu fark edilmektedir. Paradigmalar arasındaki bazı farklılıklar da maddesel olmaktan çok sözeldir. Bir bilişsel kuramcı, uyumsuz bilişlerin depresyona neden olduğunu ileri sürerken, biyoloji kuramcısı zeminde belirli nöral yolların aktivitesinden söz edebilir. Bu iki pozisyon birbirine ters düşmemektedir; ancak, tıpkı bizim bir masayı tahta parçalarından oluşan bir tasarım olarak ya da atomların bir araya gelmesi şeklinde tarif etmemiz gibi, iki ayrı düzeyde betimlemeyi aksettirir.

KLİNİK BİR SORUNA DEĞİŞİK BAKIŞ AÇILARIYLA YAKLAŞMAK

Şimdi, bu kitabın başlangıcında yer alan posta memuru vakasını tekrar hatırlamak yararlı olacaktır. Elde edilen bilgiler, benimsenen paradigmaya bağlı olarak bazı yorumlara açıktır. Eğer biyolojik bakış açısından yanaysanız, adamın değişen manik ve depresif durumlarına ve babasının mustarip olduğu döngüsel değişken duygu durumuna dikkat edersiniz. Duygu durum bozukluklarında genetik etken varlığını öne süren araştırmaların (Bölüm 10'da gözden geçirilecek olan) belki farkındasınızdır. Adamın sorunları üzerinde çevresel katkıların rolünü yok sayamazsınız; fakat hipotezinizi kalıtımsal, bir

olasılık biyokimyasal aksaklığın, onu, stres altında kırılma noktasına getirdiği üzerinde kurarsınız. Yine de zor bir çocukluk ve ergenlik geçiren herkes Ernest H.'nin sorunları gibi sorunları geliştirmemektedir. Tedavi için manik-depresyonda gözlenen duygu durum dalgalanmalarının büyüklüğünü azaltmada genellikle yardımcı ilaç olarak lityum karbonatı önerebilirsiniz.

Şimdi, sizin, insan davranışını pekiştirme örüntüleriyle birlikte bilişsel değişkenler yoluyla çözümlemeye teşvik eden bilişsel davranışçı görüşe bağlı olduğunuzu farz edelim. Arkadaşlarıyla kıyaslandığında Ernest'ın pek elverişli koşullara sahip olmadan büyümüş olmasına bağlanabilecek üniversitedeki utangaçlığına odaklaşabilirsiniz. Ekonomik güvencesizlik ve zor yaşam koşulları onu eleştirilmeye ve reddedilmeye karşı aşırı duyarlı yapmış olabilir. Dahası, kendini sosyal becerileri eksik olarak algılarken eşini sıcak ve çekici bulur. Bu gibi gerginliklerden kaçmak için alkole sarılır. Ancak bir insan olarak kendi değerine ait ısrarlı kuşkularına eklenen aşırı içme, zaten gerilemeye yüz tutmuş olan evlilik ilişkisinde cinsel yönden aksamalara neden olmuş ve güveninin daha da azalmasına yol açmıştır. Bir davranışçı terapist olarak bu durumda sistematik duyarsızlaştırmayı kullanabilirsiniz. Ernest'a derin gevşeme ve başkaları tarafından değerlendirildiği durumları içeren bir hiyerarşiyi hayalinde yaşaması öğretilir. Ya da akılcı duygusal terapide karar kılabilir ve Ernest'ı her girişiminde evrensel onay almasının gerekli olmadığına ikna etmeye çalışırsınız. Ya da Ernest'ın sosyal becerilerdeki eksikliğine bakarak, çok az deneyim geçirdiği sosyal durumlarda etkili olabilmeyi öğretmek için davranış tekrarı tekniğini seçebilirsiniz. Bu stratejilerden birden fazlasını izleyebilirsiniz.

Psikanalitik bakış açısı Ernest H.'ye başka bir açıklama getirir. İlk çocukluktaki olayların, sonraki uyum örüntülerini etkilemeleri bakımından çok önemli olduklarına inanarak, Ernest'ın annesi için hala üzüldüğünü ve babasını onun erken ölümünden sorumlu tuttuğuna dair hipotezinizi kurarsınız. Babaya olan güçlü kızgınlık, öfke bastırılmıştır. Fakat Ernest, onu, onunla özdeşim kuracak kadar yeterli ve kayda değer bir yetişkin olarak görememiştir. Tedavi olarak Ernest'ın baskıladıklarını kaldırabilmesi ve açıkça ve bilinçli olarak bu vakte kadar gömdüğü öfkesini ele alabilmesi için rüya analizi ve serbest çağrışım tekniklerini seçebilirsiniz.

PSİKOTERAPİDE EKLEKTİK YAKLAŞIM: UYGULAMA KUSURSUZ DEĞİL

Paradigmalar ve terapistlerin faaliyetleri hakkında son olarak bir şeyler söylemenin gereği vardır. Bizim tedavi yaklaşımlarını sunuşumuzdan onların birbirlerinden ayrı, örtüşmeyen terapi öğretileri oldukları görünüşü çıkabilir. Bir davranışçı terapistin, rüyasını anlatan hastasını hiçbir zaman dinlemeyeceği ya da bir psikanalistin asla hastaya atılganlık eğitimini önermeyeceği izlenimine kapılabilirsiniz. Bu varsayımlar gerçeği yansıtmazlar. Terapistlerin çoğu **eklektisizmi** onaylarlar ve çeşitli terapi yaklaşımlarına ait görüş ve teknikleri kullanırlar (Garfield & Kurtz, 1974).

Terapistler sık sık benimsedikleri kuramlarla tümüyle tutarlı davranmazlar. Yıllarca danışanlarını sabır ve empati ile dinleyerek, onların olaylara bakış açılarını anlamaya çalışmışlardır. Bunun altında yatan sayıltı, bu anlamanın, rahatsızlık veren davranışın değiştirilmesi için daha iyi bir programın planlanmasına yardımcı olacağıdır. Davranışçı kuramlar böyle bir işlemi önermiyor, ancak klinik deneyim ve belki de kendi insani duygularına dayanarak davranışçı terapistler, empatik dinlemenin iyi ilişki kurmalarına, danışanı gerçekten neyin rahatsız ettiğinin saptanmasına ve uygun bir terapi programının yapılmasına yardımcı olduğunu fark etmişlerdir. Bu doğrultuda Freud'un kendisinin de daha doğrudan yönlendirici olduğu ve şimdiki davranışı değiştirmeye çalıştığı - yazılarından buna ait belirtiler pek çıkarılamasa da - söylenir.

Freud'un en eski vakalarından Elizabeth von R. vakasında, yazılarında salık verdiği pasif ve uzak analist rolüne kendini sınırlamamış olduğu bilinir. Her ne kadar bu hastada ulaştığı başarıya - ölen kız kardeşinin kocasıyla evlenme arzusu başta olmak üzere - onu bastırılmış istek ve arzuları hakkında bilinçlendirerek ulaştığını açıklıyorsa da, bunu çok aktif bir role girerek yaptığı bir gerçektir. Şöyle ki, hastasını, kız kardeşinin mezarını ziyaret etmesi ve çekici bulduğu bir erkeği görmesi için teşvik etmekle kalmamış; onun rızasıyla bir de ailesi ile etkileşime girerek onları kızlarıyla daha açık iletişim kurmaları yönünde cesaretlendirmiştir; hatta sorunlarının çözümlenmesinde yardımcı olmuştur. Terapi bittikten sonra hastasının gittiği bir dansa gidip onu izleyebilmek için kendisine davetiye

sağlamıştır. Bunu, hastası kendisine gelip yürümekte güçlük çektiğini söylediği ve "hareketli bir dansı yaparken" bu yakınmasının geçtiğini görmek ve göstermek için yapmıştır. Psikanalitik uygulamadan ayrılan bu ekstra katılım da aslında Freud'un ofisindeki divanda uzanarak sürdürülen terapötik müdahalenin bir parçasıdır (Yalom'dan, 1980).

Bugün psikanalistler özellikle açık davranışlara ve semptomlardan kurtulmaya, analitik kuramın erken yıllara ait yapı ve uygulamasında önerilmeyen şekilde daha çok önem vermektedirler. Paul Wachtel gibi bazı çağdaş yazarlar, analistlerin, davranışçı terapinin davranış psikopatolojisini azaltmak için bir şeyler sunabildiğini açıkça belirterek, davranış terapi tekniklerini kullanmalarını önermiştir.

Tedavi karmaşık ve insanla ilgili bir süreçtir ve bunlar ağırlığı olan konulardır. Bu kitabın son bölümü, bu konulara hak ettikleri ve gereksindikleri önemi vermektedir. Bununla birlikte okuyucu, psikoterapinin gerçeklerini ve zorluklarını iyi değerlendirebilmek için daha başlangıçta bu karmaşıklığın bilincinde olmalıdır.

ÖZET

Günümüzde psikopatoloji ve terapi çalışmalarında birkaç önemli bakış açısı veya paradigma geçerlidir. *Biyolojik paradigma* psikopatolojinin organik bir eksiklik veya bozukluktan kaynaklandığını varsayar. Bu bakış açısı ile ilgili daha önce yapılan tartışmalar, giderek tıbbi veya hastalık modelinin lehinde ve aleyhinde tartışmalara dönüşmüştür. Psikopatolojinin biyolojik işlev bozukluklarına ve eksikliklerine atfedebileceği şeklinde temel ve tek bir anlamı içerdiğinden, tıbbi model terimi yerine, *biyolojik paradigma* terimini tercih ediyoruz. Psikopatoloji bağlantısında genetik ve nörokimya olmak üzere iki biyolojik etkeni betimledik. Biyolojik terapiler, psikolojik bozuklukların altında yatan belirli organik bozuklukları düzeltmeye ya da semptomları hafifletmeye çalışır.

Diğer bir paradigma, Sigmund Freud'un çalışmalarından hız almıştır. **Psikanalitik** ya da **psikodinamik** bakış açısı, dikkatimizi bastırmalar ile kökü, birtakım psikodinamikleri harekete geçiren erken çocukluk çatışmalarına kadar uzanan diğer bilinç dışı süreçlere yöneltir. Oysa bu geleneğin bir parçası olan günümüz ego analistleri, bilinçli ego işlevleri üzerinde daha önemle dururlar. Psikanalitik paradigma genellikle anormalliğin nedenini bulmak için hastanın bilinç dışını ve yaşamının erken dönemlerini araştırmıştır. Psikanalitik kurama dayalı terapötik müdahaleler genelde bastırmaları kaldırmak yoluyla hastanın, ilk bebeklik dönemlerine ait korkularının asılsız doğasını incelemesini sağlamaya çalışır.

Davranışçı ya da *öğrenme paradigmaları*, yanlış veya sapkın davranışların klasik koşullama, edimsel koşullama veya model alma yoluyla geliştiklerini ileri sürer. Anormal davranışın öğrenilmiş olabileceğine inanan araştırmacılar, davranışı etkileyen durumların tümünü ve aynı zamanda kavramları dikkatle inceleme konusunda aynı isteği paylaşırlar. Davranışçı terapistler açık davranışın, düşünce ve duyguların doğrudan değiştirilmesi için öğrenme ilkelerini uygulamaya çalışırlar. Anormal davranışın geçmişten kaynaklanan nedenlerine daha az önem verirken; daha çok ödül ve ceza gibi sorunlu davranış örüntülerini teşvik edebilecek nelerin davranışın sürmesini sağladığını önemserler.

En son olarak, *bilişsel kuramcılar* belirli bazı şemaların ve akılcı olmayan yorumlamaların, anormallikte önemli etkenler olduklarını iddia ederler. Hem uygulamada hem de kuramda bilişsel paradigma davranışçılıkla harmanlanmış ve bilişsel davranışçı yaklaşım olarak adlandırılmıştır.

Her bir paradigma, zihinsel bozuklukları anlamamız için bir şeyler sunduğundan son zamanlarda daha bütünleştirici paradigmalar gelişmiştir. Çeşitli bakış açılarını bütünleştiren *yatkınlık - stres paradigması*, insanların çevresel stres kaynaklarına aykırı tepkiler göstermeye eğilimli olduklarını varsayar. Yatkınlık, şizofrenide olduğunun düşünülmesi gibi biyolojik ya da psikolojik olabilir (örn., depresyona katkısının olduğu tahmin edilen kronik umutsuzluk duygusu gibi). Yatkınlık, ilk çocukluk yaşantıları, genetik nedenli kişilik özellikleri ya da sosyokültürel etkenlere dayanabilir.

Paradigmaların en önemli doğurgusu araştırmacıların aradıkları yanıtlar için nereye ve nasıl bakacaklarını belirlemeleridir. Araştırmacılar verileri kendi bakış açılarına göre farklı yorumlayacaklarından, paradigmalar zorunlu olarak dünya algısını sınırlar. Kanımızca psikopatolojiyi çalışanların tümünün aynı paradigmada boy göstermemeleri bir şanstır; çünkü psikopatoloji ve tedavisi hakkında

hiçbirine tam olarak güvenemeyecek kadar az şey biliyoruz. Gerçekten de, günümüzdeki bütünleştirici paradigmalara duyulan ilgiyle tutarlı olarak, klinisyenlerin çoğunun müdahaleye yaklaşımlarında eklektik olduklarını, paradigmaların dışında ama insandaki psikolojik sorunların çözümlenmesinde yararlı olan teknikleri kullandıklarını görüyoruz.

ANAHTAR SÖZCÜKLER

etiyoloji (neden bilim)
biyolojik paradigma
tıbbi (hastalık) model
Genler
davranış genetiği
genotip
(bireye kalıtımla geçen genetik özellik)
fenotip
(dışsal gözlenen özellikler)
aile yöntemi
İndeks vakalar (probands)
ikiz yöntemi
tek yumurta ikizleri
ayrı yumurta ikizleri
uygunluk-uyuşma (konkordans)
nöron
sinir akımı
sinaps
nörotransmitter
gerialım
psikanalitik (psikodinamik) paradigma
id (alt benlik)
libido
haz ilkesi
birincil süreç
gerçeklik ilkesi
süperego (üst benlik)
bilinçdışı
psikoseksüel dönemler
oral dönem
anal dönem
fallik dönem
gizli dönem
saplanma
Odipal kompleks
Elektra kompleks
nesnel (gerçekçi) kaygı
nörotik kaygı
savunma mekanizması
bastırma (represyon)
yansıtma (projeksiyon)
yer değiştirme
karşıt tepki kurma
gerileme (regresyon)
mantığa bürünme
yüceltme (süblimasyon)
analitik psikoloji
kolektif (ortak) bilinçdışı
bireysel psikoloji
gelişimin psikososyal dönemleri
kimlik krizi
serbest çağrışım
rüya analizi
aktarım (transferans)
savunmaların analizi
ego analistleri
öğrenme paradigması
içe bakış
davranışçılık
klasik koşullama
koşullu uyarıcı
koşulsuz uyarıcı
koşullu tepki
koşulsuz tepki
sönme
etki yasası
edimsel (operant) koşullama
ayırdedici uyarıcı
olumlu pekiştirme
olumsuz pekiştirme
biçimlendirme
kademeli yaklaşma
model alma
öğrenmede araya girici kuram
aracı (mediator)
kaçınma koşullanması
davranış terapisi
davranışı değiştirme
karşıt koşullama
simgesel ödül biriktirme
rol oynama
sistematik duyarsızlaştırma
atılganlık eğitimi
itici uyarıcılarla koşullama
davranış tekrarı
biliş
bilişsel paradigma
şema
mantıksız inanç
akılcı duygusal terapi
kendine yeterlik
yatkınlık - stres
eklektisizm

David Hockney, "David, Celia, Stephen, and Ian, London, 1982"

3

SINIFLANDIRMA VE TANI

Çeviri: Prof. Dr. Levent Küey

YİRMİNCİ YÜZYILDA TANI

MERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİNİN TANI SİSTEMİ (DSM-IV)

Sınıflandırmanın Beş Boyutu

Tanı Kategorileri

ANORMAL DAVRANIŞIN SINIFLANDIRILMASINDA SORUNLAR

Tanıya İlişkin Genel Eleştiriler

Sınıflandırma ve Tanının Değeri

Tanıya İlişkin Özgül Eleştiriler

Güvenilirlik: Bir Tanı Sisteminin Köşetaşı

Tanı Kategorileri Ne Kadar Geçerlidir?

DSM ve Tanıya İlişkin Eleştiriler

ÖZET

Tanı anormal psikolojisi alanının kritik bir konusudur. Bu alandaki profesyoneller için, ne tür olguları inceledikleri ya da tedavi ettikleri konusunda, birbirleriyle iletişimde bulunabilmeleri açısından temel önem taşır. Ayrıca, bir bozukluğun nedenlerinin ya da en iyi tedavisinin bulunması için, bu bozukluk doğru bir biçimde sınıflandırılmalıdır. Ancak, tanı konusu hak ettiği ilgiyi son yıllarda çekmiştir. Anormal psikolojisine yeni başlayan öğrenciler için tanı konusu keskin ayrımlara dayandığı için bunaltıcı görünebilir. Örneğin, sosyal durumlarda duyulan kaygı (anxiety) (başkalarının yanında iken aşırı gergin olma) hem şizotipal kişilik hem de çekingen kişilik bozukluğunun semptomları arasındadır. Ancak, şizotipal kişilik bozukluğunda bu kaygı kişinin diğer insanlarla tanışıklığı arttıkça azalmazken, çekingen kişilik bozukluğunda yüzleşme sosyal kaygıyı azaltabilmektedir. Bu ince ayrım pekâlâ, kılı kırk yarmak olarak algılanabilir. Ancak, bu bölümde ayrıntısıyla tartışacağımız gibi, karar verdirici etken, bu ayrımların iki tanı arasında ayırıcı tanıyı sağlayıp sağlamadığıdır.

Bu bölümde, ruh sağlığı profesyonelleri arasında yaygın kabul gören resmi tanı sistemine odaklanacağız. Kısaca **DSM-IV** olarak adlandırılan ve **Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Elkitabı** adındaki bu sistem Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayımlanmıştır ve oldukça ilginç bir öyküsü vardır.

Tıp, ondokuzuncu yüzyılın sonuna gelindiğinde, Orta Çağ'ın, hemen her türlü fizik rahatsızlığın tedavisinin bir parçası olarak kan alma yönteminin uygulandığı tıp anlayışına göre, çok daha ileri gitmişti. Giderek farklı hastalıkların farklı tedavileri gerektirdiği anlaşılmaya başlanmıştı. Tanı koyma işlemleri geliştirildi, hastalıklar sınıflandırıldı ve çeşitli çareler uygulandı. Tıp alanındaki yeni tanı koyma işlemlerinden etkilenen anormal psikolojisi alanında çalışan araştırmacılar da sınıflandırma şemaları geliştirmeye başladılar. Sınıflandırma sistemlerindeki gelişmeler, örneğin botanik ve kimya gibi diğer bilimlerdeki gelişmeleri hızlandırmıştı; bunlar anormal psikolojisinde de benzer çabalara yönelik umutları arttırdı.

Ancak ondokuzuncu yüzyıl boyunca ve yirminci yüzyıl başlarında, anormal davranışın sınıflandırmasında bir tutarlılık yoktu. Ondokuzuncu yüzyıl sonunda, sınıflandırma sistemleri arasındaki farklılıklar bu alandaki profesyoneller arası iletişimi bozan önemli bir sorun konumundaydı. Sınıflandırmadaki tutarsızlıklar hastalıkların nedenleri ve etkin tedavileri konusundaki araştırmaları da yavaşlatmaktaydı. Örneğin, bir grup araştırmacı depresyon için başarılı bir tedavi bulmuş olmasına rağmen, ancak depresyonu kendine özgü biçimde tanımlamışsa, bu bulgu başka bir araştırmacı grubu tarafından araştırılamayacaktır. İngiltere'de, 1882'de Kraliyet Mediko-Psikoloji Birliği İstatistik Komitesi bir sınıflandırma sistemi geliştirdi, ancak bu sistem birkaç kez gözden geçirilmiş olsa dahi, kendi üyeleri tarafından bile kullanılamadı. 1889'da Paris'te Ruhsal Bilimler Kongresi tek bir sınıflandırma sistemi kabul etti, ama bu da, hiçbir zaman yaygın olarak kullanılmadı. 1886'da, ABD'de, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin öncül kuruluşu olan Amerikan Kurumları Tıbbi Yöneticiler Birliği, İngiliz sisteminin gözden geçirilmiş bir halini kabul etti. Daha sonra, bu grup, 1913'te, Emil Kraepelin'in bazı görüşlerini de kapsayan yeni bir sınıflandırma kabul ettiler. Ancak hala bu konuda birlik yoktu. Örneğin, New York Lunacy Komisyonu hala kendi sistemini kullanmakta ısrar ediyordu (Kendell, 1975).

YİRMİNCİ YÜZYILDA TANI

Sınıflandırmada birlik sağlamaya yönelik daha çağdaş çabalar da tümüyle başarılı olamamıştır. 1939'da, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) *Uluslararası Ölüm Nedenleri Listesine* ruhsal bozuklukları da eklemiştir. 1948'de bu liste *Hastalıkların, Kazaların ve Ölüm Nedenlerinin Uluslararası İstatistiksel Sınıflandırması (ICD)* biçiminde genişletildi. Bu sınıflandırma anormal davranışı da içermek üzere, tüm hastalıkların kapsamlı bir listesini veriyordu. Bu terminoloji bir DSÖ konferansında oybirliği ile kabul edilmiş olmasına rağmen, ruhsal bozukluklar bölümü yaygın kabul göremedi. DSÖ'nün girişimlerinde Amerikalı psikiyatristler de önemli bir rol oynadılarsa da, 1952'de *Amerikan Psikiyatri Birliği* kendi *Tanı ve İstatistik Elkitabı'nı (DSM)* yayınladı.

1969'da, DSÖ, daha yaygın kabul gören yeni bir sınıflandırma sistemi yayınladı. Amerikan Psikiyatri Birliği DSM'sinin ikinci baskısı DSM-II (1968) DSÖ sistemine yakındı; İngiltere'de de buna eşlik etmek üzere bir tanımlar sözlüğü (General Register Office, 1968) geliştirildi. Ancak, bu alanda hala gerçek bir görüş birliği

yoktu. DSÖ sınıflandırmaları tanısal kategorilerin basit birer listesi biçimindeydi; tanıya temel olan gerçek davranış ve semptomlar özgülleştirilmemişti. DSM-II ve İngiliz Sözlüğü bu önemli bilgileri sunuyordu, ancak belli bir bozukluk için aynı semptomları belirtmiyordu. Öyle ki, pratikte, tanı işlemleri hala birçok değişkenlik gösteriyordu. 1980'de, Amerikan Psikiyatri Birliği geniş bir biçimde gözden geçirilmiş bir tanı elkitabı olan DSM-III'ü yayımladı. Yine bunun gözden geçirilmiş biçimi olan DSM-lll-R de 1987'de yayımlandı.

1988'de, Amerikan Psikiyatri Birliği, DSM-IV üzerindeki çalışmalara başlamak üzere, psikiyatrist Ailen Frances'in başkanlığında bir komisyon kurdu. Birçok psikoloğu da içeren çalışma grupları DSM-lll-R'nin bölümlerini gözden geçirmek, kaynakları değerlendirmek, daha önce toplanmış verileri incelemek, gerekirse yeni veri toplamak üzere kuruldu. DSM'nin bu baskısının hazırlanışındaki süreçte önemli bir farklılık vardı; tanı ölçütlerinde değişiklik yapılması için daha tutucu bir yol benimsendi: Tanıda değişiklik yapılacaksa bunun nedenleri kesinlikle belirtilecekti ve verilerle açıkça desteklenecekti. DSM'nin önceki biçimlerinde tanı değişikliklerinin nedenleri her zaman açıkça belirtilmiyordu ve dolayısıyla bunlar herkesin incelemesine açık değildi.

Gelişmelere rağmen, bu yeni çabaları saran tartışmalar hemen su yüzüne çıktı. Bazılarına göre (örn., Zimmerman, 1988) tanı sisteminin gözden geçirilmesi işlemleri bilgideki gerçek kazanımların çok önüne geçti. Bu eleştiriye bir destek, DSM-IV çalışmalarının DSM-lll-R'den hemen sonra yapıldığı, çünkü 1993'te Uluslararası Hastalık Sınıflandırmasının (ICD- 10) onuncu baskısının yayınlanacak olması biçimindeydi. ICD ve DSM arasında birçok uyuşmazlık ortaya çıkmıştır ve bunların olabildiğince çözülmesi ümit edilmektedir.

1991'de Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-IV Seçenekler Kitabını yayımladı. Bu kitapta her tanı için sorunlar, tartışmalı konular ve olası çözümler belirtilmekteydi. Örneğin, antisosyal kişilik bozukluğu psikopatiyle ilgili bir DSM tanısıdır; ancak psikopati deyimi DSM'de yer almamakla birlikte araştırmacılar tarafından sıklıkla kullanılmaktadır. Hem antisosyal hem de psikopati terimleri sık sık yasaları ihlâl eden ve başkalarına genel olarak saygısızlık edenleri betimlemektedir. Ancak, antisosyal kişilik tanısı daha çok antisosyal davranışlara odaklanırken, psikopati deyimi antisosyal olarak davrananların daha çok psikolojik özelliklerine (örn. utanma duygusu olmamasına) odaklanmaktadır. DSM'de hangi tanı yer almalıdır? Ne yazık ki, bu tür sorular, kesin yanıtlar bulunması için yapılan alan araştırmalarının boyutlarını aşıyordu; ne kaynak ne de zaman yeterliydi. Sonuçta, DSM-IV'te ortaya çıkan değişikliklerin çoğu, çalışma grupları tarafından üretilmiş yeni verilerden çok, daha öncesinde toplanmış verilere dayanılarak yapıldı.

DSM-IV'ün taslağı Mart 1993'te, son biçimi ise 1994'te yayımlandı. Bu bölümde temel DSM-IV kategorilerini özetleyerek sunacağız. Daha sonra, genelde sınıflandırmayı ve özelde DSM-IV'ü değerlendireceğiz. Bir sonraki bölümde tanı kararlarının verilebilmesi için gerekli verileri sunan değerlendirme işlemlerini ele alacağız.

AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİNİN TANI SİSTEMİ (DSM-IV)

SINIFLANDIRMANIN BEŞ BOYUTU

DSM'nin üçüncü baskısını öncekilerden ayıran bazı özel yenilikler vardır. Belki de, en önde gelen değişiklik **çoğul eksenli sınıflandırmanın** kullanılması olmuştur; burada her birey beş boyut ya da eksende derecelendirilmektedir (Tablo 3.1) Çoğul eksenli sistem beş eksenin her birinde değerlendirmeyi gerektirdiği için tanı koyanı geniş bir yelpazeden bilgi toplamaya zorlamaktadır. Eksen I, kişilik bozuklukları ve zihinsel gerilik hariç (ki bunlar Eksen II'dedir) tüm kategorileri kapsar. Öyle ki, eksen I ve II anormal davranışın sınıflandırılmasını oluşturur. Eksen I ve II, halen varolan bozukluğa dikkat edilirken uzun dönemli bozuklukların gözden kaçmaması için ayrılmıştır. Örneğin, bir eroin bağımlısı Eksen I'de madde kullanımıyla ilgili bozukluk tanısı alacaktır; bu kişide aynı zamanda anti-sosyal kişilik bozukluğu da bulunuyorsa, bu da Eksen II'de kaydedilecektir. Eksen I ve II'nin daha ayrıntılı bir listesi bu kitabın iç kapağında verilmiştir.

Her ne kadar tanı koymak için diğer üç eksen gerekmiyorsa da, DSM'de bu eksenlerin de bulunması, bir değerlendirme yapılırken kişinin semptomlarından başka etkenlerin de dikkate alınması gerektiği içindir. Eksen III'te klinisyen ilgili ruhsal bozukluk ile ilişkili olabileceğine inan-

dığı herhangi bir tıbbi durumu belirtir. Örneğin, kalp rahatsızlığı olan bir kişide, aynı zamanda depresyon tanısı da konmuş ise bu tedavi açısından önem taşıyacaktır; böyle bir durumda antidepresan ilaçlar iyi bir seçim olmayacaktır, çünkü bunlar kalp rahatsızlığını arttırabilir. Eksen IV'te, kişinin yaşamakta olduğu ve bozukluğuna etkisi olabilecek psikososyal ve çevresel sorunlar kodlanır. Bunlar, psikolojik işlevselliği etkileyebilecek mesleki sorunları, ekonomik sorunları, aile üyeleriyle ilişki sorunlarını ve diğer yaşam alanlarındaki birçok sorunu kapsar. Son olarak Eksen V'te, klinisyen kişinin şimdiki işlevsellik düzeyini belirler. Ele alınan yaşam alanları sosyal ilişkiler, mesleki işlevsellik ve boş zaman kullanımıdır. Şimdiki işlevselliğe ilişkin derecelendirmeler tedavi ihtiyacı konusunda bilgi vermelidir.

TANI KATEGORİLERİ

Bu bölümde, Eksen I ve II'deki temel tanı kategorilerini kısaca betimleyeceğiz. Buna geçmeden önce, izleyen bölümlerdeki ayrıntılı betimlemelerin özellikle bozukluğun nedenlerinin tümüyle bilinmediği durumlara odaklanacağını belirtmeliyiz. Bu bozuklukların birçoğu için DSM, bozukluğun tıbbi bir duruma ya da madde kullanımına bağlı olup olmadığını belirtme seçeneği de sunmaktadır. Örneğin, salgı bezleri (endokrin) bir bozukluğa bağlı depresyonda, DSM'nin depresyon bölümünde tanı konacak, ancak aynı zamanda tıbbi bir duruma bağlı olduğu da belirtilecektir. Dolayısıyla, klinisyenlerin, hastalarının yalnızca semptomlarına değil aynı zamanda, bu durumun olası tıbbi nedenlerine de duyarlı olmaları gerekmektedir.

GENELLİKLE İLK KEZ BEBEKLİK, ÇOCUKLUK YA DA ERGENLİK DÖNEMİNDE TANISI KONAN BOZUKLUKLAR

Bu geniş kategoride genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde başlayan entelektüel, duygusal (emosyonel) ve fizik bozukluklar yer almaktadır. Betimlenen bazı sorunlar şunlardır: *ayrılma kaygısı bozukluğu, davranım bozukluğu, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, zihinsel gerilik (mental retardasyon)* (Eksen II'de gösterilir), *otistik bozukluk* gibi *yaygın gelişimsel bozukluklar,* konuşma, okuma, yazma, matematik becerilerinin kazanılmasında gecikmeyi betimleyen *öğrenme bozuklukları.* Bu bozukluklar Bölüm 15'te tartışılmaktadır.

MADDE KULLANIMI İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Burada, alkol, opiyat, kokain, amfetamin gibi çeşitli maddelerin kullanımının kişinin sosyal ya da mesleki işlevini bozacak derecede davranış değişikliklerine yol açması söz konusudur. Kişi bu maddelerin kullanımını ya da alımını kontrol edememekte ve kullanımı kestiğinde yoksunluk belirtileri göstermektedir. Bu maddeler aynı zamanda, kaygı ya da duygudurum bozuklukları gibi diğer Eksen I bozukluklarının ortaya çıkışına neden olabilmektedir. Bu bozukluklar Bölüm 12'de ele alınmaktadır.

ŞİZOFRENİ

Şizofreni hastası olan kişilerde gerçekle bağlantı yitirilmiştir. Dilleri ve iletişimleri bozulmuştur; anlaşılmayı olanaksız kılacak derecede bir konudan bir konuya atlayabilirler. Sıklıkla, kendilerine ait olmayan düşüncelerin kafalarına sokulduğu biçiminde sanrılar yaşarlar; ayrıca, özellikle dışarıdan gelen sesler biçiminde varsanıları (halüsinasyonları) vardır. Duyguları küntleşmiş, yüzeyselleşmiş ya da uygunsuz olabilir; sosyal ilişkileri ve çalışma becerileri belirgin derecede bozulmuştur. Bu ciddi ruhsal bozukluklar Bölüm 11'de ele alınacaktır.

En çok kötüye kullanılan madde alkoldür.

TABLO 3.1 DSM-IV Çok Eksenli Sınıflandırma Sistemi

Eksen I	***Eksen II***	***Eksen III***
Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar	Zihinsel Gerilik (Mental Retardasyon) Kişilik Bozuklukları	Genel Tıbbi Durumlar
Deliryum, Demans, Amnestik ve diğer Bilişsel Bozukluklar		
Madde Kullanımı İle İlişkili Bozukluklar		
Şizofreni ve diğer Psikotik Bozukluklar		
Duygudurum Bozuklukları		
Kaygı Bozuklukları		
Somatoform Bozukluklar		
Dissosiyatif Bozukluklar		
Cinsel Bozukluklar ve Cinsel Kimlik Bozuklukları		
Yeme Bozuklukları		
Uyku Bozuklukları		
Başka Yerde Sınıflandırılmayan Dürtü Kontrolü Bozuklukları		
Uyum Bozuklukları		

Eksen IV
Psikososyal ve Çevresel Sorunlar

İşaretleyiniz:
..... Birincil destek grubuyla olan sorunlar. Belirtiniz:
..... Sosyal çevreyle ilişkili sorunlar. Belirtiniz:
..... Eğitimle ilgili sorunlar. Belirtiniz:
..... Meslekle ilgili sorunlar. Belirtiniz:
..... Barınmayla ilgili sorunlar. Belirtiniz:
..... Ekonomik sorunlar. Belirtiniz:
..... Sağlık hizmetlerine ulaşmayla ilgili sorunlar. Belirtiniz: Yasal sistem ve suçla ilişkili sorunlar. Belirtiniz:
..... Diğer psikososyal ve çevresel sorunlar. Belirtiniz:

Eksen IV
İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGD Ölçeği)
Psikolojik, sosyal ve mesleki işlevselliği ruhsal sağlık/hastalığın bir süreklilik olduğu varsayımına dayanarak gözönünde bulundurunuz. Fizik (ya da çevresel) kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını bu çerçevede dikkate almayınız.

PUAN

100 | 91 Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibidir, birçok olumlu niteliği nedeniyle başkalarınca aranan biridir. Hiçbir semptomu yoktur.

90 | 81 Hiçbir belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sınavdan önce hafif bir kaygı); tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması, çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, sosyal yönden etkin olma, yaşamdan genel olarak doyum alma, günlük sorunlar ya da kaygılar dışında sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).

80 | 71 Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal streslere verilen beklenir tepkilerdir (örn. aile içi tartışmadan sonra dikkat toplama güçlüğü); sosyal, mesleki ya da okul işlevselliğinde hafif bir bozulma olmasından daha ağır bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma).

70 | 61 Bazı hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomniya) YA DA sosyal, mesleki veya okul işlevselliğinde birtakım zorlukların olması (örn. ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genellikle oldukça iyi bir işlevselliği vardır, bazı anlamlı kişilerarası ilişkileri vardır.

TABLO 3.1 Devamı

60 | 51	Orta derecede semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) YA DA sosyal, mesleki veya okul işlevselliğinde orta derecede zorluk (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır).
50 | 41	Ağır semptomlar (örn. intihar düşünceleri, ağır obsesyonel törensel davranışlar, sık sık dükkanlardan hırsızlık) YA DA sosyal, mesleki veya okul işlevselliğinde ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).
40 | 31	Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zaman mantıkdışı, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme veya duygudurum gibi birçok alanda temel bazı bozukluklar vardır (örn. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçar, ailesini ihmal eder ve çalışamaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşı gelir ve okulda başarısızdır).
30 | 21	Davranışları sanrılar ve varsanılardan oldukça etkilenir YA DA iletişim veya yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. bazen konuşmada tutarsızlık görülür, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır) YA DA hemen tüm alanlarda işlevselliği kalmamıştır (örn. bütün gün yataktan çıkmaz; işi, evi veya arkadaşları yoktur).
20 | 11	Bir miktar, kendisini ya da başkalarını yaralama tehlikesi vardır (örn. açık ölüm beklentisi olmayan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manik taşkınlık) YA DA ara sıra asgari kişisel bakımın gereklerini bile yerine getiremez (örn. dışkı sürer) YA DA iletişimde ağır bozukluk vardır (örn. konuşmada ileri derecede tutarsızlık ya da mutizm).
10 | 1	Sürekli, kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralama tehlikesi vardır (örn. yineleyen şiddet) YA DA asgari kişisel bakım gereklerini sürekli olarak yerine getiremez YA DA açık ölüm beklentisi içeren ciddi intihar davranışları.
0	Bilgi yetersiz.

Not: Amerikan Psychiatric Association, 1994, DSM IV'den izinle aktarılmıştır.

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

Adından da anlaşılacağı gibi, bu tanı, duygudurumda aşırı derecede yükselme ya da çökme ortaya çıktığı zaman kullanılır. *Major depresif bozuklukla,* kişi derin bir üzüntü ve cesaretsizlik içindedir, aynı zamanda kilo ve enerji yitirebilir ve intihar düşünceleri bulunabilir. *Manisi* olan bir kişi ise, aşırı neşeli, tedirgin, genel haline göre daha hareketli, dikkati kolay dağılan, gerçeğe uygun olmayacak derecede aşırı benlik saygısı olan biri olarak betimlenebilir. *İkiuçlu duygulanım bozukluğu* tanısı, kişi manik evre ya da hem manik hem de depresif evre yaşıyorsa konur. Bu duygudurum bozuklukları Bölüm 10'da incelenmektedir.

KAYGI BOZUKLUKLARI

Kaygı bozukluklarında temel rahatsızlık aşırı ya da gerçeğe uygun olmayan korku bulunmasıdır. Fobisi bulunan kişiler bir nesne ya da durumdan öylesine yoğun biçimde korkarlar ki, korkularının yersiz olduğunu ve yaşamlarını bozduğunu bilmelerine rağmen bu nesne ya da durumdan kaçınmak zorundadırlar. *Panik bozukluğunda* kişi ani kısa yoğun endişe duygusu atakları geçirir, bunlar öyle rahatsızlık vericidir ki, kişi titremeye, sersemlik hissetmeye ve solumakta güçlük çekmeye başlar. Panik

Mikrop bulaşma korkusu ve aşırı el yıkama obsesif-kompülsif bozuklukta sık görülmektedir.

bozukluğuna, eğer kişi alışmış olduğu yerleri terk etme korkusu da duyuyorsa *agorafobi* eşlik edebilir. *Genelleşmiş kaygı bozukluğu* tanısı konmuş kişilerde korku ve endişe duygusu yaygın ve inatçıdır. Bu kişiler yerinde duramayabilir, boğazlarında bir düğümlenme ve çarpıntı hissedebilirler. Sürekli olarak endişe ederler ve kendilerini sınırda hissederler. *Obsesif kompulsif bozukluğu* olanlarda ise, sürekli ve inatçı obsesyon (saplantı) ve kompulsiyonlar (zorlantı) vardır. Obsesyonlar kişinin bilincine kontrol dışı olarak hükmeden yineleyen düşünceler ve imgelerdir.

Alışıldık çevrelerden uzaklaşma korkusu diyebileceğimiz agorafobi kaygı bozukluklarından biridir ve sıklıkla tabloya panik atakları eşlik eder.

Kompülsiyon ise, genellikle korkulan bir durumdan kurtulmayı amaçlayan, ancak bunu sağlaması olanaksız kalıplaşmış (stereotyped) bir davranışı yapma dürtüsüdür. Bir kompülsiyona direnme çabası öylesine büyük bir gerilim yaratır ki, kişi kompülsiyonlarına yapışır.

Çok travmatik bir olayın ardından yaşanan kaygı ve duygusuzluk hali *travma sonrası stres bozukluğu* olarak adlandırılır. Bu kişiler gündüzleri anılarını acılı biçimde hatırlarlar, geceleri de kötü rüyalar görürler. Dikkatlerini toplama güçlüğü çekerler, yaşamdan ve diğer kişilerden kendilerini kopuk hissederler. *Akut stres bozukluğu* da travma sonrası stres bozukluğuna benzer, ancak semptomlar daha kısa sürer. Kaygı bozuklukları Bölüm 6'da gözden geçirilmiştir.

SOMATOFORM BOZUKLUKLAR

Somatoform bozukluklardaki fizik semptomların bilinen fizyolojik nedenleri yoktur ancak psikolojik bir amaca hizmet ediyor görünürler. *Somatizasyon bozukluğu* ya da Briquet Sendromu olan kişilerin fizik yakınmalar, birçok kez doktora gitme ve ilaç kullanma ile karakterize uzun bir öyküleri vardır. *Konversiyon bozukluğunda,* kişi, paralizi, anestezi ya da körlük gibi motor ya da duyu işlevlerinin yitiminden yakınmaktadır. *Ağrı bozukluğunda* ise bireyler ağır ve uzun süreli bir ağrıdan mustariptirler. *Hipokondri* küçük fizik duyuların ciddi hastalık olarak yanlış yorumlanmasıdır. *Beden dismorfik bozukluğu* olan kişiler görünümlerinde imgesel bir kusur konusunda düşünce uğraşılarıyla doludur. Bu bozukluklar Bölüm 7'de işlenmiştir.

DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLAR

Psikolojik çözülme (dissosiation) bilinçlilikte belleği ve kimliği etkileyen ani bir değişimdir. *Dissosiyatif amnezisi* (bellek kaybı) olan kişiler tüm geçmişlerini ya da belirli bir zaman dilimini unutabilirler. *Dissosiyatif kaçış (füg)* da ise, kişi aniden ve beklenmedik bir biçimde yeni bir yere gider, yeni bir yaşama başlar ve geçmiş kimliğini hatırlamaz. *Dissosiyatif kimlik bozukluğunda* (daha önce çoğul kişilik bozukluğu diye adlandırılıyordu) her biri bir dönem için baskın olan iki ya da daha fazla ayrık kişilik söz konusudur. *Depersonalizasyon (benlik yitimi) bozukluğunda* ise, şiddetli ve rahatsız edici bir kendine yabancılaşma ya da gerçek dışılık duygusu vardır. Bu bozukluklar Bölüm 7'de ele alınmıştır.

CİNSEL BOZUKLUKLAR VE CİNSEL KİMLİK BOZUKLUKLARI

DSM-IV'ün cinsel bozukluklar bölümü üç temel kategoriyi kapsar. *Parafinlerde* (örn., teşhircilik, gözetlemecilik, sadizm, mazohizm gibi) cinsel doyum kaynakları alışılmış kaynaklar değildir. *Cinsel işlev bozuklukları* olan kişiler ise, olağan cinsel yanıt döngüsünü tamamlayamazlar. Sertleşmeyi sürdürememe, erken boşalma ve orgazm bozukluğu bunlara örnektir. *Cinsel kimlik bozukluğu* olan kişiler kendi anatomik cinsel özelliklerinden aşırı rahatsızlık duyarlar ve kendilerini karşı cinsin üyeleri olarak görürler. Bu bozukluklar Bölüm 14'te incelenmiştir.

UYKU BOZUKLUKLARI

DSM-IV'te, uyku bozukluklarının iki temel alt kategorisi tanımlanmıştır. *Dissomniyada,* uykunun miktarı (örn., kişi ya yeterli süre uyuyamamakta ya da aşırı uyumaktadır), niteliği (kişi uyandığında dinlenmiş hissetmemektedir) veya zamanlaması (kişi olağan uyku zamanlarında uyuyamamaktadır) bozulmuştur. *Parasomni*yada, uyku sırasında olağandışı bir olay ortaya çıkar (örn., uyurgezerlik, gece kabusları). Bu bozukluklar Bölüm 16'da tartışılmıştır.

YEME BOZUKLUKLARI

Anoreksiya nervozada kişi, genellikle yoğun bir şişmanlama korkusuyla yemekten kaçınır ve bir deri bir kemik hale gelir. *Bulimiya nervozada* ise, tıkınırcasına yeme ve bunu telafi etmek için kendini kusturma ve laksatif kullanımı biçiminde evreler vardır. Bu bozukluklar Bölüm 9'da ele alınmıştır.

YAPAY BOZUKLUKLAR

Bu bozukluk, hasta rolünü benimseme gereksinmesi ile kasıtlı olarak fizik ve psikolojik semptom ortaya çıkaran ya da yakınmalar getiren kişilerin durumlarını tanımlamaktadır.

UYUM BOZUKLUKLARI

Burada, büyük bir yaşam olayı ardından duygusal ve davranışsal semptomların gelişmesi tanımlanmaktadır. Ancak, ortaya çıkan belirtiler başka bir Eksen I bozukluğunu karşılamamalıdır.

DÜRTÜ KONTROLÜ BOZUKLUKLARI

Bu kategori kişinin davranışının uygun olmadığı ve kontrol dışı göründüğü bir dizi durumu kapsar. *Aralıklı patlayıcı bozuklukla* kişide, başkasına ya da nesnelere yönelik zarar vermeyle sonuçlanan şiddet davranışı evreleri vardır. *Kleptomanide* kişide, malın değeri ya da kullanımı gözetilmeden yineleyen çalma davranışı ortaya çıkar. *Piromanide* ise, kişi kasten yangın çıkarır ve bundan zevk alır. *Patolojik kumarbazlıkta,* kişi sürekli kumar ile ilgilidir, kumar oynamayı durduramaz ve kumarı sorunlarından bir kaçış yolu olarak kullanır. Son olarak, *trikotillomani* tanısı, kişinin, genellikle saç kaybına yol açacak biçimde saçlarını yolma dürtüsüne karşı koyamadığı durumlarda konmaktadır.

Dürtü kontrol bozuklukları kişinin davranışlarını kontrol edemediği çeşitli durumları kapsar. Patolojik kumar oynama bunlardan biridir.

Antisosyal davranış genellikle, ergenlikte çeşitli suçlarla başlar.

KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

Kişilik bozuklukları, sürekli, değişmeyen ve uyumsuz davranış ve içsel yaşantı örüntüleri olarak tanımlanmaktadır. DSM'nin Eksen II'sinde belirtilir. Örneğin, *şizoid kişilik bozukluğunda,* kişi çevresine kayıtsızdır, çok az arkadaşı vardır, eleştiri ve beğeniye ilgisizdir. *Narsistik kişilik bozukluğu* olan bir kişide ise, aşırı bir kendini önemseme bulunur; büyük başarıların fantazisini kurar, sürekli ilgi ister ve başkalarını sömürebilir. *Antisosyal kişilik bozukluğu* ise on beş yaşından önce yüzeye çıkabilir ve evden kaçma, okuldan kaçma, suç işleme davranışları görülebilir ve genel olarak kavgacı bir tutum gösterebilir. Erişkinlikte ise, antisosyal kişilik bozukluğu olan kişi düzenli bir işi sürdürmeye ilgisiz olabilir, sorumlu bir eş ya da ebeveyn olamaz, geleceği hatta yarını planlayamaz, yasal sınırlar içinde kalamaz. Psikopat olarak da adlandırılan antisosyal kişilikler sosyal normları çiğnemekten dolayı suçluluk veya utanç duymazlar.

KLİNİK İLGİ ODAĞI OLABİLECEK DİĞER DURUMLAR

Bu geniş kategori ruhsal bozukluk olarak ele alınmayan ancak yine de ilgi ya da tedavi odağı olabilecek durumları kapsamaktadır. Bu kategori, resmi olarak saptanmış bir ruhsal bozukluğu olmasa da ruhsal sağlık sistemine başvuran herkesin kategorize edilebilmesi için ayrılmış görünmektedir. Eğer bir kişinin tıbbi hastalığının nedeni psikolojik bir durum ise, ya da bu durum tarafından alevleniyor ise *tıbbi durumu etkileyen ruhsal bozukluk* tanısı koyulur. Daha

ODAK 3.1

DAHA İLERİ ÇALIŞMA GEREKTİREN OLASI KATEGORİLER VE SORUNLAR

DSM-IV'ün eklerinden biri "Daha ileri çalışma için tanı ölçütleri ve eksenleri başlığını taşır. Bu DSM-IV çalışma grubunun ümit vadeder gördüğü ama verilerin sisteme koymak üzere yeterince desteklemediği yeni kategoriler için bazı önerileri içerir. Bu kategorileri listelemekle ve tanımlamakla DSM çalışma grubu, profesyonelleri, gelecekteki bir DSM'nin resmi sınıflamasında bu sendromlardan ya da eksenlerden bazılarını içerip içermeyeceğini dikkate almaları yönünde cesaretlendirmeyi ummaktadır.

OLASI YENİ SENDROMLAR

Daha ileri çalışmayı gerektirdiği bildirilen iki düzineden fazla kategoriden bir örneklemeyi burada sunuyoruz.

KAFEİN YOKSUNLUĞU *Diğer bağımlılık yapıcı maddelerde yoksunlukta olduğu gibi, toplumsal ve mesleki işlevsellikte anlamlı düzeyde bozulma ya da sıkıntı çekme, kafeinli içecekleri alışılan düzeyde içmemenin bir sonucu olmalıdır. Semptomlar başağrısını, yorgunluğu, kaygıyı, depresyonu, bulantıyı ve düşüncenin bozulmasını içerir. Kafein yoksunluğunun yeni bir kategori olarak dahil edilmesi hiç kuşkusuz ruhsal bozuklukların kapsamını genişletecektir.*

ADET ÖNCESİ DEPRESİF (DYSPHORIC) BOZUKLUK *Basında çokça yer alan ve feminist ve cinsiyetcilerce karşı çıkılan bu öneri sendrom depresyon, kaygı, öfke, duygudurum salınımları ve genelde zevkle yapılan işlere ilginin azalması ile belirlidir. Belli bir yılın bir çok ayında adetten bir hafta ya da yakın süre önce olduğunda düşünülmektedir. Semptomlar toplumsal ve mesleki işlevleri etkileyecek kadar şiddetlidir. Bu kategori birçok kadın tarafından yaşanan ve bu kadar işlev bozukluğu yaratmayan adet öncesi (premenstruel) sendromundan ayırt edilmelidir.*

Feministler bu yeni kategoriden hoşlanabilirler ya da hoşlanmayabilirler. Artı yönde, dahil edilme insanları aylık duygudurum değişikliklerinin hormonel temelleri konusunda bilinçlendirebilir ve böylece daha hoşgörülü yapabilir ve kurbanı daha az suçlayıcı olmaya itebilir. Eksi yönünde ise, bu kadar çok duygudurum değişimini ruhsal bozuklukların elkitabında listelemek, bu psikolojik değişikliklerden çeken kadınların ruhsal bozukluğu olan hastalar oldukları mesajını taşır.

KARIŞIK KAYGILI-DEPRESİF BOZUKLUK DSM IV *geliştirilirken bu bozukluk resmen dahil edilmek istendiğinde, klinisyenlerin yıllardır bir kişiye öncelikli olarak depresif bozukluk mu yoksa kaygı bozukluğu mu tanısı koyacaklarını bazen zor buldukları düşünülmüştür. Bu tanı, bozukluk en az bir aydır devam ediyorsa ve şunlardan en az dördü varsa konabilmektedir: dikkatini toplayamama ya da bellek sorunları, uyku bozuklukları, yorgunluk ya da enerji düşüklüğü, huzursuzluk, endişe, kolayca ağlama, aşırı uyanıklık, en kötüyü bekleme, gelecekle ilgili kötümserlik, düşük özsaygı. Kişiye major depresyon, distimik bozukluk, panik bozukluğu ya da genelleşmiş kaygı bozukluğu tanısı konamıyor olmalıdır.*

önceleri psikofizyolojik ya da psikosomatik bozukluklar diye adlandırılan bu durumlar Bölüm 8'de ayrıntılarıyla ele alınmıştır. Bu kategorideki diğer tanılar arasında şunlar vardır:

Okul sorunu (örn., başarısızlık); antisosyal davranış (örn., profesyonel hırsızlık); temaruz (örneğin işten kaçmak gibi bir amaca ulaşmak için fizik ya da psikolojik belirtiler gösterme);

ilişki sorunları (örn., eş ya da çocuklarla kötü ilişkiler);

mesleki sorun (örn., işten doyumsuzluk); fizik ya da cinsel kötüye kullanım;

yas;

tedaviyle uyumsuzluk (örn., ilaç reddi); dinsel ya da manevi sorun (örn., birisinin inançlarını sorgulaması);

bir yaşam evresi sorunu (örn., okula başlama gibi bir yaşam evresine ilişkin zorluklar).

Bu noktada, ruhsal bozukluğu tanımlama zorlukları konusundaki tartışmamızı hatırlamak ilginç olacaktır. Bu tür yaşam zorlukları bir ruhsal bozukluklar listesinde yer almalı mıdır? Temaruz Bölüm 7'de, evlilik sorunları için terapi Bölüm 19'da, fizik ve cinsel kötüye kullanım Bölüm 7 ve 14'te ele alındıysa da, bu durumların birçoğuna bu kitapta değinilmemektedir.

DELİRYUM, DEMANS, AMNESTİK VE DİĞER BİLİŞSEL BOZUKLUKLAR

Bu kategori bilişin ciddi biçimde bozulduğu bozuklukları kapsar. *Deliryum* bilinçte bulanıklık, dikkatin dağılması ve düşünce akışında tutarsızlıkla belirgindir. Bazı tıbbi nedenlerle ortaya çıkabileceği gibi madde kullanımıyla da gelişebilir. Ruhsal işlevlerde, özellikle bellekte yıkım ile belirgin olan *demans,* Alzheimer has-

PASİF-AGRESİF KİŞİLİK BOZUKLUĞU (NEGATİVİSTİK KİŞİLİK BOZUKLUĞU)

Bu kişilik bozukluğu DSM-III ve DSM-III-R'de vardı ama DSM-IV"ün ekine taşındı. Depresyona atfedilemeyen kırgınlık hisleri, direnç gösterme, beklentilere ve taleplere, geç kalma, erteleme, unutkanlık ve kasten etkinsizlik gösterme gibi pasif aktivitelerle karşı gelme. Burada çıkarsama şudur: kişi öfkeli ya da kırgındır ve atılganlık ve saldırganlık gösterme gibi daha doğrudan ifade etmekten çok, bu duygularını bir şeyleri yapmayarak ifade etmektedir. Bu kişiler sıklıkla yanlış ele alınmış, kandırılmış ya da yeterince tahmin edilememiş hissederler.

DEPRESİF KİŞİLİK BOZUKLUĞU *Günlük terimlerle bu kişilik bozukluğu genel yaşam tarzları kasvetli, neşeden yoksun ve endişeye çok eğilimli insanlara uyar. Bu (olasılıkla) treyt benzeri uzun dönemli bozukluk tam bir distiminin ya da major depresif bozukluğun öncülü olabilir. Gerçekte, DSM depresif kişilik bozukluğu ile temel depresif bozukluğu ile ayırdetmenin çok güç olduğunu kabul eder. Bu ekle listelenen bir diğer bozukluk minör depresif bozukluktur ve sadece o kadar uzun süreli olmamasıyla depresif kişilik bozukluğundan ayırdedilebilir.*

DAHA İLERİ ÇALIŞMA GEREKTİREN ÖNERİ EKSENLER

Profesyoneller, gelecekte bir eksenin, DSM'de başa çıkma tarzları olarak ifade edilen ve bireyi kaygıya karşı ve iç ya da dış tehlike veya stres kaynaklarının farkındalığından koruyan şeklinde tanımlanan savunma mekanizmalarını içerip içermemesi konusunu düşünmeye cesaretlendirilmektedir. Bunlar "savunma düzeyleri olarak adlandırılan gruplara bölünmektedirler ve önerilen psikanalitik kuramdan kaynaklanan bir Savunmacı İşlevsellik Ölçeği ile ölçülmektedirler.

Yedi savunma düzeyi vardır, herbiri bir grup savunma mekanizmasını içerir. Düzeyler "yüksek uyumlu düzey" ile "savunmacı düzey"in çalışmaması arasında değişir. İzleyen örnekler önerilen düzey ve mekanizmalar arasındadır.

YÜKSEK UYUMLU DÜZEY *Bu en uyumlu ve sağlıklı" savunma düzeyi stresi gerçekçi yollarla ele alma çabalarını içerir ve bunlar çatışan güdüler arasında iyi bir denge kurarlar. Örnekleri:*

Bekleme *- stresli bir olay olmadan önce duygusal tepkileri yaşama ve gerçekçi, alternatif hareket biçimlerini dikkate alma. Örneğin performansınızdan memnun olmayan işvereninizle yaklaşan bir toplantı için dikkatlice planlama yapma.*

Yüceltme *- olumsuz hisleri toplumsal olarak kabul edilebilir davranışlara kanalize ederek stresle başa çıkma. Örneğin, egzersiz yapma.*

RET DÜZEYİ *- Bu orta düzey, endişe veren stres kaynaklarını ya da fikirleri bilinçli farkındalığın dışında tutma ile karakterizedir.*

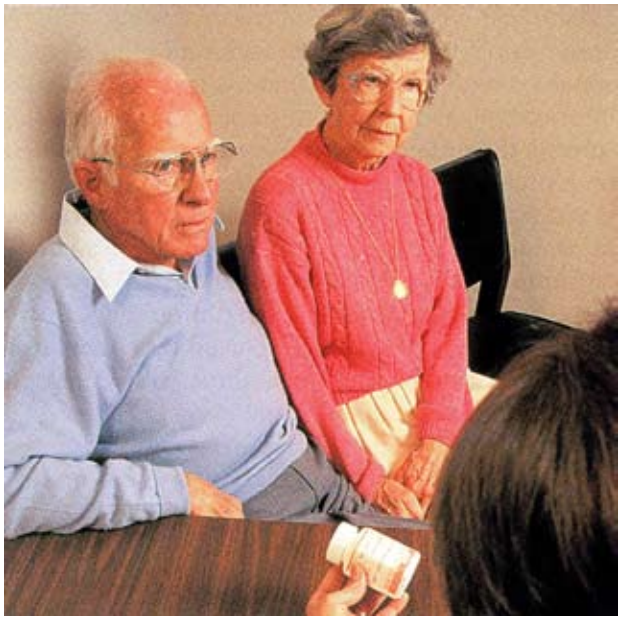
İnkâr *- bir gözlemci için açık olan bir tehdit ya da rahatsızlığın farkına varmayı reddetme: örneğin, arkadaşlarınızın gördüğü tekrarlayan çalışmalarınıza rağmen evliliğinizin iyi gittiğini iddia etmeniz.*

Yansıtma *- birinin kendi kabul edilemez hislerini ya da düşüncelerini yanlış bir şekilde bir başkasına atfetmesi, örneğin tersi geçerli olduğu halde dersin hocasının size öfkeli olduğuna inanmanız.*

talığı, inme ve diğer bazı medikal durumlarla ve madde kullanımıyla ilişkilidir. Deliryum ve demans, genellikle yaşlanmayla ilişkili oldukları için Bölüm 16'da tartışılmıştır. Deliryum ve demans olmaksızın bellek bozukluğu bulunan Amnestik sendrom genellikle alkol kötüye kullanımı ile ilişkili olduğu için Bölüm 12'de ele alınmıştır.

DSM'deki tanı kategorilerini ve eksenlerini kısaca tartıştığımıza göre, şimdi kitabın başındaki Ernest H. Olgusuna geri dönebiliriz. Tablo 3.2 Ernest'in tanılarını göstermektedir. Eksen 1'de, Ernest'a alkol bağımlılığı tanısı konmuştur ki bu aynı zamanda cinsel uyarımla ilgili bir problem de doğurmuştur. Evliliği ile ilgili güncel problemler ve ikiuçlu bozukluk öyküsü de kaydedilmiştir. Bunlara ek olarak, Ernest, Eksen 2'de çekingen kişilik bozukluğu tanısı da almıştır. Aşağılık duyguları, başkalarıyla birlikte olduğunda kendine

Bilişsel işlevleri ağır biçimde bozan Alzheimer Hastalığının sıklığı ilerleyen yaşla artar.



dönüklüğü ve eleştiri korkusu nedeniyle etkinliklerden kaçınması bu tanının konmasına yol açmıştır. Bu sorunlarıyla ilgili olabilecek tıbbi bir sorunu olmaması nedeniyle Eksen 3'te tanı almamıştır. Evlilik sorunları Eksen 4'te belirtilmiştir; şimdiki işlevsellik düzeyi ise 55 (orta düzeyde bir bozulma göstermektedir) olarak kaydedilmiştir. Alkol Ernest'ın en acil sorunu olmakla birlikte, çok eksenli tanı, klinisyene tedavi sürecinde dikkate alınması gereken karmaşık sorunların tablosunu göstermektedir.

TABLO 3.2 Ernest H.'nin DSM-IV Çoğul Eksenli Tanısı

Eksen I	Alkol Bağımlılığı
	Alkolün Yol Açtığı Cinsel Problem, Uyarılma Bozukluğu ile
	İkiuçlu I Bozukluğu, En Son Dönem Manik, Tam Remisyonda
	Eş İlişkisi Sorunu
Eksen II	Çekingen Kişilik Bozukluğu
Eksen III	Tanı Yok
Eksen IV	Birincil Destek Grubu İle Sorun
Eksen V	İGD=55

ANORMAL DAVRANIŞIN SINIFLANDIRMASINDA SORUNLAR

Anormal davranışa ilişkin bu gözden geçirme kısa tutulmuştur, çünkü bu konular kitapta ayrı ayrı ele alınmaktadır. Ancak bu gözden geçirme zemininde, şimdiki tanı sistemlerinin kullanışlılığını tartışacağız. DSM'yi eleştirenler arasında bir grup anormal davranış alanında sınıflandırma olamayacağını belirtmekte iken, diğer bir grup tanıların konma biçimine ilişkin özgül eksikliklere işaret etmektedir.

TANIYA İLİŞKİN GENEL ELEŞTİRİLER

Tanıya ilişkin eleştirilerin bir bölümü, bir kişiyi depresyon ya da kaygılı diye sınıflandırmanın o kişi hakkındaki bilgilerimizi azaltacağını, böylelikle de, o kişinin biricikliğinin gözden kaçacağını belirtmektedir. Bu savı değerlendirirken daha önceki paradigmalar ve bunların dünyamız hakkında bilgi edinmemizi nasıl etkiledikleri konusundaki tartışmalarımızı hatırlayınız. Herhangi bir şeyi algıladığımızda ve onun hakkında düşündüğümüzde bunları kategorize etme eğilimi insanın doğasında var gibidir. Dolayısıyla, sınıflandırmaya tümden karşı çıkanlar insan düşüncesindeki, sınıflandırma ve kategorize etme ediminin kaçınılmazlığına karşı çıkmaktadırlar.

Örneğin zar atmayı düşünelim. Tek bir zar attığımızda birden altıya kadar, rakamlardan herhangi biri gelebilir. Şimdi de, her gelen rakamı tek ya da çift olarak sınıflandırdığımızı düşünelim. Bir, üç ya da beş geldiğinde bunu "tek" olarak; iki, dört ya da altı geldiğinde bunu da "çift" olarak adlandıracağız. Bizi dinleyen birisi ise, "tek" dediğimizde, bunun bir mi, üç mü, beş mi olduğunu; "çift" dediğimizde ise, iki mi, dört mü, altı mı olduğunu bilemeyecektir. Sınıflandırmada kaçınılmaz olarak bazı bilgiler kaybedilecektir.

Önemli olan kaybedilen bilgilerin *dikkate değer* olup olmadıklarıdır ki bu da sınıflandırmanın amaçlarına bağlıdır. Herhangi bir sınıflandırma ortak özellikleri olan nesneleri biraraya getirmek ve o sıradaki amaçlarla ilgili olmayan farklılıkları göz ardı etmek üzere tasarlanmıştır. Eğer, amacımız yalnızca tek ya da çift atışları sınıflandırmak ise, zarın bir, üç, beş ya da iki, dört, altı gelmesi bizi ilgilendirmemektedir. Ancak, anormal davranışı değerlendirirken sapla samanı ayırmak güçtür; çünkü anormal davranışın dikkate değer olanlarıyla olmayanları arasındaki sınır belirsizdir. Öyle ki, insanları oldukça basit bir temelde gruplandırır ve belki çok önemli özelliklerini göz ardı ederiz.

Sınıflandırmanın kişi üzerinde de olumsuz etkileri olabilir. Şizofreni tanısı konduktan sonra yaşamınızın nasıl değişeceğini düşünün. Başkasının sizin rahatsızlığınızı anlayabileceğine ilişkin kuşkuda ve savunmada olursunuz. Ya da, sürekli yeni bir hastalık evresinden korkarak uçurumun kenarında gidersiniz. "Eski bir ruhsal hasta" olduğunuz gerçeği damgalanma etkisi gösterebilir. Arkadaşlarınız ya da sevdikleriniz size farklı davranabilirler, iş bulmanız güç olabilir.

Tanının bu tür olumsuz sonuçları olabileceği konusunda pek şüphe yoktur. Varolan araştırmalar genel olarak toplumun akıl hastaları konusunda olumsuz yargıları olduğunu; hasta ve ailelerinin bu tür damgalayıcı tutumların yaygın olduğuna inandıklarını göstermektedir (Rabkin, 1974; Wahl & Harrman, 1989). Ancak tanının gerçek olumsuz etkilerini göstermek zordur. Ör-

neğin, Gove ve Fain (1973) büyük bir hasta grubunu hastaneden çıktıktan sonra bir yıl süreyle izlediler. Bu eski hastalarla iş, toplumsal ilişkiler ve ev dışı etkinlikler konularında görüşmeler yapıldı. Hastaların o günkü işlevselliklerini anlatışları ile yatış öncesi işlevselliklerini betimleyişleri arasında çok fark yoktu. Sonuçta, bir tanı konmuş olmasının yaratacağı olası toplumsal damgalanma etkisinin farkında olmamız gereğine rağmen, bu sorun bazılarının inandığı kadar ciddi bir sorun olmayabilir.

SINIFLANDIRMA VE TANININ DEĞERİ

Çeşitli tipte anormal davranışın birbirlerinden farklı olacağı varsayımından hareketle bunların sınıflandırılması gerektiğini söyleyebiliriz, çünkü bu farklılıklar çeşitli davranış bozukluklarının nedenleri ve tedavileri konusunda ipuçları taşıyabilir. Örneğin, bir zihinsel gerilik türü olan fenilketonüri, fenilalanin adlı proteinin metabolizmasında bir eksiklik sonucu beyne zarar veren metabolitlerinin salınımı ile ortaya çıkar; fenilalaninden kısıtlı bir diyet bu hasarı bir ölçüde azaltır. Ancak, Mendels'in (1970) dediği gibi, "zihinsel geriliği olan 100, hatta 1000 kişiyi alsak ve tümüne fenialaninden yoksun diyet uygulasak alacağımız yanıt anlamsız olacaktır ve diyet etkili bir tedavi olarak değerlendirilemeyecektir. Öncelikle, fenilketonüri adlı bir zihinsel gerilik alt tipinin tanımlanması gerekmekte, daha sonra bu alt grupta fenilalaninden yoksun diyetin etkisi araştırılmaktadır ki böylelikle bu grupta bu diyetin zihinsel geriliğin gelişimini önlediği gösterilmiştir."

Kategorilerin oluşturulması bilgi birikimini de sağlayabilir; öyle ki, bir kategori oluşturulduğu zaman o kategori hakkında yeni bilgiler elde edilebilecektir. Bu kategori henüz kanıtlanmamış varsayımsal bir kategori olsa dahi, bu konuda yeni bütüncül bilgilere ulaşmayı kolaylaştıran bir basamak olabilir. Ancak bir tanı kategorisi oluşturulduktan sonra bu tanımlamaya uyan insanlar üzerinde, onların sorunlarının gelişiminden sorumlu etkenleri açıklığa kavuşturmaya ve bu sorunların çözümü için gerekli tedavileri geliştirmeye yönelik araştırmalar yapılabilir.

TANIYA İLİŞKİN ÖZGÜL ELEŞTİRİLER

Psikiyatrik sınıflandırmaya ilişkin daha özgül eleştiriler de yapılmaktadır. Bu eleştirilerin en önemlileri, birbirlerinden ayrık tanı kategorilerinin yeri olup olmadığı, bunların güvenilir ve geçerli olup olmadıkları konularındadır. Bu eleştiriler daha çok DSM-I ve DSM-II düzeylerindedir. Bu bölümün sonunda, daha sonraki DSM'lerin bu eleştirileri nasıl karşıladığını gözden geçireceğiz.

AYRIK KLİNİK BÜTÜNLÜK YA DA SÜREKLİLİK

DSM **kategorik bir sınıflandırma** sunmaktadır; yani bu sınıflandırmada bir "evet-hayır" yaklaşımı söz konusudur. Hasta şizofrenik midir, değil midir? Ayrık tanı bütünlükleri önerdiği için, bu tür bir sınıflandırmanın normal ve anormal davranış arasında dikkate alınması gereken sürekliliğe izin vermediği öne sürülebilir. Bu tartışmada sürekliliği savunanlar normal ve anormal davranışın niteliksel değil yalnızca şiddet ya da yoğunluk açısından, yani niceliksel bir farklılık gösterdiğini savunmaktadır. Dolayısıyla, ayrık tanı kategorileri yanlış bir süreksizlik izlenimi doğurmaktadır.

Diğer yandan, **boyutsal sınıflandırmada,** sınıflandırılan nesneler ya da bütünlükler niceliksel bir boyutta (örn., bir kaygı ölçeğinde 1'den 10'a; 1 en düşük, 10 ise en yüksek kaygıyı göstermek üzere) derecelendirilmektedir. Sınıflandırma, hastanın ilgili boyutlarda değerlendirilmesini ve belki de, bir koordinatlar sistemi içinde her bir boyuttaki yerinin belirlenmesini kapsamalıdır. Boyutsal bir sistem niceliksel bir boyut üzerinde bir kesme noktası ya da eşik değeri belirleyerek kategorik bir sisteme dönüştürülebilir. Bu, boyutsal sistemin bir üstünlüğüdür.

Açıkçası, bu boyutsal sistem DSM'nin tanılarını oluşturan birçok semptoma uygulanabilir. Örneğin, kaygı, depresyon ve kişilik bozuklukları bölümünde ifade edilen ve birçok insanda değişik derecelerde bulunabilen, üstelik DSM'nin kategorik modeline tümüyle uymayan birçok kişilik özelliği bu semptomlar arasındadır.

Ancak, boyutsal ya da kategorik sınıflandırma sistemleri arasında tercih yapmak, başlangıçta göründüğü kadar kolay değildir. Bölüm 8'de ayrıntılarıyla tartışılan hipertansiyonu ele alalım. Kan basıncı ölçümleri bir süreklilik oluşturur ki bu da boyutsal yaklaşıma tamamen uyar. Oysa bazı kişileri, sorunun nedenlerini ve tedavi yollarını araştırmak için yüksek kan basınçlı kategorisine sokmanın yararlı olduğu kanıtlanmıştır. Benzer bir durum DSM kategorileri için de geçerli olabilir. Kaygı farklı kişilerde

farklı derecelerde bulunmasından dolayı boyutsal bir değişken olsa dahi, kaygıları çok şiddetli olan kişiler için bir tanı kategorisi oluşturulması yararlıdır. Böylesi bir kategori kaçınılmaz bir zorunluluktur; kesme noktasının tam nerede olacağı sorunu varsa da, her şeye rağmen bu kategori işe yarayacaktır.

Aynı zamanda görünürde boyutsal olan bir değişken, gerçekte altta yatan bir kategorik, ya da 'var-yok' sürecini temsil ediyor olabilir. Bu oldukça karmaşık bir tartışmadır; ancak, hipotetik bir durum üzerinden (tek genin yol açtığı hipertansiyon) bu tartışmanın lezzetine biraz da olsa varılabilir. Kan basıncı tek gen (var ya da yok) ve diyet, ağırlık, sigara, stres vb. gibi birçok çevresel etken arasındaki karmaşık bir etkileşim sonucu ortaya çıkar. Gözlenen kan basıncı boyutsal bir değişkendir, ancak aynı zamanda, hipertansiyon tek bir genin var ya da yok oluşuna göre gelişebilen kategorik bir değişkendir. Yalnızca yüzeydeki değişkeni gözleyebildiğimizi hatırlarsak, altta yatan kategorik bir süreç olduğunu nasıl söyleyebiliriz. Bu kitabın amaçlarının ötesinde olsa da, bu tür sorulara yanıt bulabilmek için karmaşık matematiksel işlemler geliştirildiğini belirtmeliyiz (örn., Meehl, 1986). Bu işlemler bazı tanılar için boyutsal ya da kategorik yaklaşımlardan hangilerinin daha uygun olduğunu sınamak için kullanılmaktadır (Tykra ve ark., 1995).

GÜVENİRLİK: BİR TANI SİSTEMİNİN KÖŞETAŞI

Bir tanı sisteminin ya da bir testin ya da herhangi bir ölçümün her uygulamada aynı bilimsel gözlem sonucunu verme derecesi o ölçümün **güvenirlik** derecesini gösterir. Güvenilir olmayan ölçeğe iyi bir örnek her kullanıldığında boyu değişen elastik bir cetveldir. Bu tür bir cetvel aynı nesnenin boyu her ölçüldüğünde farklı değerler gösterecektir. Aksine, standart tahta cetvel benzeri güvenilir bir ölçek istikrarlı sonuçlar verecektir.

Değerlendiriciler arası güvenirlik iki değerlendiricinin bir olay hakkında vardıkları görüşbirliğinin derecesidir. Örneğin, davranım bozukluğu kuşkusu olan bir çocuğun arkadaşlarına karşı saldırgan olup olmadığını anlamak istiyorsunuz. Çocuğu teneffüslerde arkadaşlarıyla oynarken gözlemeye karar verebilirsiniz. Bu gözlemsel verilerinizin güvenilir olup olmadığını saptamak için en azından birbirlerinden bağımsız iki kişinin çocuğu oynarken gözleyip saldırganlık düzeylerine ilişkin gözlem yapmasını isteyeceksiniz. Bu gözlemcilerin ne derece görüş birliğine vardıkları değerlendiriciler arası güvenirlik derecesini verecektir.

Bir sınıflandırma sisteminin kullanışlı olabilmesi için, bu sistemi uygulayanların hangi durumun belirli bir tanı için özgül olup olmadığı konusunda görüş birliğinde olmaları gerekir. Örneğin, kaygı bozukluğu tanısı alan bir kişinin bir başka klinisyen tarafından da aynı tanıyı alması gerekir. Herhangi bir sınıflandırma sistemini değerlendirirken en temel ölçüt güvenirliktir. DSM-III öncesinde, güvenirlik kabul edilebilir düzeyde değildi, çünkü tanı koymak için gerekli ölçütler açıkça belirtilmemekteydi ve hastanın semptomlarını değerlendirme yöntemleri standardize edilmemişti (Ward ve ark., 1962). İlerde göreceğimiz gibi, günümüzdeki tanı kategorilerinin çoğunun güvenirliği iyidir.

TANI KATEGORİLERİ NE KADAR GEÇERLİDİR?

Bir tanı kategorisi oluşturulduktan sonra, bu kategori hakkında kesin ifadeler ve yordamalarda bulunup bulunamama, onun **geçerlik** testidir. Geçerlik ile güvenirlilik arasında özel bir ilişki vardır: Bir kategorinin güvenilirliği azaldıkça, bu kategori hakkında geçerli ifadeler kullanmak daha zorlaşır. Bir tanının güvenirliği tümüyle yeterli değil ise, geçerliğinin de yeterli olmayacağını bekleriz. Örneğin, eğer dört klinisyen aynı hasta için dört farklı tanı koyuyorsa, onların tanıları da hem tedavi hem de prognoz (gidiş ve sonlanım) açısından geçerli yordamalar sağlamayacaktır.

Bir tanının üç çeşit geçerliği olabilir: etiyolojik, eşzamanlı ve yordayıcı. Bir tanının **etiyolojik geçerliği** olabilmesi için bu tanı grubunu oluşturan kişilerde aynı nedensel etkenlerin gösterilmiş olması gerekir. İkiuçlu bozukluğun kısmen kalıtsal olarak belirlendiği varsayımını dikkate alalım. Bu kurama göre, ikiuçlu bozukluğu olanların çocuklarında bu bozukluğun gelişme olasılığı ortalamaya göre daha yüksek olacaktır. Bölüm 10'da göreceğimiz gibi, bu kuramı destekleyen kanıtlar vardır ve bunlar bu kategoriye bir miktar etiyolojik geçerlilik sağlar.

Herhangi bir tanı için, bizzat tanının parçası olmayan semptom ve bozuklukların bu tanıyı alanların özellikleri arasında bulunması durumunda, o tanının **eşzamanlı (concurrent) ge-**

çerliği vardır. Şizofreni tanısı alanların çoğunun toplumsal ilişkilerinde sorunlar bulunması buna iyi bir örnektir.

Yordayıcı geçerlik o bozukluğu bulunanların gelecekteki davranışlarına işaret etmektedir. Bozukluğun özgül bir sonucu ya da gidişi olabilir; örneğin, yüksek oranda iyileşme ya da sorunların pek değişmeden sürmesi beklenebilir. Ayrıca, bu tanı grubundakilerin belirli bir tedaviye benzer yanıtlar vermeleri beklenebilir. Örneğin, ikiuçlu bozukluğu olan hastalar, lityum karbonat adlı ilaca oldukça iyi yanıt verme eğilimi gösterirler. Bu ilacın diğer tanı kategorilerindeki hastalarda etkili olmaması ikiuçlu bozukluk tanı kategorisinin yordayıcı geçerliliğini desteklemektedir.

Bu kitabı temel DSM tanı kategorileri çerçevesinde düzenledik, çünkü bunların bir ölçüde geçerlik taşıdıklarına inanıyoruz. Ancak, bazı kategorilerin diğerlerine göre geçerlikleri daha yüksektir; bunları ilgili bölümlerde tartışacağız.

DSM VE TANIYA İLİŞKİN ELEŞTİRİLER

DSM-III ve DSM-III-R ile başlayan süreçte daha güvenilir ve geçerli tanı kategorileri oluşturulmasına çaba gösterilmiştir. Eksen I ve Eksen II'deki her tanı kategorisinin özellikleri ve semptomları DSM-II'dekine göre çok daha geniş olarak betimlenmiştir. Her bozukluk için temel özellikler ve ardından laboratuar bulguları (örn., şizofrenide ventrikül genişlemesi) ya da fizik muayene bulguları (yeme bozukluğu olanlarda elektrolit dengesizliği) gibi ilgili özellikleri betimlenmiştir. Daha sonra, başlangıç yaşı, gidiş, yaygınlık, cinsiyet oranı, ailesel örüntü ve ayırıcı tanı (o bozukluğun, semptomları açısından benzerlik gösteren bir başka bozukluktan nasıl ayrılacağı) gibi konularda araştırma bulgularına dayanan bilgiler verilmektedir. Artık, aynı bozukluğun değişik kültürlerde nasıl farklı semptomlar gösterebileceği konusuna daha çok özen gösterilmektedir. Örneğin, hem şizofreninin (örn., sanrı ve varsanılar) hem de depresyonun (örn., çökkün mizaç ve ilgi istek yitimi) temel belirtileri farklı kültürlerde birbirlerine benzemektedir (Draguns, 1989). Ancak, suçluluk duygusu Batı toplumlarında sık görülen bir semptom iken Japonya ve İran gibi ülkelerde sık değildir. Benzer biçimde, depresyon, Latin kökenlilerde, başağrısı ya da "sinir" gibi semptomları da sıklıkla içermektedir. (Odak 3.2. kültürün etkilerine daha duyarlı olabilmek için DSM'de gösterilen çabaları özetlemektedir). Son olarak, o kategori için *tanı ölçütleri* (tanı koymak için bulunması gereken semptom ve diğer özellikler) daha net bir biçimde ifade edilmiş ve herhangi bir tanıyı oluşturan semptomlar bir sözlükte verilmiştir. Tablo 3.3'te, bir manik epizodun DSM-II'de yapılan betimlemesi ile DSM-IV'deki tanı ölçütleri karşılaştırılmaktadır. Buradan da görüleceği gibi, DSM-IV'te tanı koymak için gerekli veriler çok daha ayrıntılı ve somuttur.

Depresyonun çekirdek semptomları kültürler arasında benzer görünür. Ancak suçluluk duygusu Japonya'da Batı kültürlerinden daha az görülür.

DSM ölçütlerinin açıklıkla belirlenmesinin, tanısal güvenirlik sorunlarının kaynağı olan betimlemedeki belirsizlikleri azaltması beklenebilir ki bu da güvenirliği arttıracaktır. Güvenirliği arttıran bir diğer etken de, tanı için gerekli bilgilerin standart, puanlanan görüşmelerin kullanılmasıyla elde edilmesidir (bu tür görüşmeler bir sonraki bölümde geniş bir biçimde ele alınmaktadır) DSM-lll-R'nin güvenirlik değerlendirmeleri Tablo 3.4'te ayrıntılı olarak sunulmaktadır; değişik tanı kategorilerinin güvenirlikleri farklılık göstermekle birlikte, temel tanı kategorileri için oldukça kabul edilebilir düzeylerdedir. Kaygı bozukluklarına ilişkin görece düşük değerler, bu bozuklukları değerlendirmek için geliştirilmiş görüşme araçlarının kullanıldığı diğer çalışmalarda daha yüksek çıkmaktadır (Dinardo ve ark., 1993). DSM-IV tanıları için veriler henüz

ODAK 3.2 DSM-IV'DE ETNİK VE KÜLTÜREL DEĞERLENDİRMELER

DSM"nin önceki baskıları psikopatolojide etnik ve kültürel değişikliklere dikkat etmemekle eleştirilmişlerdi. DSM-IV kültürel duyarlığını üç yolla artırmaya çalışmıştır: (1) elkitabının ana kısmına her bozukluk için kültürel ve etnik faktörlerin tartışıldığı bir bölüm eklenmiştir; (2) kültür ve etnik kökenin rolünü değerlendirmek için ekte genel bir çerçeve sağlamıştır ve (3) kültüre bağlı sendromları tanımlayan bir ek tanımlanmıştır.

Klinisyenlerin farkında olmaları gereken kültürel meseleler arasında terapist ve hasta arasındaki dil farklılıkları ve hastanın duygusal sıkıntısını kültürel olarak nasıl ifade ettiği gelmektedir. Örneğin birçok kültürde keder ya da kaygı psikolojik terimlerden çok fiziksel terimlerle tanımlanır—"Kalbimden hastayım" ya da "Kalbim çok ağır ". Bireyler ayrıca kendi kültürel ya da etnik gruplarını tanımlama dereceleri açısından da farklılık gösterirler. Bazıları çoğunluk kültürüne asimile olmaya değer verirken diğerleri kendi etnik ardalanları ile sıkı bağlar içinde olmayı isterler. Genelde klinisyenlere kültür ve etnik kökenin tanıyı ve tedaviyi nasıl etkilediği konusunda daima uyanık olmaları tavsiye edilir, ki bu konu gelecek bölümde tartışılmaktadır.

DSM aynı zamanda, özgül bir DSM-IV tanısına bağlanabilecek ya da bağlanamayacak garip dayanışların ve sıkıntı veren yaşantıların lokasyona bağlı örüntülerini tanımlamıştır. İzleyenler Kuzey Amerika'daki klinik uygulamalarda olabilecek bazı örneklerdir.

amok *- Bir derin düşünme dönemini şiddetin ve hazan insan öldürmeyle sonuçlanan patlamaların izlediği disosiyatif bir dönem. Dönem bir hakarete uğramayla başlama eğilimindedir ve esas olarak erkekler arasında bulunur. Kötülüğe uğradığına dair sanrılar genellikle vardır. Terim Malazya'cadandır ve sözlükte "katletmeye ilişkin çılgınlık olarak tanımlanmaktadır: okuyucu muhtemelen "amok koşusu" tümcesiyle de karşılaşmıştır.*

Beyin yorgunluğu (brain fag) *- Köken olarak Batı Afrikaya aittir, bu terim lise ya da üniversite öğrencilerinin akademik baskıya tepki vermede tanımladıkları bir koşulu anlatır. Semptomlar yorgunluğu, kafada ve boyunda gerginliği, görmenin bulanmasını içerir. Bu sendrom belli kaygı, depresif ve somatoform bozukluklarına benzer.*

dhat *- Hindistan da meni boşalmasıyla bağlantılı aşırı kaygı ve hipokondriye işaret etmek üzere kullanılır.*

Hayalet hastalık (ghost sickness) *- Bazı Amerikan yerli kabileleri erkeklerinde görülen ölümle ve ölmüş kişilerle aşırı zihin meşguliyeti.*

koro *- Güney ve Doğu Asya' da da bildirilen ve penisin ya da memelerin vücutta tersine dönmüş olduğu ve muhtemelen ölüme yol açacağı olasılığına dair yoğun bir kaygı dönemi.*

Terapist, kültürel farklılıkların hastaların sorunlarını anlatım biçimleri üzerindeki etkilerini dikkate almalıdır.

yeterli değilse de, bunların güvenirliklerinin de tablodakilere benzer düzeylerde oldukları görülmektedir.

Buraya kadar DSM'nin olumlu yönlerini ele aldık. Uygun tanısal güvenirliliğe ulaşılması dikkate değer bir başarı olsa da, sorunlar bitmemiştir. Örneğin, tanısal kararların verilmesi için gerekli kuralların ideal olup olmadıkları net değildir. Örneğin Tablo 3.3'ü incelersek, mani tanısı koyabilmek için hastaların yedi semptomdan üçünü taşımaları (eğer duygudurumları huzursuz ise dört) gerektiği anlaşılmaktadır. Fakat neden iki ya da beş değil de, üç semptom (Finn 1982)? Aynı, bir hastanın yüksek tansiyonu olup olmadığına karar verilirken yapıldığı gibi, DSM tanısı koyma kuralları içinde de bir ihtiyarilik (is-

TABLO 3.1 DSM-IV Çok Eksenli Sınıflandırma Sistemi

DSM-II (APA, 1968, S. 36)

Manik-depresif hastalık, manik tip. Bu bozukluk manik dönemlerden oluşmaktadır. Bu dönemler aşırı coşku, huzursuzluk, konuşkanlık, düşünce uçuşması, motor aktivite ve konuşmada hızlanma. Bazen kısa depresif dönemler olabilir, ancak bunlar hiçbir zaman gerçek depresif dönemler değildir.

DSM-IV (APA, 1994)

Manik Dönem Tanı Ölçütleri

A. En az bir hafta süren (hastane yatışını gerektiriyorsa herhangi bir süre), olağandışı ve sürekli, yükselmiş, taşkın ya da huzursuz, ayrı bir duygudurum döneminin bulunması
B. Duygudurum bozukluğu dönemi sırasında, aşağıdaki semptomlardan en az üçü (ya da daha fazlası) (duygudurum huzursuz ise dördü) belirgin derecede bulunur:
   (1) benlik saygısında aşırı artma ya da büyüklük
   (2) uyku gereksiniminde azalma (örneğin, yalnızca 3 saatlik bir uykudan sonra kendisini dinlenmiş hisseder)
   (3) her zamankinden daha konuşkan olma ya da baskılı konuşma
   (4) düşünce uçuşmaları ya da düşüncelerin yarışıyor gibi birbiri ardına gelmesi yaşantısı
   (5) dikkat dağınıklığı (yani, dikkat, önemsiz ya da ilgisiz bir dış uyarana çok kolaylıkla çekilebilir)
   (6) amaca yönelik etkinlikte artma (toplumsal yönden, iş ya da okul ortamında, cinsel açıdan) ya da psikomotor ajitasyon
   (7) kötü sonuçlar doğurma olasılığı yüksek, zevk veren etkinliklere aşırı katılma (örneğin, elindeki bütün parayı alışverişe yatırma, düşüncesizce cinsel girişimlerde bulunma ya da aptalca iş yatırımları yapma)
C. Bu semptomlar Karışık Dönemin tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.
D. Bu duygudurum bozukluğu, mesleki işlevsellikte, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde belirgin bir bozulmaya yol açacak ya da kendisine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için hastaneye yatırmayı gerektirecek denli ağırdır ya da psikotik özellikler gösterir.
E. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örneğin, Kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç ya da diğer bir tedavi yöntemi) ya da genel tıbbi bir durumun (örneğin, hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

Not: Somatik antidepresan tedavinin (örneğin, ilaç, elektrokonvülsif tedavi, ışık tedavisi) açıkça neden olduğu manik benzeri dönemler İkiuçlu I Bozukluğu göstergesi olarak ele alınmamalıdır. Bu bilgiler izinli olarak DSM-IV. 1994. APA' dan alınmıştır.

TABLO 3.4 Bazı DSM tanılarının güvenirlikleri (Williams ve ark., 1992).
Tablodaki sayılar bir istatistik değeri olan kappa'yı göstermektedir. Kappa şansa bağlı olarak beklenebilecek görüş birliğinin ne derecede üstünde bir değer elde edildiğini gösteren bir ölçüttür. Kappa'nın .70 üzerinde oluşu genellikle iyi kabul edilir.

Tanı	*Tanı*
İkiuçlu (Bipolar) Bozukluk	.84
Major Depresyon	.64
Şizofreni	.65
Alkol Kötüye Kullanımı	.75
Anoreksiya Nervoza	.75
Bulimiya Nervoza	.86
Panik Bozukluk	.58
Sosyal Fobi	.47
Eksen V	İGD=55

teğe bağlılık) söz konusudur. Ayrıca, günlük kullanımda Eksen I ve II tanılarının güvenirlikleri bu kadar yüksek olmayabilir; çünkü, tanı koyanlar, araştırmacılar kadar ince eleyip sık dokumayabilirler. Öte yandan, DSM'nin güvenirliğinin artması geçerliğini de *arttırabilir,* ama *böyle olacağının* garantisi yoktur. Öyle ki, koyulan tanılar hasta hakkında kullanışlı bir bilgi vermiyor olabilir. Üstelik DSM-IV'e göre yapılan değerlendirmelerde öznel etkenler hâlâ rol oynamaktadır. Yine, Tablo 3.3'teki manik sendrom ölçütlerini ele alalım. Duygudurumun anormal derecede ve sürekli olarak coşkulu olması tam olarak ne demektir? Ya da, acı verecek sonuçlar doğurma potansiyeli yüksek olan haz verici etkinliklerde bulunmak hangi düzeyde aşırıdır? Başka

bir örnek; Eksen V'te klinisyen hastanın şimdiki işlevselliğini değerlendirmelidir. Burada, klinisyen, ortalama birisine göre, hasta için uyumlu davranışın ne olduğuna karar vermektedir. Böylesi bir değerlendirme hem kültürel yanlılıkların hem de, klinisyenin, ortalama bir insanın belirli bir durumda ya da yaşam evresinde nasıl davranması *gerektiği* konusundaki kişisel görüşlerinin karar verme sürecine karışmasına açıktır (C.B. Taylor, 1983). Bir erkek terapist, bekâr, 55 yaşında kadın bir hastayı kadın bir terapistten farklı ele alabilecektir; örneğin, kadın terapist bu hastanın çocuğunun olmayışını erkek terapiste göre daha olumsuz değerlendirebilecektir.

Son olarak, DSM sınıflandırmasındaki tüm değişiklikler olumlu değildir. Okumayı ya da matematiği öğrenmedeki zorluk bir psikiyatrik bozukluk olarak sınıflandırılmalı mıdır? DSM, kapsamını genişleterek, birçok çocukluk çağı sorunlarını, yeterli kanıt olmadığı halde, psikiyatrik bozuklukların içine sokmuştur.

Özetlersek, DSM sürekli olarak gelişmekteyse de, mükemmel olmaktan çok uzaktır. Bu kitap boyunca, çeşitli bozukluklar hakkındaki yayınları gözden geçirdikçe, sağlık profesyonellerinin ruhsal bozuklukları kategorize etme konusundaki bu çabalarının zayıf- güçlü yönlerini değerlendirmemize ve DSM- IV'ün halen varolan bazı sorunları nasıl ele aldığını görmemize olanak veren yeni fırsatlar olacaktır. DSM'nin en çok cesaretlendiren özelliği, tanı kurallarını berraklaştırma yönündeki girişimlerin tanı sistemindeki sorunları saptamayı kolaylaştırmasıdır. Önümüzdeki yıllarda, yeni değişiklikler ve inceltmeler bekleyebiliriz.

ÖZET

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından basılan Tanı ve İstatistik Elkitabı (DSM)'nın yeni baskıları, ruh sağlığı profesyonellerince yürütülen, çeşitli psikopatolojilerin sınıflandırılması çabalarının sürmekte olduğunu göstermektedir. Burada, yeni bir özellik çoğul eksenli sistemdir: Klinisyen her tanıda hastanın durumunu beş eksen ya da boyuta göre betimler. Eksen I ve II'de, ruhsal bozukluklar; Eksen III'te söz konusu olan ruhsal bozuklukla ilgili fiziksel bozukluklar belirtilir; Eksen IV'te ise, kişinin yaşadığı psikososyal ve çevresel sorunlar değerlendirilir ve Eksen V'te ise, kişinin güncel uyum düzeyi derecelendirilir. Çoğul eksenli tanının, hastanın ruhsal durumunu çoğul boyutlu ve daha kullanışlı bir biçimde betimlediği düşünülmektedir.

Anormalliğe ilişkin sınıflandırmalar değerlendirilirken bazı genel ve özel sorunlar dikkate alınmalıdır. DSM'nin yeni baskıları DSM-II'ye göre çok daha somut ve betimleyici olduğu için, bunlara dayalı tanılar çok daha güvenilirdir. Tanının, bozukluğun diğer özelliklerini, örneğin, gidişi ve sonlanımını, ne kadar yordadığını gösteren geçerlik ise hâlâ tartışmalı bir konu olarak kalmaktadır. DSM-IV'ün yaygın olarak kullanılması sonucunda, psikopatoloji, bunların tedavisi ve önlenmesi konusunda daha yararlı bilgiler kazanıp kazanamayacağımıza ilişkin karar vermek için henüz çok erkendir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel Elkitabı
çokeksenli sınıflama
kategorik sınıflama
boyutsal sınıflama
güvenirlik
değerlendiriciler arası güvenirlik
geçerlik
etiyolojik geçerlik
eşzamanlı geçerlik
yordayıcı geçerlik

Max Papart, "Liberty," 1981

4

KLİNİK DEĞERLENDİRME İŞLEMLERİ

Çeviri: Doç. Dr. Buket Erkal

PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME
- Klinik Görüşmeler
- Psikolojik Testler
- Davranışçı ve Bilişsel Değerlendirme

BİYOLOJİK DEĞERLENDİRME
- Beyin Görüntüleme: Beyni "Görme"
- Nörokimyasal Değerlendirme
- Nöropsikolojik Değerlendirme
- Psikofizyolojik Ölçme

DEĞERLENDİRMEDE GÜVENİRLİK VE GEÇERLİK
- Güvenirlik
- Geçerlik

KÜLTÜREL FARKLILIK VE KLİNİK DEĞERLENDİRME
- Değerlendirmede Kültürel Yanlılıktan Kaçınma Stratejileri

DAVRANIŞIN TUTARLIĞI VE DEĞİŞKENLİĞİ

ÖZET

Bu kitap, içki ve evlilik sorunları olan bir polis memurunun öyküsü ile başladı ve bir önceki bölüm bu adama konan tanı ile sonlandı. Bununla beraber DSM tanısı sadece bir başlangıç noktasıdır. Yanıtlanması gereken daha birçok soru bulunmaktadır. Ernest neden böyle davranmaktadır? Duygu durumundaki dalgalanmalar ve şiddet patlamaları gerçek bir bozukluğa mı işaret etmektedir? Neden karısının kendisine olan sevgisinden şüphe etmektedir? Evlilik çatışmalarının çözümlenmesi için ne yapılabilir? Ereksiyon halini sürdürme zorluğu psikolojik ya da fizyolojik etkenlerden mi kaynaklanmaktadır? Yoksa her ikisinin de mi etkisi vardır? Okulda ve mesleğinde zihinsel potansiyeline uygun davrandı mı? Ne tip bir tedavi ona en uygun olacaktır? Tedavide ne gibi eng0ellerle karşılaşılabilir? Evliliği kurtarılabilir mi ya da kurtarılmalı mı? Bunlar terapi öncesi ruh sağlığı uzmanlarının dikkate getirdikleri sorulardır. Klinik değerlendirme, yanıtları bulmalarında yardımcı olur. Tüm klinik değerlendirme işlemleri, az veya çok, kişide ne gibi bozukluklar olduğunu, sorun ya da sorunlara nelerin neden olmuş olabileceğini ve bireyin içinde bulunduğu durumun düzeltilmesi için ne gibi adımlar atılabileceğini bulmanın biçimsel yollarıdır. Bu işlemlerin bazıları, terapötik müdahalelerin etkilerini değerlendirmek için de kullanılırlar.

Bu bölümde - bazıları hala gelişimlerinin ilk aşamasında olan - çok yaygın olarak kullanılan psikolojik ve biyolojik değerlendirme tekniklerini tanımlayacak ve tartışacağız. Tüm değerlendirme yaklaşımlarını etkileyen, uzun vadede duyguların, düşüncelerin ve davranışların tutarlı veya değişken olup olmadıkları konusunun önemine eğilerek bitireceğiz.

Değerlendirmenin bazen ihmâl edilen kültürel değişkenlik rolü ve klinisyen yanlılığı gibi yönlerini de tartışıyoruz. Bu tartışmada, Bölüm 3'te tartışılan tanı konusunda ilk olarak adı geçen iki kavramın, güvenirlik ve geçerliğin, değerlendirmede anahtar rol oynadıkları da açıklık kazanacaktır.

PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME

Psikolojik değerlendirme teknikleri, psikopatolojik işlevlerdeki bilişsel, duygusal, kişilik ve davranışsal etkenleri saptamak üzere tasarlanıp geliştirilmişlerdir. Değerlendirme tekniklerinin çoğunun Bölüm 2'de sunulan paradigmalardan çıktığını göreceğiz. Burada birçoğu psikodinamik yapıda olan psikolojik testlerle davranışçı ve bilişsel değerlendirme tekniklerini tartışıyoruz.

KLİNİK GÖRÜŞMELER

Çoğumuzla bir vakit görüşmeler yapılmıştır da bunları, birer sohbet veya karşılıklı konuşma şeklinde geçtiğinden, görüşme olarak adlandırmamışızdır. Sokaktaki vatandaş için *görüşme (mülakat)* sözcüğü, büyük ölçüde yapılanmış resmi bir konuşmaya işaret eder. Ancak biz bu terimin, karşılıklı konuşmaya dayanan; bu konuşmada görüşmecinin, konuşma dilini karşısındaki, yani görüşen ya da danışan, hakkında bilgi toplamak amacıyla başlıca rol olarak kullandığı herhangi bir kişilerarası etkileşme olarak tanımlamayı daha yararlı buluyoruz. O halde, bir üniversite öğrencisine yaklaşmakta olan başkanlık seçimlerinde kime oy vereceğini soran Gallup anketörü, bu öğrencinin hangi adayı tercih ettiğini öğrenmek gibi sınırlı ve belirli bir amaçla onunla bir görüşme yapmaktadır. Bir hastaya en son hastaneye yatışındaki koşulların nasıl olduğunu soran klinik psikolog da aynı şekilde bir görüşme yapmaktadır.

Bir **klinik görüşmenin,** günlük konuşmadan ya da anketten ayrıldığı bir yön belki de görüşmecinin, yanıtlayan kişinin soruları *nasıl* yanıtladığına ya da yanıtlamadığına dikkat etmesidir. Örneğin eğer bir danışan evlilik çatışmalarını tekrar ele almaktaysa, klinikçi onun anlattıklarına eşlik eden her duyguya genellikle dikkat edecektir. Eğer evliliğin öyküsünde yaşadığı zor bir duruma ilişkin herhangi bir rahatsızlık belirtisi göstermiyorsa, yanıtları, büyük olasılıkla, ağlama türü bir tepki gösterdiğinden daha farklı olarak yorumlanacaktır.

Bir görüşmeci hangi paradigma doğrultusunda hareket ediyorsa, bu, onun gözettiği bilgiyi, onu nasıl topladığını ve nasıl yorumladığını etkiler. Psikanaliz eğitimi almış bir klinisyenin, kişinin çocukluk tarihçesini soruşturması beklenebilir. Bu klinisyen, hastasının sözel bildirimlerine de kuşkuyla bakabilir; çünkü analitik paradigma ruhsal rahatsızlığı olan veya olmayan normal kişilerin gelişimsel tarihçelerinin en önemli yönlerinin bilinçaltına bastırıldığını savunur. Bekleneceği gibi, toplanan bilginin nasıl yorumlandığı da paradigmadan etkilenmektedir. Aynı şekilde, davranışçı yönlenimdeki bir klinisyenin de kişinin davranışındaki değişmelerle ilişkili olabilecek (örn., kişinin kaygı duyduğu koşullar) şim-

diki çevresel koşullara odaklanması beklenir. O halde klinik görüşme, belirli tek bir yönerge doğrultusunda yapılmaz; görüşmecinin benimsediği paradigmaya göre değişir. Bilimciler gibi klinikçiler de sadece aradıkları bilgiyi bulma peşindedirler.

İyi klinik görüşmeler yapabilmek büyük beceri gerektirir; çünkü bu tür görüşmeler büyük stres altında olan insanlarla yürütülür. Kuramsal yönlenimlerden bağımsız olarak klinisyenler danışan ve görüşenle iyi bir ilişki (rapport) kurulmasının öneminin farkındadırlar. Görüşmeci, kişinin güvenini kazanmalıdır; bir danışanın karşısındaki otorite figürüne, başında "Dr." olsa da kolayca açılarak bilgiler vereceğini sanmak saflık olur. Danışan, çok samimi olarak, belki de çaresizlikle, bir uzmana kişisel sorunlarını anlatmak istese bile, bunu yardımsız yapamayabilir. Psikodinamik yönlenimli klinikçiler, terapiye giren insanların genellikle kendilerini gerçekten neyin rahatsız ettiğinin farkında bile olmadıklarını ileri sürerler. Davranışçı klinisyenler daha çok gözlenebilene odaklaştıkları halde, sıkıntılarının sorumlusu olan etkenleri ayırdetmede hastalarının yaşadıkları zorlukları dikkate alırlar.

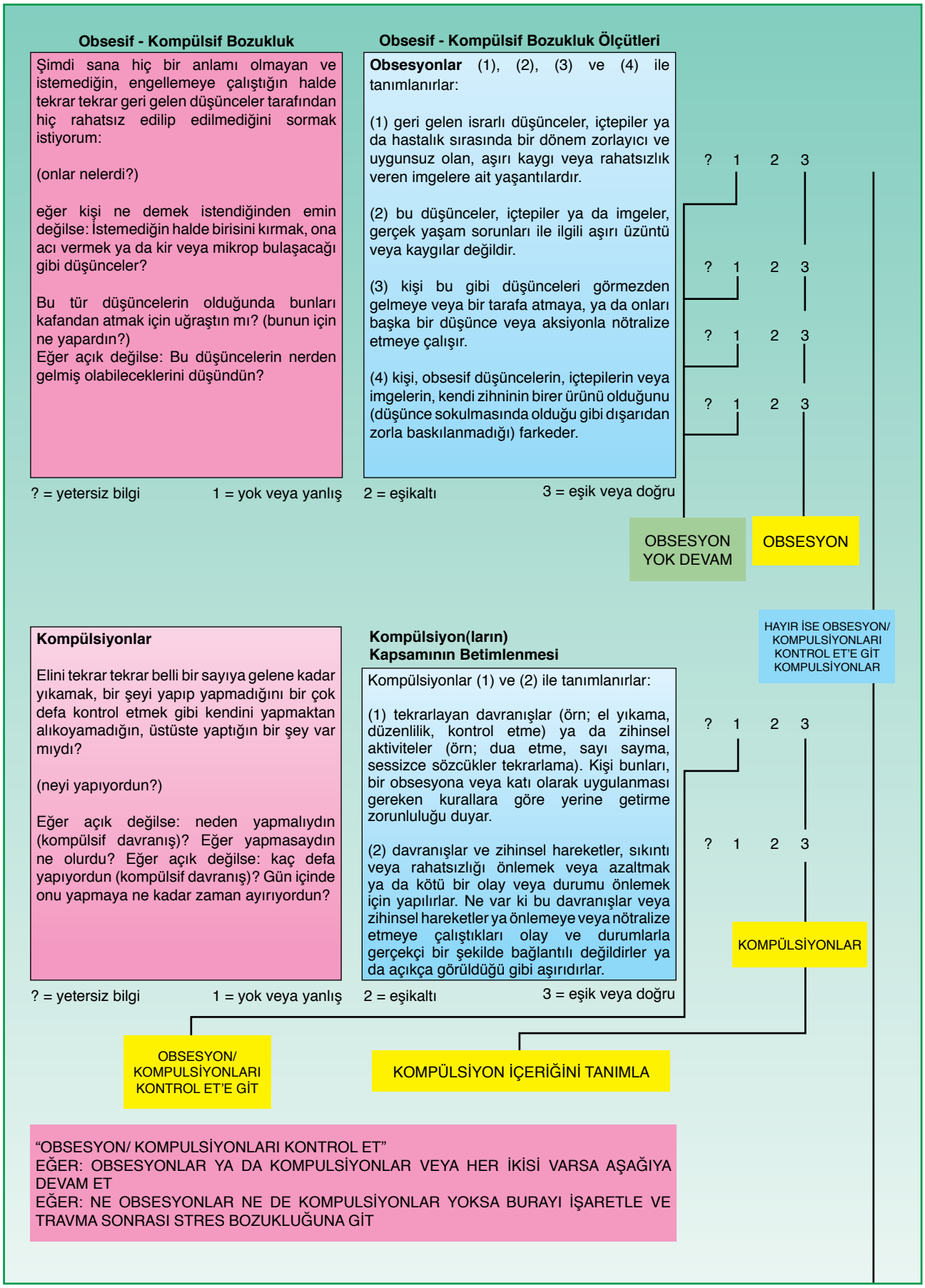
Klinisyenlerin çoğu danışanlarıyla, kendilerini ortaya koymalarını sağlamak, kaygılarını etraflıca ele alabilmelerini cesaretlendirmek ve bir sorunu çeşitli yönleriyle inceleyebilmelerini kolaylaştırmak için empati kurarlar. İnsancıl terapistler, bu amaçları gerçekleştirmek için belirli empati tekniklerini kullanırlar. Danışanın söylediklerinin basit bir özetinin yapılması, üzücü, acı veren veya utandırıcı olay ve duyguların anlatılmasının sürmesini, kesintiye uğramamasını sağlar. Kişisel açılmalara gösterilen kabul edici tutum, "kalbin derinliklerindeki sırların (London, 1964)", bir başkasına verilmesinin kötü sonuçlar doğuracağı korkusunun dağılmasını sağlar.

Görüşme klinisyene kayda değer bir bilgi kaynağı olabilir. Anormal psikolojisi ve psikiyatri için görüşmenin önemi kuşkusuzdur. Ancak, titizlik ve sabırla toplanan bilginin güvenirliği her zaman pek açık değildir. Klinisyenler sık sık hastanın ne söylediği ve ne yaptığı üzerinde büyük etki yapabilecek *durumsal* etkenler üzerinde pek durmazlar. Bir an için, bir ergenin, genç, rahat giyimli bir psikolog ve yine altmış yaşlarında, iş giyimli bir başka psikolog tarafından sorulan "yasal olmayan ilaçları ne sıklıkta kullanırsın?" sorusunu nasıl yanıtlayacağını düşünün.

Görüşmeler yapılanma derecelerine göre değişirler. Uygulamada çoğu klinisyen muhtemelen en belirsiz taslaklardan yola çıkarak hareket eder. Bilginin tam anlamıyla *nasıl* toplandığı büyük ölçüde görüşmeciye ve aynı zamanda da danışanın tepkiselliğine ve tepkilerine kalmaktadır. Yıllara dayanan klinik deneyim ve hem öğretim hem de öğrenci ve meslektaşlardan öğrenilenler, her klinisyenin danışanına en çok yarar getirecek bilgiyi elde etmesine ve bunu yaparken de kendini rahat hissetmesini sağlayacak soru sorma yollarını geliştirmesine katkıda bulunur. Böylece, bir görüşme ne kadar yapısız olursa, görüşmeci o kadar sezgiye ve genel anlamda deneyime dayanacaktır. Bunun bir sonucu olarak, ilk klinik görüşmelerin güvenirliği muhtemelen düşük olacaktır. Yani, aynı hasta hakkında iki ayrı görüşmeci farklı sonuçlara ulaşabilir ve klinik görüşmelerin büyük bir çoğunluğu gizlilik ilişkisi çerçevesinde yapıldığından, geçerliliklerinin sistematik araştırmalarla ortaya konması mümkün olmamıştır.

Acımasız bir yargıda bulunmaktan kaçınmak için resme daha geniş bir açıdan bakmamız gerekir. Yapılandırılmamış tek bir klinik görüşmenin hem geçerliği hem de güvenirliği gerçekten de düşük olabilir. Ancak klinisyenler genellikle bir hastayla birden fazla görüşme yaparlar ve muhtemelen de kendini düzeltici süreç bundan böyle devreye girmiş olur. Klinisyen, hastanın daha ilk görüşmede söylediklerini geçerli sayabilir fakat daha sonra, altıncıda bunların doğru olmadığını ya da kısmen doğru olduklarını farkedebilir.

Bazen ruh sağlığı uzmanları özellikle DSM'ye dayalı tanı koyabilmek için standart bilgi toplama gereksinimindedirler. Bu gereksinimi karşılamak üzere araştırmacılar, klinikçilere ve araştırmacılara tanı koymada yardımcı olan DSM - IV için yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID) gibi (Spitzer, Gibbon & Williams, 1996) birtakım yapılandırılmış görüşmeler geliştirmişlerdir. Yapılanmış veya yapılandırılmış bir görüşme, görüşmeci için hazırlanmış bir dizi soruyu içeren kitapçıktır. SCID, dallanan bir görüşmedir: yani danışanın verdiği tepki bir sonraki soruyu hazırlar. SCID ayrıca görüşme sırasında ne zaman daha fazla ayrıntı için müdahale edileceğine ve başka bir tanıya yöneltici sorulara ne zaman geçileceğine dair ayrıntılı yönergeleri de kapsar. Çoğu belirtiler üç noktalı şiddet ölçeğinde derecelendirilir ve görüşme programında belirti derecelerinin doğrudan tanıya çevrilmelerini öngören yönergeleri de içerirler. Obsesif - kompulsif bozukluğa (6. Bölümde tartışılacaktır) ait ilk



Şekil 4.1 *SCID'den örnek madde. New York Devlet Psikiyatri Kurumu Biyometri Araştırma Birimi. Copyright 1996 by the Board of Trustees of the Leland Stanford Junior University. Reprinted by permission of Stanford University Press.*

baştaki sorular Şekil 4.1'de gösterilmiştir. Görüşmeci obsesyonları sormakla işe başlar. Eğer yanıtlar 1 oranındaki dereceyi çıkarıyorsa (yok), görüşmeci kompülsiyon sorularına döner. Eğer hastanın yanıt veya tepkileri 1 oranında derecelenecek nitelikteyse, görüşmeci travma sonrası stres bozukluğuna yönelmesi için uyarılır. Öte yandan, obsesif-kompulsif bozukluk için pozitif tepki veya yanıtlar çıkarsa (2 veya 3), görüşmeci aynı soruna ilişkin sorularla görüşmeye devam eder. SCID gibi yapılandırılmış görüşmelerin kullanılması, Bölüm 3'te tarif ettiğimiz tanı güvenirliğinin iyileştirilmesinde başlıca etkendir.

PSİKOLOJİK TESTLER

Psikolojik testler, bir kişinin belirli bir iş veya göreve ait performansını ya da kişiliğini ölçmek üzere tasarımlanmış standartlaştırılmış işlemlerdir. Bu testler değerlendirme sürecini yapılandırmaktadır. Aynı test aynı insanlara değişik zamanlarda uygulanır ve toplanan yanıtlar veya tepkiler, belirli tipte insanların nasıl davranabileceklerini belirlemek üzere analiz edilirler. Yeterli veri toplanır toplanmaz testin istatistiksel normları oluşturulabilir. Bu sürece **standardizasyon** denir. Belirli bir hastanın tepkileri daha sonra bu istatistiksel normlarla karşılaştırılabilir. Belli başlı üç tip psikolojik test inceleyeceğiz. Bunlar, kendini bildirim (self- report) kişilik envanterleri, projektif kişilik testleri ve zekâ testleridir.

KİŞİLİK ENVANTERLERİ

Bir **kişilik envanterinde,** incelenmekte olan kişinin, kendini bildirim soru dizgesini - anket - doldurması istenir. Bu soru dizgesinde, kişiye uyup uymadıkları açısından önemli olan davranışsal alışkanlıkları değerlendirici ifadeler bulunur. Bu ölçeklerin içinde belki de en iyi bilinenlerinden biri **Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri'dir (MMPI).** Ölçek, 1940'lı yıllarda Hathaway ve McKinley (1943) tarafından geliştirilmiş ve 1989'da gözden geçirilmiştir (Butcher ve ark.,1989). Psikopatolojiyi masrafsız yoldan saptama amacıyla geliştirilen ölçeğin, *çok yönlü* olarak adlandırılması, birden fazla bozukluğu aynı zamanda değerlendirme özelliğinden kaynaklanmaktadır. Yıllar geçtikçe MMPI, bireysel klinik görüşmeler yapmanın elverişli olmadığı durumlarda geniş gruplara uygulanır hale gelmiştir.

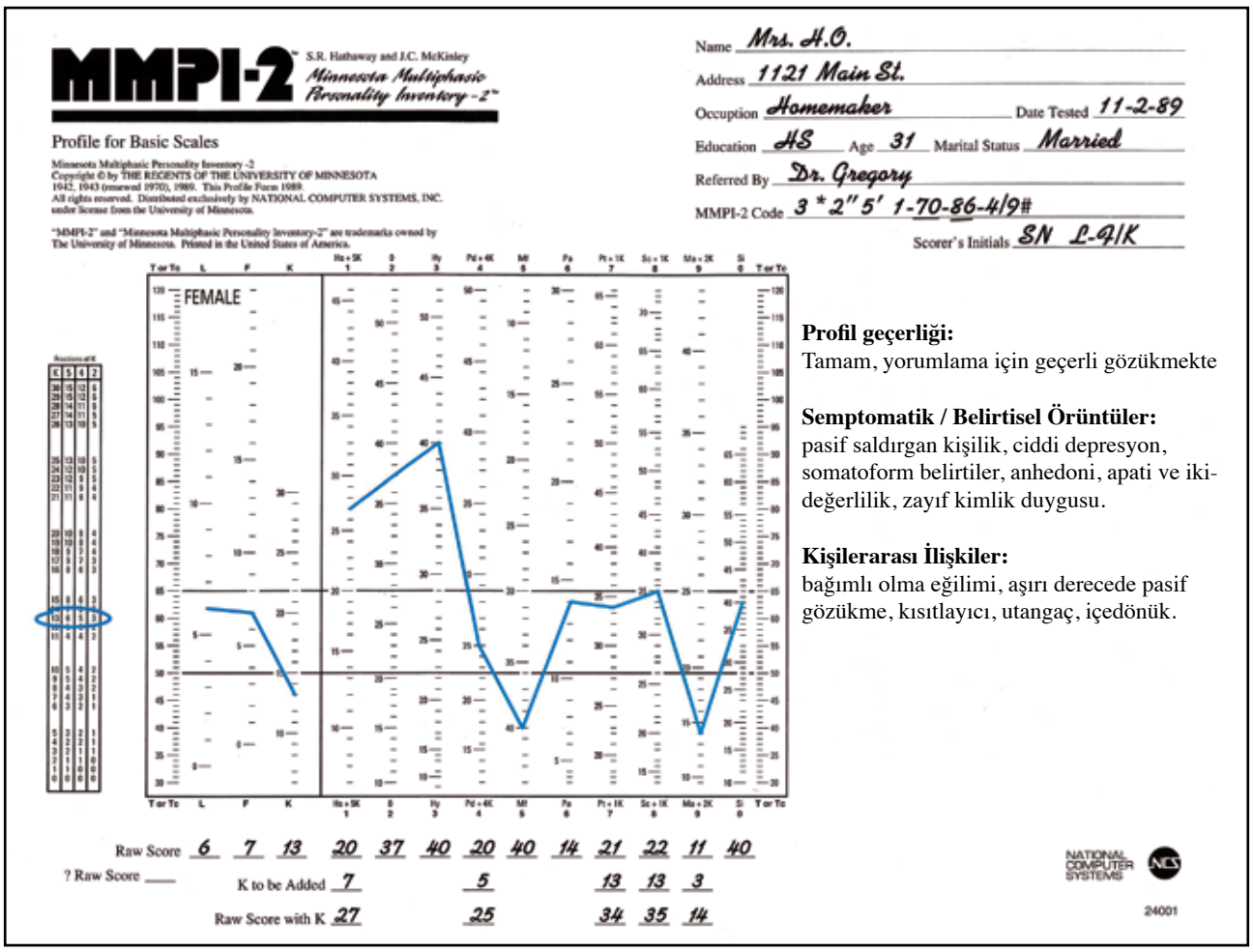
Testi geliştirirken araştırmacılar gerçek olaylara dayanan bilgileri esas almışlardır. İlk olarak, birçok klinikçi çeşitli davranışsal veya zihinsel sorunun göstergesi olduğunu düşündükleri ifadeleri sağlamışlardır. İkinci olarak, bu ifade veya maddeler hâlihazırda belirli bir psikopatoloji tanısı almış olan hastalar tarafından ve normal olarak tanımlanan büyük bir grup insan tarafından, kendilerini betimleyip betimlemedikleri yönünde derecelendirilmişlerdir. Hastaları ayırdeden maddeler saklanmış; yani bir klinik grupta olan hastalar başka bir hasta grubunda olan kişilerden daha sık olarak birtakım soruları yanıtlamışlarsa, o maddeler seçilmiştir. Ek düzeltmelerle, bu maddelerden oluşturulan takımlar, belirli bir tanı grubunun belirleyicisi ölçek haline getirilmiştir. Tablo 4.1'de MMPI'ı oluşturan on altölçek tanımlanmıştır. Eğer birey daha önce bir tanı grubunun yapmış olduğu gibi bir ölçekteki maddelerin çoğunu yanıtlamışsa, davranışının bu belirli tanı grubuna uyduğu veya benzediği düşünülür. Her ne kadar asıl MMPI, DSM deki psikiyatrik sınıflama sistemindeki değişimlere bağlı olarak psikiyatrik tanılara eskisine oranla daha az uyum gösterir hale gelmiş olsa da, altölçekler yine de oldukça uyumlu sonuçlar vermektedir. Örneğin Winters, Weintraub, ve Neale (1981), MMPI'ın DSM-IM'teki şizofreni tanısını yordamada başarısız kaldığını buldular.

Gözden geçirilmiş MMPI-2 (Butcher ve ark.,1989), geçerlik ve kabul edilebilirlik düzeyini iyileştirmeye yönelik kayda değer bazı değişiklikleri içerir. Elli yıl öncesinin orijinal örneklemi, Afrika kökenli Amerikalılar ve yerli Amerikalılar da dâhil olmak üzere ırksal azınlıkları temsil etmemekteydi. Standardizasyon örneklemi beyaz erkek ve kadınlarla, özellikle de köylü Minnesota'lılarla kısıtlıydı. Yeni uyarlama daha geniş ve 1980 Birleşik Devletler nüfus sayım rakamlarına uygun örneklem kullanılarak standartlaştırıldı. Cinsel imâlar, sindirim sistemi faaliyetleri ve aşırı dinsellik içeren bazı maddeler, belirli sınama bağlamlarında gereksiz zorlayıcı ve itiraz edilebilir olarak yargılandıklarından çıkarıldılar. Cinsel içerikli sözcükler ve modası geçmiş deyimler de ayıklandı. Yeni birkaç altölçek, madde kötüye kullanımı, A tipi davranış ve evlilik sorunlarını içermektedir. Yoksa MMPI-2, genel biçimi, aynı ölçek puanlarını ve profillerini vermesi (Ben - Porath & Butcher, 1989; Graham, 1988) ve genelde zaten orijinal MMPI'la ilgili mevcut zengin yayın malzemesinin hâlâ sürmesi ile orijinal ölçeğe çok benzemektedir (Graham, 1990). Değişik ölçeklere ait benzeşen maddeler Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

TABLO 4.1 MMPI 2'deki Maddelerle Benzeşen Maddelerin Tipik Klinik Yorumlamaları

Alt Ölçeka	*Örnek Madde*	*Yorum*
? (bir şey söyleyemem)	Yanıtlanmamış veya hem doğru hem yanlış olarak işaretlenmiş maddeler.	Yüksek bir puan baştan savmacılığı, okuma güçlüğünü veya testin sonuçlarını geçersiz kılan başka sorunları ifade eder. Çok yüksek bir puan ciddi bir depresyon veya obsesif eğilime işaret edebilir.
L (yalan)	Tanıştığım herkesi onaylarım (doğru)	Kişi, iyi gözükmeye, kendini ideal kişiliğe sahip biri gibi göstermeye çalışıyor
F (seyreklik)	Herşey tatlı tadında (doğru)	Kişi anormal gözükmeye çalışıyor, belki de klinisyenden özel ilgi almak için.
K (düzeltme)	Benim için herşey bundan iyi gidemezdi (doğru)	Kişi tedbirli, teste karşı savunucu, yetersiz, uyumsuz gözükmekten kaçınıyor
1.Hs (hipokandri)	Vücudumda nadiren çınlama sesi duyarım (doğru)	Kişi olası fiziksel rahatsızlık işareti olabileceği düşüncesiyle bedensel duyumlara aşırı duyarlı ve dikkatli
2.D (depresyon)	Bence hayat her zaman yaşamaya değer (yanlış)	Kişi umutsuz, karamsar, üzgün, kendini değersiz ve yetersiz hisseder.
3.Hs (histeri)	Belli bir nedeni yokken sık sık kaslarım seğirir (doğru)	Kişinin fiziksel nedenlere bağlı gibi gözükmeyen bedensel yakınmaları var. Ayrıca talepkâr ve histeriyonik
4.Pd (psikopati)	insanların hakkımdaki düşüncelerine aldırmıyorum (yanlış)	Sosyal normları çok az dikkate alıyor, sorumsuz, sadece yüzeysel ilişkileri var
5.Mf (erkeklik-dişilik)	Çiçeklere bakmak hoşuma gidiyor (doğru -kadın)	Geleneksel olmayan cinsiyet özellikleri gösteriyor. Örn., yüksek puan alan erkekler duyarlı, sanatkâr eğilimli, yüksek puanlı kadınlar isyankar ve atılgan
6.Pa (paranoya)	Yakalanma korkusu olmasa bir çok insan yalan söyler ve aldatır (doğru)	Başkalarını yanlış yorumlamaya yatkın, kuşkucu, kıskanç; içten pazarlıklı, intikamcı
7.Pt (psikasteni)	Tanıdığım birçok insan kadar yeterli değilim (doğru)	Aşırı kaygılı, kendinden kuşkulu, ahlakçı ve genellikle obsesif kompülsif
8.Sc (şizofreni)	Bazen başkalarının duymadığı kokular duyuyorum (doğru)	Tuhaf duyumsal yaşantıları ve inançları var, sosyal olarak içine kapanık
9.Ma (hipomani)	Bazen başkalarının müthiş bulacağı birşey yapmak için güçlü bir istek duyuyorum (doğru)	Aşırı ihtirasları var ve hiperaktif, sabırsız ve rahatsız edici olabilir
10.Si (sosyal içe dönüklük)	Yalnız başıma zaman geçirmektense başkalarıyla olmayı yeğlerim (yanlış)	Çok mütevazi ve utangaç, tek başına yapılabilecek aktiviteleri yeğliyor.

[a]İlk dört ölçek testin geçerliliğini verir. Numaralanmış ölçekler ise klinik veya içerik ölçekleridir. Kaynak: S.R. Hathaway J.C. ve Mc-Kinley (1943): Butcher ve ark., (1989)'dan alınmıştır.



Şekil 4.2 *Hipotetik MMPI - 2 Profili*

Birçok başka kişilik envanteri gibi MMPI da şimdilerde bilgisayarda uygulanabilmektedir. Testi puanlayan ve testi yanıtlayanlarla ilgili ilginç fıkra ve öyküler sağlayan ticari bazı MMPI servisleri bulunmaktadır. Geçerlik ve kullanılabilirlik yönünden çıktılar programın ancak kendisi kadar iyidir; bu da programı yazan, hazırlayan psikolog ne kadar deneyimli ve yeterliyse, o kadar iyidir anlamına gelir. Şekil 4.2'de hipotetik bir profil görülmektedir. Bunun gibi profiller, tanı koymada, kişilik işlevlerini ve başa çıkma tarzlarını değerlendirmede ve tedaviyi engelleyecek bazı engellerin tanınmasında terapiste yardımcı olması için onunkilerle birlikte kullanılabilirler.

Hastayı normal gösterecek yanıtların kolayca keşfedilir olup olmadıklarını merak edebiliriz. Çağımızın yüzeysel anormal psikoloji bilgisi, ağır psikolojik sorunları olan birini dahi normal görülebilmek için kapı kollarındaki mikroplar hakkında çok rahatsız olduğunu açıklamamaya uyarıcı niteliktedir. Bu testlerin amaçlarının dışına çıkarılabileceklerine dair kanıtlar bulunmaktadır. Ancak, çoğu test koşulunda, insanlar tepki veya yanıtlarını sahteleriyle değiştirmek istemektedirler. Dahası, Tablo 4.1'de gösterildiği gibi, testi geliştirenler, MMPI'ın bir bölümü olarak, kendilerine geçerlik ölçekleri denen, kasıtlı tepki yanıltmalarını saptayan birkaç ölçeği katmışlardır. Bunlardan biri olan yalan ölçeğinde, kendini çok iyi durumdaymış gibi göstermeye çabalayan birini tuzağa düşürücü birçok madde bulunur. Yalan ölçeğindeki bir madde, "her gece gazetelerin baş makalelerini okurum" şeklinde olabilir. Buradaki sayıltı ancak birkaç kişinin böyle bir maddeyi dürüst olarak uygun bulacağıdır. O halde yalan ölçeğindeki maddelerin büyük bir kısmını onaylayan ya da uygun bulanlar kendilerini özellikle iyi halde göstermeye çalışmaktadır. Diğer ölçeklerden aldıkları puanlara genellikle olduklarından daha fazla kuşkuyla bakılır.

Tematik algı testindeki bir karta danışanın bir öyküyle tepki vermesi. Rorschach gibi bu projektif test de bilinçaltı çatışmaların ve düşüncelerin ortaya çıkmasını sağlamak üzere tasarlanmıştır.

PROJEKTİF KİŞİLİK TESTLERİ

Projektif test, kişiye standart uyarıcıların sunulduğu psikolojik değerlendirme aracıdır. Bir mürekkep lekesi ya da çizim şeklinde olabilen bu uyarıcılar, standart tepkilere yol açmayan, değişik ve kişisel tepkilerin verilmesine olanak tanıyan belirsiz uyarıcılardır. Burada sayıltı, uyarıcıların yapılandırılmamış olmaları nedeniyle, hastanın vereceği tepkilerin birincil olarak bilinçdışı süreçlerden kaynaklanacağı ve gerçek tutum, güdülenme ve davranış tarzlarını ortaya koyacağıdır. Bu görüş, **projektif hipotez** diye anılır. Örneğin, Rorschach testinin uyarıcılarından birinde gözler gördüğünü bildiriyorsa, buradaki projektif hipotez, hastanın paranoya eğilimi gösterme eğiliminde olabileceğidir. Bu teknik, psikanalitik paradigmadan yola çıkılarak geliştirilmiştir. **Rorschach Mürekkep Lekesi Testi** ve **Tematik Algı Testi,** projektif teknikler arasında en bilinen iki tanesidir. Rorschach testinde testi alan kişiye sırayla her seferinde bir tane olmak üzere on kart gösterilir ve bu şekil veya nesnelerde ne(ler) gördüğü sorulur. On kartın yarısı siyah, beyaz ve de gri gölgelidir. İkisinde ek olarak kırmızı serpmeler vardır; üçü pastel renklerden oluşur.

Tematik Algı Testinde (TAT), testi alana bir dizi siyah-beyaz resimlerden oluşan kart, yine her seferinde bir tane olmak üzere sırayla gösterilir ve hastadan her gördüğü resim ile ilgili bir hikaye anlatması istenir. Örneğin eğer hasta bir mağaza vitrinindeki modaya uygun giydirilmiş mankenleri seyreden buluğa girmek üzere olan bir kız gördüğünde, bu kızın ailesi ile ilgili öfkeli yakıştırmaları içeren bir öykü anlatıyorsa, klinisyen projektif hipotez doğrultusunda, hastanın kırgın ve kızgın olduğu kendi ebeveyninden söz ettiğini çıkarsayacaktır.

Projektif testlerin kullanılmasının ardında yatan sayıltı, yanıtların, hastanın kendisine doğrudan sorulsa gerçek duygularını açıkça söylemeye hevesli olmayacağı ya da olamayacağıdır. Psikanalitik yönenimli klinisyenler bu testlere sıkça başvururlar. Bu, insanların hoş olmayan duygu ve düşüncelere karşı kendilerini savunmak için bunları bilinçaltında bastırdıkları varsayımı ile tutarlı bir eğilimdir. Böylece, bastırma savunma mekanizmasını bertaraf etmek ve bozukluğun temel nedenlerine inmek adına bir testin esas amaçlarının neler olması gerektiği pek açıklık kazanmamış oluyor. Gerçekten de asıl sorun bu olmalı; çünkü psikanalitik kuram en önemli etkenin bilinçdışı olduğunu ileri sürer.

Projektif veya yansıtma hipotezinin kullanımı resmi testlerle sınırlı değildir. Psikanalitik yönenimli bir meslektaşımız, daha ilk görüşmede danışan hakkında hipotez geliştirmek için onu kullanabilir. Kendisi, danışan veya hastalarını, birçok oturma yerinin olduğu geniş bir ofiste görür. Bu ofise hastasını ilk getirdiğinde, ona oturacağı yeri kendisi göstermez. Terapist böyle bir durumda yeni bir hastanın oturacağı yeri seçmesinden bir şeyler öğreneceğine inanmaktadır. Yaklaşımımız daha az psikanalitik olduğundan, biz bu taktiği, bir gün gelip de içimizden birinin yeni bir hastası ofise girip, kendisine nereye oturacağı daha söylenmeden cesur ve kararlı

Rorscach testinde danışana bir dizi mürekkep lekesi gösterilir ve her birinde ne gördüğü sorulur.

İsviçreli psikiyatr Hermann Rorschach (1884-1922) iki çocuğuyla yaptığı bir gezi sırasında çocuklarının bulutlarda gördüklerinin onların kişiliklerini yansıttığını farketti. Bu gözlem ünlü mürekkep lekesi testini getirdi.

Fransız psikolog Alfred Binet çocukların okulda nasıl olacaklarını yordamak üzere ilk ZB (IQ) testini geliştirdi.

adımlarla yazarın çalışma masasındaki koltuğa yönelene kadar, reddetmiştik. Sonradan anlaşıldı ki bu kişi terapiye girmek konusunda çok dirençliydi ve daha önceki seanslarda sürekli baskın ve kontrol edici olmaya çalışıyordu.

Yukarıda projektif testlerle ilgili söylenenler, onların nasıl kavramsallaştırıldıklarını ve kullanıldıklarını, yani ego savunmalarını kaldırmak üzere, sunulan belirsiz uyarıcılara hayali olarak bir öykü canlandırılmasını yansıtmaktadır. Kişinin tepkilerinin kapsamına içsel dinamiklerin bir *simgesi* olarak bakılmaktadır. Örneğin, Rorschach mürekkep lekelerinde kalça gördüğünü söyleyen bir adamın eşcinsel ilgilerinin olduğu düşünülebilir (Chapman & Chapman, 1969). Rorschach'ın başka kullanım şekillerinde, kişinin verdiği yanıtların daha çok *biçimi* üzerinde durulur (Exner, 1978). Test daha çok algısal bilişsel bir iş olarak düşünülür ve kişinin yanıtları, onun gerçek yaşamsal durumlarını algısal ve bilişsel olarak nasıl örgütlediğinin bir göstergesi ya da örneklemi olduğu düşünülür. Örneğin Erdberg ve Exner (1984), araştırmalara dayalı yayınlardan hareket ederek Rorschach tepkilerinde (örn., "adam uçağını kaçırmamak için koşuyor") büyük ölçüde insanın hareketlerini ifade eden bir danışanın, gereksinimleriyle başa çıkmada içsel kaynaklarını kullanma eğiliminde olduğu; öte yandan Rorscach testlerinde renge odaklaşanların ise ("kırmızı nokta bir böbrek") çevreleriyle etkileşime daha açık oldukları sonucuna varmışlardır. Rorschach, *Psikodiagnostics: A Diagnostic Test Based On Perception* (1921) adlı ilk el kitabında bu yaklaşımı önermişti; ancak on mürekkep lekesini bastırdıktan sadece sekiz ay sonra öldü ve onun yakın takipçileri başka test yorumlama yöntemlerini geliştirdiler.

Her ne kadar çoğu klinik uygulamacı hala Rorschach yanıtlarını çözümlemede projektif hipotezi temel alıyorlarsa da, Exner'in çalışmaları akademik araştırmacılar arasında epey ilgi çekmektedir (Shontz & Green, 1992). Ancak yine de birçoğu testin geçerliğine ve güvenirliğine ilişkin eleştirilerini dile getirmekten geri kalmamaktadır (Gann, 1995; Nzworski & Wood, 1995; Wood, Nezworski & Stejskal, 1996).

Roberts Çocuklar İçin Algı Testi (1982), projektif testlerin kullanımda nasıl daha standart, nesnel puanlamaya dayalı değerlendirme araçları olarak gelişebileceklerini göstermektedir. Tematik Algı Testine benzer olarak, bu testte de çocuğa, aile ve çocukların resimleri gösterilir. Testi alan çocuk bu resimlerin her biri için bir öykü anlatır. TAT puanlaması daha çok izlenimlere ve standart olmayan işlemlere dayanırken, Roberts testi, nesnel puanlama ölçütlerine sahip olmanın yanısıra, tepki örüntüsünün anormal olup olmadığını belirleyebilecek normatif bir veri tabanını da içerir. Örneğin; "küçük kız çok hasta ve kimsenin ona yardıma gelmeyeceğinden korkuyor", yanıtı puanını *kaygı ölçe-*

ğin den alabilir. Eğer çocuk, "anne üzgün çünkü baba evi terk etmiş ve geri gelmeyecek" yanıtını vermişse puanını *depresyon ve reddetme ölçeğinden* alabilir. Bu testin kendine özgü bir özelliği, çocuğun başa çıkma becerilerine ait bilgi içeren ölçeklerinin olmasıdır. Örneğin; "oğlan annesinden ev ödevlerini yapmak için yardım istedi ve anne, öyküsünü yazmasına yardımcı oldu" yanıtı, hem *başkalarına güvenme* hem de *başkalarından destek alma ölçeklerinde* puanlanacaktır.

ZEKÂ TESTLERİ

Bir Fransız psikoloğu olan Alfred Binet, Paris okul idare heyetine, okullarda hangi çocukların özel öğretim gereksinimlerinin olduğunun yordanması konusunda yardımcı olmak için ilk orijinal zihinsel yetenek veya zekâ testlerini geliştirdi. O zamandan başlayarak zekânın ölçümü, psikolojinin en geniş endüstri alanlarından biri olarak gelişimini sürdürdü. Bazen **zihinsel yetenek testi** veya IQ testi de denen **zekâ testi,** kişinin mevcut zihinsel yeteneğini değerlendirmek için geliştirilen standart ölçü aracıdır. Akademik Yetenek Testi (Scholastic Aptitude Test / SAT), Lisansüstü Eğitim Sınavı (Graduate Record Examination / GRE) ve Wechsler Yetişkinler İçin Zekâ Ölçeği (WAIS) ve Stanford - Binet gibi bireysel olarak uygulanan testlerin hepsi, bireyin mevcut zihinsel işlevlerine ait bir örneklemin, onun okulda göstereceği performansı yordayacağı sayıltısına dayanır.

Bu testlerin başka kullanım alanları da vardır: öğrenme yetersizliklerini teşhis etme ve güçlü yanlar ile zayıflıkları akademik planlama yapabilmek için tanımlama; kişinin zihinsel geriliğinin olup olmadığını belirleme; okulda gerekli özel eğitimin sağlanabilmesi için parlak zekâlı çocukların saptanması ve nöropsikolojik değerlendirmelerin bir parçası olarak kullanılırlar. Örneğin, dejeneratif demansının olduğuna inanılan bir kişiye düzenli aralıklarla, zihinsel yetenekteki gerilemenin zaman içinde seyrinin izlenmesi için test verilmesi bu kapsamdadır. WAIS'in İspanyolca' daki uyarlaması neredeyse otuz yıldır kullanılmaktadır (Wechsler, 1968) ve İspanyol (Hispanic) kültüründen gelen insanların zihinsel işlevlerini değerlendirmede yararlı olabilir (Gomez, Piedmont & Fleming, 1992; Lopez & Romero, 1988; Lopez & Taussig, 1991).

IQ testleri, zekâyı oluşturan çeşitli işlevleri içerir. Bunlar: dil becerileri, soyut düşünme, sözsüz muhakeme, görsel-uzaysal beceriler, dikkat ve dikkati yoğunlaştırma (konsantrasyon) ve bilgi işlemenin hızı vb. IQ testlerinin çoğunda puanlama standart hale getirilmiştir. Böylelikle, ortalaması 100, standart sapması 15 veya 16 dır (ortalamanın altında ve üstünde puanların nasıl dağıldığının ölçümü). Böylece nüfusun yaklaşık %65'i, 85 - 115 arasında puan almaktadır. 70'in altında puan alanlar, nüfusun ortalamasının iki standart sapma altındadırlar ve "anlamlı orta altı genel zihinsel işlev" kategorisinde kabul edilirler. 130'un üzerinde puan alanlar (ortalamanın iki standart sapma üstünde), "parlak veya ileri zekâlı" olarak kabul edilirler. Nüfusun yaklaşık %2.5'u bu her iki aşırı uca düşmektedir. Bölüm 15'te IQ'su dağılımın aşağı ucuna düşen kişileri tartışacağız.

Kesin olarak konuşacak olursak, önemle akılda tutulması gereken, IQ testlerinin, psikologların tanımladığı zekâyı ölçtüğüdür. Ne de olsa bir IQ testinde yer alan görev ve maddeler psikologlar tarafından icat edilmişlerdir. Yoksa yazıtlar halinde gökten inmemişlerdir. Buna ek olarak saf zekâ olarak düşündüklerimizden başka etkenler de insanın okulda nasıl performans göstereceği üzerinde önemli bir rol oynamaktadır. Örneğin ailevi ve kişisel koşullar, iyi şeyler yapmaya güdülenme ve müfredatın zorluğu. IQ puanları ile okul performansı veya başarısı arasındaki korelasyon - her ne kadar istatiksel olarak anlamlıysa da - teknik olarak açıklandığında IQ testleri sadece okul başarısının küçük bir varyansını açıklar. Çok daha fazlası IQ ya da yetenek test puanları tarafından açıklanmaz. Son zamanlarda başlıca ilgi odağı, doyumun ertelenmesi ve başkalarının gereksinimlerine duyarlılık gibi yeteneklerle yansıtılan "duygusal zekâ" konusu olmuştur (Goleman, 1995). İnsanın işlevlerinin bu yönü, geleneksel IQ testleriyle ölçülen zihinsel başarılar kadar gelecekte önemli olabilir. Sonuç olarak, eğer okul sistemlerimizde önemli değişiklikler olacak olursa, zekâyı tanımlama ve değerlendirmede de benzer değişiklikleri bekleyebiliriz. Bu Bölümde daha sonra IQ testlerinin verilmesi ile ilgili bazı önemli konular üzerinde durulmaktadır.

DAVRANIŞSAL VE BİLİŞSEL DEĞERLENDİRME

Psikopatoloji ve tedavinin, giderek gelişen davranışçı ve bilişsel yaklaşımlarla incelenmesinin bir parçası olarak, Rorschach Mürekkep

Gözlenen Davranış	Gözlenen Davranış								
	1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*Σ*
1-Yürüyüş									
2- Sağa sola dönüşler									
3- Ayak hareketleri, sürümek									
4- Dizlerin titremesi									
5- İlgisiz el-kol hareketleri: sallama, kaşıma, oynama..vb									
6- Kaskatı kollar									
7- Kavuşuk eller: ceplerde, arkasında, birbirine geçmiş									
8- El titremeleri									
9- Göz temasının olmaması									
10- Yüz kaslarının gergin olması: ciddi, tikler, sırıtmalar									
11- Cansız yüz									
12- Solgun yüz									
13- Kızaran yüz									
14- Dudakları ıslatma									
15-Yutkunmalar									
16-Boğazı temizleme									
17- Derin nefes alma									
18- Terleme: yüz, eller, koltukaltı									
19- Ses titremeleri									
20- Konuşmanın kesilmesi ya da kekeleme									

Şekil 4.3 *Poul'ün (1960) performans kaygısı için düzenlediği Davranışsal İşaretleme Listesi*

Lekesi Testi, TAT ve MMPI'dan farklılaşan başka değerlendirme işlemlerine olan ilgi artmıştır. Bölüm 2, öğrenme araştırmacılarını ve davranışçıları, davranışın durumsal nedenleriyle ilgilenen kişiler olarak tanımlamakta; yani, belirli tepki ve davranışların öncesinde ve sonrasında yer alan çevresel koşullarla ilgilendiklerini belirtmektedir. Bilişsel açıklamalara giderek artan ilgi nedeniyle davranışçı klinisyenlerce yapılan değerlendirmelerde, kendini bildirimin de yer almasını bekleyebiliriz. Zira düşünceyi değerlendirmenin başlıca yöntemi, insanlardan gözleme dayanarak akıllarından geçenleri yansıtmaları ve bildirmelerinin istenmesidir.

Geleneksel değerlendirme, obsesif olma, paranoya, soğukluk, saldırganlık, vb gibi kişiliğin temelini oluşturan yapı ve treytlerin ölçülmesine odaklaşır. Öte yandan, davranışçı ve bilişsel yönelimli klinisyenler onları bazen UOTİ diye de anılan dört değişken kümesini değerlendirmeye yönelten bir yapı tarafından yönlendirilirler (Kanfer & Phillips, 1970). U, uyarıcı için kullanılır; sorun öncesi yer alan çevresel durumlardır. Klinisyen hangi durumların kaygı tepkisine neden olduklarını bilmeye çalışır. O, organizmaya ait demektir; "derinin altında" faaliyet gösterdiği varsayılan psikolojik ve fizyolojik etkenler kastedilir. Belki de hastanın yorgunluğu, bitkinliği, kısmen aşırı alkol kullanımından; ya da "ben hiçbir şeyi doğru yapamam, o halde niye deneyeyim" gibi ifadelerle gözüken, kendini küçültme veya aşağılamaya olan bilişsel eğilimden kaynaklanmaktadır. T, hangi davranışın sorunlu olduğunu, sıklığını, yoğunluğunu ve şeklini belirlemek zorunda olan davranışçı klinisyenlerin en çok ilgisini çeken açık, gözlenebilir davranış (tepki) için kullanılır. Örneğin bir danışan unutkan olduğunu ve işlerini bu yüzden zamanında yapamadığını söyler. Bununla telefonlara yanıt vermediğini mi anlatmak istemektedir? Randevulara mı gecikmektedir yoksa her ikisi de mi kastedilmektedir? En son olarak İ, izleyen değişkenler için kullanılır. Bunlar, belli bir davranışın ardından gelen ve onu pekiştiren ya da cezalandıran olaylardır. Danışan, korkulan bir durumdan kaçtığında, eşi ona anlayış gösterir ve onu hoşgörür mü? Böyle

yaparak onun korkularıyla yüzleşmesini engelleyebilir mi?

UOTİ etkenleri, davranışçı bir klinisyenin, belli bir danışan için belirlemeye çalıştığı etkenlerdir. Tahmin edileceği gibi "O" değişkenleri daha çok Skinner'cılar tarafından benimsenirler. "İ" değişkenleri, O değişkenlerine oranla bilişsel davranışçı terapistler tarafından daha az ilgi görür.

Davranışçı ya da bilişsel değerlendirme için gerekli olan bilgi, çeşitli yöntemlerle toplanır. Bunlar arasında, gerçek yaşamda olduğu kadar yapay ortamlardaki davranışların doğrudan gözlenmesi, görüşmeler, kendini bildirim ölçümleri ve diğer bilişsel değerlendirme yöntemleri sayılabilir. Şimdi bunlara bakalım:

Davranışsal değerlendirme bu resimde tek yönlü ayna önündeki gözlemci gibi sıklıkla davranışın doğrudan gözlenmesini içerir.

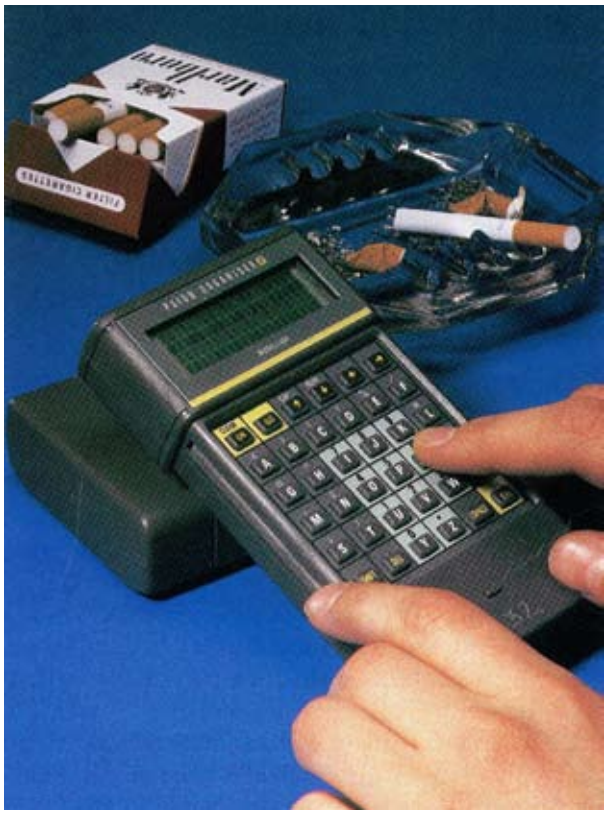
DAVRANIŞIN DOĞRUDAN GÖZLENMESİ

Davranışçı terapistlerin açık davranışların, değişik ortamlarda titizlikle gözlenmesine verdikleri önem pek şaşırtıcı değildir. Ancak sadece dışarı çıkıp *gözlem* yaptıkları varsayımında bulunmak, bu işi çok basite almak olur. Diğer bilimciler gibi onlar da olayları kendi bakış açılarıyla tutarlı bir çerçeveye oturtmaya çalışırlar. Aşağıda Gerald Patterson ve arkadaşlarının hazırladıkları bir vak'a raporundan (1969) alıntı verilmekte; Kevin adlı bir çocukla annesi, babası ve kız kardeşi Freida arasında gerçekleşen bir etkileşim örnek olarak sunulmaktadır.

Kevin, babasının oturduğu sandalyeye yaklaşır ve yanında durur. Baba kollarıyla Kevin'in omzunu sarar. Freida Kevin'e bakarken, o annesine dönerek, "yemekten sonra dışarı çıkıp oynayabilir miyim?" diye sorar. Anne yanıtlamaz. Kevin sesini yükselterek sorusunu tekrarlar. Anne, "bağırmana gerek yok, seni duyabiliyorum."der. Baba, "sana kaç kez annene bağırmamanı söylemiştim" der. Kevin kolundaki bir çürüğü kaşırken, anne Freida'ya bulaşıkları yıkamasını söyler; Freida da denileni yapar. Anne-kız mutfakta çalışırlarken Kevin de kolunu kaşımaya, ovuşturmaya devam eder (s.21).

Böyle serbest bir betimleme herhangi bir gözlemci tarafından sağlanabilir. Ancak kurallı, resmi bir **davranışsal gözlemde** gözlemci, davranış bölünmelerini gerekli yerlerde göstererek öğrenme çerçevesinde ilgili, uygun terimlerle tanımlamaya çalışır. "Kevin, normal bir ses tonuyla sorduğu soruyla etkileşmeyi başlatır. Ne var ki bu sıradan davranış, annenin kendisine sorulan soruya ilgisini yöneltmesiyle pekiştirilmemiştir; çünkü bir yanıt vermemiştir. Yanıt vermediği için de Kevin'in normal olan davranışı bitmiş, sorusunu bu kez bağırarak yinelemiştir. Anne bunu onaylamadığını belli etmiş - onu bağırmasına gerek olmadığını söyleyerek cezalandırmıştır. Bu cezalandırma baba tarafından Kevin'e annesine bağırmaması gerektiği konusundaki uyarılarını hatırlatmasıyla desteklenmiştir." Bu davranışsal ifade örüntüsü, bir çocuğun sorusunu ihmâl etmenin sonuçlarını gözler önüne sermektedir. Davranışçı terapist, hiç kuşkusuz ana-babaya Kevin'in normal bir sesle sorduğu sorularına ilgi ve dikkat göstermelerini tavsiye edecektir. Bu örnek, *müdahaleye* olan bağlantısı nedeniyle davranışçı değerlendirmenin önemli bir yönünü gösterir niteliktedir. Davranışçı klinisyenin bir durumu kavramsallaştırması, tipik olarak onu nasıl değiştirebileceğini de imâ eder.

Çoğu davranışın gerçekten yaşandığı haliyle gözlenmesi zordur ve nerede, ne zaman yer alacağını da çok az kontrol edebiliriz. Bu nedenle, bir çok terapist görüşme odalarında veya laboratuvarda yapay durumlar hazırlar; böylelikle danışan veya bir ailenin belli koşullarda nasıl davrandığını gözlemeyi amaçlarlar. Örneğin Barkley'in (1981), bir laboratuvar oturma odasında birlikte vakit geçiren bir anne ve hiperaktif oğlu vak'ası vardı. Bu odada komple bir koltuk takımı ve televizyon bulunmaktaydı. Oyuncaklarını toplama veya matematik problemlerini çözme gibi çocuğun yapması öngörülen bir dizi görev listesi anneye verilmişti. Tekyönlü aynanın arkasından gözlemciler, yer alan davranış ve gelişmelerini izlerken, çocuğun,



Kendi kendini izleme genellikle istendik davranışlarda artışa ve istenmedik davranışlarda azalmaya neden olur. Burada kişi sigara içmeyi izliyor ve el bilgisayarına bilgileri giriyor.

annesinin kendisini kontrol edici davranışlara karşı gösterdiği tepkilerle, aynı zamanda annenin de çocuğunun bunlara uyan ya da uymayan tepki ve davranışlarını kodladılar. Bu davranışsal değerlendirmeler, tedavinin etkilerini ölçmek için kullanılabilecek verilerin elde edilmesine yol açmaktadır.

Davranışsal gözlemler, danışanın doğal çevresindeki diğer önemli kişiler tarafından da yapılabilir. Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (Conners Teacher Rating Scale; Conners, 1969), öğretmenlere, sınıflarda çocuklar hakkında güvenilir davranışsal değerlendirme bilgileri elde etme olanağı verir. Örneğin; "çocuğun sınıfta sürekli kıpır kıpır" olup olmadığı ya da "dikkatsiz, kolayca dikkatinin başka yöne çekildiği" bilgilerine işaret eder. Achenbach Çocuk Davranış İşaretleme Listesi (Achenbach & Edelbrock, 1983) ebeveynlerin ya da öğretmenlerin, çocukların davranışlarını değerlendirmelerine olanak verir.

Betimlenen bu araştırmalar, çıkarsamacı kavramları içermeyen edimsel bir çerçevede gerçekleştirilmişlerdir. Ancak davranışsal değerlendirme teknikleri, aracı unsurların kullanıldığı bir çerçevede de uygulanabilir. Gordon Paul (1966), topluluğa konuşma yapanların kaygı düzeylerini değerlendirmekle ilgileniyordu. Bu heyecansal durumun göstergesi olan davranışların sıklığının sayımını yapmaya karar verdi. Temel ölçümlerden biri olan Performans Kaygısı için Zamanlanmış Davranış İşaretleme Listesi Şekil 4.3'te gösterilmiştir. Deneklerden, içlerinden bazılarının her otuz saniyede bir, konuşmada belirli yirmi davranışın yapılıp yapılmadığını kaydetmek üzere eğitilmiş değerlendiricilerin olduğu bir grup önünde konuşma yapmaları istenmiştir. Araştırmacı, deneklerin aldıkları puanları toplayarak kaygının davranışsal endeksi göstergesine ulaşmıştır. Bu çalışma açık davranışlara ait gözlemlerin, nasıl içsel bir durumu çıkarsamak için kullanıldıklarını gösteren bir örnektir.

Paul'ün çalışmasında, konuşmacı olmayanlar gözlemleri yapmıştır. Bir dönem de davranışçı terapistler ve araştırmacılar, insanların kendi davranışlarını gözlemlemesini ve çeşitli davranış veya tepki kategorilerini izlemelerini istemişlerdir. Bu yaklaşıma **kendini-izleme (self-monitoring)** denir. Kendini-izlemenin ilk uygulamaları, sigara içimini azaltmaya dönük araştırmalarda yapılmıştır. Deneklere, içinde her bir sigaranın yakıldığı zamanı kaydedecekleri, tedavi başlamadan önce, tedavi sırasında ve sonrasında taban çizelgesi olan bir kitapçık verilir (Davison & Rosen, 1968).

Her ne kadar bazı araştırmacılar, kendini-izlemenin bu gibi davranışların doğru ölçümlerini verebildiğini belirtiyorlarsa da, dikkati çekecek sayıda başka araştırmalar da davranışın, kendini izleme olgusuna bağlı olarak değişebileceğini belirtmektedir (Haynes & Horn, 1982). Yani kendini-izlemenin gerektirdiği kendilik bilinci, davranışı etkilemektedir. Gözleniyor olmak, davranışın değişmesine, yani **tepkimeye (reactivity)** neden olur. Genelde, sosyal konuşmalara katılma gibi istendik davranışların sıklığı çoğunlukla kendini-izlemede artar (Nelson, Lipinski & Black, 1976). Öte yandan sigara içmek gibi deneğin azaltmak istediği davranışlarda düşme olur (McFall & Hammen, 1971). Bu tür bulgular, terapatik müdahalelerin kendini-izlemenin doğal bir yan ürünü olan tepkimeden yararlanabileceklerini göstermektedir. Örneğin hiperaktif çocukların kendilerini izlediklerinde, sınıf içi çalışmalarda (Barkley, Copeland & Sivage, 1980) ve yaşıtlarıyla işbirliğine dayalı davranışlarda harcadıkları zaman miktarının arttığı gözlenmiştir (Hinshaw, Henker & Whalen, 1984).

GÖRÜŞMELER VE KENDİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇÜMLERİ

Davranışın doğrudan gözlenmesine duydukları tüm ilgiye karşın davranışçı klinisyenler hala danışanlarının gereksinimlerini değerlendirmek için görüşmeye ağırlık vermektedirler. Güvenli bir ilişkide davranışçı terapistin görevi, danışanın sorunlarının kavramsallaştırılmasına yardımcı olan UOTİ etkenlerini, yani görüşme sırasındaki duygusal tepkilerini, ustalıkla sorgulama ve dikkatli bir gözlemle saptamadır.

Davranışçı terapistler, kendini bildirim envanterlerinden de yararlanmaktadır. Örneğin McFall ve Lillesand (1971), kişinin mantıksız talepleri kabul etmemesine odaklaşan otuz beş madde içeren Çatışma Çözümleme Envanterini kullanmışlardır. Her madde, kişiden mantıksız bir şeyin istendiği belli bir durumu belirtmektedir. Örneğin, siz tam da sınavlara deli gibi çalışırken tanıdığınız biri odanıza usulca girer ve "ben çalışmaktan yoruldum, burada bir süre ara vermemin sence bir sakıncası var mı?"der. Deneklere böyle bir talebi ne dereceye kadar reddedebileceklerini ve de bunu yapmaktan duyacakları rahatlamayı belirtmeleri istenir. Bu kendini bildirim envanterine verilen yanıtlar, çeşitli sosyal becerilerle ilgili doğrudan gözleme dayanan veriler arasında bir ilişkinin olduğunu saptamıştır (Frisch & Higgins, 1986). Bu ve benzeri envanterler klinisyenler tarafından kullanılabilir. Bunlar, davranışçı araştırmacıların klinik müdahalelerin sonuçlarını ölçmelerine de yardımcı olmuştur.

BİLİŞSEL DEĞERLENDİRMEDE ÖZEL YAKLAŞIMLAR

Belki de en yaygın olarak kullanılan bilişsel değerlendirme yöntemleri, olumsuz değerlendirilme, mantıksız düşünmeye yatkınlık ve yaşam deneyimleri hakkında olumsuz çıkarsamalarda bulunma korkusu gibi çeşitli bilişlerin kapsandığı kendini bildirim anket veya soru listeleridir, "birisi sizi sınıfta eleştirdiği zaman aklınızdan ne gibi düşünceler geçer?" sorusu, görüşme sırasında danışana sorulabilecek bir soru olduğu gibi, kâğıt kalem kullanılan bir envanterde de sorulabilir. Görüşmelerde ve kendini bildirim envanterlerinde hastalara düşünceleri hakkında soru sorulduğunda, yanıtlarını zamanda geriye bakarak ve daha çok belirli durumlara ait genel düşüncelerini bildirecek şekilde vermelidirler.

Tüm değerlendirme türlerinde olduğu gibi, günümüz bilişsel değerlendirme yaklaşımlarındaki anahtar özellik, yöntemin geliştirilmesinde, değerlendirmenin amacına olduğu kadar birincil olarak kuram ve mevcut verilere dayanılmasıdır. Örneğin, depresyon hakkındaki araştırmaların çoğu, insanların bilinçli ya da bilinçdışı kendi kendilerine söyledikleri şeylerin yanısıra, davranışlarından ve sözel bildirimlerinden çıkarsanabilecek tutum ya da temel varsayımları içeren bilişlerle ilgilidir. Bölüm 10'da daha ayrıntılı inceleyeceğimiz gibi, bir bilişsel kuram (Beck, 1967), depresyona, insanların kendileri, çevreleri (dünyası) ve gelecekleri hakkındaki olumsuz düşüncelerin birinci derecede neden olduğunu ileri sürmektedir. Örneğin insanlar pek bir değerlerinin olmadığına ve işlerin hiç bir zaman daha iyiye gitmeyeceğine inanabilirler. Bu kötümser tutumlar ya da şemalar, depresyondaki insanların, etraflarında geçen olaylara getirdikleri yorumları yanlılaştırmaktadır. Öyle ki depresyonu olmayan birisi tarafından normal karşılanabilecek doğumgünü kartını postalamayı unutma gibi bir olayı atlama, depresyonlu bir kişi tarafından o kişinin değersizliğinin, işe yaramazlığının bir kanıtı olarak yorumlanır. Bilişsel değerlendirmeyi kullanan araştırmacılar, bu çeşitli bilişleri tanımlama işini yaparken, hem depresyon hastalarıyla birinci elden deneyimi olan uygulamacıların klinik raporlarındaki fikirlerinden, hem de bir sonraki bölümde tartışılan yöntemsel ilkelere dayalı kontrollü araştırmalardan yararlanırlar.

İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği (Dysfunctional Attitude Scale; DAS), "bir hata yaptığım takdirde insanlar benim için iyi şeyler düşünmeyecekler" gibi maddeleri içerir (Weissman & Beck, 1978). Araştırmalar, depresyonu olan ve olmayan insanların bu ölçekten aldıkları puanlara dayanarak gayet iyi ayırdedilebileceklerini; depresyonu azaltan müdahalelerden (yani iyileşmeden) sonra da puanların düştüğünü göstermiştir. Dahası ölçek, bilişin Beck'in kuramıyla tutarlı başkaca yönlerini de ölçmektedir. Örneğin Bilişsel Yanlılık Anketi (Cognitive Bias Questionnaire; Krantz & Hammen, 1974) adlı ölçü aracıyla aralarında korelasyon bulunmaktadır. Bu ölçek, depresyon hastalarının bilgiyi çarpıtma, bozma yollarını ölçmektedir. Çoğu, kendini bildirim ölçeği olan bu ve diğer ölçü araçları, Beck'in depresyon kuramının sınanmasında yardımcı olurlarken, belli bir puan örüntüsü yük-

seldiğinde de geçerlikleri sağlanmış olmaktadır. Bu, bir depresyon örnekleminin, kontrol örnekleminden daha yüksek düzeyde bilişsel çarpıtma gösterdiğinde olmaktadır (daha sonra tartışılacak olan yapı geçerliğine örnek). Biriken bilgiler, bu araçların geçerlik ve güvenirliklerinin oluşumuna yardımcı olmaktadır (Segal & Shaw, 1988).

Ancak deneklerin görüşmeciler tarafından sorulan sorulara ve geçmişteki belirli bazı durumlara ait düşüncelerini araştıran envanterlere verdikleri yanıtlar, olabilseydi şimdiki koşullarda verecekleri yanıtlardan farklı olabilecektir. Araştırmacılar, deneklerin belirli bazı koşullarla karşılaştıkları anlarda ortaya çıkan düşünce süreçlerini alabilme yolunda bir süredir çalışmaktadırlar (Parks & Hollon, 1988). Örneğin Ellis'in de yordayacağı gibi, sosyal ilişkilerde kaygılı olan birinin acaba gerçekte başkalarından gelecek eleştirileri felaketmiş gibi algılayacağını; öte yandan sosyal güveni olan birinin de böyle algılamayacağını gösterebilecek miyiz?

Davison ve arkadaşlarının Benzeştirilmiş Durumlarda Düşünce Yürütme (Articulated Thoughts in Simulated Situations; ATSS) yöntemi (Davison, Robins & Johnson, 1983), düşünceleri, oluş anında hemen değerlendirmenin bir yoludur. Bu işlem yolunda kişi, bir öğretim görevlisinin bir dönem ödevini eleştirmesini dinleyen biri gibi davranmaktadır. Ses bandındaki senaryo her on veya onbeş saniyede durup ara vermektedir. İzleyen otuz saniyelik sessizlikte bu katılımcı duyduğu sözcüğe bir tepki olarak aklından ne geçiyorsa onu yüksek sesle söylemektedir. Daha sonra banda kaydedilen sahne duraklamalarına, bu arada kişi de düşüncelerini toparlasın diye, devam edilmiştir. Bir band sahnesinde, katılımcı, (sözde) iki tanıdığının kendisini eleştirmelerine kulak misafiri olur. Bu bölümde aşağıdaki şu parçalar yer alır:

Birinci Tanıdık: Din hakkında söyledikleriyle kendisini kesinlikle aptal durumuna soktu. Ben bu gibi düşünceleri gerikafalılık ve bilinçsizlik olarak görüyorum. Böyle şeylere inanmak için evrendeki gerçekliklere karşı gözümüzün kör olması gerekir (deneğin tepkisi için otuz saniyelik ara).

İkinci Tanıdık: Beni asıl rahatsız eden şey, kendisini ifade ediş tarzı. Hiç durmayacakmış gibi ve sadece aklına ilk geleni yumurtluyor. (otuz saniyelik ara).

Katılımcı üyeler - rol yapanlar - güvenilir ve gerçekçi buldukları için bu taklit durumlarına çabucak uyum gösterirler. Şimdiye kadar yapılan birkaç çalışmadan ortaya çıkan bilişsel örüntüler şunları içermekte: sosyal kaygıları olan terapi hastaları, kaygısı olmayan kontrol deneklerinden (Bates, Campbell & Burgess, 1990; Davison & Zighel boim, 1987) daha fazla mantıksız düşünceleri ifade etmekteler (örn; "Allah' ım, keşke ölseydim, o kadar utanıyorum ki".). Sigarayı bırakan ama birkaç ay içinde tekrar içmeye başlayabilecek olanlar ara vermeden içmeyi düşünme eğiliminde gözükmekteler (Haaga, 1987) ve hepsinde de üç aydır içmeyenlere oranla sigaranın doğuracağı sonuçlara ilişkin olumsuz beklentilerin olmadığı görülmektedir (Haaga, 1988). Sınırda hipertansiyonluların açıkladıkları düşüncelerinde öfkenin azalmasının yanısıra, gevşeme eğitimi ve diyetle egzersiz hakkında tıbbi bilginin verildiği programı aldıktan sonra kan basıncının ve kalp atış hızının

Bilişsel değerlendirme, kişinin bir durumu algılayışına odaklaşır, çünkü aynı olayın değişik şekillerde algılanabileceği farkedilmiştir. Örneğin taşınmak çok stresli bir olay olarak algılanabileceği gibi, olumlu olarak da algılanabilir.

düşmesi gözlenmiştir (Davison, Williams ve ark, 1991; Bölüm 8'e bkz.).

Bir çalışmada ATSS verisini doğrudan açık davranışlarla karşılaştırmışlar (Davison, Haaga ve ark, 1991) ve olumlu kendine-yeterlik düşünceleriyle, konuşma yapma kaygısı arasında tersine bir korelasyon olduğunu gözlemlemişlerdir. Yani, topluluk önünde konuşma kaygısına ait ölçümlerin alındığı, zaman odaklı bir tarama listesinde denekler ne kadar kaygılı davrandılarsa, kendilerini konuşma yapma veya hitap etme benzeşim durumuna ait düşüncelerini açıkça ifade etmede o kadar yetersiz hissetmişlerdir.

Bu ve benzeri bulgular (Davison, Navan & Vogel, 1995'da bahsediliyor), söz konusu yöntemin, insanların düşünmeleri üzerinde hem kalıtsal olarak rahatsız edici, hem de "nesnel" olarak zararsız olan durumları çağıran etkisinin olduğunu göstermektedir.

Diğer bilişsel değerlendirme yöntemlerinin hepsi de yararlı olduklarını kanıtlamışlardır. Düşüncelerin diziminde, örneğin kişinin sosyal kaygının bilişsel ögesini belirlemenin bir yolu olarak, bir odaya yabancı biriyle konuşmak üzere girme gibi, ilgilenilen bir olayın öncesinde veya sonrasındaki düşüncelerini yazması istenir (Caccioppo, Glass & Merluzzi, 1979). ATSS gibi biraz önce betimlenen açık uçlu teknikler, araştırmacılar tarafından göreceli olarak az şey bildikleri bilişsel alan hakkında genel fikirler edinmek istediklerinde, tercih edilebilirler. Araştırmacıların, ilgilenilen bilişlere ait ön bilgilerinin olduğu durumlarda, daha odaklı teknikleri tercih etmeleri daha iyi - puanlaması da kesinlikle daha kolay - olur (Haaga,1988b). Bugüne kadar görünen o ki, çeşitli bilişsel değerlendirme tekniklerinin kendi aralarındaki korelasyon düşüktür (Clark, 1988). Bu da araştırmacılar ve klinikçiler için ortak bir tartışma konusudur.

Bilişsel değerlendirmeye son zamanlarda duyulan ilgi, bilişsel davranışçı klinisyenlerin, deneysel bilişsel psikoloji yayınlarına yönelmelerine neden olmuştur. Deneysel bilişsel psikoloji, psikolojide araştırmanın bir dalı olup, insanların çevresel girdileri nasıl kullanılabilir bilgiye dönüştürdükleri; yani nasıl düşündükleri ve plan yaptıkları, anımsadıkları ve beklenti oluşturduklarıyla ilgilenir. Araştırmacılar, bazı bilişsel yapıların, özellikle de şemaların, varlığını ortaya koyucu bazı çıkarsamalara dayanan bazı değerlendirme ölçeklerini geliştirmişlerdir (Bartlett, 1932). Şemaya verilebilecek basit bir örnek, yüz'ün ne olduğuna ilişkin kafamızda bizimle gezdirdiğimiz - yani, iki gözün, bir burunun, ağızın ve iki kulağın olduğu şekil- fikirdir. Bu şekilde bir eksiklik veya bozukluk olduğunda da biz onu yine yüz olarak tanımlarız.

Deneysel bilişsel psikologlar, şema kavramını, bellek olayını anlamak için kullanmışlardır. Klinik araştırmacılar bu deneysel çalışmalardan hareketle bellekteki bozulma ve çarpıtmaları çıkarsamaya çalışmışlardır. Örneğin Nelson ve Craighead (1977), depresyonluların, Beck'in ön gördüğü gibi, dünyayı başarısızlık şemasıyla karşılayıp karşılamadıklarını sınamak istemişlerdir. Depresyonlu ve depresyonsuz öğrenci gruplarına, zamanın %30'u veya % 70'inde üzerinden ödüllendirdikleri ya da cezalandırıldıkları bir görev vermişlerdir. %70lik ödül koşulunda, depresyonlu denekler olduğundan daha az sıklıkta pekiştirildiklerini anımsadılar. %30luk ceza koşulunda depresyonlu denekler daha çok ceza aldıklarını anımsadılar. Bellekteki bu farklılıklar şema ya da bilişsel kurulum bağlamında açıklanmaktadır. Depresyonlu denek şuna benzer bir şey anımsamakta: "ben yeterli biri değilim". Buna göre şema, insanın kendisi, dünya ve çevresi hakkında; algılamasını, kavramsallaştırmasını, duygu ve davranışlarını etkileyen temelde yatan sayıltılardır.

BİYOLOJİK DEĞERLENDİRME

Uzun yıllar boyu araştırmacılar ve klinisyenler beynin ve sinir sisteminin diğer bölgelerinin çalışmasını doğrudan ya da çıkarsamalarda bulunarak gözlemeye çabalamışlardır. Bu çabaları hem normal hem de anormal psikolojik işlevleri anlamak içindir (bkz. Odak 4.1). Bölüm 2 ve 3'ten anımsayacağınız gibi tarih boyunca psikopatolojiyle ilgilenen insanlar, oldukça akla yakın gelen şu varsayımda bulunmuşlardır: psişeye ait bazı işlev bozuklukları bedenden kaynaklanır ya da en azından bedene ait işlev bozukluklarıyla akseder. Biz şimdi biyolojik değerlendirmede günümüz çalışmalarına dönelim.

BEYİN GÖRÜNTÜLEME: BEYNİ "GÖRME"

Birçok davranışsal sorun beyin anormalliklerine bağlanabildiğinden, reflekslerin kontrolü, kan damarlarında bir tahribatın olup olmadığını anlamak için retinanın muayenesi ve motor

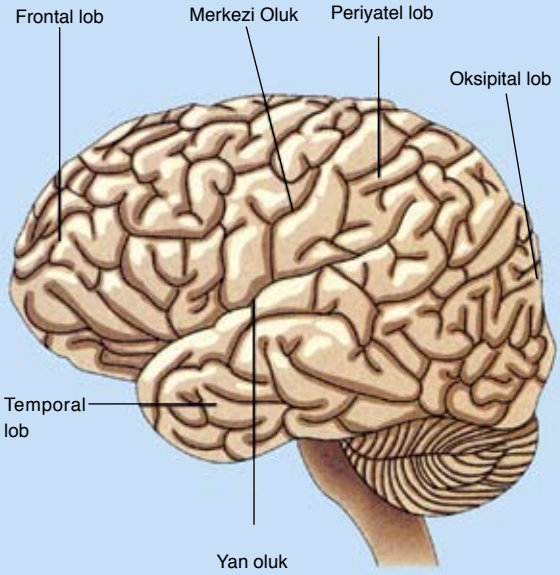
ODAK 4.1

İNSAN BEYNİNİN YAPISI VE İŞLEVİ

*Beyin, kafatasının koruyucu kılıfının içinde yerleşmiş ve üç kat nöral olmayan **beyin zarları** (meninges) ile kaplanmıştır. Üstten bakıldığında beynin ortasından geçen bir yarıkla ikiye ayrılarak ayna imgesi şeklinde beyin **serebral hemisferlerden** (yarım kürelerinden) oluştuğunu görürüz. Bunlar birlikte **serebrumu** (beynin en büyük kısmını) oluştururlar. İki hemisfer arasındaki başlıca bağlantı **korpus kollasum** denilen sinir lifi bandıdır. Şekil 4.a, serebral hemisferlerden birinin yüzeyini göstermektedir. Hemisferlerin üst, yan ve bazı alt yüzeyleri **serebral korteksi** (beyin kabuğunu) oluşturur. Korteks, sıkıca paketlenmiş, birçok kısa. zarflanmış, kendi aralarında bağlantılı süreçleri olan altı nöron hücre gövde tabakasından oluşur. Sayıları 10-15 milyar olduğu tahmin edilen bu nöronlar. ince bir dış kaplama meydana getirirler. Bu beynin bilinen gri maddesidir. Korteks çok girintili çıkıntılıdır; bu çıkıntılara **gyri** (çıkıntı, kıvrım) denir. Aralarındaki girintilere de **sulci** (oluk, yarık) denir. Derin yarıklar, serebral hemisferleri birkaç farklı **lob** denilen bölgelere ayırır. **Frontal lob** (alın lobu) merkez oluğun önüne uzanır. **Pariyetal lob** (tepe lobu) bunun arkasında ve yan oluğun üzerindedir. **Temporal lob** (şakak lobu) yan oluğun altında yer almıştır. **Oksipital lob** (ard kafa lobu), pariyetal ve temporal lobların arkasında uzanır. Farklı işlevler, lobların özel bölgelerinde yer alır. Görme, oksipitalde; sesleri ayırt etme, temporalde; muhakeme ve diğer üst zihinsel süreçler ve buna ek olarak istemli ince hareketlerin düzenlenmesi, frontalde; iskelet kas hareketlerinin başlatılması merkez oluğun önündeki bantta; dokunma, bastırma, ağrı, ısı ve deriden, kaslardan, tendonlardan, eklemlerden gelen bedenin durumu, merkez oluğun arkasında.*

Beynin iki hemisferinin farklı işlevleri vardır. Sol hemisfer motor ve duyusal liflerle bir çapraz yapar ve genellikle bedenin sağ yarısını kontrol ederken konuşmalardan sorumlu olur. Bazı nöropsikologlara göre, sağ elini kullananlarda ve çoğu solaklarda da analitik düşünceden sorumludur. Sağ hemisfer bedenin sol yarısını kontrol eder. Uzaysal ilişkilerin ve örüntülerin ayırdından, duygu, heyecan ve sezgiden sorumludur. Ancak analitik düşünme sadece sol hemisferde veya sezgisel hatta yaratıcı düşünmenin de sağda yer aldıkları söylenemez. İki hemisfer birbirleriyle korpus kollasum yoluyla sürekli olarak iletişime girerler. Değişik düşünce tarzlarının yerleşim alanları pek de bizi inandırdıkları kadar kesin bir açıklık kazanmamıştır.

*Eğer beyin iki yarıma bölünmüşse, serebral hemisferleri (Şekil 4.b) ayırmakla iki önemli özellik ortaya çıkar. Serebral korteksin gri maddesi beynin iç kısımlarına kadar uzanmamaktadır. İçteki **beyaz maddenin** çoğu geniş kaplanmamış myelinli lif demetlerinden yapılmıştır. Bunlar korteksteki hücre gövdelerini omurgadaki ve beynin başka alt merkezlerindeki hücrelere bağlar. Bu merkezler, kendilerine çekirdek denen gri madde paketleridir. Çekirdek hem diğer yükselen ve*



***Şekil 4.a** Sol serebral yarıkürenin yüzeyi lobları ve korteksin iki temel yarığını gösteriyor.*

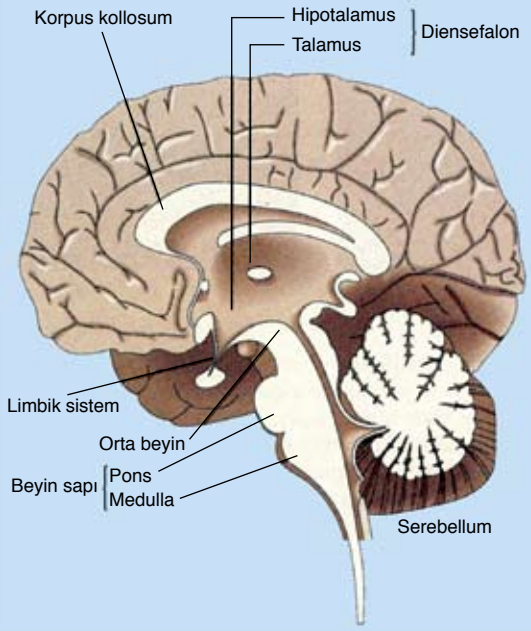
alçalan alanlarla birlikte korteksten çıkan alanları birbirine bağlama, hem de motor ve duyum kontrol merkezlerini bütünleştirme hizmeti verir. Bazı kortikal hücreler uzun lif veya aksonlarını omurilikteki motor nöronlara yansıtırlar, fakat diğerleri sadece bu içiçe bağlı nöron hücre gövde kümelerine kadar yansıtırlar. Her bir hemisferde gömülü dört kitle vardır. Bunlara toplu olarak basal ganglia denir. Yine beynin derinliklerinde ventrikül denen boşluklar vardır. Bunlar omurilik ana kanalı boyunca devam ederler ve beyin-omurilik (serebrospinal) sıvı ile doludurlar.

Şekil 4.b dört önemli işlev alam ya da yapıyı gösterir

***1-** Önde hemisferlerle ve arkada orta beyine bağlanan **diensefalon** (iç beyin); içinde gruplar halinde çekirdekler bulunan **talamus** ve **hipotalamusu** içerir. Talamus, koku dışındaki tüm duyu yolaklarının aktarıldığı bir istasyondur. Talamusu oluşturan çekirdek, bedenin farklı duyu alanlarından gelen hemen hemen tüm empülsleri, bilinçli duyumlar olarak algılandıkları serebelluma (beyincik) geçirmeden önce, kabul eder. Hipotalamus, birçok iç organın süreçlerini kaynaştıran en üst merkezdir. Çekirdeği, metabolizmayı, ısıyı, su dengesini, terlemeyi, kan dolaşımını, uykuyu ve iştahı düzenler.*

***2- Orta beyin,** serebral korteksi, ponslar, medulla oblongata, serebellum ve omurgaya bağlayan bir sinir lifi kütlesidir.*

***3- Beyin sapı,** ponsları ve omurilik soğanını kapsar ve birincil olarak nöral aktarma istasyonu işlevini görür. Ponslar, serebellumu omurgaya ve serebrumu motor bölümlerine bağlayan alanları içerir. Beyin soğanı, omurgadan yukarıya çıkan ve beynin üst merkezlerinden aşağı inen alanların ana trafik hattı gibi*



Şekil 4.b *Orta düzlemden beyin kesiti iç yapıları gösteriyor.*

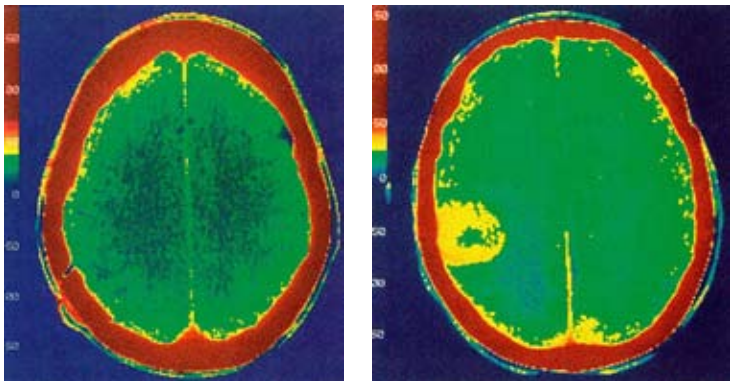
hizmet görür. Medulla, kalp atışlarının düzenli yaşamsal ritmini, diyaframın yükselişini ve düşüşünü ve kan damarlarının genişlemesini ve büzülmesini sürdürmeye yarayan çekirdekleri de içerir. Beyin sapının tam ortasında, bazen retiküler aktive eden sistem diye de anılan, retiküler formasyon vardır. Bu sistem, tetikte oluşu başlatma ve sürmesini sağlamada önemli rol oynar. Pons ve medulla alanları, retiküler formasyonun birbiriyle bağlanmış hücreleriyle bağlanmak için içeri birtakım lifler gönderir. Bu hücre ağı da buna karşılık olarak kortekse, basal ganglia, hipotalamus, septal alan ve serebelluma lifler gönderir.

4- *Beyin (cerebrum) gibi,* ***serebellum*** *(beyincik) da iki yarım küreyi (hemisferi) içerir. Bunların dış kabuğu gri maddeden, iç kısım da beyaz alandan oluşur. Beyincik, kulağın denge aygıtından. kaslardan, tendonlardan ve eklemlerden gelen duyusal sinirleri alır. Bu yolla alınan ve bütünleştirilen bilgi, bedenin dengesi, duruşu ve ince hareketlerin koordinasyonu ile ilgilidir.*

5- *Beynin beşinci önemli parçası,* ***limbik*** *sistemdir. Alt kısımda yer alan ve memelilere ait beyin kabuğunun oluşmasından çok daha önce yerini almış olan, birbirinin devamı olan yapıları içerir. Limbik sistem, duygu ve heyecanların içsel ifadelerini, yani hızlanan kalp atışı, nefes alıp verme, titreme, terleme ve yüz ifadesindeki değişiklikleri: açlık, susuzluk, eşleşme, savunma, saldırı ve kaçma gibi iştah ve diğer birincil gereksinimlerin ifadelerini kontrol eder. Limbik sistemdeki önemli yapılar, korpus kallosum boyunca uzanan kıvrımlar; talamusun ön kısmında bulunan septal alan; septal alandan temporal loba kadar uzanan u zun-tüpe benzer hipokampus ve basal ganglialardan biri olup şakak lobunun ucunda bulunan amigdaladır.*

koordinasyonunun ve algılamanın değerlendirilmesi gibi nörolojik testler, beynin işlev bozukluklarının tanısında yararlı işlemlerdir. Bilgisayarlı tomografi, **CT tarama,** beyin yapısındaki anormallikleri tanımada çok yardımcıdır. Hareket eden x ışın hüzmesi, hastanın beyninin yatay kesit profilini 360 derecelik bir açıdan tarar. Diğer taraftaki x ışın dedektörü, giren radyoaktivite miktarını ölçer. Böylelikle doku yoğunluğundaki en küçük değişmeleri tespit eder. Bilgisayar, bilgiyi, iki boyutlu, ayrıntılı bir kesit imgeyi ona en uygun kontrastları vererek meydana getirmek için kullanır. Daha sonra hastanın başı hareket ettirilir ve makina beynin başka bir kısmını taramaya başlar. Bu taramalar sonucu ortaya çıkan imgeler, doku dejenerasyonunun ve tümör ile kan pıhtısı alanlarına işaret eden ventrikal genişlemeleri gösterir (fotoğrafa bakınız).

Yeni geliştirilen bilgisayar destekli beynin iç kısımlarını görme aygıtları arasında, üstün kalitede resim yaptığı ve CT taramada gerek duyulan çok az miktarda da olsa radyasyona gerek duymaması bakımlarından ondan çok daha üstün sayılan **MRI** olarak bilinen **manyetik rezonans imgeleme** sayılabilir. MRI'de kişi yuvarlak manyetik bir tünele sokulur. Bu özel alan bedendeki hidrojen atomlarının harekete geçmesini sağlar. Manyetik güç durdurulduğunda, atomlar eski durumlarına geri dönerler ve böylece bir elektromanyetik sinyal vermiş olurlar. Bu sinyaller daha sonra bilgisayarlar tarafından beyin dokusu resmine dönüştürülür. Bu tekniğin doğurguları muazzamdır denilebilir. Doktorların en hassas tümörlerin yerini saptayıp tümörü çıkarabilmelerine olanak verir. Bunun gibi beynin içsel yapılarını karmaşık yöntemlerle görebilme imkânı veren aygıtlar sayesinde cerrahi müdahaleler yapılabilmektedir. Daha yakın zamanlarda yeni bir modifikasyonu olan fMRI (fonksiyonel MRI) geliştirilmiştir. Bu, araştırmacıların o kadar çabuk MRI resimleri almalarını sağlar ki, bunlardan kan akışındaki değişmeler ölçülebildiği gibi, beynin yalnız yapısının değil, çalışmasının da resmini verir. Çok yeni bir araştırma, bu tekniği kullanarak bilişsel bir görevi yerine getirmekte olan şizofreni hastalarının frontal beyinlerinde (alın lobu) düşük aktivasyon olduğunu bulmuştur (Yurgelon - Todd ve ark., 1996).



İki CT tanıması: bu iki CT taraması, beynin yatay dilimini göstermektedir. Soldaki normalken, sağdakinde bir tümör olduğu gözlenmektedir.

Pozityon Emisyon Tomografi, **PET tarama,** daha pahalı ve istilacı (invasive) bir işlemdir. Hem beynin yapısının hem de işlevlerinin ölçülmesine olanak verir. Beyin tarafından kullanılan bir madde kısa ömürlü radyoaktif izotop olarak etiketlenir ve kan dolaşımına enjekte edilir. Maddenin radyoaktif molekülleri pozitron denen bir parçacığı üretir; bu da hızla bir elektronla çarpışır. Beyinden birbirine ters yönlerde yüksek enerjili ışık parçacıkları cifler halinde sıçrar ve tarayıcı tarafından tespit edilir. Bilgisayar, bu tür milyonlarca kaydı analiz eder ve çalışan beynin yatay kesit resmine çevirerek monitöre yansıtır. Bu imgeler renklidir; açık renkli ve sıcak renkli tüyümsü noktalar, maddenin metabolik hızının daha yüksek olduğu alanlardır (fotoğrafa bakınız). Çalışmakta olan beynin görsel imgeleri, epileptik boşalmaları, beyin kanserini; inme ve kafa yaralanmalarına bağlı travma alanlarıyla, psikoaktif ilaçların beyindeki dağılımını gösterebilir. PET tarayıcısı, bilişsel bir iş veya görevi yerine getirme sırasında kendini belli eden şizofreni hastalarında görülen frontal korteks zayıflığı gibi bazı bozuklukların temelinde yatan olası anormal biyolojik süreçlerin incelenmesinde kullanılır.

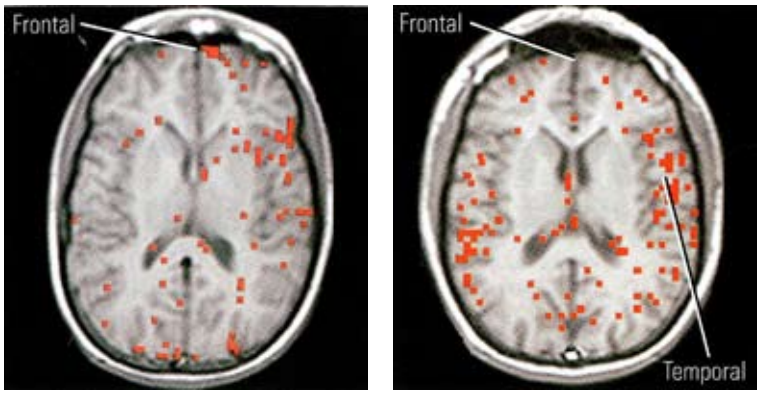
NÖROKİMYASAL DEĞERLENDİRME

Beyindeki belirli nörotransmitterlerin miktarını ya da alıcıların niceliğini değerlendirmenin açık ve kolay olacağı düşünülebilir. Son zamanlarda sadece PET tarama yaşayan beyindeki alıcıları değerlendirmiştir. Yine son yıllarda önemi giderek artan psikopatolojide nörokimyasal kuramlar üzerinde yapılan araştırmaların çoğu, dolaylı değerlendirmelerin sonuçlarına dayanmıştır.

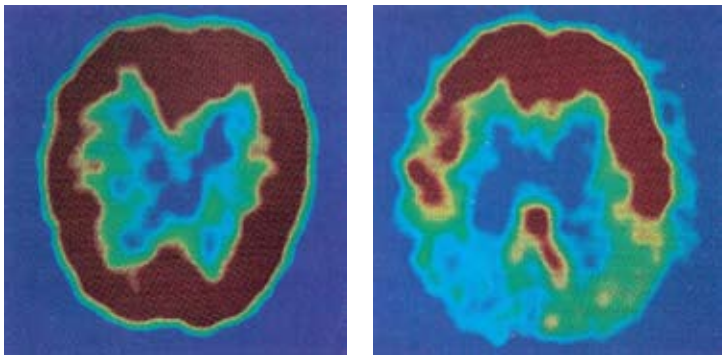
Ölüm sonrası çalışmalarda, ölü hastaların beyni çıkarılır ve belli beyin bölgelerinde ne miktarda nörotransmitter olduğu doğrudan incelenebilir. Beynin değişik bölgeleri, alıcılara bağlanan maddelerle ayrıştırılarak bağlantıların miktarı sayısal olarak belirlenebilir. Bağlanmanın çokluğu alıcıların çokluğuna işaret eder.

Nörokimyasal değerlendirmenin diğer bilinen bir yöntemi, enzimler tarafından parçalanan nörotransmitterlerin *metabolitlerinin* analizidir. Metabolitin tipik bir örneği olan asit, nörotransmitter hareketsiz kaldığı zaman ortaya çıkar. Örneğin, dopaminin başlıca metaboliti homovanilik asit, serotoninin de 5 hidroksindeoleasetik asittir. Metabolitler, idrar, kan ve serebrospinal sıvıda (omurilik ve beyin ventriküllerinde bulunan sıvı) bulunurlar. Belli bir metabolitin yüksek düzeyde bulunması, yüksek düzeyde transmittere işaret eder.

Tüm bu araçlar, iç organlara ait şaşırtıcı görüntüler ve kavrayışları sağlarken, beyni de içine alan yaşayan dokular hakkında bilgi toplanmasına olanak verirler. Günümüzde bir çok disiplinden klinisyen ve araştırmacı, daha önce



Şizofren bir hastanın fonksiyonel manyetik tepki görüntüsü (sağda) ve sağlıklı bir bireyinki (solda). Kırmızı kareler beynin sözel bir görev sırasında baz değerle kıyaslamak aktivasyonunu temsil ediyor. Şizofren hasta daha çok temporal, daha az frontal aktivasyon gösteriyor (Yurgelun-Todd ve ark., 1996).



Soldaki PET tarama normal bir beyni; sağdaki Alzheimer hastalığı olan bir hastanın beynini göstermektedir.

bir türlü saptanamayan tümörleri ve diğer sorunları saptamak; duygu, düşünce, heyecan ve davranışın kimyasal ve nöral temellerini araştırmak için bu teknikleri kullanmaktadırlar.

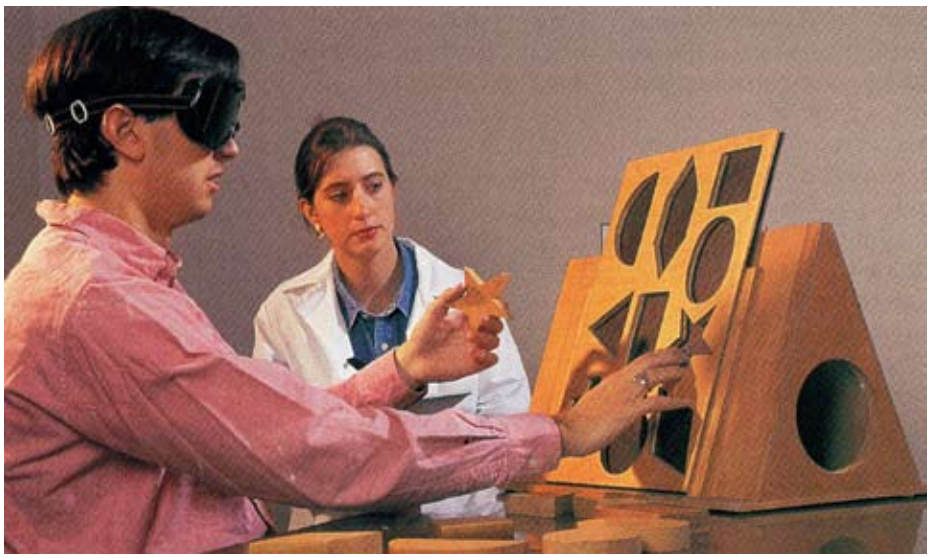
NÖROPSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME

Her iki uzman grubu da merkezi sinir sisteminin çalışması ile ilgileniyorsa da, nörologlarla nöropsikologlar arasındaki önemli bir farka dikkati çekmek yerinde olacaktır. **Nörolog,** kas distrofisi ya da serebral palsy gibi, sinir sistemini etkileyen tıbbi hastalıklar üzerinde uzmanlaşan hekimdir. **Nöropsikolog** ise, beyinde yer alan işlev bozukluklarının düşünmeyi, hissetmeyi, duygu ve davranışları nasıl etkilediğini inceleyen psikologdur. Bu terimin de imâ ettiği gibi, bir nöropsikolog, düşünce, duygu, heyecan, davranışla ilgilenen; ancak beyin anormalliklerinin davranışları çeşitli şekillerde nasıl etkilediğine odaklaşmak üzere eğitilmiş olan psikologtur. Her iki uzman grubu da farklı yönlerde ama sinir sisteminin nasıl işlev gördüğünü ve beyindeki bir zedelenme veya hastalığın nasıl iyileştirilebileceğini öğrenmek üzere, sıklıkla işbirliği içinde çalışarak birbirlerine katkıda bulunurlar.

Çok mantıklı olarak, nöropsikolog ve hekimlerin, PET, CT ve MRI tarama cihazları gibi teknolojik aygıtların yardımlarıyla, beyin işlevlerini az veya çok, doğrudan gözleyebilecekleri ve böylelikle tüm beyin anormalliklerini değerlendirebilecekleri varsayılabilir. Oysa birçok beyin zedelenmesi ve anormalliği yapısal olarak o kadar ince ayrıntılı değişmelere uğrayabilir ki, doğrudan fiziksel muayenede bugüne kadar zaten gözden kaçmışlardır.

Nöropsikologlar, organik beyin işlev bozukluklarının neden olduğu davranış bozukluklarını değerlendirmek üzere bazı testler geliştirmişlerdir. Bu testlere ilişkin çok sayıda yayın vardır ve psikolojinin bir çok dalında olduğu gibi bunlar arasında da birtakım anlaşmazlıklar bulunur. Ancak bulgulara dayalı kanıtların ağırlığı, psikolojik testlerin, beyin zedelenmesini geçerli bir şekilde değerlendirebildiğini ve sıklıkla beyin tarama teknikleriyle paralel kullanıldıklarını göstermektedir. Bunlara **nöropsikolojik testler** denir.

Bu testlerden biri, daha önce Halstead tarafından geliştirilen bir grup test veya bataryanın, Reitan tarafından değişimlenmiş şeklidir. Her biri ayrı bir işleve işaret eden testleri batarya ha-



Nöropsikolojik testler, belirli bir beyin işlev bozukluğu alanını saptamak umuduyla çeşitli performans yetersizliklerini değerlendirirler. Burada Dokunarak Performans Testi gösterilmektedir.

Çocuklar için Luria — Nebraska testi, olası beyin işlev bozukluğu veya hasarını değerlendirmekte kullanılır. Bu çocuk bir alt-testi almakladır.

linde kullanma kavramı, kritik değer taşır. Çünkü ancak bireyin performans örüntüsünün ele alınmasıyla bir araştırıcı o bireyde beyin zedelenmesinin olup olmadığına yeterli bir şekilde karar verebilir. Halstead - Reitan bataryası, daha da fazlasını yapabilir ve bazen beynin etkilenmiş olan bölgesini saptamaya yardımcı olur.

Aşağıda Halstead - Reitan test grubunda yer alan dört testten söz edilecektir:

1- Dokunarak Performans Testi - Zaman Görüşü engellenen hasta, bir tabla üzerindeki şekil boşluklarına çeşitli şekil bloklarını uygun ve doğru olarak yerleştirmeye çalışır. Önce tercih edilen el, sonra diğer el ve sonunda her iki el ile bunu yapmaya çalışır. Burada amaçlanan, kişinin aşina olmadığı bir duruma karşı motor hızı tepkisini ölçmektir.

2- Dokunarak Performans Testi - Bellek Zaman testini tamamladıktan sonra, kişiden, blokları uygun yerlerinde gösterecek şekilde, şekil tablasını bellekten çizmesi istenir. Hem bu test hem de zaman testi, sağdaki pariyetal lobdaki (tepe lobu) hasarlara duyarlıdır.

3- Kategori Testi Ekranda 1'den 4'e kadar sayı dizisinden birini öngören bir imge gördüğünde, bunun hangi sayı olduğuna karar verir ve o düğmeye basar. Bir zil yapılan seçimin doğru olduğunu; vızıltı sesi de doğru olmadığını belli eder. Hasta, bu imgeleri ve sinyalleri, doğru seçimleri yapabilme kurallarını keşfetmek için, izlemek zorundadır. Bu test, problem çözme ve özellikle de sözel olmayan bir dizi olaydan hareketle bir kural veya ilkeyi soyutlama yeteneğini ölçer. Performans bozukluğu, frontal loblardan herhangi birindeki bir hasarı yansıtır.

4- Konuşma Seslerini Algılama Testi Testi alanlar, her biri ortada uzun bir "e" sesinin bulunduğu iki sessiz harfi içeren bir dizi kelimeyi dinlerler. Daha sonra yine dinledikleri bir dizi seçenek arasından "kelimeyi" seçerler. Bu test, özellikle temporal ve pariyetal bölgelere ait solyarım küredeki işlevleri ölçer.

Rus psikolog Aleksandr Luria'nın (1902-1977) çalışmaları üzerine temellendirilmiş olan Luria - Nebraska bataryası da (Golden, Hammeke & Purisch, 1978) yaygın olarak kullanılmaktadır (Adams, 1980; Kane, Parsons & Goldstein, 1985; Spiers, 1982). 269 maddelik batarya, temel ve karmaşık motor becerileri, ritm ve perde yetenekleri, dokunma ve kas hareket uyumu becerileri, sözel ve alansal beceriler, alıcı konuşma yeteneği, ifade edici konuşma yeteneği, yazma, okuma, aritmetik beceriler, bellek ve zihinsel süreçleri belirlemeye yarayan 11 bölüm oluşturur. Bu bölümlerden elde edilen puanların örüntüsü, genel, baştanbaşa kapsayıcı bir bozukluğu ayırdeden ve gösteren 32 maddeden alınan puanlarla birlikte, sağ ya da sol hemisferin frontal, temporal, duyusal-motor ya da pariyetal-oksipital alanlardaki hasarın ortaya çıkmasına yardımcı olur.

Luria - Nebraska bataryası 2.5 satte uygulanabilir ve araştırmalar bu testin yüksek güvenirlik düzeyinde puanlanabileceğini göstermektedir (Maruish, Sawicki, Franzen & Golden,1984; Moses & Schefft, 1984). Luria- Nebraska'nın keza nörolojik muayene ile henüz belirlenemeyen beyin hasarı etkilerini yakaladığına inanılır; bu tür yetersizlikler nörolojik değerlendirmenin odaklaştığı duyusal -motor yeteneklerden çok bilişsel alanda görülür (örn., patellar refleksler) (Moses, 1983). Luria - Nebraska testlerinin belli başlı avantajı eğitim düzeyinin kontrol altında tutulabilir olmasıdır. Böylece az eğitimli biri, sırf yetersiz eğitim deneyiminden dolayı düşük puan almayacaktır (Brickman, McManus, Grapentine & Alessi, 1984). Sonuç olarak 8-12 yaş çocuklar formunun da (Golden, 1981), beyin hasarını teşhis etmede ve çocukların eğitsel yönden güçlü ve zayıf yönlerini değerlendirmede yararlı olduğu gözlenmiştir (Sweet, Carr, Rossini & Kasper, 1986).

DİKKAT EDİLMESİ GEREKLİ BİR NOT

Bir yanda bir nörolojik test puanı veya PET, ya da CAT tarama bulguları ile diğer yanda psikolojik işlev bozuklukları arasında birebir bir ilişki yoktur. Bu özellikle, değerlendirme öncesi, bir süredir mevcudiyeti bilinen veya kuşkulanılan kronik beyin hasarı durumunda böyledir. Bu gevşek ilişkilerin nedenleri bazen zaman içinde kişinin beyin hasarının getirdiği kayıplara karşı gösterdiği tepki ve başa çıkma tarzı gibi etkenlerle ilgilidir. Başa çıkmak için gösterilen çabalarda ulaşılan başarı, bireyin yaşadığı sosyal çevre ile ilintilidir. Örneğin tanıdıkları veya ana-baba ne kadar anlayış göstermiştir? Bireyin özel eğitim gereksinimini okul sistemi ne derece karşılamıştır? Bu nedenle biyolojik değerlendirme aygıtlarının kendilerinin mükemmel olmamalarına ve bizim, beynin gerçekte nasıl çalıştığını tam olarak anlayamamamıza ek olarak, araştırmacılar, anılan zaman içinde klinik tabloya katılan yaşantısal etkenleri dikkate almalıdırlar.

Nöropsikolojik değerlendiricilerin dikkatine getirilen *son bir uyarı,* basit olmasına karşın henüz hâlâ takdir edilmeyen bir hususun farkında olmalarıdır. O da, herhangi bir beyin zedelenmesi olayının nörobilişsel sonuçlarını anlamaya çalışırken, hastanın olaya getirdiği, kattığı şeyleri (yani olayla başa çıkma yeteneğini) gözardı etmemektir (Boll, 1985). Bu açık gerçek, akla bir kazada her iki elinin tüm parmakları kırılan nekahatteki bir adamın, cerraha, yaraları iyileştikten sonra piyano çalıp çalamayacağını sormasını getirir. Doktor temin edercesine "Evet, çalacağından eminim" der. "Bu harika" der adam heyecanla, "çünkü piyano çalmayı şimdi bile bilmiyorum!"

PSİKOFİZYOLOJİK ÖLÇME

Psikofizyoloji disiplini, psikolojik olaylara eşlik eden veya kişinin psikolojik özellikleriyle ilgili bedensel değişmeleriyle ilgilenir (Grings & Dawson, 1978). Deneyler, kalp atış hızı, kas gerginlikleri, bedenin çeşitli yerlerindeki kan dolaşımı ve beyin dalgaları gibi değişmeleri, hastaların korktukları, depresyonda oldukları, uykudayken, hayal kurarken, problem *çözerken…* gibi durumlarında incelemişlerdir.

Otonom sinir sisteminin aktiviteleri (bkz. Odak 4.2) ve duyguların doğasını anlama çalışmalarının analizi sık sık elektriksel ve kimyasal ölçümlerle değerlendirilmektedir. Önemli bir ölçüm, kalp atış hızıdır. Her kalp atışı, elektrik potansiyelinde yayılan değişmeler yaratır. Bu bir **elektrokardiyografla** kaydedilir. Elektrodlar genellikle göğüs kafesi üzerine yerleştirilir; bunlar elektrik akımlarının ölçülmesi için bir aygıta ulaşır. Bu aygıt, elektrik akımlarını bir bilgisayar ekranında dalgalar halinde gösterir; ya da bir kalem kaydeder, dalgaları, sürekli dönen bir rulo grafik kâğıdı üzerinde hareket ederek gösterir. Her iki kayıt tipi de elektrokardiyogram adını alır. Başka bir aygıt da kardiyotakometredir. Bu aygıt, iki kalp atışı arasında geçen zamanı dakik bir şekilde ölçer; daha sonra hemen kalp atışlarının hızını, atıştan-atışa ölçüm tabanına oturtur. Bu teknolojik ilerleme özellikle deneysel psikologlar için önemlidir, çünkü bu psikologlar tipik olarak hızla değişen şartlara bir tepki olarak kısa zaman aralıklarında ortaya çıkan bedensel değişmelerle ilgilenirler.

Otonom sinir sistemine ait aktivitelerin ikinci bölümü **elektrodermal tepkiler** ya da deri iletkenliğidir. Kaygı, korku, öfke ve diğer heyecansal durumlar sempatik sinir sistemindeki aktiviteleri arttırır; bunun ardından o da ter bezlerini harekete geçirir. Bu bezlere ait hücrelerin içinde yer alan elektrofizyolojik süreçler, hem derinin elektriksel iletkenliğini değiştirir; hem de ter üretir. Deri iletkenliği ölçümü, tipik olarak bildiğimiz düşük bir voltajın, dıştaki bir kaynaktan elin üzerindeki iki elektrod arasından geçirilmesiyle ortaya çıkan elektrik akımının ölçülmesine dayanır. Bu akım, ter bezlerinin harekete geçmesinden sonraki adı geçen artışı göstermektedir. Ter bezleri, sempatik sinir sistemi tarafından harekete geçirildiklerine göre, artan ter bezi aktivitesi, sempatik otonom uyarılmaya işaret eder ve bu da çoğunlukla heyecansal uyarılmanın bir ölçümü olarak kabul edilir. Bu ölçümler, psikopatoloji araştırmalarında yaygın bir biçimde kullanılır. Cinsel uyarılmanın psikofizyolojik ölçümleri 14. Bölümde anlatılmıştır.

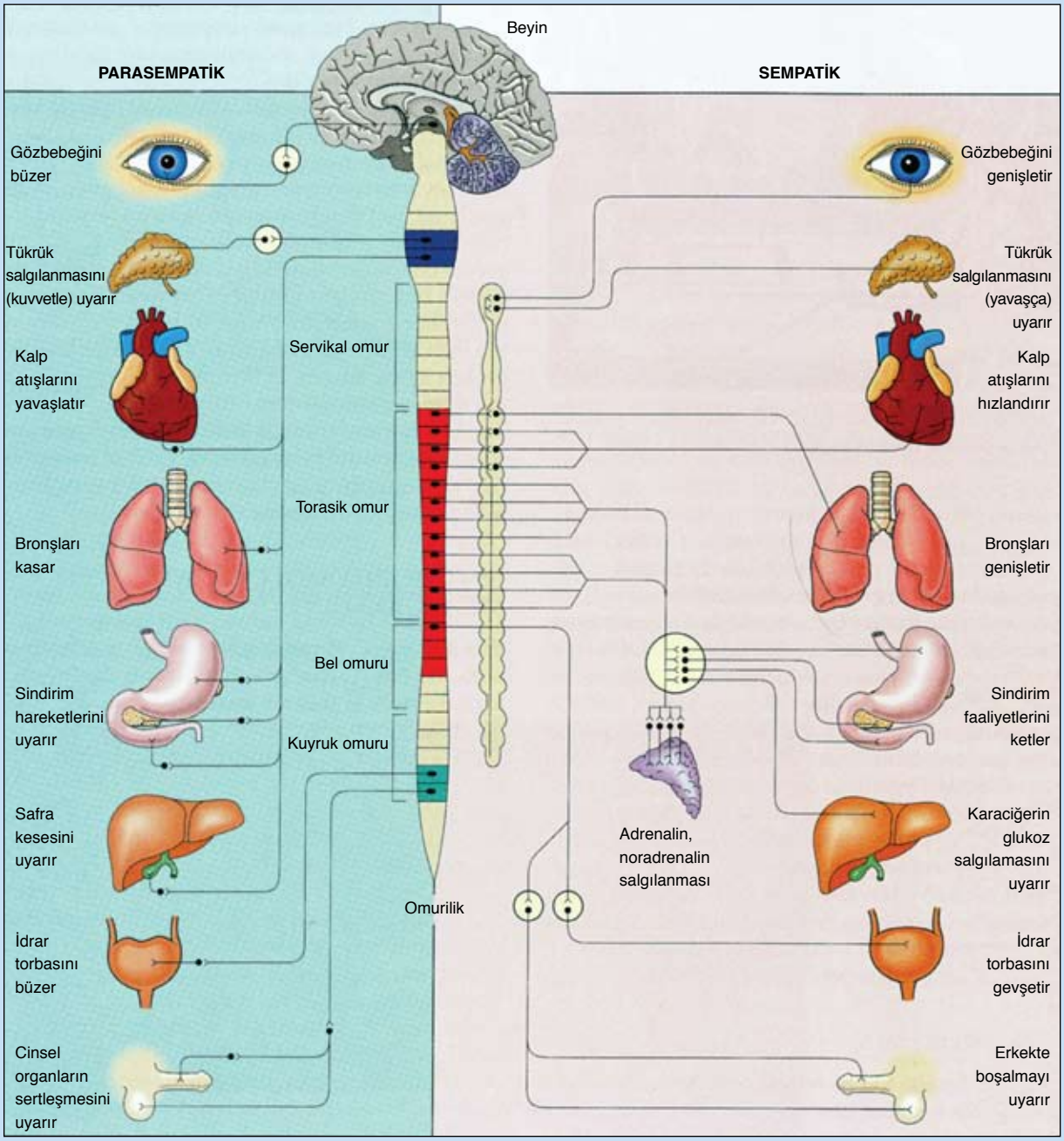
Teknolojideki ilerlemeler, araştırmacıların, kişi günlük yaşamında işinde gücündeyken *yer alan* kan dolaşımı gibi durumları izlemelerine olanak verir: katılımcı günde birkaç kez kan basıncını otomatik olarak kaydeden portatif bir aygıt giyer. Van Egeren ve Madarasmi (1987), özel olarak tasarlanmış bu günlük tutma işlemini gerçekleştiren bir katılımcının kişisel kayıtlarıyla birleşen aygıt kayıtlarından, insanın düşünce ve duygu durumlarının kan basıncındaki artışlara göre nasıl eş-değerli olarak değiştiğini izleyerek çok şey öğrenmişlerdir. Bu bilgi, psikolojik yönlenimli hipertansiyon araştırmacıları için çok büyük önem taşır (bkz. Bölüm 8).

ODAK 4.2

OTONOM SİNİR SİSTEMİ

Memelilerde sinir sistemi göreceli olarak iki ayrı işlevsel bölüme ayrılır: somatik (bedensel ya da istemli) sinir sistemi ve otonom (ya da istemsiz) sinir sistemi (ANS). Otonom sinir sistemi duygusal davranışların incelenmesinde özellikle önemli olduğu için, temel özelliklerini tekrar gözden geçirmek özellikle yararlı olacaktır.

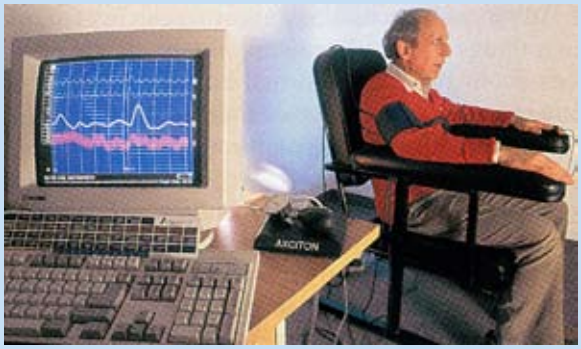
Bacaklarımızı ve kollarımızı hareket ettiren temel kaslar gibi, iskelet kasları istemli sinir sistemi tarafından uyarılır. Ne var ki, davranışlarımızın çoğu, bizim farkındalığımızın dışında çalışan bir sinir sisteminin yönetilmektedir. Buna ait geleneksel görüş, istem dışı— yani otonom sinir sisteminin yaptırdığı davranışlardır.



Şekil 4.c *Otonom sinir sistemi*

Ancak, biyolojik geri-bildirim araştırmaları, otonom sinir sisteminin, bugüne kadar inanılanın aksine zannedildiğinden fazla istemli kontrolün etkisi altında olduğunu göstermiştir.

Otonom sinir sistemi, iç salgı-bezleri, kalp, kan damarları, karın, bağırsaklar, böbrekler ve diğer organların içinde yer alan duvarların yumuşak kaslarından sorumludur. Sinir sisteminin kendisi iki bölüme ayrılır: ***sempatik sinir sistemi ve parasempatik sinir sistemi*** *(Şekil 4c). Bunlar bazen birbirinin karşıtı; bazen de bütünlük içinde işlev görürler. Otonom sinir sisteminin sempatik kısmı, enerji yüklendiğinde, kalp atışlarını arttırır, gözbebeğini büyütür, bağırsak hareketlerini ketler, elektrodermal hareketliliği arttırır ve organizmayı ani bir hareket ve strese karşı hazırlayan diğer yumuşak kas ve salgısal tepkileri başlatır. Bazı fizyologlara göre sempatik sinir sistemi birincil olarak uyarıcıdır. Parasempatik ise sürdürme işlevlerinden, kalp atışının yavaşlaması, gözbebeğinin küçülmesi ve bağırsak kasılmalarının artması gibi daha sakin davranışlardan sorumludur. Ancak, aktivitelerin bölünmesi bu denli kesin değildir. Çünkü parasempatik sistem stres durumlarında aktif olabilmektedir. İnsanlar ve hayvanlar çok korktuklarında irade dışı altlarına yapabilirler.*



Yalan makinası, otonom sinir sistemine ait işlevlerin çeşitli özelliklerini değerlendirmek için kullanılır. Bu durumda elektrodermal aktivite kaydedilmekte ve bilgisayar ekranında gösterilmektedir

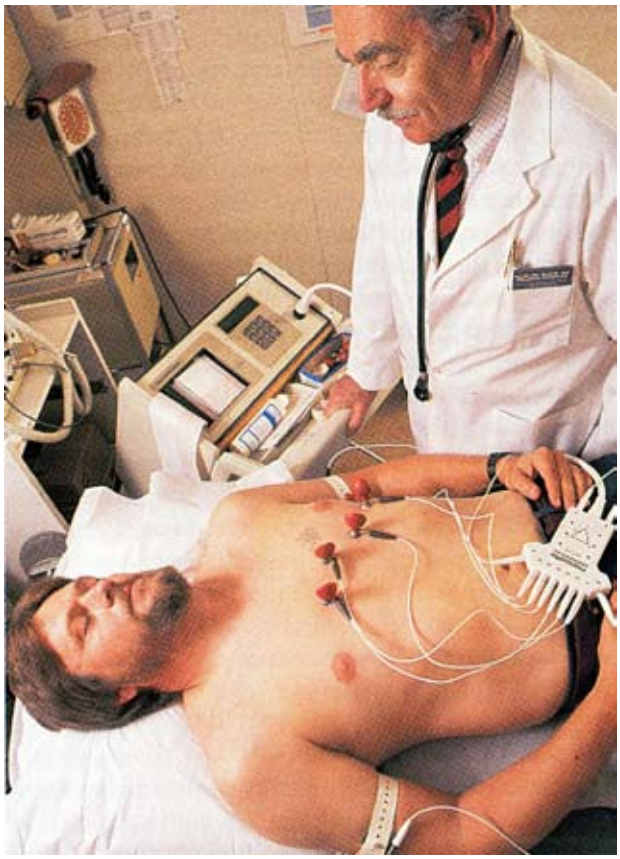
Elektroensefalogram veya EEG'ler, epilepsi tanısında gerekli ve önemli araçlardır. Kafatasının üzerine yerleştirilen elektrotlar, kafa içindeki beyin elektriksel aktivitelerini kaydeder. Bazı özel anormal elektrik aktivite örüntüleri epilepsiye işaret edebilir ya da beyin lezyonları veya tümör kitlelerinin yerini belirlemede yardımcı olur.

Daha önce ele alınan beyin-imgeleme tekniklerinde olduğu gibi, insanoğlunun daha bütüncül bir resmi, kişi bir çeşit davranımda bulunurken ya da bilişsel bir faaliyet içindeyken ki fizyolojik işlevlerin değerlendirilmesi ile elde edilmektedir. Örneğin, eğer deneyci obsesif-kompulsif bozukluğu olan bir hastanın psikofizyolojik tepkileriyle ilgileniyorsa, ondaki sorun davranışı ortaya çıkaracak olan, bir kir veya pislik uyarıcısını sunmayla işe başlayarak kişiyi inceleyebilir.

Psikofizyolojik ölçme işlemleri sürekli daha iyileştirilmektedir. Göreceli olarak çok az sıkıntı yaratan işlemlerdir. Örneğin bir kez kişi elektrotların koluna yapıştırılmasına uyum sağladıktan sonra, kalp atış hızının ölçümü, bir öyküyü dinlemek veya bir matematik problemini çözmek gibi deneysel görevleri yerine getirmeye engel oluşturmaz.

Psikofizyolojinin karmaşık elektronik makinaları kullanması ve birçok psikoloğun olabildiğince bilimsel olma istekleri anlaşılsa da, psikologlar bazen bu açık-seçik nesnel değerlendirme aygıtlarına, gerçek sınırlılıklarını ve komplikasyonlarını dikkate almadan eleştirisiz bir bakışla inanmaktadırlar. Ölçümlerin birçoğu duygusal durumlar arasında ayrım yapmamaktadır. Örneğin, deri iletkenliği ölçümü, yalnız kaygı değil, aralarında mutluluğun da olduğu çeşitli duygu ve heyecanlara karşı artmaktadır.

Psikofizyolojik değerlendirmede bedendeki fiziksel değişiklikler ölçülür. Elektrokardiyograf bu değerlendirmelerden biridir.



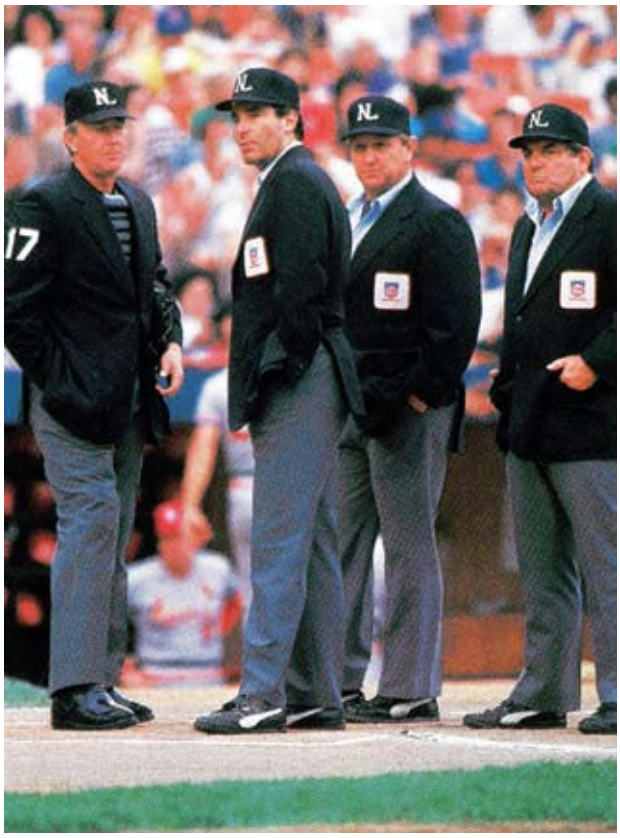
DEĞERLENDİRMEDE GÜVENİRLİK VE GEÇERLİK

Güvenirlik ve geçerlik kavramları çok karmaşıktır. Her birinin bir kaç çeşidi vardır ve psikolojide başlıbaşına bir alt-alan olan **psikometri** birebir onları çalışır. Biz burada kısa ve genel bir gözden geçirmeye yer vereceğiz. Bu bilgiler, Bölüm 3'teki bilgilere tamamlayıcı olacak ve çok geniş bir alanı kapsayan klinik değerlendirme süreçlerini kritik gözle ele almaya yetecektir.

GÜVENİRLİK

En genel anlamda **güvenirlik,** ölçmenin tutarlılığını gösterir. Bir önceki bölümde tartışılan **yargıcılar arası güvenirlik,** birbirinden bağımsız iki gözlemci veya yargıcı arasındaki anlaşmanın derecesini gösterir. Basketboldan bir örnek verecek olursak, yan ve orta hakemler arasında bir faulün yapılıp yapılmadığı konusunda ortaya çıkan durum. **Test-tekrar test güvenirliği,** araya giren bir kaç hafta veya ay sonra ikinci kez gözlenen ya da almış olduğu testi ikinci kez alan birinin genelde ne derece aynı veya en yakın puanı aldığını ölçer. Bu tür güvenirlik, kuramımız sadece insanların, konu olan değişken üzerinde testler ya da ölçümler arasında anlamlı olarak değişme göstermeyeceğini varsaydığı zaman bir anlam taşır. İşte buna en iyi örnek zekâ testlerinin değerlendirilmesidir. Bazen psikologlar bir testi, belki de kişinin birincil testi alırken verdiği yanıtları hatırlayabileceği endişesinden, iki kez tekrarlamak yerine, bir testin iki ayrı formunu uygularlar. Bu durum, testöre, **eş-değer form güvenirliği** ölçme olanağını verir. Son olarak **iç-tutarlık güvenirliği,** bir testteki maddelerin birbiriyle ilgili olup olmadıklarını değerlendirir. Örneğin, yirmi madde içeren bir kaygı anketi veya soru dizgesinde bu yirmi maddenin birbiriyle bağlantılı olmasını, ya da aralarında korelasyon olmasını; yani eğer gerçekten kaygıya odaklaşmışsa, bekleriz. Tehlikeli bir durumla karşılaştığında ağzının kuruduğunu bildiren birinin, kaslarının da gerildiğini bildirmesi beklenir.

Bu güvenirlik tiplerinin her birinde, bir **korelasyon,** yani, iki değişken arasındaki yakınlığın derecesinin ölçümü, değerlendiriciler ya da madde grupları arasında hesaplanır. Korelasyon ne kadar yüksekse güvenirlik o kadar iyidir.



Güvenirlik tüm değerlendirme süreçlerinin temel bir özelliğidir. Güvenirliği belirlemenin araçlarından biri, beyzboldaki aynı olayı gözleyen iki hakemde olduğu gibi farklı yargıcıların anlaşıp anlaşmadıklarını bulmaktır.

Buraya kadar tartışılan değerlendirme yöntemleri güvenirlik açısından değerlendirilebilirler. Daha yapılanmış, nesnel puanlama sistemi olan testlerin tipik olarak güvenirlikleri daha yüksektir; bu, onların özenle geliştirildiklerini gösterir. Kişilik testleri de test geliştirmenin ve standardizasyonun genel beklentilerini karşılayacak şekilde geliştirildiklerinden, böyle bir testin güvenirliğinin az olması veya hiç olmaması nadir rastlanan bir olgudur. Aynı şekilde zekâ testleri de çok iyi test-tekrar test güvenirliği sergilerler. Zekâ testi alan öğrenciler, genellikle aynı testi yıllar sonra tekrar aldıklarında da aynı ya da çok benzer puanı alırlar. Yapılandırılmış olmayan klinik görüşmelerin yargıcılar-arası güvenirliği düşükse de (yani aynı hasta hakkında iki görüşmecinin farklı sonuçlara varması), yapılandırılmış görüşmeler daha iyi durumdadır. Rorschach gibi projektif tekniklerin güvenirliği ise sorulara daha açıktır. Örneğin, test-tekrar test güvenirliğine baktığımızda, durumsal değişkenlerin etkili oldukları bulunmuştur. Soğuk tavırlı görüşmecilere karşı sıcak görüşmecilerin farklı Rorschach sonuçları elde ettikleri bir süredir bilinmekteydi (Masling, 1960). Projektif test-

lerin bazı puanlama yöntemleri o kadar çıkarsamaya dayalıdır ki, değişik görüşmecilerden gelen test sonuçlarını karşılaştırmak mümkün olmayabilir. Daha önce tartışılmış olan Exner'in Rorschach puanlama sistemi, bazen yeterli güvenirlik ölçümü vermiştir (örn., McArthur & Roberts, 1982; Parker, Hanson & Hunsley, 1988; yine de Exner sisteminin daha az umut veren sonuçları için Wood ve ark, 1996'nın eleştiri yazısına bakınız).

Davranışsal ve bilişsel değerlendirme işlemleri genellikle, sıklıkla laboratuvar ortamlarında yapılan görgül araştırmalardan geliştirilmiştir. Buna göre, çalışmacıların, örneğin davranışsal değerlendiricilerin, denekleri gözlerken birbirleriyle uzlaşıp uzlaşmadıklarına (örn., Paul, 1966); ya da "yüksek sesle düşün" verisini kodlayanların kendi aralarında tatmin edici uzlaşma düzeyine ulaşıp ulaşmadıklarına duyarlılık göstermiş olmaları beklenir (Davison ve ark., 1983).

GEÇERLİK

Geçerlik, bir değerlendirme ölçeğinin veya işleminin ölçmek istediğini ne dereceye kadar ölçebildiğidir. Örneğin kaygıyı ölçtüğüne inanılan bir anket, gerçekten kaygıyı ölçmekte midir? **Hemzaman** ya da **betimsel geçerlik** denen geçerlik tipi, bir ölçü aracından alınan puanların, aşağı-yukarı aynı zamanda değerlendirilen bir psikolojik özelliğe ait bir ölçümle aralarında ne dereceye kadar korelasyon olduğuyla ilgilidir. Bu tip geçerlikle ilgili bir ölçek, sözünü ettiğimiz kaygı anketinden alınan puanın bir laboratuvar ortamında başkalarıyla etkileşirken aşırı kaygılı oldukları gözlenen insanları tanımlayıp tanımlamayacağıdır. **Yordama geçerliği,** karşılaştırılacağı ölçümün, henüz elde olmadığı, ileride bir tarihte olacak olmasının dışında, hemzaman geçerliğine benzer. Örneğin, üniversitede sömestr öncesi uygulanan kaygı anketi, gergin ve sinirli olmaktan dolayı kimin bitirme sınavlarında başarısız olacağını yordamakta mıdır?

Son olarak, belki de en duyarlı ve ilginç geçerlik şekli **yapı** geçerliğidir. Bu tür geçerlik, bizim kaygı anketimizin kuramsal çerçeve açısından nerede olduğuyla ilgilidir ve ancak bu çerçevede anlaşılabilir. Esas olarak yapı geçerliği, kaygıyı ölçen testte olduğu gibi, bir testten alınan puanların, bir başka değişken grubuna beklenen şekillerde uyup uymadıklarıyla ilgilidir. Kaygıyı örnek verirsek, kaygının çocukluk yaşantılarına, şimdiki okul davranışlarına, çalışmasına, sosyal ilişkilerine, deri iletkenliği gibi psikofizyolojik değişkenlere ve diğer, kaygıya ait kapsamlı bir kuramı oluşturan değişkenlere uygun olmasını beklemeliyiz. Eğer ortaya çıkan ilişkiler örüntüsü genellikle kuramın yordamakta olduğu ise, o zaman sadece anketimiz için bir yapı geçerliği saptanmamış; altta yatan kuram da desteklenmiş olmaktadır. O halde yapı geçerliğinin, kuramların sınanmasının önemli bir parçası olduğunu ve ancak bir kuram bağlamında anlaşılabilir olduğunu söyleyebiliriz.

Değerlendirme tekniklerinin geçerliğini saptamak, onların kullanışlılık özelliğini doğrulamanın kritik bir parçasıdır. Güvenirliğe gelince, yapılandırılmamış klinik görüşmelerin ağırlıklı çoğunluğunun gizliliğe dayalı ilişkiler çerçevesinde yapıldıkları düşünülürse, geçerliliklerinin sistematik araştırmalarla saptanması mümkün olmamıştır. MMPI-2, eşler tarafından yapılan davranışsal derecelendirilmeler ve psikiyatrist ve psikologlar tarafından yapılan belirtilere ait derecelendirmeler gibi ölçütlerle yeterli yapı geçerliği göstermiştir (Graham, 1988). Rorscach, Exner sistemine göre puanlandığında, geçerliliğinin MMPI'inkiyle karşılaştırabilir düzeyde olduğu saptanmıştır (Parker ve ark., 1988). Ancak, bunun gibi olumlu bulgular, başka araştırmacılar tarafından kuşkuyla karşılanmıştır (Gann, 1995). Bununla beraber alanda çalışan birçok klinisyen, günlük kullanımda psikometrik özellikleri yeterli olmayan puanlama sistemleri kullanmakta, bu da düşük geçerlik derecesine yol açmaktadır.

Deneysel araştırmaların tipik olarak hipotezlerin test edilmesini içermesi nedeniyle, davranışçı ve bilişsel değerlendirme daha çok yapı geçerliğine odaklaşmaktadır. Böylelikle açıkça ifade edilen öfke düşüncelerindeki azalma ile kan basıncındaki düşme arasında bulunan korelasyon, her ikisi de açıkça ifade edilen düşünceler işlemine katkıda bulunmuş ve öfke ile hipertansiyon arasında bir ilişkinin olduğu hipotezini desteklemiştir (Davison ve ark., 1991).

Hemzaman geçerliği IQ testleri için fazla güçlüdür. Örneğin, Wechsler ölçeğinin gözden geçirilmiş uyarlaması, üstün zekâlılarla zekâ geriliği olan bireyleri, farklı meslekleri olanları ve farklı eğitim düzeyindeki bireyleri kolayca ayırdedebilmektedir (Reynolds, Chastain, Kaufman & McLean, 1987). Boylamsal çalışmalar, çocuk IQ testi için bulunan geçerliğin, daha sonraki iş başarısını (Terman, 1925; Terman & Oden,

1959) ve eğitim düzeyini (Brody, 1985); yetişkin IQ'sunda bir çok iş türünde eğitim başarısını ve performans derecelendirmesini yordadığını desteklemektedir (örn., Hunter, 1986).

Belli bir testin ya da başka bir değerlendirme işleminin geçerliği hesaplanırken, onların çok nadir olarak tek başlarına verildiğini hatırda tutmak önemlidir. Günümüzde klinik değerlendirmeler, çeşitli işlemlerden elde edilen verinin bütünleşmesini içerir. Klinisyen, ilk değerlendirmeden elde ettiği bilgilere dayanarak bir takım hipotezler geliştirebilir ve daha sonra eklenen bilgilerle bunları test eder. Danışanın davranışını, ulaşılan tanıyı ya da tedaviye verilecek yanıtı açıklamada, klinisyenin birden fazla değerlendirme kaynağı tarafından doğrulan hipotezlere daha bir ağırlık vermesi beklenir. Bir test bataryasının geçerliğinin, tek başına verilen bir testin geçerliğinden üstün olması beklenir. Günlük klinik uygulamalarda, tek bir test yerine, bir kaç değerlendirme işleminin kullanılması normuna dikkat edilmektedir.

KÜLTÜREL FARKLILIK VE KLİNİK DEĞERLENDİRME

Son zamanlarda psikolojik değerlendirmenin değişik biçimlerinin güvenirlik ve geçerlikleri, kapsam ve puanlama işlemlerinin beyaz Avrupalıların - Amerikalıların kültürünü yansıtmaları ve dolayısıyla başka kültürden insanları doğru değerlendiremedikleri yönünde soru işaretlerine yol açmıştır. Ancak, konu bu kadar basit olmadığı gibi; bunun gibi yanlılıkların değerlendirme araçlarını işe yaramaz yaptığı da pek açık değildir. Test vermede yanlılığı kontrol etmek için yapılan çalışmalar, Wescher Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği - Gözden Geçirilmiş (WISC-R) gibi testlerin, azınlıktaki ve azınlıkta olmayan çocuklar için eşit yordama geçerliğinin olduğunu (Sattler, 1992); IQ testlerinin, akademik (okul) başarıyı her iki grup için çok iyi yordadığını göstermiştir.

Ayrıca kültürel yanlılıklar, başka yollardan etkili olabilmektedir. Klinisyenlerin, başka kültürlerden gelen insanlardaki psikolojik sorunları azımsamalarına ya da büyütmelerine neden olabilir (Lopez, 1989, 1996). Afrika kökenli Amerikalı çocukların sayısının özel eğitim-öğretim sınıflarında daha çok olmasının nedeni, yerleştirme amaçlı kullanılan testlerin hassasiyetinin bir sonucu olabilir (Artiles & Trent, basımda). Yine, duygusal bakımdan son derece içine kapanık bir Asya kökenli Amerikalı örneğini düşünün. Klinisyen, baskın olan Avrupalı - Amerikan kültürüne göre, Asya kültüründen gelen erkeklerin daha az duygusal ifade göstermelerinin beklendiğini veya onaylandığını mı kabul etmelidir? Böyle yaptığı takdirde klinisyen, beyaz erkek hastada tanımlayacağı bir bozukluğu, gözlediği davranışları psikolojik bozukluğun kendisinden çok, kültürel farklılıklara dayalı yüklemlemeden dolayı tanımlama riskine girmiş olacaktır. Kısacası, klinik değerlendirmede, kültürel yanlılık her iki yönde de çalışmaktadır (Lopez, 1989).

Bu yanlılıklar nasıl ortaya çıkmaktadır? Birçok kültürel yanlılık vardır ve bunlar değerlendirmeyi çeşitli şekillerde etkileyebilir. Dil farklılıkları, rekabete kültürel yaklaşım, farklı ruhsal inançlar, hatta baskın olan kültürü temsil eden klinisyen karşısında hissedilen çekingenlik, utangaçlık türündeki bu etkenlerin tümü, rol oynayabilir. İngilizce konuşan klinisyenler tarafından değerlendirilen İspanyolca konuşan insanlara çevirmenler pek yardımcı olamayabilir veya eksik hizmet verebilirler (Sabin, 1975). Porto Riko kültüründe, kişinin etrafının ruhlarla dolu olduğu inancı yaygındır; oysa başka kültürlerde bu inanç şizofreni işareti olarak görülebilir (Rogler & Hollinghead, 1985). Başkalarıyla

Değerlendirme, kişinin kültürel ardalanını dikkate almalıdır. Bazı kültürlerde ruhlar tarafından esir alınma oldukça yaygındır. Böyle bir inancı olan kişinin psikotik olarak düşünülmemesi gerekir.

işbirliği içinde olmanın kültürleri tarafından öğretildiği Amerikan yerlilerinden, oldukça bireysel ve rekabete dayalı olma yapısındaki bir yetenek testine uyum göstermeleri beklenemeyebilir (O'Conner, 1989).

Her ne kadar kültürel farklılıkların klinik değerlendirmeyi yanlılık yönünde etkileme potansiyelinin farkında olmak çok önemliyse de, bir teste kültürel farklılığı dâhil etmenin, o testin değerlendirme sırasında mutlaka da daha yardım edici bir tanıya götürdüğünü açıkça göstermemektedir. Kaliforniya'da ruh sağlığı uzmanlarının yaptıkları bir taramanın sonuçlarına bakalım (Lopez & Hernandez, 1986): yukarıda betimlenen içine kapanık Asya kökenli Amerikalı adam örneğinde ve dini inançlarda kültürel duyarlılığı yansıtan bir örnekte bir klinisyen, Afrika kökenli Amerikalılar arasında varsanıların görülmesinin olağan olduğuna inandığından dolayı, Afrika kökenli Amerikalı kadınların varsanılarını psikopatolojik açıdan daha az önemsediğini bildirmiştir. Bu klinisyen, alt-kültürel normlara yükleme yaparak, kadının sorunlarının ciddiyetini hafife almıştır. Bunun bir sonucu olarak, kadının yararına olacak bir karar olan şizofreni tanısını düşünmemiştir.

Kültürel yanlılıklar yalnız tanı alacak kişiyi değil, kişiye tanının nasıl konduğunu da etkiler. Bir çalışma, klinisyenlerin, bir vak'a özetinin, kişinin beyaz değil de Afrika kökenli Amerikalı olduğuna dair bilgi verdiği durumlarda, o kişiye şizofreni tanısı koymasının ihtimalinin daha yüksek olduğunu göstermiştir (Blake,1973). Hastanede yapılan bir çalışma, Afrika kökenli Amerikalı hastalarda normalden yüksek oranda şizofreni tanısı; düşük oranda da duygudurum bozukluğu tanısı konduğunu ortaya koymuştur (Simon ve ark., 1973). Başka bir araştırma, aynı belirtiler doğrultusunda, alt-sınıf Afrika kökenli Amerikalı hastaların, orta sınıf beyaz hastalardan daha çok alkolik tanısı aldıklarını göstermiştir (Luepnitz, Randolph & Gutsch, 1982). Görünen belirtilerin ışığında, bu tanının konulması beyaz hastaların yararına değildi.

Kültürel farklılıklar kaçınılmazdır. Görmüş olduğumuz gibi klinik değerlendirmeye sızabilecek kültürel farklılıklar, onları bertaraf etme ya da ödünleme çabalarını zayıflatmamaktadır. Bunun basit bir yanıtı yoktur. DSM- VI'ün bir bozukluk kategorisi için kültürel etkenleri dikkate alan bir yaklaşımının olması, ilk gerekli adım olarak klinisyenleri konuya duyarlı hale getirebilir. Son zamanlarda, uygulamacılarla ilgili yapılan bir taramada, klinik çalışmalarında kültürü dikkate almaya ağırlık verdiklerini bildirmişlerdir (Lopez, 1994). O halde, görünen o ki, çözüm değilse de, sorunun kendisi ilgi odağıdır.

Kültürel farklılıklar, bir yetenek ya da IQ testinden farklı sonuçlar alınmasına neden olabilir. Yerli Amerikalı çocuklar, kültürlerinde önemsenen, işbirliğine dayalı, grup IQ testleriyle çok ilgilenmeyebilirler.

DEĞERLENDİRMEDE KÜLTÜREL YANLILIKTAN KAÇINMA STRATEJİLERİ

Klinisyenlerin, hastalarını değerlendirirken kültürel yanlılıklarının etkisini en aza indirmek için yapabilecekleri -ve de yaptıkları- bazı şeyler vardır. Sattler (1982), testlerin seçilmesi ve yorumlanması ile diğer değerlendirme verilerinin ele alınmasında, klinisyenlere rehberlik edebilecek bazı yardımcı önermelerde bulunmaktadır. Klinikçi, ilk olarak değerlendirmeye aldığı hastanın geldiği kültür hakkında birşeyler öğrenmeye çaba göstermelidir. Bu bilgi, okumayla, meslektaşlar arası danışmayla ve hastanın kendisiyle doğrudan iletişim yollarıyla edinilebilir. İkinci olarak, klinisyen için hastanın hangi dilde iletişim kurmayı yeğlediğini saptamak ve test vermenin birden çok dilde gerçekleşebileceğini dikkate almak önemlidir. Hipotezleri test etmek için tek bir ölçü aracından alınacak sonuçlara dayanmaktansa, birden fazla (çoklu) değerlendirme yapılmalıdır.

Değerlendirme işlemleri, sınırları zorlamak yoluyla da değişimlenebilir. Örneğin, Yerli Amerikalı bir çocuğun psikomotor hızı ölçen bir testte başarı gösteremediğini farzedin. Ölçmecinin

sezgisi, çocuğun hızlı çalışmanın önemini anlamadığı ve bunun yerine doğru yapmayı çok daha fazla önemsediği doğrultusundadır. Test, hata veya eksik yapmaktan kaygı duymadan hızlı çalışmanın önemini daha açık bir şekilde anlattıktan sonra, tekrar uygulanabilir. Eğer çocuğun performansı iyileşirse, ölçmeci, test uygulama kurallarının dışına çıkmış; ama çocuğu daha iyi anlayarak, onun "psikomotor hız yetersizliğinin" olduğu şeklinde yanlış bir tanı almasını engellemiş olmaktadır.

Son söz olarak, hastadan farklı bir ardalanı olan bir klinisyen, hastadan en iyi performansı alabilmek için, fazladan bir iyi ilişki (rapport) kurma çabası göstermelidir. Örneğin, utangaç, henüz okula başlamamış bir İspanyol kökenli çocuğa test veren yazarlardan biri, test sorularına sözel yanıtlar alamamıştır. Öte yandan, aynı çocuğun, bekleme odasında, annesiyle canlı ve rahatça yüksek sesle konuştuğu duyulmuştu. Bu durum, test sonuçlarının, çocuğun dil becerilerinin geçerli bir değerlendirmesini temsil etmediği yargısına yol açmıştır. Test bu kez çocuğun evinde, annesinin yanında tekrar verildiğinde, çocuğun bayağı gelişmiş sözel yeteneklerinin olduğu gözlenmiştir.

Ancak, Lopez'in (1994) işaret ettiği gibi, "kültüre bağlı yanıtlayabildik ile kültüre bağlı kalıplar arasındaki mesafe çok kısa" olabilir (s. 123). Klinisyenler, bu tip sorunları en aza indirmek için, azınlık hastalarla çalışırken sonuçlar çıkarmada denemeci bir yaklaşım göstererek, belirli bir hastada kültürel etki hakkında *hipotez* kurmaları, alternatif seçenekleri akılda bulundurmaları ve daha sonra da onları test etmeleri doğrultusunda cesaretlendirilirler. Kayıtlarımızdan bir vak'ada, genç bir adamda, şizofreni olduğundan kuşkulanılıyordu. Bildirdiği en göze çarpan belirti, duyduğu seslerdi. Ancak, sesleri yalnızca meditasyon yaparken duyduğunu ve kendi (Budist) kültüründe bu yaşantının rastlandık (normatif) olduğunu iddia ediyordu. Bu hipotezi test etmek için görüşmeci (hastanın izniyle) ailenin dini lideriyle temas kurmuştur. Budist rahip, bu genç adamın bildirdiği belirtilerin (ses duyma) çok garip olduğunu ifade etmiştir. Genç adamın üyesi olduğu dini topluluğun da, onun giderek artan, bu türden tuhaf davranışlarının farkında olduğu anlaşılmıştır. Böylece, ses duyma belirtisinin, kültürel etkilere bağlı olabileceği hipotezi çürütülmüş ve "hasta olmadığı" hatasına düşülmesi engellenmiştir.

DAVRANIŞIN TUTARLIĞI VE DEĞİŞKENLİĞİ

Bu son kısımda, herhangi bir klinik değerlendirme şekliyle ilgili olabilecek kritik bir soruya değineceğiz. İnsanlar zaman içinde tutarlı mı yoksa değişken midirler? Başka bir deyişle, değişik durumlarda aynı biçimde davranmamıza yol açan kişilik treytlerine mi sahibiz? Yoksa durumlara bağlı olarak mı farklı davranıyoruz? Bu soru birçok araştırma ve iddialaşmaya yol açmış; klinik ortamlarda insanların ve sorunlarının dikkat ve titizlikle değerlendirilmesini dikkate getirmiştir.

Treyt kuramcıları, insanların belli bir miktar cimri ya da saplantılı olmasının, yani belli bir bozukluk gibi özelliklerinin olduğuna inanırlar. Buradaki varsayım, insanların çeşitli durumlara karşı gösterdikleri düşüncelerinin, duygularının ve davranışlarının, sahip oldukları belirli bir özelliğin derecesine göre oldukça doğru bir şekilde yordanabileceğidir. Bu paradigmatik yaklaşım, insanların çeşitli değişik durumlarda oldukça tutarlı davranacaklarını imâ etmektedir. Örneğin oldukça saldırgan bir kişi düşük derecede saldırgan birinden evde işte ve oyunda daha saldırgan olacaktır.

Bu soruya ilişkin kanıtların üzerinden geçtikten sonra, Walter Mischel, *Kişilik ve Değerlendirme*'de (1968), IQ hariç, kişilik treytlerinin davranışın ortaya çıkmasında çok önemli olmadıklarını ileri sürmüş; insanların davranışlarının durumdan duruma tutarlık göstermediğini belirtmiştir.

Mischel'in treyt kuramına saldırısı, yayınlarda, pek de sürpriz olmayan sıcak bir tartışmayı başlatmıştır. Örneğin, psikanalitik kuramcı Walter Wachtel (1977), Mischel'in aktardığı çalışmaların, genellikle davranışları hastalara göre büyük bir olasılıkla daha esnek ve hasta olmayan kişilerle yapılmış olduğuna dikkat çekmiştir. Zihinsel veya ruhsal bozuklukların belli başlı işareti katılık ve esnek olmayış olabilir. Bu, davranışın çeşitli durumlarda tutarlı olduğunu söylemenin diğer bir yoludur. Belli ki, 13. Bölümde ele alınan kişilik bozuklukları, esnekliği olmayan katı treytlerin en aşırı örnekleri olarak adlandırılabilir. Bu yüzden Mischel temel olarak normal insanları inceleyerek, onların daha değişken olduklarını belirterek, tartışmasını sonlandırabilirdi.

Tanınmış psikolog Walter Mischel'in, treytlerin mi yoksa durumların mı davranışın en güçlü belirleyicileri olduğu görüşüne ait çalışmaları günümüzde bu konudaki tartışmaları tetiklemiştir.

Wachtel, farklı algılamaların, insanların aynı veya benzer durumlara farklı yaklaşımlarına neden olduğunu; ya da değişik durumları nesnel bir bakışla kendi gözünde eşdeğer olarak tanımlayabileceğini de ileri sürmüştür. Örneğin, paranoid olarak tanımlanabilecek birisi, tehditleri alışıldık ve zararsız durumlar olarak görebilir. Aşırı kuşkucu birisi, satın alma sırasında kredi kartının onay için kontrol edilmesini, kendisinin kişi olarak sorgulanması şeklinde görebilir; gerçek bir paranoid ise, kendisini kontrol eden ve küçük düşürmek için hazırlanmış, fesat, kötü bir planın bir parçası olarak görebilir. Çevreleyici koşullara duyarsız olmak, kişinin sorunu değildir; bu kişi, daha ziyade karşılaştığı veya içine girdiği durumların hepsini olmasa da çoğunu tehdit edici olarak algılar. Buna ek olarak, insanlar çevrelerinde belirli bazı davranış çeşitlerini *ortaya çıkartabilirler.* Paranoid birey, insanları yalnızca tehdit edici olarak algılamakla kalmaz, fakat önce onlara sataşarak, saldırarak gerçekten de öyle olmalarını sağlar. Aslında yaptığı, farklı durumları, benzer ya da aynı ve tehlikeli durumlara dönüştürmektir. Bunun sonucunda da paranoidin kendi davranışı da biraz değişir.

Wachtel, kişilik yatkınlığının bireyin kendisi için seçtiği veya yapılandırdığı durumları etkileyebileceğini ileri sürmüştür. Örneğin, genellikle iyimser olan bir kişi, kendi olumlu bakışını doğrulayacak durumları arar. Böylece, treyt yatkınlığını, gelecekte benzer ümit vaadeden durumları bulmak veya yapılandırmak için güçlendirmiş olmaktadır. Kişinin içinde bulunduğu durumları etkileyen kişilik treytleri ile bu durumların da "kişiliği etkilemesi arasında değişmez bir karşılıklı etkileşim vardır. Uzun zaman aralıkları boyunca tutarlık, kişinin tutumları, treytleri ve eğilimlerine aracı veya yardımcı olan durumların seçilmesine ait uzun bir tarihçenin ürünü olabilir" (Snyder, 1983, s.510). Yeterince ilginç olan Wachtel'in psikodinamik spekülasyonlarının, Bandura'nın (1982), Mischel'in (1977), Snyder'in (1983), Emmons ve Diener'in (1986) araştırmalarını da içeren sosyal psikoloji araştırmalarıyla tutarlı olmasıdır.

Mischel'in önemli kitabının başlattığı bu tartışma sürerken, başka psikologlar, onun başlangıçtaki savlarının çok aşırı olduğunu ileri sürdüler. Block (1971), Mischel'in, davranışın tutarsızlığına ait çıkardığı sonuçları sorguladı. Mischel'in, iddiasını desteklemek için kullandığı çalışmaları incelediğinde, bunların çoğunun ciddi eksikliklerinin olduğunu gördü. Davranışın tutarlılığına ve sabitliğine ilişkin kanıtlar, Mischel'in, durumcu bakış açısını desteklemek için kullandığı çalışmaları eleştiren Epstein (1979) tarafından dikkate getirildi. Epstein'e göre bu çalışmalar, davranışın yalnız çok küçük parçalarına bakıyordu. Oysa bu, kişinin tek bir test maddesinden aldığı puana bakarak, onun IQ'sunu söylemek kadar hatalı bir stratejidir. Daha uygun ve doğru olan, durumlara bağlı davranış menzilinden *ortalama* davranışı çıkarmaktır. Epstein, kendi yaptığı araştırmalarında, çeşitli durumlara ait davranışsal veri toplayarak ortalamalar çıkarmış ve böylelikle davranışta dikkate değer tutarlıklar olduğunu gösterebilmiştir. Karmaşık insan davranışını anlamak için evrensel treytlerin önemini temel görüşlerinde ortaya atıp savunan tanınmış Harvard psikoloğu ve kişilik kuramcısı Gordon Allport'un (1937) bu görüşleri, şimdilerde kişilik eğilimlerinin önemini destekleyici daha fazla bilgi toplandıkça, yoğunlaşan ilginin tadını çıkarmaktadır (Funder, 1991).

Mischel'in görüşlerini destekleyen ve bir bakıma da Wachtel'in, iyi uyumlu insanların davranışlarını değişen koşullara uyarladıkları görüşünü yansıtan Bandura (1986), treyt kuramcılarının kendini bildirime dayalı sorudizgelerine veya anketlerine ağırlıklı olarak dayanmalarının, ulaşılan sonuçları renklendirdiğini; çünkü insanların kendilerini seçici olarak tutarlı algıladıklarını ve ona göre anketleri yanıtladıklarını öne sürmüştür. Anketler, çok da iyi belirlenmemiş, sınırları tayin edilmemiş durumlara ait tipik davranışları sorar. Örneğin, "öfkelendiğin

zaman kendini kaybeder misin?". Öte yandan, eğer insanlar değişik durumlarda gözlenirlerse, gerçek davranışlarının çevresel değişikliklere karşı çok daha çeşitlilik göstereceği anlaşılacaktır. Bu, sosyal ve kişilik psikolojisindeki sayısız yayından çıkarılabilecek bir sonuçtur.

İlginç bir olasılık da, treytlere olan inancın yordanabilirliği taşıması ve belki de bunun bir kontrol algı yanılsamasına (illüzyon) yol açmasıdır. Eğer Joe iyi bir adamsa, o halde ne olursa olsun ona güvenebiliriz; Dick serserinin biriyse, buna da güvenilebilir ve onunla planlar yapılabilir, her ne kadar onun başka türlü bir insan olmasını istemiş olsak da. Kültür de insan davranışının anlaşılmasında treyt yönlenimini beslemektedir. Çoğumuz, insanların güzel, iyi huylu, ahlaksız, adil... olarak tanımlanabilecekleri fikriyle büyümüşüzdür. Bir de şu olabilir: çoğumuz, tutarlığın, o kişiyi hain veya tembel olarak algılamamızın ondan hayır gelmeyeceği sonucuna varmamıza neden olduğunu bilsek de, yine de tutarlığı kendimizde ve başkalarında gereken bir özellik olarak algılar, *değer* veririz.

Bandura (1986), Epstein ve diğer treyt kuramcılarının, y durumunda yapılan x davranışının *işlevselliğini* görmezden geldiklerini ileri sürer. Bir sosyal öğrenme kuramcısı olarak Bandura, treyt kuramcılarından daha fazla, davranışın durumsal belirleyicileri, özellikle de bireyin beklediği pekiştirmeler üzerinde durur. "Ortalamayı ne kadar zorlarsanız zorlayın, suçlu kişilerin rahiplere ve rakip çete üyelerine gösterdikleri saldırgan davranışlar arasında zayıf bir korelasyon görülecektir" (s. 10). Mischel, son zamanlarda, bir kamp ortamındaki çocuklar hakkında, "eğer….. sonra" gibi terimlerle örneklediği, bu görüşü destekleyen araştırma bulguları elde etmiştir.

Örneğin Henry, bir yetişkin tarafından bir şeyi yapmaması konusunda uyarıldığı zaman saldırgan davranır; ama bir yaşıtı tarafından uyarıldığında söz dinler. O halde saldırgan olma eğilimi (treyt) ve bunun gibi davranışların ortaya çıkabilecekleri ya da çıkmayabilecekleri ortamlar arasında bir etkileşim vardır. Saldırganlık gibi belirli bir eğilimi ifade etmenin sonuçları, o treytin söz konusu bir durumda açığa çıkıp çıkmayacağı üzerinde önemli bir rol oynar (Shoda, Mischel & Wright, 1994).

Bazı durumlar hemen *herkesin* aynı davranışı yapmasını getirebilir. O halde bazen durumsal bakış açısı, treytçi bir yordamaya yol açabilir. Örneğin birçok insan, sıcak bir günde, plajda, üzerlerine yüzmeye elverişli bir kaç parça giyerler; kütüphanedeki insanların çoğu kısık sesle okur veya konuşur. Herşey iyi güzel de, peki davranışın tamamının analizi, kişinin plajdayken okuyup okumayacağı, kütüphanedeyken plajı hayal edip etmeyeceği veya herhangi bir durumda bile olup olmayacağı hakkında yordamaları içerebilmelidir (Anastasi, 1990). Treyte karşı davranışın değişebilirliği hakkında bunca yayının birikmiş olması, kişilik etkenlerinin nasıl farklı çevrelerle *etkileşime* girdiğini görmek ve takdir etmek anlamına geldiği sonucunu çıkarabiliriz. Diğer bir deyişle, bu bir paradigmatik yaklaşım olarak, yatkınlık-stres görüşüyle dikkati çekecek derecede örtüşmekte ve psikopatolojiyi inceleme görüş ve yaklaşımımızı belirlemektedir.

ÖZET

Klinisyenler, bir hastanın en iyi nasıl betimleneceğini bulmak için çeşitli değerlendirme modellerine dayanırlar; hastanın rahatsızlığının nedenlerini araştırırlar; önleyici ve iyileştirici etkili tedavi planları düzenlerler. Bir değerlendirme yöntemi ne kadar yapılandırılmamış da olsa, araştırmacının paradigmasını kaçınılmaz bir biçimde etkiler. Bölüm 2'de daha önce ele alınan bilimsel paradigmalar, klinik bağlamda bilginin nasıl toplanıp biraraya getirildiğini anlama da akılda tutulması gereken önemli bir konudur.

Değerlendirmedeki iki temel yaklaşım, psikolojik ve biyolojik yaklaşımlardır. Psikolojik değerlendirmeler, klinisyenin hastasının yakınmaları hakkında bilgi edinmek için yaptığı görüşmeleri; yapılandırılmış ya da göreceli olarak yapılandırılmış konuşmaları; Rorschach Mürekkep Lekesi Testi ve Tematik Algı Testinde olduğu gibi muğlak uyarıcıların sunulduğu testlerden, görgül yöntemle geliştirilen Minnesota Çok-Yönlü Kişilik Envanteri gibi kendini bildirim türü soru-dizgelerine ve kişinin zihinsel yeteneğini ölçen ve gelecekteki okul veya akademik başarısının ne olabileceğini yordayan testlere kadar uzayan bir menzildeki psikolojik testleri kapsar.

Davranışsal ve bilişsel değerlendirmede, bilgi dört grup etkende sınıflandırılır (UOTİ): durumsal etkenler (uyarıcı), organizmaya ait değişkenler, tepkiler ve davranışın sonuçları (izleyenler). Geleneksel değerlendirme, insanları, treytleri ya da kişilik yapıları bakımından anlamaya çalışırken;

davranışçı ve bilişsel değerlendirme, insanların belirli durumlarda nasıl davrandıkları, hissettikleri ve düşündükleri ile daha çok ilgilenir. Özgüllük, bilişsel ve davranışçı değerlendirmeye damgasını vuran başlıca özelliktir. Dayanılan varsayım, insanlar hakkında daha iyi bilginin toplanmasının ancak bu çerçevede çalışılırsa mümkün olabileceğidir. Eleştirmenler, bu şekilde toplanan bilginin bazen anlamlı sonuçlara ulaşmamızı engelleyici darlıkta, kısıtlılıkta olabileceğine inanırlar.

Davranışçı ve bilişsel değerlendirme yaklaşımları, ya doğal ya da hazırlanmış ortamlarda doğrudan doğruya yapılmış gözlemleri; durumlara odaklaşmayı öngören gelişmeler ve kendini bildirime dayalı ölçümleri ve özelleşmiş, psikopatoloji kuramlarında ve terapide önemli oldukları düşünülen inançların, tutumların ve düşünmenin açığa çıkarılmasına yönelen yüksek-sesle düşünme biçimindeki bilişsel değerlendirme işlemlerini kapsar.

Biyolojik değerlendirmeler, karmaşık ve ileri teknolojik donanımlı, bilgisayar-kontrollü imgeleme tekniklerini içerir. Bunlardan CT tarama, yaşayan, canlı beynin çeşitli işlevlerini, gerçekleştikleri anda görmemizi sağlar. Nörokimyasal maddelerle nörotransmitterlerin düzeyleri hakkında çıkarsamalar yapılabilir. Halstead - Reitan gibi, beyin bozukluklarına ait sayıltıları, psikolojik testlere verilen değişken yanıtlarda yansıtan nöropsikolojik testler ve kalp atış hızı ve deri iletkenliği ölçümleri gibi psikofizyolojik ölçümler vardır.

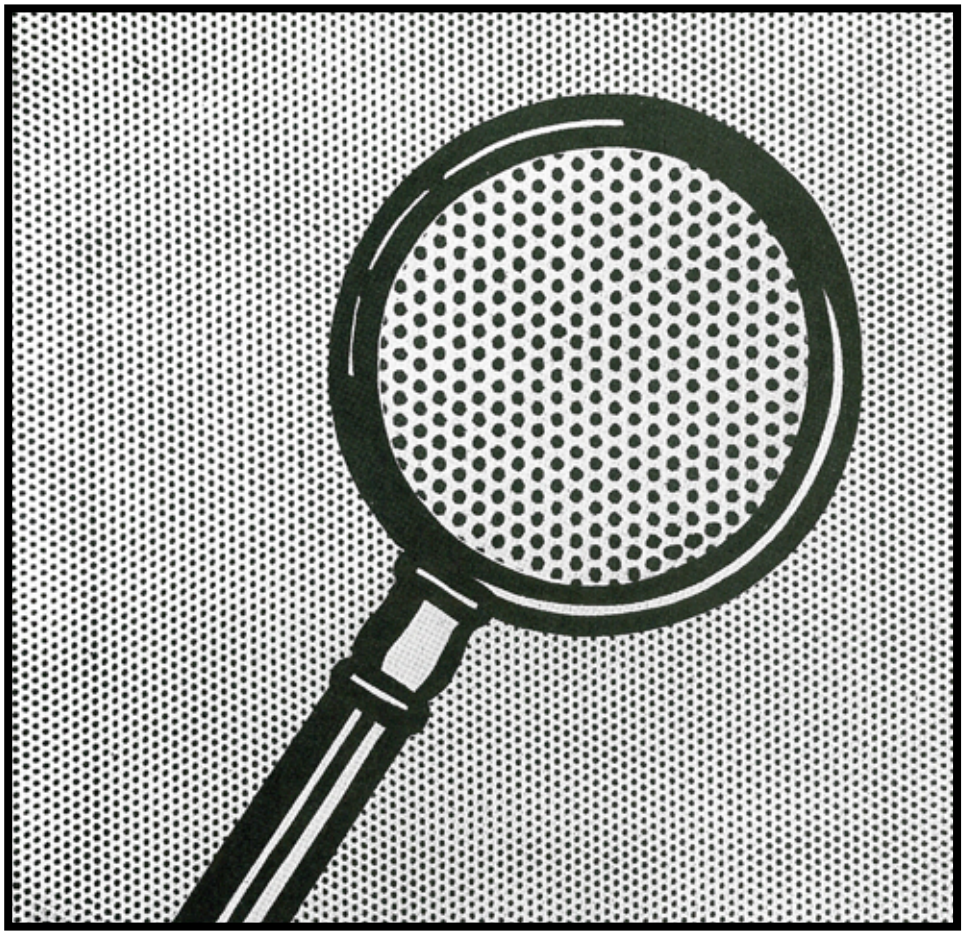
Her ne kadar klinisyenler ve araştırmacılar, değerlendirme bilgileri toplamakla uğraşıyorlarsa da, bunların geçerlikleri ve güvenirlikleri ile de ilgilenmelidirler. Güvenirlik, ölçümün tutarlı ve tekrarlanabilir olup olmadığını; geçerlik de değerlendirmemizin ölçmek istediğimizi ne dereceye kadar temsil ettiğini anlatır. Bu bölümde belirtilen çok sayıda değerlendirme işlemi, güvenirlik ve geçerlikleri bakımından büyük ölçüde birbirlerinden ayrılırlar.

Kültürel ve ırksal etkenler, klinik değerlendirmede rol oynarlar. Azınlık hastaları, beyazlardan oluşan evrenle yapılan araştırmalara dayanarak geliştirilen değerlendirme tekniklerine, beyaz hastalardan daha farklı tepki verirler. Klinisyenler, azınlık hastaları değerlendirirken yanlı davranabilirler; bu, hastanın psikopatolojisini azımsama ya da abartılı tanıya gitmeyle sonuçlanabilir. Kültürel farklılıklar ve klinisyen yanlılığı, bilimsel, pratik ve etik nedenlerden dolayı önemlidir.

Durumlara bağlı davranışın sabitliği tartışmalı bir konudur. Bu konu, gerek kuramsal açıdan, gerekse uygulama açısından, psikologları yıllarca meşgul etmiştir. Yanıtlar halen uzak bir olasılık; ancak, durumlar arası davranışın, daha önceki geleneksel kişilik kuramcılarının düşündüklerinden daha değişken olduğunu ve öğrenme paradigmasında olanlara göre de inanılandan daha kalıcı olduğunu söylemek akıllıca olacaktır.

ANAHTAR SÖZCÜKLER

klinik görüşme
psikolojik testler
standardizasyon
kişilik envanteri
Minnesota Çok-Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI)
projektif test
Rorschach Mürekkep Lekesi Testi
Tematik Algı Testi
zekâ testi
yetenek testi
davranışsal gözlem
kendini izleme
tepkime (davranışın)
beyin zarları
serebral hemisferler (beyin yarı küreleri)
korpus kallosum
serebral korteks (beyin kabuğu)
gyri (çıkıntı, kıvrım)
sulci (oluk)
frontal lob (alın lobu)
pariyetal lob (tepe lobu)
temporal lob (şakak lobu)
oksipital lob (ard kafa lobu)
beyaz madde
diensefalon
hipotalamus
orta beyin
beyin sapı
pons
omurilik soğanı
limbik sistem
CT-tarama
Manyetik Rezonans İmgeleme (MRI)
PET-tarama
nörolog
nöropsikolog
nöropsikolojik testler
psikofizyoloji
somatik sinir sistemi
otonom sinir sistemi
parasempatik sinir sistemi
Elektrokardiyogram
elektrodermal tepki
güvenirlik
yargıcılararası güvenirlik
test-tekrar test güvenirliği
eşdeğer form güvenirliği
iç-tutarlık güvenirliği
korelasyon
geçerlik
hemzaman geçerliği (betimsel)
yordama geçerliği
yapı geçerliği



Roy Lichtenstein, "Büyüteç." 1963

5

ANORMAL DAVRANIŞIN ÇALIŞILMASINDA ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ

Çeviri: Uzm. Psk. Ahmet Tosun

BİLİM VE BİLİMSEL YÖNTEMLER
- Sınanabilirlik ve Tekrarlanabilirlik
- Kuramın Rolü

ANORMAL PSİKOLOJİSİNDE ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ
- BVaka Çalışması
- Epidemiyolojik Araştırma
- Korelasyonel Yöntem
- Deney
- Tek Denekli Deneysel Araştırma
- Karışık Desenler

ÖZET

Davranış bozukluğu ve sorunlarının sınıflanma ve değerlendirilmelerinde, farklı kavramsallaştırma ve ele alma yollarının olması dolayısıyla, anormal davranışın nasıl çalışılması gerektiğine yönelik genel bir fikir birliği bulunmamaktadır. Anormal davranış, yüzyıllardır kuramsallaştırma faaliyetlerinin nesnesi olmuştur ve bu alanda kurama dayalı yoğun tahminler yürütülmüştür. Zihinsel bozuklukların ardında yatan gerçeklere ulaşmak hala çok zor olduğu için, bu bozuklukların peşine düşerken çağdaş psikopatolojide uygulanan bilimsel araştırma yöntemlerini kullanmak önemlidir. Bu bölüm, anılan yöntemleri tartışmakta ve her birinin güçlü yönleri ve sınırlılıkları ile ilgili bir duyarlılık kazandırmaya çalışmaktadır.

BİLİM VE BİLİMSEL YÖNTEMLER

1. Bölümde, verinin toplanması ve değerlendirilmesinde, diğer bir ifadeyle bir gözlemi oluşturan yapıların tanımlanmasında önemli rol oynayan öznel faktörleri betimledik. Hepimiz üniversitede bilimsel yöntemle ilgili ders kitapları okumuş olmamıza rağmen, aslında tek bir bilim ya da bilimsel yöntem yoktur. Şu anki uygulamalarımızda bilim, gözlem vasıtasıyla sistematize edilmiş bilgiye ulaşma çabasıdır. Böylece, Latince'de *scire,* yani "bilme" kelimesinden gelen bu terim, bilgiyi sistematik olarak toplayan ve değerlendiren bir yöntemi ve elde edilen bilgiyi açıklayacak genel kuramlar geliştirme şeklindeki bir hedefi kastetmektedir. Bilimsel gözlemlerin ve açıklamaların sınanabilir (sistematik soruşturmaya açık) ve güvenilir olması daima önemlidir. Burada biz, sınanabilirlik ve güvenirlik ölçütlerini ve daha derin olarak da kuramın oynadığı anahtar rolü gözden geçirdikten sonra, anormal psikolojisinin çalışılmasında kullanılan temel araştırma yöntemlerini inceleyeceğiz.

SINANABİLİRLİK VE TEKRARLANABİLİRLİK

Bilimsel bir yaklaşım ilk olarak, net ve tam bir şekilde ifade edilen önerme ve fikirlere gereksinim duyar. Ancak bundan sonra bilimsel iddialar sistematik soruşturmalara ve sınamalara tabi tutulabilirler. Bunlardan bir tanesi, bilim adamının ne bulacağıyla ilgili beklentilerinin yanlışlanabilir olmasıdır. İfadeler, kuramlar ve savlar, ne kadar akla uygun olduğuna bakılmaksızın, herkesçe sınanabilir ve çürütmeye açık olmalıdır. Bir bilim adamının tutumu ise her zaman şüphe etmeyi içinde barındırmalıdır. Örneğin, çocukluktaki travma yaşantıları, yetişkinlikte uyum bozukluklarına neden olabilir gibi bir ifade, kesin bir iddiada bulunmak için yeterli değildir. Böyle bir ifade, bir olasılıktan veya önermeden daha fazla bir anlam taşımaz. Bilimsel bakış açısına göre, herhangi bir hipotez, onun yanlış olduğunu gösterebilecek sistematik bir sınamaya izin vermelidir.

Sınanabilirlikle yakından ilişkili olan diğer bir nokta, bilginin bilimsel bir yapı kazanmasına katkıda bulunan her bir gözlemin güvenilir olması gerekliliğidir. Güvenirliğin önemini, tanı koyma ve değerlendirme ile olan ilişkisi bağlamında tartışmıştık. Güvenirlik, araştırma işleminde de eşdeğer bir öneme sahiptir. Her ne gözlenmiş olursa olsun, bu, tekrarlanabilir olmalıdır. Diğer bir ifadeyle, ayrıntılı olarak tanımlanmış koşullar altında yalnızca bir kere değil, tekrar tekrar ortaya çıkabilmelidir. Bir olay, herhangi bir yerde ve zamanda, tanımlanmış koşullar altında yeniden meydana getirilebilmelidir. Eğer bir olay yeniden meydana getirilemiyorsa, bilim adamları o orijinal gözlemin geçerliliği hakkında dikkatli olmalıdırlar.

KURAMIN ROLÜ

Bir **kuram,** bir olgu kümesini açıklamaya yarayan düzenli önermeler bütünüdür. 3. ve 4. Bölümde tartıştığımız paradigmalar, psikopatoloji kuramları olarak da düşünülebilir. Bilimin birincil hedefi, *neden-sonuç* ilişkileri önererek verileri açıklayan kuramlar geliştirmektir. Görgül araştırma sonuçları, kuramların uygunluğunun değerlendirilmesine olanak sağlarlar. Kuramlar, araştırmalara rehberlik etmede belirli ek verilerin toplanmasını önererek de önemli bir rol oynayabilirler. Daha özgül olarak, bir kuram hipotezlerin ve eğer kuram doğru ise neler olabileceği hakkındaki beklentilerin üretilmesine ve bunların araştırma içinde sınanmasına izin verir. Örneğin, farz edelim ki siz fobilerin klasik koşullanmasıyla ilgili bir kuramı sınamak istiyorsunuz. Bir araştırmacı olarak işe, ilgili kurama dayanan bir hipotez geliştirerek başladınız. Örneğin, eğer klasik koşullama kuramı geçerli ise, fobisi olan insanlar korktukları durumlarla (uçağa binmek gibi) karşılaştıklarında genel nüfustaki insanlara göre daha çok olumsuz deneyim yaşamalıdırlar. Fobi rahatsızlığı olanlar arasında fobik uyaranla yaşanan olumsuz deneyimle-

ODAK 5.1 KAOS KURAMI VE ANLAYIŞ VE YORDAMANIN SINIRLARI

...Kelebek Etkisi, bugün Pekin'de bir kelebeğin yarattığı hava akımı gelecek ay New York'taki fırtına sistemlerini değiştirebilir şeklindeki görüş. (Gleick, 1987, s. 8).

Bu alıntı, kaos kuramının özünü yakalamıştır. Büyük olaylar (bir fırtına sistemi gibi) umulmadık ve önemsizmiş gibi görünen olayların (uçan bir kelebek taralından yaratılan hava akımı) sonucunda oluşabilir. Kaos kuramı bakış açısı, bilim adamlarının olaylardaki küçük değişikliklerin uzun vadedeki sonuçlarını güvenilir bir şekilde yordama yeteneklerine karşı çıkar (Gleick, 1987). (Bizim görüşümüz, kaos kuramının bir kuramdan çok bir paradigma olduğu yönündedir.) Dünya, neredeyse anlaşılamayacak kadar karmaşıktır ve doğal olarak bizim yordayabilecek ve açıklayabileceklerimiz de sınırlıdır. Hava raporları sayesinde hep hayal kırıklığı ya da can sıkıcı olaylar yaşarız yanlış çıkan güzel hava haberleri yüzünden meteorologları suçlarız. Fakat bir fırtına sisteminin oluşmasında veya hareket etmesinde işin içine giren bir sürü faktörü göz önünde bulundurmak, bu tahmincilerin kısıtlılıklarına biraz daha hoşgörüyle yaklaşmamıza neden olmaktadır.

Özellikle insan bilimlerinde, uğraştığımız şeyi kaos kuramının terimleriyle görmek (örneğin, Duke, 1994; Gregerson & Sailer, 1993) ya da daha geniş ve karmaşık çalışmalarla tanımlamak (Mahoney, 1991; Mahoney & Moes, baskıda) daha uygun gibi görünmektedir. Davranışı kontrol eden bütün değişkenleri bilsek bile, yordayabilme gücümüz, bir insanı o süre boyunca etkileyen faktörler gibi pek çok beklenmedik ve kontrol edilemeyen faktör tarafından kısıtlanır. İnsanlar dayanışlarını, yaşayabilecekleri fiziksel bir ortamdan daha fazlasının bulunmadığı sosyal bir boşluk içinde yapmazlar. Her an bir diğeriyle etkileşim içindeyizdir ve bu diğer insanların davranışlarını pek çok sayıda faktör belirler. Bu durum, sosyal çevre hakkında tahminlerde bulunmayı çok riskli bir duruma getirir. Sonuç olarak, güven içerisinde basit neden - sonuç cümleleri kurmak son derece güçtür.

Kaos kuramı, Andrew Tayfunu gibi büyük bir fırtınanın, uçan bir kelebeğin karıştırdığı hava gibi önemsiz görünen bir olayın etkisiyle olabileceğini önermektedir.

Anormal davranışın nedenleriyle ilgili kuram ve bulguları ve de bu davranışların nasıl önleneceğini veya tedavi edileceğini gözden geçirirken, sık sık açıklama ve yordama çabalarının karmaşıklıkları ve eksiklikleriyle yüz yüze geleceğiz. Bu müdahaleler hakkındaki tartışmalar kısmen de olsa kaos bakış açısından anlatılmalıdır. Çünkü hastalar hastaneye yatırılmış bile olsa, terapistlerin hastalarla kısıtlı bir ilişkileri ve onlar üzerinde kısıtlı bir kontrolleri yardır. Hastaların hepsi, önceden kestirilemeyen yüzlerce faktörün her an etkisi altında bulunan diğer insanlarla karmaşık bir etkileşim içinde, an ve an kendi hayatlarını yaşarlar. Bu durum, tabi ki bir hedef olarak kaosu benimsemek anlamına gelmemektedir. Bizler bilimsel nihilistler değiliz. Bu daha çok, normalden farklı olan tuhaf insan durumlarını anlamaya çalıştığı varsayılan bir girişimde, biraz alçak gönüllü, hatta tereddütlü olmak gerektiğini tavsiye etmektedir.

rin sıklığı üzerinden veri toplayarak ve bu sıklığı fobisi olmayan insanlarınkiyle karşılaştırarak, hipotezinizin doğrulanıp doğrulanmadığını, kuramınızın desteklenip desteklenmediğini ya da kuramınızın yanlışlanıp yanlışlanmadığını, geçersiz olup olmadığını belirleyebilirsiniz.

Bir kuramın üretilmesi, şüphesiz ki bilimsel girişimin en zorlayıcı ve en az bilinen kısmıdır. Bununla birlikte bazen bir bilim adamı, daha önceden topladığı ve karara bağladığı veriler üzerinde daha sonra düşünerek, basitçe bir kuram oluşturabilir. Eldeki verileri bu şekilde değerlendirmenin, en ekonomik ve yararlı yöntem olduğu ileri sürülmektedir.

Bazı kuram inşa etme süreçleri bu gidişatı takip etmesine rağmen, hepsi de bu şekilde oluşmamaktadır. Bu süreç içerisinde, çok az söze dökülmüş ve işin edebiyat yönünü oluşturan *yaratıcılık* edimi ve bulma *heyecanı* gibi özellikler de vardır. Bazen bir kuram, harikulade bir içgörü anında bilim adamının zihninden aniden fırlayıvermiş gibi görünmektedir. Yeni fikirler bir anda ortaya çıkar ve daha önce gözden kaçırılmış bağlantılar bir anda kuruluverir. Daha önce tıkanmış veya anlamsız gibi görünen bir şey, yeni bir kuramsal çerçeve içerisinde yeni bir çeşit anlayış oluşturuverir.

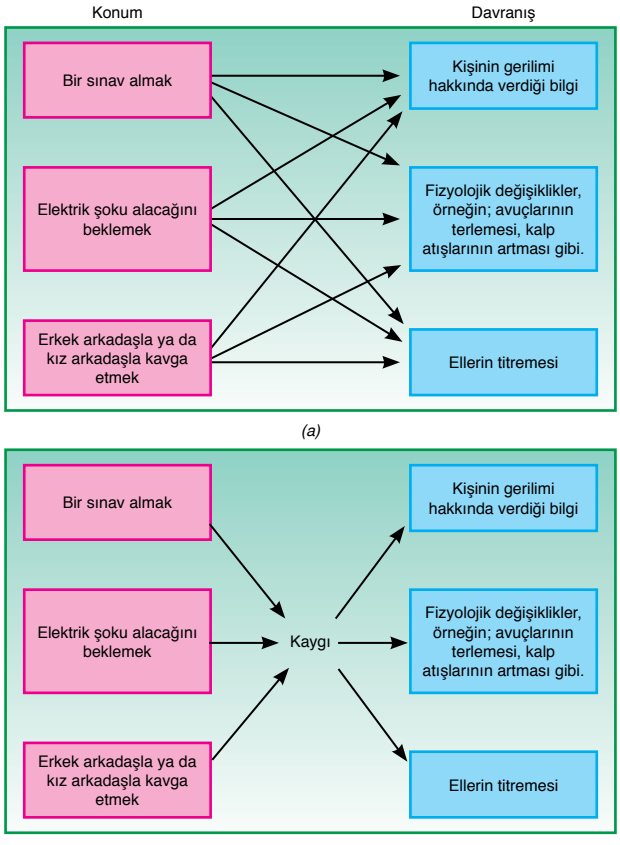
Kuramlar bilimadamlarının yapı iskeletleridir. Bilimadamları bir kuram oluştururken, kuramsal kavramlar, gözlenebilir verilerden çıkarsanmış gözlenemeyen ifadeler veya işlemler kullanmak zorundadırlar. Bastırma, kuramsal bir kavram-

Edinilmiş korku gibi kuramsal bir kavram, bazı erken dönem yaşantıların şu anki davranışlarımızı etkileyebileceği gerçeğini açıklamada faydalıdır.

dır ve 2. Bölümde tartışılan korku tepkisi için bir ara değişkendir. Kuramsal kavramlar gözlenebilir verilerden çıkarsanırlar. Örneğin davranışçılar, bir korku tepkisindeki ara değişkeni, bir durumdan kaçınmaya dayanarak çıkarsarlar. Benzer şekilde bir analist, bastırılmış bir çatışmanın varlığını, hastanın otorite figürleriyle olan ilişkisini konuşmaktan kaçınmasına bakarak çıkarsayabilir.

Kuramsal terimleri kullanarak, pek çok avantaj elde edilebilir. Kuramsal kavramlar, uzama ve zamana bağlı ilişkilere köprü kurarlar. Örneğin ilk zamanlarda fizikte, demir tozlarına yaklaştırılan bir mıknatısın, demir tozlarının ona doğru hareket etmesini sağladığı düşünülmüştü. Nasıl oluyor da bir metal parçası diğerini uzamsal mesafe üzerinden etkileyebiliyordu? Çıkarsanmış bir manyetik alan kavramı, bu olgunun açıklanmasında yararlı olmuştu. Benzer şekilde anormal psikolojisinde de, kuramsal kavramlar sayesinde geçici boşluklar arasında köprüler kurabiliriz. Eğer bir çocuk belirli bir korku verici yaşantı geçirmiş ve davranışları uzun bir süre değişim göstermişse, önceki bu yaşantısının sonraki davranışları üzerinde nasıl bir etkide bulunduğunu açıklamamız gerekir. Gözleme dayanmayan ve çıkarsanmış bir kavram olarak *kazanılmış korku* kavramı, bu açıklama için bize çok yardımcı olmaktadır.

Kuramsal kavramlar, gözlenmiş ilişkilerin özetlenmesinde de kullanılabilirler. Sınav alan insanları, anlık elektrik şoku beklentisi içindeki insanları, eşi ile tartışırken avuç içi terleyen, elleri titreyen ve kalp atışları artan insanları gözleyebiliriz. Eğer onlara ne hissettiklerini sorarsak, yaşadıkları gerilimi aktarabilirler. Bu ilişkiler Şekil 5.1a'da gösterilmektedir. Bu noktada



Şekil 5.1 *Kuramsal bir kavram olarak kaygının kullanılmasının avantajlarını gösteren bir şema. (b)'deki oklar daha azdır ve daha kolay anlaşılmaktadır. Miller (1959).*

şunu söyleyebiliriz; bu durumların hepsi kişileri kaygılı yapmakta, daha sonra kaygı geri dönüp bu kişilerin gerilimini artırmakta, avuç içlerinin terlemesine, ellerinin titremesine ve kalplerinin daha hızlı çarpmasına neden olmaktadır. Şekil 5.1b'de kaygı, nelerin gözlendiğini açıklayan bir kuramsal kavram olarak gösterilmektedir. Birinci şekil, ikinci şekilden daha karmaşıktır. İkinci şekilde kaygı, ara düzenleyici (mediator) bir kuramsal kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu avantajları aklımızda tutarak, kuramsal bir kavramın meşruluğunu yargılamada uygulayacağımız ölçütleri değerlendirmemiz gerekir. Bu konuyla ilgili erken dönemlerdeki okullardan biri olan işevurukçuluk (operationalism), her kavramı tek bir gözlenebilir ve ölçülebilir işlemler bütünüyle tanımlamayı önermektedir. Bu şekliyle her bir kavram, belli bir ölçülebilir olaydan daha fazla bir şey değildir. Örneğin kaygı, kaygı ölçeğinde 50'nin üzerinde alınan puandan *daha fazla* bir şey değildir. Kısa bir süre sonra bu yaklaşımın, kuramsal kavramları sahip oldukları büyük avantajdan mahrum bıraktığı fark edildi. Eğer her bir kuramsal kavram sadece tek bir şekilde *işevuruk* hale getirilirse, bunların herkese açık olma özellikleri kaybolmaktadır. Örneğin eğer öğrenme kuramsal kavramı tek bir işlemle veya ölçülebilir etkiyle tanımlanırsa (sıçanın pedala basma sıklığı gibi), o zaman diğer davranışlara (bir çocuğun aritmetik sorusunu çözmesi ya da bir öğrencinin bir kitabı çalışması gibi) öğrenme denilemeyecektir. Bu durumda farklı durumların birbiriyle ilişkilendirilmesi engellenecektir. Bu ilk katı işevurukçu bakış açısı, hızla yerini daha esnek bir tutuma bıraktı. Buna göre bir kuramsal kavram, işlemler ya da etkiler bütünüyle tanımlanabilir. Bu şekilde kavram, farklı birçok ölçümle bağlantılı olabilir ve her bir ölçüm kavramın farklı yönünü gösterebilir. Örneğin Şekil 5.1b'de gerilimin kişisel olarak ifade edilmesi, fizyolojik değişimler ve ellerin titremesi, kaygıyı tanımlayan bir işlemler bütünüdür. Kuramsal kavramlar, işlemler bütünü ile tanımlandıklarında da tek bir işlemle tanımlandıklarından daha iyi tanımlanırlar.

ANORMAL PSİKOLOJİSİNDE ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ

Görgül araştırmaların tümü gözlenebilir veri toplanmasını gerektirir. Bazen araştırma sadece betimsel düzeyde kalır, ama bu düzeyde araştırmacılar sıklıkla pek çok olay gözlerler ve bunların birbirine nasıl ilişkilendirileceğini veya bağlantılanacağını tanımlamaya çalışırlar. Anormal psikolojisi alanında, belirli bir bozukluk tanısı almış kişilerin sergiledikleri belirtilerle ilgili geniş bir betimsel literatür vardır. Bu belirtiler daha sonra genetik ya da sosyal sınıf gibi başka özelliklerle ilişkilendirilebilmektedir. Örneğin yeme bozukluğu kadınlar arasında erkeklerden daha yaygındır. Fakat bilim, betimsel ilişkilerden daha fazlasını talep etmektedir. Genellikle gözlediğimiz ilişkilerin nedenini anlamak isteriz. Örneğin, yeme bozukluğu kadınlarda erkeklerden *neden* daha yaygındır.

Bu bölümde anormal davranışlarla ilgili çalışmalarda en sık kullanılan araştırma yöntemlerini anlatacağız: **vaka çalışmaları;** epidemiyolojik araştırma; korelasyonel yöntem ve çeşitli deney tipleri. Yöntemler, uygun betimsel verinin toplanmasına izin verme derecelerine ve araştırmacının nedensel ilişki çıkarsamasına ne ölçüde olanak tanıdıklarına göre değişirler.

VAKA ÇALIŞMASI

Diğerlerini gözlemede en bilindik ve eski yöntem, onlarla teker teker çalışmak ve onlar hakkındaki bilgilerin ayrıntılı kayıtlarını tutmaktır. Klinisyenler vaka çalışmasını, bir kişiden terapi içerisindeki yaşantıları da içeren tarihsel ve kendini tanımlayıcı bilgi toplayarak hazırlarlar. Kapsamlı bir vaka çalışması aile öyküsü ve ardalanını, tıbbi öyküyü, eğitimsel ardalanı, iş öyküsünü, evlilik öyküsünü ve de gelişimle, uyumla, kişilikle, geçmişteki ve şu anki durumlarla ilgili ayrıntıları kapsamalıdır. Bir vaka çalışmasında toplanan ve bildirilen bilginin çeşidini belirlemede, klinisyenin kullandığı paradigmanın oynadığı rolü akılda tutmak önemlidir. Örneğin psikanalitik yönelimli klinisyenlerin vaka çalışmaları, hastanın erken çocukluk dönemi ve ebeveynleriyle olan çatışmaları hakkında, davranışçı yönelimli uygulamacıların hazırladıkları raporlardan daha fazla bilgi içermektedir.

Uygulamada çalışan klinisyenlerin vaka çalışmaları, diğer yöntemlerin kullanıldığı araştırmalardaki kadar kontrole ve nesnelliğe sahip değildir. Yine de bu betimsel öyküler anormal davranışın çalışılmasında önemli bir rol oynarlar. Özgül olarak vaka çalışmaları şu amaçlarla kullanılırlar: (1) nadir görülen ya da olağan olmayan durumların ve görüşme, tanı koyma, tedavi gibi işlemlerin veya yöntemlerin ayrıntılı bir betimlemesinin verilmesi, (2) belirli bir kuramsal önermeyle ilgili evrensel olduğu iddia edilen özelliklerin yanlışlanması, (3) kontrollü çalışmalarda sınanabilecek hipotezlerin üretilmesi (Davison & Lazarus, 1994).

AYRINTILI BETİMLEME SAĞLAMA

Vaka çalışması tek bir kişiyle ilgilendiği için, diğer araştırma yöntemlerinin içerdiğinden çok

daha fazla ayrıntı içerebilir. 1954'de bildirilen bir çoklu kişilik bozukluğuyla ilgili ünlü vaka öyküsünde, Thigpen ve Cleckley adında iki psikiyatrist Eve White adında, birbirinden oldukça farklı 3 kişiliğinin olduğu sanılan bir hastayı betimlediler. Sonunda bu hasta hakkında yaptıkları betimlemeleri kapsamlı bir kitaba dönüştürmek zorunda kaldılar: *Eve'in Üç Yüzü.* Aşağıdaki kısa özet yeni kişiliğin ortaya çıktığı ve yeni kişiliğin diğerini tanıdığı bir zamanı betimlemektedir.

Eve White bayılmaların eşlik ettiği şiddetli baş ağrıları yüzünden birkaç aydır psikoterapi görmekteydi. Terapisti onu, emekli olmuş sıradan bir kişi olarak tanımlamaktaydı. Fakat bir gün, bir görüşme sırasında birden bire ve şaşırtıcı bir şekilde değişti.

Sanki ani bir ağrı girmiş gibi iki elini başına götürdü. Bir süre sessizlikten sonra iki eli de yanlara düştü. Ani, kayıtsız bir tebessüm geldi ve sesinde parlak bir canlılıkla "Selam, doktor" dedi. Eve White'ın bu sözde mahcup ve zoraki duruşu git gide neşeli ve kaygısız bir davranış tarzına dönüştü. Bu yeni ve açıkça gamsız kız. Eve White ve onun sorunlarının nedenleri hakkında konuştu. Eve White'ı tanımlarken hep "o" ya da "onun" zamirlerini kullandı ve hep farklı bir kimliği sıkı bağlarını yansıttı... Ona adını sorduğumda, hızla yanıtladı, "Oh, ben Eve Black'im, " (s. 137)

Bu oldukça şaşırtıcı olaydan sonra, Eve on dört ay, neredeyse yüz saati bulan bir seri görüşme boyunca gözlendi. Eve White'ın terapisinin önemli bir parçası ona Eve Black'i gardrobuna baştan çıkarıcı ve pahalı elbiseler ekleyen ve hayatında hatırlayamadığı dönemler yaşayan, onun diğer, neşeli benliğini öğrenmesi için yardım etmekle geçti. Bu dönemde, Eve White çok küçükken çamaşır leğenindeki sıcak suyla çok acı verici bir şekilde haşlandığı bir kazayı hatırladığı sırada bir üçüncü kişilik, Jane ortaya çıktı.

Diğer iki Eve, Jane'nin varlığına katılmasalar da, Jane o günden beri diğer ikisine olanların hepsinden haberdardı. Jane, Eve White'dan "daha olgun, daha katı, daha yetenekli ve daha ilgi çekiciydi". Zamanla ilk Eve'e derin ve saygı barındıran duygular geliştirdi. Eve Black, Jane'i biraz ahmak olarak değerlendiriyordu. Jane, Eve White'ın anıları hakkında öğrendiklerinin dışında onun daha önceki yaşamı hakkında hiçbir şey bilmiyordu.

On bir ay gibi bir süre sonra, farklı zamanlarda üç kişiliğin de ortaya çıktığı zorlu bir seansta Eve Black ortaya çıktı ve geçmişte yaşadığı iyi olayları anlatmaya başladı. Fakat birden neşeli görüntüsü ortadan kalktı ve hıçkırarak ağlamaya başladı. Dr. Thigpen onun gözyaşlarını sadece o gün gördü. Doktora onu hatırlaması için onun kırmızı ceketini almasını istediğini söyledi. Yüz ifadesi yok oldu ve gözleri kapandı. Eve White gözlerini açtı. Birkaç dakika sonra Jane çağrıldığında, artık bundan sonra Eve White'ın olmayacağını fark etti ve korkunç bir kaybetme durumu yaşamaya başladı. "Hayır, hayır!.. Oh hayır, Anne... Yapamıyorum..." Bana bunu yaptırma diyerek ağlamaya başladı. Daha önce Eve'in çocukluğu hakkında hiçbir şey bilmeyen Jane, şimdi beş yaşındaydı ve büyükannesinin cenazesindeydi. Annesi onu tutuyor, basamağa, tabutun önüne çıkarıyor ve büyükannesinin yüzüne dokunması gerektiğini söylüyordu. Elinin onun soğuk yanağından ayrıldığını hissettiği anda, genç kadın öyle bir çığlık attı ki Dr. Cleckley ofisinden koridora fırladı.

İki doktor kiminle karşı karşıya olduklarından emin değildiler. Bu hatırlanan anının şiddetli yoğunluğu içinde yeni bir kişilik ortaya çıktı. Sürekli dönüşen hastaları başlangıçta kendisini parçalanmış gibi hissetmemişti. Onlar hakkındaki pek çok şeyi bilmesine rağmen, iki Eve ve Jane'nin birbirlerinden farklı olduğunu ayırdedememişti. Yabancılaşması azaldığında kendini Jane olarak tanıtmaya başladı. Ancak bu tanımlama kesin ve tam değildi ve böylece kayıp kız kardeşlermiş gibi onların yok oluşlarının yasını tuttu. Ardından da bu kişi kendisine bayan Evelyn While adını verdi.

Eve White, Eve Black, Jane ve Evelyn vakası, literatürde değerli bir klasik olmuştur. Çünkü şu an disosiyatif kimlik bozukluğu olarak bilinen çoklu kişilik bozukluğu gibi ender görülen olgular hakkında çok az ayrıntılı bilgi vardır. Thigpen ve Cleckley'in orijinal raporu, böyle bir olgunun tanıtılmış olmasına ek olarak, çoklu kişilik sergileyen bir vakada izlenen görüşme süreci ve nasıl bir tedavi programı uygulandığıyla ilgili değerli ayrıntılar sağlamaktadır.

Bununla birlikte bazen bir vaka çalışmasında elde edilen bilginin geçerliği şüphe taşıya-

Chris Sizemore, "Eve'in üç yüzü" adlı ünlü vakanın öznesi olan kadındı. Daha sonra, aslında 21 farklı kişiliğinin olduğunu iddia etti.

bilir. Chris Sizemore'un kitabı *Ben Eve'im* (Sizemore & Pittillo, 1977), Thigpen ve Cleckley'in vaka çalışmasıyla uyumsuzluklar göstermektedir. Sizemore, gerçek Eve White'dır ve terapiyi takip eden sürede de kişiliğinin parçalanmaya devam ettiğini söylemiştir. Sizemore'a göre Eve Black'ten önce var olan 9 kişilik, daha sonra tekrar ortaya çıkmıştır. Bu kişilikler genellikle üçlü kümeler halinde ortaya çıkmaktaydı ve bir küme zayıflayıp kaybolunca, diğeri onun yerini almaktaydı. Kişilikteki değişimler çok keskin ve çeşitliydi. Hasta sonunda, bir televizyonun kanallarını değiştirirmişcesine hızlı bir şekilde üç kişiliği arasında gelip gitmeye başlamıştı. Bu dönüşümler ve kişiliklerin baskın gelmek için birbirleriyle olan şiddetli şavaşı bütün hayatını kaplamıştı. Sonunda farklı kişiliklerinin, onun kendisine yabancı olan şeyler değil, kendisinin gerçek özellikleri olduklarının farkına vardı. Böylelikle ümit ettiği çözülme, en sonuncu üçlü kişilik kümesinde meydana geldi ve bundan sonra da geçmişinin hayatında yerini olabildiğince küçültmek için hayatını öyküleştirip yayınlattı.

KANITLARIN DOĞRULANMAMASI

Vaka öyküleri, evrensel oldukları varsayılan ilişki ve yasaları reddeden örnekler sağlayabilirler. Örneğin, "depresyon dönemlerinden önce her zaman yaşam içindeki stres olaylarında bir artış olmaktadır" şeklindeki önermeyi düşünelim. Bunun doğru olamadığı sadece bir tek vakanın bulunması bile bu kuramı yanlışlayabilir ya da sadece bazı depresyon dönemlerinin stres tarafından tetiklendiği şeklinde değişikliğe zorlayabilir.

Vaka çalışması belirli bir kuram ya da önermenin lehinde kanıt sağlamada kısıtlı bir değere sahiptir. Bir vaka araştırmasının sunumunda, alternatif hipotezlerin saf dışı bırakılmasında kullanılan araçlar mevcut değildir. Geçerliğin olmadığını gösterebilmek için, depresyonda yeni bir tedavi geliştiren bir klinisyeni düşünelim. Bu klinisyen bir hastasında bunu kullanmış ve terapinin onuncu haftasında depresyonda bir düşüş gözlemiş olsun. Burada terapinin işe yaradığı sonucunu çıkarma eğilimi gösterebiliriz, oysaki böyle bir sonuç çıkarılamaz. Çünkü diğer pek çok faktör de bu değişimi yaratmış olabilir. Hastanın hayatındaki stres yaratan durumlar kendiliğinden çözülmüş olabilir veya depresyon dönemi doğası itibariyle zaman sınırlı olabilir (bununla ilgili kanıtlar mevcuttur). Sonuç olarak, bu klinik iyileşmeyi açıklayabilecek daha pek çok akla uygun gerçek hipotezler bulunabilir. Bu vaka çalışmasından elde edilen veriler, değişimin gerçek nedenini belirlememize izin vermemektedir.

HİPOTEZLERİN ÜRETİLMESİ

Vaka çalışması hipotezlerin doğrulanmasında çok fazla bir rol oynamamasına rağmen, bu hipotezlerin üretilmesinde eşsiz ve önemli bir rol oynar. Klinisyen çok sayıda hastanın hayat hikâyesine maruz kala kala, bunları anlama ve değerlendirme konusunda deneyim kazanır. Giderek durumlar ve sonuçlar hakkındaki benzerlikleri fark eder ve daha kontrollü araştırmalarda ele alınmamış önemli hipotezler formülleştirir. Örneğin, engelli çocuklarla olan klinik çalışmalarında Kanner (1943) bu çocukların, dil gelişiminde başarısızlık ve diğer insanlardan aşırı yalıtım gibi, benzer bir belirtiler kümesi sergilediklerini tespit etmiştir. Bunun üzerine çocukluk otizmi adında yeni bir tanı önermiştir. Daha sonra geniş araştırmalarla doğrulanan bu tanı, son olarak DSM kapsamına alınmıştır (bkz. 15. Bölüm).

Vaka çalışması, tek bir kişinin davranışlarını çok ayrıntılı çalışmak ve daha sonra kontrollü çalışmalarla sınanabilecek hipotezler üretilmesi için mükemmel bir yoldur. Sadece tek bir kişiye odaklanılan klinik düzenlemelerde de yararlıdır. Klinik ve kişilik psikolojisi alanlarındaki bazı araştırmacılar, psikoloji çalışmalarının özünde bir kişinin benzersiz özelliklerinin yattığını iddia etmektedirler (örneğin, Allport, 1961). Vaka öyküsü, bireysel bağlamda çalışma için ideal bir yöntemdir. Fakat genelle ilgilenildiğinde, evrensel kanunlar olguları açıklamak isterler. Bu noktada vaka çalışmasının yararı kısıtlıdır. Tek bir kişiden toplanan bilgi, insanların geneli için karakteristik olan ilkeleri ortaya koyamaz. Buna ek olarak bir vaka çalışması, neden-sonuç ilişkileri bağlamında tatmin edici kanıt sağlamada da yetersizdir.

EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMA

Epidemiyoloji, bir bozukluğun belli bir nüfus içerisindeki görülme sıklığı ve dağılımıyla ilgili çalışmadır. Epidemiyolojik araştırmada, geniş bir örneklem veya nüfustaki bir bozukluk ve bu bozuklukla ilişkili olabilecek durumlara ait oranlar hakkında veri toplanır. Bu bilgi daha sonra

Bazı epidemiyolojik araştırmalarda görüşmeciler halkın evlerine kadar giderler ve farklı bozuklukların oranlarını belirlemek amacıyla görüşmeler yaparlar.

bu bozukluğun portresini çizmek için kullanılabilir; bu bozukluk kaç kişiyi etkilemektedir, erkeklerde mi kadınlarda mı daha sık görülmektedir, ortaya çıkma sıklığı sosyal ve kültürel faktörlere göre değişmekte midir, gibi. Epidemiyolojik araştırmalar, bir bozukluğun yaygınlığını, sıklığını ve risk faktörlerini belirleme üzerine yoğunlaşırlar. **Yaygınlık (prevalans),** bir bozukluğun belirli bir anda ya da zaman dilimi içerisinde belli bir nüfusta görülme oranıdır. **Sıklık (insidans),** belirli bir zaman diliminde, genellikle de bir yıllık bir dönemde, o bozukluğun ortaya çıktığı yeni vakaların sayısıdır. **Risk faktörleri** ise, o bozukluğu geliştirme olasılığını arttıran durum ya da değişkenlerdir. Risk faktörlerinin bilinmesi, genellikle, üzerinde çalışılan bozukluğun nedenleri hakkında ipuçları verir. Örneğin depresyon, kadınlarda erkeklerden yaklaşık iki kat daha yaygındır. Öyleyse cinsiyet depresyon için bir risk faktörüdür, diyebiliriz. 10. Bölümde göreceğimiz gibi, bu risk faktörleri hakkındaki bilgi, kadınlarda erkeklerden daha yaygın olan belirli bir stresle başa çıkma tarzının depresyona neden olduğunu söyleyen bir depresyon kuramının ortaya çıkmasına neden olmuştur.

TABLO 5.1 Seçme Tanıların Hayat Boyu Yaygınlık Oranı (%)

	Erkek	*Kadın*	*Toplam*
Major depresif dönem	12.7	21.3	17.1
Manik dönem	1.6	1.7	1.6
Distimi	4.8	8.0	6.4
Panik bozukluk	2.0	5.0	3.5
Panikli ya da paniksiz agorafobi	3.5	7.0	5.3
Sosyal fobi	11.1	15.5	13.3
Basit Fobi	6.7	15.7	11.3
Genellenmiş kaygı bozukluğu	3.6	6.6	5.1
Alkol bağımlılığı	20.1	8.2	14.1
Antisosyal kişilik bozukluğu	5.8	1.2	3.5

Kaynak; Ulusal Eştanı Korumasında toplanılan verilerden (Kersler ve ark. 1994).

Çeşitli ruhsal bozuklukların yaygınlık oranını bilmek, koruyucu sağlık hizmetlerini planlamada ve ulusal bütçeden bu çalışmalar için ayrılacak ödeneği belirlemede önemlidir. Bununla ilgili bir çalışmada istenen bilgi, tanı koymaya yarayan yapılandırılmış görüşmeler şeklindeki geçerli, geniş ölçekli, ulusal tarama ölçekleriyle toplanmıştır (Kessler ve ark., 1994). Bu çalışmada elde edilen verilerin bazıları Tablo 5.1.'de gösterilmektedir. Bu tablo, **yaşam boyu yaygınlık oranı** adı verilen verileri göstermektedir. Bu oran, görüşmenin yapıldığı zamana kadar belirli bir bozukluğu geçirmiş örneklemin oranıdır. Biz de bu kitap boyunca Kessler'in verilerini kullanacağız.

Daha önce belirttiğimiz gibi epidemiyolojik araştırmalar bir hastalığın nedenini anlamamıza da yardımcı olabilir. Bu konuda klasik bir örnek, eski epidemiyolojist John Snow'un araştırmasıdır. Londra'daki kolera salgını sırasında Snow, bu hastalığın nasıl yayıldığını ve nasıl durdurulacağını tespit etti. Snow vakalarla çalışırken, kurbanların çoğunun içme suyunu aynı kaynaktan, Broad Street pompasından sağladığını öğrendi. Bunun üzerine, koleranın sudan bulaşarak yayıldığı hipotezini ileri sürdü. Araştırmalarını daha da ilerletti ve Londra'da bu hastalığın oranının, suların temiz olduğu yukarı bölgelerdekinden daha yüksek olduğunu gösterdi. Hastalıkları anlamada epidemiyolojik araştırmaların önemini doğrulayan daha pek çok çağdaş örnek bulunmaktadır. 8. Bölümde göreceğimiz gibi, kalp hastalığının risk faktörleri (sigara kullanma, yüksek kolesterol gibi), bu risk faktörlerine sahip olan ve olmayan kişilerdeki hastalık oranlarını karşılaştıran geniş ölçekli çalışmalar-

la keşfedilmiştir. Diğer bir örnek olarak, şizofreni düşük sosyal sınıfta daha sık görülmektedir. Yine, bu ilişkinin nedenlerini (bunlar stres, kötü beslenme, tıp hizmetlerinden yoksun olma olabilir) bilirsek, bu bozukluğun etiyolojisi hakkında elimizde ipuçları olur. Benzer diğer epidemiyolojik araştırmalar, şizofreni prognozunun, gelişen kentlerde endüstrileşmiş kentlerden daha iyi olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, böyle zayıf düşüren bir bozukluğun prognozunu daha iyi hale getirecek faktörlerin neler olduğu hakkında bize ipuçları sağlar. Epidemiyolojik araştırma, diğer yöntemleri kullanarak daha kapsamlı incelenecek olan hipotezler üreterek, görgül sonuçlara ulaşmaya katkıda bulunabilmektedir.

KORELASYONEL YÖNTEM

Psikopatoloji araştırmalarının büyük bir bölümü korelasyonel yönteme dayanmaktadır. Bu yöntem, bir ya da daha fazla değişken arasında bir ilişki olup olmadığını göstermektedir. Korelasyonel araştırmada çalışılan değişkenler, doğada varoldukları şekilleriyle ölçülürler. Korelasyonel yöntemin bu özelliği, onu deneysel araştırmadan ayırır. Deneysel yöntemde, çalışılan değişkenler araştırmacı tarafından değişimlenmekte ya da kontrol edilmektedir. Günlük hayatımızdan sayısız korelasyon örnekleri bulabiliriz. Örneğin, eğitim ile gelir ilişkilidir, aldığınız eğitim arttıkça kazandığınız gelir artar. Ağırlık, boy ile pozitif ilişki içinde gibidir, daha uzun kişiler daha ağırdırlar.

Epidemiyolojik araştırmada korelasyonel yöntem, daha küçük örneklemlerle çalışan diğer araştırmalardaki kadar sıklıkla kullanılır. Korelasyonel çalışmalarda sorulan soru, "X değişkeni ile *Y* değişkeni, birlikte değişim gösteren (birbirleriyle ilişkili) bir şekilde bağlantılı mıdırlar?" sorusudur. Diğer bir ifadeyle, sorular ilişkilerle ilgili sorulmaktadır. Örneğin, "şizofreni sosyal sınıfla ilişkili midir?" ya da "üniversite sınavlarında elde edilen sonuçlar kaygıyla ilişkili midir?" gibi.

TABLO 5.2 Bir Korelasyonu[a] Belirlemek İçin Veriler

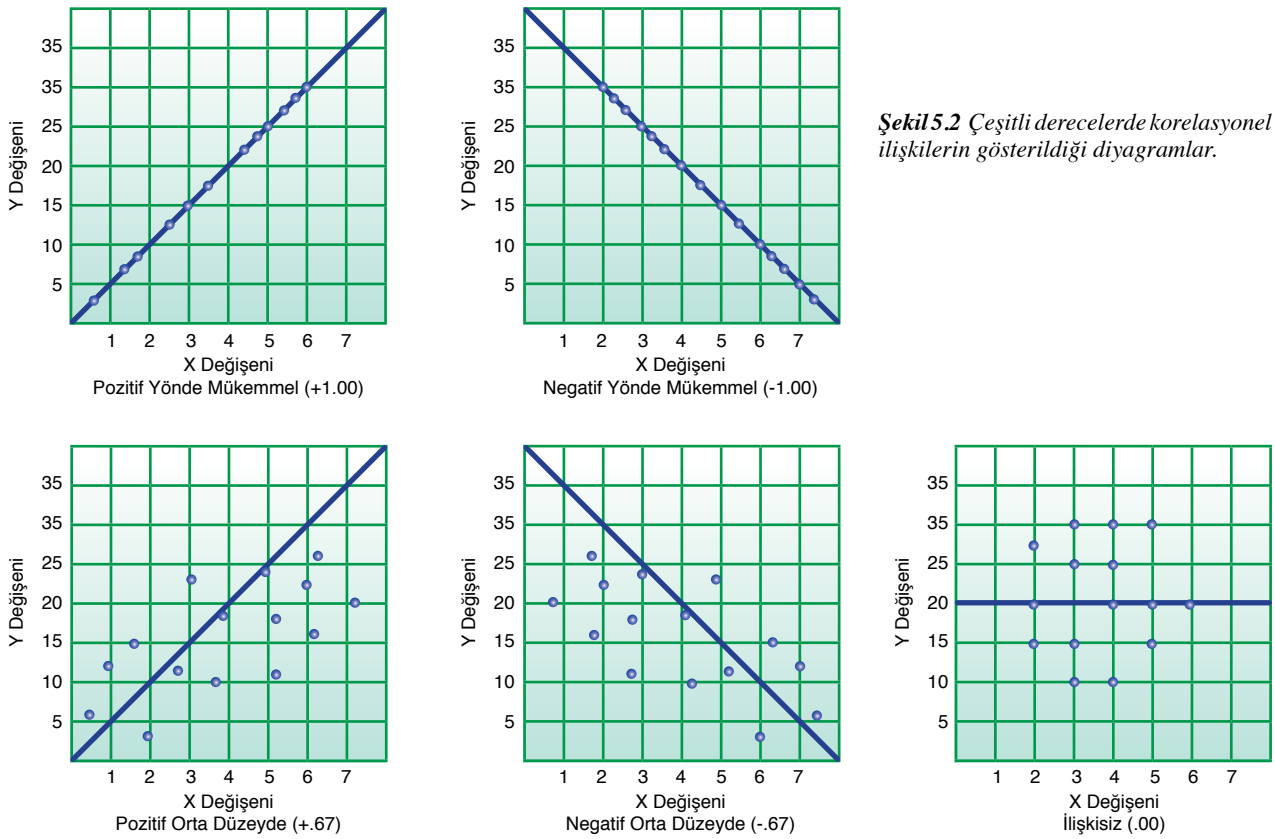
Bireyler	*Uzunluk (inch)*	*Ağırlık (pound)*
John	5'10"	170
Asher	5'10"	140
Eve	5'4"	112
Gail	5'3"	105
Jerry	5'10"	177
Gayla	5'2"	100
Steve	5'8"	145
Margy	5'5"	128
Gert	5'6"	143
Sean	5'10"	140
Kathleen	5'4"	116

[a]Bu sayılar için r= +.88

KORELASYONUN ÖLÇÜMÜ

Bir korelasyonun belirlenmesindeki ilk adım, araştırılan değişkenlerin her ikisi için de gözlemler edinmektir. Örneğin, incelenilen grupların her bir üyesi için boy uzunluğu ve ağırlık ölçümleri almak gibi (Tablo 5.2). Bir kere gözlem çiftleri elde edildikten sonra, korelasyon katsayısını tespit etmek için iki gözlem çifti arasındaki ilişkinin gücü hesaplanabilir. **Korelasyon katsayısı** *r* sembolü ile temsil edilir. Bu istatistik, -1.00 ile +1.00 arasında bir değer alabilir ve bir ilişkinin hem büyüklüğünü hem de yönünü gösterir. + 1.00 ya da -1.00 olan bir r, en yüksek olasılığa sahip veya mükemmel bir ilişkiyi işaret eder. Buna karşılık, .00 olan bir r değeri, değişkenlerin ilişkisiz olduğunu gösterir. Eğer r'nin işareti artı ise iki değişken birbiriyle pozitif ilişkilidir. Diğer bir ifadeyle, X değişkeninin değeri arttığında Y değişkenin değeri de artar. Tablo 5.2'deki veriler temelinde, boy uzunluğu ile ağırlık arasındaki korelasyon, boy uzunluğu arttığında ağırlığın da arttığı, çok güçlü bir ilişkiyi işaret etmektedir. Bunun tersi şekilde, r'nin işareti eksi olduğunda değişkenlerin birbirleriyle negatif ilişkili olduğu söylenir. Bu durumda değişkenlerden birinin değeri artarken, diğerinin değeri azalmaktadır. Örneğin, televizyon seyrederek harcanan süre, akademik başarı puanlarıyla ters yönde ilişkilidir.

Bir ilişkinin grafiğini çizmek, çoğunlukla o ilişkiyi netleştirmeye yardım eder. Şekil 5.2 pozitif ve negatif yöndeki ilişkilerin ve ilişkisiz değişkenlerin diyagramlarını göstermektedir. Bu diyagramdaki her bir nokta, bir denekten elde edilmiş iki değerin kesişim noktasıdır. Bunlar X değişkenin değeri ve Y değişkenin değeridir. Mükemmel ilişkilerde bütün noktalar düz bir çizgi üzerinde toplanır. Bu durumda bir kişiye ait değişken değerlerinden sadece birini bilirsek, diğer değişkenin değerini kesin bir şekilde söyleyebiliriz. Benzer şekilde, korelasyon görece yüksek olduğu zaman, mükemmel korelasyon çizgisi üzerine düşen nokta miktarı azalmaktadır. Korelasyon düştükçe, değerler arasındaki mesafe giderek artmakta ve dağılım yayılmaktadır. Korelasyon .00'a indiği zaman, artık bir ki-



Şekil 5.2 *Çeşitli derecelerde korelasyonel ilişkilerin gösterildiği diyagramlar.*

şinin bir değişken üzerinden aldığı puan, diğer değişken üzerinden alacağı puanla ilgili olarak hiçbir şey söyleyemez.

İSTATİSTİKSEL ANLAMLILIK

Özetle, biraz önce bir korelasyon katsayısının büyüklüğünün bize iki değişken arasındaki ilişkinin gücünü gösterdiğini söylemiştik. Fakat bilim adamları, korelasyonların taşıdığı önemin daha titiz bir şekilde değerlendirilmesi gerektiğini söylemekte ve bu amaç için istatistiksel anlamlılık kavramını kullanmaktadırlar. **İstatistiksel anlamlılık,** bir araştırmanın sonuçlarının şansa bağlı olma olasılığını ifade etmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı olan bir korelasyon, şansa bağlı olarak meydana gelme olasılığı olmayan bir ilişkidir.

Geleneksel olarak psikoloji araştırmalarında, korelasyonun şans eseri bulunma olasılığının 100'de 5 ve daha aşağı olması durumunda, bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu kabul edilir. Bu anlamlılık düzeyi .05 düzeyi olarak anılır ve genellikle $p < .05$ şeklinde gösterilir. Genel olarak korelasyon katsayısı arttığında, sonucun istatistiksel olarak anlamlı olma olasılığı giderek artar. Örneğin, .80'lik bir korelasyonun anlamlı olma olasılığı, .40'lık bir korelasyondan daha fazladır. Bir korelasyonun istatistiksel olarak anlamlı olup olmaması, yapılan gözlemlerin sayısına da bağlıdır. Gözlemlerin sayısı ne kadar artarsa, istatistiksel anlamlılığa ulaşmak için gerek duyulan r değeri o kadar küçülür. Buna göre, r = .30 olan bir korelasyon, gözlemlerin sayısı çok olduğu zaman, örneğin 300 kişi gibi, istatistiksel olarak anlamlı olabilir. Bununla beraber, sadece 20 gözlem yapıldıysa bu değer anlamlı olmayacaktır. Örneğin, 10 depresif 10 depresif olmayan erkeğin alkol tüketimi çalışılır ve alkol kullanımı ile depresyon arasındaki korelasyon .32 olarak bulunursa, bu korelasyon istatistiksel olarak anlamlı olmayacaktır. Buna karşın, eğer 150 kişiyle çalışılsaydı aynı korelasyon değeri anlamlı olacaktı.

PSİKOPATOLOJİDEKİ KULLANIMLARI

Korelasyonel yöntemler, anormal psikolojisi alanında geniş bir şekilde kullanılmaktadır. Her ne zaman belli bir tanı almış insan grubunu, başka bir tanı almış grupla ya da hiç tanı almamış grupla karşılaştırsak, yaptığımız bu çalışma korelasyonel bir çalışma olmaktadır. Örneğin, iki tanı grubunu, bozukluklar başlamadan önce her gruptaki üyelerin ne kadar çok stres yaşadıklarını görmek için birbirleriyle karşılaştırabiliriz veya normal kişiler ile kaygı bozukluğu olan kişileri, bir laboratuvar ortamında, sunulan bir stres yaratıcı duruma gösterdikleri fizyolojik tepkiler açısından karşılaştırabiliriz. Bir psiko-

patoloji araştırmasında korelasyonel yöntem kullanıldığı zaman, incelenen değişkenlerden biri tanı grubudur. Örneğin, kaygı bozukluğu tanısı almış olanlar ve almamış olanlar gibi. Bu değişkenler arasındaki korelasyonu ve diğer korelasyonları hesaplamak için tanı grupları niceleştirilir. Yani her bir tanı grubu bir rakamla ifade edilir, örneğin kaygısı olan grup 1, kaygısı olmayan grup 2 şeklinde. Böylelikle tanı değişkeni, yaşanan stresin miktarı gibi diğer bir değişkenle ilişkilendirilebilir.

Genellikle bu gibi araştırmaların korelasyonel oldukları farkedilmez. Bunun nedeni büyük olasılıkla, katılımcıların test için laboratuvar ortamına gelmeleri veya verilerin analizinin, her bir grubun ölçümlerden elde ettiği puanların ortalamalarının karşılaştırılması aracılığıyla yapılmasıdır. Fakat bu gibi çalışmaların mantığı yine de korelasyoneldir. Burada incelenen şey, iki değişken arasındaki korelasyondur, yani kaygı bozukluğu olan ya da olmayan gruplar ile bunların fizyolojik ölçümlerden elde ettikleri puanların ortalamaları arasındaki korelasyonlardır. Kaygı bozukluğu olan ve olmayan şeklindeki değişkenlere **sınıflayıcı değişkenler** denir. Bu vakada kaygı bozuklukları, katılımcılar laboratuvar görevlerini yapmaya başlamadan önce zaten kendiliğinden mevcuttur. Sınıflayıcı değişkenlere yaş, cinsiyet, sosyal sınıf, beden yapısı vb. gibi farklı örnekler de verilebilir. Bu gibi değişkenler, kendiliğinden doğal olarak varolan örüntülerdir ve araştırmacı tarafından değişimlenmezler. Bunlar daha sonra tartışacağımız deneysel değişkenler için önemli gerekliliklerdir. Böylece, psikopatolojinin nedenlerini araştıran araştırmaların hemen hepsi korelasyoneldir.

İLİŞKİNİN YÖNÜ VE ÜÇÜNCÜ DEĞİŞKEN SORUNLARI

Korelasyonel yöntem, anormal psikolojisinde çok sık kullanılmasına rağmen, önemli bir sakıncaya sahiptir. Korelasyonel yöntem, neden sonuç ilişkileri çıkarmamıza izin vermemektedir. İki değişken arasındaki büyük bir korelasyon, bize sadece bu iki değişkenin ilişkili olduğunu ya da birlikte değiştiklerini söyler, ancak biz gerçekte hangisinin neden hangisinin sonuç olduğunu bilemeyiz. Örneğin, şizofreni tanısı ile sosyal sınıf arasında bir ilişki bulmuştuk. Yani düşük sosyal sınıftaki insanlar, orta ve yüksek sınıftaki insanlardan daha sık şizofren tanısı almaktadırlar. Bunun olası açıklamalarından bir tanesi, düşük sosyal sınıfta yaşamanın getirdiği streslerin daha sonra şizofreni olarak etiketlenecek davranışlar ortaya çıkardıkları şeklinde yapılabilir. Aynı derecede akla uygun diğer bir hipotez ise, şizofrenik kişilerin bozulmuş davranış örüntüsünün onların işlerini kaybetmelerine ve giderek yoksullaşmalarına neden olduğu şeklindedir. Bazı zamanlarda kullanıldığı adıyla **ilişkinin yönü sorunu,** (directionality problem) pek çok korelasyonel araştırma deseninde ortaya çıkmaktadır. Çok kullanılan bir sözle özetlersek "İlişkili olma, biri diğerinin nedenidir anlamına gelmez".

İlişkililik, nedenlilik anlamına gelmemesine rağmen, iki değişkenin ilişkili olup olmadığını belirlemek, belli bazı nedensel hipotezlerin yanlışlanmasına yol açabilir. Yani, biri diğerinin nedeni ise bu ikisi ilişkilidir anlamına gelir. Örneğin bir araştırmacı sigara içmenin lenf kanserine neden olduğunu iddia ediyor ise, o zaman lenf kanseri ile sigara içmenin ilişkili olacağını da ima etmektedir. Eğer öyle ise bu çalışmalar bu pozitif ilişkiyi göstermek zorundadır. Aksi takdirde, kuram yanlışlanmış olacaktır.

Psikopatolojinin nedenlerini çalışırken karşılaşılan ilişkinin yönü sorununun üstesinden gelmenin bir yolu, ilgilenilen değişkenleri bir bozukluk gelişmeden önce çalışmaya başlayan boylamsal bir desen kullanmaktır. Bu yolla, neden olarak düşünülen durum sonuçtan önce ölçülebilir. Örneğin, şizofreninin gelişim nedenleri hakkında bilgi toplamanın en ideal yolu, yeni doğan bebeklerden geniş bir örneklem oluşturmak ve bunları şizofreninin başlaması için en riskli dönem olan 20 ile 45 yaşları arasına kadar izlemektir. Fakat böyle bir yöntem, yaklaşık yüz kişiden sadece bir tanesi şizofreni geliştirdiği için çok pahalıya çıkacaktır. Aslında böyle basit bir boylamsal çalışmadan elde edilen bilgi küçük olacaktır. **Yüksek risk yöntemi** bu sorunun üstesinden gelebilir. Bu yöntemde, çalışmaya, sadece yetişkinler arasından şizofreni olma riski ortalamadan yüksek olan kişiler seçilir. Günümüzde bu yöntemi kullanarak yapılan araştırmaların çoğunda, çalışma için anne ya da babası şizofren olan kişiler seçilir. Şizofren bir ebeveyne sahip olmak kişinin şizofreni geliştirme riskini arttırmaktadır. Yüksek risk yöntemi diğer bozuklukların çalışılmasında da kullanılmaktadır. Bu konuyla ilgili bulgular daha sonraki bölümlerde tartışılacaktır.

Korelasyonel bulguları değerlendirmedeki bir diğer sorun ise **üçüncü değişken** sorunudur. Yani, iki değişken arasındaki ilişki, önceden

görülemeyen bir üçüncü değişken tarafından sağlanıyor olabilir. Aşağıdaki örnek, üçüncü değişken durumunu daha açık hale getirmektedir.

Bir kişi tutarlı olarak, bir şehirdeki kilise sayısı ile suç işleme miktarı arasında yüksek bir pozitif korelasyon bulabilir. Yani, bir şehirde ne kadar çok kilise var ise, o şehirde o kadar çok suç işlenmektedir. Öyleyse bu, dindarlık suça teşvik etmektedir ya da suç dindarlığı beslemektedir, anlamına mı gelmektedir? Tabi ki ikisi de değil. Buradaki ilişki, üçüncü bir değişken aracılığıyla sağlanmaktadır, yani nüfus miktarı. Bir toplumun nüfus miktarı ne kadar yüksek ise, oradaki kilise sayısı ve de suça yönelik eylemlerin sıklığı o kadar fazladır (Neale & Liebert, 1980, s. 109).

Psikopatoloji araştırmalarında çok sayıda üçüncü değişken örneği bulunmaktadır. Şizofrenler ile normaller arasında biyokimsayal farklılıklar olduğu sıklıkla bildirilmektedir. Bu farklılıklar, farklı beslenme düzenlerini veya bu hastaların durumlarından ötürü aldıkları tıbbi tedavilerin etkisini yansıtıyor olabilir. Yani, bu farklılıklar, bize şizofreninin doğası hakkında bir şey söylemiyor olabilir. Peki elimizde bu üçüncü değişken sorununa yönelik bir çözüm var mı? Genel olarak bu sorunun yanıtı evettir. Ancak bu çözümler yalnızca kısmi olarak tatmin edicidirler ve korelasyonel verilerden şüphe içermeyen nedensel ilişkiler kurmaya izin vermezler.

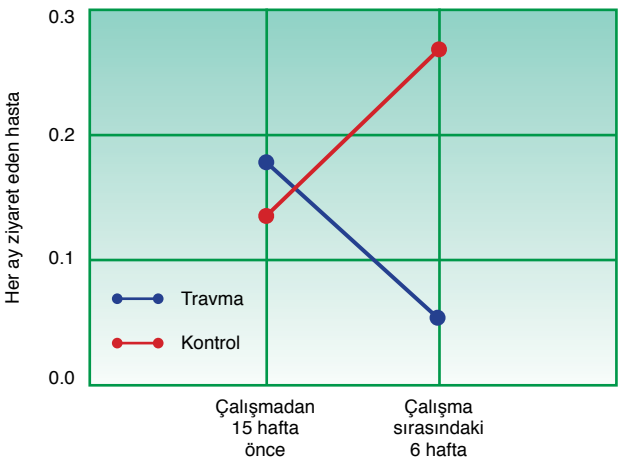
Burada anormal davranışın nedenleri hakkındaki olguları ele almanın güçlüğüne dikkat çekmek istedik. Biraz önce tartıştığımız konular bu durumun temel nedenleridir. Özet olarak, psikopatolojiyle uğraşan bilimadamları güçlü bir şekilde korelasyonel yöntemi kullanmaya zorlanmaktadırlar. Çünkü tanı gruplarını, yani sınıflayıcı bir değişkeni ele almaya en uygun yöntem, korelasyonel yöntemdir. Fakat tanılar ile diğer değişkenler arasında bulunan ilişkiler, üçüncü değişken ve ilişkinin yönü sorunları yüzünden bulanıklaşmaktadır. Çeşitli psikopatolojilerin nedenlerini araştırmak, meydan okuyan bir girişim olma özelliğini hala sürdürmektedir.

DENEY

Korelasyonel araştırmaların ortaya çıkardığı, bağlantılara ya da ilişkilere neden olan faktörler, mutlak bir kesinlikle belirlenemezler. Olaylar arasındaki nedensel ilişkileri belirleyen en güçlü aracın deney olduğu kabul edilmektedir. Psikopatoloji alanında deney, en sık olarak psikoterapilerin etkinliğini değerlendirmek için kullanılmaktadır. Deneysel araştırmaların temel bileşenlerine girmeden önce, bu desenin önemli özelliklerini aklımızda tutalım ve geçmiş travmatik olaylarla ilgili duygu ifadelerinin sağlıkla nasıl bir ilişki içinde olduğunu çalışan bir araştırmanın sonuçlarına bakalım (Pennebaker, Kielcolt-Glaser & Glaser, 1988). Bu araştırmada, 6 haftalık bir çalışmaya 50 üniversite öğrencisi katıldı. Onlardan istenenlerden bir tanesi, arka arkaya 4 gün laboratuvara gelmeleriydi. Bu dört günün her birinde öğrencilerin yarısına geçmişdeki travmatik bir olayla ilgili kısa bir kompozisyon yazdırıldı. Bunun için katılımcılara aşağıdaki yönerge verildi:

Bu dört yazım gününün her birisinde sizden istediğim, bütün hayatınız boyunca yaşadığınız en travmatik ve en rahatsız edici olayı yazmanız. Her gün farklı bir konu hakkında ya da dört gün boyunca aynı konu hakkında yazabilirsiniz. Burada önemli olan şey, en derin düşünceleriniz ve duygularınız hakkında yazmanız. Bunun en ideal olanı, burada yazdığınız şeyin daha önce hiç kimseyle ayrıntılı olarak konuşmadığınız bir olay ya da deneyim hakkında olmasıdır.

Geri kalan öğrenciler de her gün laboratuvara geldiler; fakat onlar günlük işlerini, yakınlarda olmuş sosyal bir olayı, giydikleri ayakkabıları, günün geri kalanında yapmayı planladıkları şeyleri anlatan yazılar yazdılar. Daha sonra, araştırmaya katılanların araştırma başlamadan 15 hafta önce ve başladıktan 6 hafta sonrayı kapsayan bir dönemde, üniversitenin sağlık merkezine ne sıklıkta geldikleri hakkında bilgi toplandı. Bu veriler Şekil 5.3'te gösterilmektedir. Deney başlamadan önce iki grubun üyeleri de sağlık merkezini eşit düzeyde ziyaret etmişlerdi. Ancak deneyden sonra, travmaları hakkında yazan öğrencilerin başvurularında azalma, diğer konularda yazan öğrencilerin başvurularında ise artma olmuştu. (Bu artışın nedeni, sağlık merkezine gelme oranındaki mevsimsel değiş-



Şekil 5.3 *Deneyden önce ve deney sırasında sağlık merkezini ziyaret eden hastalar (Pennebaker ve ark., 1987).*

şimler olabilir. Çünkü ziyaret sayılarının ikinci ölçümü Şubat ayında, yani ara sınavların yapıldığı dönemde alınmışdı.) Bu veriye dayanarak araştırmacılar, duyguların ifade edilmesinin sağlık üzerinde faydalı bir etkisi olduğu sonucuna varmışlardır.

DENEYSEL DESENLERİN TEMEL ÖZELLİKLERİ

Yukarıdaki örnek, bir deneyin temel özelliklerinin pek çoğunu sergilemektedir. Araştırmacı tipik bir şekilde işe bir **deneysel hipotez** ile başlar. Deneysel hipotez, araştırmacının belli bir değişkeni değişimlediği zaman olacağını varsaydığı durumu tanımlayan ifadedir. Pennebaker ve arkadaşları, geçmiş bir olayla ilgili duyguların ifade edilmesinin sağlığı arttıracağını varsaymışlardır. İkinci olarak araştırmacı, değişimleyebileceği bir **bağımsız değişken** seçer. Bu değişkenler, deneycinin kontrolü altında olacak olan faktörlerdir. Pennebaker'ın çalışmasında bazı öğrenciler geçmiş travmatik olaylar hakkında, diğerleri ise gündelik olaylar hakkında yazmışlardır. Üçüncü olarak araştırmacı, bir **bağımlı değişken** ölçümü almak için çeşitli düzenlemeler yapar. Bağımlı değişken, bağımsız değişken üzerindeki değişimlemelere bağlı olarak ya da onlarla birlikte değişmesi beklenen değişkendir. Bu araştırmada bağımlı değişken, sağlık merkezini ziyaret etme sayısı olmuştur. Gruplar arasındaki farkların, bağımsız değişkendeki değişimlerin bir fonksiyonu olduğu bulunduğu zaman, araştırmacı bir deneysel etki yaratıldığını söyler.

İÇ GEÇERLİK

Deneysel bir desenin önemli bir özelliği, deneysel muameleye (bağımsız değişkene) maruz kalmayan en az bir tane **kontrol grubunun** bulunmasıdır. Eğer bir deneydeki sonuçlar, bağımsız değişkendeki değişimlenmelere bağlanacaksa, bir kontrol grubu şarttır. Pennebaker ve arkadaşlarının çalışmasındaki kontrol grubu, gündelik olaylar hakkında yazan gruptur. Bu kontrol grubundan elde edilen bilgiler, duygunun ifade edilmesinin etkilerini karşılaştırabileceğimiz bir standart sağlamıştır.

Bu noktayı başka bir örnekle göstermek için, belirli bir anormal davranışa uyarlanmış özel bir terapinin etkililiğini çalışan bir araştırma düşünelim. Burada yüksek kaygı düzeyine sahip kişilerin tedavi amacıyla bu terapiye alındıklarını varsayalım. Bu hipotetik çalışmada kontrol grubu olmadığına dikkat ediniz. Öyleyse bu çalışma bir deney olmamaktadır. Diyelim ki altı ayın sonunda hastalar yeniden değerlendirilmiş ve çalışmanın başlangıcındaki durumla karşılaştırıldığında kaygı düzeylerinde bir düşme olduğu bulunmuş olsun. Maalesef bu durumda da iyileşmeyi karşılaştırabileceğimiz bir kontrol grubu olmamaktadır, dolayısıyla araştırma geçerli bir sonuç çıkarmaya izin vermemektedir. Tedavinin başlangıcından sonuna kadar olan süreçte kaygı durumunda meydana gelen iyileşme, uygulanan tedaviye ek olarak ya da onun yerine daha pek çok faktör tarafından meydana getirilmiş olabilir. Örneğin, o altı ay içerisinde, varolan parasal bir sorunun çözümlenmesi gibi çevresel bir olay iyileşmeyi sağlamış olabilir veya yüksek kaygılı kişiler zaman geçtikçe gerginliklerinde bir azalma hissetmeye başlıyor olabilirler.

Birinin yaşam durumundaki bir değişiklik ya da zamanın geçmesi gibi değişkenler, **karıştırıcılar** (confounds) olarak adlandırılırlar. Bunların etkileri ile bağımsız değişkenlerin etkileri birbiri içine karışır ve aynı korelasyonel çalışmalardaki üçüncü değişkenler gibi, sonuçları değerlendirmeyi güçleştirir ya da imkânsız hale getirirler. Bu bölümde tanımlanan, yukarıdaki gibi veya diğer karıştırıcılar, psikoterapi etkileri konusundaki araştırmalarda çok yaygın bir şekilde bulunmaktadır. Bu kitapta bunlardan sıkça bahsedilecektir. Elde edilen etkinin nedeninin, bağımsız değişkene güvenle atfedilemediği araştırmalar, iç geçerliği olmayan araştırmalar olarak adlandırılırlar. Buna karşıt olarak, elde edilen etkinin nedeni, bağımsız değişkenin değişimlenmesine güvenli bir biçimde yüklenebildiği zaman, o araştırmanın **iç geçerliği** vardır.

Yukarıda kabataslak anlatılan örnekte iç geçerlik, desene bir kontrol grubu ekleyerek iyileştirilebilir. Böyle bir grup, terapatik işlemi almayan yüksek kaygılı kişilerden oluşacaktır. Kontrol deneklerinin kaygısındaki bu değişim, bağımsız değişkenin etkisinin karşılaştırılabileceği bir standart sağlar. Eğer kaygıdaki değişim herhangi bir terapatik müdahalenin ötesinde, belli bazı çevresel olaylar yüzünden meydana geliyorsa, tedaviyi alan deney grubu ile tedaviyi almayan kontrol grubunun eşit düzeyde etkilenmiş oldukları söylenebilir. Diğer taraftan, eğer altı ayın sonunda tedaviyi alan grubun kaygısı, tedaviyi almayan grubunkinden daha fazla

düşmüş ise, o zaman bu değişimin nedeninin tedaviye yüklenmesine göreceli olarak güvenebiliriz.

Bununla birlikte, bir kontrol grubunun olması iç geçerliği garanti etmez. Bunu gösterebilmek için başka bir terapi araştırması düşünelim. Bu sefer psikiyatrik hastalardan oluşan iki hastane koğuşunun tedaviye alındığını düşünelim. Bir araştırmacı, bir koğuşun deneysel tedaviyi almasına, diğer koğuşun ise almamasına karar veriyor. Daha sonra araştırmacı bu iki grubu davranış bozukluklarının sıklığı açısından karşılaştırdığı zaman, iki grup arasındaki farkı bir koğuşun tedavi alması, diğer koğuşun ise almaması koşuluna yüklemek isteyecektir. Fakat bu durumda araştırmacı, geçerli olacak şekilde böyle bir çıkarım yapamaz, çünkü yanlışlanamamış alternatif bir hipotez vardır. Daha tedavi başlamadan önce, tedavi alan grubun davranış bozukluğu düzeyi, kontrol grubundaki hastalarınkinden daha düşük olabilir. Bu tip hatalı çalışmalarda deneysel desenin gözardı edilen ilkesi **seçkisiz atamadır** (random assignment). Seçkisiz atama, araştırmadaki her bir deneğin her gruba atanma şansının eşit olmasını garanti eden bir tekniktir. Örneğin iki gruplu bir deneyde, bir bozuk para ile her bir katılımcı için yazı tura atılabilir. Para tura gelirse o katılımcı birinci gruba, yazı gelirse diğer gruba atanır. Bu işlem yolu, tedaviden sonraki gruplar arası farkların, gerçek deneysel etkilerden çok örneklemlerdeki tedavi öncesi farklılıkları yansıtma olasılığını en aza indirir. Pennebaker'ın araştırmasında daha önce de belirtildiği gibi seçkisiz atama kullanılmıştır.

Hem kontrol grubu hem de seçkisiz atama kullanılsa bile bir araştırmanın sonuçları hala geçersiz olabilir. Ek bir hata kaynağı da araştırmacının ya da gözlemcinin potansiyel yanlılık etkisidir (Rosenthal, 1966). Araştırmacı üstü örtülü bir şekilde katılımcıları, beklediği ya da arzu ettiği tepkileri verecekleri yönde değişimleyebilir. Bu etkinin sonuçlara nüfuz etmesi şüpheli olmasına rağmen araştırmacı, sonuçlar kendi beklentilerinden etkilenecek korkusuyla tetikte olmalıdır. Bu tip bir yanlılıktan kaçınmak için, pek çok çalışmada **çift körlemesine işlem** (double-blind procedure) kullanılmaktadır. Örneğin, iki ilacın tedavi etkisini karşılaştıran bir araştırmada, hapları veren kişi ilacın gerçek içeriği hakkında bilgisiz bırakılmış (yani kör), diğer taraftan katılımcı da kendine uygulanan tedavi hakkında bilgilendirilmemiştir. Bu kontroller sayesinde tedavi süresince gözlenen davranış, büyük olasılıkla böyle bir yanlılıktan etkilenmez.

Böylece *deneysel etki* terimini kısaca tanımlamış olduk, fakat bir etkinin önemli olduğuna nasıl karar vereceğimizi öğrenmemiz gerekir. Aynı korelasyonlarda olduğu gibi, deneysel sonuçların önemini değerlendirmek için de araştırmacı, korelasyonlarla aynı mantığı kullanarak istatistiksel anlamlılığı belirlemelidir.

DIŞ GEÇERLİK

Bir araştırmanın sonuçlarının, o deneyin dışına genellenebilme derecesine **dış geçerlik** denir. Eğer araştırmacılar belli bir tedavinin bir grup hastaya yardımcı olduğunu göstermişlerse, diğer hastalara, başka zamanlarda ve başka yerlerde uygulandığında bu tedavinin yine etkili olacağı sonucunu şüphe duymaksızın çıkarmak isteyeceklerdir. Pennebaker ve arkadaşları, bulgularının diğer duygusal ifade şekillerine (yakın bir arkadaşa güvenmek gibi), diğer ortamlara ve araştırmaya katılanlardan daha farklı olan insanlara genellenmesini ümit edeceklerdir.

Psikolojik bir deneyin sonuçlarının dış geçerliğini belirlemek oldukça güçtür. Örneğin, bir kişinin psikolojik bir deneye katıldığını bilmesi sıklıkla davranışı değiştirir ve böylelikle laboratuvarda, doğal çevrede kendiliğinden ortaya çıkmayan sonuçlar üretilebilir. Çok defa laboratuvar hayvanları (örneğin sıçanlar) ile yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlar insanlara genellenir. Bu gibi genellemeler risk taşırlar, çünkü *Hommo sapiens* (insan) ile *Rattus norvegicus* (sıçan) arasında çok büyük farklılıklar vardır. Dış geçerlik sorunlarını tam anlamıyla ele alacak yeterli bir yol olmadığı için, araştırmacılar bulguları hakkında iddia ettikleri genellemelerin derecesi konusunda dikkatli olmak zorundadırlar. Yapılabilecek en iyi şey, yeni düzenlemeler ve yeni katılımcılar ile benzer çalışmalar yapmaktır. Böylece bir bulgunun sınırları ya da genel geçerliği belirlenebilir.

BENZEŞİK DENEYLER

Deneysel yöntem, en çok neden sonuç ilişkilerini belirlemesi hakkında konuşularak yargılanır. Tedavilerin psikopatolojiler üzerindeki etkililikleri, genellikle deneysel yöntem aracılığıyla değerlendirilir. Bu yöntem, bir terapinin yaşanan sorunu azaltıp azaltmadığını belirlemek için güçlü bir araç sağlar. Bununla birlikte daha

önce de belirttiğimiz gibi, bu yöntem anormal davranışın nedenlerini araştırmak için çok az kullanılır. Farz edelim ki bir araştırmacı, çocuğun duygusal yüklülüğünün ve annesiyle aşırı bağımlı bir ilişkisinin olmasının, genellenmiş kaygı bozukluğuna neden olduğunu varsaymaktadır. Bu varsayımın deneysel olarak sınanması, bebeklerin seçkisiz olarak iki grup anneden birine atanmalarını gerektirecektir! Birinci grupdaki anneler, aşırı duygusal bir atmosfer yaratabilmelerini ve çocukta aşırı bağımlılık gelişmesini sağlayabilmelerini garanti edecek kapsamlı bir eğitim programına sokulacaktır. İkinci grupdaki anneler ise, bakımları altındaki çocuklarda bu gibi bir ilişki yaratmayacak şekilde eğitilecektir. Bundan sonra araştırmacı, her grupdaki bireyler yetişkinliğe erişinceye kadar bekleyecek ve kaç tanesinin genellenmiş kaygı bozukluğu geliştirdiğini belirleyecektir. Açıkça görülmektedir ki bu gibi deneysel desenler, aşılması mümkün olmayan uygulama sorunları içermektedir. Fakat bizi, uygulamayla ilgili sorunlardan daha fazla ilgilendirmesi gereken bir takım ilkeler vardır. Örneğin, bu gibi bir deneyin etik yönlerini bir düşünün. Bir kişinin annesiyle yaşadığı aşırı bağımlı ilişkinin yaygın kaygı bozukluğuna yol açtığını kanıtlamanın bilimsel olarak bize kazandıracağı olası faydalar, bu türden bir deney yapıldığında katılımcılara yaşatılacak sıkıntılardan daha mı ağır basacaktır? Pek çok kişi böyle olmadığını düşünmektedir. (etik sorunlar 20. Bölümde ayrıntılı olarak ele alınacaktır.)

Anormal davranışın nedenleri üzerindeki bir araştırma, deneysel yöntemin gücünün sağladığı avantajları elden bırakmamak için, bazen bir **benzeşik deney** (analogue experi- ment) biçimini alabilir. Araştırmacılar daha güçlü bir çalışma için, ilişkili bir olguyu, yani bir benzeşiği laboratuvara taşımaya çalışırlar. Böylece gerçek bir deney düzenlenebilir ve dolayısıyla neden sonuç terimleriyle değerlendirilebilecek sonuçlar elde edilebilir. Fakat bu sefer de dış geçerlik sorunu artabilir, çünkü araştırmacının ilgilendiği gerçek olgu çalışılmamış olur. Benzeşik çalışmaların bir tipinde, davranış deneysel değişimlemeler sayesinde geçici olarak anormal hale getirilir. Örneğin, laktat alımı bir panik atak ortaya çıkarabilir, hipnotik telkin körlük oluşturabilir, öz saygıya zarar vermek kaygı ve depresyonu arttırabilir. Eğer patoloji bu gibi değişimlemelerle deneysel olarak oluşturulabiliyorsa, o zaman doğal ortamda varolan o aynı süreç, ilgili bozukluğun bir nedeni olabilir. Bu gibi çalışmaların değerini biçmenin anahtarı, gerçek hayatta karşılaşılabilecek bir yaşantının yansıması olarak bağımsız değişkenin, klinik bir sorunun bir benzeşiği olarak da bağımlı değişkenin geçerliğinde yatmaktadır. Laboratuvarda karşılaşılan bir stresör, doğal ortamda varolanla temel olarak aynı mıdır? Kaygı ya da depresyondaki geçici artmalar, klinikteki karşılıklarının uygun birer benzeşikleri midir? Bu gibi deneylerin sonuçları büyük bir dikkatle değerlendirilmeli ve özenle genellenmelidir. Diğer taraftan bu araştırmalar, psikopatolojilerin kaynakları ile ilgili değerli varsayımlar sağlarlar.

Diğer bir benzeşik çalışma türünde, katılımcılar seçilir. Çünkü belirli bir tanı verilen hastalara benzerlik gösterdikleri düşünülür. Örneğin, araştırmaların çok büyük bir bölümü, çalışma için seçilen üniversite öğrencileriyle yapılır. Çünkü bunların, kaygı ya da depresyon ölçen bir ölçekten aldıkları puanlar yüksektir. Buradaki soru, bu kaygılı ya da depresif öğrencilerin, kaygı bozukluğu veya major depresyonu olan kişilerin uygun benzeşikleri olup olmadıklarıdır. Bu sorunu barındıran bazı araştırmalar 10. Bölümde tartışılmaktadır. Deneylerin, bir benzeşim olarak nitelenip nitelenmemesi deneyin kendisinden çok, onu ne için kullanacağımıza bağlıdır. Beyaz bir sıçanda kaçınma davranışını çok dakik bir şekilde çalışabiliriz. Eğer tartışmaları-

Harlow'un ünlü benzeşik araştırması, bebek maymunlarda anneden erken ayrılmanın etkilerini araştırmıştır. Daha sonra ortaya çıkacak duygusal rahatsızlıkları ve depresyonu önlemede elbise giydirilmiş yapay anne bile hiç olmamasından daha iyidir.

mızı farelerin davranışları çerçevesinde sınırlarsak, o zaman böyle çalışmalardan topladığımız veri benzeşik bir veri olmaz. Ancak bu verilerden yorumlar çıkarıp onları diğer olgulara, örneğin insanlardaki kaygı durumuna uyguladığımız zaman, bunlar benzeşik veriye dönüşürler.

Bu kitapta ele aldığımız hayvan deneylerinin bazıları doğası itibariyle benzeşiktir. Örneğin 2. Bölümde, insanlardaki kaygı kuramlarını formüle etme konusunda çok yardımcı olan, sıçanlardaki kaçınma öğrenmesi üzerine araştırmaları anlatmıştık. Beyaz sıçanların korku tepkileri ile insanlardaki kaygıyı birbiriyle ilişkilendirmeye çalıştığımız zaman bir benzeşimden bahsettiğimizi akılda tutmakta yarar vardır. Fakat aynı zamanda, insan davranışını çalışırken benzeşik araştırmalar tümden değersizdir gibi bir fikre de kapılmamak gerekir. İnsanoğlu ile diğer memeliler pek çok önemli boyutta birbirlerinden farklılıklar göstermelerine rağmen, bu durum bizi, hayvan araştırmalarından türetilmiş davranış ilkelerinin insan davranışlarıyla alakasız olması gerektiği sonucuna götürmez.

TEK DENEKLİ DENEYSEL ARAŞTIRMA

Deneyler her zaman insan grupları ile yapılmaz. **Tek denekli deneysel desenler**de, her araştırmada bir kişiyle çalışılır ve denekler değişimlenen bir değişkene maruz bırakılırlar.

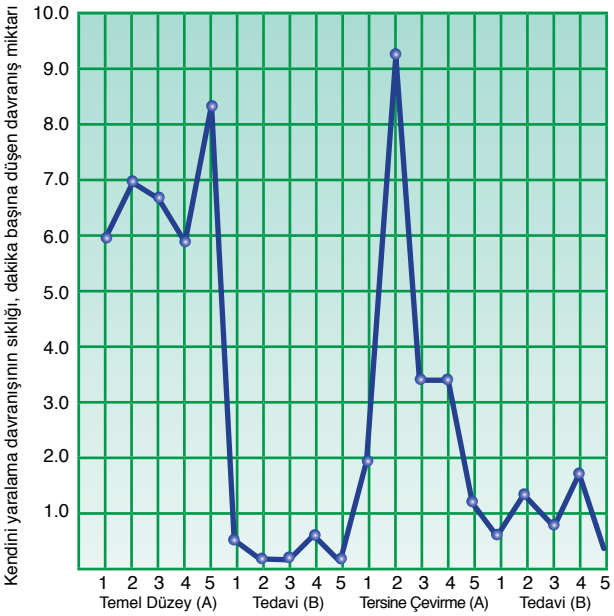
Tek deneğe dayanan bu strateji, daha önce tartıştığımız araştırma deseni ilkelerinin çoğuna aykırı gibi görünmektedir. Vaka çalışmasında olduğu gibi bu desende de tek bir deneği karşılaştırabileceğimiz bir kontrol grubu yoktur. Buna ek olarak, bulgular davranışı incelenen kişinin benzersiz bir özelliği ile ilişkili olabileceği için genelleme yapmak zordur. Bu nedenle tek bir kişi ile çalışmak, en az düzeyde iç veya dış geçerliği olan verileri üretiyormuş gibi görünmektedir. Bununla birlikte tek bir denekle deneysel olarak çalışma, bazı amaçlar için etkili bir araştırma tekniği olabilir (Hersen & Barlow, 1976).

Tate ve Baroff'un (1966), Sam adındaki 9 yaşında bir çocuğun kendini yaralayıcı davranışlarını azaltmak için geliştirdikleri yöntem, bize bu konuda bir örnek teşkil edebilir. Bu çocuk, yere kafa üstü atlamak, başını duvarlara toslamak, elleriyle yüzünü tokatlamak, kendine tekme atmak gibi geniş bir kendini yaralama davranışı yalpazesine sahipti. Bu kendini yaralayıcı davranışlarına rağmen, Sam bütünüyle bir antisosyal değildi. Aslına bakılırsa diğer insanlarla temasa geçmekten bariz bir şekilde hoşlanmaktaydı. İnsanlara yapışmakta, kollarını onlara dolamakta ve kucaklarına oturup kalmaktaydı. Bu duygusal davranışları araştırmacılara deneysel bir tedavi için fikir verdi.[1]

Bahsedilen çalışma yirmi gün sürmüştü. İlk beş günlük dönemde Sam'in kendini yaralayıcı davranışları gözlendi ve kaydedildi. Daha sonraki beş günde yetişkin olan iki araştırmacı Sam'i yanlarına alarak kampüsün çevresinde kısa yürüyüşler yaptılar. Bu yürüyüşler boyunca onunla sohbet ettiler ve sürekli elini tuttular. Yetişkinler Sam'in her kendini yaralayıcı davranışına, hemen elini bırakarak yanıt verdiler. O davranışını durdurup bunun üzerinden 3 dakika geçinceye kadar tekrar elini tutmadılar. Bu arada kendini yaralayıcı davranışlarının sıklığı yeniden kaydedildi. Deneyin bundan sonraki bölümünde, araştırmacılar ilk beş günkü işlemlerin tersini yaptılar. Yürüyüşler yapılmadı ve Sam'in kendine zarar veren davranışları tekrar ortaya çıktı. Daha sonraki beş günde ise araştırmacılar deneysel işlemleri tekrar uyguladılar. Bu müdahale sonucunda istenmeyen davranışlarda çarpıcı bir azalma ortaya çıktı. Bu durum Şekil 5.4'de gösterilmektedir. Bu deneydeki gibi desenler genellikle **tersine çevirme deseni** (reversal) ya da ABAB deseni olarak adlandırılır. Bu desende deneğin davranışlarının belli yönleri, belli bir dönem boyunca, temel düzey (A); bir müdahalenin uygulandığı dönem boyunca (B); temel düzey dönemindeki duruma geri dönüldüğü dönem boyunca (A); ve son olarak deneysel değişimlemenin yeniden oluşturulduğu dönem boyunca (B) dikkatlice ölçülür. Eğer deneysel dönemdeki davranış, temel düzey dönemindeki davranıştan farklı ise, deneysel olarak değişimlenen durumlar ters çevrildiğinde eski haline dönüyorsa, deneysel müdahale bir kez daha verildiğinde tekrar tersine dönüyorsa, o zaman meydana gelen değişmeye şans ya da kontrol edilmeyen faktörlerden çok, yapılan değişimlemenin neden olduğu hakkında çok az kuşkumuz kalır.

Bunlarla birlikte, deneyin başlangıcındaki durumlar her zaman yeniden oluşturulamadığı için, tersine çevirme deseni de her zaman kullanılamamaktadır. Örneğin deneysel muamelenin

[1] *Deneysel sıfatının bu bağlam içinde kullanılması, bizi kelimenin iki farklı anlamı arasında bir ayırım yapmaya sevketmektedir. Ele aldığımız araştırma yöntemlerinde kullanıldığında bu sıfat, bir değişkenin neden-sonuç ilişkisi çıkarsamamıza izin veren değişimlenme işlemine atıfta bulunmaktadır. Fakat burada bu kelime, etkisi bilinmeyen ya da çok zayıf bir şekilde anlaşılabilen bir müdahaleyi kastetmektedir. Böylelikle, örneğin deneysel bir ilaç, hakkında görece az şey bildiğimiz bir şeydir. Buna rağmen böyle bir ilaç, korelasyonel bir desende gayet güzel bir şekilde kullanılabilir ya da bir vaka çalışmasında sunulabilir.*



Şekil 5.4 *Kendini yaralama davranışlarına yönelik olarak, ABAB tek denekli desenin kullanıldığı bir deney içerisinde verilen bir tedavinin sonuçları. Tedaviye başlandığında (B). tedavi kesildiğinde (A) ve son olarak tekrar tedavi verildiğinde (B) problem davranıştaki hızlı değişmelere dikkat ediniz.*

amacının kalıcı değişiklikler yaratmak olduğu durumlarda olduğu gibi. Söz gelimi tüm terapatik müdahalelerin hedefi budur. Ayrıca, terapatik işlemlerle ilgili çalışmalarda deneğin ya da hastanın yeniden başlangıçtaki durumuna döndürülmesi, genellikle etik olmayan bir durum olarak kabul edilmektedir. Pek çok terapist, sırf bir takım terapilerin bazı davranışların değiştirilmesinde etkili olduğunu kanıtlamak için yardım arayan bir hastanın davranışlarını eski haline döndürecek şekilde hareket etmeyi kesinlikle istememektedir. Neyse ki böyle durumlarda diğer tek denekli desenler kullanılmakta ve bu gibi sorunların önüne geçilmektedir.

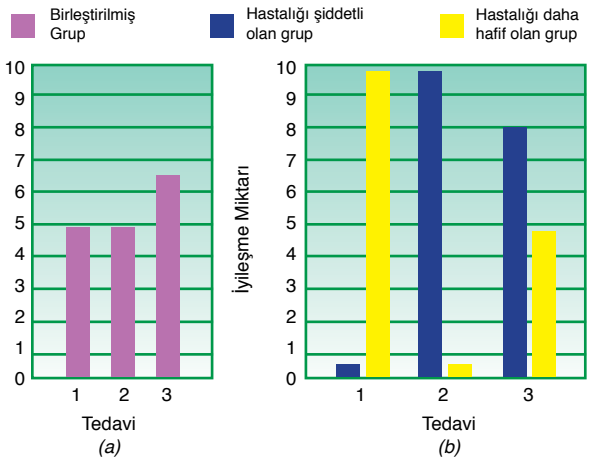
Daha önce de işaret ettiğimiz gibi tek denekli bir deney deseni, bir etkiyi göstermiş olsa bile, genelleme yapmak çoğunlukla mümkün değildir. Bir tedavinin tek bir kişide işe yaraması, onun herkes için etkili olacağı anlamına gelmek zorunda değildir. Bir araştırmanın temel konusu daha geniş ölçüde kabul görecek bir tedaviyi araştırmaksa, bu durumda tek denekli desenin ciddi sakıncaları vardır. Bununla birlikte, bu yöntem gruplarla yapılacak geniş ölçekli araştırmalara gerek olup olmadığına karar verme konusunda yardımcı olabilir.

KARIŞIK DESENLER

Karışık desen olarak adlandırılan desenler içerisinde, deneysel ve korelatif araştırma teknikleri bir arada kullanılabilir. Bir **karışık desende,** birbirleriyle ortak özellikleri olmayan iki (ya da daha fazla sayıdaki) farklı nüfustan gelen denekler, birer deney koşuluna atanırlar. İki farklı tipteki nüfus (evren), örneğin şizofren hastalar ile fobik hastalar, bir sınıflayıcı değişken teşkil ederler. Yani şizofreni ve fobi değişkenleri araştırmacı tarafından değişimlenmemiş veya yaratılmamışlardır. Bu değişkenler değişimlenen koşullarla, yani gerçek deneysel değişkenlerle, yalnızca ilişki gösterebilirler.

Bir karışık desenin nasıl uygulandığını gösterebilmek için, üç tip terapi çeşidinin (deneysel değişken), hastalıklarının şiddetine göre iki gruba ayrılmış hastalar (sınıflayıcı değişken) üzerindeki etkililiklerini çalışan bir araştırma düşünelim. Buradaki soru, tedavilerin etkililiklerinin hastalığın şiddetine göre değişip değişmediğidir. Böyle bir çalışmanın varsayımsal sonuçları Şekil 5.5'te gösterilmektedir. Şekil 5.5b, hastalar sorunlarının şiddetine göre iki gruba ayrıldıklarında elde edilen sonuçları göstermektedir. Şekil.5.5a ise hastalar şiddetli ve daha az şiddetli olarak ayrılmadan çıkartılan sonuçları göstermektedir. Bütün hastalar bir grup olarak birleştirildiğinde en fazla iyileşmeyi 3. tedavi sağlamaktadır. Böylece eğer elde hastaların farklı özellikleri hakkında bir bilgi yoksa 3. tedavi tercih edilecektir. Ancak hastaların sorunlarının şiddeti hesaba katıldığı zaman, 3. tedavi artık hastaların hiç biri için tercih edilen bir terapi olmamaktadır. Bunun yerine Şekil 5.5b'ye bakarsak, hastalığının şiddeti daha az olan kişilerde 1. tedavi, hastalığının şiddeti daha fazla olan kişilerde ise 2. tedavi seçilecektir. Böylelikle bir karışık desen, hangi tedavinin hangi grupta en

Şekil 5.5 *Belirtilerin şiddetinin derecesine göre ayrılan hastalarda üç farklı tedavinin sonuçları. (a) Hastalığın şiddetinin bilinmediği ve hastalar birlikte gruplandığı zaman, 3 numaralı tedavi en iyi gibi görünmektedir, (b) Hastalar şiddete göre bölünüp, (a)'daki veriler tekrar analiz edilmiştir. Bu durumda 3 nolu tedavi artık hiç bir hasta için en iyi tedavi değildir.*



iyi sonucu verdiğini bize gösterebilmektedir.

Karışık desenlerin sonuçlarını değerlendirirken, değişkenlerden birinin (örneğimizdeki hastalığın şiddeti gibi) değişimlenmediğini, bunun yerine o değişkenin bir sınıflayıcı değişken ya da korelasyonel değişken olduğunu daima akılda tutmak zorundayız. Bu nedenle daha önce korelasyonel yöntemleri değerlendirirken belirttiğimiz sorunlar, özellikle de üçüncü değişkenlerin olası etkileri, karışık desenlerin sonuçlarını değerlendirirken de ortaya çıkmaktadır.

Değişimlenen, özellikle de birden fazla düzeyi olan bir değişkenin, olaya dâhil edilmesi bir takım avantajlar sağlamaktadır. Maher (1974) bu durumu şöyle açıklamaktadır: "Diyelim ki 'öküzler Worcester kraliyet çinisini kırmaya yönelik büyük bir arzuya sahiptirler' diye bir hipotezimiz var. Bundan yola çıkarak bir dükkânı bu çinilerle dolduralım ve öküzleri de içeri salalım, sonra da çıkan arbedeyi seyredelim. Hipotezimiz beklendiği üzere doğrulanacaktır özellikle de kontrol grubumuzu farelerden oluşturmuşsak" (s. 2). Maher şunu da işaret ederek devam etmektedir; "nasıl öküzler herhangi bir cins çiniyi kırmaya yatkın iseler, hastalar da pek çok görevde başarısız olmaya yatkındırlar." Diğer bir ifadeyle, basit bir eksikliği (deficit) göstermek bize çok az özgül bilgi sağlayacaktır, çünkü kötü performans pek çok faktör yüzünden ortaya çıkabilir. Bununla birlikte, farklılık yaratan bir eksiklik, belli bir rakip hipotezin devre dışı bırakılmasını sağlamaktadır.

Şizofrenik hastaların, duyguların yüz ifadelerine ve sese yansıyan gösterimlerini doğru okuma becerilerini çalışan bir araştırma düşünebiliriz. Şizofrenik hastalar duyguları tanımakta yetersiz olabilirler ve bu onların zayıf sosyal becerilerinin önemli bir bileşeni olabilir. Bu konudaki bir olasılık, şizofrenik hastaların duygusal ipuçlarını işlemekte özgül bir eksikliklerinin olduğudur. Fakat başka bir olasılık da, duyguları algılamadaki bu eksikliğin aslında bilgi işleme sürecinde daha genel bir eksikliği yansıttığıdır.

Kerr ve Neale (1993) bu konuyu araştırmak için duyguların yüz ifadelerine ve sese yansıyan gösterimlerini doğru algılama becerisini sınayan testler geliştirdiler ve bunları şizofrenik hastalara ve normallere uyguladılar. Beklendiği gibi şizofrenik hastaların performansı önemli düzeyde bozuk çıktı. Kerr ve Neale, bunun özgül bir eksiklik olup olmadığını görmek için deneklerin yüz ifadelerini (duygusal ifadelere aldırmama) ve konuşmadaki sesleri tanıma becerilerini de test ettiler. Şizofrenik hastaların bu testteki performansları da yine diğer testlerdeki kadar kötü çıktı. Sonuç olarak şizofrenik hastalar aslında duyguları tanıma konusunda eksiklik yaşamalarına rağmen, bu özgül bir eksiklik değildir ve daha yaygın bir bozulmayı yansıtır.

Anormal psikolojisinin temel araştırma yöntemleri hakkındaki incelememiz burada tamamlanmış bulunmaktadır. Açıkça görülmektedir ki psikopatoloji ve terapinin sırlarını kolayca ortaya çıkaracak mükemmel bir yöntem bulunmamaktadır. Bundan sonraki bölümlerde amaçladığımız, çeşitli yöntemler kullanılarak düzenlenmiş araştırmalardan toplanan bilgileri birleştirmeye çalışmak ve bu sonuçları bilgi birikimimizi artırmak için kullanmaktır.

ÖZET

Bilim, üzerinde fikir birliği sağlanmış bir problem çözme girişimini yansıtmaktadır. Bilim, sistematik bir bilgi yapısı kurmak için özgül işlemler aracılığıyla veri toplar ve değerlendirir. Bilimsel ifadeler şu özelliklere sahip olmalıdırlar: herkese açık bir ortamda sınanabilmelidirler; onları yanlışlayabilecek testlere tabi tutulmalı, güvenilir gözlemlerden türetilmelidirler; ve gözlenemeyen süreçlere atıfta bulunabilmelerine rağmen, bunlardan çıkarsanan kavramlar gözlenebilir ve ölçülebilir olaylarla ya da sonuçlarla bağlantılı olmalıdır.

Şunu akılda tutmak önemlidir; veri toplamak ve sonuçlara varmak için bilim adamlarının kullandığı pek çok yöntem vardır. Klinik vaka çalışmaları psikopatoloji alanında emsalsiz ve önemli işlevlere sahiptir. Örneğin, çok ender görülen olguları kendi karmaşıklığı içerisinde etkin bir şekilde çalışmamıza olanak verir. Ayrıca vaka çalışmaları, kontrollü araştırmalarla test edilebilecek hipotezler oluşturulmasına da katkıda bulunurlar. Bütün bunlara rağmen, elde edilen veriler geçersiz olabilirler ve bir kuramın geçerli olduğuna kanıt sağlamada sınırlı bir değere sahiptirler. Epidemiyolojik araştırmalar hastalıkların önlenmesi ve hastalık olasılığını arttıran risk faktörleri hakkında bilgi sağlarlar.

Korelasyonel yöntemler, anormal davranışın nedenleri üzerinde çalışan, tanıların değişimlenen değişkenler değil de sınıflayıcı değişkenler olduğu araştırmalar için en önemli araçtırlar. Korelas-

yonel çalışmalardaki istatistiksel işlemler, iki ya da daha fazla değişkenin ne derece birbiriyle ilişkili olduğunu veya birlikte değiştiğini belirlememize olanak sağlarlar. Hemen hemen bütün korelasyonel çalışmalarda elde edilen sonuçlar, böyle değerlendirme konusunda güçlü bir eğilim olmasına rağmen neden-sonuç terimleriyle değerlendirilemezler. Bu zorluğu yaratan, üçüncü değişken ve ilişkinin yönü sorunlarıdır.

Deneysel yöntem, bağımsız değişkenlerin değişimlenmesini ve bunların bağımlı değişken üzerindeki etkilerinin dikkatlice ölçülmesini gerektirir. Bir deney, sınanacak bir hipotezle işe başlar. Bu hipotez, belli bir bağımsız değişkenin değişimlenmesinin, belli bir bağımlı değişkenin belirli bir şekilde değişmesine neden olacağı şeklindedir. Katılımcılar genellikle iki gruptan bir tanesine atanırlar: bağımsız değişkenin değişimlendiği bir deney grubu ve bu işlemin olmadığı kontrol grubu. Eğer bağımlı değişken üzerinde deney grubu ile kontrol grubu arasında farklar gözlenir ise, bağımsız değişkenin bir etkiye sahip olduğu sonucunu çıkarabiliriz. Deney ve kontrol grubundaki deneklerin bağımsız değişken başlamadan önce birbirlerinden farklı olmadıklarından emin olmamız çok önemlidir. Bu yüzden denekler gruplara seçkisiz olarak atanırlar. Hem katılımcının hem de deneğin kimin deney kimin kontrol grubunda olduğunu bilmediği çift körlemesine işlemler, araştırmacının davranışlarının ya da deneğin inanç ve beklentilerinin sonuçlar üzerinde yaratacağı yanlılıklardan kurtulmamıza yardımcı olurlar. Tüm bu koşullar karşılanırsa deney iç geçerliğe sahip olur. Bulguların deney içerisinde çalışılmayan durum ya da insanlara genellenip genellenemeyeceğini gösteren dış geçerlik yalnızca, ilgilenilen asıl konu üzerinde, başka katılımcıların yer aldığı benzer deneylerin yapılması sayesinde değerlendirilebilir.

Bir kişiye belli bir zaman dilimi boyunca farklı tedavilerin uygulandığı tek denekli deneysel desenler (örneğin, terse çevrilmiş ya da ABAB deseni), iç geçerliği olan sonuçlar sağlarlar. Bununla birlikte sonuçların genellenebilirliği her zaman sınırlıdır. Karışık desenler, deneysel ve korelasyonel yöntemlerin bir bileşimidir. Örneğin, iki farklı hasta çeşidi (sınıflayıcı değişken) çeşitli tedavilere (deney değişkeni) tabi tutulabilir.

Bir bilim neredeyse kendi yönteminden başka bir şey değildir. Anormal psikolojisini öğrenen kişiler eğer kitabın bundan sonrasına konu olmuş araştırma ve kuramları uygun bir şekilde değerlendirmek istiyorlarsa, bu alanın sahip olduğu araştırma yöntemlerinin güçlü yanlarının ve sınırlılıklarının farkında olmak zorundadırlar.

ANAHTAR SÖZCÜKLER

bilim
kuram
vak'a çalışması
epidemiyoloji
yaygınlık
görülme sıklığı
risk faktörleri
yaşam boyu yaygınlık oranı
korelasyonel yöntem
korelasyon katsayısı
istatistiksel anlamlılık
sınıflayıcı değişkenler
ilişkinin yönü sorunu
yüksek risk yöntemi
üçüncü değişken sorunu
deney
deneysel hipotez
bağımsız değişken
bağımlı değişken
deneysel etki
kontrol grubu
karıştırıcılar
iç geçerlik
seçkisiz atama
çift körlemesine işlem
dış geçerlik
benzeşik deney
tek denekli deneysel desen
tersine çevrilmiş (ABAB) desen
karışık desen

KISIM II

PSİKOLOJİK BOZUKLUKLAR

Sandy Skoglund, "Mikroplar, mikroplar her yerdeler", © 1984

6

KAYGI BOZUKLUKLARI

Çeviri: Prof. Dr. Işık Savaşır

FOBİLER
- Özgül Fobiler
- Sosyal Fobiler
- Fobilerin Etiyolojisi
- Fobilerin Tedavisi

PANİK BOZUKLUK
- Panik Bozukluğun Etiyolojisi
- Panik Bozukluk ve Agorafobiye Yönelik Terapiler

GENELLENMİŞ KAYGI BOZUKLUĞU
- Genellenmiş Kaygı Bozukluğunun Etiyolojisi Genellenmiş Kaygı Bozukluğunun Tedavisi

OBSESIF-KOMPULSIF BOZUKLUK
- Obsesif-Kompulsif Bozukluğun Etiyolojisi
- Obsesif-Kompulsif Bozukluğunun Tedavileri

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU
- Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etiyolojisi
- Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tedavileri

ÖZET

Kendinizi dokuz yaşında, diğerlerinden biraz daha kısa boylu ve biraz daha çelimsiz, biraz utangaç, saldırgan olmayan, küçük bir çocuk olarak, uysal, ağırbaşlı biri olarak ve haftada üç kez, her Pazartesi, Çarşamba ve Cuma günü, birilerinin bir yerlerde yeniden uyanacağına dair insanın içini ısıtan hiçbir umut olmaksızın, güneşin batıp gökyüzünün kararması ve yerkürenin karanlıklara bulanması, cansızlaşıp ürkütücü bir hale gelmesi kadar düzenli ve kaçınılmaz bir biçimde Forgione adında sizden yaşça daha büyük, daha kalıplı ve çok daha yapılı bir vücudu olan, kıllı, sert kaslı, geniş göğüslü ve karşılaşmaya hiç cesaret edemeyeceğiniz derecede yırtıcı, karanlık gözleri olan, yardımcısının adını sormadığınız ya da hiç hatırlayamadığınız, üstelik sizi beğenmemiş veya onaylamamış gibi görünen, bir kalıp gibi et ve kemikten oluşan bir figür kadar sert ve acımasız bir ifadesi olan, lekesiz, dar ve sık, beyaz bir giysi ya da lacivert tişörtler giyen, korkutucu bir görünüme sahip, güçlü, geniş omuzlu bir adamın demirden gözetiminde, bir kasvetin içinde bulmak nasıl bir şey olurdu sizce? O size istediği her şeyi yapabilirdi. Bana istediği her şeyi yapabilirdi. (Heller, 1966, s. 236)

Joseph Heller'in *"Bir Şeyler Oldu"* adlı ikinci romanından aktarılan bu alıntı, iki günde bir sert beden eğitimi hocasıyla karşılaşmak zorunda olan, dehşet içinde ve çaresiz dokuz yaşındaki bir erkek çocuğunu tanımlamaktadır. En az onun kadar korkan babasının da anlattığı gibi, çocuk, zorla gitmek durumunda olduğu, kaçamadığı ve hiçbir şekilde karşılayamayacağını düşündüğü taleplerde bulunan beden eğitimi dersiyle ilgili aşırı derecede kaygılıdır. Bir kez daha, zeki bir yazar, hepimizin yaşadığı önemli bir duygunun fenomonolojisini -doğrudan deneyimini- yakalamıştır.

Anormal psikoloji içinde, **kaygı,** yani korku ve endişe duygusu kadar hepimize temas eden başka bir konu yoktur. Bu duygu durum birçok psikopatolojide ortaya çıkabilir ve bu bölümdeki bozuklukların temel boyutunu oluşturmaktadır. Kaygı, normal insanların psikolojisinde de önemli bir rol oynamaktadır. Pek azımız herhangi bir haftayı korku ya da kaygı olarak tanımlayabileceğimiz bir duyguyu yaşamadan geçirmişizdir. Ancak, normallerin daha kısa süreli yaşadıkları kaygı, kaygı bozukluğu olan kişilerinkiyle süre olarak da, şiddet olarak da karşılaştırılamaz.

Bu ve takip eden bölümlerde tartışılan bozukluklar, oldukça uzun bir zaman gerçekdışı kaygı ve ilişkili sorunlarla tanımlanan geniş bir bozukluk grubu, yani **nevroz** formları olarak kabul edilmiştir. Bu tanı grubu, Freud'un hastalarıyla yaptığı klinik çalışmalar sonucunda kavramsallaştırılmıştır, dolayısıyla koparılamayacak şekilde psikanalitik kuramla bağdaştırmıştır. DSM-II'de nevroz formları içinde kapsanan davranışlar çok çeşitliydi. Bunlar; fobilerdeki korku ve kaçınma, kompulsiflerde gözlenen bir davranışın tekrar tekrar yapılmasına yönelik karşı konulmaz arzu, konversiyon histerisinde gözlenen felçler gibi nörolojik belirtileri içermekteydi. Birbirinden bu kadar farklı problemler nasıl olur da tek bir kategoride toplanabilir? Nevrozların psikanalitik kuramına göre, gözlenen belirtiler farklı olmasına karşın, bastırılmış kaygı tüm nevrotik durumların altında yatan neden olarak algılanmaktaydı.

Uzun yıllardan sonra pek çok psikopatolog, tanısal kategori olarak bir şey ifade etmeyecek kadar geniş olan nevroz kavramını sorgulamaya başladılar. Ayrıca, nevrotik olarak sınıflandırılan hastaların benzer problemler ya da belirti kümelerini paylaştıklarına dair araştırma verileri de bulunmamaktaydı[1]. DSM-III'le başlayarak DSM-IV'de eski nevroz kategorileri yeni, daha belirgin tanısal sınıflara dağıtılmıştır. Bunlardan biri, bu bölümün konusu olan kaygı bozuklukları, diğerleri ise Bölüm 7'de kapsanan somatoform ve dissosiyatif bozukluklardır.

Büyük bir olasılıkla pek çok kişi, altta yatan kaygıya bağlı olduğu düşünülen bozuk davranışları tartışırken geniş, tanımlayıcı bir etiket olarak nevroz tanısını kullanmaya devam edecektir. Bu terim, günlük dilimizin bir parçası olmuştur ve bu kitapta da kullanılmaktadır. Unutulmaması gereken önemli nokta, tanı gerektiği zaman bu terimin yeterli olmamasıdır. Böylece, bu ve takip eden bölümde tartışmalarımız yeni sınıflandırmaya göre olacaktır.

Kaygı bozukluğu tanısı, kişisel olarak yaşanan kaygının bulunduğu durumlarda konur. DSM-IV'de altı temel kategori vardır: Fobiler, panik bozukluk, genellenmiş kaygı bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu. Çoğu zaman bir kaygı bozukluğu olan kişi başka bir bozukluğun tanısal ölçütlerini de karşılar. Bu duruma, **birlikte görülme (komorbidite)** denmektedir. Kaygı bozukluklarındaki birlikte görülme iki nedene dayanır. Birincisi, bu kategoriye giren belirtilerin özgül olmamasıdır. Örneğin,

[1]Birçok biçimde nevroz terimi, yine günlük sözcük dağarcığımızın bir parçası olan ve DSM-II'de göze çarpan, geniş bir kullanım temeli olan diğer bir terime, psikoza göre daha hoş bir etiket görevi görmektedir. DSM IV'teki belirli tanılar -şizofreni ve paranoid bozukluklarla bazı duygu-durum bozukluklar- genelde bu şekilde gruplandırılmamakla birlikte psikoz olarak kabul edilmekledir. Psikozu olan bireyler genellikle aşırı zihinsel huzursuzluk yaşarlar ve gerçeklikle bağlantıyı yitirmişlerdir. Halüsinasyonları ve delüzyonları - bir çarpıtma ve imkânsızlıklar karmaşası olan, ancak birey tarafından sağlam bir şekilde kabul edilen yanlış algılar ve sıradan gerekliliklerini bile karşılamayı çoğu kez başaramazlar.

Yükseklik korkusu ve kaçınma özgül fobi olarak sınıflandırılır. Diğer özgül fobiler hayvanlardan, enjeksiyondan ve kapalı mekânlardan duyulan korkuyu içerir.

kaygının somatik belirtileri (terleme, hızlı kalp atışı) panik bozukluk, genellenmiş kaygı bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğunda tanı ölçütlerinden biridir. İkinci olarak, kaygı bozukluklarına yol açan patojenik süreçlerle ilgili yeni düşünceler başka bozukluklara da uygulanmaktadır. Örneğin, karşılaşılan zorlukların kontrol edilemeyeceği duygusunun hem fobiler hem de genellenmiş kaygı bozukluğu için geçerli olabileceği öne sürülmüştür. Bu nedenle birlikte görülme bu ortak mekanizmaların yansıması olabilir. Şimdiye kadar kaygı bozuklukları kuramları tek bir bozukluğa odaklanmıştır. Birlikte görülmeyi de içeren kuramların ortaya çıkması gelecekte ele alınacak bir sorundur.

Şimdi, her bir kaygı bozukluğunun tanımlayıcı özelliklerini, etiyoloji kuramlarını ve tedavilerini tartışacağız.

FOBİLER

Psikologlar **fobiyi,** bir nesne ya da durumla ilgili, tehlikeyle orantılı olmayan ve onu yaşayan tarafından anlamsız olarak tanınan engelleyici, korkunun aracılık ettiği kaçınma olarak tanımlarlar. Ortada gerçek bir tehlikenin olmadığı ve hayat akışını bozmaya yeterli bir rahatsızlığın eşlik ettiği, yükseklik, kapalı yer, yılan ve örümcekten kaynaklanan aşırı korkuya genellikle fobi adı verilir.

Geçmiş yıllarda, gerçekdışı kaçınma örüntülerini adlandırmak için karmaşık terimler kullanılmıştır. Her bir korku çeşidi için *fobi* kelimesinin önüne, o durum ve nesne ile ilgili eski Yunanca kelimeler getirilmiştir. Fobi kelimesi, düşmanlarını korkutan eski Yunan tanrısı Phobos'tan gelmektedir. Diğer tanıdık isimler *klostrofobi,* kapalı yerlerden korkma; *agorafobi,* açık yerlerden korkma; *akrofobi,* yüksek yerlerden korkmadır. Daha az rastlanan fobilere de Yunanca'dan türetilen isimler verilmiştir, örneğin, *ergosofobi,* yazı yazma korkusu; *pnigofobi,* boğulma korkusu; *tafefobi,* canlı gömülme korkusu ve ister inanın ister inanmayın *Anglofobi,* İngiltere korkusu. Böyle anlaşılmayan büyük terimler kullanıldığında, sanki bu problemin nasıl ortaya çıktığı ya da nasıl tedavi edilebileceğini biliyormuşuz kanısı doğmaktadır. Hâlbuki bu hiç de doğru değildir. Anormal psikoloji alanındaki birçok konuda olduğu gibi, fobilerle ilgili kesin bulgulardan çok kuramlar ve teknik dil (jargon) bulunmaktadır.

Birçok özgül korku kişinin yaşamında tedaviyi gerektirecek kadar zorluk yaratmaz. Örneğin, eğer yılanlardan aşırı şekilde korkan bir kişi

Kalabalık agorafobik bireyi yoğun sıkıntıya sokma olasılığı olan durumlardan biridir. Agorafobik birey sıklıkla kamuya açık alanlarda panik atak geçirmekten korkar.

büyük bir şehirde yaşıyorsa korkulan nesneyle karşılaşma olasılığı çok az olacak, dolayısıyla da herhangi bir zorluk yaşamayacaktır. *Fobi* terimi genellikle, kişinin öznel bir sıkıntı ya da kaygıya bağlı olarak sosyal ya da mesleki işlevlerde bozulmalar yaşadığını vurgular

İlginçtir ki, psikologlar kabullendikleri paradigmaya göre fobilerin farklı taraflarına odaklanırlar. Örneğin, psikanalistler fobinin içeriğini vurgularlar. Onlar için bilinçdışı korkunun sembolü olarak nesnenin içeriği çok önemlidir. Freud'un ünlü vaka hikayesi "küçük Hans" dışarı çıkarsa atlarla karşılaşacağından korkmaktaydı (Odak 6.1'e bakınız). Freud, Hans'ın "atın ağzının etrafındaki kara şeyler ve gözlerinin etrafındakiler" ifadesine özellikle dikkat etmiştir. Atın, Hans'ın bıyığı olan ve gözlük takan babasını temsil ettiği düşünülmüştür. Freud, babadan korkunun atlardan korkuya dönüştüğünü ve Hans'ın o nedenle atlardan kaçındığını kuramsal olarak ileri sürmüştür. Bu çeşit sayısız örnekler verilebilir; buradaki temel nokta psikanalistlerin, fobilerin içeriğinin önemli sembolik değeri olduğuna inanmalarıdır. Diğer taraftan davranışçılar ise fobilerin içeriğini önemsemezler ve işlevine odaklanırlar; onlar için yükseklik korkusuyla yılan korkusunun gelişmesinde ve nasıl değiştirileceğinde farklılık yoktur.

Bütün bunları göz önünde tutarak şimdi iki çeşit fobiye daha ayrıntılı bakalım: özgül fobiler ve sosyal fobiler.

ÖZGÜL FOBİLER

Özgül fobiler belirli bir nesne ya da bir durumla karşılaşınca ya da karşılaşma beklentisi olduğu zaman ortaya çıkan asılsız korkulardır. Yaşam boyu görülme sıklığı erkeklerde %7, kadınlarda ise %16'dır. Özgül fobiler, Afrika kökenli Amerikalılarda beyazlardan daha yaygındır (Kessler ve ark., 1994; Magee ve ark., 1996). DSM-IV bu fobileri korkunun kaynağına göre altbölümlere ayırmaktadır: kan ve enjeksiyonlar, durumlar (örneğin, uçaklar, asansörler, kapalı yerler), hayvanlar ve doğal çevre (örneğin, yükseklik, su). Bir fobide korkulan şey kültürler arasında çeşitlilik gösterebilir. Örneğin, Çin'de Paleng kişinin vücut ısısını yitirmenin hayatı tehdit edici bir şey olabileceğinden endişelendiği bir soğuk korkusudur. Bu korku, Çin'deki yin-yang felsefesiyle ilişkili gibi görünmektedir; yin, yaşamın soğuk, rüzgârlı, enerji-tüketen yönüdür. Bir kültürde yaygın olan inançlar, insanların nelerden korkacağını belirler gibi görünmektedir.

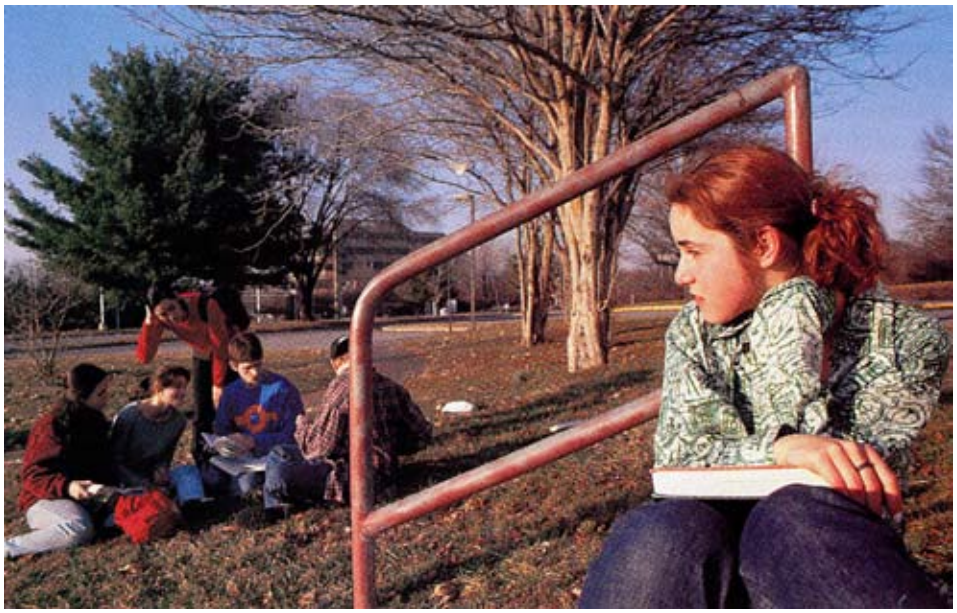
SOSYAL FOBİLER

Bazen sosyal kaygı bozukluğu olarak anılan **sosyal fobi,** başkalarının varlığıyla ilgili mantıklı olmayan, ısrarlı bir korkudur. Yaşamı çok sınırlayıcı bir bozukluk olabilir. Fobik kişi genellikle değerlendirilebileceği durumlardan kaçınmaya çalışır ve kaygı belirtileri göstererek utangaç bir tutum sergiler. Topluluk karşısında konuşmak ve performans göstermek, dışarıda yemek yemek, ortak tuvaletleri kullanmak ya da başkalarının olduğu yerde herhangi bir iş yapmak aşırı kaygı doğurur.

Sosyal fobiler, korkulan ya da kaçınılan durumların dağılımına bağlı olarak genellenmiş ya da özgül olabilir. Genellenmiş tipte olan kişilerde bunun başlangıcı ilk yaşlara kadar gider, ayrıca bu kişilerde depresyon ve alkol kullanımı daha çok görülür (Manuzza ve ark., 1995).

Sosyal fobiler oldukça yaygındır; yaşam boyu görülme sıklığı erkeklerde %11, kadınlarda ise %15'tir (Kessler ve ark., 1994; Magee ve ark., 1996). Sosyal fobilerin diğer bozukluklarla yüksek bir birlikte görülme oranı vardır ve çoğu kez genellenmiş kaygı bozukluğu, özgül fobiler, panik bozukluk ve çekingen kişilik bozukluğu ile birlikte oluşur (Jansen ve ark., 1994). Tahmin edilebileceği gibi, başlangıcı, genellikle sosyal farkındalık ve başka kişilerle etkileşimin kişinin yaşamında çok daha önemli olduğunun düşünüldüğü ergenlik süresince meydana gelir, ancak daha sonra da tartışacağımız gibi, bu tip korkular kimi zaman çocuklarda da görülebilir. Özgül fobilerde olduğu gibi, sosyal fobiler de kültürler arasında biraz değişiklik gösterebilir. Örneğin, Japonya'da diğer insanları gücendir-

Fobide korkulan şeyin ne olduğu kültürden kültüre değişir. Çin'de, Pa-leng yaşamı tehdit edecek şekilde vücut ısısını kaybetmekten duyulan korkudur.



Sosyal fobi, tipik olarak, ergenlikte başlar ve akranlarla kurulan arkadaşlık ilişkisini engeller.

me korkusu önemlidir, oysa ABD'de başkaları tarafından olumsuz bir biçimde değerlendirilme korkusu daha yaygındır.

FOBİLERİN ETİYOLOJİSİ

Bu kitapta tartışılan bütün bozukluklarda olduğu gibi fobilerin nedenleriyle ilgili görüşler psikanalitik, davranışçı, bilişsel ve biyolojik paradigmalara göre yapılmıştır.

PSİKOANALİTİK KURAMLAR

Fobik davranışın gelişimini ilk defa sistematik biçimde açıklamaya çalışan Freud'dur. Freud'a göre fobiler bastırılmış id itkilerinin (impulse) ortaya çıkarttığı kaygıya karşı geliştirilen savunmalardır. Bu kaygı korkulan id itkisinin yerini alır ve simgesel bir ilişkisi olduğu düşünülen başka bir nesneye yöneltilir. Bu nesneler, (örneğin, asansör ya da kapalı yerler), daha sonra fobik uyarıcı haline gelirler. Bunlardan kaçınarak bastırılmış çatışmalarla baş edilebilir. Bölüm 2'de tartışıldığı gibi fobi, egonun gerçek sorunla, bastırılmış çocukluk çatışmasıyla yüzleşmesini önleme yoludur. Örneğin, Freud, daha önce bahsedilen Küçük Hans'ın, Odipal çatışmasını başarılı olarak çözemediğini, dolayısıyla da babasına duyduğu güçlü korkuyu atlara çevirdiğini ve evden ayrılmaya yönelik fobi geliştirdiğini düşünmüştür.

Bir başka psikanalitik kuram Arieti (1979) tarafından ileri sürülmüştür. Ona göre bastırılan id itkisi değil, çocukluktaki belirgin bir kişilerarası sorundur. Arieti'nin kuramına göre, fobikler çocukken bir masumiyet dönemi geçirirler. Bu dönemde etrafındakilerin onları tehlikelerden koruyacaklarına inanırlar. Ancak daha sonra etrafındakilerin, bunlar genellikle ana babadır, güvenilir olmamalarından korkmaya başlarlar. Bu güvensizlik ya da başkalarından korkarak yaşamaya dayanamazlar; insanlara tekrar güvenebilmek için bilinçdışı olarak bu korkuyu kişiler dışındaki nesne ya da durumlara yönlendirirler. Yetişkinlikte fobi, kişi stresle karşılaştığında su yüzüne çıkar. Çoğu psikanalitik kuramda olduğu gibi bu görüşleri destekleyen kanıtlar, klinik vak'a hikâyelerinden yapılan çıkarımlarla sınırlıdır.

DAVRANIŞÇI KURAMLAR

Fobilerin hepsinin davranışsal açıklamasında bunların öğrenilmiş olduğu sayıltısı vardır. Ancak, fobilerin gelişmesindeki öğrenme mekanizmaları ve gerçekte neyin öğrenildiği davranışçı kuramlara bağlı olarak farklılık gösterir. Burada üç kuramı ele alacağız: kaçınma koşullaması, model alma ve edimsel koşullama.

KAÇINMA KOŞULLAMASI MODELİ Tarihsel olarak, Watson ve Rayner'ın (1920) Küçük Albert'te korku ya da fobinin koşullanmasını göstermesi fobinin nasıl geliştiğiyle ilgili bir model oluşturur. Öğrenme kuramcıları, nesnel olarak zararsız bir uyarandan klasik koşullama yoluyla oluşan korkunun edimsel kaçınma için temel oluşturduğunu ileri sürdüler. İlk önce Mowrer (1947) tarafından öne sürülen İki Faktörlü Kuram'a dayanan bu açıklamaya göre, fobiler iki öğrenme sürecine bağlıdır. (1) Bir kişi nötr uyarıcıdan (Koşullu Uyarıcı) korkmayı, bu uyarıcının korku ya da acı veren bir uyarıcıyla

(Koşulsuz Uyarıcı) eşleşmesi sonucu klasik koşullama yoluyla öğrenmektedir. (2) Daha sonra, kişi bu koşullu korkuyu azaltmayı koşulsuz uyarıcıdan kaçarak ya da kaçınarak öğrenir. Bu ikinci çeşit öğrenme edimsel öğrenme olarak kabul edilmektedir; tepki, sonuç pekiştiği için sürmektedir.

Bazı klinik fobiler kaçınma-koşullama modeline daha iyi uymaktadır, ancak kaçınma koşullaması görüşünün, fobilerle ilgili tam bir açıklama sağlamadığını da göreceğiz. Öte yandan, özgül bir nesne ya da durumla ilgili bir fobinin kimi zaman da özellikle söz konusu nesneyle yaşanan acı verici bir deneyimin ardından gelişmiş olduğu belirtilmiştir. Bazı insanlar kötü bir şekilde düştükten sonra yükseklikten yoğun biçimde korkarlar; kimileri ise arabalarında bir panik atak yaşadıktan sonra araba sürmekle ilgili bir fobi geliştirirler (Munjack, 1984); ayrıca sosyal fobikler çoğu kez travmatik sosyal deneyimler anlatırlar (Stenberger ve ark., 1995).

Bununla birlikte, kaçınma modelini bütün fobilere uygulamada bir problem vardır. Küçük Albert'in korkusu ya da klinik vak'ada anlatılan korkunun geçerli olması bütün korku ve fobilerin bu şekilde kazanıldığını kanıtlamamaktadır. Aksine, eldeki kanıtlar ancak bazı korkuların bu şekilde gelişebildiklerini göstermektedir. Diğer klinik raporlar fobilerin, korkutucu deneyim olmadan da gelişebildiğini bildirmektedir. Yılandan, yükseklikten, mikroplardan, uçaktan korkanlar, klinisyene bu nesne ve durumlarla ilgili herhangi korkutucu bir deneyimleri *olmadığını* söylemektedirler (Ost, 1987b). Ancak, pek çok fobik kişi, bellek çarpıtmasına bağlı olarak, şu an korkulan nesnelerle ilgili travmatik deneyimlerini hatırlamazlar. Travmatik olayların bildirilmesi de aynı ilkeye dayanarak sorgulanabilir. Ayrıca, korkunç bir trafik kazası geçiren ya da merdivenlerden kötü şekilde düşen herkes fobik olmamaktadır. Böylece kaçınma modeli bütün fobilerin kazanılmasını açıklayamamaktadır Örneğin, ciddi bir köpek korkusu olan kişilerin %50'si önceki bir travmatik deneyimi rapor etmiştir, ancak köpeklerden korkmayan kişilerin % 50'si için de bu durum geçerlidir (DiNardo ve ark., 1988).

Watson ve Rayner'in deneyini tekrarlayarak klasik koşullama yoluyla korkunun kazanılmasını tekrar gösterme çabaları çoğunlukla başarılı olmamıştır (örneğin, English, 1929). İnsanların nötr uyarıcıdan korkmak için, bu uyarıcı defalarca elektrik şoku gibi bir itici uyarıcıyla eşleştirilse

Küçük Albert, Watson ve Rayner'le birlikte görülüyor, beyaz fare korkusu geliştirmeye klasik koşullanmıştır.

bile, klasik koşullama yoluyla koşullanabildiklerine dair çok az kanıt vardır (Örneğin, Davison, 1968b, Dawson, Schell ve Banis, 1986). Ahlaki nedenler çoğu araştırmacıyı, insanlar üzerinde güçlü itici uyarıcıları kullanmaktan alıkoymaktadır, ancak koşullu uyarıcının, orta dereceli şok pekiştirici olmadan birkaç kez tekrarlanmasıyla çabukça söndüğüne dair oldukça fazla kanıt vardır (Bridger ve Mendal,1965, Wickens, Allen ve Hill, 1963). Son olarak, bu modelin fobiyi doğru yansıtabildiği de kuşkuludur. Fobik davranışın esası koşullu uyarıcı tarafından uyandırılan korku ve kaçınmadır. Ancak kaçınma öğrenmesi ile ilgili yayınlarda hayvanların koşullu uyarıcı korkusunun çabucak söndüğü ve bir hayvana koşullu uyarıcıdan kaçınmayı öğretmenin çok zor (belki de imkansız) olduğu bildirilmektedir (Mineka, 1985).

Fobilerle ilgili kaçınma koşullaması görüşü, hazır uyaranlar (prepared stimuli) denilen belirli nötr uyaranların klasik olarak koşullanmış uyaranlar haline gelmesinin diğerlerinden daha olası olduğu gerçeğini hesaba katacak biçimde değiştirilirse daha geçerli olabilecektir. Örneğin fareler, tadı mide bulantısıyla ilişkilendirmeyi kolayca öğrenir, ama tadı şokla eşleştirmeyi kolayca öğrenemez (Garcia, McGowan & Green, 1972). Fobiler klasik koşullanmayı, sadece organizmanın fizyolojik olarak duyarlı olmaya hazır olduğu uyaranlara karşı iyi yansıtabilir (Seligman, 1971). Korkunun hızlı söndüğünü gösteren koşullanma deneylerinde, organizmanın koşulsuz uyarıcılarla ilişkilendirmeye hazır olmadığı koşullu uyarıcılar kullanılmış olabilir. Benzer bir şekilde, Marks (1969) insanların yalnızca köpek, yılan ve yükseklik gibi belirli nesne ve olaylardan korkma eğilimi gösterdiklerine, ama çok az sayıda kuzu fobiği bulunduğuna dikkat çekmiştir. Gerçek bir tehlike sunan elektrik prizlerinden ne kadar az kişinin korktuğu ise çok daha dikkat çekicidir.

Bu doğrultudaki çıkarımlara kısmi destek koşullu uyarıcı olarak farklı uyaran türlerinin kullanıldığı çalışmalardan gelmektedir (Öhman, Erixon, & Loftberg, 1975). Koşullanma sırasında elektrik şoku ev, yüz ve yılan görüntüsü olan slâytlarla eşleştirilmiş ve katılımcılar slâytlara yönelik bir koşullu tepki geliştirmişlerdir. Sönme sırasında, ev ve yüz slâytlarına yönelik olan hızla yok olurken, yılanlara yönelik koşullu tepki güçlü kalmıştır. Ancak, sonraki araştırmalarda olduğu gibi, Öhman'ın araştırmasında da, hazır uyarana (yılanlar) yönelik koşullu tepki kolayca kazanılmamış ya da bunun büyüklüğü daha çok olmamıştır; yalnızca daha yavaş sönmüştür. Bununla birlikte, McNally'nin (1987) de işaret ettiği gibi, orta düzey şokların gerçekte korkuya yol açıp açmadığı net değildir. McNally ayrıca hazır uyaran öğrenme ve fobiler arasındaki benzerliklerin abartıldığını da iddia etmiştir. Özgül fobilerin doğru tedavi verildiğinde söndürülmesi de oldukça kolaydır. (Tedavi edilmediği sürece varlıklarını sürdürmelerinin nedeni fobiklerin korkulan uyarandan kaçınmalarıdır.) Sonuç olarak, hazır olma hipotezi kaçınma koşullamasını fobiler hakkında sağlamca desteklenen bir model haline getirmez. Bununla birlikte, korkulan uyaranların rastlantısal olmadığı gerçeğine işaret etmek için aracı olur.

Özetle, gözden geçirdiğimiz veriler bütün fobilerin kaçınma koşullaması yoluyla öğrenilmediğini göstermektedir. Böyle bir süreç bazı fobilerin etiyolojisinde rol oynayabilir, ancak diğer süreçler kendi gelişimleri içinde imâ edilmelidir.

MODEL ALMA Fobik davranışlar başkalarının tepkilerini taklit ederek de öğrenilebilir. Daha önce de işaret ettiğimiz gibi, duygusal tepkilerin de dâhil olduğu geniş menzilli davranışlar, bir modele bakarak öğrenilebilir. Fobik tepkilerin başkalarını gözleyerek öğrenilmesi genellikle **vekâleten (vicarious) öğrenme** olarak tanımlanır. Bandura ve Rosenthal (1966), bir araştırmada katılımcıların itici koşulama durumunda, bir başka kişiyi, modeli (araştırmacının işbirlikçisi) izlemelerini sağlamışlardır. Model gösterişli elektrikli bir makineye bağlanmıştı. Model, zil sesini duyduğunda elini hızla koltuk kolundan çekiyor ve yüzünde acı ifadesi beliriyordu. Bu sahneyi gören katılımcıların fizyolojik tepkileri kaydedildi. Katılımcılar, modelin acısını birkaç kere seyrettikten sonra, zil çaldığında duygusal reaksiyonların sıklığında artış gösterdiler.

Kendilerinin hoş olmayan uyarıcıyla doğrudan temasları olmadığı halde, zararsız bir duruma duygusal olarak reaksiyon vermeye başladılar.

Vekâleten öğrenme sözel talimat yoluyla da kazanılabilir. Başka bir deyişle, fobik reaksiyon bir başkasının korkusunu gözleyerek öğrenildiği gibi, karşısındakinin neler olabileceğini anlatmasıyla da kazanılabilir. Günlük yaşamdan bir örnek verilecek olursa, bir anne çocuğunu sonuçları kötü olabilecek bazı davranışları yapmaması için tekrar tekrar uyarabilir. (ancak bu tip bir öğrenmenin her zaman koşullamanın bir ürünü olduğunu varsaymamalıyız.)

Gözleyerek öğrenmenin potansiyel önemi, en açık bir şekilde Mineka ve arkadaşlarının (1984) yaptığı bir araştırmada gösterilmiştir. Ergen rhesus maymunları yılanlardan aşırı korkusu olan ana babaları tarafından yetiştirilmiştir. Gözleyerek öğrenme oturumları sırasında genç maymunlar ana babalarının nötr uyarıcılarla korkusuz, gerçek ve oyuncak yılanlarla korkuyla etkileşimlerini gözlediler. Altı oturumdan sonra, ergen maymunların korkusu yetişkinlerden ayrılamayacak düzeydeydi. Üç aylık bir izlemeden sonra korkunun kalıcı olduğu bulunmuştur.

Hazır olma kuramıyla ilgili yaptıkları çarpıcı bir izleme çalışmasında Cook ve Mineka (1989), hepsi değişik video band seyreden dört grup rhesus maymununu incelediler. Bandlar montajla yapılmıştı. Aşırı korku gösteren maymun, oyuncak bir yılan, oyuncak timsah, çiçekler ve

Mineka'nın araştırması, yılan korkusu gösteren kir maymunu gördüklerinde, diğer maymunların da aynı korkuyu geliştirdiğini göstermiştir. Bu nedenle, gözleyerek öğrenme fobilerin etiyolojisinde rol oynayabilir.

oyuncak tavşan gibi farklı uyaranlara tepki gösteriyordu. Yalnızca oyuncak yılanlı ve timsahlı bandları görenler, bu nesnelere karşı korku geliştirdiler, böylece her uyarıcının öğrenilmiş korku gelişmesi için kaynak olmadığını göstermiş oldular.

Klasik koşullama da olduğu gibi, vekâleten öğrenme deneyleri de bütün fobileri içeren kapsamlı bir model oluşturamamaktadır. İlk olarak, tedaviye başvurmuş fobikler çoğu kez birisini gözledikten sonra fobinin geliştiğini bildirmemektedir. İkinci olarak, birçok kişi başkalarının başına gelen çok korkutucu olaylara tanık olsalar bile fobi geliştirmemektedirler.

BİLİŞSEL KURAMLAR

Genelde kaygıya, özelde ise fobilere yönelik bilişsel görüş, kaygının negatif uyaranlara daha fazla dikkat etmeyle ve negatif olayların gelecekte daha fazla ortaya çıkacağına inanmayla ilgili olduğunu vurgulamaktadır (Mathews & McLeod, 1994). Daha önce söz edilen DiNardo ve ark.'nın araştırmasında, köpeklerle travmatik bir deneyim yaşayan, sonrasında da bu hayvanlara karşı güçlü bir korku geliştirmiş olan insanları, benzer deneyimler yaşayıp güçlü bir korku geliştirmeyenlerden ayıran nokta, fobik grubun gelecekte benzer olayların gerçekleşebileceğine odaklanması ve bu konuda kaygılanmasıydı.

Ayrıca, sosyal yönden kaygılı olanlar, olmayanlara kıyasla, değerlendirilmeyle daha ilgilidirler (Goldfried, Padawer ve Robbins, 1984) ve diğerleri üzerinde bıraktıkları izlenimlerinin daha fazla farkındadırlar (Bates, 1990; Fenigstein, Scheier ve Buss, 1975; Fenigstein, 1975). Bu sonuçlarla ilgili destekleyici kanıtlar Bölüm 4'de anlatılan Davison ve Zighelboim'un (1987) çalışmasından gelmektedir. İki katılımcı grubunun düşünceleri, Simule Edilmiş Durumlarda Düşüncelerin Söylenmesi metodu ile karşılaştırmıştır. Rol oynadıkları durumlardan biri nötr diğeri ise aşırı eleştiri aldıkları bir durumdu. Bir grup, psikolojiye giriş dersi alan öğrenciler, diğer grup ise danışma merkezine devam eden utangaç, içe-dönük, sosyal yönden kaygılı olarak tanımlanmış öğrencilerden oluşmuştu. Sosyal olarak kaygılı grubun ifade ettiği düşünceler hem nötr hem de eleştiri durumunda kontrol grubuna göre daha olumsuzdu.

Sosyal olarak kaygılı grubun eleştiri durumundaki düşüncelerinden bazı örnekler şunlar olabilir: "Bu insanlar beni kabullenmiyorlar.", "Reddedilmiş ve çökmüş hissediyorum.", "Tutunabileceğim hiçbir şey yok.", "İçimde hissettiklerimi durdurmama imkân yok.", "Başkalarıyla konuşurken çok can sıkıcı oluyorum.", "Sıklıkla hiç konuşmamam gerekir diye düşünüyorum.".

Fobilerin kökenleriyle ilgili bilişsel kuramlar aynı zamanda bu bozuklukların bir başka özelliğiyle de ilişkilidir - korkular gerçekte bunları yaşayan insanlara mantık dışı gibi görünmektedir. Olasılıkla bu, korkunun bilinçli farkındalık düzeyinde olmayan erken dönem bilişsel süreçler aracılığıyla edinilmesi nedeniyle meydana gelmektedir. Bu düşünceyi test eden bir araştırmada, yılanlardan ya da örümceklerden yüksek düzeyde korku duyan kişilere farklı içerikleri olan resimler sunulmuştur; bu resimlerin bazılarının (yılanlar ve örümcekler) korku uyandırması beklenmiş, bazılarının (çiçekler ve mantarlar) ise beklenmemiştir. Resimlerin içeriğinin bilinçli olarak fark edilmemesi için, her resmin ardından otuz milisaniye sonra başka bir görüntülü uyaran verilmiştir. Yine de yılanlara karşı yüksek düzeyde korkusu olan kişiler yılan slâytlarına, örümceklere karşı yüksek düzeyde korkusu olanlar da örümcek slaytlarına karşı artmış bir deri iletkenliği göstermiştir; bu durum, fobik korkuların bilinç düzeyinde olmayan, dolayısıyla mantık dışı gibi görünen uyaranlar tarafından ortaya çıkarabildiklerini göstermektedir (Öhman & Soares, 1994).

SOSYAL FOBİLERDE SOSYAL BECERİ EKSİKLİĞİ Sosyal fobilerle ilgili diğer bir model, sosyal kaygının nedeni olarak uygun olmayan davranışlar ve sosyal beceri eksikliğine odaklanmaktadır. Bu görüşe göre, kişi başkalarıyla rahat hissedebileceği şekilde davranmayı öğrenmemiştir ya da sürekli pot kırmakta, sosyal olarak beceriksiz davranmakta ve tanıdıkları tarafından eleştirilmektedir. Bu modele destek sosyal kaygısı olan kişilerin gerçekten de sosyal becerileri açısından düşük olarak değerlendirildiklerini (Twentymen ve McFall, 1975) ve sosyal etkileşimdeki tepkilerinin zaman ve yer olarak yetersiz olduğunu gösteren (Fischetti, Curran ve Wessberg, 1977) araştırma bulgularından gelmektedir.

BİYOLOJİK YATKINLIK FAKTÖRLERİ

Şimdiye kadar gözden geçirilen kuramlar, fobilerin nedenleri ve sürdürülmesinde çevresel faktörleri ele almışlardır. Ancak aynı öğrenme olasılıkları olduğu halde niçin bazı kişiler gerçekçi olmayan korkular geliştirdikleri halde diğerle-

rinde bu korkular olmamaktadır? Belki, stresten olumsuz olarak etkilenen kişilerin onları yatkın kılan biyolojik bir işlev bozuklukları (yatkınlıkları, diathesis) vardır. İki alandaki araştırmalar, otonom sinir sistemi ve kalıtsal faktörler, umut vericidir.

OTONOM SİNİR SİSTEMİ Belli çevresel durumlara farklı cevap verme, bazı kişilerin otonom sinir sistemlerinin kolaylıkla uyarılmasına bağlı olabilir. Lacey (1967) otonom aktivitenin iki boyutuna, durağanlık-oynaklık boyutlarına, dikkat çekmiştir. Oynak kişiler, otonom sistemleri çok sayıda uyarıcı tarafından uyarılabilenlerdir. Açıkça, korkuda ve fobik davranışlarda otonom sinir sisteminin rolü olduğu için **otonom oynaklık** boyutunun önemi anlaşılabilir. Otonom oynaklığın bir dereceye kadar kalıtsal olarak saptandığına dair kanıtlar olduğu için (Gabbay,1992; Lacey, 1967) kalıtımının fobi gelişiminde oldukça önemli bir rolü olabilir.

KALITSAL FAKTÖRLER Fobilerde kalıtsal bir faktörün bulunup bulunmadığını inceleyen birkaç araştırma yapılmıştır. Kan ve enjeksiyon fobisi kuvvetli bir biçimde aileseldir. Kan ve enjeksiyon fobisi olan hastaların %64'ünün aynı bozukluğa sahip en azından bir tane birinci dereceden akrabası vardır; görülme sıklığı genel nüfusta yalnızca %3-4'tür (Ost, 1992). Benzer şekilde, hem sosyal hem de özgül fobiler için görülme sıklığı hastaların birinci derece akrabalarında ortalamadan daha yüksektir (Fyer ve ark., 1995).

Jerome Kagan'ın ketlenme (inhibisyon) ya da çekingenlik özelliği üzerine yaptığı çalışma, bu bulgularla ilgilidir (Kagan ve Snidman, 1990). Yaşları dört aylığa kadar uzanan bebeklerin bazılarına oyuncaklar ya da başka uyaranlar gösterildiğinde ajite olmuşlar ve ağlamışlardır. Kalıtsal da olabilecek olan bu davranış örüntüsü daha sonrasında fobilerin gelişimi için bir basamak oluşturabilir. Örneğin, bir araştırmaya göre, ketlenmiş çocukların ketlenmiş olmayan çocuklara göre yaşamın ilerleyen dönemlerinde bir fobi geliştirme olasılıkları beş kattan daha fazladır (Biederman ve ark., 1990).

Betimlemiş olduğumuz veriler açık bir şekilde kalıtsal faktörlere işaret etmez. Yakın akrabalar genleri paylaşıyor olsa da, bu kişiler birbirlerini gözleme ve etkileme yönünde de dikkate değer olanaklara sahiptir. Bir babanın ve oğlunun yükseklikten korktuğu gerçeği kalıtsal bir bileşeni değil, babanın davranışından sonradan, oğlunun doğrudan model aldığını gösterebilir (ya da her iki faktör de işin içindedir). Her ne kadar kalıtsal faktörlerin fobilerin etiyolojisine dahil olabileceklerine inanmak için bazı nedenler olsa da, henüz bunların önemli olduğunu gösteren kesin bir kanıtı yoktur.

FOBİLERİN TEDAVİSİ

Pek çok insan fobilerinden, kimi zaman sessizce yakınır ve bir tedavi yolu aramaz (Magee ve ark., 1996). Bir klinisyen tarafından fobik tanısı verilebilecek birçok kişi kendilerini dikkate değer bir soruna sahip olarak görmez. Bir tedavi yolu arama kararı, çoğu kez mesleki durumundaki bir değişikliğin kişinin yıllarca kaçındığı ya da küçümsediği bir durumla yüzleşmesini gerektirdiğinde ortaya çıkar.

35 yaşındaki bir endüstri mühendisi terfi ettiği yeni işinde sık sık hava yoluyla seyahat etmesi gerektiği için uçma korkusu nedeniyle tedaviye başvurmuştu. Terfi etmesi, uzun yıllar firmasındaki masa başı işini başarılı bir şekilde yürütmesi sonucunda gerçekleşmişti. Aile seyahatleri trenle ya da otomobille yapılıyordu, ona yakın kişiler bu korkusunu göz önünde bulundurarak davranıyorlardı. Başarısının terfi ile ödüllendirildiği zamanki karmaşık duygularını tahmin edebilirsiniz. Kendine olan saygısı ve hırsı, yakınlarının da yüreklendirmekle, tedavi aramasına yol açmıştı. Neyse ki biz de sistematik duyarsızlaştırma yöntemiyle bu gereksinmesine cevap verebildik.

Bu kitapta, çeşitli bozuklukların nedenleriyle ilgili kuramların gözden geçirilmesinden sonra kısaca ilgili temel tedaviler ele alınacaktır. Bölüm 2'deki tedavi başlığı, bu tedavilerle ilgili tartışmaların anlaşılabilmesi amacıyla yazılmıştır. Terapinin daha derinlemesine incelenmesi ve değerlendirilmesi kitabın son kısmında yapılmaktadır. Burada kısaca fobilerin tedavisindeki bazı yaklaşımlar tartışılacaktır.

PSİKANALİTİK YAKLAŞIMLAR

Psikanalitik kuram gibi, psikanalitik tedavinin de çeşitli ekolleri vardır. Ancak, genellikle fobilerin tüm psikanalitik tedavileri, aşırı korku ve kaçınmanın altında yatan bastırılmış çatışmaların ortaya çıkarılmasını amaçlar. Fobi, altta yatan çatışmanın bir belirtisi olarak algılandığı için onunla doğrudan uğraşılmaz. Aslında, fobik kaçınmayla doğrudan uğraşmak doğru bulunmaz, çünkü fobinin kişiyi yüzleşemeyeceği kadar acı verici bastırılmış çatışmalardan koruduğu varsayılmaktadır.

Analist, bastırma mekanizmasını kaldırmak için, psikanalitik gelenek içinde geliştirilmiş olan teknikleri çeşitli kombinasyonlarda kullanır. Serbest çağrışım sırasında analist, hastanın fobiyle ilgili olarak söylediği şeyleri dikkatle dinler. Analist ayrıca rüyaların görünür içeriğinde, fobinin bastırılmış kökenlerine yönelik ipuçlarını bulmaya çalışır. Analistin bu bastırılmış kökenler konusunda tam olarak neye inandığı, benimsediği psikanalitik kurama bağlıdır. Katı kurallara uyan bir analist, çatışmaları seks ya da saldırganlıkla ilişkili olarak arayacaktır, oysa Arieti'nin kişilerarası kuramını benimseyen bir analist, hastalarını diğer insanlarla ilgili kendi genellenmiş korkusunu incelemek için teşvik edecektir.

Şimdinin ego analistleri geçmişle ilgili içgörülere daha az önem verirler; daha erken yaştaki bir problemden kaynaklandığına inandıkları halde hastalarını korkularıyla yüzleşmeleri için cesaretlendirirler. *Psikanalitik Terapi* adlı klasik kitaplarında Alexander ve French (1946) terapide "düzeltici duygusal yaşantı" dan (corrective emotional experience) söz etmişlerdir ve bunu hastanın ümitsizce korktuğu şeyle yüzleşmesi anlamında kullanmışlardır. Freud'la ilgili şu gözlemi yapmışlardır: "Freud'un kendisi de, fobiler gibi bazı vak'aların tedavisinde, analistin, hastayı geçmişte kaçındığı hareketleri yapmaya teşvik etmesi gereken bir zamanın geleceği sonucuna varmıştır" (s. 39). Wachtel (1977) daha da büyük bir cesaretle, analistlerin sistematik duyarsızlaştırma gibi korku-azaltıcı teknikleri kullanmalarını önermektedir.

Pek çok analitik yönelimli klinisyenler de korkulan şeyle yüzleşmenin önemini anlamışlardır ancak buna bağlı düzelmenin yalnızca belirtisel olduğunu ve başlangıçta fobiyi ortaya çıkartmış olan çatışmanın çözümlenmediğini illeri sürmektedirler (Wolitzky ve Eagle, 1990).

DAVRANIŞSAL YAKLAŞIMLAR

Fobilerin yaygın olarak kullanılan davranışsal tedavisi sistematik duyarsızlaştırmadır (Wolpe, 1958). Fobik kişi derin bir rahatlama içindeyken giderek artan korkutucu durumları imgeler. Klinik deneyimler ve araştırma sonuçları bu tekniğin fobileri ortadan kaldırma ya da hiç olmazsa hafifletmekte etkili olduğunu göstermiştir (McGlynn, 1994). Birçok davranış terapisti, kimi zaman bir hastanın imgelem (imagination) yoluyla duyarsızlaştırıldığı bir dönem süresince, kimi zaman da imgeye dayanan bir işlem yerine gerçek hayattaki fobik durumlara maruz bırakmanın kritik önemini fark etmeye başlamıştır (Craske, Rapee, & Barlow, 1992).

Kan ve enjeksiyon fobileri diğer özgül fobilerden farklıdır. Kan ve enjeksiyon fobisi olan hastalar korktukları durumla karşılaştıklarında kaslarını gevşetmeye değil daha çok germeye çalışırlar.

Kan ve enjeksiyon fobileri, bu fobilere sahip kişilerin, maruz bırakma ile birlikte yürütülen geleneksel davranışçı gevşeme yöntemlerine gösterdikleri kendilerine özgü tepkiler nedeniyle, diğer şiddetli korku ve kaçınma türlerinden ancak yakın zamanda (DSM-IV'te) ayrılmıştır (Page, 1994). Gevşeme, kan ya da enjeksiyon fobisi olan kişiler için genellikle işleri daha kötüye götürür. Niçin? Tipik tepkiyi düşünün. Sempatik sinir sisteminde ani yükselişle ilişkili olan başlangıç korkusundan sonra, kan ya da enjeksiyon fobisi olan hasta çoğu kez bayılır, çünkü kan basıncı ve kalp atış oranında başlangıçtaki hızlanmanın ardından ani bir düşüş meydana gelir (McGrady ve Bernal, 1986). Kan ve enjeksiyon fobisi olan kişiler gevşemeye çalıştıklarında, tüm duruma yönelik zaten yüksek olan korku ve kaçınma düzeylerini ve sıkıntılarını yükselterek bayılma eğilimlerine katkıda bulunabilirler (Ost, 1992). Klinik araştırma ve gözlemlerin sonucunda kan ve enjeksiyon fobisi olan kişiler, kendilerine korku veren durumlarla karşılaştıklarında artık gevşemek yerine kaslarını *germek* için teşvik edilmektedirler (Ost, Fellenius, Sterner, 1991).

Sosyal beceriler öğrenmek, sosyal ortamlarda ne yapacaklarını ya da ne söyleyeceklerini bilemeyen sosyal fobiklere yardımcı olabilir. Bazı davranış terapistleri, hastalarını rol yapmaya ya da danışma odasında veya küçük terapi

gruplarında kişilerarası karşılaşmaları tekrarlamaya (rehearse) teşvik ederler. Bazı araştırmalar bu tür bir yaklaşımın etkililiğini doğrulamaktadır (örneğin, Heimberg ve ark., 1989; Turner, Beidel, & Cooley-Quille, 1995). Herbert (1995) tarafından yakın zamanlarda işaret edildiği gibi, bu tür bir uygulama, çekingen kişileri, herhangi bir sosyal beceri eksikliği olmasa da, başkaları tarafından gözleniyor olmak gibi kaygıya yol açan ipuçlarıyla yüzleştirebilir; bu şekilde, gerçek hayat koşullarıyla maruz bırakma yoluyla korkunun sönmesi gerçekleşir (Hope, Heimberg & Bruch, 1995). Bu, belirli bir terapötik tekniğin nasıl birden çok nedenle işleyebildiğine dair birçok örnekten sadece biridir.

Model alma (modelling), korkuları olan hastaları, korkulan nesneyle korkusuzca etkileşimde bulunan kişilerin filme çekilmiş ya da gerçek yaşam deneyimleriyle karşı karşıya getirmede kullanılan başka bir tekniktir. **Taşırma** (flooding), hastanın fobi kaynağıyla bütün şiddetiyle yüzleştirildiği terapötik bir tekniktir. Bu işlemin çok rahatsız edici olması nedeniyle, terapistler, kademeli maruz bırakma işe yaramadığı durumlar dışında, bu tekniği pek kullanmamaktadırlar.

Edimsel teknikleri tercih eden davranış terapistleri, fobilerin temelini oluşturduğu varsayılan korkulara önem vermezler; bunun yerine fobik nesnelere yönelik açık kaçınmaya ve bunun yerini alması gereken yaklaşma davranışına dikkat ederler. Korkulan duruma yönelik yaklaşma davranışını herhangi bir edim olarak ele alır ve ardıl yaklaşmalar (successive approximation) ilkesine göre bunu şekillendirir. Gerçek yaşam koşullarında fobik nesnelerle maruz bırakma derece derece gerçekleştirilir ve hasta buna yaklaşma konusundaki en küçük başarıda bile ödüllendirilir. Maruz bırakmanın, yaklaşma davranışlarıyla ilgili herhangi bir edimsel şekillendirmenin kaçınılmaz bir yönü olduğuna dikkat edin.

Hastanın en çok korktuğu şeyle yüzleştirilmesi fobilerde en sık kullanılan tedavidir. Aşağıda kapalı bir alan görülmektedir.

Birçok davranışçı terapist, hem korkuya hem de kaçınmaya dikkat eder; korkuyu azaltmak için sistematik duyarsızlaştırma gibi teknikler, yaklaşmada ise edimsel şekillendirme kullanılır. Lazarus, Davison ve Polefka (1965) bu ikili yaklaşımı ilk defa önerenlerdir. Tedavinin korku ve kaçınmanın yüksek olduğu başlangıç evrelerinde, terapist gevşeme eğitimi ve fobik durumla dereceli maruz bırakma yoluyla korkuyu azaltma üzerine yoğunlaşır. Terapi ilerledikçe, korku daha az, kaçınma daha çok sorun odağı olur. Fobik bir kişi çoğu kez zaman içinde diğer insanların bu kişinin güçsüzlüklerini beslediği bir duruma gelmiş, böylelikle de kişinin bir fobisi olması pekiştirilmiştir. Bu kişinin kaygıları azaldıkça korkmaya alıştığı şeye de yaklaşabilecektir; bu açık davranış, terapist kadar, yakınları ve arkadaşları tarafından da olumlu biçimde pekiştirilebilir ve kaçınma durumundan vazgeçirilebilir.

BİLİŞSEL YAKLAŞIMLAR

Fobilere yönelik bilişsel tedaviler, temel tanımlayıcı özelliklerinden dolayı kuşkuyla karşılanmıştır. DSM-IV'de belirtildiği gibi, kişi fobik korkuyu aşırı ve mantıksız olarak tanımlamaktadır. Böylece, eğer diğer alanlarda iyi işlev gösteren bir kişi, entelektüel olarak zararsız olduğunu bildiği bir nesneden aşırı korkuyorsa, onun nesneyle ilgili düşüncelerini değiştirmek ne işe yarayacaktır? Aslında, korku içeren durumlarla maruz bırakma olmaksızın tek başına mantık dışı (irrasyonel) inanışları ortadan kaldırmanın fobik kaçınmayı azalttığına dair hiçbir kanıt yoktur (Turner ve ark., 1992; Williams ve Rappoport, 1983).

Diğer yandan, sosyal fobiklerle ilgili olarak, bu tip bilişsel yöntemler, özellikle sosyal beceri eğitimleriyle birleştirildiğinde daha umut vericidir (Heimberg ve ark., 1993; Marks, 1995; Mattick & Andrews, 1994). Yine de, örneğin bilişsel terapi alan bir tedavi grubu ile bir kontrol grubu arasındaki istatistiksel açıdan anlamlı

ODAK 6.1 ÇOCUKLUK KORKULARI VE SOSYAL GERİ-ÇEKİLME

Pek çok çocuk korku ve endişeyi normal gelişim süreçlerinin bir parçası olarak deneyimler. Korku ve endişenin bir bozukluk olarak sınıflandırılabilmesi için çocuğun işlevlerini bozması zorunludur. Bu tanım kullanılarak, çocukların ve ergenlerin %10'u ila %15'inin kaygı bozukluğu olduğu tahmin edilmiştir. Bu belirleme kaygıyı çocukluk dönemine ait en yaygın bozukluk yapar. (Cohen ve ark., 1993: Kashani ve ark., 1989)

OKUL FOBİSİ

Bir çocukluk dönemi korkusu olan okul lobisi, genç için aşırı engelleyici olabilir ve ciddi akademik ve sosyal sonuçlara sahiptir. İki tip okul fobisi tanımlanmıştır. Ayrılma kaygısıyla ilişkili olan en yaygın tipte, çocuk ebeveynlerinden uzak olduğunda kendinin ya da ebeveynlerinin başına bir zarar geleceğinden sürekli olarak endişelenir. Evdeyken ebeveynlerinden birini ya da her ikisini sürekli olarak takip eder ve sıklıkla onlarla beraber yatmaya çalışır.

Okula başlamasıyla birlikle, çoğunlukla ilk kez, çocuğun sık ve uzun sürelerle ebeveynlerinden ayrı kalması gerekir. Ayrılma kaygısı, genellikle, okul fobisinin temel kaynağıdır. Bir çalışmada ayrılma kaygısı nedeniyle okulu reddeden çocukların %75'nin annelerinin de çocukluklarında okula gitmeyi reddettikleri bulunmuştur (Last ve Strauss, 1990). Çocukların reddinin ve o kula gitmeye karşı aşırı dirençlerinin anne- çocuk ilişkisindeki bazı güçlüklerden kaynaklandığı varsayılmıştır. Anne kendi ayrılma kaygısını ifade ediyor ve fark etmeden çocuğun bağımlı ve kaçınmaya yönelik davranışlarını pekiştiriyor olabilir.

İkinci önemli tip okul reddi, okula karşı varolan gerçek bir lobiyle ilişkilidir: korku özgül olarak okula karşıdır ya da daha genel bir sosyal lobiyle ilişkilidir. Bu tip okul fobikler, genellikle, okula gitmeyi reddetmeye hayatlarının daha ileri bir döneminde başlarlar. Okuldan kaçınmaları daha ciddi ve kalıcıdır. Korkuları daha çok okul ortamının çeşitli bileşenleriyle ilişkilidir, örneğin: akademik başarısızlıkla ilişkili endişeler ya da akranlarla yaşanan huzursuzluklar gibi.

SOSYAL FOBİ

Çoğu sınıfta aşırı sessiz ya da utangaç en az bir ya da iki çocuk vardır. Çoğunlukla bu çocuklar sadece aile üyeleri ya da aşina oldukları akranlarıyla oynar, hem genç hem de yaşlı yabancılardan kaçınırlar. Utangaçlıkları yeni beceriler kazanmalarını ve yaşıtlarının zevk aldığı çeşitli aktiviteleri denemelerini engeller. Çünkü oyun alanlarından ve komşu çocukların

Okul fobisi en yaygın olarak ana babadan veya diğer bağlanma figürlerinden uzaklaşmanın yoğun korkusu olan ayrılma kaygısı bozukluğu ile bağlantılıdır.

oynadıkları oyunlardan kaçınırlar. Bazı utangaç gençlerin sadece yakınlaşmada yavaş kalabilmelerine karşın geri çekilen çocuklar yeni insanlara uzun süre maruz kaldıktan sonra bile asla yakınlaşamazlar. Aşırı utangaç çocuklar yabancı sosyal ortamlarda konuşmayı tamamen reddedebilirler. Buna seçici konuşmama (mutizm) diyoruz. Kalabalık bir odada ebeveynlerine yapışıp, fısıldadılar, eşyaların arkasına saklanırlar, bir köşeye büzüşürler ve hatta tepinme sergileyebilirler. Evde kendilerini endişelendiren durumlar hakkında ebeveynlerine sonu gelmeyen sorular sorarlar. Geri çekilen çocuklar, aile dostları ve aile üyeleriyle genel olarak sıcak ve doyurucu ilişkilere sahiptirler. Yakınlık ve kabul görmek için isteklidirler. Bu noktada utangaçlık ve geri çekilme değişkenlik gösteren bir sorun olduğundan, bu bozukluğun sıklığı hakkında derlenmiş hiç bir istatistik yoktur.

Bazı çocuklar belirli sosyal durumlarda aşırı kaygı sergilerler, bu yetişkinlerin gösterdiği sosyal lobiye benzemekledir. Bu çocuklardan kaygı yaralan olaylarla ilgili bir günlük tutmaları istendiğinde —bir grubun önünde yüksek sesle konuşmak, tahtaya yazmak, diğerlerinin (çocukların) önünde performans göstermek gerektiren aktivitelerde normal kontrol grubunun yaşadığından 3 kal daha sık kaygı yaşadıklarını rapor etmişlerdir. Bu tip olaylarla karşılaştıklarında ağladıklarını, kaçındıklarını, somatik yakınmalarının olduğunu dile getirmişlerdir. (Heidel. 1991)

farklılıklar, tedavi deneklerinin tümünün ya da pek çoğunun sosyal kaygıdan kurtulmuş olarak terapiyi bitirdiği anlamına gelmemektedir. Aksine, birçok hasta tedavinin sonucu olarak ya hiç tepki göstermez ya da kaygılarında yalnızca kısmi bir azalma olur (bu genelleme bu kitapta gözden geçirdiğimiz ve etkili olduğu düşünülen *tüm* terapiler için geçerlidir).

Çocuklardaki sosyal lobinin kuramsal etiyolojisi yeterli değildir. Sıklıkla önerilen açıklama, kaygının sosyal etkileşimle başladığı, bu etkileşimin çocuğun sosyal durumlardan kaçmasına neden olduğu ve sonuç olarak da sosyal beceriler alanında yeterince deneyim edinemediği yönündedir. Önerilen bir diğer açıklama da. geri çekilen çocukların sadece akranlarıyla ilişki kurmalarını kolaylaştıracak olan sosyal bilgi ve yöntemden yoksun olabilecekleri yönündedir. İzole çocukların arkadaş edinmek için çok az girişimde bulundukları ve oyunlarda daha az yaratıcı olduklarını gösteren bulgular sosyal beceriler konusundaki yoksunluklarına işaret edebilir. Son olarak da, izole çocuklar geçmişte zamanlarının çoğunu yetişkinlerle geçirdikleri için, yetişkinlerle çocuklarla olduğundan daha özgürce iletişime girerler.

ÇOCUKLUK FOBİLERİNDE TEDAVİ

Çocukluk korkularının nasıl üstesinden gelinir? Pek çoğu sadece zaman ve olgunlaşmayla ortadan kalkar. Bu korkuların tedavilerinin büyük bölümü, çocukluğun farklı dönemlerinin ve farklı becerilerin özümsenmesiyle yapılan uygun uyarlamalar dışında yetişkinler için olanlara benzerdir.

Belki de, korkuların üstesinden gelmede çocuklara yardımcı olmanın en yaygın yolu, milyonlarca ebeveynin yaptığı gibi, çocukları adını adım korkulan nesneyle maruz bırakmaktır, sıklıkla bunu yaparken eş zamanlı olarak kendi kaygılarını da dizginlerler. Eğer küçük bir kız yabancılardan korkuyorsa, ebeveynleri elinden tutar ve yabancı birine doğru yürütür. Mary Cover Jones bu folklorik sezgiyi karşı koşullama prosedürü olarak açıklayan ilk psikologdur.

Genel olarak bakıldığında, bugün terapistler temeli olmayan korku ve kaçınmanın ortadan kaldırılmasında en başarılı yolun maruz bırakma olduğu konusunda hemfikirdir. Hem laboratuar çalışın alan (örn.. Bandura, Cirusec ve Menlove, 1967), hem de sayısız klinik tedavi uygulaması model almanın da etkili bir yöntem olduğunu kanıtlamıştır. Örneğin, başka bir çocuğun bulunduğu durumda korkan çocuk onu taklit edebilmekte ve korkusuz davranışlar gösterebilmektedir, farklı çalışmalardan birinde, gençlere, adım adım akranları arasına karışan ve onlarla oynamaktan zevk almaya başlayan izole bir çocukla ilgili video film gösterilerek yardımcı olunmuştur. (O Conner., 1969). Diğer bir grup araştırmacı dinlenme saatinde oyun alanında lisans öğrencileri olan gönüllülerle sosyal izolasyonu olan çocukları eşleştirmiştir (Allen ve ark., 1976). Uygulamanın amacı, hedef çocuğu da kapsayan bir grup oyununu başlatmak ve çocuğa hangi davranışlarının diğer çocuklarla olumlu etkileşimi geliştirmeye yardımcı olduğu ve hangi davranışlarınınsa bu etkileşimi azalttığı hakkında canlı (in vivo) geri bildirim vermektir. Altı aylık bir programın sonunda gönüllüler çocukları akranlarıyla oynarken tarafsız gözlemleyen bir pozisyon almışlardır.

Korkulan nesne ya da duruma yakınlaştıkça ödüllendirilmesi de kaygılı çocuğu yüreklendirebilir. Hem model alma hem de edimsel tedaviler korkulan şevle yüzleşmeyi gerektirir. Okul fobik çocukların, kaçınma ve korkuları çok büyük ve uzun süreli olduğunda doğrudan, gerektirebilir.

Daha önce söz edilen vakada (Lazarus, Davison ve Polefka 1965) terapist 9 yaşındaki Paul'le birlikte okula yürüyerek gitmeye başladı. Daha sonra çocuk terapistle temasını azaltarak okulla daha da yüzleşti. Paul ilk olarak okul bahçesine girdi; bundan sonra, dersler bittikten sonra boş bir sınıfa girdi: daha sonra da sabah egzersizine katı İd, ve ayrıldı; bir sonraki adımda bir sıraya olurdu ve okulda vakit geçirdi: terapist, ilk önce yanma olurdu, daha sonra görüş alanı dışında ancak yakında bir yerde kaldı. En son basamakla, kaygı azaldığında, terapist gece gitar çalmayı, çizgi roman kitapları vermeyi ya da kendisine beyzbol eldiveni kazandıracak fişler vermeyi vaat ederek Paul için pekiştireçler sağladı.

Yetişkinlerde olduğu gibi, bazı yeni durumlar çocuklar için tehdit edici olabilir, çünkü bu durumlarla ilgili bilgi ve becerileri yoktur. Sonuçta çocuğun su korkusu, çocuğun gerçeklen yüzme bilmediği akılcı yargısına dayanıyor olabilir. Bazı utangaç çocuklarda akranlarıyla etkileşmek için ihtiyaçları olan belirli sosyal becerilerden yoksundur. Örneğin, yaşıtlarına soru sorma (Ladd, 1981), kompliman yapma ve sohbet başlatma (Michelson ve ark., 1983) becerileri çiftler ya da küçük gruplarla, video kasete alarak öğrenilebilir. Böylece çocuk ve çalıştırıcısı gözlemleyebilir ve yeni davranışlar geliştirebilir.

Tedavi sonuç çalışmalar, çocukların lobilerinde zaman sınırlı tedavilerin oldukça etkili olabileceğine işaret etmektedir. Örneğin Hampe ve ark. (1973) davranışçı ya da içgörü yönelimli terapileri kullanarak 67 fobik çocuğu sekiz haftada tedavi etmişlerdir. Tedavi edilen çocukların % 60'ı sekiz baltalık sürenin sonunda lobiden kurtulmuşlardır ve iki yıllık takip süresinde nüksetme ya da ek duygusal sorunlar yaşamamışlardır. Örneklemin %80'i (öncekiler artı daha sonra tedavi arayanlar) iki yıl sonra semptomlardan kurtulmuşlardır, sadece %7 si şiddetli fobi yaşamaya devam etmiştir. Yazarlar pek çok çocukluk lobisinin müdahale olmaksızın sonlanmasına rağmen, tedavinin iyileşmeyi büyük ölçüde hızlandırdığı sonucuna varmışlardır.

Fobilere yönelik bu çeşitli terapilerde tekrar eden bir tema vardır. O da fobi hastası olan kişinin her zaman yaptığı kaçınmayı bırakması ve korktuğu dehşete düştüğü durumla karşı karşıya gelmeye başlamasıdır. Analistler korkunun geçmişe gömülü olduğunu düşünerek, doğrudan yüzleştirmeyi geciktirirler ancak zamanla onlar da yüzleşmeyi cesaretlendirirler (örneğin,

Zane, 1984). Freud bile "Analist, hastanın, analizin etkisiyle fobiyi bırakmasını beklerse, fobiyle baş edemez, sadece, onları yalnız başlarına ayakta kalmaya ve kaygılarıyla savaşmaya ikna ettiğinde başarılı olur" demiştir (Freud, 1919, s. 400). Böylece bütün terapiler zamanla denenmiş aklıselimi yansıtmaktadır; korktuğumuz şeyle yüzleşmeliyiz. Eski bir Çin atasözü, "Tehlikenin kalbine gidin çünkü orada güveni bulacaksınız" der.

BİYOLOJİK YAKLAŞIMLAR

Kaygıyı azaltan ilaçlara sedatif, **anksiyolitik** ya da trankilizan denmektedir. *Litik* eki Yunancadan gelmektedir ve anlamı azaltmadır. Kaygıyı tedavi etmek için kullanılan ilk ilaç çeşidi barbituratlardı ancak istenmeyen yan etkiler ve alışkanlık yapma özelliğinden dolayı 1950'lerden sonra iki sınıf ilaç, propanedioller (örneğin, Miltown) ve benzodiazepinler (Valyum, Xanax gibi), onların yerine kullanılmaya başlandı. Benzodiazepinler bugün de yaygın olarak kullanılmakta ve kaygı bozukluklarının tedavisinde yararlı olduğu görülmektedir, bununla birlikte, fobiler için sık kullanılmamaktadır. Depresyon tedavisinde sıklıkla kullanılan bir ilaç grubu (monoamine oksidase inhibitörleri) sosyal fobinin tedavisinde benzodiazepinlerden daha etkilidir (Gelernter ve ark., 1991). Aşırı doz tehlikesi barbituratlar kadar olmasa da vardır, onlar da alışkanlık yapabilmekte ve şiddetli yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaktadır (Schweizer, 1991). Fobiler ve diğer kaygı bozukluklarının ilaçla tedavisindeki ana sorun ilaçların bırakılmasında güçlükler yaşanması ve hastanın bunları almayı bıraktığında bozukluğun yeniden ortaya çıkmasının (relapse) yaygın olmasıdır (Herbert, 1995). (Çocukluk dönemi korku ve fobileri hakkında bir tartışma için Odak 6.1'e bakınız.)

PANİK BOZUKLUK

Panik bozuklukta ani ve açıklanamayan belirtiler nöbeti vardır. Bunlar, nefes almada güçlük, kalp çarpıntısı, göğüs ağrısı, boğulma hissi, mide bulantısı, baş dönmesi, terleme, titreme aşırı kaygı, korku ve korkunç bir şey olacakmış hissidir. **Depersonalizasyon** ve **derealizasyon** (kişinin kendi bedeni dışında olma ve dünyanın gerçek olmadığı duygusu), kontrolünü kaybetme, delirme ve bazen ölme korkusu hastayı çaresiz kılar. Panik nöbetler çok sık ortaya çıkabilir, bazen haftada bir ya da daha sık olur; genellikle

Panik ataklara benzer bozukluklar tüm kültürlerde gözlenir. Örneğin; Eskimolar arasında, "kayak-angst" yalnız avlanan avcılar arasında gözlenen şiddetli korku olarak tanımlanır.

dakikalarca bazen de saatlerce sürer ve bazen otomobil kullanma gibi belirgin bir durumda ortaya çıkar. Durumsal tetikleyicilerle birlikte olduğu zaman ipuçlu panik atağı denmekte, uyaran ile nöbet arasındaki ilişki mevcut fakat baskın değilse, bunlara duruma dayalı nöbet denmektedir. Bu nöbetler, gevşeme hali, uyku gibi tehlikesiz görünen ve beklenmeyen durumlarda da ortaya çıkabilmektedir; bu durumlara ipuçsuz nöbet denmektedir. Tekrarlayan ipuçsuz panik nöbetleri ve gelecek nöbetlerle ilgili endişe, tanı için gereklidir; yalnızca ipuçlu nöbetler fobinin varlığına işaret eder.

Panik bozukluğun yaşam boyu görülme yaygınlığı erkekler için yaklaşık %2, kadınlar içinse %5'dir (Kessler ve ark., 1984). Genellikle erken yetişkinlik döneminde başlamakta ve stresli bir yaşam olayından sonra ortaya çıkmaktadır (Pollard, Pollard ve Corn, 1989). Panik bozukluk kültürlerarası olarak da görülür. Afrika'da yapılan bir araştırmada, erkeklerin %1'i, kadınların ise %6'sında tanı konmuştur (Hollifield ve ark., 1990). Panik bozuklukla ilişkileri olan bazı bozukluklar da başka kültürlerde görülmektedir. Batı Grönland'lı Eskimolar arasında *kayak-angst* atakları denizde yalnız olan fok avcıları arasında görülmektedir. Yoğun korku, yönelim bozukluğu (disorientation) ve boğulmayla ilgili endişeleri içerir. *Ataque de nervios* ise ilk kez Porto Riko'da tanımlanmıştır ve yoğun stres sonucunda delirmeyle ilgili korkular ve fiziksel semptomlar içerir.

DSM-IV'te, panik bozukluk agorafobiyle birlikte ya da agorafobi olmaksızın tanılanır.

Agorafobi (Yunanca pazar yeri anlamına gelen *agora* sözcüğünden) halka açık yerler üzerine kişinin yetersiz kaldığı durumlarda yardım istemesinin ve kaçmanın mümkün olmadığı durumlar üzerine odaklanan bir takım korkulardan oluşmaktadır. Alışveriş, kalabalık ve yolculuk korkuları çoğu kez vardır. Agorafobisi olan birçok hasta evden çıkamaz ya da bunu ancak büyük bir kaygıyla yapabilir. Panik bozukluğu olan hastalar genellikle bir panik atağın tehlikeli ya da utandırıcı olabileceği durumlardan kaçınırlar. Bu kaçınma yaygınlaşırsa, sonuçta agorafobiyle birlikte panik ortaya çıkar (Panik bozukluk tanısı olmaksızın agorafobi, ortaya çıktığında, kişi genellikle panik semptomlar yaşar, ama bu tam gelişmiş ataklar halinde değildir. Bu yüzden, her iki durumda da agorafobi bir atak olması korkusuyla bağlantılıdır). Agorafobiyle birlikte panik bozukluk ve panik bozukluk geçmişi olmayan agorafobinin her ikisi de, kadınlarda erkeklerde olduğundan daha yaygındır. Bu durum kalıplaşmış kadın rolünün abartılı bir uzantısını yansıtıyor olabilir. Yakın zamanlara kadar, bir kadın için eve bağlı olmak sosyal olarak daha kabul edilebilir bir şey olmuştur (Fodor, 1978).

Başka bir kaygı bozukluğu tanısı almış olan hastaların % 80'inden fazlası panik nöbetleri de geçirmektedir, ancak bu nöbetlerin sıklığı panik bozukluğu tanısı alabilecek sayıda olmamaktadır (Barlow ve ark., 1985). Panik bozukluğu ve major depresyon sıklıkla birlikte görülmektedir (Breier ve ark.,1986). Panik bozukluğun, genellenmiş kaygı bozukluğu (Sanderson ve ark., 1990), fobiler (Horvath ve ark., 1995), alkolizm ve kişilik bozuklukları ile birlikte görülmesi (Johnson, Weissman ve Klerman, 1990) de sıktır. Bu kitapta tartışılan diğer bozukluklarda olduğu gibi, birlikte görülme (comorbidity) kötü tedavi sonuçlarıyla bağlantılıdır. (Noyes ve ark., 1990).

PANİK BOZUKLUĞUNUN ETİYOLOJİSİ

Panik bozukluk aileden gelir (Crowe ve ark., 1987); tek yumurta ikizlerindeki birlikte görülme oranı, çift yumurta ikizlerinden daha fazladır (Torgersen, 1983). Bunun anlamı, kalıtsal yatkınlığın olabileceğidir.

Biyolojik bir kuram, paniğe noradrenerjik sistemdeki (nörotransmitter olarak norepinefrin kullanan nöronlar), özellikle de *ponsta, locus ceruleus* adlı verilen bir çekirdekteki aşırı aktivitenin neden olduğunu ileri sürmektedir. *Ceruleus* noktasının uyarılması maymunlarda panik atak gibi görünen bir atağa yol açmıştır;bu durum da doğal olarak oluşan atakların noradrenerjik aşırı aktiviteye bağlı olabileceğini akla getirmektedir (Redmond, 1977). Bunun ardından insanlarla yapılan bir araştırmada da *ceruleus* noktasındaki aktiviteyi uyaran bir ilaç olan *'yohimbine'*nin panik bozukluğu olan hastalarda panik atağa yol açtığı bulunmuştur (Charney ve ark., 1987). Bununla birlikte, daha yakın zamanlı bir araştırma bu kuramla uyuşmamaktadır. *Ceruleus* noktasındaki uyarımı engelleyen ilaçların panik atakların tedavisinde fazla etkili olmadığı görülmüştür (McNally, 1994).

Bir başka biyolojik araştırma dizisi ise panik ataklara neden olabilecek deneysel manipülasyonlar üzerine odaklanmıştır. Yaklaşımlardan biri panik atakların hiperventilasyona -aşırı soluk alıp verme- bağlı olduğunu ileri sürmektedir (Ley, 1987). Hiperventilasyona, otonom sinir sistemini harekete geçirebilir, böylelikle de bir panik nöbetin bilindik somatik yönlerine yol açabilir. Laktat da (kas eforunun bir ürünü) paniğe yol açabilir ve panik bozukluğu olan kişilerde laktat düzeyi, kronik hiperventilasyon yüzünden yükseliyor olabilir. Olağan karbondioksit (CO2) miktarından daha fazlasını içeren havayı solumanın laboratuar ortamında bir panik atağa yol açabileceği bulgusuna bağlı olarak, aşırı duyarlı CO2 alıcıları da (reseptörler) hiperventilasyonu uyarabilecek bir mekanizma olarak ileri sürülmüştür (Gorman ve ark., 1988; Klein, 1993). Ancak, panik bozukluğu olan hastaların kendi doğal ortamlarında izlendiği daha yakın zamanlı bir araştırmada, hiperventilasyonun yalnızca yirmi dört ataktan birinde görüldüğü bulunmuştur (Garsen ve ark., 1996). Bu nedenle, bu biyolojik araştırma dizisi sonuç vermemiştir.

Çeşitli biyolojik faktörlerin (örneğin, karbondioksit, hiperventilasyon) paniğe yol açabileceğini gösteren veriler, aynı zamanda bunların yalnızca önceden bu bozukluk tanısını almış kişilerde bunu yapabildiklerini de göstermektedir. Bunun, söz konusu uyaranların bu bozukluğu olan hastalarda bir tür biyolojik anormalliği ya da yatkınlığı (diathesis) harekete geçirdiği anlamına geldiği düşünülebilir. Bununla birlikte, panik bozukluğu olan kişilerin biyolojik güçlüklere verdikleri fizyolojik tepkiler, bu bozukluğu olmayan kişilerin tepkilerine oldukça benzerdir. İki grubu, yalnızca, kişilerin kendi belirttikleri güçlüklerin yol açtığı korku düzeyleri ayrıştırmaktadır (Margraf, Ehlers, ve Roth, 1986). Bu

Tablo 6.1 Oda havasına karşılık karbondioksitli havanın solunmasının, beden duyumları korkusunun ve beklentilerin fonksiyonu olarak panik atakların sıklığı. Karbondioksit soluyan ama ortaya çıkacak etkilerini beklemeyen beden duyumları yüksek öğrenciler çok yüksek sıklıkta panik atak göstermişlerdir.

	Beden duyumlarının yüksek korkusu		***Beden duyumlarının düşük korkusu***	
Solunan	Geveşeme Beklentisi	Uyarılma Beklentisi	Geveşeme Beklentisi	Uyarılma Beklentisi
Oda Havası	0	0	0	0
Karbondioksit	52	17	5	5

yüzden, sonuçlar önemli olanın güçlüğe verilen psikolojik tepki olduğunu gösterebilir. Panik üzerinde karbondioksitin etkisinin, deneğin kendisini güvende hissettiği başka kişilerin varlığı durumunda yaşandığında dikkate değer ölçüde azaldığını bulan yakın tarihli bir araştırmadan da bu hipoteze yönelik daha fazla destek gelmiştir (Carter ve ark, 1995).

Panik bozukluklarında (ve ilişkin agorafobide) ana psikolojik kuram, korkudan korkma hipotezidir (Örn., Goldstein ve Chambles, 1978). Bu kurama göre agorafobi yalnızca açık yerler korkusu değil, buralarda panik nöbeti geçirme korkusudur. Panik hastalarının kendi korkularından neden bu kadar korktuklarını açıklayan fikirlerden biri, fizyolojik duyumlarını yanlış yorumlamalarıdır (Clark, 1986). Bu aşırı duyarlılıktan dolayı ufak fiziksel duyumları, daha sonra paniğe tırmanan felaket öncüsü olarak abartırlar (Holt ve Anderson, 1989). Örneğin, kalp çarpmasında hafif bir değişiklik kaçınılmaz bir kalp krizi olarak algılanır.

Bu hipotezi test eden önemli bir araştırmada, Teich ve Harrington (baskıda) panik atak geçmişi olmayan üniversite öğrencileriyle çalışmışlardır; bu öğrenciler kendi bedensel duyumlarına verdikleri korku tepkilerinin derecesine göre ölçüldükleri bir ankette aldıkları puanlara bağlı olarak iki gruba (yüksek ve düşük puanlılar) bölünmüşlerdir. Tüm katılımcılar iki denemeden geçirilmiştir; denemelerin birinde odanın içindeki normal havayı, diğerinde ise olağan karbondioksit konsantrasyonundan daha yüksek olan bir havayı solumuşlardır. Her gruptaki deneklerin yarısına karbondioksitin gevşetici olabileceği, diğer yarısına da yüksek uyarılmışlık (arousal) belirtileri üretebileceği söylenmiştir. Her bir gruptaki panik atak sıklığı Tablo 6.1'de gösterilmiştir. Panik atakların normal oda havasını soluyan deneklerde görülmediğine dikkat edin; bu durum önceki bulguları doğrulamaktadır. Ayrıca araştırma verileri, panik atakların sıklığının kendi bedensel duyumlarından duydukları korkunun yüksek olduğu deneklerde daha yüksek olduğunu da göstermektedir. Sonuç olarak ve en önemlisi, panik atakların sıklığının kendi bedensel duyumlarından korku duyan, yüksek bir karbondioksit konsantrasyonu olan havayı soluyan ve bunun uyarılmışlığa yol açacağını ummayan deneklerde dikkate değer biçimde yüksek olmasıdır. Bu sonuçlar tümüyle kuramın yordadığı şeylerdir: bu tür duyumlardan korku duyan bir kişideki açıklanmamış fizyolojik uyarılmışlık hali panik ataklara yol açar.

Kontrol kavramı da panikle ilgilidir. Panik bozukluğu olan hastaların, toplum içinde atak geçirdikleri takdirde kontrolü kaybedeceklerine dair aşırı korkuları vardır. Kontrolün önemi, Sanderson, Rapee ve Barlow (1989) tarafından yapılan bir araştırmada açık şekilde gösterilmiştir. Araştırmada, panik bozukluğu olan hastalar karbondioksit solumuşlardı ve hastalara ışık yandığı zaman önlerindeki düğmeyi çevirerek CO_2 miktarını düşürebilecekleri söylenmişti. Deneklerin yarısı için ışık hep yanmış, diğer yarısı içinse hiç yanmamıştır. Aslında düğmeyi çevirmenin CO_2 düzeyi üzerinde bir etkisi yoktu ve araştırmada, algılanan kontrolün etkileri araştırılmaktaydı. Kontrolü olmayan grubun yüzde sekseni panik nöbeti geçirdi, kontrolün ellerinde olduğunu düşünen grubun ise yalnızca % 20'sinde panik nöbeti görüldü. Araştırmada, algılanan kontrolün önemi açıkça gösterildiği gibi, paniği oluşturan uyarıcının yalnızca biyolojik olmadığı aynı zamanda kişinin psikolojik tepkisinin de çok önemli olduğu ortaya çıkmıştır.

PANİK BOZUKLUĞUNUN VE AGORAFOBİNİN TEDAVİSİ

Benzodiazepinler gibi antidepresanlar ve anksiyolitikler biyolojik tedavi unsurları olarak belli düzeyde başarı göstermiştir. Bir benzodiazepin türevi olan alprazolam'ın (Xanax) etkililiğine yönelik kanıt, büyük ölçekli ve çok uluslu bir araştırmada elde edildiği gibi, özellikle dikkat çekicidir (Ballenger ve ark., 1988). Ancak, ilaç tedavisi süresiz olarak devam etmelidir, çünkü kesildiğinde belirtiler kendini her zaman yeniden göstermektedir (Fyer, Sandberg, ve Klein, 1991). Ayrıca, benzodiazepinler bağımlılık yapıcıdır ve bellek işlevlerinde aksamalar ve araba kullanmada güçlük gibi, hem bilişsel hem de motor yan etkiler ortaya çıkarırlar. Kaygıyı azaltma çabaları içerisinde birçok hasta kaygı giderıcileri (anksiyolitik) ya da alkolü kendi başlarına kullanırlar; ilaçların kullanımı ve kötüye kullanımı kaygının baskın olduğu kişilerde yaygındır.

Maruz bırakma temelli tedaviler, agorafobiyi azaltmada çoğu kez işe yaramaktadır. Sorunu, öncelikle ya da yalnızca agorafobi olan evli hastalar, partnerinin evden çıkmaya yönelik kaçınmasını beslemekten vazgeçmesi yönünde teşvik edilen fobik olmayan eşin dâhil olduğu aile yönelimli terapilerden yarar görmüştür. Barlow'un klinik araştırma programı, agorafobik kişinin yavaş yavaş "güvenli" alanlardan ayrılmayı göze almaya teşvik edildiği, yaşayarak (in vivo) maruz bırakma tedavisindeki başarının, diğer eşin de tedaviye dâhil edildiğinde arttığını bulmuştur (Cerny ve ark, 1987). Eşlerden birinin bağımlı olmak anlamında diğer eşe ihtiyaç duyduğu inancının aksine (Milton ve Hafner, 1979), korku yaşayan eş daha cesur hale geldikçe evlilikten alınan doyum artma eğilimindedir (Craske ve ark., 1992; Himadi ve ark, 1986). Bu yüzden, eşlerden birinin, belki partnerinin iyi olması hakkındaki makul bir endişe, belki de zayıf ve bağımlı bir eşe sahip olma doğrultusundaki gizli bir ihtiyaç nedeniyle aşırı derecede ilgili olabilmesi anlaşılabilir bir şey olmakla birlikte, sonuçta ortaya çıkan veriler agorafobik eşin daha az korkulu olduğunda ilişkinin de geliştiğini akla getirmektedir.

Agorafobiyi maruz bırakma ile tedavi etmenin, her zaman panik nöbetlerini azaltmadığının gözlenmesi nedeniyle (Michelson, Mavisakkalian ve Marchione, 1985), panik bozukluğun psikolojik tedavisinde, bazı panik bozukluk hastalarının bedenlerinden gelen duyumlara odaklanarak gereksiz yere korkuya kapıldıkları fikri dikkate alınmıştır. Bu faktörler yeni psikolojik tedavilerin gelişmesine yol açmıştır (Beck, 1988). Barlow ve arkadaşları (Örneğin, Barlow, 1988; Barlow ve Cerny, 1988; Barlow, Craske ve Klosko, 1989; Klosko ve ark.,1990) üç bileşeni olan ayrıntılı ve güvenilir bir tedavi geliştirdiler. Bu üç bileşen, gevşeme eğitimi, Ellis ve Beck'in karışımı bilişsel- davranışçı müdahaleler ve son olarak da en yeni öğesi olan paniği tetikleyen iç uyarıcılarla maruz bırakmayı içerir. Bu üçüncü bileşen, danışana panikle ilişkili duyguları tetikleyebilecek davranışların terapi odasında yaptırılmasını içerir. Örneğin, panik nöbeti hiperventilasyonla ortaya çıkan bir hastadan üç dakika süreyle hızlı hızlı nefes alması; baş dönmesi yakınması olandan bir kaç dakika kendi etrafında dönmesi istenilir. Baş dönmesi, ağız kuruluğu, kalp atış hızında artma gibi duyumlar ve paniğin diğer belirtileri hissedilmeye başladığı zaman, hasta onları (1) güvenilir bir yerde dener ve (2) daha önce öğrendiği başa çıkmaya yönelik bilişsel ve gevşeme taktiklerini (hiperventilasyon yerine diyaframdan nefes alma gibi) uygular.

Denemelerle ve terapistin yüreklendirmesi, ikna etmesiyle hasta, iç uyarıcıları kontrol kaybı ve panik olarak algılamayıp, zararsız ve bazı becerilerle kontrol edilebilir şeklinde yorumlar. Bu ipuçlarının isteyerek ortaya çıkartılması ve buna başarılı baş etmenin eklenmesi, onların tahmin edilemezliğini azaltmakta ve anlamlarını değiştirmektedir (Craske, Maidenburg ve Bystritsky, 1995). İki yıllık izleme çalışmaları, bu bilişsel ve maruz bırakma tedavisinden elde edilen terapötik kazançların sürdüğünü ve alprazolamdan üstün olduğunu göstermiştir (Craske, Brown ve Barlow, 1992). Ayrıca panik bozukluğun farmakolojik tedavisi ve psikoterapiyi karşılaştıran son çalışmalarda (Jacobson ve Hollon, 1996; Gorman, 1994) Barlow'un öncülüğünü yaptığı bir tür bilişsel davranışçı tekniğin uzun dönemde imipramin (Tofranil) gibi trisikliklere, monoamin oksidaz inhibitörlerine (toksik yan etkileri de görülebilen bir antidepresan türü) ve alprazolam gibi benzodiyazepinlere göre daha etkili olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra bazı kişilerin, özellikle de hamile kadınların bu tür ilaçlardan uzak durmaları gerektiği; bazılarının da bu ilaçların yan etkilerine yönelik toleranslarının düşük olduğuna ya da ilaçların tedavi potansiyeline tepki vermedikleri önemle vurgulanmaktadır.

GENELLENMİŞ KAYGI BOZUKLUĞU

24 yaşında bir usta olan hasta, uyku güçlüğü ve baş dönmesi şikâyetleriyle gittiği doktoru tarafından psikoterapi için gönderilmişti. İlk görüşme boyunca belirgin olarak rahatsız görünüyordu, konuşmadan önce yutkunuyor, terliyor, koltuğunda sürekli olarak kımıldıyordu. Söndürülemez görünen susuzluğunu gidermek için tekrar tekrar su istemesi aşırı sinirliliğinin diğer bir göstergesiydi. Önce fiziksel şikâyetlerine değinmekle birlikte, genellenmiş kaygısının daha genel bir tablosu kısa sürede ortaya çıktı. Hemen daima gergin hissettiğini söyledi. Herhangi bir şey ya da her şeyle ilgili olarak endişeli görünüyordu. Diğer insanlarla çalışırken ve etkileşimde bulunurken karşılaşabileceği felaketler hakkında kaygılanıyordu. Bir kaç işten kovulmasına yol açan kişilerarası güçlüklerle ilgili uzun bir tarihçe bildirmişti. "insanlardan gerçekten hoşlanıyor ve onlarla olmaya çalışıyorum ama kolayca kontrolümden çıkıyor gibi. Yaptıkları küçük şeyler beni çok sinirlendiriyor. Her şey yolunda gitmedikçe baş edemiyorum" diyordu.

Genellenmiş kaygı bozukluğu (GKB) olan kişi çoğu kez önemsiz şeylerle ilgili olarak sürekli bir kaygı içindedir. Her çeşit konuda kronik ve kontrol edilemez bir endişe GKB'nin temel özelliğidir. Örneğin, birey çocuğunun başına gelebilecek bir kazadan dolayı sürekli bir dehşet içinde olabilir. Bu o kadar yaygın olabilir ki, bazen serbest dolaşan kaygı olarak adlandırılır. Terleme, yüz kızarması, kalp çarpması, mide rahatsızlığı, ishal, sık idrara çıkma, soğuk, yapışkan eller, ağız kuruluğu, boğazda yumru var hissi, nefes darlığı gibi bedensel (somatik) yakınmalara sıklıkla rastlanır ve otonom sinir sisteminin aşırı aktivitesini yansıtır. Nabız ve nefes alma hızı da yükselebilir. Kişinin iskelet sistemi ve kaslarla ilgili yakınmaları da olabilir: özellikle boyun ve omuzlarda kas gerginliği ve ağrısı; göz kapaklarında ve diğer yerlerde seğirme; titreme, kolay yorulma ve gevşeyememe. Kişi huzursuzdur, kolayca irkilebilir, sıklıkla iç çeker ve yerinde duramaz. Düşüncelere gelince, birey düşüncelidir, kalp krizi geçirme, kontrolü kaybetme ya da ölmek gibi gelecek felaketlerle ilgili endişeleri vardır. Sabırsızlık, çabuk kızma, uykusuzluk, kızgınlık patlaması ve dikkat dağılmasına sıklıkla rastlanır, çünkü kişi daima tetiktedir.

Genellenmiş kaygı bozukluğu genel nüfusta yüzde 5 gibi yüksek bir görülme sıklığına sahip olmasına rağmen, hastaların çoğu tedavi almazlar (Wittchen ve ark., 1994). Genellikle on beş yaşlarında başlar, ancak bazı kişiler bütün yaşamları süresince bu sorunun olduğunu bildirmektedirler (Barlow ve ark., 1986). Başlangıçta stresli yaşam olaylarının rol oynadığı görülmektedir (Blazer, Hughes ve George, 1987). Kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla görülür ve diğer kaygı ve duygu durum bozukluklarıyla birlikte görülme oranı yüksektir (Brown, Barlow ve Liebowitz, 1994).

GENELLENMİŞ KAYGI BOZUKLUĞUNUN ETİYOLOJİSİ

PSİKANALİTİK GÖRÜŞ

Psikanalitik kuram, kaygının temelini id ve ego dürtüleri arasındaki bilinçdışı çatışmaya atfeder. Genellikle cinsel ve saldırgan nitelikli dürtüler kendilerini ifade etmeye çalışırlar ancak ego onların ifadesine izin veremez çünkü bilinçdışı olarak cezalandırılmaktan korkmaktadır. Kaygının kaynağı bilinçdışı olduğu için, birey neden olduğunu bilmeden endişe ve sıkıntı yaşar. Kaygının gerçek kaynağı, yani daha önce ifade edildiğinde cezalandırılmış olan id itkileriyle ilgili arzular, hiçbir zaman ortada değildir. Böylece kaygıdan kaçınmanın yolu yoktur; eğer kişi idden kaçınırsa yaşamıyordur. Kaygı hemen hemen her an hissedilir. Fobik kişinin daha talihli olduğu düşünülebilir çünkü psikanalitik kurama göre, kaygısı kaçınılabilir belirgin bir olay ya da durumla yer değiştirmiştir. Genellenmiş kaygı bozukluğu olan kişi bu çeşit bir savunma geliştirmediği için sürekli olarak kaygılıdır.

BİLİŞSEL-DAVRANIŞCI GÖRÜŞLER

Öğrenme kuramcıları, genellenmiş kaygıyı açıklamak için kaygıyı ortaya çıkartan çevresel uyarıcıları incelemişlerdir (Wolpe, 1958). Örneğin, uyanıkken sürekli kaygısı olan bir kişi sosyal temaslardan korkuyor olabilir. Eğer bu kişi zamanının çoğunu başkalarıyla geçirme durumunda ise kaygıyı iç faktörlere bağlamak yerine dış uyarıcılara bağlamak daha yararlı olabilir. O halde genellenmiş kaygının davranışsal modeli, fobilerle ilgili öğrenmeci bakış açılarından biriyle aynıdır. Kaygının, dış uyarıcılara klasik koşullama yoluyla öğrenildiği varsayılır, sadece koşullayıcı uyarıcıların ranjı çok daha geniştir.

Bilişsel ve davranışçı yaklaşımların kaygı bozukluğundaki odakları o kadar birbirine benzer ki onları birlikte ele alacağız. İnsanların acı veren ve kontrol edemedikleri bir uyarıcıyla karşılaştıkları zaman kaygı duyacakları öngörülür. Bilişsel ku-

ram kaygıyla ilgili tüm görüşlerin temel özelliği olarak kontrol kaybı algısını vurgular (Mandler, 1966). Böylece genellenmiş kaygının bilişsel-davranışçı modeli çaresizlik ve kontrol üzerine odaklanır.

Yapılan araştırmalar (Daha önce açıklanan $C0_2$'den kaynaklanan panik ataklar da dahil), insanların bir miktar kontrol edebildikleri stres kaynağı olayların, bütünüyle kontrol dışı görülen olaylara kıyasla daha az stres verdiğini ortaya koymuştur. Araştırmalar ayrıca, belli koşularda kişinin kontrol duygusunu algılamasının, bu kontrol gerçek olmasa bile kontrolün sağlanması için yeterli olduğunu göstermektedir (örn., Geer, Davison ve Gatchel, 1970). Barlow (1988) bu sonuçları, panik hastalarının tehdit edici olayları kontrolleri dışında algıladıkları biçiminde açıklamıştır.

Bu kontrol fikriyle ilişkili olarak tahmin edilebilir olaylar tahmin edilemeyenlere göre daha az kaygı yaratır, (bkz., Mineka, 1992). Tahmin edilebilirlik itici olayların başlangıcı için de geçerlidir. Örneğin, hayvanlar işaretlenmiş (ve böylece tahmin edilebilir) şoku, işaretlenmemiş şoka tercih etmektedirler (Seligman ve Binik, 1977). Bu durumda işaretin olmaması güvenlik işareti gibidir, şokun gelmediğini ve kaygılanmaya gerek olmadığını gösterir. İşaretlenmemiş ve böylece tahmin edilemeyen itici uyarıcılar kronik uyarılma ve korkuya ya da insanlarda kuruntu dediğimiz duyguya yol açarlar (Borkovec ve Inz, 1990).

Stres verici olayları kontrol edememe duygusuna ek olarak, GKB hastasını tanımlayan, birkaç bilişsel süreç daha vardır. Bu hastaların bilişlerinin içeriğinde tehlike teması vardır. Zararsız olayları tehdit edici olarak yanlış algılarlar ve bilişler gelecekteki felaketlere odaklanır (Beck ve ark., 1987; Ingram ve Kendall, 1987; Kendall ve Ingram, 1989). Genellenmiş kaygı bozukluğu olan hastaların dikkati, kolayca olası bir fiziksel zarar ya da eleştiri, mahcup olma, reddedilme gibi sosyal talihsizliklere çekilir (MacLeod ve ark., 1986). Örneğin; GKB olan hasta konuşmakta olduğu kişinin zaman zaman başka taraflara bakması durumunda reddedileceğinden endişelenir. Ayrıca, belirgin olmayan uyarıcıları tehdit edici olarak yorumlarlar ve kötü olayların daha sık başlarına geleceğini düşünürler (Butler ve Matthews, 1983). GKB hastalarının, tehdit edici uyaranlara karşı yüksek hassasiyetleri, uyaran belirgin biçimde algılanmadığı zamanlarda bile ortaya çıkmaktadır (Bradley ve ark., 1995).

Borkovec, Roemer ve Kinyon (1995), yeni bir bilişsel görüş öne sürmüşlerdir. Araştırmacılar, GKB'nin temel semptomu olan "endişe" üzerinde odaklanmışlardır. Cezalandırma bakış açısıyla baktığımızda, endişe olumsuz bir duygudur ve bu nedenle de tekrarlanma olasılığı düşüktür. Bu durumda, insanların neden bu kadar sık endişelendiği sorulabilir. Borkovec ve arkadaşları, endişenin gerçekte olumsuz bir pekiştireç olduğuna dair kanıtları gözden geçirmişler ve bu duygunun hastaları daha olumsuz başka duygulardan uzak tuttuğu sonucuna varmışlardır.

BİYOLOJİK GÖRÜŞLER

Bazı çalışmalar genellenmiş kaygı bozukluğunun kalıtsal bileşenleri olduğunu öne sürmüştür. Genellenmiş kaygı bozukluğu hastalarının akrabalarında da bu bozukluğun görülme oranının yüksek olduğu gözlenmiştir (Noyes ve ark., 1992), ancak ikiz çalışmalarında tutarsızlıklar vardır (Kendler ve ark., 1992; Torgerson, 1983). Biz de bu noktada verilerin yetersiz olduğunu belirtmeliyiz. Kaygı bozuklukları ile de ilintili bir kişilik eğilimi olan nöroti- sizmin kalıtsal olduğu gerçeği, kalıtsal etkenlerin olası etkilerinin göz ardı edilmemesi gerektiğini göstermektedir.

Genellenmiş kaygı bozukluğunun en tanınan nörobiyolojik açıklaması, kaygı bozukluklarının tedavisinde etkili bir ilaç türü olan benzodiyazepinlerin nasıl işlediği konusundaki bilgimize dayanmaktadır. Araştırmacılar, beyinde benzodiyazepinlerin etkili olduğu bir reseptör bulmuşlardır. Bu reseptör ketleyici işlevi olan gamma-aminobütrik asit nörotransmitter (GABA) maddesiyle ilintilidir. Normal korku tepkileri söz konusu olduğunda, nöronlar beynin tamamında ateşlenir ve kaygı deneyimini ortaya çıkarır. Bu nöral ateşleme sistemi aynı zamanda GABA sitemini de uyarır. GABA sisteminin uyarılması sonucunda da söz konusu aktivite ketlenir ve böylece kaygı düşer. GKB, GABA sisteminde, kaygının kontrol altına alınamamasına neden olan bir bozulmadan kaynaklanıyor olabilir. Bu olasılık dâhilinde benzodiyazepinler, GABA salınımını artırarak kaygının düşmesine neden olmaktadır. Benzer biçimde, GABA sistemini bloke eden ya da ketleyen ilaçlar kaygının artmasına neden olmaktadır (Insell, 1986). Henüz konu hakkında öğrenilmesi gereken çok şey

vardır ama bu yaklaşımın, kaygıya yönelik bakış açımızı genişlettiği bir gerçektir.

GENELLENMİŞ KAYGI BOZUKLUĞUNUN TEDAVİSİ

Genellenmiş kaygı bozukluğuna bakış tarzlarından beklenebileceği gibi çoğu psikanalist hastalarına çatışmalarının bastırılmış kökenlerine inerek yardımcı olmaya çalışır. Tedavi, fobilerin tedavisine çok benzemektedir.

Davranışçı terapistler genellenmiş kaygıya çeşitli şekillerde yaklaşırlar. Eğer kaygıyı, belirlenebilir durumlardaki tepkiler olarak kavramlaştırırlarsa serbest dolaşan kaygı, fobi ya da işaretlenmiş kaygı olarak ele alınabilir. Örneğin, çevresel değerlendirme sonucu, davranışçı terapist, genellikle kaygılı olan hastanın özellikle başkalarını eleştirdiği ya da eleştirildiği zaman korktuğunu saptayabilir. Kaygı, hasta zamanının büyük bir kısmını diğer insanlarla geçirdiği için çok genellenmiş görülmektedir. Sistematik duyarsızlaştırma olası bir tedavi yöntemi olarak tercih edilebilir.

Bununla beraber, bu hastaların çektikleri kaygının özgül nedenlerini bulmak zor olabilir. Bu zorluk, davranışçı terapistlerin yoğun gevşeme eğitimi gibi daha genel tedavi yöntemlerini önermelerine yol açmıştır. Bu tekniklerle, kaygıyı bastırma potansiyelinin hastanın genel gerginlik düzeyini azaltacağı umulmaktadır (Barlow ve ark., 1984; Borkovec ve Mathews, 1988; Ost, 1987). Hastalara, henüz başlangıç aşamasında olan kaygıya, alarma geçmek yerine gevşeme davranışı ile tepki vermek öğretilir (Goldfried, 1971; Suinn ve Richardson, 1971). Bu yaklaşımın, GKB'nin iyileşmesinde çok etkili olduğu son bulgular arasındadır (Borkovec ve Roemer, 1994; Borkovec ve Whisman, 1996).

Bu yayılmış kaygının temelinde çaresizlik duygusu yatmaktaysa, bilişsel yönelimli davranış terapistleri hastaya, bu durumla başa çıkabilmesine yeterli olacak becerileri kazanmasında yardımcı olurlar. Atılganlık da dâhil olmak üzere bütün bu beceriler, sözel talimatlar, model alma ya da edimsel şekillendirme yoluyla öğretilebilir. Bu üçünün mantıklı bir birleşimini oluşturarak öğretmek en iyi yoldur (Goldfried ve Davison, 1994). GKB'nin temelinde kronik endişe yattığı için, bilişsel tekniklerin tedavide kullanıla gelmesi şaşırtıcı değildir. Belki de birey, belirsiz uyaranları tehdit olarak algıladığı ya da olumsuz bir olay olma olasılığını aşırı abarttığı için gereksiz yere kaygılanmaktadır (Butler ve Matthews, 1983). GKB hastalarının herhangi bir durumu yeniden değerlendirmelerine yardımcı olmak bu nedenle işe yaramaktadır. Yapılan son çalışmalar da bunu desteklemektedir (Borkovec ve Costello, 1993).

Genellenmiş kaygı bozukluğunda en yaygın tedavi, fobilerde sözü edilen kaygı gidericilerin kullanımıdır. Hastalığın çok yaygın olması nedeniyle, psikoaktif ilaçlar kullanılmaktadır. İlaç bir kere etkisini gösterdiğinde, birkaç saatliğine hangi durum olursa olsun hastayı rahatlatacaktır. Ne yazık ki, yatıştırıcı (trankilizan) ilaçların istenmeyen yan etkileri vardır. Bunlar, sersemleşme ve depresyondan, fiziksel bağımlılığa yol açma ve beden organlarına hasar gibi geniş bir alanı kapsar. Bunlara ek olarak, ilaç kesildiği zaman tedavi ile sağlanan iyileşme genellikle ortadan kalkar (Barlow, 1988). Belki de, kişi iyileşmeyi, başa çıkma çabalarındaki iç değişiklik yerine dış etkene yani ilaca (haklı olarak) atfettiği ve kaygı ve kuruntunun kontrol edilemeyeceğine inandığı için iyileşme geçici olur (Davison ve Valis, 1969). Böylece kişi kaygı ve endişe verici olasılıkların kontrol altına alınamayacağına dair inancını sürdürür.

OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK

Bernice tedaviye girdiğinde kırk altı yaşındaydı. Bu onun yatısız olarak katıldığı dördüncü tedaviydi ve öncesinde de iki kez hastaneye yatırılmıştı. Obsesif kompulsif bozukluğu 12 yıl önce babasını kaybettikten sonra başlamıştı. O zamandan bu yana şiddeti çeşitli dalgalanmalar göstermişti ve tedaviye geldiğinde en şiddetli noktadaydı ve halen şimdiye kadarki en ağır tabloydu.

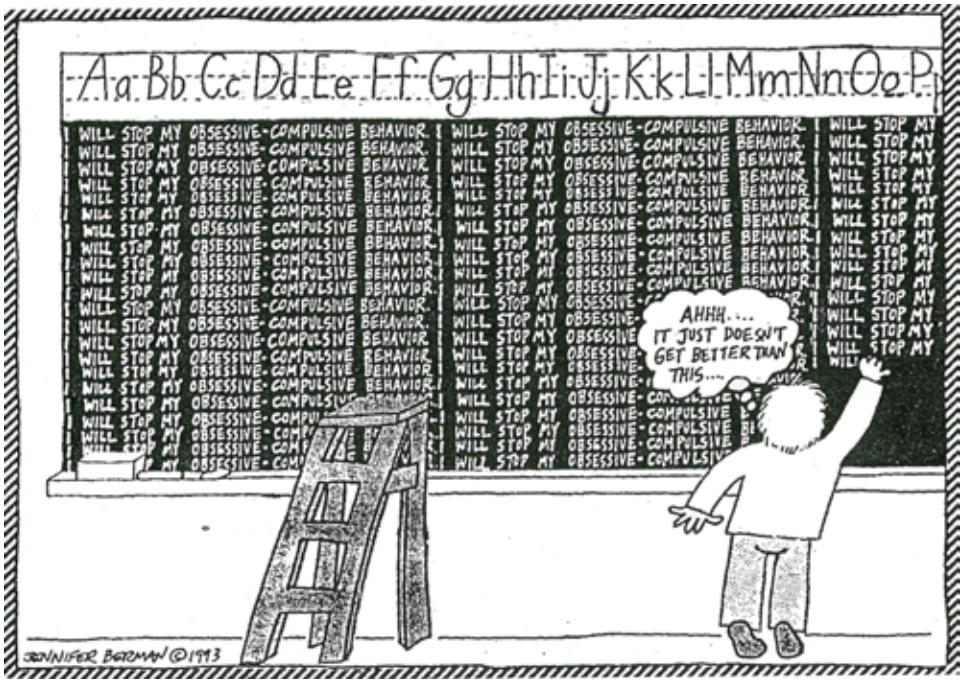
Bernice bir bulaşma korkusuna takıntılıydı, babasının pnömoniden ölümüne belirsiz biçimde bağlı bir korku. Aslında o her şeyden korktuğunu söylüyordu, çünkü mikroplar her yerde olabilirdi ama özellikle tahtaya, çizik nesnelere, mektuplara, konserve kutularına ve parlak parçacıklara dokunurken çok korkuyordu. Parlak parçacık derken bir tebrik kartındaki simler, parlak cisimler ve gümüş eşyalar kastediliyordu. Bernice niye özellikle bu nesnelerin olası bulaşma kaynakları olabileceğini açıklayamıyordu.Rahatsızlığını azaltmak çabasıyla uyanık kaldığı zamanların neredeyse tümünde çeşitli kompulsif törensel davranışlar yapıyordu. Sabahları 3-4 saatini banyoda geçiriyordu, tekrar tekrar yıkanıyordu. Aralarda sabunun üstündeki artıkları arındırıyordu ki mikroplardan temizlensin... Yemekler de dört saat kadar sürüyordu. Bernice törensel davranışlarını yapıyordu- bir seferde 3 parça yiyecek yeme, her birini ağzında üçyüz kere çiğneme gibi. Bu aşamalar yiyeceklerini "sihirli biçimde" kirlilikten arındırma anlamına geliyordu. Hatta bu yemek törenlerine Bernice'in kocası da bazen katılıyor ve sıcak

su aletini ya da donmuş sebzeleri onun başının üstünde mikroplarını gidermek için sallıyordu. Bernice'in törensel davranışları ve bulaşma korkusu yaşamını nerdeyse hiçbir şey yapamayacak derecede kısıtlamıştı. Evden çıkamıyordu, ev işi yapamıyordu ya da telefonda bile konuşamıyordu.

Obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), çok sıkıntı yaratan ve gündelik işlevleri kısıtlayan, aklın ısrarlı ve kontrol edilemeyen düşüncelerle dolduğu ya da kişinin bazı davranışları tekrar tekrar yapmaya zorunlu hissettiği bir kaygı bozukluğudur. Obsesif-kompulsif bozukluk toplumun yüzde 2 ile 3'ünü etkilemektedir ve kadınlarda görülme olasılığı erkeklere göre daha yüksektir (Karno ve Golding, 1991). Genellikle, hamilelik, doğum, aile çatışması, işte güçlükler gibi stres yaratan bir olaydan sonra erken yetişkinlikte başlar (Kringlen, 1970). Erken başlangıç erkeklerde daha sık gözlenir ve kontrol etme kompulsiyonları şeklindedir; geç başlangıç kadınlarda daha sıktır, temizlik kompulsiyonları tarzındadır (Noshirvani ve ark., 1991). Depresyon dönemi sırasında, hastalar bazen obsesif-kompulsif bozukluk geliştirebilirler ve obsesif-kompulsif hastaların çoğunun anlamlı derecede depresyonu vardır (Rachman ve Hodgson, 1980). Ayrıca obsesif-kompulsif bozukluk diğer kaygı bozukluklarıyla, özellikle panik ve fobilerle (Austin ve ark., 1990) ve çeşitli kişilik bozukluklarıyla (Baer ve ark., 1990; Mavissikalian, Hammen ve Jones, 1990) birlikte görülür.

Obsesyonlar davetsiz olarak akla gelen girici, tekrarlayan düşünceler, itkiler ve imgelerdir. Bunları yaşayan kişilerce, kontrol edilemez ve akla aykırı olarak algılanırlar. Bir çoğumuz benzer deneyimleri geçici olarak yaşarken, Bernice vakasında da gördüğümüz gibi, obsesif bireyler bu deneyimleri günlük yaşam işlevlerini bozacak düzeyde güçlü ve sık biçimde yaşarlar. Klinik olarak en sık gözlenen obsesyonlar; bulaşma korkusu, cinsel ya da öfke dolu tepkiler göstermeye ilişkin korkular ya da bedensel fonksiyonların bozulmasına ilişkin hipokondriyak korkulardır (Jenike, Baer ve Minichiello, 1986). Obsesyonlar aşırı şüphecilik, erteleme ve kararsızlık gibi görünümler de alabilmektedir.

Kompulsiyon, sıkıntıyı azaltmak ya da bir felaketin olmasını önlemek için kişinin yapmaya zorunlu hissettiği tekrarlayıcı davranıştır. Davranışın o anki görünen amacıyla gerçekçi bir bağlantısı yoktur ya da açık bir biçimde aşırıdır. Bernice'in her lokmayı 300 kez çiğnemeye ihtiyacı yoktur. Genellikle bir davranışı sürekli olarak yineleyen bir birey, bu eylemi yerine getirmediği zaman olacak korkunç sonuçlardan korkmaktadır. Bir davranışın toplam yinelenme frekansı çok şaşırtıcı olabilir. Sıklıkla, kompülsiyonlar, temizlik ve düzenle ilgilidir, bunlar bazen saatler, hatta günün büyük bir kısmını alan törenlerle; kahverengi olan şeyler gibi belirgin eşyalardan kaçınmakla; sayı saymak, bazı sayıları söylemek, uğurlu eşyaya ya da bedenin bir yerine dokunmak gibi tekrar edici sihirli ön-



Makbet'in ünlü sahnesi, el yıkamayı içeren bir kompulsiyonu sergilemekte.

lemlerle; kapı kapama, elektrik, ocak söndürme gibi yaptığı bir şeyin yedi, sekiz defa üzerinden gidip kontrol ederek gerçekleştirilir. Bazen kompülsiyonlar yemek yeme gibi bir işi çok ağır yapma şeklini alır.

İnsanların, kompulsif kumarbaz, kompulsif içici, kompulsif yiyici olarak adlandırdıklarını duyuyoruz. Bu kişiler yemek yeme, içki içme, kumar oynamayla ilgili, karşı koyamadıkları bir itilmeyi anlattıkları halde, klinik olarak bu davranışlar kompülsiyon olarak kabul edilmez çünkü egoya yabancı değildirler ve zevk verici olarak algılanırlar. Gerçek bir kompülsiyon bireyce kişiliğine yabancı olarak görülür. Örneğin, Stern ve Cobb (1978), kompulsif hasta örneklemlerinin yüzde 78'inin kompulsiyonlarını durduramasalar bile "saçma ve garip" bulduklarını bildirmişlerdir.

Obsesif-kompulsif bozukluğun sıklıkla rastlanan sonucu insanlarla olan ilişkiyi, özellikle aileyle ilişkilerini olumsuz olarak etkilemesidir. Her on dakikada bir karşı koyamadığı bir ihtiyaçla ellerini yıkayan, geçtikleri her kapının koluna dokunan ya da banyo karolarını her seferinde sayanlar eşlerde, çocuklarda, arkadaşlarda ve meslektaşlarda kaygıya ve bazen de kızgınlığa yol açar. Kişinin yaşamındaki önemli kişilerce hissedilen kızgınlık, bir düzeyde onların da elinde olmadığının hissedilmesiyle suçluluk duygularıyla karışır. Son olarak, başkalarının üzerindeki istenmeyen etkilerin, obsesif-kompulsif kişide depresyon duyguları ve genellenmiş kaygıda artma gibi farklı sonuçları olabilir. Bu da kişisel ilişkileri daha da zedeleyebilir. Bu nedenlerden dolayı, aile terapistleri (Hafner, 1982; Hafner ve ark., 1981) obsesif-kompulsif bozukluğun bazen evlilik sorunlarıyla iç içe olduğunu ve evlilik çatışmasının yerine geçtiğini ileri sürmüşlerdir. Bu spekülatif hipotez, terapistlerin bireysel tedavi yanında çiftin de ele alınmasını düşünmeleri gerektiğine dikkat çekmektedir.

OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUĞUN ETİYOLOJİSİ

PSİKANALİTİK KURAM

Psikanalitik kuramda obsesyonlar ve kompülsiyonlar benzer olarak kabul edilir. İkisi de katı tuvalet eğitimi sonucunda kontrol edilemeyen cinsel ya da saldırgan dürtüsel kuvvetlerin sonucudur. Böylece kişi anal dönemde saplanmıştır. Gözlenen belirtiler, id ve savunma mekanizmalarının çatışmasının sonucunu temsil eder; bazen idin saldırgan dürtüleri, bazen de savunma mekanizmaları öne geçer. Örneğin, öldürme düşünceleri ön planda olduğu zaman id kuvvetleri başattır. Ancak çoğunlukla gözlenen belirtiler, kısmen başarılı olmuş savunma mekanizmalarını yansıtır. Örneğin, anal dönemde saplanmış olan bir kişi karşıt tepkiler (reaksiyon formasyon) geliştirerek kirletme dürtüsünü aşırı düzenli ve temiz olarak engeller.

Alfred Adler (1931) kendi kuramı çerçevesinde obsesif-kompulsif bozukluğu, ana babaların aşırı hükmediciliği sonucunda yeterlik duygusu geliştirememelerinden doğan bir patoloji olarak görmüştür. Aşağılık duygularıyla yüklü olan bu kişiler, bilinç dışında, kendilerini yeterli hissedecekleri ve kontrol edebilecekleri bir alana sahip olabilmek için kompulsif ritüellere başvururlar. Adler, kompulsif davranışların kişiye yalnızca karalamalar yapmak olsa da, bir şeye tümüyle hakim olma duygusu verdiğini öne sürmektedir.

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI KURAMLAR

Davranışçı görüşe göre, obsesif-kompulsif bozukluk sonuçlarının pekişmesiyle öğrenilen davranışlardır (Meyer ve Chesser, 1970). Korkuda azalma, sonuçlardan biridir. Örneğin, kompulsif el yıkama, kirlenme ve mikrop bulaşması obsesyonlarını azaltan edimsel bir kaçma davranımı olarak düşünülür. Benzer şekilde, kompulsif kontrol etme, böyle bir kontrol olmasaydı olabilecek felaketlerle ilgili kaygıyı azaltmaktadır. Kendini bildirim ölçekleri (Hodgson ve Rachman, 1972) ve psikofizyolojik (Carr, 1971) tepkilerle değerlendirilen kaygı gerçekten de kompulsif davranışlar sonucunda azalmaktadır. Ancak araştırmalar bütün kompulsif davranışların kaygıyı aynı derecede azaltmadığını göstermektedir. Rachman ve Hodgson (1980) temizleme kompülsiyonu olan hastaların kontrol kompulsiyonları olanlara kıyasla kaygılarını daha fazla azaltabildiklerini bildirmişlerdir. Yine de kaygıda azalma, obsesyonları açıklayamamaktadır. Tıpkı normallerde korkunç bir film gibi stres verici bir uyarıcıyla ilgili düşüncelerin akla gelmesinin kaygıyı arttırdığı gibi (Horowitz, 1975), obsesif- kompulsif hastaların obsesyonları da kaygıyı arttırmaktadır (Rabavilas ve Boulougouris, 1974).

Sher, Frost ve Otto'nun bir çalışmasında (1983), yapılan davranışı hatırlama güçlüğü (ocağı söndürdüm mü?) ve gerçeklik ve imgelem arasındaki ayrım yapma güçlüğü (sadece ocağı söndürdüğümü *imgelemiş olabilirim)* çekenlere yönelik bir kompulsif kontrol etme ölçeğinden yüksek puan alan üniversite öğrencilerine bunu test etmek için bilişsel görevler verilmiştir (Bunlar iki özel hafıza problemi türüdür ve genel olarak OKB hastalarının bunlar dışında bir hafıza problemi yoktur). Her iki örnekte de, kişi ocağı söndürüp söndürmediğini kontrol ederek belirsizliği azaltmaya çalışır. Sonuçlar ilk hipotezi desteklemektedir. Kompulsif kontrol ediciler önceki hareketi hatırlama konusunda yetersizdirler. İkinci hipotez aynı derecede desteklenmemiştir. Son zamanlarda yapılan araştırmalar da, OKB hastalarının önceden imgeledikleri uyaranla gördükleri uyaranı ayırt etme konusunda normallerden daha kötü olmadıklarını göstermektedir (Brown ve ark., 1994). Psikiyatrik hastaları denek olarak kullanan tekrar araştırması da kompulsif kontrol ölçeğinde yüksek puan alanların kendilerine ait yakın zamandaki davranışları hatırlamakta yetersiz kaldıklarını göstermiştir (Sher ve ark., 1989). Bu çalışmalar, bir kompülsiyon türünü en azından belirli bir hafıza problemi olarak anlamak açısından ve bilişlerin temel deneysel araştırmalarından türetilen bir işlemle bu hipotezi test ettikleri için önemlidir.

O halde obsesif düşünceleri nasıl açıklayabiliriz? İlk önce Rachman ve DeSilva (1978) normal kişilerin de zaman zaman içerikleri obsesyonlara benzeyen istenmeyen düşünceleri olduğunu göstermişlerdir (Parkinson & Rachman, 1981). Ancak normal insanlar bunlara katlanabilir ve akıllarından çıkarabilirler. Ancak obsesif kişilerde bu düşünceler ön plandadır ve büyük endişe uyandırır, belki de bunun nedeni çocukluk deneyimlerinin bazı düşüncelerin tehlikeli ya da kabul edilemez olduğunu öğretmesi olabilir. Obsesif kişi aktif olarak bunları bastırmaya çalışır, sonuç pek de iyi değildir.

Wegner ve arkadaşları (1987) insanlardan bir düşünceyi bastırmaları istendiğinde ne olduğunu incelemişlerdir. İki grup üniversite öğrencisinden beyaz ayıyı düşünmeleri ya da düşünmemeleri istenmiştir. Bir grup beyaz ayıyı düşünmüş ve sonra düşünmemeleri istenmiş; diğer grup ise tersini yapmıştır. Düşünceler deneklerin düşünceleri yüksek sesle söylemeleri ve de beyaz ayı düşüncesi geldiğinde zil çalmalarıyla ölçülmüştür. İki sonuç ilgi çekicidir. Birincisi, bastırmaya çalışmanın her zaman başarıyla sonuçlanmadığıdır. İkincisi, beyaz ayıyı başlangıçta bastırmaya çalışan grupta bastırma şartı bittiği zaman daha sıklıkla düşüncenin akla geldiğidir. Bir düşünceyi bastırmaya çalışmanın o düşünceyle aşırı uğraşa yol açması gibi paradoksal bir etkisi olabilir. Ayrıca, hoşa gitmeyen düşünceleri bastırmaya çalışma aşırı duygusal durumlarla ilişkilidir ve böylece bastırılmış düşünce ve duygu arasında kuvvetli bir ilişkiye yol açar. Birçok bastırma denemesinden sonra şiddetli bir duygu, düşüncenin geri dönmesine ve olumsuz duygu durumun artmasına neden olur (Wenzlaff, Werner ve Klein, 1991). Sonuç kaygının artmasıdır.

BİYOLOJİK ETKENLER

Ensefalit, kafa yaralanmaları, ve beyin tümörlerinin obsesif-kompulsif bozukluğun gelişmesiyle ilişkisi gösterilmiştir (Jenike, 1986). Beynin böyle bir travmaya maruz kalmış olabilecek iki bölümü ilgi alanının odağını oluşturur. Bu bölümler; frontal lob ve kuyruk, puta-men globus pallidus ve amigdaladan oluşan basal gangliadır. Yapılan PET taraması (Positron

Emisyon Tomografisi) çalışmaları OKB'li hastaların frontal loblarında artan bir hareketlilik olduğunu göstermiştir. Bu hareketlilik belki de bu hastaların kendi düşünceleri ile aşırı uğraşmalarının bir yansımasıdır. Motor davranışların kontrolüyle ilintili olan basal ganglia üzerindeki ilgi de, OKB ile Tourette Sendromu arasındaki ilişki kadar, bu beyin bölümü ile kompulsiyonların ilişkisinden kaynaklanmaktadır. Tourette Sendromu, motor ve vokal tiklerle kendini belli eden ve basal gangliadaki bozulmalarla ilintili olan bir bozukluktur. Tourette Sendromlu hastalar genellikle OKB'ye de sahiptirler (Rauch ve Jenike, 1993). Bu iki beyin bölgesinin önemini destekleyen bir çalışma da Rauch ve arkadaşlarının (1994) çalışmasıdır. Araştırmada Rauch ve arkadaşları, OKB'li hastaları, çöp bulaşmış eldiven ya da kilitli olmayan bir kapı gibi o hastalara özgü uyaranlara maruz bırakmışlar ve böylece de OKB semptomlarını tetiklemişlerdir. Frontal lobda ve basal ganglianın bazı kesimlerinde kan akışında bir artış gözlenmiştir.

Nörokimyasal etkenler üzerindeki araştırmalar serotonin üzerinde yoğunlaşmıştır. Daha sonra açıklayacağımız gibi, serotonin geri alımını ketleyen antidepresanların OKB tedavisinde işe yaradığı kanıtlanmıştır (Pigott ve ark., 1990). Bu ilaçlar serotonin nöronlarındaki sinaptik geçişi kolaylaştırdığından, OKB'nin serotonin düzeyinin düşük olması ya da reseptör sayısının azlığı ile ilintili olabileceği açıklaması en genel yorum olacaktır. Ancak henüz bu düşünceleri sınayan araştırmalar beklenen sonuçları vermemiştir. Örneğin, serotonin reseptörünü uyaran ilaçlarla yapılan araştırmalar, bu ilaçların OKB semptomlarını azaltmak yerine artırabildiğini de göstermiştir (Bastani, Nash ve Meltzer, 1990; Hollender ve ark., 1992). OKB'nin oluşumuna dair bir diğer olası açıklama da, OKB'nin serotoninle ilintili bir diğer nörotransmitter sistem yüzünden ortaya çıktığı, antidepresanlardan etkilendiği zaman da serotoninin, terapötik etkinin gerçekleştiği asıl alan olan bu sistem üzerinde değişikliklere neden olduğuna ilişkin açıklamadır (Barr ve ark., 1994). Dopamin ve asetilkolin, OKB'nin oluşumunda önemli rol oynadığı iddia edilen serotoninle ilintili transmiterler olarak öne sürülmektedir (Rauch ve Jenike, 1993).

Ayrıca OKB'de kalıtsal katkıların da bulunabileceğine ilişkin bazı kanıtlar vardır (Carey ve Gottesman, 1981). OKB'li hastaların birinci derecede akrabalarında kaygı bozukluklarının görülme sıklığı yüksektir (McKeen ve Murray, 1987). Lenane ve arkadaşları (1990), OKB'lilerin birinci dereceden akrabalarının yüzde 30'unda da OKB görüldüğünü bulmuşlardır. Biyolojik etkenlerin, insanlarda OKB gelişimine yatkınlığa neden olabileceğini kesin olarak söylemek için erken olsa bile, önümüzdeki yıllarda biyolojik yatkınlığa ilişkin araştırmaların artacağını bekleyebiliriz.

OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUĞUN TEDAVİLERİ

Obsesif-kompulsif bozukluk psikolojik sorunlar içinde tedavisi en güç olanlardandır. Obsesif-kompulsif bozukluğun psikanalitik tedavisi fobi ve genellenmiş kaygıdaki tedaviye benzer. Diğer bir deyişle, bastırmanın kaldırılması ve hastanın gerçek korkusuyla yüzleşmesiyle itki doyurulacaktır. Girici düşünceler ve karşı koyması güç davranışlar terapötik değişme için uygun hedefler değildir. Çünkü onlar egoyu bastırılmış çatışmadan korumaktadır. Psikanalitik işlemler, obsesif-kompulsif bozukluğun tedavisinde etkili değildir. Bu kısıtlılık bazı analistlerin daha aksiyona yönelik davranışçı yaklaşımları benimsemelerine ve analitik anlayışı, davranışçı işlemlere daha uygun olacak bir şekilde kullanmalarına yol açmıştır (Jenike, 1990). Örneğin Salzman (1980) serbest çağrışımın hastanın obsesyonlarını beslediğine dikkat çekmekte ve analistin tartışmaları yönlendirmede daha direkt olması gerektiğini önermektedir. Çoğu obsesif hastada gözlenen kararsızlığın, herhangi bir işe başlamadan önce onu doğru yapmayı garantileme gereksiniminden kaynaklandığını ileri sürmektedir (Salzman, 1985). Bu nedenle hastaların belirsizliği ve gerçekte hiçbir şeyin tam belirli ve kontrol edilebilir olmadığını tolere etmeyi öğrenmeleri gerekmektedir. [2]Aynı zamanda analistin, hastayı kompulsif davranma ego savunmasını bırakması için yüreklendirmesini önermektedir. Ancak tedavinin temel amacı bilinç dışı belirleyiciler hakkında iç görü kazanmaktır.

Kompulsif ritüellerde en sık ve genellikle kabul edilen tedavi yaklaşımı İngiltere'de Victor Meyer'in (1966) öncülüğünü yaptığı davranışın engellenmesiyle beraber maruz bırakma yönteminin kullanılmasıdır (Rachman ve Hodgson,

[2]*Obsesif kompulsif kişinin burada hipotezlenen gereksinimi akılcı duygusal yaklaşımın da yararlı olabileceğini önerse hata etmez. Kişi asla hata yapmayacağı bir mantıkdışı inanca demirlemiş olabilir. OKB ye akılcı duygusal tedavinin uygulandığı nadir bir klinik denemede, Emmelkamp, Visser ve Hoekstra (1988), gerçek yaşamda tepki önleme tedavisi ile kıyaslandığında Ellis'in tedavisinin başarılı olduğunu ve depresif duygu durumunu azaltmada da katı davranışçı tedaviye üstün olduğunu bulmuştur.*

1980). Bu yaklaşımda hastanın kompulsif davranışı ortaya çıkaran durumlarla yüzleşmesi-kirli bir tabağı ellemek gibi- ve her zaman yaptığı şeyi-elini yıkamak gibi- yapmamasını içermektedir. Bunun altında yatan sayıltı şöyle özetlenebilir; törensel davranışlar (ritüeler), sandalyedeki toz gibi herhangi bir çevresel uyarıcı ya da olay tarafından uyarılan kaygıyı azaltmaktadır ve bu davranışı engelleme hastayı kaygı uyaran uyarıcıyla karşı karşıya getirir, böylece de kaygının sönmesini sağlar. Kontrollü çalışmalar (Duggan, Marks ve Richards, 1993; Foa ve ark., 1985; Stanley ve Turner, 1995), bu yöntemin çocuklar ve ergenler de (March, 1995) dâhil olmak üzere, OKB'li hastalarda kısmen de olsa etkili olduğunu göstermiştir.

Bazen obsesif-kompulsif ritüellerin kontrolü ancak hastanede mümkün olabilir. Kompulsiyonların tedavisinde tanınmış davranışçı uzman Victor Meyer (1966) Londra'daki Middlesex Hastanesinde kontrollü bir ortam yaratmıştır. Çalışanlar, hastaların törensel davranışlarını yapmalarına engel olacak şekilde eğitilmiştir. Tedavinin ev dışına genellenebilmesi için ev halkının da tedaviye katılımı gerekmektedir. Onları bu çalışmaya hazırlamanın temel görev olmadığını, beceri kazandırma ve bakım vermenin ötesinde belirli davranışçı teknikler kullanıldığını söylemek yeterlidir.

Kısa dönemde bu kısıtlamalar oldukça zordur ve hastaların çoğunun hoşuna gitmez. Vak'aların yüzde 25'i bu nedenle tedaviyi reddeder (Foe ve ark., 1985). Tedavi almayı reddetme ve yarıda bırakma OKB'ye yönelik müdahalelerde bilindik sorunlardır (Jenike ve Rauch, 1994). OKB hastaları, ertelemeye, değişimden korkmaya ve başkalarının kendilerini kontrol etmeleri durumuna aşırı hassasiyet gösterme eğilimindedirler. Açıkça itiraf edilmelidir ki bütün bu özellikler davranışçı terapi gibi manipülatif yöntemlerde beklenebilecek sorunlardır.

Depresyon tedavisinde sıklıkla kullanılan (Bölüm 10'a bakınız) seretonin geri alım inhibitörleri ve trisiklikler sıklıkla obsesif-kompulsif hastalar için kullanılır. İki çeşit ilaçla da iyi sonuçlar alınmıştır (Jenike, 1986). Bu güne kadar yürütülmüş olan en geniş çaplı araştırmada (Klomipramin Çalışma Grubu, 1991) çift, kör bir desenle klomipramin plasebo ile karşılaştırılmış ve etkili olduğuna dair kanıtlar bulunmuştur. Diğer taraftan, imipraminin depresyonda olan obsesif-kompulsif hastalarda davranış engellenmesi tedavisiyle sağlanan yararları arttırıp arttırmadığının araştırıldığı bir çalışmada, ilacın eklenmesinin obsesif-kompulsif belirtilerde bir etkisinin olmadığı ancak depresyonu azalttığı bulunmuştur (Foa ve ark., 1992). Bu bulgu obsesif-kompulsif hastalarda gözlenen depresyonun ikincil olduğunu ya da obsesif-kompulsif belirtilerin sonucu olarak geliştiğini düşündürmektedir. Bir başka çalışmada, obsesif-kompulsif bozuklukta klomipraminin etkisinin kısa vadeli olduğu bulunmuştur. İlacın kesilmesiyle davranış engellenmesine kıyasla nüksetme oranının yüzde 90 olduğu bulunmuştur (Pato ve ark., 1988).

Araştırmalar, fluoxetine (Prozac) gibi serotonin geri alım inhibitörleri alan hastalarda bir miktar düzelme olduğunu göstermiştir. Ancak trisikliklerde olduğu gibi tedavide alınan yol azdır ve ilaçlar bırakıldığında belirtiler geri gelmektedir (McDougle ve ark., 1994). Ayrıca bu ilaçların doğrudan OKB'ye mi yoksa OKB ile ilişkili depresyona mı etki ettiği de henüz belirgin değildir (Barr ve ark., 1994; Tollefson ve ark., 1994).

Fluksatin ve davranış engellenmesini karşılaştıran bir çalışmada (Baxter ve ark., 1992) ikisinin de tedavide etkili olduğu durumlarda iyileşmenin beyin işlevleriyle, yani aşırı aktivitesi OKB ile ilgili olan *caudete necleusda* metabolik aktivitenin azalmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca, PET'le ölçülen beyin aktivitesindeki değişiklik yalnızca klinik olarak düzelme gösteren hastalarda bulunmuştur. Bu çeşit bulgular, birbirinden çok farklı olan tedavilerin etkili olmalarının benzer nedenlere, değişik yollardan beyni etkilemelerine bağlı olduğunu düşündürmektedir. Baxter ve arkadaşlarının çalışmasında olan bir desen sorunundan da söz etmeliyiz. Bu araştırmada hastalar gruplara tesadüfi olarak değil, hastaların tedaviyi tercihlerine göre ayrılmışlardır. Görüşümüze göre, bu hata bulguları geçersiz kılmamakta ancak iki grubun karşılaştırılmasında eşitliğin sağlanmasını bozmaktadır. Tedavi sonrası PET taramada ilaç grubundaki hastalar hâlâ ilaç almaya devam ediyorlardı. Hâlbuki davranış tedavisindeki hastalarda davranışı engelleme tedavisi devam etmiyordu.

Obsesif-kompulsif bozukluklarda bazen beyin ameliyatının uygulanması ancak, ruh sağlığı alanında çalışanların ve onlardan da çok hastaların ümitsizliğiyle açıklanabilir. Şu anda kullanılan işleme *singulatomi* denmektedir ve *corpus callosum*'un yakınında *singulum*'daki beyaz maddenin iki, üç santimetresini tahrip etmeye dayalı bir işlemdir. Bir değerlendirme-

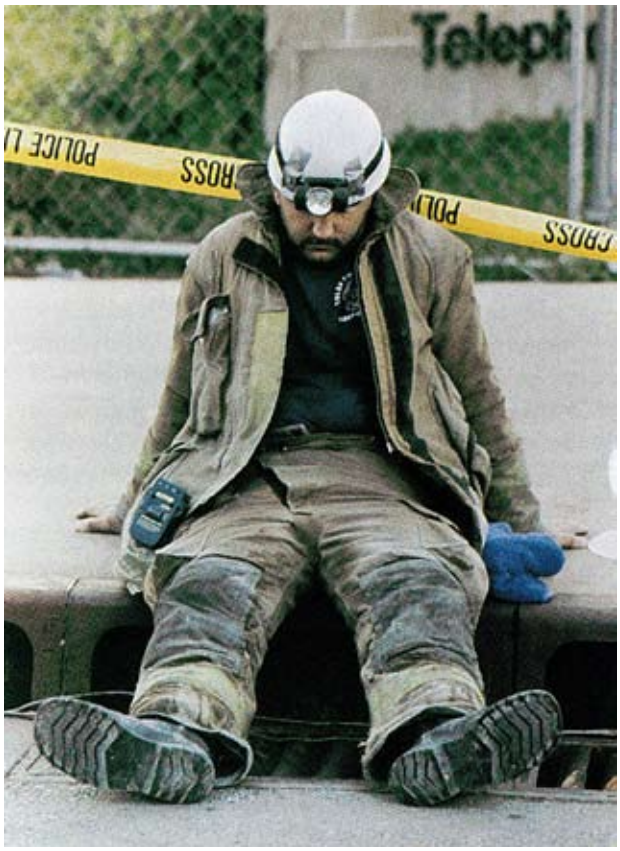
de 18 vakanın 5'inde görüldüğü (Baer ve ark., 1995) gibi, bir miktar klinik ilerleme görülmesine rağmen, kalıcı ve nasıl işlediği tam bilinmeyen bu yöntem haklı olarak başvurulacak son çare olarak düşünülmektedir.

Genel olarak tedavi yöntemi ne olursa olsun, obsesif-kompulsif hastaların pek azı tam olarak iyileşirler. Bir çok tedavi yöntemiyle sağlanan ilerlemeler önemli olabilir ancak obsesif-kompulsif eğilimler, daha iyi kontrol edilip yaşamı daha az etkileseler de, belli düzeyde varlıklarını sürdürürler (White ve Cole, 1990).

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU

Yirmi yedi yaşında şarkıcı olan bir kadın arkadaşı tarafından değerlendirmeye gönderilmişti. Sekiz ay önce erkek arkadaşı ile bir saldırıya uğramış kendisi zarar görmeden kaçabilmiş ancak erkek arkadaşı bıçaklanmış ve ölmüş. Bir yas sürecinin ardından her zamanki durumuna dönmüş, polise araştırmasında yardım etmiş ve ideal bir görgü tanığı olarak değerlendirilmişti. Bununla birlikte bir adamın cinayet suçlamasıyla tutuklanmasından kısa bir süre sonra hasta tekrarlayan kâbuslar görmeye başlamış ve suçun işlendiği geceye ilişkin çok canlı hatırlamalar yaşamaya başlamıştı. Rüyalarında sıklıkla kan görüyor ve kendini uğursuz pelerinli figürlerin izlediğini imgeliyordu. Gündüz özellikle de bir yere yalnız yürürken sıklıkla hayaller içine kayıyor ve nereye gittiğini unutuyordu. Arkadaşları, onun kolayca irkildiğini ve zihninin meşgul göründüğüne dikkat etmişlerdi. Parasının üzerini ya da aldığı şeyleri dükkânda bırakıyordu veya beklerken ne almaya geldiğini hatırlayamıyordu. Huzursuz bir biçimde uykuya dalıyor ve işine konsantrasyonu düşük olduğundan sorun yaşıyordu. Giderek arkadaşlarından uzaklaştı ve çalışmaktan da kaçınmaya başladı. Tam olarak neden olduğu açık olmasa da, erkek arkadaşının katledilmesiyle ilgili önemli oranda suçluluk hissediyordu (Spitzer ve ark., 1981. s. 17)

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), ilk defa DSM-III'e (1980) bir tanı grubu olarak eklenmiştir. Büyük bir stres karşısında, artmış kaygı, travmayla ilgili uyarıcılardan kaçınma ve duygusal tepkilerin azalması gibi aşırı tepkileri yansıtır. Daha önceden de savaş stresinin askerler üzerinde güçlü ve rahatsız edici etkilerinin olduğunun bilinmesine rağmen, Vietnam savaşı bu yeni tanı grubunun oluşmasında etkili olmuştur. DSM'deki diğer bozukluklar gibi, TSSB de belirti kümeleriyle tanımlanır. Ancak diğer bozukluklarda kapsanmamasına rağmen, olası etiyoloji de tanı ölçütlerinde yer almaktadır. Etiyolojik faktörler kişinin doğrudan



Diğer teşhislerden farklı olarak TSSB, kendi nedeni olan travmatik olayı, açıklamasında taşır. Oklahoma şehrindeki bombalama olayında çalışan bu adam gibi kurtarma görevlileri, TSSB geliştirme riski altında olabilirler.

yaşadığı, şahit olduğu, öğrendiği ya da fiziksel bütünlüğünü tehdit edici olaylardır. Bu olaylar, ölüm ya da ölüm tehdidi, ciddi yaralanma ya da fiziksel bütünlüğe ciddi bir tehdit şeklindedir. Olay yoğun korku, dehşet ya da çaresizlik hissi yaratmalıdır. DSM'nin önceki basımlarında travmatik olay "insan deneyiminin menzili dışında" şeklinde nitelenmiştir. Bu tanım da çok kısıtlıydı, çünkü otomobil kazaları gibi olaylardan sonra TSSB tanısını devre dışında bırakıyordu. Şimdiki genişletilmiş açıklama da çok kısıtlı olabilir, çünkü olayın öznel anlamı çok daha kritik olabilmesine rağmen, olayın nesnel özellikleri üzerinde odaklanmaktadır (King ve ark., 1995). Bu konuyu, Bölüm 14'te bir tecavüzün sonuçlarının bir parçası olarak, TSSB'yi yeniden ele aldığımızda tekrar gözden geçireceğiz.

DSM-IV'de yeni bir tanı grubu olan **akut stres bozukluğu,** travma sonrası stres bozukluğundan farklıdır. Travmaya maruz kalan hemen hemen herkes, bazen de oldukça şiddetli stres yaşar. Bu normaldir. Eğer stres kaynağı sosyal ya da mesleki işlevsellikte bir bozulmaya neden olursa, akut stres bozukluğu tanısı konur. İnsanların yaklaşık yüzde 60'ı, ilk bir ay içerisin-

de akut stres bozukluğunu yenmekte ve yaşamlarına TSSB olmaksızın devam etmektedirler.

Stresin, önemli bir nedensel faktör olarak DSM'ye sokulması genel bakış açısında önemli bir değişikliğe işaret eder, çünkü geçmişlerine bakmaksızın bireylerin üstesinden gelemeyecekleri felaket türü (katastrofik) olaylarla karşılaşmalarının onları olumsuz olarak etkileyeceği ve diğer bozukluklardan ayırt edilmesi gereği resmen kabul edilmiştir. Söze dökülmese de, eğer daha sağlam olsaydı bir şey olmazdı sonucuna varma yerine, travmatik durumların etkisi şimdi resmen kabul görmektedir (Haley, 1978). Ancak, bu yeni ölçütün eklenmesi üzerine farklı görüşler vardır. Travmatik olayla karşılaşan birçok kişi TSSB geliştirmez. Örneğin, yakın geçmişte yapılan bir araştırmada, fiziksel yaralanmalara kadar giden bir travmatik olayı yaşayan insanların sadece yüzde 25'i TSSB geliştirmiştir (Shalev ve ark., 1996). Buradan TSSB'nin tek nedeninin başlı başına olayın kendisi olamayacağı sonucunu çıkarabiliriz. Yeni çalışmalar, ciddi stres yaşantıları deneyimleyen insanlardan TSSB geliştiren ve geliştirmeyenler arasındaki farkı araştırmaya doğru yönelmiştir.

TSSB'nun belirtileri üç temel kategoride toplanmıştır. Tanı koyabilmek için her kategorideki belirtinin en az bir ay sürmesi gerekir.

1. Travmatik olayı tekrar yaşamak. Olay sıklıkla hatırlanır ve onunla ilgili kâbuslara sıklıkla rastlanır. Olayı sembolize eden uyarıcılara (örneğin, gök gürlemesinin bir gaziye savaş alanını hatırlatması gibi) ve belli olayların yıl dönümlerine karşı aşırı duygusal tepki gösterilir. Bu rahatsız edici belirtinin laboratuarda incelendiği bir araştırmada McNally ve arkadaşları (1990), TSSB olan ve olmayan Vietnam gazilerine Stroop testi uygulamışlardır. Bu testte denekler farklı renklerde yazılmış kelimeler görürler. Denekten kelimeyi değil rengini olabildiğince çabuk söylemesi istenir. Bazı kelimelerin içeriğinden dolayı, tepkinin yavaşlamasıyla ölçülen bozulma gözlenir. Bu çalışmada farklı kategorilerden kelimeler seçilmiştir; nötr (örneğin, masa), olumlu (örneğin, sevgi), obsesif-kompulsif (örneğin, kir), TSSB (örneğin, ceset torbası). TSSB'li gaziler yalnızca TSSB'li kelimelerde daha yavaştılar. Aynı etki, Foa ve arkadaşları (1991) tarafından tecavüze uğrayanlar üzerinde yapılan araştırmada da bulunmuştur. Benzer biçimde TSSB'li hastalar travmaları ile ilgili sözcükleri daha iyi hatırlamaktadırlar (Zertlin ve McNally, 1991).

Tekrar yaşamanın önemi küçümsenemez, çünkü diğer kategorilerdeki belirtilerin olası kaynağıdır. Aslında bazı TSSB kuramları, travmatik olayların var olan şemayla (kişinin dünya ile ilgili genel inançları) başarılı bir şekilde bütünleştirilememesine atfederek, bunu temel özellik olarak kabul ederler (örneğin, Foa, Zindbarg ve Rothbaum, 1992; Horowitz, 1986).

2. Olayla ilgili uyarıcılardan kaçınma ya da tepki verme düzeyinde azalma. Kişi bir travmayı düşünmemeye ya da onu akla getirecek uyarıcılardan uzak durmaya çalışır. Olayla ilgili amnezi bile olabilir. Tepki verme düzeyinde azalmayla; başkalarına ilgide azalma, boğuluyormuş duygusu ve olumlu duyguları hissedememe kastedilmektedir. Bu semptomlar 1'dekilerle çelişkilidir. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda oynamalar olur, kişi tekrar yaşama ve uyuşukluk arasında gidip gelir.

3. Artmış uyarılma belirtileri. Uykuya dalma ve uykuyu devam ettirme güçlükleri, dikkati toplayamama, aşırı uyarılmış olma durumu ve abartılmış irkilme tepkileri bu belirtileri oluşturur.

Vietnam Savaş Anıtı'nı ziyaret etmek, savaş gazileri için duygusal bir deneyimdir.

Laboratuvar çalışmaları, TSSB hastalarında savaş imgelerine karşı yükselmiş fizyolojik reaktiviteyi (örneğin, Orr ve ark., 1995) ve yüksek düzeyde irkilme belirtilerini (Morgan ve ark., 1996) göstererek klinik belirtileri desteklemişlerdir.

TSSB ile ilgili diğer belirtiler, kaygı, depresyon, kızgınlık, suçluluk, madde kötüye kullanımı (stresi azaltmak için kendilerinin aldığı ilaçlar), evlilik sorunları ve iş güçlükleridir (Bremner ve ark., 1996; Keane ve ark., 1992). İntihar düşünceleri ve planlarına sıklıkla rastlandığı gibi şiddet içeren olaylar, ve sırt ağrısı, baş ağrısı, mide bağırsak rahatsızlıkları gibi stresle ilgili psikofizyolojik reaksiyonlar da gözlenir (Hobfoll ve ark., 1991).

DSM, çocuklarda da TSSB olabileceğini ancak yetişkinlerden farklı şekilde görüldüğünü ileri sürmektedir. Uyku bozuklukları ve canavarlarla ilgili kâbuslara sıklıkla rastlanmakta, ayrıca o zamana kadar dışa dönük bir çocuğun aniden içine kapanması ve sessizleşmesi ya da sessiz bir çocuğun gürültücü ve saldırgan olması gibi davranış değişiklikleri gözlenebilir. Travmaya uğramış bazı çocuklar büyüyüp yetişkin olamayacaklarını düşünürler. Bunlara ek olarak, bazı çocuklar konuşma ve tuvalet terbiyesi gibi kazandıkları gelişimsel becerileri kaybederler. Önemli bir nokta da, küçük çocukların yetişkinlere nazaran olayla ilgili konuşmada daha fazla sıkıntı çektikleridir; hele bu olay cinsel ya da fiziksel bir taciz içeriyorsa.

Amerika Birleşik Devletleri'nde, TSSB'nin yaygınlık oranı % 1-3'tür (Helzer, Robins ve McEvoy, 1987). Bu, 2 milyonun üzerinde kişiyi temsil etmektedir. Bu oran fiziksel saldırıya uğramış sivillerde ve Vietnam'a giden askerlerde yüzde 3.5'a, Vietnam'da yaralananlarda yüzde 20'ye çıkmaktadır. Rothbaum ve arkadaşlarının (1992) tecavüze uğrayanlarla yaptığı araştırmada daha da yüksek oranlar bulunmuştur. Kadınlar tecavüze uğradıktan sonra on iki hafta boyunca haftada bir görülmüşlerdir. İlk değerlendirme sonunda % 94'ünün[3] TSSB ölçütlerini karşıladığı ve araştırmanın sonunda oranın % 47'ye düştüğü bulunmuştur. Detroit'deki geniş çaplı bir toplum çalışmasında, Breslau ve arkadaşları (1991) yetişkinlerin % 39'unun travmatik bir olay yaşadıklarını bulmuşlardır. Travmatik olay yaşayanların % 24'ünde TSSB gelişmiştir.

[3]*Bu kadınlar teknik olarak TSSB tanısı alamazlar, çünkü DSM, belirtilerin en az 1 ay devam etmesi gerektiğini belirtir.*

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNUN ETİYOLOJİSİ

TSSB için bazı risk faktörleri vardır. Breslau ve arkadaşlarının (1991) çalışmasında travmatik bir olayla karşılaşan kişilerde TSSB geliştirmek, kadın olma, aileden erken ayrılma, ailede ruhsal bozukluk ve halen geçirilmekte olan bir bozukluğun (panik bozukluğu, OKB, depresyon gibi) olmasıyla yordanmıştır. TSSB olasılığı travmatik olayın şiddetiyle artmaktadır; örneğin, savaş alanında bulunma süresi arttıkça, ailede başka ruhsal bozukluğu olan kişiler olsa da olmasa da TSSB oranı aynı kalmaktadır. Ancak ailede ruhsal hastalık mevcutsa kısa süreli savaşa maruz kalma bile yüksek oranda TSSB'ye yol açmaktadır (Foy ve ark., 1987). Travmaya verilen ilk tepki de belirleyicidir. Kaygı, depresyon ve dissosiyatif semptomların (depersonalizasyon, derealizasyon, amnezi ve bedenden ayrılma deneyimleri de dâhil) şiddeti arttıkça ileride TSSB geliştirme olasılığı da artmaktadır (Shalev ve ark., 1996).

TSSB'yi açıklamak amacıyla, hem psikolojik hem de biyolojik kuramlar ileri sürülmüştür. Öğrenme kuramına göre, bozukluğun korkunun klasik koşullanması olduğu varsayılır (Fairbank ve Brown, 1987; Keanne, Zimering ve Caddell, 1985). Örneğin, bazı tecavüz vak'alarında, kadın orada tecavüze uğradığı için daha önce hiç korkmadığı yerlerden korkmaya başlar. Klasik koşullanmış korkuya bağlı olarak kaçınmalar gelişir ve koşullu uyarıcının olmamasından dolayı korkunun azalmasıyla olumsuz olarak pekişir. Böylece, TSSB Mowrer'in (1947) yıllar önce ileri sürdüğü iki faktör kuramının adeta bir örneğidir. Bu görüşü (Foy ve ark., 1990) ve TSSB geçirenlerin hissettiği kontrol kaybını vurgulayan davranışçı bilişsel görüşü destekleyen yeni kanıtlar vardır (Chemtob ve ark., 1988, Foa ve Kozak, 1986).

Horowitz (1986; 1990) tarafından ileri sürülen psikodinamik görüşe göre travmatik olay kişinin zihninde sürekli olarak tekrarlanır ve o kadar acı verici olur ki, ya bilinçli olarak uzaklaştırılır (dikkati başka yöne çekerek) ya da bastırılır. Kişinin travmayı kendisi ve dünyayla ilgili varolan inanç sistemiyle bütünleştirebilmesi için bir iç mücadele yaşadığına inanılır.

İkizler üzerinde yapılan biyolojik araştırmalarda, TSSB için olası yeni bir tez ortaya konmuştur (True ve ark., 1993). Bunun da ötesinde, TSSB'nin biyolojik görüşüne göre travma noradrenerjik sisteme zarar vererek norepinef-

Andrew Kasırgası gibi doğal afetler TSSB İçin tetikleyici olabilirler. Sosyal destek, hastalığı geliştirme riskini azaltır.

rin düzeylerini yükseltir ve normallere kıyasla daha fazla duygusal tepki vermesine yol açar (Kristal ve ark., 1989; van Der Kolk ve ark., 1985). Hastanede yatan TSSB hastalarında, şizofreni ve duygu durum bozukluğu tanısı alanlardan daha yüksek düzeyde norepinefrin bulan Kosten ve arkadaşlarının (1987) bulguları da bu görüşü desteklemektedir. Ek olarak, noradrenerjik sistemin uyarılması TSSB hastalarının yüzde 70'inde panik ataklara, yüzde 40'ında da geriye dönüşlere (flashback) yol açmıştır, kontrol grubundaki katılımcıların hiçbirinde ise bu tür deneyimlere rastlanmamıştır (Southwick ve ark., 1993).

Şimdiye kadar TSSB kuramları travma sonrasında neden sadece bazı insanların TSSB geliştirdiklerini tam olarak açıklayamamıştır. Daha önce söz edildiği gibi, maruz kalan kişilerin kişisel özellikleri ya da yatkınlıkları ile ilgili bazı ipuçları ortaya çıkmaya başlamıştır. Bunlar, önceden bir rahatsızlığın, olması, ailede bir hastalık tarihçesinin olması ve aileden erken ayrılmadır. 1982 Lübnan savaşının İsrail'li gazileri ile yapılan bir çalışmada, TSSB'nin gelişiminin, hastaların yaptıkları hatalarda kişisel sorumluluk alma eğilimi ve sorunların kendisine odaklanmak yerine duygulara ("hissettiklerimi değiştirebilseydim keşke") odaklanmayla ilintili olduğu görülmüştür (Mikhliner ve Solomon, 1986; Solomon, Mikulincer ve Flum, 1988). Benzer biçimde, güçlü bir bağlılık duygusu ve kararlılık da, TSSB geliştiren ve geliştirmeyen Körfez Savaşı gazilerini birbirinden ayıran özelliklerdir (Sutker ve ark., 1995). Yüksek düzeyde bir sosyal destek, bozukluğun gelişme riskini azaltabilir. Andrew kasırgasına bağlı olarak travma yaşayan çocuklarda sosyal destek görme durumu TSSB geliştirme riskini azaltmıştır (Vernberg ve ark., 1996).

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNUN TEDAVİLERİ

Şimdiye kadar incelenen diğer kaygı ve fobilerde olduğu gibi, TSSB'nin tedavisinin anahtarı da kişiyi korku veren olayla maruz bırakmaktır. Bu ortak eğilimi, bu bozukluğun farklı tedavi biçimlerinde de göreceğiz. Ancak, olay adı üstünde travmatik olduğundan, söz konusu maruz bırakma gerçek bir maruz bırakmadan çok, bir tür imgeleme olarak yapılmaktadır. Ayrıca her tür maruz bırakmadan önce, terapistlerin, olayın niteliği ne olursa olsun tüm travmatik deneyimlerin tipik sonuçları konusunda duyarlı olmaları önerilmektedir (Keane ve ark., 1994). Güven eksikliği, dünyanın tehlikeli ve tehdit edici bir yer olduğuna dair korkutucu bir inanç (Janoff-Bulman, 1992) ve madde kötüye kullanımı gibi stresle uyumsuz başa çıkma yolları (Keane ve Wolfe, 1990) bu ortak tepkilerdendir. Hastaların, TSSB'nin doğası, özellikle de çoğu kişinin gösterdiği belirtiler (uykusuzluk, kolayca irkilmek, depresyon, arkadaşlara ve sevdiklerine yabancılaşma vb.) konusunda eğitilmeleri de yardımcı olabilmektedir. Böyle bir bilgilendirme, hastanın yaşamakta olabileceği şeyler için bir taban sağlar ve hastaya aklını yitirmediği konusunda güvence verir (Keane ve ark., 1994).

II. Dünya Savaşı sırasında, savaş stresi gösteren askerler hipnotize ediliyorlardı. İlaç yardımıyla duygusal boşalma sağlayan *narkosentez* tedavisi de uygulanıyordu (Grinker ve Spiegel, 1945). Asker, damardan sodyum pentotal iğnesi yapılarak belirgin düzeyde sakinleştiriliyordu. Sonra terapist doğal bir sesle cephede ön saflarda olduğunu söylüyor ve eğer gerekiyorsa, ve mümkünse, çarpışmanın ayrıntılarını da anlatıyordu. Hasta genellikle unutulan korkunç olayları büyük bir duygusal tepkiyle beraber hatırlamaya başlıyordu. Çoğu zaman duygusal travma, hasta tarafından yeniden yaşanıyordu. Yavaşça uyanıklık durumuna geçtikçe, terapist, artık olayın geçmişte kaldığı ve bir tehdit oluş-

Burada gösterilen türden dayanışma grupları, TSSB'li Vietnam gazilerinin tedavisinde önemli rol oynamıştır.

turmadığının anlaşılması umuduyla, korkunç olayın konuşulmasını yüreklendiriyordu. Bu şekilde, geçmişte yaşanan dehşetle hastanın şimdiki yaşamı arasında bir sentez oluşturulmaya çalışılıyordu (Cameron ve Magaret, 1951).

İkinci Dünya Savaşı ve Kore gazilerine hizmet veren Gaziler İdaresi (Veterans Administration), ilk başlarda Vietnam gazilerinin psikolojik sıkıntılarına cevap verememiştir. Bunun nedenlerinden biri, bir çok askerin normal yollarla terhis olamayıp askerlikten ihraç yoluyla ayrılmalarıydı. Askerlikten ihraç edilme nedenlerinden bazıları, "karakter ve davranış bozukluğu", "alkolizm" ve "ilaç bağımlılığı" idi (Kiddler, 1978). Bu gazilerden bazılarının savaş travması geçirdikleri olası görülüyordu. Kuzey Kore'yle barış yapıldıktan ancak altı yıl sonra, 1979'da Amerikan Sivil Özgürlükler Birliği gayretleriyle ihraç edilen askerler normal yolla terhis edilmiş sayıldılar (Beck, 1979).

Ancak 1971'in başlarında hükümetin Vietnam gazilerini Gaziler İdaresine bağlı hastaneler sistemi şemsiyesi altında toplama gayretlerinden önce New York, New Heaven bölgesindeki savaş karşıtı gruplar psikiyatrist Robert Jay Lifton'la temasa geçerek "dayanışma grupları"nda çalışmasını istediler. Gazilerin kendi gayretleriyle başlatılan bu grupların, iki amacı vardı. Biri kendilerini iyileştirmeye yönelik tedavi amacı, diğeri ise Amerikan kamuoyunu savaşın insanda yaptığı tahribat yönünde aydınlatmaya yönelik politik amacıydı (Lifton, 1976). 1979'da kongre, psikolojik zorluğu olan Vietnam gazilerine doksan bir danışma merkezli bir ağ olan 25 milyon dolarlık operasyon erişme adlı paket oluşturana kadar, dayanışma grupları New York kentinin dışına taşarak büyümeye devam ettiler. 1981'de yatırım üç yıl daha uzatıldı.

Dayanışma grupları, Vietnam gazilerindeki geri kalan suçluluk ve öfke duyguları üzerine odaklandılar: asker olarak onlardan beklenen, düşmanla dostun ayırt edilmesi, çok zor olan bir gerilla savaşına katılmaktan dolayı duyulan suçluluk ve vatanlarının tam inanmadığı bir savaşta çarpışarak yaşamlarını tehlikeye atmaya duyulan öfke. Tartışmalar, kadınlarla ilişkiler ve özellikle, fiziksel şiddetin maço görüşü gibi erkeksilikle ilgili duygular gibi yaşam kaygılarını kapsayacak şekilde genişledi. Antidepresan ilaçlar da kullanıldı ancak sonuçlar herkeste başarılı olmadı (Lerer ve ark., 1987).

Grup tedavisi, ayrıntılı olarak Bölüm 19'da tartışılmaktadır. Burada dayanışma gruplarında ve grup tedavisi yürütülen 172 gazi hastanesinde gazilere yardımcı olan iki faktörden söz etmek yeterli olacaktır. İlk defa Vietnam'dan dönen diğer askerlerle birlikte olmuşlar ve onlarla benzer yaşantıların tartışılmasının sağladığı desteği hissetmişlerdi. Ayrıca, sıklıkla duygusal yoğunluğu fazla olan tartışmalarla travmatik etkileri bastırılmış ve bundan dolayı irdelenmemiş olan savaş yaşantılarıyla yüzleşmeye başladılar. Uzun yıllardır bilindiği gibi korku yaratan olayları hazmedebilmek ve o olayların üzerlerinde kurduğu baskıdan kurtulabilmek için o

olaya geri dönmeleri ve tam olarak yüzleşmeleri gerekmektedir.

Yukarıda sözü edilen yaklaşımlarla ilgili çalışmalar hemen hemen hiç yoktur. Ancak özellikle savaş, çocuk istismarı, tecavüz, doğal afet sonucundaki travmalara daha fazla dikkat edildikçe, TSSB tedavisindeki kontrollü araştırmalar artmaktadır. Son zamanlarda bilişsel davranışçı tedavi çerçevesinde, dikkatli değerlendirme, tedavinin ayrıntılı anlatımı, uygun kontrol gruplarıyla yapılan son çalışmalar bazı bulgular ortaya koymuştur (çocuk istismarı ve tecavüz sonucu gelişen TSSB'yle ilgili müdahaleler Bölüm 14'de ele alınmaktadır).

Maruz bırakma tabanlı tedavilerin temel ilkesi, korkuların azaltılması ya da ortadan kaldırılmasının en iyi yolunun hastayı şiddetle kaçındığı şey her neyse onunla yüzleştirmek olduğudur. Travmayla ilişkili olayla yapılandırılmış biçimde maruz bırakmanın, güvenli terapötik bir ortamda gerçekleşmesinden, sosyal destek sağlanmasından ve ilaçla tedaviden daha öte bir yerde durduğuna ilişkin kanıtların sayısı her geçen gün artmaktadır (Keane, baskıda).

TSSB tanısının da bir parçası olduğu için, hemen hemen her zaman TSSB'yi tetikleyen olayı biliriz. Bu durumda öne çıkan nasıl bir yol izleyeceğimizdir, yani korkmuş hastayı korkutan durumla nasıl yüzleştireceğimizdir. Bir çok teknik uygulanmıştır. Boston Gaziler İdaresi Tıp Merkezinde, Ulusal TSSB merkezince yürütülen iyi düzenlenmiş bir çalışmada, Terence Keane ve arkadaşları tedavi görmeyen bir kontrol grubunu uzun süre travmayla ilgili korkutucu sahneleri göz önüne getirdikleri imgesel taşırma grubuyla karşılaştırmışlardır. TSSB olan gazilerde bu hayaldeki işlemler sonucu depresyon, kaygı, travmanın tekrar yaşanması, ürkme reaksiyonu ve kızgınlıkta önemli azalma bulmuşlardır (Keane ve ark., 1989). Fairbank, DeGood ve Jenkins (1981) ve Muse'un (1986) vak'a çalışmalarında sistematik duyarsızlaştırmanın otomobil kazası geçirenlerde etkili olduğu gösterilmiştir. Ancak bunun gibi maruz bırakma tedavisinin uygulanması hem hasta hem de terapist için güçtür, çünkü travma yaratan olayın bütün ayrıntılarıyla gözden geçirilmesini gerektirir. Keane ve arkadaşlarının (1992) işaret ettiği gibi, terapinin ilk safhalarında bazı hastalar daha kötü olabilir ve terapistler de hastalarının yaşadığı dehşet dolu olayları işitmekten rahatsızlık duyabilirler.

Diğer bir bilişsel davranışçı yaklaşımda, TSSB aşırı bir stres reaksiyonu olarak kavramsallaştırılır ve Bölüm 8'de anlatılan çok yönlü stresle baş etme yöntemlerinin-gevşeme, Akılcı Duygusal Terapi ve problem çözme eğitiminin uygulanmasını öngörür. Daha geniş çerçevede karşılaşılan sorunlardan biri, TSSB hastalarının birçoğunun, özellikle savaşta bulunanlarının hissettiği öfkedir. Öfkeleriyle daha uygun şekilde baş edebilmeleri için eş tedavisi ve atılganlık eğitimi genelde başvurulan tekniklerdir (Keane ve ark., 1992).

Horowitz'in (1988, 1990) psikodinamik yaklaşımının, daha önce sözü edilen tedavilerle birçok ortak noktası vardır. O da hastalarını travmayı konuşmaya yüreklendirir ve TSSB'ye yol açan olayla yüzleşmelerini ister. Ancak Horowitz, travmanın hastanın travma öncesi kişiliğiyle olan etkileşimini vurgular. Önerdiği terapi çeşidinin, savunmaların tartışılması, aktarımın analizi gibi diğer psikanalitik yaklaşımlarla bir çok ortak yönü vardır. Bu karmaşık tedavi görgül olarak doğrulanmayı beklemektedir.

Son olarak, antidepresanlar ve sakinleştiriciler de dâhil olmak üzere birçok psikoaktif ilaç TSSB tedavisinde kullanılmaktadır. Özellikle serotonin geri alım inhibitörü antidepresanlarla bir miktar ilerleme olduğu da bildirilmektedir (Van der Kolk ve ark., 1994).

TSSB uzmanları, tedavi yöntemi ne olursa olsun sosyal desteğin kritik olduğu üzerinde anlaşırlar. Bazen başkalarına yardım etme yollarını bulma, yardım verene de alana da yardımcı olur (Hobfoll ve ark., 1991). Ailenin, arkadaşların olması, bir gruba ait olma ya da travma geçirmiş kişilerin yargısız olarak korkularını ve travma anılarını dinlemesi ve böylece bir yere ait olduğunu hissetme ve diğerlerinin yardım etmek istediğini bilme, hissedilen acıyı azaltır ve post travmatik stresle travma sonrası stres bozukluğu arasındaki farkı yaratır.

ÖZET

Kaygı bozukluğu olan kişiler gerçekçi görülmeyen baş edilemeyecek kuvvette kaygı duyarlar. DSM-IV, altı temel tanı grubu vermektedir: fobik bozukluk, panik bozukluğu, genellenmiş kaygı bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu.

Fobiler, diğer yönlerden normal olan kişilerin yaşamını olumsuz etkileyen şiddetli korkulardır. Oldukça sık rastlanır. Sosyal fobi, başkaları tarafından incelenebileceği sosyal durumlardan korkmadır. Özgül fobiler hayvanlar, kapalı yerler, yükseklik, kan ve enjeksiyon korkularıdır. Psikanalitik görüşe göre, fobiler bastırılmış çatışmalara karşı savunmalardır. Davranışçı kuramcıların fobilerle ilgili çeşitli görüşleri vardır-daha önce korku yaratmayan uyarıcının korku yaratan uyarıcıyla eşleşmesi sonucundaki klasik koşullama yoluyla, kişinin kaçınmasının ödüllendirildiği edimsel koşullama sonucunda, başkalarının korku ve kaçınmalarının taklit edildiği örnek alma yoluyla ve sosyal bir tersliği, başka türlü yorumlanabilecekken felaket olarak kavramsallaştıran bilişler yoluyla gelişirler. Ancak bu çeşit deneyimleri olan herkes fobi geliştirmemektedir. Belki de kalıtsal olarak geçen fizyolojik bir yatkınlık, otonom sinir sisteminin oynaklığı, bazı kişilerin fobi geliştirmesini kolaylaştırmaktadır.

Panik bozukluğu olan kişilerde ani, açıklanamayan ve periyodik çok şiddetli kaygı nöbetleri vardır. Bazen panik nöbetleri ev dışında olma korkusu agorafobinin gelişmesinden önce görülür. Bazı laboratuar işlemleri (hiperventilasyon ve yüksek yoğunlukta karbon dioksit içeren hava soluma gibi) panik bozukluğu olanlarda panik nöbetini başlatabilir. Genelde panik bozukluğu olan hastalar ciddi ruhsal ya da fiziksel hastalıkları olduğunu düşünürler; ufak fiziksel durumları büyüterek baş edemeyecek hale gelirler.

Bazen, serbest dolaşan kaygı denen genellenmiş kaygı bozukluğunda, bireyin yaşamı hemen her zaman olan gerginlik, korku ve kuruntularla doludur. Psikanalitik kurama göre, kaynağı id ve ego arasındaki bilinçdışı çatışmadır. Davranışçı kuramcılar, iyi bir değerlendirmeyle, genellenmiş kaygının, birçok kaygı uyandırıcı duruma indirgenebileceğini varsayarlar ve böylece bir grup fobiye benzetirler. Çaresizlik duyguları birçok durumda kişinin kaygı duymasına yol açabilir. Biyolojik yaklaşımlar, benzodiyazepinlerin tedavi edici rolü ve GABA transmiteriyle olan uygunluğu üzerinde odaklaşırlar.

Obsesif-kompulsif bozukluğu olan kişilerin egolarına yabancı olan girici düşünceleri vardır ve korkutucu düzeyde kaygıyla karşılaşmamak için kalıplaşmış tekrarlayan davranışlarda bulunurlar. Bu bozukluk oldukça fazla yeti yitimine yol açabilir ve yalnızca kendinin değil yakınlarının yaşamını da olumsuz olarak etkiler. Psikanalitik kurama göre kuvvetli id itkileri yeterli olmayan bir ego kontrolü altındadır. Davranışçı açıklamalar, kompulsiyonları öğrenilmiş kaçınma tepkileri olarak kabul eder. Obsesyonlar da stresle ve bu istenmeyen düşünceleri durdurmayla ilgili olabilir.

Travma sonrası stres bozukluğu, bazen hemen herkeste aşırı sıkıntıya yol açabilecek travmatik olaylar yaşayanların kaderidir. Travmayı yeniden yaşama, artmış uyarılma ve duygusal hissizleşme gibi belirtilerle belirgindir.

Kaygı bozuklukları için birçok tedavi çeşidi vardır. Psikanalitik tedavi, bastırmayı kaldırarak çocukluk çatışmalarının çözülmesini önerir. Belirtilerin doğrudan ele alınmasını doğru bulmaz. Bunun zıttı olarak, davranışçı tedavilerde sistematik duyarsızlaştırma ve model alma gibi çeşitli işlemlerle korku ve kaçınmanın azaltılması amaçlanır. Kompulsiyonları engellemek başlangıçta zor olsa da yararlı bir yöntemdir.

Tıp doktorları tarafından uygulanan en yaygın tedavi muhtemelen kaygı gidericilerdir. Ancak ilaçlar kötü kullanıma açıktır ve uzun süreli kullanımları halen tam olarak bilinmeyen olumsuz yan etkilere yol açabilir. Kaygıyı azaltan ilaçları kesmede de bazı sorunlar vardır, çünkü pek çok kişi bu ilaçlara bağımlılık geliştirmektedir. Ayrıca bu ilaçların kullanımı sonucunda elde edilen gelişmeler, ilaç bırakıldıktan sonra sürmemektedir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER

kaygı
kaygı bozuklukları
nevroz
birlikte görülme (komorbidite)
fobi
özgül fobiler
sosyal fobi
vekâleten öğrenme
otonom oynaklık
taşırma
kaygı gidericiler
okul fobisi
seçici konuşmama (mutizm)
panik bozukluğu
depersonalizasyon
derealizasyon
agorafobi
genellenmiş kaygı bozukluğu (GKB)
obsesif-kompulsif bozukluk (OKB)
obsesyon
kompulsiyon
travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)
akut stres bozukluğu

7

Goodenough, "Dolambaç içindeki adam", 1982

SOMATOFORM VE DİSOSİYATİF BOZUKLUKLAR

Çeviri: Prof. Dr. Işık Savaşır

SOMATAFORM BOZUKLUKLAR
- Konversiyon Bozukluğu
- Somatizasyon Bozukluğu
- Somatoform Bozuklukların Etiyolojisi
- Somatoform Bozuklukların Tedavisi

DİSOSİYATİF BOZUKLUKLAR
- Dissosiyatif Amnezi
- Dissosiyatif Kaçış
- Depersonalizasyon Bozukluğu
- Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu
- Dissosiyatif Bozuklukların Etiyolojisi
- Dissosiyatif Bozukluklarda Tedavi

ÖZET

Yirmi sekiz yaşında bir erkek, kalabalık bir kavşakta yerde yattığı için polis tarafından bir hastanenin acil servisine getirilmişti. Çok çökkündü ve ölmek istediğini söyledi. Polis tarafından bulunup getirilmesinden önceki olayları hiç hatırlamıyordu. İsmini ve yaşamıyla ilgili hiçbir şeyi anımsamıyordu.

Çeşitli nörolojik testler verildi ve hiç bir anormalliğe rastlanmadı. Hastanede yatışından altı gün sonra hipnoza başlandı. İlk üç hipnotik olurumda hastanın yaşamıyla ilgili bilgiler ortaya çıktı, ancak ismi ve hastaneye yatmasına yol açan olaylar bilinmiyordu. Dördüncü ve beşinci oturumlarda geri kalan bilgiler de su yüzüne çıktı. Vak'a iş bulmak üzere şehre yeni gelmişti. Elindeki alet çantasını gören iki adam yaklaşarak iş arayıp aramadığını sormuşlardı. Üçü de kamyonet ile yola koyulmuş ve biraz esrar içtikten sonra vak'a, tabanca tehdidiyle, bu adamlar tarafından cinsel ilişkiye girmeye zorlanmıştı (Kaszniak ve ark., 1988).

Bu bölümün konusu olan somatoform ve dissosiyatif bozukluklar bir önceki bölümde tartıştığımız kaygı bozukluklarıyla ilişkilidir. Daha önce de sözünü ettiğimiz gibi DSM'nin önceki basımlarında ikisi de nevroz başlığı altında ele alınmıştı, çünkü kaygı, altta yatan temel faktör olarak düşünülüyordu. Ancak, DSM-lll'ten itibaren, sınıflandırma etiyolojiye göre değil gözlenebilir belirtilere göre yapılmaya başlandı. Kaygı bozukluklarında kaygı belirtisi çok açıktadır, ancak somatoform ve dissosiyatif bozukluklarda ön planda değildir. **Somatoform bozukluklarda,** bireyin bedensel eksiklik ya da hastalığı andıran, bedeniyle ilgili belirtileri vardır. Bu belirtilerin bazısı çok dramatik olsa da fiziksel bir neden bulunamaz. **Dissosiyatif bozukluklarda,** yukarıdaki öyküde olduğu gibi bireyin bilinç, bellek ve kimliğinde aksaklıklar gözlenir. Genelde her ikisinin de başlangıcı kaygıyı içeren stresli yaşam olaylarına dayanır. Bu bozuklukların bir arada görülmeleri seyrek değildir. Somatoform ve dissosiyatif bozuklukların DSM-IV'e göre olan sınıflandırılması Tablo 7.1'de verilmektedir. Bu bölümde her bir kategoriyi inceleyip, bilgimizin daha derin olduğu bozukluklar üzerinde odaklaşacağız. Daha önce olduğu gibi belirtileri, etiyolojiyi ve terapileri tartışacağız.

SOMATOFORM BOZUKLUKLAR

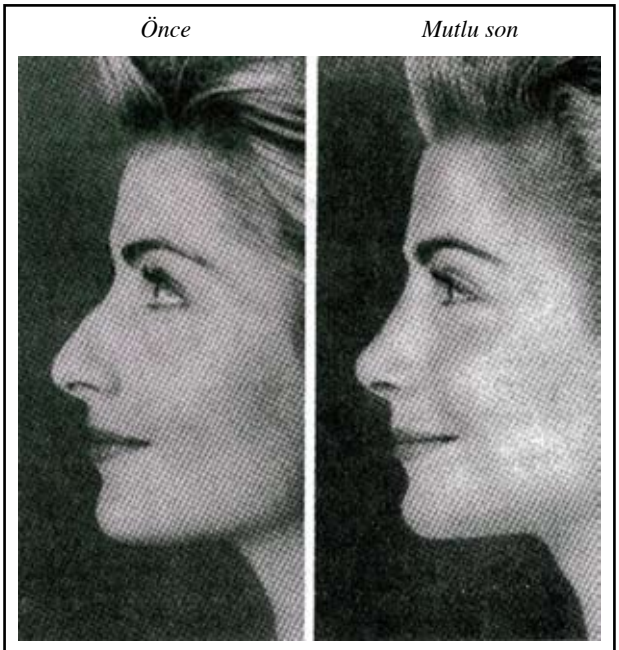
Bölüm 1'de belirtildiği gibi *soma* beden anlamına gelmektedir. Somatoform bozukluklarda, psikolojik bozukluklar fiziksel bir biçim almışlardır. Fizyolojik açıklaması olmayan, istemli olarak kontrol edilemeyen somatoform bozukluğundaki fiziksel belirtilerin büyük olasılıkla kaygıya bağlı psikolojik nedenler sonucunda ortaya çıktığı düşünülmektedir. Bu bölümde somatoform bozukluklardan ikisini, konversiyon bozukluğu ve somatizasyon bozukluğunu, daha derinlemesine inceleyeceğiz.

DSM-IV'de bilgilerimizin az olduğu üç somatoform bozukluk kategorisi daha vardır. Bunlardan **ağrı bozukluğu** tanısı, ağrının başlangıcı, şiddeti, süresi hastada önemli sıkıntı ve kısıtlılıklara yol açtığı ve uzun araştırmalardan sonra bile organik patoloji bulunmadığı durumlarda konulur. Hasta çalışamaz hale gelebilir ya da ağrı kesicilere veya yatıştırıcılara bağımlılık geliştirebilir. Ağrı zaman olarak bir stres ya da çatışmayla ilişkili olabilir ya da bireyin nahoş bir faaliyetten kaçınmasını, başka türlü elde edemediği biçimde dikkat çekmesini ve şefkat görmesini sağlayabilir. Doğru tanı koymak zordur, çünkü öznel ağrı yaşantısı daima psikolojik faktörlerden etkilenen bir olgudur. Başka bir deyişle ağrı, duyma ve görmede olduğu gibi yalnızca duyusal bir yaşantı değildir. Bu nedenle ağrının hangi durumda bir somatoform bozukluk haline geldiğine karar vermek her zaman kolay değildir.

Beden dismorfik bozukluğu olan bir kişinin zihni, görünüşüyle ilgili imgelediği ya da abarttığı bir kusurla, (örn. kırışıklıklar, yüzde kıllanma, burnun büyüklüğü ya da şekli vb) aşırı düzeyde meşguldür. Bu bozukluğu olan bazı hastalar, her gün ayna karşısında, saatlerce kusurlarını inceleyerek zaman harcayabilirler. Diğer bazıları, evlerindeki aynaları kaldırarak, kusurlarından kaçınmak için tedbir alırlar. Bu merak rahatsız edicidir ve sıklıkla plastik cerrahlara gitmeye yol açar. Ne yazık ki, plastik cerrahi, hastaların bu

TABLO 7.1 Somatoform ve Dissosiyatif Bozukluklar

Somatoform Bozukluklar	***Dissosiyatif Bozukluklar***
Konversiyon Bozukluğu	Dissosiyatif amnezi
Somatizasyon Bozukluğu (Briquet Sendromu)	Dissosiyatif kaçış (füg)
Ağrı Bozukluğu	Depersonalizasyon Bozukluğu
Beden Dismorfik Bozukluğu	Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu
Hipokondri	(daha önceki çoklu kişilik)



"Plastik Cerrahi hakkında bilmek istediğiniz her şey" adlı kitabın ilanı, beden dismorfik bozukluğu olan bir kimsenin endişe biçimini sergilemektedir.
Bir zamanlar küçük bir sorunu olan bir kadın vardı. Burnundan hiç hoşlanmazdı. Burnunun, onu en iyi biçimde görünmesine ve hissetmesine engel olduğunu hissederdi. Ve bu onu rahatsız ederdi. Yıllar yıllar boyunca. Bir gün bu konuda bir şeyler yapmaya karar verene kadar. Böylece, ücretsiz danışmanlık için New York Plastik Cerrahi Merkezim aradı.
Ücretsiz danışmanlık randevusu ya da ücretsiz bilgilendirme broşürümüzü almak için 2128614100'ı arayın.
Yıllarca beklediği plastik cerrahi işlemi bir saatten az süre aldı. Aynı gece kendi evinde ve yatağındaydı. Ve bu yaşam boyu sürecekti. Mutlu sonla biten diğer öykülerden biri sadece. Aslında, bu genç hanım için bu daha çok mutlu bir başlangıç.
New York Plastik Cerrahi, P.C.
800 Fifth Avenue, New York, New York, 10021 212 861 4100
©1992 Schell/Multaney Health Care Marketing, Inc.

endişelerini çok az hafifletmektedir (Phillips ve ark., 1993).

Ancak burada da öznel faktörler ve zevk rol oynar. Örneğin, bir kişinin güzelliğe düşkünlüğü ne zaman beden dismorfik bozukluğu olmaktadır? Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir inceleme (Fitts ve ark.,1989), öğrencilerin %70'inin görünüşlerinin bazı bölümlerinden memnun olmadıklarını göstermiştir. Bu oran kızlarda erkeklere kıyasla daha fazlaydı. Bu algılanan kusurların ne zaman psikolojik bir sorun olduğuna karar vermek gerçekten zordur. Ne düzeyde bir rahatsızlık böyle bir duruma yol açar? Bölüm 9'da aktarılan yeme bozukluklarında olduğu gibi, sosyal ve kültürel etkenler, bir kişinin çekici olup olmadığının değerlendirilmesinde önemli rol oynarlar.

Beden dismorfik bozukluğuna yönelik bazı sistematik araştırmalar olsa da, bu bozukluk için ayrı bir tanı kategorisinin gerekli olup olmadığı belirsizliğini korumaktadır. Örneğin, görünüşüne aşırı derecede düşkün olmak ve sıklıkla nasıl göründüğünü kontrol etmek gibi belirtilerden dolayı bazı vak'alar obsesif-kompulsif tanısı alabilirler. Bazı vak'alarda ise, eksiklikle ilgili inançlar gerçekle bağlantılı olmayıp, sanrısal bir bozukluğu düşündürebilir (Hollander, Cohen ve Simeon, 1993; McElroy ve ark., 1993). Dolayısıyla, hayali eksikliklerle aşırı derecede meşgul olma tek başına bir bozukluk olmaktan çok, ciddi düzeyde bozukluklarda görülebilen bir *belirti* olabilir.

Hipokondri, tıbbi kanıtlar aksine olsa da, bireylerin ciddi bir hastalıkları olmasından endişe ettikleri bir somatoform bozukluktur. Bu seyrek olarak kullanılan tanıyı alan vak'aların çoğunluğu tıbbi servislerin müşterileridirler ve genellikle duygu durum ya da kaygı bozuklukları sergilerler (Noyes, 1993). Kuram şudur ki, bu vak'alar sıradan bir fiziksel duyum ve ufak bir anormalliğe-düzensiz kalp atışı, terleme, arasıra öksürme, çürük, mide ağrısı gibi inançlarının bir kanıtı olarak aşırı tepki gösterirler. Hipokondrisi olan vak'alar, aslında, beden duyumlarına karşı duyarlı olduklarını ifade etmektedirler. Bununla birlikte, yapılan bir çalışmada, kalp atım sayısını, kontrol grubundaki katılımcılardan daha iyi tespit etmedikleri bulunmuştur (Barsky, ve ark., 1995). Uzun bir dönemden beri devam eden tıbbi hastalık öyküsüyle de karakterize olan hipokondri, somatizasyon bozukluğundan pek iyi ayrıştırılamaz (Noyes, ve ark., 1994).

Şimdi konversiyon ve somatizasyon bozukluğunu daha derinlemesine incelemeye dönüyoruz.

KONVERSİYON BOZUKLUĞU

Konversiyon bozukluğunda, aniden görme kaybı ya da felç gibi duyusal veya motor belirtiler nörolojik türde bir hasarı akla getirse de, organlar ve sinir sistemi iyi durumdadır. Bu bireyler, fizyolojik olarak normal olsalar da, anesteziler adı verilen, kol ve bacaklarda kısmi ya da tam felç; bayılma nöbetleri ve denge kusuru olabilir; deride batma, uyuşma, karıncalanma hissi; ağrıya **duyarsızlaşma** (anesteziler) yaşayabilirler (bkz. Şekil 7.1). Görme ciddi şekilde etkilenebilir; birey kısmen ya da tamamen göremez ya da tünelden bakıldığında görüldüğü gibi görme alanında daralmayla kendini gösteren

Hipokondrisi olan hastalar sık sık doktora giderler. Sağlıklı olduklarına yönelik tıbbi kanıtlara karşın, ciddi kir hastalıkları olduğu biçimindeki korkular, devan, eder.

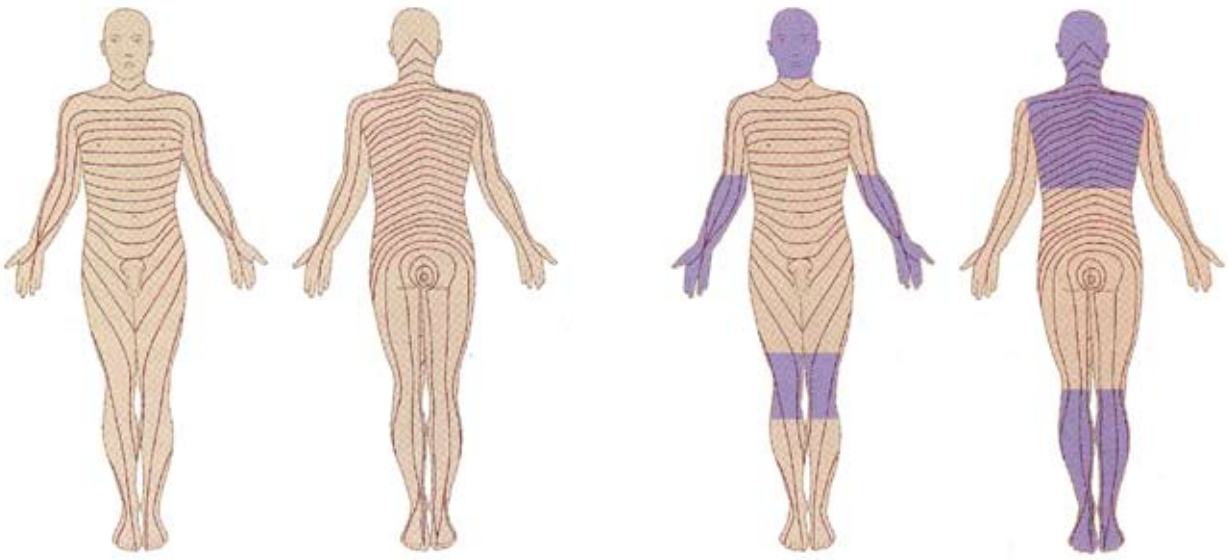
tünel görme oluşabilir. *Afoni,* yani sesin kaybı ve neredeyse fısıldayarak konuşma, *anosmia,* yani koku duyusunun kaybı diğer konversiyon belirtileridir.

Konversiyon belirtilerinin psikolojik doğası, bu belirtilerin stresli durumlarda aniden ortaya çıkmaları ve bireyin faaliyet ya da sorumluluktan kaçmasını ya da çok istediği dikkati çekmesini sağlamalarıyla da kanıtlanmaktadır. *Konversiyon* terimi Freud'a dayanır. Freud, bastırılmış içgüdünün duyusal-motor kanallara yönlendirildiği ve işlevlerinin engellendiği görüşündeydi. Böylece kaygı ve psikolojik çatışmaların fiziksel belirtilere *dönüştürüldüğüne* inanılıyordu. Konversiyon bozukluğu olan bazı kişiler telaşsız ve hatta sakindirler ve belirtilerinin geçmesini istemezler. Belirtilerin yaşamlarındaki stresle ilişkisini de kuramazlar.

Şimdi konversiyon dediğimiz bozukluk daha önceleri **histeri** olarak adlandırılıyordu. Histeri sözcüğünün tarihçesi anormal davranışlar üzerindeki ilk yazılara kadar gitmektedir. Hipokrat konversiyonu sadece kadınlarda olan ve rahmin bedende gezmesine bağlı olarak ortaya çıkan bir hastalık şeklinde algılamıştı. Yunanca *hystera* sözcüğü rahim anlamına gelmektedir. Dolaşan rahmin çocuğa olan arzuyu sembolize ettiği zannedilmişti.

Konversiyon belirtileri genellikle ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde gelişir. Dönem birden bire iyileşebilir ancak çok geçmeden ya eski şekliyle ya da değişik bir şekilde ve yerde tekrar ortaya çıkabilir. Kadınlarda erkeklere kıyasla daha sıklıkla görülür (Viederman, 1986). Örneğin, bir klinikte konversiyon tanısı alan 50 hastanın 44 ü kadındı (Folks, Ford ve Regan, 1984). Ancak her iki dünya savaşı sırasında savaşan askerlerin birçoğunda konversiyona benzer belirtiler görülmüştür (Ziegler, Imboden ve Meyer, 1960).

Şekil 7.1 Histerik duyu kayıpları, nörolojik işlev bozukluklarından ayırt edilebilir. Nöral örüntüler solda gösterilmiştir. Histeri hastalarındaki tipik duyu kaybı alanları sağ tarafla üst üste getirilmiştir. Histerik duyu kayıpları, anatomi kurallarına uygun değildir. Frank H. Netter, M.D. tarafından yapılan orijinal çizimlerden uyarlanmıştır. CIBA medikal Çizimler koleksiyonundan alınmıştır, telif hakkı ©CIBA ilaç şirketi, CIBA-GEIGY AŞ'ye aittir.



Tanısal olarak konversiyon felçlerini ya da duyu kaybını gerçek nörolojik temeli olan rahatsızlıklardan ayırt etmek önemlidir. Bazen anatomik bilgilere uymayan felçlerde olduğu gibi tanı koymak kolaydır. Klasik bir örnek ender bir belirti olan *eldiven anestezisinde* görülür. Burada sadece elin, eldiven giyildiğinde kaplanan kısmında his kaybı vardır. Yıllarca bu anatomik saçmalık olarak ders kitaplarına geçmiştir, çünkü sinir elden sürekli olarak kolun yukarısına geçer (bkz. Şekil 7.1). Ancak bu durumda bile bazen tanıda yanılmalar olabilmektedir. Yeni tanınan ve *Carpal tünel sendromu* denen bir bozukluk benzer belirtiler göstermektedir. El bileğindeki sinirler bilek kemikleri ve derisi arasında bir tünelden geçer; bu tünel şişerek sinirleri sıkıştırır ve uyuşma, karıncalaşma ve ağrıya neden olur.

Felçlerin, anestezilerin ve duyusal bozuklukların çoğunun organik nedenleri olduğu için gerçek nörolojik bozukluklar bazen konversiyon bozukluğu olarak yanlış teşhis edilirler. Slater ve Glithero (1965) bu rahatsız edici olasılığı 9 yıl önce konversiyon belirtileri olarak tanı konmuş kişileri izleyerek araştırmışlar ve ürkütücü bir sayıya erişmişlerdir. Bu kişilerin %60'ı ya ölmüşlerdi ya da organik bir hastalığın belirtilerini geliştirmişlerdi. Yüksek bir oranında merkezi sinir sistemi hastalıkları vardı. Benzer şekilde Witlock (1967) daha önce konversiyon bozukluğu ya da diğer bir Eksen I tanısı alan vak'alarda organik bozuklukların sıklığını araştırdı. Daha önce konversiyon bozukluğu tanısı alanların %62.5'inde, diğer grubun ise sadece %5.3'ünde organik bozukluk bulundu. En sık rastlanan organik bozukluk konversiyon belirtilerinden altı ay önce geçirilen kafa travmasıydı. Diğer sıklıkla rastlanan bozukluklar ise inme, ensefalit ve beyin tümörleriydi.

Watson ve Buranen (1979) ve Fishbain ve Goldberg (1991) konversiyon bozukluğu belirtileri gösterdiği düşünülen birçok kişinin gerçekte fiziksel bozuklukları olduğunu bulmuşlardır.

Bu veriler şaşırtıcıdır ve kişinin gerçekte fiziksel hastalığı olduğu halde konversiyon bozukluğu tanısının sıklıkla yanlış konduğunu gösterir. Fiziksel sorunların değerlendirilmesinin hâlâ mükemmel olmaktan uzak olduğunu; psikolojik ve biyolojik kaynaklı belirtilerin ayırt edilmesinin her zaman olanaklı olmadığını öğrenmiş bulunuyoruz. Yanlış bir tanının vereceği zarar her zaman akılda tutulmalıdır. (Tanı koymaya yönelik diğer konular için Odak 7.1'e bakınız).

SOMATİZASYON BOZUKLUĞU

1859'da Pierre Briquet adlı Fransız bir doktor başlangıçta kendi ismini alan daha sonra DSM-IV'de **somatizasyon bozukluğu** denen bir sendrom tanımladı. Tıbbın ilgi alanına giren, ancak belirgin fiziksel bir nedeni görünmeyen, süreğen, çoklu somatik yakınmalar bu bozukluğun temelini oluşturur. Tanı ölçütlerini karşılamak için dört ağrı belirtisi (örn. Baş, sırt, eklem), iki gastrointestinal sistem belirtisi (örn., İshal, bulantı), ağrıdan farklı olarak bir cinsel sorun belirtisi (örn., Cinsel ilgi kaybı, erektil işlev bozukluğu) ve bir psödonörolojik belirti (konversiyon bozukluğunda olanlar gibi) olması gerekmektedir. DSM-IV, bozukluğun spesifik belirtilerinin kültürden kültüre değişiklik gösterdiğine dikkat çekmektedir. Örneğin el yanması ve deri altında karıncalanma olması, Kuzey Amerika'ya göre, Asya ve Afrika'da daha sık görülmektedir. Ayrı-

Somatizasyon bozukluğu olan bir hastanın ecza dolabı, çeşitli tıbbi yakınmalara yönelik birçok ilaçla doludur.

ODAK 7.1 NUMARA YAPMA (MALINGERING) VE YAPAY BOZUKLUK

Konversiyon bozukluğunda, tanıya ilişkin bir sorun, bu bozukluğu DSM-IV'de, klinik ilginin odağı olabilecek bir koşul olarak listelenen ***numara yapma****dan (malingering) ayırt edebilmektir. Bu durumda birey iş sorumluluğu ya da askerlik görevinden vb. kaçabilmek veya sigortadan büyük miktarda ödenek alabilmek gibi amaçlara ulaşmak için bir acizliği taklit eder. Konversiyon benzeri belirtiler istemli bir kontrol altında olduğu, yani gerçek bir konversiyon bozukluğunun düşünülmediği zaman numara yapma tanısı konur.*

Klinisyenler, konversiyon tepkilerini numara yapmaktan ayırmak için, belirtilerin bilinçli ya da bilinçsiz olup olmadığını değerlendirebilirler. Bunu yapabilmek güç olduğu için bu öneri, sorunun çözümünün, en iyi temkinlilikle ve eğer olanaksız değilse, belirtilerin bilinçli ya da bilinçsiz olup olmadığını en azından belirli bir derecede kesinliğe kavuşturmakla sağlanabileceği anlamına gelmektedir. ***Güzel aldırmazlık*** *olarak bilinen bir olgu, bu iki bozukluğu birbirinden da davranışsal açıdan ayırt etmede yardımcı olabilir. Bu olgu, belirtinin şiddetini ve uzun dönemli sonuçlarını hafife alan bir tutum sergilemek ve endişelenmemek davranışlarıyla karakterizedir. Konversiyon bozukluğu hastaları kimi zaman bu davranışı gösterirler, aynı zamanda sorunları hakkında durmaksızın ve dramatik bir tarz içinde konuşma eğilimindedirler, ancak bu anlatımlara eşlik etmesi beklenen endişe gözlenmez. Buna zıt olarak numara yapmakla olanlar, görüşmeleri olasılıkla yalanlarının ortaya çıkması açısından tehdit olarak algıladıkları için, daha savunmacı ve şüphecidirler. Fakat bu ayrım tam bir kanıt oluşturmamaktadır, çünkü konversiyon vak'alarının üçte birinde güzel aldırmazlık görülmektedir (Stephens ve Kamp, 1962). Ayrıca, çeşitli tıbbi hastalığı olan bireylerde bazen soğukkanlı bir tutum görülebilmektedir.*

Tartışmakta olduğumuz bu bozukluklarla ilişkili diğer bir DSM kategorisi de ***yapay (factitious) bozukluktur****. Bu bozuklukta hasta amaçlı olarak fiziksel bir belirti ortaya çıkarır (bazen de psikolojik bir belirti). Hastalar belirtileri kendileri yaratırlar. Örneğin akut bir ağrı, ya da ağrı veren bir yaralanma. Numara yapmadan farklı olarak belirtiler tahmin edilebilir bir amaç ile daha az bağlantılıdır; yapay bozuklukta fiziksel ya da psikolojik belirtilerin neye hizmet ettiği pek belli değildir. Birey bilinmeyen bir nedenden dolayı hasta rolü oynamak ister. Yapay bozuklukta, bazen ailenin çocuk aracılığıyla belirti yarattıkları görülebilir, bu durum, vekâleten yapay bozukluk adını alır. Buna en çarpıcı örnek, 150 kez hastaneye yatırılan ve geçirdiği 40 ameliyat için 2 milyon dolar harcanan yedi yaşındaki kız çocuğu vak'ası verilebilir. Annesi ilaç vererek ve beslenme tüpüne dışkıya ait materyaller karıştırarak, çocuğun hastalanmasına yol açmıştır (Time, 26 Nisan, 1996). Böyle bir durumun altında yatan güdü, çok iyi bir ebeveyn olarak görülme ve çocuğun gereksinimlerini yorulmaksızın karşılayabiliyor olma gereksinimi gibi görünmektedir.*

Kathleen Bush, çocuk istismarı yani çocuğunun hastalıklarına kasten sebebiyet verme sahtekârlığı suçuyla hapse mahkûm oldu.

ca, bu bozukluğun, duyguların açık olarak belli edilmediği kültürlerde daha sık görüldüğü düşünülmektedir (Ford, 1995).

Somatizasyon ve konversiyon bozukluklarında ortak birçok belirti vardır ve aynı hastanın iki tanıyı da alması seyrek bir durum değildir (Ford ve ark., 1984). Doktorlara gitmeye, hatta aynı zamanda birden fazla doktora gitmeye ve ilaç kullanmaya sıkça rastlanır. Hastaneye yatırılma ve ameliyatlar da yaygındır (Guze, 1967). Ay halleriyle ilgili yakınmalar ve cinsel ilgisizlik sık görülür (Swartz ve ark., 1986). Hastalar genellikle belirtilerini histriyonik / dramatik, abartan bir tarzda anlatırlar ya da uzun, karmaşık bir hastalık öyküsü verirler. Birçoğu bütün yaşamları boyunca hastalık çektiklerine inanırlar. Somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığının %1 olduğu tahmin edilmektedir (Robins ve ark., 1984) ve bu bozukluk ABD'de kadınlarda erkeklere göre; Yunanistan ve Porto Rico gibi bazı ülkelerde ise erkeklerde daha yaygın olarak görülmektedir (Tomasson, Kent ve Coryell, 1991). Los Angeles'de Escobar ve arkadaşları (1987) tarafından yapılan epidemiyolojik bir araştırmada, Meksika kökenli Amerikalılarda diğer beyaz kadınlara göre somati-

zasyonun daha sıklıkla görüldüğü bulunmuştur. Bu farklılık Meksika kökenli Amerikalı kadınların daha fazla stresle (mali sıkıntılar, sosyal izolasyon gibi) karşılaşmalarını yansıtabilir. Aynı zamanda kaygı bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve madde kötüye kullanımı ve bazı kişilik bozukluklarıyla birlikte görülme oranı yüksektir (Golding, Smith ve Kasher, 1991; Kirmayer, Robbins, ve Paris, 1994).

Somatizasyon bozukluğu, çoğunlukla yetişkinlik döneminin ilk yıllarında başlar ve bu yıllar boyunca devam eder (Cloninger ve ark., 1986). Sıklıkla, eşlik eden kaygı ve depresyon bildirilir. Aynı zamanda, okuldan kaçma, iş zorlukları, evlilik problemleri gibi davranışsal ve kişilerarası ilişkilerle ilgili sorunlar da sıklıkla görülür. Somatizasyon bozukluğu aynı aile üyelerinde daha sık bulunur. İndeks vak'a olarak somatizasyon bozukluğu tanısı alanların, birinci dereceden akrabalarının %20'sinde somatizasyon bozukluğu bulunmuştur (Guze, 1993). Aşağıdaki vak'a bir kadının yakınmalarını yansıtmaktadır.

Alice, doktoru Joyce Williams tarafından psikoloji kliniğine sevk edilmişti. Dr. Williams altı aydır Alice'nin doktoruydu ve bu zaman süresince 23 defa görüşmüşlerdi. Alice'in genel ağrı ve sancılar, mide bulantıları, yorgunluk, düzensiz ay halleri ve baş dönmesi gibi pek belirgin olmayan yakınmaları vardı. Çeşitli testler (tam bir kan analizi, röntgenler, omurilikten sıvı alma) her hangi bir patolojiye işaret etmemişti.

Alice, terapistle buluşmasında çekimserliğini belli etti: "Dr. Williams'a güvendiğim ve o beni gelmeye zorladığı için buradayım, fiziksel olarak hastayım ve bir psikoloğun bana nasıl yardımcı olabileceğini 'bilmiyorum". Ancak Alice'den bedensel yakınmalarının öyküsünü anlatması istendiğinde işe çabucak ısınıverdi. Alice'e göre o hep hastaydı. Çocukken yüksek ateş nöbetleri, sık sık solunum enfeksiyonları, bayılmalar geçirmişti ve iki kere ameliyat -apandisit ve bademcik- olmuştu. Öyküsünü pek de iyi organize edilmemiş tarih sırasına göre (ve olasılıkla abartılı olarak da) anlatmaya devam ettikçe anlatımları gittikçe renkleniyordu. "Evet, yirmi yaşlarındayken kusma sorunlarım oldu. Haftalarca yediğim her şeyi kusardım. Hatta bütün sıvıları, suyu bile kusardım. Yemek görmek bile beni kusturuyordu. Pişen yemek kokusuna tahammül edemezdim. Her on dakikada bir kusardım." Yirmili yaşlarında Alice bir doktordan ötekine koşup duruyordu. Ay hallerindeki düzensizlikler ve ağrılı cinsel birleşme yakınmalarıyla bir kaç jinekologa gitmiş, dilatasyon ve kürtaj geçirmişti (rahim duvarlarının kazınması). Baş ağrıları, baş dönmesi, bayılmaları nedeniyle nörologlara gönderilmiş ve onlar da EEG, omurilik sıvısı alma ve hatta Bilgisayarlı Tomografiye bile başvurmuşlardı. Başka doktorlar mide filmlerini çekmiş, göğüs ağrılarından dolay, EKG ölçümleri yapılmıştı. Safra kesesi ameliyatı ve rektal bir ameliyat da geçirmişti.

Görüşme tıbbi öyküden kaydırıldığı zaman, birçok durumda, özellikle başkaları tarafından değerlendirilebileceğini düşündüğü yerlerde, çok heyecanlandığı açığa çıktı. Aslında bazı fiziksel yakınmalarının kaygı sonucu olduğu söylenebilirdi. Ayrıca evliliği sallantıdaydı, eşi ve kendisi boşanmayı düşünüyorlardı. Evlilik problemlerinin cinselliğe ilgisizliği ve ağrılı ilişki gibi cinsel sorunlardan kaynaklandığı görülüyordu.

SOMATOFORM BOZUKLUKLARIN ETİYOLOJİSİ

Somatoform bozukluklar alanındaki kuramsal çalışmaların çoğu Freud tarafından kavramsallaştırıldığı şekilde histeriyi anlama yönünde olmuştur. Somatizasyon bozukluğuyla ilgili olarak, bu hastaların fiziksel duyumlara daha duyarlı oldukları, bunlara aşırı dikkat ettikleri, ya da bir şekilde bu belirtileri arttırdıkları önerilmektedir (Kirmayer, Robins ve Paris, 1994). Somatizasyon bozukluğuna ilişkin davranışçı görüşe göre ise, çeşitli acı, ağrı, rahatsızlık ve işlev bozukluğu, beden sistemlerindeki kaygının bir göstergesidir. Bireyin aşırı düzeyde yaşadığı bir gerilim, mide kaslarında lokalize olarak bulantı ve kusma hissine yol açabilir. Normal işlevler bir kez bozulunca, dikkat çekmekten ya da sağladığı kazançlardan dolayı, bu bozuk örüntü giderek güçlenmeye başlar. Benzer doğrultuda, fiziksel sorunların varlığı, değerlendirme durumlarında, düşük performansı açıklamak için kullanılan bir taktik olarak görülür. Düşük performansı, kişisel başarısızlık yerine fiziksel bir hastalığa bağlamak, psikolojik olarak daha az tehdit edici bir durumdur (Smith, Snyder ve Perkins, 1983).

İzleyen bölümde ilk önce psikanalitik görüşlere yer verilecek; daha sonra davranışçı, bilişsel ve biyolojik bakış açılarının katkılarından da söz edilecektir.

PSİKANALİTİK KURAM

Konversiyon bozukluğunun, psikanalitik kuramda merkezi bir rolü vardır, çünkü Freud, psikanalizin temel kavramlarının büyük bir bölümünü histeri hastalarının tedavisi sırasında geliştirmiştir. Konversiyon bozukluğu, bilinçdışı kavramını araştırmak için ona iyi bir olanak sağlamıştır. Bir dakika için sabah kalktığında sol kolunda felç olduğunu söyleyen bir hastanın belirtisinin ne anlama geldiğini anlamaya çalışın. İlk tepkiniz ona bir seri nörolojik test uygulayarak felcin olası biyolojik nedenini araştırmak olabilir. Varsayalım ki bu testler negatiftir; nörolojik bozukluk yoktur. Şimdi ise hastaya inanıp inanma-

ma seçeneğiyle karşı karşıyasınızdır. Bir tarafta yalan söylüyor olabilir; kolunda felç yoktur, felç olduğunu bir çıkar sağlamak için söylemektedir. Bu bir numara yapma (malingering) örneğidir. Ancak ya hastaya inanırsanız ne olacak? Bu durumda bilinçdışı faktörlerin rol oynadığına inanmaya zorlanırsınız. Hasta bilinçli düzeyde doğru söylemektedir; koluna felç geldiğine inanmakta ve söylemektedir. Yalnızca bilinçli olmayan bir düzeyde kolunun normal olduğunu bilmektedir.

Histeri Üzerine İncelemeler'de (1895), Breuer ve Freud, konversiyon bozukluğunun nedeninin büyük bir duygusal uyarılma ortaya çıkaran bir yaşantı olduğunu öne sürmüşlerdir. Ancak duygu ifade edilmemiş ve olayla ilgili anı bilinçten kopmuştur. Yazarlar, yaşantıyla ilgili duygunun niçin ifade edilmediğini iki şekilde açıklamışlardır. Yaşantı o kadar acı verici olabilir ki birey bilince çıkmasına izin vermez ve bastırır. Ya da yaşantı birey yarı hipnoz gibi normal dışı bir psikolojik durumdayken olabilir. Breuer ve Freud, iki durumda da konversiyon belirtilerinin travmatik olayla nedensel olarak ilişkili olduğunu önermişlerdir.

Anna O (Bkz. Bölüm 1) ağır hasta babasının yatağı kenarında beklerken kolu sandalyenin arkasına sarkarak uykuya dalmış ve aniden uyanmıştı. Siyah bir yılanın arkasındaki duvardan çıktığını ve ısırmak üzere babasına doğru gittiğini görmüştü. Onu engellemeye çalıştı ancak kolu uyuşmuştu. Eline baktığı zaman parmaklarının her birinin ölü başı olan küçük yılanlara döndüğünü gördü. Ertesi gün eğrilmiş bir dal parçası yılan varsanısını hatırlattı ve birdenbire sağ kolu katılaştı. Bu olaydan sonra ne zaman varsanısını anımsatacak bir şey görse kolu aynı şekilde katılaşıyordu. Daha sonra Anna O. "yokluk" durumlarına girdikçe ve yatakta kaldıkça kolundaki kasılmalar kronikleşerek sağ tarafında felce ve anesteziye dönüştü.

Daha sonraki yazılarında Freud, kadınlardaki konversiyon bozukluklarının çözümlenmemiş erken elektra kompleksinden kaynaklandığını öne sürdü. Küçük kız çocuğu babasına karşı cinsel ilgi geliştirir ancak bu erken dürtüler bastırılır ve hem cinsellikle aşırı uğraşıya hem de cinsellikten kaçınmaya yol açarlar. Yaşamındaki daha sonraki bir dönemde cinsel heyecan ya da bir olay bu bastırılmış itkileri uyandırır, kaygıya yol açar. Kaygı daha fiziksel belirtilere dönüşür. Böylece konversiyon belirtisinin birincil kazancı, çözümlenmemiş elektra karmaşasından ve daha önce bastırılmış id itkilerinden kaçınmaktır. Ancak Freud belirtilerin ikincil kazancının ya da pekiştirmenin de olabileceğini söylemiştir. Yani belirtiler şimdiki yaşamdaki nahoş durumlardan kaçmayı ve dikkat çekmeyi sağlayabilir.

Bir çeşit konversiyon bozukluğu olan histerik körlüğün daha çağdaş psikodinamik yorumu, temelini histerik olarak kör olan kişiler üzerinde yürütülen deneysel araştırmalardan almıştır. Bu araştırmalarda kişiler gördüklerini inkâr etseler de, bu bireylerin görsel testlerde duyarlı oldukları gösteriliyordu (Sackeim, Nordlie ve Gur, 1979).

İki çalışmada, daha yirmi yaşına gelmemiş iki kadın vak'a incelenmiştir. Birinci vak'a Theodor ve Mandelcorn (1973) tarafından anlatılmaktadır. On altı yaşındaki kadın hasta aniden görme alanının çok kısıtlanıp tüpten bakar gibi olduğunu bildirmişti. Nörolojik testlerde bir soruna rastlanmadığı halde yazarlar nörolojik bir bozukluk olmadığından emin olmak istediler. Böylece, parlak oval bir hedefin görsel alanın orta ve yanlarında gösterildiği bir test düzenlediler. Her bir deneme sırasında zil sesiyle bildirilen zaman aralıkları verilmekteydi. Hedef, bu aralıklarda ya gösteriliyordu ya da gösterilmiyordu, genç vak'anın görevi, hedefin olup olmadığını belirtmekti.

Hedef, görsel alanın ortasında gösterildiğinde, hasta doğru olarak tanımlayabilmişti. Bu beklenen bir sonuçtu, çünkü hasta çevresel (periferal) görüşünde herhangi bir sorun bildirmemişti. Oval yanda gösterildiği zaman ise hasta %30 bir doğrulukla hedefi tanımlayabilmişti. Oysa eğer gerçekten periferal körlük sorunu varsa, hastanın şansa bağlı olarak %50 doğru cevap vermesi bekleniyordu. Yani, gerçekten kör olan bir kişiden anlamlı derecede daha hatalıydı. Klinisyenler, onun aydınlatılmış uyarıcının bir anlamda farkında olduğunu ve bilinçli ya da bilinçsiz olarak testte yanlış yaparak körlüğünü koruduğunu ileri sürdüler.

Sackeim ve arkadaşları ayrıca Grosz ve Zimmerman'ın (1970) aktardıklarına görünürde zıt bir vak'ayı gözden geçirerek, histerik körlüğü olan bir ergen kızın görsel performansının tam olarak iyi olduğunu gösterdiler. On beş yaşındaki Celia'nın ilk belirtisi iki gözde de ani görme kaybı, daha sonra da aşırı bulanıklıktı. Celia ufak ya da büyük boyutlu yazıları okuyamadığını söylüyordu. Okulda kendine yüksek standartlar koymuştu ve çok başarılıydı. Kendisi, birçok faaliyetleri olan meşgul anne ve babası, dört

ODAK 7.2 BİLİŞSEL ETKENLER: FARKINDALIK, BİLİNÇDIŞI VE DAVRANIŞ

Çevredeki bir uyarıcıyı algıladığımız ve kodladığımız zaman ne kadarının zihnimizde devam ettiğinin farkında değilizdir. Zihnin çoğu çalışması bilinçdışında olup bitmektedir. Bir örneğe bakalım. Her bir kulağa bir uyarılma verildiğinde ve bireylerden sadece bir uyarılmaya dikkat etmeleri istendiğinde (seçici dikkat çalışmalarında yaygın kullanılan bir işlem yoludur), bireyler daha sonra, dikkat etmedikleri kulaklarına verilen uyarılmayı genellikle fark etmediklerini ya da çok az işittiklerini belirtmektedirler. Ancak izleyen araştırmalar bu dikkat edilmeyen uyarıcının davranışı etkileyebildiğini göstermişlerdir. Bir çalışmada bireylerin bir kulaklarına insan sesi, dikkat edilmemesi istenen diğer kulaklarına da dizeli ton sesi çalınmıştır (Wilson. 1975). Bu bireyler hiç ton sesi duymadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, daha önceden dinledikleri ton dizelerini ve diğer çalınmayan tonları içeren bellek görevinde, bu iki tipi ayırt edememişlerdir. Bu, daha önce çalınan ton uyarıcısının hatırlanmadığını göstermekle birlikte, diğer bir ölçüm çok şaşırtıcı bir sonuç ortaya koymuştur. Ton dizesinden ne kadar hoşlandıkları sorulduğunda, daha önceden dikkat edilmemesi istenen kulağa uyarım verilenler, yeni ve aşina olmadıkları dizeleri tercih etmişlerdir. Wilson'nın kullandıklarına benzer uyarıcı tonlarına olan aşinalığın yargıları etkilediği bilinmektedir. Aşina olunan dizeler, aşina olunmayanlara göre daha fazla beğenilirler. Katılımcılar duymadıklarını söylemişlerse ve bu durum onların bu tonları tanımadıklarını göstermiş olsa da, ton dizesinin bazı bölümleri özümlenmiş olabilir. Dikkat edilmeyen ton, bilinçdışı düzeyde aşina hale gelmektedir.

Benzer bir olgu görsel olarak da gözlenmiştir (Kunst- Wilson ve Zajonc, 1980). Katılımcılara bir milisaniye (saniyenin binde biri) içinde farklı şekiller gösterilmiştir. Görmüş oldukları şekilleri daha sonradan tanımaları, becerileri aslında gerekli olmadığı halde, hangi şekillerden hoşlandıkları sorulduğunda gösterilen yeni şekillerdense "görmüş" oldukları şekilleri tercih etmişlerdir.

Nisbet ve Wilson (1977) tarafından rapor edilen bir dizi araştırma, sözel ifadeler yoluyla ölçülen farkındalığın, her zaman uyarıcının davranış üzerindeki etkisinin tam bir göstergesi olamayacağını ortaya koymuştur. Nisbet ve Wilson'nın bir çalışmasında, bireyler kelime çiftlerim hatırlamaktaydılar. İkinci uygulamada etkisini gözlemek amacıyla, bazı katılımcılar için, kelime çiftleri özel olarak yapılandırılmıştı. Örneğin bu bireylerin ilk olarak hatırladıkları kelime "okyanus ve ay" idi. Katılımcılara daha sonra deterjan ismi sorulduğunda, bu kelime çiftinin, onlar, "Tide (deterjan markası)" kelimesini hatırlamaya hazırlaması beklenmekteydi. Sonuçlar bu beklentiyle tutarlıydı; özel kelime çiftini hatırlayan bireyler, hatırlamayan bireyler gibi beklenen çağrışımların sayısını çift olarak verdiler. Uygulamanın ikinci bölümünün hemen sonrasında, katılımcılara bu belirli tepkileri niye verdikleri soruldu. Onlar da, kelime çiftlerini hâlâ hatırlayamamalarına karşın, bu tepkinin zihinlerine geldiğinden de söz etmediler. Bunun yerine, "annem bu deterjanı kullanır ya da "Tide en bilinen deterjandır" gibi nedenler belirttiler.

Bu çalışmalar, bilinçdışı işlemlere ilişkin laboratuar kanıtları sağlamışlardır. Fakat doğal bağımlı değişkenlere genellenebilirler mi? Bornstein, Leone ve Galley'in (1987) çalışması bu sorunun yanıtının evet olduğu yönündedir. Bu araştırmacılar, bir insan yüzüne farkındalık düzeyinin altında (subliminal) olarak maruz kalmanın daha sonra bu insanla olan etkileşimleri etkilediğini bulmuşlardır. Denekler, çalışmaya deneycinin anlaşmalı olduğu iki kişiyle katılmışlardır. Onlardan on tane şiir okuyup sonra da her bir şiirin yazarının cinsiyetini tahmin etmeleri istenmiştir. Önceden belirlendiği üzere bu anlaşmalı iki kişi, deneği bozguncu konumuna düşürerek, 10 şairin 7'si konusunda farklı görüş bildirmişlerdir. Şiirlerin değerlendirilmesinden önce, katılımcıların yarısı, anlaşmalı deneklerden birinin slaydını dört milisaniye içinde

çocuğun eğitimleriyle ilgili kaygılanıyorlardı, ancak üç küçüğün sorumluluğunu Celia'ya bırakmışlardı. Celia'nın görmesi çok bulanıklaştığı zaman anne ve babası ona ödevlerini okumak zorunda kaldılar. Ancak, testler Celia'nın çeşitli büyüklükteki ve şekildeki objeleri tanıdığını, 4,5 m. uzaklıktaki parmakları saydığını gösterdi. İkisi düz, biri ters olarak üç ekrana yansıtılan üçer üçgen gösterildiği zaman 600 denemeden 599'unda ters üçgenin altındaki düğmeye doğru olarak basabildi., ve zil sesini beş saniye içinde durdurdu. Bu bölümün sonunda Celia'ya tekrar döneceğiz.

Sackeim ve arkadaşları, bu çelişkili bulguları açıklamak için iki dönemli savunma reaksiyonu önermişlerdir: İlk önce, görsel uyarıcıların algısal temsilinin farkındalığının engellendiğini ve böylece bireylerin kör olduklarını söylediklerini iddia ettiler. İkinci olarak, algısal temsilden bilgi gelmektedir. Eğer bireyler bu bilginin gelmesini inkâr etmeleri gerektiğine inanıyorlarsa, algısal problemlerde şanstan da daha kötü bir perfor-

görmüşlerdir. Diğer yarısı da öteki anlaşmalı deneği izlemişlerdir (Pilot veriler, maruz bırakmanın boş ışık patlamalarından ayırt edilemeyeceğini zaten göstermişti). Daha önce aktarılan araştır malarda olduğu gibi, subliminal maruz bırakmanın, fotoğrafı görülmüş olan anlaşmalı denekten hoşlanma ve sonuçta bu kişinin davranışı doğrultusunda hareket etme olasılığını artıracağı tahmin edilmekteydi. Önceki çalışmayla tutarlı olarak, katılımcılar, slâydı subliminal olarak gösterilen anlaşmalı denekle daha fazla aynı fikirde olduklarını belirtmişlerdir.

Bu deneyler, devam eden ve benzer noktalara işaret eden araştırmaların küçük bir örneklemi olarak bilinçdışının psikanalitik kavramsallaştırılmasıyla yakından bağlantılıdır. Çoğunun kendisini bilişsel psikolog olarak tanımladığı çağdaş araştırmacılar. Freud'un insan davranışının bilinçdışı tarafından yönlendirildiği görüşüne yaklaşmaya başlamışlardır. Fakat modern bilişsel bakış açısına göre, bilinçdışı süreçler daha farklı bir biçimde anlaşılmaktadırlar. Freud, bilinçdışının varlığını dürtüsel enerjinin, bastırılan çatışma ve dürtülerin bir deposu olarak görmüştür. Çağdaş araştırmacılar, enerji birikimi, bastırılmış çatışma ve dürtüler kavramlarını reddederek, sadece etrafımızda olup bitenlerin ya da bilişsel süreçlerimizin farkında olmadığımızı vurgulamışlardır. Aynı zamanda, bu farkında olmadığımız uyarıcı ya da süreçler davranışlarımızı güçlü bir biçimde etkileyebilirler. Bu türden yeni araştırmalar, insan davranışının nedenlerini anlamanın güç bir görev olacağını göstermektedir. Birine, sadece "bunu niye yaptın" diye sormak yeterli olmayacaktır.

Bir çocuk iki taraflı dinleme deneyine katılmakta. Sadece bir kulağa verilen bilgiye dikkat etmesine karşın, dikkat gösterilmeyen kulağa ulaşan bilgi davranış, etkilemektedir.

mans gösterirler. Eğer bu çeşit bilginin gelmesini inkâr etme ihtiyacını duymuyorlarsa performansları iyidir, ancak yine de kör olduklarını söylerler. Histerik körlüğü olanların bilinçdışı olarak algısal bilgi aldıklarını inkâr etme gereksinimi olup olmaması kişilik faktörlerine ve motivasyona bağlıdır.

Kör olduklarını iddia eden ancak başka bir düzeyde görsel uyarıcılara cevap veren kişiler doğru mu söylemektedirler? Sackeim ve arkadaşları görsel kortekste lezyonları olup gözlerinde herhangi bozukluk olmayan kişilerin kör olduklarını söylediklerini, ancak görsel testlerde performanslarının iyi olduğunu bildirmektedirler. Görmeleri vardır ancak gördüklerini *bilemezler.* Böylece dürüst olarak görmediklerini iddia etmek, bununla birlikte, aynı zamanda görme kanıtı vermek olasıdır. Daha genel bir düzeyde bir çok algı ve biliş araştırmasında farkındalık ve davranış arasında dissosiyasyon olduğu gösterilmiştir (Odak 7.2'ye bakınız).

Sackeim ve arkadaşları, davranışın farkındalıktan ayrışmasında motivasyonun rolü vardır sayıltısını laboratuar ortamında sınadılar. İki

yatkın deneği hipnotize ettiler ve her ikisine de tam kör olduklarını telkin edip görsel ayırt etme problemiyle test ettiler. Birine verilen yönerge görmemeyi sürdürmeyi motive edici nitelikteydi[1]. Bir denekten algılarını inkâr etmesi ve görsel problemde şans düzeyinin altında performans göstermesi bekleniyordu. Diğer denekten körlüğünün sürmesi açıkça istenmemişti ve problemdeki başarısının şans düzeyinin üzerinde olması bekleniyordu. Üçüncü bir denekten körlük telkini alan bir kişiyi taklit etmesi istenmişti.

Sonuçlar yordamalarla tutarlı bulundu. Körlüğü sürdürme yönünde telkin alan kişi şansın altında performans, motive edilmeyen kişi, hâlâ kör olduğunu söylemesine rağmen, tam başarı gösterdi. Taklit eden kişi ise şans düzeyinde performans gösterdi. Bryant ve McConkey (1989) Sackeim ve arkadaşlarının bulgularını destekledi. Histerik körlüğü olan bir erkeği çok sayıda deneme oturumunda test ettiler, bazı oturumlarda farklı yönergeler verdiler. Sackeim ve ark.'nın çalışmasında olduğu gibi, motivasyonun performansı etkilediği bulundu.

Sackeim ve arkadaşlarının psikodinamik görüşlerinde ileri sürdükleri gibi sözel bildirim ve davranış, bilinçdışı olarak birbirinden ayrılabiliyordu. Histerik olarak kör olan kişiler göremediklerini söyleyebiliyorlar, ancak aynı zamanda görsel uyarıcıdan etkilenebiliyorlardı. Görebildikleriyle ilgili verdikleri ipuçları, kör olarak kabul edilmeye ne kadar gereksinmeleri olduğuna bağlıydı.

DAVRANIŞSAL KURAM

Konversiyon bozukluklarının davranışsal açıklaması Ullmann ve Krasner (1975) tarafından yapılmıştır. Konversiyon bozukluklarının, belirtiyi bir kazanç sağlama amacıyla gösterilmeleri bakımından numara yapmaya benzer olduğunu ileri sürmüşlerdir. Onlara göre konversiyon bozukluğu olan bir kişi, motor ya da duyusal hastalığı olan kişilerin nasıl davranacağını düşünüyorsa o şekilde davranmaya çalışır. Bu kuram iki soruyu akla getirmektedir. İnsan bunu yapabilir mi? Hangi koşullar altında bu davranışın yapılma olasılığı yüksektir?

Birinci sorunun cevabının "evet" olmasıyla ilgili oldukça fazla kanıt vardır. İnsanlar klasik konversiyon belirtilerine uyan davranış örüntülerini gösterebilmektedirler. Örneğin, daha önce gördüğümüz gibi, felçler, anesteziler ve körlük hipnoz altındaki kişilerde ortaya çıkarabilmektedir. Benzer şekilde, kimyasal olarak etkisi olmayan ilaçların (plasebo) gerçekten hasta olanlarda ağrıyı azalttığı bilinmektedir.

İkinci soruya kısmen cevap olmak üzere Ullmann ve Krasner motor ve duyusal yeti yitimlerinin taklit edilmesi olasılığını arttıran iki durum bildirmektedirler. İlki kişinin benimsediği rolle ilgili deneyiminin olmasıdır. Benzer fiziksel bozuklukları olmuş olabilir ya da başkalarında gözlemiştir. İkincisi bu rolün *ödüllenmesi* gerekmektedir. Böyle bir yeti yitimini benimseme ancak stresi azaltıyorsa ya da olumlu sonuçlara yol açıyorsa olasıdır.

Bu davranışçı yorum akla yakın gelse de yayınlar bunu tam desteklememektedir. Sorulardan biri hastanın davranışının farkında olup olmadığı, bir başka deyişle davranışın bilinçli ya da bilinçdışı olmasıyla ilgilidir. Örneğin, Grosz ve Zimmerman'ın hastası Celia, Ullmann ve Krasner'ın kuramına göre davranmamıştır. Çok zeki olan Celia görüşünün çok bulanık olduğunu iddia ederken görsel ayırt etme probleminde tam başarı kazanmıştır. Bu şekildeki bir davranış rol yapmaya pek uymamaktadır. Eğer birini görmediğinize inandırmak isteseniz her seferinde düz duran üçgeni bulur muydunuz? Celia'nın davranışlarının Sackheim ve arkadaşlarınca ortaya atılan kuramla daha uyumlu olduğu görülmektedir. Bilinçli farkındalık düzeyinde Celia iddia ettiği gibi yalnızca bulanık şekiller görmekteydi. Ancak deneme sırasında üçgenler bilinçdışı düzeyde ayırt ediliyordu ve ne zaman görülse dik üçgeni seçebiliyordu. Celia'nın gözle ilgili problemlerinin hem konversiyon bozukluğu ve hem de numara yapmanın doğasına uygun şekilde, dikkat çekmede ve ebeveyninden yardım sağlamada çok etkili olması ilginçtir. Görsel sorunlarının başlamasından üç yıl sonra, anne ve babasıyla bir yaz gezisindeyken Celia'nın görmesi birdenbire ve dramatik olarak düzelmişti. Daha önce yaz başlangıcında ortalamanın çok üstündeki notlarla liseden mezun olmuştu. Belki de zayıf görmeden dolayı pekiştirme alma gereksinimi bitmiş ve görmesi normale dönmüştü.

SOSYAL VE KÜLTÜREL FAKTÖRLER

Sosyal ve kültürel faktörlerin olası rolü konversiyon bozukluklarının sıklığının son yüzyılda azalmasıyla önerilmektedir. Charcot ve

[1] *Hipnotik yatkınlık, bir bireyin hipnotistin telkinlerini yaşayabilen iyi bir hipnotik denek olup olamayacağını ifade eder. Bu özellik, çoğunlukla, bireylerden çok sayıda görevi yerine getirmelerinin istendiği Stanford Hipnotik Yatkınlık Ölçekleriyle değerlendirilir (Weizenhoffer ve Hilgard, 1959). Örneğin, hipnotist, deneğin elinin çok ağır olduğunu bu nedenle kaldıramayacağını telkin ederek kaldırmasını ister. İyi bir hipnotik denek kolunu kaldırmayacak ya da bunu yapmakla büyük güçlük çekecektir.*

Freud'un bu çeşit sıkıntılarla gelen birçok kadın hastaları olmasına rağmen bugünkü klinisyenler bu rahatsızlığa nadiren rastlamaktadırlar. Bu azalmayı açıklamak için birkaç hipotez öne sürülmüştür. Örneğin, psikanalitik eğilimli kişiler özellikle Fransa ve Avusturya'da konversiyon hastalarının çok sık görüldüğü on dokuzuncu yüzyılın ikinci yarısında bastırıcı cinsel tutumların, yaygınlığı artırmada etkisi olduğuna işaret etmektedirler. Konversiyon reaksiyonundaki azalma da cinsel törelerdeki gevşemeye ve yirminci yüzyıldaki fizyolojiye uymayan fonksiyon bozukluklarına kıyasla kaygıya hoşgörü gösteren psikolojik ve tıbbi bilgi artışına (sofistikasyona) bağlanmaktadır.

Sosyal ve kültürel etkenlerin rolüne ilişkin destek, konversiyon bozukluğunun, kırsal bölgede yaşayan ve düşük sosyoekonomik düzeydeki bireyler arasında yaygın olduğunu gösteren araştırmalardan gelmiştir (Folks ve ark., 1984). Bu bireyler tıbbi ve psikolojik kavramlar hakkında çok az bilgiye sahiptirler. Sosyokültürel görüşü destekleyen başka kanıtlar, histeri tanısının endüstriyel ülkelerde azaldığını (örneğin, İngiltere; Hare, 1969), ancak az gelişmiş ülkelerde daha sık görüldüğünü (örneğin, Libya, Pu ve ark., 1986) bildiren araştırmalardan gelmektedir. Uyumlu olmalarına rağmen bu verileri yorumlamak güçtür. Tıbbi hastalıklarda artan bilginin konversiyon bozukluğu yaygınlığını azalttığı anlamına gelebilir. Başka bir yorum ise tanı koyma yöntemlerinin farklı ülkelerde değişik olmasının farklı oranlarda ortaya çıkabileceğidir. Aynı tanı koyma işlemlerinde eğitilmiş kişilerce yapılacak uluslararası çalışmalara gereksinim vardır.

BİYOLOJİK FAKTÖRLER

Konversiyon bozukluklarının gelişmesinde kalıtsal faktörlerin olduğu ileri sürülmüş ancak araştırmalar bu görüşü desteklememişlerdir. Örneğin, Slater (1961) on iki tek yumurta ve on iki çift yumurta ikizinde eş hastalanma oranını araştırmıştır. Her ikizin birisi konversiyon tanısı almışken her iki ikiz grubunda da diğer ikizde konversiyon bozukluğuna rastlanmamıştır. Daha yakın zamanda Torgerson (1986) on konversiyon, on iki somatizasyon bozukluğu ve yedi ağrı bozukluğu içeren somatoform bozukluğu ikiz araştırması sonucunu bildirmiştir. İkiz çiftlerinin hiç birisi aynı tanı grubuna girmemiştir. Somatoform bozuklukları genel olarak ele alındığında bile eş hastalanma oranı tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerinden daha sık görülmemiştir. Şimdiye kadar yapılan araştırmalara göre kalıtsal faktörlerin önemli olmadığı görülmektedir. Beyin yapısı ve konversiyon bozukluğu arasında bazı ilişkiler olabilir. Konversiyon bozukluğuyla ilişkili duyguların niçin bilinçli farkındalığa açık olmadığıyla ilgili nörofizyolojik açıklama ipuçları, konversiyon belirtilerinin sağ taraftan çok bedenin sol tarafında olduğunu gösteren araştırmalardan gelmektedir (Ford ve Folks, 1985; Galin, Diamond ve Braff, 1977; Stern, 1977). Çoğu durumda bedenin sol tarafındaki işlevler beynin sağ hemisferince kontrol edilmektedir. O halde konversiyon belirtilerinin büyük bir kısmı sağ hemisfer işlevleriyle ilgili olabilir. Araştırmalar sağ hemisferin ayrıca duygular ve özellikle sol hemisferden daha çok ve olumsuz duygular üretebildiğini göstermektedir. Konversiyon belirtileri bu şekilde nörofizyolojik olarak duygusal uyarılmayla ilintili olabilir. Ayrıca, aynı araştırmalar sağ hemisferin duyguları anlatmak ve açıklamak için sol hemisferin sözel kapasitesi ile ilişki kurabilmek için *corpus collosumdaki* sinirsel yollara gereksinim duyduğunu göstermektedir. Konversiyon bozukluklarında sol hemisfer sağdan gelen acı veren duygusal içeriği engelleyebilir. Böylece konversiyon bozukluğu olan kişiler, bununla rahatsız edici durumlar arasında ya da duygusal gereksinmelerle bağlantı kuramazlar. Bu ilgi çekici bir spekülasyondur.

SOMATOFORM BOZUKLUKLARININ TEDAVİSİ

Somatoform bozukluklar, insanları ruh sağlığı uzmanlarına götüren diğer hastalıklardan daha seyrek görüldüğü için, farklı tedavi yaklaşımlarının etkinliğine yönelik yeterli düzeyde çalışma bulunmamaktadır. Vak'a raporları ve klinik spekülasyonlar, bedenlerinde böyle şaşırtıcı sorunlar olan bu insanlara nasıl yardım edileceği konusundaki tek kaynaklardır.

Somatik bozukluğu ve konversiyon belirtileri olanlar, psikolog gibi tıp dışından klinisyenler ve psikiyatr yerine çok daha sık olarak tıp doktorlarına giderler, çünkü problemlerini fiziksel olarak görürler. Yazgılarının psikolojik açıklamalarına açık değildirler ve bu yüzden "deli doktoruna" gönderilmekten hoşlanmazlar. Bu hastaların çoğu hastanın iyi hissetmesi için ilaç üstüne ilaç deneyen doktorlarının sabırlarını zorlarlar. Bu bozuklukların depresyon ile yüksek oranda bir arada görülmesiyle tutarlı olarak, en azından

ağrı hastaları için, bir tıbbi müdahale yolu, antidepresan ilaçlardır (Valdes ve ark., 1989).

Psikanalizin konuşma yoluyla tedavisi, tam bastırmanın psişik enerjiyi şaşırtıcı anestezilere ya da felçlere dönüştürdüğü sayıltısına dayanmaktadır. Hastanın bastırmasına, çocukluk dönemi kaynaklarıyla yüzleşmesini sağlayan katarsisin yardımcı olduğu düşünülüyordu, hatta bugün bile bastırmayı kaldırmak için serbest çağrışım ve diğer çabalar somatoform bozuklukların tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır. Ancak hastanın kısıtlayıcı problemleriyle ilgili endişesini azaltmak dışında psikanaliz ve psikanalitik yönelimli tedavinin konversiyon bozukluğunun tedavisinde etkili olduğu gösterilememiştir (Ochitil, 1982).

Davranışçı klinisyenler somatoform bozukluklara eşlik eden yüksek kaygının bazı durumlarla bağlantılı olduğunu ileri sürerler. Daha önce sözü edilen Alice, sallantıdaki evliliği ve başkalarının onu değerlendirebileceği durumlarda aşırı kaygı duyduğunu açıklamıştı. Maruz bırakma (exposure) gibi teknikler ya da herhangi bir bilişsel terapi ile korkular ele alınabilir ve korkuların azalması ve somatik yakınmalarda da iyileşme görülür. Ancak bir süredir "hasta" olma rolüyle, zayıflık ve bağımlılığa ve bir yetişkin gibi yüzleşmekten çok günlük sorumluluklardan kaçınmaya alışmış kişiler için daha yoğun terapiye gereksinim duyulacaktır. Alice'le yaşayan kişilerin de onun hastalıklı haline alışmış olmaları ve bilmeden normal yetişkin sorumluluklarından kaçınmasını pekiştirmeleri çok olasıdır. Alice ve aile üyelerine, onun daha bağımsız olarak davranmasını desteklemek için, ilişkiler ağını değiştirmede aile tedavisi gerekebilir. Alice'in daha etkin bir şekilde insanlara yaklaşabilmesi, konuşabilmesi, göz temasını sürdürebilmesi, istekte bulunabilmesi, eleştiriyi kabullenebilmesi, kompliman yapabilmesi gibi başkalarıyla ilişki kurma ve "ben hasta ve zayıf bir insanım" demeden kendi gereksinimlerini karşılama yollarını kazanmada kendini ortaya koyma ve sosyal beceri kazanımı yardımcı olabilir.

Genel olarak hastanın hastalıktan dolayı yapamadığı şeylere odaklanmak yerine, ona stresle nasıl başa çıkabileceğini öğretme, hissettiği fiziksel sınırlama ve rahatsızlığa rağmen faaliyetlerin arttırılmasına ve kontrol duygusunu kazanmaya teşvik etme önerilmektedir. Ağrı bozukluğu olan hastalarda Bölüm 18'de anlatılan ağrıyla baş etme tedavisi yararlı olabilir (Seligman, 1990).

Atılganlık eğitimi, bazen somatoform bozukluğu olan hastaların kaygıların, düşürme yolu olarak kullanılır.

Psikojenik kusması olan iki hastada *gerçek yaşamda* (in vivo) maruz bırakma yöntemi kullanılmıştır. Bireyler tıpkı fobik bir kişinin korkuyla yüzleşmesi gibi onların midesini bulandıran durumlarla karşı karşıya gelmeye yüreklendirilmişlerdir. Yazarlar alınan iyi sonuçları bulantının altında yatan kaygının sönmesi olarak yorumlamışlardır (Lesage ve Lamontagne, 1985).

Davranışçı tedaviciler somatoform bozukluğu olan hastalara belirtilerini bırakmayla kazançlı çıkmalarını sağlayacak çeşitli yöntemler uygulamışlardır. Buna bir örnek Liebson (1967) tarafından bildirilen bir vak'adır. Bir adam bacaklarındaki ağrı ve kuvvetsizlik duyguları ve baş dönmesi dolayısıyla işini bırakmıştı. Liebson hastanın tam gün işe dönmesine, aileyi tembelliği pekiştirmeme yönünde iknâ ederek ve hasta işe gitmeyi başardığı koşulda maaşında artış yapılmasını sağlayarak yardımcı oldu. O halde pekiştirme yaklaşımı daha iyi olma ve bu hali sürdürmek için ödül sağlamaya çalışır. Benzer bir edimsel taktik Walen, Hauserman ve Lavin (1977) tarafından bildirilmiştir. Bu taktik hastanın gururu kırılmadan hastalığından vazgeçmesidir. Terapist, hastanın tıbbi olmayan bir tedaviyle iyileşmekten utanabileceğini anlaya-

bilmelidir. Bu durumun garip ama mükemmel bir örneği Macleod ve Hemsley (1985) tarafından verilmiştir.

Kırk dokuz yaşındaki bir adam boynuna yapılan bir iğneden sonra afoni -fısıltı dışında konuşamama- geliştirmişti. Fiziksel muayenelerin hepsi negatif olmasına rağmen konuşma zorluğunun iğneden olduğu inancını sürdürüyordu. Macleod ve Hemsley bu inancı sorgulamaktansa kabullenmeye karar verdiler. Hastaya hasar görmüş kaslar için bir seri egzersiz yapması gerektiğini söylediler. Tedavi hastanın sesin hacmini sürekli olarak kayıt eden ve geri bildirim veren poligrafa bağlı bir mikrofona çocuk şiirleri okumasını içeriyordu. Her tedavi oturumu sırasında sesini yükseltmesi isteniyordu. İlk başlarda sesin hacminde sürekli bir yükselme görüldü ama bir müddet sonra zirveye erişildi. Ancak bir gün hasta tedaviye gelmeden önce bira içti ve sesi normale döndü.

Bununla birlikte bazı talihsiz olaylar nedeniyle tedavi kazançları sürmedi. Hasta iyileşmesini kısmen biraya atfetti ve karısı bu durumun haber değeri olduğunu düşünerek yerel bir gazeteye haber verdi. Hikâye ulusal basın ve televizyonlara yansıdı ve bir bira üreticisi, hastanın odak olduğu bir reklam kampanyası başlattı. Bunların neden olduğu utanç çok fazla geldiği için hastaneye yatmasını gerektirecek düzeyde depresif belirtilerle birlikte afoni tekrarladı.

DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLAR

Bu bölümde dört dissosiyatif bozukluğu inceleyeceğiz: Dissosiyatif amnezi, dissosiyatif kaçış (füg), dissosiyatif kimlik bozukluğu (çoklu kişilik bozukluğu), depersonalizasyon bozukluğu. Bunların hepsinde kişinin kimlik duygusu, bilinci ve belleğindeki değişiklikler ön plandadır. Bu bozukluğu gösteren kişiler önemli olayları hatırlamayabilir, geçici olarak kimliklerini bilmez ve hatta başka bir kimlik benimseyebilirler. Her zamanki çevrelerinden çok uzaklarda bulunabilirler.

Dissosiyatif bozuklukların yaygınlığıyla ilgili güvenilir nitelikte veriler yoktur. Şimdiye kadar yapılmış en iyi araştırmada, yaygınlığın amnezide %7, depersonalizasyonda %2.4, kaçışta %0.2 olduğu bulunmuştur (Ross, 1991). Çoğul kişilik bozukluğundan söz ederken bu araştırmayı daha ayrıntılı olarak anlatacağız.

Dört temel dissosiyatif bozukluğunu incelerken, ilk önce belirtiler, sonra da etiyoloji kuramları ve tedavi ele alınacaktır.

DİSSOSİYATİF AMNEZİ

Dissosiyatif amnezisi olan bir kişi, bölümün başında sözü edilen vak'ada olduğu gibi, genellikle stres verici bir olaydan sonra aniden önemli kişisel bilgileri hatırlayamaz. Bilgi tamamen kaybolmaz ancak amnezi dönemi boyunca hatırlanamaz. Bellekteki boşluklar günlük unutkanlıkla açıklanamayacak kadar büyüktür.

Sıklıkla, sınırlı bir zaman dilimindeki bütün olaylarla ilgili bellek kaybı, sevilen birinin ölümüne tanık olmak gibi travmatik bir olaydan sonra ortaya çıkar. Nadiren de amnezi belli bir dönemdeki seçici olaylarla ilgilidir; travmatik olaydan bugüne kadar sürmüştür; ya da tam amnezidir, kişinin tüm yaşamını kapsar (Coons ve Milstein, 1992). Amnezi döneminde, bellek kaybının bazen yönelimi bozması ve kişinin amaçsızca etrafta dolanması gibi durumlar dışında bireyin diğer davranışları olağandır. Tam amnezide, hasta akrabalarını ve arkadaşlarını tanımaz, ancak konuşma, okuma yetilerini ve belki özel

Spellbound filminde, Gregory Peck amnezisi olan bir adamı oynamıştır. Dissosiyatif amnezi genellikle stresli bir olay ile tetiklenir.

ODAK 7.3 DİSSOSİYATİF KİMLİK BOZUKLUĞU VE NUMARA YAPMA (MALINGERING)

DKB'nun gerçek bir bozukluk mu yoksa ceza almaktan kurtulmak ya da kazançlar elde etmek için bilinçli sarf edilen bir çaba mı olduğuna yönelik bazı soru işaretleri bulunmaktadır. DKB, numara yapmaktan biraz daha ileri bir durum mudur? Bu konu, 1980'lerin başında, Kaliforniya'da, Hillside Canavarı (boğazlayan) olarak bilinen bir seri katilin duruşması sırasında önem kazanmıştır. Halk taralından da yaygın olarak bilinen bu duruşmada, pek çok uzman tanığın görüşlerinin farklı olması, International Journal ol Clinical and Experimental Hypnosis dergisinde basılan üç makaleye konu olmuştur (Allison, 1984; Orne, Dinges, ve Orne, 1984; Watkins, 1984).

Duruşma dönemin de, DKB'nun gerçekliği konusunda oldukça fazla şüphe taşıyan bir araştırma ekibi (Spanos. Weekes; ve Bertrand, 1985), bu cinayetleri işlemekten tutuklu Kenneth Bianchi'nin ifadelerine yeni bir bakış açısı kazandıracak, ustalıklı bir deney düzenlediler. Bu çalışma, bir bireyin sadece ceza almaktan kaçmak için diğer bir kişiliğe uyum yapabileceği olasılığını destekledi. Deneysel manipülasyonlar. Bianchi'nin işlediği suçlardaki yasal sorumluluğunu belirlemek amacıyla, duruşma öncesi dönemde, bir ruh sağlığı uzmanı tarafından yürütülen ve Bianchi'nin hipnoz altında olduğu varsayılan görüşmelerle yapıldı. Görüşmeci (G), ikinci kişiliğin gelmesini istedi.

***G:** Biraz Ken ile konuşmak istiyorum ama olasılıkla Ken'in henüz konuşmamış olduğum bir diğer parçası var. Ve bu diğer parçanın gelip benimle konuşmasını istiyorum.. .Ve burada olduğun zaman, bunu bana belirtmek için sol elini havaya kaldır. Parça, lütfen gelir misin, Parça, seninle konuşabilir miyim?...Parça, lütfen gelip Ken'nin elini havaya kaldırarak hana burada olduğunu gösterebilir misin? ...Parça, "buradayım" diyerek benimle konuşabilir misin? (Schwarz, 1981. s. 142-143).*

Bianchi (B) son soruya evet diye yanıt verdi, görüşmeci izleyen konuşmaya devam etti.

***G:** Parça, Ken'in aynısı mısın yoksa ondan bir biçimde farklı mısın*

***B:** Ben o değilim.*

***G:** Sen o değilsin. Kimsin sen? Bir ismin var mı?*

***B:** Ben Ken değilim.*

***G:** Sen o değilsin? Tamam. Kimsin sen? Bana kendinden sözet. Sana seslenebileceğim bir ismin var mı?*

***B:** Sieve. Bana Steve diyebilirsin (s. 139-140).*

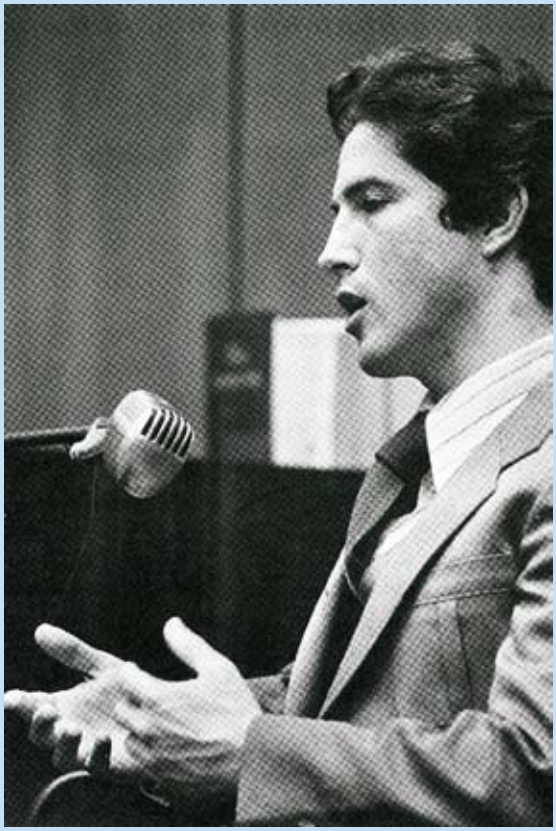
Bianchi, Steve olarak konuşurken. Ken'den nefret ettiğini, çünkü Ken'in hoş bir insan olduğunu. Steve'in, kuzeninin yardımıyla çok sayıda kadını öldürdüğünü belirtti. Bianchi'nin davası, disosyalif kimlik bozukluğu sorunu olduğunu iddia ettiği için, akıl hastalığına bağlı olarak aslında suçlu olmadığı noktasına gelmişti.

Spanos'un çalışmasında, lisans öğrencilerine, cinayetten sanık olan birini oynayacakları ve birçok kanıta karşın, suçu reddetme olasılığının belirdiği söylendi. Onlara aynı zamanda, hipnoz altında canlandırılan bir psikiyatrik görüşmeye katılacakları belirtildi. Sonra öğrenciler diğer bir odaya alındılar ve aslında deney asistanı olan kişi. onlara bir psikiyatr gibi tanıştırıldı. Bir kaç standart sorudan sonra, görüşme öğrencilerin atandıkları koşullara göre farklılaştı. Bianchi koşulunda olanlara, temel hipnoz yönergesi verildi ve Bianchi'nin görüşmesinde yapıldığı gibi ikinci kişiliğin gelmesi istendi. Saklı Parça koşulunda olan öğrenciler de hipnotize edildiler ve onlara Parçalarını ortaya çıkarabilecekleri söylendi, ancak bu yönerge, birinci koşuldakilerinkine göre daha az açıktı. Son koşuldaki denekler hipnotize edilmediler ve saklı Parçalarının olası varlığına ilişkin bilgi daha az açık verildi.

Deneysel manipülasyonlardan sonra, ikinci kişiliğin olası varlığı, doğrudan "psikiyatr" tarafından sorgulanmaya başlandı. Ek olarak, öğrencilere cinayetin kanıtları hakkında sorular yöneltildi. Son olarak, ikinci oturumda, diğer kişiliğin varlığı

becerilerini, dünya ve dünyadaki işlevleriyle ilgili önceden kazanılmış bilgilerini kaybetmez. Amnezik dönem bir kaç saat ve bazen de bir iki yıl gibi uzun sürebilir. Genellikle oluşu gibi aniden ortadan kalkar, tam bir iyileşme olur ve tekrarlama şansı çok azdır.

Bellek kaybı, birçok organik beyin bozukluğu ve madde kötü kullanımında da sıklıkla görülür. Ancak organik nedenlerle olan amnezi ve bellek kaybını ayırt etmek oldukça kolaydır. Kötüleyen (dejeneratif) beyin bozukluklarında bellek zaman içinde yavaş yavaş bozulur ve yaşam stresine bağlı değildir. Herhangi bir travmanın (örneğin, otomobil kazası) neden olduğu beyin hasarı ya da madde kötü kullanımından sonra görülen bellek kaybı kolaylıkla travmaya ya da madde kullanımına bağlanabilir.



Hillside canavarı Ken Bianchi, seri cinayetleri için akıl hastalığı savunması girişiminde bulundu, fakat mahkeme onun çoklu kişilik bozukluğunu taklit etmeye çalıştığına karar verdi.

hakkında bilgilendirilenlerden iki kişilik testini iki kez doldurmaları istendi -bir seferinde diğer kişilikleri için. Bianchi koşulundaki öğrencilerin yüzde seksen biri, yeni isime uyum sağladılar ve çoğu cinayet suçunu kabul etti. İki ayrı kişilik için olan kişilik testi sonuçları bile belirgin olarak farklıydı. Açıkça, durum gerektirdiği zaman, insan ikinci bir kişiliğe uyum yapabilir. Spanos ve ark., çoklu kişilik sergileyen bazı insanların, zengin bir hayal dünyaları olabileceğini ve başka bir insan olduklarıyla ilgili olarak hayalleri sık sık kurduklarını (özellikle, Bianchi gibi, kendilerini diğer kişilik tarafından kötü davranışlara yönlendirilme durumlarında bulduklarında) önermişlerdir. Bununla birlikte, bu durumun rol oynama durumlarının olanaklı olduğu koşullarda gösterildiğini, çoklu kişilik bozukluğu olan tüm vak'aların, böyle bir kökeni olduğunu göstermeyeceğini hatırda tutmalıyız.

Spanos çalışması bizi tereddüde yöneltmiştir. Bazı profesyoneller hâlâ dissosiyatif kimlik bozukluğunun rol oynamaktan başka bir şey olmadığını düşünmektedirler. Diğerleri, seyrek olsa da bunun gerçek olduğunu ve bunun bir bozukluk olduğunu düşünmekledirler. Bu tartışma nasıl çözülebilir? Temel bir yöntem, çoklu kişiliği olan vak'aları, rol oynama ya da hipnoz veya derin gevşeme altında test etme koşullarını karşılaştırmak olabilir. Temel kişilik ile ikinci kişilik arasındaki anahtar karşılaştırmaların ve DKB'nun gerçekliğinin, rol yapan bireyler arasında olandan daha fazla klinik vak'alar için görülen büyük farklılıklar tarafından yansıtıldığı düşünülebilir. Fizyolojik ölçümler, bağımlı değişken olarak seyrek olarak kullanılırlar, çünkü bilinçli kontrole daha az bağlı oldukları düşünülür.

Putnam, Zahn, ve Post (1990) böyle bir araştırma stratejisi kullanarak kontrollere göre, DKB vak'alarının kişilikleri arasında, otonom sinir sistemi aktivitesinde büyük farklılıklar buldular ve Miller da (1989) görsel işlevsellikte çok farklılık buldu. Bu veriler. DKB'nun rol oynamadan daha fazla bir şey olduğunu göstermiyor mu? Şart değil. Bulgular ilginç, ancak hatırlamalıyız ki, bu çalışmalardaki rol yapan bireyler, farklı kişilikleri oynayan klinik vak'alara göre, rollerini daha az pratik etmiş durumdadırlar. Olasılıkla daha fazla pratik ile aradaki fark da azalacaktır.

Gerçek mahkemeye geri dönecek olursak. Bianchi suçlu bulundu. Akıl hastalığı iddiası engel olmadı, bunun bir nedeni, rol oynamanın, gerçek çoklu kişilik bozukluğu ile derin hipnotize olmuş bireyleri birbirlerinden nasıl ayırt edilebildiğine ilişkin kanıtların gösterilmiş olmasıdır (Orne ve ark., 1984). (DKB ve akıl hastalığı savunması konusundaki ek tartışmalar için Bölüm 20 ye bakınız).

DİSSOSİYATİF KAÇIŞ

Dissosiyatif kaçış (füg) ta, bellek kaybı daha yoğundur. Kişi sadece tamamen amnezik olmaz, aynı zamanda aniden evinden ve işinden uzaklaşır ve yeni bir kimlik benimser. Bazen yeni bir kimlik üstlenme çok ayrıntılı olabilir; kişi yeni bir isim, yeni bir ev, yeni bir iş ve hatta yeni kişilik özellikleri edinebilir. Bazen oldukça karmaşık sosyal yaşam içine girebilir, ama hiçbir zaman geçmişi hatırlayamamasını sorgulamaz. Ancak, daha sıklıkla yeni yaşam bu düzeyde kristalize olmaz ve kaçış süresi kısadır. Çoğu zaman sınırlı ama amaçlı, sosyal temasın çok az ya da hiç olmadığı seyahatleri içerir. Kaçışlar, doğal afet, savaş, evlilik kavgaları ve kişisel reddedilme gibi şiddetli stres sonucu ortaya çıkar. Düzelme zaman bakımından değişiklik

gösterse de eski olaylar tam olarak hatırlanmaya başlanır; birey sık sık uğradığı mekânlardan kaçışında neler olduğunu hatırlamaz.

DEPERSONALİZASYON BOZUKLUĞU

Bireyin benliğine ilişkin algısının ya da yaşantısının altüst edici ve yıkıcı şekilde değiştiği **depersonalizasyon bozukluğu,** DSM-IV'de de dissosiyatif bozukluk olarak sınıflanmıştır. Diğer dissosyatif bozukluklardakinden farklı olarak, depresonalizasyon bozukluğunda bellek bozukluğu görülmediği için, bu durum tartışmalıdır. Bir depersonalizasyon nöbetinde (episod) kişi aniden kendilik duygusunu kaybeder. Kol, bacak uzunluğu belirgin biçimde değişik görülebilir ya da kendi bedenlerinin dışında kendilerine bakıyormuş gibi hissedebilirler. Bazen makine gibiymiş gibi hissedip kendilerini ve başkalarını robot gibi görürler. Gerçekliğini kaybetmiş bir dünyada rüyada yürüyor gibidirler. Benzer ancak çok daha şiddetli nöbetler bazen şizofrenide de görülür (Bölüm 11'e bakınız). Ancak şizofreni hastasında yaşantısında depersonalizasyon geçiren kişilerin bildirdiği "sanki" özelliği yoktur. Tersine şizofreni hastalarının kendilerine yabancılaşması gerçek ve tamdır.

DİSSOSİYATİF KİMLİK BOZUKLUĞU

Ünlü Eve'in Üç Yüzü vak'asındaki Chris Sizemore'da olduğu gibi dissosiyatif kimlik ya da çoklu kişiliğiniz olsa nasıl hissedeceğinizi düşünün. Başkaları size kişiliğinize uymayan ve hiç hatırlamadığınız şeyler yaptığınızı söylerler. Sabah kalktığınızda yatak ucunda yarısı içilmiş çay bulursunuz ancak çay sevmediğinizi bilirsiniz. Bunları nasıl açıklayabilirsiniz? Eğer tedaviye giderseniz psikolog ya da psikiyatrın size inanıp inanmayacağını merak etmez misiniz? Belki de klinisyen sizi psikotik zannedecektir.

Kendimizi normal benliğimizde hissetmediğimiz günler hepimizde olur. Bu normaldir ve dissosiyatif kimlikle bu kastedilmemektedir. DSM-IV'e göre **dissosiyatif kimlik bozukluğu** (DKB) tanısı koyabilmek için kişinin en az iki ayrı ego durumunun bulunması, belirli zamanlarda birinin öne çıkması, bu ego durumlarının, kontrolü ele aldığı birbirlerinden bağımsız oluş, düşünüş ve varoluş şekillerinin olması gerekmektedir. Bir benliğin diğeriyle temasının olmamasından dolayı, bellekte boşluklara sıklıkla rastlanır. Diğer bir deyişle A'nın B'nin nasıl olduğuyla ilgili belleği, hatta B'nin varlığıyla ilgili bilgisi yoktur. Ayrıca iki benliğin var olmasının kronik (uzun süreli) ve şiddetli (yaşamda oldukça fazla aksamalara yol açması) olması gerekmektedir; örneğin bir ilaç alımı sonrası görülen değişiklik gibi değildir.

Her benlik kendi davranışsal örüntüleriyle, bellek sistemiyle, ilişkileriyle karmaşık ve tam bütünleşmiştir: Her biri idareyi ele geçirdiğinde kişinin doğasını ve davranışlarını belirler. Genel olarak kişilikler farklıdır, hatta birbirinin zıttıdır. Sağ ve sol el kullanımı; farklı derecelerde gözlük takma ve farklı maddelere alerjisi olma görülebilir. Orijinal ve alt benlikler kayıp zaman aralıklarının farkındadırlar ve kime ait olduğunu bilmeseler de bazen bir diğerinin sesi bilinçte yankılanabilir. Bir kişinin ikiden fazla benliği varsa bunlardan her biri bir dereceye kadar birbirlerinin farkında olabilir, hatta birbirleriyle konuşabilirler.

Dissosiyatif kimlik bozukluğu genelde çocuklukta başlar ancak ergenlik döneminden önce tanı konması çok enderdir. Diğer dissosiyatif bozukluklardan daha ağır ve kroniktir ve iyileşme de tam olmayabilir. Kadınlarda erkeklere oranla çok daha sık görülür. Özellikle depresyon, sınır kişilik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu gibi tanıların eşlik etmesine sıklıkla rastlanır (Ross ve ark., 1990). Ayrıca DKB'de baş ağrıları, madde kötü kullanımı, fobiler, intihar düşünceleri ve kendine zarar verici davranışlar sık görülür.

Dissosiyatif kimlik bozukluğu vak'aları basında yanlış bir biçimde şizofreni hastası olarak tanımlanırlar. Bölüm 11'de ayrıntılı olarak tartışılan bu tanı grubu, ismini eski Yunancada "birbirinden ayrılma" anlamını taşıyan *şizo* (schizo) kökünden almıştır, karmaşa da bu yüzdendir. Birbirinden oldukça ayrı ve bütünleşmiş iki ya da daha fazla sistemin var olduğu kişilikteki bir ayrışma, şizofrenik davranışları ortaya çıkardığı söylenen duygu ve düşüncenin birbirinden ayrışmasından çok farklıdır.

Dissosiyatif kimlik bozukluğunun olup olmaması da çok tartışma konusu olmuştur (Odak 7.3'e bakınız). Tanı el kitabına dâhil edilerek resmen tanınsa da, varlığı çok yerleşmiş bir inancımıza- bir bedende bir kişi vardır-ters düşmektedir. DKB'den ilk olarak 19. yüzyılda söz edilmiştir. Sutcliffe ve Jones (1962) gözden geçirme çalışmalarında, çoğu 1890 ve 1920 arasında 77 vak'a bildirmişlerdir. Bu dönemden sonra 1970'e kadar DKB vak'aları çok azalmış sonra da artmaya başlamıştır. DKB'nin yaygın-

lığını bulmaya yönelik daha resmi veriler Kanada, Winnipeg'de 454 yetişkinden oluşan bir örneklemden toplanmıştır (Ross, 1991). Ne yazık ki örneklem, genel nüfusu temsil edici değildi ve araştırmanın tanıyı bağımsız gözlemcilerin teyid etmemiş olması gibi hataları bulunuyordu. Ancak bu araştırma şimdiye kadar yapılmış en kapsamlı çalışmadır ve yaygınlık %1.3 olarak bulunmuştur. Bu sayı yüksek değilmiş gibi görünse de, bozukluğun milyonda bir görüldüğü yönündeki tahminlere göre oldukça yüksektir.

Bu azalmanın ve sonradan tekrar ortaya çıkmasının nedeni nedir? Tanı koyma deneyimlerinin değiştiğinden mi yoksa klinisyenlerin hep aynı sayıda hasta görüp sadece ilginin olduğu dönemlerde bildirdiklerinden mi olduğundan emin olamayız. DKB tanısındaki azalmadaki bir olasılık şizofreni kavramının çok popüler olmasıdır. Daha önce de söz ettiğimiz gibi DKB vak'aları yanlış olarak şizofreni tanısı almış olabilirler (Rosenbaum, 1980). Bununla birlikte bu iki bozukluğun belirtileri aslında birbirine benzemez; DKB olan bireyler, şizofrenideki düşünce bozukluğu ve davranışsal organizasyonsuzlukları sergilemezler. Diğer bir tanı sorunu ise, DSM-lll-R'de farklı benliklerin birbirini hatırlamaması koşulunun bulunmamasıdır. Bu durum davranışlarında yüksek düzeyde farklılık gösteren kişilere DKB tanısı konmasına yol açmış olabilir (Kihlstrom ve Tataryn, 1991). Daha önce de söz ettiğimiz gibi DSM-IV'de bellek bozukluğu yönü düzeltilmiştir, ancak bunun ne gibi etkileri olacağını bilmek için henüz erkendir.

Sally Field'ın oynadığı, Sybil'ın film versiyonu bu ünlü dissosiyatif kimlik bozukluğu vak'asını tasvir etmektedir.

DKB tanılarındaki artışın diğer olası bir nedeni on altı kişilikle dramatik bir durum sergileyen *Sybil'ı*n yayınlanması olabilir. Bu vak'a çok fazla dikkat çekmiş ve halkın bu bozukluğa olan ilgisini artırmıştı. Sybil sonrasında, her bir vak'adaki *alter* sayısında artma olması, geçmişteki iki ya da üç benlikten, on ikiye gelinmesi dikkat çekicidir (Goff ve Simms, 1993). DKB'nun yaygınlığı ABD ve Kanada'da daha da artmış; İngiltere, Fransa, Rusya, Hindistan ve Japonya'da seyrekliğini korumuştur. Ayrıca, çok az sayıda klinisyen, DKB'nin orantısız bir biçimde tanı almasına katkıda bulunmuştur. İsviçre'de yapılan bir araştırmada, DKB tanısı konan vak'aların %66'sının, cevap veren psikiyatristlerin % 10'u tarafından konulduğu bulunmuştur (Modestin, 1992). Bu da bazı klinisyenlerin oldukça yönlendirici soru sorduklarını (yani istenen noktaya gelmek için doğrudan sormak), bu görüşmeleri hastalar hipnoz altındayken yaptıklarını ve oldukça muhtemeldir ki DKB'deki artışın gerçeği yansıtmadığını, bazı vak'aların görüşme odasında yaratıldığını göstermektedir.

Bir zamanlar klinik yayınlarda dissosiyatif bozukluğun en titiz biçimde kaleme alınmış vak'a öyküsü Eve White'dı. Daha sonra birçok vak'a anlatılmıştır. Bunlardan biri 1976'da *Journal of Abnormal Psychology*'de yayınlanmıştır. "Evelyn'in Üç Yüzü" onu tedavi eden psikiyatr Robert F. Jeans tarafından yazılmış ayrıntılı bir vak'a öyküsüdür. Terapi sonucunun farklı kişiliklerin *bütünleşmesi* ya da *kaynaşması* şeklinde olduğuna, bir ya da iki kişiliğin yok edilmesi olmadığına dikkat ediniz. Son dönemlerde, bu konuda çalışanların çoğu benliklerin her birinin önemli işlevleri ve kişiliğin önemli parçaları olduğunu ve böylece bir kişilikte kaynaştırmalarının önemli olduğunu düşünmektedirler (Ross, 1989)

Jeans, hastası hakkında şu bilgileri vermektedir: Arkadaşlar, tarafından gönderilen Gina Rinaldi'yi aralık 1965'de görmüştü. Otuz bir yaşında ve bekâr olan Gina o tarihte büyük bir eğitim şirketinde yazar olarak başarıyla çalışıyordu. İşe yönelik, etkili ve üretken bir insan olarak davrandığını gözlemişlerdi. Dokuz kardeşin en küçüğü olan Gina onlu yaşlarından beri uykuda gezdiğini ve şimdiki ev arkadaşının, bazen uykusunda bağırdığını söylediğini bildirdi.

O zaman yetmiş dört yaşında olan annesini, bildiği en otoriter kadın olarak tanımladı. Çocukken oldukça ürkek ve itaatkâr bir kız olduğunu söyledi. Yirmi altı yaşında-

ODAK 7.4

KONVERSİYON BOZUKLUĞU VE DİSOSYATİF BOZUKLUKLARIN SINIFLANDIRILMASI

Mademki hem konversiyon hem de dissosiyatif bozukluklar tanımlandı bunların DSM-IV'de birbirlerinden ayrı olarak sınıflandırılmalarındaki yönteme geri döneceğiz. Konversiyon bozukluğu somatoform bozukluğudur, çünkü fiziksel belirtiler içerir ve dissosiyatif bozukluklar ayrı bir kategoridirler, çünkü bilinçte bozulmaları içermekledirler. Alanda başı çeken bir araştırmacı olarak John Kihlstrom, bu ayrışmanın bir hata olduğunu belirtmektedir. Her iki bozuklukta da bilincin normal kontrol işlevlerindeki bozulma olduğuna inanmaktadır. Dissosiyatif bozukluklarda, örtük ve açık bellek arasında dissosiyasyon (çözülme) bulunmaktadır. Örtük bellek, bilinçli olarak hatırlanamayan bir olay tarafından ortaya çıkarılan davranış değişikliklerim ifade etmektedir. Kihlstrom (1994), örtük belliği harekete geçmeyen çok sayıda dissosiyatif bozukluğu olan hasta örneği aktarmıştır. Örneğin, bir kadın, kötü bir şaka sonrasında- amnezik hale gelmişti. Olayı bilinçli olarak hatırlamamakla birlikte, olayın olduğu yerden geçerken korkuya kapılmaktaydı. Bu, dissosiyatif bozuklukların temeli olan örtük ve açık bellek arasındaki dissosiyasyondur. Kihlstrom algının etkilenmesi durumunda, aynı temel bozulmanın konversiyon bozukluğunda da olduğunu tartışmakladır. Dissosiyatif bozukluklardaki gibi, uyarıcı bilinçli olarak görülmemekte, duyulmamakla, ya da hissedilmemektedir. Bununla birlikte davranışı etkilemektedir. (Bu noktanın daha açık hale gelmesi için histerik körlük ile ilgili pek çok vak'a tanımlamamızı hatırlayın.) Buna göre, konversiyon bozukluğunu, açık algı ile zarar görmemiş örtük algıdaki bozulmalar olarak tanımlayabiliriz.

Bölüm 3'de belirttiğimiz gibi. DSM-III'ten başlayarak, anormal davranışın sınıflandırılması davranış ya da belirti temelli olmaya başlamıştır. Kihlstrom'un konversiyon ve dissosiyatif bozukluklar için öne sürdüğü görüş, sınıflandırmanın diğer ilkelerinin alanda uygulanabilir olduğunu göstermektedir. Hangi işlev ya da mekanizmanın işlevini kaybettiğini temel alan bir sınıflandırma, davranış temelli bir sınıflandırmadan daha tercih edilebilir. Davranış temelli bir sistem, benzer davranış ya da belirtilerin, farklı nedenler ile ortaya çıktığı durumları gözden kaçırıyor olabilir. Bu odak benzer işlev bozukluğu sonucu ortaya çıkan bozuklukları birbirinden ayırmanın hatalı olabileceğini göstermektedir. Kihlstrom'un görüşünün değerlendirilmesindeki son bir anahtar nokta, kuramında öne sürdüğü gibi, konversiyon ve dissosiyatif bozukluklarındaki işlev bozukluklarının benzer olduğunun doğru olup olmadığıdır. Şu ana kadar, kesin bir kanıt olmadığı için, ilginç bir fikir olarak kalmaktadır.

ken dişlerine tel takıldı ve yirmi sekiz yaşındayken bir eski papazla, yaşamında ilk defa niteliği cinsel olmayan bir "macerası" oldu. Daha sonra evli olan ancak boşanıp kendisiyle evleneceğini vaat eden bir adamla-T.C. ile ilişkisi oldu. İlişkinin başından itibaren ona sadık kaldığım söyledi. Kısmen rüyalarından birinin analizini temel alarak. Jean Gina'ının, kadın olmak konusunda, özellikle bir erkekle yakın, cinsel ilişkiye girme olasılığı olduğu durumlarda rahatsızlık duyduğu sonucuna vardı. Ancak T.C. boşanma sözünü tutmadı ve Gina'yı düzenli olarak görmekten vazgeçti. Gina artık T.C.'nin gözünden düşmüştü.

Gina ile olan birkaç oturumdan sonra Jeans ikinci bir kişiliğin çıkmakta olduğunu gözledi. Jaens ve Gina tarafından "Mary Sunshine" denilen bu kişilik Gina'dan oldukça farklıydı. Daha çocukça, geleneksel olarak daha kadınsı ve daha baştan çıkarıcı görünüyordu. Gina kendisinin bir kömür işçisi gibi yürüdüğünü söylüyordu, oysa Mary hiç öyle yürümüyordu. Oldukça somut bazı olaylar Mary'nin varlığına işaret etti. Bazen Gina lavaboda içinde sıcak çikolata bulunan kahve fincanları buldu. Ne kendisi ne de ev arkadaşı sıcak çikolata sevmiyordu. Kendisinin çektiğini hatırlamadığı büyük miktarda paralar bankadan çekiliyordu. Bir akşam televizyon seyrederken kendisini ağlar buldu ve seyrettiği o program için ağlamayı aptalca buldu. Dikiş dikmeyi sevmediği halde kendini telefonda dikiş makinesi ısmarlarken buldu ve bir kaç hafta sonra terapi oturumuna Mary'nin diktiği elbiseyi giydi. İş yerinde iş arkadaşları onu daha sevimli bulmaya başladılar ve insanların daha iyi çalışmalarını yüreklendirmek için ne yapılması gerekliğini ona danıştılar. Bütün bunlar Gina'ya çok yabancıydı. Jeans ve Gina, Gina'nın bazen Mary olduğunu anlamaya başladılar.

Bir gün T.C. tekrar ortaya çıktı. Gina ona karşı kin ve öfke duyuyordu, ancak onu çok sıcak bir şekilde "nerelerdeydin, seni ne kadar özledim" diyerek karşıladığını fark etti. (Görünüşe göre psikanalitik yönelimli terapi daha önce Gina ve Mary arasındaki geçirgen olmayan sınırı yumuşatmıştı.) Ayrıca adamın "Senin bütün istediğin beni memnun etmek, benim her istediğime uyma ve beni memnun etme dışında hiç bir şey yapmadın" tarzındaki cevabını hayretle dinledi. Gina'nın bu adamla olan önceki ilişkisinde Mary'nin aktif olduğu anlaşılıyordu.

Jeans artık tedavi odasında, gittikçe artan bir sıklıkta, gözleri önünde Gina'nın Mary'ye dönüşüne tanık oluyordu. Bir oturuma, T.C. ile beraber geldi ve o oturumda duruşu daha rahat, sesi daha sıcaktı. T.C. onu gerçekten sevdiğini söylediği zaman Mary değil Gina "Tabii, sevdiğini biliyorum T." diyerek cevap verdi.

Diğer bir oturumda Mary kızgındı ve Jeans'in dediğine göre Gina'nın tırnaklarını yedi. Sonra Jeans'in önünde ikisi birbirleriyle konuşmaya başladılar.

Terapinin başlamasından bir yıl sonra Gina ve Mary'nin sentezi ortaya çıkmaya başladı. İlk önce Gina'nın hâkim olduğu görülüyordu ancak Jeans, Gina'nın özellikle "işi bitirmeliyim" bakımından yani terapide aşırı gayret göstermek açısından eskisi kadar ciddi olmadığını gözledi. Jeans, Mary'nin kendisiyle konuşmak istediğini

düşünerek Gina'nın Mary'le konuşmasını yüreklendirdi. Hastanın söyledikleri aşağıda yer almaktadır:

"Yatakta yatıp uyumaya çalışıyordum, birisi T.C. için ağlamaya başladı. Mary olduğuna emindim. Onunla konuşmaya başladım. Bu kişi bana ismi olmadığını söyledi. Daha sonra Mary'nin ona Evelyn dediğini söyledi.... İlk önce şüphelendim ve Mary'nin Evelyn olarak rol yaptığını düşündüm. Ancak sonra fikrimi değiştirdim, çünkü

biriydi. T.C.'nin güvenilmez olduğunu bildiğini, ancak onu hâlâ sevdiğini ve çok yalnız olduğunu söyledi. Daha güvenilir birini bulmanın iyi olacağı konusunda benzer fikirdeydi. Dünyaya alışabilmek için her gün çok kısa bir zaman ortaya çıktığını söyledi. Daha kuvvetlenince gelip sizi (Jeans) görmeye söz verdi" (Jeans. 1976, s. 254-255).

Ocak ayı boyunca, Evelyn çok daha sık görünmeye başladı ve Jeans hastasının hızla düzelmeye başladığın, hissetti. Birkaç ay içinde tamamen Evelyn ile görüşmeye başladı: kısa bir süre sonra bu kadın bir doktorla evlendi. Şimdi, yani yıllar sonra, hâlâ diğer kişilikler bir daha ortaya çıkmadı.

DİSOSİYATİF BOZUKLUKLARIN ETİYOLOJİSİ

Psikanalitik kurama göre bütün dissosiyatif bozukluklar, yoğun bir bastırmanın örnekleridir. Kişi bunu kişiliğinin büyük bir kısmını farkındalıktan ayırarak yapmayı başarır (Buss,1966) ya da kişiliğin ayrılmış parçası için yeni bir kimlik geliştirir. Şiddetli travmalar bastırıldığında, olası sonuç amnezi (unutma) ya da kaçıştır, DKB'deki benlikler, dissosiyasyonun (çözülme) bir yoludur ve böylelikle konuk kişiliği acı veren anılardan korur (Bryant, 1995).

Bastırma kavramını ve çocukluk dönemi cinsel çatışmaların kaçınılmaz önemini vurgulamamakla beraber davranışçı görüş, psikanalitik spekülasyonlara benzemektedir. Öğrenme kuramcıları dissosiyatif olayları çok stres verici durumlardan korunmak üzere geliştirilmiş kaçınma tepkileri olarak kavramsallaştırırlar. DKB, çocuklukta aşırı derecede rahatsızlık yaratan olaylarla baş etmek için "kendini" hipnoz yoluyla gelişiyor olabilir (Bliss,1980). Elde edilen veriler, DKB hastalarının yüksek oranda hipnoza yatkın olduğunu, kontrollerle karşılaştırıldığında Stanford Hipnotik Telkin Edilebilirlik (Susceptibility) Testinde çok daha yüksek puanlar aldıklarını göstermektedir (Bliss, 1983). Benzer biçimde yüksek düzeyde hipnoza yatkınlık, travma sonrası amnezi geliştiren bireylerde de görülmektedir (Butler ve ark., 1996).

Aktarılan tüm görüşler, dissosiyasyonun aşırı stresle bağlantılı olduğunu önermektedirler. Araştırmalar bu büyük stresin çocuklukta-

Çocukluktaki şiddetli travma dissosiyatif bozuklukların önemli bir nedeni olarak görülür.

ki fiziksel ve cinsel taciz yaşantıları olduğunu göstermektedir. Dissosiyatif kimlik bozukluğu ile çalışan terapistlerle yapılan bir anket sonucunda, hastalarının %80'i çocukluklarında fiziksel tacize, %70'i ise enseste maruz kalmışlardır (Putham ve ark., 1983). Çocukluktaki fiziksel ve cinsel taciz yaşantıları üzerindeki başka tahminler bu oranlardan da yüksektir (Klutt, 1984; Ross ve ark., 1990).

DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLARDA TEDAVİ

Dissosiyatif bozukluklar, herhangi bir bozukluktan daha çok, Freud'un bastırma kavramının geçerliğini düşündürmektedir. Amnezi, kaçış ve dissosiyatif kimliğin her üçünde de kişiler daha önceki yaşamlarının önemli bir kısmını unuttuklarını gösterir şekilde davranmaktadırlar. Bu kişiler aynı zamanda bir şeyler unuttuklarının farkında olmadıkları için yaşamlarının önemli bir kısmını bastırdıkları hipotezi kuvvetlenmektedir.

Bunun sonucu olarak dissosiyatif bozukluklarda tedavi amacıyla psikanalizin seçilmesi, diğer psikolojik tedavilerden daha sıktır. Psikanalizin temel tekniklerini kullanarak bastırmayı kaldırmak ilk hedeftir.

Combs ve Ludwig'e (1982) göre, eğer terapist, çabuk başlayan amnezisi olan hastaları,

ODAK 7.5 ÇOCUKLUK CİNSEL İSTİSMARININ BASTIRILMIŞ ANILARI

Bu bölümde, çocukluktaki istismar öyküsünün DKB'nin önemli bir nedeni olarak düşünüldüğünü gördük. Sonraki bölümlerde, cinsel istismarın, diğer çoğu bozukluklarda da rol oynayan bir etken olarak dikkate alındığını öğreneceğiz. Son zamanlara kadar, çocukluk cinsel istismarının seyrek olduğu düşünülürdü. Şimdilerde, kadınların %20-30'nun çocukluk döneminde istismara uğradıkları tahmin edilmektedir (Finkelbor, 1993). Çocukluk cinsel istismarının sıklığına ilişkin verilerin, hastaların geçmişe yönelik ifadelerinden elde edilmeleri, dolayısıyla aktarılanların çarpıtılabilmesi olasılığına karşın, çoğu araştırmacı bu aktarımların doğru olduğunu varsaymaktadır.

Bu kutuda, cinsel istismarın hatırlanan anılarıyla ilgili özel örneklere odaklaşacağız. Bu vak'alarda, hastaların, tipik olarak psikoterapi sırasında hatırlayana kadar, istismara yönelik anıları bulunmamaktadır. Bu hatırlanan anıların geçerli olup olmadığından çok, psikolojide ve mahkemelerde ateşli tartışmalara neden olan bir kaç konu bulunmaktadır. Bellek araştırmacıları, cinsel ve fiziksel istismarın terapi sırasında hatırlanacağına yönelik tam bir kabule karşı çıkmaktadırlar. Bu soruları ortaya koymak önemlidir; iyi bilim bunu gerektirir, mahkeme davalarında, diğer bir insanı ya da aile üyesini mahkûm etmede, bu yeni hatırlanan anılar önemli rol oynadığı zaman bu sorular anahtar olmaktadır (Pope, 1995).

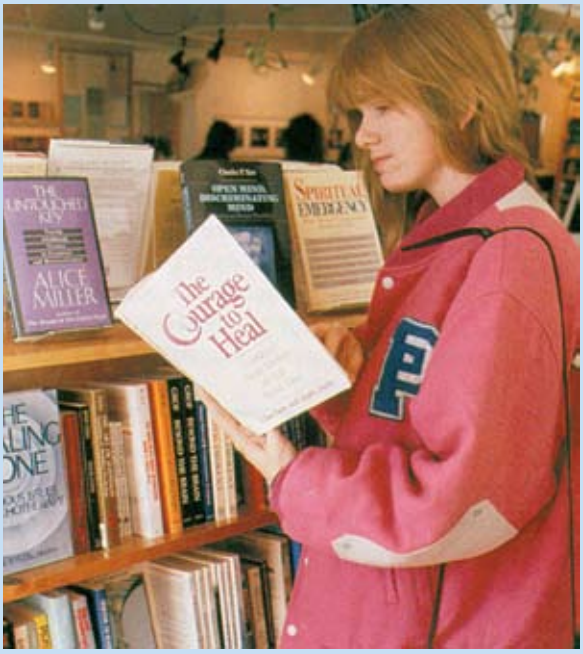
Bir dizi son dönem mahkeme davalarında, hatırlanan çocukluk cinsel istismar anılarının, büyük bir önemi olduğu sanılmaktadır (Earleywine ve Gann, 1995; aynı zamanda Bölüm 20'ye bakınız). Tipik bir senatoda, şimdi yetişkin olan bir kadın, ebeveynlerinden birini veya ikisini de, çocukluk döneminde onu istismar ettikleriyle suçlayarak, onlar hakkında dava açmaktadır. Çoğu eyaletteki mahkemeler, davacıların, istismar olayını hatırladıkları üç yıl içinde tazminat davası açmalarına olanak tanımaktadırlar (Wakefield ve Underwager, 1994). Bu davalar, yetişkinlikte, sıklıkla psikoterapi sırasında hatırlanan, yani çok uzun yıllardır bastırılmış olan çocukluk dönemi istismarına ilişin anılara dayanmaktadırlar. Cinsel istismar anılarına ilişkin bilimsel olarak en geçerli çalışmada Williams (1995) istismarı yıllar önce yaşamış olan kadınlarla görüşme olanağı buldu. Yaklaşık 20 yıl sonra sorulduğunda, bu kadınların tam olarak %38'i istismarı hatırlayamadılar.

Williams'ın verilerine rağmen, hatırlanan anıların, bastırılmış anıların mutlak doğru ifadeleri olduğunu varsaymak gerekçelendirilebilir mi? Bu bilimsel olduğu kadar hukuki önemi de olan bir sorudur. Cinsel istismar öyküsü bildiren kadınlar üzerinde araştırmalar yapılmaktadır. Onlara, istismarı hatırlayamadıkları bir dönem olup olmadığı sorulmaktadır. Bu veriler temel alındığında, "bastırma" oranı %18'dcn 59'a değişmektedir (Loftus, 1993). Fakat basit bir hatırlamama durumu, bastırma olduğu anlamına gelmez. Kadınlar, rahatsız edici oldukları için bu düşünceleri aktif olarak akıllarına getirmemeye çalışıyor olabilirler. Ya da istismar yaşantısı, hatırlanabilen en erken dönemden önce olmuş olabilir (genellikle 3 ya da 4 yaşları civarı). Çocukların, travmayı, ne bastırdıkları ne de unuttukları bilimsel olarak gösterilememiştir. Travma sonrası stres bozukluğunun ayırt edici özelliklerinden biri, kişinin belleğindeki travmanın sık açığa çıkmasıdır. Pek çok araştırma, çocukların olumsuz olayları bastırmaktan daha çok bunlar, çok çabuk hatırladıklarını göstermektedir (Earleywine ve Gann. 1995).

Baz, vak'alarda hatırlandığı iddia edilen anıların gerçek bir temeli olmayabilir, fakat eğer böyleyse bunlar nereden kaynaklanmaktadırlar? Elizabeth Loftus bir kaç olasılık önermiştir;

yaşam öykülerini, hatırlaması güç kısımlarını atlamadan, tamamen anlatmaları için yüreklendirirse, bu hastaların kaybettikleri bellek geri gelebilmektedir. Bu yaşamı tekrar gözden geçirme biraz değiştirilmiş serbest çağrışım tekniğiyle desteklenebilir. Bu teknikte bellekteki boşluktan hemen önce olan ve hatırlanan olaylara odaklanılır. Böylece hasta zaman içinde atlama yapıyorsa, terapist, hastanın, bellek boşluğunun hemen öncesindeki olayla ilgili serbest çağrışım yapmasını yüreklendirir. Bu süre içinde terapist, belleğin geri geleceğini vurgulamalı ve herhangi bir şekilde hastanın yalan söylediğini ya da mahsus yaptığını ima etmemelidir. Combs ve Ludwig'e göre bazı vak'alarda hastanın stres yaratıcı çevreden uzaklaştırıldığı, destek ve cesaret verildiği "sakin bir zaman diliminin" sağlanması gerekli olan en önemli şeydir.

Bölüm 1'de tartışıldığı gibi psikanalizin temelinde Mesmer'in on sekizinci yüzyıl sonrasındaki ve Charcot'nun on dokuzuncu yüzyıldaki çalışmalarına dayanan hipnoz vardır. Her ikisi de hipnotize edilmiş hastaların belirtilerinin doğrudan telkin yoluyla kalkacağına inanmışlardı. Daha sonra Bleuler ve Freud, hastalarını hipnoz altındayken, sorunları, özellikle de sorunlarının kökeni hakkında konuşmaya cesaretlendirdiler. Freud, daha sonra serbest çağrışım gibi teknikleri kullanmayı tercih ederek hipnozu bıraksa da bu tekniğin kullanılması hala sürmektedir. Yıllar boyunca uygulayıcılar dissosiyatif bozukluğu olan hastaları hipnotize etmeyi sürdürmüşler ve hipnotik durumun, kişiliğin gizli kısımlarına, kayıp kimliğe ya da travmayı izleyen ya da kışkırtan olaylara erişmeyi olanaklı kılacağını düşünmüşlerdir. Bazı doktorlar



Çocukluk cinsel istismarına ilişkin anıların hatırlanmasının geçerliği son zamanlarda tartışmalı bir durum haline gelmiştir.

1- Popüler yazılar: *İyileşmeye Cesaret (The Courage to Heal) (Bass ve Davis, 1994) kitabı, çocuklukta cinsel istismar kurbanı olanlara bir rehberdir ve kurtarılmış anı hareketi olarak geniş çapta bilinir. Bu kitap, okuyuculara, istismara uğramış olabileceklerini tekrarlayarak belirtmekte ve istismarın belirtileri olarak, düşük kendilik değeri, diğerlerinden farklı hissetmek, madde kötüye kullanımı, cinsel işlev bozukluğu ve depresyonu göstermekledir.*

2- Terapistlerin Önermeleri: *Baz, terapistler -pek çok yetişkin bozukluğunun istismardan kaynaklandığına tam olarak inananlar- kendi açılarından hastalarını doğrudan, bazen de hipnoz yoluyla çocukluk yaşlarına doğru götürerek, onlara çocukluk döneminde cinsel istismar yaşamış olabilecekleri önerisinde bulunurlar. Hipnozu oluşturan özelliklerden birinin telkine yatkınlığı artırmak olduğunu akılda tutmak önemlidir. Eğer terapist, cinsel istismarın bastırıldığına kuvvetle inanıyorsa. hipnoz sırasında hatırlanan anıların, terapist tarafından yönlendirilmiş olması olasılığı vardır (Kihlstrom, baskıda: Loftus ve Ketckum, 1994).*

3- Bellek üzerine yapılan araştırmalar: *Bellek, bir bant kaydı gibi işlev görmez ve bilişsel psikologlar, insanların olmamış olayları, yeniden yapılandırmalarının olası olduğunu göstermektedir. Örneğin, Neisser ve Harsch (1992), bireylere, 28 Haziran 1986'da, Challenger olayını duyduklarında nerede olduklarını sorarak bellek üzerine çalışmışlardır. Katılımcılar, patlamadan iki gün sonra ve iki yıl sonra görüşmeye alınmışlardır. Taze anılarını aktarmalarına karşın, sonraki aktarımlarının hiçbiri tam olarak doğru olmamıştır ve çoğu kritik noktaların dışına çıkmıştır. Benzer şekilde, bir dizi kapsamlı çalışma sadece imgelenen olayların hatırlanması ile gerçekte olanların hatırlanmasında karışıklıklar olmasının yaygın olduğunu göstermektedir (Johnson ve Raye, 1982). Bu son nokta, terapistin olasılıkla anıları aşılama rolüyle ilgili önceki tartışmamızla doğrudan ilişkilidir.*

Çocukluk cinsel istismarının varlığına ilişkin çok az şüphe bulunmaktadır ve bu inanmak istediğimizden çok daha fazla oranda olabilir (Finkelhor, 1993). Fakat istismar raporlarını ayrıntılı değerlendirmeksizin kabul etmek konusunda tedbirli olmalıyız. Sosyal bilimciler, avukatlar ve mahkemeler, hatırlanan anıların gerçek (ve suçla bağlantılı) bir olayın yansıması olup olmadığına karar verirken ağır bir sorumluluk paylaşmaktadırlar. Her iki yöndeki hatalı karar, hem suçlanan hem de suçlayan için adaletsizliğe yol açar.

hipnoza benzer bir durum ortaya çıkartmak için sodyum amitali, yani doğruluk serumunu kullanmışlardır. Böylece acı veren bastırılmış anıları ortaya çıkararak dissosiyatif bozukluk gereksiniminin ortadan kalkacağı düşünülmüştür. Klinik yayınlardaki bazı dramatik vak'a öyküleri hem sodyum amitalin hem de hipnozun yardımcı olduğunu göstermekte, ancak gerçek etkinlikleriyle ilgili kesin bir şey söylenememektedir; çünkü kontrollü araştırmaya yaklaşan hiçbir çalışma bulunmamaktadır (Odak 7.6'ya bakınız).

Dysken (1979) amnezik hastalarda sodyum amobarbital ve normal serumu plasebo olarak karşılaştırdığında, hatırlanan yeni bilgi düzeyinde anlamlı fark bulamamıştır.

Kuramsal bakış açılarında farklılıklar olmasına rağmen DKB tedavisinde üzerinde yaygın olarak anlaşmaya varılan bazı ilkeler vardır

Hipnoz, dissosiyasyona yol açan travmatik olayın yeniden canlandırılmaya çalışılması yoluyla dissosiyatif bozukluklarda bir müdahale olarak kullanılmaktadır.

ODAK 7.6 VAK'A ÇALIŞMALARININ YAYIMLANMASINDAKİ SEÇİCİLİK

Vak'a çalışmalarına özgü sorunları göstermek için bu kişisel gözlemi öneriyoruz. Yazarlardan biri, yıllar önce bir akıl hastanesinde çalışırken, koğuşta kısmi amnezi yakınması olan bir adamla karşılaştı. Bu adam, ziyarete geldiklerinde, aile üyelerinden kimseyi tanımıyordu ama yaşamındaki pek çok olayı hatırlayabiliyordu. Belleğine kavuşabilmesi için hipnotik telkinlerden ilaç tedavisine uzanan bir menzilde çok çeşitli çaba sarf edildi. Güçlü uyarıcılar olan, hem Amital hem de Methedrine uygulandı. Methedrine damar içinden verildi. Methedrinin sinir sistemine enerji vereceği ve bellek üzerindeki engelleri kıldıracağı umuldu. Tıpkı tıkanan kanalı açmak için kullanılan bir temizleyici gibi. Tüm bu girişimlerde hasta işbirliği içinde idi ve olumlu bir sonuç için çaba harcadı, fakat hiç bir şey işe yaramadı. Bu başarısız tedavi yayınlanmak üzere asla yazıya dökülmedi. Aslında bir öncekiyle uygunluk göstermeyen deney sonuçlarının basılmasında olduğu gibi başarısız klinik uygulamaların basılmasına karşı çıkan güçlü editör yanlılıkları bulunmaktadır. Bu psikoloji ve psikiyatrideki genel bir sorundur, dissosiyatif bozukluklarda olduğu gibi, kontrollü çalışmaların çok az olduğu durumlarda ayrıca zarar veren bir durumdur.

(Bowers ve ark., 1971; Caddy, 1985; Kluft, 1985; Ross, 1989):

1. Amaç çeşitli kişiliklerin bütünleşmesidir.

2. Her bir benliğin (alter) bir kişinin parçası olduğunu anlamasına yardımcı olunur.

3. Terapist diğer benliğin (alter) ismini sadece kolaylık için kullanmalı, tüm kişilikle birlikte sorumluluk taşımayan ayrı özerk kişiliklerin varlığını kabul etmek için kullanmamalıdır.

4. Bütün alterlere adilce ve empati ile yaklaşılmalıdır.

5. Terapist kişilikler arasında empati ve işbirliğini yüreklendirmelidir.

6. Böyle bir ayrışmaya muhtemelen neden olan çocukluk travmaları yumuşaklıkla ve destekleyici olarak ele alınmalıdır.

DKB ile ilgili her yaklaşımın genel amacı, travmalarla baş edebilmek için, hem orijinal dissosiyasyonu tetikleyen geçmişteki ya da şu dönemdeki veya gelecekte karşılaşılacak farklı kişiliklere bölünmenin ya da bunları unutmanın gerekli olmadığına kişiyi ikna etmektir. Ayrıca, DKB ve diğer dissosiyatif bozuklukların yüksek strese karşı gösterilen kaçma tepkileri oldukları düşünülürse, daha iyi baş etme yollarının öğretilmesi tedaviye yardımcı olacaktır. DKB'de çok ender rastlanması ve çoğunlukla yanlış tanı konmasından dolayı kontrollü sonuç araştırmaları yoktur. Hemen hemen iyi bildirilmiş bütün sonuç verileri çok deneyimli terapistlerden biri, Richart Kluft'tan gelmektedir (örn., 1984a). On yıllık bir zaman dilimi içerisinde 171 vak'a ile teması olmuş ve bunlardan 117'sini kendisi tedavi etmiş 6'sının ise tedavisini yönetmiştir. Bunların 83'ü ya da yüzde 68'inde benlikler (alterler) en az üç ay süreyle bütünleşmiştir (33'ü iki buçuk yıl bütünleşmeyi korumuştur). Kişilik sayısı arttıkça tedavi daha uzun sürmüştür (Putnam ve ark., 1986), ancak genel olarak tedavinin iki yıl, hatta 500 saat kadar sürdüğü görülmüştür. Ross (1989) yukarıda sıralanan ilkelere uyan terapilerin, birçok DKB hastasında etkili olduğu, ancak fiyatının çok yüksek olduğu sonucuna varmıştır.

Çocuklarda bazı DKB vak'aları bulan Kluft'tan (1984b) gelen ek bilgiler DKB'nun erken tedavisinin geç yaştaki tedaviden daha çabuk ve daha başarılı olduğunu düşündürmektedir. Eğer bu doğruysa ve tanıda ilerleme sağlanıp, DKB daha erken yaşta tanınabilirse yetişkinlikteki birçok DKB vak'ası önlenebilir.

ÖZET

Somatoform bozukluklarda biyolojik temeli olmayan fiziksel belirtiler bulunur. Somatoform bozuklukların iki temel tipinden biri olan konversiyon bozukluğunda görülen duyusal ve motor işlev bozuklukları nörolojik bir bozukluğu düşündürür, ancak belirtiler her zaman anatomi kurallarına uygun değildir; aksine belirtilerin psikolojik bir amaca hizmet ettiği görülebilir. Somatizasyon bozukluğunda fiziksel bir bozukluk ya da yaralanmayla açıklanamayan çeşitli fiziksel yakınmalar, sık sık doktorlara gitme, hastaneye yatma hatta gereksiz ameliyatlarla sonuçlanabilir.

Kaygı somatoform bozukluklarda rol oynar, ancak açıkça ifade edilmez; daha çok fiziksel belirtilere dönüşmüş durumdadır. Bu bozuklukların etiyolojisiyle ilgili kuramlar spekülatiftir ve temel olarak

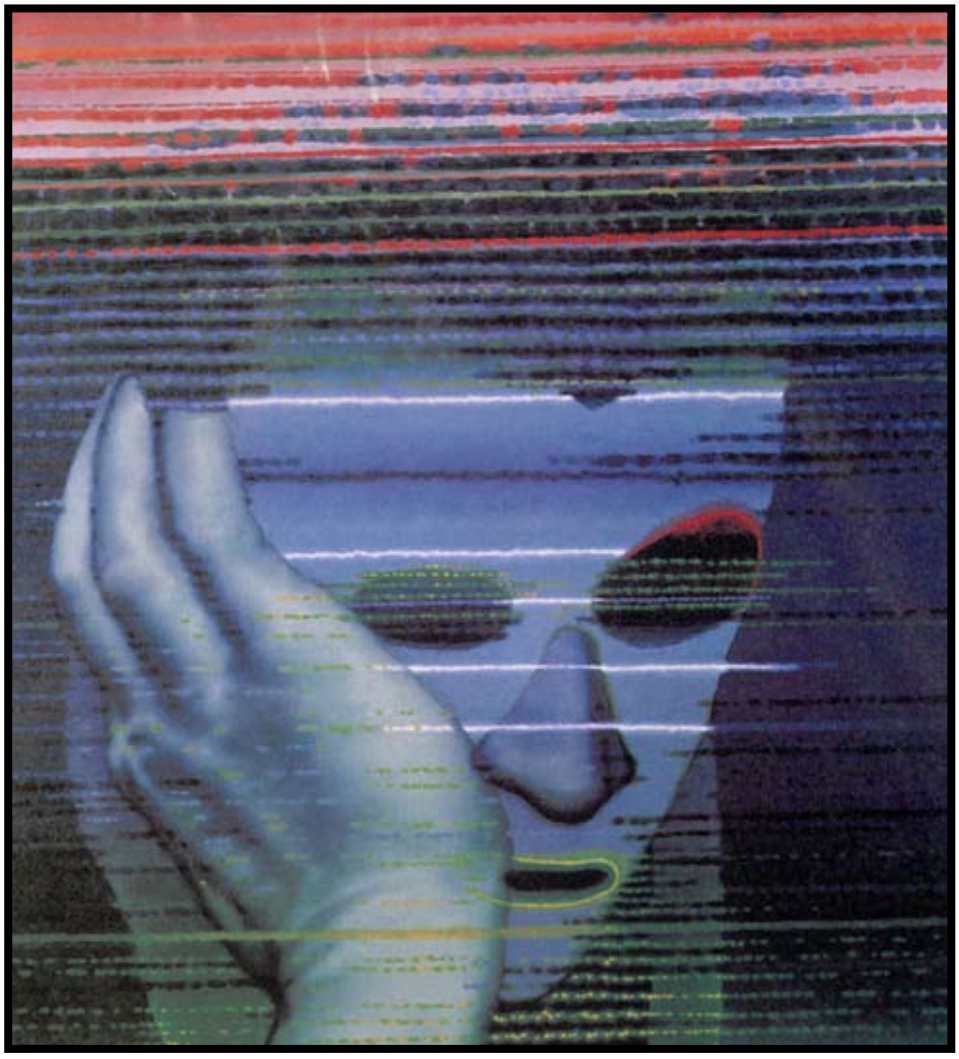
konversiyon bozukluğuna odaklanırlar. Psikanalitik kurama göre konversiyon bozukluğunda bastırılmış dürtüler fiziksel semptomlara dönüşmektedir. Davranışçı tedaviler istenilen hedefe erişmek için yarı bilinçli ya da bilinçli ve isteyerek belirtilerin kabullenilmesi üzerinde dururlar. Somatoform bozukluklarının tedavisinde analistler hastalarının bastırılmış dürtülerle yüzleşmelerini yüreklendirirler. Davranışçı tedavilerde kaygı azaltılarak belirtilerin yerini alacak davranışlar pekiştirilir.

Dissosiyatif bozukluklarda bilinç, bellek ve kimlik aksaklıkları vardır. Genellikle bir travma sonrası önemli kişisel bilgileri hatırlayamama dissosiyatif amnezi olarak tanı alır. Dissosiyatif kaçışta (füg) birey olduğu yerden ayrılır, yeni bir kimlik edinir ve daha önceki yaşamını hatırlamaz. Depersonalizasyon bozukluğunda bireyin kendini algılaması değişmiştir; birey kendini bedeni dışındaymış gibi ya da beden bölümleri farklı boyutlardaymış gibi hissedebilir. Dissosiyatif kimlik bozukluğu olan bir kişinin, her birinin ayrı belleği, davranış örüntüleri, ilişkileri olan farklı ve tam gelişmiş iki ya da daha fazla kişilikleri vardır.

Psikanalitik kurama göre dissosiyatif bozukluklar, istenmeyen olayların ya da kimliğin bir kısmının yoğun biçimde bastırılmasıdır. DKB'de çocukluk istismarı önemli bir faktör olarak ortaya çıkmaktadır. Davranışçı kuramlar benzer şekilde dissosiyatif reaksiyonların çok yüksek dereceli kaygının motive ettiği kaçma tepkileri olduğunu ileri sürer. Kaygının etiyolojik olarak önemli olduğu düşünüldüğü için, hem analitik hem de davranışçı klinisyenler, tedavi çabalarını unutulan anılarla ilgili kaygının giderilmesi konusunda yoğunlaştırırlar.

ANAHTAR SÖZCÜKLER

somatoform bozukluklar
dissosiyatif bozukluklar
ağrı bozukluğu
beden dismorfik bozukluğu
hipokondri
konversiyon bozukluğu
anesteziler
histeri
somatizasyon bozukluğu
numara yapma (malingering)
güzel aldırmazlık
yapay bozukluk
dissosiyatif amnezi
dissosiyatif kaçış (füg)
depersonalizasyon bozukluğu
dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB)



Ed Paschke 'Nervoza", 1939

8

PSİKOFİZYOLOJİK BOZUKLUKLAR VE SAĞLIK PSİKOLOJİSİ

Çeviri: Prof. Dr. Işık Savaşır

STRES VE SAĞLIK
- Stres Kavramını Tanımlamadaki Güçlükler
- Stresi Ölçme Çabaları
- Başa Çıkmanın Değerlendirilmesi
- Güvenilirlik: Bir Tanı Sisteminin Köşe Taşı
- Stres-Hastalık Bağlantısındaki Ara Değişkenler

STRES-HASTALIK BAĞLANTISI KURAMLARI
- Biyolojik Kuramlar
- Psikolojik Kuramlar

KARDİYOVASKÜLER BOZUKLUKLAR
- Esansiyel Yüksek Tansiyon
- Koroner Kalp Hastalığı

ASTIM
- Hastalığın Özellikleri
- Astımın Etiyolojisi

PSİKOFİZYOLOJİK BOZUKLUKLARDA TEDAVİ
- Yüksek Tansiyon Tedavisi
- A Tipi Davranışı Değiştirmek
- Stres Yöntemi

ÖZET

Mark Howard otuz sekiz yaşındaydı. İş yönetiminde uzmanlık derecesini aldıktan sonra büyük bir holdingin pazarlama bölümüne katıldı ve şirket içinde iyi bir pozisyona yükselmek için gayret gösterdi. Yeteneği ve çalıştığı uzun saatler sonucu terfi ederek bölümünün başına geçti. Bu terfi onda karmaşık duygular yarattı. Bir yandan buna ulaşmak için çok çalışmıştı, fakat diğer taraftan, başkalarına emir vermekten hiç hoşlanmamış ve özellikle yapması zorunlu personel toplantılarında çok tedirgin

Terfisini izleyen rutin fiziksel muayenesi sırasında, doktoru, Mark'ın kan basıncının sınırda yüksek tansiyon aralığına dayandığını fark etti ve herhangi bir tedaviye başlamadan önce, kan basıncını günlük rutininde değerlendirebilmek amacıyla, Mark'tan bir kaç gün yelek biçiminde bir monitör giymesini istedi. Araç kan basıncı düzeyini, günde 20 kez okumaya programlanmıştı. Değerlendirmenin birinci gününde, Mark'ın saat 10'da personeliyle bir toplantısı vardı. Yeni bir ürünün pazarlama planlarını anlattığı sırada kan basımcı göstergesi yükseldi. Birkaç dakika sonra tekrar kontrol ettiğinde Mark'ın beti benzi attı. Tansiyonu 195'de, yani sınır değeri 140 olan yüksek tansiyon düzeyindeydi. Bir sonraki gün, yöneticilik görevinden istifa ederek daha az prestijli ama aynı zamanda daha az stresli olacağını umduğu bir göreve geri döndü.

Astım, ülser, yüksek tansiyon, baş ağrısı, gastrit gibi **psikofizyolojik bozukluklar,** duygusal faktörlerle oluşan ya da daha kötüye giden gerçek fiziksel belirtilerle karakterizedir. *Psikofizyolojik bozukluklar* terimi, belki daha iyi tanınan **psikosomatik bozukluklar** terimine tercih edilmektedir, çünkü *psikosomatik* terimi, bu bozukluğun temel özelliklerini daha iyi ifade etmesine karşın, ruh (psyche) ya da zihnin (mind), soma ya da beden üzerindeki dolaylı etkisine işaret etmektedir.

Bölüm 7'de tartışılan bozuklukların aksine (örn. hipokondri, somatizasyon bozukluğu, ve konversiyon bozukluğu), psikofizyolojik bozukluklar bedende hasarların olduğu gerçek hastalıklardır (Tablo 8.1'e bakınız). Duygusal faktörlere bağlı olduğu düşünülen bu bozukluklarda hastalıklar hayali değildir. İnsanlar, psikolojik olarak yükselen kan basıncından, enfeksiyon ya da fiziksel yaralanma ile oluşan astım benzeri hastalıklardan dolayı ölebilirler.

Bu şekildeki psikofizyolojik bozukluklar, daha önceki DSM basımlarında olduğu gibi, DSM-IV'de kapsanmamaktadır. DSM-IV'de tanı kararına varabilmek için **tıbbi durumları etkileyen psikolojik faktörlerin** bulunması gerekmektedir. Tanı, "klinik olarak dikkati çeken diğer koşullar" genel başlığı altında kapsanmaktadır. Bu da, psikofizyolojik bozuklukların ruhsal bir bozukluk olarak algılanmadığı doğurgusunu düşündürmektedir. Ancak biz burada psikopatolojiyle olan tarihsel bağlantılarını göz önüne alarak bu bozuklukları ayrıntılı olarak ele alacağız.

Tanı koymayla ilgili yeni yaklaşım daha geniş kapsamlıdır. Önceleri psikofizyolojik bozuklukların sadece sınırlı sayıda psikosomatik hastalıkları (ülser, astım, yüksek tansiyon gibi klasik psikosomatik hastalıkları) kapsadığı düşünülmekteydi. Yeni tanı ise herhangi bir fiziksel hastalığa konabilir. Şimdilerde, her hastalığın stres gibi psikolojik faktörlerden etkilendiği düşünülmektedir. Ayrıca, tıbbi durumu etkileyen psikolojik ya da davranışsal faktörler, sadece hastalığın başlangıcını değil, aynı zamanda gidişatını ve sonlanışını da etkilemektedir. Bu durum da tanımlamayı genişletmektedir. Örneğin bir yüksek tansiyon hastası, alkol içmenin kan basıncını yükselttiğini bilmesine rağmen, alkol içmeye devam edebilir ya da bir hasta ilaçlarını düzenli olarak kullanamayabilir. Psikolojik ya da davranışsal faktörler Eksen I ve Eksen II tanılarını; kişilik özelliklerini; öfkeyi ifade etmektense içe atmak gibi başa çıkma biçimlerini ve düzenli egzersiz yapamamak gibi yaşam biçimi faktörlerini içermektedir.

Bütün hastalıkların kısmen stresten etkilenmeleriyle ilgili kanıtlar nelerdir? Aşırı stres altında, laboratuar hayvanlarında çeşitli hastalıkların ortaya çıktığı yıllardır bilinmektedir. Çoğunlukla, bu şekilde incelenen hastalıklar ülserler gibi klasik psikofizyolojik hastalıklar olmuştur. Ancak şimdilerde, araştırmalar daha geniş menzildeki hastalıkların stresle ilgili olduğunu göstermektedir. Örneğin, Sklar ve Anisman (1979) ilk önce farelere kanserli doku aşılamışlar ve daha sonra stresin -kontrol edilemeyen elektrik şoku- tümör gelişimi üzerindeki etkilerini araştırmışlardır. Elektrik şokuna maruz kalan hayvanlarda tümör daha çabuk gelişmiş ve hayvanlar daha erken ölmüşlerdir.

Davranışsal tıp ve **sağlık psikolojisi** gibi alanlar psikolojik faktörlerin sağlık ve hastalıktaki yaygın rolünün gösterilmesiyle ortaya çıkmıştır. 1970'lerden beri bu yeni alanlar sağlık ve

TABLO 8.1 Psikofizyolojik ve Konversiyon Bozukluklarının Karşılaştırılması

Bozukluk Biçimi	*Organik Bedensel Hasar*	*Etkilenen Beden İşlevi*
Konversiyon	Hayır	İstemli
Psikofizyolojik	Evet	İstemsiz

hastalığın her yönündeki psikolojik faktörlerin rolünü incelemektedirler. Hastalıkta stresin etiyolojik rolünü incelemenin ötesinde bu alandaki çalışmalar, psikolojik tedaviler (baş ağrısında biyolojik geribildirimin kullanılması gibi), sağlıklı davranışın öğretilmesi ve sürdürülmesi (kolesterolü düşürme ve kalp hastalıklarında diyetin değiştirilmesi gibi), üzerinde devam etmektedir (Appel ve ark., 1997; Schwartz ve Weiss, 1977; G. Stone, 1982). Davranışsal tıbbın birçok örneği bu bölümde ve Bölüm 18'de aktarılmaktadır.

STRES VE SAĞLIK

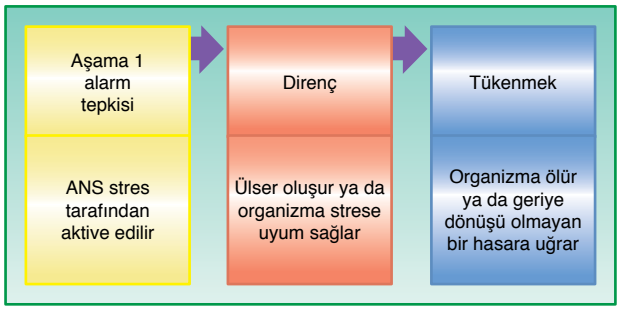
Bu bölümde ilk önce stres ve sağlık ilişkisiyle ilgili bulguları ve aynı zamanda stresin hastalığa nasıl yol açtığıyla ilgili kuramları inceleyeceğiz. Daha sonra kardiyovasküler hastalık ve astım gibi iki bozukluğu derinlemesine ele alacağız. Bölümün sonlarında ise psikolojik müdahaleleri anlatacağız.

STRES KAVRAMINI TANIMLAMADAKİ GÜÇLÜKLER

Stres kavramından, daha önceki bölümlerde, özellikle psikopatolojiyi tetikleyen bazı çevresel koşulları tanımlarken söz etmiştik. Şimdi de, bu terimi daha yakından inceleyerek, bu kavramı tanımlamakla ilgili güçlükleri dikkate getireceğiz.

1936'da doktor Hans Selye, uzun süren şiddetli strese karşı biyolojik tepkileri tanımlayan bir model olan **genel adaptasyon (uyum) sendromunu** (GAS) önerdi. Modelde üç dönem tanımlanmaktadır (Şekil 8.1'e bakınız). Alarm reaksiyonu denen birinci dönemde stresin tetiklediği otonom sinir sistemi aktive olur. Eğer stres çok kuvvetliyse gastrointestinal ülserler oluşur, adrenal salgı bezleri büyür, timusda atrofi görülür. Direnç denen ikinci dönemde organizma eldeki başa çıkma mekanizmalarıyla strese uyum yapar. Eğer stres devam eder ya da organizma etkili bir şekilde tepki veremezse tükenme denen üçüncü dönem başlar, organizma ölür ya da geriye dönemeyecek hasar meydana gelir (Selye, 1950).

Sonuçta, Selye'nin stres kavramı psikoloji literatürüne girdi ancak tanımda önemli bazı değişiklikler de yapıldı. Bazı araştırmacılar Selye'nin izinden giderek stresi çevresel koşullara *tepki* olarak ele alıp duygusal olumsuz tepki, performansın bozulması, bazı hormonların artması

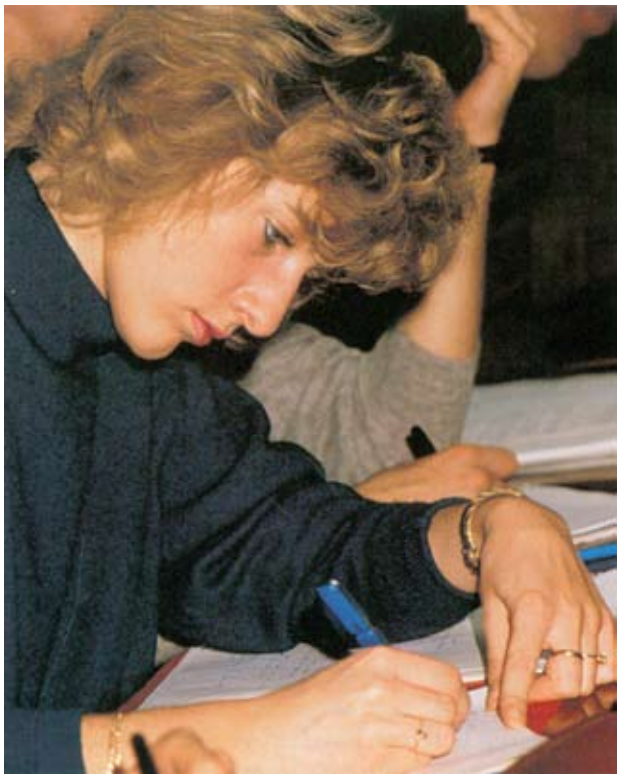


Şekil 8.1 *Selye'nin genel uyum sendromu.*

ya da deri iletisinin artması gibi birbirinden çok farklı ölçütlere göre tanımladılar. Stresin tepkiye dayalı bu tanımlamalarındaki sorun, kesin bir ölçütün bulunmayışıdır. Bedendeki değişimler, stresli (stressful) olarak tanımlayamayacağımız çok sayıda uyarıcıya tepki olarak ortaya çıkıyor olabilir (örn., hoşa gidecek bir olayı bekliyor olmak).

Diğer araştırmacılar, stresi, sıklıkla **stresör** diye adlandırılan bir uyarıcı olarak incelediler ve çevresel koşulların uzun bir listesini belirlediler. Elektrik şoku, sıkıntı, kontrol edilemeyen uyarıcı, felaket düzeyinde yaşam olayları, günlük zorluklar, uyku yoksunluğu gibi. Stresör olarak görülen uyarıcı, büyük (sevilen birinin ölümü), küçük (günlük zorluklar -trafikte sıkışıp kalmak); akut (sınavda başarısız olmak) kronik (her zaman can sıkıcı olan bir iş ortamı) gibi ayrıştırılabilir. Büyük bir bölümü, insanlar tarafından hoşa gitmeyen olaylar olarak görülen yaşantılardır. Tepkiye dayalı tanımlamalar gibi, uyarıcıya dayalı tanımlarda da sorunlar bulunmaktadır. Stresörü tam olarak neyin yapılandırdığını belirlemek güçtür. Bu sadece "olumsuzluk" olamaz; evlilik genelinde "olumlu" bir olaydır, ancak uyum sağlama süreci gerektirdiği için streslidir. Ayrıca, insanların yaşam zorlukları karşısındaki tepkileri büyük değişkenlik göstermektedir. Aynı olay, farklı insanlarda aynı miktarda stres yaratmamaktadır. Örneğin, evlerini bir sel baskını sırasında kaybeden, ancak yeniden bir ev inşa ettirmek için yeterli parası olan ve bu inşaat sırasında yardımcı olacak güçlü dostluk ağına sahip bir aile, yeterli parası, geçici bir evi ve sosyal destek ağı olmayan bir aileden daha az etkilenecektir.

Bazıları, hangi olay ya da durumların, nesnel olarak psikolojik stresöre karşılık geldiğinin tanımlanmasının olanaksız olduğuna inanırlar (Örn. Lazarus, 1966). Stresin bilişsel yanını, yani olayı nasıl algıladığımız ya da değerlendirdiğimizin, stresin var olup olmadığını belirleyeceğini vurgularlar. Eğer bir insan, durumun kendi



Richard Lazarus'a göre, bir yaşam olayının nasıl değerlendirildiği, bu olayın strese neden olup olmayacağının önemli bir belirleyicisidir. Örneğin bir sınav, kendini ortaya koymak için bir fırsat olarak ya da aşırı düzeyde stres verici bir olay biçiminde görülebilir.

kaynaklarını aştığını düşünürse, stres yaşar. Bir dönem sınavı, öğrenci için sadece kendini ortaya koyma fırsatı olabilir ama bu sınava girmeye hazır hissetmeyen bir öğrenci için çok stresli bir durum olabilir (gerçekçi olsa da olmasa da).

Kişilerarası farklılıklarda önemli olan diğer bir kavram *başa çıkmadır.* Bir durumu stres verici olarak algılayanlar arasında da stresin etkisi kişinin olayla başa çıkmasına göre değişebilir. Lazarus ve arkadaşları (Lazarus ve Folkman, 1984) başa çıkmanın iki genel boyutunu tanımlamışlardır. *Problem odaklı başa çıkma,* problemi çözmek için doğrudan faaliyette bulunma ya da çözüm için gerekli bilgiyi toplamayı içerir. Bunun bir örneği, dönem sonundaki sıkışıklığı azaltmak için baştan çalışma programı yapmaktır. *Duygu odaklı başa çıkma* strese karşı olumsuz duygularını azaltma çabalarını içerir. Buna örnek olarak dikkatin problemden başka yana çevrilmesi, gevşeme ya da başkalarından destek arama verilebilir. Etkili başa çıkmanın duruma göre değiştiğine dikkati çekmek önemlidir. Örneğin bir ameliyattan hemen önce kaygıyı dağıtmak için dikkati başka yöne çekmek etkili bir başa çıkma yöntemi olabilir ancak göğüste ele gelen bir şişkinliğin farkına varmanın ortaya çıkarttığı kaygıyı gidermede aynı yöntem kötü bir başa çıkma yoludur (Lazarus ve Folkman, 1984). Genelde kaçma / kaçınma başa çıkma biçiminin (yani uzaklaşmak ya da tamamen bitmiş olmak) yaşam durumlarıyla en etkisiz başa çıkma yolu olduğuna ilişkin kanıtlar vardır (Stanton ve Snider, 1993; Suls ve Fletcher, 1985).

STRESİ ÖLÇME ÇABALARI

Stresin dakik bir tanımının yapılmasındaki güçlük dikkate alınınca, stresin ölçülmesinin de zor olması şaşırtıcı değildir. Stresin sağlık üzerindeki etkilerinin araştırılması, kişinin yaşadığı stres miktarını ölçme yöntemlerini bulma ve bunun hastalıkla olan ilişkisini hesap etmeye yol açtı. Yaşam stresini ölçmek için çeşitli araçlar geliştirildi. Bunlardan ikisini, Sosyal Uyumu Derecelendirme Ölçeği (Social Readjustment Rating Scale) ve Günlük Yaşantıların Değerlendirilmesini (Assessment of Daily Experiences), derinliğine inceleyeceğiz.

SOSYAL YENİDEN UYUMU DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ

Holmes ve Rahe (1967) büyük bir örneklem grubuna yaşam olayları listesi vererek onlardan her bir olayı "istenir olup olmamasına bakmaksızın yoğunluğunu ve alışmak için geçecek zamanı göz önüne alarak" derecelendirmelerini istedi. Evlilik, stres derecesi 500 olarak kabul edildi. Diğer bütün maddeler evlilik referans noktası olarak kabul edilerek değerlendirildi-

Baş etmek, sorunun kendisinin çözümüne ya da sorunun yarattığı olumsuz duygulara odaklanılması şeklinde olabilir. Başkalarından rahatlatma ya da sosyal destek aramak duygu-odaklı baş etme biçimine bir örnektir.

TABLO 8.2 Sosyal Yeniden Uyumu Derecelendirme Ölçeği

Derece	*Yaşam Olayı*	*Ortalama Değer*
1	Eşin ölümü	100
2	Boşanma	73
3	Eşten ayrılma	65
4	Hapiste kalmak	63
5	Yakın aile üyesinin ölümü	63
6	Kişisel yaralanma ya da hastalık	53
7	Evlilik	50
8	İşten atılma	47
9	Eşle yeniden birleşme	45
10	Emeklilik	45
11	Aile üyesinin sağlığında değişme	44
12	Hamilelik	40
13	Cinsel sorunlar	39
14	Aileye yeni birinin katılması	39
15	İşe uyum sağlama	39
16	Parasal durumda değişiklik	38
17	Yakın arkadaşın ölümü	37
18	Yapılan işin çizgisinin değişmesi	36
19	Eşle yapılan tartışmaların sıklığının değişmesi	35
20	10.000 doların üzerinde borçlanma	31
21	İpotekli malı kaybetmek	30
22	İşteki sorumlulukların değişmesi	29
23	Çocuğun evden ayrılması	29
24	Kanunla başı derde girmek	29
25	Olağandışı kişisel başarı	28
26	Eşin işe başlaması ya da bırakması	26
27	Okula başlama ya da bitirme	26
28	Yaşam koşullarında değişim	25
29	Kişisel alışkanlıklarda yenilikler	24
30	Patronla sorun yaşamak	23
31	İş saatlerinde ya da koşullarında değişim	20
32	Semt değişikliği	20
33	Okul değişikliği	20
34	Eğlence faaliyetlerinde değişim	19
35	Dini faaliyetlerde değişim	19
36	Sosyal aktivitelerde değişim	18
37	10.000 dolardan az borçlanmak	17
38	Uyku alışkanlıklarında değişim	17
39	Birlikte yaşamaya başlayan aile üyesi sayısında değişim	16
40	Yeme alışkanlıklarında değişim	15
41	Tatil	13
42	Yılbaşı	12
43	Küçük kanuni ihlaller	11

Şekil 8.2 *Stone ve Neale'in (l982) Günlük Yaşantıları Değerlendirme Ölçeğinden bir örnek sayfa. Cevaplayıcılar, olayın olup olmadığını, listenin solunda olan oklar, daire içine alarak belirtmektedirler. Eğer olay olmuşsa, bunun istenirlik, değişim, anlamlılık ve kontrol boyutlarını, sağ tarafta eklenmiş alanda derecelendirmektedirler.*

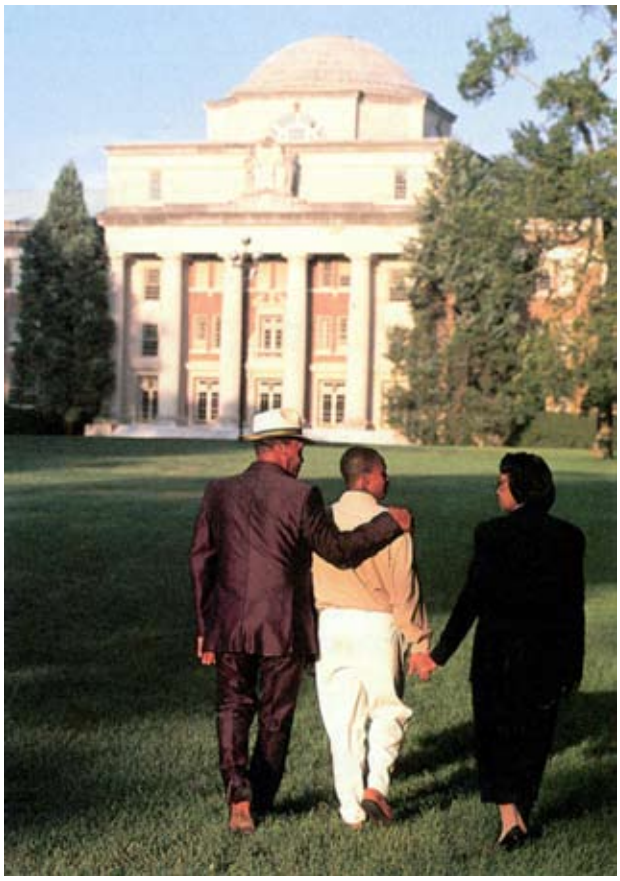
ler. Örneğin, evlilikten iki kat daha stresli olan bir olaya 1000 değeri, evliliğin beşte biri kadar stresli olan bir olaya 100 değeri verildi. Holmes ve Rahe'nin deneklerinin olaylara verdiği ortalama değerler Tablo 8.2'de gösterilmektedir.

Bu araştırmanın sonucunda Sosyal Uyumu Derecelendirme Ölçeği (SUDÖ) oluştu. Bu ölçeği dolduran kişi belirtilen süre içinde olayın olup olmadığını işaretlemektedir. Belirtilen olayların farklı stres dereceleri toplanarak olayların ağırlıklı toplamı olan Yaşam Değişim Ünitesi (YDÜ) (Life Change Unit-LCU) hesap edilmektedir. YDÜ, farklı hastalıklarla ilişkili bulunmuştur, örneğin kalp krizi (Rahe ve Lind, 1971), kırıklar (Tollefson, 1972), lösemi başlangıcı (Wold, 1968) ve soğuk algınlığı ve ateşlenme (Holmes ve Holmes, 1970).

Böylece psikolojik stres ve fiziksel hastalık ilişkisi üzerinde ümit verici bilgilerimiz olmuştur. Ancak bu ilişkinin nedensel olduğunu söylemeden önce çok dikkatli olmalıyız. Örneğin, hasta olmak, uzun süre işe gidememek nedeniyle işten kovulmadan dolayı yüksek yaşam değişim puanına neden olabilir. Ayrıca, bu araştırmalardaki stresli olayları bildirme daha sonra hastalığın olması bilgisinden etkilenebilir. Birçok kere hastalanmış olan bir kişi onları açıklamak amacıyla stresli olayları arayabilir. Bundan başka bu çalışmaların çoğu retrospektif (geriye dönük) yöntem kullanmıştır; katılanların son iki yılda hem hastalıkları hem de stresli yaşam olaylarını hatırlamaları istenmiştir. Daha önce söz ettiğimiz gibi, retrospektif bildirimler çarpıtmaya ve unutmaya fazla açıktır. Ayrıca kişinin hastalığı kendi bildirmesi, hastalığın gerçek yansıması olmayabilir. Bu durumla birlikte ele alındığında, stresin bir hastalığa etkide bulunması çok uzun zaman alabilir. Bu eleştirilerden çıkarılması gereken önemli mesaj, stresteki değişikliğin, sağlıktaki değişimle ilişkilendirilebilmesi için, stres ve sağlık üzerinde yapılacak çalışmaların boylamsal (longitudinal) olması gerekliliğidir. Bu bölümde aktarılacak araştırmaları seçerken bu yöntemsel noktaları dikkate aldık.

GÜNLÜK YAŞANTILARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

SUDÖ ile karşılaşılan sorunlar, Stone ve Neal'ın (1982) Günlük Yaşantıların Değerlendirilmesi Ölçeği (GYD) adı verilen yeni bir ölçek geliştirmelerine (Assessment of Daily Experience) yol açtı. Doğruluğu tartışmalı retrospektif (geriye dönük) bildirimleri temel almak



Evlilik (yukarıda), okula başlama (sağda) gibi önemli yaşam olayları hastalık riskini istatistiksel olarak artırmaktadır. Bu önemli stresörlerin etkisini inceleyen araştırmalar, bu değişkenleri Sosyal Uyumu Derecelendirme Ölçeği ile değerlendirmektedirler.

yerine, GYD, prospektif (ileriye dönük) araştırmalarda bireylerin günlük yaşantılarını derecelendirmeleri olanağı sağlamaktadır. Dönemin geriye dönük anımsama yanlılığı olmadan yansıtılabilmesi için, bir gün, analiz birimi olarak seçildi. Öznel nedenlerden dolayı araştırıcı tarafından ele alınmayan ufak günlük olaylar bireyler için önemli olabilir. Olayların değerlendirilmesi benzer olaylarla geçmişteki yaşantılarla (örneğin, onunla ilgili birçok başarısızlık) ya da daha genel kişilik özellikleriyle (kaygılı bir kişinin toplum önünde konuşması gerektiği) ya da kültürel-dinsel kökenle (katı bir biçimde katolik birinin boşanması) ilişkili olabilir. Ayrıca şimdi bu ufak olayların hastalıkla ilişkisi üzerinde doğrudan kanıt da vardır (Janford ve ark., 1986).

Ölçeğin geliştirilmesi sürecindeki ilk adım, bireylerin yaşantılarını aktardıkları günlük kayıtlarından, gündelik aktivite örneklerinin edinilmesiydi. Bu olaylar daha sonra gözden geçirildi ve kategori listeleri oluşturularak bir çerçeve formda düzenlendi. GYD'nin bir bölümü Şekil 8.2'de gösterilmektedir.

Günlük yaşantıların değerlendirilmesiyle birlikte, Stone, Reed ve Neale (1987) yaşantılar ve sağlığın ilişkisini incelemeye başladılar. Amaç hoşa giden ve gitmeyen olaylarla üst solunum yolları hastalıklarının ilişkisini araştırmaktı. Solunum hastalığı ölçüt (criterion) değişkeni olarak seçildi çünkü bu hastalık, ayrı bir kategori

Trafikte sıkışıp kalmak gibi günlük sıkıntılar duygusal olarak sıkıntı vericidirler ve hastalık riskini artırırlar.

İŞLE İLİŞKİLİ FAALİYETLER

Patron, danışma, yüksek statülü yönetici vb ile ilişkili olarak

- işi iyi yapma nedeniyle övgü alma □○⬠△ 01
- iş performansı, geç kalma vb ile ilişkili eleştiriler □○⬠△ 02

Ekip halinde çalışılanlar, çalışanlar, danışanlar ve/veya müşterilerle ilgili olarak

- Ekip halinde çalışılanlar, çalışanlar, danışanlar ve/veya müşterilerle olumlu etkileşimler/ ya da yaşantılar (doyum verici iş yaşantıları vb). □○⬠△ 03
- Ekip halinde çalışılanlar, çalışanlar, danışanlar ve/veya müşterilerle olumsuz etkileşimler /ya da yaşantılar (engelleyici, rahatsız edici iş yaşantıları vb). □○⬠△ 04
- Atılma ya da disiplin altına alınma (görevden) □○⬠△ 05
- Ekip halinde çalışılanlar, çalışanlar, danışanlar ya da müşterilerle sosyal ilişkilere girme □○⬠△ 06

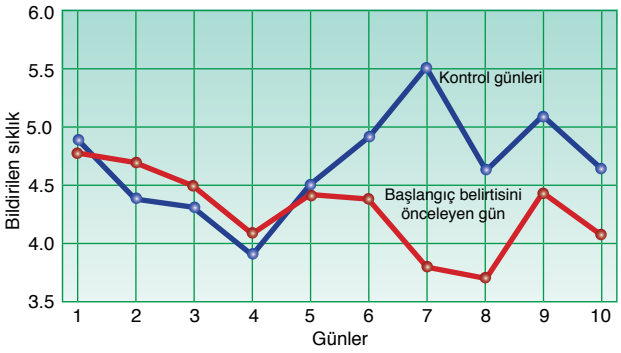
İşteki Görevle ilişkili Genel Yaşantılar

- terfi, yükselme □○⬠△ 07
- atılma, ayrılma, istifa etme □○⬠△ 08
- işte bazı değişiklikler (yukarıdakinden farklı, örn.yeni bir iş, yeni bir patron, vb) □○⬠△ 09
- işte yoğun stres altında olmak (yakın zamana iş yetiştirme, ağır iş yükü) □○⬠△ 10

Şekil 8.2 *Stone ve Neale'in (1982) Günlük Yaşantıları Değerlendirme Ölçeğinden bir örnek sayfa. Cevaplayıcılar, olayın olup olmadığını, listenin solunda olan oklar, daire içine alarak belirtmektedirler. Eğer olay olmuşsa, bunun istenirlik, değişim, anlamlılık ve kontrol boyutlarını, sağ tarafta eklenmiş alanda derecelendirmektedirler.*

olarak analiz etmeye olanak veren bir sıklıkta olmaktadır.

Deneklere ilişkin veriler incelendikten sonra 30'unun enfeksiyon geçirdiği anlaşılmıştır. Daha sonra hastalığın başlangıcından bir ilâ on gün önce olan hoşa giden ve gitmeyen olayların günlük sıklığı incelenmiştir. Her denek için hastalığın olmadığı kontrol günleri seçilmiştir. Haftanın günlerine göre eşleştirme yapılmıştır. Bu işlemin yapılma nedeni, denekler kendi kontrolleri olarak incelendikleri için, hafta sonlarında hoşa giden olayların daha fazla, hoşa gitmeyen olayların ise daha az olmasının önüne geçebilmekti. Şekil 8.3'de hastalıktan önceki birden onuncu güne kadar hoşa giden olayların ortalama sayısı gösterilmektedir. Şekil 8.4'de ise hoşa gitmeyen olayların sıklığı yer almaktadır. Hastalık başlamadan bir kaç gün önce, kontrol günlerine kıyasla hoşa giden olayların sıklığında azalma, hoşa gitmeyen olaylar da ise artma beklenmekteydi. Sonuçlar gerçekten de hastalıktan üç ve dört gün önce hoşa giden olaylarda anlamlı düşme; hastalıktan dört ve beş gün önce hoşa gitmeyen olaylarda da anlamlı artma olduğunu gösterdi.



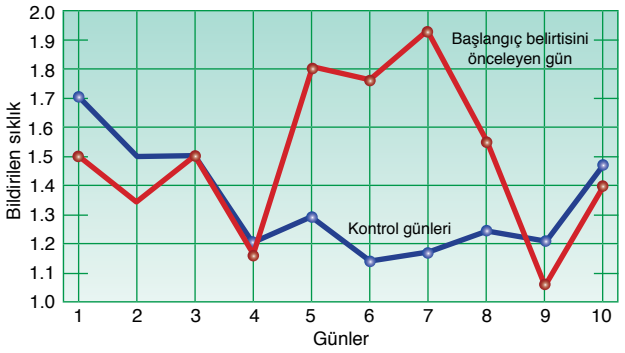
Şekil 8.3 *On gün içinde olan istendik olay sayısı bir solunum enfeksiyonunu dönemini öncelemektedir. Stone, Reed, ve Neale (l987)'den sonra.*

Daha sonra tekrarlanan bu sonuçlar (Evans ve Edgerton, 1990) yaşam olayları ve hastalık arasındaki ilişkinin gösterildiği ve her iki değişkenin de günlük, prospektif olarak ölçüldüğü ilk sonuçlardır. Daha önce yaşam olayları araştırmalarında gözlenen karıştırıcı değişkenlerin çoğundan kaçınılmıştır ve şimdi yaşam olaylarının nezle gibi bulaşıcı bir hastalığa yatkınlıkta nedensel bir rol oynadığını ileri sürmeye çok daha yakınız. Belirtilerin başlangıcından önce ki olayların örüntüsündeki en kuvvetli ve şaşırtıcı yön, istenmeyen olaylarda artma ve istenen olaylarda azalmadır. Ancak enfeksiyondan hemen iki gün önce istenen ve istenmeyen olaylar ortalama düzeylerindedir. Sonuçların hastalık hafiften başladığı ve iyi hissetmediği için yanlı olarak bildirildiği şeklindeki spekülasyonlar da yersizdir, çünkü hastalık öncesi belirtilerin en etkileyici olabileceği hemen öncesindeki günlerdir.

BAŞA ÇIKMANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Başa çıkma (coping), sıklıkla, bir dizi başa çıkma faaliyetinin listelendiği ve yanıtlayıcılara son bir stresör karşısında bunlardan her birini ne kadar kullandıklarının sorulduğu anketlerle değerlendirilmektedir. Başa Çıkma isimli, böyle bir ölçüm aracının örneği Tablo 8.3'de gösterilmektedir.

Stresörlerin etkisiyle ilişkili olarak, başa çıkmanın incelenmesinin en iyi yolu, stresle başa çıkmanın belirli yollarının, araştırmacının ilgilendiği sonuçlara neden olduğunun gösterilebil-



Şekil 8.4 *On gün içinde olan istenmeyen olay sayısı bir solunum enfeksiyonunu dönemini öncelemektedir. Stone, Reed, ve Neale (l987)'den sonra.*

diği boylamsal araştırmalar yapmaktır. Göğüs kanseri bu yolla incelenmiştir. Dokuz kadından birini yakalayan göğüs kanseri teşhisi, pek çok düzeyde önemli bir stresördür. Yaşamı tehdit eden bir hastalıktır. Ameliyatlar beden biçimini bozmaktadır ve bundan dolayı psikolojik sağlık için ciddi doğurguları bulunmaktadır. Hem radyasyonun hem de kemoterapinin hoş olmayan yan etkileri vardır.

Carver ve ark. (1993) kanser teşhisini yeni alan kadın vak'aları seçtiler ve izleyen bir yıl boyunca çeşitli aralıklarla nasıl başa çıktıklarını değerlendirdiler. Tanılarını kabullenen ve bunu bir espri anlayışı içinde tutan kadınların stres düzeyleri düşük bulundu. İnkâr etme ve davranışsal olarak kendini bırakma gibi kaçınma türü başa çıkma yolları (Tablo 8.3'e bakınız) yüksek düzeyde stres ile ilişkiliydi. Çeşitli kanser türleri üzerinde yürütülen bir diğer boylamsal araştırma, kaçınma başa çıkmasının ("düşünmemeye çalışıyorum", "zihnimden çıkarmaya çalışıyorum"), bir yıllık izleme sürecinde hastalığın ne

Stone ve arkadaşları, günlük yaşam olaylarının sıklığının, solunum enfeksiyonunun dönemlerinin başlangıcını önceldiğini bulmuşlardır. Mekanizma, salgı IgA'sının strese bağlı olarak bastırılmasıyla ilgili olabilir.

TABLO 8.3 Baş Etmeyle İlgili Ölçekler ve Madde Örnekleri

Aktif Baş Etme
İçinde bulunduğum durumla ilgili olarak bir şeyler yapmak için çaba gösteririm.

Benzeri Diğer Faaliyetlerin Durdurulması
Bu durum üzerine yoğunlaşmak için diğer faaliyetleri bir kenara bırakırım.

Planlama
Ne yapılacağına yönelik bir taktik geliştirebilmek için çabalarım.

Dizginlemek
Acele davranarak işleri berbat etmemek için emin olmaya çalışırım.

Sosyal Destek Kullanımı
Başkasından yakınlık ve anlayış görürüm.

Olumlu Yeniden Değerlendirme
Olan bitende iyi olan şeyler ararım.

Din
Allaha güvenirim.

Kabul
Olan olayın gerçekliğini kabullenirim

İnkâr
Olayın olduğunu reddederim.

Davranışsal Bırakmıştık
Baş etme girişimlerinden vazgeçerim.

Mizah kullanımı
Olayla ilgili şakalar yaparım.

Kendini uzaklaştırma
Daha az düşünmek için sinemaya giderim, TV izlerim, ya da okurum.

Kaynak: Carver ve ark.'dan, 1993

yönde ilerlediğini yordamıştır (Epping-Jordan, Compas ve Howell, 1994). Bu veriler sadece stresin varlığını değil, aynı zamanda bireylerin strese nasıl tepkide bulunduklarının hem duygusal hem de fiziksel etkiler açısından önemli olduğunu göstermiştir.

STRES-HASTALIK BAĞLANTISINDAKİ ARA DEĞİŞKENLER

Yaşam olaylarının hastalık başlangıcıyla ilişkisinin gösterilmesine rağmen önemli sorular cevap beklemektedir. Az önce de söz ettiğimiz gibi aynı yaşantılar farklı kişileri farklı etkilemektedir. Bu durum, stres-hastalık ilişkisinde ilişkiyi değiştirebilecek başka değişkenlerin olasılığını artırmaktadır. Başa çıkmayı önemli bir ara değişken (moderator) olarak tanımladık ve kaçınma tipi başa çıkma biçiminin stresin fiziksel ve duygusal etkilerini artırdığını gördük. Stresin etkisini azaltan diğer önemli bir faktör sosyal destektir. **Yapısal sosyal destek,** bireyin sosyal ilişkilerindeki temel ağı ifade eder (örn., evlilik durumu ve arkadaşların sayısı). **İşlevsel sosyal destek** ise daha çok bireyin ilişkilerinin *kalitesiyle* ilgili bir tanımlamadır. Örneğin, birey gereksinim duyduğu anda yardım isteyebileceği yakınlıkta bir arkadaşının varlığına inanmakta mıdır (Cohen ve Wills,1985).

Yapısal desteğin ölüm oranlarını (mortalite) yordadığı iyi bilinmektedir. Sınırlı sayıda arkadaşı ya da yakını olan yaşlı bireyler, yüksek düzeyde yapısal desteğe sahip olanlara göre, daha fazla ölüm oranı gösterirler (Schoenbach ve ark., 1986). Benzer şekilde düşük düzeyde yapısal desteğe sahip erkekler, geçirdikleri miyokart enfarktüs (kalp krizi) sonrasında daha fazla ölüm oranı sergilemektedirler (Ruberman ve ark., 1984).

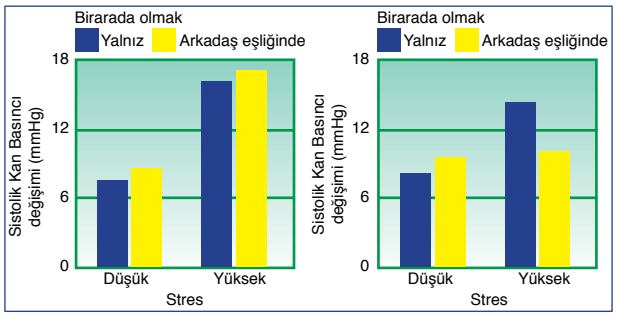
Yapısal ya da işlevsel desteğin yetersiz olması hastalık geliştirme olasılığını artırmaktadır. Yüksek düzeyde işlevsel desteğin, düşük oranda arterosklerosiz (damar tıkanıklığı) (Seeman ve Syme, 1987) ve kadınların kronik romatoid artrite (romatizmaya) daha iyi uyum yapmalarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (Goodenow, Reisine ve Grady, 1990).

Sosyal destek nasıl etkili olmaktadır? Olasılıklardan biri sosyal desteğin sağlıkla ilgili davranışları, örneğin daha sağlıklı bir diyet uygulama, daha az sigara içme ve alkol alma gibi, arttırmasıdır. Diğer taraftan sosyal desteğin (ya da desteğin olmamasının) biyolojik süreçler üzerinde doğrudan etkisi olabilir. Örneğin, sosyal desteğin düşük düzeyde olması olumsuz duygularda artmayla ilişkilidir (Kessler ve McLeod, 1985, aynı zamanda Bölüm 6'daki TSSB konusundaki önceki tartışmalarımıza bakınız), olumsuz duyguların artması da bazı hormon düzeylerini ve bağışıklık sistemini etkileyebilir (Kielcolt-Glaser ve ark., 1984).

Sosyal destek olgusu son yıllarda, buraya kadar aktarılan doğal ortam çalışmalarına göre, neden sonuç ilişkisini daha iyi gösteren laboratuar çalışmalarında incelenmeye başlanmıştır. Böyle çalışmaların birinde, üniversite çağındaki kadınlar, düşük ve yüksek stres koşullarından birine atanmışlardır ve bu stres durumlarına, yakın bir arkadaşın varlığı ve yokluğu koşulunda maruz bırakılmışlardır. Çalışmanın bir bölümünde, stres, deneycinin soğuk ve kişisel olmayan bir davranış tarzıyla, katılımcılara, rekabete dayalı bir görevde, başarılarını arttırmalarını söylemesi koşuluyla oluşturuldu. Sosyal destek koşulundaki her bir kadın için, yakın bir arkadaş, "onları sessizce teşvik etti" ve yakınına oturdu, elini bileğinin üzerine koydu. Bağımlı değişken, katılımcılar görevi yerine getirirken ölçülen kan basıncıydı. Beklendiği gibi yüksek stres, yüksek kan basıncına yol açtı. Fakat Şekil 8.5'de görüldüğü gibi, yüksek stres koşulunun, kan basıncı üzerindeki bu etkisi, stresi tek başına yaşayan kadınlarda görüldü (Kamarck ve ark., 1995). Böylelikle sosyal desteğin fizyolojik bir süreç üzerinde nedensel bir etkisi olduğu gösterilmiş oldu.

Araştırmaların hepsi sosyal desteğin olumlu bir etkiye sahip olduğunu göstermemiştir. Çok şiddetli bir stresör karşısında birey öyle fazla zorlanabilir ki destek yeterli gelmez. Bu nokta, sosyal destek ve göğüs kanseri ilişkisini inceleyen bir araştırmada, sosyal desteğin, yoğun sıkıntıyı (distres) azaltmadığı ya da fiziksel hasarı iyileştirmediği çarpıcı olarak ortaya konmuştur (Bolger ve ark., 1996).

Şekil 8.5 *Sosyal desteğin kan basıncı üzerindeki etkisine artmasına yol açmıştır, ancak bu stresöre arkadaşıyla birlikte maruz kalanlar arasında bu artış çok daha az dile getirilmiştir (Kamarck ve ark., 1995).*



STRES HASTALIK İLİŞKİSİ KURAMLARI

Psikofizyolojik bozuklukların etiyolojisini incelerken üç soruyla karşılaşırız. (1) Stres niçin ona maruz kalan kişilerin sadece bazısında hastalığa neden olmaktadır? (2) Stres niçin bazı kişilerde psikolojik bozukluk yerine bedensel hastalığa yol açmaktadır? (3) Stresin psikofizyolojik hastalığa neden olduğu varsayılırsa hangi hastalığın ortaya çıkacağını ne belirlemektedir? Bu sorulara cevaplar hem biyolojik hem de psikolojik yönelimli kuramcılar tarafından aranmıştır.

Stresin nasıl olup da fiziksel hastalığın oluşmasına ya da ilerlemesine neden olduğuna ilişkin bazı kuramları gözden geçirmeden önce, bu alandaki birçok araştırmanın stresle hastalık arasındaki ilişkileri kurarken, *öz bildirim* (self-report) verilerini dayanak aldıklarını belirtmek önemlidir. Buradaki sorun, Bölüm 7'de somatoform bozukluklar konusundaki tartışmamızda vurguladığımız gibi, hastalığın bildirilmesinin, hastalığın tam bir yansıması olmayabileceğidir. Örneğin, Watson ve Pennebaker (1989) geniş bir literatür taramasından sonra, olumsuz duygusal durumlar ve hastalık arasındaki ilişkinin aslında yalnızca olumsuz duygular ve hastalık *bildirimi* arasındaki ilişki olduğu sonucuna varmıştır. Benzer şekilde Stone ve Costa (1990), nörotisizmin her çeşit bedensel yakınmanın yüksek sayıda olduğunu yordadığını (hipokondri ve somatizasyon bozukluğu konularındaki tartışmalarımızı hatırlayın) fakat ölüm ya da koroner damar hastalığı gibi en zorlayıcı uçta olanları yordamadığını belirtmişlerdir. Olasılıkla yüksek düzeyde stres, beden değişimlerine yönelik dikkati artırmakta ve bu duyumlara aşırı tepki verme eğilimi oluşturmaktadır. Sonuç, hastalığın kendini bildirim nedeniyle artması olabilir ancak bu sağlık durumundaki gerçek bir değişim değildir. Bu nedenle, tartışmamızda, daha çok kendini bildirim verileri dışında bilgiler veren araştırmalar üzerinde odaklanacağız.

Bunlara ek olarak, stresin etkisi doğrudan olmayabilir, yani, stresin doğrudan biyolojik ya da psikolojik değişkenlere bağlı olmadan, sağlık davranışındaki değişiklikler yoluyla sağlık değişikliklerine yol açması olasıdır. Diğer bir deyişle, yüksek stres, daha fazla sigara içme, uyku bozukluğu, alkol tüketiminde artma ve diyette değişikliklere yol açabilir. Bu davranışsal değişiklikler de hastalık riskini arttırabilir. Bu durumda stres-hastalık ilişkisi gerçektir ancak sağlık davranışları aracılığıyla dolaylı bir ilişkidir.

Stres, alkol tüketiminin artması gibi bir yaşam biçimi değişikliğine yol açarak dolaylı biçimde hastalık riskini artırabilir.

BİYOLOJİK KURAMLAR

Biyolojik yaklaşımlar belirli psikofizyolojik bozuklukları, bireylerin, strese tepkide bulunurken organ sistemlerinde zayıflama olmasına ya da aşırı reaksiyon verilmesine bağlarlar. Kalıtımsal etkenler, daha önceki hastalıklar, diyet ve benzeri etkenler de belli bir organ sistemini bozabilir ve böylece zayıflık ve strese yatkınlık oluşabilir. **Somatik-zayıflık kuramına** göre stres ve belirgin psikofizyolojik bozukluk arasındaki ilişki belirgin beden organındaki zayıflıktır. Örneğin doğuştan zayıf bir solunum sistemi bireyi astıma yatkın kılar.

Kişilerin strese karşı kendi belirgin otonom cevap örüntüleri vardır. Bir kişinin kalp atış hızı yükselebilir; bir diğerinde ise kalp atışında değişiklik olmazken nefes almada artış ile cevap verebilir (Lacey, 1967). **Özgül-reaksiyon kuramına göre** bireyler strese kendilerine özgü şekillerde cevap verirler ve en tepkili beden sistemi daha sonraki psikofizyolojik bozukluklar için olası bir odak teşkil eder. Örneğin, strese artmış kan basıncıyla cevap veren bir kişi esansiyel (esas) yüksek tansiyon geliştirmeye daha yatkın olabilir. Daha sonra bu bölümde bazı psikofizyolojik bozuklukları tartışırken hem somatik-zayıflık hem de spesifik-reaksiyon kuramlarıyla ilgili kanıtlar verilecektir.

Genel düzeydeki stresörler, bedenin gerekli sistemleri üzerinde çoklu etkilere sahiptirler - otonom sinir sistemi, hormon düzeyleri ve beyin

faaliyetleri- Şu dönemdeki araştırmalarda, bulaşıcı hastalıklar, kanser, alerjiler ve bağışıklık sistemi (otoimmün) hastalıkları (romatoid artrit gibi) ilişkili bağışıklık sistemine yönelmişlerdir. Oldukça geniş bir menzilde stresörün, bağışıklık sisteminde değişiklik yarattığı bulunmuştur (Tıp Fakültesi sınavları, depresyon, yas, evlilik uyumsuzluğu ve boşanma, iş kaybı, Alzheimer hastası olan bir yakına bakmak ve *Three Mile* Adası nükleer felaketi (Cohen ve Herbert, 1996). Böyle bir bağışıklık sistemi değişikliğinin kanserden erken ölüm ya da romatizma başlangıcı gibi olumsuz etkilere yol açıp açmadığı, belirsizliğini korumaktadır. Yani stresin arkasından gelen bağışıklık sistemi değişikliklerinin hastalık için büyük risk oluşturduğu meselesi halen kesinlik kazanmamıştır.

Gerçek hastalıklarda stres ve bağışıklık sistemi değişikliklerinin rolünü kanıtlamak üzere olan araştırma alanı, bulaşıcı hastalıklara yönelik çalışılmalardır. Bu noktayı örneklemek için bağışıklık sisteminin bir alanını, salgı bağışıklığını, ayrıntılı olarak ele alacağız.

Bağışıklık sisteminin salgı bileşeni, gözyaşı, tükürük, mide barsak sistemine ilişkin (gastrointestinal), vajinal, burun (nazal) ve bronşlarla ilgili salgılar gibi mukoza alanlarını yıkayan sıvılarda bulunur. Bu salgılarda bulunan ve immunoglobulin A ya da IgA adı verilen bir madde bedenin istilacı virüs ve bakterilere karşı ilk savunma hattı olarak düşünülen *antikorları* içerir. Virüs ya da bakterilerin mukozayla birleşmesini önlerler.

Stone ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada (1987) IgA'daki antikor sayısının kişinin duygu durumuna göre değiştiği bulunmuştur. Sekiz haftalık inceleme süresince diş hekimliği öğrencileri haftada üç kez laboratuara gelmişler, tükürükleri alınmış ve kısa bir psikolojik değerlendirme yapılmıştır. Öğrenciler göreli olarak yüksek düzeyde olumsuz duygu yaşadıklarında daha az antikor bulunmuştur. Benzer şekilde olumlu duygu durumun olduğu günlerde daha fazla antikor olduğu görülmüştür.

Önceki araştırmalar (örneğin, Stone ve Neale, 1984) günlük olayların duygu durumu etkilediğini göstermişlerdir. Bu nedenle, günlük olayların duygu durumda oynamalara etki yaptığı ve böylece IgA antikorlarının sentezini bastırmaları olasıdır. Bu süreç şu şekilde gerçekleşebilir. İstenilmeyen yaşam olaylarında artma ve istenilen olaylarda azalma olumsuz duygu durumu yükseltmekte ve böylece salgı IgA'sındaki antikorlar bastırılmaktadır. Eğer bu dönem sırasında kişi virüsle karşılaşırsa virüsün bedeni enfekte etme riski artacaktır. Solunum sistemi hastalığının gözlenebilir belirtileri enfeksiyondan birkaç gün sonra ortaya çıkmaktadır.

Diğer iki çalışma, stres ve solunum enfeksiyonu arasındaki ilişkiyi desteklemiştir. Her iki çalışmada da, gönüllüler hafif bir nezle virüsü içeren burun akıntısı almışlar, aynı zamanda yakın zamandaki stresi ölçen bir test bataryası tamamlamışlardır. Bu yöntemin avantajlı yanı virüse maruz kalmanın araştırıcının kontrolünde olan deneysel bir değişken olmasıdır. Her iki çalışma da göstermiştir ki, stresteki artma enfekte olma oranıyla açıkça bağlantılıdır (Cohen, Tyrell ve Smith,1991; Stone ve ark., 1992).

PSİKOLOJİK KURAMLAR

Psikolojik kuramlar, çeşitli bozuklukların gelişmesini, bilinçdışı duygusal durumlar, kişilik treytleri, bilişsel değerlendirmeler ve stresle başa çıkma yöntemleri gibi faktörlerle açıklarlar.

PSİKANALİTİK KURAMLAR

Psikanalitik kuramlar belirli çatışmaların ve bu çatışmalara eşlik eden olumsuz duygusal durumların psikofizyolojik bozukluklara yol açtığını önermektedirler. Psikofizyolojik bozuklukları inceleyen psikanalistler üzerinde belki de en etkili olan kişi Franz Alexander'dır (1950). Onun görüşüne göre çeşitli psikofizyolojik bozukluklar, her bozukluğa özgü bilinçdışı duygusal durumların ürünleridir. Örneğin, açığa çıkmamış düşmanca (hostile) dürtülerin esansiyel yüksek tansiyondan sorumlu kronik bir duygusal duruma neden olduğu düşünülmektedir.

> Düşmanca dürtülerin birikmesi... sürecek ve sonuçta şiddetinde artma olacaktır. Bu da düşmanca duyguları denetim altında tutabilmek için daha kuvvetli savunma mekanizmalarını devreye sokacaktır.... Baskılanmalarının aşırı düzeyde olmasından dolayı bu hastalar mesleki aktivitelerinde daha az etkin olacaklar ve böylece başkalarıyla rekabette başarısızlığa uğrayacaklardır.... kıskançlık uyarılacak ve.... daha başarılı, daha az baskılı rakiplerine duyulan düşmanlık artacaktır, (s 150)

Alexander ifade edilmemiş-kızgınlık ya da içe atılmış kızgınlık kuramını psikanalize tabi tutulan hastaların gözlemine dayanarak geliştirmiştir. Hipotezi bugün de esansiyel yüksek tansiyondaki psikolojik etkenlerin incelenmesinde kullanılmaya devam etmektedir.

BİLİŞSEL VE DAVRANIŞSAL FAKTÖRLER

İnsanlar fiziksel tehditlerden daha fazlasını algılarlar (Simeons, 1961). Geçmiştekilerden pişmanlık duyar gelecekle ilgili kaygıya kapılırız. Bütün bu algılar sempatik sinir sistemini uyarır. Ancak kırgınlık, pişmanlık ve kaygıyla dıştaki tehditlerde olduğu gibi savaşmak ya da kaçmak kolay değildir ve bu duygular çabucak ortadan kalkmazlar. Sempatik sinir sistemini bazen tahammül edemeyeceği kadar uzun süre uyarılmış ve acil durumda tutarlar. Ayrıca bu koşullarda sempatik ve parasempatik aksiyonlardaki olması gereken denge zorlanır ve bozulabilir. Böylece evrimin olanaklı kıldığı stres verici düşünceler, istenilenden çok daha uzun süren bedensel değişikliklere yol açar ve sempatik ve parasempatik aktivitelerdeki dengesizliğe katkıda bulunurlar. Bizim yüksek yeteneklerimizin, dayanabileceği şekilde gelişmemiş bedenimizi fırtınalara tabi tuttuğu düşünülmektedir.

Stresi genel olarak tartışırken olası bir stresörün değerlendirmesinin bir insanı etkilemesinde merkezi bir rol oynadığını gördük. Yaşam olaylarını sürekli olarak kendi kaynaklarını aşan şekilde değerlendirenler, kronik olarak stres altında olabilirler ve psikofizyolojik bozukluk riski taşıyabilirler. Kişilerin stresle nasıl başa çıktıkları da önemlidir. Bu konudaki bazı bulgulardan daha sonra söz edeceğiz ve kişilerin kızgınlıkla nasıl başa çıktıklarının yüksek tansiyonla ilişkili olduğunu göreceğiz. Kişilik treytleri de bazı bozukluklarda özellikle kalp-damar hastalıklarında rol oynamaktadır. A tipi kişiliği olanlar kalp hastalığı gelişmesiyle ilişkili bir biçimde davranmaktadırlar. Son olarak da cinsiyet sağlıkta önemli bir değişkendir çünkü sağlık problemleriyle karşılaşma sıklığında kadın ve erkekler arasında önemli farklılıklar vardır (Odak 8.1'e bakınız).

Psikofizyolojik bozuklukların etiyolojisiyle ilgili genel gözden geçirmemiz tamamlanmıştır. Şimdi araştırıcıların çok dikkatini çekmiş olan iki bozukluğun, kardiyovasküler bozukluk ve astımın, daha ayrıntılı tartışmasına geçeceğiz.

KORDİYOVASKÜLER BOZUKLUKLAR

Kardiyovasküler bozukluklar kalp ve damar sistemleriyle ilgili tıbbi hastalıklardır. Birleşik Amerika'da ölümlerin yarısı bu nedenledir (Foreyt, 1990); her 10,000 kişiden 300'ünü etkilemektedir (U.S. Census, 1990); tedavisi ve araştırılması yılda 100 milyar dolara mal olmaktadır (Weiss, 1986). Bu bölümde kardiyovasküler hastalıklardan ikisi, yüksek tansiyon ve koroner kalp hastalığı, üzerinde yoğunlaşacağız. Koroner kalp hastalığı çok önemlidir, çünkü kalp hastalıkları arasında en fazla ölümle sonuçlananıdır. Kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin genellikle erken olduğuna ve bilinen risk faktörlerinin ele alınmasıyla önlenebileceğine inanılır (Price, 1982).

ESANSİYEL (ESAS) YÜKSEK TANSİYON

Genellikle yüksek kan basıncı olarak bilinen yüksek tansiyon, kişileri arteoskleroz, kalp krizi ve inmelere yatkın kılar ve böbrek yetmezliğine yol açarak öldürür. Aslında Birleşik Amerika'daki vak'aların %10'nundan daha fazla tanımlanmış bir fiziksel neden yoktur. Belirgin organik nedeni olmayan yüksek tansiyona esansiyel (esas, bazen de primer/birincil) yüksek tansiyon denmektedir. Tahminlere göre Amerika'daki yetişkin nüfusun % 15 ile 33'ünde çeşitli derecelerde yüksek tansiyon bulunmaktadır; Afrika kökenli Amerikalılarda Amerikalı beyazlara oranla iki kat daha fazla görülmektedir. Üniversite öğrencilerinin % 10 kadarında yüksek tansiyon vardır ancak birçoğu bunun farkında değildir. Hastalık bu yüzden sessiz katil olarak bilinir.

Kan basıncı iki sayıyla ölçülür; biri *sistolik* diğeri ise *diastolik* basıncı temsil eder. Sistolik ölçüm, karıncıkların kasıldığı ve kalbin kan pompaladığı zaman arteryel basıncın miktarıdır; diastolik ölçüm, karıncıkların gevşediği ve kalbin dinlendiği andaki basıncın derecesidir. Genç bir yetişkinin normal kan basıncı 120'ye (sistolik) 80'dir (diastolik) (Şekil 8.6).

Esansiyel yüksek tansiyonun, kan basıncını düzenleyen çeşitli sistemlerdeki olası bozukluklardan kaynaklanan heterojen bir durum olduğu düşünülmektedir. Kan basıncı, kardiyak çıktıdaki artış, kalbin sol karıncığından her dakika çıkan kan miktarı ve bedendeki sıvıların artışıyla yükselebilir. Kan basıncını düzenleyen fizyolojik mekanizmaların kombinasyonu çok karmaşıktır. Sempatik sinir sistemi, hormonlar, tuz ve su metabolizması ayrıca merkezi sinir sistem mekanizmalarının hepsi işin içindedir (Weiner, 1977). Bu fizyolojik mekanizmalarının birçoğu psikolojik stresten etkilenir.

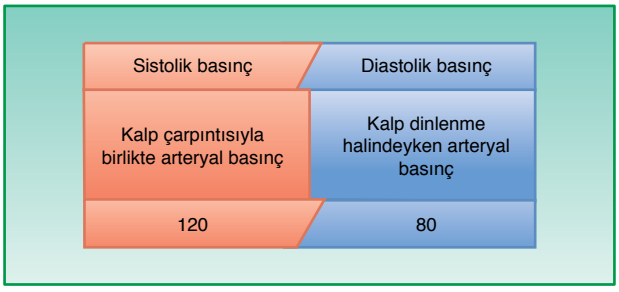
ODAK 8.1 CİNSİYET VE SAĞLIK

Doğumdan 85'ine ya da daha ileri bir yaşa kadar olan her dönemde, erkekler arasındaki ölüm oranı kadınlara göre daha fazladır. Ölümün bireysel nedenleri cinsiyetler arasında büyük çeşitlilik gösterir. Erkekler iki kattan daha fazla oranda, otomobil kazası, cinayet, siroz, kalp hastalığı, akciğer hastalığı, akciğer kanseri ve intihar nedeniyle ölmektedirler. Düşen ölüm oranlarına karşın, kadınlar, yüksek oranda hastalığa (morbidity) sahiptirler (sağlığın genel olarak zayıf olması, ya da çeşitli özgül bozukluğun oranı). Örneğin kadınlar, yüksek oranda diyabet, kansızlık (anemi), mide bağırsak sistemine ait (gastrointestinal) sorunlar ve romatizma (romatoid artrit) sorunları yaşarlar. Çok fazla doktora gittikleri, daha fazla reçeteli ilaç kullandıkları ve ABD'deki ameliyatların üçte ikisini geçirdikleri belirtilmektedir. Bununla birlikte, son yıllarda, kadınların ölüm oranı açısından sahip oldukları avantajlar azalmaktadır. Örneğin, erkeklerin kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanan ölüm oranları, geçtiğimiz 30 yıl içinde düşme gösterirken bu oran kadınlarda aynı düzeyde kalmıştır (Rodin ve Ickovics, 1990).

Kadınlardaki ölüm ve hastalık (morbidity) oranının farklı olmasının olası nedenleri nedir? Ve ölüm oranı neden artmaktadır? Biyolojik bakış açısından hareketle, kadınların, yaşamlarını tehdit eden hastalıklara karşı koruyucu mekanizmalara sahip oldukları söylenebilir. Örneğin kadınlık hormonu olan östrojen, kardiyovasküler hastalıklara karşı koruyucu olabilir. Bunu destekleyen birçok kanıt vardır. Menopoz dönemi sonrasında olan ya da her iki yumurtalığı alınmış kadınlarda, östrojen oranının azalmakta, her iki durumda olan kadınlarda, kardiyovasküler hastalıklara yakalanma oranı, menopoz öncesindeki kadınlara göre daha fazla görülmektedir. Hormon tedavisi, olasılıkla, -iyi hormon olarak adlandırılan- yüksek yoğunlukta lipoprotein (iyi kolesterol, HDL) düzeyini koruyarak, kardiyovasküler hastalık kaynaklı ölüm oranını düşürmektedir (Mathews ve ark., 1989).

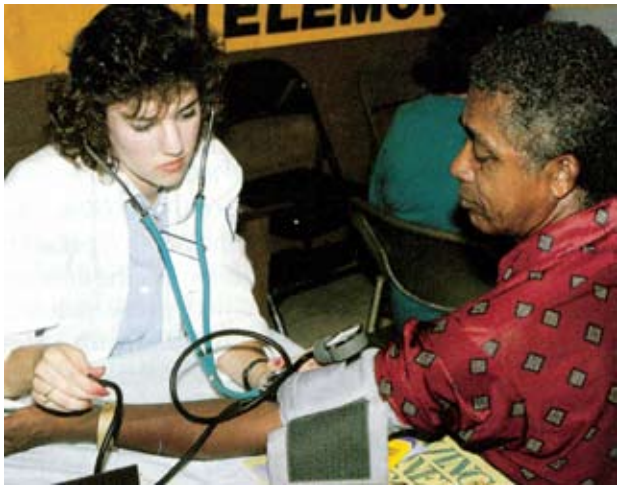
Psikolojik bakış açısından hareketle, kadınlar erkeklere göre daha az A tipi kişilik geliştirmekte ve daha az da düşmanlık yaşamaktadırlar (Waldron, 1976; Weidner ve Collins, 1993). Eisler ve Blalock (1991), ilerde daha ayrıntılı aktarılacak olan, A tipi davranış örüntüsünün, geleneksel erkek rolüne (yani başarı, sahiplenme, rekabetçilik, yardım ya da duygusal destek istememe, aşırı kontrol gereksinimi, öfkelenme eğilimi ve engellenme karşısında kızgınlık ifadesi gibi) olan katı bağlılığın bir parçası olduğunu öne sürmüşlerdir. Araştırmacılar, bu özelliklerin, erkeklerde koroner sorunlar ve yüksek tansiyon gibi diğer stres bağlantılı hastalıklar karşısında zayıf kalma ile ilişki kurmuşlardır (Harrison, Chin ve Ficarrotto, 1989). Gördüğümüz gibi hem biyolojik hem de psikolojik değişkenler, kardiyovasküler hastalıklarda önemli rol oynamaktadır ve bunlar kadınlarda daha düşük olan ölüm oranıyla ilişkili olabilirler.

Erkeklerin ve kadınların ölüm oranları arasındaki uçurum neden azalmaktadır? 20. yüzyılın başlarında, ölüm oranı salgın ve enfeksiyona bağlıydı ama şimdilerde çoğu ölüm, yaşama biçimine bağlı olarak gelişen hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Buna göre, bir olasılık, erkekler ve kadınlar arasındaki yaşama biçimi farklılığı, ölüm oranında yaşama biçimi farklılığına yol açıyordu ve artık cinsler arasındaki yaşama biçimi farklılığı azalmaktadır. Erkekler, kadınlardan



Şekil 8.6 *Normal genç yetişkin kan basıncı*

Yüksek kan basıncı genellikle bunu yaşayan kişi tarafından fark edilmediği için, özellikle ortalama risk altında olanlardan çok, yüksek risk altında olan bireyler için düzenli kontrol yapılması önerilmektedir



STRES, KIZGINLIK, KAN BASINCI YÜKSELMESİ

Esansiyel yüksek tansiyonun etiyolojisindeki rolleri açısından çeşitli stresli koşullar incelenmektedir. Stresli görüşmeler, doğal afetler ve iş stresinin hemen hepsinin kan basıncında kısa süreli yükselmelere neden olduğu bulunmuştur. Kan basıncı, aynı zamanda bireyin duygu durumuna bağlı olarak günlük yaşamında iniş

daha fazla sigara içmekte ve alkol tüketmektedir. Bu farklılık erkeklerdeki, kardiyovasküler hastalık ya da akciğer kanseri kaynaklı ölüm oranını artırmaktadır. Son yıllarda, kadınlar daha fazla sigara içmeye başladılar ve bu değişimler kadınlar arasındaki akciğer kanseri oranının da artması ve kardiyovasküler hastalık kaynaklı düşük ölüm oranının korunamamasıyla paralellik göstermektedir (Rodin ve Ickovicks, 1990).

Kadınların yaşam biçimlerindeki bir diğer değişiklik, son yıllarda çalışmaya başlamalarıyla birlikte, para kazanma ve ev hanımlığı gibi çifte bir rolü yerine getirmeye bağlı olarak strese daha fazla maruz kalmalarıdır. Frankenhauser ve ark. (1989), İsveç Göttenburg'da bir Volvo fabrikasında çalışan erkek ve kadınların norepinefrin düzeylerini incelemişlerdir. Her iki cinsiyetteki norepinefrin düzeylerinin gün içinde aynı olmalarına karşın, iş sonrasında, erkeklerde azalma görülürken, kadınlarda artış gözlenmiştir.

Erkekler ve kadınlar arasındaki hastalık (morbidity) durumunun farklı olmasının çeşitli nedenleri vardır. İlk olarak, kadınlar erkeklere göre daha fazla yaşadıklarına göre, yaş dönemlerine bağlı çeşitli hastalıkları daha fazla geçiriyor olabilirler. İkinci olarak kadınlar, sağlık konusuna daha duyarlı olduklarına göre, daha fazla doktora gidip, daha fazla tanı alıyor olabilirler. Son olarak, kadınların stresle baş etmek için kullandıkları yöntemler, örneğin dikkatlerini olumsuz bir olaya verdikleri tepkiler üzerine odaklaştırmak gibi, onların bazı hastalıklara daha yatkın olmalarına yol açıyor olabilir. (Weidner ve Collins, 1983).

Kadınların risk altında oldukları çok sayıda bozukluktan en iyi nasıl korunabileceklerine yönelik bilimsel veriler toplamak için, kadın deneklerin araştırmaların dışında tutulma eğilimine son vermek gerekir. Kadınlar sağlık araştırmalarında çok az incelenmişlerdir (Rodin ve Ickovicks, 1990). Gelecekteki çalışmalar, kadın ve erkekleri eşit bir şekilde örneklemeli ve aynı zamanda kadınlara yönelik sağlık sorunlarına odaklaşmalıdır. Kadın Sağlık İnisiyatifi, bu yönde umut verici bir adım olmuştur. 1993'den beri, osteoporoz, koroner kalp hastalığı, kanser ve aynı zamanda bu hastalıklara yakalanma riskini artıran psikolojik faktörlere yönelik önleyici müdahalelerin de olduğu çalışmalara, 200.000'den daha fazla kadın dâhil edilmiştir.

Kadınlar erkeklerden daha fazla hastalığa yakalanma riski taşımaktadırlar. Kadınlarla bağlantılı stres kayanaklarından biri, kadınların çoğunlukla, evhanımlığı ve para kazanma işlerini bir arada yütütmek, yani çifte rol oynamakla başetmek zorunda kalmalarıdır.

çıkışlar göstermekte; öfke anında ise belirgin biçimde artmaktadır (Schwartz, Warren, ve Pickering, 1994). Kasl ve Cobb (1970) iş kaybının etkilerini incelemişlerdir. Bir grup işçiyi işlerine son verilmeden iki ay önce ve iş kaybından iki yıl sonra incelemişlerdir. Benzer işlerde çalışan ancak işlerini kaybetmemiş bir kontrol grubu da aynı 26 ay döneminde değerlendirilmiştir. Çalışmadaki herkes altı farklı zamanda bir hemşire tarafından evde ziyaret edilmiş ve tansiyonları ölçülmüştür. Kontrol deneklerinde tansiyonda bir farklılık bulunmamıştır. Ancak işlerini kaybedenlerde iş kaybı beklentisiyle, iş kaybından sonra ve yeni işte denendikleri dönemde kan basıncında yükselme bulunmuştur. Düzenli bir iş bulmakta çok zorlanan bireylerde uzun bir dönemdir yüksek kan basıncı yakınması olduğu görülmüştür. Genel olarak bunun gibi kronik psikolojik stresin esansiyel yüksek tansiyonda önemli bir etken olduğu kabul edilmektedir (Fredrikson ve Mathews, 1990).

İşsizlik, kan basıncının yükselmesinin nedenlerinden biri olarak kabul edilen stresörlerdendir.

Kısmen psikanalitik kurama dayalı diğer bir grup araştırmada (Hokanson ve Burgess, 1962; Hokanson, Burgess ve Cohen, 1963; Hokanson, Willers ve Koropsak, 1968; Stone ve Hokanson, 1969), Hokanson ve arkadaşları kan basıncındaki artmanın saldırganlığı baskılamayla ilgili olup olmadığını araştırdılar. Deneklere yapmaları için bir iş verildi ancak araştırmada işbirliği yapan bir kişi tarafından hemen işleri bölünerek kızgınlık yaşatıldılar. Daha sora deneklerin yarısına, sataşan kişiden öç alma olanağı verildi. Bu klasik bir seri araştırmanın sonucu sataşmanın kan basıncını yükselttiği, ayrıca erkeklerde engelleme kaynağına karşı kızmanın basıncı düşürmede yardımcı olduğu gösterilmiştir.

Stresin kan basıncı üzerindeki etkisini inceleyen diğer bir dizi araştırma ise ambülâns görevlileri üzerinde yapılmıştır (Shapiro, Jamner, Goldstein, 1993). Bu analizlerden birinde, ambulans çağrıları yüksek ve düşük olan stres biçimleri olarak koşullar ikiye ayrılmıştır. Tahmin edildiği gibi, yüksek stres çağrıları, yüksek kan basıncıyla eşleşmiştir. Daha ilginç olarak, ambulans görevlilerinin, kişilik testine göre öfkeli ve savunucu olarak ayrışmaları bulgusudur. Düşük stres çağrılarında grup farklılık göstermezken, yüksek-stres çağrılarında, öfke ve savunuculuğu yüksek olan ambulans sürücülerinin kan basıncı yükselmiştir.

Kızgınlığın tansiyonu yükselten tek değişken olduğu sonucuna varmamalıyız. Aktif, çaba gerektiren başa çıkmayı içeren bir seri araştırmayla bu noktayı gösterebiliriz. Obrist ve arkadaşları (örneğin, 1978) reaksiyon zamanını kullandıkları araştırmalarında deneklere eğer yeterince çabuk tepki vermezlerse şok verileceğini söylemişlerdir. İyi performansa da para ödülü verilmiştir. Bu reaksiyon zamanı görevi hem kalp hızının hem de sistolik kan basıncının artmasına yol açmıştır.

Etik nedenlerden dolayı kan basıncındaki kısa süreli yükselmelerin sürekli yüksek tansiyona dönüşüp dönüşmeyeceği insanlar üzerinde incelenmemiştir ancak bazı hayvan deneyleri vardır. Genellikle laboratuarda gerçek yüksek tansiyonla ilgili elle tutulur bilgi yoktur. Elektrik şokunun stresör olarak kullanıldığı bir çok araştırmada başlangıçta şok tansiyonu yükseltmekte ancak şok kesildiği zaman tekrar normale düşmektedir. Diğer hayvanlarla yemek için rekabet etmek gibi daha doğal stresörlerin kullanıldığı çalışmalarda, uzun süreli tansiyon yüksekliği daha belirgin olarak gösterilmiştir (Peters, 1977). Ancak genellikle, kızgınlığın otonom sinir sistemini aktive etmesi gibi stresin esansiyel yüksek tansiyonu ortaya çıkarabilmesi için bazı yatkınlık faktörlerinin olması gerekmektedir.

YATKINLIK FAKTÖRLERİ

Bazı insanlar ve hayvanlar yüksek tansiyona yatkındırlar. Tuza, sosyal izolasyona duyarlılık, çok çabuk kızmak, öfkelenmek ve kardiyovasküler reaktivite bazı insanların diğerlerine göre stres karşısında daha fazla yüksek tansiyon geliştirmelerine neden olan yatkınlık faktörleri arasındadır.

Hayvanlarla yapılan deneylerde bazı kuvvetli yatkınlık durumları ortaya çıkarılmıştır. Bunlar, sosyal izolasyon içinde yetiştirilme (Henry, Ely ve Stephens, 1972), yüksek düzeyde duygusallık (emotionality) (Farris, Yeakel ve Medoff, 1945) ve tuza karşı duyarlılıktır (Friedman ve Dahl, 1975). Tuz araştırmasında araştırıcılar diyetlerinin etkisine duyarlı ve duyarlı olmayacak şekilde üretilen iki grup fareyle çalışmışlardır. Duyarlı olan fareler tuzlu diyetle yüksek tansiyon geliştirmiş ve ölmüşlerdir. Bu tuza duyarlı fareleri, deneysel olarak yaratılan çatışma durumlarında da uzun süre düşmeyen yüksekliği göstermişlerdir.

Daha önce söz edildiği gibi, çok çabuk öfkelenmek psikolojik bir yatkınlık olabilir. Öfke değişkenliğiyle ilgili kesinlik kazanmayan mesele, çok çabuk öfkelenmenin mi ya da öfkelenip ifade edememenin mi önemli olduğudur. Bu tabloyu biraz daha karmaşıklaştırırsak, öfkenin erkek ve kadınlardaki işlevleri farklı olabilir. Öfkeyi ifade etmek, erkeklerde kan basıncı aktivasyonunu artırırken, kadınlardaki bastırılmış öfke, artan kan basıncı reaktivasyonuyla ilişkili olabilir (Shapiro, Goldstein ve Jemner, 1995). Bu konuya miyokard enfarktüsü tartışırken tekrar döneceğiz.

Son on yılda kardiyovasküler reaktivitenin yüksek tansiyon için (aynı zamanda kalp hastalığı için) biyolojik bir yatkınlık olması üzerinde ilgi yoğunlaşmıştır. Kardiyovasküler reaktivite, kan basıncı ve atımının, strese tepki olarak artması anlamına gelmektedir. Genel araştırma stratejisi halen yüksek tansiyonu olmayan kişilerde laboratuardaki stresöre (örneğin, eli buzlu suya daldırmak) verilen kardiyovasküler reakti-

viteyi ölçmek ve katılanları birkaç yıl izleyerek reaktivitenin (genellikle taban durumundan olan farklılık olarak ölçülmektedir) kan basıncını yordayıp yordamadığını saptamaktır. Bu yaklaşımın başarılı olabilmesi için iki önemli noktanın gösterilmesi gerekmektedir. Biri, reaktivitenin yordama gücü olabilmesi için güvenilir olması koşuludur. Yani, yüksek reaktivitesi olan bir kişinin, tutarlı olarak her zaman bu yüksek reaktiviteyi göstermesidir. Bulgular bu ölçütün güvenilir olduğunu göstermektedir (örneğin, Kasprowicz ve ark., 1990). İkincisi ise laboratuardaki reaktivite ölçümünün kardiyovasküler sistemin günü gününe yapılan aktivitelerdeki gidişiyle ilişkili olmasıdır. Beyaz gömlek yüksek tansiyonu adı verilen bir olgudan dolayı, bir kişinin tansiyonu laboratuarda ya da doktor muayenehanesinde yüksek, diğer yerlerde ise normal olabilir. Bu konudaki yayınların biraz çelişkili olmasına rağmen (Gerin ve ark., 1994; Swain ve Suls, 1996'ya bakınız), laboratuardaki stresörlere verilen cevapla doğal ortamdaki reaktiviteyi karşılaştıran araştırmalar bazı ilişkilerin olduğunu göstermiştir (Pollak, 1994).

Reaktiviteden yüksek tansiyonu yordayan araştırmalar nasıl sonuçlar vermişlerdir? Burada da bazı çelişkiler vardır, ancak iyi yürütülmüş bir araştırmanın (Light ve ark., 1992) sonucu olumludur. Tepkileri yavaş olduğu koşulda şok verileceğiyle tehdit edilen deneklerden kardiyovasküler ölçümler alınmıştır. On onbeş yıl sonra yapılan izlemede deneklerin hem muayenehanede hem de bir gün içindeki (özel bir alet takılarak kalp hızı ve tansiyon birkaç kez ölçülerek) kardiyovasküler işlevleri ölçülmüştür. Daha önce alınan kardiyovasküler ölçümlerin hepsi (kalp hızı, sistolik ve diastolik kan basıncı) kan basıncını yordamış ve en kuvvetli yordayıcının kalp hızı reaktivitesi olduğu bulunmuştur. Daha da önemlisi bu ölçümlerin ailede yüksek tansiyon ölçüsü gibi standart klinik yordayıcılardan daha iyi yordayıcı olmasıdır.

Yüksek tansiyonda reaktivitenin hazırlayıcı bir faktör olmasına odaklaşmak, araştırmacıları, artan kardiyak reaktivitenin, Afrika kökenli Amerikalılarda görülen hastalık riskinin artmasıyla ilişkili olup olmadığı sorusuna da yönlendirmiştir. Şu ana kadarki en iyi boylamsal çalışma, 3. sınıftan, 9. sınıfa kadar, geniş bir çocuk katılımcılardan oluşan örneklemin izlendiği çalışmadır. Afrika kökenli Amerikalı çocuklar, tutarlı olarak kan basıncı reaktivitesi açısından daha yüksek bulundular (Murphy ve ark., 1995) ki bu durum Afrika kökenli Amerikalılardaki yüksek tansiyon oranını açıklıyor olabilir.

Reaktivitenin önemiyle ilgili başka bir destek de yüksek tansiyon öyküsü olan ve olmayanları karşılaştıran yüksek risk araştırmalarından gelmektedir (örn., Hastrup ve ark., 1982). Tahmin edilebileceği gibi pozitif aile öyküsü olanlarda strese karşı daha yüksek kan basıncı reaktivitesi bulunmuştur. Kan basıncı reaktivitesinin (Matthews ve Rakaczky, 1987) ve yüksek kan basıncının kalıtımsal olduğunu gösteren araştırma bulgularıyla birleştirilince kan basıncı reaktivitesi kalıtımsal olarak geçen yatkınlık için iyi bir aday olmaktadır. Yüksek tansiyonun yatkınlık ve stres arasında etkileşime bağlı olması kuşku götürmemektedir. Bununla birlikte sadece tek bir çalışma, reaktivitenin insanlardaki yüksek tansiyonu yordadığını göstermiştir ve bu çalışmadaki katılımcılar hipertansif ailelerin çocuklarıdır (Falkner ve ark., 1981).

Bu alandaki bilgilerimizin ilerlemesi, kan basıncı reaktivetisine yönelik daha incelikli analizler yapılmasını gerektirebilir. Örneğin artmış reaktivite hem sempatik sistemin artan aktivasyonu hem de parasempatik sistemin aktivasyonunun azalmasından kaynaklanabilir. Hangi faktörün yükselen reaktivite ürettiğini bilmek, yordamanın doğruluyla ilişkili olabilir (Miller, 1994). Benzer biçimde, kan basıncı değişimlerine yol açan laboratuar stresörleri, soğuğa maruz bırakma gibi fiziksel zorlamalardan, kızdırılma / sataşılma (harrased) ya da zor aritmetik sorularını çözme gibi daha bilişsel olanlara uzanan boyutta değişkenlik göstermektedir. Stresör tipi, hangi reaktivitenin ortaya çıkacağı mekanizmasını belirlemektedir ve bu nedenle dikkate alınması gereken önemli bir değişkendir (Sundin ve ark., 1995). Şu dönemdeki araştırmalar bu her iki boyutta da devam etmektedir.

KORONER KALP HASTALIĞI

Koroner kalp hastalığı (KKH), 'anjina pektoris' ve 'miyokart enfarktüs' (kalp krizi) olmak üzere iki temel biçimde görülür.

HASTALIĞIN ÖZELLİKLERİ

Anjina pektorisin belirtileri zaman zaman gelen, genellikle göğüsün arkasında hissedilen ve sol omuz ve kola yayılan ağrılardır. Bu

şiddetli ağrı nöbetlerinin nedeni kalbe yeterli miktarda oksijen gitmemesidir. Bunun da nedeni koroner arteroskleroz, yani yağlı kalıntıların koroner damarı daraltmasıdır. Anjin genellikle fiziksel ya da duygusal zorlamayla ortaya çıkar ve dinlenme ve ilaçla geçer. Anjin atağı nadiren kalp kaslarında ciddi bir hasara yol açar. Önceki kan akışı azalmış ancak kesilmemiştir.

Miyokart enfarktüs çok daha ciddi bir bozukluktur ve Amerika Birleşik Devletleri'nde ölümün önde gelen nedenlerindendir. Anjina pektoris'de olduğu gibi enfarktüs de kalbe yeterli oksijen gitmemesine bağlıdır. Oksijen azlığı anjina pektoristen daha ciddidir ve arteroskleroza bağlı olarak kalbin yeterli kanla beslenmemesi ya da kalıntılar veya kan pıhtısıyla kalın bir koroner damarın aniden tıkanmasıdır. İki durumda da kalp kasları ölür.

Amerikan Kalp birliği KKH ile ilgili yedi faktör öne sürmektedir (Insull, 1973): (erkekler daha fazla risk altındadırlar)

- yaş
- cinsiyet
- sigara içmek
- yüksek kan basıncı
- yüksek kolesterol düzeyi
- elektrokardiyogramda görülen kalpte sol ventrikülün büyümesi
- diyabet (şeker hastalığı)

Kalp hastalığı riski genel olarak bu faktörlerin sayısı ve ciddiyetiyle artar.

STRES VE MİYOKARD ENFARKTÜS

Ağır fiziksel hareketler ve öfke nöbetleri, kısa vadede miyokart enfarktüsü (ME) tetikleyebilir (Mittleman ve ark., 1995). Evlilik çatışması ve maddi endişeler gibi daha kronik stresörler de ME ile ilişkilidir. Son zamanlarda ilgi, yaygın olarak ME ile birlikte görülen ve gelecek krizleri yordayan depresyon üzerine odaklaşmıştır (Carney ve ark., 1995; Lesperance, Frasure-Smith ve Talarc, 1996). En çok çalışılan stresörlerden biri, iş zorluğu (job strain) durumu (Karasek, 1979), kişinin yüksek düzeyde taleplerle karşılaştığı; kendisinden çok az zamanda fazla iş yapmasının beklendiği; yanı sıra inisiyatifin az olduğu ve bireyin işle ilgili becerilerinin tam olarak sergilenmesine olanak tanınmadığı durumları içermektedir. Çoğu araştırma yüksek düzeyde iş zorluğunun, ME için yüksek risk ile eşleştiğini göstermektedir (Schall, Landsbergis ve Baker, 1994).

KRONER KALP HASTALIĞINA YATKINLIK

Geleneksel risk faktörleri, koroner kalp hastalığı etiyolojisinin en azından yarısını açıklayamamaktadır (Jenkins, 1976). Aslında insanlar, aşırı şişmanlık (obesity), beden hareketleri yapma alışkanlığının pek yerleşmemiş olması, yağlı yiyecek tüketimi ve sigara içmek gibi etkenlere, şimdilerde olduğundan daha az önem vermişlerdir. Bununla birlikte, daha önceki yıllarda KKH oranı daha düşüktü. Üstelik insanların yağlı besinleri daha fazla tükettikleri ve daha fazla sigara tükettikleri Midwest'de (Amerika'da bir bölge), Amerika'nın daha endüstrileşmiş bölgelerine göre KKH oranı daha düşüktür. Paris'i ziyaret eden biri, Fransız nüfusunun büyük çoğunluğunun sigara tiryakisi olduğunu ve bol yağlı yiyecekler tükettiklerini fark edecektir. Bununla birlikte, KKH Fransa'da daha düşük görülür: Neden?

KKH'ye hazırlayıcı etkenlere yönelik araştırmalar, psikolojik faktörlere odaklaşmaya başlamıştır. KKH ve psikolojik faktörlerle bağlantısına ilişkin çağdaş kanıtlar, Meyer, Friedman ve Ray Rosenman (Friedman, 1969; Rosenman ve ark., 1975) isimlerinde iki kardiyolog tarafından yapılan incelemelerde edinilmiştir. Onlar 1958'de koroner-bağlantılı davranışı, **A tipi davranış örüntüsü** olarak adlandırmışlardı.

A tipi kişilerin başarı ve ilerleme için yoğun ve rekabetçi güdüleri vardır ve abartılmış zaman baskısı duyusu ve acele etme gereksinimi görülür; başkalarına karşı oldukça saldırgan ve düşmanca davranırlar. A tipi kişiler işlerine aşırı düşkündürler, sıklıkla iki işi birden yapmaya kalkarlar ve bir işin iyi olması için o işi kendilerinin yapması gerektiğine inanırlar. Kuyrukta beklemeye katlanamazlar ve kazanmak için her yolu denerler; karşılarındaki çocuk olsa bile sabırsız ve saldırgandırlar. Çabuk düşünür, çabuk konuşurlar, dizlerini sallarlar; parmaklarını hareket ettirip ayaklarını sallar, gözlerini çabuk çabuk kırparlar. Etraflarını fark edemeyecek ve güzelliklerle ilgilenemeyecek kadar meşguldürler. Başarılarının çetelesini, yazılan makale sayısı, bitirilen projeler ya da biriktirilen maddi eşyalarla tutarlar. Bazıları süregelen başarma mücadelesinin altta yatan güvensizlik ve benlik saygısının azlığıyla güdülendiğini ileri sürmektedirler (Price, 1982; Williams ve ark., 1992).

İkinci davranış örüntüsü ise B Tipidir. B tipi kişiler daha sakindir ve bu tip baskıları hissetmezler. A tipi ve B tipi bireylerin değer-

lendirilmesi, ihtirasın şiddeti, rekabet, bitirilmesi gereken işlerin aciliyeti ve saldırganlıkla ilgili soruların sorulduğu yapısal görüşmelerle yapılmıştır (Rosenman ve ark., 1964). Sonraki dönemlerde kendini değerlendirme araçları da geliştirilmiştir. Bununla birlikte artık biliyoruz ki, kendini değerlendirme araçları, yapılandırılmış görüşme ile tutarlı olmayan sonuçlar vermektedir. A tipi davranış literatüründeki bazı tutarsızlıklar, daha çok ölçüm araçları arasındaki faklılıklardan kaynaklanmaktadır (Matthews, 1982). Örneğin, KKH'na yol açması bakımından anahtar bir etken olarak görülmeye başlanan düşmanlık, yapılandırılmış görüşmelerde anketlere göre daha iyi değerlendirilmektedir (Weinstein ve ark., 1986).

A tipi örüntünün geçerliği ile ilgili kanıtlar klasik Batı Grup Çalışma Birliği (Western Collaborative Group Study: WCGS)'den gelmektedir (Rosenman ve ark., 1975). Çift-kör ileriye dönük bir çalışmada yaşları otuz dokuz ile elli dokuz arasında olan 3524 erkek sekiz buçuk yıl izlenmiştir. 3154 kişi araştırmayı tamamlamıştır. Yapılandırılmış görüşmeyle A tipi olarak tanımlanmış bireyler, B tipi olarak tanımlananlardan iki kat daha fazla koroner kalp hastalığına yakalanmıştır. Ayrıca koroner kalp hastalığı olan A tipi erkekler diğer kalp hastalığı olan hastalardan beş kat daha fazla ikinci bir kalp krizi geçirme olasılığına sahiptiler. Yüksek kolesterol, trigliseridler ve lipidler, diabet, yüksek kan basıncı, sigara içmek, düşük eğitim düzeyi ve düşük egzersiz düzeyi ile ebeveynde kalp krizi gibi klasik risk faktörlerinin de koroner kalp hastalığıyla ilgili olduğu bulunmuştur; ancak bu faktörler kontrol edildiği zaman bile A tipi bireylerin kalp hastalığı geçirme olasılığı iki misli fazlaydı.

Son zamanlardaki araştırmalar A tipi davranışın yordayıcı olarak kullanımının uygunluğunu tam olarak desteklememektedir. Örneğin çoğu araştırmada A tipi davranış örüntüsü, ölümü ve ME'ü yordayamadı (Eaker ve ark., 1992; Orth-Gomer ve Unden, 1990; Shekelle ve ark., 1983). Diğer araştırmalarda anjiyo ile belirlenmiş koroner arter hastalığıyla

A tipi arasında ilişki bulunamadı (Williams, 1987).

Bu çelişkili bulguların çeşitli nedenleri vardır. İlk önce, bazı olumsuz bulgular, A tipinin yapılandırılmış görüşme ile değerlendirilmediği araştırmalardan edinilmiştir. Az önce değindiğimiz gibi, bu değerlendirmeler, A tipini ölçmek için yeterli değildirler. İkincisi, A tipinin yordayıcı gücü sınırlı olabilir. Örneğin, Williams ve arkadaşları (1986) A tipinin yalnızca elli yaşın altındakilerde koroner arter hastalığını yordadığını buldu. Hatta elli yaşın üstündeki B tipi kişiler daha ağır hastalandılar! Böylece, uzun yaş menzili olan araştırmalarda veriler yaşlara göre analiz edilmezlerse, A tipi koroner hastalık ilişkisini göstermek olası değildir.

Toplam A tipi puanının, koroner-yönelimli davranış ölçmenin en iyi yolu olmadığı olasılığı da bulunmaktadır. Bu soruya başka bir cevap arama yollarından biri de yapılandırılmış görüşmedeki maddeleri inceleyerek hangilerinin koroner kalp hastalığını yordadığını görmektir. Matthews ve arkadaşlarının (1977) yaptığı araştırmanın verilerinin yeniden analizi, yalnızca yedi maddenin kalp hastalığı geliştirenlerle geliştirmeyenleri birbirinden ayırt ettiğini bulmuştur. Verilerin daha ileri analizinde düşmanlık, koroner kalp hastalığının en temel yordayıcısı olarak bulunmuştur (Hecker ve ark., 1988). Düşmanlık ayrıca, strese karşı daha yüksek kan basıncı reaktivitesiyle (Weidner ve ark., 1989) ve daha yüksek kolesterol düzeyi (Weidner ve ark., 1987) ve pıhtı oluşumunda önemli rol oynayan plakaların (platelets) faaliyetinin artmasıyla ilişkili bulunmuştur (Markovizt ve ark., 1996).

Başka bulgular da (örn., Almada, 1991; Williams ve ark., 1986) alaycılığın A tipi tablosunda temel faktör olduğunu göstermiştir. Daha önce MMPI da alaycı ve düşmanca tutum gösteren maddeleri (örneğin, "Çoğu insan, kaybetmektense kendi yararları için haksız yollara başvurur") işaret etmiş olan yüksek A tipi deneklerde koroner arter tıkanma miktarı ve koroner ölüm özellikle yüksek oranda görülmüştür. MMPI'ı 25 yıl önce aldıkları zaman sağlıklı olan tıp öğrencileri izlendiklerinde, başkalarına karşı alaycılık hissedenlerde daha yüksek oranda koroner kalp hastalığı ve ölüm görülmüştür (Barefoot, Dahlstrom ve Williams, 1983). Diğer taraftan alay etme ile ilgili diğer bulgular, koroner kalp hastalığındaki olası rolünü göstermektedir. Erkeklerde kadınlardan ve Afrika kökenli Amerikalılarda beyazlardan daha sıktır (Barefoot ve ark., 1991).

Ayrıca sosyal destek aramadan kaçınma, yüksek düzeyde bastırılmış kızgınlık, daha fazla alkol tüketimi ve şişman olmayla da ilgili bulunmuştur (Houston ve Vavak, 1991; Miller ve ark., 1995).

Henüz bu bulguların en iyi nasıl kavramsallaştırılacağı açıklığa kavuşmamıştır. Kritik bile-

Anjiyogram, koroner damar hastalığını belirlemede kullanılan, röntgen temelli bir tekniktir. Kasık içindeki bir damara bir katater sokularak kalbe doğru yönlendirilir. Daha sonra zerk edilen boya hangi damarlarda tıkanma olduğunu gösterir.

şen düşmanca tutum (hostilite) mudur? Yoksa MMPI maddeleriyle ölçülen alaycılık mıdır? Bu meselenin aydınlatılması için daha fazla araştırma gerekmektedir. Önemli bir sorun kullanılan terminolojideki belirsizliktir. Öfke, düşmanlık, kızgınlık, alaycılık ve bu kavramları değerlendiren ölçekler arasındaki birliğin düşük olmasıdır. Örneğin geniş bir erkek örneklemi üzerinde yapılan 2 yıllık bir çalışmada ultrason ile aterosklerozisin gelişimi incelenmiştir (Julkunen ve ark., 1994). Öfke ve kızgınlık 3 bileşende değerlendirilmiştir.

Bilişsel: Diğerlerine yönelik olumsuz inançlar
Duygusal: Sabırsızlık ve huzursuzluk
Yaşantı: Öfkenin ifade edilip edilmediği

Ölçümler birbiriyle yüksek korelasyon göstermemiştir. Bu durum da, aralarındaki benzerliğe karşın, bu terimlerin birbirleri yerine kullanılamayacaklarını açıkça göstermektedir. Duygusal bileşen, aterosklerozisin gelişimini yordamazken, diğer iki bileşen yordamıştır. Bu çalışma elbette bu konuda son sözü söylememektedir; ancak öfkenin KKH ile ilişkili olup olmadığını belirlemenin ne kadar karmaşık olduğunu göstermektedir. Diğer önemli mesele de öfke ve kızgınlığın kökenini belirlemektir. Bu konudaki araştırmalar henüz başlangıç noktasındadır; ancak göstergeler yüksek düzeyde aile çatışmasının varlığına işaret etmektedir (Matthews ve ark., 1996).

Biyolojik faktörler üzerine yürütülen araştırmalar, reaktiviteye odaklaşarak, yüksek tansiyon çalışmalarında benzer gidişat göstermişlerdir. Kalp atışındaki aşırı değişme ve kanın arterlerden pompalanma kuvvetindeki farklılıklar arterleri örseleyebilir. Çeşitli araştırmalarca kalp atış reaktivitesi ve koroner kalp hastalığı ilişkili bulunmuştur. Manuck, Kaplan ve Clarkson (1983) ve Manuck ve ark. (1989) ateroskleroz geliştirmek için özel bir diyet alan maymunları incelediler. Hayvanlar laboratuar stres testine göre yüksek ya da alçak kalp reaktörleri olarak ikiye ayrıldılar. Sonuçta yüksek reaktörler düşük olanlara göre iki kat daha fazla ateroskleroz geliştirdiler. İnsanlarla yapılan bir araştırmada kalp atış reaktivitesi 23 yıllık bir izleme çalışmasında koroner kalp hastalığını yordadı (Keys ve ark., 1971). Böylece kalp atımı reaktivitesi biyolojik yatkınlık için makul bir aday durumundadır ve az önce gördüğümüz gibi öfke ve kızgınlık türü psikolojik yatkınlık ile ilişkilidir.

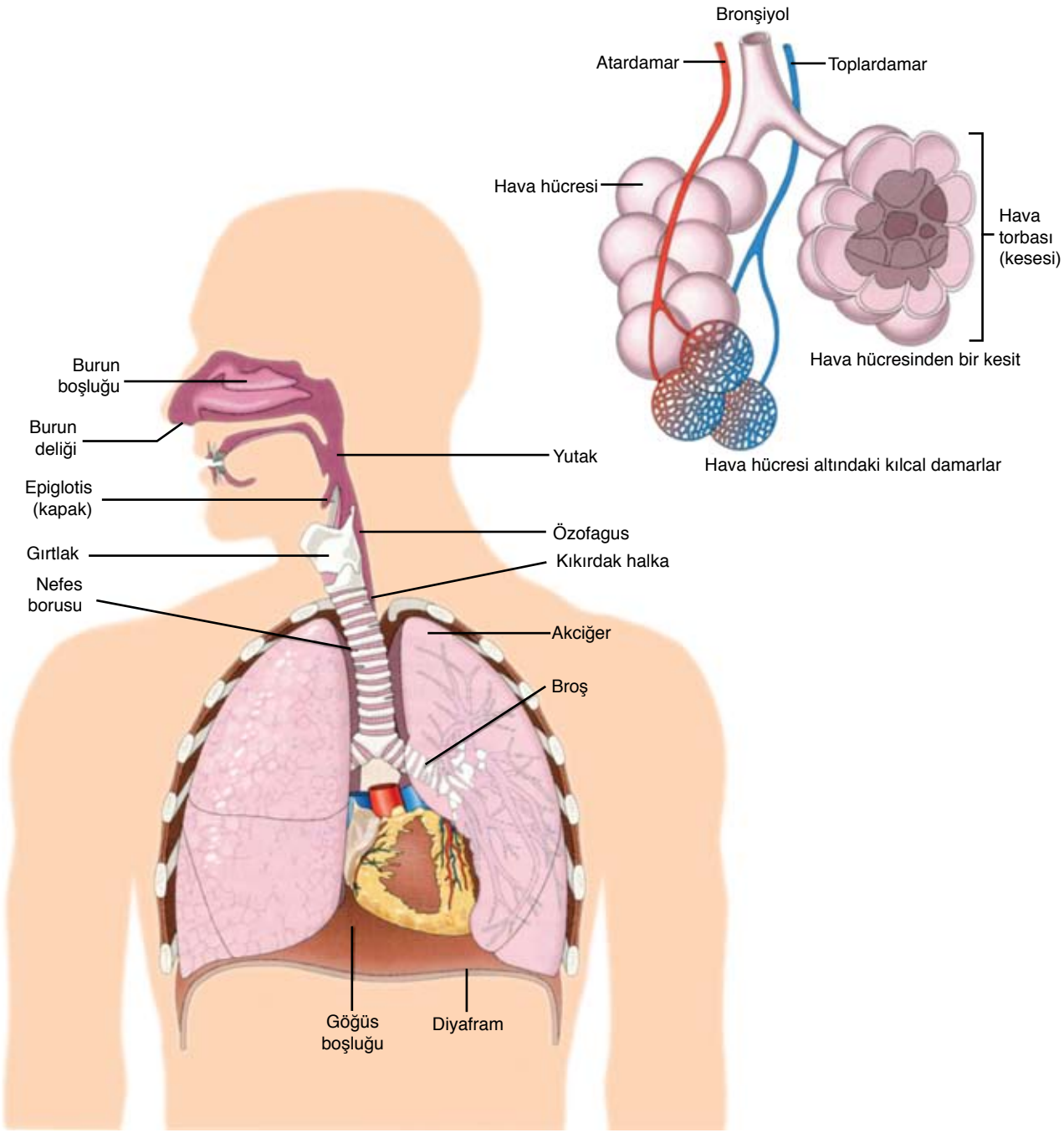
ASTIM

Tom çocukluk döneminde sık astım nöbetleri geçirirdi. Tom'un astımı çiçek tozlarıyla tetiklenirdi. Bundan dolayı her yıl bölgedeki bir hastanenin acil merkezini sık sık ziyaret ederdi. Sıklıkla bronşite dönüşen soğuk almaları olurdu. 10'lu yaşlarına geldiğinde, astım atakları nedensizce kayboldu. Fakat 34 yaşında ataklar, geçirdiği zatürre sonrasında daha şiddetli bir biçimde geri döndü. Çocukluk nöbetlerinin aksine duygusal stres en belirgin başlatıcıydı. Bu hipotez doktorunun ondan, iki hafta boyunca nasıl hissettiği ve nöbet öncesinde neler olduğuyla ilgili günlük kayıtlar tutmasıyla desteklendi. Bu iki hafta boyunca 4 kez nöbet geçirdi. 3 tanesi işte patronuyla hoş olmayan bir etkileşim, diğeri ise ailesinin ziyareti sonrasında eşiyle yaptığı bir tartışma sonrasında meydana gelmişti.

Astım, sağlık harcamalarında 4 milyar dolarlık bir pay tutmaktadır ve okul devamsızlığına neden olmaktadır. Diğer hastalıklardaki durumların aksine, astımdaki ölüm oranı 1979'dan 1987'ye iki kat artmış ve 1990'larda hiç bir iniş işareti göstermemiştir. Bu artışın nedenleri bilinmemektedir (Parker ve ark., 1989), ama hava kirliliği gerçekten bir olasılıktır.

Astımda hava geçitleri ve bronşlar daralmaktadır, böylece nefes alıp verme (özellikle nefes verme) oldukça güçleşir ve hırıltılı haldedir. Bu koşulda otonom sinir sisteminin parasempatik bölümünün başatlığı söz konusudur (Bölüm 4'e bakınız). Buna ek olarak akciğerde bağışıklık sistemine bağlı iltihaplanma görülür. Bu da ödem ve mukus salgısının artmasına yol açar (Moran, 1991).

Toplumun yüzde 2 ile 5'inin astımı olduğu tahmin edilmektedir. Astımı olanların üçte biri



Şekil 8.7 *Solunum sisteminin temel yapıları. Nefes borusu, akciğerler, bronş, bronşiyel ve hava hücresi ve yardımcı organlar. Astımda, havanın geçtiği bölümler, özellikle bronşlar, daralır ve akciğerlerin içinde sıvı ve balgam oluşur.*

çocuklardır, bunların da üçte ikisi erkektir (Graham ve ark., 1967; Purcell ve Weiss, 1970). Ergenliğin ortalarından itibaren astım oranı kızlarda, erkeklere göre daha fazlalaşır (Sweeting, 1995). Williams ve McNicol (1969) 30.000 yedi yaşında Avustralyalı çocuğu incelediler. Belirtilerin başlama yaşıyla hastalığın süresi arasında yüksek korelasyon buldular. Eğer başlangıç yaşı 1 yaştan önceyse yüzde 80'i beş yıl sonra da astımlıydı. Başlangıç yaşı 3 ilâ 4 ise, beş yıl sonra %40'ı, 5 ilâ 6 ise 5 yıl sonra yalnızca %20 'si astımlıydı. Hastalık ne kadar erken başlamışsa o kadar uzun sürmektedir.

HASTALIĞIN ÖZELLİKLERİ

Astım nöbetleri zaman zaman ve değişen şiddetlerde görülür. Bazı hastaların nöbet sıklığı bazı polenlerin varlığıyla mevsimlere göre değişir. Hava yolları sürekli olarak tıkalı değildir; nefes sistemi kendiliğinden ya da tedavi ile normale döner. Bu yanıyla amfizem gibi kronik akciğer hastalıklarından ayrılır (Creer, 1982). Solunum sisteminin temel yapıları Şekil 8.7'de gösterilmiştir.

Çoğunlukla, astım nöbeti aniden başlar. Astımı olan kişi göğsünde sıkışıklık hisseder, öksü-

Astım atakları, sıklıkla bronş tüplerinin içine doğru sıkılan buğu spreyleriyle geçirilmektedir.

rür, hırıltılı nefes alır ve balgam çıkarır. Şiddetli bir nöbet gerçekten de çok korkutucu olabilir ve panik atağa neden olabilir (Kinsman ve ark., 1974). Astımlı nefes alıp vermede büyük güçlük çeker ve boğuluyormuş hissine kapılır. Hışırtılı, hırıltılı nefesler ve öksürük hissettiği dehşeti artırır. Bu çabalardan yorgun ve bitkin düşerler ve nöbet biraz hafifleyince uykuya dalarlar.

Astımlının nefes vermesi normalden daha uzun zaman alır ve *rale* denen hışırtılı ses göğüste duyulur. Belirtiler bir saat veya saatlerce hatta günlerce sürebilir. Nöbetler arasında anormal belirtiler gözlenmez ancak hızlı nefes vermeyle *rale*'ler stetoskopla işitilebilir.

ASTIMIN ETİYOLOJİSİ

Astımın gelişmesinde psikolojik faktörlerin önemi tartışma konusudur. Bazıları duyguların her zaman işin içinde olduğuna inanırlar. Diğerleri, olası nedenleri üç kategoriye ayırmaktadır: alerjik, enfeksiyon ve psikolojik (Rees, 1964). İlişkili bir faktör sigara dumanı ve hava kirliliği gibi tahriş edicilerdir.

Solunum sistemindeki hücreler polen, küf, kürk, toz gibi maddelere ya da alerjenlere duyarlı olabilir ve böylece astımı başlatabilir. Akciğer enfeksiyonları, çoğunlukla akut bronşit, solunum sistemini astıma yatkın kılabilir. Engelleme, kızgınlık, depresyon ve beklenen bir heyecanla ortaya çıkan kaygı ve gerginlik astımı başlatabilecek psikolojik faktörlerden örneklerdir.

Galler'de Cardiff'de 388 astımlı çocuk üzerinde yapılmış olan klasik bir çalışmada, çocukların nöbetlerinin nedenlerine göre ikiye ayrıldıkları bulunmuştur (Rees, 1964). Alerjik faktörlerin rolü vak'a öyküleri ve kuşkulanılan alerjenlerle yapılan deri ve solunum reaksiyonu testleriyle değerlendirilmiştir. Deneklere ayrıca hangisinin ne olduğu bilinmeden hem alerjenler hem de nötr maddeler verilmiştir. Enfeksiyonun önemi vak'a öyküleriyle, röntgenle, balgamın incelenmesiyle ve göğüste, burun, sinüslerde enfeksiyon belirtilerinin araştırılmasıyla saptanmıştır. Psikolojik faktörlerin olası önemi, vak'a öyküleri ve doğrudan davranışsal gözlemlerle değerlendirildi. Rees'in araştırmasının temel bulgusu astımın çok nedenli bir hastalık olarak kavramsallaştırılmasının önemini göstermektedir. Tablo 8.4 de görüldüğü gibi vak'aların yalnızca %37'sinde psikolojik faktörler başat neden olarak bulunmuştur. Vak'aların %30'unda psikolojik faktörlerin tamamen önemsiz olduğu düşünülmüştür. Bu, astımın her zaman psikosomatik bir hastalık olmadığını kuvvetle göstermektedir.

Rees'in verileri ayrıca astımın nedenlerinin öneminin yaşa göre değiştiğini ortaya koydu. Beş yaşından küçük olanlarda enfeksiyon ön planda gelmektedir. Altı yaşla on altı yaş arasında enfeksiyon yine ön plandaydı ancak psikolojik faktörler önemini arttırıyordu. On altı yaşla altmış beş yaş arasında psikolojik faktörlerin önemi otuz beş yaşa kadar azaldı ancak daha sonra yine önem kazandı.

ASTIMI ORTAYA ÇIKARTAN PSİKOLOJİK FAKTÖRLER

Ancak, astım ilk başta alerji ya da enfeksiyon nedeniyle ortaya çıksa da psikolojik stres, nöbetleri kışkırtmaktadır. Kleeman (1967) 18 aylık bir sürede 26 hastayla görüşmeler yaptı. Bu hastaların bildirdiğine göre nöbetlerinin %69'u duygusal nedenlerle başlamıştı.

Otonom sinir sistemi (OSS) ve solunum yollarının yapı ve genişliği (dilation) arasındaki bağlantıdan dolayı ve OSS ile duygular arasındaki ilişkiden dolayı, çoğu araştırma duygusallığa odaklaştı. Araştırmalar genellikle astımlı bireylerde yüksek oranda duygusallık buldular. Laboratuardaki stresörler karşısındaki yüz tepkileri daha şiddetli ve görüşmeler sırasında uyumsuz oldukları kadar, daha düşmanca (kızgın) ve çaresiz olarak değerlendirildiler. Kişilik testlerindeki kendini bildirimleri, yüksek düzeyde duygusallık göstermekteydi (Lehrer, Isenberg ve Hochron, 1993).

Bu verileri yorumlarken bu duygusallığın bir bölümünün, böylesine kronik bir hastalığın

olmasına bir tepki olabileceğini de söylemek mümkündür. Ancak araştırmalar, duygusal uyarılma ile astım nöbeti arasında, duygunun nöbeti harekete geçirmedeki rolüne işaret eden açık bir zamansal örüntü de göstermişlerdir (Hyland ve ark., 1990).

AİLENİN ROLÜ

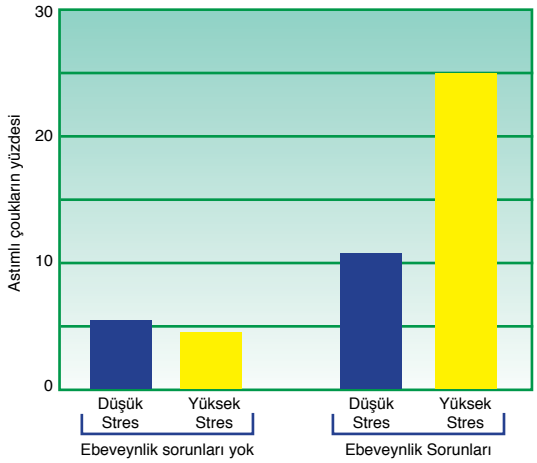
Astımı başlatan ya da nöbeti harekete geçiren psikolojik stres kaynaklarından biri, çatışmalı ebeveyn-çocuk ilişkisidir. Bir araştırma, astımı olan 150 hamile kadını incelemiştir (Klinnert, Mrazek ve Mrazek, 1994). Araştırmacılar, kalıtımsal risk altındaki çocukların aile özelliklerini de incelemek istemişlerdir. Aileler, bebeğe ilişkin tutumların, duyarlılıklarının, ebeveyn görevlerinin bölüşülmesinin ve herhangi bir duygusal bozulmanın varlığının değerlendirilmesi için, doğumun üçüncü haftasından itibaren görüşmeye alınmışlardır. Annelerin geçen bir yıl içindeki stres miktarları da incelenmiştir. Çocuklar üç yıl boyunca yakından takibe alınmışlar ve astım sıklığı daha önce kaydedilen aile özellikleriyle ilişkilendirilmiştir. Sonuçlar, astımın, anneleri yüksek oranda stres yaşayan ve sorunlar yaşadıklarını belirten ailelerin çocukları arasında yüksek oranda olduğuna işaret etmiştir (Şekil 8.8'e bakınız). Ancak araştırmaların hepsinde ana baba ilişkilerinin astımda önemli olduğu bulunmamaktadır (Eiser, Town, ve Tripp, 1991). Daha önceleri, Gouthier ve arkadaşları (1977, 1978) astımlı küçük çocukları ve annelerini çeşitli envanterler, görüşmeler ve gözlemler yaparak incelediler. Çocukların ve annelerinin çoğu uyumlu bulundu. Çocukların gelişim düzeyi yaşlarına göre normaldi, bağımsızdılar ve çevreleriyle başa çıkabiliyorlardı.

Gözden geçirdiğimiz araştırmalar, astımlıların aile yaşamının hastalıklarındaki rolü üzerinde tutarlı bilgi vermemektedir. Bundan başka aile ilişkilerinin astımda önemli olduğunu düşünsek bile çeşitli ailesel faktörlerin nedensel mi yoksa sürdürücü etkenler mi olduğunu söyleyemeyiz.

TABLO 8.4 Alerjik, Bulaşıcı ve Psikolojik Faktörlerin Astımın Etiyolojisindeki Göreceli Önemi

	Göreceli Önemi, %		
Faktörler	***Baskın***	***İkincil***	***Önemsiz***
Alerjik	23	13	64
Bulaşıcı	38	30	32
Psikolojik	37	33	30

Kaynak: Rees, 1964'den



Şekil 8.8 *Ebeveynlik sorunlarının ve önceki stresin, astımlı çocukların sayısı üzerinde etkisi. Anneleri yüksek düzeyde strese maruz kalan çocuklar ve ebeveynlik sorunları olan ailelerde yaşayanlar yüksek oranda astım sergilemektedirler. Klinnert, Mrazek, ve Mrazek (1994).*

Bazı çocuklarda evdeki duygusal faktörler astım nöbetinin ortaya çıkmasında önemli olsa da diğerlerinde hastalık ilk önce aileyle ilgili olmayan nedenlerle başlamakta ve daha sonra ebeveynler, bilmeden bazı belirtileri ödüllendirmektedirler. Örneğin, ebeveynler, astımlı çocuklarının yemeklerini kendileri yedirebilirler ve astımdan dolayı onlara özel muamele yapabilirler.

FİZYOLOJİK YATKINLIK

Rees (1964) incelenen astımlıların %86'sının astım gelişmeden üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiğini bulmuştur. Kontrol deneklerinin yalnızca %30'u bu şekilde hastalanmıştı. Bu araştırma, zayıf bir organın kalıtsal olarak geçmesi, bir reaksiyon örüntüsünün gelişmesi ya da her ikisinin de astımın etiyolojisinde rol oynadığına kanıt oluşturmaktadır.

Astımı birincil olarak alerjik olanlar aşırı duyarlı solunum mukozasını kalıtsal olarak almaktadırlar, böylece toz ve polen gibi zararsız maddelere aşırı tepki verirler. Astımın sıklığının kalıtımsal yatkınlıkla tutarlı ailesel örüntü gösterdiğiyle ilgili kanıtlar vardır (Konig ve Godfrey, 1973). Son olarak da astımlıların sempatik sinir sistemlerinin normalden daha az cevap vermeleriyle ilgili bazı göstergeler vardır (Mathe ve Knapp, 1971; Miklich ve ark., 1973). Sempatik sinir sisteminin aktivasyonunun astım nöbetinin şiddetini azalttığı bilinmektedir. Son olarak, iki çalışma, astımlıların, normal bireylerde görülmeyen bir biçimde, kanlı filmlere bronş daralması ile tepkide bulunduklarını bildirmişlerdir (Lehrer ve ark., 1993 tarafından gözden geçi-

rilmiştir), Bu da onların solunum sistemlerinin astım nöbeti geçirecek yönde tepkide bulunduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, yatkınlık-stres açıklaması bir kere daha psikofizyolojik bozuklukla ilgili verilere uymaktadır. Bir kere solunum sistemi astım için yatkın olunca çeşitli psikolojik stresörler yatkınlıkla etkileşime girerek hastalığı ortaya çıkartabilir.

PSİKOFİZYOLOJİK BOZUKLUKLARDA TEDAVİ

Psikofizyolojik bozukluklar gerçek fiziksel hastalıklar olduğu için iyi bir psikoterapötik yaklaşım bir hekimle yakın konsültasyonu gerektirir. Yüksek kan basıncı biyolojik nedenli de olsa ya da, esansiyel yüksek tansiyonda olduğu gibi, psikolojik strese de bağlı olsa, çeşitli ilaçlar arterlerin kasılmasını azaltabilir. Astım nöbetleri ya nefes yoluyla ya da enjeksiyon şeklinde alınan ve bronşları açan ilaçlarla yatıştırılabilirler. İlaçların belli bir beden sisteminde gerçekleştirdiği sıkıntıyı ve zararı azaltma azımsanamaz. Çoğunlukla, yaşam koruyucudurlar. Ancak ruh sağlığı personeli ve doktorlar ilaçların belirtileri düzettiğinin, ancak bireyin psikolojik strese verdiği duygusal tepkisini etkilemediğinin farkındadırlar. Eldeki kanıtlar belli bir organın bozulmasında kalıtsal faktörlerin önemini gösterseler dahi, bireylerin psikolojik olarak cevap vermelerinin önemi psikoterapötik müdahalenin uygun olduğunu düşündürmektedir.

Çeşitli yönelimli terapistler, psikofizyolojik bozukluklarda çekilen sıkıntının giderilmesinde en genel şekliyle kaygı ve kızgınlığın azaltılması üzerinde anlaşırlar. İster yüksek tansiyon olsun isterse astım ya da kalp hastalığı, bozuklukların kaygı ya da kızgınlık sonucu olduğu düşünülür. Psikanalitik yönelimli terapistler, diğer kaygı bozukluklarında olduğu gibi, serbest çağrışım ve rüya yorumu gibi teknikleri kullanarak hastaların korkularının çocuksu kaynaklarıyla yüzleşmesine yardımcı olmaya çalışırlar. Franz Alexander gibi ego analistleri ise çeşitli bozuklukların altında duygusal durumların yattığına inanmaktadırlar. Böylece dışa vurulmamış kızgınlıkla yüklü olduklarını düşündükleri esansiyel yüksek tansiyonlu kişileri kendilerini ortaya koymaya ve kızgınlıklarını boşaltmaya yüreklendirirler.

Davranışçı ve bilişsel terapistler kaygı ve kızgınlığı azaltmak için gerilimin kaynağına bağlı olarak bilinen işlemleri kullanırlar (sistematik duyarsızlaştırma, akılcı duygusal terapi ve kendini ortaya koyma eğitimi). Örneğin Lehrer ve ark. (1994) gevşeme egzersizlerini astımlı çocukların daha iyi nefes verebilmeleri (exhale) eğitiminde başarıyla kulandılar. Davranış provası ve davranışa şekil verme teknikleri, bireyin zor durumlar karşısında daha az duygusal bozulma ile tepkide bulunmayı öğrenmesinde yardımcı olabilir. Bölüm 18'de tekrar üzerinde durulacak olan davranışsal tıp alanı, hastalığa etkisi olan alışkanlıkların azaltılmasına yönelik tedavileri önemli bulmaktadır. Örneğin davranışsal tıp alanındaki tıbbi sorunların düşmanı olan sigarayı bırakma yolları üzerinde çalışmaktadır. Fazla kilo almak, özellikle yaşlanmaya başlandıkça, koroner kalp hastalığı ve yüksek tansiyon gibi hastalıklara etkide bulunabilir, dolayısıyla davranışsal tıp uzmanları, en azından kısa vadede umut verici sonuçlar veren kilo verme programlarına yönelmişlerdir (Brownell ve Wadden, 1992). Astımlı kişilere yardım etme yollarından biri de onlara nöbetleri daha iyi tanımada yardımcı olmaktır. Birçok hasta belirtilerini tanıyamaz ve uygun olarak davranamaz. Ancak belirtilere daha duyarlı olabilir ve tedavi rejimini daha etkili uygularlar (Creer, Renna ve Chai, 1982).

Biyolojik geribildirim, psikofizyolojik hastalıkların tedavisinde sıkça kullanılır. Fizyolojik süreçler hakkında doğru bilgi sağlamaktadır. Bu bilginin de hastanın bu süreçleri daha iyi kontrol etmesine olanak vereceği beklenmektedir.

Hastaların, kalp atımı, kan basıncı, beyin dalgaları, cilt ısısı ve diğer beden işlevleri hakkında, başka türlü sağlanamayan, anında ve tam olarak bilgilendirildikleri, **biyolojik geribildirim,** aynı zamanda bir davranışsal tıp alanı işlemidir. Belirli bir içsel fizyolojik süreç, duyarlı bir elektronik kayıt aracıyla taranır ve duyulur hale getirilir. Birey işitsel ya da görsel bir sinyal boyunca sürecin hızının yüksek mi, düşük mü ya da tam normal mi olup olmadığını anlık olarak bilir.

Birçok araştırma, biyolojik geribildirim aracılığıyla bireylerin örneğin kalp atış hızını yükselebildiklerini, tansiyonlarını düşürebildiklerini göstermiştir (Blanchard, 1994; Elmore ve Tursky, 1978; Shapiro, Tursky ve Schwarts, 1970). Halen belirgin olmayan biyolojik geribildirim ile klinik olarak anlamlı sonuçların alınıp alınamayacağıdır. Biyolojik geribildirim Bölüm 18'de daha derinliğine tartışılacaktır.

YÜKSEK TANSİYONUN TEDAVİSİ

Yüksek tansiyona karşı kullanılan bazı ilaçların baş dönmesi, sersemlik hissi ve erkeklerde ereksiyon bozuklukları gibi yan etkileri olduğu ve bazı ilaçların hafif yüksek tansiyonda uzun süreli kullanıldığında zararlı yan etkilerinin olduğu tıbbi araştırmalarla ortaya konduğundan, sınırdaki esansiyel yüksek tansiyon için birçok farmakolojik olmayan tedavi biçimleri araştırılmıştır. Çabalar, kilo verme, tuz alımının azaltılması, aerobik egzersiz ve alkol alımının sınırlandırılması üzerine yöneltilmiştir. Bu tıbbi hedeflerin her birinde davranışın değiştirilmesi bileşeni vardır ve bu hedeflere varma başarısı karışıktır (Dubbert, 1995; Foreyt, 1990). Örneğin tuz alımını azaltan ve kilo kaybı sağlayan diyet değişiklikleri, hipertansif hastalardaki kan basıncının azaltılmasında yararlıdır (Jeffrey, 1991). Umut verici olmasına rağmen aerobik hareketleriyle ilgili bulgular daha belirsizdir; potansiyel (ve pratik amaçlar için de istenen) bileşen devamlı yapılan aerobik egzersizlerinin metabolizmayı harekete geçirerek kilo verilmesini sağlamasıdır. Kilo vermek, tuzu azaltmak ve düzenli hareket yapmanın, zararlı kolesterol düzeyini düşürmek gibi ek bir yararı da vardır. 1960'lardan beri ABD'de, ilaçlar ve diyet ile kolesterol düzeyinde belirgin düşüşler gözlenmektedir ve bu durum kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle görülen ölüm oranındaki azalmayı da beraberinde getirmektedir (Holme, 1990; Johnson ve ark.,1993; Weidrer ve Griffin, 1995).

Bu literatürdeki ilginç ve çelişkili görünen soru, kolesterol düzeyinin düşük olmasının da *olumsuz* fizyolojik ve psikolojik etkilerinin olup olmadığıdır. Weidner ve Griffin (1995) tarafından yapılan yeni bir gözden geçirme çalışması, kolesterol düşüklüğünün doğrudan olumsuz etkisi olduğuna yönelik, en azından farmakolojik olmayan türde, bir kanıt bulunmadığını göstermektedir. (Kolesterolün ve kan basıncının azaltılması sürecinde, mide bulantısı, karın ağrısı, erkeklerde sertleşme sorunu, baş ağrısı ve baş dönmesi gibi yan etkiler ortaya çıkabilmektedir.) Bu istenmedik sonuçlar kişinin günlük yaşam kalitesini azaltmaktadır.

Fakat davranışsal değişimler kolesterolün düşmesi için gerekli olan istenmedik olumsuz psikolojik etkilere yol açabilir mi? Bir kişinin diyetini değiştirmesi kolay değildir! Kolesterol düzeyinde sağlıklı bir farklılık yaratmak için yağ alımında büyük değişiklikler yapmak gerekir. Rafine edilmiş şekerin ve tuzun kesilmesi de oldukça güçtür; çoğumuz, masamızın üzerinde bize bir kol mesafesinde duran bu maddeler ile büyümüşüzdür. Aramızda kim, zengin çeşitlilikteki çikolatalı tatlıların yerini kolayca doldurabilir? Düşük kolesterollü yiyecekleri sevmeyi öğrenmek stres ve genel bir hoşnutsuzluk yaratabilir. Neyse ki araştırmalar düşük yağ diyetiyle kolesterolün azaltılmasının, psikolojik iyilik hâlini (well-being) *artırdığını* göstermiştir (Weidner ve ark., 1992).

Buna göre diyet değişiklikleri mantıksız ve ulaşılmaz değiller; uygun bir biçimde düzenlenmiş psikososyal diyet müdahaleleri, insanların, kardiyovasküler hastalık riski azaldıkça, kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlayabilir. Ve kolesterolü düşüren türde bir diyet kilo kaybını da sağladığı için fazla kilolardan kurtulmak isteyen bireylerde psikolojik iyileşmeyi de artırmaktadır (O'Neil ve Jarell, 1992).

Başka bir psikolojik yöntem, yüksek tansiyonlu kişilere birincil olarak kas rahatlaması ve bazen biyolojik geribildirim desteğiyle sempatik sinir sistemi uyarılmasını azaltmayı öğretmektir (Benson, Beary ve Carl, 1974; Blanchard, 1986). Burada da sonuçlar karışıktır

(Kaufman ve ark., 1988) ve gevşeme eğitiminin etkilerinin kalıcılığı kuşkuludur (Patel ve ark., 1985). Bu yaklaşımın başarısı sonunda muhtemelen kazanılan gevşeme becerisinin kullanılmaya devam etmesine, bu da bireyin motivasyonunun sürmesine bağlıdır.

ODAK 8.2 KANSER İLE BAŞETMEK

Kaygı ve depresyonu azaltmaya ve mücadelecilik kazandırmaya yönelik müdahalelerin kanser ile baş etmede yardımcı olduğunu gösteren kanıtlar giderek artmaktadır (Stolbach ve ark.,1988; Telch ve Telch, 1986). (Odak 15.3 çocuklarla yapılan böyle bir çalışmayı aktarmaktadır). Pasif olmayan bir tutum bile kanser ile yaşama kapasitesini artırmaktadır (Greer, Morris, Pettigale, 1979).

Olumlu, iyimser bir tutum, kanser (Carver ve ark., 1993) ve HIV-pozitif (AIDS) (Taylor ve ark., 1992) gibi ciddi hastalıklarda bile, sorunla mücadelede önemli rol oynar. Olumlu bir tutumun yaşamı tehdit eden hastalıkları olan bireylere yardımcı olması mekanizması, bu tutumun uyumsal baş etme ile olan bağlantısıyla ilgili olabilir. Olumlu bakış sahibi bireyler -kendine yeterlikleri yüksek bireyler gibi (Bandura, 1986)- risk azaltıcı davranışları daha fazla dikkate alıyor olabilirler. Örneğin, AIDS'e yakalanmamak için riskli cinsel ilişkilerden kaçınıyor olabilirler ya da baypas ameliyatı sonrasında önerilen egzersizleri düzenli olarak yapıyor olabilirler (Scheier ve Carver, 1987).

Anderson (1992) tarafından yapılan titiz bir çalışmada, özellikle kaygı ve stresin azaltılmasını amaçlayan çeşitli psikososyal müdahalelerin, yaşamı tehdit etme derecelerine göre gruplanan kanserler üzerideki etkisi incelenmiştir. Düşük ölüm riski taşıyan kanserlerde (I. Dönem, II. Dönem, örn. lokalize olmuş göğüs kanseri), müdahaleler, huzursuzluk ve depresyonda az miktarda düzelme sağlamıştır. Anderson bu bulguyu şöyle yorumlamıştır: Bu tür kanserler, tıbbi müdahaleye iyi yanıt vermektedir. Dolayısıyla sadece bu bilgi bile huzursuzluğun düzeyini azaltmakta, psikolojik müdahale için geriye fazla bir şey kalmamaktadır. Yüksek ölüm riski altındaki kanser vak'aları üzerinde yürütülen araştırmalar, bu vak'aların psikolojik müdahaleden daha fazla yararlandıklarını göstermiştir. Yüksek ölüm riski taşıyan kanserler için, müdahale etkisi daha güçlü bulunmuştur.

Psikososyal müdahaleler, son aşamadaki kanser hastalarının yaşam kalitesini artırabilir ve hatta yaşam süresini uzatabilir. Bir çalışmada, yaygınlaşmış (metastaz) göğüs kanseri olan hastalar haftada bir, onlara birbirlerini anlama ve destekleme olanağı veren, ölümü ve ölmeyi açık açık konuşabildikleri ve ölüm karşısında hayatı olabildiğince tam yaşama konusunda birbirlerini yüreklendirdikleri, destekleyici grup terapilerine katılmışlardır. Bu hastalar, aileleriyle olan iletişimlerinde de yol kat etmişler ve ağrıyı kontrol etmek, yorgunluğu, kaygı ve depresyonu azaltmak için kendilerine hipnoz yapmayı da öğrenmişlerdir (Spiegel, Bloom ve Yalom, 1981). On yıllık bir izleme sonrasında, bu bir yıllık destekleyici grup terapisi müdahalesinin, yaşam süresini gerçekten uzattığı bulunmuştur. Kontrol grubu hastalarıyla karşılaştırıldığında, grup terapi hastaları, iki kat daha fazla yaşamışlardır (Spiegel, 1980; Spiegel ve ark., 1989)[*]

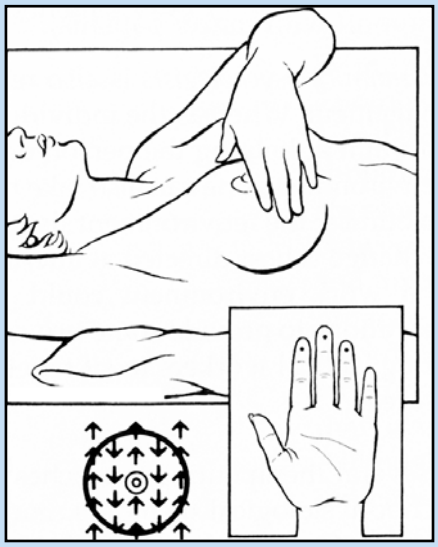
Spiegel ve arkadaşları bu bulguları -ki bu sonuçlar pek beklenmiyordu ve grup terapi için bir tartışma konusu değillerdi- şöyle yorumladılar: Terapi, hastaların duygu durumlarını iyileştirerek onların tıbbi müdahaleye daha kolay uyum yapmalarını sağlamış olabilir ya da iştahlarını ve diyetlerini düzenlemiş olabilir. Ağrıyı kontrol etme becerisi de onlara fiziksel olarak daha aktif olmalarında katkıda bulunmuş olabilir. Ve stresin bağışıklık sistemi üzerindeki etkilerine ilişkin daha önce aktarılan araştırma bulgularıyla tutarlı olarak, terapi sosyal destek kanalıyla stresi azaltarak bağışıklık işlevlerinde düzelme yaratmış olabilir (House, Landis, ve Umberson, 1988; Levy ve ark., 1990).

ÖNLEM ALMANIN DESTEKLENDİĞİ MÜDAHALELER

Psikolojik müdahaleler, sağlıklı davranışların desteklenmesi, sağlıksız olanların desteklenmemesi yoluyla kansere yakalanmanın önüne geçme konu-

[*] Şaşırtıcı, hatta hayrete düşürücü bulgular, profesyonel dergilerde basıldığında, editör bazen destekleyici bir yorum ekler. Bu Spiegel ve ark.'nın (1989) çalışması için yapılmıştır. Sonuçların beklenilenden farklı olduğu dikkate alınınca, editör, yöntem ve istatistik analizlere ilişkin özenle olumlu yorumlarını belirtmiş ve "Spiegel ver ark., tarafından betimlenenlerin, ölümcül hastaların maruz kaldıkları, alternatif pratisyenler arasındaki daha dini fanatiklerce önerilen, berbat diyetler, pahalı plasebolar ve zahmetli içgözlemler gibi hayatı düzene koymak amacının tam aksine en azından hayatın değerini (yaşam kalitesini) artırdığını ifade ederek, okuyucuların bu çalışmaya açık görüş içeren bir tutumla yaklaşmalarını önermiştir. Diğer gruplar, kanserin psikososyal yönden ele alınışına entelektüel olarak dürüstçe yaklaşmayı sürdürmelidirler" (Başmakale, Lancet, 14 Ekim, 1989).

DeQuattro ve Davison (Lee ve ark., 1987), gevşemenin iki ay süreyle haftada bir eğitimi ve her gün teyple evde uygulanması sonucunda sınırda yüksek tansiyonlu kişilerde, diyet, tuzu kısıtlama, kilo verme gibi standart tıbbi öneriler alan kontrol grubundakilere göre, daha fazla düşüşler bulmuşlardır (gevşeme grubuna, kontrol grubuna verilen aynı tıbbi öneriler yapılmıştı.). Ayrıca, bu etkiler daha önce yüksek sempatik aktivite gösterenlerde göstermeyenlere kıyasla daha belirgindi. Bu sonuç Esler ve ark.'nın (1977) hipotezini doğrular niteliktedir. Bu hipoteze göre yüksek tansiyonlu bireyler arasında, sempatik uyarılmışlıklarının dinlenme düzeyi



Kadınları kendi-kendine göğüs muayenesine (KGM) teşvik etmek, kanserin önceden yakalanması ve tedavi sonuçlarının daha iyi olmasını sağlayabilir. Burada Amerikan Kanser Derneği'nin, KGM'nin nasıl yapılacağına yönelik bir ilanı gösterilmektedir.

suna da odaklanmaktadırlar. Bölüm 12'de aktarılan, insanlara sigarayı bırakmada yardımcı olan araştırma programları örneğinde olduğu gibi. Diğer müdahaleler, kadınların göğüs bölgelerini kendi kendilerine muayene edebilmelerini (KGM) sağlamaktadır. KGM'deki temel zorluklardan biri, muayene sırasında olumsuz bir sonuçla, yani bir kitle ile karşılaşma olasılığıdır. Mantıklı olarak, bu riski almak, almamaktan daha iyidir. Fakat gerçek şudur ki, nahoş bir şey öğrenme korkusu, bu muayeneyi yapmada önemli bir engel oluşturmaktadır (Mahoney, 1977). Ve risk altındaki bir çok kadın (örn. birinci derecede akrabalarında göğüs kanseri olanlar), düzenli olarak mamografi (meme röntgeni) yaptırmamaktadır (Vogel ve ark., 1990). Meyerowitz ve Chaiken (1987) kadınların düzenli olarak KGM yapmalarını sağlama çabasıyla KGM üzerine iki broşürü karşılaştırmışlardır. Her iki broşür de, göğüs kanserine ilişkin bilgileri ve nasıl KGM yapılacağı yönergesini içermekteydi. Aşağıdaki örneklerde, parantez içinde olumlu, köşeli parantez içinde ise olumsuz koşullar aktarılmaktadır.

KGM (yaparak) [yapmayarak] göğsünüzün sağlıklı durumunun nasıl olduğunu (öğrenip) [öğrenmeyerek], yaşınız ilerledikçe oluşabilecek herhangi ufak bir anormalliği (fark edebilirsiniz) [fark edemeyebilirsiniz].

Araştırmalar, KGM (yapan) [yapmayan] kadınların, bir tümörü ilk döneminde, yani daha tedavi edilebilir durumda yakalama şanslarını (artırdığını) [azalttığını] göstermişledir (s. 504).

Farklı broşürlerin verildiği gruplar, KGM'ye yönelik tutumlarında farklılık göstermemişlerdir. Bununla birlikte, olumsuz ifadelerin yer aldığı broşürleri okuyan kadınlar, dört ay sonra, bu muayeneye daha fazla yönelmişlerdir. Bu etkinin olma nedeni, düzenli olarak KGM yapmayanların cahil cesareti (ignorance-bliss) tutumunu benimsemeleri olabilir. Fakat KGM yapmamanın olası olumsuz sonuçlarının daha dikkat çekmesi, muayene yapmayı daha kabul edilebilir hâle getirmiş olabilir. Bu sonuç oldukça önemli, çünkü çoğu broşür, KGM yapmanın olumlu yanlarını vurgulamaktadır.

Aklına getirmemek korur inancına olan eğilim, yani kansere yönelik nasıl önlem alınacağını bilmemek, kesinlikle akılcı değildir. Lerman ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada (Lerman ve Glanz, 1997), insanların sağlıklarını artıran, onları hastalıklardan koruyan uygulamalara yönelip yönelmemelerini belirleyen bu akılcı olmayan etkenlerin önemi vurgulanmıştır. Yumurtalık kanserine yakalanma riskleri yüksek olan kadınlar -aile öyküsü nedeniyle kalıtımla geçiş oranın yüksek olması- sağlıklarını artıracak uygulamaları daha az yerine getirerek paradoksal tepkiler sergilemişlerdir (Lerman ve Schwartz, 1993). Benzer bulgular, bir göğüs kanseri taraması sırasında da bildirilmiştir (Lerman ve ark., 1993; Miller, Shoda ve Hurley, 1996). Açıkça görülmektedir ki, yüksek risk algısının yarattığı stres, akılcı baş etmeyi engellemektedir ve bu gerilimi azaltmanın bir yolu, algılanan tehlikeyi azımsamak olarak görülür- kendini aldatma (self-deception) taktiği kısa süreli olarak sinirleri sakinleştirebilir ancak uzun vadede ciddi sorunlar oluşmasına katkıda bulunur. Göğüs kanseri riskine odaklı bir psikolojik müdahale, bu tür bilişsel çarpıtmaları azaltabilir ve sağlığı artırıcı davranışları geliştirebilir (Lerman ve ark., 1996). Örneğin, birinci derecede akrabada kanser görülmüş olmasının, kaçınılmaz bir felaketin habercisi olmaktan çok sağlığı korumaya yönelik adımların atılması fırsatını sağlayan bir durum olduğu belirtilebilir.

yüksek olan bir alt grup vardır ve bu grup özellikle gevşeme tedavisi gibi sempatik uyarılmayı yavaşlatan bu çeşit tedavilere duyarlıdır.

Bu bulgu, problem tipi ve müdahale biçimi arasında uyum gerekliliğini ileri süren psikoterapi ya da davranışsal tıp yayınlarının ender örneklerinden biridir. Örneğin, sempatik sinir sistemi uyarılması düşük düzeyde olan yüksek tansiyonlu hastalar, bilişsel tedavi yaklaşımından daha fazla yararlanabilirler -onların yüksek tansiyonu sempatik sinir sistemlerinden çok akıllarında taşıdıkları düşüncelerle sürdürülüyor olabilir. Elbet de, sempatik uyarılmanın bir dereceye kadar olumsuz bilişsel örüntülerle

sürdüğü ve bilişsel müdahalelerin bu uyarılmayı ve sonuç olarak yüksek tansiyonu azaltmada bir yol olduğu şeklinde mantıksal bir seçenek de vardır. Her iki durumda da, bilişsel müdahaleler, uyarılmayı ve sonrasında yüksek tansiyonu azaltmakta tek yoldurlar.

Bilişsel değişmenin önemi ve ayrıca kızgınlığın rolüyle ilgili kanıtlar Lee ve arkadaşlarınca kullanılan aynı verilere dayanarak Davison, William ve ark. (1991) tarafından bildirilmiştir. İfade ettikleri düşüncelerindeki kızgınlıkta da azalma gösteren, sınırda yüksek tansiyonu olan kişilerin kan basınçları da düşmüştür - ifade ettikleri düşüncelerdeki kızgınlık azaldıkça tansiyonları da düşmüştür-. Bu bulgu kızgınlık ve yüksek tansiyon arasındaki bağlantıyı gösteren araştırmalarla tutarlıdır.

A TİPİ DAVRANIŞI DEĞİŞTİRMEK

Öfke ve düşmanlık duygularının azaltılması, A tipi davranış sergileyen bireylere yönelik müdahalelerin de temelini oluşturur. Geçtiğimiz 20 ila 30 yıl boyunca, A tipi davranış örüntülerinin değiştirilip değiştirilemeyeceğini belirlemek amacıyla çok sayıda araştırma yapılmıştır. Bu çalışmalar, genellikle miyokart enfarktüs yakınması olan erkekler üzerinde yürütülmüştür. Odak noktası, bu vak'aların geçirebilecekleri ikinci bir miyokart enfarktüsün olasılığını azaltmak olmuştur. Bu çalışmalardan en kapsamlı olanlarından biri olarak Tekrarlayıcı Koroner Rahatsızlıkları Önleme Projesi'nde (Friedman ve ark., 1982) kullanılan teknikleri tartışacağız.

Bu çalışmada, katılımcılar daha yavaş konuşmaları ve diğer insanları daha yakından dinlemeleri konusunda uygulamalar yapmışlardır. Daha gevşemiş hissedebilmeleri için, görevleri haline gelmiş talepleri azaltma girişiminde bulunmuşlar; daha az televizyon izlemişlerdir. Bu davranış değişikliklerine ek olarak, katılımcılar, A tipi bireyler arasında yaygın olarak görülen inançları (yani, olayları doğrudan kişisel bir meydan okuma olarak algılama ve A tipi davranışın yoğun olmasının başarı için gerekli olduğuna inama), yumuşatmaya teşvik edilmişlerdir.

Bu araştırma, A tipi davranışın değişebileceğini göstermiştir. Üç yıllık bir tedavi sonrasında, tip A konusunda danışmanlık alan erkeklerin, ikinci bir kalp krizi geçirme riskleri neredeyse yarıya inmiştir. Sadece kardiyolojik danışmanlık alan erkeklerdeki %13.2'lik risk oranı ile karşılaştırıldıklarında, onların bir yıl içinde kalp krizi geçirme riski %7.2 olarak gözlenmiştir (Friedman ve ark., 1984; Friedman ve Ulmer, 1984; Powell ve ark., 1984; Thoresen ve ark., 1985). A tipi üzerinde yürütülen araştırmalarda ve de genel olarak psikofizyolojik bozukluklarda giderek artan önemiyle tutarlı olarak, düşmanlık / kızgınlık duygularında azalma sağlanması, bu süreçte daha farklı bir öneme sahip olabilir (Haaga, 1987b).

STRES YÖNETİMİ

A tipi davranışın değiştirilmesine yönelik araştırmalardan öğrenilen dersler, bu sürecin, stresin azaltılması için çok çeşitli tekniklerin kullanıldığı **stres yönetimi** alanı olduğudur. Stresin, bağışıklık sistemi bozukluğundan kaynaklanan sorunlar gibi çok çeşitli tıbbi hastalıklarda oynadığı rolün öneminin fark edilmesiyle birlikte, stres yönetiminin bağışıklık sistemi işlevlerindeki stres ile ilişkili bozulmaları azaltma stratejisi olarak da kullanımı açısından önemi artmıştır (Zakowski, Hall, ve Baum, 1992; Bölüm 14'deki HIV enfeksiyonu tartışmasına da bakınız). Stres yönetimi, tansiyon, baş ağrısı, kanser, yüksek tansiyon ve kronik ağrı gibi diğer pek çok hastalıkta da başarıyla kullanılmaktadır.

Stres yönetiminde çeşitli teknikler yer almakta ve bir uygulama sürecinde, genellikle birden fazla teknik bir arada kullanılmaktadır (Davison ve Thompson, 1988; Lehrer ve Woolfolk, 1993).

Uyarılmanın azaltılması. Uyarılma (arousal) azaltılmasında, bireylere kas gevşeme egzersizleri konusunda eğitim verilir. Bu amaçla bazen biyolojik geribildirim düzeneğinden de yararlanılır. Kas geriliminin ya da belirli bir elektroensefalografik aktivite örüntüsünün dakika düzeylerine göre takip edildiği karmaşık biyolojik geribildirim araçlarına mutlaka gerek olup olmadığı konusu açıklık kazanmamakla birilikte, bireylere derinlemesine gevşemeyi ve bu beceriyi gerçek yaşam stresörleri karşısında uygulamayı öğretmenin, stres düzeyinin azaltılmasında yararı olabileceğini gösteren kanıtlar vardır. Bağışıklık işlevinin gevşeme eğitimiyle iyileştirilebileceğine ilişkin kanıtlar da elde edilmeye başlanmıştır (Jasnoski ve Kugler, 1987; Kielcolt-Glaser ve ark., 1985). Bununla birlikte,

gevşeme egzersizlerinin uzun bir süre düzenli yapılmadığı koşulda yararın kalıcılığı şüphelidir (Davison ve Thompson,1988; Goldfried ve Davison, 1994; Zakowski ve ark., 1992).

Bilişsel Yeniden Yapılandırma. Ellis (1962) ve Beck'in (1976) bilişsel yeniden yapılandırma yaklaşımlarını içermektedir. Odak noktası, bireylerin inanç sistemlerini seçeneklendirmek ve entelektüel kapasitemizin duygularımızı ve davranışlarımızı nasıl etkilediği varsayımına ilişkin mantıksal yorumlamalara açıklık kazandırmaktır. Belirsizliğin azaltılması için bilgilendirmek ve bireyin kontrol hissini güçlendirmek (6. Bölümdeki konulardan biri), stresin azaltılmasında da yardımcı olmaktadır. Genital herpes (uçuk) lezyonları dâhil, çok çeşitli stres bağlantılı sorunlarda, umut verici bulgular bildirilmektedir (McLarnon ve Kaloupek, 1988).

Davranışsal Beceri Eğitimi. Eğer bir kişi zorlayıcı bir görev için gerekli olan becerileri ortaya koymakta yetersiz ise, tıkanıp kalmış hissetmesi çok doğaldır. Stres yönetimi, zamanın etkin kullanımı gibi genel durumların yanı sıra, gerekli olan becerilerin öğretilmesi ve uygulanması süreçlerini de içerir. Davranış, duygu ve biliş arasında karmaşık bir etkileşim vardır ve sosyal beceri eğitimi, çevresel stresler üzerindeki kontrolü geliştirerek, bireyin kendine yeterlik (self-efficacy) duygusunu (Bandura, 1986) arttırabilir (Rodin, 1986).

Çevresel Değişim Yaklaşımı. Sosyal desteğin sağlık üzerindeki olumlu rolüne ilişkin olarak bu bölümde daha önce sözü edilen araştırmalar, çevresel yaklaşımın ne olabileceğini göstermişlerdir. Eğer sosyal destek insanların sağlıklarını korumalarında yardımcı olur ya da onlara hastalıklarla baş etmelerinde yardım ederse, daha iyi işlev görebilmek için böyle bir desteğin katkısı olabileceğini varsaymak mantıklı görünmektedir (sosyal desteğin kanser hastaları üzerindeki rolü hakkında daha ayrıntılı bilgi için Odak 8.2'ye bakınız).

Toplum sağlığı psikologlarının görevlerinden biri de stres yönetimidir. Bireysel stratejilerin amacı, bireyin belirli bir çevresel durumla baş etmesinde yardımcı olmak olsa da, bazen birey öyle bir konumda olabilir ki, bu kez çevrenin kendisi sorundur. Bu durumda en iyisi çevreyi değiştirmektir. Örneğin bir iş yerinde, çalışanlarının hepsinin geniş ve herkese açık bir alanda oturduğu bir mekânın, özel yaşama olanak tanıyan bölümlere dönüştürülebilmesi için yeni bir düzenlemeye gidilebilir.

Psikofizyolojik bozukluklara odaklı terapi yaklaşımlarına yönelik gözden geçirdiğimiz literatür, ki çoğu davranışsal tıp alanı altında toplanabilir, *soma* ve *psyche,* yani beden ve ruh arasındaki ilişkinin karmaşıklığını göstermiştir. Bir döngüyle bu bölümde tam başladığımız yere geldik. Başka bir deyişle, bedensel ve zihinsel süreçlerin birbirinden ayrılamaz oldukları noktasına ulaştık. Stres, herkesin yaşamının bir parçasıdır. Ne denli sorunlarla karşı karşıya bıraksa da, onunla baş etmenin ya da onu yönetmenin birçok yolunu öğrenmek sağlıklılığımızı arttırabilir.

Stres yönetimine ilişkin bir toplum sağlığı psikolojisi yaklaşımı, bireyden çok çevre üzerine odaklaşır. Stresi azaltmak amacıyla, bir işyeri, çalışanlara özel alanların yaratıldığı bölümlerin oluşturulması biçiminde yeniden düzenlenebilir.

ÖZET

Psikofizyolojik bozukluklar kısmen psikolojik faktörler tarafından oluşturulan (özellikle stres) fiziksel hastalıklardır. Bu bozukluklar genellikle, solunum, kardiyovasküler, gastrointestinal ve endokrin sistemleri gibi, otonomik sinir sisteminde yer alan organları etkilemektedirler. Psikolojik stresin belirli bir psikofiziksel bozukluğa nasıl yol açtığının keşfine yönelik çalışmalar farklı yolların izlerini sürmektedirler. Bazı araştırmacılar, stresörlerin özelliklerini ya da bireylerin psikolojik özelliklerini incelemektedirler. Örneğin, öfke ve düşmanlık ile yüksek tansiyon ve A tipi davranış ile miyokart enfarktüs arasındaki ilişkiler gibi. Diğer araştırmacılar, stresin böyle bir bozukluğa yol açabilmesi için mutlaka biyolojik bir yatkınlık ile etkileşime girmesi gerektiğini vurgulamaktadırlar. Kardiyovasküler bozukluklar, strese artan kan basıncı ve kalp atış hızıyla tepkide bulunma eğilimi olan kişilerde görülmektedir. Astımı olan bireylerin solunum sistemleri ya alerjik bir maddeye karşı aşırı tepki vermektedir ya da solunum sistemi işlevleri geçirilmiş bir enfeksiyon sonucunda zayıflamıştır. Her ne kadar psikolojik gerilimin beden üzerindeki etkilerini dile getirsek de, unutulmamalıdır ki zihin ve beden en iyi, aynı organizmaya yönelik iki farklı yaklaşım olarak anlaşılırlar.

Psikofizyolojik bozukluklar artık DSM'de bir kategori olarak yer almamaktadır. Bunun yerine, tanıyı belirleyecek olan uzmanlar, tıbbi sorunu etkileyen psikolojik etkenlerin tanısını belirleyebilirler ve sonra bu durumu Eksen lll'te değerlendirebilirler. Bu değişim, yaşam olaylarının bütün hastalıklarla ilişkili olduğu ve bu olguların daha önceki psikofizyolojik bozukluk tanımlamalarına sınırlandırılamayacağına yönelik farkındalığın artmasını yansıtmaktadır. Olaylar stresli bir biçimde algılandıklarında başa çıkma çabaları harekete geçer. Eğer bu çaba, yaşanan stresin düzeyini azaltmakta etkili olmazsa, hastalığa yakalanma riski artar. Yaşam olayları ve sağlık üzerinde yürütülmekte olan araştırmalarda, ara değişkenlerin incelenmesi (örn. Sosyal desteğin stresin etkisini azaltması) ve stresin kendi etkisini ortaya çıkarabileceği, fizyolojik düzeneklerin (örn. bağışıklık sistemi) belirlenmesi önemli konular arasındadır.

Psikofizyolojik bozukluklar, gerçek bir fiziksel işlev bozukluğunu temsil etmektedirler. Bu bozuklukların psikoterapisindeki genel amaç kaygı ya da öfkenin azaltılmasıdır. Davranışsal tıp alanındaki araştırmacılar, sağlıksız davranışların değiştirilmesi ve stresin azaltılması yoluyla hastanın fizyolojik durumunda iyileşme sağlayacak psikolojik müdahaleleri bulmaya çalışmaktadırlar. Bireylerin gevşemeleri, az sigara içmeleri, daha az yağlı besinler tüketmeleri, biyolojik geri bildirim kullanmaları, kalp atışı ve kan basıncı gibi otonom işlevlerde kontrol kazanmalarında yardımcı olacak yollar geliştirilmektedir. Bir çalışma, miyokart enfarktüs hastası olan ve A tipi davranış gösteren bireylerin, öfkeli olma durumlarını değiştirebilecekleri yöntemler geliştirmiştir.

Şimdilerde yeni beliren bir alan olarak stres yönetimi, tanı konacak düzeyde sorunları olmayan bireylerin, beklenmedik gündelik yaşam stresleriyle baş etmelerine olanak sağlayan teknikler ile yardım eder. Böylelikle, stresin bedenden alıp götürdükleri telafi edilebilir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER

psikofizyoloik bozukluklar
psikosomatik bozukluklar
tıbbi durumu etkileyen psikolojik faktörler
davranışsal tıp
sağlık psikolojisi
stresör
stres
genel adaptasyon (uyum) sendromu (GAS)
yapısal sosyal destek
işlevsel sosyal destek
somatik-zayıflık kuramı
özgül reaksiyon kuramı
içe atılmış kızgınlık kuramı
kardiyovasküler bozukluklar
esansiyel (esas) yüksek tansiyon
koroner kalp hastalığı (KKH)
anjina pektoris
miyokard enfarktüs
A tipi davranış örüntüsü
astım
biyolojik geribildirim
stres yönetimi

Pablo Picasso, "Aynanın Önündeki Kız", 1932

9

YEME BOZUKLUĞU

Çeviri: Doç. Dr. Gonca Soygüt

KLİNİK TANIMLAMA
- Anoreksiya Nervoza
- Bulimia Nervoza
- Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu

YEME BOZUKLUKLARININ ETİYOLOJİSİ
- Biyolojik Etkenler
- Sosyokültürel Değişkenler
- Cinsiyet Etkileri
- Kültürel Etkiler
- Psikodinamik Görüşler
- Bilişsel-Davranışçı Görüşler

YEME BOZUKLUKLARININ TEDAVİSİ
- Biyolojik Tedaviler
- Anoreksiyanın Tedavisi
- Bulimianın Tedavisi

ÖZET

Yirmi dört yaşındaki Lynne, anoreksiya nervoza tedavisi için bir hastanenin psikiyatri koğuşuna yatırılmıştı. Kendisi herhangi bir sorunu olduğunu düşünmemesine karşın, eşi ve ailesi bir psikiyatra danışmışlar ve hep beraber, onu bir seçim yapmaya zorlamışlardı. Buna göre Lynne, hastaneye ya kendi isteğiyle başvuracaktı ya da zorla yatırılacaktı.

1.65 m boyunda olan Lynne, o zamanlar, ancak 35.5 kilo geliyordu. Menstürasyonları üç yıldan beri kesilmişti ve çeşitli tıbbi sorunlar yaşamaktaydı (hipotansiyon, kalp atışlarında düzensizlik, potasyum ve kalsiyum düzeylerinin aşırı derecede düşmesi vb.)

Lynne, ilk evliliğinde çıkmaza girdiği zamanlardan, yani 18 yaşından itibaren birçok kez aşırı düzeyde kilo kaybetme dönemi yaşamıştı. Ancak, önceki dönemlerden hiç biri bu seferki kadar şiddetli olmamış ve daha önce herhangi bir tedavi görmemişti. Şişmanlayacağına dair yoğun bir korku yaşamaktaydı ve gerçekte kilolu olmamasına karşın, karın ve kalça bölgelerinin çok genişlediği hissine kapılmıştı. (Bu inancı 35.5 kg iken dahi çok kuvvetliydi). Kilo kaybı dönemlerinde, yeme miktarını aşırı düzeyde sınırlamakta ve fazla miktarlarda müshil (laxative) kullanmaktaydı. Bazen de, tıkanırcasına yeme (binge eating) dönemleri olmaktaydı. Kilo almak istemediği için de, bu tıkanırcasına yeme dönemlerinin sonrasında genellikle kendi kendini kusturmaktaydı.

Çoğu kültür, yemek ile yoğun biçimde ilgilidir; damak zevkine hitap eden çok sayıda değişik lokantalar bulunmaktadır ve birçok dergide ve televizyon programında yemek pişirmeye yönelik bölümlere önemli yer verilmektedir. Aynı zamanda, pek çok insan fazla kiloludur, kilo vermeye yönelik diyet yapmak oldukça yaygın olup iş dünyasında yılda milyonlarca dolarlık bir pazar payına sahiptir. Yiyecek ve yemeye yönelik bu yoğun ilgi dikkate alındığında, insan davranışının bu yönünün, bir bozuklukla bağlantısı olması kaçınılmazdır. Klinik tanımlamalar oldukça geriye gitmekle birlikte, bu bozukluklar, DSM'de ilk kez 1980 yılında, çocukluk ya da ergenlik döneminde başlayan bozukluklarının, alt kategorisi olarak yer almıştır. Geçtiğimiz yirmi yıl süresince, klinisyenlerin ve araştırmacıların artan ilgisinin bir yansıması olarak, DSM-IV'ün basımı ile birlikte, yeme bozuklukları, anoreksiya nervoza ve bulimia nervoza olmak üzere ayrı bir kategori haline gelmiştir.

KLİNİK TANIMLAMA

ANOREKSİYA NERVOZA

Lynne, DSM-IV'de tanımlanan iki temel yeme bozukluğu kategorisinden biri olan **anoreksiya nervozadan** yakınmaktaydı. Anoreksiya terimi, iştah kaybına, nervoza ise duygusal nedenlere işaret etmektedir. Bu terim bazı açılardan yanlış bir adlandırmadır; çünkü anoreksiya hastaları aslında iştahlarını ya da yiyeceklere olan ilgilerini kaybetmemektedirler. Tam aksine, bu hastalar, kendilerini aç bırakmalarına rağmen, yiyeceklerle aşırı derecede ilgilidirler, sürekli olarak yeme kitabı okuyabilirler ve aileleri için özel yemekler hazırlayabilirler.

Anoreksiya Nervoza, yaşamı tehdit edebilen bir durumdur. Bu bozukluk, özellikle kilolarını düşük düzeyde tutmaları konusunda yoğun baskı altında olan genç kadınlar arasında yaygın olarak görülmektedir. Jimnastikçi Christy Henrieh 1994'de bu durumdan dolayı hayatını kaybetmiştir.

Lynne tanı için gerekli olan dört koşulun tümünü karşılamaktaydı. İlk olarak, kişi normal vücut ağırlığına sahip olmayı reddetmelidir. Bu ölçüt, kişinin yaşı ve boyu açısından normal sayılabilecek kilonun %85 altında kalması olarak düşünülmelidir. Çıkartma eylemi (kendini kusturma, çok miktarda müshil ya da idrar söktürücü kullanımı) ve aşırı egzersiz, tablonun bir bölümünü oluşturabilmekle birlikte, kilo vermek temelde aç kalma ile sağlanmaktadır. İkinci olarak, kişi kilo almaktan çok korkar ve kilo veriyor olması bu korkusunu azaltmaz. Üçüncü olarak, kızlarda, aşırı düzeyde zayıflama, menstürasyonların ardışık üç kez olmamasına (amenorrhea), menstürasyon dönemlerinin kaybolmasına ya da dü-

Anoreksiyası olan kadınlar, ince olmalarına rağmen, bedenlerinin çeşitli bölümlerinin fazla kilolu olduğuna inanırlar ve zamanlarının büyük bir bölümünü ayna karşısında kendilerini eleştirel bir biçimde inceleyerek geçirirler.

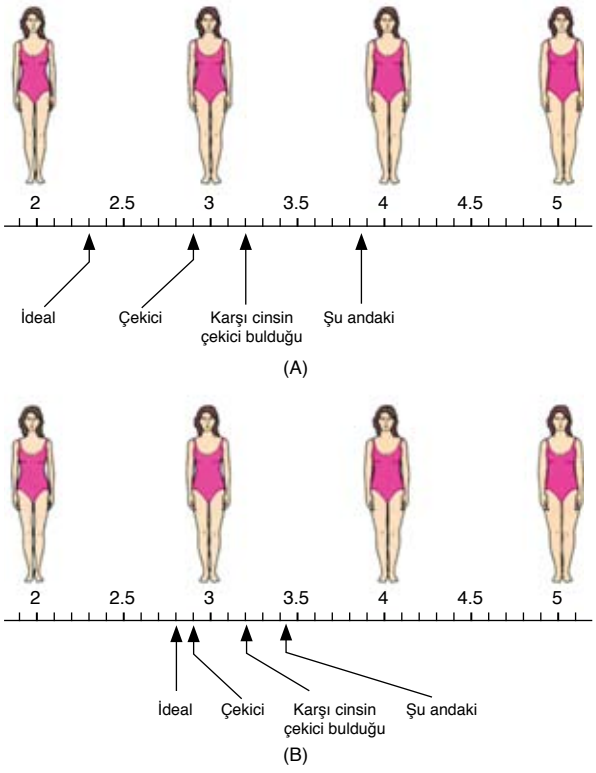
zensizleşmesine neden olur. Dördüncü olarak, bu hastalar beden biçimlerini çarpık bir biçimde algılarlar. Anoreksiya hastaları, aşırı derecede inceldikleri zaman bile aşırı kilolu oldukları ya da karın, kalça ve basen gibi belirli beden bölümlerinin çok kilolu olduğuna inanmaya devam ederler. Çok fazla miktarlarda kilo verseler de, bunu bir sorun olarak görmezler. Beden biçimlerini kontrol etmek için sıkça tartılırlar, bedenlerinin değişik bölümlerini ölçerler ve aynadaki yansımalarını uzun uzun incelerler. Kendilik değerleri, inceliklerini korumalarıyla yakından ilişkilidir.

Anoreksiyaya eşlik eden beden imgesi bozukluğu, çeşitli yollarla değerlendirilmektedir. Birinci tip değerlendirmede, hastaya bir cetvel üzerinde bulunan çeşitli kilolardaki kadın figürleri gösterilerek, hem kendisine en yakın bulduğunu, hem de ideali olan figürü seçmesi istenir (bkz. Şekil 9.1). Tahmin edilebileceği gibi, anoreksiyası olan hastalar, kendi beden biçimlerini olduğundan fazla kilolu görmekte, ince bir figürü de sahip olmak istedikleri beden biçimi olarak seçmektedirler.

DSM-IV iki ayrı tipte anoreksiya tanımlamaktadır. *Kısıtlı tipte,* kilo kaybı yiyecek kısıtlamasına bağlıdır. *Tıkanırcasına yeme-kusma tipinde* ise, Lynne vak'asında belirtildiği gibi, kişi aynı zamanda düzenli olarak tıkanırcasına yeme ve çıkartma davranışları sergilemektedir. Çok sayıda farklılık, bu iki tip arasındaki ayrımın geçerliğini desteklemektedir. Tıkanırcasına yeme-çıkartma alt tipi, daha psikopatolojik bir durum olarak görünmekte, bu gruptaki hastaların, kısıtlı tiptekilere göre, daha fazla kişilik bozukluğu, dürtüsel davranış, çalma, alkol ve madde kullanımı, sosyal geri çekilme ve intihar eğilimi gösterdikleri belirtilmektedir (örn., Da Costa ve Halmi, 1992; Dowson, 1992; Pryor, Wiederman ve McGilley, 1996).

Anoreksiya, tipik olarak ergenliğin ilk dönemlerinden orta dönemlerine doğru, genellikle bir diyet döneminin sonunda ve ebeveynin ayrılması veya boşanması gibi bir yaşam olayını takiben başlar. Kadınlarda, erkeklere göre on kattan daha fazla oranda görülür; genel yaygınlık oranı %1'dir (Hsu, 1990; Walters ve Kendler, 1994). Anoreksiya erkeklerde ortaya çıktığı zaman, belirtiler ve aile içi çatışma gibi diğer özellikler açısından kadınlardakine benzerlik gösterir (Olivardia ve ark., 1995). İlerde daha ayrıntılı olarak tartışacağımız gibi, bozukluğun daha çok kadınlarda görülmesinin önemli bir

Şekil 9.1 *Yeme Bozukluğu Envanterindeki Alt Ölçekler ve Örnek Maddeler. Tepkiler Her zamandan Hiçbir zamana giden 6 Basamaklı Ölçek ile Değerlendirilmektedir.*



nedeni, güzelliğe ilişkin kültürel standartlar açısından ince olmanın uzun bir dönemden beri desteklenmesidir.

Anoreksiya hastaları, sıklıkla depresyon, obsesif- kompulsif, fobik, panik bozukluk, alkolizm ve çeşitli kişilik bozuklukları tanılarını da alırlar (Kennedy ve Garfinkel, 1992; Walters ve Kendler, 1994) ve cinsel sorunlar yaşarlar. Bir çalışmada, ortalama 24 yaşında olan anoreksiya hastası kadınların %20'sinin cinsel ilişki yaşantısının olmadığı; %50'sinin ise hem orgazm olamadıkları hem de cinsel isteklerinin az olduğu gösterilmiştir (Raboch ve Faltus, 1991).

ANOREKSİYA VE DEPRESYON

Anoreksiya ve depresyon arasındaki kuvvetli bağlar, bazı araştırmadan, anoreksiyanın depresyona yol açtığı (örn. açlık ile ortaya çıkan biyokimyasal değişmeler ya da buna eşlik eden suçluluk ve utanç duyguları) düşüncesine yöneltmiş; ancak anoreksiyanın her zaman depresyonu öncelemediği gözlenmiştir (Piran ve ark., 1985). Anoreksiya ve depresyon, ortak kalıtımsal yatkınlığı ya da bozuk aile ortamı veya diğer yaşam olayları gibi ortak çevresel etkenleri paylaşıyor olabilirler. Çalışmalar, anoreksiya hastalarının akrabalarının, depresyon açısından yüksek risk gurubuna girdiklerini göstermişlerdir (örn., Hudson, ve ark. 1987). Belirtiler açısından gözlenen benzerliklerden dolayı, depresyonun anoreksiyaya neden olduğu ya da anoreksiyanın depresyonun başka bir çeşidi olduğu yolunda görüşler de öne sürülmüştür. Örneğin kilo kaybı depresyonun bir belirtisidir. Arada biyolojik benzerlikler de bulunmaktadır. Her iki guruptaki bireylerde serotonin düzeyinin düşük olduğu görülmüştür. Bu üç hipotez de, depresyon ve anoreksiya arasında gözlenen yüksek düzeyde birlikte görülme (comorbidity) oranının akla yatkın açıklamaları olarak yerlerini korumaktadırlar.

ANOREKSİYANIN FİZİKSEL ETKİLERİ

Kendini aç bırakmak (self-starvation) ve müshil kullanımı, biyolojik açıdan çok sayıda olumsuz durumu da beraberinde getirmektedir. Sıklıkla kan basıncı düşmekte, kalp atışında yavaşlama olmakta, kemik yoğunluğu azalmakta, deri kurumakta, tırnaklar sertleşip kolayca kırılmaya başlamakta, hormon düzeyleri değişmekte ve orta düzeyde kansızlık (anemia) görülebilmektedir. Bazı hastaların saçları dökülmekte ve bedenleri tüylenebilmektedir. Lynne vak'asında olduğu gibi, potasyum ve sodyum gibi elektrolit düzeyleri değişmektedir. Elektrolitler, yani çeşitli beden sıvılarındaki iyonlaşmış tuzlar, nöral ileti süreci için gereklidirler.

Bozukluğun gidişatı çok umut verici olmayıp, vak'aların sadece %50'si iyileşebilmektedir. Daha sonra tartışacağımız gibi, anoreksiya hastalarının kendilerine ilişkin bozuk algılarını değiştirmek, özellikle ince olmaya değer veren kültürlerde, oldukça zordur. Anoreksiya, yaşamı tehdit eden bir durumdur. Genel nüfusa göre, anoreksiya hastaları arasındaki ölüm oranı daha yüksektir. Ölüm, genellikle hastalığın kalpte tıkanma sonucu oluşan kalp rahatsızlığı (congestive heart failure) gibi hastalığın fiziksel komplikasyonlarından ve intihardan kaynaklanmaktadır (Crisp ve ark., 1992; Sullivan, 1995).

BULİMİA NERVOZA

Jill ailesinin ikinci çocuğu olarak dünyaya gelmişti. Küçük yaşta, hem kendisi hem de ağabeyi sportif faaliyetler ile yoğun olarak uğraşmaktaydılar. Jill jimnastik, ağabeyi ise babasının da aktif olarak ilgilendiği bir spor olan Küçükler Beyzbol Ligi'ndeydi. Jill 4 yaşındayken çok başarılı olduğu jimnastik okuluna gitmeye başladı. 9 yaşına geldiğinde, annesi onun yerel eğiticilerden daha fazla bir şey alamayacağını düşünerek, bulundukları bölgeye uzak bir yerde yaşayan, ulusal düzeyde tanınmış bir antrenöre, hafta içinde birkaç kez götürmeye başladı. Bunu izleyen birkaç yıl içinde. Jill başarılı olmayı sürdürdü, önemli gelişmeler kaydetti ve Olimpik takıma girme arzusu arttı. Ergenlik dönemine girdiğinde, ince olan çatısının genişlemesi, bir jimnastikçi olarak başarısının bundan olumsuz yönde etkilenebileceği endişelerini de beraberinde getirdi. Jill yiyeceklerini belirgin düzeyde azaltmaya başladı ve bu yarı açlık durumunun kilo vermede işe yaradığını fark edince kontrolsüzce tıkanırcasına yemeye devam etti. Bu diyet yapma ve tıkanırcasına yeme örüntüsü, Jill'in şişmanlama korkusunun artmasıyla uzun bir dönem devam etti. 13 yaşındayken kendini kusturma çözümünü buldu ve haftada üç-dört kez tıkanırcasına yeme ve kusma örüntüsü içine hızla giriverdi. Bu işlemleri bir süre gizlice yapsa da, sonunda ailesi durumu fark edip. Jill'i tedaviye getirdi.

Jill'in davranış örüntüsü, ikinci tip yeme bozukluğu olan bulimia nervozaya özgü durumların tipik bir örneğini sergilemektedir. Bulimia, "öküz gibi acıkmak" anlamına gelen, Yunanca kökenli bir kelimedir. Bu bozuklukta, çok miktarda yiyeceğin hızla tüketilmesinin ardından, kilo almayı engellemek için kusma, hiç yememe ya da aşırı egzersiz yapma gibi aşırı uçta adımlar gelmektedir. DSM, tıkanırcasına yemeyi, iki saatten daha az bir sürede, aşırı miktarda yiyece-

ğin yenmesi olarak tanımlamaktadır. Bu yeme örüntüsü genellikle bir gizlilik içinde meydana gelir; yaşam olayı ile tetiklenebilir ve yalnız olma, sosyal ortamlarda yeme durumlarında ya da kilo almayla ilgili endişeler gibi olumsuz duygular ile artış gösterebilir ve kişinin rahatsızlık duymaya başladığı tıka basa doygunluk anına kadar devam eder (Grilo ve ark., 1994). Tıkanırcasına yeme sürecinde kişi, tüketilen yiyecek miktarının kontrol edilemeyeceği duygusunu yaşar. Yiyecekler, özellikle dondurma ya da pasta gibi tatlılılar, yani hızla tüketilebilen yiyecekler, genellikle bu tıkanırcasına yeme örüntüsünün bir parçasıdır. Araştırmalar, tıkanırcasına yeme sırasında, blumia hastalarının 2000 ile 4000 arasında kalori aldıklarını göstermişlerdir (Michelle ve Pyle, 1985). Bu miktar normal bir insanın bir gün boyunca yiyebileceğinden daha fazladır. Hastalar, genellikle tıkanırcasına yemekten dolayı utanırlar ve bunu belli etmemeye çalışırlar. Tıkanırcasına yeme sırasında kontrollerini kaybettiklerini, hatta dissosiyatif bir duruma benzer bir noktaya kadar geldiklerini belirtmektedirler. Tıkanırcasına yeme bittikten sonra, bu durumdan iğrenme, huzursuz olma duyguları ve kilo alma korkusu, bulimia nervozanın ikinci aşaması olan çıkarmaya yol açmaktadır. Hastalar öğürmek için parmaklarını boğazlarına sokarlar; bir süre sonra çoğu hasta kusmayı istekle sağlayabilir. Kilo verme amacıyla, çok az yeme ya da hiç yememe ve aşırı egzersiz yapmanın yanı sıra müshil ve idrar söktürücü kötüye kullanımına da (ki ironik olarak ancak az miktarda kalori atılımı sağlarlar) başvurulur. Tıkanırcasına yeme çoğu insanda arada sırada gözlense de (bir araştırma, üniversite öğrencilerinin %50'sinde arada sırada tıkanırcasına yeme örüntüsü sergilediklerini bulmuştur) ve bazı insanlarda çıkarma işlemi de buna eşlik etse de, bulimia nervoza tanısı için, tıkanırcasına yeme ve çıkartma işlemlerinin, üç ay boyunca haftada en az iki kere gözlenmesi gerekmektedir.

Anoreksiya hastaları gibi, bulimia hastaları da kilo almaktan korkarlar ve kendilik değerleri büyük ölçüde normal vücut ağırlığını korumalarına bağlıdır. Onlar da, göreceli olarak normal bir kiloda olsalar da şişman olduklarına inanarak, beden biçimleriyle ilgili değerlendirmelerinde bozulmalar yaşarlar ve eğer tıkanırcasına yeme ve kusma sadece anoreksiya ve anoreksiyanın aşırı derecede kilo kaybetme bağlamında oluşuyorsa, bulimia tanısı konmaz. Buradaki tanı, anoreksiyanın *tıkanırcasına yeme-çıkartma tipidir.*

Aşağıdaki vak'a örneği, bulimianın ne denli şiddetli olabileceğini göstermektedir.

Gary her gün, bazen öğlen ve akşam yemeklerinin ikisinde de tıkanırcasına yemekteydi. Genellikle öğleye kadar hiçbir şey yememekteydi. Bazen McDonalds'a giderek, bir düzine hamburger, beş büyük kutu patates kızartması, tatlı olarak da çok miktarda karışım (shake) ve elmalı pasta yemekteydi. Daha cazip olarak pek çok öğlen yemeği için "yiyebildiğin kadar ye" olanağı sunan lokantalara giderdi. Bu yemekler birkaç saat sürebilirdi ve kusmak için defalarca gidilen tuvalet seferleriyle noktalanırdı. Yiyecekleri yedeklemek için akşamları düzenli olarak yolunun üzerindeki bakkalda dururdu. Tipik bir akşam yemeyi 5 kiloya yakın patates salatası, büyük bir kâse dolusu yeşil salata, torbalarca cips ve kraker ayrıca yemeyi ve kusmayı kolaylaştırmak için bulundurulan şişelerce meşrubattan oluşurdu.

Anoreksiyada olduğu gibi, bulimiada da iki ayrı tip tanımlanmıştır: *Çıkartma tipi* (purging type) ve ödünleyeci davranışların aç kalma ve aşırı egzersiz yapma biçiminde olduğu *çıkartma olmayan tip* (non-purging type). Tahmin edilebileceği gibi, çıkartmanın olmadığı bulimia hastalarının durumu, olanlara göre daha az şiddetlidir. Bu gruptakiler daha seyrek tıkanırcasına yeme davranışı gösterirler. Ayrıca psikopatolojilerinin düzeyi daha düşüktür (Mitchell, 1992).

Bulimia nervoza genellikle geç ergenlik ya da erken erişkinlik döneminde başlar. Vak'aların yüzde 90'ı kadındır. Genel nüfusta kadınlar arasındaki yaygınlığının yüzde 1 ile 2 arasında olduğu düşünülmektedir (Gotesdam ve Agras, 1995). Bulimia nervozalı pek çok hasta, bozukluğun başlangıcından önce normal kilonun üzerindedir. Tıkanırcasına yeme örüntüsü, sıklıkla bu kilonun verilmesi için başlatılan diyet sürecinde ortaya çıkar. Uzun süreli izleme çalışmaları, bulimia hastalarının yarısından fazlasının 5 yıl içinde iyileştiklerini göstermektedir (Collins ve King, 1994).

Bulimia nervoza, sıklıkla depresyon, kişilik bozuklukları (özellikle Bölüm 13'de değinilen sınır kişilik bozukluğu) ve kaygı bozuklukları gibi diğer birçok bozuklukla bir arada görülmektedir (Ames-Frankel ve ark., 1992; Caroll, Touyz ve Beumont, 1996; Kennedy ve Garfinkel, 1992; Schwalberg ve ark., 1992). Bir ikiz çalışması, bulimia ve depresyonun birbirleriyle kalıtımsal olarak ilişkili olduğunu bulmuştur (Walters ve ark., 1992). Şaşırtıcı bir şekilde, bulimia aynı zamanda çalma davranışı (stealing) ile de ilişkili bulunmuştur (Rowson ve Lacey, 1992). Bu guruptaki bulimia hastaları aynı zamanda yasal

olmayan madde kötüye kullanımı ve rastgele cinsel ilişki (promiscuity) eğilimi de gösterirler. Bu davranışların bileşimi, tıkanırcasına yeme örüntüsünün de temel bir özelliği olan, dürtüsel olma ya da kendini kontrol etmede güçlüğün bir yansıması olabilir. Sık sık çıkarma işleminde bulunmak, potasyum oranında belirgin tükenmeye neden olabilmektedir. Yoğun müshil kullanımı da, diyareyi (ishal) artırmakta, aynı zamanda elektrolit dengesindeki değişmelere yol açmaktadır. Sürekli kusma, mide asidinin pürüzlü hale gelen dişleri aşındırması nedeniyle diş minesinin kaybolmasına neden olabilir; tükürük bezleri şişebilir. **Bulimia nervoza,** anoreksiya nervoza gibi, olumsuz fiziksel sorunların eşlik ettiği oldukça ciddi bir bozukluktur.

TIKANIRCASINA YEME BOZUKLUĞU

Tıkanırcasına yeme bozukluğu, DSM-IV'te resmi bir tanı olmaktan çok araştırılması gerekli bir kategori olarak yer almaktadır. Tıkanırcasına yeme bozukluğu, yineleyen tıkanırcasına yeme örüntüsü, bu sırada kendini kontrol etmede güçlük çekmek, tıkanırcasına yeme örüntüsünden rahatsızlık duymak, hızlı ve tek başına yeme gibi diğer özellikleri de içermektedir. Kilo kaybının olmaması nedeniyle anoreksiyadan, çıkarma davranışının olmamasından dolayı da bulimiadan ayrılır. Bu kategori, anoreksiya ve bulimiadan daha yaygın bir kategori olarak görünmektedir. Genel örneklemde, başarılı diyet yapanlar (kilosunu bir yıldan daha fazla koruyanlar) arasında yüzde 6 ve diyet yapmakta başarısız olanlar arasında yüzde 19 oranında görülmektedir (Ferguson ve Spitzer, 1995). Bu durumun bir tanı kategorisi olarak bir avantajı, anoreksiya ya da bulimia ölçütlerini karşılamadıkları için "başka türlü adlandırılamayan yeme bozukluğu" gibi belirsiz bir tanı alan çoğu vak'ayı kapsayabilmesidir (Spitzer ve ark., 1993). DSM-IV'te yer alan yeni bozukluklar için gerekli olan yüksek eşiği karşılamasa da (Fairburn, Welsh ve Hay, 1993'e bakınız.), bir çok özelliği bu kategorinin geçerliğini desteklemektedir (Spitzer ve ark., 1993). Kadınlarda, erkeklere göre daha sıklıkla gözlenmekte olup, obezite ve kilo alıp verme öyküsüyle bir arada görülür. İş yaşamı ve sosyal ilişkilerde işlevselliğin azalması, depresyon, madde kötüye kullanımı ve bedenin biçimiyle ilgili aşırı endişe duyma ile bağlantılıdır. Tıkanırcasına yeme bozukluğu, araştırmacıların ilgisini çekmeye devam edecek ve bir sonraki DSM'de yer alacak gibi görünmektedir.

Anoreksiya ve bulimia nervoza tanıları pek çok ortak özelliği paylaşmakta olup, bunlar arasında en önemlisi oldukça yoğun yaşanan şişmanlama korkusudur. Anoreksiya ve bulimia nervozanın ayrı bir kategori olmayıp tek bir bozukluğun farklı görünümleri olabileceği yolunda bazı göstergeler bulunmaktadır. Örneğin, ikiz olan kardeşleri anoreksiya tanısı almış bireylerin, diğer insanlara göre, bulimia tanısı alma olasılıklarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Walters ve Kendler, 1994). Bu bozuklukların etiyoloji ve tedavisine ilişkin kuram ve araştırmaları incelediğimizde, her ikisi arasındaki benzerlik ve farklılıkların daha fazla olduğunu göreceğiz.

YEME BOZUKLUKLARININ ETİYOLOJİSİ

Diğer bozukluklarda olduğu gibi, tek bir faktörün, yeme bozukluğuna yol açtığını söylemek olanaklı görünmemektedir. Çeşitli alanlarda yürütülmekte olan araştırmalar (kalıtım, beyinin rolü, ince olmaya yönelik sosyokültürel baskılar, ailenin rolü ve çevresel baskıların rolü), yeme bozukluklarının, bir kişinin yaşamındaki pek çok etkinin kesişmesi sonucunda ortaya çıktığını göstermektedir.

BİYOLOJİK ETKENLER

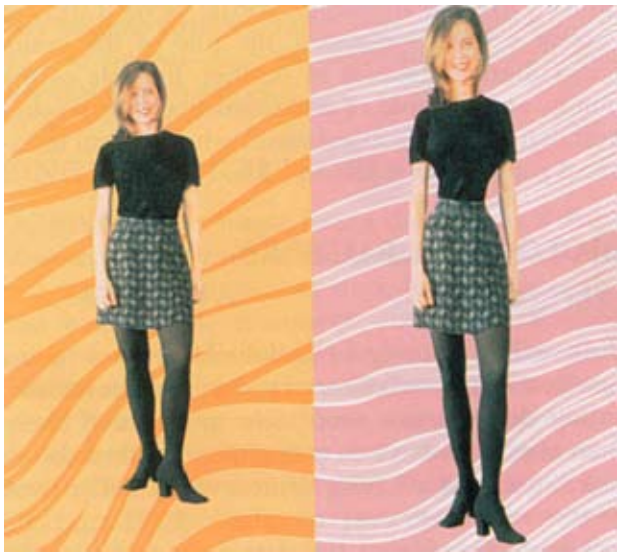
KALITIM

Anoreksiya da, bulimia da aile içinde geçişlilik göstermektedir. Yeme bozukluğu olan genç kızların kadın akrabaları, diğer bireylere göre, yaklaşık 5 kat daha fazla oranda yeme bozukluğu göstermektedirler (örn. Storber ve ark, 1985; Walters ve ark., 1992). Anoreksiya nervoza üzerinde yürütülen ikiz çalışmaları da kalıtımsal bir etkinin varlığına işaret etmektedir. Yayınlanmış birçok çalışmadan gelen veriler bir arada değerlendirildiğinde, Hsu (1990) tek yumurta ikizlerinde yüzde 47; çift yumurta ikizlerinde ise yüzde 10'luk eş-hastalanma (concordance) oranı hesaplanmıştır. Hsu, küçük bir grup bulimia nervozası olan tek yumurta ve çift yumurta ikizlerinde de benzeri verilere ulaşıldığını bildirmiştir. Bu veriler, kalıtımsal yatkınlığın etkili olma olasılığıyla tutarlıdır, ancak daha ayrıntılı evlat edinme çalışmalarına gerek duyulmaktadır.

YEME BOZUKLUKLARI VE BEYİN

Hipotalamus açlık ve yemeyi düzenlemede anahtar olan bir beyin merkezidir. Lateral hipotalamusları üzerinde lezyon (tahribat) oluşturulan hayvanlar üzerinde yürütülen bir araştırmada, deneklerde kilo ve iştah kaybı olduğu gösterilmiştir (Hoebel ve Teitelbaum, 1966); buna göre, hipotalamusun anoreksiyada rol oynadığı yönündeki önermeler pek şaşırtıcı görünmemektedir. Aslında kortizol gibi hipotalamus tarafından düzenlenen bazı hormonlar, anoreksiya hastalarında normal düzeylerde değildir; ancak bu durum, bozukluğun nedeni olmaktan çok, kendini aç bırakmanın sonucunda oluşmaktadır; ve kilo alınmaya başlanmasıyla normal düzeylere yeniden ulaşmaktadır (Doerr ve ark., 1980). Ayrıca, hipotalamik lezyonlu hayvanlardaki kilo kaybı, anoreksiyaya ilişkin bildiklerimizle paralellik göstermemektedir. Bu hayvanlar, acıkma hissini tamamen kaybetmekte ve yiyeceklere karşı ilgisiz hale gelmektedirler. Oysa anoreksiya hastaları, acıkmalarına karşın kendilerini aç bırakmaya devam ederler. Hipotalamik model, beden imgesi bozukluğunu da, şişmanlama korkusunu da açıklayamamaktadır. Buna göre, işlevi bozulmuş bir hipotalamus, anoreksiya nervozada kritik bir etken olarak görünmemektedir.

Endojen opiyadlar ağrı duyumlarını azaltmaya yönelik olarak vücut tarafından üretilen maddelerdir. Opiyadlar açlık sırasında açığa çıkarlar ve hem anoreksiyada hem de bulimiada önemli rol oynayan etkenler olarak görülürler. Anoreksiya hastalarındaki açlık, aşırı neşeli/zinde (euphori) olma durumunun olumlu yönde pekiştirmesiyle sonuçlanan endojen opiyadların düzeylerini artırabilir (Marrazzi ve Luby, 1986). Hardy ve Waller'in (1988) hipotezine göre, bulimia, şiddetli isteği desteklediği düşünülen, düşük düzeydeki endojen opiyadlar aracılığıyla oluşur; buna göre neşeli/zinde hissetme durumu yiyecek alımı ile meydana gelir, dolayısıyla tıkanırcasına yeme pekişir.



Normal vücut ölçülerine sahip bir kadının (soldaki), Barby bebeği ölçülerine ulaşabilmesi için, boy uzunluğunun ve vücut hatlarının, sağdaki figürde görülen biçime dönüşmesi gerekir.

Bazı veriler, endojen opiyadların yeme bozukluklarının (en azından bulimianın) oluşumunda bir rol oynadığını desteklemektedir. Örneğin, hem Waller ve ark. (1986) hem de Brewerton ve ark. (1992), bulimia hastalarındaki beta-endorfin endojen opiyad düzeyinin düşük olduğunu bulmuşlardır. Waller çalışmasında, ayrıca, durumu ağır olan bulimia hastalarında, beta-endorfin düzeyinin en düşük seviyede seyrettiği gözlenmiştir.

Sonuç olarak, yeme bozukluklarındaki biyolojik etkenlere ilişkin çalışmalar, yeme ve tokluk ile bağlantılı pek çok nörotransmittere odaklaşmışlardır. Hayvan çalışmaları, yüksek düzeyde serotoninin tokluğu artırdığını ve norepinefrin tarafından talamustaki paraventriküler çekir-

Kadın bedeniyle ilgili kültürel standartlar zaman içinde değişiklik göstermektedir. Renoir'ın zamanında bugünün standartlarına göre "tombul kadınlar" güzel bulunurlardı. 70'ler, 80'ler ve 90'lara göre, 50 ve 60'larda bile kadın ideali daha kiloluydu.

değin bu uyarılmasının yemeği tetiklediğini göstermiştir. Araştırmacılar, anoreksiya ve bulimia hastalarında, bu nörotransmitterler ya da bunların metobolitleri üzerinde (diğerleri kadar) incelemeler yapmışlardır. Çoğu araştırma, bulimia hastalarında serotonin düzeyinin düşük olduğunu bildirmiştir (örn., Jimerson ve ark., 1992). Bu bulgu, aşırı karbonhidrat isteğinin serotonin düzeyinin düşük olmasına bağlı olduğunu göstermektedir. Üstelik bulimianın tedavisinde sıklıkla etkili bulunan antidepresanların (daha sonra değinilecektir) serotonin düzeyini artırdığı bilinmektedir. Serotonin, bulimia hastalarındaki dürtüsel davranışlarla ilişkili olabilir (Bkz. Bölüm 10'daki serotonin ve dürtüsellik ile ilgili tartışmaya bakınız). Araştırmalar ayrıca, hem anoreksiya hem de bulimia hastalarındaki norepinefrinin düzeyinin düşük olduğuna yönelik kanıtlar elde etmişlerdir (Goldbloom, Garfinkel ve Shaw, 1991). Düzeylerin neden her iki tip yeme bozukluğunda da düşük olduğu hâlâ açık değildir. Gelecekte, biyokimyasal araştırmaların ilerletileceğini tahmin etsek de, aktarılan araştırmalar daha çok beyinin açlık, yemek ve tokluk ile bağlantılı düzeneklerine odaklaştıklarını ve özellikle şişmanlama korkusu gibi bu bozukluklar için anahtar olabilecek, durumları pek dikkate almamış olduklarını aklımızda tutmalıyız. Şimdi de yeme bozuklukları vak'alarının yanlış algılama ve yeme alışkanlıklarında rol oynadığı görülen sosyal ve kültürel çevre etkileri üzerinde duracağız.

SOSYOKÜLTÜREL DEĞİŞKENLER

"Hiç bir kadın ne çok zengin ne de çok zayıf olamaz" (Windsor düşesine atfedilmektedir, Bartlett's Familiar Quotations, 1992'den alınmıştır)

Tarih boyunca, toplumun ideal bedene ilişkin standartları büyük değişiklikler göstermiştir (özellikle ideal kadın bedenine ilişkin). 17. Yüzyılda Rubens tarafından resmedilen çıplak kadın figürlerini akınıza getirin-modern standartlara göre bu kadınlar tombuldurlar. Son zamanlara kadar, Amerikan kültüründe inceliğin ideal olduğuna yönelik eğilimin giderek arttığı gözlenmektedir. Bu eğilim şimdilerde yükseldiği düzeyde kalmış gibi görünse de (Wiseman ve ark., 1992), 1959 ve 1978 tarihleri arasında, *"Playboy"* dergisinin orta sayfalarında oldukça ince mankenler yer almaktaydı (Garner ve ark., 1980); güzellik yarışması katılımcıları 1988'e doğru daha ince bireylerden oluşmaya başla-

Geçtiğimiz yıllar boyunca yeme bozukluğunun sıklığı arttıkça, diyet yapmayla aşırı düzeyde uğraşma eğilimi de artış gösterdi.

mıştı. Benzer bir diğer ideal olan Barby bebeği gibi olabilmek için, ortalama bir Amerikan kadınının, göğüs bölümünü yaklaşık 30 cm büyütmesi, belini yaklaşık 25 cm'ye kadar inceltmesi ve boyunu 2,13 cm'den daha fazla uzatması gerekmektedir (Moser, 1989). Biliyoruz ki, bu kültürel ideal büyük oranda genç kadın tarafından içselleştirildi ve normal kiloda olsalar da bu kadınlar kendilerini şişman olarak algılamaya

Toplumumuzun inceliğe olan düşkünlüğünün diğer bir göstergesi, 1996 Dünya Güzeli, Alicia Machado'dur. Unvanını kazanmasının arkasından bir kaç kilo almasının üzerine, bazı insanlar çok öfkelenmiş ve onun tacını geri vermesi gerektiğini belirtmişlerdi.

ODAK 9.1 DİYET YAPMAK YA DA YAPMAMAK?

Diyet yapmak giderek yaygınlaştıkça ve diyet endüstrisi yılda milyarlarca dolarlık bir iş alanı haline geldikçe, yeme bozukluklarının ve obezitenin oranı artmaktadır. Milyonlarca Amerikalı fazla kiloludur. Bu etkenler arasında bir ilişki var mıdır? Kısıtlı yiyenler ve bulimia hastaları üzerine yapılan çalışmalar, diyet yapmanın tıkanırcasına yemeye yol açabileceğini gösterdikçe, oldukça "başarılı" bir biçimde diyet uygulayanlar da anoreksiya hastası olmaya başlamışlardır. Diyet yapmak, arzu edilecek bir durum olmaktan çok, tehlikeli bir şey mi?

İnsanlar, metabolizalarının yaktığından daha fazla miktarda kalori aldıklarında bedenlerindeki yağ oranını arttırmaktadırlar. Kiloyu düzenleyen beden sistemi, oldukça ince bir ayar gerektirir. Örneğin, bir günde, iki bisküvi, bir bira, ya da bir kase cips gibi fazladan 100 kalori almak, bir yıl sonra yaklaşık 5 kg almaya neden olacaktır.

Kalıtım şişmanlıkta (obezite) önemli bir rol oynamaktadır. Evlat edinme çalışmaları, çocuklardaki kilonun, onları evlat edinen ebeveynlerinden çok biyolojik ebeveynleriyle ilişkili olduğunu göstermiştir (Price ve ark., 1987). Benzer şekilde, ebeveynleri obez olan çocukların %40'ı obezite geliştirmişlerdir. Normal kilolu ebeveynleri olan çocuklarda ise bu oran %7 olarak bulunmuştur. Kalıtımın etkisi, metabolik oranın düzenlenmesi, hipotalamus ve hipotalamusun insülin düzeyi üzerindeki etkisi ya da yağları daha kolay depolayan ve kilo alınmasına neden olan enzimlerinin üretilmesi yollarıyla ortaya çıkıyor olabilir. Temelde kalıtımsal nedenlerle obezite görülen bireylerde, diyet yapmak ancak az bir yarar sağlayabilir. Bu bireylerin metabolik oranları, kiloyu korumaya yardım etme açısından sadece biraz yavaşlayabilir; diyet sona erdiğinde ise bu azalmış metabolik faaliyetler kilo alınmasına yol açabilir.

Bununla birlikte, psikolojik etkenler de, kilo alınmasında belirgin rol oynamaktadır. Stres ve bununla bağlantılı olumsuz duygudurum, bazı insanlarda yemeyi harekete geçirebilmektedir (Arnow, Kenadry ve Agras, 1992; Heatherton ve Baumeister, 1991). Ve hepimiz, özellikle çerezler, tatlılar ve hazır yiyecek (fast-food) satan lokantalardaki besinlerde olduğu gibi çok yağlı, yüksek-kalorili ürünlerin tanıtıldığı reklamlara maruz kalmaktayız.

- *İnce olmayı başarma güdüsü genellikle birçok amaçla ilgili olabilir.*
- *İnce olmak, hem psikolojik (örn. benlik değerinin artması) hem de sosyal (örn. iş yerinde ilerleme gibi) yararlar sağlayabilen kişisel çekiciliği artırır.*
- *İnce olmak, benlik-disiplini olduğu anlamına gelirken; şişmanlık benlik-kontrolü eksikliğini ve başarısızlığı yansıtmaktadır.*
- *İncelik, sağlık için pek çok yararı çağrıştırırken; obezite sağlık sorunlarıyla eşleşmektedir. Örneğin, diyabet, yüksek tansiyon, kardiyovasküler hastalıklar ve çeşitli kanser türleri.*

İnceliğe bu kadar yoğun yönelim olmasına karşın, diyet karşıtı eğilimler de kendini göstermeye başlamıştır (Brownell ve Rodin, 1994). Feminist felsefe, "kadınlar fiziksel özellikleriyle tanımlanmalı" görüşünü, tartışmaya açmıştır. Ulusal Şişmanlıkla Yaşamaya Yardım Birliği (The National Association to Aid Fat Acceptance), obez bireylerin, iş ayrımcılığı ve sosyal yanlılıklar karşısındaki haklarını savunmaktadır. Görgül olarak, diyet yapmaya yönelik en az bir potansiyel tehlike görmekteyiz ki, bu sıklıkla yeme bozukluğunun bir habercisidir. Çoğu diyet uygulamasında kısa zamanda (örn. bir yıl) kilo vermenin başarıldığı ancak bu kilonun daha sonra tekrar alındığı (Garner ve Wooley, 1991); yani diyetin uzun süreli işe yaramadığı

başladılar. Bir araştırma, onuncu sınıfta olan kızların üçte birinin, normal kiloda olsalar da, kendilerini şişman olarak algıladıklarını göstermiştir (Killen ve ark., 1986). Toplum, sağlık ve şişmanlık konusunda aşırı duyarlı olmaya başladıkça, kilo vermeye yönelik diyetler yaygınlaşmış; 1950'de erkeklerde %7, kadınlarda %14 olan diyet oranı, 1993'de erkeklerde %24, kadınlarda %40'a ulaşmıştır. Diyet endüstrisi (kitaplar, haplar, video kayıtları, özel yiyecekler), her yıl 30 milyar dolardan daha fazla değer kazanmaktadır. Bu durumu daha geniş bir açıdan ele aldığımızda, 1993 yılı bütçesinde, Amerikan hükümetinin bu miktarı, eğitim, yetiştirme, istihdam etme ve sosyal hizmetler için kullandığını görürüz. Son olarak, yağ aldırma (liposuction) ameliyatları plastik cerrahide yaygın kullanılan bir yöntem haline gelmiştir (Brownell ve Rodin, 1994).

İnce olmayla ilgili aşırı uğraşlarda azalma olabileceğiyle ilgili bazı göstergeler bulunmaktadır. Garner ve ark.'nın (1980) daha önce sözü edilen çalışmalarında, orta sayfalarda giderek daha ince figürler yer aldığı dönemlerde, diyet üzerine yazılan makale sayısının durmadan arttığı görülmektedir. Daha yenilerde, Nemeroff ve ark. (1994) *"Good Houskeeping, Cosmopolitan ve Ms."* dergilerinin, 1980-1991 yılları arasındaki içeriklerini analiz etmişlerdir. Buna göre, *Cosmopolitan ve Ms..'* teki, kilo vermeyle ilgili yazıların oranında azalma olduğu görülmüştür. Diğer çalışmalar, diyet yapma ve yeme bozuk-

bilinen bir durumdur. Kilo alıp vermenin kendisi tek başına sağlık açısından risk taşır (örn. kardiyovasküler hastalıklar). Ayrıca, kilo vermenin insanı sağlığına kavuşturduğuna ilişkin kanıtlar birbiriyle çelişmektedir. Örneğin, yaklaşık 7 kg gibi bir miktarda vermek, sağlık açısından yeterli düzeyde yarar sağlayamayabilir. Sonuçta, obezite hastalıklar açısından tek risk faktörü değildir; bedendeki yağ oranının dağılımı daha fazla şey söyleyebilir. Karın etrafındaki yoğun yağ oranı, belin alt bölümünde yoğunlaşan yağ oranına göre, ölümcül hastalıklar ve kardiyovasküler bozukluklarla daha fazla ilişkili bulunmaktadır (Garner ve Wooley, 1991).

Kilo verme amaçlı diyetler, genellikle, daha çekici ve sağlıklı olmak amacıyla yapılır. Diyet, kısa zamanda kilo verilmesini sağlasa da, verilen kilolar, sıklıkla geri alınmaktadır.

Brownell ve Rodin (1994), diyet yapma üzerindeki tartışmalar arasında bir uzlaşma sağlama çabasıyla, eldeki verilerin henüz tam olarak yeterli olmadığına dikkat çekmişlerdir. Bununla birlikte, araştırmacılar, diyet karşıtlarınca ileri sürülen bazı noktalarda aynı görüşte değildirler. Örneğin, çalışmalarda, diyetin uzun sürede etkisini kaybettiği yolundaki gözlemlerin, büyük bir yüzdesinin tıkanırcasına yiyenlerden oluşan örneklemlerden elde edinilen verilerden kaynaklandığını belirtmişlerdir. Obezitenin tedavisinde, tıkanırcasına yeme olumsuz gidişat ile ilişkili olduğu için, bu veriler, diyetin olumlu etkilerini azımsıyor olabilir. Ayrıca, araştırmacılar, uzun vadede daha olumlu sonuçlar veren yeni çalışmalara da işaret etmişlerdir. Bunlardan birinde (Nunn, Newton ve Faucher, 1992), ortalama olarak yaklaşık 23 kilo veren katılımcıların %75'i bir yılın sonunda; %52'si ikinci yılın sonunda, bu kiloyu koruyabilmişlerdir. Brownell ve Rodin, kilo alıp verme ile sağlığın bozulması arasında bağlantı kuran araştırmaların, diyet olgusu üzerinde çalışmadıklarını da belirtmişlerdir. Kilo alıp vermeye ilişkin bu durum, alkolizm, stres ya da kanser gibi başka etkenler ile ilişkili olabilir. Sonuç olarak, araştırmacılar, diyet öncesi kiloya geri dönülmesinin, kötü bir sonuç olmayabileceğini belirtmişlerdir. Başlanılan noktaya geri dönmeyi başarısızlık olarak görmek, hiç diyet yapılmasa ne kadar kilo alınabileceğini göz ardı etmektir.

Brownell ve Rodin, diyete karar vermede, bireysel risk-yarar oranlarının temel alınmasının daha faydalı olabileceğini önermektedirler. Bu durum, genellikle, oldukça şişman bireyler için daha uygun bir yol olabilir. Fakat daha bireyselleşmiş uygulamalar da göz önünde bulundurulabilir. Aile öyküsünde, yüksek tansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar olanlar için, diyet yapmanın önemli bir yararı olabileceği varsayılabilir; ancak ailesinde yeme bozukluğu olanların diyete yönelmesi riskli bir adım olarak görülmelidir.

luğu yoğunluğunun son zamanlarda azaldığını bulmuşlardır (Heartherton ve ark., 1995).

Nemeroff ve ark., erkek dergilerinin içeriğini de analiz ederek, diyet yapmaya ilişkin yazıların sıklığının, kadın dergilerine göre çok daha az olmasına karşın, çalışmanın yapıldığı dönemde giderek arttığını belirtmişlerdir. Bu verilerden, erkeklerde yeme bozukluğu patlamasına tanık olacağımızı çıkarsamak pek doğru olmayacaktır. Bu dergilerin erkeksi ideal beden ağırlığı ya da kas geliştirmeye odaklandıkları, daha akla yatkın bir açıklama gibi görünmektedir (Mishkind ve ark., 1986).

İnceliğin çoğu batılı ve endüstrileşmiş ülkelerde sosyokültürel bir ideal olarak kabulü, insanların şişman olmaktan, hatta şişman hissetmekten korkmayı öğrenmelerinde önemli bir araç olmuş gibi görünmektedir. Şişman olmak, istenmeyen bir fiziksel biçime bürünmeye ek olarak, başarısızlık ve benlik-kontrolünün az olması gibi çağrışımları da beraberinde getirmektedir. Aşırı şişman insanlar, diğer insanlar tarafından, daha az akıllı bulunurlar. Bu kişiler, başkalarında oluşturdukları izlenimler açısından, yalnız, utangaç ve açgözlü olduklarına ilişkin kalıp yargıları harekete geçirirler (DeJong ve Kleck, 1986).

Toplumun şişmanlığa yönelik olumsuz tutumları perçinlendikçe, yeme bozukluklarının oranı da artmaktadır. İsviçre'de yürütülen bir epidemi-

yoloji araştırmasında, anoreksiya nervoza sıklığının, 1950'lerden 70'lere doğru dört kat arttığı gösterilmiştir (Willi ve Grossman, 1983). Benzer artışlar diğer ülkelerde de bulunmuştur (Eagles ve ark., 1995; Hoek ve ark., 1995).

CİNSİYET ETKİLERİ

Yeme bozukluklarının, kadınlarda, erkeklere göre, çok daha fazla yaygınlıkta görülmesinin önemli bir nedeni, kadınların ince olmayı pekiştiren kültürel standartlardan daha çok etkilenmeleridir. Bu standartlar ince olmayı bir ideal olarak bu denli ön plana çıkardıkça, çok daha fazla sayıda insan aşırı kilolu hale gelmektedir. Obezitenin oranı, 1900'den beri iki katına çıkmıştır; şu dönemde %20-30 oranında Amerikalının aşırı kilolu olduğu görülmektedir. Bu durum, olasılıkla yiyecek bolluğu ve oturularak geçen zamanın bir yaşam biçimine dönüşmesinden kaynaklanıyor olabilir. Şişmanlamaya yönelik bu eğilimlerden dolayı, kilo verme diyetleri, daha çok üst sosyoekonomik sınıftaki beyaz kadınlar arasında görülmektedir (bu aynı zamanda yeme bozukluklarının en fazla görüldüğü kesimi de oluşturmaktadır). Kadınlar, erkeklere göre, ince olma ve diyet yapmayla belirgin düzeyde daha fazla ilgilidirler ve bunların sonucunda da yeme bozukluğu riskine daha yatkındırlar. Yeme bozuklukları riskinin, özellikle belirli bir kiloda kalmaya dikkat etmeleri gereken, mankenler, dansçılar ve jimnastikçiler arasında daha fazla olduğu görülmektedir (Garner ve Garfiled, 1980). Ayrıca, yeme bozukluklarının başlangıcını, diyet yapmak ve kilo almayla ilgili diğer endişelerin (örn. algılanan şişmanlık, kilo alma korkusu) izlediği ve toplumsal standartların oldukça belirleyici olduğu görülmektedir (Odak 9.1'e bakınız) (Killen ve ark., 1994). Bu demek değildir ki diyet yapan herkeste yeme bozukluğu görülecektir. Bunun dışındaki etkenler izleyen bölümlerde aktarılmıştır.

Yeme bozuklukları açısından oldukça kritik bir özellik olan kilo alma korkusu, kısmen toplumun kilolu insanlara yönelik olumsuz kalıp yargılarını temel almaktadır.

KÜLTÜREL ETKİLER

Yeme bozuklukları Amerika, Kanada, Japonya, Avustralya ve Avrupa gibi endüstrileşmiş toplumlarda, endüstrileşmemiş olanlara göre daha fazla yaygınlıkta görülmektedir. Yeme bozukluklarının yaygınlığının kültürler arasında gösterdiği büyük değişkenlik, kültürün, bireylerdeki gerçekçi ya da çarpık beden algısının biçimlenmesinde ne denli önemli bir rol oynadığını gözler önüne sermektedir. Pakistan'da ergenlik çağındaki 369 kız üzerinde yapılan bir çalışmada, katılımcılardan hiçbiri anoreksiya tanısını karşılamamış; sadece biri bulimia tanısı almıştır (Mumford, Whitehouse, ve Choudry, 1992). Bununla birlikte, şimdiye kadar, benzer değerlendirme ve tanı ölçütlerini kullanan kültürlerarası bir çalışma olmadığı için, kültürlerarası yaygınlık farkını tam olarak karşılaştırmak oldukça zordur. Kültürlerarası farklılıklar olduğu fikrini destekleyen bir çalışmada, Ugandalı ve İngiliz üniversite öğrencileri, oldukça zayıftan (sıska) oldukça kiloluya doğru sıralanan çıplak figürlerin olduğu çizimlerin çekiciliklerini derecelendirmişlerdir (Furnham ve Baguma, 1994). Ugandalı öğrenciler, İngiliz öğrencilere göre, obez kadın figürlerini daha fazla çekici bulmuşlardır. Diğer çalışmalar, yeme bozukluğu oranı düşük kültürlerden yüksek oranlı kültürlere göç eden kadınlar arasında yeme bozukluğu oranının giderek arttığını bulmuşlardır (Yates, 1989). Bununla birilikte, yeme bozukluklarının kültürlerarasında değişkenlik göstermesi bir varsayım niteliğinde olup, tartışmalı konumunu korumaktadır. Örneğin, Lee (1994) pek çok endüstrileşmemiş Asya ülkesinde (Hindistan, Malezya, Filipinler) anoreksiyaya benzer bir bozukluğun olduğunu iddia etmiştir. Bu bozuklukta, şiddetli zayıflık, yiyecek reddi ve arka arkaya üç mensturasyonun olmaması (amenorrhea) özellikleri gözlenirken; kilo almaktan korkma görülmemektedir. Bu, anoreksiya ya da depresyon gibi başka bir bozukluğun kültürel bir türevi midir? Bu soru, kültürlerarası araştırmacıların karşı karşıya kaldığı zorlayıcı durumlardan biridir.

Birleşik Devletlerde, anoreksiyanın sıklığının, beyaz kadınlarda, beyaz olmayanlara göre, sekiz kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Do-

lan, 1991). Bu durum, beyaz olmayan kadınların, sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmalarından ya da bu olanakların onlara daha az sağlanmasından kaynaklanabileceği gibi, gerçek bir farklılığa da işaret ediyor olabilir. Beyaz ergen kızlar, Afrika kökenli Amerikalı ergen kızlara göre daha fazla diyet yapmakta ve bedenlerinden daha az hoşnut olmaktadırlar (Story ve ark., 1995). Her iki faktör de, yeme bozukluğunun ortaya çıkması riskini artırmaktadır. Son zamanlarda, inceliğin ve diyet yapmanın önemi, yüksek ve orta sınıflardaki beyaz kadınlardan giderek düşük sosyal sınıftaki kadınlara sıçrama göstermekte ve yeme bozuklukları, bu sınıflarda da yaygınlaşmaktadır (örn., Root, 1990).

PSİKODİNAMİK GÖRÜŞLER

İlk psikanalitik kuramlar, anoreksiya nervozayı ağız yoluyla gebe kalma korkusuna (oral impregnation) karşı bir savunma olarak görmüşlerdir. Yiyecek, simgesel olarak, cinsellik ve hamilelikle ilgili olduğu için kaçınılan bir durumdur. Bu endişeler, ergenlikte artmakta, bu dönem anoreksiyanın başlamasına zemin hazırlamaktadır. Sınırlı sayıda çalışma bu ilk görüşü desteklemiştir. Daha yenilerde, Hilde Bruch (1982), anoreksiyanın, yetiştirilme biçimlerinden dolayı, yeterlik ve saygınlık duyguları yeterli düzeyde gelişmeyen çocukların, çaresizlik, yetersizlik ve güçsüzlüklerini saklamalarına yönelik bir girişim olduğunu önermişlerdir. Bu etkin olamama duygusu, çocukların gereksinim ve isteklerini dikkate almayarak, kendi isteklerini onlara zorla kabul ettirmek isteyen ebeveyn tarzından kaynaklanmaktadır. Örneğin, ebeveynler, çocuklarının gerçek durumlarını değerlendirmeyip, onların ne zaman acıkacağı ya da yorulacağına keyfi bir biçimde karar verebilirler. Böyle yetiştirilen çocuklar, kendi içsel durumlarını ayırt etmeyi öğrenemez ve kendilerine güvenli bir hale gelemezler. Ergenlik döneminin gerekliliklerıyle karşı karşıya kalma durumunda, çocuk toplumsal olarak inceliğe verilen önemi kavrar ve bir kontrol ve kimlik kazanma aracı olarak diyet yapmaya yönelir.

Diğer bir psikodinamik kuram, kadınlardaki bulimia nervozanın çatışmalı anne-kız ilişkisine bağlı olarak yeterli bir benlik algısı geliştirilememesinden kaynaklandığını önermektedir. Yiyecek, bu çatışmalı ilişkinin bir simgesi haline gelmektedir. Genç kızın tıkanırcasına yeme ve çıkarma davranışı, annesine olan gereksinimi ve onu reddetme isteği arasındaki çatışmayı temsil etmektedir.

Salvador Minuchin ve arkadaşları, hem anoreksiya hem de bulimiaya yönelik, aile dinamikleri olarak bilinen üçüncü bir önemli önermede bulunmuşlardır. Bu önerme, aileye odaklı psikodinamik kuramın bileşenlerini harmanlamaktadır. Bu görüşte, çocuk fizyolojik olarak yatkındır (bu yatkınlığın doğası tam olarak belirli olmamakla birlikte), ve çocuğun ailesi yeme bozukluğunun gelişimini tetikleyici bazı özelliklere sahiptir. Ayrıca, çocuktaki yeme bozukluğu, ailenin diğer çatışmalardan kaçınmasına yardımda da önemli bir rol oynar. Dolayısıyla, çocuğun belirtileri, aile içi çatışmaların bir yer değiştirmesidir.

Minuchin ve ark.'na (1975) göre, çocuklarında yeme bozukluğu görülen aileler, aşağıda sıralanan özelikleri sergilemektedirler.

1. **Müdahil olma (enmeshment).** Anoreksiya hastalarının aileleri sıklıkla aşırı düzeyde iç içe geçmişlik (overinvolvement) içeren ve mahremiyete izin vermeyen bir tutum içindedirler. Bu ailelerde, ebeveynler, çocuklarının nasıl hissettiklerini iyi bildiklerine inandıkları için onların yerine konuşur ya da hareket ederler.
2. **Aşırı korumacılık.** Anoreksiya hastalarının aileleri, birbirlerinin iyi durumda olup olmadığıyla ilgili aşırı düzeyde endişe yaşamaktadırlar.

Bulimia nervozaya ilişkin bir kuram, bu sorunun çatışmalı anne-kız ilişkisinden kaynaklandığını önermektedir.

3. **Katılık.** Bu aileler, varolan durumu korumak ve değişim gerektiren durumlarla (Örn. ergenliğin özerkliğin artmasını gerektirmesi) uğraşmaktan kaçınmak yönünde eğilimlere sahiptir.
4. **Çatışma çözümünde yetersiz kalınması.** Yeme bozukluğu olan ergenlerin aileleri hem çatışmadan kaçınırlar hem de kronik bir çatışma durumu içerisinde olmayı sürdürürler.

Bu kuramsal önermelere ilişkin kanıtlar iki alanda yürütülen çalışmalardan elde edilmektedir: yeme bozukluğu vak'alarının kişilik özelliklerine yönelik araştırmalar ve bu vak'aların aile özelliklerine ilişkin çalışmalar. Bu bozukluk, kişilikte ya da aile özelliklerinde değişimlere yol açabileceği için kesin sonuçlara varmak zor görünmektedir. 1940'ların sonuna doğru, vicdani ve dini inançları nedeniyle askerlik hizmetini yapmayı reddeden (consciencious objectors), erkekler üzerinde yapılan bir yarı-açlık araştırmasında, yeme bozuklarının, özellikle anoreksiya nervoza vak'alarının, kişiliklerinin besin yetersizliğinden etkilendiği görüşünü desteklemektedir (Franklin ve ark., 1948). Çalışmanın ana bölümünde, bir toplama kampındaki beslenme koşullarının canlandırabilmesi için, erkek katılımcılara, günlük iki kez, toplam 1500 kalorilik yiyecek verilmiştir. Kısa zamanda tüm bu erkek katılımcıların zihni, yiyecekle aşırı derecede meşgul olmaya başlamıştır. Katılımcılar, ayrıca, artan bitkinlik, dikkati yoğunlaştırmada güçlük, cinsel ilginin eksilmesi, huzursuzluk, duygu durumunda sık değişmeler ve uykusuzluk gibi yakınmalar belirtmişlerdir. Dördü depresif olmuş, bir kişi bipolar bozukluk geliştirmiştir. Bu araştırma, fazla miktarda besin kısıtlamasının, kişilik ve davranış üzerinde oldukça güçlü bir etkiye sahip olduğunu açıkça göstermektedir. Buna göre, yeme bozukluğu olan vak'aların kişilik özelliklerini değerlendirirken bu noktayı aklımızdan çıkarmamamız gerekmektedir.

KİŞİLİK VE YEME BOZUKLUKLARI

Bazı araştırmacılar, kısmen az önce değinilen bulgulara bir tepki olarak, yeme bozukluğunun başlangıcından önceki dönemlerde, kişilik özelliklerine ilişkin geriye dönük veriler toplamışlardır. Bir araştırma, anoreksiya vak'alarda mükemmeliyetçi, utangaç, uysal olma özellikleri tanımlamıştır. Bulimia vak'aların kişilik özellikleri ise histriyonik durumlar, duygulanımda dalgalanma (affective instability), ve sosyal açıdan dost canlısı bir mizaç sergilemek biçiminde gözlenmiştir (Vitousek ve Manke, 1994). Ancak, şunu da unutmamak gerekir ki, bireylerden ve ailelerinden geçmişe yönelik olarak alınan bilgiler, vak'aların tanı konmadan önceki dönemlerinde ne gibi özellikler gösterdiklerini hatırlamalarını temel aldığı için tam olarak gerçek durumu yansıtmayabilir ya da vak'anın soruna ilişkin farkındalığı bir yanlılık oluşturabilir.

Vak'aların şu dönemdeki kişilik özelliklerini değerlendiren çalışmalar, MMPI gibi yerleşmiş kişilik envanterlerinden elde edilen sonuçları temel almaktadır. Anoreksiya ve bulimia vak'aların, nörotisizm ve kaygı düzeylerinin yüksek, benlik değerlerinin ise düşük olduğu bulunmuştur. Vak'aların, geleneklere bağlılık açısından da yüksek puanlar aldıkları, bunun da onların aile ve toplumsal standartları ne denli güçlü bir biçimde içselleştirdiklerinin bir göstergesi olduğu görülmektedir. İki grup arasında, MMPI'da gözlenen bazı farklılıklar, anoreksiya hastalarının depresyon, sosyal geri çekilme ve kaygı yaşadıklarını ifade etmelerine karşın, bulimia hastalarının daha karmaşık ve ciddi düzeyde psikopatoloji sergilemeleri ve birçok MMPI alt ölçeğinde anoreksiya hastalarına göre daha fazla yükselme gösterdiklerine işaret etmektedir.

Mükemmeliyetçilik eğiliminin, anoreksiya hastalarında yoğun olup olmadığıyla ilişkili veriler çelişkili görünmektedir. Çünkü mükemmeliyetçilik olasılıkla çok boyutludur ve daha önceki araştırmalar, bu durumu dikkate almamışlardır. Mükemmeliyetçilik, benlik-yönelimli (self-oriented) (kendine yüksek standartlar belirleme), diğeri yönelimli (other-oriented) (diğerleri açısından yüksek standartlar belirleme) ve toplumsal yönelimli (diğerleri tarafından dayatılan yüksek standartları yerine getirmeye uğraşma) olabilir. Klinisyenlere göre, mükemmeliyetçiliğin son sıralanan biçimi, anoreksiya açısından kritik görünmektedir. Yenilerde yapılan bir laboratuar çalışmasında, Yeme Tutumu Ölçeği'nden alınan yüksek puanlar, kişisel amaçlarda yüksek standartlara uyma ile ilişkili bulunmazken, deneyci tarafından dayatılan gerçekçi olmayan amaçlara ulaşılması çabalarıyla ilişkili görülmüştür ki, bu durum, diğerleri tarafından dayatılan standartlara büyük ölçüde uyum gösterme eğilimine işaret etmektedir (Plinerve Hadock, 1996).

Bulimia ve rastgele cinsel ilişki, madde kötüye kullanımı ve çalma davranışları arasında

TABLO 9.1 Yeme Bozukluğu Envanterindeki Alt Ölçekler ve Örnek Maddeler.
Tepkiler Her zamandan hiçbir zamana giden 6 Basamaklı Ölçek ile Değerlendirilmektedir.

İnce olma dürtüsü	Diyet yapmayı düşünürüm
	Aşırı yediğim zaman kendimi çok suçlu hissederim
	Zihnim daha ince olma isteğiyle meşguldür.
Bulimia	Tıka basa yerim
	Kontrolden çıkacak kadar tıkanırcasına yerim.
	Kilo vermek için kusma yoluna başvurmayı düşünürüm.
Bedenden hoşnut olamama	Bacaklarımın üst kısmının çok kalın olduğunu düşünürüm.
	Kaba etimin (buttocks) çok geniş olduğunu düşünürüm.
	Kalçalarımın (hips) çok büyük olduğunu düşünürüm.
Yetersizlik	Yetersiz hissederim.
	Kendimi güçsüz bulurum.
	İçimde boşluk hissederim (duygusal olarak).
Mükemmeliyetçilik	Ailem için sadece üst düzeyde bir iş ortaya koymak başarıdan sayılır.
	Bir çocuk olarak, ailemi ve öğretmenlerimi hayal kırıklığına uğratmamak için kendimi çok zorladım.
	En iyinin gerisinde kalmaktan nefret ederim.
Kişilerarası güvensizlik	Diğer insanlara duygularımı açıklamakta güçlük çekerim.
	İnsanları belirli bir uzaklıkta tutma gereksinimi duyarım (birisi daha yakın olmayı denediğinde bundan rahatsızlık duyma).
İçsel yaşantıların Farkındalığı	Ne hissettiğimi ayırt edemem.
	İçimde ne olup bittiğini bilmem.
	Aç olup olmadığımı ayırt edemem.
Büyüme korkuları	Çocukluğun güvenli günlerine geri dönmeyi isterdim.
	İnsanların en çok çocukken mutlu olduklarını düşünürüm.
	Yetişkinliğin gereklilikleri çok fazla.

Garner, Olmsted ve Polivy, 1983'den alınmıştır.

bağlantılar olduğuna ilişkin klinik bulgular dikkate alındığında, hiçbir araştırmanın, bulimia vak'aların dürtüselliğe yönelik kişilik ölçümlerinde yükselme bulmamış olması şaşırtıcıdır (Vitousek ve Manke, 1994; Walters ve Kendell, 1994).

Yeme bozukluğu öncesinde kişilik özelliğini inceleyen ileriye yönelik (prospective) çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışmalar henüz başlangıç noktasındadır ve veriler yeterli değildir. Devam etmekte olan bir çalışma bazı ilginç sonuçlar ortaya çıkarmıştır (örn. Leon ve ark., 1995). Minneapolis'in banliyösündeki bir okul bölgesinde 2000'den fazla öğrenci, ardışık üç yıl boyunca çeşitli testler cevaplamışlardır. Ölçekler arasında, Yeme Bozuklukları Envanterini temel alan bir yeme bozukluğu geliştirme riski indeksinin yanı sıra, kişilik özelliklerini değerlendiren araçlar da yer almıştır. Yeme bozukluğu riskinin en güçlü yordayıcısının, *içsel yaşantıların farkındalığı (interoceptive awareness)* alt ölçeği olduğu, bu durumun, bireylerin bedenlerindeki farklı biyolojik durumları ayırt edebilme boyutuna kadar uzandığı gözlenmiştir (içsel yaşantıların değerlendirildiği maddeler için Tablo 9.1'e bakınız).

Yeme bozukluğu vak'alarının kişilik özelliklerine ilişkin çalışmalardan elde edilen veriler, Bruch'un anoreksiya kuramıyla bir ölçüde uyumlu görünmektedir. Anoreksiyası olan hastalar, itaatkâr (compliant), çekingen ve mükemmeliyetçi olma eğilimindedir. Leon ve ark.'nın, içsel yaşantılardaki farkındalığının az olmasının, yeme bozukluğu riskini yordadığı yolundaki bulgusu, Bruch'un bu bireylerin içsel durumlarını ayırt etme becerilerinde zayıf oldukları görüşünü desteklemektedir.

AİLE ÖZELLİKLERİ

Yeme bozukluğu vak'alarının aile özelliklerine ilişkin görgül çalışmalar ortaya farklı sonuçlar koymuşlardır. Bu durumun nedenleri arasında, verilerin toplanması sürecindeki yöntem farklılıkları ve bilginin kaynağındaki farklılıklar sayılabilir. Örneğin, vak'aların kendini bildirimlerinden gelen bilgiler, aile içi çatışmanın yüksek olduğuna işaret etmiştir (örn. Kent ve Clopton, 1992). Ancak, ailelerden elde edilen bilgiler,

aile içi sorunların yüksek düzeyde olmadığını göstermiştir. Bir çalışmada ise, yeme bozukluğu vak'alarının aileleri ile kontrol grubu arasında farklılık bulunmuştur. Yeme bozukluğu vak'alarının aileleri, aile ilişkilerinde daha yüksek izolasyon ve daha düşük düzeyde karşılıklı yakınlaşma ve destek olduğunu belirtmişlerdir (Humphrey, 1986). Bozuk aile ilişkileri, bazı yeme bozukluğu vak'alarının aile özelliklerini yansıtıyor görünmekle birlikte, desteğin düşük olması biçiminde gözlenen aile özellikleri, psikodinamik kuramla pek uyuşmamaktadır. Ve yine, bu aile özellikleri bozukluğun nedeni değil de, sonucu olabilir.

Minuchin'in kuramıyla doğrudan bağlantılı bir çalışma, hem yeme bozukluğu olan vak'aları, hem de ailelerini, katılık (rigidity), yakınlık, duygusal açıdan aşırı düzeyde karışma, eleştirel yorumlar ve düşmanlık boyutlarını ölçen araçlar ile değerlendirmiştir (Dare ve ark., 1994). Minuchin'in kuramına karşıt olarak, aileler müdahil olma boyutunda (enmeshment) dikkate değer biçimde değişkenlikler göstermişler ve çatışma (eleştiri ve düşmanlık) düzeyi düşük bulunmuştur. Sözü edilen son bulgu, Minuchin'nin tanımladığı çatışma-kaçınma örüntüsüne işaret etmekle birlikte, ailelerde aşırı düzeyde müdahil olma eğiliminin pek gözlenmemesi, yazarın klinik tanımlamalarıyla belirgin düzeyde uyuşmazlık göstermektedir. Değerlendirmelerin vak'aların tedavilerinden önce ve sonra yapıldığı bir aile çalışması da Minuchin'nin kuramıyla örtüşmemektedir (Woodside ve ark., 1994). Ailenin işleyişine yönelik derecelendirmeler, tedavi sonunda düzelme olduğunu göstermiştir ki bu da hastadaki iyileşmenin, ailedeki diğer çatışmaları gün ışığına çıkardığı görüşüyle çelişmektedir.

Aile işleyişine yönelik raporların ötesinde, ailelerin doğrudan gözlemlenmelerine dayalı ölçümlerin kullanıldığı araştırmalara geçiş yapmak gerekmektedir. Bu demek değildir ki çocuğun aile özelliklerine ilişkin *algıları* önemli değildir. Sadece bilmemiz gereken, ailedeki bozulmaların ne kadarının algılanan ne kadarının ise gerçek bir durum olduğudur. Şu ana kadar yürütülen birkaç gözlem çalışması, yeme bozukluğu vak'alarının ailelerinin, kontrol gruplarından çok farklı olmadığını göstermiştir. Bununla birlikte, bu aileler, belirsiz ifadelerin açıklığa kavuşturulması gibi bazı iletişim becerilerinde sınırlılıklar göstermişlerdir (Van den Borucke, Vandereyken ve Vertommen, 1995). Bunun gibi, *algılanan* aile özelliklerine ilişkin iki taraflı bilgi toplayan gözlem çalışmaları, gerçek aile özelliklerinin mi yoksa algılanan aile özelliklerin mi yeme bozukluklarıyla ilişkili olduğu konusuna açıklık getirebilir.

ÇOCUK İSTİSMARI VE YEME BOZUKLUKLARI

Bazı çalışmalar, bireylerin kendileri tarafından bildirilen çocukluk dönemi cinsel istismarının, yeme bozukluğu vak'alarında normallere göre, daha yüksek oranda olduğunu göstermiştir. Bölüm 7'de tartışıldığı gibi, kimi zaman istismar terapi ortamında yaratılabilir. Bu açıdan sözü edilen verilerin, terapi gören yeme bozukluğu vak'aları kadar görmeyenlerden de edinilmiş olduğu dikkatten kaçmamalıdır (Welch ve Fairburn, 1994). Buna rağmen, sözü edilen çalışmayı tekrarlayan çoğu araştırma benzer sonuçlar elde edememiştir (örn. Rorty, Yager ve Russotto, 1994). Dolayısıyla, çocukluk dönemi cinsel istismarının, yeme bozukluğunun etiyolojisindeki rolü halen belirsizliğini korumaktadır. Araştırmalar, çocukluk dönemindeki fiziksel ve psikolojik istismarın da, yeme bozuklukları vak'aları arasında yaygın olduğunu bulmuştur. Bu veriler, ilerideki araştırmalarda sadece cinsel istismarla sınırlı kalınmayıp, istismara ilişkin daha geniş menzildeki deneyimlerin incelenmesi gerektiğini göstermektedir. Ayrıca, istismarın varlığı ya da yokluğu oldukça genel bir değişken olabilir. Çok erken yaşta olan, zor kullanmayı içeren ve aile üyelerinden biri tarafından yapılan istismarın, yeme bozukluklarıyla daha güçlü bir ilişkisi olabilir (Everill ve Waller, 1995).

BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI GÖRÜŞLER

ANOREKSİYA NERVOZA

Anoreksiyanın bilişsel-davranışçı kuramları, kendini aç bırakma ve kilo kaybını güçlü pekiştiricilere dönüştüren etkenler olarak, şişmanlık korkusu ve beden imgesi bozukluğu üzerinde durmaktadırlar. İnce olmayı başarmak ya da inceliği koruyabilme davranışları kaygının azalmasıyla olumsuz olarak pekişirler. Kişilik ve sosyokültürel değişkenleri içeren bazı kuramlar, kilo alma korkusu ve beden imgesi bozukluğunun nasıl geliştiğini incelemişlerdir. Örneğin, mükemmeliyetçilik ve kişisel yetersizlik hissi, bir kişinin özellikle görünüşüyle ilgilenmeye başlamasına yol açabilir ve diyet yapmayı güçlü bir

Ergenlik döneminde kilolu olmak, akranların dalga geçmesi ya da reddetmelerine neden olmakta, bu durum da, yeme bozukluğu belirtilerim ortaya çıkarabilmektedir.

pekiştiriciye dönüştürebilir. Benzer biçimde, inceliğin medyada bir ideal olarak resmedilmesi, şişman olmak ve kendini özellikle çekici insanlarla karşılaştırma eğilimi gibi durumların hepsi bedenden hoşnutsuz olmaya neden olmaktadır (Stormer ve Thompson, 1996).

Bu sonucu destekleyen bir araştırmada, 10-15 yaş arası ergen kızlar, üç yıl aralıklarla iki kez değerlendirilmişlerdir. Obezite, ilk ölçümde, akranların dalga geçmesiyle ilişkiliyken, ikinci ölçümde bedenden hoşnut-olmamayla ilişkili bulunmuştur. Hoşnutsuzluk sonuçta yeme bozukluğu belirtileriyle ilişkilidir.

Diyetin bozulmasının arkasından sıklıkla tıkanırcasına yeme davranışının ortaya çıktığı bilinen bir durumdur (Polivy ve Herman, 1985). Tıkanırcasına yemeyi izleyen çıkarma süreci de, bu biçimde yemenin yol açacağı kilodan korkma sonucunda görülür. Tıkanırcasına yeme ve çıkarma davranışları olmayan anoreksiya hastalarının zihinleri, kilo alma korkusu (Schlundt ve Johnson, 1990) ya da kendini kontrol etme egzersizleriyle daha yoğun bir biçimde meşgul olabilir.

İnce olmak yönünde güçlü bir dürtünün oluşmasında diğer önemli bir faktör ise, akranların ve ebeveynlerin şişmanlığa yönelik eleştirilerdir (Thompson ve ark., 1995).

BULİMİA NERVOZA

Bulimianın bilişsel-davranışçı kuramları, tıkanırcasına yeme ve çıkarma formundaki anoreksiyaya ilişkin görüşlerle benzerlik göstermektedir. Bulimia hastalarının, kilo alma ve bedenin görünüşü ile ilgili olarak aşırı endişe duydukları düşünülür, ancak bu vak'alar, sınırlı yeme kararlılıklarını sürdüremezler, bunun sonucunda kaygıları artar ve tıkanırcasına yeme-çıkarma döngüleri başlar (Fairburn, 1985).

Polivy ve Herman (1980), laboratuar ortamında diyet yapan ve yeme tutumları bozulmuş bireyleri incelemek için, diyet yapma ve aşırı yeme ile ilgili endişeleri değerlendiren bir araç olan Kısıtlama Ölçeğini (The Restrain Scale) geliştirmişlerdir (Tablo 9.2'ye bakınız). Bu çalışmalar genellikle, tat almaya ilişkin testler biçiminde yürütülmektedirler. Böyle çalışmalardan biri, ısının tat alma üzerindeki etkisi olarak adlandırılmıştır (Polivy, Heartherton, ve Herman, 1988). "Soğuk" koşulunun sağlanması için, bazı katılımcılardan 424.5 gr çikolatalı sütlü karışımı (milkshake) içip (araştırmacılar tarafından *ön yükleme* olarak adlandırılmıştır) ve sonra üç kase dondurmayı tadıp, lezzetini derecelendirmeleri istenmiştir. Katılımcılara, derecelendirmelerini tamamladıktan sonra istedikleri kadar dondurma yiyebilecekleri söylenmiştir. Yenilen dondurma miktarı bağımlı değişken olmuştur.

Bu genel deseni izleyen çalışmalarda, Kısıtlama Ölçeğinden yüksek puan alan bireyler, sözü edilen ön yükleme sürecinden sonra, diyet yapmayan bireylere göre daha fazla yemişlerdir. Bu örüntü, aslında kalori miktarı düşük olan önyükleme süreci, şişmanlatıcı olarak algılandığında (örn. Polivy, 1976) ve bu durum yiyecekler göreceli olarak hoşa gitmeyen türden olduğunda bile aynı biçimde gözlenmiştir (Polivy, Herman, ve McFarlane, 1994). Dolayısıyla, yeme bozukluğuna bağlı olmaksızın diyet yapan bireyler, daha az şiddette olsa da, bulimia nervoza vak'alarına benzer örüntü sergilemektedirler. Bu tür ön yükleme süreçlerinden sonra, özellikle kaygı ve depresyon gibi çeşitli olumsuz duygu durumlarının, yemeyi kısıtlama eğiliminde olan bireylerin yeme miktarını artıran çeşitli ek koşullar oldukları gözlenmiştir (örn. Herman ve ark., 1987). Sonuç olarak, diyet yapanların fazla miktarda yiyecek tüketmesi, benlik-imgeleri bozulmaya yatkın (Heartherton, Herman, ve Polivy, 1991); ve benlik-değerleri düşük bireyler arasında (Polivy ve ark., 1988) daha yaygın olarak görülmektedir.

Bulimia hastalarının yeme örüntüsü, Polivy ve ark.'nın kısıtlı yiyenler (restrain eaters) üzerindeki çalışmalarında belirttikleri davranışlara benzemekle beraber daha şiddetlidir. Bulimik

TABLO 9.2 Diyet Yapanlarda Yemeyi Etkileyen Faktörlerin Çalışıldığı Araştırmalarda Katılımcıların Seçilmesi Sürecinde Kullanılan Kısıtlı Yeme Ölçeği Not: Seçeneklerde verilen ağırlıklar pound cinsindendir (1 pound= 0,454 kg)

1. Ne kadar sıklıkta diyet yaparsınız? Asla, nadiren, bazen, sıklıkla, her zaman
2. Bir ay içinde en fazla ne kadar kilo veremeyeceğinizi düşünürsünüz? 0-4; 5-9; 10-14; 15-19; 20+
3. Bir hafta içinde en fazla ne kadar kilo almışsınızdır? 0-1; 1.1-2; 2.1-3; 3.1-5; 5.1 +
4. Tipik bir haftada, beden ağırlığınız ne kadar iniş çıkış gösterir? 0-1; 1.1-2;2.1-3; 3.1-5; 5.1 +
5. 5 poundluk (2,265 kg) bir iniş çıkış yaşamınızı ne kadar etkilerdi? Hiç, az, orta düzeyde, çok fazla.
6. Yediklerinize, başkalarının önünde makul miktarda, yalnızken ise çok mu para harcarsınız? Asla, nadiren, sıklıkla, her zaman.
7. Yiyecekleri yemeye ve düşünmeye çok zaman harcar mısınız? Asla, nadiren, sıklıkla, her zaman.
8. Fazla miktarda yedikten sonra suçluluk duyduğunuz olur mu? Hiç, az, orta düzeyde, çok fazla.
9. Ne miktarda yediğinizin farkında olur musunuz? Hiç, az, orta düzeyde, çok fazla.
10. En şişman olduğunuz zamanlarda, idealiniz olan ağırlığın ne kadar üzerine çıktınız? 0-1; 1 -5; 6-10; 11 -20; 21 +

hastalar, genellikle, stresle karşılaştıklarında ya da olumsuz duygulanım yaşadıklarında tıkanırcasına yerler. Bulimia hastalarının benlik değerleri düşüktür (Örn. Garner, Olmsted ve Polivy, 1983). Ayrıca, çıkarma sürecinin de kaygıyı azalttığını destekleyen kanıtlar bulunmaktadır. Bulimia hastaları, yemek yediklerinde ve çıkarma imkanı bulamadıklarında kaygı düzeylerinin arttığını belirtmişlerdir (Leitenberg ve ark., 1984) ve bu kendini bildirim araçlarından edinilen bulgular, deri tepkileri gibi fizyolojik ölçümler tarafından da desteklenmiştir. Benzer şekilde, çıkarma sonrasında kaygı düzeyinin düşmesi (Jarell, Johnson ve Williamson, 1986) yine bu kuramı desteklemektedir.

YEME BOZUKLUKLARININ TEDAVİSİ

Yeme bozukluğu olan bir hastayı, tedaviye almak çoğu kez zordur. Hasta, genellikle, bir rahatsızlığı olduğunu inkâr eder. Bundan dolayı hastaların çoğunluğu -%90'a kadar varan bir oranı- tedavi görmemektedir (Fairburn ve ark., 1996).

Anoreksiya hastalarının tedavisinde, besin takviyesinin aşamalı olarak yapılabilmesi ve dikkatli bir biçimde denetlenebilmesi için çoğu kez hastaneye yatış gereklidir. Kilo kaybı o kadar çok olabilir ki, hastanın yaşamını korumak için serum vermek gerekebilir. Elektrolit dengesizliği gibi tıbbi komplikasyonların da tedavi edilmesi gerekebilir. Anoreksiya ve bulimia için hem biyolojik hem de psikolojik müdahaleler kullanılmaktadır.

BİYOLOJİK TEDAVİLER

Yeme bozuklukları, genellikle depresyon ile bir arada görüldüğü için bazı antidepresanlar belirli düzeyde bir başarıyla kullanılmaktadırlar. Son çalışmalar fluoxetine (Prozac) üzerine yoğunlaşmıştır (Örn. Fluoextine Bulimia Nervoza Araştırma Grubu, 1992). Çok merkezli bir çalışmada, 387 bulimia hastası 8 hafta boyunca yatısız (outpatient) tedavi edilmiştir. Fluoextine, plaseboya göre, tıkanırcasına yeme ve kusmanın azaltılması, depresyon düzeyinin düşmesi ve yemeye ilişkin bozuk tutumların düzelmesinde oldukça etkili bulunmuştur. Daha az kontrollü bir çalışma deseninde, fluoextine'nin anoreksiyada da etkili olduğu gösterilmiştir (örn. Kaye ve ark., 1991). On bir aylık bir izleme çalışmasında, fluoextine ile tedavi edilen 37 anoreksiya hastasının 29'unun, normal kilolarını koruyabilmiş oldukları görülmüştür.

Bununla birlikte blumia üzerine yürütülen araştırmalar, hastaların, ilaç tedavisini yarıda bırakma (drop out) oranlarının, daha sonra aktarılacak olan bilişsel-davranışçı tedavilerin yarıda bırakma oranlarından (örn. Fairburn ve ark, 1992) fazla olduğunu göstermektedir. Çok merkezli yürütülen yeni bir fluoextine araştırması, hastaların üçte birinin, 8 haftalık bir tedavi programın tamamlanmasından önce, genellikle yan etkilerden dolayı, ilacı bıraktıklarını göstermektedir. Bu durum, bilişsel-davranışçı tedavilerin *%5* oranındaki yarıda bırakma oranıyla karşılaştırıldığında, daha çarpıcı hale gelmektedir (Agras ve ark., 1992). Üstelik ilaç tedavisinin kesilmesinin ardından, belirtilerin çoğu vak'ada geri geldiği (relapse) gözlenmektedir (Wilson ve Pike, 1993).

ANOREKSİYANIN TEDAVİSİ

Anoreksiyanın tedavisi iki yönlü bir süreçtir. En önde gelen amaç, tıbbi komplikasyonları ve ölüm olasılığını uzaklaştırmak için hastaya kilo alması konusunda yardımcı olabilmektir.

Hasta genellikle çok zayıftır ve fizyolojik işlevselliği, beslenmenin düzenlenmesi sürecine ek olarak, hastane tedavisini zorunlu kılacak düzeyde bozulmuştur. Hastanede yatarak tedavi gören anoreksiya hastaları için düzenlenen davranışçı tedavi programlarında, hasta mümkün olduğunca izole edilir ve kendisine yemek sırasında eşlik edilir. Hastanın yemek yemesi ve kilo alması sonrasında, televizyon izleme, radyo, teyp dinleme, stajyer hemşireyle yürüyüşler, mektuplar ve ziyaretçiler gibi imkânlar ödül olarak sunulur. Bu programlar belirli bir düzeyde başarı ile uygulanmaktadır (Hsu, 1991). Ancak, ikinci amaç olan, alınan kilonun uzun süreli korunması, henüz tıbbi, davranışçı ya da geleneksel psikodinamik müdahaleler ile tam olarak başarılamamıştır (Wilson, 1995).

Aile terapisi, anoreksiyanın tedavisinde kullanılan diğer bir yöntemdir. Başka tedavilerde olduğu gibi, aile tedavisinin de uzun süreli etkileri yeterince çalışılmamıştır. Bununla beraber, aileleri ile ele alınan 50 anoreksiya hastalarının %86'sının, tedavi sonrasında 3 aydan 4 yıla varan bir menzildeki değerlendirmelerinde, hastaların halen işlevselliklerini sürdürdükleri görülmüştür (Rosman, Minuchin, ve Liebman, 1976).

Birkaç aile terapisi ekolünden birini temsil eden Salvador Minuchin ve arkadaşları, anoreksiya üzerine önemli bir çalışma yapmışlardır. Geliştirmiş oldukları tedavi, Minuchin'in daha önce aktarılan psikodinamik kuramıyla benzerlikler taşımaktadır: anoreksiya hastası çocuk, aile ilişkilerindeki temel çatışmaların yansıtıldığı bir araç olarak görülür. Minuchin, bozukluğu tedavi edebilmek için onu bireysel olmaktan çok kişilerarası bir durum olarak yeniden tanımlamayı ve aile içi çatışmaları ön plana getirmeye yönelmiştir. Minuchin'nin kuramına göre, bu yolla, işlevini yitirmiş ailenin çatışmaları, daha fazla yön değiştiremeyeceği için bu sorunlu aile üyesi, belirtilerini sürdürmek zorunluluğundan kurtulacaktır.

Bu nasıl başarılmaktadır? Anoreksiya hastalarının ailelerinin terapist tarafından izlendiği bir 'aile öğlen yemeği oturumu' önerilmektedir. Çünkü, çatışmalara en temel kanıtların bu gözlemler ile bulunabileceğine inanılmaktadır. Bu oturumlarda üç önemli amaç bulunmaktadır: (1) hastanın, anoreksiya hastası olma rolünü değiştirmek; (2) yeme sorununu kişilerarası bir sorun olarak yeniden tanımlamak; (3) ailenin, çocuklarının anoreksiya belirtilerini, kendi çatışmalarından uzaklaştırıcı bir durum olarak kullanmasının önüne geçmek. Bir taktik olarak, ebeveynlerin birbirlerinden ayrı biçimde, çocuğu yemek yemesi için zorlamaları istenmektedir. Bu sırada, diğer ebeveyn odadan ayrılabilir. Bu bireysel çabanın başarısız olması beklenmektedir. Fakat bu başarısızlık ve engellenme sonucunda, anne ve baba, çocuğu yemeye ikna etmede artık *birlikte* hareket edebilirler. Böylece, çocuğun yemesi, çatışmanın odak noktası olmaktan çok işbirliğini sağlar ve çocukla ilgilenme sürecinde ailevi etkinliği artırır (Rosman, Minuchin, ve Liebman, 1975).

BULİMİANIN TEDAVİSİ

Bulimianın tedavisi birkaç boyuta yönelik olarak düzenlenmektedir. Bilişsel davranışçı tedavide, bulimia hastası, toplumun fiziksel çekiciliğe ilişkin standartlarını sorgulamaya yüreklendirilir (asla çok zengin ya da çok ince olamazsın atasözünde olduğu gibi). Hastalar, şişmanlamaktan kaçınmak için, kendilerini açlığa yönlendiren inançlarını açığa çıkarmalı ve bunları değiştirmelidirler; yani onların, yoğun diyet yapmadan da normal vücut ağırlığının korunabileceğini ve sınırlı yemenin tıkanırcasına yemeyi nasıl tetiklediğini görmeleri sağlanmalıdır. Hastalara, yüksek kalorili bir yiyecekten bir lokma almanın hiçbir şey kaybettirmeyeceği; böyle bir atıştırmanın, yasak yiyeceklerden mümkün olan en kısa sürede kurtulmak için yapılan, kusma ve müshil kullanımı eylemlerinin izlediği tıkanırcasına yemeyi tetiklemeyebileceği öğretilir. Bu ya hep ya hiç düşünce biçiminin seçeneklere dönüştürülmesi süreci, hastaya tükettiği besin miktarını daha orta düzeye indirebilmesinde yardımda bulunabilir. Hem bilişsel-davranışçı hem de kişilerarası terapiler bulimianın iyileşmesinde bazı başarılar göstermişlerdir. Fakat bu yöntemler, çıkarma işlemlerini (kusma, müshil vb kullanımı) dikkate değer düzeyde azaltabilseler de, toplam başarı oranı %50'den daha azdır (Wilson, 1995; Wilson & Pike, 1993). Dolayısıyla bu oran, anoreksiyada olduğu gibi, bulimianın da tedavisinin başarılı bir biçimde yürütülmesinin zor olduğunu göstermektedir.

Anoreksiya çalışmalarıyla karşılaştırıldığında, son yıllarda, bulimianın tedavisine ilişkin çok daha fazla oranda araştırma yapılmıştır. Bu araştırmalar ağırlıklı olarak Fairburn'nün (1985) bilişsel davranışçı modelini temel almaktadır. Daha önce belirtildiği gibi Fairburn, bulimia hastalarının temel sorunlarının, onlardaki, vücut bi-

çiminin ve kilonun, benlik ve diğerleri tarafından kabul görmede büyük bir önemi olduğu biçimindeki inançla bağlantılı olduğunu önermektedir. Bundan dolayı, bulimia hastasına göre, beden biçimi ve kilo, katı bir diyet uygulamasıyla korunmalıdır. Bu katı diyet, tıkanırcasına yeme ile bozulmakta ve sonrasında, alınan yiyeceklerden mümkün olduğunca çabuk kurtulmak için çıkarma işlemine başvurulmaktadır.

Bulimianın tedavisindeki temel amaç, normal yeme örüntüsünü geliştirebilmektir. Hastaların günde 3 öğün yemeleri, aralarda atıştırmalar olsa da, bunların tıkanırcasına yemeye ve çıkarmaya kaymamasını öğrenmeleri gerekmektedir. Hastalar, kendileri hakkında daha az kutuplaşmış inançlar geliştirmeleri için yönlendirilirler. Örneğin terapist yumuşak ama istikrarlı bir biçimde şu mantık dışı (irrasyonel) inançları sorgular: "Şu anda olduğumdan biraz daha kilolu olursam hiç kimse bana saygı duymaz", "Eric beni sadece 50 kilo olduğum için seviyor ve 55 kilo olup balon gibi şişersem kesinlikle beni bırakır [doğrudan alıntıdır]". Bunun altında yatan yaygın varsayım ve kız hastalar açısından bu durumla bağlantılı olan biliş, "bir kadın ancak belirli bir kilonun altında olduğunda bir erkek için değer taşır" gibi medya ve reklamlar tarafından öne sürülen bir inançtır.

Bilişsel-davranışçı tedaviler, bulimia hastasına, bir kişinin yaşamında mantıklı bir amaç olarak kabul edilemeyecek kilo kontrolünün, genellikle tıkanırcasına yeme ve çıkarma ile bozulan aşırı diyet uygulamalarından daha çok belirli bir düzende yeme ile daha kolay başarılabileceğini öğretmeyi de hedefler. Düzenli yeme, açlığı kontrol eder. Böylece, çıkarma işlemi ile tetiklenen, aşırı miktarlarda yemeye yönelik duyulan güçlü isteğin, giderek dizginlenmeye başlayacağı umulur.

Bu bilişsel-davranışçı tedavi yaklaşımında, hasta oturumda yemek için, kendine yasakladığı bir yiyecekten küçük bir parça getirir. Gevşeme egzersizleri, kendini kusturma isteğini kontrol etmede kullanılır. Gerçekçi olmayan talepler ve bilişsel çarpıtmalar -yüksek kalorili bir yiyecekten küçük bir parça yemenin, mutlak bir başarısızlık olduğu ve hastalığa mahkûm olunduğu, asla iyileşemeyeceği biçimindeki inançlar- sürekli olarak sorgulanır. Terapist ve hasta, hastayı tıkanırcasına yemeye iten olayların, düşüncelerin ve duyguların belirlenmesi ve daha sonra bu durumlarla daha uygun baş etme yollarının öğrenilmesinde beraber çalışırlar. Örneğin, eğer terapist ve hasta (genellikle bir genç kız), tıkanırcasına yemenin, hastanın erkek arkadaşı tarafından eleştirilmesinin arkasından ortaya çıktığını keşfederlerse, terapi aşağıda sıralananlardan herhangi birinin ya da hepsinin yapılmasını içerir: Eğer eleştiri haksız ise hastanın atılgan bir biçimde kendini ortaya koyması yönünde yüreklendirilmesi; erkek arkadaşının eleştirisi geçerli olsa bile, Ellis'in tarzıyla, hata yapmanın bir felaket olmadığını ve mükemmel olmanın gerekli olmadığının hastaya öğretilmesi ve hastanın sosyal eleştirilmeye karşı duyarsız hale getirilmesi. Hasta, ideal kiloya ilişkin toplumsal standartları ve kadınların ince olmaları yönündeki baskıları sorgulamaya teşvik edilir (hiçbir yönüyle kolay bir iş değildir).

Bilişsel-davranışçı tedavilerin (BDT), en azından kısa süredeki etkileri, umut vericidir ve anti- depresif ilaç tedavisinden daha etkili olduğu yönünde kanıtlar bulunmaktadır (Agras ver ark., 1992). Çok sayıda araştırmadan elde edilen bulgular, tıkanırcasına yeme ve çıkartma davranışlarının, %70 - %90 arasında değişen oranda düştüğüne, aşırı diyet uygulamalarının önemli derecede azaldığına ve vücudun biçimi ve kiloya ilişkin tutumlarda düzelmeler olduğuna (Garner ve ark., 1993; Wilson ve ark., 1991) işaret etmektedir. Bununla birlikte, tıkanırcasına yeme ve çıkarma sayıları yerine hastaların genel durumlarına odaklaşırsak, BDT ile tedavi edilen hastaların yarısının çok az iyileşme gösterdiklerini anlarız (Craighead ve Agras, 1991; Wilson, 1995; Wilson ve Pike, 1993). Ve eğer iyileşen hastaları altı ya da 12 aylık izlemede değerlendirirsek, sadece üçte birinin tedaviden sağladıkları yararı sürdürebildiklerini görürüz (Fairburn ve ark., 1993). Buna göre, BDT'nin etkiliğine ilişkin tablo karışık görünmektedir.

Tıkanırcasına yeme ve çıkartma isteklerinin üstesinden başarıyla gelenler, depresyon ve düşük benlik-değeri gibi eşlik eden diğer sorunlar açısından da iyileşme gösterebilmektedirler. Bu sonuç şaşırtıcı değildir: Eğer bir kişi, bulimiayı kontrol edilemez bir sorun olarak algılarken normal yeme örüntüsünü başarabildiğini görürse, depresif belirtileri azalabilir ve genellikle kendisini daha iyi hissedebilir. Görgül BDT literatüründen gelen son bir bulgu, Fairburn'nün tedavi modelini temel alan bir elkitabını izleyen ve ruh sağlığı çalışanlarından asgari düzeyde danışmanlık alan kendine yardım (self-help) gruplarının önemli düzeyde yarar sağlayabildiklerini göstermektedir (Cooper, Coker & Fleming, 1994).

BDT, bulimianın tedavisinde, diğer psikolojik müdahalelere göre daha üstün mü? Farklı tedavilerin karşılaştırılmasında sıklıkla gördüğümüz gibi yanıt belirsizdir. Çoğu çalışmada (örn. Fairburn ve ark., 1991; Fairburn ve ark., 1993), Weissman ve Klerman'nın Kişilerarası Tedavisi (KT), BDT ile karşılaştırıldığında, kısa sürede sonuç vermeme olasılığına karşın, KT etkili bulunmuştur. Bu iki farklı müdahale biçiminin etkinlik düzeyleri, bulimianın dört boyutu açısından şöyle karşılaştırılmaktadır: tıkanırcasına yeme, çıkartma, katı diyet uygulaması, vücudun biçimi ve kiloyla ilgili uyumsal olmayan tutumlar (Wilson, 1995). (Benzer sonuçlar, Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü [National Institute of Mental Health / NIMH] tarafından, bu iki tedavi yaklaşımının depresyonun tedavisi üzerindeki etkilerini inceleyen geniş çaplı bir sonuç araştırmasında da elde edilmiştir (Bölüm 18'e bakınız.) KT'nin, BDT'ye göre, uyumsuz yeme örüntüsüne odaklaşmadığını ve bunun yerine kişilerarası işlevselliğin gelişmesine yöneldiği göz önünde bulununca, KT'nin yukarıdaki boyutların *hepsinde* etkili olması dikkate değerdir. Bu başarı, en azından bazı hastalar açısından, bozulmuş yeme örüntüsünün, zayıf kişilerarası ilişkilerin ve bunlarla eşleşen benlik ve dünya hakkındaki olumsuz duyguların bir sonucu olarak ortaya çıkabileceğini önermektedir.

Bu iki temel tedavi yaklaşımının, ilaç gibi diğer müdahalelere göre üstün konumuna rağmen, halen bulimianın en iyi biçimde nasıl tedavi edilebileceğini bulabilmek için üzerinde çalışılacak pek çok nokta bulunmaktadır. Örneğin hastanede yatarak tedavi BDT'nin etkisini arttırabilir (Tuschen ve Bent, 1995), - özellikle sonuçların daha umutsuz olduğu anoreksiyada. Gerçek şu ki, kontrollü çalışmalarda hastaların yarısı iyileşme göstermemektedir. Bu durum, hastaların büyük bölümünde, belki de sınır kişilik bozukluğu, depresyon, kaygı ve evlilik çatışmaları gibi sorunların bozukluğa eşlik etmesine bağlanabilir (Wilson, 1995). Böyle hastalar BDT'den yararlanamadıkları gibi diğer müdahalelerden de fayda sağlayamamaktadırlar. Örneğin, Gleaves ve Eberenz (1994), bir bölge tedavi merkezindeki, 464 bulimia hastası kadın arasında, BDT sonuçlarını incelemişler ve çok sayıda terapist değiştirme ya da hastaneye yatma, cinsel istismar, intihar girişimi öyküsü olanların, olmayanlara göre tedaviden daha az yarar sağladıklarını göstermişlerdir. Terapötik sonuçların olumsuzluğu, bu hastaların daha yaygın ve ciddi düzeyde psikopatolojilerinin olmasından kaynaklanabilir. Ya da, bu olumsuz gidişat, hastanın olasılıkla cinsel istismara bağlı olarak otorite figürlerine güvenememesi, dolayısıyla terapiye bağlanamaması ile ilgili de olabilir (Terapistler otorite figürüdürler ve eğer hasta ebeveynlerden biri tarafından istismar edilirse yerleşen güvensizlik ve kızgınlık en çok terapiste genellenebilir).

İnsanlar tek bir sorun için seyrek olarak tedaviye başvururlar ve yeme bozukluğu kadar ciddi bir durum olasılıkla depresyon gibi diğer bozukluklar ile iç içe geçmiştir. Depresyonun tek başına çok sayıda nedene bağlı olarak ortaya çıktığı dikkate alınınca (A kişisi B kişisinden daha farklı nedenlerden dolayı depresif olabilir), çıkarılacak ders şudur ki, terapi ortamında, belirli bir hastaya en iyi şekilde nasıl yaklaşacağımız konusunda kontrollü sonuç çalışmalarının söyleyebildikleri sınırlıdır. Klinisyenlerin, vak'alar üzerindeki bire bir çalışmalarında yüz yüze kaldıkları ve üstesinden gelmeye çalıştıkları karmaşık sorunlar, belirli bir elkitabına bire bir uyularak yürütülen karşılaştırmalı sonuç araştırmalarında üzerinde durulan konular olmamaktadır.

ÖZET

İki temel yeme bozukluğu kategorisi anoreksiya nervoza ve bulimia nervozadır. Anoreksiya nervozanın belirtileri, normal beden ağırlığını korumayı reddetme, şişmanlamaktan aşırı derecede korkma, çarpıtılmış beden duyumu ve kadınlarda mensturasyonun arka arkaya üç kez olmamasıdır. Anoreksiya genellikle 15 yaşından itibaren başlar, kadınlarda erkeklere oranla on kat fazla bir oranda görülür ve özellikle depresyon gibi başka bozukluklarla bir arada gözlenir. Gidişat pek olumlu değildir ve yaşamı tehdit edici boyutlarda olabilir. Bulimianın belirtileri, çıkartma işlemlerinin izlediği tıkanırcasına yeme dönemleri, şişmanlama korkusu ve beden imgesi bozukluğunu içerir. Anoreksiya gibi bulimia da ergenlik döneminde başlar, kadınlarda erkeklere göre daha fazla orandadır ve depresyon gibi diğer tanılarla bir arada görülür. Gidişat anoreksiyaya göre biraz daha iyidir.

Yeme bozukluklarına ilişkin biyolojik araştırmalar, kalıtımsal özellikleri ve beyin düzeneklerini incelemişlerdir. Kanıtlar olası kalıtımsal yatkınlığa işaret etmektedir, fakat henüz evlat edinme çalışmaları yapılmamıştır. Açlık ve tokluk açısından önemli rol oynayan opiyat ve serotonin, yeme bozukluklarında incelenmiştir. Bu beyin kimyasalları, yeme bozukluğu olan hastalarda düşük düzeyde bulunmuştur.

Psikolojik düzeyde çok çeşitli etkenler önemli rol oynamaktadırlar. Kültürel standartlar, ince olmayı kadınlar için bir ideal olarak daha fazla destekledikçe, yeme bozukluklarının sıklığı giderek artmaktadır. Yeme bozukluğunun yaygınlığı, mankenler, dansçılar ve jimnastikçiler gibi bedenlerine özen göstermek durumunda olan bireyler arasında daha fazladır. Bozukluk ayrıca, ince olmanın güçlü bir biçimde vurgulandığı endüstrileşmiş ülkelerde daha yaygın olarak görülmektedir. Yeme bozukluğunun psikodinamik kuramları ebeveyn-çocuk ilişkisi ve kişilik özellikleri üzerinde durmaktadır. Örneğin, Bruch'ın kuramına göre, sonradan yeme bozukluğu gösteren çocukların ebeveynleri, çocuğun gereksinimlerini göz ardı ederek kendi isteklerini dayatmaktadırlar. Bu şekilde büyüyen çocuklar kendi içsel durumlarını ayırt etmeyi öğrenemezler ve diğerleri tarafından dayatılan standartlara oldukça bağımlıdırlar. Verilerin elde edilme biçimine bağlı olarak, yeme bozukluğu gösteren çocukların aile özelliklerine yönelik yapılmış araştırmalar farklı sonuçlar ortaya koymuşlardır. Hastaların verdiği bilgiler, aile içi çatışmanın varlığına işaret ederken, doğrudan gözlemler, ailelerde belirli bir sapmanın bulunmadığını göstermiştir. Kişilik araştırmaları, yeme bozukluğu olan hastalarda yüksek düzeyde nörotisizm ve mükemmeliyetçilik ile düşük düzeyde benlik-değeri bulmuşlardır.

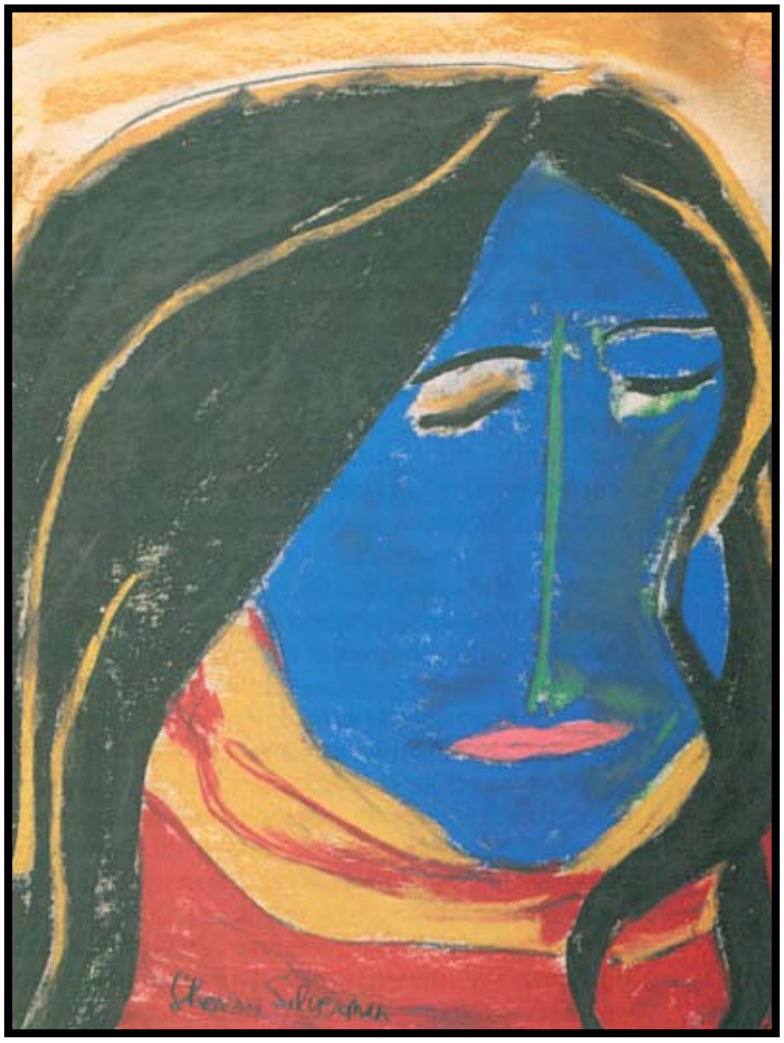
Yeme bozukluklarının bilişsel-davranışçı kuramları, şişmanlama korkusunun ve beden imgesi bozukluğunun, kilo kaybını güçlü bir pekiştirici haline getirdiğini önermektedir. Bulimia nervozalı hastalarda, olumsuz duygulanım ve gerilim, tıkanırcasına yemeye yol açar ki bunun sonucunda yaşanan kaygı da çıkartma davranışına neden olur.

Yeme bozukluklarının temel biyolojik tedavisi antidepresanların kullanımını içermektedir. Bu ilaç tedavisi, belirli düzeyde etkili olsa da, tedaviyi yarıda bırakma ve ilacın kesilmesi sonrası belirtilerin yeniden ortaya çıkması olasılığı yüksektir. Anoreksiyanın tedavisi, tıbbi komplikasyonların azaltılması için hastaneye yatışı gerektirir. Kilo alımı sonrasında, arkadaşların ziyareti gibi pekiştiricilerin sunulması, bir ölçüde etkili olmakla birlikte kazanılan kilonun uzun süre korunmasını sağlayan hiçbir tedavi programı bulunmamaktadır.

Bulimianın bilişsel-davranışçı tedavisi, fiziksel çekiciliğe ilişkin toplumsal standartların sorgulanmasına, yiyecek alımını sınırlandırmaya iten inançların tartışılmasına ve normal yeme örüntüsünün geliştirilmesine odaklaşmaktadır. Sonuçlar, en azından kısa vadede umut vericidir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER

Anoreksiya Nervoza
Bulimia Nervoza
Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu



Sherri Silverman, "kırmızı içindeki mavi kadın", 1993

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

Çeviri: Prof. Dr. Işık Savaşır

DEPRESYON VE MANİNİN GENEL ÖZELLİKLERİ
- Resmi Tanı Listeleri
- Tek uçlu (unipolar)- İki uçlu (bipolar) Bozukluk Ayırımının Geçerliği
- Kategoriler Arasındaki Heterojenlik
- Kronik Duygudurum Bozuklukları

DUYGUDURUM (MOOD BOZUKLUKLARININ PSİKOLOJİK KURAMLARI
- Depresyonun Psikanalitik Kuramı
- Depresyonun Bilişsel Kuramları
- Depresyonun Kişilerarası Kuramı
- İki Uçlu Bozukluğun Psikolojik Kuramları

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARININ BİYOLOJİK KURAMLARI
- Kalıtsal Veriler
- Nörokimya ve Duygudurum Bozuklukları
- Nöroendokrin Sistem

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARINDA TEDAVİ
- Psikolojik Tedaviler
- Biyolojik Tedaviler

ÇOCUKLUK VE ERGENLİKTE DEPRESYON
- Çocukluk ve Ergenlik Depresyonunun Semptomları ve Yaygınlığı
- Çocukluk ve Ergenlik Depresyonunun Etiyolojisi
- Çocukluk ve Ergenlik Depresyonunda Tedavi

İNTİHAR
- İntiharla ilgili Gerçekler
- İntihara Bakış Açıları
- İntiharın Psikolojik Testlerle Yordanması
- İntiharı Önleme
- İntiharla Çalışmada Klinik ve Etik Sorunlar

ÖZET

Psikologa geldiği zaman iki aydır ağır depresyon geçiren Bayan M. otuz sekiz yaşında bir fabrika işçisiydi. Dört çocuk annesi olan Bayan M., üç yıl önce, kötüye giden ekonomik koşulları yalnızca kocasının maaşıyla geçinilemeyecek duruma gelince çalışmaya başlamıştı. Ancak psikologa gelmesinden yedi ay önce işten çıkarıldı ve ailenin ekonomik durumu bozuldu. Parayla ilgili varolan endişeler eşiyle tartışmalara yol açtı. Tartışmalar sadece parayla sınırlı değildi, çocukları da kapsıyordu. Uyumada zorluk çekmeye başladı, İştahı bozuldu ve kilo kaybetti. Enerjisi azaldı ve o zamana kadar hoşlandığı faaliyetlere karşı ilgisini kaybetti. Televizyon karşısında saatlerce geçirmesine rağmen bir zamanlar en sevdiği dizilere ilgi duyamadı ve çoğu zaman dikkatini bile veremedi. Ev işlerini yapmak imkânsız hale geldi, kocası bu durumdan yakınmaya başladı ve bu da yeni tartışmalara yol açtı. Son olarak karısında ciddi bir şeyler olduğunu düşünen Bay M. onu bir psikoloğun görmesi gerektiğine ikna etti.

Bu bölümde duygudurum bozukluklarını tartışacağız. Depresyon ve İki uçlu (Bipolar) bozukluğun DSM kategorilerini tanımlayarak başlıyoruz. Ardından söz konusu bozukluklarla ilgili biyolojik ve psikolojik faktörler üzerine odaklı son dönem çalışmaları aktarıyoruz ve tedavilerini tartışıyoruz. Son bölümde ise intihar üzerinde duruyoruz.

DEPRESYON VE MANİNİN GENEL ÖZELLİKLERİ

Bayan M. vak'asında gösterildiği gibi **depresyon,** büyük bir üzüntü, endişe, suçluluk ve değersiz hissetme, başkalarından uzaklaşma, uyku, iştah, cinsel istek kaybı ya da her zamanki faaliyetlere karşı ilgisizlikle belirginleşen duygudurumudur. Nasıl hepimiz zaman zaman kaygı hissetmişsek, aynı şekilde yaşamımızda büyük olasılıkla hüzün yaratan ancak depresyon tanısını gerektirmeyecek birçok olay yaşarız. Depresyon, sıklıkla panik atak, madde bağımlılığı, cinsel işlev bozukluğu ve kişilik bozukluğu gibi başka psikolojik sorunlarla ilişkilidir.

Depresyonda olan kişi için dikkat etmek çok yorucu bir çabadır. Okuduklarını ve başkalarının onlara söylediklerini anlayamazlar. Karşılıklı konuşma bir yüktür; yavaş ve uzun duraksamalarla, az sözcük kullanarak ve monoton bir sesle konuşurlar. Çoğu yalnız oturup susmayı tercih eder. Bazıları ise ajitedir ve yerinde duramazlar. Ellerini ovuşturarak aşağı yukarı gezinir, inleyerek şikâyet ederler. Depresyonda olan kişiler bir problemle karşılaştıkları zaman hiçbir çözüm akıllarına gelmez. Her anlarında bir ağırlık vardır. Kafaları kendilerine yönelik suçlamalarla doludur. Depresyonda olan kişiler ayrıca kişisel hijyenlerini ve görünüşlerini ihmal ederler, fiziksel bir temeli olmayan çeşitli hipokondriyak ağrı ve sancılardan yakınırlar. Çoğu zaman tamamen keyifsiz, umutsuz ve inisiyatiften yoksun olarak endişeli, kaygılı ve ümitsiz olabilirler.

Yaşam boyunca depresyonun belirti ve işaretlerinde farklılıklar görülür. Daha ilerde ayrıntılı tartışacağımız gibi, çocuklarda depresyon genellikle baş ağrısı, mide ağrısı gibi bedensel yakınmalar şeklinde gözlenir. İleri yaştaki yetişkinlerde depresyon, dikkatin kolay dağılması ve bellek kaybı ile karakterize edilir (bkz. Bölüm 16). Depresyon belirtileri, kabul edilir davranışın kültürel standartlarındaki farklılıklara bağlı olarak, kültürler arası değişkenlik göstermektedir. Örneğin sinir ve baş ağrısı şikâyetleri Latin kültürlerde çok yaygın iken, güçsüzlük Asya'da daha sık görülür. Çoğu depresyon, tekrarlansa da, zamanla dağılma eğilimindedir. Ancak tedavi edilmeyen ortalama bir depresyon dönemi altı ile sekiz ay, hatta daha uzun sürebilir, hasta ve ailesi için daha da uzun gibi gelebilir. Depresyon kronik hale gelirse birey nöbetler arasında eski işlev düzeyine dönemeyebilir.

Mani, sinirlilik, aşırı hareketlilik, konuşkanlık, fikir uçuşması, dikkatte dağılma, uygulanamayacak büyük planlar, zaman zaman amaçsız faaliyetlerle kendini gösteren temelsiz aşırı bir coşku durumudur. Nöbetler halinde depresyon geçiren bazı kişiler kimi zaman aniden de manik olabilirler. Yalnızca mani geçirip depresyon göstermeyen kişilerin olduğuna dair klinik raporlar vardır ancak bu duruma çok ender rastlanır.

Birkaç günden birkaç aya dek sürebilen manik dönemin çalkantısındaki kişi kolaylıkla gürültücü sesiyle fark edilebilir. Konuşma uzun sürelidir, şakalar, kelime oyunları, kafiyeler, konuşanın dikkatini çeken eşyalar ve yakında olanlarla ilgili çağrışımlarla doludur. Bu konuşmayı kesmek çok zordur; maniklerde yaygın olan düşünce uçuşmasını açıklar. Konuşmanın ufak bölümleri anlaşılır durumda olsa da, konuşmacı bir konudan diğerine çabucak atlar. Manik kişinin faaliyete olan gereksinimi onu aşırı sosyal ve karışıcı olmaya iter, sürekli ama amaçsızca meşguldür. Ne yazık ki çabalarındaki hatalardan tamamen habersizdir. Bu hareketliliği herhangi bir önleme çabası çabucak kızgınlık, hatta büyük öfke yaratır. Mani genelde bir iki günde çabucak ortaya çıkar. Tedavi edilmeyen nöbetler birkaç günden birkaç aya kadar sürebilir.

Aşağıdaki manik hastanın tanımlaması kayıtlarımızdan alınmıştır. Bu durumun genellikle bir parçası olan çabuk kızma bu hastada görülmemiştir.

Bir posta hizmetlisi olan Bay W. sekiz yıldır evliydi. Karısı ve iki çocuğuyla birlikte orta sınıf bir semtte rahat ve mutlu olarak yaşıyorlardı. Geriye bakıldığında neler olacağıyla ilgili hiçbir ipucu yoktu. Şubatın on ikisinde karısına enerji ve fikirlerle dolu olduğunu, postacılık işinin doyurucu olmadığını ve yeteneklerini boşuna harcadığını bildirdi. O gece çok az uyudu, zamanının çoğunu masa başında sürekli yazarak geçirdi. Ertesi sabah her zamanki saatte işe gitti ancak saat 11'de otomobili akvaryumlar ve tropik balık malzemeleriyle dolup taşarak eve geldi. İşinden istifa etmiş ve ailenin bankadaki bütün tasarrufunu çekmişti. Parayı tropik balık malzemesi için harcamıştı. Bay W. bir gece önce aletleri değiştirme yolunu keşfettiğini, artık balıkların hiç ölmeyeceklerini ve böylece milyoner olacaklarını iddia etti. Otomobili boşalttıktan sonra etrafta alıcılar aramaya çıktı, herkesin kapısına gitti ve onu dinleyen herkesle konuştu.

O dönemde hastanede yatarken alınan aşağıdaki konuşma örneği inanılmaz iyimserliğini ve kışkırtıcılığını göstermektedir.

***Terapist:** Bugün çok mutlu görünüyorsun.*

***Hasta:** Mutlu! mutlu mu? Sen küçümseme ustasısın. Hınzır adam (bağırarak ayağa fırlıyor) Ben mutluluktan uçuyorum. Bugün, kızımın bisikletiyle batı kıyısına gidiyorum. Sadece 3100 mil. Bildiğin gibi bu hiç bir şey. Aslında yürüyebilirim ama gelecek hafta orada olmak istiyorum. Yolda balık aletlerime yatırım yapmaları için birçok kişiyle temas edeceğim. Bu yolla daha fazla insanla karşılaşacağım, biliyor musun doktor? Bilmek dediysem İncil'deki anlamda bilmekten söz ediyorum. Aman Allahım o kadar iyi hissediyorum ki! Sanki hiç bitmeyen bir orgazm gibi.*

RESMİ TANISAL LİSTELER

DSM-IV de, majör depresyon ve İki uçlu (Bipolar) bozukluk olmak üzere iki temel duygudurum (mood) bozukluğu bulunmaktadır. Bazen de Tek uçlu (Unipolar) depresyon denen majör depresyonun belirtileri aşırı elemli bir duygudurum ve iştah, kilo, uyku ve faaliyet düzeyi bozukluklarıdır. Depresyonun yaygın belirtileri üzerinde genel bir anlaşma vardır. Majör depresif dönemin (epizot) DSM-IV tanısı bu belirtilerden en az beşinin hemen her gün iki hafta süreyle olmasını şart koşar. Çökkün duygudurum ya da ilgi ve hoşnutluğun kaybının bu beş belirtiden biri olması gerekir.

- Üzgün, çökkün duygudurum, günün büyük
- kısmında ve hemen hemen her gün
- Her günkü faaliyetlerde ilgi ve hoşnutluk kaybı.

Patty Duke, hem mani hem de depresyon dönemlerini deneyimlemiş ve buna bağlı olarak iki uçlu bozukluk ile tanımlanmıştır.

- Uyumada güçlükler (insomnia); başlangıçta uykuya dalamama, gece uyanıp bir daha uyuyamama ve sabah çok erken uyanma ya da bazı hastalarda zamanın çoğunu uyuyarak geçirme isteği.
- Faaliyet düzeyinde değişiklik, ya letarjik olma (psikomotor yavaşlama) ya da ajite olma.
- İştah azalması ve kilo kaybı, ya da iştah ve kilo artışı.
- Enerji kaybı ve aşırı yorgunluk.
- Olumsuz benlik kavramı, kendini yerme ve itham etme, değersizlik ve suçluluk duygulan.
- Düşüncede yavaşlama ve kararsızlık gibi dikkati toplamada güçlükten yakınma ya da gerçekten güçlük çekme.
- Yinelenen ölüm ve intihar düşünceleri

Majör depresyon bu kitapta sözü edilen bozukluklar arasında en yaygın olanlardan biridir. Yaşam boyu yaygınlığı ortalama %17'dir (Blazer, Kessler ve McGonogle, 1994). Kadınlarda, erkeklere oranla iki katı sıklıkla gözlenir. Alt sosyo-ekonomik düzeyde ve genç yetişkinlerde daha sıklıkla rastlanır. Majör depresyon tekrarlayıcı bir bozukluktur. Depresyon yaşantısı olanların %80'i bir yıl içinde yeni bir dönem içine girerken (Coryell, 1994) %15'inin depresyonu iki yıldan uzun sürerek kronik bir bozukluk haline dönüşür (Lara, Klein, baskıda).

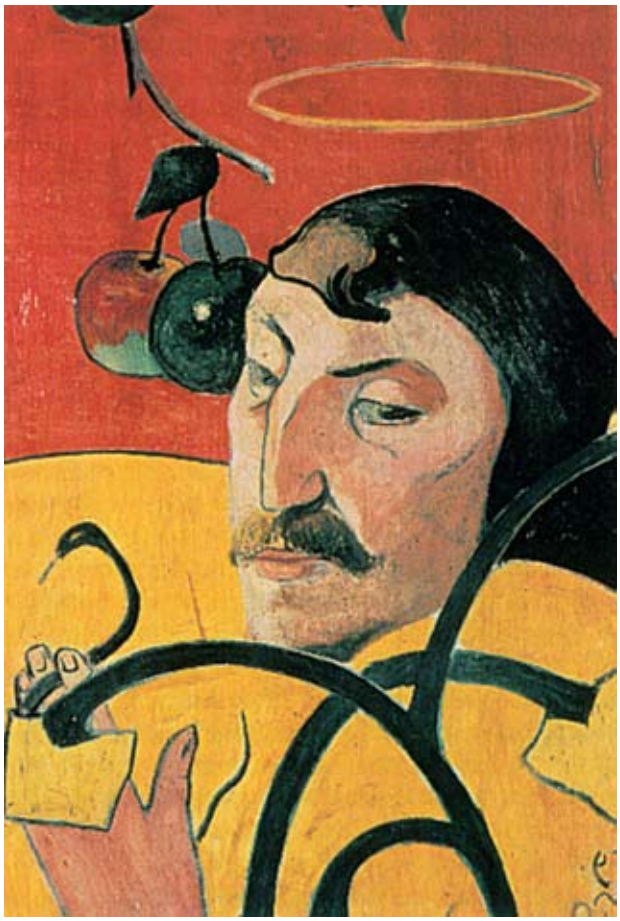
Depresyonun yaygınlığı son elli yıl içinde giderek artmış (Klerman, 1988), aynı zamanda başlangıç yaşı da düşmüştür. Söz konusu olgu

için olası bir açıklama aynı dönemde gerçekleşen sosyal değişimlerde saklıdır. Bugünün genç insanları pek çok konuda engellenme yaşamakta, birbirine bağlı koruyucu geniş aile, geleneksel değerler, din gibi geçmişte toplumun temel parçaları olan sosyal destek yapılarından yoksun kalmaktadır.

İki uçlu I bozukluk DSM-IV'de mani dönemi ve hem mani hem depresyon belirtilerini kapsayan karışık dönem olarak tanımlanmaktadır. İki uçlu I bozukluğu olan kişilerin çoğu aynı zamanda depresyon dönemi de yaşamaktadırlar. İki uçlu bozukluğun kritik belirtileri, maninin taşkın ya da sinirli duygudurumu, konuşkanlık ve aşırı hareketliliği ve ek olarak depresyon dönemleridir. Bu belirtilerin işte ya da sosyal yaşamda ciddi aksamalara neden olacak ya da hastaneye yatırılacak kadar ağır olması gerekmektedir. Manik dönemin resmi tanısı için taşkın ya da huzursuz (irritabl) duygudurum, artı üç (eğer duygudurum huzursuz ise, dört) ek belirti gerekmektedir.

- Faaliyet düzeyinde artma-işte, sosyal yaşamda ya da cinsel olarak-.
- Olağandışı konuşkanlık, hızlı konuşma.
- Düşünce uçuşması ya da düşüncelerin yarıştığı hissi.
- Her zamankinden daha az uyku gereksinimi.
- Abartılı benlik saygısı ya da büyüklük düşünceleri (grandiyözite); özel yetenek ve gücünün olduğuna inanma.
- Dikkat dağınıklığı; dikkatin kolaylıkla başka yöne çevrilmesi.
- Hoşa giden faaliyetlerle aşırı uğraş, aşırı para harcamada olduğu gibi genellikle sonuçları olumsuz olur.

İki uçlu bozukluk majör depresyondan daha az sıklıkta görülür, toplumda görülme sıklığı yüzde 1'dir (Myers ve ark., 1984). Ortalama başlama yaşı yirmidir, kadın ve erkekte aynı oranda gözlenir. Kadınlarda depresyon dönemi erkeklere oranla daha sık, mani dönemi ise daha az görülmektedir (Leibenluft, 1996). Majör depresyonda olduğu gibi, İki uçlu bozukluk da tekrarlama eğilimi gösterir. Vak'aların yüzde 50'den fazlası dört ya da daha çok dönem geçirirler. Özellikle bazı klinikçiler öforiyi (aşırı neşeli / zinde olma) maninin temel belirtisi olarak kabul etmezler, huzursuzluğun ve hatta depresif özelliklerin daha sık olduğunu söylerler (örn., Goodwin ve Jamison, 1990).



Paul Gauguin'in kendi portresi. Pek çok başka sanatçı ve yazar gibi duygudurum bozukluğu vardır.

BİPOLAR BOZUKLUK VE YARATICILIK

Kay Jamison, Ateşe Dokunarak: Manik-depresif Bozukluk ve Sanatsal Mizaç (Touch With Fire: Manic-depressive Illness and The Artistic Temperament) (1992) isimli kitabında, İki uçlu bozukluk konusunda bir uzman ve uzun süredir manik depresif olan biri olarak duygudurum bozuklukları, özellikle İki uçlu bozukluk ile sanatsal yaratıcılık arasında bir bağlantı kurmuştur. Duygudurum bozukluğu olan sanatçılar, besteciler ve yazarların listesi çarpıcıdır, Michelangelo, Van Gogh, Tchaiskovsky, Gauguin, Tennyson, Shelley ve Whitman gibi pek çok ünlü ismi içermektedir. Belki de manik durumu, yükselen duygudurum, artan enerji, hızlı düşünme ve normalde ilişkisiz olan düşünceler arasında bağlantı kurma yeteneğine bağlı olarak yaratıcılığı pekiştirmektedir. Tabi ki, herhangi bir duygudurum bozukluğu olmayan ancak yaratıcı olan, ya da duygudurum bozukluğu olduğu halde yaratıcı olmayan insanlardan oluşan listeler yapılabilir. Ancak yine de duygudurum bozukluklarının yaratıcı süreçte rolü olduğu görülmektedir.

TEK UÇLU (UNIPOLAR) - İKİ UÇLU (BIPOLAR) AYRIMININ GEÇERLİĞİ

On yıldan daha fazla bir zamandan önce duygudurum bozuklukları arasında ayırım yapılmıyordu. O zamandan beri İki uçlu ve tek uçlu arasında önemli bir ayırım olduğu dikkati çekmiştir (bkz. Tablo 10.1). Bu bozukluklar, birçok boyutta ayrıca manik dönemlerin olup olmamasıyla birbirinden ayrılır. Örneğin, İki uçlu bozukluğu olan kişiler depresyondayken tipik olarak her zaman olduğundan daha fazla uyurlar ve letarjiktirler. Tek uçlu depresyondakiler ise aksine uykusuzluk sorunu yaşarlar ve ajitedirler. İki uçlu bozukluğu olan kişilerin akrabaları da, Tek uçlu depresyondakilere kıyasla daha çok duygudurum bozukluğu gösterirler, bu durum kalıtsal faktörlerin İki uçluda Tek uçlu depresyondakinden daha güçlü olduğunu düşündürür. Lityum karbonat, İki uçlu hastalar için Tek uçlu hastalardan daha tedavi edicidir. Bütün bu farklılıklar Tek uçlu - iki uçlu ayırımının geçerliğini desteklemektedir (Depue ve Monroe, 1978).

Kanıtların çoğu İki uçlu ve Tek uçlu bozuklukların farklı olduğu yönündeyse de mesele tamamen kapanmamıştır. İki bozuklukla ilgili kalıtsal araştırmalar resmi bozmaktadır. Tek uçlu depresyonu olan kişilerin akrabaları Tek uçlu hastalık için risk altındadırlar; buna karşılık İki uçlu hastaların akrabaları ise hem Tek uçlu hem de İki uçlu bozukluk için risk altındadırlar; Tek uçlu bozukluk için risk daha fazladır (Gershan, 1990). Bu veriler, Tek uçlu ve İki uçlu bozukluğun farklı şeyler olmadığını, aynı hastalığın şiddetindeki farklı düzeyleri gösterdiği ve İki uçlunun daha ciddi tarafta olduğu tartışmalarını desteklemektedir (Faraone, Kremen ve Tsuang, 1990). Bütün bunlara rağmen duygudurum bozukluklarının nedenleri üzerindeki yayınlar bu ayırımı yaptıkları için biz de Tek uçlu ve İki uçlu bozukluğu ayrı ayrı tartışacağız.

KATEGORİLER ARASINDAKİ HETOREJENLİK

Duygudurum bozukluklarının sınıflandırılmasındaki güçlüklerden biri de çok heterojen olmalarıdır. Bazı İki uçlu hastalarda, neredeyse her gün, hem mani hem de depresyonun bütün belirtileri görülür, bu karışık dönem olarak adlandırılır. Başka hastalarda ise klinik dönem sırasında sadece mani ya da depresyon belirtileri vardır. İki uçlu II denen hastalarda majör depresyon dönemine hipomani eşlik eder, davranış ve duygudurumdaki değişiklikler manideki kadar şiddetli değildir.

Eğer sanrı ve varsanıları varsa depresyondaki hastalar psikoz tanısı alabilirler. Sanrıların varlığı Tek uçlu depresifler arasında ayrım yapmak için yararlı olarak görünür (Johnson, Horvarth ve Weissman, 1991); sanrıları olan depresif hastalar, genelde, kullanılan depresyon ilaçlarına iyi yanıt vermezler, ancak şizofreni gibi diğer psikozlarda kullanılan ilaçlarla beraber kullanıma oldukça iyi yanıt verirler. Buna ek olarak psikotik depresyon, sanrıların olmadığı depresyona kıyasla çok daha ağırdır ve daha fazla sosyal uyumsuzluğa neden olur, dönemler arası süre kısadır (Coryell ve ark., 1996).

DSM-IV'e göre bazı depresyon hastaları melankoli alt tipine uyabilir. Hiç bir faaliyetten hoşlanmazlar. İyi bir şey olduğunda geçici olarak bile daha iyi hissetmezler. Depresyonları sabahları daha yoğundur. İki saat kadar daha erken uyanırlar, iştah ve kilo kaybederler, ya letarjik ya da aşırı ajitedirler. Bu kişilerin, ilk depresyon döneminin öncesinde kişilik bozulmaları yoktur ve biyolojik tedavilere daha iyi yanıt verirler. Melankolili ya da melankolisiz depresyon ayırımının geçerliği iyi saptanmamıştır (Zimmerman ve ark., 1986). Ancak son zamanlarda yapılan bir araştırmada bu depresyon türü ile olumsuz sonuçlar arasında bir ilişki bulunmuştur (Duggan ve ark., 1991;

TABLO 10.1 Tek uçlu ve İki uçlu Depresyon Arasındaki Farklar

Değişken	*Tek uçlu*	*İki uçlu*
Motor faaliyet	Tipik olarak ajite	Depresyondayken gerileme
Uyku	Uyumada zorluk	Depresyondayken her zamankinden daha fazla uyku
Başlangıç yaşı	30'ların sonu, 40'ların başı	30
Aile öyküsü	Birinci düzey yakınlarda yüksek risk	Birinci düzey yakınlarda hem Tek uçlu hem de İki uçlu için yüksek risk
Cinsiyet	Kadınlarda çok daha sık rastlanıyor	Kadın ve erkek için eşit
Biyolojik tedavi	Lityuma bazıları cevap veriyor, ancak trisikliklere daha iyi cevap veriyorlar	En iyi lityuma cevap

Kaynak: Depve ve Monroe, 1978

ODAK 10.1 KAYGI, DEPRESYON VE KARIŞIK KAYGILI DEPRESYON

Bölüm 6'da ve bu bölümde kaygı bozukluklarının genellikle depresyonla bir arada görüldüğü üzerinde durduk. Bu, insanların ağır kaygı ve klinik depresyonu aynı anda yaşayabilecekleri anlamına gelmektedir. Aynı fenomen kaygı ve depresyon klinik belirtiler olarak değil de, duygudurum ya da duygulanım olarak ele alınarak çalışıldığında ortaya çıkar, depresyon ve kaygı ölçümleri yüksek ilişkilidir. Kaygı ve depresyon daha iyi ayrıştırılabilir mi?

Bir yaklaşım, yukarıdaki soruyu duygunun üç boyutu bağlamında kavramsallaştırmaktadır. Olumsuz duygudaki yüksek puan, yüksek düzey stres ve olumsuz duygudurumu deneyimletmektedir. Gerek kaygılı, gerekse depresif kişilerin olumsuz duygu ölçümlerinde puanları yüksektir. Bununla birlikte, kaygı ve depresyon sonraki boyutta ayrıştırılabilir; olumlu duygu, zevk almaya yönelik istek, olumlu duygudurum düzeyi. Depresif kişilerin puanları, kaygılı olanlardan düşüktür. Son olarak, kaygılı kişilerin, depresif olanlara kıyasla duygunun üçüncü boyutundaki –otonom uyarılma– puanları da daha yüksektir; terli avuç içi, yüksek kalp atışı gibi fiziksel işaretler rapor edilmiştir (Clark, Watson ve Mineka, 1994).

Dolayısıyla, kaygı ve depresyon "doğru" ölçümlerle ayrıştırılabilir. Ancak olumsuz duygu düzeyi yüksek olan, aynı zamanda olumlu duygu puanı düşük olan ve otonom uyarılması yüksek olan kişiler olabilir. Bu kişiler, DSM-IV'de yer almak üzere karışık kaygılı depresyon olarak adlandırılabilecek bir tanı sınıfını oluşturabilirler. Bu kişiler, ne kaygı ne de duygudurum bozuklukları kriterlerini karşılamamakta, ancak hem kaygı (üzüntü, huzursuzluk, en kötüsünün olacağına dair beklenti) hem de depresyonun (umutsuzluk, mutsuzluk, düşük benlik saygısı) özelliklerini karışık olarak göstermektedirler; bir başka deyişle, olumsuz duygudaki puanları yüksektir. Bu tanı, DSM'nin ekler bölümünde bulunsa da, bu konudaki araştırmalar sürmekte ve olasılıkla bir sonraki DSM'ye eklenecektir.

DSM-IV'de yer almayan olası bir depresyon alt tipinin tartışması için Odak 10.1'e bakınız).

Gerek manik gerekse depresif dönemlerde katatonik özellikler de görülmektedir. Bunların içinde tamamen hareketsiz kalmanın yanı sıra aşırı ve amaçsız motor faaliyetler vardır. Hem manik hem de depresif dönemler doğum yapan kadınlarda doğumdan sonraki dört hafta içerisinde görülebilmektedir. Bu vak'alar postpartum başlangıç olarak belirtilmektedir.

Son olarak DSM-IV, hem İki uçlu hem de Tek uçlu bozuklukları, eğer yılın belli bir zamanıyla düzenli bir ilişkileri varsa mevsimsel olarak alt tanı grubuna ayırmaktadır. Mevsimsel duygudurum bozukluk kavramı üzerine yapılan araştırmaların çoğu, kışın depresyon, ilkbahar ve yazda ise mani geçiren hastalarla gerçekleştirilmiştir (örn., Rosenthal ve ark., 1986); en yaygın açıklama duygudurum bozukluklarının gün ışığı saatlerine bağlı olduğudur. Böylece, kış depresyonunda tedavi, hastaları parlak beyaz ışığa maruz bırakmakla yapılır (Blehar ve Rosenthal, 1989; Wirz-Justice ve ark, 1993).

KRONİK DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

DSM-IV, duygudurum bozukluklarının belirgin olduğu iki uzun süreli, ya da kronik, bozukluk sınıflamaktadır. Bu bozuklukların her ikisinde de belirtilerin iki yıl ya da daha fazla sürmesi gerekmektedir, ancak bu belirtiler majör depresyon ya da mani tanısı alacak kadar şiddetli değildir. Siklotimik bozuklukta bireyin sık depresyon ve hipomani dönemleri vardır. Bu dönemler karışık olabilir, birbirini takip edebilir ya da arada iki ay kadar normal ruh hali görülebilir. Siklotimik bozukluğu olanlar, hipomani ve depresyon dönemlerinde çiftli belirtiler gösterirler. Depresyon sırasında yetersiz hissederler; hipomani sırasında benlik saygıları abartılı bir şekilde yüksektir. İnsanlardan kaçarlar; sonra hiç çekinmeden herkese yanaşırlar. Çok uyurlar,

Mevsimsel depresyon majör depresif bozukluğun alt tiplerinden biridir. Bu kadın, kışın mevsimsel depresyonu olan hastalarda etkili bir tedavi olan ışık terapisi uygulamasında görülmektedir.

sonra çok az uyurlar. Depresyondaki siklotimik kişilerin dikkatlerini toplamada zorlukları vardır ve sözel üretkenlikleri azalır; ancak hipomani sırasında düşünceleri keskinleşir, yaratıcı olurlar ve üretimleri artar. Siklotimisi olanlar tam bir depresif dönem ya da mani geçirebilirler.

Distimik bozukluğu olan kişiler kronik olarak depresyon içindedirler. Kendilerini üzgün hissetme ve her zamanki faaliyetlerden hoşlanmamanın yanı sıra uykusuzluk ya da çok uyuma, yetersiz hissetme, enerji kaybı, kötümserlik, dikkati toplayamama ve açık düşünememe, başkalarından kaçınma gibi depresyon belirtilerini gösterirler. Kelin ve arkadaşları (1988) tarafından toplanan veriler depresyonun bir şekli olarak distiminin geçerliğini saptamış ve bu bozukluğun ağır bir formu olduğunu göstermişlerdir. Birçok distimik hasta kronik olarak depresyondadır, ayrıca majör depresyon nöbetleri de geçirirler.

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARININ PSİKOLOJİK KURAMLARI

Depresyon farklı açılardan incelenmiştir. Burada, yas ve kayıpla ilgili bilinç dışı çatışmaları vurgulayan psikanalitik görüşü; kişinin kendine karşı olumsuz düşünce süreçlerine odaklaşan bilişsel kuramları; depresyondaki kişilerin başkalarıyla etkileşimini vurgulayan kişilerarası faktörleri tartışacağız. Bu kuramlar, çoğunlukla farklı yatkınlıkları (diathesis) genel bir yatkınlık-stres kuramı içinde tanımlar. Stres faktörlerinin depresyonun hızlandırıcı dönemi içindeki rolü dönemlerin sayısı arttıkça, faktörlerin öneminin azalmasına karşın oldukça iyi belirlenmiştir. Tartıştığımız kuramlar strese duygudurum bozukluğu ile yanıt veren kişilerin psikolojik karakteristiklerinin neler olduğu sorusuna yanıt vermeyi denemektedir.

DEPRESYONUN PSİKANALİTİK KURAMI

Freud (1917), ünlü "Yas ve Melankoli" (Mourning and Melancholia) makalesinde depresyon için potansiyelin erken çocukluk döneminde oluştuğunu yazmıştır. Oral dönemde çocuğun ihtiyaçlarının ya aşırı ya da çok az karşılanabildiğini ve bunun da bireyin bu dönemde kalmasına ve bu döneme ait içgüdüsel doyumlara bağımlı olmasına neden olabildiğini ileri sürdü. Psikoseksüel olgunlaşmada böyle bir duraklamayla, oral dönemdeki bu saplanmaya bağlı olarak birey, benlik saygısının sürmesi için başka insanlara ağır bağımlı olma eğilimi geliştirebilir.

Çocukluktaki böyle bir durumdan sonra yetişkinlikte depresyon nasıl ortaya çıkmaktadır? Bu karmaşık çıkarım kayıp analizine dayanır. Freud, sevilen kişinin kaybından sonra yastaki kişinin ilk önce kayıp kişiyi içine aldığını (introjection), kaybı bozma, geri getirme çabasıyla onunla özdeşim kurduğunu varsaymıştır. Sevdiğimiz kişilere bilinçdışı olarak olumsuz duygular da beslediğimiz için yas tutan kişi kendi kızgınlık ve nefretinin nesnesi haline gelir. Ayrıca yaslı kişi terk edilmekten dolayı kızar ve ölen kişiye karşı işlediği gerçek ya da hayali suçlardan ötürü suçluluk duyar.

İçe alma dönemini yas çalışması izler. Yas tutan kişi, kayıp kişiyle ilgili anılarını hatırlar böylelikle kendini, ölen ya da onu hayal kırıklığına uğratan kişiden ayırır, içe almalarının bağlarını gevşetir.

Yas çalışması aşırı bağımlı kişilerde işlemeyebilir ve devam eden kendini itham, kendini aşağılama ve depresyon sürecine dönüşebilir. Bu gibi kişiler kayıp kişiyle bağlarını gevşetmezler; tam tersine içe alınmış sevilen kişide algılanan hata ve eksikliliklerinden dolayı kendilerine azap çektirirler. Kayıp kişiye karşı olan kızgınlık içe çevrilir. Bu çeşit kuramsallaştırma, 'depresyon kendine döndürülmüş kızgınlıktır' tarzındaki yaygın psikodinamik görüşün temelini oluşturur.

Psikanalitik görüşe göre bazı araştırmalar yapılmış olsa da elde edilen az miktarda bilgi kuramı desteklememektedir. Bazı depresif kişilerin bağımlılık düzeyinin yüksek olduğu ve bir reddedilme deneyiminin ardından depresif oldukları görülmektedir (Nietzel ve Harris, 1990). Kuramsal olarak düşler ve projektif testler bilinçdışı korku ve gereksinmelerin ifade edildiği gereçler olmalıdır. Beck ve Ward (1961) depresyonda olan kişilerin düşlerini analiz etmiş ve kayıp ve başarısızlık temaları bulmuş, kızgınlık ve düşmanca tutumlar bulamamışlardır. Projektif testlere verilen yanıtlar incelendiğinde depresyondakilerin saldırganla değil, kurbanla özdeşim kurdukları görülmüştür. Başka veriler de psikanalitik kurama ters düşmektedir. Eğer depresyon içe döndürülmüş kızgınlıktan geliyorsa, depresyondaki kişilerin başkalarına karşı kızgınlık göstermemelerini bekleriz. Hâlbuki böy-

le olmamaktadır; depresyondaki kişiler sıklıkla yakınlarına büyük kızgınlık ve öfke gösterirler (Weissman, Klerman ve Paykel, 1971).

Freud'un kuramsal terimler haline getirdiği klinik değerlendirmelerinin birçok çağdaş yazar tarafından kabul görmemesine rağmen, bazı temel sayıltılarının süregelen bir etkisi olduğunu unutmamalıyız. Örneğin bilişsel araştırmalar (ilerde tartışılacak), depresif kişilerde sıklıkla "herkes tarafından beğenilmeliyim ve sevilmeliyim" şeklindeki gerçekçi olmayan düşüncelerin görüldüğünü bulmuşlardır. Bu düşünceler, Freud'un sevdiği insanı kaybettikten sonra depresyona giren oral kişiliğe yönelik fikri ile ilişkili olmalıdır. Benzer şekilde, çok sayıda kanıt, depresyonun stresli yaşam olaylarıyla ortaya çıktığını göstermektedir ve bu olaylar çoğunlukla işten ayrılma, boşanma gibi kayıplarını içerir (Örn., Brown ve Harris, 1978).

Depresyona yönelik bilişsel kuramlar bugün kontrollü araştırmalarda en sık kullanılan kuramlar olduğu için, şimdi bunlardan iki tanesini, Beck'in şema kuramını ve çaresizlik / umutsuzluk kuramını tartışacağız.

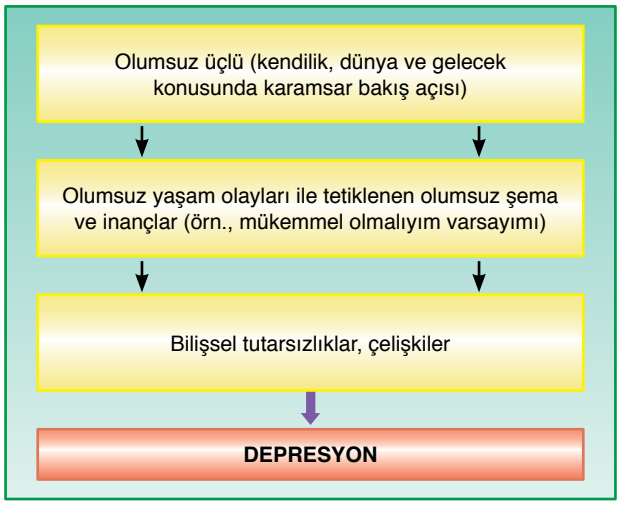
DEPRESYONUN BİLİŞSEL KURAMLARI

Bölüm 6'da kaygıda bilişin rolü ve Bölüm 2'de Ellis'in gerçekçi olmayan inançlar kavramına yönelik tartışmalar, bilişsel süreçlerin duygusal davranışlarda önemli rol oynadıklarını gösterir. Bazı kaygı kuramlarında olduğu gibi, depresyonla ilgili bazı kuramlarda, düşünce ve inançlar duygusal durumu etkileyen ya da neden olan temel faktörler olarak görülmektedir.

BECK'İN DEPRESYON KURAMI

Biliş düzeyleri ve düşünce süreçlerinin depresyonda nedensel faktör olduğunu ileri süren önemli kuramlardan biri Aaron Beck'inkidir (1967; 1985; 1987). Temel tezi, depresyondaki insanın düşüncesinin olumsuz yorumlara yanlı olduğu için öyle hissettiğidir. Beck tarafından, depresyonun altında yattığına inanılan üç düzey bilişsel faaliyet Şekil 10.1'de gösterilmektedir.

Beck'e göre depresyondaki kişiler çocukluk ya da gençlik döneminde ana baba kaybı, birbirini izleyen çeşitli trajediler, akranların reddi, öğretmenlerin eleştirisi sonucunda olumsuz şemalar geliştirirler. (Daha ilerdeki çocukluk depresyonu tartışmamızda, erken dönem şemaların ergenlik öncesi depresyonu yönlendirdiklerinden bahsedeceğiz). Hepimizin çok çeşitli şemaları vardır; bunlarla yaşamımızı düzene sokarız. Depresyondaki kişinin edindiği olumsuz şemalar ya da inançlar, bu şemaların öğrenildiği durumlara yakından ya da uzaktan benzeyen yeni olaylarla karşılaştıklarında harekete geçerler. Ayrıca, depresyondakilerin olumsuz şemaları, kişinin gerçeği çarpıtmasına neden olan bazı bilişsel yanlılıkları uyarır ve onlar tarafından beslenir. Böylece yetersizlik şeması, depresyondaki kişilerin yaptıkları her işte başarısızlık beklentisinde olmalarını sağlar; kendini itham etme şeması, bütün ters giden işlerde kendilerine sorumluluk yükler; kendini olumsuz değerlendirme şeması kendi değersizliklerini vurgular.



Şekill 10.1 *Beck'in Depresyon Kuramındaki Farklı Bilişler Arası İlişkiler*

Yaşıtlarca reddedilmek, Beck'in kuramında depresyonda kilit rol oynadığı öne sürülen olumsuz şemaların gelişimine yol açabilir.

Bilişsel yanlılık ve çarpıtmalarla birlikte olumsuz şemalar, Beck'in olumsuz üçlü olarak adlandırdığı durumu sürdürür. Olumsuz üçlü; kendini, dünyayı ve geleceği olumsuz algılamadır. Beck'in depresif üçlemesinin dünya bölümü, kişinin çevrenin beklentileri ile başa çıkamayacağı düşüncesine yönelik yargılamasına karşılık gelmektedir. Büyük oranda kişiseldir— "Ben bütün bu beklenti ve sorumluluklarla başa çıkmayı beceremem"- ve kendisinin doğrudan karışmadığı tüm dünyayı ilgilendiren olaylarla ilgili değildir (Haaga ve ark., 1991, s. 218). Aşağıda depresyondaki kişilerin temel bilişsel yanlılıklarının bir listesi verilmektedir.

- **Keyfi Çıkarsama.** Yeterli ya da hiç kanıt olmadan bir sonuca varmaktır. Örneğin, bahçede parti veren bir adamın yağmur yağdığı için kendinin değersiz olduğu sonucuna varması.
- **Seçici Soyutlama.** Birçok öğesi olan bir durumda öğelerden yalnızca birine göre sonuca varmak. Bir işçi elde edilen ürün işlev görmediğinde kendini değersiz hisseder hâlbuki ürünün imalatında görev alan başka birçok kişi vardır.
- **Aşırı Genelleme.** Tek, olasılıkla da saçma bir olaya dayanarak çok genel bir sonuç çıkartmak. Bir öğrenci, belli bir günde bir dersteki başarısızlığını değersizliğinin ve aptallığının son kanıtı olarak kabul eder.
- **Büyütme ve Küçümseme.** Değerlendirmelerde abartılı olma. Bir adam çarptığı arabasında ufak bir sıyrık olduğunu görüp arabayı harap ettiği için kendini hiç bir işe yaramayan, değersiz biri olarak görür (Büyütme); Bir kadın bir çok kayda değecek başarıdan sonra kendini hâlâ değersiz hisseder (Küçümseme).

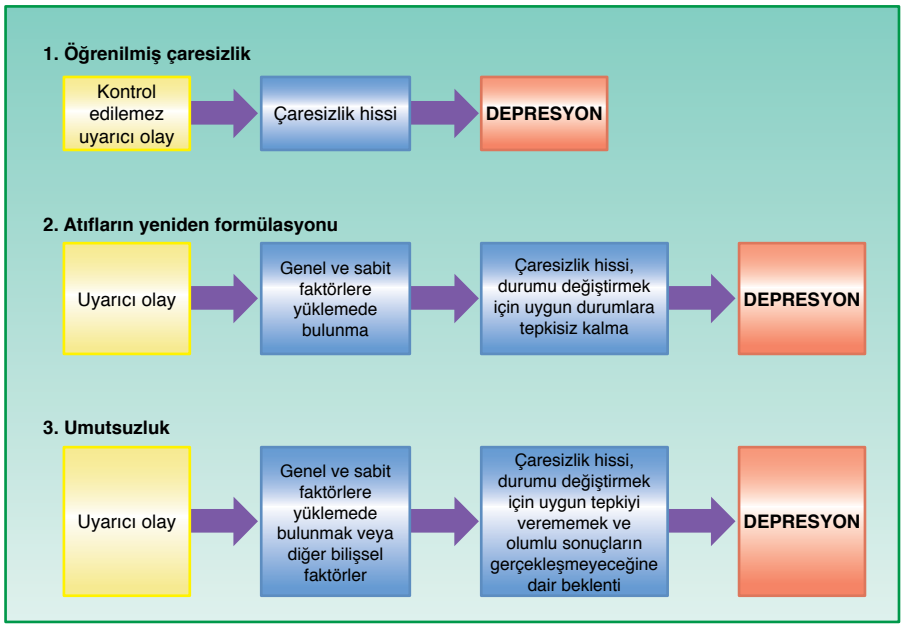
Freud'un temel görüşünde olduğu gibi bir çok kuramcının insanları kendi ihtiraslarının kurbanları, duygularını çok az ya da hiç kontrol edemeyen zavallı yaratıklar olarak görmelerine rağmen Beck'in kuramında neden-sonuç ilişkisi tersine işlemektedir. Duygusal tepkilerimizin, dünyayı nasıl kavramsallaştırdığımızın bir işlevi olduğu düşünülür. Gerçekten de, depresiflerin yorumları çoğu insanın dünyayı algılamalarına ters düşmektedir. Beck, depresyondaki kişileri kendileriyle ilgili mantıksız düşüncelerinin kurbanı olarak görür.

DEĞERLENDİRME Beck'in kuramını değerlendirirken en az iki noktanın gösterilmesi gerekir. Birincisi, depresyonda olmayanlara kıyasla depresif kişilerin, Beck tarafından ileri sürüldüğü gibi, kendilerini yanlı değerlendirmelidir. Bu nokta başlangıçta, depresif hastaların bu yanlılıkların hiç olmazsa bir kısmını gösterdikleriyle ilgili Beck'in klinik gözlemleriyle desteklenmiştir (Beck, 1967).

Bu görüşle ilgili başka destekler çeşitli kaynaklardan gelmektedir. Depresif hastaların bilişsel çarpıtmalarını değerlendirmek amacıyla, üniversite öğrencilerinin sorunlu durumlarıyla ilgili öyküler (Kratz ve Hammen, 1979) ve olumsuz otomatik düşüncelerin kayıtları kullanılmıştır (Hollon ve Kendall, 1980). Genel olarak depresif hastaların bu anketlere verdiği yanıtlar Beck'in kuramıyla ilgili beklentiler doğrultusundadır (Örneğin, Dobson ve Shaw, 1986). Depresyonun tedavisinden sonra Otomatik Düşünceler Anketiyle ölçülen yanlı düşünceler de anlamlı olarak azalmıştır (Simonss, Garfield ve Murphy, 1984). Ayrıca, Bölüm 4'te gösterildiği gibi, kurgusal durumlarda düşüncelerin nasıl ifade edildiğini çalışan bir araştırmada depresif hastalar Beck'in öne sürdüğü şekilde yanlılıklar göstermişlerdir (White ve ark., 1992). Depresiflerin, bilgiyi algılama ve hatırlamada da olumsuz şemaları vardır. Çünkü bilgiyi daha olumsuz algılamakta (Roth ve Rehm, 1980), yanlış yanıtlarını doğrulardan daha iyi hatırlamakta (Nelson ve Craighead, 1977) ve Stroop test uygulamasında olumsuz kelimelerden daha fazla etkilenmektedir (Segal ve ark., 1995).

Ancak, başka bir grup araştırma depresiflerde düşüncelerin mutlaka çarpıtılmış olmadığını göstermektedir. Örneğin, depresiflerde başarı beklentisi oldukça doğrudur, ancak normaller başarıyı olduğundan iyimser şekilde tahmin etmektedirler (Lobitz ve Post, 1979). Böylece, depresyonda olanlar tutarlı olarak kötümserdirler ancak düşünceleri her zaman çarpıtılmış değildir (Layne, 1986). Gelecekteki araştırmalar için önemli bir hedef, depresiflerin hangi koşullar altında gerçeği çarpıttıklarını ve ne zaman normallerden daha iyi algıladıklarını anlamaktır.

Depresyonun bilişsel kuramları için en büyük meydan okuma, belki de ikinci önemli noktayı, yani depresif kişilerin olumsuz inançlarının depresyonlarını takip etmediğini, aslında depresif duygudurumuna neden olduğunu göstermektir. Deneysel psikolojideki birçok araştırma, genel olarak bireyin duygudurumunun olayları algıla-



Şekil 10.2 *Depresyonun Üç Çaresizlik Kuramı*

yış biçiminden etkilendiğini göstermiştir. Ancak duygudurumun yönlendirilmesinin de düşünceyi etkilediği bulunmuştur (örn., Isen ve ark., 1978). Beck ve diğerleri, depresyon ve bazı düşünce şekilleri arasında ilişki olduğunu göstermişlerdir ancak bu verilerden nedensel bir ilişki sonucuna varılamaz. Depresyon olumsuz düşüncelere neden olabilir ya da olumsuz düşünceler depresyona neden olabilir. Bakış açımıza göre, bütün olasılıklarda ilişki iki yönlü işler; depresyon daha olumsuz düşünmeye yol açabilir ve olumsuz düşünmek depresyona neden olabilir ve kesinlikle daha kötüye götürebilir.

Kişinin depresif olup olmadığına karar vermek için işlevsiz düşüncenin değerlendirildiği ve bileşenlerinin sonraki zamanlarda tamamlandığı boylamsal çalışmalar başlamıştı. Böyle bir çalışmada geniş bir örneklem grubunu oluşturan kişiler, bilişi ve depresyonu ölçen bir test bataryasını doldurmuşlardır (Lewinsohn ve ark., 1981). Sonradan depresif olan insanların düşüncelerinin değerlendirildiği önceki testlerin sonuçlarının sekiz aylık takibi, bilişin nedensel bir rolü olduğunu göstermemiştir.

> Depresyon gelişmeden önce (gelecekteki depresifler) gerçekçi olmayan düşünceler yoktu, olumlu sonuçlar için olan beklentileri düşük ya da olumsuzlar için yüksek değildi... kendilerini olaylar üzerinde daha az kontrol sahibi olarak da görmüyorlardı. (s. 218).

Bu araştırmanın çekinceleri, bilişsel ölçümlerin Beck'in kuramını tam anlamıyla karşılamak konusunda yetersiz kaldığını göstermektedir. Bilişlerin ölçümleri kullanılarak yapılan yeni bir inceleme Beck'in kuramı ile daha dolaysız bir ilişki içindedir ve daha olumlu sonuçlar bulunmasını sağlamaktadır (Brown ve ark., 1995): Stres yaşayan üniversite öğrencilerinden depresif düşünce ölçümlerinde yüksek puanı olanlar, depresyon ölçeklerinde de diğerlerine kıyasla daha yüksek puanlar almışlardır. Ancak bu çalışmada depresyonun klinik tanısı göz ardı edilmiştir. Araştırmacılar Beck'in kuram kapsamında bilişlerin değerlendirilmesi için kullanılan ölçeklerin (İşlevsiz Atıflar Ölçeği), çok boyutlu, işlevsiz atıfların farklı boyutlarını değerlendirecek şekilde alt ölçeklerden oluştuğunu belirtmektedirler. Örneğin, diğerlerini etkilemek için güçlü bir ihtiyaç ve mükemmel olma arzusu (Brown ve ark., 1995). İşlevsiz düşüncenin bu şekilde ayrıntılı ve öznel boyutları ile ele alınması, ilişkili olan stres faktörleri ile karşı karşıya gelindiğinde ortaya çıkan depresyonun daha başarılı yordanmasını sağlamaktadır, örneğin, mükemmel olmak isteyen birinin kişisel bir başarısızlık yaşaması gibi (Hewitt, Flett ve Ediger, 1996).

Bu belirsizliklere rağmen, Beck'in kuramı test edilebilir olma avantajına sahiptir ve bu şekilde depresyon üzerine yapılan araştırmaların artmasını ve genişlemesini sağlamıştır. Beck'in çalışması, daha ilerde bu bölümde tartışılacağı gibi, terapistleri duygularını değiştirebilmek için direkt depresif hastanın düşüncelerine odaklanmaya yönelmiştir.

ÇARESİZLİK / UMUTSUZLUK

Bu bölümde, depresyon üzerine etkili bir bilişsel kuramın evrimini ayrıntılı bir şekilde tartışacağız. Aslında üç kuram tartışacağız; özgün çaresizlik kuramı, daha sonraki, daha bilişsel yüklemeli versiyonu ve en sonunda umutsuzluk kuramına dönüşümü (Her üçünün özeti için Şekil 10.2 ye bakınız).

ÖĞRENİLMİŞ ÇARESİZLİK Öğrenilmiş çaresizlik kuramının temel sayıltısı bireyin pasifliği, eyleme geçememe ve yaşamını kontrol edememe duygusunun, bireyin başarısız olarak kontrol etmeye çalıştığı nahoş yaşam olayları ve travmalar sonucunda geliştiğidir. Bu daha sonra depresyona yol açar.

Başlangıçta bu kuram kaçamayacakları elektrik şokuna maruz kalan köpeklerin davranışını açıklamak üzere geliştirilmiş bir aracılı (mediational) öğrenme kuramıydı. İlk şokları aldıktan biraz sonra köpekler stres içinde oraya buraya koşmayı bırakıyorlardı; sanki havlu atıyorlar ve acı veren uyarıcıyı pasif olarak kabulleniyorlardı. Deneyin daha sonraki kısmında şoklardan kaçınılabiliyordu, ancak bu köpekler kaçınma davranışını kontrol hayvanları kadar etkili kazanamıyorlardı. Çoğu bir köşeye çekilip inliyorlardı. Bu gözlemlere dayanarak Seligman (1974) kontrol edilemeyen itici uyarılmayla karşılaşan hayvanların çaresizlik duygusu geliştirebileceklerini ileri sürdü. Bu çaresizlik, daha sonra kontrol edebilecekleri stresli durumlardaki performanslarını ciddi ve olumsuz bir şekilde etkiliyordu. Acı veren uyarıcılar karşısında etkili bir şekilde yanıt verme motivasyonu ve yeteneğini kaybetmiş görünüyorlardı.

Seligman, kontrol edilemeyen stresin etkileri üzerindeki bu ve diğer çalışmalara dayanarak, hayvanlardaki öğrenilmiş çaresizliğin insanlardaki depresyonun hiç olmazsa bazı çeşitleri için bir model oluşturabileceğini düşündü. Hayvan laboratuar çalışmalarında gözlenen çaresizlik göstergeleriyle depresyonun bazı belirtileri arasındaki benzerliklere dikkat çekti.

Depresyondaki birçok insan gibi, hayvanlar stres karşısında pasif kalıp başa çıkmalarını sağlayacak faaliyetlere başlayamadılar. İştahsızlık, yemede ve yediklerini tutmada güçlük çektiler ve kilo kaybettiler. Bundan başka, depresyonla bağlantılı olan nörotransmitter maddelerden biri, norepinefrin, Seligman'ın hayvanlarında tüketilmişti.

YÜKLEMELER VE ÖĞRENİLMİŞ ÇARESİZLİK Hayvanlarla yapılan özgün araştırmalardan sonra araştırmacılar benzer çalışmaları insanlar için uygulamışlardır. 1978'e gelindiğinde kuramın birçok eksikliği ve depresyonun açıklanamayan kısımları açıkça ortaya çıkınca Abramson, Seligman ve Teasdale (1978) tarafından kuramın gözden geçirilmiş versiyonu önerildi. İnsanlarla yapılan bazı çalışmalarda çaresizlik denemelerinin daha sonra performansı arttırdığı gösterilmişti (örn., bkz. Worthman ve Brehm, 1975). Ayıca birçok depresif kişi kendilerini başarısızlıklarından sorumlu buldu. Eğer kendilerini çaresiz hissediyorlarsa nasıl olur da aynı zamanda sorumlu hissederler? Gözden geçirilmiş yeni kuramın esasını yükleme (atıf / attribution) kavramı oluşturmaktadır. **Yükleme,** bir kişinin davranışı için olan açıklamasıdır (Weiner ve ark., 1971). Bu şekilde öğrenme ve bilişsel öğeler birleşmiş olmaktadır. Başarısızlıkla karşılaştığı bir durumda birey başarısızlığı bir nedene yükleyecektir. Tablo 10.2 de, Abramson, Seligman ve Teasdale'in formülasyonu öğrencilerin GRE'deki matematik testindeki başarısızlıklarını yükleme biçimlerini göstermek için uygulanmıştır. Üç soru sorulmuştur. Başarısızlığın nedeninin içsel mi (kişisel) ya da dışsal mı olduğuna inanıyor? Problemin kalıcı mı yoksa geçici mi olduğuna inanıyor? Başaramama ne kadar özel ya da genel olarak algılanıyor?

Çaresizlik kuramının yükleme versiyonu, bireyin başarısızlığı açıklama şeklinin daha sonraki etkileri belirleyeceğini varsaymaktadır.

Genel yüklemeler ("Hiç bir şeyi asla doğru yapamam") başarısızlığın etkisini genelleştire-

TABLO 10.2 Depresyonun Yükleme Şemaları: GRE Matematik sınavından neden başarısız oldum?

	İçsel (Kişisel		*Dışsal (Çevresel)*	
Düzey	***Kalıcı***	***Geçici***	***Kalıcı***	***Geçici***
Genel	Zeki değilim	Ben tükenmiş biriyim	Bu testlerin hepsi adaletsiz	Cuma 13, uğursuz gün
Özel	Matematik yeteneğim yok	Ben matematikten bezdim	Matematik testi adaletsiz bir test	Matematik testimin numarası 13'tü.

cektir. Kalıcı faktörlere ("Testte asla iyi değilimdir") yükleme uzun süreli olmalarını sağlayacaktır. Başarısızlığı iç faktörlere ("Ben bir aptalım") yükleme, özellikle hem kalıcı hem de genel olarak algılanıyorsa, kendilik değerini azaltacaktır.

Kurama göre, insanlar olumsuz yaşam olaylarını kalıcı ve genel nedenlere yükledikleri zaman depresyona girerler. Benlik saygısının da çöküp çökmeyeceği ise olumsuz sonuçlardan kendi eksikliklerini sorumlu tutup tutmamalarına bağlıdır. Depresyona yatkın birey ayrıca "depresif yükleme tarzı" göstermektedir. Bu tarz kötü sonuçları kişisel, genel ve kalıcı karakter hatalarına bağlama eğilimidir. Böyle bir tarzı olan kişi (yatkınlık) hoş olmayan, mutsuz olaylarla karşılaştığında (stres) depresyona girer ve benlik saygıları yıkılır (Peterson ve Seligman, 1984).

Depresif yükleme tarzları nereden geliyor? İkinci bölümde belirttiğimiz gibi, böylesi temel bir sorunun yanıtlanmasındaki başarısızlık, çoğu bilişsel psikopatoloji kuramıyla ilgili bir sorundur. Genel anlamda, bu önemli sorunun yanıtının çocukluk deneyimlerinin altında yattığı düşünülmektedir (her türlü psikolojik kuramın yaygın konusu). Ancak bu bakış açısını destekleyecek çok az veri toparlanmıştır. Depresif yükleme tarzlarının çocukluk döneminde yaşanan istismar, aşırı koruyucu anne- baba, sert disiplin ve mükemmeliyetçi standartlarla ilişkili bulunması umut verici bir başlangıçtır (Rose ve ark., 1994).

Bazı araştırmalar gözden geçirilmiş kurama doğrudan destek vermektedir. Seligman ve arkadaşları (1979) Yükleme Tarzı Envanterini geliştirdiler ve kuramın yordadığı gibi depresyonda olan üniversite öğrencilerinin normal öğrencilerle karşılaştırıldığında başarısızlığı daha çok kalıcı, kişisel ve genel eksikliklere bağladıklarını buldular. Metalsky, Halberstadt ve Abramson (1987), yükleme tarzını depresif duygudurumа bağlamışlardır. Giriş psikolojisi dersi alan üniversite öğrencileriyle bir çalışma yapmışlardır. Öğrenciler dönem başında Yükleme Tarzı Envanterini ve ortalama not beklentilerini araştıran bir anket doldurmuşlardır. Ara sınavlarından önce, notları aldıktan hemen sonra ve tekrar iki gün sonra duygudurumu ölçmek amacıyla bir liste kullanılmıştır. Çaresizliğin yükleme kuramına göre, Yükleme Tarzı Envanteriyle saptanan olumsuz olayları kalıcı ve genel eksikliklere bağlamak eğilimi, düşük not alan öğrencilerde depresif duygudurumu yordayacaktır. Düşük not beklentilere uymama olarak tanımlanmıştı; bu puana öğrencinin verdiği öneme göre ağırlık verilmişti.

Sonuçlar, sınav sonu duygudurum ölçümlerinin hangisinin kullanıldığına göre değişmiştir. Sınavın sonucu öğrencilerin başlangıçtaki duygu değişimlerinin başlıca belirleyicisidir. Kötü not alanların daha depresif olduğu görülmüştür. Ancak, iki gün sonra geçici ve spesifik yükleme yapan öğrencilerin iyileştiği, kalıcı ve genel yüklemeler yapanların ise hâlâ hafif depresif oldukları gözlenmiştir. Weiner'in (1986) önerisi doğrultusunda, Metalsky ve arkadaşları olumsuz bir olaya karşı yüklemeler yapılmadan bile önce hemen duygusal bir tepki verildiğini öne sürmüşlerdir. Daha sonra yorumlar yapılmakta, genel ve kalıcı yükleme örüntüleri baştaki depresif yanıtın daha uzun sürmesine yol açmaktadır.

UMUTSUZLUK KURAMI Kuramın son versiyonu (Abramson, Metalsky ve Alloy, 1989) özgün kuramdan daha da farklıdır. Bazı depresyon çeşitlerine (umutsuzluk depresyonları) umutsuzluğun neden olduğu görüşündedirler. Umutsuzluk, hoşa gidecek bir sonucun gerçekleşmeyeceği ya da hoşa gitmeyecek sonuçların olacağı ve durumu değiştirecek bir şey olmadığı beklentileridir (tanımın son kısmı daha önceki kuramda temel rol oynayan çaresizliği içermektedir). Yükleme formülasyonunda olduğu gibi, olumsuz yaşam olayları (stresörler) yatkınlıkla etkileşim içinde umutsuzluk durumunu ortaya çıkartırlar.

Yatkınlıklardan biri, yükleme tarzı, olumsuz olayları genel ve kalıcı özelliklere yükleme eğilimi olarak tanımlanır. Ancak, kuram başka yatkınlıkların olması olasılığını, olumsuz olayların ciddi olumsuz sonuçları olacağı eğilimi ve kendiyle ilgili olumsuz doğurgular çıkarma eğilimini dikkate almaktadır.

Metalsky ve arkadaşları (1993), umutsuzluk kuramının ilk testinin daha önceki çalışmanın benzeri olabileceğini düşündüler. Umutsuzluğun ve olası bir yatkınlık olan düşük benlik saygısının ölçümleri eklenen yeni öğelerdi. Daha önceki araştırmada olduğu gibi, düşük notları genel ve kalıcı faktörlere yüklemek daha kalıcı depresif duygudurumа yol açmıştır. Ayrıca bu örüntü, yalnızca benlik saygısı düşük olan öğrencilerde bulunmuş ve umutsuzluğun artmasıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Böylece kuram desteklenmiş oldu. Altıncı ve yedinci sınıfta olan çocuklarla yapılan benzer bir çalışmada da aşağı yukarı

aynı sonuçlar bulunmuştur (Robinson, Garber ve Hilsman, 1995). Lewinsohn ve arkadaşları da (1994) depresif yükleme tarzlarının ve düşük benlik saygısının, ergenlerde depresyon başlangıcını yordadığını bulmuşlardır.

Umutsuzluk kuramının avantajlarından biri, depresyon ve kaygının birlikte oluşunu ele alabilmesidir. Bölüm 6'da panik bozukluğu, agorafobi, obsesif-kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğunun sıklıkla depresyonla birlikte görüldüğünden söz etmiştik. Bu örüntüyü açıklama, birçok kuram için zorluk yaratmaktadır. Çünkü kuramlar genelde bir bozuklukla ilgilidir. Alloy ve arkadaşları (1990), birlikte görülmenin önemli özelliklerine dikkat çekmişlerdir. İlki, depresyonsuz kaygının oldukça sık görüldüğü, ancak saf depresyonun çok ender olduğuydu. İkinci olarak uzunlamasına araştırmalar kaygı tanısının depresyondan önce geldiğini gösterdiler (Rohde, Lewinson ve Seeley, 1991). Daha önceki kanıtlara da dayanarak (örn. Bowby, 1980; Mandler, 1972), Alloy ve arkadaşları çaresizlik beklentisinin kaygıya yol açtığını ileri sürdüler. Çaresizlik beklentileri kesinleşince hem depresyon hem de kaygı öğeleri olan bir sendrom ortaya çıkar. Son olarak eğer olumsuz olayların algılanan olasılığı kesinleşirse umutsuzluk gelişir.

ÇARESİZLİK VE UMUTSUZLUK KURAMINDAKİ SORUNLAR

Bu kuramlar umut verici olmalarına rağmen, gelecekteki çalışmaların bazı sorunlarının ele alınması gerekmektedir.

1. Ne tip bir depresyon için model geliştirilmektedir? Seligman orijinal makalesinde öğrenilmiş çaresizlikle stresli yaşam olayları tarafından ortaya çıktığı düşünülen reaktif depresyon arasındaki benzerlikleri belgel meye çalıştı. Benzer şekilde, Abramson ve arkadaşları (1989) şimdi umutsuzluk depresyonundan söz etmektedirler. Ancak ilerideki araştırmalar bu çözümlerin döngüsel olup olmadığını ortaya koyacaktır.
2. Üniversite öğrencileri iyi benzeşik (analog) olurlar mı? Öğrenilmiş çaresizlik ile ilgili bazı araştırmaların klinik örneklem ile yapılmasına (örn., Abramson ve ark., 1978) veya klinik depresyonun başlangıcını yordamayı denemelerine rağmen, çalışmaların çoğunda Beck Depresyon Envanterindeki (BDE) puanlara göre seçilmiş üniversite öğrencileri kullanılmıştır. Ancak bu envanter depresyon tanısı koymak amacıyla geliştirilmemiş, yalnızca klinik olarak depresyon tanısı almış olanlarda depresyonun şiddetini değerlendirmede kullanılmıştır. Gerçekten de toplanan kanıtlar yalnızca yükselmiş BDE ile seçilen deneklerin, klinik depresyonlar için iyi bir analog grup oluşturmadığını göstermektedir. Örneğin, Hammen (1980) 18,37 ortalamayla yüksek puan alanların iki ya da üç hafta sonra puanlarının 10,87'e düştüğünü bulmuştur. Benzer şekilde, Yükleme Tarzı Envanterinin, BDE puanlarını tahmin etme becerisi onun klinik depresyonun başlangıcını her zaman doğru tahmin edeceği anlamına gelmez.
3. Bulgular depresyona özgü müdür? Bu soru, Lavelle, Metalsky ve Coyne (1979) tarafından yapılan ve deneklerin yüksek ve düşük test kaygılı olarak sınıflandırdığı bir araştırma sonucunda ortaya çıkmıştır. Yüksek kaygısı olan grup laboratuarda çaresizlik deneyinden geçtikten sonra başarısız oldular. Böylece öğrenilmiş çaresizlik olgusunun depresyona özgü olmadığı düşünülmelidir. Aynı şekilde depresif yükleme tarzları sadece depresyona özgü değildir. Aynı zamanda kaygı ile de ilintilidirler (Clark, Watson ve Mineka, 1994).
4. Yüklemeler uygun mudur? Buradaki sorun, insanların aktif olarak kendi davranışlarını kendilerine açıklamaya çalıştığı ve yaptıkları yüklemelerin sonraki davranışlarına etkisinin olduğu sayıltısındadır. Bazı araştırmalar yüklemelerin evrensel bir süreç olmadığını göstermektedir (Hanusa ve Schulz, 1977). Bölüm 7'de tartışılan bir seri deneyde, Nisbett ve Wilson (1977) insanların sıklıkla davranışlarının nedenlerinin farkında olmadıklarını göstermişlerdir. [1]Yüklemelerin insan davranışının belirlenmesinde uygun ve kudretli olduğunu kabul etsek bile, öğrenilmiş çaresizlik kuramını destekleyen birçok bulgunun insanlara Yükleme Tarzı Envanteri verilerek ya da laboratuarda başarı ve başarısızlıkla karşılaştırarak elde edildiğini not etmeliyiz. Depresyondaki kişilere yaşamlarındaki en stresli 5 olay sorulduğunda yaptıkları yüklemeler normallerden farklı bulunmamıştır

[1]Yükleme literatürünün, insanların davranışlarına neden olan şeyleri önemsediklerine dair temel bir varsayım vardır. Bu merkezi düşünce, görevi davranışları, açıklamak olan psikologların doğurduğu bir fikirdir. Psikologlar kendilerinin davranış açıklama ihtiyaçlarını diğer insanlara yansıtmış olabilirler! Sokaktaki insan (herhangi biri) neden belli bir şekilde davrandığı ya da hissettiği ürerine bir psikolog kadar düşünmüyor olabilir.

(Hammen ve Cochran, 1981). Diğer araştırmalar göstermiştir ki, Yükleme Tarzı Ölçeği tarafından zorlanan boyutsal düşünme çeşidi nispeten nadirdir(Anderson ve ark.,1994).

5. Çaresizlik / Umutsuzluk kuramının bütün versiyonlarının anahtar sayıltılarından biri, depresyonda olan kişilerde depresif yükleme tarzının kalıcı bir yönü olduğudur. Yani kişi bazı stres kaynaklarıyla karşılaştığında, depresif yükleme tarzının her zaman ortaya çıkması gerekir. Bununla birlikte, araştırmalar depresif yükleme tarzının depresif dönemi takiben ortadan kalktığını göstermiştir (Hamilton ve Abramson, 1983)

Bütün sorunlara karşın çaresizlik / umutsuzluk kuramı açıkça çok sayıda araştırmayı teşvik etmiş ve depresyon üzerinde kuramsal düşünceyi artırmıştır. Daha birçok yıl böyle devam edecek gibi görünmektedir.

DEPRESYONUN KİŞİLERARASI KURAMI

Bu bölümde depresyonun, depresyondaki kişi ve başkalarının ilişkilerini içeren davranışsal boyutunu tartışacağız. Ele aldığımız verilerin bir kısmı depresyonun etiyolojisi ile bir kısmı da gidişatı ile ilgilidir.

Bölüm 8'de sosyal desteğin sağlıktaki önemini tartıştık. Bu kavram depresyon araştırmalarında da uygulanmıştır. Depresyondakilerin sosyal ağı seyrektir ve bu ağ, daha az destekleyici olarak algılanır. Bu azalmış sosyal destek, olumsuz yaşam olaylarını göğüsleme yeteneğini azaltır (Billings, Cronkite ve Moos, 1983).

Coyne (1976) tarafından belirtildiği gibi depresyondaki kişiler başkalarının olumsuz tepkilerini kışkırtırlar. Bu olasılık, depresif hastalarla telefon konuşmaları, depresif hastaların bandlarını dinleme ve yüz yüze etkileşimler gibi çeşitli şekillerde incelenmiştir. Bu veriler depresif kişilerin itici kişilerarası tarzları olduğunu ve başkalarının reddini kolaylaştırdıklarını göstermiştir. Örneğin, Hokenson ve arkadaşları (1989) üniversiteli depresif öğrencilerin oda arkadaşları tarafından sosyal ilişki yönünden hoşnutluk verici olmadıkları şeklinde değerlendirildiklerini ve onlara karşı yüksek düzeyde saldırganlık gösterdiklerini bildirdiklerini bulmuşlardır. Benzer şekilde, Joiner, Alfano ve Metalsky (1989) hafif derecede depresyonu olan öğrencilerin oda arkadaşları tarafından reddedildiklerini bulmuşlardır. Bu sonuçlara bakarak, depresyon ve eş anlaşmazlığının birlikte bulunması ve eşlerin ilişkisinin çatışmalı olması sürpriz değildir (Kowalik ve Gotlib, 1987). Hooley ve Teasdale (1989), depresyondaki kişilerin eşlerinin kritik konuşmalarını depresyonun tekrarında anlamlı bir yordayıcı olarak bulmuşlardır. Eşlerden birinde duygudurum bozukluğunun olduğu çiftlerde, evlilikle ilgili doyumun, her iki eşin de geçmişinde duygudurum bozukluğunun olmadığı çiftlere göre daha az olduğu belirtilmiştir (Beach ve ark., 1990; Doefler ve ark., basımda). Depresyon ve evlilik anlaşmazlıkları Bölüm 19'da tartışılmaktadır.

Yeterli sosyal desteklerinin olmaması ve başkaları tarafından reddedilme, depresyonluların kaderinde midir? Belki depresif kişinin de bir rolü olabilir. Belki depresiflerin sosyal becerileri azdır (Lewinson, 1974). Birçok araştırma, kişilerarası problem çözme (Gotlib ve Asarnow, 1979), konuşma örüntüleri (çok yavaş konuşma, sessizlik ve duraksama, kendini daha olumsuz ifade etme) ve göz temasının sürmesi (Gotlib ve Robinson, 1982) gibi çeşitli ölçekler kullanarak, gerçekten de eksiklikler olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde, Tek uçlu depresiflerin boylamsal bir çalışmasında Hammen (1991) onların çok stresle (özellikle kişilerarası alanda) karşılaştıklarını ve kendi davranışlarının yaşadıkları yüksek stres düzeyine katkıda bulunduğunu doğrulamıştır. Hammen, örnek olarak Tek uçlu depresyonu olan bir kadının bir yıl süreyle yaşantısındaki stresörleri vermiştir.

> Dizinin incindiği bir otomobil kazası, iş olanağı sağlayacak bir sınavı kaybetme, kocasıyla olan bir çatışmadan sonra evden taşınma, babasıyla kalan kızıyla ciddi bir tartışma ve eski kocası ile yeni erkek arkadaşı yüzünden kavga etme. (s. 559).

Yine sosyal beceri bozuklukları kavramıyla ilişkili ama daha özel olarak ortaya çıkan bir düşünce de, sürekli güvence arayışının depresyondaki kritik değişken oluşudur (Joiner, 1995; Joiner ve Metalsky, 1995). Belki de soğuk ve reddedici bir çevrede yetişmenin bir sonucu olarak (Carnelly, Pietomonaco ve Jaffe, 1994), depresif insanlar diğerlerinin onlara gerçekten özen gösterdiğine dair güvence ararlar, ancak güvence aldıklarında bile sadece geçici bir süre için tatmin olurlar. Olumsuz kendilik kavramları, aldıkları geribildirimin doğruluğundan şüphe duymalarına sebep olur. Daha sonraları bir anlamda kendi olumsuz kendilik kavramlarını doğrulayan olumsuz geribildirimi gerçekten ararlar.

Depresif kişinin tutarsız davranışı nedeni ile en sonunda reddediş ortaya çıkar. Joiner ve Metalsky tarafından orta şiddette depresif üniversite öğrencilerinden toplanan veri, güvence ararken gözlenen bu tutarsız örüntünün depresif duygudurumdaki artışları yordadığını göstermiştir

Depresyondaki kişilerin kişilerarası bu özellikleri depresyondan önce de var mıdır? Yüksek risk yöntemini kullanan bazı araştırmalar yanıtın "evet" yönünde olduğunu düşündürmektedir. Örneğin, depresif ana babaların ilkokul çağındaki çocuklarının davranışları hem arkadaşları hem de öğretmenleri tarafından daha olumsuz olarak derecelendirilmiştir (Weintraub, Liebert ve Neale, 1975; Weintraub, Prinz ve Neale, 1978). Düşük sosyal imkanlar ilkokul çağındaki çocuklarda depresyonun başlangıcını yordayabilmektedir (Cole ve ark., 1996). Kişilerarası ilişki sorunlarının çözümlerine dair becerilerin zayıf olması ise ergenlerde depresyonun artışını yordayabilmektedir (Davilla ve ark., 1995). Sosyal beceri bozuklukları depresyonun nedeni olabildiği gibi sonuçları da olabilmektedir. Kişilerarası davranışlar depresyonda temel bir rol oynamaktadır.

İKİ UÇLU BOZUKLUĞUN PSİKOLOJİK KURAMLARI

İki uçlu bozukluklar, psikolojik kuramlar ve araştırmacılar tarafından ihmal edilmiştir. Genel olarak İki uçlu bozukluğun depresif dönemiyle ilgili olan kuramlar, Tek uçlu depresyon kuramlarına benzemektedir. Bozukluğun mani dönemi yıpratıcı psikolojik duruma karşı bir savunma olarak görülür. Kaçınılan özel olumsuz durum kuramdan kurama değişir. Bizim vak'alarımızdan biri, niçin birçok kuramcının manik durumun koruyucu bir işlevi olduğu sonucuna vardıklarını örneklemektedir.

Kırk iki yaşındaki bir adam üçüncü mani nöbetini geçiriyordu. Her birinde klasik mani belirlileri örüntüsünü göstermişti ve belirlilerin çoğu dünyanın en iyi iş adamı olduğu yönündeki grandiyöz sanrıları üzerineydi. Terapi seansım "Biliyor musunuz bugün yirmi şirket birden aldım?" diye başlattı. "Getty ya da Rockefeller bile bana ulaşamaz". Nöbetlerin arasındaki terapi seanslarından işteki başarının bu hasta için çok önemli olduğu biliniyordu. Ancak hiç de başarılı değildi. Anne ve babası çeşitli şirketler kurması için borç vermişlerdi ancak her seferinde iflas etmişti. Zengin babasının iş başarılarına ulaşmak fikri kafasına takılmıştı ancak yıllar geçtikçe bu olasılık elinden kayıyordu. Bu nedenle, grandiyöz manik fikirlerin iş başarısızlığıyla yüzleşmesinden onu koruduğu görülmekteydi. Bu başarısızlığın farkına varma muhtemelen onu derin bir depresyona gömecekti.

Maniklerle olan klinik deneyimler, aynı zamanda kişilikleriyle ilgili araştırmalar, dönemler arasında göreli olarak uyumlu olduklarını göstermektedir. Ancak eğer mani bir savunmaysa, bu bir şeye karşı savunma olmalıdır, o halde dönemler arasında görülen iyi uyumun gerçek durumlarını yansıtmadığını düşündürmektedir. Nelerin savunucu yanıt olduğu sorununu bir tarafa bırakarak, Winters ve Neale (1985) manik hastaların dönem dışında da düşük benlik saygısı olduğu düşüncesini incelemek üzere özel bir test geliştirmişlerdir.

İyileşme dönemlerindeki İki uçlu hastalar, Tek uçlu depresifler ve normal deneklere iki test uygulanmıştır; bir benlik saygısı envanteri ve bir yapılandırılmış bellek testi. İkinci test maniklerin düşük benlik saygısının dolaylı bir ölçümü olarak düşünülmüştür. Yapılandırılmış bellek testinde denekler, ilk önce bazılarının olumlu bazılarının ise olumsuz sonuçları olan bir seri olayı anlatan bir paragraf okumuşlardır. Daha sonra, her öyküyle ilgili neler hatırladıklarını ölçer görünen bir test verilmiştir. Bazı maddeler gerçekten hatırlamayı ölçmekte ancak diğerleri denekleri verilen bilginin ötesine geçip çıkarsamalar yapmaya zorlamaktadır. Örneğin, bir öyküde halen işi olmayan bir adam anlatılmaktadır. İşsiz olma nedeni açıkça belirtilmemiş, ancak öykü iki sonuç çıkartılacak şekilde yazılmıştır. Çıkarılabilecek sonuçlardan biri, adamın kendi kabahatinden dolayı değil kötü ekonomiden dolayı işsiz olmasıdır. Ya da denek, adamın geçmiş iş başarısızlıklarından dolayı işsiz olduğu sonucuna varacaktır. Benlik saygısı düşük olanların ikinci çıkarsamayı yapmaları beklenmiştir.

Sonuçlar tamamen beklentiler doğrultusunda çıkmıştır. Benlik saygısının kâğıt-kalem testinde hem manikler hem de normal denekler depresiflerden daha yüksek puanlar almışlardır. Ancak yapılandırılmış bellek testinde manikler depresifler gibi performans sergilemiş; iki grup da ikinci çıkarsamaları seçerek, düşük benlik saygıları olduğunu göstermişlerdir. Böylece maniklerin benlik saygısı çok düşük olduğu söylenebilir. Ancak, genellikle yetersizliklerine karşı başarıyla savunurlar.

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARININ BİYOLOJİK KURAMLARI

Biyolojik süreçlerin duygudurumu oldukça etkilediği bilindiği için, araştırmacıların depresyon ve manide biyolojik nedenler araması sürpriz değildir. Ayrıca, eğer duygudurum bozukluklarına olan yatkınlık kalıtsal olarak geçiyorsa, bozuk biyolojik süreçler doğaldır ki nedensel zincirin bir parçası olacaktır. Duygudurum bozukluğunun kısmen kalıtsal olmasıyla ilgili kanıtlar bozukluğun biyolojik bir temeli olduğuyla ilgili destek verecektir. Bazı nörotransmitterlerin düzeyini artıran ilaç terapilerinin etkinliği, duygudurum bozukluklarının tedavisinde biyolojik faktörlerin de önemli olduğunu göstermektedir. Bu bölümde kalıtsal, nörokimya ve nöroendokrin sistem alanlarında yapılmış bazı araştırmalara bakacağız. (Duygudurum bozukluğu olan hastaların beyinlerindeki yapısal anormallikler üzerine gelişen bir literatür vardır. Çünkü bu anormallikler şizofrenide olanlarla benzerlik göstermektedir. Bu konuyu bir sonraki bölümde tartışacağız.)

KALITSAL VERİLER

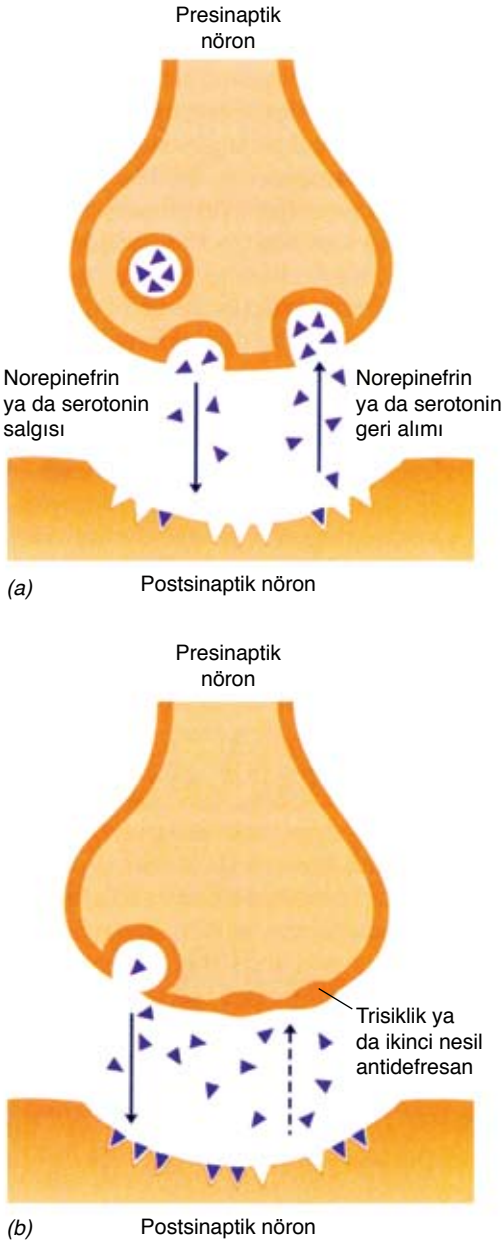
Tek uçlu ve İki uçlu depresyonla ilgili kalıtsal faktörlerin araştırılmasında Bölüm 2'de tartışılan aile, ikiz ve evlat edinme yöntemleri kullanılmıştır. İki uçlu hastaların birinci derece akrabalarında duygudurum bozukluğu sıklığının %10 ile %25 arasında olduğu tahmin edilmiştir (Gershon, 1990). Akrabalarındaki risk, erken başlangıçla artmaktadır. Bu rakamlar genel örneklemdeki oranlardan daha yüksektir. Gariptir ki, İki uçlu hastaların birinci derece akrabalarında Tek uçlu depresyon vak'aları İki uçlu bozukluktan daha çoktur. Örneğin, James ve Chapman (1975) Yeni Zelanda'da yürüttükleri geniş çaplı bir araştırmada İki uçlu hastaların akrabalarında hastalık riskinin İki uçlu bozukluk için %6.4, Tek uçlu depresyon için %13.2 olduğunu bulmuşlardır. Genelde, Tek yumurta ikizlerinde İki uçlu bozukluğun eş hastalanma oranı %72, çift yumurta ikizlerinde ise %14 olarak bulunmuştur (Allen, 1976). Kanıtlar İki uçlu bozukluğun kalıtsal bir yönü olduğunu desteklemektedir.

Tek uçlu depresyonla ilgili bilgilerimiz kalıtsal faktörlerin, önemli olmakla birlikte İki uçlu bozuklukta olduğu kadar etkili olmadığı yönündedir. Örneğin, bir çalışmada depresif kişilerin yakınları normalden sadece biraz daha yüksek riskli bulunmuşlardır (Kendler ve ark., 1993). Aslında, Tek uçlu hastaların akrabaları Tek uçlu depresyon için artmış risk altında olmalarına rağmen, riskleri İki uçlu hastaların akrabalarından daha azdır (Andreasen ve ark., 1987). Tek uçlu hastaların akrabaları İki uçlu bozukluk için risk altında değildirler. Depresyonun erken başlaması, kaygı bozukluklarıyla birlikte gözükmesi ve alkolizm akrabalarda daha yüksek riskle beraber gider (Weissman ve ark., 1988). İkizlerde Tek uçlu depresyon çalışmalarında Tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı %46, çift yumurta ikizlerinde %20 olarak bildirilmiştir (McGuffin ve ark., 1996). Birkaç küçük ölçekli uyarlama çalışmasında hem İki uçlu hem de Tek uçlu bozukluğun kalıtsal bir bileşeni olduğu fikri desteklenmiştir (Cadoret, 1978a; Mendlewicz ve Rainer, 1977; Wender ve ark., 1986).

Duygudurum bozuklukların kalıtsal araştırmalarındaki son gelişme bağlantı analizinin (linkage analysis) kullanılmasıdır. Bu teknikte duygudurum bozukluklarının ortaya çıkması bir ailede bir kaç kuşak boyunca incelenmekte ve eş zamanlı şekilde kalıtsal mekanizması tam olarak bilinen bir başka özellik -kalıtsal marker- değerlendirilmektedir (örneğin, kırmızı-yeşil renk körlüğünün X kromozomundaki bir mutasyondan olduğu bilinmektedir). Duygudurum bozukluğu genleriyle kalıtsal marker bağlantılıysa, bir başka deyişle kromozom üzerinde birbirlerine yakınsalar, aile soyağacı, incelenen iki özelliğin birlikte geçtiğini gösterme eğilimindedir. Egeland ve arkadaşlarının (1987), çok atıf alan Amish toplumuyla yaptıkları bağlantı analizi, İki uçlu bozukluğun on birinci kromozomdaki başat bir genden kaynaklandığı hipotezini doğrular niteliktedir. Ancak ne yazık ki, Egeland araştırması ve diğer başarılı bağlantı çalışmaları tekrarlanamamıştır (örneğin, Berrittini ve ark., 1990; Smyth ve ark., 1996). "Bağlantı" üzerindeki araştırmalar devam etmekte ve diğer kromozomlardaki diğer genlere odaklanarak genişlemektedir.

NÖROKİMYA VE DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

Geçtiğimiz yıllar boyunca, araştırmacılar nörotransmitterlerin duygudurum bozukluklarındaki rolünü anlamaya çalıştılar. En çok çalışılan iki nörotransmitter norepinefrin ve serotonindir. Norepinefrinle ilgili kuram, en çok İki uçlu bozukluk ile ilgili olup, düşük seviye norepinefrinin



Şekil 10.3 *(a) bir nöron norepinefrin veya serotonin saldığında, bir geri alım mekanizması çalışmaya başlar ve bazı nörotransmitterleri postsinaptik nöronlarca alınmadan yakalamaya başlar, (b) trisiklik ilaçlar geri alım işlemini engeller, daim fazla norepinefrin veya serotonin alımına imkan sağlarlar ve bu şekilde postsinaptik nöronlar ateşlenir. Serotonin geri alım engelleyicileri serotoninler üzerinde daha seçici etkide bulunurlar (Snyder. 1986. s., 106'dan uyarlanmıştır).*

depresyona, yüksek düzeyin ise maniye yol açtığını öne sürmektedir. Serotonin kuramı ise düşük seviyedeki serotoninin depresyona neden olduğunu söylemektedir.

Depresyonu tedavi etmekte kullanılan ilaçların etkisi, iki kuramın da gelişmesinde ipucu olmuştur. 1950'lerde iki grup ilaç, trisiklikler ve monoamin oksidaz engelleyicileri depresyonu kaldırmada etkili bulunmuştur. Anti-depresif ilaçlardan bir grup olan **Trisiklikler** bu ismi moleküllerinde birbirine girmiş üç halka içerdikleri için almışlardır. Presinaptik nöronun ateşlenmesinden sonra, norepinefrin ve serotoninin geri alımını engellerler, sinaptik boşlukta daha çok nörotransmitter kalır dolayısıyla sonraki nörona empüls iletimi daha kolaylaşır, (bkz. Şekil 10.3). **Monoamin oksidaz engelleyicileri,** monoamin oksidaz enziminin nörotransmitterlerin aktivasyonlarını sonlandırmasını engelleyen bir grup anti-depresif ilaçtır, dolayısıyla bu iki tip ilaç hem serotonin hem de norepinefrinin artmasına neden olur; bu hareket trisiklikler için tanımlanan aynı etkileri üretir. Bu ilaç hareketleri depresyon ve maninin serotonin ve norepinefrine bağlı olduğunu öne sürmektedir. Fluoxetine (Prozac) gibi daha yeni ilaçlar eskilere kıyasla daha seçici etki ederler, özellikle serotonin geri alımını engellerler. Çünkü bu ilaçlar serotonin ile arasında güçlü bir ilişki gösterilmiş olan Tek uçlu depresyonun tedavisinde etkilidir.

Kuramları değerlendirmek için iki temel yaklaşım daha kullanılmıştır. Birincisi, bu nörotransmitterlerin metabolitlerini -seretonin ve norepinefrinin yıkılması sonucunda kan serumunda, idrarda ve beyin-omurilik (serebrospinal) sıvısında bulunan ürünler- ölçmektir. Bu ölçümlerdeki problem, beyindeki serotonin ve norepinefrin düzeylerini doğrudan yansıtmamasıdır, çünkü serotonin kullanan nöronların büyük bölümü bağırsaklarda bulunur ve norepinefrin, periferal sinir sistemindeki önemli bir nörotransmitterdir.

İkinci strateji beyindeki norepinefrin ve serotonin düzeylerini arttıracak ya da azaltacak anti- depresif ve rezerpin dışında bir ilaç seçmektir. Serotonin düzeyini yükseltecek bir ilaç depresyonu düzeltecek; azaltacak bir ilaç ise depresyonu arttıracak ya da normal kişilerde depresyona neden olacaktır. Benzer bir şekilde, norepinefrini arttıran bir ilaç bir manik döneme neden olabilir. Ancak bu stratejinin de sorunları vardır. İlaçların çoğunun çoklu etkileri vardır; bu nedenle yan etkileri karıştırmadan spesifik bir ilacı seçmek zordur.

Bu sorunlara rağmen depresyonda serotonin ve norepinefrin düzeylerinin azlığını ve manide yüksekliğini imâ eden bu kuramların geçerliği ile ilgili neler denilebilir? Bunney, Murphy ve arkadaşlarının National Institute of Mental Health'de yürüttükleri araştırmada İki uçlu hastalar depresyon, mani ve normal dönemlerinde idrardaki norepinefrin düzeyleri ölçülerek yakından izlenmiştir. Hastalar depresyona girdikçe idrardaki norepinefrin düzeyi azalmış (Bunney ve ark., 1970) ve manide yükselmiştir (Bunney, Goo-

dwin ve Murphy, 1972). Bu verilerin yorumlanmasındaki sorun, bu tarz değişimlerin faaliyet düzeyindeki yükselmenin sonucu olabilmesidir. (Manide artan motor faaliyet norepinefrin aktivitesini artırabilir). Bununla birlikte artan norepinefrin düzeyinin İki uçlu hastalardaki manik döneme neden olduğuna dair kanıtlar vardır (Altshular ve ark., 1995).

3-Methoxy-4-hydroxyphenil gylcol (MHPG) norepinefrinin ana metaboliti sayılmaktadır. Kurama göre norepinefrinin düşük düzeyleri PHPG'de de düşük düzeye yol açmalıdır. Beklendiği gibi, depresyondaki İki uçlu hastaların idrar MHPG'leri düşüktür (Muscettola ve ark., 1984); ayrıca, İki uçlu maniklerde İki uçlu depresiflere kıyasla ve maniklerin normallere göre MHPG düzeyleri daha yüksektir (Goodwin ve Jamison, 1990). Ancak, doğrudan norepinefrin miktarının ölçüldüğü çalışmalarda, MHPG sonuçları aktivite düzeyindeki değişiklikleri yansıtabilir.

Serotoninle yapılan araştırmalarda serotoninin başlıca metaboliti olan, serebrospinal sıvıda bulunan ve transmitterin beyin ve omurilikteki düzeyi ölçülebilen 5-hydroxyindole- acetic asit (5-HIAA) incelenmektedir. Veriler oldukça tutarlı bir şekilde depresyondaki hastaların serebrospinal sıvısındaki 5-HIAA düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir (gözden geçirme için McNeal ve Cimbolic, 1986'ya bakınız). Araştırmalar ayrıca serotonin öncülü olarak işlev gören L-tryptophanın özellikle başka ilaçlarla birlikte kullanıldığında depresyonu düzelttiğini göstermiştir (Coppen ve ark., 1972; Mendels ve ark., 1975). Bunlardan başka, serotonin sentezini bastıran bir ilaç depresyonu düzelten ilaçların etkisini azaltmaktadır (Shopsin, Friedman ve Gershon, 1976). Delgado ve arkadaşları (1988) iyileşmiş depresif hastalarda özel bir diyetle tryptophan düzeyini düşürmüştür. Hastaların %67'sinde belirtilerin geri geldiğini bulmuşlardır. Diyetleri tekrar normale döndürüldüğünde belirtiler tedrici olarak düzelmiştir. Benzer sonuçlar mevsimsel depresyonu olan hastalar için de bulunmuştur (Lam ve ark., 1996). Bir araştırma aynı tryptophan azaltma stratejisini aile öyküsünde pozitif ya da negatif depresyon olmayan normal kişiler için kullanmıştır. Yine, düşük serotonin kuramı ile yordandığı şekilde, pozitif aile öyküsü depresif duygudurumda artışa sebep olmaktadır (Benkelfat ve ark., 1994).

Etkili antidepresanların norepinefrin ve serotonin düzeylerini yükselttiğinden söz etmiştik. Bu bilgi depresyonun serotonin ve norepinefrin kuramlarının ana noktası olmuştur. Ancak, şu anda bu ilaçların nasıl etkili olduğunun açıklanması ilk başlarda görüldüğü gibi basit değildir.

Trisikliklerin ve monoamin oksidaz engelleyicilerinin terapötik etkileri yalnızca nörotransmitterlerin artmış düzeyine bağlı değildir. İlk araştırma bulguları doğruydu: gerçekten de trisiklikler ve monoamin oksidaz engelleyicileri ilk alındıklarında serotonin ve norepinefrin düzeylerinde yükselme oluyordu; ancak, birkaç gün sonra eski düzeylerine iniyordu. Bu bilgi can alıcıdır çünkü antidepresanların etkili olması için geçmesi gereken zamanla ilgili verilerle uyuşmamaktadır. Depresyon düzelmeye, hem trisikliklerin hem de monoamin oksidaz engelleyicilerinin alınmasından yedi ile on dört gün sonra başlamaktadır. O zamana kadar nörotransmitter düzeyleri zaten önceki düzeyine inmiş oluyordu. Öyleyse, norepinefrin ve serotoninde yükselme ilaçların depresyonu geçirmesi nedeniyle ilgili yeterli bir açıklama olmamaktadır.

Serotonin ve norepinefrin düzeylerindeki yükselme kuramından uzaklaşmada anahtar rol oynayan diğer bulgular yeni antidepresanlarla yapılan araştırmalardan gelmektedir. Örneğin, mianserin etkili antidepresandır (Cole, 1986); ancak, hiç birisi norepinefrin ya da serotonin düzeylerini artırmamaktadır.

Bu yeni bulguların eski kurama nasıl bir etkisi olmuştur? Araştırmacılar, şimdi trisiklik ve monoamin oksidaz engelleyicilerinin depresyonda postsinaptik reseptörleri değiştirerek etkili olup olmadıklarını incelemektedirler. Bu güne kadarki sonuçlar birbirine zıt ve yorumlaması güçtür. Antidepresanların B-adrenerjik reseptörlerin duyarlığını azalttığı ve serotonin reseptörlerinin duyarlığını arttırdığı görülmektedir (McNel ve Cimbolic, 1986). Reseptörler üzerinde odaklaşma insanlarda reseptör duyarlığını ölçmeye yönelik yeni yöntemlerin geliştirilmesi gereğini ortaya çıkartmaktadır. Reseptör duyarlığıyla ilgili şimdiki bilgimizin çoğu hayvan deneylerinden gelmektedir. İnsanlar üzerinde şimdiye kadar kullanılan yöntemler dolaylıdır. Bir kaç yıl içinde kuşkusuz daha ince ayarlı araştırmalarla reseptör duyarlığı daha iyi incelenecektir.

İki uçlu bozukluk üzerindeki araştırmada eski norepinefrin kuramından uzaklaşmıştır. Bu değişimin en önemli nedenlerinden biri de, İki uçlu bozukluğun tedavisinde etkili olan ve en yaygın olarak kullanılan lityumun, bozukluğun hem manik hem de depresif dönemlerinin

tedavisinde yararlı olmasıdır. Bu durum, lityumun nöral aktiviteyi arttıran ya da azaltan bazı nörokimyasalları etkileyerek hareket ettiğini düşündürmektedir. Son araştırmalar, postsinaptik hücre zarında bulunan G-proteinlerine (guanine nucleotide-binding proteins) odaklanmıştır. G-proteinler, bilgiyi presinaptik hücreden postsinaptik hücre zarı boyunca taşır ve nöral sinyali güçlendirir. G-proteinlerinin yüksek düzeylerinin manik hastalarda bulunması, lityumun tedavi edici etkisinin G-proteinlerini düzenleme becerisinin bir sonucu olabileceğini düşündürür (Manji ve ark., 1995).

NÖROENDOKRİN SİSTEM

Birçok araştırma depresyonda nöroendokrin sistemin rolüne işaret etmektedir. Beyinin limbik bölgesi duygularla yakından ilgilidir ve hipotalamus üzerinde de etkilidir. Hipotalamus çeşitli endokrin salgı bezlerini ve salgıladıkları hormonların düzeylerini kontrol eder. Hipotalamus tarafından salgılanan hormonlar, pineal bezi ve onun ürettiği hormonları da etkiler. Depresyonun uyku, iştah bozukluğu gibi vejetatif olarak adlandırılan belirtileriyle olan ilişkisinden dolayı hipotalamik-pituiteri-adrenal kortikal aksının depresyonda aşırı aktif olduğu düşünülmektedir.

Çeşitli bulgular bu görüşü desteklemektedir. Kortizol (bir adrenokortical hormon) düzeyinin depresyon hastalarında yüksek olmasının nedeni thyrotropin salan hormonun hipatalamus tarafından fazla salgılanması olabilir (Garbutt ve ark., 1994). Depresif hastalarda kortizolun aşırı salgılanması bu hastaların adrenal bezlerinde de genişlemeye neden olmaktadır (Rubun ve ark., 1995). Depresiflerde kortizol düzeyinin yüksek olması; depresyonun biyolojik bir testinin gelişmesine, Deksametazon Süpresyon (Baskılama) Testi (DST), olanak sağlamıştır. Deksamatazon kortizol salgılanmasını bastırır. Gece testinde deksamatazon verildiği zaman özellikle melankolisi olan insanlarda kortizol süpresyonu (bastırılması) olmamaktadır (Carroll, 1982). Deksametasonun kortizolu bastırmasının olmaması, depresiflerde hipotalamik-pituitari-adrenal kortikal aksın aşırı aktivitesi olarak yorumlanmaktadır. Süpresyonun olmaması depresif dönem geçince normale dönmektedir. Bu da strese karşı belirgin olmayan bir yanıt olduğunu düşündürmektedir. Kortizolun yüksek düzeyi ve depresyon ilişkisi ile ilgili bir bulgu da Cushing sendromu denilen bir hastalıktan gelmektedir. Adrenal korteksteki anormal bir büyüme kortizolun aşırı salgılanmasına ve depresyona yol açmaktadır. Depresyonda kortizolun aşırı salgılanması, daha önce tartışılan nörotransmitter kuramlarına da bağlanabilir. Yüksek düzeydeki kortizol serotonin reseptörlerinin yoğunluğunu azaltabilir (Roy ve ark., 1987) ve nonadrenerjik reseptörlerin işlevini bozabilir (Price ve ark., 1986). Son olarak, hipotalamik-pituiteri-tiroit aksı da İki uçlu bozuklukla ilişkili olabilir. İki uçlu hastalarda tiroit fonksiyonlarındaki bozukluklar sıklıkla gözlenmekte (Lipowski ve ark., 1994) ve tiroit hormonu bu hastalarda mani başlatabilmektedir (Goodwin ve Jamison, 1990).

Bütün bu veriler duygudurum bozukluklarının biyolojik nedenleri olduğunu desteklemektedir. Bu psikolojik kuramların ilişkili olmadığı ya da yararsız olduğu anlamına mı gelir? Hiç de değil. Davranışsal bozuklukların temelinde biyolojik süreçlerin olduğunu söylemek zaten bilineni tekrarlamaktır. Hiçbir psikolojik kuramcı bazı bedensel değişikliklerin davranışa aracılık ettiğini yadsımaz. Psikolojik ve biyolojik kuramlar aynı olguyu, farklı terimler kullanarak gayet iyi tanımlayabilir (öğrenilmiş çaresizlik ya da düşük serotonin gibi). Bunları birbirine karşıt değil, birbirini tamamlayıcı olarak düşünmek gerekir.

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARININ TEDAVİSİ

Zaman, depresyondaki bireye ya da ona yakın olan kişilere ölçülemeyecek kadar daha uzun gelse de, depresyon dönemlerinin çoğu birkaç ay içinde geçer. Çoğu depresyonun kendiliğinden geçebilmesi çok iyidir. Bununla birlikte, depresyon, çok yaygın ve hem onu çeken hem de etrafındakiler için çok zedeleyici olduğu için, tedavi edilmemesi düşünülemez. Depresyon nöbetleri tekrarlayıcıdır (Keller ve ark., 1982) ve bu bölümün son kısmında göreceğimiz gibi, depresyondaki insanların intihar riski vardır. Dolayısıyla, majör depresyonun tedavisi İki uçlu bozukluğun tedavisi kadar önemlidir. Şimdiki tedaviler hem psikolojik hem biyolojiktir. Tek başlarına ya da birlikte oldukça etkindirler.

PSİKOLOJİK TEDAVİLER

PSİKODİNAMİK TEDAVİLER

Depresyonun bastırılmış kayıp duygusu ve bilinçdışı olarak içe yöneltilmiş kızgınlıktan ortaya çıktığı varsayıldığı için, psikanalitik tedavide

hastaya bastırılmış çatışmayla ilgili içgörü kazandırma ve içe dönük kızgınlığı dışa vurmaya yüreklendirmeyle yardım edilmeye çalışılır. En genel şekliyle, psikanalitik tedavinin amacı hastanın depresyonundaki örtük motivasyonu ortaya çıkarmaktır. Örneğin, birey sevilen bir kişinin kaybı için kendini suçlayabilir ancak çok acı verdiği için bu inancı bastırabilir. Terapistin önce hastaya bu inancı taşıdığıyla yüzleşmesi için rehberlik etmesi, sonra da suçlamanın temelsiz olduğunu anlamasına yardımcı olması gerekir. Hastanın, yetersizlik ve kayıp duygularının geliştiği çocukluğundaki stresli anılarının ortaya çıkartılması da rahatlamaya yol açacaktır.

Depresyonu kaldırmada dinamik psikoterapinin etkinliğiyle ilgili araştırmalar azdır (Craighead, Evans ve Robins, 1992; Klerman, 1988) ve sonuçlar karışıktır; bu kısmen psikodinamik ya da psikanalitik psikoterapi altında toplanan yaklaşımlardaki büyük değişkenlikten kaynaklanmaktadır. Örneğin ilk çalışmalar, trisiklik ilaçlarla birlikte uygulanan psikanalitik terapinin duygudurumunu, sadece ilaçların alınmasından daha fazla etkilemediğini bulmuştur (Covi ve ark., 1974; Daneman, 1961). American Psychiatric Association tarafından yapılan son açıklama, depresyon tedavisinde uzun dönem dinamik psikoterapinin ya da psikanalizin etkisini doğrulayan kontrollü verilerin olmadığını söylemektedir (American Psychiatric Association, 1993). Ancak son zamanlardaki geniş çaplı bir araştırmanın bulguları (Elkin ve ark., 1989), depresyondaki kişiyle sosyal çevresi arasındaki şimdiki etkileşimine odaklanan bir psikoterapi çeşidinin -Klerman ve Weissman'ın kişilerarası terapisi (Klerman ve ark., 1984)- hem Tek uçlu depresyonu iyileştirmede hem de tedavi kazançlarını sürdürmede etkili olduğunu göstermiştir (Frank ve ark., 1990). Terapinin temeli, depresyondaki hastaya şimdiki kişilerarası davranışlarının ilişkilerden hoşnutluk duymasını nasıl engellediğini bulmasına yardımcı olmaktır. Örneğin, hastaya gereksinimlerini daha iyi karşılayabilmesi, daha doyurucu sosyal etkileşimde bulunması ve destek sağlaması için, başkalarıyla daha iyi iletişim kurması öğretilebilir. Kişilerarası terapiyle ilgili ek bilgi Elkin'in (1989) çalışmasının daha ayrıntılı olarak tartışıldığı Bölüm 18'de verilmektedir.

BİLİŞSEL VE DAVRANIŞÇI TERAPİLER

Depresyondaki kişilerin derin elem ve parçalanmış kendilik saygısının düşünce hatalarından kaynaklandığını ortaya atan depresyonun bilişsel kuramıyla tutarlı olarak, Beck ve arkadaşları uyumu bozan düşünce örüntülerini değiştirmeyi amaçlayan bilişsel terapiyi geliştirmişlerdir. Terapist, depresyondaki kişinin olaylar ve kendi hakkındaki düşüncelerini değiştirmesini yüreklendirir. Hasta, "hiç değerim yok çünkü her şey ters gidiyor. Yaptığım her şey felaketle sonlanıyor" derse, terapist hastanın görmediği ya da yok saydığı becerileri gibi bu genellemesine ters düşen örnekler verir. Terapist ayrıca hastanın kendine söylediği özel monologları izlemesini ve depresyona katkısı olan düşünce örüntülerini tanımasını ister. Daha sonra terapist hastanın sahip olduğu olumsuz inançlarını gözden geçirmesini ve bunların daha gerçekçi ve olumlu yorumlar yapmasını nasıl engellediğini anlamasını öğretir.

Beck'in analizleri, Ellis'in Bölüm 2'de tanıtılan Akılcı Duygusal Terapisinden bağımsız olarak geliştirildiği halde bazı yönlerden ona benzerlik gösterir. Örneğin, Beck, depresyondaki kişilerin eğer bir hata yaparlarsa kendilerini tümüyle yetersiz ve kusurlu saydıklarını söylemektedir. Bu şemanın, Ellis'in, yeterli ve değerli bir kişi olmak için her alanda etkili olmalıdır, biçimindeki gerçekçi olmayan inançlarından birinin uzantısı olduğu düşünülebilir.

Beck, depresyonun tedavisine davranışsal öğeleri de katmıştır. Özellikle hastalar ağır depresyonda iken, Beck onları sabahleyin yataktan çıkma, yürüyüşe gitme gibi etkinlikler yapmaya yüreklendirir. Beck, hastalarına onlara başarılı yaşantılar sağlayacak ve daha iyi hissetmelerine yol açacak faaliyet ödevleri verir. Ancak bütün vurgu, bilişsel yeniden yapılandırma ve bireyi daha farklı düşünmeye yönlendirme üzerinedir. Eğer gözlenebilir davranışlardaki değişiklik bu amacı sağlamaya yardımcı olursa yetecektir. Bununla birlikte, Beck'in öne sürdüğü gibi depresyondaki kişilerin sahip olduğu olumsuz düşünceleri ve yaptığı düşünce hatalarını değiştirmeyen davranışsal değişikliğin, depresyonu kaldırmada etkili olması beklenemez.

Son yirmi yıldır Beck'in terapisi üzerinde oldukça çok araştırma yapılmıştır. İlk yapılan çalışmalardan biri çok referans verilen ve Tek uçlu depresyonun iyileşmesinde bilişsel tedavinin imipraminden (Tofranil) daha etkili olduğunu gösteren Rush ve arkadaşlarının (1977) araştırmasıdır. Bu klinik denemede ilaca verilen cevabın olağandan çok düşük olması, bu hastaların ilaca uygun olmadığını ve bundan dolayı adaletli bir karşılaştırma sayılmayacağını dü-

ODAK 10.2 DEPRESYON VE TEDAVİSİ İLE İLGİLİ VAROLUŞÇU BİR KURAM

1959'da, ikinci dünya savaşı sırasında Nazi toplama kamplarında üç korkunç yıl geçiren Avusturya'lı psikiyatr Viktor Frankl, Ölüm Kampından Varoluşçuluğa (From Death Camp to Existentialism) adlı dikkate değer kitabını yayınladı. Onunla beraber hapsedilen karısı, erkek kardeşi, anne ve babası hayatlarını kaybettiler. Yayınlandığından beri düzeltilen ve 1963'de adı İnsanın Anlam Arayışı (Man's Search for Meaning) olarak değiştirilen kitap, kamptaki mahkûmların yaşadığı aşağılanma, terör ve acıyı çok çarpıcı şekilde tarif etmektedir. Frankl, ölüm kamplarının vahşileştirici ortamında kendinin ve diğerlerinin psikolojik olarak nasıl ayakta kaldıklarını anlatmaktadır.

Frankl, duygusal olarak dayanmasını sağlayan şeyin çektiği acıda bir anlam bulması ve bu acıyı ruhsal hayatı ile bağlantılandırması olduğu sonucunu çıkarır. Ruh, bireye şartları aşma özgürlüğü verir ve özgürlük kişiyi hayatından sorumlu kılar. Frankl psikopatolojinin, özellikle de depresyonun, kişinin hayatta bir amacı olmadığı zaman ortaya çıktığına inanır. Toplama kampı deneyimlerinden, sonunda adını Yunanca logos "anlam" sözcüğünden alan logoterapi adında bir psikoterapi yaklaşımı geliştirmiştir.

Logoterapinin görevi, danışanın hayatına anlamı geri getirmektir. Bu, ilk olarak danışanın acısının hastalıklı ve yanlış olduğunu ve bu yüzden normal olarak nitelendirilmemesi gerektiği mesajını vererek değil de, hastanın acısının öznel deneyimini empatik bir şekilde kabullenerek başarılır. Daha sonra, logoterapist danışana acısını daha geniş bir çerçeveye, bireyin varoluşunun sorumluluğunu aldığı ve hayatın kendisinde var olan değerlerin peşinden gittiği bir hayat felsefesine yerleştirerek bu acıdan bir anlam çıkarmasında yardımcı olur. Nietsche'nin yazdığı gibi, "yaşamak için bir "niçini" olan kişi, hemen hemen her "nasıl" ile baş edebilir.

Frankl'ın depresyon ve tedavisi hakkındaki görüşlerini, toplama kampının bir çaresizlik ve ümitsizlik, bireyin hayatı üzerinde hiçbir kontrole sahip olmadığı duygusu yarattığı ve derin bir depresyonun olağan olduğu bir ortam olması nedeni ile öğrenilmiş çaresizlik ile ilişkilendirmek yararlı olabilir. Logoterapi, depresyondaki insanların toplama kampından daha az korkunç ve vahşi olan günümüz toplumunda yaşadıkları çaresizliği tersine çevirmede etkili bir yol olabilir. Hayatlarının sorumluluğunu üstlenerek ve zorlayıcı hayat şartları altında bile bir anlam arayarak insanlar kabul edilebilir bir varoluş yaratırken feda edilemeyecek bir kontrol duygusu ve yeterliğe ulaşabilirler.

şündürmektedir. Bütün bunlara rağmen, Beck'in terapisinin bu çalışmada ve yirmi ay sonraki izlemedeki etkinliği (Kovacs ve ark., 1981), birçok araştırmacının değerlendirme yapmasını yüreklendirmiş ve terapinin etkin olduğu desteklenmiştir (örneğin, Hollon, 1989; Seligman ve ark., 1988; Simons ve ark., 1985; Teasdale ve ark., 1984). Beck'in terapisinin daha sonraki depresyon nöbetlerini önlediği de gösterilmiştir (Blackburn, Eunson ve Bishop, 1986; Evans ve ark., 1993; Hollon, DeRubeis ve Seligman, 1993).

Bilişsel tedaviyi psikodinamik kişilerarası tedavi ve imipramin ilaç tedavisiyle karşılaştıran çok merkezli bir incelemeyi ayrıntılı olarak gözden geçirdiğimizde, bilişsel tedavinin iyi sonuçlar vereceğini görsek de, imipramin ya da psikodinamik tedaviden daha üstün olduğu açığa çıkmaz, bazı yönlerden daha az etkilidir.

Depresyonun anahtar özelliği başka insanlarla tatmin edici ilişkilerin yokluğu olduğu için, davranışçı tedaviler sosyal etkileşimi arttırmaya yardımcı olmaya odaklanmışlardır. Bu yaklaşımlarda depresyondaki kişiyi kendini merhametsizce eleştirmemeye yüreklendirme gibi bilişsel öğeler olmasına rağmen, kendini ortaya koyma ve sosyal becerilerin öğretilmesi gibi tekniklerin kullanılmasıyla, gözlenebilir sosyal davranışların geliştirilmesine odaklanmanın etkili olduğu kanıtlarla gösterilmiştir (Hersen ve ark., 1984; Lewinsohn, 1974; Teri ve Lewinsohn, 1986). Ayrıca çiftlerin tedavisinde tartıştığımız gibi, iyi gitmeyen bir evlilikte ya da yakın bir ilişkideki kişilerarası çatışmaların düzelmesi de depresyonu düzeltebilir (Jacobson, Holzworth-Monroe ve Schmaling, 1989; O'Leary ve Beach, 1990).

Psikolojik terapiler, İki uçlu hastaların kişilerarası, bilişsel ve duygusal sorunları ile uğraşmada Tek başına umut vaat etmektedirler. Örneğin, manik dönemdeki bir hasta evlilik dışı bir ilişkiye girmek ya da aile hesabındaki tüm parayı harcama gibi düşüncesiz davranışlarda bulunursa, bunun sonuçları lityuma bağlı ilerlemeden çok daha uzun vadeli olacaktır. Sonuç olarak, büyük ihtimalle stres artacak ve duygudurumdaki dalgalanmaları tetikleyecektir. Basco ve Rush (1996), yakın zamanda geniş duygudurumu dalgalanmaları sırasında çığırından çıkmış düşünce ve kişilerarası davranışları hedefleyen bilişsel davranışçı bir müdahalenin

Elektrokonvulsif terapi (EKT), depresyon için etkili bir tedavidir. Tek yönlü şok, anestetikler ve kas gevşeticilerin kullanılası istenmeyen yan etkileri azaltır.

detaylarını yayınlamıştır. Müdahalenin etkililiği hakkındaki ilk bulgular cesaret vericidir.

Her birey için en iyi terapiyi planlamanın güç olduğu açıktır. Örneğin, erkeklerin ilişki biçiminden dolayı cesareti kırılan bir kadına, baskıcı bir koca ya da patrona baş etmeye karşı koymaya yüreklendirecek feminist bir terapist, ona koca ya da patronunun muamelesinin çok da kötü olmadığını öğretecek bilişsel bir terapistten daha yardımcı olabilir.

Son olarak, çeşitli insan sorunlarının her çeşit tedavisinde terapist, işinin bazı ahlaki ve politik yönleriyle yüzleşmelidir ve bu sorunların bazıları bu bölümün sonunda ele alınacaktır. Hastaya yaşamındaki durumları değiştirebilmesi için mi yardımcı olmalıyım, yoksa uyum göstermesine mi yardım etmeliyim? Aslında bir insanın depresyonda olması başkalarıyla olan sosyal ve kişisel ilişkilerinde değişiklik yapmaya hazır olduğunu gösterebilir (Odak 10.2 ye bakınız)

BİYOLOJİK TEDAVİLER

Depresyon ve mani için çeşitli biyolojik tedaviler vardır. En sık kullanılan ikisi, elektrokonvulsif şok ve çeşitli ilaçlardır.

ELEKTROKONVULSİF TEDAVİ

Depresyon için belki de en tartışmalı ve dramatik tedavi, **elektrokonvulsif tedavidir (EKT).** EKT yirminci yüzyılın başında Cerletti ve Bini adında iki İtalyan doktor tarafından bulunmuştur. Carletti epilepsiyle ilgileniyordu ve nöbetleri deneysel olarak başlatma yolları arıyordu. Bir mezbahaya yaptığı bir ziyaret sırasında çözüm açıklık kazandı. Burada kafaya verilen bir şokla hayvanlar bilinçlerini kaybediyorlardı. Bundan hemen sonra insanda kafanın her iki yanına elektrik şoku uygulayarak tam bir epilepsi nöbeti ortaya çıkartabileceğini buldu. Daha sonra, 1938 de Roma'da bu tekniği şizofreni hastası üzerinde uyguladı.

Bundan sonraki yıllarda EKT, genelde hastane ortamlarında hem şizofreni hastalarında hem de psikotik olan depresyon hastalarında kullanıldı. Günümüzde EKT'nin kullanımı, ağır depresyon vak'alarıyla sınırlıdır. EKT'de hastanın kafasından 70 ila 130 volt arasındaki bir akım geçirilerek bilerek bir nöbet başlatılır ve kısa süreli bir bilinçsizlik olur. Daha önceleri elektrotlar kafanın her iki yanına konarak akımın her iki yarı küreden geçmesi sağlanırdı, bu yöntem **iki yönlü EKT** olarak bilinir. Bugün, başat olmayan beyin yarı küresinden akım geçirilen **Tek yönlü EKT** uygulaması (Abrams, Swartz ve Vedak, 1991) daha yaygındır. Geç-

TABLO 10.2 Duygudurum Bozukluklarının Tedavisinde Kullanılan İlaçlar

Sınıfı	*Genel Adı*	*Ticari Adı*	*Yan Etkileri*
Trisiklik antidepresanlar	İmipramin Amitriptilin	Tofranil Elavil	Kalp krizi, hipotansiyon, bulanık görüş, kaygı, yorgunluk, ağız kuruluğu, peklik, mide bozulması, ereksiyon azlığı, kiloda artış
MAO engelleyiciler	Tranilsipramin	Parnate	Ölümle sonuçlanabilecek olası hipertansiyon, ağızda kuruluk, baş dönmesi, bulantı, baş ağrıları
Seçici serotonin gerialım engelleyicileri	Fluoksetin	Prozac	Sinirlilik, halsizlik, mide ve bağırsak şikâyetleri, baş dönmesi, baş ağrıları, uykusuzluk
Lityum	Lityum	Lityum	Titreme, mide rahatsızlıkları, koordinasyonda bozulma, baş dönmesi, kalp aritmisi, bulanık görüş, halsizlik

mişte akım nöbet başlatana kadar hasta uyanık olurdu ve elektrik şoku bedende sıklıkla ürkütücü, hatta bazen kemik kırılmasıyla sonlanan kasılmalara neden olurdu. Şimdi akım verilmeden önce hastaya kısa etkili bir anestezi uygulanmakta ve sonra kuvvetli bir kas gevşeticisi verilmektedir. Bedendeki konvulsif kasılmalar belli belirsiz gözlenebilmekte ve hasta bir kaç dakika sonra uyanmakta ve tedaviyle ilgili hiçbir şey hatırlamamaktadır. EKT'nin çalışmasını sağlayan mekanizma bilinmemektedir. Genel olarak, metabolik hareketi ve beyine giden kan dolaşımını azaltmakta ve normal dışı beyin aktivasyonunu engellemektedir.

Ancak bir nöbet başlatma çok zorlayıcı bir işlemdir. Özgür ama depresif bir zihne sahip bir insan böylesine radikal bir tedaviyi nasıl kabul eder? Hastanın kendisi onay veremeyecek durumdaysa ana baba ya da eş nasıl böyle bir tedaviye razı olur? Yanıt basittir. Nasıl etkili olduğunu bilmesek de EKT çok şiddetli depresyonlarda en iyi tedavi olabilir (Klerman, 1988). Meslekteki çoğu kişi kafa karışıklığı (konfüzyon) ve bellek kaybının uzun sürmesi gibi risklerin farkındadırlar, ancak başat olmayan yarı küreye uygulanan Tek yönlü EKT, çift yönlü EKT'ye kıyasla daha az bellek kaybına yol açmakta ve beyin yapısında fark edilebilecek değişiklikler olmamaktadır (Devanand ve ark., 1994). Klinikçiler sadece, diğer yöntemleri deneyip sonuç alamadıklarında ve depresyon hafiflemediğinde, EKT'ye başvururlar. Olumsuz yan etkileri olan herhangi bir tedavi düşünüldüğünde, klinikçilerin hiç tedavi uygulamamanın sonuçlarını da tartmaları gerekmektedir. Depresif kişiler arasında intiharın gerçek bir olasılık olduğu düşünülürse ve yaşamın sürdürülmesi üzerindeki ahlâksal değerler göz önünde bulundurulursa, diğer tedaviler başarılı olmadığı zaman EKT'yi kullanma birçok kişi tarafından sorumlu ve savunulur olarak kabul edilmektedir.

İLAÇ TEDAVİSİ

İlaçlar yaygın olarak biyolojik veya diğer duygudurum bozukluklarının tedavisi için kullanılır. Bununla birlikte, herkes de aynı şekilde etkili olmazlar, diğer taraftan yan etkileri bazen çok ciddidir (Bkz. Tablo 10.3).

Depresyon üzerine yapılmış biyolojik araştırmalar hakkında yaptığımız daha önceki tartışmamızda, antidepresan ilaçların üç ana sınıfa ayrıldığından bahsetmiştik. (1) İmipramin (Tofranil) ve amitripty (Elavil) gibi trisiklikler; (2) Fluoxetin (Prozac) gibi seçici serotonin geri alım engelleyicileri ve (3) Parnate gibi monoamin oksidaz (MAO) engelleyicileri. MAO engelleyicilerinin oldukça ciddi yan etkileri olması nedeni ile diğer iki sınıf ilaç daha yaygın kullanılmaktadır. Bu ilaçların etkinliği, çift kör çalışmalarında tam bir tedavi uygulanmış hastalardaki yüzde 65 ile 70 arasında olan başarı oranı ile belirlenmiştir (Depresyon rehberi, Panel, 1993). Üç grup ilacın da sinirsel yayılmayı kolaylaştırdığına inanılmaktadır.

Çeşitli antidepresan ilaçlar hastanın depresyon döneminden çıkmasını çabuklaştırsa da, yine de ilaçlar kesildikten sonra bozukluğun tekrarlamasına sıklıkla rastlanmaktadır. İyileşme (remisyon) olduktan sonra imipramine devam etmek, tekrarlamayı önleyebilmektedir ancak idame dozlarının tedavi dozu kadar olması (çoğu kez olduğu gibi azaltılmış doz değil) ve hastanın ilaç tedavisi sırasında Klerman ve Weisman'ın kişilerarası terapisi gibi psikososyal bir tedaviye devam etmesi gerekmektedir (Frank ve ark., 1990). Antidepresan ilaçlar psikoterapiyle birlikte kullanılabilir ve kullanılmaktadır. Örneğin; eğer bireyin depresyonuna (kısmen) sosyal becerilerdeki sorun ve eksikliklerden dolayı hoşnutsuzluk neden oluyorsa, ilaç tedavisinin bu eksikliklere odaklaşan psikososyal yöntemlerle tamamlanması gerekir (Klerman, 1988, 1990; Weissman ve ark., 1974). Ancak, araştırma literatürü bileşik tedavilerin değerlendirmeleri konusunda açık yanıtlar vermemektedir (Persons ve ark., 1996).

Kimyasal bir ajan geçici de olsa bir depresyon nöbetini geçirse bile, depresyondaki intihar riski ve bireyin ve genellikle de ailesinin çektiği aşırı acı ve keder göz önüne alındığında faydası hiç de küçümsenmemelidir. Ayrıca ilacın akılcı kullanımı, hastaneye yatırma gibi son çare olarak düşünülen yollara başvurmayı da gereksiz kılmaktadır.

Bazı çalışmalar, antidepresanların şiddetli depresyonlarda her zaman kullanılmasının şart olduğunu öne sürseler de, diğerleri bilişsel ve kişilerarası terapilerin aynı şekilde etkili olduğunu ve buna ek olarak ilaçların yarattığı yan etkiler ve ilaçların bırakılması durumunda görülen geri dönüş sorunlarını ortadan kaldırmak gibi faydaları olduğuna dikkat çekmektedir (Hollon ve ark., 1992; Persons, Thase ve Crits- Christoph, 1996). Bu konudaki başlıca tartışmaya Bölüm 18'de Etkin ve arkadaşlarının mihenk taşı niteliğindeki çalışmaları ile değinilmektedir.

İki uçlu bozukluğun salınımlı duygudurumunu yaşayan kişilere, tuz formunda alınan bir element olan ve dozu çok dikkatli izlenen lityum karbonatla yardım edilmektedir. İki uçlu hastaların %80'i bu ilaçtan fayda görmektedir (Prien ve Potter, 1993). Lityum, İki uçlu hastalar için gerek depresif, gerekse manik dönemlerinde etkilidir ve İki uçlu hastalarda Tek uçlu hastalara kıyasla daha etkilidir, bu, iki duygudurum bozukluğunun birbirinden farklı olduğuna dair başka bir kanıtıdır. Çünkü lityumun etkisi aşamalı olarak görülmektedir, terapi tipik olarak hem lityum hem de Haldol gibi bir antipsikotik ile birlikte başlamaktadır. Bazı hipotezler lityumun nasıl çalıştığını açıklamaya çalıştılarsa da (lityumun G proteinleri üzerindeki etkisi hakkındaki önceki tartışmamızı hatırlayın), henüz yeterli kanıt elde edilememiştir.

Lityum olası ciddi, hatta ölümcül yan etkileri nedeniyle çok dikkatli reçete edilmesi ve kullanılması gereken bir ilaçtır. Manik dönemin ortadan kaldırılmasında büyük önemi olmasına karşın, lityumun devam etmemesi halinde tekrar etme riski artmaktadır (Suppes ve ark., 1991). Bu nedenle lityumun sürekli kullanımı gerekmektedir.

İki uçlu bozukluğu olan hastalarda nöbet kontrolü için iki ilacın kullanımı önerilmektedir. Karbamazapin ve divalproex sodyumun (Depakote) ikisi de etkin tedavi sağlarlar ve lityumun yan etkilerini kaldıramayan bazı hastaların tolere edebildiği ilaçlardır (Small ve ark., 1991).

Lityum, İki uçlu bozukluklar için seçilmiş tedavi olsa da amaç sadece devam etmesi konusunda ikna etmekse, bozukluğun psikolojik boyutu da hesaba katılmalıdır (Goodwin ve Jamison, 1990). Yazarlardan birinin arkadaşı şöyle ifade etmiştir (alıntı): "Lityum 'yüksekleri' olduğu kadar 'düşükleri' de törpüler, 'düşükleri' özlemiyorum, ama itiraf etmeliyim ki 'yükseklerin' özlediğim bazı yanları vardı. O "yükseklerden" vazgeçmem gerektiğini kabullenmem biraz zaman aldı. İşimi ve evliliğimi sürdürmeyi istememin yardımı oldu." Tek başına bir ilaç böyle bir endişeyi karşılamaz. Bu nedenle, İki uçlu bozukluklarda, genellikle lityumla birlikte, psikolojik müdahalenin önemi de giderek daha fazla kabul görmektedir. Herhangi bir ilaç tedavisinde olduğu gibi, hasta verilen dozu sadakatle almadığı sürece lityum da işe yaramayacaktır. Tedaviye bağlı kalmak ciddi bir sorundur; İki uçlu hastaların yaklaşık yüzde 40'ı tedaviye uymamakta ve pek çoğu tedaviyi bırakmaktadır (Basco ve Rush, 1996). Psikoterapinin farklı türleri, hastanın ilaç kullanımına itaatini artırarak, tedavi etkinliğini de artırmaktadır (örneğin, Wulsin, Bachop ve Hoffman, 1988).

ÇOCUKLUK VE ERGENLİKTE DEPRESYON

Duygudurum bozuklukları ile ilgili tartışmayı bitirmeden önce, dikkatimizi çocukluk ve ergenliğe yönelteceğiz. Çocuklarda var olduğunu düşündüğümüz tipik, kaygısız bir şeye aldırmaz hâl düşünülünce, ağır depresyon ve distiminin yetişkinler kadar, çocuk ve ergenlerde de görülmesi üzüntü vericidir. DSM-IV, yaşa özgü olan huzursuzluk ve saldırgan davranış gibi özellikleri depresif duyguduruma ek ya da yerine diye kullanmakla beraber, çocuklardaki duygudurum bozukluklarını yetişkin ölçütleri altında içine almaktadır.

ÇOCUKLUK VE ERGENLİK DEPRESYONUNUN SEMPTOMLARI VE YAYGINLIĞI

Çocuk ve yetişkinlerde ağır depresyon semptomatolojisinde benzerlik ve farklılıklar vardır (Mitchell ve ark., 1988). Çocuk ve ergenler yedi yaştan on yedi yaşa kadar, depresif duygudurum, zevk alamama, yorgunluk, konsantrasyon problemleri ve intihar düşüncesi açısından yetişkinlere benzerler. Farklılaşan belirtiler, çocuk ve ergenler için yüksek oranda intihar denemesi ve suçluluk, erişkinler için de sık olarak sabahları erken uyanma, iştah kaybı, kilo yitimi ve sabahları erken yaşanan depresyondur. Depresif çocuklarla yapılan bilişsel araştırmalar bu çocukların şemalarının depresif olmayan çocuklara göre daha olumsuz olduğunu ve depresif erişkinlerin şemalarına benzediğini göstermektedir (Prieto, Cole ve Tageson, 1992). Bu bulgular, çocukluk depresyonu ve Beck'in kuramı ile depresif erişkinlerle yapılan araştırmalar arasında faydalı olabilecek bir bağlantı kurmayı sağlamaktadır.

Erişkinlerde olduğu gibi çocuklardaki depresyon da tekrarlayıcıdır. Boylamsal araştırmalar, ağır depresyonu olan çocuk ve ergenlerin dört ile sekiz yıl sonra değerlendirildiklerinde bile anlamlı depresif belirtiler sergilediklerini kanıtlamıştır (Garber ve ark., 1988; Hammen ve ark., 1990; McGee ve Williams, 1988).

ODAK 10.3

ERGENLERDE DEPRESYON: CİNSİYET FARKLILIKLARININ GÖRÜNÜŞÜ

Depresyonun kadınlardaki sıklığı erkeklerde olanın yaklaşık iki katıdır. Hem tedavideki hastaları kapsayan araştırmalar, hem de bir bölgede yaşayanlarla yapılan tarama çalışmaları tutarlı olarak kadın erkek oranını 2'ye 1'e yakın olarak vermektedir. Bu cinsiyet farklılığı ergenlik öncesi çocuklarda görünmemektedir, ancak orta ergenlikten sonra bu fark devamlı olarak çıkmaktadır. Zamanını ve nedenini anlamak, depresyon etiyolojisi için ek ipuçları verebilir.

Nolen-Hoeksema ve Girgus (1994) depresyondaki cinsiyet farklılıklarıyla ilgili olan bulguları yeniden gözden geçirdikten sonra, kızların ergenlikten bile önce, erkeklere oranla, depresyon için daha fazla risk faktörüne sahip olduklarını ama sadece bu risk faktörlerinin ergenliğin meydan okumaları ile etkileşime girince depresyondaki cinsiyet farklılığına yol açtığı sonucuna varmışlardır.

Erkeklere göre kızlarda yaygın olan bu risk faktörleri nelerdir? Nolen-Hoeksema ve Girgus üç olasılığı araştırmıştır:

1. Kızlar erkeklere oranla daha az girişkendirler ve liderlik yeteneklerini değerlendiren ölçeklerde daha düşük puan almaktadırlar.

2. Kızlar erkeklere oranla düşünmeye eğilimli arkadaşlık adı verilen birliktelikler ile daha meşguldürler. Depresif semptomlarına daha fazla odaklanırlar (örneğin "Bunun üstesinden gelemezsem ne olur?", "Bu şekilde hissetmem ne anlama geliyor?"). Bu tarz bir baş etme stili daha uzun ve ağır depresyon belirti dönemleri ile bağlantılıdır. Erkek çocuklar ve yetişkin erkekler ilgilerini bu tür içe bakmalardan başka tarafa çekmek için fiziksel faaliyet ya da televizyon seyretme eğilimindedirler.

3. Kızlar erkeklere oranla fiziksel ve sözel olarak daha az saldırgan ve grup etkileşimlerinde daha az etkindirler.

Depresyonda cinsiyet farklılığı, ergenliğe kadar ortaya çıkmamaktadır. Bu dönemde genç kadınlar bir çok stres yükleyici ile karşı karşıya gelmekte ve bunların yarattığı olumsuz duygularla ilgili düşüncelere dalmaya meyilli olmaktadırlar.

Ergenlik başladığında, kızlar birçok stres kaynağı ile karşılaşırlar. İkincil cinsiyet özellikleri geliştikçe, kilo alımı ve ince görünümlerinin kaybından hoşlanmayabilirler. Aynı zamanda fiziksel ve cinsel taciz riski arttığı gibi aileleri ile bağımsızlık ve cinsiyete uygun davranış konularında tartışmalar da artar. Bu stres kaynakları, daha az etkili başetme yöntemleri sonucu ikiye katlanan risk faktörleri, kadınların erkeklere oranla neden daha sık depresyona girdiklerini anlamada anahtar olabilir.

Bu görüşe göre tedaviye dahil olacaklar açıktır. Depresif kadınlar ve erkekler, depresyonun nedenlerini aramak ve duygudurumları ile oturmak yerine daha etkin baş etme yollarını arttırmaya cesaretlendirilmelidirler. Problem çözme becerileri ve girişkenlik geliştirilmelidir. Nolen-Hoeksema, önleyici olarak ebeveynlerin ve diğer bakım verenlerin kızları, olumsuz duygudurumlara yönelik daha etkin davranışlar edinmeleri için cesaretlendirmelerini önermektedir.

Çocukluk depresyonunun yaygınlığını tahmin etmek; çocuğun yaşına, çalışmanın yapıldığı ülkeye, örneklemin tipine (toplum temelli ya da klinik ortam) ve tanı ölçütlerine göre değişmektedir (Nottelmann ve Jensen, 1995). Genel olarak, depresyon okul öncesi grupta %1'den az (Kashani ve Carlson, 1987; Kashani, Halcomb ve Orvaschel, 1986) ve okul çağındaki çocuklarda %2-3 oranında olmaktadır (Cohen, Cohen ve ark., 1993; Costello ve ark., 1988). Ergenlerde depresyon oranı, özellikle kızlarda yüksek olmak üzere (%7-13) erişkinlerle karşılaştırabilir durumdadır (Angold ve Rutter, 1992; Kashani ve ark., 1987).

Çocuklardaki depresyon tanısını zorlaştıran bir problem diğer bozukluklarla sıklıkla birlikte görülmesidir (Hammen ve Compas, 1994). Depresif çocukların %70'inin, kaygı bozukluğu ya da anlamlı kaygı belirtileri vardır (Anderson ve ark., 1989; Brady ve Kendall, 1992; Kovacs, 1990). Depresyon davranım bozukluğu ve dikkat eksikliği olan çocuklarda da yaygındır (Fleming ve Offord, 1990, Kashani ve ark., 1987; Rohde, Lewinsohn ve Seeley, 1991). Hem depresyon hem de başka bir psikiyatrik bozukluğu olan çocukların daha ağır depresyon yaşadıkları ve iyileşmek için uzun zaman gerektiği bulunmuştur (Keller ve ark., 1988; Kovacs, Feinberg, Crouse-Novak, Paulauskas ve Finkelstein, 1984; Kovacs, Feinberg, Crouse-Novak, Paulauskas, Pollack ve Finkelstein, 1984).

ÇOCUK VE ERGENLERDE DEPRESYON ETİYOLOJİSİ

Genç birini depresyona sokan nedenler nelerdir? Erişkinlerdeki bulgular kalıtsal özelliklerin rol oynadığını göstermektedir (Puig-Antich ve ark., 1989; Tsuang ve Farone, 1990).

Çocuklarda depresyon çalışmaları, biyolojik yatkınlık ile birbirini etkileyebilecek, aile ve diğer stres kaynağı olabilecek ilişkilere de odaklanmaktadır. Depresif çocuklar ve ailelerinin olumsuz yollarla birbirleri ile etkileşim içinde oldukları gösterilmiştir. Örneğin, depresif olmayan çocuk ve ailelere göre daha az sıcaklık göstermeleri ve daha düşmanca davranmaları (Chiariello ve Orvaschel, 1995; Puig- Antich ve ark., 1985). Ağır depresyonu olan çocuk ve ergenlerin aynı zamanda zayıf sosyal becerileri ve bozuk kardeş ve arkadaş ilişkileri vardır (Lewinsohn ve ark,. 1994; Puig-Antich ve ark., 1993). Bu davranış örüntüleri, depresyonun hem nedeni hem sonucu olabilir. Depresif çocuklarla birlikte olmak eğlenceli olmadığı için, onları çoğunlukla reddeden arkadaşları ile az miktarda ve yeterince doyurucu olmayan bağlantıları vardır (Kennedy, Spence ve Hensley, 1989); bu olumsuz birliktelikler çocuğun var olan olumsuz kendilik imgesini ve kendilik değerini (Coyne, 1976) kötüleştirir. Ebeveynlerden sık eleştiri almak çocuğun özellikle kendilik değeri ve yeterlilik duygusuna zararlı olabilir (Cole ve Turner, 1993; Stark ve ark., yayında).

Erişkinlerde bulunduğu gibi, Beck'in kuramı (1967) ve depresyonun öğrenilmiş çaresizlik kuramı (Abramson ve ark., 1988) ile tutarlı olarak, bilişsel çarpıtmalar ve olumsuz yükleme tarzı çocuk ve ergenlerde depresyon ile ilişkilidir (örneğin, Garber ve ark., 1993; Gotlib ve ark, 1993; Kaslow ve ark, 1992). Toplanan bulgular evdeki yaşananların, öncelikli olarak da ebeveynlerin çocukları ile nasıl ilgilendiğinin, depresyona götürebilecek biliş ve düşüncelere neden olduğunu göstermektedir (Stark ve ark., yayında; Odak 10.3'e bakınız).

ÇOCUKLUK VE ERGENLİK DEPRESYONUNUN TEDAVİSİ

Depresif çocuk ve ergenlerle yapılan terapi araştırmaları erişkinlerle terapiye oranla daha az yapılmıştır (Kaslow ve Racusin, 1990). Bununla beraber, ilaç tedavileri etkili görünmemektedir; çift kör çalışmalar, plasebolar ve değişik antidepresan ilaçlar arasında güvenilir farklar bulamamıştır (Puig-Antisc ve ark., 1987; Simeon ve ark., 1990; Stark ve ark., 1996).

Psikososyal müdahalelerin çoğu, erişkinlerle yapılan klinik araştırmalardan örnek alınmıştır. Örneğin, kişilerarası terapi (KT) depresif ergenlerle kullanılmak üzere değiştirilmiştir ve ergenlerin ilgilendiği arkadaş baskısı, ebeveynlerden ayrışma ve otorite konuları gibi konulara odaklanır (Moreau ve ark., 1992; Mufson ve ark., 1994).

Depresif ergenlerde, depresyonla baş etme yönergelerini içeren bilişsel-davranışçı grup müdahalesi, özellikle ebeveynlerin dâhil edildiği tedavilerde, etkin bulunmuştur (Clarke ve ark., 1992; Lewinshon ve ark., 1990). Beşinci ve altıncı sınıfta okuyanların depresyonları sosyal beceri yönergeleri ve stresli durumlarda sosyal problem çözmeye yoğunlaşan, küçük gruplu rol yapma müdahaleleri sonucunda gelişme göstermiştir (Butler ve ark., 1980). Sosyal beceri eğitiminin depresif genç insanlara arkadaş edinme ve yaşıtlarla anlaşma gibi hoşa giden, pekiştirici çevre kazanmayı sağlayan davranışsal ve sözel yollarla yardım etmesi beklenebilir (Frame ve ark., 1982; Stark, Reynolds ve Kaslow, 1987). Diğerleri ile ilişkiye girmenin daha iyi yolları, Coyne'nin (1976) belirttiği ve genç insanlarla yapılan araştırmalarla (örneğin, Blechman ve ark., 1986) deneysel destek kazanan, depresyonu -olumsuz davranış- diğerleri tarafından reddedilme döngüsünü zorla kırma şeklinde de beklenebilir. Bununla beraber, Stark ve arkadaşları (yayında) yakın zamanda bazı depresif çocukların diğerleri ile uygun ilişkiye girme yollarını bildiklerini ama olumsuz düşünce ve fiziksel uyarılma nedeni ile bunu yapamadıklarını belirtmekte ve bilişsel müdahalelerin ve bazı çocuklar için gevşeme eğitimi gibi işlemlerin de yararlı olabileceğini önermektedirler.

Çocuk ve ergenlerde depresyon tedavisi, sadece çocuk ve ergeni değil ama aynı zamanda aile ve okulu da kapsayan geniş açılı bir yaklaşımla en iyi şekilde başarılabilir (Stark ve ark:, 1996). Terapi depresif çocuğa ek olarak depresif ebeveyne de odaklanmalıdır. Depresif ebeveynler büyük olasılıkla çocuklarına, kendilerine ve dünyaya yönelik kötümser bakış açılarını ifade etmektedirler ve çocuklar ebeveynlerinin bu fikirlerinden kuvvetli bir şekilde etkilenmektedirler. Aile ve okul çevresini dahil etme önerisi, genç insanlarda bilişsel yanlılıklar, beklentiler ve atıflara oranla çevresel stres yükleyicilerinin, erişkinlerden daha önemli olduğu hipotezine

dayanmaktadır (Cole ve Turner, 1993). Bu yaklaşım, genç insanlara kişilerarası stresle baş etme yollarını, daha etkin açık davranışlarla -örneğin, diğerleri ile daha etkin karşılıklı etkileşime girmek ve zorba tavırlı yaşıtları ile uygun bir girişkenlikte olmak gibi-öğretmenin önemini belirtmektedir, bu sayede kişinin kızgınlık veya geri çekilme gibi aşırı uçlara gitmekten daha farklı alternatifleri olur.

Braswell ve Kendall'ın (1988) vak'a raporu, on beş yaşındaki bir kızın bilişsel-davranışçı terapisini anlatmaktadır.

Sharon başlangıçta oldukça disforik, tekrarlayan intihar düşünceleri yaşayan ve depresyonun birçok vejetatif belirtisini gösteren biriydi... anti-depresif ilaç tedavisine (alındıktan sonra)...depresyonu için bilişsel davranışçı yaklaşıma alındı... Düşünce ve davranışlarının duygudurumunu nasıl etkilediğini anlayabiliyordu ve kendini zevkli ve başardığını hissedecek olayları arttırmaya yönelik davranışsal planlama ile meşgul edebiliyordu. Sharon kendine bir çok alandaki performansını değerlendirmek için çok yüksek standartlar koymuştu ve ailesinin de bu standartları ona yüklediği çok açıktı, böylece aile terapi oturumlar, Sharon ve ebeveynlerinin bu standartlar, yeniden değerlendirebilmeleri için düzenlenmişti.

Sharon, bu standartları değiştirme düşüncesinde zorlanıyordu ve depresif olmadığı zamanlarda mükemmeliyetçiliğine değer verdiğini söylüyordu. Bu noktada terapide direnç göstermeye başlamıştı çünkü terapiyi kendinde değer yerdiği bir şeyi değiştirme olarak algılıyordu. Bunu aklımızda tutarak, mükemmeliyetçiliğinin hangi durum ya da alanlarda işe yaradığını ve ne zaman ve nasıl ona karşı zarar verici olduğunu keşfetmeye ve belirlemeye başladık. Bu yönelimden dolayı, giderek rahatladı ve matematik dersi (güçlü olduğunun belli olduğu bir alandı) için yüksek standartlar koymaya devam etmek isledi, ama sanat ya da beden eğitimi dersleri için kendinden çok fazla bir şey beklemeye gerek olmadığına karar verdi (s. 194).

İNTİHAR

Hıristiyanlıktan hemen önce eski Roma'da yaşam kalitesi bireyin ne kadar uzun yaşadığından çok daha önemli kabul ediliyordu. Birinci asırda Stoik felsefecilerden Seneca "Yaşamak değil iyi yaşamak iyidir. Akıllı adam yaşayabildiği kadar iyi şekilde yaşar, en uzun değil... Yaşamı nitelik olarak düşünür, nicelik olarak değil" demiştir (aktarılan kaynak Shneidman, 1973, s. 384). Erken dönemlerinde, Hıristiyanlık zulüm gören bir dindi ve ilk Hıristiyanlardan birçoğu aziz mertebesine ulaşmak için intihar ediyordu (Heyd ve Bloch, 1981). Dördüncü yüzyılda, Saint Agustine "öldürmeyeceksin" şeklindeki Altıncı Emre uymadığı için intiharın bir suç olduğunu söyleyince, batılı düşüncede kökten bir değişiklik oldu. On üçüncü yüzyılda Aziz Thomas Aquinas bu görüşü geliştirerek yaşam ve ölümle ilgili Tanrının gücü üzerine çıkıldığı için intiharın ölümcül bir suç olduğunu açıklamıştır. Böylece ne Eski ne de Yeni Ahit'te (İncil) intihar yasaklanmamış olmasına rağmen, batı dünyası intiharı bir suç ve günah olarak algılamıştır (Shneidman, 1973). İşin kara mizah tarafı, yaşama karşı duyulan derin saygıdan kaynaklanan Hıristiyanlığın intiharla ilgili yasağı, kendi yaşamlarına son vermeğe çalışanların zulmüne yol açmasıdır. 1823'lere kadar Londra'da intihar edenler kalplerine batırılmış bir kazıkla gömülmüşler ve 1961'e kadar intihar İngiltere'de suç sayılmıştır. Ancak intihar etmiş bir kişiye ne ceza verilebilir? Amerika'da bazı eyaletlerde intihar suç sayılmakta ancak intihar girişiminde bulunanlara nadiren suç duyurusu yapılmaktadır. Diğer taraftan birçok eyalette intiharı özendirme

TABLO 10.4 İntihar Girişimi Olanlarla İntihar Edenlerin Karşılaştırılması

Özellikler	*Girişimciler*	*İntihar Edenler*
Cinsiyet	Çoğunlukla kadın	Çoğunlukla erkek
Yaş	Çoğunlukla genç	Yaşla risk artar
Yöntem	Az Ölümcül (ilaç, kesme)	Daha saldırgan (silah, atlama)
Tanılar	Distimik bozukluk	Majör duygudurum bozukluğu
	Sınır kişilik bozukluğu	Alkolizm
	Şizofreni	
Baskın Duygu	Öfke ve depresyon	Umutsuzluk ve Depresyon
Motivasyon	Durumun Değişmesi	Ölüm
	Yardım Çağrısı	
Hastanede gidiş	Çabuk İyileşme	
Girişimle ilgili tutum	Yaşadığı İçin Rahatlama	
	Tekrar Etmeme Sözü	

Kaynak: Fremouw ve ark., 1990, s. 24. Simon ve Schusster International'ın izniyle basılmıştır.

ODAK 10.4 İNTİHAR HAKKINDA BAZI EFSANELER (MİTLER)

İntihar hakkında birçok yanlış bilgi vardır (Fremouw, Perczel ve Ellis, 1990; Pokorny, 1968; Shneidman, 1973). Bunları tanımak, intiharla ilgili gerçekleri bilmek kadar önemlidir.

1) İntihardan bahseden kişiler bunu yapmazlar. *Kendi hayatlarını sona erdirenlerin dörtte üçüne yakını daha önceden, belki yardım çağrısı olarak belki de alay etmek için, niyetlerinden bahsetmiştir.*

2) İntihar uyarmadan yapılır. *Bu bilginin yanlışlığı bir önceki ifade ile gösterilmiştir. Kişi genelde, örneğin hayatın kendisi olmadan daha iyi olacağını söylemek ya da diğerlerine kendilerine ait en değerli eşyaları beklenmedik ve açıklanamaz hediyeler olarak vermek gibi birçok uyarı işareti verir.*

3) Sadece belirli bir sınıfa ait insanlar intihar ederler. *İntihar ne yoksulun laneti ne de zenginin hastalığıdır. Bütün sosyo-ekonomik sınıflardaki insanlar intihar eder.*

4) Belirli bir dini gruba üye olmak kişinin intihar etmeyeceğine dair iyi bir yordayıcıdır. *İntihara karşı çıkan Koyu Katolik yasakların, katoliklerin kendilerini öldürme riskini aza indirdiği düşüncesi yanlıştır. Bu düşünce gerçeklerle desteklenmez, belki de bir bireyin resmi dini kimliği, her zaman gerçek düşüncelerinin doğru bir göstergesi olmaz*

5) İntihara iten nedenler kolaylıkla tesbit edilebilir. *Gerçek şu ki, bizler tam olarak insanların neden intihar ettiğini anlayamayız. Örneğin, intihar öncesi yaşanan maddi durum kötüleşmesinin tam anlamıyla intihar sebebini açıkladığı söylenemez.*

6) Bütün intihar edenler depresyondadır. *Bu yanlış fikir, kişi ümitsiz olmadığı için sıklıkla göz ardı edilen olması yakın intihar işaretleri için izah edici olabilir. Hayatını sona erdiren birçok insan depresyonda değildir; bazıları kendileri ile barışık ve sakin görünürler.*

7) Ölümcül hastalığı olan kişi intihar etmez. *Kişinin yaklaşan ölüme yönelik farkındalığı intiharı imkânsız hale getirmez. Kendi ya da sevdiklerinin acılarını sona erdirme düşüncesi birçok insanı belki de ölüm zamanlarını seçmeye sevk edebilir.*

8) İntihar etmek psikotikçedir. *İntihar eğilimli çoğu insan mutsuz olsa bile çoğu gerçekle bağlantı içindedir.*

9) İntihar güneş lekeleri ve ayın dönemleri gibi kozmik faktörlerden etkilenir. *Bu düşünceyi destekleyen bulgu yoktur.*

10) Duygusal durumdaki düzelmenin anlamı intihar riskinin azalmasıdır. *Çoğunlukla depresif hastalar canlılıkları artmaya ve enerji düzeyleri gelişmeye başladıktan sonra intihar ederler.*

11) İntihar yalnız bir olaydır. *İntihar etme düşüncesinin kişinin kafasında devam edip etmediği tartışmasına rağmen, başka bir kişiyle -eş, çocuk, sevgili, iş arkadaşı- hayal kırıklığına uğratan, acı veren bir ilişki içine dalmak başlıca neden olabilir.*

12) İntihar eğilimli kişiler açıkça ölmek istiyorlardır. *İntihar eden çoğu insanın kendi ölümleri konusunda kararsız olduğu görülür; diğerleri depresyon ya da alkolizmden dolayı acı çeker, eğer bunlar hafiflerse, intihar isteği azalır. Birçok insanın intihar krizi geçer ve kendilerine zarar vermeleri engellendiği için müteşekkir olurlar.*

13) İntihar hakkında düşünmeye sık rastlanmaz. *Çeşitli araştırmaların tahminleri klinik olmayan topluluklarda intihar düşüncesinin yüzde 40'lardan 80'lere kadar çıkabildiğini göstermektedir; bu demektir ki, bu insanlar hayatlarında en az bir defa intihar etmeyi düşünmüşlerdir.*

14) Özellikle depresif birine intihar sorusu sormak onu intiharın eşiğine itecektir ve başka türlü ortaya çıkmayacak bir intihar davranışına neden olacaktır. *Klinisyenlerin eğitimlerinde öğrendikleri ilk şeylerden biri, duygusal olarak çok kötü durumda olan bir kişiyi intihar hakkında sorgulamaktır. Bununla ilgili soru sorulması kişiye korkunç ve utanç verici olarak kendinde barındırdığı sırrı hakkında konuşma izni verir, yoksa bu ileride izolasyon ve depresyona neden olabilir.*

15) Öldürücü olmayan yollarla intiharı deneyenler kendilerini öldürme konusunda ciddi değillerdir. *Bu ifade öldürücülüğü, niyetle karıştırmaktır. Bazı insanlar ilaç dozları ya da insan anatomisi hakkında bilgi sahibi değillerdir. Bununla beraber ölüme neden olamayacak bir girişim de kendine gerçekten zarar vermeyi isteyen biri tarafından denenebilir.*

ve önermeyi suç sayan yasalar vardır (Shneidman, 1987).

İntihar bu bölümde tartışılmaktadır, çünkü depresyonu olan birçok kişinin intihar düşünceleri vardır ve yaşamlarını sonlandırmak için gerçek denemeler yaparlar. Ayrıca kendini öldürenlerin yarısından çoğunun o sırada depresyonda olduğu ve umutsuzluk içinde bulunduğuna inanılmaktadır (Frances ve ark, 1986). Ancak oldukça çok kişi de depresyonda olmadıkları halde intihar girişiminde bulunmakta ve bazen başarılı olmaktadırlar. İntiharla ilişkili olan başka bozukluklar da vardır (Linehan ve Shearin, 1988). Erkek alkoliklerde intihar genel popülâsyondan 75 kat daha fazladır (Kessel ve Grossman, 1961), ve aynı zamanda depresyonu olan erkek alkolikler için şaşırtıcı oranlara erişmektedir. (Cornelius ve ark. 1995). Şizofreniklerin %13 kadarı intihar etmektedir (Roy, 1982). Burada vurgumuz belirgin tanı gruplarını aşan etkenler ve sorunlar üzerinde olacaktır.

İNTİHARLA İLGİLİ GERÇEKLER

Ölüm kararı, karmaşık ve çok yönlü bir harekettir (Fremouw ve ark., 1990; Hendin, 1982; Holinger, 1987; National Center for Health Statistics, 1988; Wright, 1982). İntiharla ilgili bütün bilgileri kapsayan tek bir kuram yoktur. İntiharla ilgili bazı gerçekler aşağıda listelenmiştir; intiharla ilgili efsaneler (mitler) için Odak 10.4'e bakınız.

- İstatistiklere göre, Amerika Birleşik Devletlerinde her yirmi dakikada bir kişi intihar etmektedir. Yılda 30.000'e ulaşan bu sayı, büyük olasılıkla çok düşük bir tahmindir. Amerika'da intihar oranı yaklaşık 100.000'de 12'dir. Bu oran yaşlılıkla artar; 75 ile 84 yaş arasında 100.000'de 24'e çıkar.
- Birleşik Devletlerde tamamlanmış intihar girişimi oranı 200'de 1 gibi yüksek bir oran olabilir, yani her yıl 6 milyon kadar intihar girişimi vardır.
- İntihar edenlerin yarısı kadarı daha önceleri de en az bir defa kendini öldürme girişiminde bulunmuşlardır ancak intihar girişiminde bulunanların çoğu bir daha girişimde bulunmaktadırlar. Çoğu, özellikle çocuk ve ergense, gerçekten ölme niyetinde değildir.
- Tablo 10.4'de intihar edenlerle intihar girişiminde bulunanlar arasındaki bazı farklar gösterilmektedir.
- Erkekler kadınlardan dört kez daha fazla intihar etmektedirler ancak artık kadınlar daha yüksek risk grubuna girdiği için oran azalabilmektedir.
- Kadınlar erkeklerden üç kat daha fazla intihar girişiminde bulunmakta ancak ölmemektedir.
- Boşanmış ya da dul olmak, intihar riskini dört ya da beş kez daha arttırmaktadır ve yaşla birlikte daha etkili bir risk faktörü oluşabilmektedir. Medeni durumun önemi, intihar riskinde sosyal desteğin olmamasıyla bağlantılı olabilir.
- Birleşik Devletlerde intihar sıklığı bahar ve yaz aylarında en yüksektir.
- İntihara tüm sosyal ve ekonomik düzeylerde rastlanabilir, ancak psikiyatrlar, doktorlar, avukatlar ve psikologlar arasında, özellikle de kadınsalar, yaygındır.
- Başka hiçbir şekildeki ölüm, intihar kadar ailede ve arkadaşlarda bu kadar uzun etkili acı, utanç, suçluluk, şaşkınlık ve genel bozukluğa neden olmamaktadır. Bunu yaşayanların kendileri birer kurbandır, sevdiklerinin intiharından sonraki bir yıl içinde bu kişilerde de yüksek intihar etme oranı gözlenmektedir.

Bir binadan atlama gibi, şiddetli ölüm içeren intiharlar erkekler arasında kadınlara göre daha yaygındır.

- Birleşik Devletlerde silahlar en sık kullanılan intihar araçlarıdır, tüm intiharların yaklaşık yüzde 60'ını kapsar. Birleşik Devletlerdeki evlerde ateşli silahların olması, bilinen diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak intihar riskini yükseltir. Erkekler kendilerini vurmayı ya da asmayı tercih etmektedirler; kadınların uyku ilacı kullanması daha olasıdır. Bu da
- kadınlarda ölümle sonuçlanan intihar olay larının daha az olmasını açıklayan nedenler den biri olabilir.
- Genel olarak intihar yetişkinlerde ölüm nedeni olarak sekizinci sırada gelmektedir. On beş ve yirmi dört yaş arasında kaza ve cinayetlerden sonra üçüncü sırayı almaktadır ve bu yaş grubundaki beyazlar arasında ki ikinci sıradadır. Her yıl on binden fazla Amerikalı üniversite öğrencisinin intihar girişiminde bulunacağı ve öğrencilerin %20'sinin öğrencilikleri sırasında intiharı düşüneceği tahmin edilmektedir.
- Beyaz ve yerli Amerikalı gençlerde intihar oranı, siyah Amerikalı gençlere göre iki kat fazladır. Ancak kentlerin iç bölgelerinde siyah Amerikalı genç erkeklerde oran, beyaz genç erkeklerden iki kat daha yüksektir (benzer şekilde terör ve cinayetler de genç ve kentli Afrika kökenli Amerikalılarda yüksektir).
- Amerika'da intihar oranının en yüksek olduğu grup elli yaşın üstündeki erkeklerdir. Afrika

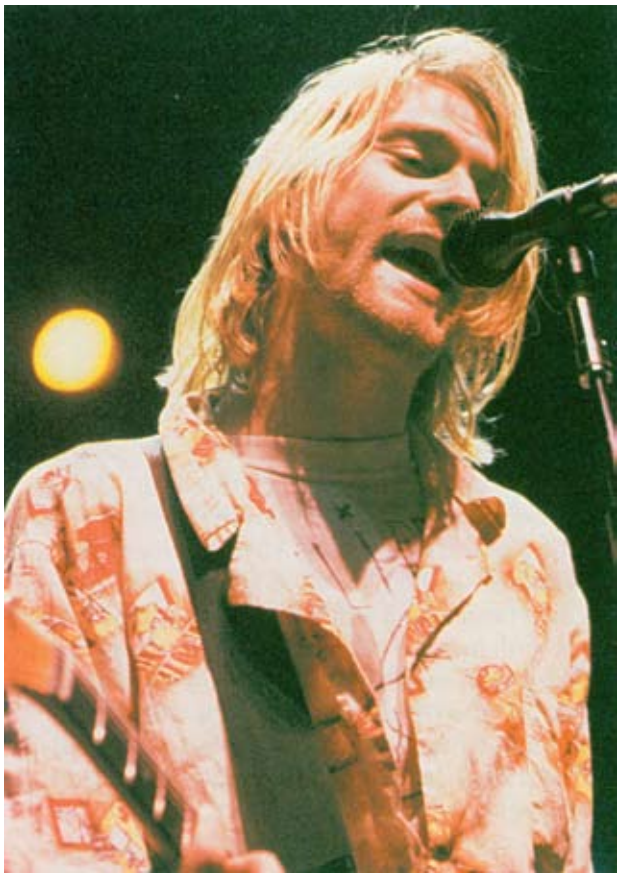
kökenli Amerikalılar için intihar en sık onbeş ve yirmi dört yaşları arasında gözlenir.

- Amerika'da çocuklar ve gençlerde intihar oranları dramatik olarak artmaktadır. Her yıl on beşle on dokuz yaş arasındaki 3.000 gencin kendini öldürdüğü sanılmaktadır ve altı yaş gibi küçük çocuklar girişimde bulunmaktadırlar. Ancak oranlar yetişkinliktekilerin çok altındadır.
- İntihar eden insanların büyük çoğunluğu, özellikle duygudurum bozukluğu ya da alkolizm gibi tanılanabilir bir ruhsal bozukluğa sahiptir[2].
- AİDS ve MS gibi fiziksel bir hastalık, bütün intiharların yarısında katkısı olan bir etkendir (ölümcül hastaların doktor yardımıyla intiharları hakkındaki sonraki tartışmaya bakınız).
- Dünyada en yüksek intihar oranı Macaristan'dadır. Çekoslovakya, Finlandiya, Avusturya, ve İsviçre'de de oranlar yüksektir. En düşük oranlar Yunanistan, Meksika, Hollanda ve İngiltere'dedir. Birleşik Devletler orta düzeydedir.
- Ekonomik çöküntü yıllarında intihar olayları artmakta, gelişme olan yıllarda sabit kalmakta ve savaş yıllarında azalmaktadır.

İNTİHARLA İLGİLİ BAKIŞ AÇILARI

İntiharı gözümüzde canlandırdığımızda genellikle garajda motoru çalışan bir arabanın içinde oturan bir kadın, şakağa dayanmış tabancayla bir adam, annesinin uyku ilaçlarıyla bir çocuk gibi hemen yaşamı sonlandırmayı seçmiş, kasten dramatik bir eylemde bulunan kişiyi düşünürüz. Ancak, intihar uzmanları, insanların uzun sürede ciddi incinme ya da ölüme yol açacak şekilde kendilerini tahrip edici davranışlarda bulundukları zaman da intihar eğiliminde olduklarını düşünürler. Buna örnek olarak insülinini almayan ve diyetine uymayan şeker hastası ve bedenine zarar verdiğini bildiği halde tedaviye başvurmayan alkolik hasta verilebilir. Bazen istekaltı (subintentional) ölüm de denen bu çeşit intiharlar, intihar üzerinde istatistik toplamayı ve anlamamızı daha da zorlaştırır (Shneidman, 1973).

[2]*DSM'de intihar düşüncesi ya da denemesinin ağır depresyon özelliklerinden biri olduğunun belirtilmeye değer olduğu düşünülmektedir. Böylece depresyonun tanımı çoğunlukla intihar etmeye eğilimi de kapsamaktadır. Aynı sebeple, şizofreni ya da madde bağımlılığı problemi olan insanlar intihar ettiklerinde depresyon tanısı da alırlar (Roy, 1982; Roy ve Linnoila, 1986). Dolayısıyla, kendine zarar verme davranışı ağır akıl hastalıklarının bir özelliği olarak sıkça belirtildiği için, intiharın akıl hastalığı olanlarda yaygın olması şaşırtıcı olmamalıdır.*



Nirvana'nın solisti Kurt Cobain'in intiharı, gençler arasında intihar artışına yol açmıştır.

İntiharın doğası ve nedenleriyle ilgili görüşler bir çok alanda bulunabilir (Shneidman, 1987). İnsanların bıraktıkları mektup ve günlükler, intiharın fenomenolojisini anlamamız için kullanılabilir. Herman Melville ve Leo Tolstoy gibi romancılar, ayrıca kendilerini öldüren Virginia Woolf ve Sylvia Platt gibi yazarlar intiharla ilgili içgörü kazandırmışlardır. Decartes, Voltaire, Kant ve özellikle yaşamın anlamsızlığıyla ve bireyin varoluşa bir anlam verme sorumluluğu ve gereksinimiyle uğraşan varoluşçulardan Heidegger ve Camus gibi birçok felsefeci bu konuda arayış içinde yazmışlardır.

İntiharın altında yatan çeşitli motivasyonlardan söz edilir (Mintz, 1968): içe dönük agresyon, başkalarında suçlanma oluşturarak öç almak, başkalarından zorla sevgi almak, algılanan eski hataların kefaretini ödemek, kendi cinsiyetindeki birine ilgi duymak gibi kabul edilemeyen duygulardan kendini kurtarmak, yeniden doğma (reenkarnasyon) isteği, ölen sevilen bir kişiyle birleşme isteği ve stres, sakatlık, acı ve duygusal boşluktan kaçma gereksinimi ve arzusu. Ruh sağlığı alanında çalışan birçok kişi, genellikle intiharı bireyin oldukça fazla stres altında olduğu ve kendini yok etmenin en uygun

seçenek olarak görüldüğü çok dar seçeneklerin bulunduğu problem çözme çabası olarak algılamaktadır (Linehan ve Shearin, 1988).

İntiharla ilgili sosyal ve kişilik kuramlarındaki son çalışmalara dayalı yeni bir kurama göre, bazı intiharlar hoş olmayan kendilik farkındalığından, diğer bir deyişle, kişinin kendine atfettiği başarısızlık ve eksikliklerin acı verecek tarzda algılanmasından kaçmaya yönelik güçlü arzudan kaynaklanmaktadır (Baumeister, 1990). Bu farkındalığın büyük bir duygusal acıya, belki de depresyona, yol açtığı varsayılmaktadır. Gerçekçi olmayacak şekilde yüksek beklentilerin olması -ve dolayısıyla bu beklentileri karşılayamama ihtimali (Beck ve Ellis)- intihara yönelik bu bakış açısında temel bir rol oynar. Bunlardan önemli bir tanesi, sevdiği kişice reddedilen bireyde olduğu gibi, yakınlık ve sevgideki yüksek beklentilerin bazen gerçeğe ters düşmesiyle intihar eğiliminin ortaya çıkmasıdır (Stephens, 1985). Ölüm yoluyla unutma bazen kendi eksikliklerinin acı veren farkındalığından daha dayanılır gelir. Bu hipoteze destek veren çok sayıda araştırma vardır (Baumeister, 1990).

Medyanın intiharları bildirmesi, intiharlarda artışa yol açabilir. Bu rahatsız edici olasılık Phillips'in (1975, 1977, 1985) araştırmalarını gözden geçiren Bandura (1986) tarafından tartışılmaktadır. Sonuçlar, (1) Marilyn Monroe'un ölümünden sonraki ayda intiharlar %12 artmıştır. (2) Ünlü olmayan kişilerin kendilerini öldürmelerinin yayınlanması sonrasında intihar oranlarında artma gözlenmektedir (bu da ünlü olmaktan çok yayınlanarak duyurulmanın önemli olduğunu düşündürmektedir). (3) Cinayet-intiharların yayınlanarak duyurulması sonrası sürücü ve yolcuların öldüğü ölümle sonuçlanan otomobil ve uçak kazalarında artma görülmektedir. (4) Ünlü kişilerin doğal ölümlerinin yayınlanması intiharlarda artmaya yol açmamaktadır. Bu da etkili faktörün üzüntü olmadığını düşündürmektedir.

Kendileri için ayrılmış arazi parçalarında kalabalık olarak yaşamaya zorlanan Guarani Kızılderililerindeki intihar oranının artışı, Durkheim'in anomik intiharına örnek olmaktadır.

Şimdi insanlığın bu rahatsız edici yönünü aydınlatmağa çalışan başka bakış açılarını ele alacağız.

FREUD'UN İNTİHARLA İLGİLİ PSİKANALİTİK KURAMLARI

Freud, intiharı açıklamada iki temel hipotez ortaya sürmüştür. Depresyon kuramının genişletilmesi olan biri intiharı cinayet olarak algılar. Birey ikircikli olarak sevdiği ve nefret ettiği birisini kaybettiğinde, o kişiyi içine alır ve saldırganlık içe döner. Eğer bu duygular yeterince kuvvetliyse, birey intihar edecektir. İkinci kuram ölüm içgüdüsü thanatosun içe döndüğü ve kişinin kendini öldürmesine neden olduğunu ileri sürer.

DURKHEİM'IN İNTİHARLA İLGİLİ SOSYOLOJİK KURAMI

Emile Durkheim (1897), çeşitli ülkelerdeki intihar kayıtlarını, farklı tarihsel dönemlerde inceledikten sonra kendini yok etmeyi sosyolojik bir olgu olarak algılamış ve üç sınıfa ayırmıştır. **Egoist intihar** bireyin toplumla çok az bağı kaldığı zaman gerçekleştirir. Bu insanlar sosyal varlıklar olarak işlev görmelerini sağlayan sosyal desteklerden koparak başkalarına yabancılaşırlar. Bunun aksi olarak **elsever (alturistik) intihar** Durkheim tarafından sosyal taleplere karşı bir cevap olarak algılanır. İntihar eden bazı kişiler kendilerini sosyal bir grubun bir parçası olarak hissederler ve kendilerini toplumun yararına feda ederler. Vietnam savaşı sırasında Budist keşişlerin kendilerini kurban etmeleri bu çeşit intihara bir örnektir. Japonların harakirisi gibi bazı elsever (diğerkâm) intiharlar o koşullarda başvurulacak tek onurlu yoldur. Sonuncu olarak, **Anomik intihar** bireyin toplumla ilişkisindeki ani değişiklikle tetiklenebilir. İflasla karşılaşan başarılı bir iş adamı anomi, yani bir tür yönelim bozukluğu duygusu yaşayabilir, çünkü inandığı normal yaşama şekli artık olası değildir.

Anomi bir toplumu dengesizliğe iterek intiharı da daha olası hale getirebilir. Anomik intihara yakın zamandan bir örnek kırsal bir Brezilya

TABLO 10.5 İntiharın Ortak On Yönü

I.	İntiharın ortak amacı bir çözüm aramaktır.
II.	İntiharın ortak hedefi bilinçliliğin durdurulmasıdır.
III.	İntiharda ortak uyarıcı, dayanılamayacak psikolojik acıdır.
IV.	İntiharda ortak stres verici faktör engellenmiş psikolojik gereksinmelerdir.
V.	İntiharda ortak duygu çaresizlik-umutsuzluktur.
VI.	İntiharda ortak bilişsel durum ikircikli olmaktır.
VII.	İntiharda ortak algısal durum daralmadır.
VIII.	İntiharda ortak eylem saldırganlıktır.
IX.	İntiharda ortak kişilerarası eylem intihar niyetini iletmektir.
X.	İntiharda ortak tutarlı yön yaşam boyu başa çıkma örüntüsüdür.

Kaynak: Shneidman, 1985, s. 167.

kabilesi olan Guarani Kızılderililerinde olmuştur. 1995 yılındaki intihar oranları 100.000'de 160 ile bir yıl öncesinden fark edilir düzeyde yüksektir ve Birleşik Devletlerdeki 100.000'de 12 oranından çarpıcı derecede fazladır. Bu yüksek intihar oranının nedeni, yaşam şartlarındaki ani değişiklikte bulunabilir. Guaraniler yakın bir zamanda atalarından kalan toprakları endüstrileşmeye karşı kaybettiler. Avcılık ve balıkçılıkla yaşamaya alışmış topluluk şimdi kendileri için ayrılmış ve bu tür bir yaşamı desteklemek için çok küçük olan arazi parçalarında kalabalık olarak yaşamaktadır. Yakın şehirler, Guaranileri heves ettikleri tüketim maddeleri ile baştan çıkarıyor ve onlar da düşük vergilerine bile para yetiştiremiyorlar. Avcılık, çiftçilik ve aile yaşamının dini anlamları olduğu için, vazgeçtikleri şeyler dini hayatlarını önemli ölçüde etkiledi. Birçok Guarani için hayat anlamını yitirdi (Long, 1995).

Bütün sosyolojik kuramlarda olduğu gibi, Durkheim'ın kuramı da aynı toplumda yaşayan ve benzer istek ve koşullarla karşılaşan bireyler arası farklılıkları açıklamada zorluk çeker. Örneğin, beklenmedik bir şekilde para kaybedenlerin hepsi intihar etmemektedir. Durkheim'ın da bu sorunun farkında olduğu anlaşılmaktadır, çünkü nedensel olarak bulduğu sosyolojik baskıların bireysel mizaçla etkileştiğinden söz etmiştir.

SHNEIDMAN'IN İNTİHARA YAKLAŞIMI

İntiharların %90'ının DSM tanısı alabileceği doğrusunu kabul ederken, Shneidman (1986) şizofrenisi ve duygudurum bozuklukları olan çok sayıda insanın intihar etmediğini hatırlatmaktadır. Aynı zamanda da intihar için anahtar bir özellik olarak tespit edilen zihin rahatsızlığının ruh hastalığı olmadığını önermektedir.

Shneidman'ın (1987) intihara psikolojik yaklaşımı Tablo 10.5'de özetlenmiştir. Burada intiharın en sıklıkla gözlenen özellikleri verilmektedir ancak her bir ya da tüm vak'alarda hepsi bulunmayabilir. Bu görüşe göre intihar (hemen her zaman) çok acı veren bir probleme bilinçli çözüm bulma çabası olarak görülür. Acı çeken için bu çözüm, bilinçliliği ve dayanılamayacak acıyı dindirir -Melville'in Moby Dick'te adlandırdığı "dayanılmaz ıstırap" gibi. Bütün umut veren ve yapıcı hareket hissi gitmiştir.

Yine de -bu intiharın önlenmesinde çok önemlidir- intiharı düşünen ya da girişimde bulunan çoğu insan ikirciklidir. "İntiharın prototipi boğazını kesen ancak aynı zamanda imdat çağıran ve her ikisinde de içten olan bir kişidir... Eğer mecbur olmasalar yapmamaktan mutlu olurlar" (Shneidman, 1987, s. 179). Bilişsel olarak olası seçeneklerde daralma vardır; çok sıkıntı veren intihar durumunda olmasalar, bireyler stresle baş etmek için seçimlerinin daha fazla olduğunu görebilecek yetenektedirler. İntiharı planlayan bireyler genellikle bunu başkalarına, bazen bir yardım çağrısı olarak, bazen de dokunulmazlık arayışıyla başkalarından kaçarak iletirler. Sıklıkla rastlanan davranışlar kıymet verdikleri eşyalarını hediye etmek ve mali durumu düzene sokmaktır.

NÖROKİMYA VE İNTİHAR

Tıpkı düşük serotonin düzeylerinin depresyonla ilişkili olarak ortaya çıktığı gibi, araştırmalar serotonin, intihar ve dürtüsellik arasındaki bağı da göstermektedir. Serotoninin temel metoboliti 5-HIAA düzeyinin düşüklüğü, çeşitli tanı gruplarına giren intihar vak'alarında bulunmuştur -depresyon, şizofreni ve çeşitli kişilik bozuklukları gibi (bakınız Brown ve Goodwin, 1986; Van Proog ve ark., 1990). Buna ek olarak, ölümden sonra beyinleri incelenen intihar vak'alarında serotonin reseptörlerinde artma gözlenmiştir (Bu olasılıkla azalan serotonin düzeyine verilen bir cevaptır). 5-HIAA düzeyi ve intihar arasındaki bağlantıyla ilgili kanıtlar özellikle şiddet içeren ve dürtüsel intiharlarda kuvvetlidir (Roy, 1994; Traskman ve ark., 1981; Winchel, Stanley ve Stanley, 1990). En son olarak, 5-HIAA düzeyi ile saldırganlık ve dürtüselliğin envanter ölçümleri arasında korelasyon vardır (Brown ve Goodwin, 1986).

İNTİHARIN PSİKOLOJİK TESTLERDEN YORDANMASI

Psikolojik test puanlarına dayanarak intiharı yordayabilmenin önemli kuramsal ve pratik avantajları olabilir ve buna yönelik çok sayıda çaba gösterilmektedir. İntihar isteği ve umutsuzluk arasında anlamlı korelasyonlar bulunmuştur. Özellikle bilinmesi gereken, Aaron Beck'in geriye dönük verilerine dayanan, umutsuzluğun depresyondan çok intiharın kuvvetli bir yordayıcısı olduğu bulgularıdır (Beck ve ark, 1985; Beck, 1986b; Beck ve ark., 1990; Beck, Kovacs ve Weissman, 1975). Gelecekte işlerin şimdikinden iyi olmayacağı beklentisinin -açıktır ki, bu düşünce depresyonun fenomenolojisinin önemli bir parçasıdır ancak depresif olmayan insanların arasında da görülebilir- bir insanın kendi yaşamını sona erdirmesinde depresyondan daha etkili olduğunu düşündürmektedir. Beck ve grubu ayrıca İntihara Niyet Ölçeği (Suicidal Intent Scale) (Beck, Schulyer ve Herman, 1974) ve İntihar Düşünceleri Ölçeği'ni (Scale for Suicide Ideation) (Beck, Covacs ve Weissman, 1979) geliştirmişlerdir; her ikisi de ciddi intihar girişimi riski olanları anlamamız ve yordamamız yönünden ümit vericidir.

Bir diğer kendini değerlendirme ölçeği Marsha Linehan'ın Yaşamı Sürdürme Nedenleri Envanteridir (Reasons for Living) (Ivanoff ve ark., 1994; Linehan, 1985b; Linehan ve ark., 1983). Madde grupları, aileye karşı sorumluluk, çocuklarla ilgili endişeler gibi birey için önemli olabilecek noktaları kapsamaktadır. Buradaki yaklaşım olumsuzluk ve karamsarlığa odaklanan ölçeklerden farklıdır ve olasılıkla daha yararlıdır, çünkü bir insanın yaşamında onu intihardan koruyan faktörleri bilmenin hem değerlendirme hem de müdahale açısından değeri vardır. Bu ölçek intihara eğilimli olanlarla olmayanları birbirinden ayırabilmekte ve klinisyene ölmek istememe nedenlerini göstererek rehber olabilmektedir.

Araştırmalarda bir başka yol da intihar girişiminde bulunanların bilişsel özelliklerine odaklanmak olmuştur. İntihar eğilimli bireylerin sorunlara yaklaşımının daha katı olduğu (örneğin, Neuringer, 1964) ve düşüncelerinde daha az esnek oldukları (Levenson, 1972) ileri sürülmüştür. Düşüncede daralma, kendi yaşamlarını sonlandırma dışında yaşam sorunlarına çözüm bulamamayı açıklayabilmektedir (Linehan ve ark., 1987). Genel olarak araştırmalar intihar girişiminde bulunan kişilerin bulunmayanlardan daha katı olduğu hipotezini doğrulamakta ve neredeyse miyopça problemlerini çözmedeki seçenekleri göremeyip tek çözüm yolu olarak intiharı seçme şeklindeki klinik izlemleri desteklemektedir.

Bir tür treyt yaklaşımını temel alarak intiharı yordamanın güçlüğünün kanıtlanması, söz edilen araştırma çabalarını karakterize eder. Bölüm 4'de de gördüğümüz gibi davranışlar çevreden büyük ölçüde etkilenirler. Bu etkilenme stres veren olayları da kapsar ve onları yordamak da çok güç olabilir. Örneğin, bireyin işini kaybedeceğini, sevdiği birinin kaybıyla acı çekeceğini ya da ciddi bir kaza geçireceğini bilmemiz çok güçtür. Ayrıca, intihar gibi ender rastlanan bir olayı çok güvenilir testlerle bile, tam bir doğrulukla yordamak çok zordur (Fremouw ve ark, 1990; Roy, 1995).

İNTİHARIN ÖNLENMESİ

İntiharı önlemeye yönelik bir bakış açısı da kendilerini öldürmeyi deneyen insanların depresyon, şizofreni, madde bağımlılığı ya da sınır kişilik bozukluğu gibi tedavi edilebilir akıl hastalıkları olduğunu akılda tutmaktır. Böylece eğer biri Beck'in bilişsel yaklaşımını izleyerek hastasının depresyonunu azaltırsa, bu hastanın intihar riski azalmış olacaktır; tıpkı, sınır kişilik bozukluğu olan hastalarla yaptığı terapi 13. Bölümde açıklanan, Marsha Linehan'ın (1993b) dialektik davranış terapisi gibi.

İntiharı önleme çabalarında altta yatan psikolojik bozukluklara odaklanılması gerektiği dü-

Toplum ruh sağlığı merkezleri intihar etmeyi düşünen insanlara günde 24 saat telefonla yardım sağlamaktadır.

ODAK 10.5 İNTİHARIN ZORLA ÖNLENMESİNE KARŞI BİR TARTIŞMA

İntiharın zorla önlenmesi üzerine yazmış olduğu çarpıcı ve ihtilaflı makalesinde Thomas Szasz (1986), bir insanın intihar etmesini önlemenin hem pratikte zor hem de ahlaki yönden uygun olmadığını tartışmaktadır. Pratik olarak zor çünkü eğer onların intihar etme niyetleri varsa biz insanları zorlayamayız, –işte burada ahlak işin içine girmektedir– eğer sadece onların intihar etmemeleri için hazırlanmamış ve aynı zamanda onları ağır psikotropik ilaçlarla ya da fiziksel kısıtlamalarla kurtarmaya çalışmadıysak. Böyle bir durumda bile hastaneye yatırılmış hastalar kendi hayatlarını bitirmeye çalışırlar. Szasz ruh sağlığı çalışanlarının, hastalarına anlaşılabilir düzeydeki yardım etme istekleri ile intiharı önlemeye çalışmakla, sorumlu olmayacakları bir şeyden sorumlu hissederek kendilerini kanuni sorumluluk altında aldıklarının üzerinde durmaktadır. Aslında, yapabileceklerinin daha fazlası için söz vermektedirler.

Daha sonra Szasz, ruh sağlığı çalışanlarının -pratik olsa bile- böyle bir sorumluluk hissetmemeleri gerektiğini, çünkü ciddi olarak rahatsız olsalar bile insanların kendi seçimlerini yapma özgürlüğüne sahip olmaları gerektiğini söylemiştir. Tek istisnaya izin vermiştir, insanların geçici olarak çok heyecanlı oldukları, belki de gerçekten düzenlerinin bozulduğu ve kısa bir süre için kontrol edilemeyen dürtülerinden korunmaya ihtiyaçları olduğu, dürtüsel intihar adını verdiği durum. Bu durumu genel anesteziden çıkan hastaların kendilerine istemeden, amaçlı olmayan ve önlemeyecek zararlar vermemeleri için bağlanmalarına benzetmektedir. Ancak, bizim fikrimize göre burada bile bazı sınırlar vardır, dürtüsel bir davranışla uğraşırken bunun bir süredir düşünülüp planlanmadığını nasıl bileceğiz.

Szasz bir insana intihar etmemesi için öğüt verilmesine ya da depresyon gibi bazı problemleri tedavi etmeye karşı çıkmamaktadır. Karşı çıktığı zorla yapılan önlemedir. Aslında inandığı, eğer ruh sağlığı çalışanları intiharı zorla önlemeye çalışmazlar ise hastalarına daha empatik, hatta daha yardımcı olabilecekleridir. Ayrıca hastanın intiharı düşünmediği bir anda eğer ileride intihar etmek isteyecek olursa, nasıl tedavi edilmek istediğini söylemesini içeren psikiyatrik bir iradeyi de önermektedir. Eğer hasta bu isteğinde zorla önlenmeyi seçerse, bir sorun yoktur. Bu yöntem, Ulysses'in denizcilerine Siren kıyılarından geçerken verdiği yönergeleri akla getirmektedir, bu kıyılardaki deniz perilerinin şarkıları talihsiz denizcileri kendilerini denize atarak intihar etmeye zorlamaktadır:

Adamlarının kulaklarını mumla doldurdu ve onu iplerle gemi direğine bağlamalarına izin verdi. Siren'lerin adalarına yaklaştıkça, deniz sakindi ve suyun üstünden öyle büyüleyici ve çekici müzik sesleri geliyordu ki, adamlarına serbest bırakılmak için yalvarma çığlıkları ve işaretleri vermekte olan Ulysses kendini kaybetmemek için çabaladı; ancak onlar önceki emirlerine uyarak onu daha da sıkı bir şekilde bağladılar. Müzik duyulamayacak kadar belirsiz hale geldiğinde, sevinçli Ulysses adamlarına kulaklarındaki mumları çıkartabilecekleri işaretini verdi ve adamları da onu bağlarından kurtardılar.

şüncesi, alandaki birçok uzman tarafından benimsenmektedir (örneğin, Mozcicki, 1995). Ancak, akıl hastalığını ikinci plana atan ve bunun yerine akıl hastalığının üstesinden gelen intihar eğilimli kişilerin belirli özelliklerine odaklanan başka bir geleneksel yaklaşım da vardır.

Bunlardan en tanınanlarından biri, intihar ve önlenmesi çalışmalarında öncü olan Edwin Shneidman'ın yaklaşımıdır. Onun intiharla ilgili bazı düşüncelerini daha önce gözden geçirdik. İntiharı önlemeye yönelik genel yaklaşımında üç boyut vardır: (1) çok şiddetli acı ve elemi azaltmaya çalışın; (2) perdeleri kaldırın, diğer bir deyişle daralmış bakış açısını, acı ve boşluktan başka seçimlerin olduğunu görmelerine yardımcı olarak genişletin; ve (3) kendini tahrip edici eylemden hiç olmazsa biraz uzaklaşması için yüreklendirin. Shneidman, zengin, bekâr, hamile ve intihar eğiliminde olan bir üniversite öğrencisini örnek olarak vermektedir. Bu kızın intihardan başka düşünebildiği tek çare bir daha hiç hamile olmamak ve hatta bekâretine tekrar kavuşmaktı.

> Bir sayfa kâğıt çıkardım ve gözünün önündeki perdeleri kaldırdım. Ona şöyle bir şey söyledim, "Şimdi bir bakalım: Burada kürtaj olabilirsin". "Bunu yapamam" diye cevap verdi. "Başka bir yerde kürtaj olabilirsin" diye devam ettim. "Bunu yapamam", "bebeği doğurup, alıkoyabilirsin", "bunu yapamam", "bebeği doğurup evlatlık olarak verebilirsin" "bunu yapamam". Diğer seçeneklerin hepsi benzer şekilde reddedildi. "Her zaman intihar edebilirsin ancak bunu bugün yapman gerek değil" dediğimde hiç cevap vermedi. "Şimdi şu listeye bir bakalım ve hiç birinin tam istediğin olmağını hatırda tutarak seçenekleri tercih sırasına sokalım" dedim. (Shneidman, 1987, s. 171).

Shneidman, sadece listeyi hazırlamanın bile rahatlatıcı bi etkisi olduğunu söylemektedir. Kendini derhal öldürme isteği azalmış ve her bir maddede bir yanlış bulmasına rağmen tercih listesini yapabilmişti. Önemli bir hedefe ulaşılmıştı: uçurumun kenarından çekilmiş ve

Sirenlerin şarkılarına direnen Ulysses, intiharını önlemek için kendini geminin direğine bağlamıştır. Szasz'ın görüşüne göre bu, intiharın gönüllü, zorla önlenmesinin kabul edilebilir halidir.

Szasz'ın yıllardır yaptığı diğer özgürlük ve sorumluluk tartışmaları gibi (Akıl hastalıkları ve suçlar için kanuni sorumlulukla ilgili yeni ufuklar açan yazılarını görmek için Bölüm 20'ye bakınız), bu analizi de radikal ama ciddiye alınmaya değerdir. Bizim görüşümüze göre, tezindeki atladığı birinci konu, hepsi değilse de intihar krizinde olan çoğu insanın, buna kendilerini öldürmeleri zorla engellenenler de dâhil olmak üzere, sonradan kendilerine yaşamda bir şans daha verildiği için minnettar olmalarıdır. Eğer Szasz'ın ileri sürdüklerini izleseydik, belki de kurtarılabilir hayatları kurtarma şansını kaybedecektik. Szasz'ın buna cevabı, intihar denemesinin en güçlü yordayıcısının önceki deneme olduğu olabilir. Başka bir deyişle, birçok insan kendilerini birden fazla sayıda öldürmeye çalışmaktadırlar. Böylece devamlı olarak, kaçınılmaz olandan erken davranıp önüne geçme umudu ile özgürlüğü kısıtlamaya (ve bazen de kişiyi bir şekilde sınırlayarak alçaltmak) ne kadar hazırlıklı olduğumuza karar verme ile mücadele edeceğiz. Burada kolay cevaplar yok ama önemli olan soru üretmektir.

ölmek ve tekrar bakire olmak dışında yapılabilecek şeyleri düşünebilir hale gelmişti. "Şimdi artık yaşamla boğuşuyorduk, bu da geçerli bir çözümdü" (s. 171).

İntihar önleme merkezleri intihar eğiliminde olan kişilere gün boyu danışma olanağı sağlar. Burada çalışanlar genelde süpervizyon altında çalışan meslek dışı gönüllülerdir. Riski belirlemek için daha çok demografik etkenlere güvenirler (Shneidman, Farberow ve Litman, 1970). İntihar krizinde olan kişilerden telefon alan çalışanların önlerinde sorulacak sorulara rehber olacak bir liste bulunur çünkü anında intihar riskinin ciddiyetini değerlendirmek durumundadırlar. Örneğin, eğer telefon eden erkek, orta yaşlı, boşanmış, yalnız yaşıyor ve daha önce intihar denemesi varsa, o kişi ölümcül risk olarak kabul edilir. Genellikle intihar planı ne kadar somut ve ayrıntılıysa risk o kadar artar. İntihar önleme merkezleriyle ilgili daha ayrıntılı bilgi Bölüm 19 da verilmektedir.

İntihar eden kişilerin bıraktıkları notların incelenmesi şunu göstermiştir: intihar eylemine girişip sonlandıran kişiler sıklıkla belirli ve detaylı talimatlar bırakırlar. Onların notlarında, intiharı düşünmediği halde demografik olarak eşlenmiş bireylerin yazdığı simule edilmiş intihar notlarına göre, acı ve düşmanlığa dair daha çok kanıt vardır. (Ogilve ve ark., 1983; Shneidman ve Farberow, 1970). Gerçek notlarda eksik olan ve taklit notlarda gözlenen genel ve felsefi içeriktir; örneğin "elektrik faturasını ödemeyi unutma" ifadesinin gerçek notta bulunma olasılığı, "başkalarına iyi davran" ifadesinin bulunma olasılığından daha fazladır (Baumeister, 1990).

İNTİHARLA ÇALIŞMADA KLİNİK VE ETİK SORUNLAR

Bu bölümün başında da belirtildiği gibi intihar eden herkesin depresyonda olduğu doğru değildir; ancak, ağır depresyondaki kişilerle çalışırken intiharın bir tehlike olarak düşünülmesi gerekir. Ümitsizlik ve varlıklarından tamamen umutsuz olma tek çıkış, tek çözüm olarak inti-

harı görmelerine neden olabilir. Aslında, bazen hastanın intihar etmemesinin tek nedeni, intihar planı yapmak ve uygulamak için gerekli enerjiyi bulamamasıdır. Bu nedenle, aşırı derecede depresyonda olan bir kişiyle çalışırken klinikçinin depresyondan çıkmaya başladığı dönemde çok dikkatli olması gerekir. Bu dönemde keder ve umutsuzluk hâlâ intiharı tek çözümmüş gibi görmeye yol açacak kadar kuvvetli olabilir ve kişi birşeyler yapabilecek kadar enerjik olabilir. İntihar edenlerin çoğu depresyonda olduğu için, klinikçiler depresyonun tedavisinin aynı zamanda intihar riskini azaltacağını umut ederler.

Amerikan Psikiyatri Birliği, Amerikan Psikoloji Birliği, Ulusal Sosyal Hizmet Birliği gibi meslek örgütleri terapist-hasta gizliliğini bozsa bile, üyelerini bireylerin kendilerine zarar vermelerini önlemeye çağırırlar. Bölüm 20'de, hastaların olası zarar verici davranışlarından diğerlerini korumak için alınacak bazı yasal önlemlerden söz edilmektedir. Bir terapistin hastasının intiharı sıklıkla dava konusu olabilmektedir ve yeterli değerlendirme yapılmadığı ve genellikle kabul edilen standartlarda önlem alınmadığıyla ilgili kanıt varsa terapist davayı kaybedebilir (Fremouw, Perczel ve Ellis, 1990; Roy, 1995).

Ancak, özellikle hasta hastaneye yatırılmadıysa, dolayısıyla gözetim ya da denetim altında değilse, yeterli bakımın ne olduğunu saptamak pek kolay değildir. Her klinikçi, kişilerin kendi yaşamına son verme hakkı üzerinde, kendi etik değerlerini geliştirme durumundadır. İntiharı önlemek için ne yapmağa hazırdır? Hastaneye kapatmak mı? Ya da bugünlerde daha sık yapıldığı gibi, hastanın rızası olmadığı halde ilaçla hiç bir şey yapamayacak düzeyde sakinleştirmek mi? Bu olağandışı önlemler ne kadar süreyle alınmalıdır? Klinikçi doğaldır ki intihar krizlerinin çoğunun geçeceğinin bilincindedir; intiharın klinikçi tarafından önlenmesinin daha sonra hasta tarafından da minnetle karşılanması olasıdır. Ancak profesyoneller intiharı önlemek için han-

Michigan'lı doktor Jack Kervorkian, bir çok hastanın kendi hayatlarını sonlandırmasına yardım etmiştir. Bu davranışı sonucunda ortaya çıkan tartışma intiharı kapsayan ahlaki konulara dikkat çekmiştir.

TABLO 10.6 İntihar Eğilimli Hastanın Tedavisinde Genel İlkeler

Genel İşlemler

1. İntiharla ilgili açık ve soğukkanlı konuşun.
2. İntihar davranışı ve güdüsünü kötüleyici tartışmalardan kaçının.
3. İntihar davranışını problem çözme kuramı içinde ele alın ve intiharın uyumsuz ve yetersiz bir çözüm olduğu görüşünüzü sürdürün.
4. Hasta için önemli kişileri ve başka terapistleri işin içine katın.
5. Görüşmeleri yeterince sıklıkla yapın ve hiç olmazsa seansın bir kısmında uzun vadeli terapi hedeflerine yönelik tartışmaları kapsayacak şekilde düzenleyin.
6. Hastayı etkileyebilecek çoklu değişkenlerin farkında olun ve hastanın intihar davranışlarını sorumluluğunu tüm güçlü (omnipotan) bir şekilde almaktan kaçının.
7. Bir meslektaştan konsültasyon isteyin.
8. Terapiyi reddeden kişilerle zaman zaman teması sürdürün.

Kriz Öncesi Planlama İşlemleri

9. Kriz durumlarını bekleyin ve plan yapın.
10. Sürekli olarak intihar ve intihar söylemi riskini değerlendirin.
11. Size ulaşılabilsin.
12. Yerel kriz, intihar, acil servisleri kullanın.
13. Hastaya bir kriz kartı verin: Terapistin, polisin, acil servisin, kendisi için önemli kişilerin telefon numaraları.
14. Hastaların ve onlarla ilgili önemli kişilerin telefon numaralarını üzerinizde taşıyın.
15. Kısa süreli intihar etmeme kontratları yapın ve bunları yenileyin.
16. Hastanın doktoruyla ilişki kurup reçeteye fazla ilaç yazma riskini önleyin.

Tedaviyi Sürdürme İşlemleri

17. Hastayı dikkatinizi çekmek için intihardan söz etmeye zorlamayın.
18. İlginizi açıkça ifade edin; koşulsuz dikkat ve yakınlık gösterin.
19. Problemlere intihar dışı cevapları açıklayın ve destekleyin.
20. Hastanın intiharı karşısındaki terapist tepkilerini hastaya gösterin (örneğin, eğer hasta ölürse terapistin çok üzüleceği ama yaşamına devam edeceği).
21. İlerdeki intihar davranışlarına başkalarının tepkileri hakkında gerçekçi beklentileri olmasını sağlayın.

Kaynak: M. Linehan, 1981, Glazer ve J. Clarkin (Eds.) Depression: Behavioral and directive interpretation strategies (s. 229-294), New York: Garland, Copyright ©1981 by Garland.

gi uç noktalara kadar gitmelidirler? Odak 10.5 de bu etik ikilem üzerindeki bazı zıt görüşler tartışılmaktadır.

DOKTOR YARDIMI İLE İNTİHAR

Doktor yardımı ile intihar güncel bir konudur. Bu konu 1990'ların başında Michigan'lı bir doktor olan Dr. Jack Kevorkian'ın elli dört yaşındaki Oregon'lu, dejenerasyona yol açan ve ölümcül bir beyin hastalığı olan Alzheimer hastası bir kadının intihar etmesine yardım ettiği zaman ortaya çıkmıştır. Kadın, Kevorkian'ın tasarladığı bir makinenin düğmesine basarak bilinç kaybına yol açan bir ilaç ve kalbinin durmasına neden olacak ölümcül dozda potasyum kloridi şırınga etmiştir (Egan, 1990). Ölüm acısızdır. Kevorkian birçok defa mahkemeye çıkmıştır ama cinayet ya da mesleki kusur ile suçlu bulunmamıştır. O zamandan bu yana dört düzine ölümcül derecede hasta insanın, kendi hayatlarını bitirmelerine yardım etmede aktif rol oynamıştır. Değişmez bir gayretle ölmekte olan bir insanın hayatını, bir doktorun hangi koşullarda sona erdireceğine yönelik duygusal bir tartışmayı harekete geçirmiştir. Bu konu sağlık alanında çalışan ve her gün, beyin ölümü yaşayan ama fiziksel olarak karmaşık makineler yardımı ile hayatta tutulan hastaların bağlantısını çektiklerine dair doktorlara yönelik yaygın inancı da hararetlendirmiştir[3].

Kevorkian Michigan'da iki intihara yardım etmekten beraat etmişken, birçok batı eyaletlerini de kapsayan Dokuzuncu Bölge Federal Mahkeme Dairesi 6 Mart 1996'da bir hukuki karar yayınladı. Bu karar hastanın ölümcül hastalığı ve akıl sağlığı yeterliliği şartıyla doktor yardımı ile intihara izin veriyordu (Weinstein, 1996). Davanın daha yüksek bir mahkemeye devredilmesi için başvuranlara, hakim Stephan Reinhardt "akıl sağlığı yeterli, ölümcül hastalığı olan bir erişkin...varlığının sona erdiği bir anda, çocuk gibi çaresiz, altı bağlı, ilaçla yatıştırılmış, yetersiz bir hale inmiş olmaktansa asil ve insani bir ölümü seçme özgürlüğüne sahiptir... birinin kendi ölümünün zamanı ve yolunu belirlemesinde anayasa ile korunmuş özgürlüğü vardır" dedi (Weinstein'den alınmıştır, 1996, s. A1). Bu karar sadece doktorları değil, hasta intihar etmek için yardıma ihtiyaç duyduğunda yardım eden eczacıları ve aile üyelerini de kapsamaktadır.

Bu karar, avantaj ve dezavantajlar üzerine, pek çok yeni tartışmalar başlattı. Yaşam hakkını savunan avukatlar, özellikle bakım veren sağlık alanında, hastaların her ne kadar saklı bir incelikle de olsa, ailelerini bakım için fazla tutan masraflardan kurtarmak için, acı çeken hayatlarının sona erdirilmesi yönünde baskı altında kalacaklarını iddia ediyorlar. Karara karşı gelenler, doktorların da bu yöne eğileceğini ve belki de ölümcül hastanın bakım masraflarından kurtulmak isteyen ve hastayı ve ailesini kişinin hayatının sona erdirilmesi için etkileyecek sigorta şirketlerinin baskısı altında kalacaklarından korkmaktadırlar (Bu alanda çalışan uzmanlar hastaların kendileri için belirlediği eşcinsellere yönelik cinsel yeniden yapılandırma terapisine dair tartışmanın amaçlarını etkiliyorlar). İntihara yardım etmeye karşı çıkan güçlü grupların içinde Amerikan Tıp Birliği ve Katolik Kilise vardır. Kevorkian'ı destekleyenler ve ölümcül hastalığı olanların kendi acılarını sona erdirmeye hakları olduğuna inanan Amerikan Sivil Özgürlükler Birliği gibi diğerleri de yıllardır kişinin elinden alınamaz hakkı olan yaşama ya da ölme kararına eyaletin karışmasına karşı çıkmaktadırlar. Bu karar Birleşik Devletler Anayasa Mahkemesine temyiz için gönderilmiştir.

Kevorkian gibi vak'alar olağan dışıdır, ancak insanlar yaşam kalitesi ve kendi yaşamlarını sonlandırmayı da içeren mahremiyet hakkı üzerinde daha fazla durdukça olağan hale gelecektir. Çoğu zaman ruh sağlığı alanı da çalışanlar intiharı önlemeye çalışırlar ve bu bağlamda intihar düşüncesi olup olmadığını doğrudan sorgulamaktan çekinmemelidirler. Fenomenolojik bir yaklaşım benimsemek, durumu hastanın bakış açısından görmek ve intiharı ızdıraplarının çözümü olarak gördüğü için hastaya aptal ya da deli olduğunu hiçbir şekilde iletmemek çok önemlidir. Bazen intiharı önleme merkezlerinde çalışanlar için intihar eğilimli hastaya yönelik bu empati belirli bir kanalı açmak için kullanılır. İntihar eğilimli hastayı tedavi eden doktorun psikotik bir hastadan bile daha fazla zaman ve enerji harcamaya hazırlıklı olması gerekir. Gece geç saatlerde gelen telefon ve ev ziyaretleri sıklıkla olabilir. Son olarak, terapist intihara eğilimli hastanın yaşamında tek ve çok önemli bir kişi olacağının farkında olmalı ve hem hastanın aşırı bağımlılığı hem de öfke ve kırgınlığını karşılamaya hazır olmalıdır. Tablo 10.6 intihara eğilimli hastaların tedavisinde izlenecek yolla ilgili genel bilgiler vermektedir.

---

[3]Ölümcül hastaların canlandırılmaması kararı her gün bir yok hastanede verilmektedir. Resmi olamayan bir tahmin hastanelerdeki ölümlerin yarıdan fazlası hayatın devamını sağlayan aletlerin sınırlandırılması ya da bırakılmaması kararı sonucu gelmektedir. Birçok insan bu uygulamayı ötenazi ya da intihar olarak düşünmemektedir. Bunu hayatı sona erdirmeden ziyade "ölmeyi bitirme isteği, geceyi sakince burundan inen tüplerden ve bu kötü uygulamadan dolayı olarak usanmış ciğerlere durmadan hava yeren ventilatörden kurtulmuş bir şekilde geçirme" olarak görüyorlar (Newtek, 109,. s 44). Kanuni, dini ve etik tartışmalar ölümcül hastalığı olanın ölümünü bitirme çevresinde dolanıyor. Bu doktor yardımı ile intihar olabilir mi?

ÖZET

DSM-IV de iki temel duygudurum bozukluğu bildirilmektedir. Majör ya da Tek uçlu depresyonda, birey derin bir üzüntü ve bununla ilgili uyku ve iştah bozukluğu, enerjinin ve kendisine verdiği değerin azalması gibi çeşitli sorunlar yaşar. İki uçlu bozuklukta bireyin ya tek başına mani nöbeti ya da hem mani hem depresyonu vardır. Manide duygudurumu coşkun ya da kızgındır ve birey aşırı derecede konuşkan, aktif ve dikkati dağınıktır. DSM-IV de ayrıca iki kronik duygudurum bozukluğu, siklotimi ve distimi vardır; her ikisinin de iki yıl sürmesi gerekmektedir. Siklotimide bireyin sık depresif ve hipomanik dönemleri vardır; distimide birey kronik olarak depresiftir.

Depresyonun psikolojik kuramları psikanalitik, bilişsel ve kişilerarası terimlerle ifade edilmektedir. Psikanalitik açıklamalar, oral dönemde takılma üzerinde durur (bu yüksek bir bağımlılık düzeyine yol açar) ve sevilen bir kişiyle bilinçdışı özdeşimi ve onun terk etmesiyle içe dönen öfkeyi vurgular. Beck'in bilişsel kuramı kendine yönelik olumsuz şemalar ve bilişsel çarpıtmalara nedensel önem verir. Çaresizlik / umutsuzluk hipotezine göre kaçınılmayan, acı veren durumlarla erken deneyimler kişide depresyona dönebilen umutsuzluk duygularına yol açar. Bu kişiler başarısızlıklarını kendi genel ve değişmeyen kusurlarına atfetme eğilimindedirler. Kişilerarası kuram depresyonlu kişilerdeki eksikliklere ve başkalarında uyardıkları olumsuz tepkilere odaklanır. Aynı kuramlar İki uçlu bozukluğun depresif fazına da uygulanır. Manik dönemin ise kendi değerini kaybetme gibi zayıflatıcı psikolojik duruma karşı bir savunma olduğu düşünülmektedir.

Biyolojik kuramlar duygudurum bozukluklarında, özellikle İki uçlu bozuklukta kalıtsal bir eğilim olduğunu ileri sürer. Bağlantı analizi genin yer aldığı kromozomla ilgili bilgi sağlayabilir. İlk nörokimyasal kuramlar, depresyon olgusunu düşük serotonin düzeyine ve İki uçlu bozukluğu norepinefrine (manide yüksek, depresyonda düşük) bağladılar. Son zamanlardaki araştırmalar yalnızca bazı transmitterlerin miktarının yerine, postsinaptik reseptörlere odaklandılar. Depresiflerde ayrıca hipotalamik-pituitari-adrenal aksında aşırı reaksiyon bulunmuştur; bu, endokrin sisteminde duygudurum bozuklukları üzerinde etkili olabileceğine işaret etmektedir.

Duygudurum bozuklukları, özellikle de depresyon için çeşitli somatik ve psikolojik tedaviler bulunmaktadır. Psikanalitik tedavide kişiye çocukluk kayıpları ve sonraki yetersizlik ve kendini suçlamayla ilgili içgörü kazandırılmaya çalışılır. Beck'in bilişsel tedavisinin amacı olumsuz ve mantıkdışı düşünme örüntülerini ortaya çıkarma ve olaylara, kendine ve tersliklere daha gerçekçi bakma yollarını öğretmektir.

Çeşitli biyolojik tedaviler de vardır; sıklıkla psikolojik tedaviyle beraber kullanıldıklarında çok etkili olmaktadırlar. Depresyonu ortadan kaldırmada elektrokonvulsif şok ve çeşitli antidepresan ilaçların (trisiklikler, SSRI, MAO inhibitörleri) değerli oldukları gösterilmiştir. Lityum karbonatın dikkatli kullanımıyla hastaların manik ve depresif dönemlerinin yatışması ve önlenmesi mümkün olmuştur.

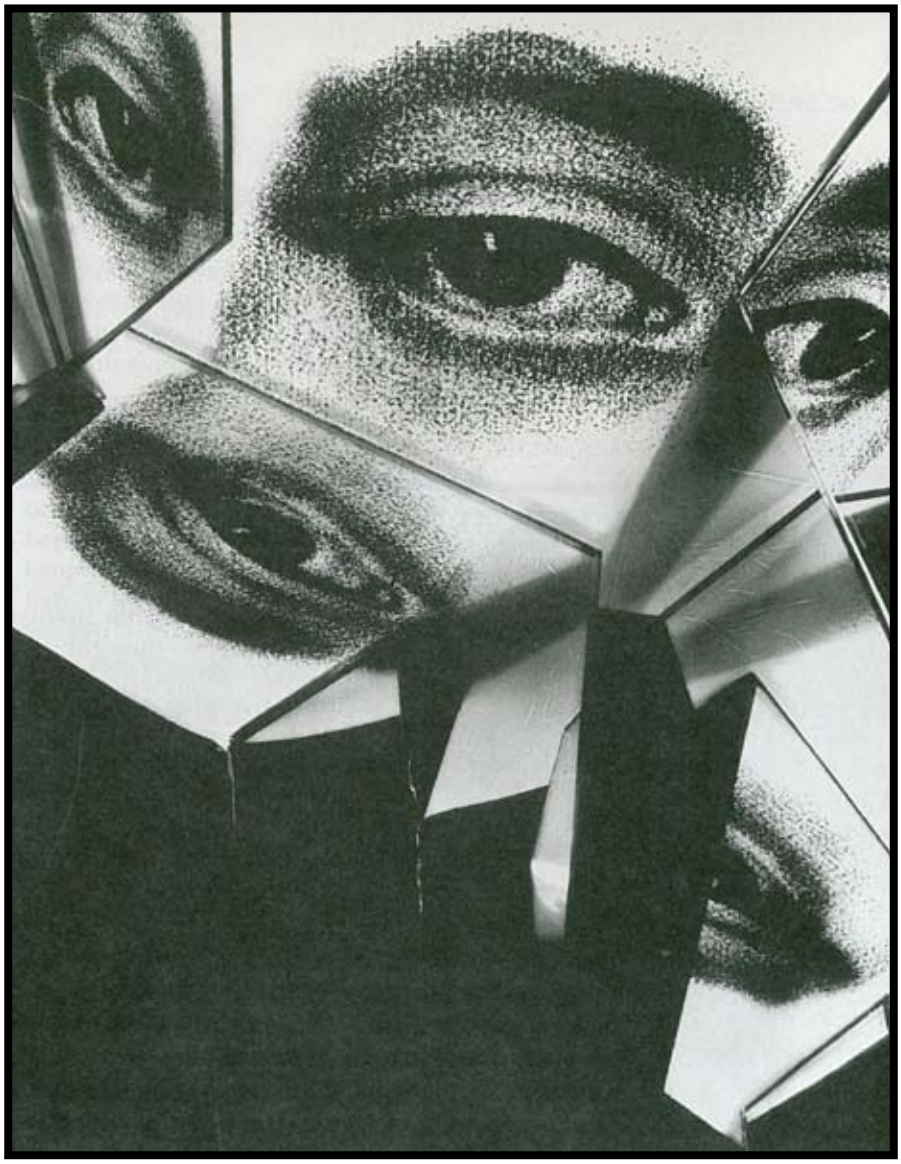
İntiharın incelenmesi kendini yok edici eğilimlerin yalnızca depresyonda olanlarla sınırlı kalmadığını göstermiştir. İntiharla ilgili gerçekler ve efsanelerin (mitlerin) gözden geçirilmesi intihardaki çok çeşitliliği açıklayabilecek tek bir kuramın olmadığını, ancak şimdiye kadar birikmiş bilgilerin intiharın önlenmesinde kullanılabileceğini göstermektedir.

Bir çok büyük yerleşim birimlerinin intihar önleme merkezleri vardır ve bir çok terapist zaman içinde intihar kriziyle karşılaşmış olan hastalarla çalışma durumunda kalır. Klinik kanıtlar intihar eğiliminde olan kişilerin korku ve endişelerinin anlaşılmasını istediklerini, ancak yargılanmak istemediklerini göstermektedir. İntiharla çalışanlar aşamalı olarak ve sabırla kendini yok etme dışındaki seçeneklerin araştırılabileceğini göstermelidirler.

ANAHTAR SÖZCÜKLER

duygudurum bozuklukları
depresyon
mani
majör (unipolar) depresyon
İki uçlu I bozukluk
hipomani
siklotimik bozukluk
distimik bozukluk
olumsuz üçlü
öğrenilmiş çaresizlik kuramı
yüklemede bulunma
bağlantı analizi
trisiklik ilaçlar
monoamin oksidaz inhibitörleri
logoterapi
elektrokonvulsif terapi (EKT)
çift yönlü EKT
tek yönlü EKT
lityum karbonat
egoist intihar
elsever intihar
anomik intihar
intihar önleme merkezleri

11



Gyorgy Kepes, "Gözler", 1941.

ŞİZOFRENİ

Çeviri: Prof. Dr. Işık Savaşır

ŞİZOFRENİNİN KLİNİK BELİRTİLERİ
- Pozitif Belirtiler
- Negatif Belirtiler
- Diğer Belirtiler

KAVRAMIN TARİHÇESİ
- Şizofreninin Erken Tanımlamaları
- Birleşik Devletlerin Genişletilmiş Kavramı
- DSM-IV Tanısı
- DSM-IV'e Göre Şizofreninin Alttipleri

ŞİZOFRENİNİN ETİYOLOJİSİ
- Kalıtsal Veriler
- Biyokimyasal Faktörler
- Beyin ve Şizofreni
- Psikolojik Stres ve Şizofreni
- Şizofreninin Yüksek Risk Araştırmaları

ŞİZOFRENİ TEDAVİLERİ
- Biyolojik Tedaviler
- Psikolojik Tedaviler
- Tedavide Genel Eğilimler
- Şizofreni Hastalarının Tedavisinde Süregelen Konular

ÖZET

Birden bire işler eskisi gibi iyi gitmemeye başlamıştı. Yaşamımın kontrolünü ve daha da önemlisi kendi kontrolümü kaybetmeye başlamıştım. Okul ödevlerimde dikkatimi toplayamıyor, uyuyamıyor, uyuduğum zamansa ölümle ilgili düşler görüyordum. Derse gitmeye korkuyordum, insanların hakkımda konuştuğunu düşünüyor ve üstelik sesler duyuyordum. Pittsburg'daki annemi arayıp tavsiyelerini istedim. Kampustan taşınıp kız kardeşimin yanına yerleşmemi önerdi.

Kız kardeşimin yanına taşındıktan sonra işler daha da kötüleşti. Dışarı çıkmaya korkuyor ve pencereden baktığımda dışarıdaki herkes sanki "öldür onu, öldür onu " diye bağırıyordu. Kardeşim beni okula gitmeye zorladı. O işe gidene kadar dışarıda kalır sonra eve dönerdim. İşler kötüleşmeye devam etti. Bedenimin kötü koktuğunu zannediyor, bazen günde altı kereye varan duşlar alıyordum. Bir gün markete gittiğimi ve oradakilerin "kurtarılmalısın, bunun cevabı İsa'dır" dediklerini hatırlıyorum. İşler kötüye gidiyordu. Hiçbir şeyi hatırlamıyordum. O gün yapmam gerekenleri bana hatırlatan notlarla dolu bir defterim vardı. Okul ödevlerimi hatırlayamıyordum ve akşam altıdan sabah dörde kadar çalıştığım halde o gün okula gitme cesaretini bulamıyordum. Kardeşime söylemeye çalıştım ancak anlayamadı. Bir psikiyatrla görüşmemi önerdi ama onu görmek için dışarı çıkmaya korkuyordum.

Bir gün buna daha fazla dayanamayacağıma karar verip otuz beş adet Darvon aldım. Aynı anda içimdeki bir ses "Bunu niçin yaptın? Artık cennete gidemezsin" dedi. O anda gerçekten ölmek istemediğimi anladım. Yaşamak istiyordum ve korkuyordum. Telefona gidip kardeşimin önerdiği psikiyatrı aradım. Aşırı dozda Darvon aldığımı ve korktuğumu söyledim. Bir taksiye binip hastaneye gelmemi söyledi. Hastaneye geldiğimde kusmaya başladım ama bayılmadım. Bir psikiyatr göreceğim gerçeğini bir türlü kabullenemiyordum. Psikiyatrların deliler için olduğunu düşünüyor ve deli olduğumu sanmıyordum. Bu yüzden de hemen yatmayı kabul etmedim. Aslında hastaneyi terk ettim ve eve dönerken kardeşimle karşılaştım. Hemen geri dönmemi ve mutlaka yatmam gerektiğini söyledi. Anneme telefon ettik ve derhal ertesi gün geleceğini söyledi. (O'Neil, 1984, s. 109-110)

Bu vak'a çalışmasında anlatılan genç kız şizofren olarak tanı almıştır. Şizofreni tanısı bir asırdır var olmasına ve diğer bozukluklardan çok daha fazla araştırma yapılmasına rağmen bu ciddi zihinsel bozukluğu tam olarak anlamaktan çok uzağız. **Şizofreni,** düşünce, duygu ve davranışlarda temel bozukluklarla kendini gösteren bir grup psikotik bozukluktur. Bozuk düşüncede fikirler mantıksal olarak bağlı değildir, algı ve dikkat bozuktur. Motor faaliyetlerde garip bozukluklar vardır, uygunsuz ya da donuk duygulanım görülür. Hastanın diğer insanlardan ve gerçeklerden sıklıkla varsanı (halüsinasyon) ve sanrılara (hezeyan) kaçmasına neden olur. Bu bölümde ilk önce şizofreninin klinik özelliklerinin bütün şaşırtıcı çeşitlilikleriyle ayrıntılı tanımını vereceğiz. Daha sonra kavramın tarihçesini, ilk olarak nasıl kavramsallaştırıldığı ve yıllar içinde nasıl değiştiğini ele alacağız. Sonra da şizofreninin etiyolojisi üzerindeki araştırmaları ve bu bozukluğun tedavilerini inceleyeceğiz.

ŞİZOFRENİNİN KLİNİK BELİRTİLERİ

Şizofren hastaların belirtileri, düşünce, algı ve dikkat, motor davranışlar, duygular gibi çeşitli temel alanlardaki bozuklukları kapsar. Şizofren olarak tanı alan kişilerin sorunları yaygındır ancak tanı alan kişilerde genellikle yalnızca **bazı** belirtiler vardır. DSM, tanı koyanlara şizofreni tanısı için kaç tane ve ne ağırlıkta problemin olması gerektiğini belirtir. Tartıştığımız diğer tanı kategorilerinin aksine, şizofreni tanısı için **olmazsa olmaz** bir belirti yoktur. Böylece diğer tanı gruplarına göre şizofreni tanısı alanlar birbirlerinden daha farklıdırlar. Şizofreninin heterojen olması, belirgin problem örüntüleri gösteren şizofrenleri alt tiplere ayırmanın uygun olacağını düşündürmektedir. Daha sonra bu bölümde bilinen alt tipleri inceleyeceğiz. Burada şizofreninin temel belirtilerini gözden geçireceğiz.

Bu belirtiler hem DSM ölçütleri hem de Dünya Sağlık Örgütünce yürütülen geniş çaplı bir araştırma, Şizofreninin Uluslararası Pilot Çalışması (IPSS) (Sartorius, Shapiro, Jablensky, 1974) sonuçlarına dayanan bilgilerden alınmıştır. Şizofreninin temel belirtilerini, pozitif ve negatif olarak iki kategoriye ayırarak sunacağız ve ayrıca bu iki kategoriye uymayan belirtileri de inceleyeceğiz. Bu belirtileri ayrıntılı olarak tanımladığımız halde, tanısal olarak belirtilerin süresinin şizofreniyi, belirtiler yönünden benzeşen şizofreniform bozukluklar ve kısa psikotik bozukluklardan ayırmada çok önemli olduğu hatırda tutulmalıdır.

POZİTİF BELİRTİLER

Pozitif belirtiler konuşmada düzensizlik, varsanılar, sanrılar ve garip davranışlar gibi aşırılıklardan oluşur.

KONUŞMADA DÜZENSİZLİK

Biçimsel düşünce bozukluğu olarak da bilinen **konuşmada düzensizlik** (dezorganize konuşma / disorganized speech), düşünce ve

konuşmanın organizasyonundaki sorunlarla belirlenir böylece dinleyen konuşmayı anlayamaz.

> **Görüşmeci:** Son zamanlarda gergin ve sinirli miydiniz?
> **Şizofrenik hasta:** Hayır, marul kafalıyım. **Görüşmeci:** Marul kafalı mı? pek anlayamadım. **Şizofrenik hasta:** Yani, yalnızca marul kafa. **Görüşmeci:** Bana marulu anlat. Ne demek istiyorsun?
> **Şizofrenik hasta:** Peki... Marul ölü bir panterin aslanın parmağında geçirdiği bir değişimdir. Aslanı yuttu ve bir şeyler oldu. A... Gloria ve Tommy iki kafalar, onlar balina değiller. Ama onlar kusmuk sürüsüyle kaçtılar, işte böyle gibi.
> **Görüşmeci:** Gloria ve Tommy kimler?
> **Şizofrenik hasta:** Hum, Joe DiMaggio, Tommy Henrich, Bill Dickey, Phil Rizzuto, John Esclavera, Del Crandel, Ted Williams, Mickey Mantle, Bob Chance da var.
> **Görüşmeci:** Onlar kimler?
> **Şizofrenik hasta:** Ölü insanlar. Düzülmek istiyorlar.... Bu kanun kaçağı tarafından. **Görüşmeci:** Bütün bunlar ne demek?
> **Şizofrenik hasta:** Yani, gördüğün gibi benim hastaneden çıkmam gerek. Bacaklarımdan ameliyat olmam gerekiyormuş. Bacaklarımı tutmak istememem hastalıklı geliyor. O yüzden ameliyat olmak istiyorum.
> **Görüşmeci:** Ayaklarının kesilmesini mi istiyorsun?
> **Şizofrenik hasta:** Olabilir, biliyorsun.
> **Görüşmeci:** Niye bunu istiyorsun?
> **Şizofrenik hasta:** Başlangıçta bacaklarım yoktu. Böylece, eğer çok hızlı bir koşucu olsaydım evli kadın olmaktan korkardım, çünkü marul kafamın içinde kıymık olurdu. (Neale ve Oltmanns, 1980, s. 103-104).

Bu alıntı, bazen şizofrenlerin konuşmasında gözlenen, **konuşmada dağınıklığı** (enkoherans / incoherence) göstermektedir: hasta temel bir tema ya da fikre dönmesine rağmen imgeler ve düşünce parçacıkları birbirine bağlı değildir. Hastanın görüşmeciye ne söylemek istediğini anlamak kolay değildir.

Konuşma, **çağrışımlarda gevşeklik** (loose associations) ya da **düşüncenin rayından çıkması** (derailment) ile de kendini gösterir. Bu durumda hasta kendini ifade etmede daha başarılı olabilir, ancak bir konuda kalması güçtür. Geçmişteki bir fikrin uyardığı çağrışımlar arasında sürüklenir. Bu durumu şizofren hastalar tanımlamıştır.

Düşüncelerim karmakarışık oluyor. Bir şey üzerinde düşünmeye ya da konuşmaya başlıyorum ama onu bitiremiyorum. Onun yerine yanlış yönde gidiyorum ve söylemek istediklerimle bağlantılı olabilecek çok çeşitli şeylere takılıveriyorum. Bunu nasıl yaptığımı bilemiyorum. Beni dinleyen kişiler benden de fazla ipin ucunu kaçırıyorlar. Benim sorunum düşüncelerin çok fazla olması. Bir şeyi düşünebilirsin, diyelim ki tabla. Bir düşün, tabla sigara içindir, ama onu düşünürüm ve sonra aynı anda onunla ilgili olarak bir düzine başka şeyler de düşünürüm. (McGhie ve Chapman, 1961, s. 108).

Bir zamanlar konuşmadaki bozukluklar şizofreninin temel belirtisi olarak kabul edilmekteydi ve tanı için ölçütlerden biri olarak kalmaya devam etti. Ancak kanıtlar birçok şizofrende konuşmanın dağınık olmadığını göstermektedir. Ayrıca konuşmada düzensizliğin olması şizofrenler ve duygudurum bozuklukları gibi diğer psikotik hastaları birbirinden ayırt etmemektedir (Andreasen, 1979). Örneğin manik hastalarda şizofrenlerde olduğu kadar çağrışımlarda gevşeklik görülmektedir.

SANRILAR

Şizofrenide, düşünce **içeriğindeki** anormallikler düşünce biçimindeki ve konuşmadaki düzensizlikten daha merkezi bir yer tutar. IPSS'deki şizofrenlerin %97'sinde içgörü yokluğuna bağlı olarak düşüncenin önemli bir şekilde bozulduğu bulunmuştur. Neden hastaneye yatırıldıkları, ne olduğu sorulduğunda, şizofrenlerin durumlarının ne olduğunu bilmedikleri ve davranışlarının garipliğinin farkında olmadıkları görülmüştür. Daha yeni araştırmalar, şizofrenide içgörünün olmamasının sık rastlanılan bir durum olduğunu bulmuştur (Amador ve ark., 1994).

Kuşkusuz zaman zaman başkalarının bizim hakkımızda iyi düşünmediklerine inanırız. Çoğu zaman da bu inancımız doğru olabilir. Kim herkes tarafından sevilebilir ki?

Bir an için bir çok kişinin sizi hiç sevmediğini, hatta size karşı dolap çevirecek kadar sizden nefret ettiğine tamamen inandığınızı düşünün. Bu entrikayı çevirenler sizin en özel konuşmalarınızı dinleyebilecek kadar gelişmiş dinleme aletlerine sahipler ve sizi küçük düşürmek için kanıt topluyorlar. Sevdiğiniz kimseler de dahil olmak üzere kimse sizi bu insanların aleyhinizde olmadığına iknâ edemiyor. Aslında en yakın arkadaşınız bile yavaş yavaş düşmanlarınıza katılıyor ve sizi takip eden grubun bir üyesi oluyor. Girdiğiniz her yeni odanın işitme cihazları yönünden aranması gerekiyor. Birisiyle ilk kez karşılaştığınızda size karşı olan entrikanın bir parçası olup olmadığını anlamak için onu uzun uzun sorguluyorsunuz.

Gerçeğe aykırı olduğu halde inanılan böylesi **sanrılar (hezeyanlar),** şizofreninin sık görülen

Alman bir psikiyatr olan Kurt Schneider, ilk-sıra belirtiler olarak tanımladığı belirli varsanı ve sanrı türlerinin şizofreniyi tanımlamada ön planda olduğunu belirtmektedir.

pozitif belirtileridir. Basit kötülük görme (persecutary) sanrıları IPSS örnekleminin %65'inde bulunmuştur. Şizofrenlerin sanrılarıbaşka şekiller de alabilir. Bunların en önemlilerinden bazıları Alman psikiyatr Kurt Schneider (1959) tarafından tanımlanmıştır. Bu sanrıların aşağıdaki tanımları Mellor'dan (1970) alınmıştır.

- Hastanın dışsal bir şeyden gelen bedensel duyumlara istemeden pasif olarak maruz kalması.

Yirmi dokuz yaşındaki bir öğretmen anlatmaktadır. "Röntgen ışınları ensemden giriyor, derim karıncalanıyor ve ısınıyor; arkamdan on beş santimlik bir kuşak halinde titreşen sıcaklık olarak bele iniyor. Orada pelvis içinde kayboluyor ve bir kalıp buz gibi soğuk ve katı hissediliyor. Ve ereksiyon olmamı engelliyorlar." (s. 16)

- Hastanın sahip olmadığı düşüncelerin dıştaki biri tarafından aklına yerleştirilmesi.

Yirmi dokuz yaşındaki bir ev kadını şöyle demiştir. "Pencereden bakıyorum ve bahçenin güzel göründüğünü ve çimlerin serin olduğunu düşünüyorum ama Aemonn Andrew'ün düşünceleri aklıma geliyor. Orada onunkilerden başka hiçbir düşünce yok. Benim aklımı bir ekran gibi kullanıyor ve sanki resimleri yansıtır gibi düşüncelerini şimşek gibi gönderiyor." (s. 17)

- Hastanın düşünceleri yayınlanır, böylece başkaları onlardan haberdar olur.

Yirmi iki yaşındaki bir öğrenci şunu bulmuştur. "Düşündükçe düşüncelerim bir çeşit teyple aklımdan dışarı çıkıyor. Etraftaki herkes teybi kendi aklından geçirerek düşüncelerimi bilebiliyor." (s. 17)

- Hastanın düşünceleri başkaları tarafından beklenmedik bir zamanda aniden çalınır.

Yirmi iki yaşındaki kadın aşağıdaki yaşantıyı anlatmıştır. "Annemi düşünüyorum ve aniden kafatasımdan vakum çekici tarafından düşüncelerim emiliyor ve aklımda hiçbir şey yok, tamamen boş." (s. 16-17)

Aşağıdaki üç sanrı, hastanın yaşadığı duyguların, yaptığı davranışların ve dürtülerin dışarıdan bir şey tarafından ona empoze edilmesi inancıyla ilgilidir.

- Bazı hastalar, duygularının dışsal bir güç tarafından kontrol edildiğini deneyimleyebilirler.

Yirmi üç yaşındaki kadın hasta bildirmiştir. Ağlıyorum, gözyaşlarım yanaklarımdan aşağıya akıyor, çok mutsuz görünüyorum ama içimde beni bu şekilde kullandıkları için soğuk bir kızgınlık hissediyorum. Mutsuz olan ben değilim, mutsuzluğu beynime yansıtıyorlar. Hiç sebep yokken bana gülme yansıtıyorlar, sizin olmadığını, başkalarının duyguları olduğunu bilerek gülmek ve mutlu görünmenin ne kadar feci bir şey olduğunu bilemezsiniz." (s. 17)

- Bazı hastalar davranışlarının dışsal bir güç tarafından yönlendirildiğine inanırlar.

Yirmi dokuz yaşındaki bir daktilograf davranışlarını şöyle anlatmaktadır: "Tarağa uzandığım zaman elim ve kolum hareket ediyor ve parmaklarım kalemi tutuyor ve ben onları kontrol etmiyorum... Orada oturup hareketlerini izliyorum ve onlar benden bağımsızlar, benle hiçbir ilgileri yok... Kozmik iplerle oynatılan bir kuklayım. İpler çekilince bedenim hareket ediyor ve onu önleyemiyorum." (s. 17)

- Bazı hastalar, belirli şekilde davranmalarını sağlayan itkilerin dışsal bir güç tarafından dayatıldığına inanırlar.

Yemek arabasına idrar şişesini boşaltan yirmi dokuz yaşında bir mühendis davranışını şöyle açıklamıştır: "Yapmak gerek diye ani bir istek geldi. Bu benim duygum değildi, bana röntgen bölümünden geldi, dün oraya bu yüzden gönderilmiştim. Benle hiçbir ilgisi yoktu, onlar yapmamı istediler. Böylece şişeyi aldım ve üstüne boşalttım. Yapabileceğim tek şey oydu." (s. 18)

Sanrılar, şizofrenlerin %50'sinden fazlasında bulunmasına rağmen, konuşmada düzensizlik belirtilerinde olduğu gibi başka tanı alan hastalarda da görülebilirler. Bunlar arasında en önemlileri mani ve sanrısal depresyondur. Ancak, şizofrenide görülen sanrılar, diğer hastalıklarda görülenlerden daha tuhaftır (Juninger, Barker ve Coe, 1992).

VARSANILAR VE DİĞER ALGI BOZUKLUKLARI

Şizofren hastalar sıklıkla dünyanın farklı hatta gerçek dışı göründüğünden söz ederler. Bazıları bedenlerinin farklı göründüğünü söylerler ya da bedenleri o kadar yabancılaşır ki bir makine gibi hissedilir. Bu bölümün girişinde aktarılan vak'ada olduğu gibi bazıları da etraflarında ne olup bittiğine dikkat edememekten yakınırlar.

Dikkatimi televizyon üstünde toplayamıyorum çünkü aynı anda ekrana bakıp söylenenleri dinleyemiyorum. Bunun gibi aynı anda iki işi birlikte yapamıyorum, özellikle biri bakma biri işitme olduğu zaman. Diğer taraftan bir anda

sanki çok fazla şey üzerime geliyor. Bunlarla baş edemiyorum, anlam veremiyorum. (McGhie ve Chapman, 1961, s. 106)

Algı çarpıtmalarının en dramatiğine varsanı denir. **Varsanılar** (halüsinasyonlar) çevreden gelen uyarıcı olmadığı halde duyusal yaşantıların olmasıdır. En sıklıkla işitsel, daha az sıklıkla görsel alanda görülürler. IPSS örnekleminin %74'ü işitsel varsanıların olduğunu bildirmişlerdir.

Tanısal olarak bazı varsanıların varlığı çok önemlidir çünkü diğer psikotik bozukluklara kıyasla şizofrenlerde daha sıklıkla görülürler. Bazı hastalar kendi düşüncelerinin başkaları tarafından seslendirdiğini söylemektedir.

Otuz iki yaşındaki bir ev kadını, bir adamın başının yarım metre üzerinden yüksek bir fısıltı halinde konuşmasından yakınmaktaydı. Ses hastanın amaca yönelik bütün düşüncelerini, hatta en gündelik olanları tekrarlıyordu. Hasta "çaydanlığı ateşe koymalıyım" diye düşündüğünde, yaklaşık bir saniye sonra ses "çaydanlığı ateşe koymalıyım" diyordu. Sıklıkla da tersini söylüyordu. "Çaydanlığı ateşe koyma" (Mellor, 1970, s. 16).

Diğer hastalar tartışan sesler duyduklarını öne sürmektedirler.

Yirmi dört yaşındaki erkek hasta hemşirelerin odasından gelen sesleri duyduğunu bildirdi. Seslerden biri kalın bir tonda şunları tekrar ediyordu. "G.T. hınzır bir paradokstur". Diğer daha ince bir ses "evet öyledir, kapatılması gerekir" diyordu. Bir kadın sesi ise arada diğerlerini kesip "hayır öyle değil, o çok iyi bir adamdır" diyordu. (Mellor, 1970, s. 16).

Diğer bazı hastalar ise kendi davranışları hakkında yorum yapan sesler duyarlar.

Kırk bir yaşında bir ev kadını caddenin karşısındaki evden gelen sesleri işitiyordu. Ses monoton bir şekilde yaptığı şeyleri tekrarlıyor ve arada bir eleştiriyordu. "Patates soyuyor, bıçağı eline aldı, o patatesi istemiyor, geriye koydu çünkü penise benzer bir çıkıntısı olduğunu düşünüyor, kötü düşünceli, patatesleri soyuyor, şimdi onları yıkıyor." (Mellor, 1970, s. 16).

NEGATİF BELİRTİLER

Negatif belirtiler avolisyon (istek ve enerji azalması), alogi (düşünce ve konuşma fakirliği), anhedoni (zevk alamama), duygularda küntleşme gibi davranışsal sorunlardan oluşur.

AVOLİSYON-İSTEK VE ENERJİ AZALMASI

Avolisyon, enerjinin olmaması ve genellikle günlük faaliyetlere ilgisizlik olarak görülür. Hastalar kendilerine ve temizliklerine bakmazlar, kirli tırnaklar, taranmamış saçlar, fırçalanmamış dişler ve bakımsız elbiselerle dolaşırlar. İşte, okulda ya da ev işlerinde sebat göstermekte güçlükleri vardır ve zamanlarının çoğunu hiçbir şey yapmadan geçirirler.

ALOGİ-DÜŞÜNCE VE KONUŞMA FAKİRLİĞİ

Alogi negatif bir düşünce bozukluğu sayılır ve bazı bileşenleri vardır. Konuşma fakirliğinde konuşmanın miktarı çok azalmıştır. Konuşmanın içeriğinin azalmasında konuşma miktarı yeterlidir ancak konuşma çok az bilgi içerir, belirsiz ve tekrarlayıcıdır. Aşağıdaki örnek düşünce içeriğinin fakirliği ile ilgilidir.

Görüşmeci: Peki, insanlar Tanrıya neden inanır? Sen ne düşünüyorsun?

Hasta: Evet, çünkü ilk önce o insandır, insanın kurtarıcısıdır. Benimle yürür, benimle konuşur. Ve benim anlayışım, birçok kişi, aslında kendi kişiliklerini tanımıyorlar. Öyle olmadıkları için, onların hepsi, kendi kişiliklerini tanımıyorlar. Bilmiyorlar ki o, bana öyle geliyor ki, birçoğu onun onlarla yürüdüğünü ve konuştuğunu bilmiyorlar ve nereye gideceklerini gösteriyor. Şunu da anlıyorum, her kadın ve her erkek aynı yöne dönmüş değiller. Bazıları farklı yönü gösteriyorlar. Farklı yönlerine gidiyorlar. İsa'nın istediği yöne gidiyorlar. Ben, ben dönüğüm, bir yola, doğruyu, yanlışı biliyorum, yapıyorum, bundan daha az ve daha çok yapamam. (American Psychiatric Association, 1987, s. 403- 404)

ANHE DONİ-HAZ ALAMAMA

Anhedoni, haz alma yaşantısının yokluğudur. Boş zaman aktivitelerine karşı ilgi azlığı, başkalarıyla yakın ilişki kuramama ve cinselliğe ilgi duymama şeklinde kendini gösterir. Hastalar bu belirtinin farkındadırlar ve artık genelde haz verici faaliyetlerin onlara zevk vermediğini söylerler.

DUYGULANIM KÜNTLÜĞÜ

Duygulanım küntlüğü olan hastalarda hemen hemen hiç bir uyarıcı duygusal tepkiye yol açmaz. Hasta boş boş bakabilir, yüz kasları sarkık, gözleri cansızdır. Hitap edildiği zaman düz ve tonlaması olmayan bir sesle cevap verir. IPSS'deki şizofrenlerin %66'sında duygulanım küntlüğü bulunmuştur.

Duygulanımda küntlük kavramının yalnızca duyguların dıştaki ifadesiyle ilgili olduğunu açıkça bilmemiz önemlidir. Bu kavram, hastanın hiç de fakirleşmiş olmayabilecek iç yaşantılarını yansıtmaz. Kring ve Neale (1996) tarafından yapılan bir çalışmada hem normallerin hem de şizofrenlerin bir film izlerken yüz ifadeleri ve deri iletkenlikleri kaydedilmiştir. Her bir film

parçasından sonra denekler filmin uyandırdığı ruh durumunu bildirmişlerdir. Beklendiği gibi şizofrenlerin yüz ifadeleri normallerden çok daha azdı, ancak aynı miktarda duygu bildirdiler ve fizyolojik olarak daha da fazla uyarıldılar.

ASOSYALLİK

Bazı şizofren hastalar kişilerarası ilişkiler alanında ciddi sorunlar yaşarlar. Sadece birkaç arkadaşları vardır, sosyal becerileri zayıftır ve başka insanlarla birlikte vakit geçirmeye yönelik bir ilgileri yoktur.

DİĞER BELİRTİLER

Şizofreninin diğer bazı belirtileri sunmuş olduğumuz negatif-pozitif şemasına uymamaktadır. Bunlardan bir tanesi şizofrenlerin garip yüz ifadeleri takındıkları **katatonidir.** Birbiri arkasından garip hareketler yapabilirler, bunlar bazen karmaşık parmak, el ve kol hareketleridir. Çok garip de olsa sanki bir amaca yönelik gibidir. Bazı şizofrenler faaliyet düzeylerinde olağan dışı hareketlilik gösterirler. Bu hareketlilikte aşırı heyecan, el ve kolların çırpılması ve maniye benzer şekilde enerji harcanması vardır. Diğer uçta ise **katatonik hareketsizlik,** donakalım durumu gözlenir. Uzun süre garip duruşlar alıp bunu sürdürürler. Hasta tek ayağının üzerinde durarak diğer bacağını kalçaya doğru kıvırıp bütün bir gün öyle kalabilir. Katatonik hastalar **mum esnekliği** (waxy flexibility) denen durumu gösterebilirler: Bir başkası hastanın kolunu garip bir duruma getirdiği zaman hasta o duruşu sürdürür.

Bazı şizofren hastalar **uygunsuz duygulanım** gösterirler. Bu kişilerin duygusal tepkileri bağlamla ilgili değildir. Hasta annesinin öldüğünü yeni duyduğu zaman gülebilir ya da yeni elbise üstüne uygun mu gibi basit bir soru karşısında öfkeye kapılabilir. Bu şizofrenler görünürde bir neden olmaksızın bir duygusal durumdan öbürüne çabucak geçebilirler. Bu belirti oldukça ender olmasına rağmen eğer görülürse tanısal yönden önemlidir. Son olarak birçok hasta çeşitli şekillerde garip davranışlar gösterir. Başkalarının arasındayken kendi kendilerine konuşabilirler, yiyecek istif edebilir, çöp toplayabilirler.

Şizofreninin ana belirtilerini böylece tanımladıktan sonra kavramın tarihçesini gözden geçireceğiz. Görüleceği gibi şizofreninin ne olduğuyla ilgili fikirlerimiz zaman içinde değişmiştir.

KAVRAMIN TARİHÇESİ

ŞİZOFRENİNİN ERKEN TANIMLARI

Şizofreni kavramı ilk olarak iki Avrupalı psikiyatr Emil Kraepelin ve Eugen Bleuler tarafından tanımlanmıştır. Kraepelin ilk olarak şizofreninin ilk ismi olan **dementia praecox** (erken bunama) kavramını 1898'de öne sürmüştür. İki temel endojen (içsel nedenli) psikoz grubu ayrıştırılmıştır: Manik-depresif hastalık ve erken bunama. Erken bunama (dementia praecox), çeşitli tanısal kavramları -dementia paranoides, katatoni ve hebefreni- içeriyordu. Bu kavramlar daha önceki yıllarda klinisyenler tarafından farklı entiteler olarak bulunup kabul edilmişti. Kraepelin bu bozuklukların belirtisel olarak fark-

1896 'da çekilen bu fotoğraf, katatonik hareketsizlik sergileyen bir grup hastayı göstermektedir. Bu kişiler bu garip pozisyonları uzun bir süre için korudular.

lı olmalarını kabul etmesine rağmen hepsinin ortak bir temeli olduğuna inanıyordu. Dementia praecox deyimi bu ortak temeli - erken başlangıç (Praecox), ilerleyen zihinsel yıkım (Dementia)- yansıtıyordu. Dementia prae- cox'daki **dementia-bunamanın** Bölüm 16'da yaşlılıkta tartışılan bunamayla aynı şey olmadığını bilmek önemlidir. Yaşlılıktaki bunamada ciddi bellek sorunları vardır. Hâlbuki Kraepelin şizofrenlerde genel zihinsel zayıflık görmüştür. Kraepelin'in bu hastalarda gördüğü temel belirtiler arasında varsanılar, sanrılar, negativizm, dikkat zorlukları, kalıplaşmış davranışlar ve duygusal bozukluklar vardır. Böylece Kraepelin hastalığı tanımlarken hem gidişini hem de belirtileri göz önüne almıştır. Ancak bazen gidişi belirtilerden daha çok önemsemiştir.

Kraepelin, şizofreninin dar tanımı ve tanımlamaya verilen önemin ötesine geçmemiştir. Örneğin, yazdığı ders kitabının sekizinci baskısında dementia praecoxun belirtilerini 36 ana kategoriye ayırmış, her bir kategori altında yüzlerce belirti toplamıştır. Bu belirtilerin hepsinin bunama ve düşünme, duygu ve hareketlerde bütünlüğün kaybını yansıttığını söylemiş, ancak aralarındaki ilişkileri arama çabasında bulunmamıştı. Diğer önemli kişi, Eugen Bleuler ise Kraepelin'in tanımlamada tanıya verdiği vurgudan uzaklaşmış ve bozukluğun temelini anlatma girişiminde bulunmuştur.

Şizofreniyi tanımlarken Bleuler Kraepelin'den iki ana noktada ayrılmıştır. Bu bozukluğun mutlaka erken başlangıcı olmadığı ve zorunlu olarak bunamayla sonlanmadığına inanmıştır. Böylece artık **dementia praecox** terimi uygun görülmemiş ve Bleuler 1908 de şizofreni terimini önermiştir. Şizofreni eski yunan terimi 'yarılma' anlamına gelen **schizein'd**an ve akıl anlamına gelen **phren'**den gelmektedir ve aklın yarılması demektir.

Erken yaşlarda başlaması ve bunamayla sonlanması bu bozukluğu tanımlayan özellikler olmaktan çıkınca Bleuler kavramsal bir sorunla karşılaştı. Şizofreni belirtilerinin hastadan hastaya çok değişkenlik gösterdiğini kabul ettiği için, bu hastaları aynı kategoriye koymasını açıklaması gerekiyordu. Böylece Bleuler çeşitli rahatsızlıkları birbirine bağlayacak ortak bir payda ya da temel bir özellik belirlemeye çalıştı. Bunun için bulduğu metaforik kavram "çağrışımsal bağların kopması" idi (associative threads). Bleuler'e göre çağrışımsal bağlar yalnızca kelimeleri değil, düşünceleri de birleştiriyordu.

Emil Kraepelin (1856-1926), Alman psikiyatr, erken bunamanın (dementia praecox) tanımını yapmıştır ve bu tanım çağdaş araştırmaların ışığında uzun süre geçerli olmuştur.

Eugen Bleuler (1857-1939), İsveçli psikiyatr, bizim şizofreni kavramsallaştırmalarımıza katkıda bulunmuştur ve bu terimi ilk kez kullanmıştır.

Böylece amaca yönelik etkin düşünme ve iletişim ancak bu hipotetik yapılar sağlamken mümkündü. Şizofrenlerde çağrışımsal bağların bozuk olması diğer sorunları açıklamak için kullanıldı. Örneğin şizofrenlerde gözlenen dikkat zorlukları Bleuler tarafından düşüncede amaca

yönelmenin yokluğundan kaynaklandığı, bunun da çevresindeki olay ve nesnelere pasif cevap verilmesine yol açtığı şeklinde yorumlandı. Benzer şekilde bloklar (düşüncenin durması), görünüşte düşünce akımının tamamen durması, tartışılan konuda çağrışımların tamamen bozulması olarak algılandı.

Kraepelin, başlangıçta şizofreni belirtileri gösteren hastaların ufak bir oranının yıkıma uğramadığını görmesine rağmen bu tanı kategorisini gidişi (prognozu) kötü olanlarla sınırladı. Buna karşın Bleuler'in çalışmaları şizofreninin daha geniş bir kavramına ve kurama vurguya yol açtı. Prognozu iyi olan hastaları bu gruba soktu ve ayrıca diğer klinisyenler tarafından farklı tanı alan hastalar da şizofreni tanısı almaya başladı.

BİRLEŞİK DEVLETLER'İN GENİŞLETİLMİŞ KAVRAMI

Şizofreninin Birleşik Devletler kavramı üzerinde Bleuler'in etkisi büyüktür. Yirminci yüzyılın ilk yarısında kavram daha da genişletilmiştir. Örneğin, 1930'larda New York Psikiyatri Enstitüsü'nde hastaların %20 kadarı şizofreni tanısı almıştır. 1940'larda bu sayı daha da artmış ve 1952'de %80 gibi çok yüksek bir orana ulaşmıştır. Bunun zıttı olarak Avrupa'da şizofreni kavramı daha dar kalmıştır. Londra'daki Maudsley Hastanesinde şizofren hastaların sayısı kırk yıllık bir zaman dilimi içinde %20 gibi sabit bir sayıda kalmıştır (Kuriansky, Deming ve Gurland, 1974).

Şizofreninin Amerikan tanısı oranının artmasındaki nedenleri bulmak zor değildir. Amerikan psikiyatri tarihinin önemli simaları Bleuler'i izleyerek kavramı daha da genişletmişlerdir. Örneğin 1933'de Kasanin, hepsi Dementia Preacox olarak tanı almış 9 hastayı anlatmıştır. Hepsinde başlangıç ani ve iyileşmeleri de çabuk olmuştu. Kasanin, hem şizofren hem de duyuşsal (affective) belirtiler gösterdiklerini göz önüne alarak bu hastalardaki bozukluğu tanımlamak için şizoafektif psikoz terimini öne sürmüştür. Bu tanı daha sonra şizofreninin Amerikan kavramının bir parçası olmuş ve DSM-I (1952) ve DSM-II'de (1968) yer almıştır.

1960 ve 1970'lerde **süreç-reaktif boyutu** (process-reactive dimension) Amerika'da geniş şizofreni kavramını sürdürmede önemli bir araç olmuştur. Bleuler, bazı hastalarda şizofreninin erken başlamadığı ve bazı hastaların iyileştiği gözlemini yapar yapmaz, klinikçiler daha geç hastalanan ve bazen iyileşen hastalarla, erken yaşta başlayan ve giderek ilerleyen hastalığı olanların farklılıklarını gözlemeye başladılar. Bazı şizofrenler erken yaşlardan itibaren sapkın, ilgisiz, tepkisiz kişilerdi ve duygu, düşünce, ilgi ve faaliyetlerinde yavaş ama ilerleyen bir tükeniş söz konusuydu. Diğerleri ise genellikle daha geç yaşta, daha ağır belirtilerle oldukça ani bir başlangıç gösteriyorlardı. Beyinde temel bir fizyolojik işlev bozukluğunu gösteren **süreç** terimi sinsice gelişen şizofreni için ve reaktif terimi stres sonrası aniden görülenler için kullanılmaya başlandı. Amerika'da 1950'lerden beri süreç-reaktif ayırımı geniş bir şekilde incelenmiştir. Hastalık öncesi sosyal ve cinsel uyum, örneğin Phillips Ölçeğiyle (1953) değerlendirilip, şizofrenleri ayırt etmede ve iyileşme şanslarını saptamada kullanılmıştır. **Hastalık öncesi uyumları iyi olanların** dönemsel bir sorunlarının olması ve iyileşme olasılığı daha yüksekti. Diğer tarafta daha önceki okul, iş, cinsel ve sosyal yaşam uyumları bozuk olan süreç şizofrenisi, Kraepelin'in ilk tanımı olan dementia preacoxla eşleştirilmişti. Reaktif hastaların tanıma katılması Amerikan kavramını genişletmiştir.

Şizofreni kavramı, tanıya yönelik iki uygulama sayesinde daha da genişlemiştir. Birincisi, A.B.D.'deki klinisyenler varsanı ve sanrıların olduğu her vak'aya şizofren tanısı koydular. Bu belirtilerin, özellikle sanrıların, duygudurum bozukluklarında da bulunması nedeniyle, DSM-II'ye göre şizofreni tanısı almış pek çok hastanın aynı zamanda duygudurum bozukluğu tanısı almasına da yol açtı (Cooper ve ark., 1972). İkincisi, günümüzde kişilik bozukluğu tanısı vereceğimiz (özellikle şizotipal, şizoid ve paranoid kişilik bozuklukları; Bölüm 13'e bakınız.) hastalar da şizofreni tanısı almaktaydı.

DSM-IV TANISI

DSM-IV'ün yayınlanmasından sonra şizofreninin Amerikan kavramı, tartıştığımız geniş kavramdan şizofreni tanısını dört açıdan daraltan yeni bir tanıma doğru gitmiştir. İlk önce tanı ölçütleri açıkça ve oldukça ayrıntılı olarak belirlenmektedir. İkinci olarak duygudurum bozukluğu belirtilerini gösteren hastalar dışlanmıştır. Şizofreninin şizoafektif tipi şimdi psikotik bozukluklar altında **şizoafektif bozukluk** olarak ayrılmıştır. Şizoafektif bozuklukta şizofreni ve duygudurum belirtileri karışık olarak bulunmaktadır.

Üçüncü olarak, DSM-IV tanı koymak için belirtilerin en az altı ay görülmesi koşulunu getirmiştir. Altı aylık dönemin en az bir ayı varsanılar, sanrılar, konuşmada düzensizlik, katatonik davranışlar ve negatif belirtilerin gözlendiği aktif evre olmalıdır (eğer sanrılar çok tuhaf ya da varsanılar konuşma ya da ses içeriyorsa bu belirtilerden biri yeterlidir). Geri kalan zaman prodromal (aktif evre öncesi) ya da rezidüel (aktif evre sonrası) olabilir. Prodromal ya da rezidüel dönemdeki sorunlar sosyal içe çekilme, rol işlevlerinde bozukluk, künt ya da uygunsuz duygulanım, girişim eksikliği, hijyen ve kendine bakımın aksaması, garip inançlar ve büyüsel düşünceler, çevresel konuşma ve olağandışı algısal yaşantıları içerir. Böylece sıklıkla stresle ilişkili olan kısa psikotik dönemleri olan ve çabucak iyileşen hastalar dışarıda bırakılmış oldu. DSM-II'deki akut şizofren dönem şimdi ya **şizofreniform bozukluk** ya da **kısa psikotik bozukluk** olarak sınıflandırılmaktadır. Şizofreniform bozukluğun belirtileri şizofreniyle aynıdır ancak yalnızca bir aydan altı aya kadar sürer. Kısa psikotik bozukluk bir günden bir aya kadar sürer ve sıklıkla aşırı bir stresle ortaya çıkar. Dördüncü olarak, DSM-II'de şizofreninin hafif şekilleri olarak görülen bozukluklar şimdi örneğin şizotipal kişilik bozukluğu tanısı almaktadır.

Son olarak, DSM-IV, paranoid şizofreniyi (kısaca tartışılacaktır) ve **sanrısal bozukluğu** ayrıştırmaktadır. Sanrısal bozukluktaki bir kişi kötülük görme sanrılarından veya sanrısal kıskançlıktan (yani eşinin veya sevgilisinin aldattığına yönelik kanıtlanmamış inançlardan) rahatsızlık duymaktadır. Diğer sanrılar takip edilme, erotomanik (yani kişinin başka birisinin, genellikle de tamamen yabancı ve daha üst sosyo-ekonomik düzeyde birisinin, kişiyi sevdiğine inanması) ve somatik (bir iç organın düzgün çalışmadığına inanılması) sanrılarıdır. Paranoid şizofreninin aksine, sanrısal bozukluğu olan kişi, konuşma düzensizliği veya varsanı belirtilerini göstermez ve sanrıları daha az tuhaftır. Sanrısal bozukluk oldukça seyrek görülür ve tipik olarak şizofreniye göre daha ileri yaşlarda ortaya çıkar. Pek çok aile araştırmasında şizofreniyle, belki kalıtsal olarak, ilgili olduğu bulunmuştur (Kendler ve Diehl, 1993).

Peki DSM-IV ölçütleri kültürler arasında uygulanabilir mi? Bu soruya yanıt verebilecek veriler Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) sanayileşmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaptığı bir araştırmada elde edilmiştir (Jablonsky ve ark., 1992). Belirtilerden oluşan ölçütler kültürlerarasında çalışır görünmektedir. Ancak, gelişmekte olan ülkelerde, sanayileşmiş ülkelere göre, şizofreni daha akut bir biçimde ortaya çıkmakta ve hastalığın gidişi daha olumlu olmaktadır. Bu ilgi çekici bulgunun nedeni bilinmemektedir (Susser ve Wanderling, 1994).

DSM-IV'E GÖRE ŞİZOFRENİNİN ALTTİPLERİ

Daha önce sözünü ettiğimiz gibi şizofreni belirtilerinin heterojen olması bozukluğun çeşitli alt tiplerinin önerilmesine yol açmıştır. DSM-IV'te şimdi bulunan üç tip şizofren bozukluk -dezorganize, katatonik ve paranoid- yıllar önce Kraepelin tarafından önerilmişti. Kraepelin'in orijinal tiplerinin bugünkü tanımlamaları şizofreninin nasıl olduğuyla ve tanıya ilişkin büyük farklılıklarla ilgili daha fazla bilgi vermektedir.

DEZORGANİZE ŞİZOFRENİ

Kraepelin'in hebefrenik formuna DSM-IV'te **dezorganize** (dağınık) **şizofreni** ismi verilmiştir. Konuşma dağınıktır ya da konuşulanların takibi güçtür. Hasta aynı sözcüklerle ya da tutarsızca konuşabilir, bazen kahkaha atabilir. Duygulanım düz ya da çok değişkendir, anlaşılamayan gülme ya da ağlama nöbetleri görülür. Hastanın davranışları tümüyle çok düzensizdir. Ayak parmağına kurdele bağlayıp durmadan hareket edebilir, hiçbir amaca yönelik olmadan etraftaki eşyaları gösterebilir. Hasta sıklıkla her zaman ve her yerde kakasını, çişini yapacak kadar gerileyebilir. Banyo yapmayarak, dişini fırçalamayarak ve saçını taramayarak görünüşünü tamamen ihmâl eder.

KATOTANİK ŞİZOFRENİ

Katatonik şizofreninin en önde gelen belirtileri daha önce de sözünü ettiğimiz gibi hareket alanındadır. Bu kişiler katatonik hareketsizlik ve aşırı hareketlilik ve heyecan arasında gidip gelebilirler ancak her iki durumda da motor belirtiler ön plandadır. Katatonik reaksiyonun başlangıcı diğer tiplerden daha hızlı olabilir, ancak büyük bir olasılıkla daha önce gerçeklerden kopma ve durgunlukla ilgili ipuçları göstermiştir. Hareketsiz duran katatonik hastanın kol ve bacakları sertleşip şişebilir. Hasta hiç tepkisiz gibi görünse de, çevrede olup biten her şeyi kaydedip daha sonra anlatabilir. Eksitasyon dönemin-

de katatonik hasta büyük bir sıkıntıyla sürekli dolaşarak anlamsızca durmadan konuşabilir. Bugün şizofreninin bu formuna belki de garip hareketlerin giderilmesinde ilaç tedavisinin başarılı olması nedeniyle nadiren rastlanmaktadır. Bu görüşe aykırı olarak Böyle (1991) yüzyılın başlarında bu durumun sık görülmesinin tanı hatasını yansıttığını ileri sürmüştür. Özellikle uyku hastalığı (encephalitis lethargia) ve katatonik şizofreni arasındaki benzerlikleri belirlemiş, birçok vak'anın tanısının daha önce yanlış konduğunu söylemiştir.

PARANOİD ŞİZOFRENİ

Akıl hastanelerine gelen hastaların önemli bir kısmı **paranoid şizofreni** tanısı almaktadır. Belirgin sanrıların olması bu tanıda anahtar rolü oynar. Genellikle kötülük görme (perseküsyon) sanrıları vardır ancak bazen **büyüklenme (grandiyöz) sanrıları** gözlenebilir. Burada bireyler kendilerine verdikleri önemi, kudreti, bilgilerini, kimliklerini abartırlar. Ya da **sanrısal kıskançlık** gösterip eşlerinin sadakatsiz olduğuna inanırlar. Sanrılara işitsel varsanılar eklenebilir. Bu hastalar sıklıkla **etkilenme (referans)** fikirleri geliştirirler. Önemsiz olayları sanrısal bir çerçeve içine koyup başkalarının ufak tefek davranışlarından kişisel anlamlar çıkarırlar. İşitilen konuşma parçalarını kendilerine yorarlar, genelde yürüdükleri güzergahta sık sık birine rastlamaları izlendikleri anlamına gelir. Televizyonda gördükleri, gazetelerde okudukları onlara atıfta bulunur. Paranoid şizofrenler kavgacı, ajite, kızgın ve bazen şiddete yönelimlidirler. Bazen başkalarına karşı resmi, gösterişli ve yoğun olsalar da duygusal olarak tepkilidirler. Diğer şizofrenlere kıyasla daha dikkatli ve konuşkandırlar. Sanrısal olsa da düşünce süreçleri parçalanmamıştır.

ALT TİPLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Burada anlatılmış olan alt tipler bugünkü tanı sisteminde de temel olarak alınmaktadır, ancak yararlığı birçok kişi tarafından sorgulanmaktadır. Şizofreninin alt tip tanılarını koymak son derece güçtür; bu da tanısal güvenirliğinin çok azaldığı anlamına gelir. Ayrıca tiplerin yordama geçerliği düşüktür: Hastanın hangi tipte şizofreni olduğunu bilmek tedavide yardımcı olacak ve sorunun gidişini aydınlatacak bilgileri vermez. Son olarak tipler arasında oldukça fazla binişiklik vardır. Örneğin, her tip şizofrenide sanrılar görülmektedir. Böylece Kraepelin'in alt tip sistemi şizofren davranışlardaki değişkenliği çözmede en iyi yol olmamıştır.

DSM-IV'de ilave edilen alt tipler de, **ayrışmamış** ve **rezidüel** (kalıntı) şizofreni tanımlarının gösterdiği gibi tam değildir. Ayrışmamış şizofreni tanısı şizofreni tanı ölçütlerini karşılayan, ancak daha önce tartışılan tiplere girmeyenler içindir. Rezidüel şizofreni tanısı, hasta artık şizofreni ölçütlerine tam uymadığı ama bazı belirtileri gösterdiği zaman kullanılır. Açıkçası şizofreni çok çeşitli olası belirtilerin görüldüğü bir bozukluktur. Bleuler, bir değil birkaç çeşit bozukluk olduğunu düşündüren ve her birinin farklı etiyolojisi olan "şizofreni gruplarından" söz etmiştir.

Şizofrenlerdeki bu belirtisel değişkenlikten dolayı belirtileri alt tiplere ayırmaya olan ilgi sürmektedir. Daha önce de belirttiğimiz gibi şu anda ilgi çeken sistem pozitif ve negatif belirtilerin ayrıştırılmasıdır (Crow, 1980; Straus, Carpenter ve Bartko, 1974). Andreasen ve Olsen (1982) elli iki şizofren hastayı değerlendirmişler ve on altısında çoğunlukla negatif belirtiler, on sekizinde pozitif belirtiler ve on sekizinde karışık belirtilerin olduğunu bulmuşlardır. Bu veriler şizofreni tipleri hakkında konuşulabileceğini göstermesine rağmen, daha sonraki araştırmalar (örneğin, Andreasen ve ark., 1990) şizofrenlerin çoğunun karışık belirtiler gösterdiklerini ve böylece saf pozitif ve negatif tiplere uyan az hasta olduğunu bulmuştur. Şizofreninin belirtileriyle ilgili yapılan son dönemdeki araştırmalar, iki değil üç boyutun varlığını ortaya koymaktadır (Lenzenweger, Dworkin ve Wthington, 1991). Bu araştırmalar, pozitif ve negatif belirtilerin yanı sıra, tuhaf davranışlar ve düzensiz konuşmayı içeren, düzensiz bir boyutun varlığını göstermiştir. Buna rağmen, pozitif ve negatif belirtiler arasındaki ayrım (hasta türleri yerine), şizofreninin etiyolojisini belirleme çalışmalarında artan bir oranda kullanılmaktadır. Şizofreninin etiyolojisinde kalıtımın, dopaminin ve beyin hastalıklarının olası rollerini tartışırken, bu ayrımın (pozitif-negatif belirtiler) geçerliğine destek olur nitelikte kanıtlar sunacağız.

ŞİZOFRENİNİN ETİYOLOJİSİ

Şizofrenlerin diğer normal kişilerden düşünme, konuşma, algılama ve hayal etme yönünden nasıl farklılaştıklarını tartıştık. Şimdi de düşüncelerindeki dağınıklık ve bağlantısızlık, uygunsuz duygu ya da duyguların yokluğu, ya-

nıltıcı sanrıları ve şaşırtıcı varsanıları nelerin açıklayabileceğini sormaya hazırız. Bu kitapta tartışılan diğer bozuklukların aksine psikanaliz gibi genel kuramsal çerçevelerin şizofreni araştırmalarındaki etkisi az olmuştur. Ancak etiyolojik araştırmaların belirgin alanları ayrıntılı olarak tartışılacaktır. Şizofreniye değişik yaklaşımlara örnek için Etiketleme Kuramı Odak 11.1'de kısaca aktarılmıştır.

KALITSAL VERİLER

İleride şizofreni tanısı alacak birini bulmak istediğinizi ve davranış örüntüleriyle diğer belirtileri bilmediğinizi farz edin. Paul Meehle (1962) tarafından ortaya atılan bu problemin bir çözümü vardır. Şizofren tek yumurta ikizi olan birini bulun. Şu anda şizofreniye olan yatkınlığın kalıtsal olarak geçtiğiyle ilgili iknâ edici çapta yayınlar bulunmaktadır. Diğer kalıtım araştırmalarında olduğu gibi bu araştırmalarda kullanılan yöntemler aile, ikiz ve evlatlık verme çalışmalarıdır. Başlangıçta birçok büyük çaplı kalıtsal araştırmanın DSM-III'ün yayınlanmasından önce yapıldığını belirtelim. Neyse ki kalıtsal araştırıcılar örneklemleriyle ilgili geniş tanımlayıcı bilgi toplamışlar, böylece onlara yeni ölçütlere göre tekrar tanı koyma olanağını sağlamışlardır. DSM-III ölçütlerine göre yapılan tekrar analiz daha önce varılan sonuçları doğrulamıştır (örn., Kendler ve Greenberg, 1984).

AİLE ÇALIŞMALARI

Tablo 11.1 şizofren akrabası olanların şizofreni geliştirme riskini göstermektedir. Tablodaki verilen yüzdeleri değerlendirirken genel popülasyondaki şizofreni riskinin yüzde birden biraz az olduğu hatırda tutulmalıdır. Açıkça görüldüğü gibi şizofrenlerin akrabaları daha yüksek risk taşımaktadırlar ve risk akrabalık ilişkisi arttıkça yükselmektedir. Daha yeni veriler Tablo 11.1'de gösterilenleri doğrulamakta ve erken doğum yapan kadınların olduğu ailelerde bu riskin arttığını göstermektedir (Sham ve ark., 1994). Böylece aile yöntemiyle toplanan veriler şizofreniye yatkınlığın kalıtsal yolla geçişini desteklemiştir. Ancak şizofrenlerin akrabaları yalnızca genleri değil yaşantıları da paylaşmaktadır. Şizofren ana babanın davranışları, gelişen bir çocuk için çok rahatsız edici olabilir. Yüksek hastalanma oranında çevrenin etkisi alternatif bir açıklama olarak göz ardı edilemez.

İLKİZ ÇALIŞMALARI

Tek yumurta ve çift yumurta ikizlerindeki bozukluğun birlikte görülme oranları da Tablo 11.1'de verilmiştir. Tek yumurta ikizlerindeki oran (%44.3) çift yumurta ikizlerine göre (%12.08) açıkça daha yüksektir, ancak yüzde 100'den düşüktür. Bu önemlidir, çünkü şizofrenideki bütün hikaye kalıtsal geçişe bağlı olsaydı, kalıtsal olarak eş özellikleri taşıyan diğer ikiz de aynı yazgıyı paylaşırdı. Bu kalıtsal araştırmaların verileriyle tutarlı olarak, tek yumurta ikizlerinden hasta olanın hastalığı ağırlaştıkça diğerinin şizofren olma olasılığı artmaktadır (Gottesman ve Shields, 1972).

İkizlerden toplanan verilerin yorumlanması ile ilgili sorular bulunmaktadır. Bazıları tek yumurta ikizi olma yaşantısının şizofreniye yatkınlığı arttırdığını ileri sürmüşlerdir. Eğer şizofreni bir kimlik sorunu olarak ele alınırsa, eş tek yumurta ikizi olmanın oldukça stresli olduğu tartışılabilir. Ancak şizofreninin sıklığı tekli ve ikiz doğumlarında aynıdır. Eğer bu hipotez doğru olsaydı yalnızca bir ikizi olmanın şizofreni olma riskini arttırması gerekirdi, hâlbuki bu doğru değildir (Rosenthal, 1970).

Ancak en kritik yorumlama sorunu halen ortadadır. İkizler birlikte yetiştirildikleri için ortak kalıtsal etkenler yerine ortak sapkın çevre eş hastalanma oranlarını açıklayabilir. Tek yumurta ikizlerinde gözlenen yüksek eş hastalanma oranlarının kalıtsal yorumunu destekleyen zekice bir analiz Fisher (1971) tarafından yapılmıştır. Fisher şöyle bir akıl yürütmüştür: Eğer bu oranlar kalıtsal bir geçişi yansıtıyorlarsa, ikizi şizofren olduğu halde kendisi şizofren olmayan tek yumurta ikizlerinin çocukları da yüksek şizofreni riski altındadır. Şizofren olmayan ikizler, davranışta ifade edilmese de şizofreni genotipi taşıyacaklar ve çocuklarına yükselmiş riski geçireceklerdir. Bu çeşit bir akıl yürütmeyle tutarlı olarak, şizofren olmayan ikiz eşlerinin çocuklarında şizofreni ve şizofreni benzeri psikoz oranları %9.4 olarak bulunmuştur. Bu oran şizofren olan ikizlerin çocuklarında %12.3'tür. Biraz daha yüksek olan bu oran istatistiksel olarak anlamlı değildir. Her iki oran da genel nüfustakinden önemli ölçüde daha yüksektir.

Dworkin ve arkadaşları önemli ikiz araştırmalarını daha önce sözü edilen pozitif ve negatif belirti ayırımına göre yeniden analiz ettiler (Dworkin ve Lenzenweger, 1984; Dworkin ve ark.,1987). İkizlerin yayınlanmış vak'a öykü-

ODAK 11.1 ETİKETLEME KURAMI

Scheff (1966), şizofreninin geleneksel kavramsallaştırılma biçiminden radikal bir şekilde uzaklaşarak, bozukluğun öğrenilmiş sosyal bir rol olduğunu öne sürmektedir. Etiketleme Kuramı (labeling theory) olarak da bilinen bu yaklaşım, etiyoloji ile ilgilenmemektedir. Scheff'e göre, şizofrenideki ana etken, kişiye tanıyı içeren bir etiket yapıştırmaktır. Bu etiket, kişinin daha sonra akıl hastalığı kalıpyargılarına dayalı olarak davranmasına neden olur. Bunun da ötesinde, diğer kişilerin hastaya nasıl davranacaklarını da etkiler. Dolayısıyla sosyal rol, etiketleme yoluyla hastalığın kendisi olur. Scheff, tanı olmadan sapkın davranışın –kendi deyimini kullanacak olursak kalıntı (rezidüel) kuralsızlıkların- kalıcı olamayacağını öne sürer. Büyük olasılıkla bu davranış biçimi geçici ve önemsiz olacaktır.

Scheff, kalıntı kuralsızlık deyimiyle, çalmanın kötü olması, hakçalığın iyi olduğu, şiddetin kötü olduğu gibi açık ve bilinen kuralların tümünün ötesindeki kuralları anlatmak istemektedir. Örnekler sayısızdır. "Kalabalık bir kaldırımda boş boş bakarak hareketsiz durma", "Şarküterinin camekânındaki ışıklı bira yazısıyla konuşma", "Piyanoya tükürme" gibi. Scheff, kalıntı kuralların bir defalık bozulmasının oldukça sık görüldüğünü belirtmektedir. Ancak normal kişiler, şanssızlıktan veya yanlış yargılardan dolayı bu davranışları yaparken yakalanırlar ve akıl hastası olarak tanı alırlar. Bir kez böyle tanımlandıklarında, bu sosyal rolü kabullenirler ve akıllıların arasına geri dönmeleri zordur. Kendilerine iş verilmez ve herkes geçmişlerini bilir. Hastanede ilgi odağı olurlar, sempatiyle bakılırlar ve hiçbir sorumluluk verilmezler. Böylece, hastaneye yatırıldıklarında, kendilerini akıl hastası olarak görürler ve kendilerinden beklenildiği şekilde çılgınca davranmaya başlarlar.

Scheff'in kuramının insana hitap eden sezgisel bir yönü vardır. Psikiyatrik bir kurumda belli bir süre çalışan pek çok kişi tanı koyma sürecinin yanlış kullanıldığına tanık olmuştur. Hastalar bazen hak etmedikleri tanılar alabilmektedir.

Ancak Scheff'in kuramının ciddi sorunları vardır. Şizofreniyi anlamamızda en fazla ikinci derecede önemli olabilir. İlk olarak, Scheff sapkın davranışlara, artık kuralları bozma olarak bakmaktadır ve onun anlattığı şekliyle de bu doğru bir bakış açısıdır. Ancak, şizofreniye kalıntı kuralları bozmak olarak bakmak, ciddi bir bozukluğu küçümsemektir. İkincisi, etiketlenmeyen kural bozma davranışlarının, öne sürüldüğü gibi, geçici olduğuna dair bir bulgu yoktur. Üçüncüsü, akıl hastalıklarıyla ilgili toplumsal yargıların zararlı olduğuyla ilgili bilgiler tutarsızlık göstermektedir (Gove, 1979).

Etiketleme kuramının önemli bir bağıntısı da, kültürel göreliliktir. Bu görüşe göre, farklı kültürlerde anormalliğin tanımı farklı olmalıdır. Etiketleme kuramı taraftarları, bir şamanın hayallerinin, bir şizofrenin varsanılarından farklı olmadığını, ancak kültürel farklılıklardan dolayı çok daha olumlu değerlendirildiğinin altını çizecektir.

lerinden çıkarılan pozitif ve negatif belirti derecelendirmeleri eş hastalanma gösteren ve göstermeyen ikizlerde karşılaştırmıştır. Pozitif belirtilerde farklılık görülmemiş, ancak negatif belirtilerde birlikte görülme oranı daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular negatif belirtilerin pozitif belirtilere göre daha kuvvetli kalıtsal bileşeni olduğunu düşündürmektedir.

EVLAT EDİNME ÇALIŞMALARI

Şizofren anababaların çocuklarının bebeklikten itibaren evlat edinen ana babalar tarafından yetiştirilmesini inceleyen araştırmalar, olası sapkın çevre faktörünü dışlayarak şizofrenide genlerin rolüyle ilgili daha iknâ edici bilgiler sağlamaktadır. Heston (1966) şizofren annelerin hastanedeyken doğurduğu 47 kişiyi izleyebilmiştir. Bebekler doğumda annelerinden ayrılmış ve onları evlat edinen kişilerce büyütülmüştür. Ayrıca, şizofren annelerin çocuklarını yerleştiren aynı evlat edindirme kurumundan 50 kontrol denek seçilmiştir. Kontrol grubu şizofrenlerle cinsiyet, yerleştirildikleri yer, kurumda geçirilen süre açısından eşleştirilmiştir. Kırk yedi deneğin hepsi 1915 ve 1945 arasında doğmuştur.

TABLO 11.1 Şizofreninin genetiği ile ilgili olarak yapılan aile ve ikiz çalışmalarının özeti

Kişiye Yakınlık	*Şizofrenik Yüzdesi*
Eş	1 .00
Torun	2.84
Yeğen	2.65
Çocuklar	9.35
Kardeşler	7.30
Çift yumurta ikizleri	12.08
Tek yumurta ikizleri	44.30

Kaynak: Gottesman, McGuffin ve Farmer, 1987.

Bazı yazarlar, şamanların hayallerinin şizofrenlerin sanrılarıyla aynı olduğu görüşünü savunmuşlardır. Ancak Murphy'nin araştırması şamanların davranışlarının psikopatolojiden açık bir şekilde ayrıştırıldığını göstermiştir.

Bu ve benzeri savlar, Murphy (1976) tarafından Eskimo ve Yoruba'ları incelediği araştırmasında ele alınmıştır. Etiketleme kuramının beklentisinin aksine, iki kültürde de şizofreni tanımına benzerlik gösteren bir delilik kavramı vardır. Eskimolar buna nuthkavihak demektedir ve bu durum kendi kendine konuşmayı, konuşmayı reddetmeyi, sanrısal inançları ve garip davranışları içermektedir. Yoruba'ların were kavramı da benzer belirtilerle tanımlanmaktadır. Her iki kültürde de şamanlar vardır ancak onların davranışlarıyla delilik arasında kesin bir ayrım yapılmaktadır.

Etiketleme kuramıyla ilgili son bir bakış açısı, ünlü bir şizofreni kuramcısı olan Paul Meehl'in arkadaşlarının aktardığı bir öyküde bulunmaktadır. Paul Meehl kalıtım ve şizofreni hakkında bir konferans verirken birisi onu durdurup, şizofrenlerin başkaları onları şizofren olarak etiketlediği için delice konuştuklarını düşündüğünü söylemiş. Meehl aşağıdaki tepkiyi vermiş:

Orada durdum ve ne söyleyeceğimi bilemedim. Aklıma bir parmağını "düşünceleri dışarı kaçmasın diye" anüsüne sokan ve diğer eliyle de babasının olduğunu düşündüğü saçlarını yolan bir hasta geldi. Şimdi burada bu adam, hastanın bunları birisinin ona şizofren demesi sonucunda yaptığını öne sürüyordu. Ona ne diyebilirdim ki? (Kimble, Garmezy ve Zigler, 1980; s. 453.)

Sonuç olarak, etiketleme kuramı pek fazla destek bulmamıştır. Şizofreninin, tanı koyanlar ve hastane personeli tarafından pekiştirilen bir rol üstlenme olduğuna dair yeterli kanıt yoktur.

1964'te yapılan izleme değerlendirilmesinde görüşme, MMPI, zekâ testi, sosyal sınıf derecelendirmesi ve buna benzer ölçekler kullanılmıştır. Her bir deneğin dosyası birbirinden bağımsız iki psikiyatr tarafından derecelendirilmiş ve üçüncü değerlendirme Heston tarafından yapılmıştır. Genel yeti yitimi derecelendirmeleri 0 ile 100 arasında yapılmış, mümkün olduğu zaman tanılar verilmiştir. Kontrol grubundaki deneklerde şizofren annelerin çocuklarına göre daha az yeti-yitimi gözlenmiştir. Benzer şekilde şizofren hastaların 47 çocuğundan 31 tanesi (%66), 50 kontrol deneğin yalnızca 9 tanesi (%16.6) tanı almıştır[1]. Şizofren annelerin çocuklarının şizofreni tanısı alma olasılığının daha yüksek olması yanında geri zekâlı, psikopatik ve nevrotik tanılarının da daha yüksek oranda konduğu bulunmuştur (Tablo 11.2). Daha çok suç işlemiş, hapishanede daha uzun bulunmuş ve askerden daha sıklıkla psikiyatrik nedenlerle uzaklaştırılmışlardır. Heston'ın araştırması şizofrenide kalıtsal faktörlerin önemini açıkça desteklemektedir. Patolojik anneleriyle temas etmeden büyüyen çocukların kontrollere göre şizofren olma olasılığı yine de daha yüksektir.

Heston'ın çalışmasına benzer bir araştırma Danimarka'da Kety'nin başkanlığında yürütülmüştür (Kety ve ark., 1976, 1994). Araştırma, erken yaşta evlat edinilen kişilerin kayıtlarını toplamakla başlamıştır. Daha sonra şizofreni tanısı alan ve psikiyatrik bir hastanede yatan kişiler indeks vak'ası olarak seçilmişlerdir. Araştırmacılar geri kalan vak'alardan psikiyatrik öyküsü olmayan ve yaş ve cinsiyet gibi değişkenler açısından eşleştirilen bir kontrol grubu seçmişlerdir. Her iki grupta hem evlat edinen hem de biyolojik anababalar, kardeşler ve

[1] *Yüzde 16,6 yaşa göre düzeltilmistir. Bu süreçle ham veriler katılımcıların yaşını da hesaplamaya katmak için düzeltilmektedir. Heston'un örneklemindeki bir kişi değerlendirme sırasında yirmi dört yaşındaysa, yaşamının ilerleyen yıllarında şizofreniye yakalanabilir. Yaş düzeltme işlemi bu olasılığı hesaplamaya katmak için kullanılmaktadır.*

TABLO 11.2 Erken Bebeklikte Annelerinden Ayrılmış Katılımcılar

Değerlendirme	*Şizofren Anneden Doğmuş*	*Kontrol Grubu*
Katılımcı sayısı	47	50
İzlemde ortalama yaş	35.8	36.3
Genel engellilik puanı (düşük puan daha ağır patolojiyi belirtir)	65,2	80.1
Şizofren tanısı alanların sayısı	5	0
Zihinsel olarak kusurlu tanısı alanların sayısı	4	0
Psikopat tanısı alanların sayısı	9	2
Nevrotik tanısı alanların sayısı	13	7

Kaynak: Heston (1966).

yarı kardeşler bulundu ve içlerinden psikiyatrik bir bozukluğu olanlar tespit edildi. Beklenildiği gibi endeks vak'alarının biyolojik akrabalarında genel nüfusa göre daha çok şizofreni tanısına rastlandı. Evlat edinenlerin akrabalarında böyle bir durum gözlenmedi.

KALITSAL VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Şimdiye kadar toplanan bütün veriler şizofrenide kalıtsal faktörlerin önemli olduğunu göstermektedir. Daha önceki ikiz ve aile çalışmaları, çevresel etkenlere vurgu yapanların eleştirdiği gibi yetiştirmenin önemini tanımama hatasını yapmışlardır. Ancak şizofren anaba- baların evlat edinilmiş çocuklarını inceleyen ve evlat edinilmiş şizofrenlerin akrabalarını izleyen daha sonraki araştırmalar, çevrenin yanlı etkisini ortadan kaldırarak kalıtsal geçişin önemini göstermişlerdir.

Bu bulgulara rağmen şizofreninin tamamen kalıtsal geçişle ortaya çıkan bir bozukluk olduğu sonucuna varamayız çünkü fenotip ve genotip ayırımını hatırda tutmamız gerekmektedir. Bölüm 2'de anlatılan yatkınlık-stres modeli şizofreninin etiyolojisiyle ilgili kuram ve araştırmaları yönlendirmekte yardımcı olabilir. Kalıtsal faktörler davranış bozuklukları için ancak yatkınlaştırıcı olabilirler. Bunun gözlenebilir bir patolojiye dönüşmesi için stres gerekmektedir.

Şizofrenideki kalıtsallıkla ilgili araştırmaların bir takım başka sınırlılıkları da vardır. Birincisi, şizofreniye ait bir yatkınlığın nasıl aktarıldığının belirlenmesi mümkün olmamıştır. Bu aktarım bir tek genle mi olmaktadır (ve eğer öyleyse, bu baskın mı yoksa çekinik bir gen midir?) yoksa bir grup genin bileşimiyle mi? Bu nokta özellikle bağıntı (linkage) analizi için önemlidir.

Bu analizde şizofreni geninin hangi kromozomda olduğunu bulmak için aile ağacı incelenmektedir. Bu yöntemle olumlu sonuçlar rapor edilmiş olup, şizofreni 6 numaralı kromozomla ilişkilendirilse bile (Buckley ve ark., 1996), bu sonuçlar daha önce tekrarlanamamıştır (Kendler ve Diehl, 1993), çünkü bu yöntemin başarılı olabilmesi için, yatkınlığın tek bir gen veya küçük bir gen grubu tarafından aktarılıyor olması gerekmektedir ve bu öngörü yanlış olabilir.

İkincisi kalıtsal yatkınlığın doğası bilinmemektedir. Bazı insanları şizofreni için riske atan tam olarak ne aktarılmaktadır? Bu soruya yanıt bulmanın bir yolu şizofreni hastalarının yakınlarını incelemektir. Bozukluğa yakalanmamış olsalar da, kalıtsal olarak şizofreniye yakalanma riski taşıyan bu insanlar, kalıtsal yatkınlık hakkında bilgi verebilirler. Önemli bir araştırma alanı, gözlerin, mesela sarkaç gibi hareket eden bir şeyi ne kadar iyi takip edebildiğidir. Şizofren hastalar bu görevi başarısız bir şekilde yerine getirmektedirler; birinci derece yakınlarının yüzde ellisi de (Holzman ve ark., 1984) aynı durumdadır. Gözle izlemenin önemi, kalıtsal faktörler tarafından etkilendiğinin gösterilmesiyle de desteklenmiştir (Lacano ve ark., 1992). Yetersiz gözle takip etme yetisi, beynin frontal loblarında bir sorunu yansıtıyor olabilir.

Kalıtsal verilerdeki sorunlar ve bir araya gelmeyen bulgulara rağmen onları göz ardı etmek doğru olmayacaktır. Burada gündeme getirilen pek çok eleştiri, diğer bozuklukların kalıtsal araştırmalarında da vardır. Kalıtsal yatkınlık ve şizofreninin görülme sıklığı arasındaki güçlü korelasyon, şizofreninin nedenleri hakkındaki bilgilerin en güçlü halkası gibi görünmektedir.

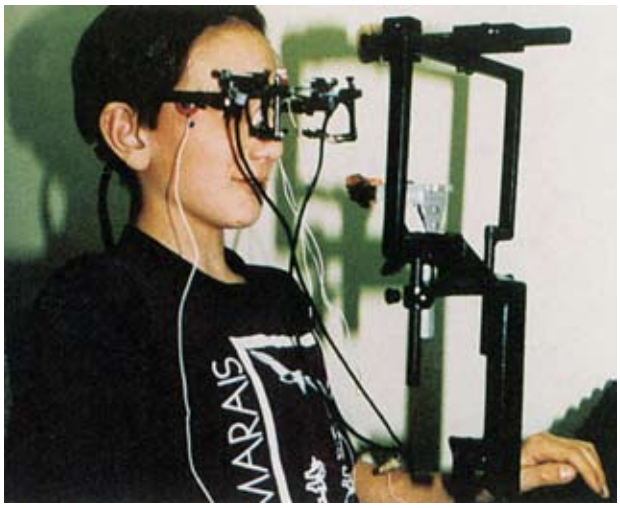
BİYOKİMYASAL FAKTÖRLER[2]

Şizofrenide kalıtsal faktörlerin rolünün gösterilmesi de biyokimyasal etkenlerin araştırılması gereğini düşündürmüştür, çünkü kalıtım biyolojik ve kimyasal süreçlerle etkisini gösterir. Olası biyokimyasal nedenlerin süregelen geniş çaplı arayışlarında anahtar bir güçlük vardır. Eğer şizofrenlerde değişik bir biyokimyasal madde bulunur, kontrollerde bulunmazsa, biyokimyasal işleyişteki fark, bozukluk yerine üçüncü bir değişken tarafından ortaya çıkarılabilir. Örneğin şizofren hastaların çoğu psikoaktif ilaç kullanmaktadırlar. Bu çeşit ilaçların kesilmesinden sonra davranışlar üzerindeki etkilerinin çabucak azalmasına rağmen, kanda izleri sürebilir ve şizofrenler ve normaller arasındaki farkın şizofreniye atfedilmesi güçleşir. Uzun süreli ilaç tedavisi nöral iletişim sürecinde de değişikliklere yol açabilir. Ayrıca kurumlarda kalan şizofrenler kontrollere göre daha çok sigara, kahve içebilir, daha dengesiz beslenebilir ve daha hareketsiz olabilirler. Bütün bu değişkenler şizofren ve kontrol denekleri arasındaki farklılığa yol açabilir ve şizofrenlerde anormal biyokimyasal madde arama çalışmalarını karıştırabilirler.

Bütün bunlara rağmen şizofreninin biyokimyasal nedenlerinin aranması hızla sürmektedir. İlerleyen teknoloji biyokimya ve davranış arasındaki ilişkiyi anlamamıza yardımcı olmaktadır. Hali hazırdaki araştırmalar norepinefrin ve serotonin gibi nörotransmitterleri araştırmaya devam etmektedir. Günümüzde hiçbir biyokimyasal kuramın tam desteği yoktur. Ancak şizofreninin biyokimyasal nedenleriyle ilgili çok çaba gösterilmeye devam edildiği için, en iyi araştırılan etkenlerden biri olan dopamini gözden geçireceğiz.

DOPAMİN AKTİVİTESİ

Şizofreninin bir nörotransmitter olan dopaminle ilişkili olduğu kuramı büyük çapta şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçların etki yolu üstündeki bilgilere dayanmaktadır. Terapötik olarak etkin olan ilacın biyokimyasal aktivitesi anlaşılırsa, bozukluğa yol açan süreç hakkında da tahminde bulunabiliriz. Fenotiazinler hastalığın belirtilerini azaltmaları yanında Parkinson hastalığına benzer yan etkiler de ortaya çıkarırlar. Parkinson hastalığının beyindeki belirgin



Kişinin hareket eden bir cismi takip etme gözlemlemeye yarayan aygıt. Bu yeti hem şizofrenlerde hem de yakınlarında bozuktur: bu bulgu gözle takip yetisinin bozukluk için kalıtsal bir işaret olabileceğini gösterir.

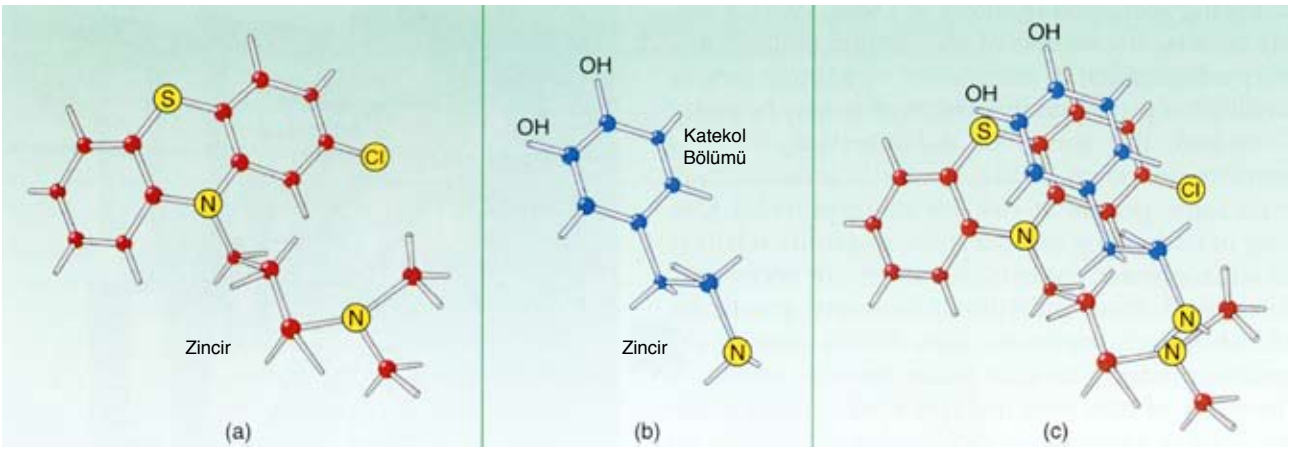
sinir yolundaki dopamin aktivitesinin az düzeyde bulunmasına bağlı olduğu bilinmektedir. Bu nedenle fenotiazinlerin dopamin aktivitesini düşürdüğü sanılmaktadır. Fenotiazin molekülü dopamin molekülüyle yapısal benzerlik gösterdiği için, dopamin yollarındaki postsnaptik alıcılara uyarak onları bloke ettiği düşünülmektedir. Şizofrenlere yardımcı olan ilaçların etkisiyle ilgili spekülasyondan, şizofreninin dopamin yollarındaki aşırı aktivitenin sonucu olması görüşüne atlanmıştır.

Şizofreninin dopamin aktivitesi kuramına dolaylı bir destek amfetamin psikozu üzerindeki yayınlardan gelmektedir. Amfetaminler paranoid şizofreniye benzer bir durum ortaya çıkarabilir ve şizofreni belirtilerini alevlendirebilirler (Angrist, Lee ve Gershon, 1974). Anfetaminlerin sinaptik boşluğa katekolamin boşaltarak ya da aktivasyona geçmelerini engelleyerek çalıştıkları düşünülür. Amfetaminin psikoz ortaya çıkarıcı etkisinin norepinefrin değil, dopamin üzerinden olduğundan eminiz, çünkü fenotiazinler amfetamin psikozunun antidotudur.

Yukarıda tartışılan verilere dayanarak araştırmacılar önceleri şizofreninin dopamin fazlalığı nedeniyle ortaya çıktığına inanmışlardır. Ancak başka araştırmalardaki gelişmeler bu kuramı desteklememiştir. Mesela, dopaminin önemli bir metaboliti olan homovanillik asit (HVA) şizofren hastalarda daha fazla miktarda bulunmadı (Bowers, 1974).

Bu gibi veriler ve insanlardaki nörokimyasal değişkenleri incelemede gelişen teknoloji, araştırmacıları şizofreninin ortaya çıkış nedenleri için dopamin fazlalığı yerine, fazla sayıda veya

[2] *Bu bölüm tekniktir ve biyokimya çalışmamış okurlar için takip edilmesi zor olabilir. Bu alanda altyapısı olanlar için detayları vermek istiyoruz; bu altyapıya sahip olmayanlar içinse en azından biyokimyasal etken araştırmalarının arkasındaki mantığı ve eğilimleri aktarabilmeyi umuyoruz.*



Şekil 11.1 *Klorpromazin (bir fenotiazin) (a) dopamin (b), ve ikisinin üst üste gelmesinin (e) x ışını kristalografi yöntemi kullanarak yapılmış analizleri. Klorpromazin, dopamin reseptör bölgelerine yerleşerek, dopamin aracılığıyla yapılacak itki ulaşımını engellemektedir. Horn ve Snyder'den (l971) uyarlanmıştır.*

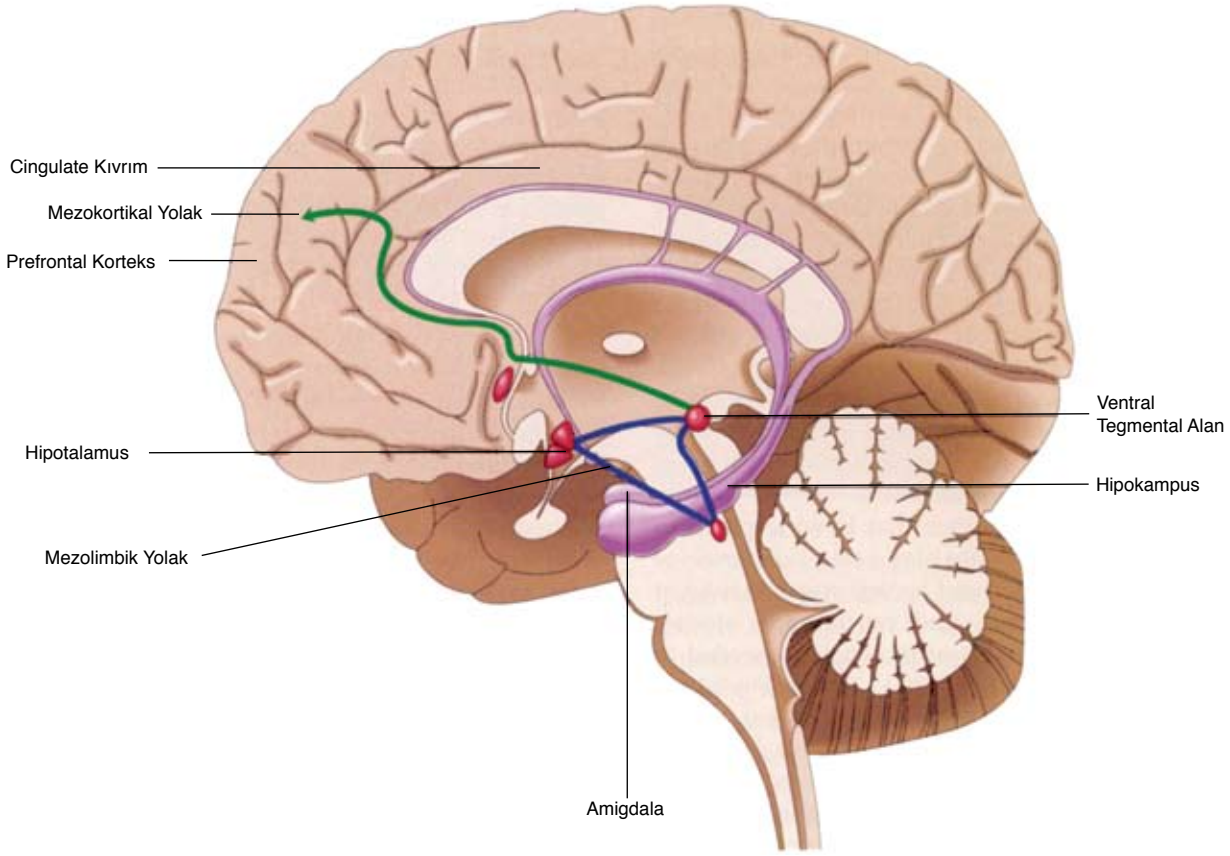
aşırı duyarlı dopamin **reseptörlerine** (alıcı) yöneltmiştir. Fenotiazinlerin eylem biçimlerine dair araştırmalara bakıldığı zaman, dopaminerjik reseptörlerin, dopamin miktarından daha fazla bozukluğun odağında olduğu gözlenmektedir. Şizofren hastaların PET taramalarına ve ölüm sonrası beyin çalışmalarına bakıldığı zaman, dopamin reseptörlerinin ya sayısında artma gözlenmekte ya da bu reseptörelerin hiperaktif hale geldikleri görülmektedir.

Fazla sayıda dopamin reseptörleri şizofreninin tüm belirtilerini ortaya çıkarıcı bir etken olmayabilir; bunların daha çok pozitif belirtilerle ilişkili olduğu görülmektedir. Bazı araştırmalar amfetaminlerin bütün hastalarda belirtileri arttırmadığını bulmuştur (Örneğin, Kometsky, 1976). Bir araştırmada amfetamin verildikten sonra belirtilerin azaldığı bildirilmiştir (Kammen ve ark., 1977). Ayrıca fenotiazinlerin hastaların yalnızca bir grubunda yararlı olduğu gösterilmiştir. Her iki durumda da elde edilen farklı bulgular daha önce söz ettiğimiz pozitif- negatif belirti ayırımıyla ilişkilidir. Amfetaminler pozitif belirtileri kötüleştirir, negatif belirtileri daha iyiye doğru etkiler. Fenotiazinler pozitif belirtileri azaltırlar ancak negatif belirtiler üzerindeki etkileri açık değildir; bazı araştırmacılar herhangi bir yararının olmadığını bulmuşlar (örn. Haracz, 1982) ve bazılara da olumlu etki bildirmişlerdir (örn. VanKammen ve ark., 1987). Dopamin kuramının genel olarak şizofreninin pozitif belirtilerine uyduğu görülmektedir.

Dopamin kuramıyla ilgili yeni gelişmeler (Davis ve ark., 1991) alanı genişletmiştir. Temel değişiklik dopamini transmiter olarak kullanan nöral yolların farklı olmalarının anlaşılmasındadır. Şizofreniye en uygun olan aşırı dopamin aktivitesi mesolimbik yolda yer alır (Şekil 11.2'ye bakınız). Fenotiazinin pozitif belirtiler üzerindeki terapötik etkisi buradaki dopamin reseptörlerinin bloke edilmesine bağlıdır. Mezokortikal dopamin yolları aynı beyin bölgesinden çıkar ancak prefrontal bölgeye kadar uzar. Prefrontal korteks de dopaminle donanmış limbik alanlara yansır. Prefrontal korteksdeki bu dopamin nöronları, daha az aktivite göstererek limbik alandaki dopamin nöronları üzerindeki bastırıcı kontrolü yerine getiremezler. Prefrontal kortekstеki dopamin aktivitesinin azalması, şizofreninin negatif belirtilerini de ortaya çıkartabilir. Bu görüş, şizofren hastada hem pozitif hem de negatif belirtilerin olmasını kapsaması yönünden avantajlıdır. Ayrıca fenotiazin prefrontaldeki dopamin nöronları üzerinde etkili olmadığı için, negatif belirtilerin tedavisinde de etkili olmayacağını bekleriz. Son olarak şizofrenlerin beyinlerindeki yapısal bozuklukları inceleyen araştırmaları gözden geçirdiğimizde, bu iki alan arasında önemli bağlantılar olduğunu göreceğiz.

BİYOKİMYASAL ALANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu yeni gelişmelere rağmen dopamin hipotezi doğrulanmış sayılamaz, çünkü başka bazı etkileri açıklamada yetersiz kalmaktadır. Örneğin, fenotiazinler bir kaç hafta boyunca yavaş yavaş pozitif belirtileri azaltmaktadır, ancak ilaç çabucak dopamin reseptörünü bloke etmektedir ve bir kaç hafta sonra toleransın gelişmesi gerekir (Davis, 1978). Bu kuram çerçevesinde fenotiazinin davranışsal ve farmakolojik etkileri arasındaki farklılığı anlamak zordur.

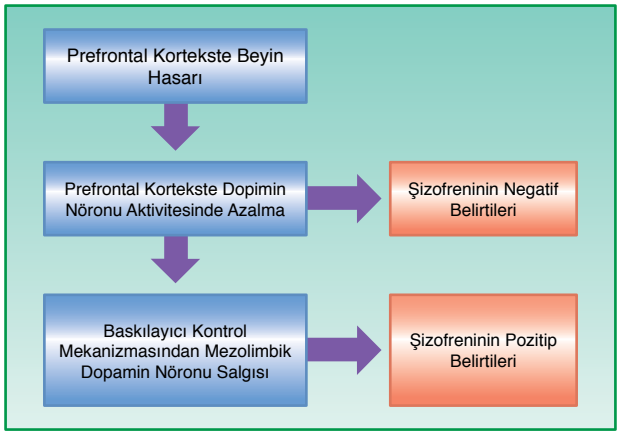


Şekil 11.2 Beyin ve şizofreni, Mezokortikal yolak ventral tegmental bölgeden başlar ve prefrontal kortekse devam eder. Mezolimbik yolak da ventral tegmental bölgede başlar ancak hipotalamus, amigdala, hippokampus ve accumbens çekirdeğine devam eder.

Fenotiazinlerin tedavide etkili olmaları için dopamin aktivitesini **normalin altına** düşürmesi ve böylece Parkinson yan etkilerini çıkartmasının gerekli olması da şaşırtıcıdır. Kurama göre dopamin düzeylerini ya da faaliyetini normale indirmek terapötik etki için yeterlidir.

Ayrıca, daha sonra tanımlayacağımız gibi, şizofreni tedavisinde kullanılan yeni ilaçlar serotonin gibi yeni nörotransmitterleri bu rahatsızlığın gündemine getirmiştir. Dopamin nöronları, genellikle, diğer nöral sistemlerin faaliyetlerini düzenlemek amacıyla çalışırlar. Örneğin, prefrontal kortekste GABA nöronlarını düzenlerler. Benzer bir biçimde serotonin nöronları mezolimbik yolaktaki dopamin nöronlarını düzenler. Bu nedenle, dopamin, içinden çıkılmayacak denli karmaşık bir yapının sadece bir parçası olabilir.

İnsan beynindeki yaygın bir transmiter olan glutumat da bu bozuklukta rol oynuyor olabilir. Şizofreni hastası olan kişilerin beyin omurilik sıvılarında glutumat düzeyinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, ölüm sonrası çalışmalarda glutumat üretimi için gerekli olan protein enzim-



***Şekil 11.3** Şizofreninin dopamin kuramı.*

lerinin düşük olduğu görülmüştür (Tsai ve ark., 1995). Uyuşturucu bir madde olan PCR, şizofrenidekine benzer bir psikotik durum ortaya çıkarabilmekte ve bu etkiyi glutamat reseptörü ile etkileşime geçerek ürettiği bilinmektedir.

Böylece, dopamin açıklaması en geniş şekilde araştırılan biyokimyasal görüş olmasına rağmen tek başına şizofreniye yönelik kapsamlı bir biyokimyasal kuram değildir. Şizofreni, algı,

biliş, motor aktivitesi ve sosyal davranışı kapsayan oldukça geniş bir belirti yelpazesinde (spektrum) kendini göstermektedir. Bu nedenle, dopamin gibi tek bir nörotransmitterin tümünü açıklaması olası değildir. Şizofreni araştırmaları, dopamine verilen önemden uzaklaşıp, daha geniş bir biyokimyasal alana yayılmaya başlamıştır. Bu alanda, glutamat ve serotonin, öncelikli araştırma konuları arasında sayılabilir.

BEYİN VE ŞİZOFRENİ

Şizofreninin oluşumundaki nedenin beyin anomalisi olabileceğinin araştırılması bu sendrom tanınır tanınmaz başlamıştır. Ancak, söz konusu araştırmalar tekrarlandığında aynı sonuçlar elde edilemediği için bu çalışmalar ümit verici olmamıştır. Yıllar geçtikçe bu araştırmalara ilgi de azalmıştır. Bununla birlikte son yirmi yıldır bazı yöntemsel gelişmelere bağlı olarak alana ilgi artmış ve bazı ümit verici kanıtlar ortaya çıkmıştır. Şizofrenlerin bir bölümünde gözlenebilir beyin patolojisi bulunmuştur.

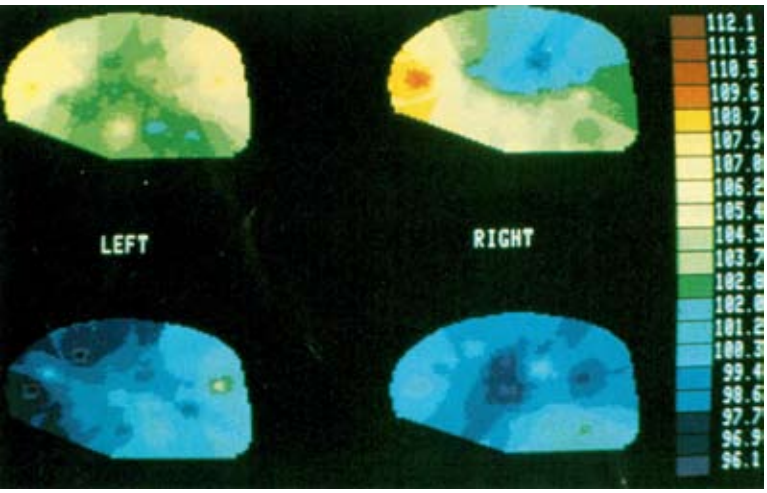
Şizofren hastaların beyinlerinin ölümden sonra incelenmesi bu çeşit kanıtların kaynaklarından biridir. Bu çalışmalar tutarlı olarak şizofrenlerin beyinlerinde anomalilerin olduğunu göstermesine rağmen, olası sorunun belirginleştirilmesi araştırmadan araştırmaya değişmektedir (Weinberger ve ark., 1983). Ancak en tutarlı bulgular yapısal sorunların amigdala ve hipokampus gibi temporal-limbik alanlarda, ve prefrontal kortekste olduğunu göstermektedir (Benes ve ark., 1992).

CT ve MRI çalışmalarında elde edilen imgeler daha da etkileyicidir. Araştırmacılar bu yeni aletleri yaşayan şizofrenlerin beyinlerine uygulamada hiç zaman kaybetmemişlerdir. Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda yaşayan beyin dokusu imgeleri, tutarlı olarak bazı şizofrenlerin, özellikle erkeklerin (Andreasen ve ark., 1990) beyinde yıkım ya da atrofiyi düşündüren, ventriküllerde genişleme ve limbik yapılarında hacim azalması olduğunu göstermiştir (Chua ve McKenna, 1995; Gur ve Pearlson, 1993)[3]. Geniş ventriküller ise nöropsikolojik test performansında düşüklük, hastalık öncesi bozuk uyum ve ilaç tedavisine olumlu cevap vermemeyle ilişkilidir (Andreasen ve ark., 1982; Weinberger ve ark., 1980). Ancak, hangi ventriküllerin genişlediği tam olarak bilinmemektedir. Ayrıca, ventriküllerin genişlemesi diğer psikotiklerin CT'lerinde de görülmektedir ve yalnızca şizofreniye özgü değildir (Reider ve ark., 1983) (Odak 11.2'ye bakınız).

Geniş ventriküllerle ilgili bir başka kanıt, şizofreni açısından uyum göstermeyen 15 tek yumurta ikiz çiftinin MRI çalışmasından gelmiştir (Suddath ve ark., 1990). On beş çiftten on ikisinde şizofren ikiz yalnızca MRI'a bakılarak bulunabilmiştir. İkizler kalıtsal olarak aynı oldukları için veriler aynı zamanda bu beyin anomalisinin kalıtsal olmadığını düşündürmektedir.

Çeşitli veriler prefrontal korteksin de çok önemli olduğunu düşündürmektedir. Sulkinin incelendiği çalışmalarda genel değil ama prefrontal atrofi bulunmuştur (Doran ve ark., 1985). Çeşitli beyin bölgelerinde glukoz aktivitesinin incelendiği PET araştırmalarında, şizofrenlerin prefrontal kortekste düşük metabolik oranlar gösterdikleri bulunmuştur (Bucksbaum ve ark., 1984). Benzer şekilde Wisconsin Kart Eşleme Testinde (prefrontal işlevlerin ölçümü) şizofrenler başarılı olmamakta ve prefrontal bölgede bu bölgeye akan kan miktarıyla ölçülen aktivasyon göstermemektedirler (Rubin ve ark., 1992; Weinberger, Berman ve Illowsky, 1988). Frontal alanda aktivite azalması şizofreni tanısı almamış uyum göstermeyen tek yumurta ikizlerinde daha az görülmekte, bu durum beyindeki işlev

Şizofren (alt resim) ve sağlıklı (üst resim) kişilerin her iki beyin yarımküresindeki bölgesel kan akış, arasındaki fark. Ölçümler, prefrontal korteksi aktive etmesi beklenen Wisconsin Kart Eşleme testi sırasında alınmış ve beyin kan akımındaki değişim yüzde olarak verilmiştir. Normal kişiler daha fazla prefrontal korteks aktivasyonu göstermişlerdir. Kaynak: Weinberger. Berman & Illowsky. 1988.



[3]*Erkek ve kadın şizofreni hastaları arasındaki fark bizi diğer cinsiyet etkilerinin varlığından söz etmeye itiyor. Örneğin şizofrenik erkekler daha erken bir başlangıç yaşına sahiptirler ve daha yüksek olasılıkla negatif belirtiler sergilerler. Ayrıca kadınlardan daha kötüye giden bir gidiş gösteririler (Goldstein ve ark., 1990; Haas ve ark., 1990).*

ODAK 11.2 **PSİKOTİK DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI VE ŞİZOFRENİ**

Daha önce de belirttiğimiz gibi ventrikül bölgesindeki büyüme yalnızca şizofrenide görülen bir durum değildir. Diğer psikotik hastalarda da, özellikle duygudurum bozukluğu olanlarda bu bölgede benzer bir büyüme olduğu ortaya çıkarılmıştır (Elkis ve ark., 1995). Benzer bir biçimde, dopamin reseptörlerinde görülen yüksek aktivite düzeyinin, bipolar bozukluğu olan hastalarda da olabildiği rapor edilmiştir (Pearlson ve ark., 1995). Şizofreninin tedavisinde sıklıkla kullanılan –fenotiazinlerin manik ve psikotik depresyonu olan hastalarda da etkili olduğu görülmüştür.

Tüm bu bilgiler şizofreni ve psikotik duygudurum bozukluklarının birbirlerinden tamamen bağımsız durumlar olamayacağını göstermektedir. Bu iki durum arasında hem belirtiler (özellikle sanrılar) hem etiyolojik faktörler, hem de tedavi anlamında bir ortaklık söz konusudur. Araştırmacılar, sadece şizofreninin teşhisi için uğraşmak yerine, çabalarının bir kısmını da tanı gruplarındaki psikotik belirtilere harcamalılar.

bozukluğunun kalıtsal olmayabileceğini düşündürmektedir (Torrey ve ark., 1994)[4]. Prefrontal alan ve limbik sistemin önemiyle ilgili bulgular, daha önce tartışılan dopaminle ilgili çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Bu nörolojik anomalilerin olası yorumlarından biri, beyne giden ve orada harabiyete yol açan bir virüs enfeksiyonudur. Bazı veriler enfeksiyonun fetal gelişim sırasında olduğunu düşündürmektedir. Mednick ve arkadaşları (1988; 1994) bu olasılıktan Helsinki'de yürütülen bir araştırmada söz etmişlerdir. 1957'de Helsinki'de beş haftalık bir zaman dilimini kapsayan bir grip salgını olmuştur. Annelerinin hamileliği sırasında grip virüsüne maruz kalan yetişkinlerde şizofreni oranları araştırılmıştır. Hamileliğin ikinci üç ayında virüse maruz kalanlarda, diğer üç aydakilere ya da virüs almayanlara kıyasla çok daha yüksek şizofreni oranı bulunmuştur. Korteks gelişiminin ikinci üç ayda kritik olduğu göz önüne alındığında bu önemli bir bulgudur. Bu dönemde nöronlar nöral kanal olarak adlandırılan bölgede üretilmektedir. Bu nöronlar daha sonra kendileri için uygun alanlara hücrelerin katmanlarını aşarak mümkün olduğunca ilerlemek durumundadır. Bir olasılık, daha sonra şizofreni görülen kişilerde söz konusu hücre göçü sürecinin engellendiğidir. Bu açıklamayla tutarlı olarak ölümden sonra şizofrenlerin beyin nöronları üzerinde yapılan analizlerde, hem prefrontal hem de frontal alanda, korteksin dış katmanlarında daha az sayıda hücre olduğu görülmüştür (Akbarin ve ark., 1995; Benes, 1991). Benzer şekilde şizofrenlerde dendrit ve akson (sinir hücrelerinin uzantı ve kökleri) kaybının yol açtığı kortekste incelme de görülmüştür (Rajkowska ve Goldman-Rakic, 1995).

Eğer şizofrenlerin beyinleri gelişimin erken dönemlerinde hasar gördüyse bozukluk niçin gençlik ya da erken yetişkinlik döneminde başlamaktadır? Bu soruya bir cevap Weinberger (1987) tarafından verilmiştir. Onun hipotezine göre beyin hasarı normal beyin gelişimiyle etkileşim halindedir ve beyin yapısı içinde prefrontal korteks, ergenlik döneminde, yani geç olgunlaşır. Böylece, bu bölgede olan bir hasar prefrontal korteksin davranışlarda daha fazla rol oynamaya başladığı gelişim dönemine kadar sessiz kalır. Ayrıca dopamin aktivitesi de normal olarak ergenlik döneminde zirveye çıkar ve bu da şizofreni belirtilerinin başlamasına zemin oluşturur. Beyin ve şizofreni üzerindeki çalışmalar büyük bir hızla sürmektedir ve gelecek birkaç yıl içinde bu konudaki içgörü artacaktır.

PSİKOLOJİK STRES VE ŞİZOFRENİ

Şimdiye kadar şizofreni ile ilgili bazı kalıtsal yatkınlıklardan söz ettik. Şimdi de stresörlerin rolü üzerinde duracağız. Tartıştığımız birçok bozuklukta olduğu gibi veriler, genel yaşam stresörlerinin bozukluğu tekrar başlatmada rol oynadığını göstermektedir (Brown ve Birley, 1968; Ventura ve Neuchterlein, 1989).

Şizofreni araştırmalarında önemli rolü bulunan iki stresör, aile ve sosyal sınıftır. Yukarıda tartıştığımız virüs biyolojik stresti, burada ise psikolojik streslerden söz edildiği akılda tutulmalıdır.

[4]Torrey ve arkadaşlarının uyum göstermeyen tek yumurta ikizleri çalışması, iyi olan ikizin normallerden beynin yapısal ve işlevsel ölçümleri üzerinde ayrılamaz olduğunu tutarlı olarak göstermiştir. Ancak denek sayılarının azlığı istatistiksel anlamlılığa ulaşılamamasına yol açmıştır. Dahası çok sayıda araştırmada şizofrenlerin birinci derece akrabalarında nöropsikolojik bozulma bulunduğuna dair kanıtlar ortaya koymuştur (örn., Cannon ve ark., 1993). Bu yüzden genlerin şizofrenlerin beyin işlevlerinde hiç bir rolü olmadığı sonucunu çıkarmak akıllıca değildir.

SOSYAL SINIF VE ŞİZOFRENİ

Yıllardır şizofrenideki en yüksek oranların alt sosyo-ekonomik sınıfların yerleştiği şehrin orta kısımlarında görüldüğü bilinmektedir (örn., Hollingshead ve Redlich, 1958; Srole ve ark., 1962). Sosyal sınıf ve şizofreni arasındaki ilişki sosyal sınıf düştükçe bozukluğun görülme sıklığının da aynı oranda arttığı şeklinde değildir. En düşük sosyal sınıf ve diğer sosyal sınıflar arasında şizofreninin görülme sıklığı açısından keskin bir fark vardır. New Haven'da yapılan Hollingshead ve Redlich'in klasik on yıllık çalışmasında, en düşük sosyal sınıfta şizofreni oranı en yakın sınıftan iki kat daha fazla bulunmuştur. Hollingshead ve Redlich'in bulguları kültürlerarası olarak Danimarka, Norveç ve İngiltere'de yürütülen benzer toplumsal araştırmalarca desteklenmiştir (Kohn, 1968).

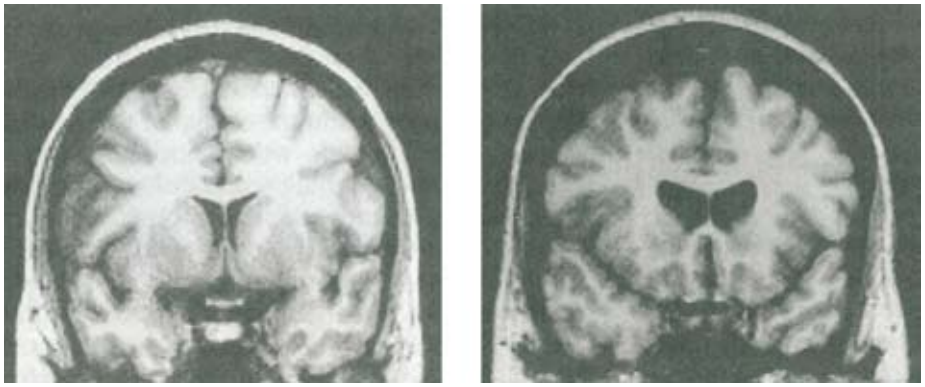
Sosyal sınıf ve şizofreni arasında bulunan korelasyonlar tutarlıdır ancak nedensel yorumları güçtür. Bazıları düşük sosyal sınıfta olmanın şizofreni nedeni olduğunu düşünmektedirler. Buna sosyojenik hipotez denmektedir. Kişinin başkalarından aşağılayıcı muamele görmesi, düşük eğitim düzeyi, fırsat ve ödüllerin olmayışı, en düşük sosyal sınıfa üye olma, çok yoğun bir strese yol açabilir ve kişi bu nedenle şizofreni geliştirebilir. Buna alternatif olarak, en düşük sosyal sınıfa üye olan kişilerin karşılaştığı stresörler biyolojik de olabilir. Örneğin, gebelik döneminde kötü beslenen annelerin çocukları, şizofreninin görülebilmesi açısından diğerlerine göre daha fazla risk altında olabilirler (Susser ve ark., 1996).

Şizofreni ve düşük sosyal sınıf arasındaki ilişkiyi açıklayan bir başka kuram da sosyal-eleme kuramıdır. Şizofrenler, psikozları geliştiği süre boyunca şehrin fakirlik yüklü bölgelerine kayabilirler. Bu kişilerin artan güdüsel ve bilişsel sorunları para kazanma yeteneklerini çok azaltabilir, böylece en fakir alanlarda yaşamaktan başka çareleri kalmayabilir. Ya da kendi seçimleriyle sosyal baskının en az olacağı ve yoğun sosyal ilişkilerden kaçabilecekleri alanlara taşınırlar.

Bu iki kuram arasındaki çatışmayı çözme yollarından biri, şizofrenlerin sosyal hareketliğini izlemektir. Üç araştırma (Lystad, 1957; Schwarts, 1946; Turner ve Wagonfeld, 1967) şizofrenlerin çalışma yaşamı açısından giderek düşen bir profil izlediklerini bulmuştur. Ancak eş sayıda araştırma da şizofrenlerin aşağıya doğru hareketlilik göstermediğini ortaya koymuştur (Clausen ve Kohn, 1959; Dunham, 1965; Hollingshead ve Redlich, 1958). Kohn (1968) bu soruyu incelemenin bir başka yolunu önermiştir. Şizofrenlerin babaları da düşük sosyo-ekonomik sınıftan mıdır? Eğer öyleyse düşük sosyal statünün şizofreniye yol açacağı düşünülebilir, çünkü sosyal sınıf şizofreni oluşumundan önce vardır. Eğer babalar daha yüksek sosyal sınıftan ise sosyal-eleme hipotezi daha iyi bir açıklama getirecektir.

Goldberg ve Morrison (1963) bu çeşit bir araştırmayı Galler ve İngiltere'de gerçekleştirmişler ve erkek şizofren hastaların iş konumlarının babalarınınkinden daha az prestijli ve kazançlı olduğunu bulmuşlardır. Turner ve Wagonfeld (1967) benzer bir araştırmayı Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütmüş ve hem sosyojenik hem de sosyal-eleme kuramını destekleyen kanıtlar bulmuştur. Şizofrenlerin babaları sosyojenik hipotezi destekler şekilde daha sıklıkla düşük sosyal sınıfdan gelmektedirler. Ancak, aynı zamanda şizofrenlerin işleri de babalarınınkinden daha az prestijli olarak ifade edilmiştir. Bu bulgu da sosyal-eleme hipotezini desteklemektedir.

Son zamanlarda yapılan ve iki kuramla da ilişkili olan bir araştırmada, aynı anda sosyal sınıf ve etnik kökeni inceleyen yeni bir yöntem kullanılmıştır (Dohrenwend ve ark., 1992). Etnik kökeni Avrupalı olan İsrailli yahudilerle İsrail'e



Normal (sol) ye şizofrenik (sağ) kadınlara ait beyin MRI görüntüsü. Ventrikül bölgesindeki (resmin ortasındaki siyah alan) büyüme şizofreninin geçerliği kabul edilmiş en iyi biyolojik görünümlerinden biridir.

Şizofreninin düşük sosyoekonomik düzeye sahip bireylerde görülme sıklığı daha yüksektir.

yakın zamanda Kuzey Afrika ve doğudan göç etmiş yahudilerde şizofreni oranları incelenmiştir. İkinci grubun daha fazla ayrımcılığa maruz kalacağı düşünülmüş ve sosyojenik hipotez uygulandığında şu yordama yapılmıştır: dezavantajlı etnik grup bütün sosyal sınıf düzeylerinde daha çok strese maruz kalacağı için her sosyal sınıfta daha yüksek şizofreni oranı göstereceklerdir. Ancak bulgular bu beklentiyi doğrulamamıştır. Bu durumda sosyal sınıf şizofrenide önemli bir stres kaynağı olmakla beraber, etkisinin ne yolla olduğu tam olarak bilinememektedir.

AİLE VE ŞİZOFRENİ

Önceki yıllarda birçok kuramcı aile ilişkilerinin, özellikle anne ve oğul arasındaki ilişkinin şizofreni gelişiminde çok önemli olduğunu ileri sürmüştür. Bu görüş bir zamanlar o kadar yaygınlaşmıştır ki çocuklarında şizofreni görülmesine neden olduğu söylenen soğuk, baskıcı ve çatışma yaratıcı ebeveynler için **şizofrenojenik anne** terimi kullanılmıştır (Fromm-Reichmann, 1948). Bu anneler aynı zamanda reddedici, aşırı koruyucu, fedakâr, diğerlerinin duygularına karşı duyarsız, cinselliğe karşı katı ve ahlakçı, yakınlıktan korkan kişiler olarak nitelendirilmişlerdir.

Şizofrenojenik anne kuramını değerlendiren kontrollü çalışmalar destekleyici veriler sağlamamıştır. Ancak, şizofrenlerin ailelerinin incelenmesi, onların normal ailelerden bazı yönlerden farklı olduğunu göstermiştir. Örneğin, iletişimlerinde tutarsız örüntüler ve yüksek düzeyde çatışma bulunmaktadır. Ancak bu gibi aile süreçlerinin şizofrenide nedensel rol oynayıp oynamadığı kuşkuludur. Çatışma ve belirsiz iletişimin, ailede genç bir şizofren bulunmasına karşı tepki olması da aynı ölçüde olasıdır.

Ancak bazı bulgular ebeveynlerin bozuk iletişimlerinin şizofreni etiyolojisinde rol oynayabileceğini destekler niteliktedir. Bir çalışmada incelenen ve bozuk iletişime örnek olabilecek kısa bir metin aşağıda sunulmuştur.

> **Genç kız** (şikâyet ederek): Kimse beni dinlemeyecek. Herkes beni öldürmeye çalışıyor.
> **Anne:** Kimse seni öldürmek istemiyor.
> **Baba:** Eğer entelektüel insanlarla birlikte olmaya devam edersen, hâlâ sözcüğünün bir fiil değil isim olduğunu hatırlaman gerekecek (Wynne ve Singer, 1963, p. 195).

İletişim bozukluğunu inceleyen bir çalışmada davranış sorunları olan ergenler ve aileleri izlenmiştir. Beş yıllık izleme çalışması, ergenlerden bazılarının şizofreni ya da şizofreni ile ilişkili bozukluklar geliştirdiğini göstermiştir. Araştırmacılar izleme sırasında ortaya çıkan bu bozukluklarla beş yıl önce bulunan iletişim sapmaları arasında ilişki kurabilmişlerdir (Goldstein ve Rodnick, 1975). Bu araştırmayı destekler nitelikte olan bir diğer çalışmada da, ebeveynlerin iletişim bozukluğunun çocuklarındaki şizofreni başlangıcını yordadığı bulunmuştur (Norton, 1982). Ancak iletişim bozukluğu şizofreniye **özgü** bir etiyolojik faktör değildir, çünkü maniklerin ebeveynleri de bu değişkende aynı derecede yüksek değerler göstermektedir (Miklowitz, 1985).

Ailenin rolünü destekleyen diğer kanıtlar Tienari ve arkadaşlarının Finlandiya'da yürüttüğü evlat edinme araştırmasından gelmektedir (1991). Şizofren annelerin evlat edinilen çocuklarından oluşan geniş bir örneklem kontrol grubuyla birlikte incelenmiştir. 1991'e kadar şizofren annelerin 144, kontrollerin 135 çocuğu değerlendirilmiştir. Heston'un çalışmasının aksine bu araştırmada evlat edinen ailelerde aile yaşamının çeşitli yönleri üzerine geniş çaplı veriler toplanmıştır. Klinik görüşmeler ve psikolojik test sonuçlarına dayanarak, aileler psikolojik uyumsuzluk düzeylerine ayrılmışlardır. Temel verilere göre, daha ciddi düzeyde psikopatoloji, sağlıksız aile ortamında yetişen evlat edinilmiş çocuklar arasında görülmektedir. Şizofren ebeveynlerin çocukları, eğer sağlıksız aile ortamında yetişmişler ise kontrollere göre daha ciddi düzeyde psikopatoloji göstermişlerdir. Bu verilere bakarak kalıtsal yatkınlık ve olumsuz çevrenin psikopatoloji riskini arttırdığı söylenebilse de, verilerin yorumlanmasında sorun vardır. Çünkü sağlıksız aile ortamının; psikopatolojisi olan çocuğa bir tepki olarak ortaya çıkması da

mümkündür. Bu durumda ailenin etiyolojik rolü ancak şüpheyle ortaya konabilmektedir.

Londra'da yürütülen bir seri inceleme, ailenin hastaneden çıktıktan sonra hastanın uyumu üzerinde önemli etkisi olduğunu göstermiştir. Brown ve arkadaşları (1966) hastaneden çıktıktan sonra aileleriyle yaşayan bir grup şizofren hastayla dokuz aylık bir izleme çalışması yapmışlardır. Hastaneden çıkmadan önce anababalarla ya da eşlerle görüşmeler yapılmış ve hasta hakkında kritik sözlerin sıklığı, öfke ifadeleri ya da hastaya karşı aşırı duygusal ilgi ifadeleri değerlendirilmiştir. Yüksek duygu dışa vurumu (YDDV) (expressed emotion / EE) olarak adlandırılan bu değişkene dayanarak aileler Yüksek DDV gösteren ve düşük DDV gösterenler olmak üzere ayrılmıştır. Bulgulara göre izleme döneminin sonunda düşük DDV evlere çıkanların %10'unda hastalık tekrar ortaya çıkmıştır. Buna karşın, yüksek DDV evlere dönenlerin %58 gibi çok daha yüksek bir oranı tekrar hastaneye yatırılmıştır.

O zamandan beri birçok kez tekrarlanan bu araştırma (Koenigsberg ve Hadley, 1986; Leff, 1976; MacMillan ve ark., 1981; Vaughn ve Leff, 1976) hastaların çıktığı çevrenin hastanın tekrar yatırılıp yatırılmaması üzerinde büyük bir etkisi olduğunu göstermektedir. Ancak açık olmayan YDDV'nin etkilerinin nasıl yorumlanacağıdır. YDDV nedensel midir yoksa ailenin hastanın davranışlarına karşı tepkisi midir? Örneğin, eğer şizofren hastanın durumu bozulmaya başlamışsa ailenin kaygısı ve ilgisi artabilir. Öte yandan ailenin şizofren hastayı kontrol çabaları ve eleştirileri de artabilir. Gerçekten de şizofren hastanın garip ve tehlikeli davranışları YDDV'yi arttırabilecek sınır koyma ve diğer davranışlara yol açabilir (Kanter, Lamb ve Leoper, 1987).

1- Bazı araştırmalar YDDV'nin etkisine dair her iki yorumun da doğru olabileceğini ortaya koymuştur (Rosenfarb ve ark., 1995). Yakın zamanda hastaneden çıkan ve düşük ya da yüksek DDV ailelere dönen şizofren hastalar aileleriyle birlikte bir tartışma ortamında gözlemlenmiş ve iki temel veri bulunmuştur.

2- Hastanın tuhaf düşünce aktarımları ("eğer o çocuk seni ısırırsa kuduz olursun") daha önce yüksek DDV olarak tanımlanan ailelerde yüksek düzeyde eleştirel ifadelere yol açmaktadır.

Yüksek DDV ailelerin eleştirel ifadeleri hastanın tuhaf düşüncelerinde artmaya yol açmaktadır.

Bu durumda çalışma iki yönlü bir bulgu elde etmiştir: ailelerin eleştirel ifadeleri hastada tuhaf düşünce ifadelerini tetiklemiş, tuhaf düşüncelerin ifadesindeki artış beraberinde eleştirel ifadelerde artışı getirmiştir.

ŞİZOFRENİDE YÜKSEK-RİSK ÇALIŞAMALARI

Şizofreni nasıl gelişir? Klinik belirtilerin ergenlik döneminde ve yetişkinliğin başlangıcında, erkeklerde kadınlardan biraz daha erken başladığını biliyoruz. Ancak bu kişiler hastalık belirtileri başlamadan önce nasıldırlar? Bu soruya cevap aramada kullanılan ilk yöntemlerden biri, daha sonra şizofren olan kişilerin gelişimsel tarihçelerini çocukluk kayıtlarını inceleyerek yapılandırmaktır. Bu araştırmalar gerçekten de şizofren olanların, ciddi sorunlar ortaya çıkmadan önce bile yaşıtlarından farklı olduklarını ortaya koymuştur. 1960'ların sonlarında Albee, Lane ve arkadaşları genellikle kardeş ve komşulardan oluşan çeşitli kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında şizofrenlerin IQ düzeylerinin daha düşük olduğunu birden fazla çalışmada tutarlı olarak bulmuşlardır (Albee, Lane ve Reuter, 1964; Lane ve Albee, 1965). Hastalık öncesinde şizofrenlerin sosyal davranışlarının araştırılması ilginç bulgulara yol açmıştır. Örneğin, öğretmenler çocukluk döneminde erkek şizofrenleri kavgacı, kız şizofrenleri pasif olarak nitelendirmişlerdir (Watt ve ark., 1964; Watt, 1974). Hem erkek hem de kızlar suça yönelik ve içe kapanık olarak betimlenmiştir (Berry, 1967).

Araştırmacılar, bunlara ek olarak şizofreni öncesi bazı video çekimlerini de incelemişlerdir (Walker, Savoie ve Davis, 1994; Walker ve ark., 1993). Kardeşleri ile karşılaştırıldığında daha sonra şizofreni görülen çocukların motor becerilerinin daha zayıf olduğu ve daha fazla olumsuz duygu ifade ettikleri gözlenmiştir.

Bu çeşit gelişimsel araştırmaların temel sınırlılığı, dayandıkları verilerin orijinal olarak şizofrenleri hastalanmadan önce betimleme ya da çocukluk davranışlarından şizofreniyi yordama amacıyla toplanmamış olmasıdır. Eğer gelişimsel tarihçeler yeni hipotezlerin kaynağı olacaksa daha özgül bilgilerin toplanması gerekmektedir.

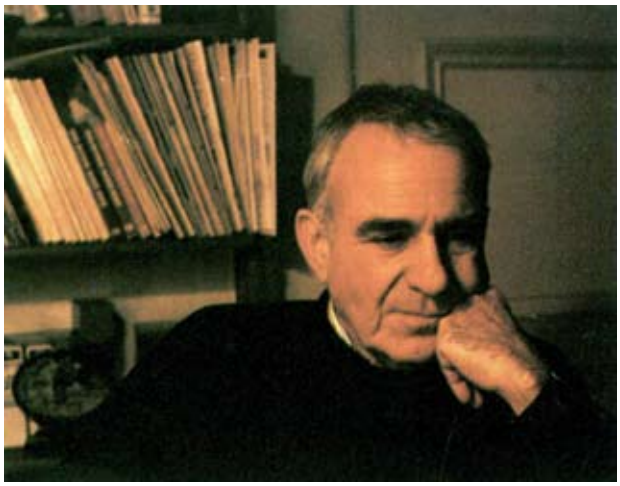
Bölüm 5'te anlatılan yüksek-risk yöntemi bu çeşit bilgi sağlayabilir. Şizofreninin bu yöntemle ilk olarak incelenmesi, Sarnoff Mednick ve Fini Schulsinger tarafından 1960'ta başlatılmıştır (Mednick ve Schulsinger, 1968). Araştırmacıların Danimarka'yı seçmelerinin nedeni ülkedeki

herkesi kapsayan kayıt sisteminin uzun süre izleme olanağı vermesidir. Mednick ve Schulsinger yüksek-risk grubu olarak anneleri kronik şizofren olan ve hastalık öncesi uyum bozukluğu olan 207 genci seçmişlerdir. Bu bozukluğu geçiren ebeveynin anne olarak belirlenmesinin nedeni, anneyi saptamanın daha kolay olmasıdır. Daha sonra anneleri şizofren olmayan 104 düşük-risk grubu, yüksek-risk grubuyla cinsiyet; yaş, babanın işi, eğitim süresi, kırsal-kentsel alanda yaşama, kurumda ya da evde büyüme gibi değişkenler açısından eşleştirilmiştir.

1972'de yüksek-risk ve düşük-risk gruplarının yetişkin üyeleri tanısal bir test bataryasını da içeren çeşitli ölçümlerle izlenmişlerdir. Yüksek-risk grubunda on beş kişi şizofren tanısı almıştır. Kontrol grubunda ise bu tanıyı alan hiç kimse yoktur. Denekler üzerinde çocukken toplanan bilgilere bakıldığında daha sonra şizofreninin başlamasını yordayan çeşitli durumlar bulunmuştur.

Bu bulgular, verilerin ufak bir örneklemden geldiği hatırda tutularak, pozitif ve negatif belirtilerin hastalarda şizofreni etiyolojisi açısından farklılık gösterdiğini düşündürmektedir. Verilerin en son analizlerinde şizofrenler, pozitif ve negatif belirtilerin başat olduğu iki gruba ayrılmışlardır (Cannon, Mednick ve Farnas, 1990). Şizofreniyi yordayan değişkenler her iki grup için farklı bulunmuştur. Negatif belirtilerin başat olduğu grupda, şizofreniyi, hamilelik ve doğum komplikasyonları, basit uyarıcıya deri ilektenliği cevabı vermeme gibi değişkenler yordamaktadır. Pozitif belirtilerin başat olduğu grupta ise, hastalık öncesinde aileden ayrılma ve kuruma yerleştirilme gibi aile yaşamında düzensizlikler, şizofreniyi yordamada temel değişkenler olarak bulunmuştur.

Mednick ve Schulsinger'in öncü araştırması izinde başka yüksek-risk araştırmaları da yapılmaya başlanmış ve bu çalışmaların bir kısmı da yetişkin psikopatolojisini yordamada bilgi sağlamıştır. New York Yüksek-Risk Araştırmasında dikkat işlevleri bozukluğunun birleşik puanının izleme çalışmasında davranışsal bozukluğu yordadığı bulunmuştur (Cornblatt ve Erlenmeyer-Kimling, 1985). Ayrıca düşük zekâ puanı hastaneye yatan çocukların birincil özelliği olarak saptanmıştır (Erlenmeyer-Kimling ve Cornblatt, 1987). İsrail'de yapılan bir araştırmada zayıf nörodavranışsal işlevler (dikkati toplayamama, zayıf sözel yetenek, motor kontrolün ve koordinasyonun olmaması) ve daha önceki kişilerarası sorunlar, şizofreni benzeri sorunları yordamıştır (Marcus ve ark., 1987). Diğer araştırmalardaki deneklerin de yaşı ilerledikçe bu bozukluğun gelişmesiyle ilgili ipuçları elde edilecektir.



Sarnoff Mednick şizofreni çalışmalarda yüksek-risk yönteminin kullanılmasına öncülük etmiş California Üniversitesi'nde çalışan bir psikologtur. Bu bozukluğa bir tür virüsün neden olduğunu iddia eden hipoteze de katkı sağlamıştır.

ŞİZOFRENİ TEDAVİLERİ

Şizofrenleri pençesine alan şaşırtıcı ve ürkütücü olgular, onlara nasıl yardım edileceğini gündeme getirmektedir. Bölüm 1'de söz edilen psikopatolojinin tarihçesi bir bakıma bazen zalimce, cahilce de olsa insanlığın şizofreniyle başetme çabalarını kapsar. Asırlar önce tımarhanelere kapatılan insanlardan bazıları yemek zehirlenmesi ve frengi gibi hastalıklar gösterse de, eğer şimdi muayene edilecek olsalar çoğunluğun şizofreni tanısı alacaklarından pek kuşku yoktur. Bugün şizofreninin doğası ve etiyolojisi hakkında daha çok şey bilinmesine ve belirtileri bir dereceye kadar etkili bir şekilde ele alınmasına rağmen, tedavisi halen çok belirgin değildir.

Çoğunlukla klinik araştırmalar geleneksel hastane bakımının hastaların çoğunda anlamlı, kalıcı etkiler bırakmadığını göstermektedir (akıl hastanelerini Bölüm 1'de anlattık). Ezici miktardaki kanıtlar hastaneden çıkıştan bir yıl sonra %40, %50, iki yıl sonraysa %75'inin tekrar hastaneye yatırıldığını göstermektedir (Anthony ve ark., 1986; Paul ve Menditto, 1992). Özellikle şizofrenleri izlemek amacıyla yapılmış araştırmalar da sonuçların iyi olmadığını göstermektedir (Breier ve ark., 1991; Carone, Harlow ve Westmeyer, 1991).

Şizofrenide tedaviyi sorunlu hale getiren unsurlardan biri, birçok şizofreni hastasının kendi durumları ile ilgili içgörülerinin az olması ve tedaviyi reddetmeleridir. Şizofreni hastaları kendi durumları ile ilgili yolunda gitmeyen noktaları görememekte, özellikle ilaç ve hastaneye yatırılmayı içeren müdahalelere, profesyonel yardıma ihtiyaçlarının olduğunu fark edememektedirler. Bu durum, özellikle paranoid şizofreni hastaları için söz konusudur. Onlar dışarıdan gelen herhangi bir tedavi girişimini kötü güçler tarafından yönlendirilmiş olarak değerlendirebilirler. Böylelikle, diğer aile üyeleri, yakınlarının tedavi görebilmesinde zorluklarla karşılaşmakta ve bu nedenle kimi zaman gönülsüz hastanaye yatırılma gerçekleşebilmektedir.

Şimdi şizofreni tedavisine, daha çok da hastane temelli tedaviye daha yakından bakacağız.

BİYOLOJİK TEDAVİLER

ŞOK VE PSİKOCERRAHİ

Bu asrın başlarında aşırı derecede bozukluk gösteren hastaların hastanelerde uzun süre kalması ve profesyonel çalışanların eksik oluşu belki de radikal biyolojik müdahalelerin denenmesini teşvik etmiştir. 1930'ların başlarında yüksek doz insülin vererek koma durumunu ortaya çıkarma, tedavi ettiği hastaların dörtte üçünü iyileştirdiğini iddia eden Sakel (1938) tarafından ortaya atılmıştır. Ancak daha sonra başkalarının bulguları cesaret verici olmamış ve sağlık açısından geri dönülmeyen koma ve ölüm gibi önemli riskleri olan insülin koma tedavisi yavaş yavaş terk edilmiştir. Bölüm 10'da da bahsedildiği gibi Cerletti ve Bini tarafından 1938'de geliştirilen elektro konvulsif terapi (EKT) de bir süre kullanılmış ancak şizofreninin tedavisinde yalnızca düşük etkili bulunmuştur.

1935'de Portekizli bir psikiyatrist olan Moniz, frontal lobu beynin diğer alt merkezlerine bağlayan sinir yollarının tahribatına yol açan bir ameliyat yöntemini, **prefrontal lobotomiyi** başlatmıştır. İlk raporlarında yüksek başarı oranları bildirilmiştir (Moniz, 1936). Bundan sonraki yirmi yıl boyunca binlerce akıl hastası, sadece şizofren olanlar değil, psikocerrahinin bir çeşidini geçirdiler. Özellikle saldırgan olan akıl hastalarında bu yöntem kullanılmıştır. Birçoğu gerçekten de sakinleşmiş ve hatta hastaneden çıkartılabilmişlerdir. Ancak 1950'lerden itibaren bu çeşit ameliyatlar da çeşitli nedenlerle gözden düştü. Birçok hastanın zihinsel yeteneklerinde büyük düşüşler oldu. Beynin düşünceden sorumlu olduğuna inanılan kısımları harab edildiği için, bu hiç de şaşırtıcı değildir. Birçoğu da çabasız, donuk ve bir diyaloğu bile devam ettiremez hale gelmişlerdir. Ancak bu ameliyatların durdurulmasındaki en önemli neden birçok hastada gözlenen davranışsal ve duygusal taşkınlıkları azaltabilen ilaçların ortaya çıkmasıydı.

İLAÇ TEDAVİLERİ

Şizofreninin tedavisinde 1950'lerde hep birlikte antipsikotik ilaçlar olarak adlandırılan çeşitli ilaçların bulunması kuşkusuz ki en önemli gelişmedir. Bu ilaçlara aynı zamanda nöroleptik denmesinin nedeni, yararlı etkilerinin olmasının yanı sıra, nörolojik bozuklukların davranışsal belirtilerine benzer yan etkilere yol açabilmeleridir. **Antipsikotik ilaçların** en sık kullanılanlarından biri fenotiazinlerdir. Fenotiazin ilk olarak, on dokuzuncu yüzyılın sonunda hayvanlarda hazım sistemi parazit enfeksiyonlarını tedavi amacıyla bir Alman kimyager tarafından bulunmuştur. Ancak, 1940'larda antihistaminlerin keşfine kadar fenotiazin dikkat çekmemiştir. Bilindiği gibi antihistaminlerin odağında fenotiazin vardır. Fransız cerrah Laborit, nezle ve astımın tedavisi ötesinde ameliyat şokunu azaltmak amacıyla da antihistaminlerin kullanılmasına öncülük etmiştir. Hastaların ameliyattan daha az korktuklarını ve uykulu bir duruma geçtiklerini gözlemiştir. Laborit'in çalışmaları ilaç şirketlerini antihistaminlerin sakinleştirici etkilerini yeniden incelemeye yöneltmiştir. Kısa bir süre sonra Fransız kimyacı Charpentier yeni bir fenotiazin türevi olan klorpromazini geliştirmiştir.

Guguk Kuşu isimli sinema filmi bir akıl hastanesinde yaşanan dehşet verici olaylarla ilgili bir resim sunmaktadır.

Bu ilaç, şizofren hastaları sakinleştirmede çok etkili olmuştur. Fenotiazinlerin şimdilerde beyindeki dopamin reseptörlerini bloke ederek etkili olduğuna inanılmaktadır.

Klorpromazin (ticari adı Thorazine) Amerika'da ilk defa 1954'de kullanılmış ve çok kısa zamanda tercih edilen tedavi biçimi olmuştur. 1970'lerde akıl hastanelerinde yatan hastaların %85'i klorpromazin ya da diğer fenotiazinlerden birini almaktaydı. Son yıllarda iki farklı nöroleptik daha şizofren hastalara verilmektedir. Bunlar, bütirofenonlar (Haleperidol, Haldol) ve thioxanthenes (Navan, Taractan) dır. İkisi de fenotiazinler kadar etkili görülmektedir. Her iki ilacın da şizofrenlerin pozitif belirtileri üzerinde etkili olduğu görülmekle beraber, negatif belirtiler üzerinde pek de etkili olmadıkları gözlenmiştir.

Fenotiazin tedavisi şizofreninin pozitif belirtilerini azaltarak hastaların hastaneden çıkmalarını olanaklı kılmakla beraber, bu durum iyileşme olarak kabul edilmemelidir. Şizofreni hastalarının %30'u bu ilaçlara istenildiği ölçüde yanıt vermemekle birlikte, hastalar diğer antipsikotik ilaçlara (örn., Clorazil, Risperdal) yanıt verebilirler. Lityum, antidepresanlar, antikonvulsant ilaçlar ya da benzodiazepinler de tedavide kullanılabilir. Antidepresanlar özellikle psikotik dönem sonrasında depresyona giren şizofreni hastalarında etkili olmaktadır (Hogarty ve ark., 1995; Siris ve ark., 1994). Ancak, fenotiazinlerin ciddi yan etkileri olduğu hatırlanmalıdır. Bu yan etkilere, ağız kuruluğu, görme bulanıklığı, yorgunluk, cinsel işlevlerde bozulma örnek gösterilebilir. Bu yan etkilere bağlı olarak hastaların yarısı bir yıl sonra, dörtte üçü ise yaklaşık iki yıl sonra ilaç kullanımını bırakmaktadır (**The Harvard Mental Health Letter,** Temmuz, 1995). Bu yüzden bazı hastalar bir kaç haftada bir iğne gerektiren uzun etkili nöroleptiklerle tedavi edilmektedir (Flufenazin, Dekonat, Proloxin).

Fenotiazinlere olumlu yanıt veren hastalar bile, idame dozu denen tedavi edici etkiyi sürdürecek dozda ilaç almaktadırlar. Hastalar ilaçlarını alırlar ve zaman zaman hastaneye ya da kliniklere ilaç dozunun ayarlanması için gelirler. Ancak hastaneden çıkan ve ilaç tedavisi süren hastalar topluma yalnızca sınırlı bir düzeyde uyum sağlayabilirler. Örnek olarak, yönlendirilmeden yaşamlarını belli bir düzeyde devam ettirebilmeleri ya da bir iş sahibi olmaları oldukça zordur. Sosyal ilişkileri oldukça azdır. Daha önce de söz edildiği gibi fenotiazinlerin pozitif belirtiler üzerinde olumlu etkileri vardır, ancak duygusal küntlük gibi negatif belirtilerde etkili değildir. Ayrıca tekrar hastaneye yatma sıklıkla görülür. Fenotiazinler uzun süreli hastane yatışlarını anlamlı olarak azaltmıştır, ancak döner kapı denen hastaneye yatma, çıkma ve tekrar hastaneye yatmaya da yol açmıştır.

Diğer yan etkilerin yanı sıra, **ekstrapiramidal** yan etkiler özellikle çok rahatsız edicidir. Bu yan etkiler, beyinden omurilik motor nöronlara giden sinir yollarındaki işlev bozukluğundan kaynaklanmaktadır. Ekstrapiramidal yan etkiler nörolojik hastalıkların belirtilerine benzer. Bu yan etkiler en çok Parkinson hastalığının semptomlarıyla benzerlik gösterir. Fenotiazin alan kişilerin parmaklarında para sayma tarzında titreme, kaslarda katılaşma, ayakları sürüme ve tükrüğün ağızdan akması görülebilir. Diğer yan etkiler, dokuların tonusunda bozulma (distoni) ve istemli ve istemsiz kaslarda anormal hareketler (diskinezi) dir. Sırtın kavislenmesine, boynun ve bedenin bükülmesine neden olurlar. **Akatizi** yerli yerinde duramamaktır; sürekli dolaşırlar, ellerini bacaklarını hareket ettirirler, dudaklarını bir şey çiğniyormuş gibi hareket ettirirler. Bu sıkıcı belirtiler Parkinson hastalığı olanlarda kullanılan ilaçlarla tedavi edilebilir. Daha yaşlı hastalarda gözlenen **tardiv diskinezi** denen kas bozukluğunda, ağızda istemsiz olarak emme, dudakları şaklatma, çeneyi oynatma görülür. Bu sendrom uzun süreli fenotiazin kullanan hastaların %10 ilâ %20'sinde görülmektedir (Kane ve ark., 1986; Sweet ve ark., 1995).

Bu ciddi yan etkilerden dolayı bazı klinikçiler fenotiazinin uzun süre kullanılmasını akıllıca bulmazlar. Güncel klinik uygulamada hastalar mümkün olan en düşük dozla tedavi edilmektedir. Klinikçiler bu ilaçların kullanılmasında çelişki yaşamaktadırlar: eğer ilaç tedavisi azaltılırsa hastalığın nüksetme olasılığı artmakta; diğer taraftan ilaç tedavisine devam edilirse geri dönüşü olmayan ciddi yan etkiler ortaya çıkmaktadır. Olası çözümlerden biri, ilaç tedavisini idame dozunda uygulama, bu sırada da hastayı yakından takip ederek belirtiler kötüleşmeye başladığında dozu arttırmaktır. Ancak bu yöntemin etkililiği henüz kanıtlanmamıştır (Marder ve ark., 1994).

Son araştırmalar fenotiazinlere cevap vermeyen bazı hastalarda iki yeni ilacın, klozapin (Clorazil) ve risperidonun (Risperdal) etkili olduğunu göstermektedir (Kane ve ark., 1988; Marder ve Merbach, 1994). Bu ilaçlar, daha az

motor yan etkilere yol açmakta ve geleneksel antipsikotiklerle karşılaştırıldığında, negatif belirtileri azaltmada daha etkili olabilmektedir. Terapötik etkilerinin mekanizması tam olarak bilinememektedir. Ancak, her ikisinin de serotonin ve dopamin üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Ne yazık ki klozapin bağışıklık sisteminin işlevini bozabilmekte ve sistemi enfeksiyonlar için yatkın kılabilmektedir. Sara nöbetleri, yorgunluk, kilo kaybı gibi yan etkilere de yol açabilmektedir (Meltzer ve ark., 1993).

Bütün güçlüklere rağmen antipsikotik ilaçlar şizofreni tedavisinin vazgeçilmez parçasıdır ve daha iyi bir yol keşfedilene kadar birincil tedavi olmayı sürdürecektir. Doğaldır ki, daha önceleri hastaları kısıtlamak için kullanılan deli gömleklerine tercih edilmektedirler. Ayrıca, klozapin ve risperidonun başarısı, şizofreninin tedavisinde yeni ve daha etkili ilaç tedavilerinin bulunma çabalarını arttırmıştır. İki yeni ilaç 1996 yılında Gıda ve İlaç Dairesince onaylanmıştır. Bunlardan biri olanzapin (Zyprexa) dir. Risperidon gibi birçok nörotransmitteri etkileyebilmekte ve geleneksel antipsikotiklere göre daha az yan etkiye yol açmaktadır. Çok sayıda ilacın değerlendirilmesi ise halen devam etmektedir ve bu yüzden şizofreni tedavisinde yeni bir çağın sınırında olabiliriz.

PSİKOLOJİK TEDAVİLER

Freud, şizofreni tedavisi için psikanaliz önermemiştir ancak başkaları uyarlamalar ileri sürmüşlerdir; şimdi onların bazıları gözden geçirilecektir. Buna ek olarak şizofrenler için aile terapileri ve davranışçı terapiler incelenecek ve bu bölümün sonunda psikolojik ve biyolojik tedavilerin entegre biçimde birleştirilmesinin en iyi yöntem olduğu önerilecektir.

PSİKODİNAMİK TEDAVİ

Freud, hem klinik uygulamalarında hem de yazılarında psikanalizi şizofrenlerin tedavisine uyarlamak amacıyla pek az şey yapmıştır. Onların psikanaliz için temel olan yakın kişilerarası ilişkileri kuramayacaklarını düşünmüştür. Amerikalı bir psikiyatrist olan Harry Stack Sullivan, hastanede yatan hastalarda psikoterapi uygulamalarında önderlik yapmıştır. Sullivan, Maryland'deki Sheppard ve Enoch Pratt hastanesinde bir servis açmış ve başarılı olduğu bildirilen psikanalitik bir tedavi geliştirmiştir. Onun görüşüne göre şizofreni, erken çocukluk dönemindeki iletişime bir dönüşü yansıtmaktadır. Kişilerarası isteklerin doğurduğu aşırı stresle baş edemeyen kırılgan ego gerilemektedir. Terapide hastanın yetişkin iletişimini öğrenmesi ve şimdiki problemlerde geçmişin rolüne dair içgörü kazanması amaçlanmaktadır. Sullivan, çok yavaş, tehdit edici olmayan bir güven ilişkisinin geliştirilmesini önermektedir. Örneğin, terapistin hastayı göz temasına zorlamayacak şekilde yanına doğru oturmasını tavsiye eder. Çok sayıda oturum sonrası ve daha çok güven ve desteğin gelişmesiyle analist hastayı kişilerarası ilişkilerini incelemeye yüreklendirir.

Benzer bir ego-analitik yaklaşım bir süre özel bir hastane olan Maryland'daki Chesnut Lodge'da Sullivan'la birlikte çalışmış ve Amerika'ya göç etmiş olan Frieda Fromm-Reichmann (1889-1957) tarafından önerilmiştir. Frieda Fromm-Reichmann, davranışın simgesel ve bilinçdışı anlamına dikkat eden bir yaklaşım içindeydi. Şizofrenlerin uzaklığını, çocuklukta karşılaştıkları ve artık kaçınılmaz saydıkları redde atfetmekteydi. Onlara büyük bir sabır ve iyimserlikle yaklaşmakta, kendini dünyalarına kabul etmeleri gerekmediğini ve hazır olana kadar hastalıklarından vaz geçmek zorunda olmadıklarını açıkça belli etmekteydi. Frieda Fromm-Reichmann (1952), Sullivan'ın yanında psikanalizin şizofrenide temel tedavi olarak kabulünde yardımcı olmuştur.

Şimdiye kadar analitik yönelimli tedavilerin genel değerlendirilmesi, bu tedavilerin ağır bozukluk gösteren hastalara uygulanmasının pek yararı olmadığını göstermiştir (Feinsilver ve Gunderson, 1972; Stanton ve ark., 1984). Şizofreni tanısı almış ve tedavi sonrası 1963'den 1972'ye kadar New York Eyalet hastanesi Psikiyatri kliniğinden taburcu olan hastaların uzun süre izlenme sonuçları başarısızlığı desteklemiştir (Stone, 1986). Stone'un da öne sürdüğü gibi problemler ve hastalık hakkında psikanalitik içgörü kazanmak, hastanın psikolojik durumunu daha da bozmuş olabilir (Odak Kutusu 14.3). Bu tarz bir terapi, kendi başına, bazı şizofreni hastalarının ele alamayacağı kadar yoğun olabilir. Daha önce, Sullivan ve Fromm-Reichmann analiz sonuçlarında büyük başarı iddiasını ileri sürmüşlerdir. Ancak daha yakından incelendiğinde ele aldıkları hastaların rahatsızlıklarının hafif olduğu, hatta DSM-IV ölçütlerine göre şizofreni tanısı bile alamayacakları görülmüştür.

AİLE TEDAVİSİ VE DUYGU DIŞAVURUMU (DDV)

Birçok şizofreni hastası, hastaneden çıktıktan sonra evlerine, ailelerinin yanına dönmektedir. Daha önce de söz edildiği gibi, araştırmalar yüksek düzeyde duygu dışa vurumunun (Expressed Emotion=EE) (öfkeli, aşırı eleştirel ve aşırı koruyucu olma) tekrarlama ve tekrar hastaneye yatırılmayla ilişkili olduğunu göstermiştir. Bu verilere dayanarak Southern California Üniversitesi'ndeki aile terapisi ekibi, bilişsel ve davranışsal yollarla şizofrenlerin döndüğü evdeki duygusal yoğunluğu azaltmaya çalışmışlardır (Falloon ve ark., 1982, 1985).

Hasta ve ailenin katıldığı aile terapi oturumları evde yapılmıştır. Aileye olumlu ve olumsuz duygularını, eleştirel, aşırı koruyucu bir tarz yerine yapıcı ve empatik bir şekilde göstermeleri, gergin kişisel çatışmaları birlikte sorun çözme yoluyla azaltmaları öğretilmiştir. Terapistler, aile üyelerini şizofreni hastası akrabalarına yönelik beklentilerini azaltmaları yönünde cesaretlendirerek eleştirel yaklaşımı azaltmaya çalışmışlardır. Hem aile hem de hastaya, şizofreninin biokimyasal bir hastalık olduğu, uygun ilacın ve aldıkları psikososyal tedavinin hasta üzerindeki stresi azaltarak tekrarlamaları ve kötüye gidişi önleyebileceği açıkça belirtilmiştir. Hastanın ilacını düzenli olarak almasının önemi de vurgulanmıştır. Bu tedavi, tekrarlama riskinin en fazla olduğu hastaneden çıkıştan sonraki dokuz ay boyunca uygulanmıştır.

Hastanın ev yaşamının rahatlatılmasını amaçlayan aile tedavisi, hastanın klinikte tek başına görüldüğü, günlük yaşamdaki sorunların ve sosyal ilişkiler geliştirmenin destekleyici olarak tartışıldığı bireysel tedavi ile karşılaştırılmıştır. Kontrol grubundaki hastaların aileleriyle nadiren görüşülmüş, bu görüşmeler de ev seanslarında yapılmamıştır. Kontrol grubundaki hastalara, yaygın olarak hastane sonrası programlarda uygulanan destekleyici bireysel yaklaşım uygulanmıştır.

Hastanın belirtileri sürekli bir biçimde değerlendirilmiş ve özellikle kontrol sanrıları, varsanılar gibi tekrarlama belirtilerine dikkat edilmiştir. Aile üyeleri de sorun çözme becerileri ve hastaya gösterdikleri duygusal tepkiler yönünden değerlendirilmiştir. Kontrol hastaları da dâhil olmak üzere bütün hastalar antipsikotik ilaç, öncelikli olarak Thorazine ile izlenmiştir. İlaçlar hangi hastanın bireysel ya da aile tedavisi aldığını bilmeyen bir psikiyatrist tarafından verilmiştir.

Yarısı aile tedavi grubunda, yarısı da bireysel tedavi, kontrol grubunda olmak üzere iki yıllık sürede toplam otuz altı hasta tedavi edilmiştir. Aile tedavisi alanlarda sonuç çok daha iyi olmuştur. Bu grupta yalnızca bir kişide esas klinik tekrarlama olmuş, kontrol grubunda ise sekiz kişide tekrarlama görülmüştür. Ayrıca, kontrol grubunda gözlenen şizofreni dönemlerinin üçte ikisi esas dönem, aile tedavisi grubunda ise yalnızca üçte biri esas dönem şeklindedir. Son olarak, tekrar hastaneye yatırılma oranları da farklı bulunmuştur; kontrol hastalarından dokuzu, buna karşılık aile tedavisi hastalarının ikisi tekrar hastaneye dönmüşlerdir.

Araştırmacılar, bu sonuçları yorumlarken aile tedavisi grubundaki hastaların daha iyiye gitmesinde diğer gruba kıyasla ilaçlarını daha düzenli alma olasılığını vurgulamışlardır. Gerçekten de aile tedavisi hastaları ilaca daha iyi uyum göstermiştir. Diğer yönden, başka araştırmalar yalnız başlarına ilaçların gerilemeyi önlemediğini göstermektedir. Varılan sonuç, ev ortamında duygusal yoğunluğu düşüren bu çeşit bir yaklaşımın hastanın düzelmesinde temel önem taşımasıdır.

Falloon'un bulguları Hogarty ve arkadaşlarının (1986) bulgularını daha geniş çaplı bir araştırmayla tekrarlamıştır. Bir yıl boyunca süren sosyal beceri kazandırma odaklı tedavide, Falloon'un aile tedavisinde olduğu gibi düşük tekrarlama oranı görülmüştür. Ayrıca ailedeki duygu dışa vurumunun düştüğü hastalardan hiçbiri hastaneye geri dönmemiştir, buna kontrol grubunda yalnızca ilaç alan az sayıdaki hasta da dâhildir. Bunun tam tersi olarak DDV'nin yüksek kaldığı ailelerde tedavi koşuluna bağlı olmaksızın tekrarlama oranları aynı olmuştur. Aile tedavisini hastanın sosyal beceri kazanmasıyla birleştiren tedavi grubunda bir yıl sonra hiçbir hastada tekrarlama görülmemiştir.

Ancak iki yıllık tedavi sonucunda sonuçların örüntüsü değişmiştir. Tekrarlama oranları açısından artık gruplar arasında fark yoktur (Hogarty ve ark., 1991). Hogarty araştırmasını ve benzer araştırmaları yorumlarken tekrarlama göstermeyen hastaların bile gerçek yaşama uyumlarının sınırda olduğunu hatırda tutmak önemlidir (Hogarty, 1993). Tekrar hastaneye yatmayı azaltma ve önleme çok önemli hedeflerdir, ancak bu hastalar genelde toplumun tam işlev gösteren üyeleri olamazlar; bakım ve tedavi gereksinimleri sürer.

DAVRANIŞ TEDAVİSİ

Hastanede yatan şizofreni hastalarına uygulanan ve bir çeşit davranış terapisi olan plastik marka ile ödüllendirmeden (token economy) Bölüm 2'de söz edilmiş ve bu yöntem Bölüm 18'de daha ayrıntılı olarak ele alınmıştır. Burada, kişiler arası sorunları ve şizofreni hastalarının bazı sorunlarını ele almaya yönelik kullanılan sosyal beceri eğitiminden söz edilecektir. Bu uygulama en azından iki nedenden dolayı çok önemlidir. Birincisi, daha önce de söz edildiği gibi antipsikotik ilaçlar öncelikli olarak sanrılar gibi pozitif belirtiler üzerinde etkili olmakta ve sosyal içe çekilme, sosyal beceri eksikliği gibi negatif belirtiler üzerinde etkili olamamaktadır. İkincisi, bu ilaçların kullanımı birçok hastanın hastaneden çıkmasını sağlamakta, böylelikle şizofreni hastaları kurum dışındaki pek çok güçlükle başa çıkmak zorunda kalmaktadırlar.

Bellack (örn. Bellack ve Meuser, 1993) ve Liberman (örn., Liberman, 1994) tarafından yürütülen çalışmalar, hastalara iş başvurusunun nasıl doldurulacağı, bir görüşmede nasıl davranılacağı, süpermarkette neler yapılacağı gibi günlük yaşamdaki daha bir çok sosyal girişimi, rol yapma ve uygun davranışı pekiştirme yolu ile öğretilemesinin etkililiğini ortaya koymuştur. İki yıllık bir değerlendirmenin sonucunda, sosyal beceri eğitiminin sosyal uyumu iyileştirmede destekleyici terapiden daha üstün olduğu bulunmuştur (Marder ve ark., 1996). Ancak, birçok şizofreni hastasının yaşadığı bilişsel bozukluk, olumlu değişimlerin sınırlı kalmasına yol açmış olabilir. Bu nedenle, dikkati yölendirmenin öğretilmesi gibi bilişsel rehabilitasyonun da içeriğe dâhil edilmesi, sosyal beceri eğitiminin etkililiğini arttırabilir (Penn ve Meuser, 1996). Söz konusu programlar ve hastanelerde kullanılan ilişkili davranışçı tekniklerden Bölüm 18'de daha detaylı olarak söz edilmiştir.

Bugün öğrenme çerçeveli tedavi programlarının şizofreni hastalarının daha iyi işlev göstermesinde en etkili psikolojik yöntemler olduğu ruh sağlığı alanında çalışanların çoğu tarafından kabul edilmektedir. Ancak davranış tedavisiyle kazanılan değişiklikler bu grup hastalığı olan kişileri iyileştirme düzeyinde değildir. Bununla beraber davranışsal müdahaleler, kurumlarda yatmanın bazı olumsuz etkilerini geri çevirmekte ve hastane ekibinin desteklediği pasiflik, itaat gibi davranış örüntülerini giderebilmektedir.

TEDAVİDE GENEL EĞİLİMLER

Yalnızca bir kuşak önce ruh sağlığı alanındaki profesyonellerin çoğu ve meslek dışı kişiler temel suçun psikolojik çevrede, özellikle de ailede olduğunu düşünüyorlardı. Bugünkü düşünce ise biyolojik ve muhtemelen kalıtsal faktörlerin kişileri şizofreniye yatkın kıldığı ve doğası psikolojik olan stres faktörlerinin yatkınlığı olan kişide hastalığı tetikleyebildiğidir. Tedavide en ümit verici yaklaşımlar bu yeni anlayışı içermekte ve hem farmakolojik hem de psikososyal müdahalelerin birlikteliğinin önemini vurgulamaktadır.

- Şu andaki bilimsel bilgiler hem hastalara hem de ailelere iletilmektedir. Şizofreninin kontrol edilebilir ancak muhtemelen ömür boyu süren bir rahatsızlık olduğu gibi gerçekçi bilgi verilir. Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi ilaç tedavisi hastalığı kontrol etmede ve hastanın günlük aktivitelerini sürdürmesinde gereklidir. Gerekli olmayan, hatta ters etki yapan etken, aile üyelerinin özellikle anababaların hastanın yetiştirilişinin şizofreniye neden olduğuna inanması ve bunun yarattığı suçluluktur. Bir çok tedavi programında bu suçluluk duygusunu ortadan kaldırmak için çok çaba sarfedilir ve biyolojik yatkınlık ve ilaç kullanımının gereği vurgulanır.
- İlaç kullanımı tedavinin ancak bir parçasıdır. Aile-odaklı tedaviler, hastanın hastaneden çıktıktan sonra ev ortamında yaşadıkları stresi azaltmayı amaçlar. Ailedeki düşmanlık, aşırı ilgilenme ve eleştirel yaklaşmın azaltılması bu programlarda amaçlanır.
- Hastaya aynı zamanda evin içinde ve dışında uyumlarını iyileştirecek ve büyük ihtimalle karşılaştıkları aşırı duygu dışavurumunu azaltacak sosyal becerileri de öğretmek çok önemlidir.
- Ailede şizofren bir üyenin olmasının doğurduğu önyargı ve izolasyonu azaltmak amacıyla benzer problemli aileleri bir araya getiren ağların kurulması yüreklendirilir (Greeberg ve ark., 1988).

ŞİZOFRENİ HASTALARININ TEDAVİSİNDE SÜREGELEN KONULAR

Şizofreni hastalarının yaşları ilerledikçe aileleri ile yaşıyor olma olasılıkları düşmektedir. Aile evinden diğer alanlarda yaşama geçme, beraberinde bazı riskleri de getirmektedir. Daha sonra söz edileceği gibi tedavi sonrası bakım en

büyük sosyal sorunlardan biridir. ABD'de yaşayan evsizlerin %10-15'inin ruh sağlığı sorunları olduğu, birçok şizofreni hastasının da düzenli kalacak yeri olmayanlar arasında olduğu bilinmektedir. Şizofreni hastalarına sosyal güvenlik hizmetleri sağlanmakta, ancak yeterli sayıda çalışan olmadığı ve bazı bürokratik güçlüklerden dolayı bu hizmet pek azına ulaşabilmektedir. Buna ek olarak birçoğunun da hastane sonrası tedavi programlarıyla bağlantılarının bir süre sonra koptuğu da bilinmektedir.

Hastane yatışı olanların iş bulması da akıl hastası olanlara karşı bilinen önyargılardan dolayı oldukça zordur. Her ne kadar 1990 Amerika Engelliler Hareketi, iş başvurusunda kişinin daha önce ciddi bir ruh sağlığı sorunu olup olmadığı maddesinin çıkarılmasını sağlamış olsa da, halen hastane yatışı olan kişiler işverenlerdeki korku ve olumsuz yanlılıklardan dolayı düzenli iş bulamamaktadırlar.

Ancak, yine de olumlu bazı gelişmeler olmaktadır. Şizofreni belirtilerinin ilk ortaya çıkışından ortalama 20 yıl sonra şizofreni hastalarının yaklaşık yarısı toplum hayatı içerisinde uyumlu bir şekilde yer alabilmektedirler. Birçoğu ilaç tedavisine devam etmekle birlikte hastane dışında hayatlarını devam ettirebilmektedir (**The Harvard Mental Health Letter,** July 1995). ABD Barınma ve Kent Gelişim Dairesi, yakın zamanda eski ruh hastalarına yaşabilecekleri mekânlar sağlamaya başlamıştır. Aynı zamanda bu kişiler, ruh sağlığı çalışanları tarafından düzenli olarak ziyaret edilmektedir.

Şizofreni hastaları arasında madde bağımlılığının önlenmesi çok önemli bir konudur. Şizofrenler arasında yaşam boyu madde bağımlılığının görülme yaygınlığı %47 civarındadır. Bu oran, evsiz şizofreni hastaları için daha da yükselebilmektedir. Madde bağımlılığını önleme programları, ne yazık ki ruh sağlığı sorunu olanları kapsamamakta, benzer şekilde ruh sağlına yönelik programlar da madde bağımlılığı sorununu kapsamamaktadır. Her iki durumun birlikte görülmesi tedavide bozucu etken olarak görünmektedir (Meuser, Bellack ve Blanchard, 1992). Buna ek olarak madde bağımlılığı olan şizofreni hastalarının, antipsikotik ilaçlara devam etmemeleri gibi sorunlar da görülmektedir.

ÖZET

Şizofreni belirtileri genel olarak pozitif ve negatif olarak ayrılır. Pozitif belirtiler, sanrı, varsanı ve konuşmada düzensizliklere denmektedir. Negatif belirtiler duygusal küntleşme, istek ve enerji azalması (avolisyon), düşünce ve konuşma fakirliği (alogi), haz alamama (anhedoni) gibi davranışsal eksikliklerden oluşur. Şizofrenler sosyal roller ve işle ilgili işlevlerde de gerileme gösterirler. Tanı koymak için bu belirtilerin en az bir aydır mevcut olması ve bazı belirtilerin daha az şiddette görüldüğü en az beş aylık hastalık öncesi (prodromal) ya da hastalık sonrası (rezidüel) dönemin olması gerekmektedir. Şizofreni, paranoid, katatonik ve dezorganize gibi alt tiplere ayrılır. Bu alt tipler ön plana çıkan belirgin belirtilere dayanır (örneğin, paranoid alttipte sanrılar) ve şizofreni tanısı almış kişilerin davranışlarının kişiden kişiye çok farklı olduğunu yansıtır.

Tarihsel olarak şizofreni kavramı Kreapelin ve Bleuler'in öncü çabalarından kaynaklanmıştır. Kreapelin'in çalışmaları tanımsal bir yaklaşımı ve dar bir tanımlamayı desteklemiş, Bleuler'in kuramsal vurgusu ise çok geniş bir tanı kategorisine yol açmıştır. Bleuler'in Amerikan şizofreni kavramı üzerindeki etkisi büyük olmuştur. Yirminci yüzyılın ortalarında Amerika'da ve Avrupa'da şizofreni tanısındaki farklar çok belirginleşmiştir. DSM-III'ün yayınlanmasından sonra Amerikan şizofreni kavramı darlaşmış ve Avrupa görüşüne benzemiştir.

Araştırmalar, kalıtsal ve biyokimyasal faktörler, beyin patolojisi gibi biyolojik değişkenlerin ve düşük sosyal sınıf, aile gibi stresörlerin etiyolojik rolünü belirlemeye çalışmıştır. Kalıtsal geçişle ilgili veriler etkileyicidir. Aile ya da ikiz araştırmalarına yöneltilen eleştirilerden oldukça bağımsız olan evlat edinme çalışmaları, şizofren ebeveyne sahip olma ve bu bozukluğu geliştirme olasılığı arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu göstermiştir. Kalıtsal yatkınlığın biyokimyasal etki ile ilişkisi olabilir, ancak araştırmalar kesin sonuçlara ulaşma düzeyinde değildir. Bu noktada, beynin limbik alanındaki dopamin reseptörlerinin artmış duyarlılığının şizofreninin pozitif belirtileriyle ilgili olduğu görülmektedir. Negatif belirtiler, prefrontal kortekstekı reseptörlerin azalmış aktivitesine bağlı olabilir. Özellikle negatif belirtileri olan şizofrenlerin beyinlerinde genişlemiş ventriküller, prefrontal atrofi ve frontal bölgelerde azalmış metabolizma görülmektedir. Bu yapısal anormallikler, annenin gebeliğinin ikinci üç aylık döneminde geçirdiği viral bir enfenksiyon ile ilişkili olabilir.

Şizofreni tanısı en düşük sosyal sınıf üyelerine daha sıklıkla verilmektedir. Eldeki bilgiler bu durumun kısmen düşük sınıfta yaşamanın stresine, kısmen de hastalığın şizofrenlerin sınıf atlamasına engel olmasına bağlı olduğunu göstermektedir. Şizofrenlerin aile yaşamında belirsiz iletişimler ve çatışmalar bulunur ve muhtemelen bozukluğu arttırır. İfade edilen duyguların düzeyinin tekrarlamayı belirlemede önemli olduğu gösterilmiştir.

Gözden geçirdiğimiz bilgilerin çoğu şizofreninin yatkınlık-stres modeliyle uyumludur. Araştırıcılar anababaları şizofren oldukları için şizofreniye yatkın oldukları düşünülen çocukları incelemeyi içeren yüksek-risk yöntemine yönelmişlerdir. Mednick ve Schulsinger yetişkinlikteki bozukluğu yordayan koşulların, negatif ve pozitif belirtilerin ön planda olmasına göre değiştiğini bulmuşlardır.

Şizofreninin hem psikolojik hem de biyolojik tedavisi vardır. Bu yüzyılın başlarında insulin ve elektroşok tedavileri ve hatta cerrahi kullanılıyordu ancak artık hiç biri önemli oranda kullanılmamaktadır. Bunun başlıca nedeni nöroleptiklerin ve özellikle fenotiazinin mevcut olmasıdır. Çeşitli araştırmalarda bu ilaçların şizofren hastaların bozukluklarında temel ve yararlı etkileri olduğu gösterilmiştir. Ayrıca yatan hastaların kurumlar dışına çıkartılmasında da önemli bir faktördür. Ancak muhtemelen ilaçlar tek başlarına cevap değildir, çünkü şizofrenlerin günlük yaşamdaki zorluklarla başetmeyi öğrenme ya da tekrar öğrenme gereksinimleri vardır. Belki de bazı terapistlerin düşündüğü gibi belirtilerinin altında yatan intrapsişik problemleri çözmelidirler.

Psikanalitik kuram şizofreninin, çocukluk reddi ve kötü davranılmanın acısından kaçmayı yansıttığını varsayar; analist tarafından sabırla ve yavaşça geliştirilen ilişki bastırılmış travmaları araştırmak için güvenli bir cennet oluşturur. Analitik tedavilerin etkinliğiyle ilgili fazla kanıt yoktur, ancak hem mesleki hem de popüler yayınlarda dramatik iyileşmelerle ilgili vak'a öyküleri bildirilmektedir. Yüksek düzeydeki duygu ifadesini azaltmak amacıyla yapılan aile tedavisinin tekrarları önlemede yararlı olduğu gösterilmiştir. Son yıllarda davranışçı tedaviler, akıl hastanelerinden taburcu olan hastaların aile ve toplum yaşamıyla ilgili kaçınılmaz streslere katlanmalarına, eğer taburculuk olası değilse kurumda daha düzgün ve verimli bir yaşamları olmasına yardımcı olmuştur. Şizofreniyle ilgili en etkin tedavilerin hem biyolojik hem de psikolojik bileşeni içermesi olasıdır.

ANAHTAR SÖZCÜKLER

şizofreni
pozitif belirtiler
konuşmada düzensizlik (düşünce bozukluğu)
enkoherans (konuşmada dağınıklık)
konuşmada gevşeklik (düşüncenin rayından çıkması)
sanrılar
varsanılar
negatif belirtiler
istek ve enerji azalması (avolisyon)
düşünce ve konuşma fakirliği (alogi)
haz alamama (anhedoni)
duygusal küntlük
katatonik hareketsizlik
mum esnekliği (vaxy flexibility)
uygunsuz duygulanım
erken bunama (demantia precox)
(şizofreninin) reaktif-süreç boyutu
sanrısal bozukluk
dezorganize şizofreni
katatonik şizofreni
paranoid şizofreni
büyüklenme sanrıları
sanrısal kıskançlık
etkilenme fikirleri (referans fikirleri)
sanrısal (paranoid) bozukluk
kötülük görme (perseküsyon) sanrıları
ayrışmamış şizofreni
rezidüel (kalıntı) şizofreni
etiketleme kuramı
dopamin aktivitesi kuramı
sosyojenik hipotez
sosyal-ayıklama kuramı
şizofrenojenik anne
ikili çıkmaz kuramı
yüksek duygu dışa vurumu
prefrontal lobotomi
antipsikotik ilaçlar

Henri de Toulouse-Lautrec, "A La Buvette"

12

MADDE KULLANIMIYLA İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Çeviri: Yrd. Doç. Dr. Ayşegül Durak Batıgün

ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI VE BAĞIMLILIĞI
- Alkol Kötüye Kullanımının Yaygınlığı
- Bozukluğun Gidişi
- Alkol Bağımlılığının Bedeli
- Alkolün Kısa Süreli Etkileri
- Uzamış Alkol Kötüye Kullanımının Uzun Süreli Etkileri

NİKOTİN VE SİGARA İÇME
- Sigara İçmenin Yaygınlığı ve Sağlık Açısından Sonuçları
- Pasif İçiciliğin Sonuçları

MARİHUANA (ESRAR)
- Marihuana Kullanımının Yaygınlığı
- Marihuana'nın Etkileri

YATIŞTIRICILAR VE UYARICILAR
- Yatıştırıcılar (sedatifler)
- Uyarıcılar (stimülanlar)

LSD VE DİĞER HALUSİNOJENLER
- Halusinojenlerin Etkileri

MADDE KÖTÜYE KULLANIMI VE BAĞIMLILIĞININ ETİYOLOJİSİ
- Sosyokültürel Değişkenler
- Psikolojik Değişkenler
- Biyolojik Değişkenler

ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI VE BAĞIMLILIĞININ TEDAVİSİ
- Problemi Kabullenme
- Geleneksel Hastane Tedavisi
- Biyolojik Tedaviler
- Adsız Alkolikler
- Çift Terapisi
- Bilişsel ve Davranışçı Tedaviler
- Alkol Kötüye Kullanımı Tedavisinde Klinik Değerlendirmeler

YASADIŞI MADDE KULLANIMI İÇİN TERAPİ
- Biyolojik Tedaviler
- Psikolojik Tedaviler

SİGARA İÇMENİN TEDAVİSİ
- Psikolojik Tedaviler
- Biyolojik Tedaviler
- Yinelenmeyi Önleme

MADDE KÖTÜYE KULLANIMININ ÖNLENMESİ

ÖZET

Ailesi onu bir alkol kliniğine yatmaya ikna ettiğinde Alice 54 yaşındaydı. İçkiliyken yatak odasının merdivenlerinden kötü bir şekilde düşmüş ve bu olay işlerin kötü gittiğini sonunda kabul etmesini sağlamıştı. Birkaç yıldan beri içki içmesi kontrolden çıkmıştı. Güne içkiyle başlıyor, bütün öğleden sonra içmeye devam ediyor ve akşamüstü tamamen sarhoş oluyordu. Öğleden sonra olanları ise nadiren hatırlıyordu.

Gençliğinden beri düzenli olarak içiyordu ancak gündüzleri nadiren içerdi ve asla sarhoş olmazdı. İki yıl önce kocasının bir araba kazasında aniden ölümü, içki içme miktarının artmasına yol açmış ve altı ay içinde ciddi bir alkol kötüye kullanımı örüntüsü içine girmişti. Evden dışarı çıkmak istemiyordu ve ailesiyle ve arkadaşlarıyla olan sosyal etkileşimlerini kesmişti. Ailesinin içki içmesini azaltma yönündeki çabaları büyük kızgınlıklara yol açıyordu.

Tarih öncesi zamandan beri insanoğlu acıyı dindirmek ve bilinç durumunu değiştirmek umuduyla çeşitli maddeler kullanmışlardır. Hemen hemen bütün toplumlar, merkezi sinir sistemini etkileyerek fiziksel ve zihinsel acıyı hafifleten ya da aşırı neşeye yol açan maddeler bulmuşlardır. Bu maddeler genellikle vücuda zararlı olmalarına rağmen, ilk etkilerinin haz verici olması, madde kötüye kullanımı tablosunun gelişmesinde temel teşkil etmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri bir madde kültürüdür. Amerikalılar sabah kalktıklarında (kahve ve çay) ve gün boyunca uyanık kalabilmek (sigara ve hafif içkiler), gevşeyebilmek (alkol) ve ağrılarını giderebilmek (aspirin) için sürekli madde kullanırlar. Bu tür birçok maddenin kolayca elde edilebilir ve sıklıkla kullanılıyor olması, bu bölümün temel konusunu oluşturmaktadır. Tablo 12.1'de, hem yasal hem de yasal olmayan bazı maddelerin kullanım sıklıkları ile ilgili son veriler görülmektedir. Bu rakamlar kötüye kullanımın sıklığını yansıtmamakta, fakat ABD'ye ilişkin kabaca bir fikir vermektedir.

Maddelerin patolojik kullanımı iki kategori içerisinde incelenmektedir: Madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı. Bunların her ikisi de, DSM-IV içersinde temel bir kategori olan madde ile ilişkili bozukluklar kategorisini oluştururlar.

Madde bağımlılığı, DSM IV'te, aşağıdaki ölçütlerden en az üçünün var olması şeklinde tanımlanmıştır:

- (a) aynı etkiyi elde etmek için maddenin daha yüksek dozlarda kullanımı veya (b) aynı dozda alınıyorsa etkisinin giderek azalması şeklinde kişinin **tolerans** geliştirmesi.
- Kişi madde alımını kestiği ya da azalttığı zaman **yoksunluk (withdrawal)** belirtileri, olumsuz fiziksel ve psikolojik etkiler gelişir. Kişi ayrıca maddeyi yoksunluk belirtilerini önlemek ya da azaltmak amacıyla da kullanabilir.
- Kişi maddeyi amaçladığından daha uzun süre ya da daha fazla miktarlarda kullanır.
- Kişi maddeyi aşırı kullandığının farkına varır, azaltmayı dener ama başaramaz.
- Kişi zamanının çoğunu maddeyi bulmak ya da maddenin etkilerinden kurtulmak için harcar.
- Fiziksel ya da psikolojik sorunlara neden olduğu veya bu sorunların daha da kötüleşmesine yol açtığı halde madde kullanımı devam eder (örneğin, sigaranın kanser ve kalp-damar hastalıkları riskini arttırdığının bilinmesine rağmen sigara içmeye devam etmek).
- Kişi bazı aktivitelerini (iş, eğlence, sosyal) madde kullanımı nedeniyle bırakır ya da sıklığını azaltır.
- Eğer tolerans veya yoksunluk belirtileri varsa madde bağımlılığı tanısı fizyolojik bağımlılık olsa da olmasa da konulabilir. **Madde kötüye kullanımı** tanısı için, maddenin birçok kere kullanılmasına bağlı olarak aşağıdakilerden birinin bulunması gerekmektedir:
- Örneğin, işe gitmeme ya da çocuklarını ihmal etme gibi temel sorumluluklarını yerine getirmeme
- Kullandığı maddenin etkisi altındayken iş makinesi veya otomobil kullanma gibi faaliyetlerle tehlikeye maruz kalma. Davranış taşkınlıkları veya trafik ihlallerinden tutuklanma gibi yasal sorunlar.
- Eşle kavga gibi süregelen sosyal ve kişiler arası problemler.

DSM-IV'ün madde ile ilişkili bozukluklar bölümünde birkaç bozukluk yer almaktadır.

TABLO 11.1 Geçen ay içerisinde (1995) madde kullandığını belirten Amerikalıların yüzdesi

Madde	*Kullanım Yüzdesi*
Alkol	52.2
Sigara	28.8
Marihuana	4.7
Kokain	0.7
Halusinojen	0.7
İnhalan	0.4
Crack	0.2
Eroin	0.1

Kaynak: Gotteaman, McGuffin ve Farmer, 1996.

Madde zehirlenmesi (entoksikasyonu) tanısı, madde merkezi sinir sistemini etkilediğinde ve uyumsuz bilişsel ve davranışsal etkiler ortaya çıktığında konur. Eğer madde bağımlılığı olan bir kişi bu durumu reddediyor, aynı zamanda da yoksunluk yaşıyorsa, bu kişi hem madde bağımlılığı hem de madde yoksunluğu tanısı alır. Madde yoksunluğu tanısına verilebilecek bir örnek; *Delirium tremens* (DTs) olarak bilinen alkol yoksunluğu deliriumudur. Ayrıca, ilaçlar bunama ve diğer Eksen 1 bozukluklarının belirtilerine de yol açabilirler.

Bu temel bilgilerden sonra, şimdi; alkolizm, nikotin ve sigara içme, Marihuana, yatıştırıcılar (sedatifler) ve uyarıcılar (stimülanlar) gibi madde ile ilişkili temel bozukluklara genel olarak bakacağız. Bu esnada da madde kötüye kullanımı ve bağımlılığının etiyolojisine değinecek ve bu ciddi bozukluklar için uygulanan terapiler ile konuyu sonlandıracağız.

ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI VE BAĞIMLILIĞI

Alkolik terimi birçok insana tanıdık gelmesine rağmen henüz kesin bir tanımı yoktur. Bu terim, kötüye kullanan bir koca veya çalışma arkadaşı, gün boyunca saklı gizli içen bir kadın ya da erkeğe kadar uzanır. Tüm bu imajlar bir tanım sağlamazlar. DSM-IV *alkol bağımlılığı* ve *alkol kötüye kullanımını* birbirinden ayırmaktadır. Bu ayrım araştırma literatüründe her zaman yapılmamaktadır. Kötüye kullanım terimi genellikle, alkolün aşırı bir biçimde ve zararlı kullanımını ifade etmektedir.

Alkol bağımlılığı, tolerans veya yoksunluk tepkilerini kapsar. Erken yaşlarda içmeye başlayan bir kişi, otuzlu veya kırklı yaşlarda ilk yoksunluk belirtilerini geliştirmeye başlar. Kronik bir içicinin aldığı alkol birdenbire kesilirse bunun sonuçları dramatik olabilir, çünkü kişinin bedeni maddeye alışmıştır. Hasta sıklıkla kaygılı, depresif, halsiz, huzursuzdur ve uyuyamaz. Özellikle parmak kaslarında, yüzde, göz kapaklarında, dudaklarında ve dilde kasılmalar görülebilir ve nabızda, kan basıncında, ateşte yükselme olabilir. Birkaç yıl boyunca yoğun bir biçimde içen kişilerde kandaki alkol oranı aniden düşerse nispeten az sayıda da olsa **delirium tremens (DTs)** görülebilir. Hoş olmayan ve çok canlı yaratıklar- yılanlar, hamam böcekleri, örümcekler vb.- duvarda ya da kişinin üzerinde sürünebilir veya bütün odayı doldurabilir. Bu halüsinasyonlar sonucunda uyumu bozulan ve korkuya kapılan kişi, bu yaratıkları üzerinden atmak için vücudunu tırmalayabilir veya bu fantastik hayvanların istilasından kaçmak için odada bir köşeye büzülüp oturabilir. Yaşanan bu delirium ve fizyolojik kriz, alkole bağımlı olmaktan kaynaklanan alkol yoksunluğu sonucu oluşur.

Toleransın artması, daha yoğun ve sürekli içmeye neden olur. Alkolü kötüye kullanan bazı kişiler, bir günde 1 litreyi aşan burbon içebilir ve hiçbir sarhoşluk belirtisi göstermeyebilirler (Mello ve Mendelson, 1970). Dahası, bazı insanların kanındaki alkol düzeyi, yoğun bir biçimde içmelerine rağmen, vücutları maddeye uyum

Bir oyunda delirium tremensin gösterimine ilişkin kakma bir eser.

sağladığı ve bu maddeyi mükemmel bir biçimde işleyebildiği için düşüktür. Bununla beraber alkolü metabolize edecek olan karaciğer enzimlerindeki değişme, tolerans için çok küçük miktarlardadır ve günümüzde pek çok araştırmacı bu durumla merkezi sinir sisteminin ilişkisi olduğunu öne sürmektedir. İncelenen alanlardan hiçbiri eşit bir şekilde kanıt ortaya koymamıştır ama bazı araştırmalar GABA reseptörlerinin sayısında ya da duyarlıklarındaki değişmelerin tolerans geliştirmeyle bağlantılı olabileceğini önermektedir.

Alkol bağımlısı olan kişilerin içme örüntüsü, bu durumun kontrol dışı olduğunu gösterir. Günlük olarak içme ihtiyacı hissederler ve günün belirli zamanlarında içmeyi kısıtlamak veya tamamen kesmek için sürekli çaba harcamalarına rağmen başaramazlar. Ara sıra olan aşırı içme durumları, iki, üç veya daha fazla gün boyunca sürekli sarhoş olma durumuna ulaşabilir. Bir sarhoşluk nöbeti sırasında kendilerini kaybedebilirler. Alkole olan şiddetli ihtiyaçları o denli artabilir ki, içilecek türden olmayan alkollü maddeleri bile -örneğin saç toniği- içebilirler. Bu türden içme davranışları, kuskusuz aile veya arkadaşlar ile kavgalar, tartışmalar, bazen de sarhoşluk dönemlerinde şiddet içeren davranışlar, iş kaybı, tutuklanma ve trafik kazaları gibi sosyal ve iş hayatına ilişkin sıkıntılara yol açabilir.

Alkolü kötüye kullanan kişilerin bu türden deneyimleri, maddenin sosyal ve iş hayatına ilişkin olumsuz etkileridir. Böyle bir durumda maddeye tolerans ve madde yoksunluk belirtileri gelişmez; bağımlı kişide maddenin kötüye kullanımının kompulsif (zorlantılı) bir biçimde devam ettiği görülebilir.

Alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı sıklıkla aynı zamanda birden fazla maddenin kullanımı ya da kötüye kullanımı anlamına gelen **çoklu madde kötüye kullanımının** (polydrug abuse) bir parçasıdır. Nikotin bağımlılığı, özellikle yoğun içme durumları ile yakından bağlantılıdır. Bir kokteyl salonuna baktığımızda bu durumu rahatlıkla gözleyebiliriz. (Burada kesinlikle kokteyllere katılan herkesin alkolik olduğunu söylemek istemiyoruz). Çoklu madde kötüye kullanımı, bazı maddelerin birlikte alındıkları takdirde karşılıklı etki yaratmaları nedeniyle, ciddi sağlık problemlerine yol açabilir. Yani, her bir maddenin etkisi bir araya geldiğinde özellikle güçlü bir reaksiyon üretebilir. Örneğin alkol ve barbituratlar karıştırıldığında, kasten veya kaza ile intihar anlamına gelir. Alkol, uyuşturucu etki

Çoklu madde kullanımı, birden fazla maddenin aynı anda kullanılmasını içerir. Alkol ve nikotin sıklıkla bir arada kullanılmasına rağmen, sosyal ortamlarda her ikisini de kullanan pek çok kimse, madde kötüye kullanım örüntüsü geliştirmez.

için ihtiyaç duyulan doz miktarını azaltması nedeniyle, eroinden ölümlerde de rol oynar.

ALKOL KÖTÜYE KULLANIMININ YAYGINLIĞI

II. Dünya Savaşı'nı izleyen yıllarda alkol tüketimi, Birleşik Devletlerde ve pek çok diğer ülkede arttı. 1970'de Birleşik Devletler nüfusunun %68'i içiyordu ve %9'unda ise problem düzeyindeydi (Caddy, 1983). 1985 yılında nüfusun %86'sı alkol tükettiğini belirtiyor ve %12'si ayda 20 veya daha fazla gün alkol kullandıklarını söylüyorlardı (National Institude of Drug Abuse [NIDA], 1988). Problem düzeyindeki içme 1980'lerin sonlarında azalmaya başladı.

Birleşik Devletlerde yapılan epidemiyolojik çalışmada, DSM ölçütlerine göre tanımlanan alkol bağımlılığının yaygınlık oranı, erkekler için %20'den, kadınlar için ise %8'den daha fazladır (Kessler ve ark., 1994). Alkol kötüye kullanımının yaygınlığı yaş ilerledikçe düşmektedir. Bunun nedeni, hem uzun süre alkol kullananların erken yaşta ölmesi hem de ileri yaşlarda olan kişilerin alkolden uzak durabilme konusunda daha başarılı olabilmeleridir (Vaillant, 1990). Genç kadınlarda görülen problem yaratacak düzeyde içme oranı, aynı yaşlardaki erkeklere yaklaşmaktadır. Beyazlar ve Latinler arasındaki alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı oranı 18 ile 29 yaş arasında en üst düzeydedir. Afrika kökenli Amerikalılar da ise en yüksek oran 30 ile 44 yaşları arasındadır. Alkol kötüye kullanımı, bazı

yerli Amerikan kabilelerinde olağandır ve ölümlerin %40'ı bu nedenle olur (Yetman, 1994). Problem yaratacak düzeyde içme, antisosyal kişilik bozukluğu, mani, diğer madde kullanımı, şizofreni ve panik bozukluk gibi hastalıklarla eş zamanlı görülür (Robins ve ark., 1988).

Alkol kullanımı özellikle üniversite çağındaki gençler arasında sık görülür. Ulusal çapta yapılmış bir tarama çalışmasında, bir seferde erkekler için 5 kadeh, kadınlar için 4 kadeh içki içme olarak tanımlanan aşırı içme davranışının, erkeklerin %50'sinde kadınların ise %40'ında görüldüğü saptanmıştır (Wechsler, 1994).

BOZUKLUĞUN GİDİŞİ

Alkol kötüye kullanan kişilerin yaşamlarına bakıldığında hep aşağı doğru giden bir süreç göze çarpar. Adsız Alkoliklere üye 2000 kişi üzerinde gerçekleştirilen geniş kapsamlı bir tarama çalışmasında Jellinek (1952), alkolü kötüye kullanan erkeklerin, sosyal içici olarak başlamaktan sadece içki içmek için yaşama noktasına kadar ulaşan 4 aşamadan geçtiklerini belirtmektedir. Her ne kadar Jellinek'in tanımı, çok sayıda atıf aldıysa da, daha sonra elde edilen bilgiler her zaman bu görüşü destekler nitelikte değildir. Alkol bağımlısı kişilerin geçmişlerine bakıldığında, alkol kötüye kullanımından alkol bağımlılığına doğru bir süreç izledikleri görülür (Langenbucher ve Chung, 1985). Fakat veriler, bazı içicilerin bazı dönemlerde yoğun bir şekilde içtiklerini daha sonra ise hiç içmediklerini ya da daha az içtikleri bir dönem yaşadıklarını; yani dalgalı bir içme örüntüsü içinde olduklarını göstermektedir (Vaillant, 1996). Dahası, alkolün bu şekilde uyumsuz kullanım örüntüsü, Jellinek'in belirttiğinden daha değişkendir. Maddenin yoğun kullanımı hafta sonları azalabilir veya birkaç hafta devam eden aşırı ve sürekli içmelerin arasına hiç içilmeyen uzun aralar serpiştirilebilir (Robins ve ark., 1988). Alkol kötüye kullanımının tek bir örüntüsü yoktur.

Bulgular Jellinek'in raporunun kadınlara uygulanamayacağını göstermektedir. Alkol ile ilgili güçlükler genellikle kadınlarda, erkeklere göre daha geç yaşlarda ve sıklıkla, Alice vakasında olduğu gibi, eşin ölümü veya ciddi bir aile krizi gibi stresli bir yaşam olayı sonrasında başlar. Yoğun içmenin başlaması ile alkol kötüye kullanımı arasındaki zaman aralığı, kadınlarda erkeklere göre daha kısadır (Mezzich ve ark., 1994). Problem yaratacak düzeyde içki içen kadınlar erkeklere göre daha kararlı bir içici olmaya ve yalnız içmeye eğilimlidirler. Bununla birlikte tıkanırcasına içme (binge drinking) daha az görülür (Hill, 1980; Wolin, 1980)

Alkol sıklıkla taşıt kazalarına neden olur. Bir New York treninin sürücüsü, alkollü iken taşıtın raydan çıkması sonucunda 5 kişinin ölümüne ve 100'den fazla kişinin yaralanmasına neden olmuştur.

ALKOL BAĞIMLILIĞININ BEDELİ

Problem yaratacak düzeyde içki içen pek çok kişi profesyonel bir yardım almasa da alkolü kötüye kullanan kişiler, ruh hastalıkları hastaneleri ve genel hastanelerde yüksek oranlarda bulunurlar. Problem yaratacak düzeyde içen kişilerin sağlık servislerini kullanma oranı içmeyen kişilerden 4 kat daha fazladır ve bu kişilerin tıbbi giderleri, diğer kişilerden iki kat daha yüksektir *(The Harvard Medical School Mental Health Letter, 1987).* Daha önce de belirttiğimiz gibi, alkolü kötüye kullanan kişiler arasındaki intihar oranı, genel nüfustan daha yüksektir. Alkol, bütün intiharların 1/3'ünde rol oynayan bir etkendir. Dahası, her yıl trafik kazalarında meydana gelen ölümlerin yarısının alkol nedeniyle olduğu tahmin edilmektedir. California'da yapılan bir çalışma, ölen sürücülerin %70'inin kanında alkol bulunduğunu göstermektedir (Stinson ve De Bakey, 1992). Alkol, uçak kazalarında, endüstri kazalarında ve ev kazalarında bir faktör olabilmektedir. Alkol, aynı zamanda adli problemler doğurur. Birleşik Devletlerde tutuklanan kişilerin 1/3'ü umumi yerlerde sarhoşluktan dolayı tutuklanmaktadır. Adam öldürme de alkol ile bağlantılı bir suçtur -cinayetlerin yarısından çoğunun alkolün etkisi altındayken işlendiğine inanılır-. Tecavüzler, saldırılar ve aile içi şiddet

de alkol ile bağlantılı suçlar arasında sayılabilir (Murdoch, Pihl ve Ross, 1990).

Birleşik Devletlerde problem düzeyde içki içmenin toplam maliyeti -işe geç gelmekten sağlık sorununa dek- 1990 yılında 125 milyar dolardan daha fazla olarak tahmin edilmektedir. Yıkılan yaşamlar ve toplumsal kayıplar yönünden maliyeti ise ölçülemeyecek kadar yüksektir.

ALKOLÜN KISA SÜRELİ ETKİLERİ

Alkol, yutulduktan ve mideye ulaştıktan sonra enzimler yoluyla metabolize edilmeye başlar. Çoğu ince bağırsaklara geçer ve buradan kana karışır. Daha sonra öncelikle, saatte 100 derecelik (%50 alkol) bir ons (28,3 ml) viskiyi metabolize edebilen karaciğer tarafından yakılır. Bu miktardan fazla olan kısmı ise kan dolaşımında kalır. Alkolün emilimi çok çabuk, ancak dışarıya atılımı daima çok yavaştır. Alkolün etkileri, kandaki alkol yoğunluğunun miktarına göre değişir. Kandaki alkol yoğunluğu ise; belli bir zaman dilimi içerisinde içilen alkol miktarına, alkolü midede tutacak ve emilimini geciktirecek yemeğin olup olmamasına, kişinin beden ağırlığına ve karaciğerinin etkililiğine bağlıdır. İki ons alkol, yeni yemek yemiş 80 kilo ağırlığındaki bir adam ve midesi boş olan 50 kilo ağırlığındaki bir kadın üzerinde farklı etkiler gösterecektir.

Birçok toplumda içki içmek kabul gören bir davranış olduğu için, alkol nadiren onu içenler tarafından bir ilaç / madde olarak görülür. Fakat bir ilaçtır ve *çift fazlı* etkisi vardır. Alkolün ilk etkisi uyarıcıdır (stimulan). Kişi kendini daha sosyal ve iyi hisseder ve kandaki alkol düzeyi arttıkça bu duygu da artar. Fakat kandaki alkol düzeyi en üst seviyeye ulaştıktan ve düşmeye başladıktan sonra alkol bastırıcı (depresan) etki yapar ve kişinin olumsuz duygu durumunda artış olabilir. Fazla miktarda alkol, karmaşık düşünce süreçlerine yol açar; motor koordinasyon, denge, konuşma ve görme bozulur. Bazı kişiler çökkün ve içine kapanık olurlar. Alkol ağrıyı azaltabilir ve yüksek dozlarda yatışma (sedasyon) ve uykuya yol açar.

Alkol etkilerini beyindeki sinir sistemleriyle etkileşim içinde ortaya çıkarır. Gerilim azaltma yeteneğinden sorumlu olabilen GABA alıcılarını (reseptör) uyarır. (GABA başlıca yasaklayıcı sinir iletilerinden biridir; Valyum gibi benzodiazepinler GABA alıcıları üzerinde alkolünkine benzer bir etkiye sahiptir.) Alkol ayrıca serotonin ve dopamin düzeylerini de artırır ve bu etkiler onun güçlü bir pekiştirici olarak hizmet etme kapasitesinin kaynağını oluşturabilir. Son olarak, alkol glutumat alıcılarını da yasaklar ki (inhibition) bu da konuşurken heceleri karıştırma ve bellek kaybı gibi alkol zehirlenmesinin bilişsel sonuçlarının nedeni olabilir (U.S. Public Health Service [USPHS], 1994).

Alkolün etkilerine ilişkin pek çok inanç vardır. Kaygıyı azalttığı, sosyalliği arttırdığı, gerginliği azalttığı vb. düşünülür. Fakat az miktarda alınan alkolün kısa süreli etkileri, bedendeki kimyasal etkileri kadar, kişinin bu etkilere ilişkin bireysel beklentilerine de bağlıdır. Örneğin, alkolün saldırganlığı ve cinsel tepkileri arttırdığına inanılır. Fakat araştırmalar, bu tepkilerin artmasında alkolün değil, içen kişinin alkolün etkilerine ilişkin inançlarının etken olduğunu göstermiştir. Bu noktaları gösteren araştırmalarda kişiye alkol içtiği söylenir fakat gerçekte tadı alkole benzeyen ama alkol içermeyen bir içecek verilir. Sonuçta bireyler daha saldırgan olurlar (Lang ve ark., 1975) ve cinsel uyarımlarının arttığını bildirirler (Wilson ve Lawson, 1976). Gerçekten alkol alan denekler de, alkol fizyolojik olarak daha az tepkiye neden olsa da cinsel uyarılmalarının arttığını söylemişlerdir (Farkas ve Wilson, 1976). Burada da yine, bilişlerin davranış üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğu görülmektedir. Maddelerin etkileri hakkındaki inançların, onların kötüye kullanımı ile önemli derecede ilişkili olduğunu daha sonra göreceğiz.

UZAMIŞ ALKOL KÖTÜYE KULLANIMININ UZUN SÜRELİ ETKİLERİ

Uzamış alkol kötüye kullanımının uzun süreli etkileri, aşağıdaki vaka öyküsünde canlı bir biçimde anlatılmaktadır. Bu vaka, aile ilişkilerinin, bozukluğun gelişmesinde nasıl bir rol oynayabileceğini ve içmeyi bırakmanın ne kadar zor olabileceğini gösteren güzel bir örnektir.

Hasta, hastaneye ilk yatırıldığında 24 yaşında, bekâr ve işsizdi. Uzun süredir antisosyal davranış ve dağınıklık özellikleri gösteriyordu; alkol ve diğer maddelere alışkanlığı vardı. Daha önce sekiz kez, özel alkol kliniklerine kısa süreli yatmış, huzuru bozmak ve alkollü araç kullanmaktan birkaç kez tutuklanmış ve saldırı suçundan iki kez hapse girmişti.

Hasta, küçük bir kasabada itibarlı ve zengin bir ailenin çocuğu olarak doğmuştu. Başarılı ve popüler bir iş adamı olan babası aşırı içerdi ve 57 yaşındaki ölümü kısmen alkole bağlıydı. Anne de aşırı içerdi. Çocukken anne ve babası tarafından üzerinde çok az kontrol kuruldu ve dadılar tarafından büyütüldü. Çok küçükken babası ona

partilerde misafirlere içki ikram etmesini öğretti ve altı yaşından önce partilerde misafirlerin içkilerini yudumluyordu. On iki yaşına geldiğinde her hafta sonu 1 litreyi aşkın, 17 yaşında ise her gün üç şişe içki içiyordu. Babası ona içki için para veriyor, alkollü iken araç kullanma gibi alkolün neden olduğu suçlardan ceza almasını engelliyor, onu kurtarıyordu.

Hasta lise 1'deyken bir öğretmene vurmaktan dolayı okuldan uzaklaştırıldı. Nüfus kâğıdındaki doğum tarihini değiştirip orduya katılana dek, 11. sınıfa kadar özel bir okulda okudu. Terhis olduktan sonra 6 ay işsiz dolaştı, aşırı derecede içerek pek çok kez sanatoryumda kaldı. Bir iş bulunduğunda bir ay geçmeden işini bıraktı. Üçüncü kez içkili araba kullanmaktan yakalandığında hapsedildi. Babası onu kefaletle çıkarttı; ancak bundan sonra para vermeyeceğini söyledi. Hasta kasabadan ayrılarak vasıfsız işçi olarak çalıştı (hiçbir zaman işe yarar bir beceri sahibi olamamıştı). Fakat babası öldüğünde eve geri döndü. Bundan sonraki birkaç yıl içerisinde, sarhoşluk, erkek arkadaşı ziyaret ettiği için annesinin gözünü morartma ve gözlem altında olmanın koşullarını yerine getirmeme gibi nedenlerden ötürü hapse girdi. Hapisten kaçmaya çalışırken bir gardiyana saldırarak ağır yaraladı ve iki yıl daha hapis cezası aldı. Tahliye edildikten sonra alkolden başka çeşitli türden uyarıcılar, sedatifler ve çeşitli uyuşturucu maddeleri de kullanmaya başladı (Rosen, Fox ve Gregory, 1972, s. 312).

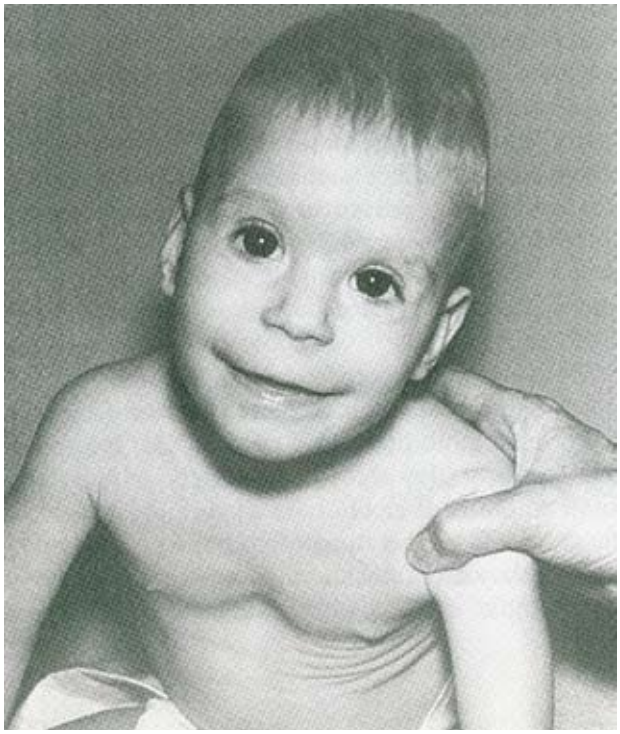
Kronik içme, psikolojik gerilemeye ek olarak ağır biyolojik hasar da oluşturur. Bedenin hemen hemen bütün doku ve organları, uzun süreli alkol kullanımından etkilenir. Beslenme bozukluğu ağır olabilir. Alkol kalori verdiği için -80 derecelik 1,12 litre alkol, kişinin günlük kalori ihtiyacının yarısını karşılar- kişi genellikle yediği yemek miktarını azaltır. Ancak alkolün sağlamış olduğu kalori, sağlık için gerekli besinleri içermediği için boştur. Alkol ayrıca yiyeceklerin hazmını ve vitaminlerin emilimini güçleştirerek beslenme bozukluğuna doğrudan katkıda bulunur. Daha yaşlı kronik alkoliklerde B-kompleks vitaminlerinin yetersizliği, hem yakın zamandaki hem de geçmişteki olaylarla ilgili ağır bellek kaybı anlamına gelen *amnestik sendrom'a* neden olabilir. Bu bellek kayıpları, genellikle pek uygun ve pek olası olmayan uydurma olaylarla (konfabülasyon) doldurulur.

Uzun süre alkol kullanımı artı protein alımındaki azalma, karaciğerde siroz oluşmasına neden olur. Siroz hastalığı, karaciğer hücrelerinde yağ ve protein birikimine bağlı olarak karaciğerin işlevinin bozulması ve bazı hücrelerinin ölmesine yol açan, iltihaplanma sürecinin tetiklendiği bir hastalıktır. Yaralı dokular geliştiğinde kan akışı engellenir. Birleşik Devletlerde siroz, ölüm nedeni olarak dokuzuncu sırada yer almaktadır (USDHHS, 1990). 1980'lerin sonlarında alkol kullanımındaki azalmaya paralel olarak 1970'lerde yüz binde 14 gibi uç noktalara ulaşan siroz nedeniyle ölüm oranlarında da azalma görülmüştür. Diğer sık rastlanan fizyolojik değişmeler, endokrin salgıları ve pankreasta hasar, kalp yetmezliği, yüksek tansiyon ve bazı yüz, özelliklede burunda şişmelere ve kızarmaya yol açan lokal damar kanamalarıdır. Alkolün uzun süre kullanımının özellikle frontal lobdaki beyin hücrelerine zarar verdiği görülmekte, kortikal atropi ve diğer yapısal bozukluklara neden olmaktadır (Persons, 1975). Alkol, ayrıca bağışıklık sistemini zayıflatmakta bu nedenle de enfeksiyonlara ve kansere karşı duyarlılığı arttırmaktadır.

Hamilelik döneminde yoğun alkol kullanımı, zekâ geriliğinin bilinen bir nedenidir. Fetüsün gelişimi yavaşlar, kafa, yüz, kol ve bacaklarda anormallikler oluşur. Bu durum **fetal alkol sendromu** olarak adlandırılır. Makul düzeyde içki içmenin bile fetüs üzerinde çok ciddi olmayan ama istenmeyen etkileri olabilir. Bu nedenle alkol kötüye kullanımı ve Alkolizm Ulusal Enstitüsü, hamilelikte hiç alkol almamanın en emin yol olduğunu belirtmektedir *(Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration News,* 2 Mayıs, 1980).

Alkolün zararlı etkileri üzerine yoğunlaşmak uygun ve doğru olmakla birlikte, bazı insanla-

Hamilelik döneminde yoğun alkol kullanımı, fetal alkol sendromuna neden olur. Bu çocuklar yüz anomalileri kadar, zihinsel geriliğe de sahiptirler.



rın sağlığına yararlı olduğuna ilişkin kanıtlar da vardır. Az içme (günde 3 kadehten az), özellikle de şarap, hem kadınlarda hem de erkeklerde koroner kalp hastalığı riskini azaltmaktadır (Stampfer ve ark., 1988). Fakat araştırmacıların tamamı bu bulguyu kabul etmemektedir. Çok içmekten kaçınan insanlar, örneğin kalp, yüksek tansiyon gibi bir nedenden ötürü bunu yapıyor olabilirler. Kaçınan bu insanlar, az içen insanlarla karşılaştırıldığında kafa karıştırıcı bir durum ortaya çıkabilir. Eğer alkolün yararlı bir etkisi varsa, bu ya fizyolojik (örneğin, asetik asit tuzu, alkol metoboliti, koroner kan akışında artış) veya psikolojik (az koşuşturmalı bir yaşam stili ve azalmış saldırganlık düzeyi) olabilir. Bu konu ile Fransız Paradoksu olarak adlandırılan olgu arasında benzerlik mevcuttur. Buna göre, Fransızların beslenmesinde yüksek oranda doymuş yağ bulunmasına rağmen, kolesterol düzeyleri düşüktür. Bazı hipotezlere göre Fransızlar az ya da orta düzeyde kırmızı şarap içerek kolesterol düzeylerini düşürüyor olabilirler (Kuşkusuz; Fransızların taze sebze yemek, işe araba yerine yürüyerek gitmek türünden egzersizleri yapmak gibi yaşam tarzlarına ait bazı özellikler de, kalp hastalıkları için düşük risk geliştirmelerine neden olmaktadır). Bunlara rağmen, Birleşik Devletlerde yemek esnasında alkol kullanımını özendirmek, olası bir alkol kötüye kullanımı ile tehlikeli bir flört için zemin hazırlayabilir.

Uzun süreli alkol tüketiminin son derece ciddi psikolojik, biyolojik ve sosyal sonuçları olabilir. Alkolü kötüye kullanan kişinin işlevlerinde ciddi bozulmalar olduğundan, bu birey ile ilişki içinde bulunan diğer kişiler de derinden etkilenir ve yara alır. Kişi iş göremez, çalışamaz halde olduğundan, toplum da bu durumdan çok etkilenir. İlk verilere göre, içkiye harcanan para, iş kaybı, trafik kazalarına neden olması, doktorlar ve psikiyatristlere harcanan paraların toplamı her yıl 125 milyar doları aşmaktadır. Çok daha yıkıcı olan insan trajedisi ise kuşkusuz hesaplanamaz.

NİKOTİN VE SİGARA İÇME

Tütün içmenin tarihçesi, pek çok bakımdan diğer bağımlılık yapıcı maddelerinkine benzerdir (Brecher, 1972). Kolomb'un yerli Amerikalılarla yaptığı ilk ticaret sonrası denizciler ve tüccarların sarılı tütün yapraklarını içme konusunda yerlileri taklit etmeye başlamaları uzun sürmemiştir. Tütün içilmediği zaman çiğnenmiş ve küçük parçalar halinde öğütülerek buruna çekilmiştir.

Nikotin; tütünün temel alkoloidi ve alışkanlık yapan etkenidir. Nikotin reseptörleri adı verilen ve beynin haz merkezinde bulunan reseptörleri uyarır. Tütünün bağımlılık yapma özelliği, insanların onu elde etmek için ne denli fedakarlıklar yaptıklarına bakılarak anlaşılabilir. Örneğin, on altıcı yüzyılda İngiltere'de tütün aynı ağırlıkta gümüş ile değiştirilmiştir. Fakir insanlar, çok kısıtlı olan imkânlarını birkaç günlük tütün için harcayabilmişlerdir. On yedinci yüzyılda Osmanlı İmparatorluğu döneminde Sultan IV. Murat tarafından içenlere ceza olarak yapılan işkenceler bile, bağımlı olan kişileri bu ottan vazgeçirememiştir.

SİGARA İÇMENİN YAYGINLIĞI VE SAĞLIK AÇISINDAN SONUÇLARI

Sigaranın sağlığa zararlı olduğu, Birleşik Devletler Sağlık Bakanlığı tarafından 1964 yılından beri yayınlanan raporlar ile, inandırıcı bir şekilde ortaya konmuştur. Her yıl 430.000'den fazla Amerikalının bu nedenle erken öldüğü tahmin edilmektedir (Schultz, 1991). Birleşik Devletlerde her altı kişiden birinin ölümünden, herhangi bir yolla sigara sorumludur; günde 1100 kişiden fazlası ölmektedir. Tütün her yıl AIDS, araba kazaları, kokain, eroin, cinayet ve intihardan daha fazla sayıda Amerikalıyı öldürmektedir. Sigara içenlerin çocukları, içmeyenlerin çocuklarından daha fazla üst solunum yolları enfeksiyonu, bronşit ve kulak enfeksiyonlarına yakalanmaktadırlar. Sigara ve pipo ciğerlere nadir olarak çekildiği zaman, bunların sağlık üzerinde yarattığı riskler anlamlı derecede azalmaktadır; fakat ağız kanseri riski her iki durumda da yüksektir.

Uzun süreli sigara kullanımı ile ortaya çıkan ya da artan tıbbi problemler arasında, akciğer kanseri, amfizem, gırtlak ve yemek borusu kanseri ve çeşitli kalp-damar hastalıkları vardır. Yanan bir tütünün muhtemelen en zararlı bileşenleri, nikotin, karbon monoksit ve katrandır. Daha sonra ise kanserojenler olarak bilinen bazı hidrokarbonlar gelir (Jaffe, 1985).

1989 ve 1990 yıllarında, Hastalık Kontrol Merkezi (Centers for Disease Control) tarafından yayınlanan 20. ve 21. raporlarda (Cimons, 1992) ve diğer yayınlarda (Cherner, 1990; Jansen ve ark., 1996; Type, 1991); sigara içme alışkanlığını azaltmak için yapılan hükümet çalışmalarının 25 yıllık deneyimlerinden çıkartılan bazı sonuçlar şöyle özetlenmiştir:

- Amerikalı yetişkinlerde sigara içme oranı 1965'de %40'dan 1990'da %25'e düşmüştür Bu %15'lik düşüş önemlidir; sigara içenlerin neredeyse yarısı sigarayı bırakmıştır. Fakat 45 milyon Amerikalı hala sigara içmektedir ve içenlerin sayısı Asya ve Güney Amerika'da hala yüksektir. 1987'den bu yana sigarayı bırakma oranı 1965-1985 yılları arasındakinden iki kat daha fazladır. Bununla birlikte sigara içme oranı ergenler arasında 1991 yılından itibaren artmaktadır.
- Yerli Amerikalılar, Afrika kökenli Amerikalılar, vasıfsız işçiler ve eğitim düzeyi düşük bireyler arasındaki yaygınlık oranı yüksek kalmıştır. Bununla birlikte, son yıllarda sigara içiminde görülen en fazla düşüş oranı, Afrika kökenli Amerikalı erkeklerdedir. Üniversite mezunları ve 75 yaş üzerinde yaygınlık oranı en düşüktür.
- Kadınlarda sigara kullanımının yaygınlığındaki düşme oranı erkeklerinkinden daha azdır. Pek çok kadın kilo kaybetmek amacı ile sigaraya başlamaktadır.
- İnsanlar sigara içmeye genellikle çocukluk ve ergenlik döneminde başlamaktadırlar. Sigaraya başlama yaşı, özellikle genç kadınlarda, düşmektedir.
- Her gün, yaklaşık 1000 çocuk ve ergen sigaraya başlamaktadır ve bunların 750'si sigaraya bağlı, önlenebilir hastalıklardan erken ölmektedir.

Sigarayı bıraktıktan sonraki 5 ile 10 yıl arasındaki dönemde sağlık riskleri hiç sigara içmeyenlerin düzeyinden biraz fazla olmak üzere azalır ancak, akciğer dokusundaki harabiyetin dönüşü yoktur (Jaffe, 1985). Alkolde olduğu gibi, sigara içmenin de sosyoekonomik gideri oldukça fazladır. Her bir sigara içenin neden olduğu kayıplar üst üste konduğunda, her yıl 80 milyon kayıp yıl ve 145 milyon verimsiz gün anlamına gelmektedir. Üretkenlikteki bu kayıp, sigara içme ile ilgili sağlık giderleri de eklenince ikiye katlanmaktadır ve Birleşik Devletlerde bu miktar yılda 65 milyar doları aşmaktadır. Bu miktarın büyüklüğünü anlayabilmenin bir başka yolu da, miktarı gün hesabına çevirerek günde 178 milyon dolar olduğunu görmektir. Bu miktar; yılda 19.000 çocuğu doyurabilecek veya büyük bir şehirde hastane inşa edilmesine yetecek bir miktardır.

Son zamanlarda, düşük nikotinli sigara kullanımını özendirmek için reklam kampanyaları düzenlenmektedir. Genç kadınlar, düşük nikotin düzeyinin mide bulantısı gibi hoş olmayan yan etkilere daha az yol açması nedeniyle bu sigaralara daha kolay alışmaktadırlar. Böylece sigara içme deneyimi daha hoş olmaktadır (Silvestein, Feld ve Kozlowski, 1980). Gençlerin sigara içmesi ile ilgili kaygılar, günümüzde sigaranın otomatik makinelerde satılması ile çelişki yaratmaktadır. Pek çok yerde sigaranın yaşı küçük olanlara satılması yasaktır fakat bu otomatik makineler, bu yasağı delmenin en kolay yoludur ve bu nedenle de sigaraya karşı olan grupların hedefi haline gelmiştir.

PASİF İÇİCİLİĞİN SONUÇLARI

Biz yıllardır, sigaranın sağlığa zararlarının yalnızca içen kişi ile kısıtlı olmadığını bilmekteyiz. Bir sigarayı yakılışından bitinceye kadar teneffüs etmek, buna pasif içicilik (secondhand smoke) ya da çevresel tütün içiciliği diyoruz-sigarayı gerçekten içen kişiden daha fazla yoğunlukta amonyak, karbon monoksit, nikotin ve katrana maruz kalmak anlamına gelmektedir. Sigara içmeyenler, yoğun bir şekilde sigara dumanına maruz kaldıklarında, kalıcı akciğer harabiyetlerine uğrayabilmektedirler. Sigara içmeyen pek çok kişi, yanan bir tütünün kokusundan hoşlanmaz ve alerjik reaksiyonlar gösterirler. Pasif içicilik ABD'de yılda 50.000'den fazla kişinin ölümünden[1] sorumludur ve 1993 yılında Çevre Koruma Ajansı, pasif içicilik durumunu,

[1]Bu istatistiğe ilişkin fikir edinmek için Vietnam savaşındaki ölümlerin toplam 58.000 olduğu hatırlanabilir.

Bulunulan ortamda sigara içilmesi, sigara içmeyenlerin ciğerlerinde hasara yol açabilir ve solunum yolu enfeksiyonlarına neden olabilir.

asbest ve radon kadar zararlı ve tehlikeli olarak sınıflandırmıştır. Hamilelik esnasında sigara içen kadınların bebekleri, daha erken ve düşük kilo ile doğmakta, doğuştan gelen bazı özürlere sahip olabilmektedir.

Son yıllarda bazı eyalet hükümetleri, halka açık mekânlar ve iş yerlerinde sigara içmeyi düzenleyen duyurular yayınlamaktadırlar. Sigara içmek, süper market, otobüs, hastane, kamu binaları, uçaklar ve tüm yurtlarda yasaktır. Restoranlar sigara içmeyenler için ayrı mekânlar ayırmak zorundadır ve bazı restoranlarda ise sigara içmek tamamıyla yasaktır. Toplam 50'den fazla kişinin çalıştığı işyerleri ya sigara içmeyi yasaklamak ya da sigara içenler için ayrı bir mekân yaratmak zorundadırlar. Sigara içme yasağının en sıkı olduğu yerler spor alanlarıdır. Buralarda sadece sigara içmek değil, sigara reklamları bile yasaktır. Sigara içmeyen bazı kişiler, bu tür yasaklara sevinirler fakat sigara içenler ve tütün endüstrisinden gelen bazı baskılar, bazen bu kanunun uygulanmasını sekteye uğratmaktadırlar. Bazı sigara içicileri bu tür yasaklara, haklarına yönelik ileri bir tecavüz olarak görüp kuvvetle karşı çıkmaktadırlar.

MARİHUANA

Marihuana (esrar), *Kannabis sativa* denilen bir bitkinin kurutulmuş ve ufalanmış yaprak ve çiçek uçlarından oluşur. Sıklıkla sigara gibi içilir; fakat aynı zamanda çiğnenebilir, çay gibi hazırlanarak içilebilir veya fırında pişen yiyeceklerin içine konabilir. Marihuanadan daha kuvvetli olan **haşhaş,** iyi kaliteli kannabis bitkisinin reçinesinin çıkartılıp kurutulması ile elde edilir. Önceleri Amerika'da içmek için değil, liflerinden ip ve kumaş elde etmek için üretilirdi. On dokuzuncu yüzyılda kannabis reçinesinin ilaç özellikleri fark edildi ve romatizma, gut, depresyon, kolera ve nevralji gibi hastalıkların tedavisi için kullanılmaya başlandı. 1920'ye kadar, Amerika'da çok az görülmesine rağmen haz vermesi için de kullanılıyordu. Alkol satışının yasaklanmasıyla birlikte bazı kişiler Meksika sınırından getirilen Marihuanayı içmeye başladılar. Basında, Marihuanayı cinayetlerle ilişkili olarak gösteren olumsuz raporlardan sonra, 1937'de Marihuana kullanımını yasaklayan yasa çıkartıldı. Günümüzde Marihuana kullanımı pek çok ülkede yasa dışıdır ve bu ülkelerin bazıları, Marihuana satışının yasaklanması ile ilgili olarak Birleşmiş Milletler ile anlaşma içindedir (Goodwin ve Couze, 1984).

MARİYUANA KULLANIMININ YAYGINLIĞI

Birleşik Devletlerde madde kullanımını araştırmakla görevli olan National Institute of Drug Abuse (NIDA), yapmış olduğu tarama sonuçlarını belirli aralıklarla yayınlamaktadır. Bu taramalar 12 ile 18 yaş arasındaki gençlerle, 18-25 yaş arası genç yetişkinleri ve 25 yaş üstü kişileri kapsamaktadır. Katılanlara şimdiki ilaç kullanımı, geçmişteki kullanımları, kullanım sıklığı, ilaçların çeşitliliği gibi sorular sorulmaktadır. Son yirmi yıldaki eğilim, Marihuana kullanımının 1979 yılında en yüksek noktaya eriştiği, sonraki on yılda düşme gösterdiği ve tekrar yükseldiği yönündedir. Aşağıda tarama çalışmasına katılan 12-17 yaş arasındaki gençlerden en az bir kez Marihuana kullandığını belirtenlerin yüzdeleri verilmektedir: 1972'de %14, 1979'da %31, 1985'de %24 ve 1991'de %13 (Kozel ve adams, 1986; *Marihuana Research Findings,* 1980; *National Survey on Drug Abuse,* 1979, 1982, 1991). Tütünde olduğu gibi Marihuana kullanımıda 1991 yılından beri dikkate değer oranda artmaktadır (Cimons, 1995; Greenberg, 1996; Kipke, Montgomery ve MacKenzie, 1993).

MARİYUANANIN ETKİLERİ

Diğer pek çok ilaçta olduğu gibi Marihuana da risksiz değildir. Bilim genellikle bir ilaç hakkında ne kadar çok şey öğrenirsek onun o kadar tehlikeli olduğunu ortaya çıkartmaktadır. Marihuana da bu alanda bir istisna değildir (Odak 12.1'e bakınız).

New York'ta bir popüler binada haşhaşın ilk eğlence amaçlı kullanımı. Illustrated Police News'ın 1876 sayılarından birinde "Beşinci Caddede bir Haşhaş Evinde Güzel Kadınların Sefahatı" başlıklı resim basılıdır.

PSİKOLOJİK ETKİLERİ

Pek çok ilaçta olduğu gibi Marihuananın etkisi de gücüne ve dozun miktarına bağlıdır. Marihuana içenler, Marihuananın onları rahatlattığını ve daha sosyal olmalarını sağladığını belirtirler. Yüksek dozun, duygularda ani değişikliğe neden olduğu, dikkati azalttığı, düşünceyi dağıttığı ve belleği bozduğu bildirilmektedir. Zaman çok yavaş geçiyor gibi görünür. Çok yüksek dozların bazen halüsinasyonlar ve LSD'nin diğer etkilerine benzeyen durumlara yol açtığı bulunmuştur. Bunların arasında korkutucu deneyimin hiç bitmeyeceği inancından kaynaklanan aşırı panik hali de vardır. Davranışsal etkilerin ortaya çıkması, içe çekildikten (içildikten) yarım saat kadar sonra ortaya çıktığı için dozu ayarlamak zor olabilmektedir. Pek çok kullanıcı bu nedenle istediklerinden daha fazla miktarda Marihuanaya maruz kalmaktadırlar. Psikolojik problemleri olan insanların genellikle Marihuana veya diğer psikoaktif maddeler açısından yüksek risk grubunu oluşturduklarına inanılır. Genel inancın aksine, Marihuana, şiddet davranışı ile bazı ilişkiler gösterir (Spunt ve ark., 1994); fakat mekanizması belirsizdir (Sussman ve ark., baskıda).

Marihuanadaki ana aktif kimyasal madde ayrıştırılmış ve delta-9- tetrahydrocannabinol (TCH) olarak adlandırılmıştır. Marihuanadaki TCH miktarı değişkendir, fakat genellikle Marihuana günümüzde on yıl öncekinden daha güçlüdür (Zimmer ve Morgan, 1995). 1980'lerin sonlarında beyinde kannabis reseptörleri keşfedilmiş; bundan çok kısa bir süre sonra da vücudun kannabis benzeri olan ve mutluluk veren *anandamit* adlı (Sanskritçe'de büyük mutluluk anlamına gelmektedir) bir maddeyi ürettiği saptanmıştır (Sussman ve ark., baskıda).

Çok sayıda bilimsel kanıt, Marihuananın bilişsel fonksiyonları geniş çapta etkilediğini göstermektedir. Pek çoğu 1960'ların sonunda gerçekleştirilen laboratuar çalışmaları -sayılar yerine şifreler koyma, reaksiyon zamanı testi, sayı dizilerini baştan sona, sondan başa tekrar etme, aritmetik hesaplama, okuma ve konuşma testleri- Marihuananın etkisi altındaki kişilerde entelektüel bozulmanın olduğunu göstermektedir (*Marihuana Research Findings, 1980).* Bunların içinde en önemlisi ise kısa süreli bellek kaybının görülmesidir. Düzenli olarak Marihuana kullanan pek çok lise öğrencisinin öğrenmeleri, Marihuana nedeniyle ciddi biçimde engellenmektedir.

Pek çok çalışma, aşırı dozda Marihuana alımının, araba kullanmak için gerekli olan karmaşık psikomotor becerileri bozduğunu göstermektedir. Ölümcül kazalar ve tutuklanan sürücüler, bu kazalarda ve tutuklanma durumlarında Marihuananın önemli miktarlarda rol oynadığını göstermektedir (Brookoff ve ark., 1994). Benzer şekilde uçuş simülatöründeki hareketleri de bozduğu saptanmıştır. Bir kişi %2 TCH içeren bir veya iki Marihuana sigarasının etkisinin azaldığını zannettikten 8 saat sonra bile bazı performanslar azalmaktadır. Asıl tehlike, kişinin bu durumunun oluşmasının farkında olmadığı için, yeterli fonksiyona sahip olmadığı halde araba kullanması ve uçmasıdır.

Marihuananın kronik bir şekilde kullanımı, kişinin kullanmadığı zamanlarda zihinsel işlevleri bozmakta mıdır? 1970'lerin sonlarında bellek ve problem çözme konusunda Mısır ve Hindistan'da yapılan çalışmalar, Marihuana kullananların bu yetilerinde, kullanmayanlara göre bazı bozulmaların olduğunu göstermektedir (Soueif, 1976, Wig ve Varma, 1977). Amerika'da son dönemlerde yapılan bir araştırmada da bellekte bozulma olduğu, ancak genel entelektüel yetilerde herhangi bir yetersizliğin görülmediği belirtilmektedir (Millaps, Azrin ve Mittenberg, 1994). Bu problemlerin yoğun madde kullanımından önce var olup olmadığını bilmek ise mümkün değildir.

Anket çalışmalarından elde edilen bulgular, ergenlik döneminde Marihuana kullanımının, yetişkinlikte psikolojik problemlere yol açabileceğini göstermektedir. Kandel ve arkadaşları (1986), yirmili yaşların ortalarında ve New York açık lisesinde bulunan 1004 yetişkin ile madde kullanımına ilişkin görüşmeler yapmıştır. Marihuana kullandığını belirten kişilerin daha fazla ayrı yaşama ya da boşanma durumunda oldukları, daha fazla suç işledikleri, daha fazla ruh sağlığı uzmanına başvurdukları, kadınların da düzensiz iş hayatları olduğu belirtilmektedir. Ancak yazarlar, Marihuana gibi bir ilacın belirgin etkisini, Marihuana içenlerin kullandığı diğer ilaçlardan, özellikle de alkol ve kokainden, ayırmanın çok güç olduğuna dikkat çekmektedirler.

SOMATİK ETKİLERİ

Gözlerde kanlanma ve kaşınma, ağızda ve boğazda kuruluk, iştahta artma, göz içerisindeki basıncın düşmesi ve bir dereceye kadar kan basıncının artması Marihuananın kısa süreli etkileri arasında sayılabilir. Marihuana içmenin,

ODAK 12.1

BASAMAK TAŞI KURAMI - MARİYUANADAN DAHA GÜÇLÜ UYUŞTURUCULARA

Marihuana kullanımı ile ilgili olarak zaman zaman değinilen bir konu da basamak taşı kuramı olarak adlandırılır. Bu kurama göre Marihuana, yalnızca kendisi zararlı bir madde olduğu için değil, aynı zamanda gençlerin eroin gibi diğer maddelere bağımlılığında ilk basamağı oluşturduğu için tehlikelidir. 1960'ların sonlarında Marihuananın zararları konusundaki bilgiler yetersizdi ve konu temelde politik ve kuşağa dayalı idi. Ergenlik çağında ve üniversite öğrencisi olan insanlar, Marihuana kullanımı konusunda cesaret kırıcı bilimsel verilerden yoksun olan daha yaşlı kuşağın basamak taşı teorisini uydurduklarına; satışı ve kullanımına acımasız yasal engeller getirmeye çalıştıklarına inandılar. Ağır ilaçların (hurd drug) çok zararlı olduğuna ilişkin şüphe yok; ancak Marihuana için bunun daha da fazlası söylenebilir, çünkü Marihuana bu ağır ilaçların kötüye kullanımına geçişte ilk adımı oluşturmaktadır.

Son yirmi yıl içinde yapılan çalışmalar, Marihuana kullanımının, burada da anlatılan bazı özel tehlikeleri olduğunu ortaya çıkartmıştır. Fakat Marihuana daha ciddi bir maddenin kötüye kullanımı için basamak taşı oluşturur mu? Bu soruya cevap vermek pek de güç değildir. Düzenli olarak Marihuana kullananların %40'ı eroin ve kokain gibi maddelerin kullanımına geçmemiştir (Stephens, Roffman ve Simpson, 1993). Bu nedenle eğer biz basamak taşı deyimiyle, daha güçlü maddelere kaçınılmaz bir geçişi kastetmek istersek, o zaman Marihuana bir basamak taşı değildir. Diğer taraftan biz, eroin ve kokain kullananların tamamı olmasa da bir kısmının işe Marihuana ile başladıklarını biliyoruz. En azından Amerika'da, Marihuana kullananların daha sonra eroin ve kokain kullanma olasılıklarının hiç kullanmayanlara göre daha yüksek olduğunu biliyoruz (Kandel, 1984).(Ayrıca sigara kullananların Marihuana kullanma olasılıklarının kullanmayanlara göre daha yüksek olduğunu biliyoruz. Tartışmalardan biri de 1996 Ağustos ayında başkan Clinton tarafından yaşı küçük bireyler üzerindeki etkilerinden dolayı sigara kullanımına ilişkin reklamlara kısıtlama getirilmesi amacıyla yapılmıştır). Dahası,

Mariyuanna kullanan kişilerin çoğu eroin gibi diğer maddeleri kullanmaya geçmezler ama eroin kötüye kullananların çoğu madde kullanımlarına mariyuana kullanarak başlamışlardır

yetişkinlik dönemindeki kokain kullanımının en önemli yordayıcısı, ergenlik döneminde yoğun Marihuana kullanımıdır (Kandel, Murphy ve Karus, 1985; Zel ve Adams, 1986) Yasal bir madde olan alkol de, diğer maddelerle bağlantılı üçüncü bir değişken olarak ele alınabilir. Yasal maddeleri kullananların, yasa dışı maddeleri kullanma konusunda daha fazla risk taşıdıklarına ilişkin kanıtlar artmaktadır. Kısacası, yasadışı ya da yasal maddelerin kullanımı, kullanıcıları uyuşturucu kullanımının olasılığını arttıran çevresel ipuçlarına doğru iter.

Belki de basamak taşı kuramından daha iyisi ağ (network) kuramı olabilir. Network, neden ve sonuç ilişkisindeki karmaşık yapının gerçekte ayrıştırılamayacağını, fakat bazı değişkenler arasındaki bağlantıların kabul edilebilir olduğunu belirtir. Örneğin, eroin ve kokaini düzenli olarak kullanan bazı kişiler daha güvenli olarak gördükleri –ya da daha az zararlı olan- ve bunların yerini tutan Marihuanaya geri dönmektedirler (Susman ve ark., baskıda). Marihuana tablonun bir bölümüdür, fakat daha zararlı maddelerin kullanımına yol açan pek çok bileşenden yalnızca bir tanesidir.

normal bir kalp üzerine ters etkileri olduğuna ilişkin bir kanıt yoktur. Marihuana kalp fonksiyonlarında bozukluk olanlar için tehlikelidir, çünkü bazen kalp atım hızını dramatik olarak arttırır. NIDA raporunda da belirtildiği gibi, bu etki kullanıcı kişi yaşlandıkça daha da kaygı verici olur. Bugünün 30 yaşındaki sağlıklı kullanıcıları, damar sertliği gibi, kalp-damar sistemlerindeki anlamlı değişiklikler nedeniyle yarının 50 yaşındaki kalp-damar hastalığı riski taşıyıcıları olacaktır. Bu yaşta hala ilacı kullanıyorlarsa, kalpleri ilacın etkilerine daha duyarlı olacaktır. Tütünün kronik kullanımında olduğu gibi, Marihuananın uzun süreli kullanımı da, kısa süreli kullanımına ilişkin olarak yapılan çalışmalarla yordanamayacak kadar çok sorunlar yaratabilir (Jones, 1980).

Marihuananın uzun süreli kullanımı, akciğer yapısına ve işlevlerine ciddi zararlar verebilir (Grinspoon ve Bakalar, 1995). Marihuana kullananlar, tütün kullananlardan daha az sayıda içseler de, pek çoğu Marihuanayı daha fazla

ve daha derin içine çekmekte ve de daha uzun süre ciğerlerinde tutmaktadırlar. Tütün sigarasında olan kanserojen maddelerin bazıları Marihuanada da bulunmaktadır. Bu nedenle sadece sayı göz önünde bulundurulduğunda, Marihuananın zararlı etkisi beklenenden daha fazla olacaktır. Örneğin bir adet Marihuanalı sigara (Joint) içmek karbon monoksit içeren 5 tütün sigarasını, 4 katranı içmeye ve solunum yolundaki 10 hücre hasarına eşittir (Susman ve ark., baskıda). Marihuana aynı zamanda bağışıklık fonksiyonlarını da zarara uğratır (Swan, 1994).

Son olarak, Marihuana üreme fonksiyonları için de zararlı olabilir. Kronik erkek kullanıcılar üzerinde yapılmış iki çalışmada sperm sayısında düşüklük ve sperm hareketlerinde yavaşlama saptanmıştır. Bu durum üretkenliğin azalabileceğini göstermektedir (Hembree, Nahas ve Huang, 1979; Issidorides, 1979). Benzer şekilde Marihuana kullanan kadınlarında yumurtlama fonksiyonlarında bozulma görülmektedir (Vandaris ve ark., 1976).

Marihuana bağımlılık yapar mı? Yaygın olan ilk görüşlerin tersine, bağımlılık yapabilir. Amerikalı askerler, Vietnam'dan zehirli olabilecek dozlarda TCH'ye alışmış olarak geri döndüklerinde, toleranstan kuşkulanıldı. Yapılan kontrollü gözlemler, Marihuananın alışkanlık düzeyinde kullanılmasının tolerans gelişmesine yol açtığını gösterdi (Compton, Dewey ve Martin, 1990; Nowlan ve Cohen, (1977). Uzun süre Marihuana kullananların alıştıkları dozları almadıklarında yoksunluk belirtileri gösterip göstermedikleri belirsizdir (Johnson, 1991). Eğer Marihuanaya fiziksel bağımlılık gelişiyorsa, bu nikotine, kokaine ve alkole geliştirilmiş olan fiziksel bağımlılıktan çok daha az ciddidir.

Marihuanaya fiziksel bağımlılık gelişip gelişmediği sorusu *ters tolerans* (revese tolerance) ile daha karmaşık hale gelmektedir. Deneyimli içicilerin sarhoş olması için, bir iki nefes yeterli olurken, daha az deneyimli içicilerin sarhoş olabilmesi için çok daha fazla nefese ihtiyaç vardır. Ters tolerans, eroin gibi bağımlılık yapan ilaçların toleransının tam tersidir. TCH maddesi, çabucak metabolize olduktan sonra, bedenin yağ dokularında depolanmakta ve bir ay gibi uzun bir sürede çok yavaş olarak açığa çıkmaktadır. Bu durum da ters toleransı açıklayabilir.

TEDAVİ EDİCİ ETKİLERİ

İronik olarak, Marihuananın tedavi için kullanımı, düzenli ve uzun süreli kullanımının olumsuz etkilerinin ortaya çıktığı zamana denk gelmektedir. 1970'li yıllardan çift körlemesine yöntem ile yapılmış olan çalışmalar (örneğin; Salan, Zinberg ve Frei, 1975) Marihuana ve benzeri bazı ilaçların, kanser hastalarında kemoterapi ile ilgili olarak görülen bulantı ve iştah kaybını azaltabildiğini göstermiştir. Son bulgular da bunu destekler niteliktedir (Grinspoon ve Bakalar, 1995). Bulantı giderici diğer ilaçların etkili olmadığı durumlarda Marihuananın sıklıkla bulantıyı azalttığı görülmektedir. Marihuana, AIDS ve göz küresinde sıvının atılamaması anlamına gelen glokom hastalığının vermiş olduğu rahatsızlıkların tedavisinde de kullanılmaktadır (Susman ve ark., baskıda).

Ancak, Marihuananın tedavi edici bir madde olarak kullanımı tartışmalı bir konudur. Bazı AIDS hastaları, bu maddeyi içerek rahatlamaktadırlar. İştahı açmakta, bulantıyı azaltmakta, uyumalarına yardımcı olmaktadır. İki düzine hastaya Marihuana sağlayan bir federal program, Marihuananın insan sağlığına zararlı olması nedeniyle, 1992 yılında sona erdirildi (Klein, 1992). THC halen daha hap şeklinde bulunmaktadır. Bu hapların AIDS hastalarına ve diğer hastalara içilebilen formu kadar yararlı olmadığı görülmektedir.

YATIŞTIRICILAR VE UYARICILAR

Birleşik Devletlerde 1914'e kadar ilaçlara bağımlılık hoş karşılanmamış; fakat tolere edilmiştir. Bu tarihte Harrison Narkotik Yasası ile çeşitli ilaçların kullanımı yasaklanmış ve kullananlar suçlu kabul edilmiştir. Burada tartışacağımız ilaçların hepsi yasa dışı değildir. Genel olarak iki kategoriye ayrılırlar: Yatıştırıcılar (sedatifler) ve Uyarıcılar (stimulanlar).

YATIŞTIRICILAR

Temel **yatıştırıcılar (sedatifler),** sıklıkla sakinleştiriciler olarak da anılır, bedenin aktivitesini yavaşlatırlar ve tepkilerini azaltırlar. Bu grup ilaçlar opiyatlar -opium ve ondan türetilen morfin, eroin ve kodein-, sentetik barbituratlar ve sekobarbital (seconal) gibi sakinleştiricilerden (tranklizan) oluşur.

OPİYATLAR

Opiyatlar, az miktarlarda kullanıldığında ağrı giderici ve rahatlatıcı olan bir grup yatıştırıcıyı temsil ederler. Opiyatların en önemlilerinden

Bir afyon bitkisi. Bitkinin kapsülü çizildiğinde içinden ham afyon sızar

biri, M.Ö. 7000 yılında Sümerliler tarafından da bilinen ve başlangıçta uluslararası uyuşturucu trafiğinin temel maddesi olan **afyon** (opium) dur. Sümerliler bu maddeyi sağlayan *poppy* bitkisine, günümüzde de hala bilinen "mutluluk bitkisi" adını vermişlerdir. Afyon, on sekiz alkoloidin karışımıdır; fakat 1806 yılına kadar insanlar bu maddeler ve potansiyelleri hakkında hiçbir bilgiye sahip değildi.

O yılda, ismini Yunan Düş Tanrısı Morpheus-dan alan **morfin** alkoloidi, ham afyondan ayrıştırıldı. Acı bir tada sahip olan bu toz, çok kuvvetli bir yatıştırıcı ve ağrı kesici idi. Alışkanlık yapıcı etkisi keşfedilmeden önce, patentli birçok ilaçta kullanılıyordu. On dokuzuncu yüzyılın ortalarında Amerika'da hipodermik iğne bulunduğu zaman, morfin ağrıyı kesmek için doğrudan damara enjekte edilmeye başlandı. İç savaş esnasında yaralanan ve dizanteri olan pek çok asker morfin ile tedavi edildi ve evlerine bu maddeye bağımlı olarak döndüler.

Hastaların daha sonraki yaşamlarını olumsuz etkileyen bir ilacın verilmesinden duyulan kaygı ile bilim adamları morfin üzerinde çalışmaya başladılar. 1874 yılında morfinin, çok güçlü bir ağrı kesici olan ve **eroin** olarak adlandırılan başka bir ilaca dönüştürülebileceğini buldular. Eroin başlangıçta morfin bağımlılığını tedavi etmek için kullanıldı; öksürük şuruplarında ve patentli diğer ilaçlarda morfinin yerini aldı. Pek çok hastalık G.O.M (God's own medicine) veya "Tanrının İlacı" olarak bilinen eroin ile tedavi edildi (Brecher, 1972). Ancak, eroinin morfinden daha kuvvetli ve daha çok bağımlılığa yol açan bir madde olduğu ve de etkisinin daha yoğun ve çabuk olduğu ortaya çıktı. 1909'da başkan Theodore Roosevelt, afyon ve opiyatlarla ilgili olarak federal bir soruşturma açılmasını istedi.

PSİKOLOJİK VE FİZİKSEL ETKİLERİ

Marihuana ve Marihuanadan türetilen morfin ve eroin, aşırı coşku, hayalcilik, dalgınlık, uyuşukluk ve bazen de koordinasyonda bozukluğa yol açar. Bu temel etkilere ek olarak eroinin iğneyle verildikten hemen sonra, bir sıcaklık hissi ile yayılan coşkunluk yaratma etkisi vardır. Bağımlı kişinin bütün kaygı ve korkuları yok olur, dört ile altı saat arası kendine güveni tamdır. Fakat daha sonra düşüş yaşanır ve uyuşukluk sınırına varılır. Opiyatlar, vücudun kendi opioid sistemindeki sinir hücresi reseptörlerini uyararak etkilerini oluştururlar. Vücut, endorfin, enkefalin ve opium olarak adlandırılan opioidleri üretir ve bunları kendi uygun reseptörlerine yönlendirir, onları uyarır. Opiyatlar belirgin biçimde fizyolojik bağımlılık yaratırlar. Kullanıcılar hem ilaçlara gittikçe artan düzeyde tolerans geliştirirler hem de ihtiyaç duydukları dozu bulamazlarsa yoksunluk belirtileri gösterirler.

Tolerans geliştikten sonra eroin alınmadığı takdirde, son enjeksiyondan sonra sekiz saat içerisinde tepkiler başlayabilir. Daha sonraki birkaç saat içinde birey kas ağrıları duyabilir, hapşırır, terler, gözleri yaşarır ve çok fazla esner. Bu belirtiler gribe benzer. Otuz altı saat içinde yoksunluk belirtileri şiddetlenmeye başlar. Kon-

Eroin, 1874 yılında afyon'dan elde edildi ve çeşitli ilaçların içerisine karıştırılarak serbest bir biçimde (reçetesiz) satılmaya başladı. Bu reklam, eroin ihtiva eden bir diş ilacını göstermektedir. Reklam muhtemelen işe yaramıştır.

trol edilemeyen kas atmaları, kramplar, birbirini takip eden sıcak ve soğuk basmaları, kalp atışında hızlanma ve tansiyonda yükselme görülebilir. Bağımlı kişi uyuyamaz, kusar ve ishali vardır. Bu belirtiler yetmiş iki saat kadar sürer ve beş-on gün içinde yavaş yavaş ortadan kalkar.

Veri toplamadaki büyük güçlüklere rağmen, Birleşik Devletlerde bir milyonun üzerinde eroin bağımlısı olduğu tahmin edilmektedir (Goldstein, 1994). Yıllardır doktorlar ve hemşireler arasındaki bağımlılık oranı, eğitim düzeyi eşit diğer kişilerle karşılaştırıldığında daha yüksektir. Bu durumun, tıbbi mekanlarda opiyatlara ulaşmanın daha kolay olması ve bu insanların mesleklerinin doğası gereği daha stresli bir ortamda çalışıyor olmalarından kaynaklandığına inanılmaktadır (Jaffe, 1985). Eroin önceleri fakir kişiler ve şehir içi ile sınırlıydı. Son yıllarda ise orta ve üst-orta sınıf üniversite öğrencileri ve genç profesyoneller arasında da yaygınlaşmaya başladı ve bu gruplar arasında popülarite açısından kokain ile yarışmaya başladı. İstatistikler durumu daha da iyi anlamamıza yardımcı olmaktadır: 1988 yılında 1250 kişi eroin içtikten sonra acil servislere gitmiştir. 1994'te bu rakam 27300'e ulaşarak %2000'lik bir artış göstermiştir. Madde rehabilitasyon merkezlerindeki trafiğin de aynı oranda arttığı görülebilir (Corwin, 1996).

Bu artışın nedenlerinden bir kısmı, günümüzde elde edilen eroinin özelliğinden kaynaklanmaktadır. Örneğin elli yıl önce Güney Kalifornia'da satılan eroin toz halinde idi ve saflık derecesi %5'den azdı. Günümüzde ise saflık derecesi % 25-50 arasında değişmekte ve sakız şeklinde satılmaktadır. Bu şekilde satılması kullanıcının bunu seyreltmesini, gücünü azaltmasını zorlaştırmakta, bu nedenle de özellikle yeni kullanmaya başlayanlar aşırı doza maruz kalabilmektedir (Corwin, 1996).

Opiyatlar, bu maddeleri kullananlarda bir seri problemlere neden olurlar. 500 eroin bağımlısı üzerinde yapılan 24 yıllık bir izleme çalışması sonucunda, bu kişilerin %28'inin 40 yaş civarında öldüğü belirlenmiştir. Ölen bu kişilerin yarısı öldürülme, intihar ya da kaza sonucu yaşamlarını yitirmişler, üçte biri ise aşırı dozdan ölmüşlerdir (Hser, Anglin ve Powers, 1993). İllegal madde kullanımının sosyal sonuçları da en az bu kadar ciddidir. Madde ve maddenin temin edilmesi, kullanıcının varlığının merkezi haline gelir, bütün aktivitelerini ve sosyal ilişkilerini yönetir. Maddelerin çok pahalı olması -kişi sıklıkla günde 200 dolardan fazla harcamak zorundadır- ya çok zengin olmalarını ya da bu parayı fuhuş, uyuşturucu satıcılığı gibi yasadışı yollardan sağlamalarını gerektirmektedir. Opiyat bağımlılığı ve suç davranışı arasındaki ilişki bu nedenle çok yüksektir. Bu durum da kuşkusuz, madde bağımlılığının suça neden olduğu yönündeki inancı desteklemektedir. Tüm bunlara ek olarak günümüzde yaşanan problemlerden biri de iğnelerin paylaşılmasından kaynaklanan HIV virüsünün bulaşması, yani AIDS'tir.

SENTETİK YATIŞTIRICILAR

Yatıştırıcıların temel bir türü olan **barbiturat-lar,** gevşeme ve uykuya yardımcı olmak amacıyla geliştirilmişlerdir. İlk barbiturat 1903'de üretilmiş ve o zamandan beri de barbiturik asidin yüzlerce türevi yapılmıştır. Bu ilaçlar başlangıçta çok etkili bulunmuş ve sıklıkla reçetelere yazılmıştır. Bağımlılık yapıcı etkisi keşfedildiğinden, 1940'larda bu ilaçlara karşı bir kampanya başlatılmış ve doktorlar barbituratları reçetelerine daha az yazmaya başlamışlardır. Günümüzde Valyum gibi benzodiazepinler sıklıkla kullanılmakta ve istismar edilmektedir. Birleşik Devletlerde yatıştırıcılar oldukça çok miktarda üretilmektedir; öyle ki her bir kadın, erkek ve çocuğa yılda 50 tablet düştüğü tahmin edilmektedir. Pek çoğu yasal olarak Meksika'ya gönderilmekte sonra da yasa dışı yollardan tekrar Amerika'ya getirilmektedir. Birden fazla türde ilaç alan pek çok kişinin kullandığı ilaçlardan biri de barbituratlar ya da diğer yatıştırıcılardır. Bu kişiler bazen bir uyarıcıdan vazgeçmek ya da yoksunluk etkilerini azaltmak için bu ilaçları kullanırlar.

Yatıştırıcılar kasları gevşetir, kaygıyı azaltır ve küçük dozlarda alındığında hafif coşkulu bir durum yaratırlar. Alkol ile birlikte alındıklarında ortaya çıkan psikolojik etkilerin GABA sistemin[2] uyarılması ile oluştuğu düşünülmektedir. Yüksek dozlarda alındığında konuşma peltekleşir ve denge bozulur. Kavrama, konsantrasyon ve iş yapabilme gücü önemli derecede bozulabilir. Kişi duygusal kontrolünü kaybedebilir ve derin uykuya dalmadan önce çok sinirli ve kavgacı olabilir. Diyaframı kontrol eden kasları aşırı gevşeterek kişinin boğulmasına yol açması nedeniyle, çok yüksek dozlarda alındığında öldürücü olabilir. Bölüm 10'da da belirtildiği gibi, yatıştırıcılar sıklıkla intihar aracı olarak seçilirler. Bu-

[2] *Quaalude ve Sopor ticari adıyla satılan ve etkileriyle barbituratlara benzeyen bir sedatif olan metaqualone popüler bir sokak uyuşturucusu olmuştur. Bağımlılık yaratıcı olmasının ötesinde başka tehlikeler de yaratmaktadır – iç kanama, koma ve hatta aşırı dozdan ölüm.*

nunla birlikte birçok kullanıcı bu ilaçlarla birlikte alkol alarak kazara kendini öldürür; çünkü alkol yatıştırıcıların depresyon etkisini arttırır. Uzun süre yüksek dozda kullanım beyinde hasara ve kişilikte bozulmaya yol açabilir.

Yatıştırıcıların uzun süre kullanımı ile tolerans artar ve kullanım aniden kesilirse şiddetli ve uzun süren, bazen de ani ölümlere yol açan yoksunluk belirtileri görülebilir. Delirium, konvulsiyonlar ve diğer belirtiler, alkol kullanımının aniden kesilmesi sonucu oluşan yoksunluk belirtilerine benzer.

Üç tip kötü kullanımdan söz edilebilir. Birinci grup, yasadışı ilaç kullananlar ile ilgili kalıp yargılara uygundur: Genellikle erkek ve antisosyal ergenler ve genç yetişkinler. Bunlar ilacı duygu durumlarını ya da bilinç düzeylerini değiştirmek amacıyla, bazen de başka ilaçlarla karıştırarak alırlar. İkinci grup; doktorun uykusuzluk ve kaygıyı gidermesi amacıyla vermesi ile ilaca başlayan ve giderek daha yüksek dozlarda kullanarak alışkanlık geliştiren orta yaşlı ve orta sınıftan kişilerdir. Bu kişiler ilaçlarını sokak satıcılarından almazlar, çünkü istediklerinde reçetelerine tekrar tekrar yazdırırlar ve kuşkuyu çekmemek için de doktor değiştirebilirler. Üçüncü grup, ilacı kolaylıkla elde edebilen doktor ve hemşire gibi sağlık personelinden oluşur ve sıklıkla kaygı ile bağlantılı problemlerini kendi kendilerine tedavi etmek için kullanırlar (Liskow, 1982).

UYARICILAR

Uyarıcılar (stimülanlar) veya kokain gibi bir üst düzeyde bulunan maddeler, beyin ve sempatik sinir sistemini etkileyerek dikkati ve motor aktiviteyi arttırırlar. Benzerdin gibi amfetaminler sentetik uyarıcılardır; kokain ise koka yaprağından elde edilen doğal bir uyarıcıdır. Odak 12.2'de az riskli ve çok daha yaygın bir uyarıcı olan kahve de ele alınmıştır.

AMFETAMİNLER

Çin asıllı Amerikalı bir kimyager olan Chen, astımı tedavi etme çabaları içindeyken eski Çin ilaçlarını incelemiştir. Bu esnada tedavi için sık sık önerilen ve çölde yetişen mahuang isimli bir bitki ile karşılaşmıştır. Sistematik bir çalışma sonucunda Chen bu bitkiden *Ephedra* grubuna ait bir alkoloidi ayrıştırmış ve astımın tedavisinde oldukça etkili olduğunu görmüştür. Fakat ilaç için bitkinin şurubunu elde etmenin etkili olmadığı düşünülerek sentetik formu için çalışmalar başlamıştır. **Amfetaminler** bu arayışın sonucudur (Snyder, 1974).

İlk amfetamin olan Benzerdin 1927'de yapılmıştır. 1930'ların başında burun tıkanıklığını açmak için ticari olarak satışa sunulduğunda, halk uyarıcı etkilerini de keşfetti. Daha sonra doktorlar bu ilacı ve diğer amfetaminleri hafif düzeydeki depresyon ve iştahı kontrol etmek için kullandılar. II. Dünya Savaşı sırasında her iki taraf da bu ilacı yorgunluğu gidermek amacıyla askerlerine dağıttı. Bugün amfetaminler bazen hiperaktif çocukların tedavisinde kullanılmaktadır.

Benzedrin, Deksedrin ve Metedrin gibi amfetaminler norepinefrin ve dopaminin serbest bırakılmasını sağlayarak ve bu nörotransmitterlerin yeniden alınmasını engelleyerek etkilerini yaratırlar. Genel olarak ağızdan veya damardan alınırlar ve alışkanlık yapabilirler. Uyanıklık hali artar, bağırsak sistemi baskılanır ve iştah azalır -bu nedenle diyette kullanılır- kalp atışı hızlanır, derideki ve mukoza zarındaki kan damarları büzülür. Bireyin dikkati artar, coşkulu ve daha dışa dönük olur. Sanki sonsuz bir enerjisi ve kendine güveni vardır. Yüksek dozları kişiyi sinirli, huzursuz yapar, uykusuzluk vardır. Yüksek doz kullanan bazı kişiler o denli kuşkucu ve saldırgan olurlar ki, başkaları için tehlikeli hale gelebilirler. Uzun süre yüksek dozda alınması, sanrıların da bulunduğu paranoid şizofreniye benzeyen bir durumun ortaya çıkmasına neden olabilir.

Amfetaminlere tolerans çok çabuk gelişir; öyle ki uyarıcı etkisini elde edebilmek için alınan miktarı sürekli arttırmak gerekir. Tolerans arttıkça, kullanıcı hapları almayı bırakır ve amfetaminlerin en kuvvetlisi olan Methedrin'i damarına doğrudan enjekte etmeye başlar. Hız delileri olarak adlandırılanlar, kendilerine tekrar tekrar bu ilacı enjekte ederek, birkaç gün boyunca yemeden, içmeden, uyumadan, yoğun bir biçimde coşkulu aktivitelerini sürdürürler. Sonra bitkin, çökkün ve uykulu birkaç gün geçirirler. Daha sonra ise aynı döngü tekrar başlar. Bu örüntünün birkaç kez tekrar etmesinden sonra bireyin sosyal ve fiziksel işlevleri oldukça bozulur. Davranışları tutarsız ve saldırgandır; hız delisi kendisi ve başkaları için tehlikeli olabilir.

Amfetaminlerin iş yerlerindeki kullanımları gittikçe artmaktadır. Üretim ile ilgili olarak zaman baskısı altında olan -doksanlı yıllar, az zamanda çok işin yapıldığı yıllar olarak adlandırılmaktadır- pek çok büro elemanı (beyaz yakalılar) uyanık kalmak, daha çok üretmek, genelde kendilerini enerjik hatta coşkulu hisse-

ODAK 12.2 BAĞIMLILIĞIMIZ - KAFEİN

Nadiren bir ilaç olarak görülen fakat güçlü etkileri olan, insanlarda tolerans gelişmesini sağlayan ve alışan insanlarda yoksunluk belirtileri yaratabilen, dünyanın en popüler ilacı ne olabilir? (Hughes ve ark., 1991). Kullananlar ve kullanmayanlar bu konu ile ilgili şaka yapılmasından hoşlanmazlar ve bu kitabı okuyan pek çok kişi büyük bir olasılıkla her gün bu maddeyi kullanıyor. Kuşkusuz, kahve, çay, kakao, kola ve bazı soğuk içecekler ve diyet haplarında bulunan kafeinden söz ediyoruz.

İki fincan kahve 150-300 miligram kafein ihtiva eder ve kişiyi yarım saat içinde etkiler. Metabolizma, vücut ısısı ve kan basıncı, idrar üretimi artar. Pek çoğumuzun tanık olabileceği gibi, el titremeleri olabilir, iştah azalabilir. Panik bozukluk kafein nedeniyle alevlenebilir. Sempatik sinir sistemini uyarması nedeniyle bu durum şaşırtıcı değildir. Kafeinin aşırı dozlarda alımı baş ağrısı, ishal, sinirlilik, şiddetli huzursuzluk, varsanılar ve ölüme neden olabilir. Böbreklerden herhangi bir birikime neden olmaksızın tamamıyla atıldığı için, aşırı kafein ihtiva eden tabletler şeklinde alınmadığı sürece ölüme yol açmaz.

Şu unutulmamalıdır ki, çok yüksek dozlarda kahve içen kişiler, kahve içmeyi bıraktıkları zaman yoksunluk semptomları gösterirler. Günde iki fincandan fazla içmeyenlerde de bu miktarın alınmaması durumunda klinik olarak anlamlı baş ağrıları, yorgunluk ve kaygı görülebilmektedir (Silverman ve ark., 1992). Bu belirtiler ise, belirgin bir biçimde kişinin sosyal yaşantısını ve işe ilişkin işlevlerini etkilemektedir. Bu bulgu rahatsız edicidir, çünkü Amerikalıların dörtte üçü günde iki fincandan fazla kahve tüketmektedir (Roan, 1992). Aileler genellikle çocuklarının kahve ve çay içmelerine izin vermemelerine rağmen, kafein içeren kolalı içecekler, sıcak çikolata ve kakao, çikolatalı şekerler, gofret ve çikolatalı dondurma yemelerine izin verirler. Böylece, bizim kafeine olan bağımlılığımız 6 aylık gibi çok erken bir yaşta başlayabilmekte ve çocukluktan yetişkinliğe geçtikçe de bu bağımlılığın şekli değişmektedir.

debilmek için çaba harcamaktadır. İşverenlerin, bu ilaçların kullanımını desteklediğine, hatta önceden motive etmek amacıyla çalışanlara ilaç sağladıklarına ilişkin bazı örnekler de mevcuttur. Bu durum kısa sürerken, uç boyutlardaki sinirlilik engelleyici olmaya başlar ve ilaca gittikçe artan bağımlılık, öfke duygularıyla mücadele etmeyi gerektirir. Bazen, akşamları alınan alkol de kişinin dibe vurmasına neden olur. Bağımlı bireyin iş performansındaki bozulmayla birlikte görülen kişisel ilişkilerindeki bozulma da, olayın duygusal ve fiziksel bedelleridir. 1994 ve 1995'te Kaliforniya ilaç tedavi merkezlerine başvuranların %35'i amfetamin kötüye kullanımı ile ilgili başvurulardır. Bunu % 27 ile eroin ve %24 ile kokain izlemektedir. Son yıllarda Kaliforniya hastanelerinin acil servislerine amfetamin kötüye kullanımı ile ilgili olarak getirilenlerin sayısında ani bir yükselme görülmüştür (Marsh, 1996).

Problem, Amerika'nın diğer bölgelerine göre Kaliforniya'da çok daha ciddi boyutlardadır. Çünkü burada bulunan çok sayıdaki yer altı laboratuarlarında bu maddeler kolayca ve ucuz bir şekilde üretilmektedir. Amfetamin üretmek için gerekli olan kimyasal maddeler kolayca elde edilebilir, fakat son derece uçucu ve teneffüs edildiğinde tehlikelidir. Tehlikeli maddeler sıklıkla patlar ve yanar. Bu maddeler gözde kaşıntıdan, nefessiz kalarak komaya girme ve ölüme kadar varan ciddi olaylara neden olabilirler.

KOKAİN

Koka bitkisinin doğal olarak bulunduğu And Dağlarındaki yaylalarda yaşayan yerliler, bu bitkinin yapraklarını çiğnerlerdi. Fakat İspanyol işgalcilerin koka yapraklarını Avrupa'ya getirmelerinden sonra Avrupalılar bunu içeceklerin içine katmayı tercih ettiler. Kokain alkoloidi, 1844'te elde edildi ve o yıldan beri de lokal anestezik olarak kullanıldı. 1844'te, genç bir nörolog olan Sigmund Freud, kokaini depresyonunu tedavi etmek için kullandı. Kokainin bu fevkalade etkisinden emin bir biçimde, ağrılı hastalığı olan bir arkadaşına önerdi ve kokain ile ilgili ilk makalelerden biri olan "övgü şarkısı"nı yazdı. Bu makalede hissettiği keyif ve maddenin neşe verici etkisini heyecanla anlatmaktadır. Freud bunu izleyen dönemde, ilacı önerdiği bir doktor arkadaşında, ilaca bağlı olarak ortaya çıkan psikotik nöbet ile bütün gece uğraştıktan sonra, kokain ile ilgili heyecanını kaybetti. Belki de kokain alışkanlığı olan en ünlü roman kahramanı Sherlock Holmes'dur.

Ağrı azaltıcı etkisinin yanı sıra, kokain beyinde hızla yayılır, dopamin geri alımını engeller ve sonuçta duyusal farkındalığı arttırarak aşırı coşku yaratır. Cinsel istek kamçılanır, kendine

Bir koka bitkisi. Yaprakları yüzde bir civarında kokain içerir

güven, kendini iyi hissetme ve hiç yenilmezlik duygusu artar. Aşırı doz, titreme, bulantı ve uykusuzluk yapabilir. Ayrıca paranoid dağılma ve deri altında gezen böcekler gibi dehşet verici sanrılara neden olabilir. Kronik kullanımı sıklıkla gittikçe artan sinirlilik, sosyal ilişkilerin bozulması, paranoid düşünme gibi kişilik ile ilgili değişikliklere ve de yeme ve uyku düzeninde bozulmalara neden olabilir *(Scientific Perspectives on Cocaine Abuse,* 1987).

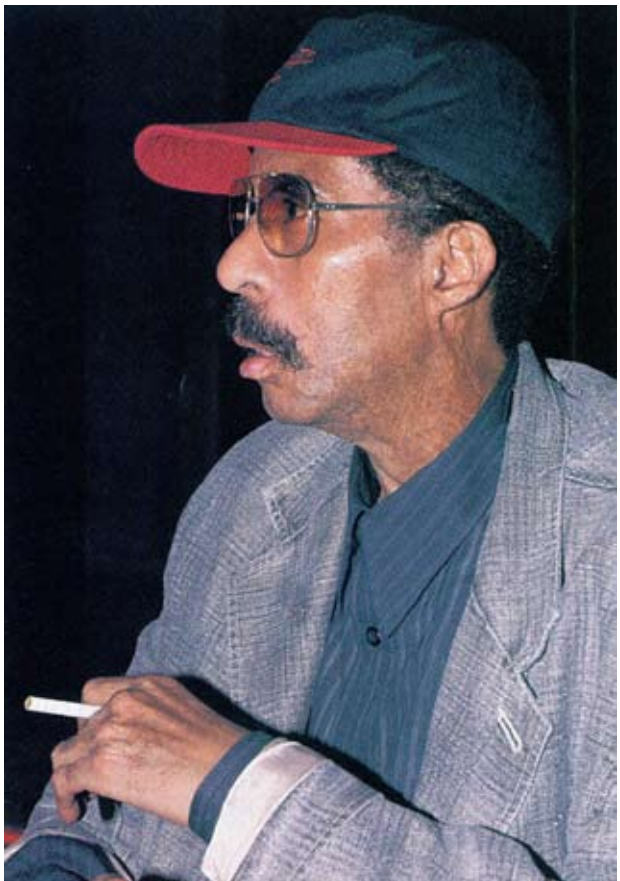
Kokain, damar büzücü bir maddedir, kan damarlarında daralmaya neden olur. Kullanıcılar giderek daha saf biçimlerini daha yüksek dozlarda aldıkları için, sıklıkla acil servislere götürülmekte ve genellikle kalp krizine neden olan aşırı dozdan ölebilmektedirler (Kozel, Crider ve Adams, 1982). Güçlü damar büzücü etkisinden dolayı, kokain, hamilelik döneminde özellikle tehlikelidir. Gelişmekte olan fetüsün kan dolaşımı tehlikeye girebilir.

Kokain burundan çekilebilir, pipoya konularak ya da sigara şeklinde içilebilir, yutulabilir veya eroin gibi damara enjekte edilebilir. Bazı eroin bağımlıları iki ilacı karıştırarak kullanırlar. 1970'lerde Amerika'daki kokain kullanıcıları, kokaini eter ile birlikte ısıtarak en etkili öğesini ayrıştırmaya başladılar. Bu kimyasal işlem yoluyla saflaştırılan kokain (serbest baz) son derece güçlü olmaktadır. Bu şekliyle nargile içerisinde içilir ya da tütün veya Marihuana sigarasının içerisine serpiştirilir. Akciğerlerde hızla emilir ve birkaç saniye içinde beyne taşınarak iki dakika süren yoğun bir yükselmeye neden olur. Bunun arkasından ise rahatsızlık ve huzursuzluk ortaya çıkar. Bazı saf kokain (serbest baz) kullanıcıları dört gün sürebilen maraton biçiminde kullanımlara girebilmektedirler (Goodwin ve Guze, 1984). Saf kokain elde etme süreci, eterin tutuşabilme özelliğinden ötürü tehlikeli olabilir. Komedyen Richard Pryor, kullandığı eterin alev alması nedeniyle neredeyse yanarak ölüyordu.

1980'lerin ortalarında, bu serbest bazın "crack" olarak adlandırılan başka bir çeşidi sokaklarda görülmeye başladı. Crack'ın ortaya çıkması ile saflaştırma işlemi ve bu işlem sırasında ortaya çıkan kazalar artmıştır. Crack, küçük ve göreli olarak daha ucuz (kokainin gramına 100 dolar vermek yerine, crack'ın 100 gramına 10 dolar verilmektedir) olduğu için genç ve fakir kişiler ilacı denemeye ve bağımlı olmaya başlamışlardır (Kozel ve Adams, 1986). Pek çok halk sağlığı uzmanı ve polis, crack'ın günümüzde toplumdaki en tehlikeli yasa dışı ilaç olduğunu kabul etmektedirler.

Kokain kullanımı 1970 ve 1980'lerde yükselmiştir. 1974 ve 1985 yılları arasındaki artış oranı %260'dan fazladır. Son zamanlarda ise dramatik olarak azalmıştır. Kullanıcı sayısı 1988'de 2.9 milyondan 1990'da 1.6 milyona düşmüştür (*HHS News,* 1990). Fakat crack kullanım sıklığı bu düşme eğilimini göstermemektedir. Gençler arasında (18-24 yaş) crack kullanımı 1991'de %0.3 iken bu oran 1996'da %0.8'e yükselmiştir (NİDA, 1996).

Saf kokain, kokainin eter ile birlikte ısıtılması yoluyla elde edilmektedir. Richard Pryor, kullandığı eter tutuşunca ciddi bir biçimde yanmıştır



Ağır kullanıcılarda, kokainin getirmiş olduğu ekonomik boyutun uç noktalara ulaştığı görülmektedir. 1985 yılında günde bir kez kokain çekenler haftada 1500 dolardan fazla para harcamışlardır. Daha sık kullananlar ise çok daha fazla para harcadıklarını ve bu pahalı alışkanlıkları için gerekli parayı ya kendileri de ilaç satarak ya da çok zengin oldukları için karşılayabildiklerini bildirmişlerdir (Siegel, 1982). 1980'lerin başında kokainin gramı 2000 dolara çıkmış ve fiyatı altından 5 kat daha pahalı bir hale gelmiştir.

Kokain kullanımının kesilmesi, şiddetli yoksunluk belirtilerine yok açar. Yıllardır gösterildiği gibi, kokain, diğer alışkanlık yapıcı maddeler gibi insanı esir alır. Alkolde olduğu gibi, hamileliği esnasında kokain kullanan annelerin bebekleri bu maddeden olumsuz etkilenmekte ve bazı bebekler bu maddeye bağımlı olarak doğmaktadırlar.

LSD VE DİĞER HALUSİNOJENLER

1943 yılında İsviçreli kimyager Albert Hofmann, yaşadığı bir hastalığın tanımını kaydetmiştir:

"Geçen Cuma..., laboratuardaki çalışmamı yarıda kestim...Büyük bir huzursuzluk duygusuna kapıldım ve bir miktar baş dönmesi oldu. Evde uzandım ve uç düzeyde heyecan verici fantezilerden oluşan, hoş bir takım hezeyanlar içerisine dalıp gittim. Yarı bilinçli bir halde gözlerim kapalıydı..... Gerçek olmayan uç düzeyde fantastik görsel imgeler ve renklerin yoğun bir kaleidoskopik oyunu beni esir aldı...(Cashman, 1966, s. 31'den alınmıştır)."

Hoffman daha önce, 1938 yılında, bir uyuşturucu olan *d*-lysergic asid diethylamide'i birkaç miligram üretmişti. Bu durum göz önüne alınınca, Hoffmann tesadüfen (bilmeden) maddeye maruz kalarak bu alışılmadık deneyimi yaşamış olmalı. Daha sonra ise, bilinçli olarak bir doz almış ve hipotezini doğrulamıştır.

1943'de Hoffman'ın **LSD** deneyiminden sonra, bu ilaç psikoz belirtilerine benzeyen etkiler yarattığı düşüncesi ile bir psychotomimetic olarak kabul edildi. *Psychedelic* terimi "ruh" ve "açığa çıkarmak" anlamına gelen Yunanca bir kelimeden türemiş; LSD kullanıcılarının rapor etmiş oldukları bilincin yayılmasına ilişkin sübjektif deneyimlerden uyarlanmıştır. Günümüzde kullanılan terim ise **halusinojen** terimidir. Bu tür ilaçların temel etkilerinden biri olan halüsinasyon (varsanı) üretme etkisinden esinlenilerek adlandırılmıştır.

Bu halüsinasyonlar şizofrenide görülen halüsinasyonlara benzemez, çünkü hasta bunlara ilacın neden olduğunu bilir ve genellikle hatırlanırlar.

Mescalin, psilocybin ve sentetik içerikli olan MDA ve MDMA, diğer önemli dört halüsinojendir. Peyote adı verilen bir tür kaktüsün aktif maddesi ve bir alkaloid olan **mescalin,** 1986 yılında bu peyote kaktüslerinin üzerindeki küçük, görünüşü hoş olmayan çıkıntılardan elde edildi. Madde, yüzyıllardır, Güney batıda ve Kuzey Meksika'da yaşayan Hintliler tarafından dini ayinlerde kullanılmaktadır. **Psilocybin** 1958'de Hoffmann'ın Psilocybe mexicana adı verilen mantardan ayrıştırdığı kristalize bir tozdur. Aztek ve Meksika kültürlerinin ilk dönemlerinde kutsal bitki olarak görülmekte ve "Tanrı'nın meyvesi" olarak adlandırılmaktadır. Meksika'daki Hintliler halen daha dini törenlerinde bu bitkiyi kullanmaktadırlar. Bu maddelerin her biri yapısal olarak birbirlerine benzerler, fakat etkilerinin serotonin reseptörlerinin uyarılmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

1950'lerde LSD, mescaline ve psilocybin'in, psikotik deneyimler yaratma etkisi üzerine bir araştırma planlandı. 1960 yılında Harvard Üniversitesi'nden Timothy Leary ve Richard Alpert, psilocybin'in kurumda kalan tutuklular üzerindeki etkisini araştırmaya başladılar. İlk sonuçlar cesaret vericiydi: Psilocybin etkisi altında salıverilen tutukluların tekrar tutuklanma oranı daha düşüktü. Araştırmacılar aynı zamanda kendileri de ilacı kullanmaya başladılar ve etraflarında bu ilacı kullanmaya gönüllü, istekli bir grup oluşturdular. Araştırıcıların bu aktiviteleri 1962 yılında yasal kuruluşların dikkatini çekti. Soruşturma başlatıldı ve devam ettikçe de Leary ve Alpert'in Harvard'daki[3] bölümlerinden atılmalarına neden olan bir skandal oluştu. Olay LSD, mescaline ve psilocybin gibi halüsinojenlerin kullanımında çok büyük bir artışa neden oldu. Bu maddeler kolayca ve ucuz bir şekilde bulunabiliyordu. 1966 yılında bu maddelerin kullanımı kongre tarafından yasaklandı. Bu olaydan sonra, bu maddelerin insanlar üzerindeki etkileri üzerinde çok az çalışma yapıldı.

[3]Psikodelik ilaç devriminin ilk zamanlarındaki birçokları gibi Alpert insanları ilaçlardan uzak durmaya ve kimyasal maddelerin yardımı olmaksızın kendi anlamlı tiplerini yaratmaya teşvik eden Doğu meditasyon felsefesine yöneldi. Baba Ram Das olarak anılıp genişleyen bilinçlilik durumları olasılığı üzerine dersler verdi. Meditasyon tekniklerine gerekli zaman ve enerjiyi ayıran kişiler Ram Das a göre bu tür yaşantılara açık olabiliyorlardı. Son zamanlarda Ram Das Yahudi köklerini yeniden keşfetmiş görünüyor ve Judaizm ile Doğu mistiklerinin öğretilerini bütünleştirme olasılıklarını keşfediyor.

1960'larda Timoty Leary, halusinojen kullanımının önde gelen savunucularından biriydi.

LSD ve diğer halüsinojenlerin kullanımı 1960'lı yıllarda en üst düzeye ulaştı, 1980'lerde ise yalnızca insanların %1 veya %2'si düzenli kullanıcı olarak sınıflandırılabiliyordu ve bu kişilerin kullanma sayısı iki haftada bir ya da ikiyi geçmiyordu *(HHS News, 1990; National Survey on Drug Abuse: Main Findings,* 1982, 1983). LSD kullanımı her nedense 1990'larda arttı. Madde alınmadığı takdirde yoksunluk belirtilerinin oluştuğuna dair hiçbir kanıt olmamakla birlikte, tolerans hızla gelişmektedir (McKim, 1991).

1 Temmuz 1985'te, yeni bir halüsinojen, yasa dışı maddeler arasına katılmıştır. MDA (Methyle nedioxymethamphetamine)'ya çok benzer sentetik içeriği olan **ecstasy,** kimyasal olarak mescaline ve amfetaminlere benzemektedir. MDA ilk kez 1910 yılında sentez edilmiş, fakat 1960'lara dek duyuları kamçılayıcı (psychedelic) özellikleri dikkati çekmemişti. Günümüzde bazı üniversite kampuslarında yaygındır. Kullanıcılar maddenin yakınlığı ve içgörüyü arttırdığını, kişilerarası ilişkileri geliştirdiğini, duygu durumunu yükselttiğini ve estetik farkındalığı arttırdığını belirtmektedirler. Bu madde ayrıca, kaslarda gerginliği arttırmakta, hızlı göz hareketleri, mide bulantısı, halsizlik, titreme, terleme, kaygı, depresyon ve dağınıklığa yol açabilmektedir. İlaç Uygulama Dairesi, ecstasy ve diğer benzer maddelerin kullanımının güvenilir olmadığını ve sağlık için ciddi tehlike oluşturduğunu belirtmektedir. Kazara yüksek doz alımından kaynaklanan birkaç ölüm olayı da rapor edilmiştir (Climko ve ark., 1987) (Bakınız: Nitrik Oksit üzerine Odak 12.3).

HALUSİNOJENLERİN ETKİLERİ

LSD'nin tipik (alınabilen) doz miktarı, 100 ila 350 mikrogram arasında, çok küçüktür. Kesme şekere emdirilmiş sıvı, kapsül veya tabletler şeklinde kullanılır. Psilocybin için genel doz 30.000 mikrogram, mescaline için ise 350.000 ile 500.000 mikrogram arasındadır. LSD ve mescaline'in etkileri genellikle 12 saat, psilocybin'in etkileri ise 6 saat kadar sürer.

Aşağıdaki tanımlama, LSD'nin genel etkilerine ilişkindir fakat diğer halüsinojenlere de uygulanabilir.

> Sinestezi, bir duyum tarzından diğerine geçiş/akış, oluşabilir. Renkler işitilir ve sesler görülebilir. Öznel zaman ciddi bir biçimde bozulmuştur, o kadar ki, saatler çok yavaş geçiyormuş gibi görünür. Kişinin benlik duygusu ve çevresi arasındaki sınırların kaybı ve bölünme-parçalanma korkusu; yapılandırılmış ve destekleyici bir çevre ihtiyacı doğurur. Bunlar, deneyimli kişiler ve açıklayıcı bir sistem için bir anlamda ihtiyaç yaratmaktadır, bu ilaçlar "cultogenic" dir. İlacın etkisi altındayken ("trip"), hoş olmayan düşünceler ve anılar kendi denetiminde veya ansızın canlı bir biçimde ortaya çıkabilir. Duygu durum kaymaya meyilli olabilir, depresyondan neşeye, sevinçten korkuya geçebilir. Gerginlik ve kaygı tırmanabilir ve panik düzeyine ulaşabilir. Dört ya da beş saat sonra eğer bir majör panik nöbeti oluşmamışsa, dalgınlık duygusu yaşanabilir. Kullanıcı, maddeye ilişkin deneyimlerinden çok etkilenebilir ve kendini sanat, müzik, insani duygular ve evrenin düzeni gibi konularda çok duyarlı hissedebilir (Jaffe, 1985; s. 546).

Halüsinojenlerin etkileri, psikolojik değişkenlerin sayısına ek olarak, alınan doza da bağlıdır. Kişinin maddeyi alırken ki tutumları, beklentileri ve motivasyonu gibi kurulumları halüsinojenlere göstereceği tepkilerin belirleyicileridir. LSD kullanmanın en önemli tehlikeleri arasında, ilacın etkisi altındayken gelişen kaygı ve panik ataklar yer almaktadır. Sıklıkla belirli bir korku kişiyi çıldırtır. Bu panikler genellikle kısa sürer ve madde metabolize olunca azalır. Çok az sayıda insan, hastaneye yatacak ve yaygın bir tedavi görecek kadar psikotik durumlar yaşar. Stres, hastalık veya yorgunluk gibi durumlarda, ilacın fizyolojik etkilerinin kaybolmasına rağmen duyuları kamçılayıcı (psychedelic) etkileri bazen yeniden **geriye dönüşler** (flashbacks) olarak ortaya çıkar

ODAK 12.3 NİTRİK OKSİT - BİR GÜLME METARYALİ DEĞİL*

***Nitrik Oksit (nitrous oxide)**, 19. yüzyıldan beri elde edilebilen renksiz bir gazdır. Birkaç dakika içerisinde baş dönmesine neden olur ve pek çok kişide coşkunluk durumu yaratır. Bazı kimselerde, önemli bilgiler bellekte taşıyormuş, belleğe hücum etmiş gibi olur. Klinik raporlar ve bazı kontrollü araştırmalar (örneğin, Devire ve ark., 1974), bu gaz karışımının normalde zararlı olabilecek bazı deneyimleri durağan duyumlar haline getirerek, olumlu duygular yaratma yoluyla ağrı eşiğini yükselttiğini göstermektedir. Birçok kimse, günlük olağan durumları ve düşünceleri, karşı konulamaz derecede komik bulmaktadır. Bu nedenden dolayı bu gazın takma adı gülme gazıdır.*

Belki de bu kitabın okuyucuları, bir diş hekimi ofisinde gevşemeyi sağlamak ya da işlerin rahatsızlık verici ve ürkütücü etkilerini azaltmak (ve diş hekiminin hasta üzerinde çalışmasını kolaylaştırmak) amacıyla nitrik oksit almışlardır. Diğer analjezikler ve rahatlatıcıların ötesinde, önemli bir özelliği de, hastanın normal uyanıklık durumuna, zenginleştirilmiş oksijen ya da normal hava soluyarak birkaç dakika içerisinde dönebilmesidir. Buna ek olarak hastalar, ağızdan düzenli soluklarla derin nefesi nasıl alarak kontrol edebileceklerini öğrenebilirler (Gaz, yalnızca burnu kaplayan küçük bir maske ile uygulanır; aksi takdirde diş hekimi kişinin dişi ile uğraşamazdı). Sağlık elemanları, her bir hastadan elde ettikleri deneyimler ile hastalarına verecekleri dozu kolayca ayarlayabilirler.

Nitrik oksit, ilk elde edildiğinden bu yana, eğlence amaçlı kullanılmaktadır; fakat pek çok ülkede yıllardır yasa dışı bir maddedir. Bu bölümde anlatılan bilinci etkileyen diğer maddeler ile karşılaştırıldığında, yasa dışı olması süpervizyon altında kullanımını engellemektedir. Nitrik oksidin fiziksel bağımlılık yaptığına dair herhangi bir kanıt bulunmaması nedeniyle, yasa dışı kullanım polis için öncelik gerektiren bir durum değildir. Ayrıca, Nitrik oksit aerosol kutularının doldurulmasında ve yarış arabalarının motorlarında kullanıldığından yasal yollarla da elde edilebilir. Kullanımı (en azından henüz), eroin ve kokain kullanımı gibi herhangi bir suç ile ilişkilendirilmemiştir. Ne nitrik oksit ne de phencyclidine (pcp) doğrudan şiddet davranışları ile ilişkilendirilmişlerdir; ancak ciddi bir risk taşımaktadırlar.

Nitrik oksidin diş hekimleri tarafından kullanımı ve günlük yaşamda kullanımı arasındaki önemli fark; diş hekimlerinin kullandığı karışımın nadiren %80'den fazla Nitrik oksit içeriyor olmasıdır (geriye kalan kısmı oksijendir). Bu miktardaki karışım, gazın güvenli ve etkili bir biçimde kullanılmasını sağlar. 6 Mart 1992'de sabahın erken saatlerinde bir pikaptaki kapalı bir bölme içerisinde ölmüş üç adam bulunmuştur. Yanlarında bulunan 3 litrelik kabın içerisinde Nitrik oksit nedeniyle boğuldukları belirgindi ve dizlerinin üzerine uzanmış vaziyetteydiler. Soruşturma sonucunda, balonların gaz ile doldurulduğu sırada kazara gazın, içinde bulundukları kapalı bölme içerisine yayıldığı anlaşıldı. Dışarıdan da çok az hava girmesi nedeniyle adamlar saf nitrik oksidi ve kendi nefesleri ile dışarıya verdikleri karbon dioksiti -ve çok az miktardaki oksijeni- solumuşlardır. Bu kişiler ilk kurbanlar değillerdir. 1988'de dört genç yetişkin Utah-Cedar kentindeki bir diş malzemesi deposunda benzer bir ölüm ile karşılaşmışlardır. Ayrıca Alabama-Birmingham'da, evinde parti veren bir ev sahibi, 1990 yılında sözde gaz vererek bir ergeni öldürmekten, kasıtsız adam öldürme suçu ile yargılanmıştır.

Bazen hippi crack olarak da adlandırılan nitrik oksit balonları, Ecstasy ve benzeri diğer ilaçlarla birlikte, parlak lazer ışıkları ve yüksek sesli dans müziğinin eşlik ettiği duyuları kamçılayıcı bir atmosfer içinde kullanılırlar. Nitrit Oksidin yasa dışı kullanımı artmaktadır ve bu türden çılgın partileri düzenleyenler, nitrik oksit ve Ecstasy satışı için büyük paralar talep etmektedirler. Polis, çeteler ve organize suç örgütlerinin diğer yasa dışı ilaçlarda olduğu gibi, bu alana kaymalarından endişe duymaktadır.

*Bu malzemenin bir bölümü iki Los Angeles Times makalesinden (Connelly, 1992 ve Romeo, 1992) alındı.

(Kaplan ve Sadock, 1991). Geriye dönüşlerin, ilacın sinir sisteminde fiziksel değişiklikler yaratması sonucu oluştuğuna inanılmaktadır. Çünkü halüsinojen ilaçları kullananların %15- 30'unda bu geriye dönüşlerin yaşandığı tahmin edilmektedir (Stanton ve Bardoni, 1972). Dahası, bu kullanıcılarda, ölçülebilir bir nörolojik değişikliğe ilişkin hiçbir kanıt bulunamamaktadır. Geriye dönüşlerin, kendine özgü bir güce sahip olduğu ve ilacın alınmasından haftalar ve aylar sonra bile kişide görülebildiği bilinmektedir. Geriye dönüşler, buna maruz kalan kişi için oldukça ürkütücü bir durumdur.

Kolayca sınıflandırılmayan bir ilaç PCP, phencyclidine'dir. Atlar ve diğer büyük hayvanlar için yatıştırıcı (sakinleştirici) olarak geliştirilmiştir. Genellikle ağır paranoya ve şiddet içeren ciddi olumsuz tepkilere yol açar. Koma ve ölüm görülebilir. Kullanıcı için olduğu kadar, gözlemci için de tehlikelidir. Kullanımı 1990'lardan bu yana artmaktadır.

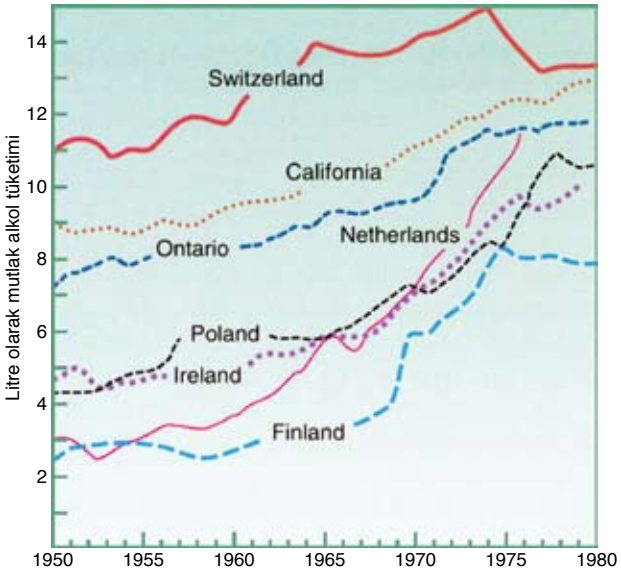
MADDE KÖTÜYE KULLANIMI VE BAĞIMLILIĞIN ETİYOLOJİSİ

Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığına ilişkin bozuklukların nedenini anlamaya yönelik çalışmalarda, araştırmacılar genellikle kişinin madde kullanımına başlaması, daha sonra bu maddeyi yoğun bir biçimde kullanması ve son olarak da kötüye kullanım ve bağımlı olma ile ilgili değişkenler arasındaki farkları bulmaya çalışmaktadırlar. Genel görüş ise, maddenin uzun süre yoğun bir biçimde kullanılmasından sonra, kişinin yoksunluk ve tolerans gibi biyolojik süreçler nedeniyle tuzağa düştüğü yönündedir.

Bu görüş bazı vakalar için kabul edilebilir olsa da, herkes için geçerli değildir. Örneğin, hem tütün hem de eroini birlikte yoğun biçimde kullandığı halde bağımlı olmayan vakalar görülmektedir. Bununla birlikte, bu genel modelden hareketle, ilk kullanım ve sonrasında kullanımın artması ile ilişkili değişkenlere yönelik pek çok araştırma yapılmıştır. Burada da tartışacağımız sosyokültürel, psikolojik ve biyolojik değişkenler, farklı maddelere göre değişen ve unutulmaması gereken önemli değişkenlerdir. Örneğin, kalıtım, alkolizmde rol oynayan bir faktördür; fakat crack kötüye kullanımı ile herhangi bir ilişkisi yoktur.

SOSYOKÜLTÜREL DEĞİŞKENLER

Sosyokültürel değişkenler, madde kötüye kullanımında oldukça geniş ve değişken bir rol oynar. Bu değişkenler, kişinin akran grubu ve ailesinden medyaya, kültüründe hangi tür davranışların kabul edilebilir olduğundan, bireyin ilgilerini etkileyen sosyal yaşantısına kadar oldukça geniş bir yelpaze içerisinde yer alırlar. Geniş anlamda bakılacak olursa, örneğin alkol tüketiminde kültürler arası büyük farklılıklar vardır. Şekil 12.1'de boylamsal bir çalışmadan elde edilen veriler, madde tüketiminde kültürlerde benzerlik olsa bile, ülkeler arasında büyük farkların olduğunu göstermektedir. İlk olarak; çalışma dönemi içerisinde (1950-1980), alkol tüketimi her bir ülkede hızla yükselmiştir. İkincisi, tüketimdeki farklılıklar zaman içerisinde azalmıştır. Bir başka araştırma, alkol tüketiminde ülkeler arası belirgin farklar olduğunu göstermektedir. Bunlardan bazıları, burada gösterilen miktarlardan çok daha fazladır. Örneğin en yüksek tüketim oranı, düzenli alkol içiminin yaygın bir şekilde kabul gördüğü Fransa, İspanya ve İtalya gibi şarap kültürüne sahip ülkelere aittir



Şekil 12.1 *1950-1980 yılları arasında ISACE çalışmasına dâhil edilen ülkelerdeki 15 yaş ve üstü bireylerin yıllık alkol tüketim miktarları (kişi başına düşen litre miktarı) (Makala ve ark, 1981).*

(deLint, 1978). Kültürel tutumlar ve içme örüntüleri, yoğun içme durumunu belirlemekte, sonuçta da alkol kötüye kullanımı ortaya çıkmaktadır.

Tek bir ülkeyi içeren (Amerika) sosyokültürel çalışmalara bakılırsa, madde kullanımında epeyce büyük bir değişiklik olduğu görülür. Örneğin denizciler, demiryolu işçileri ve içki ile ilgili yerlerde çalışan barmenler, garsonlar, lokanta sahipleri, içki satıcıları gibi kişiler arasında içki içme oranı yüksektir (Fillmor ve Caetano, 1980). Tüm bu mesleklerde fazla içki içmek kurala uygundur; işlerinin bir parçası olarak görülür ve alkol her an ellerinin altında, içilmeye hazırdır.

Aileye ilişkin değişkenler de önemli bir sosyokültürel etkidir. Örneğin, eğer hem anne hem de baba sigara içiyorsa, bir çocuğun sigara içme olasılığı anne ve babası hiç sigara içmeyen bir çocuğa göre dört kat daha fazladır. Benzer şekilde, ailenin alkol kullanması, çocukların da kullanma olasılığını arttırmaktadır (Cloninger ve ark., 1981). Ailede psikiyatrik, evlilik ya da yasal problemlerin bulunması madde kötüye kullanımı ile ilişkili bulunmuştur ve ailede duygusal desteğin bulunmaması, sigara, kannabis ve alkol kullanımının artışı ile bağlantılıdır (Cadoret ve ark., 1995; Wills Duttamel ve Vaccaro, 1995). Sonuç olarak, boylamsal bir çalışma, yetersiz bir ailenin, çocuğun madde kullanan yaşıtlarına yönelmesine ve bunun sonucunda da madde kullanmasına neden olduğunu göstermektedir (Chassin ve ark; 1996).

Alkol tüketiminin yoğun olduğu, şarap kültürüne sahip ülkelerde alkolizm oranı yüksektir. Bu Fransız barında herkes şarap içmektedir.

Kişinin içinde bulunduğu sosyal ortam da madde kötüye kullanımını etkileyebilir. Üniversite öğrencilerinin özdeşim kurdukları alt gruplar arasında tütün kullanımı yaygındır. Bunların okul başarıları düşüktür, davranış problemleri vardır ve heavy metal müzik dinlerler (Susman ve ark., 1990), okuldan sonra çok azı yetişkin gözetimindedir (Richardson ve ark., 1989). Boylamsal çalışmalar, yedinci sınıfta akran grubu ile özdeşleşmenin, sekizinci sınıftaki sigara içme davranışını yordadığını göstermektedir (Susman ve ark., 1994); üç yıl süren bir çalışma da, bu özdeşleşmenin genelde madde kullanımındaki artışı yordadığını göstermiştir (Chassin ve ark., 1996). Akran etkileri, ayrıca alkol ve Marihuana kullanımının artmasında da önemlidir (Kandel ve Andrews, 1987; Susman ve ark., 1995). Bu akran etkisi, ergenin madde kullanımına karar vermesinde önemli bir rol oynar, fakat yüksek düzeyde kendine yeterlilik duygusuna sahip olanlar (Bandura, 1997) sosyal baskıya karşı koyarak - "yaşıtım olan öğrencilerle birlikte tütün kullanmayı reddedebilirim ve bu durumda onların sevgisini kaybetmem" (Stacy ve ark., 1992, s. 166)- akranlarından daha az etkilenirler. Eroin ve crack kötüye kullanımı, azınlıkların bulunduğu bölgelerde çok yaygındır. Marihuana ve halüsinojen kullanımı, sosyal aktivizm ve 1960'ların sonlarındaki diğer özellikler ile bağlantılıdır. Tüm bu durumlarda alt-kültürel grubun üyeleri, akran baskısı, maddeyi hazır biçimde elde edebilme ve çok sayıda madde kullanımı örneklerine maruz kalırlar.

Bu bağlamda göz önünde bulundurulması gereken bir başka değişken de medyadır. Bira içen atletik görünümlü erkekler, bikinili kadınlar ve bira içilerek geçirilen hoş zamanları konu alan TV reklamları ile sürekli bombardıman edilmekteyiz. Reklam panoları da, sigara içmeyi heyecanlı bir olay, gevşeme ve bir tarz sahibi olmak ile eş tutmaktadır. 1970 ve 1983 yılları arasında 17 ülkede alkol tüketimindeki artışta reklamların rolünü inceleyen bir araştırma yapılmıştır. Alkol reklamlarını yasaklayan ülkelerde yasaklamayanlara oranla tüketimde %16'lık bir düşme görülmüştür (Saffer, 1991). Diğer bir örnek de, sigara içmeyi açıkça bir kazak erkek aktivitesi olarak sunan "Marlbora Man" dir[4].

Yakın geçmişte yapılan ve özellikle de zararlı etkisi olan bir kampanya; Camel sigaraları için yapılan Old Joe Camel kampanyasıdır. Sigara içen insan sayısının düşmesiyle birlikte, tütün endüstrisinin kâr edebilmesi için, kaybedilen içiciler yerine yenilerinin konabilmesi gerekiyordu. Belirgin hedef ise ilköğretim ve lise öğrencileriydi. Camel, kampanyasını 1988 yılında, Joe Camel karakteri ile başlattı. Joe Camel modeli olarak da *Miami Vice* dizisindeki Don Johnson kullanıldı. Kampanya öncesinde (1976-1988) Camel'in ürünlerinin 7.-12. sınıflar arasındaki tercih edilme oranı %0.5'ten daha azdı. 1991 yılında ise Camel'in bu yasa dışı pazardaki payı %33'e yükseldi (Di Fransa ve ark., 1991)! Mart 1992'de Sağlık Bakanlığı'na ek olarak Amerikan Tıp Birliği (AMA), Camel sigaralarının üreticisi olan R. J. Reynolds'tan Old Joe Camel reklamlarını kaldırmasını istedi, çünkü bu reklam bariz bir biçimde gençleri çekiyordu. Reklam

[4] *1970'li yılların ortalarında Marlbora Man'i oynayan aktör 1991'de akciğer kanseri tanısı aldı ve kısa bir süre sonra da öldü.*

Reklamcılık madde kullanımını uyarmada önemli bir sosyokültürel değişkendir. The Joe Camel kampanyası Camel'in ilköğretim ve lise öğrencileri arasındaki pazar payını büyütmüştür.

panoları şirketlerinden ve yazılı basından reklamları durdurmaları istendi. R.J. Reynolds'un tepkisi ne oldu? "Bu kampanyanın herhangi bir kişinin sigaraya başlamasına neden olacağına inanmamız için hiçbir sebep yok. Eğer gençlerin sigara içmesine neden olduğunu düşünseydik, piyasadan çekerdik" (Kampanya sözcüsü, Horovitz, 1992'den alınmıştır).

Gençleri etkileyen Joe Camel ve diğer çizgi karakterlerin ömrü uzun sürmedi. 13 Mart 1996'da, sigara üreticilerinin oluşturduğu Liggett Group, küçük yaştaki bireyleri sigara içmeye özendirecek bu türden reklam malzemelerinin kullanımına son verme kararı aldı. Bu karar aynı zamanda içicileri bağımlı hale getiren nikotin düzeyini saklamakla suçlanan Amerikan sigara endüstrisine karşı açılan davaların üstesinden gelme çabalarının da bir parçasıdır.

PSİKOLOJİK DEĞİŞKENLER

İki tür psikolojik değişken üzerinde duracağız. Birincisi; gerilimi azaltıcı özelliği nedeniyle alkolün duygudurum üzerindeki birincil etkileri ve bu süreçte bilişlerin rolü; ikincisi ise, bazı kişilerin aşırı alkol kullanımında etkisinin olabileceği düşünülen kişilik özellikleridir.

DUYGUDURUM DEĞİŞİKLİKLERİ

Bazı çalışmalar, madde kullanımındaki temel psikolojik güdülerden birinin duygudurumu değiştirmek olduğunu göstermektedir. Madde kullanımı, ya olumlu duygudurumu arttırarak ya da olumsuzları azaltarak pekiştirici olmaktadır. Bu konudaki çalışmaların pek çoğu alkolün gerilimi azaltıcı özellikleri üzerinde yoğunlaşmıştır. İlk dönemlerde hayvanlar üzerinde yapılan deneyler (Conger, 1950) alkolün kaygıyı devreye sokarak kaçınmayı öğrenme üzerinde bozucu etki yaptığını göstermektedir. Daha sonra insanlarla yapılan çalışmalar (örneğin, Sher ve Levenson, 1982), eğer kişi henüz alkolik değilse, alkolün gerilimi azalttığını göstermektedir; fakat bunun ile çelişen bazı bulgular da mevcuttur (örneğin; Thyer ve Curtis, 1984).

Birbiriyle tutarsız bu bulguların nedenlerini araştırmaya yönelik olarak yapılan daha sonraki çalışmalar, alkolün tüketildiği durumlar üzerine odaklandı. Bulgular alkolün gerilim azaltıcı etkisini, biliş ve algıyı bozarak yarattığını ortaya koydu (Steele ve Joseph, 1988, 1990). Alkol, kolaylıkla -hemen elde edilebilen pek çok ipucuna- dikkat etme ve bilişsel işleme kapasitesini bozar. Bunun sonucunda da yazarların *alkol miyopisi* dedikleri durum ortaya çıkar. Maddenin etkisi altında olan kişi, üzüntü ve olay arasındaki değerlendirmeyi yapacak yeterli bilişsel kapasiteye sahip değildir. Eğer kişiyi çıldırtan, deli eden bir olay söz konusu ise, dikkat can sıkıcı düşüncelere odaklanmaktan çok, olaya odaklanır; bu durum da kaygıyı azaltır. Fakat bazı durumlarda alkol gerilimi arttırabilir. Örneğin, hiçbir üzücü olay yokken, kişi maddenin etkisi altında olduğundan, sınırlı işleme kapasitesi ile hoş olmayan düşünceler üzerinde odaklanır. Bu durumda cesareti kırılmış kişi, karamsar olmaya ve içerken daha depresif olmaya başlar.

Alkolün gerilim azaltıcı etkisinde rol oynayan bir başka durumsal değişken de, alkol tüketimi ile stres arasındaki ilişkidir. Alkol tüketimi stresin öncesindedir ya da onu izler. Pek çok insan için gerilimdeki bir artma (örneğin işyerinde kötü bir gün geçirmek), bu gerilimin yarattığı stresten kurtulma amacıyla alkol tüketiminde artışa neden olur. Yaşam stresindeki artışın, alkolü bırakmış kişilerin bu sorunlarının yeniden başlaması ve tekrar etmesine (relapse) neden olduğuna ilişkin deneysel bulgular, bu görüşe destek olmaktadır (örneğin; Brown ve ark., 1990). Bununla birlikte, alkolün gerilim azaltma özelliği üzerindeki bazı deneysel çalışmalarda değiş-

kenlerin yerleri-sıraları değiştirilmiştir. Yani denek önce içiyor sonra bir stresör ile karşılaşıyor, ya da tersi bir durum söz konusu. Bu düzenlerle (stres-alkol ya da alkol-stres) alkolün etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada, gerilim azalmasının yalnızca alkol- stres düzeninde görüldüğü bulunmuştur (Sayette ve Wilson, 1991). Bu sonuca göre, alkolün stresten sonra tüketildiğinde, pek çok yaşam olayı için gerilimi azaltmakta etkili olmadığı söylenebilir.

Eğer alkolün olaydan sonra alındığında stresi azaltmadığı doğruysa, niçin pek çok insan içkinin kendilerine iyi geldiğine, açılmalarına yardım ettiğine inanıyor. Bu bölümün başlarında yer alan bir kavrama dönecek olursak, insanlar alkolü doğrudan sıkıntıyı azalttığı için değil, gerilimlerini azaltacağını düşündükleri için kullanıyor olabilirler. Bu görüşe destek olan araştırmalar, alkolün stresi ve kaygıyı azalttığını düşünen kişilerin daimi içiciler olduğunu göstermektedir (Rather ve ark. 1992, Sher ve ark., 1991). Dahası, alkol ve içmeye ilişkin olumlu beklentilerin birbirini karşılıklı etkilediği görülmektedir. İçki kaygıyı azaltacak yönündeki beklenti içme davranışını arttırmakta ve daha güçlenmiş olarak geri dönmektedir (Simith ve ark; 1995). Diğer araştırmalar da, bir maddenin etkilerine ilişkin olumlu beklentilerin madde kullanımındaki artışı genelde yordadığını göstermektedir (Stacy, Newcom ve Bentler, 1991).

Madde kullanımı ile ilgili diğer bir psikolojik değişken de, madde kullanımının zararlı olduğuna inanma oranındaki büyüklüktür. Örneğin 1978'de Marihuana kullanımı üst düzeye çıktığında üniversite öğrencilerinin hemen hemen %11'i bu maddeyi her gün kullanıyordu. Aynı zamanda %12'si ara sıra kullanmanın risk yaratacağına, %35'i ise sürekli kullanmanın risk yaratacağına inanıyordu. Bu sonuçlar 1985 yılındaki sonuçlarla karşılaştırılacak olursa her gün kullanım oranının %5'e düştüğü görülür. Ayrıca üniversite öğrencilerinin %25'i ara sıra kullanımın, %70'i ise sürekli kullanımın zararlı olacağına inanmaktadır (Kozel ve Adams, 1986). İnançlardaki bu değişiklik davranışa da yansımaktadır. 1990'larda Marihuana kullanımındaki dramatik artış, ergenlerin Marihuananın zararsız olduğuna ilişkin düşüncelerinden kaynaklanmaktadır (USDHHS, 1994).

Gerilim azaltma, maddelerin duygudurum üzerindeki olası etkilerinin yalnızca bir yönüdür. Bazı insanlar maddeleri olumsuz duyguları azaltmak için kullanırken bazıları sıkıldıkları veya uyarılmak istediklerinde olumlu duyguları arttırmak için kullanırlar (Cooper ve ark., 1995). Her iki durumda da alkol, duygusal durumlar ile başka yollardan başa çıkabilme yetisindeki başarısızlığı gösterir. Fakat sözü edilen ilk durumda, olumsuz duygu düzeyinin yüksekliğine ek olarak ilacın gerilimi azaltacağına ilişkin beklenti madde kullanımını arttırırken, ikinci durumda uyarılmaya ihtiyaç duyma derecesinin yüksekliğine ek olarak ilacın olumlu duyguları arttıracağına ilişkin beklenti yordayıcıdır. Bu durum alkol ve kokain kullanıcıları için doğrulanmıştır (Ball, Carroll ve Rounsaville, 1994; Cooper ve ark., 1995).

KİŞİLİK VE MADDE KULLANIMI

Ne sosyokültürel faktörler ne de duygudurum değişiklikleri kuramı madde kullanımındaki bireysel farklılıkları tam olarak açıklayabilmektedir. Ne özel bir kültür ya da alt kültürün insanlarının tamamı yoğun bir şekilde madde kullanmaktadır ne de yaşamış oldukları stres madde kullanımını arttırmaktadır. Kişiliğe ilişkin değişkenler, niçin belirli kişilerde madde kötüye kullanımının görüldüğünü açıklamaya çalışmaktadır.

Sürekli olumsuz duygudurumu ve de uyarılma ve olumlu duygudurumunu daima arttırma isteği, bu bağlamda üzerinde durulan iki kişilik özelliğidir. Genellikle madde kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğu arasında ilişki bulunmuştur (Bell ve ark., 1994). Madde kötüye kullanımı 13. Bölümde görüldüğü gibi, bir psikopatın heyecan arayışına yönelik davranışlarının bir parçası olabilir. Opiyatlar ve sakinleştiricilerin kaygılı (anksiyeteli) bireyler tarafından, gerilimlerini azaltmak amacıyla kullanımını anlayabiliriz.

Antisosyal davranış ile yüksek korelasyona sahip olan çocukluktaki hiperaktivite de, antisosyal davranıştakine benzer nedenlerden ötürü madde kötüye kullanımı ile bağlantılıdır. Örneğin, 10 yıldan uzun süren ileriye dönük bir çalışma sonucunda hiperaktivitenin daha sonraki yıllarda görülen alkol kötüye kullanımının en önemli yordayıcısı olduğu görülmektedir (Hechtman, Weiss ve Perlman, 1984). Hiperaktivite aynı zamanda tütün ve kannabis kullanımı (Wills, Dultamel ve Vaccaro, 1995) ve de kokain kötüye kullanımı (Ball, Caroll ve Rounsaville, 1994) ile ilişkilidir.

Okul öncesinden on sekiz yaşa dek uzanan boylamsal bir çalışma, Marihuana kullanımının

sıklığını yordayan kişilik özelliklerini araştırmıştır (Shadier ve Block, 1990). Buna göre yedi yaş civarında diğer kişilerle iyi geçinmeyen, ahlaki değerleri umursamayan ve stresle ilişkili fiziksel belirtiler gösteren çocuklar daha sonraki dönemlerde yoğun kullanıcı olmuşlardır. Bu kişiler ayrıca kararsız, güvenilir ve emin olmayan, olumsuz duyguları kabul etmeyen ve kendilik değeri düşük bireyler olarak tanımlanmışlardır. On bir yaşında çok fazla duygusal değişkenlik, dikkatsizlik ve bir şeye odaklanamama, aktivitelere ilgi duymama durumu gözlenmektedir. Daha sonra madde ile deneyimi olan arkadaşları ile karşılaştırıldığında, inatçılık görülmektedir. Fakat maddeyi sıklıkla kullanan bireyler olmamaktadırlar.

BİYOLOJİK DEĞİŞKENLER

Madde kötüye kullanımındaki biyolojik faktörler üzerine yapılan pek çok çalışma, problem yaratıcı düzeyde içmeye yatkınlığın biyolojik süreçlerle genetik olarak aktarılıyor olma olasılığı üzerinde yoğunlaşmaktadır. Biz bu veriler üzerinde öncelikle madde kullanımına yol açan biyolojik değişkenlere odaklanacağız.

Alkol kötüye kullanımında genetik yatkınlığa ilişkin kanıtlar, hayvan yavrularının alkolü diğer içeceklere tercih etmelerine ilişkin olarak yapılan çalışmalardan elde edilmiştir (Li ve ark., 1981). Veriler insanlardaki problem yaratan içme davranışının da genetik bir unsur olarak aileden geldiğini göstermektedir. Birkaç çalışma, içme problemi olan bireylerin çocukları ve akrabalarında alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığının beklenenden yüksek olduğunu göstermektedir (örn., Shu ve ark., 1991). Yapılan ikiz çalışmaları, tek yumurta ikizlerinin her ikisinde de alkol (örn., McGue, Pickens ve Suikis, 1992), kafein, nikotin ve opiyat kötüye kullanımının (Look ve Gurling, 1988) görülme oranının çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu da bize yine kalıtımın önemini işaret etmektedir. Her ne kadar bu bulgular yatkınlığın kalıtsal geçişi ile tutarlıysa da, bu bireyler, ailelerinin maddeyle ilişkili davranışları veya ailesel tarzlarına ait bazı özelliklerinden etkilenerek de madde kullanıcısı haline gelebilirler.

Evlat edinme çalışmaları da, hem alkol hem de madde kötüye kullanımında genetik geçişin önemine dair daha fazla bilgiler sağlamıştır (Cadoret ve ark., 1995; Goodwin ve ark., 1973). İsveç'te yapılan geniş çaplı bir evlat edinme araştırması, alkol kötüye kullanımının farklı kalıtsal temelleri olan alt tiplerinin bulunma olasılığını gündeme getirdi (Cloninger ve ark., 1981). Araştırmacılar içki problemi olan evlat edinilmiş çocuklardan oluşan örneklemi iki gruba ayırdılar. Birinci grup, içki problemi çok ağır olmayan kadın ve erkeklerden oluşuyordu. Bunlar ılımlı, biyolojik ailelerinde içki problemi yetişkinlikte başlayan ve evlat edinildikleri evde de alkol kötüye kullanımı ile karşılaşan bireylerdi. Böylece hem genler hem de çevre rol oynuyordu. İkinci grup ise, bunların tam tersi olarak, alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı yalnızca erkeklerde görülen, erken yaşta başlayan, antisosyal davranışları bulunan ve yalnızca biyolojik ailesinde alkol kötüye kullanımı bulunan kişilerden oluşuyordu. Bu sonuçların tamamının diğer çalışmalarda tekrarlanmasına rağmen, erkeklerde küçük yaşlarda alkol kötüye kullanımına başlamak, bu tür alkol kötüye kullanımında can alıcı faktör olarak görülmektedir (Fils-Aime ve ark., 1996). Alkolün duygudurum üzerindeki farklı etkileri ile bağlantılı olan bu bulgular, birinci tipteki içicilerin alkolü gerginliği azaltmak için; ikinci tiptekilerin ise hazzı arttırmak için tüketiyor olabileceklerini savunmaktadır (ikinci tipte olduğu gibi, içmenin hazzı arttırdığının hatırlanması antisosyal davranış ile bağlantılıdır).

Alkolü tolere edebilme yeteneği, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı için kalıtımsal olarak neyin geçtiğine bağlı olabilir (Goodwin, 1979). Alkol problemi olan birisi olmak için, öncelikle kişinin çok fazla içiyor olması gerekir. Diğer bir deyişle, çok fazla miktarda alkolü tolere edebiliyor olmalı. Asyalılar gibi bazı etnik grupların, fizyolojik toleranslarının düşük olması nedeniyle alkol kötüye kullanımı oranları da düşüktür. Bu insanların, alkolü metabolize eden enzimleri kalıtımsal olarak yetersizdir. Asyalıların dörtte üçünde, küçük miktarlardaki alkol bile hoş olmayan etkiler yaratır. Maddenin kötü etkileri, bu durumda kişiyi alkol kötüye kullanımından korur.

Bu gibi hipotezler; alkol nasıl metabolize edilir veya merkezi sinir sistemi alkole nasıl tepki verir gibi alkolün kısa süreli etkileri üzerinde odaklanılmasına yol açmıştır. Hayvan **araştırmaları,** bu iki süreçte de genetik bileşenlerin etkili olduğunu göstermektedir (Schuckit, 1983). Yüksek-risk yöntemi kullanılarak yapılan araştırmalardan elde edilen bulgular bu görüşü desteklemektedir. Bu çalışmalarda genç, alkolik olmayan yetişkinler ile alkol kötüye kullanımı bulunan birinci derece akrabaları karşılaştırıl-

mıştır. İki değişken, erkeklerde on yıl içerisinde alkol kötüye kullanımını yordamıştır (Schuckit, 1994; Schuckit ve Smith, 1996): Bir doz alkol aldıktan sonra çok az sarhoş olduklarına ilişkin kendi bildirimleri ve bedenlerinin az etkilenmesi (ayakta kıpırdamadan-sallanmadan durabilmeye ilişkin ölçüm). Her iki bulgu da, alkolden çok az etkilenen kişilerde alkol kötüye kullanımının büyük olasılıkla bulunacağını göstermektedir. Sonuç olarak, bu değişkenler, alkol bağımlısı bir babaya sahip olsunlar ya da olmasınlar, erkekler arasındaki alkol kötüye kullanımını yordamaktadır.

Alkolü kötüye kullanan kişilerin, alkole daha az tepki veriyor olmaları başlangıçta karmaşık gibi görünmektedir fakat içici olabilmek için çok fazla içiyor olmak gerektiğine ilişkin görüşe uygundur. Alkole az tepki veriyor olmak, normal içmeden daha yoğun (ağır) bir biçimde içmeye yol açabilir. Alkole verilen tepkinin boyutu, daha önce alkolün çift fazlı etkileri konusunda tartışılmıştı. Tartıştığımız araştırmalarda, alkolik olan kişilerin oğulları ile kontrol grubu arasında, kanlarındaki alkol düzeyi düştüğü zaman büyük farklılıklar olduğu görülmüştür. Alkolik olan kişilerin oğullarında alkolün olumsuz, depresif etkileri daha az görülmektedir. Başka bir çalışmada ise, alkolik olan kişilerin oğullarında kandaki alkol düzeyinin yükselmesi nedeniyle vücuttaki gerilim azalması gibi etkilerin gözlendiği belirtilmektedir. Bu nedenle kalıtımsal olarak yatkınlığı olan bireyler, madde kullanımı ile ilgili olarak daha fazla pekiştirme almakta ve daha az cezalandırılmaktadırlar (Newlin ve Thompson, 1990).

Buraya dek çeşitli maddelere ilişkin bozuklukların doğası ve sebepleri üzerinde durduk. Şimdi de tedavisi ve önlenmesi konularına bakacağız.

ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI VE BAĞIMLILIĞININ TEDAVİSİ

Problem yaratacak düzeyde içme, hem içen kişi hem de ailesi, arkadaşları, işvereni ve toplum için yıkım oluşturmaktadır. Bu durum, Amerika Birleşik Devletleri ve bazı ülkeler için ciddi bir toplumsal problem haline gelmiştir. Sonuçta, çok sayıda araştırma ve klinik çalışma tasarlanmış ve çeşitli tedaviler geliştirilmiştir.

Alkol kötüye kullanımının tedavisi, yalnızca maddenin bağımlılık yapıcı doğasından ötürü değil, aynı zamanda diğer psikolojik problemleri de beraberinde getirmesi nedeniyle zordur. Alkolü kötüye kullanan kişiler sıklıkla, depresyon, kaygı, sosyal ve iş alanlarında şiddetli bozulmalar yaşarlar. Bölüm 10'da da değinildiği gibi, intihar riski çok yüksektir (Galanter ve Castenada, 1985). Bu problemlerin bazılarının alkol kötüye kullanımından önce de var olmasına ve kötüye kullanıma katkıda bulunmasına rağmen, kişi tedavi edilirken hangisinin neden hangisinin sonuç olduğunu saptamak genellikle zor olmaktadır. Kesin olan şudur ki, bireyin hayatı genellikle darmadağınıktır ve hangi tedavi olursa olsun, kişiye içmenin dışında da farklı yollar olabileceği gösterilmeye çalışılır. İçicilik problemi için yapılan müdahaleler hem biyolojik hem de psikolojiktir. Fakat ne tür müdahale yapılırsa yapılsın, ilk aşama kişinin problemi kabul etmesi ve buna ilişkin bir şeyler yapmaya karar vermesidir.

PROBLEMİ KABUL ETME

Kabul etmek; ciddi bir içme problemi olan kişinin, böyle bir problemi hiç olmamış bir başka kişiye, açık ve dürüst bir biçimde bunu itiraf etmesi anlamına gelir. Fakat madde kötüye kullanımı olan kişiler bu türden problemleri olduğunu inkâr eder ve bir uzmana gitme konusundaki önerileri öfke ile karşılarlar. Dahası; içicilik probleminin örüntüsünün aşırı değişken olması (örneğin alkole gerçekten bağımlı olan bir kişi, her zaman kontrolsüz bir biçimde içmiyor olabilir), bağımlı kişinin arkadaşları hatta bazı sağlık personeli tarafından müdahalenin gerektiğine ilişkin bir düşüncenin oluşmamasına neden olabilmektedir. İçen bir kimseyi tedaviye başlama aşamasına sokabilecek ilk adım -düşündürme aşaması olarak adlandırılan (Prochaska, Di Climente ve Norcross, 1992)- konuya ilişkin dolaylı sorular sorma yoluyla atılabilir.

Alkol kullandığınız zaman, bazen kendinizi rahatsız hissediyor musunuz?
Baskı altında iken genelde içtiğinizden daha fazla mı içiyorsunuz?
İlk kadehi almak için eskiye göre daha mı fazla acele ediyorsunuz?
İçtiğiniz için bazen suçluluk duyuyor musunuz?
İnsanlar sizin içmeniz ile ilgili olarak konuştuğunda rahatsızlık duyuyor musunuz?
Sosyal bir ortamda içtiğinizde, gizlice fazladan birkaç kadeh daha içmeye çalışıyor musunuz?

Nerede ve ne durumda içeceğiniz ile ilgili olarak kendinize değişmez kurallar koyuyor musunuz?

(Harvard Mental Health Letter, 1996a, s. 1 -2).

Öncelikle alkol kötüye kullanımı olan kişi bir problemi olduğunu kabul ederse, bu problem ile uğraşmanın pek çok yolu mevcuttur.

GELENEKSEL HASTANE TEDAVİSİ

Tüm dünyada kamu ve özel hastaneler, alkolü kötüye kullanan insanlar için yıllardır içkiyi bırakacakları özel odalar ve yararlanabilecekleri çeşitli bireysel ve grup terapileri gibi olanakları sunmaktadırlar. Alkolün vücuttan atılması, **arındırma (detoxification),** hem fiziksel hem de psikolojik olarak zor olabilir ve genellikle bir ay sürer. Bazen alkolün vücuttan atılma sürecinde görülen genel rahatsızlık ve kaygıyı azaltmak amacıyla sakinleştirici ilaçlar kullanılır. Alkolü kötüye kullanan bazı kişilerin sakinleştirici ilaçları yanlış kullanımı nedeniyle, bazı klinikler alkolü aniden kesmek yerine, sakinleştirici ilaçlar vermeden yavaş yavaş kademeli olarak kesmeyi tercih etmektedirler (Wartenburg ve ark., 1990). Kişiyi uyuşturucudan kurtarmak için uygulanan bu ilaç tedavisi sırasında, kişiler genellikle karbonhidrat çözeltileri, B vitaminleri, bazen de epileptik nöbetleri önleyici ilaçlara da ihtiyaç duyarlar.

Alkol kötüye kullanımını tedavi eden hastane sayısı, 1978'den 1984'e dek 4 kat artmıştır. Bunda, hem federal hükümet hem de özel sigorta şirketlerinin tedaviyi kapsamlarına almalarının rolü büyüktür (Holder ve ark., 1991). Yıllık maliyet milyar dolarları bulmaktadır. Çünkü yatarak tedavi, ayakta tedaviden daha pahalıdır, bunun etkililik maliyeti de soruşturulmalıdır. Bu maliyete değer mi? Miller ve Hester (1986b)'in bulgularına göre yatarak tedavinin getirmiş olduğu yüksek maliyet, etkililiğin derecesinin yüksekliği ile karşılaştırılamaz bile. Bu görüşe göre, kişiyi uyuşturucudan kurtarmak için uygulanan ilaç tedavisi pek çok kişi için ayaktan tedavi sürecinde de kullanılabilir. Dahası, genel olarak hastane tedavisinin tedavi edici sonuçları, ayaktan tedavide elde edilen sonuçlardan çok daha iyi değildir.

BİYOLOJİK TEDAVİLER

İster yatarak isterse ayakta olsun, içki problemi nedeniyle tedavi gören bazı kişilere, alkol aldığı zaman şiddetli kusmalara yol açan disulfiram ya da panzehir (antabuse) verilir. Bu yolla acı ve ağrı yaratılarak alkolün emilimi engellenir. Tahmin edilebileceği gibi, bu panzehir verme durumu problem yaratabilir. Hasta önceden bir yere kapatılmak zorundadır. Eğer kişi önceden belirlendiği gibi her sabah ilacı almaya gönüllüyse, içme davranışı ilacı almanın olumsuz sonuçlarından dolayı azalacaktır (Sisson ve Azrin, 1989). Fakat, plasebo kontrolleri ile yapılan geniş çaplı araştırmalar, panzehirin herhangi özel bir yararı olmadığını ve tedaviyi bırakma oranının %80'in üzerinde olduğunu göstermektedir (Fuller, 1988; Fuller ve ark., 1986). Ayrıca panzehir, sinir dokularında iltihaplanma gibi ciddi yan etkilere de neden olabilmektedir (Moss, 1990).

Biyolojik tedavilerin bazı yararları psikolojik tedaviler ile birlikte kullanıldığında en iyi şekilde görülebilir. Örneğin, Gıda ve İlaç Dairesi, 1995 yılında, alkol yoluyla uyarılarak endorfinlerin aktivitesini engelleyen ve maddeye duyulan arzuyu azaltan opiyat antagonisti olan naltrexones kabul etmiştir. Naltrexone bilişsel- davranışçı terapiler ile birlikte kullanıldığında, tedavi edici etkiyi arttırmaktadır (Volpicelli ve ark., 1995). Diğer ilaç tedavilerinde de olduğu gibi, naltrexone'un tek başına etkisi sınırlıdır (O'Malley ve ark., 1996). Seratonin alımını kolaylaştırıcı (agonist) bir madde olan buspirone'da, bazı tedavi edici özelliklere sahiptir (Kranzler ve ark., 1994). Beyindeki noradrenerjik aktivieyi azaltan clonidine de, nikotin, opiyatlar ve alkol gibi bazı maddelerin yarattığı yoksunluk etkilerini azaltma özelliğine sahiptir (Baumgartner ve Rowen, 1987).

Bazı psikoaktif ilaçlar, özellikle içme problemi için geliştirilmiş olmamalarına rağmen, içme ile ilgili problemlerin tedavisinde de kullanılırlar. Örneğin, depresyon için geliştirilen antidepresanlar ve kaygı için geliştirilmiş olan sakinleştiriciler, hastanın zihinsel durumunda genel bir iyileşme sağlayarak içki problemi üzerinde yararlı etkiler göstermektedir.

Alkol kötüye kullanımı olan kişileri tedavi etmek için kullanılan ilaçlar, sıklıkla karaciğer fonksiyonlarını bozduğu için risklidir. Bu ilaçlar karaciğerde metabolize oldukları için olumsuz etkilemekte, hoş olmayan yan etkileri görülmektedir (Klerman ve ark., 1994).

ADSIZ ALKOLİKLER

Dünya'da en yaygın olan ve en çok bilinen kendine yardım grubu Adsız Alkoliklerdir (AA).

İyileşmiş iki alkolik tarafından 1935 yılında kurulmuştur. Günümüzde, Amerika'da 70.000'den fazla şubesi, 2 milyondan fazla üyesi vardır ve 100'den fazla ülkede de grubu mevcuttur. Bir AA grubu düzenli olarak sık sık toplantılar yapar. Bu toplantılarda gruba yeni katılan üyeler alkolik olduklarını ilan ederler ve grubun eski, deneyimli üyeleri de kendi içki problemleri ile ilgili hikayelerini anlatır, yaşamlarının şimdi nasıl daha iyi olduğu üzerinde durarak, tavsiyelerde bulunurlar. Grup içki problemi olan kişiye duygusal destek, anlayış ve danışmanlık olanakları sağlar. Üyeler, tekrar içmeye başlamalarını engellemek amacıyla, günün herhangi bir saatinde ihtiyaç duyduklarında birbirlerini arayabilirler. Alkol tedavisi gören Amerikalıların %70'i, en azından bir kez bir AA toplantısına katılmıştır. AA'dan sonra bu program, diğer madde kötüye kullanımları için de model alınmıştır. Örneğin, Adsız Kokain Kullanıcıları (Cocaine Anonymous) ve Adsız Marihuana Kullanıcıları (Marihuana Anonymous).

Alkol kötüye kullanımının asla iyileşmeyen bir hastalık olduğu, tek bir kadeh içmenin bile tekrar kontrolü kaybetmeyi başlatabileceği, bu nedenle de hiç içmemek için sürekli tetikte olmak gerektiği, yavaş yavaş her bir AA üyesine kabul ettirilir. AA'nın temel doktrini, klasik bir film olan ve Ray Milland'a en iyi aktör oskarını kazandıran *Lost Weekend* filminde canlı bir biçimde yansıtılmıştır. Filmin bir sahnesinde aktör yadsıdığı içki probleminin ciddiyeti ile yüzleşmekte ve erkek kardeşi "Seninki, çatıdan inerken bir kat düşeceğini ummaya benziyor. Hâlâ öğrenmedin mi?" demektedir.

AA'nın manevi yönü, Tablo 12.2'de yer alan 12 madde ile gösterilmiştir. Buradan da anlaşılacağı gibi, bu felsefeye inanç, başarı için önemlidir (Gilbert, 1991). AA ile bağlantılı iki ayrı kendine yardım grubu geliştirilmiştir. Al-Anon Aile Grupları, aile bireylerinin bu sorun ile uğraşırken birbirlerine destek olmaları ve mücadeleyi bırakmamaları amacını taşımaktadır. Benzer şekilde Alateen grupları da, alkol kötüye kullanımı bulunan kişilerin desteğe ihtiyacı olan çocukları için kurulmuştur. Bir yolla çocukların ailelerinin problemlerinden sorumlu oldukları ve onları değiştirmek gibi bir yükümlülükleri bulun-

TABLO 12.2 Adsız Alkoliklerin Önerdikleri On İki Adım

1. Alkol üzerinde gücümüzün olmadığını, yani yaşamlarımızın kontrol edilemez olduğunu kabul ediyoruz.
2. Bizimkilerden büyük olan bir kuvvetin ruh sağlığımızı onaracağına inanıyoruz.
3. Yaşamlarımızı ve iradelerimizi Onu arıladığımız kadar Tanrı'ya havale etmeye karar veriyoruz.
4. Kendimiz için korkusuz bir ahlaki envanter araştırıyoruz.
5. Yanlışlarımızın tamamını Tanrıya, kendimize ve diğer insanlara bırakıyoruz.
6. Bu kusurlu özelliklerimizi ortadan kaldırması için Tanrıya tümüyle teslim oluyoruz.
7. Eksiklerimizi ortadan kaldırması için ona alçak gönüllülükle yalvarıyoruz.
8. Zarar verdiğimiz tüm insanların bir listesini yapıyor ve hepsini düzeltmeye istekli oluyoruz.
9. Bu düzeltmeleri onları ve diğerlerini yaralamaksızın olabildiğince doğrudan yapıyoruz.
10. Kişisel envanterimizi çıkarmaya devam ediyoruz ve hatamız olduğunda uygun biçimde buna başvuruyoruz.
11. Onu anladığımız kadar Tanrıyla bilinçli temasımızı artırmak için dua edip meditasyon yapıyoruz. Onun bilgisine ve taşıdığı gücüne dua ediyoruz.
12. Bu adımların sonucu olarak ruhani bir uyanış içine giriyoruz, bu mesajı alkoliklere taşımaya çalışıyoruz ve bu ilkeleri tüm ilişkilerimizde uyguluyoruz.

Kaynak: The Twelve Steps and Twelve Traditions. Copyright © 1952 by Alcoholics Anonymous world Services, Inc. İzinle yeniden çoğaltılmıştır.

Adsız Alkolikler, dünyadaki en yaygın kendine yardım grubudur. Düzenli olarak yaptıkları toplantılarda, gruba yeni katılanlar, bağımlılığını itiraf eder ve diğer grup üyelerinden destek ve tavsiyeler alırlar

duğuna ilişkin duygularının üstesinden gelebilmelerine yardımcı olmak amacını gütmektedir. Diğer kendine yardım grupları ise AA gibi dinsel bir tema içermezler. Bunun yerine sosyal destek, güven verme, cesaretlendirme ve alkolsüz bir hayata liderlik etme gibi temalara ağırlık verirler. Kişilere kendine yardım toplantılarında genellikle bir ruh sağlığı uzmanı rehberlik eder.

AA'nın tedavideki etkililiğine ilişkin iddaları, bilimsel incelemeleri başlatmıştır (USPHS, 1993). Son yıllarda yapılan bir çalışma, AA'nın anlamlı düzeyde yararı olduğunu göstermektedir (Ouimette, Finney ve Moos, 1997). Bununla birlikte, AA'da tedaviyi bırakma oranı yüksektir ve bu durum her zaman sonuçtan kaynaklanmamaktadır. Buna ek olarak, AA hastalarına ilişkin uzun süreli takip çalışmalarının sayısı sınırlıdır. Şimdiye dek yapılan en kontrollü çalışmanın sonuçları karmaşıktır (Walsh ve ark., 1991). AA'yı seçen ve grupta üç aydan fazla kalan bazı kişilerin, alkolden en az birkaç yıl uzak kaldıkları görülmektedir (Emerick ve ark., 1993). Bu kişilerin ihtiyaçlarının, AA'nın sağlamış olduğu dostluk, destek ve dini temalar yoluyla karşılandığı görülmektedir. Bu kişiler için AA bir yaşam tarzı olmakta ve üyeler birkaç yıl boyunca kasaba dışına bile çıksalar toplantılara düzenli olarak katılmaktadırlar.

ÇİFT TERAPİSİ

İçki problemi olan pek çok kişinin hayatı bu nedenle parçalanmıştır ve bazıları yaşamlarını yalnız sürdürürlerken, bazıları da evlilik veya diğer yakın ilişkilerini devam ettirirler. Bu durumda, kişiyi içkiden uzak tutmak veya bu problemini kontrol altında bulundurarak yardım etmek için çeşitli türden eş terapilerinin kullanılması anlaşılabilir bir durumdur. Bölüm 19'da daha ayrıntılı bir biçimde tanımlandığı gibi; evlilik veya çift terapileri, eşlerin genel sıkıntılarını azalttığı gibi, içme problemlerinde de azalma yaratması açısından başarılı görülmektedirler (örneğin: McGrady ve ark., 1991; McGrady ve ark; baskıda). İçki problemi olan kişilerin kaçınılmaz streslerle başaçıkma çabaları sırasında eşinin vereceği desteğin önemi küçümsenemez. Fakat bunun yanında bir ya da iki yıl boyunca aile terapisi olmaksızın sınırlı içme ya da içkiden uzak durmanın zorluğu da küçümsenmemelidir (Alexander ve ark., 1994).

BİLİŞSEL VE DAVRANIŞÇI TEDAVİLER

Davranışçı ve bilişsel-davranışçı araştırmacılar, alkol kötüye kullanımının tedavisi ile ilgili olarak yıllardır çalışmaktadırlar. Davranış terapisi ile ilgili ilk çalışma, alkolizmde itici uyarıcılarla koşullanma konusunda yapılmıştır (Kantorovich, 1930).

İTİCİ UYARILARLA TERAPİ

Alkol problemi olan kişilerle yapılan itici uyarıcılarla terapi de, kişi alkol aldığı, ona ulaşmaya çalıştığı ya da baktığı zaman iğrenmesi ya da midesinin bulanması sağlanır. Bu terapinin **gizli duyarsızlaştırma** (Cautela, 1966) adı verilen bir formunda, içme arzusunu söndürecek durumların bir hiyerarşisi oluşturulur ve içki problemi olan kişi içtiği zaman, şiddetli ve tiksindirici bir şekilde hasta edecek olan bu görüntüleri zihninde canlandırması istenir.

İtici uyarıcılarla (aversive) terapinin, yatısız tedavinin etkililiğini bir miktar arttırdığına ilişkin bazı kanıtlar olmasına rağmen (Smith ve ark., 1991), bazı çok iyi tanınan davranışçı terapistler; deneysel desteğinin bulunmaması ve çok fazla rahatsızlığa neden olması dolayısıyla bu terapinin kullanımını desteklemektedirler (örneğin: Wilsom, 1991). İtici uyarıcılarla terapi eğer kullanılacaksa; hastanın aile çatışmaları, sosyal korkuları ve problem yaratan içki içme davranışı ile bağlantısı olan diğer faktörlerin de ele alındığı geniş çaplı bir problem bağlamında en iyi şekilde yerini bulur (Tucker, Vuchininch ve Downey, 1992).

İZLERLİK YÖNTEMİ

Alkol kötüye kullanımı için izlerlik yönetimi (contingency management) terapisi (Bu terim sıklıkla edimsel / operant koşullamanın yerine de kullanılır), hastaları eğitmeyi ve panzehir almak gibi içki ile uyuşmayan pekiştiricilerle kişinin bu davranışını değiştirmeyi amaçlar. Bu terapi, içkiyi reddedebilmek için atılganlık eğitimi gibi sosyal beceri ve iş bulma eğitimini içerir. Bu yaklaşımlar, umut verici sonuçlar doğurmaktadır (Azrin ve ark., 1982; Keane ve ark., 1984; Sisson ve Azrin. 1989).

Bu yaklaşım üzerine temellenmiş bir başka yöntem de *davranışsal kendini kontrol eğitimi* (Tucker ve ark., 1992) olarak adlandırılır. Bu yöntem **hasta** kontrolünü ve aşağıdakilerden bir ya da daha fazlasını içerir: (1) Örneğin özel bir

günde diğer insanlarla birlikte olmak gibi kısıtlı durumlarda kişinin kendisine içki içmek için izin vermesini içeren uyarıcı kontrolü. (2) örneğin, sadece karışık (kokteyl) içkiler içmek ve içkiyi acele acele yuvarlamak yerine küçük yudumlar halinde içmek gibi, içki içmenin yapısı (topografyası) üzerinde değişiklikler yapmak (3) Alkolden uzak durmanın pekiştirilmesi. Örneğin kişi içkiye karşı koyabiliyorsa, artık doğrudan alkol tedavisini içermeyen başka yaklaşımlarla tedaviye izin verebilir.

Davranışsal kendini kontrol eğitiminin savunucuları tarafından resmen tanımlanmayan önemli bir nokta da, kişi kısıtlama ve şartlara uyduğu, bunları yerine getirdiği takdirde, içme davranışını yok etmesi ya da azaltmasıdır (Davranışsal paradigmada kendini kontrol'ün sınırlılıkları için Odak 18.4'e bakınız). Diğer bir deyişle, bu tür terapiler karşısındaki itiraz, bunların içme davranışını kontrol edici gerekli yolları keşfetmeye fazla yönelik olmaması, alkolü kötüye kullanan kişinin daima dış süpervizyon ve kontrol olmaksızın bu araçları uygulamasını sağlıyor olmasından kaynaklanmaktadır. Bu yaklaşımın genel etkililiğine ilişkin kanıtlar mevcuttur (Hester ve Miller, 1989); bunların bazıları ise birazdan göreceğimiz kontrollü içme programları kapsamı içerisinde yer almaktadır.

İÇMEDE AZALMA

Son zamanlara kadar genellikle, eğer alkol kötüye kullanımı bulunan bir kişi iyileşebilmişse, bu durumun alkolden tamamıyla uzak kalması yoluyla gerçekleştiğine inanılırdı. İlk kadehi içtikten sonra daha fazlasını içmeme konusunda kontrolünün olamayacağına inanılırdı. Bu durum, Adsız Alkoliklerin inançlarında devam ediyor olsa da, ilk dönemlerde yapılan araştırmalar, içen kişinin kendisi ve alkol hakkındaki inançlarının, maddeye olan fizyolojik bağımlılıkta önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Toplum içerisinde alkolden kaçınmanın ne denli zor olduğu göz önünde bulundurulacak olursa, bu görüşü içki problemi olan kişilere öğretmek *tercih edilebilir.* En azından, özel zamanlarda alkol kötüye kullanımı problemi olmayan kişilerde içmeyi azaltmak amacıyla kullanılabilir. İçen kişinin benlik saygısı, problemi ve yaşantısının değişmesinden kaynaklanan duyguları kontrol edebilmesi için kesinlikle yararlıdır.

Kontrollü İçme, alkol kullanımını tamamen kesmeden ve sarhoşluk durumundan tamamen kaçınmadan, alkolü ılımlı bir şekilde tüketmeyi içerir. Oldukça iyi bilinen tedavi programlarından birinin bulgularına göre, alkolü kötüye kullanan bazı kişiler, içtikleri miktarı kontrol edebilmekte ve yaşamlarının diğer yönlerini de en az bu kadar geliştirebilmektedirler (Sobell ve Sobell, 1976; 1978). İçki problemi olan kişiler, içme davranışlarını; kokteyl yerine katışıksız içki içtiklerinde, çok hızlı bir şekilde içkilerini yuvarladıklarında ya da küçük yudumlar yerine ağızlarını doldurarak içtiklerinde verilen şoklarla kontrol etmeye çalışırlar. Ayrıca problem çözme ve atılganlık eğitimi alırlar, sarhoşluk anlarına ilişkin video kayıtlarını izlerler ve böylece içmelerine ve sonrasında da kendine zarar verici örüntünün oluşmasına neden olan durumları tanımlarlar. Bu kişilerde görülen gelişme, içkiden tamamıyla kaçınan ve herhangi bir içme durumunda şok uygulanan kişilerde gözlenen gelişmeden daha büyüktür.

Çağdaş bir kontrollü içme tedavi programında, aksi takdirde yoğun bir biçimde içme olasılıkları bulunduğundan dolayı, hastaların duruma uyumlu tepki vermeleri yolunda düşünmeleri sağlanır. Kişiler içkinin baskısına karşı koymalarına yardımcı olacak çeşitli sosyal becerileri öğrenirler; atılganlık, gevşeme ve stres yönetimi, bazen de biyolojik geribildirim ve meditasyon eğitimi alırlar. Egzersiz yapma ve sağlıklı beslenme konusunda cesaretlendirilirler.

Hastalar yapılan bir yanlışın kaçınılmaz bir şekilde toplam bir nükse neden olmayacağını düşünürler ve bunu, AA'nın bakış açısının tersine, mücadeleyi kaybetmek olarak değil, deneyimle öğrenmek olarak değerlendirirler (Marlatt ve Gordon,1985). İçkiden uzak durmayı başarabilmiş kişilerin çok büyük bir kısmının, 4 yıllık bir dönem içerisinde bu problemlerinin nüksettiği düşünülürse, terapi sonrası nüks olayını korkutucu olmaktan çıkartan bu yaklaşımın ne denli önemli olduğu daha iyi anlaşılır (Polich ve ark; 1980). Bu terapide, alkol bağımlısı olan kişiler, ilişkilerinde, ailelerinde ve iş hayatlarındaki stres kaynaklarını araştırırlar. Aktif olmaya çalışır, bunlara yol açan olaylardaki sorumluluklarını anlamaya çalışırlar ve nedenlerini araştırırlar (Marlatt, 1983 ve Sobell ve ark., 1990).

İçki içmeyi azaltmayı öğretmeye ilişkin olarak Sobell'in günümüzdeki yaklaşımı temelde bilişseldir (Sobell ve Sobell, 1993). Buradaki temel varsayım, insanların sürekli içme davranışları üzerinde genelde inanılandan daha fazla

kontrole sahip oldukları ve içkiyi tamamen kesmek ya da uzak durmanın yararları kadar, aşırı içmenin yarattığı bedelin farkında olmanın da yardım edici bir materyal olabileceğidir. Yönlendirilmiş kendilik değişimi (guided self-change) olarak adlandırılan bu yatısız tedavi yaklaşımı, kişisel sorumluluk ve kontrolü ön plana çıkartır. Hastaların kendilerini, bir bağımlılık hastalığına yakalanmış kurbanlar olarak değil; yaşam stresleri ile nasıl başa çıkabileceğini bilmediği için kendine zarar verici bir yolu seçmiş olan, akılsızca işler yapan, temelde sağlıklı, normal insanlar olarak görmeleri sağlanmaya çalışılır.

Terapist empatik ve destekleyicidir. İçki problemi olan kişinin gözden kaçırabileceği içkinin getirdiği olumsuz yönleri saptamaya çalışır. Örneğin, içki problemi olan pek çok kişi sürekli içiyor olmanın maliyetini (sürekli olarak evde içki içmek yılda 2000 dolardan fazla paraya mal olmaktadır. Bir bar ya da lokantada içme durumunda ise bu miktar ikiye hatta üçe katlanır); ya da alkolün neden olduğu fazla kiloları hesaba katmaz. Terapistler ara sıra küçük davranışsal değişiklikler yapmayı denerler. Örneğin, hastanın eve giderken barın önünden geçmemesi için eve gidiş yolunun değiştirilmesini sağlarlar. Bazen hastanın ilk kadehten sonra ikinci veya üçüncü kadehi almakta 20 dakika geciktirilmesi, onun ardarda içmenin yararları karşısında zararlarını (maliyetini) hesap etmesinde yardımcı olabilir. Bu yaklaşımın, içki problemi bulunan kişilerin içki miktarını azaltmalarında etkili olduğu ve yaşamlarının diğer yönlerinde de gelişmelere yol açtığına ilişkin destekleyici kanıtlar mevcuttur (Sobell ve Sobell, 1993).

İçkiden uzak durma veya kontrollü içmenin tedavinin hedefi olması, tartışmalı bir konudur. Özellikle AA gibi, bir yudum bile içmemenin tek uygun hedef olduğu ve desteklendiği durumlarda, bunlar kötü örnek durumuna düşmektedir. Buna karşın Sobell'in çalışmaları gibi son dönemlerde yapılan araştırmalar, içkiyi azaltmanın (dengeli içmenin), aşırı içki problemi olan kişiler de dahil olmak üzere pek çok hastada işe yaradığını göstermektedir. Eğer terapatik anlamda ele alınacak olursa, araştırmaların da desteklediği gibi içkiyi azaltmanın bir hedef olarak belirlenmesi, bağımlı olan kişi için daha gerçekçi bir hedeftir. Kontrollü içme, günümüzde Kanada ve Avrupa'da, Amerika Birleşik Devletleri'nden daha geniş bir biçimde kabul görmektedir.

ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI TEDAVİSİNDE KLİNİK DEĞERLENDİRMELER

İçki probleminin tedavisindeki bazı girişimler, terapistlerin aşırı derecede içki içen bütün kişilerin aynı nedenden ötürü içtiklerine ilişkin uygun olmayan varsayımları nedeniyle engellenmektedir. Bu bölümde daha sonra da göreceğimiz gibi bu varsayım doğru değildir.

Geniş kapsamlı bir klinik değerlendirme, kişinin yaşamında nelerin içmeyle bağlantılı olduğunu göz önünde bulundurur (Tucker ve ark., 1992). Evliliğinde mutsuz, çocukları büyüdüğü ve okula gönderdiği için bolca da vakti olan bir kadın, vakit geçirmek ve karşı karşıya kaldığı hayatındaki ikilemlerden kaçınmak amacıyla alkolün uyuşturucu etkisine sığınabilir. Bu hasta için alkolün tadını şok ile ya da mide bulandırıcı başka ilaçlarla birleştirerek hoş olmayan bir hale getirmek ne uygun ne de yeterli bir yoldur. Terapist, hastanın aile ve evlilik problemlerine odaklanmalı ve hastanın varlığını tehdit eden psikolojik acıyı azaltmalıdır. Ayrıca alkol tüketimi azaltıldığında ortaya çıkacak olan yoksunluk belirtilerinin üstesinden gelebilmesi için de yardıma ihtiyacı olacaktır. Alkol gibi bir uyuşturucu olmaksızın, şu ana dek kaçınmış olduğu problemleri ile yüzleşmesini sağlayacak diğer hareketli kaynaklara da ihtiyacı olacaktır. Bu durumda sosyal beceri eğitimi hastaya yardımcı olabilir.

İçki problemi bazen, özellikle duygudurum bozuklukları ve psikopatoloji gibi diğer ruhsal bozukluklarla da ilişkilidir (Goodwin, 1982). Terapistler, yaklaşımları ne olursa olsun, şunu unutmamalıdırlar ki, alkol kötüye kullanımı ile birlikte depresyon ve intihar riski sık sık görülür. Yoğun içme durumu ağır bir depresyondan kaynaklanıyor olabilir. Bu durumda panzehir vermek veya yalnızca alkole odaklanan diğer tedavileri uygulamak bir işe yaramaz. Bu nedenle klinisyen, hastanın problemlerini geniş bir yelpaze içerisinde değerlendirmelidir.

Alkol ile ilgili çalışmalar yapan araştırmacılar, zaman zaman, farklı türdeki içiciler için farklı türde tedavi yaklaşımlarının uygun olduğunu fark etmektedirler (Mattson ve ark.,1994). Yani; içki problemine neden olan etkenler ile tedavinin etkenlerinin birbiri ile uyuşması önemlidir. Hasta-tedavi eşleşmesi, başka bir deyişle psikoterapi literatüründe bilinen şekliyle, yetenek-tedavi etkileşimi [aptitude-treatment interaction

(ATI)], Tıp Enstitüsü (1990) tarafından içki problemine yönelik daha iyi müdahalelerin geliştirilmesi için önemli bir nokta olarak görülmektedir. Bu hipotezi test etmeye yönelik olarak yapılan çok yönlü klinik bir çalışma, belirli türdeki tedavilerin belirli türde içki problemleri ile oldukça iyi bir şekilde eşleştiğini göstermektedir. Üç tedavi şekli oldukça iyi çalışmaktadır. Bunlardan birincisi, kişilerin Adsız Alkoliklere katılmasını sağlamak, ikincisi içki dışındaki diğer başa çıkma becerilerini öğretmeye odaklanmak, üçüncüsü ise kişinin içkiyi bırakması için bireysel kaynaklarını kullanması yönünde cesaretlendirilmesi, motivasyonunun bu yönde arttırılmasıdır (Bkz. Bölüm 18). Bu üç tedavi oldukça iyi çalışmakla birlikte, yordanan etkileşimleri gösterme konusunda başarısızdır (Project Match Research Group, 1997).

Araştırmacılar şimdiye dek, birden fazla maddenin birlikte kullanımının tedavisi konusuna yeterli ilgiyi göstermemişlerdir (Sobell ve ark., 1990). Oysa içki problemi olan kişilerin %95'ten fazlası düzenli olarak sigara da içmektedir ve böylece hem alkol hem de nikotin bağımlısıdırlar (Istvan ve Matarrazo, 1984). Terapist, kişiye aynı anda hem sigarayı hem de alkolü bıraktırmayı denemeli midir? (Kozlowski ve ark., 1989). Hastanın bunlardan birine ihtiyacı olacağı varsayılarak her ikisini aynı anda kesmeye teşebbüs etmemeli miyiz? Sigaranın içki içmek ile çok yakından ilişkili olduğu, kişi sigara içtiği takdirde içkinin de otomatik olarak ona eşlik edeceği varsayımından hareketle, her iki maddeye olan bağımlılık da birlikte mi tedavi edilmelidir? Bu sorular önemli ve cevapsız sorulardır.

Benzer türdeki pek çok tedavi programında da görüldüğü gibi, içki problemi olan kişilerin yaklaşık %10'u profesyonel yardım almakta ve %40'tan fazlası kendi kendine iyileşmektedir. Bu kendiliğinden iyileşme nasıl olmaktadır? Yeni bir evlilik, yeni bir iş, dini ve ruhani bir takım deneyimler veya dönüşümler, içkili iken neredeyse ölmesine neden olacak bir trafik kazasına karışmak ve sarsıcı, ciddi bir hastalık geçirmek gibi bazı yaşantılar, kendiliğinden iyileşmeyi sağlayan faktörler arasında sayılabilir. Ciddi bir kriz karşısında, neden bazı kimselerin içkiyi bıraktığı, bazılarının ise teselliyi içki şişelerinde aradığı bilinmemektedir (Valliant, 1983).

Dramatik bile olsa, tek bir olayın kişinin bağımlılıktan kurtulması için gerekli olan değişiklikleri yaratabilmesi şüphelidir. Tedavi sonucunda ya da kendiliğinden olsun, başarılı bir içkiyi bırakma durumunun bazı yaşam olayları ve alkoliğin içki olmaksızın yaşamaya yönelik çabalarının birlikte yer alması ile gerçekleşme olasılığı daha fazladır. İçki problemi bulunan kişinin kontrollü içmesine ya da içkiden tamamen uzak durmasına yardımcı olan faktörlerin kombinasyonu ne olursa olsun anahtar bileşen, kişinin bu çabalarının ailesi, arkadaşları, iş ortamı ve Adsız Alkolikler gibi kendine yardım grupları tarafından destekleniyor olmasıdır (Mc Crady, 1985).

YASADIŞI MADDE KULLANIMI İÇİN TEDAVİ

Alkol kötüye kullanımı için tedavide ele alınan bazı faktörler, aynı zamanda yasadışı maddelere olan bağımlılığın tedavisi ile de bağlantılıdır. Burada yasadışı maddelerle özellikle bağlantılı olan bazı konular ve veriler üzerinde duracağız.

Eroin ve kokain gibi yasadışı maddelere bağımlı olan kişilerin tedavisinin temelini, ilaç tedavisi ve kişiyi maddeden uzak tutma oluşturmaktadır. Eroinin neden olduğu yoksunluk belirtilerinin menzili, birkaç gün süren orta düzeyde kaygı, mide bulantısı ve huzursuzluktan, kişinin kullandığı eroinin saflık derecesine göre değişen oldukça şiddetli ve korkutucu delirium ve panik ataklara dek değişir. Fazla miktarda amfetamin kullanan bir kişinin bu alışkanlığı genellikle şizofreni tedavisinde kullanılan bir ilaç olan phenothiazin'lerin uygun dozda kullanımı ile azaltılabilir. Fakat bunun aynı zamanda, amfetaminler ile birleşen diğer ilaçlarla kullanılabileceğini de unutmamak gerekir. Barbituratların oluşturduğu yoksunluk belirtileri de özellikle şiddetlidir, hatta yaşamı tehdit edebilir. Son dozun alımından 24 saat sonra başlar ve iki üç gün sonra doruk noktasına ulaşır. Genellikle bir haftanın sonunda azalır, fakat fazla miktarda alınmışsa bu durum bir ay kadar sürebilir. Barbituratların oluşturduğu yoksunluk belirtilerinden kurtulmanın en iyi yolu, sorunu aşamalı olarak ele almak ve yatarak tedavi görmektir (Honigfeld ve Howard, 1978).

Arındırma tedavisi, terapistlerin madde bağımlısı ya da madde kötüye kullanımı bulunan kişilerin tedavisinde başvurdukları ilk yoldur. Bu bir rehabilitasyon sürecinin en kolay yolu olabilir. Kişinin ilaç kullanmaksızın işlevlerini sürdürmesini sağlamak, hem yardımcı olan kişi hem

Methadon, sentetik bir uyuşturucu maddedir. Daha önce eroin bağımlısı olan kişiler, her gün kliniğe gelerek methadone alırlar.

de hasta için başarıdan çok hayal kırıklığı ve sıkıntılarla dolu güç bir görevdir. Bu göreve ilişkin çeşitli yaklaşımlar elde edilebilir.

BİYOLOJİK TEDAVİLER

Eroin bağımlılığı için yaygın olarak kullanılan iki ilaç tedavisi vardır. Bunlardan birincisi, kimyasal olarak eroine benzeyen **eroin yerine kullanılan ilaçlar;** ikincisi ise kişiyi fazla eroin kullanımından koruyan **eroin antagonisti** ilaçlardır. İlk kategori **methadone** ve methodyl acetate gibi eroinin yerini alması için tasarlanmış olan sentetik uyuşturuculardır. Bu maddelerin kendileri bağımlılık yapıcı maddeler oldukları için, başarılı bir tedavi yalnızca eroin bağımlılığını methadone bağımlılığına dönüştürür. Bu dönüşümün nedeni methadone'un, eroin'in **çapraz-bağımlılık** maddesi olmasıdır. Yani; benzer merkezi sinir sistemi alıcılarının aktive edilmesi ile methadone orijinal bağımlılığın yerini alır.

Methadone'un aniden kesilmesi (kullanıma son verilmesi), kendine özgü yoksunluk reaksiyonlarının ortaya çıkmasına neden olur. Bu reaksiyonlar, eroininkinden daha hafiftir. Methadone madde bağımlılığından vazgeçirici bir terapötik özellik potansiyeline sahiptir (Jaffe, 1985).

Bu tedavi için, bağımlı olan kişi bir kliniğe gitmek ve görevli kişinin kendisine verdiği günde bir methadone ve haftada üç gün methadyl acetate'ı kullanmak zorundadır. Pek çok methadone kullanıcısı işlerine gidebilmekte, herhangi bir suça ya da diğer yasadışı maddelere karışmaksızın yaşamlarını sürdürebilmektedirler (Cooper ve ark., 1983). Fakat bazıları da başarısız olmaktadır (Condell ve ark., 1991). Methadone tedavisinin etkililiği, düzenli psikolojik danışma ile birleştirildiği takdirde artar (Ball ve Ross, 1991).

Önceden var olan davranışsal örüntüler ve yaşam şartları, kişinin methadone tedavisine nasıl yanıt vereceğini etkiler. Methadone, aşırı coşku hali yaratmadığı için, bazı bağımlılar bulabildikleri takdirde eroine geri dönerler. Bazıları yan etkilerinden (uykusuzluk, kabızlık, aşırı terleme ve cinsel fonksiyonlarda azalma gibi) dolayı methadone tedavisini bırakırlar. Fakat günümüzde AIDS ve bağışıklık sistemini bozan virüslerin enjeksiyon yoluyla kişiden kişiye aktarıldığı göz önünde bulundurulacak olursa, bu tedavi, methadone'un yutularak alınan bir ilaç olmasından dolayı, büyük avantaja sahiptir.

Cyclazocine ve naloxone gibi opiyat antagonistleri ile yapılan tedavilerde bağımlılar önce dereceli olarak eroinden kesilirler. Daha sonra tekrar eroin almayı engellemek amacıyla, bu ilaçlardan birini, dozajını gittikçe arttırmak suretiyle alırlar. Bu ilaçlar, opiyatların bağlandıkları reseptörler için büyük bir benzerliğe sahiptir. Molekülleri, uyarmaksızın reseptörleri (alıcıları) işgal eder ve böylece eroin molekülleri kendine yer bulamaz. Methadone'da olduğu gibi, bağımlı kişi, kliniğe düzenli olarak sık sık gitmek, motivasyonunu arttırmak ve diğer sorumluluklarını yerine getirmek zorundadır. Buna ek olarak, kişi zaman zaman eroine duyduğu arzuyu kaybetmez. Bu durumda opiyat antagonisti ile yapılan tedavi yetersiz kalıyor demektir ve genel sonuç sadece iyidir (Ginzburg, 1986; Goldstein, 1994).

Günümüzde kokainin yarattığı yoksunluk semptomlarını azaltmak ve de bağımlılığın temelini saptayabilmek amacıyla geliştirilmek istenen ilaçlara yönelik araştırmalara odaklanılmıştır. Buna rağmen daha önceleri antidepresanlarla; günümüzde de daha kontrollü bir biçimde yapılmış iki çalışmanın sonuçları çok da olumlu değildir. Kokain bağımlıları ile desipramine kullanılarak yapılan çift-kör iki deney, sekiz haftalık bir tedavi sonrasında desipramine kullananlar ile plasebo grubu arasında kokain kullanımı açısından bir fark olmadığını göstermiştir (Kösten ve ark., 1992). Ayrıca on iki haftalık bir tedavi sürecinden sonraki üç ve altı aylık takip çalışmalarında, kokain kullanımının

plasebo hastalarından daha fazla olduğu bulunmuştur (Arndt ve ark., 1992). Diğer taraftan son yıllarda yapılan çalışmalarda desipramine ilişkin olumlu gelişmelerden söz edilmektedir (Carroll ve ark., 1994).

Bir hipertansiyon ilacı olan **Clonidine,** kokain başta olmak üzere çeşitli bağımlılık yapıcı maddelerin yarattığı yoksunluk belirtilerini azaltabilmektedir (Baumgartner ve Rowen, 1987). Bromocriptine'de; kokain bağımlılığının altında yattığına inanılan dopamin azalmasına ters etki yaparak, maddeye duyulan arzuyu azaltma yönünde ümit verici bulgulara yol açmaktadır (Dackis ve Gold, 1986; Moss, 1990).

PSİKOLOJİK TEDAVİLER

İnsanlar pek çok nedenden ötürü maddeleri kullanırlar. Genellikle ilaç kullanımı temelde fiziksel bağımlılık tarafından kontrol ediliyor olsa da, bağımlılığın var olmasının bütün örüntüsü, ilaçtan etkilenmiş olmaya bağlıdır. İlaçtan uzak kalmanın temel zorluklarından biri, bazı uyaranların olumsuz etkileridir. El altında hazır iğnelerin bulunması ve yakın çevrede maddeyi kullanan diğer insanların olması, maddeye duyulan arzuyu tetikleyebilir (Wikler, 1980). Alkolikler ve sigara bağımlıları için de aynı örüntü geçerlidir.

Madde kötüye kullanımı psikiyatrlar, psikologlar ve diğer ruh sağlığı elemanları tarafından tedavi edilirler. Diğer uyumsuz davranışların tedavisinde olduğu gibi, madde kullanımına ilişkin bozuklukların tedavisinde de birkaç tür psikoterapi kullanılır. Genellikle de, psikoterapiler fiziksel bağımlılığı azaltmayı hedefleyen biyolojik tedavilerle birlikte kullanılırlar.

Doğrudan karşılaştırmanın yapıldığı ilk kontrollü çalışmada, bir trisiklik antidepresan olan desipramin ile bilişsel-davranışcı tedavi ele alınmış ve bu iki tedavinin, madde kötüye kullanımı olan kişinin, aile, sosyal ve psikolojik işlevlerini arttırmaya ek olarak kokain kullanımının azalması yönünde de etkileri olduğu bulunmuştur. Carroll ve ark. (1994a, 1995) tarafından yapılan ve on iki hafta süren çalışmada, desipramin'in kokaine bağımlılık düzeyi düşük olan hastalar için plasebodan daha etkili olduğu, bilişsel tedavinin ise bağımlılık düzeyi daha yüksek olan hastalar için daha etkili olduğu bulunmuştur.

Bilişsel tedaviye alınan hastalar riskli durumlardan (örneğin, kokain kullanan diğer kişilerle birlikte olmak) nasıl kaçınacaklarını öğrenirler; maddenin kendileri için cazip olan yanlarını fark ederek, bunun yerine koyabilecekleri alternatifler (örneğin: kokain kullanmayan kişilerle birlikte çeşitli eğlendirici etkinliklere katılmak) üretirler. Bu tedavi sırasında kokain kullanıcıları, maddeye duyulan şiddetli arzu ile başa çıkabilme yollarını ve durumun felaket boyutlarına ulaşmaması için direnmeyi öğrenirler ("hastalığın yinelemesini (nüksü) önleme programı", Marlatt ve Gordon, 1985). Daha depresif hastalar, hem ilaç hem de bilişsel tedavinin birlikte kullanımı açısından daha fazla tercih edilen hastalardır. Genel anlamda bakılacak olursa, psikososyal tedavilerin sonuçları, antidepresan tedavilerinin sonuçlarından daha başarılıdır ve bu örüntü bir yıl süren bir takip çalışması ile kanıtlanmıştır (Carroll ve ark., 1994b). Çalışmada yazarlar, farklı türdeki hastalar için farklı tedavilerin gerekli olduğunun altını çizmektedirler ve bu tema, terapi literatüründe hızla yerini almaktadır.

Kişilerin kaldıkları kendine yardım evleri (self-help residential homes) veya grupları eroin ve diğer madde kötüye kullanımı ile mücadelede kullanılan en yaygın psikososyal yaklaşımlardır. Santa Monica-California'da, 1958 yılında Charles Dederich tarafından eski madde bağımlılarından oluşan terapötik bir topluluk kurulmuştur. Kişilerin kaldıkları bu mekânlar, hayatında yasa dışı maddelerin yer almaması için, bağımlı olan kişinin hayata bakış tarzını radikal bir biçimde tekrar yeniden yapılandırmak için kurulmuşlardır. Daytop Village, Phoenix House, Odyssey House ve diğer madde rehabilitasyon merkezleri aşağıda yer alan şu özellikleri paylaşırlar:

- Daha önceki sosyal ilişkilerin, kişiyi madde kullanılan bir yaşam tarzına zorlayabileceği varsayımından hareketle, bağımlı olan kişinin bu ortamdan ayrılmasını sağlamak.
- Maddelerin elde edilemediği; düzenli madde kullanımından, maddenin kullanımının olmadığı bir yaşam tarzına geçişi kolaylaştıracak desteğin sağlandığı zengin bir çevre
- Madde kullanımı olmaksızın yaşamını sürdürebilen eski kullanıcılar gibi karizmatik rol modellerinin toplantılara katılması
- Grup terapisi esnasında bağımlı olan kişinin problemlerine ve madde alışkanlığına ilişkin sorumluluğu kabullenmesi için sık sık acımasız ve doğrudan yüzleşmelerin yapılması ve kişinin yaşamının sorumluluğunu üstlenmesi için zorlanması.
- Bağımlıları, başarısız ve suçlu kişiler olarak görmek yerine bir insan olarak görmek.

Kişilerin kalarak tedavi gördükleri bu madde-tedavi programlarının etkililiğinin değerlendirilmesinde bazı engeller mevcuttur. Katılım gönüllülük esasına bağlı olduğu için, bağımlı kullanıcılardan oluşan küçük bir grubu içermektedir. Dahası tedaviyi bırakma oranı yüksek olduğu için, kalan kişilerin oranı nüfus içerisinde madde dışı ilaçları kullanan kişileri temsil edebilecek düzeye ulaşamamaktadır. Tedaviyi sürdüren kişilerin motivasyonları ise ortalama bir bağımlınınkinden büyük bir olasılıkla daha güçlüdür. Bu programda iyileşmiş olan bazı kişiler, tedavi programının sağlamış olduğundan daha fazla düzeyde, bu alışkanlığı başlarından atma arzusu içinde bulunabilir ve bunu yansıtıyor olabilirler. Tüm bunlara rağmen bu programların, katılımı bir yıl veya daha fazla sürdürenlerin pek çoğuna yardımcı olduğu açıktır (Institute of Medicine, 1990; Jaffe, 1985).

SİGARA İÇMENİN TEDAVİSİ

1994 yılından bu yana, 40 milyondan fazla sigara kullanıcısının %90'ının bu alışkanlıktan profesyonel bir yardım almaksızın kurtuldukları tahmin edilmektedir (National Cancer Institute, 1977; USDHHS, 1982, 1989). Her yıl sigara kullananların %30'undan fazlası minimum düzeyde dıştan yardım alarak sigarayı bırakmayı denemekte, fakat %10'undan daha azı kısa sürede başarılı olabilmektedir (Fiore ve ark., 1990). Sigarayı bırakma programlarının çatısı altında, sigara kullanıcıları için kendine yardım yöntemlerinin geliştirilmesi yönünde araştırma sürekli devam etmektedir (Di Clemente, 1993; Orleans ve ark., 1991).

Sigara kullanan bazı kimseler sigara kliniklerine başvururlar veya sigara bıraktırma programlarında uzmanlaşmış profesyonellere danışırlar. Amerikan Kanser Derneği, Amerikan Akciğer Derneği ve Seventh Day Adventists Kilisesi, özellikle sigarayı bırakmak isteyen geniş kitlelere yardımcı olan programlar sunma konusunda aktiftirler. İlk olarak 1964 yılında doktorların, sigara kullanımı ile ilgili ciddi sağlık problemlerinden bahsetmelerinden sonra, lokantalar, trenler, uçaklar ve insanların toplu olarak bulundukları yerlerde sigara içimini yasaklayan çeşitli yasalar çıktı. 1986 ve 2000 yılları arasında, doktorların raporları ve sigara içmeyi engellemeye yönelik programlar yoluyla 2.1 milyon kişinin sigara ile bağlantılı ölümlerine engel olunduğu tahmin edilmektedir (Foreyt, 1990). Buna rağmen, sigarayı bırakma programlarına katılan kişilerin yalnızca yarısının program tamamlanıncaya kadar sigaradan uzak kalmayı başarabildiği ve başaran bu kişilerin de yalnızca üçte birinin sigara içmeden bir yıl dayanabildikleri tahmin edilmektedir (Hunt ve Bespalec, 1974; Schwartz, 1987).

PSİKOLOJİK TEDAVİLER

Diğer bazı çabalar, sigara içmeyi azaltmakta ya da tamamen yok etmektedir. Kısa süreli sonuçlar sıklıkla cesaret verici olmasına rağmen, -bazı programlar (Etringer, Gregory ve Lando, 1984) tedavi sonucunda sigarayı bırakma oranını %95 civarında göstermektedirler uzun süreli sonuçlar bu denli olumlu değildir. Müdahale sona erdiğinde dikkat edilmezse, pek çok kişi bir yıl içerisinde tekrar sigara içmeye başlamaktadır (Diclemente, 1993). Bu durum davranış değişimini sağlamak gibi diğer türden çabaların da sigara içme oranını azaltabileceğine ilişkin kanıtlar sağlamaktadır; fakat bu hiç de kolay bir iş değildir.

Birçok teknik denenmektedir. Bunlardan biri, sigara içmeyi hoş olmayan, hatta mide bulandırıcı bir durum haline getirmektir. 1970'li yıllardan bu yana, hastanın havasız bir odaya oturtulup normalden daha sık, altı dakikada bir olmak üzere sigara içmesini içeren *hızlı-içme tedavisi* ilgi çekmektedir (örn., Lando, 1977). Bu tedavinin, *hızlı üfleme* (nefes almaksızın hızlı hızlı içme), *içmeye odaklanma* (normal oranda fakat daha uzun süre içme) ve *ağızda tutma* (sigara dumanını birkaç dakika boyunca içine çekmeden ağızda tutma) gibi yeni türevleri de mevcuttur. Bu tedaviler, hiç tedavi edilmeyen kontrol grupları ile karşılaştırıldığında, sigara içmeyi azaltması ve güçlü bir kaçınma davranışı yaratmasına rağmen birbirleri arasında fark yoktur. Takip çalışmaları birkaç aydan bir yıla dek geçen süre içerisinde tekrar içmeye başlama oranının yüksek olduğunu göstermektedir (Schwartz, 1987; Sobell ve ark., 1990).

Bilişsel yaklaşımı benimseyen araştırmacılar, yemek sonrası ya da kitap okumaya başlamak gibi sigara içmeyi akla getirecek bazı durumlarda, gevşeme ve kendi kendini telkin gibi çeşitli başa çıkma becerilerini kullanarak sigara içme davranışını kontrol altına alma konusunda kişiyi cesaretlendirmeye çalışırlar. Sonuçlar çok umut verici değildir (Hill, Rigdon ve Johnson, 1993).

Williams ve ark.'nın (baskıda) yapmış oldukları bir derlemeye göre, programlanmış bir içme

davranışı gerçek anlamda umut vericidir. Bu stratejide, birkaç haftalık bir dönem içerisinde nikotin alımı dereceli olarak azaltılır. Kullanıcı sigara içme aralığını gittikçe arttırır. Bu yolla sigara içme davranışı, dürtüler, duygudurumu veya diğer değişkenler yerine, zaman aralıkları yoluyla kontrol edilir. Kişinin bu programa sadık kaldığı varsayıldığında, bir yıl sonra sigaradan uzak kalma oranı %44'dür ve bu oldukça etkileyici bir sonuçtur (Cinciripini ve ark., 1994; Cinciripini ve ark. 1995). Kişinin özelliklerine göre düzenlenen bir başka yaklaşım da, depresif durumu bulunan bazı sigara kullanıcılarına uygulanan bilişsel terapidir. İlk sonuçlar umut vericidir (Hall, Munoz ve Reus, 1994; Hall ve ark., 1996).

Belkide müdahaleler içinde en yaygın olanı, bir doktorun sigaranın bırakılması konusundaki öğüt ve telkinleridir. Her yıl milyonlarca insan, yüksek tansiyon, kalp hastalıkları, akciğer kanseri, şeker hastalığından korunmak veya genelde sağlığını korumak amacıyla bu tür bir tavsiyeyi doktorlardan almaktadır. Bir doktorun bu yöndeki tavsiyesinin, özellikle hasta nikotin sakızı da çiğniyorsa, sigarayı bırakmasında etkili olabildiğine ilişkin kanıtlar mevcuttur (Law ve Tang, 1995; Russell ve ark; 1983). Fakat bu tavsiyelerin veriliş tarzı, zamanlaması gibi özellikler ve diğer faktörler bağımlı kişinin hazır hale gelmesinde ve başaçıkma davranışları için hazır hale gelebilmesinde önemli bir rol oynar.

Diğer bağımlılık türlerinde de olduğu gibi, psikolojik faktörler sigarayı bırakmayı zorlaştırabilir. Bu faktörler kişiden kişiye anlamlı derecede değişir. Bir tedavi paketinin, tüm sigara kullananlara yardımcı olması beklenemez! İnsanlar bırakma konusunda pek çok farklı nedenden ötürü sıkıntı içindedirler ve bunlara yardım için değişik yöntemlere ihtiyaç vardır. Fakat insanların sigara problemi üzerinde etkili olma istekleri nedeniyle klinisyenler son dönemlere dek sigara içenleri standart programlara tabi tutmuşlardır.

BİYOLOJİK TEDAVİLER

Nikotin sakızları ve nikotin bantları kişinin nikotine olan arzusunu azaltmak için kullanılan iki temel biyolojik tedavidir. Etkili olduklarına ilişkin bazı kanıtlar mevcuttur (Fiore ve ark., 1994).

Sigara içmeye neden olan yüzlerce dürtü ile, sigara içen bir kişi her gün bir veya iki paket sigara tüketerek, 7 saniye içerisinde beynine nikotin ulaştırmaktadır. Nikotin içeren sakızlar, Amerika'da 1984'den beri doktor reçetesi ile ve son zamanlarda isteğe bağlı olarak elde edilebilir. Bu sakızlar kişinin sigarayı bırakma çabaları sırasında oluşan yoksunluk semptomlarına katlanmalarına yardımcı olur. Sakızdaki nikotin, tütündekinden çok daha yavaş ve kararlı bir biçimde emilir. Sakız içerisine bağımlılık maddesini koymanın temel nedeni, bu durumun sigara içme ile nikotin dürtüsü arasındaki bağlantıyı kopartıyor olmasıdır. Aynı zamanda sigarayı bırakma ile nikotin krizi veya yoksunluğu da birbirinden kopartılmaktadır. Buradaki uzun vadeli amaç, daha önce sigara kullananların, sakız kullanmayı da azaltmasını sağlamaktır. Sonuç olarak, amaç nikotine olan bağımlılığı yok etmektir.

Sigarayı bırakanlar bu sakızlara bağımlı hale gelebilirler. Dahası, alınan nikotin miktarı, saatte bir sigara içmeye eşittir ve kan basıncının artması gibi kardiyovasküler değişimlerin oluşması, kalp-damar hastalıklarına sahip kişiler için tehlikeli olabilir. Buna rağmen bazı uzmanlar uzun süre sakız kullanımının sigarada bulunan bazı zehirlerin bulunmaması nedeniyle daha sağlıklı olduğuna inanmaktadırlar. Son dönemlerdeki bir çalışma, nikotin sakızlarının eğer yapılandırılmış bir psikolojik terapi olmaksızın kullanılırsa, yararının sınırlı kalacağını belirtmektedir (Hughes, 1995).

Nikotin sakızı, sigara içmek ile aynı etkiye sahip değildir. Ne kandaki nikotin miktarını ortalama bir sigaranın yaptığı gibi üst seviyelere çıkartır, ne de plazmadakini (Russell, Feyerabend ve Cole, 1976). Muhtemelen bu farklılıklar nikotini sigaradan elde etmeyi tercih eden içicilerin, sigaradan kaçınmaya başlamasından itibaren sakızın yoksunluğu azaltmada sınırlı fakat belirgin faydalarını açıklamaktadır. Diğer taraftan bu farklılıklar, nikotin sakızı yoluyla nikotin alışkanlığını bırakma sürecinin gerekli bir parçasıdır. En iyi sonuçlar, sakızın davranışsal yönelimli tedaviler ile birleştirilmesi sonucunda elde edilmektedir (Hughess, 1995; Kilen ve ark., 1990).

Hughes (1995), sakız ve nikotin bantları yoluyla nikotin verilmesinin yoksunluk semptomlarını azaltmasına rağmen (Hughes ve ark; 1990), yoksunluğun şiddetinin, sigarayı bırakmayı başarma ile çok az ilişkisinin olduğunu vurgulamaktadır (Hughes ve hatsukani, 1992). Böylece nikotini yerine koyarak insanların sigarayı bırakmasına yardımcı olmak pek işe yarayan bir yöntem gibi görünmemektedir.

Nikotin bantları ise ilk olarak Ekim 1991 yılında doktor reçetesi ile elde edilmeye başlanmıştır

Nikotin bantları, yoksunluk semptomlarını azaltmak amacıyla kullanılırlar

ve 1996'dan günümüze ise reçetesiz de satın alınabilmektedir. Bir polietilen bant kola yapıştırılmakta ve nikotin deri yoluyla yavaş bir şekilde kan dolaşımına, oradan da beyne geçmektedir. Bu bantlar her gün bir tane kullanıldığı, yerinin değiştirilmesine gerek olmadığı ve uygulamasının kolay olması nedeniyle nikotin sakızlarından daha avantajlıdır. Tedavi programı, kullanılan bantlar gittikçe küçültülerek, genellikle 10 ya da 12 haftada sona erer. Kişi bant kolunda yapışık iken sigara içmeye devam ederse, vücuttaki nikotin miktarı tehlikeli boyuta ulaşabileceği için risk oluşur.

Son yıllarda elde edilen kanıtlar, nikotin bantlarının, sigaraya duyulan arzu konusunda olduğu kadar, sigaradan uzak durma konusunda da placebo kullanımından daha üstün olduğunu göstermektedir (bakınız Hughes, 1995). Fakat nikotin sakızında olduğu gibi, nikotin bantı da her derde deva değildir. Tedavinin bitiminden hemen sonra yapılan takip çalışmaları, sigaradan uzak durma oranının %40'dan az olduğunu göstermektedir. Dokuz ay sonra yapılan takip çalışmalarında ise, placebo ile aralarındaki fark belirsizdir. Üreticiler, bantların yalnızca psikolojik temelli bir bıraktırma programının parçası olarak kullanılması gerektiğini ve bir seferde üç aydan fazla kullanılmaması gerektiğini belirtmektedirler.

Nikotin bantları, sigarayı bırakmanın vermiş olduğu rahatsızlığı ve huzursuzluğu azaltma konusunda bazı kişilere yardımcı olabilir, fakat kişinin bu konudaki kararlılığı, isteği ve davranış değiştirme işlemlerinin kullanımı, en inatçı bağımlılıkların kırılması için gerekli şartlardır.

YİNELEMEYİ ÖNLEME

Mark Twain, nükteli bir biçimde sigarayı bırakmanın kolay olduğunu söylemektedir. Kendisi bunu yüzlerce kez yapmıştır. Fakat bunu sürdürmek zordur. Sigarayı bırakan pek çok kişi bir yıl içerisinde tekrar içmeye başlar. Bu nedenle dikkatler, sigarayı bırakan kişilerin bu davranışlarını devam ettirmeleri konusu üzerine odaklanmıştır. Takip çalışmalarından elde edilen veriler bize, sigara içmeyen kişilerle birlikte yaşayan sigarayı bırakmış kişilerin, sigara içen kişilerle birlikte yaşayanlardan daha iyi durumda olduğunu göstermektedir (Mclntyre-Kingsolver, Lichenstein ve Mermelstein, 1986). İdame seansları yardımcı olmaktadır fakat tahmin edilebileceği gibi tedavinin devamı gerekir, bırakıldığı takdirde yinelenme (nüks / relapse) kaçınılmazdır (Brondon, Zelman ve Baker, 1987). Fakat en azından Amerika'da sigara içmemek için on yıl öncekine oranla daha fazla sosyal destek mevcuttur. Belki de zaman ilerledikçe, sigara içmeye karşı oluşan sosyal yaptırımlar, kişinin sigaradan uzak kalma çalışmalarında başarılı olmasına yardımcı olacaktır.

Yinelenme problemine ilişkin bir diğer yaklaşım da, sigarayı bırakan kişinin bilişlerindeki değişimdir (Bear ve Lichtenstein, 1988). Haaga (1989), sözelleştirilmiş düşünceler paradigmasını (Davison ve ark., 1983) kullanarak herhangi bir teşvik-tahrik olmadığı halde sigara içmeyi akıllarından geçiren kişilerin, sigarayı bıraktıktan üç ay sonra tekrar başladıklarını belirtmektedir. Fakat, bu kişilere, sigarayla ilişkili bu türden düşünceleri ile başa çıkabilecekleri, kendilerini uzaklaştırma gibi etkili yöntemler öğretilirse başarılı olabilirler. Haaga, bir soru formu uygulayarak, sigarayı bırakan kişilerin en zor durumlar karşısındaki kendine yeterlilik durumlarının, sigaradan bir yıl uzak kalabilmenin en iyi yordayıcısı olduğunu bulmuştur (Haaga, 1990). Bu ve benzeri çalışmalar, sigaraya tekrar başlamama ya da tekrar içmeye başlamanın en doğru olarak, sigarayı bırakan kişilerin bi-

lişlerinin saptanması yoluyla yordanabileceğini göstermektedir. Bu türden bilgiler, terapistlerin, sigarayı bırakan kişilerin bu durumu devam ettirebilmeleri için gerekli olan yetenekleri geliştirmelerini sağlayacak programlar oluşturmalarına yardımcı olabilir (Williams ve ark., baskıda).

MADDE KÖTÜYE KULLANIMININ ÖNLENMESİ

Madde kötüye kullanımının etiyolojisi hakkındaki tüm bu bilgilerden sonra, insanları bu maddeleri kullanmaya başlamaktan uzak tutmanın önemi çok açıktır. Maddenin yarattığı psikolojik ve fizyolojik bağımlılıktan kişileri kurtarmak çok zor, hatta bazıları için imkânsızdır. Şimdi alkol ve yasadışı maddelerin kötüye kullanımı ve sigara içme konularındaki önleme çabalarına değineceğiz.

Yetişkinlikte görülen madde kötüye kullanımının kökleri aslında ergenlik dönemi ve daha öncesine dayandığı için, pek çok önleme programı ergenleri hedef almaktadır. Programlar genellikle okullarda uygulanmaktadır ve genç ergenlerin benlik saygısını arttırmak, sosyal becerilerini geliştirmek ve yaşıtlarının baskılarına karşı koyabilmeyi öğretmeyi amaçlamaktadır. Sonuçlar karışıktır (Hansen, 1993; Janson, Glynn ve Howard, 1996). Bazen duygudurum eğitimi olarak da adlandırılan benlik saygısını arttırma, etkili bir yöntem gibi görünmemektedir. Bunun tam tersine, sosyal-beceri eğitimi ve karşı koyma eğitimi (hayır diyebilmeyi öğrenme), özellikle kızlarda bazı olumlu sonuçlara sahiptir. Duygudurum eğitimi ve karşı koyma eğitimini kapsayan çok tanınan bir program -DARE Projesi (Drug Abuse Resistance Education)- beşinci ve altıncı sınıf öğrencilerine polisler tarafından uygulanmış, fakat hayal kırıklığı yaratan sonuçlar elde edilmiştir (Clayton ve ark., 1991; Ringwalt ve ark., 1991).

Henüz yeterince değerlendirilmemiş olan bir diğer önleme çabası da, çocukların okuldaki programlarına aileleri de dâhil etmek, alkollü içki taşıyan kamyonlara uyarı afişleri yapıştırmak (1989'da yasanın gerektirdiği: hamilelik esnasında alkol kullanmanın, fetüste hasara yol açabileceği ve alkolün araba ya da iş makinesi kullanma becerilerini bozabileceğine ilişkin tüketiciyi uyarmak), madde etkisi altında iken araba kullanma konusunda medya aracılığı ile uyarıcı duyurular yapmak, sosyal ortamlarda içki kullandıktan sonra arabayı kullanacak bir sürücü ayarlamayı teşvik etmek ve iş yerlerinde alkol ve uyuşturucu testi yapmak gibi faaliyetleri içermektedir.

Son yıllarda, yaygın olarak kullanılan spor ve eğlence alanlarında, seyirciler yasadışı maddeleri, özellikle de kokaini kullanmamaları yolunda uyarılmaktadırlar. 1960'larda ve 1970'lerde sıklıkla verilen mesaj belirli ilaçların, özellikle de halüsinojenlerin, kişinin potansiyelinin farkına varmasına yardım edeceği veya en azından can sıkıntısı ve stresten kurtaracağı yönünde idi. Fakat 1990'lardaki mesaj ise zihni etkileyen maddelerin psikolojik fonksiyonları bozduğu ve kişinin başarısını engellediği yönündedir. Tüm bunların ötesinde, bu ilaçlar vücuda zararlıdır ve beklenmeyen ölümlere neden olurlar, "canlan, havaya gir, ayrıl" kelimeleri, yerini "hayır de" cümlesine bırakmıştır.

Belki de en iyi anlaşılan konu, madde kullanım örüntüleri arasındaki ilişkilerdir. Daha önce de belirtildiği gibi Marihuana daha ciddi madde kötüye kullanımı için bir faktör olmaktadır. 1960'larda Marihuana genç insanlar tarafından zihinsel algıları değiştirerek, alaycı bir yolla politik ve sosyal protesto yöntemi olarak kullanılıyordu.

Ulusal Sağlık Enstitüsü ve Ulusal Kanser Enstitüsü'nden sağlanan desteklerle genç insanları sigara kullanmaktan uzak tutma yöntemlerinin geliştirilmesi, sağlık araştırmacıları ve politikacılarının önceliğidir.

Araştırmalar, gençleri sigaradan uzak tutmanın, aynı zamanda onların yasa dışı maddeleri ve alkolü kullanmaktan uzak durmalarına yardımcı olduğunu göstermektedir. Pek çok insan, yaşamın geç dönemlerinde sigaranın kötü sonuçlarından korkmakta ve bırakmayı denemektedir. Ancak sigara içen hem genç hem de yaşlı insanlar, koroner kalp hastalıkları veya akciğer kanseri gibi hastalıklar açısından yüksek risk altında olduklarını hesap etmiyor gibi görünmektedirler: "Bana bir şey olmaz" sendromu. Çok fazla sigara içen kişilerin, sigara kullanmayanlara oranla akciğer kanserine yakalanma oranı on bir kat daha fazla iken, çok fazla sigara içen bazı kişiler ise uzun ve sağlıklı yaşayabilmektedir. Buna ek olarak genç insanlar doğaları gereği, sınırlı bir zaman perspektifine sahiptirler. Ergenlik döneminde olan gençler, gelecek cumartesi akşamındaki eğlence ile ya da Cuma günkü matematik sınavı ile, 60 yaşında nasıl bir hayat sürecekleri konusundan daha fazla ilgilidirler.

Son yıllarda, okul-temelli programların, gençlerin tütün kullanımına başlamasını önlemeyi hedef aldığı görülmektedir. Bu türden geniş çaplı programlar, sigara kullanımına başlamayı geciktirme konusunda başarılı olmaktadır (Sussman ve ark., 1996). Bu programlar bazı ortak içeriklere sahiptirler (Hansen, 1992; Hansen ve ark., 1988; Susman, 1996):

1. Akran baskısına direnme eğitimi. Öğrenciler, akranlarından gelen baskının doğası hakkında bilgi edinirler ve hayır demenin yollarını öğrenirler. Örneğin, sigarayı deneme konusunda arkadaşlarının ısrarı ile karşılaşan bir gencin sigarayı reddetmesine ilişkin olarak hazırlanmış özel bir film gösterilir (Evans ve ark., 1981). Genç bir insan için akranları tarafından onay görme ve kabul edilmenin ne denli önemli olduğu göz önünde bulundurulacak olursa, bu hiç de kolay değildir ve zekice yapılması önemlidir. Kabul etmeme yönünde atılganlık eğitimi almış olan altıncı sınıf öğrencileri, yalnızca sigaranın zararlı etkilerine ilişkin eğitim almış ve dikkatleri bu yöne çekilmiş olan kontrol grubuna göre iki yıl daha geç sigara içmektedirler (Schinke ve Gilchrist, 1985). Reddetme becerileri eğitimi kızlarda erkeklere göre daha etkilidir (Graham ve ark., 1990).

2. Normatif beklentileri düzeltme. Birçok insan, sigara içmenin gerçekte olduğundan daha yaygın (ve bu nedenle de daha kabul edilebilir) olduğuna inanır. Genç insanların, yaşıtlarının yaptıkları ve inandıkları konusundaki hassasiyetleri nedeniyle, sigara içmenin yaygınlığı konusundaki inançların değiştirilmesinin etkili bir strateji olduğu görülmüştür. Sigara içmenin (veya alkol ya da Marihuana kullanmanın) standart bir davranış olmadığını ortaya koymanın belirgin olarak direnme eğitiminden daha etkili olduğu görülmektedir (Hansen ve Graham, 1991).

3. Kitle iletişim mesajlarına karşı aşılama. Bazı önleme programları, daha önce bahsettiğimiz Joe Camel reklamları örneğinde olduğu gibi, sigara içenlere ilişkin yaratılan pozitif imajlar konusu üzerinde dururlar. Birkaç yıldır TV ve radyolarda sigara reklamları yer almamaktadır ve basılı reklamlarda da, sigaranın zararlarına ilişkin uyarılar belirgin bir biçimde yer almaktadır.

4. Aile ve diğer yetişkin etkilerine ilişkin bilgilendirme. Bilindiği üzere, aile içerisinde sigara içiliyor olması, çocukların da büyük bir olasılıkla sigara içmesinde etken olmaktadır. Aralarında güçlü bir korelasyon mevcuttur. Bazı programlar bu gerçek üzerine odaklanırlar ve bu davranışın taklit edilmemesi gerektiği üzerinde tartışırlar.

5. Akran liderliği. Pek çok sigara ve madde kullanımını önleme programları, kullanım karşıtı mesajların etkisini arttırmak amacıyla, bunların aktarılması için liderler üzerinde dururlar.

6. Duygudurum eğitimi, benlik imajını güçlendirme. Bazı programlar, zayıf benlik imajı, stresle başa çıkmada yetersizlik gibi bazı iç psişik faktörlerin, gençlerin sigaraya başlamasının altında yatan faktörler olduğu görüşü üzerinde odaklanırlar. Fakat bu gibi programların gerçekten madde kullanımını arttırdığına ilişkin göstergeler mevcuttur. Belki de programların, benlik saygısıyla ilgili konuların çözümüne ilişkin etkisiz bir yol olan ilaçlar konusuna odaklanması, istemeyerek, ilaç deneyiminin yaşam stresleri ile başa çıkmada bir yol olabileceği yönünde yanlış bir algıya neden olabilmektedir.

7. Diğer Bileşenler. Sigara içme veya madde kullanımının zararları hakkında bilgi vermek (yetişkinlere sigarayı bıraktırma programlarının temel bileşenidir) ve sigara içmeme konusunda da genel bir farkındalık yaratmak, önleyici programların ek özellikleridir.

Ağustos 1995'te Clinton yönetimi ve özellikle Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), sigaranın bağımlılık yapıcı etkisi ve gençlerin bu maddeden uzak durmasının önemi üzerinde halkın dikkatini çekmeye başladılar. Sigaralar "nikotin boşaltma sistemleri" olarak tanımlandı. Büyük tütün kuruluşlarının yalanlamasına rağmen bağımlılık yapıcı madde olarak kabul edildi[5]. Bir yıl sonra başkan Clinton, tütün ürünlerinin kontrolünü FDA'ya verdi. Nikotin bir madde sayıldığı için, teşviki ve satışı FDA'nın faaliyet alanı altında olmalıdır.

Bu hareketin uygulamaları muazzamdır. Başkan Clinton 18 yaşın altındaki kişilerin sigara elde edebilmelerini zorlaştıracak çeşitli önlemlerin alınacağını bildirdi (sigara içenlerin %90'ı, bu yaştan önce başlamaktadır) ve bu yaşın altındaki kişilerin bulunduğu yerlerde otomatik sigara makinelerinin bulundurulması yasaklandı.

Federal hükümet, tütün endüstrisi üzerindeki baskıyı arttırmaktadır. Fakat ya bu katı uygulamalar beklendiği şekilde amaçlanan etkiyi gösterecek, ya da bazılarının tahmin ettiği gibi, gençler sadece yetişkinlerin koyduğu kurallar ürünü elde etmeyi zorlaştırdığı için tütün kullanımına soğuk bakacaklardır (Stolberg, 1996a).

[5]1997 Mart'ında Liggert diğer sigara şirketleriyle ittifakı bozdu ve nikotinin bağımlılık yapıcı olduğunu kabul etti.

ÖZET

Duygu ve bilinci değiştirmek amacıyla madde kullanımı aslında bir insan özelliğidir ve aynı zamanda bunları kötüye kullanma eğilimi de mevcuttur. DSM-IV, madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımını birbirinden ayırır. Bağımlılık, maddenin kompulsif (zorlantılı) bir biçimde kullanımı ve bunun sonucunda ciddi psikolojik ve fiziksel bozulma anlamına gelir. Fizyolojik bağımlılık veya alışkanlık oluşabilir, bu durumda da tolerans ve yoksunluk oluşur. Madde kötüye kullanımında, kullanılan madde belirli görevlerin yerine getirilmesinde başarısızlık ve kişilerarası ve yasal problemlere yol açar.

Alkolün insanlar üzerinde kısa ve uzun süreli etkileri vardır. Bunlardan bazıları bağımlılığın doğası gereği trajiktir. Bu etkilerin menzili, karar verme ve motor koordinasyon güçlüğünden, kişi ve toplum için korkunç olan bağımlılığa dek uzanır. Bağımlı hale gelen kişilerin üretken bir yaşam sürmeleri imkânsızdır ve bu durumun üstesinden gelmek de çok zordur.

Muhtemelen yasadışı olmalarından ötürü daha az yaygın ama daha kötü ün salmış olan opiyatlar eroin ve barbituratlar gibi yatıştırıcılar ile amfetaminler ve kokain gibi uyaranlardan oluşur. Bu maddelerin tümü bağımlılık yapıcıdır ve özellikle de crack'leri de içeren kokain böyledir. Eroin son yıllarda kullanımın artması ve önemli sonuçlarının bulunması nedeniyle ilgi odağı olmuştur. Barbituratlar uzun süre maksatlı ya da kazara intiharlarda imâ edilmektedir; özellikle de alkolle birlikte alındıklarında ölümcüldürler.

Nikotin, özellikle de sigara biçiminde alındığında yüzyıllardır insanoğlu üzerinde bağımlılık yapıcı gücünü göstermektedir. Üstelik yaygınlaşmasıyla halk sağlığı yetkililerinin ciddi uyarılarına rağmen durum böyledir. Okul çocuklarının ve gençlerin sigara içmeleri kayda değer bir endişedir. Her yıl devlet ve özel kişiler insanları bu alışkanlığa başlamaktan kurtarmak için ya da hâlihazırda bağımlı olanların sigara içmeyi bırakmalarına yardım etmek için milyonlarca dolar harcamaktadır.

Marihuana çok sayıda genç Amerikalı tarafından içilmektedir. Kullanımı 1980'lerde azalmıştır ama 1990'larda artmıştır. Marihuana kullanımının kısıtlanmamasına ilişkin tartışmalarda, kültürümüzün yasal bir parçası olan alkolün alışkanlık halinde kullanımının bilinen zararlarıyla kıyaslandığında, Marihuananın varsayılan güvenli oluşu vurgulanır. Ancak halen elde olan kanıtlar gösteriyor ki, Marihuana düzenli olarak kullanıldığında iyi huylu değildir; akciğerleri ve kalp damar sistemini tahrip edebilir ve bilişsel bozulmaya yol açabilir. Marihuananın fetal gelişimi, koroner sorunları olan kişilerde kalp işlevlerini ve damar işlevlerini de ters etkileyeceği yönünde kanıtlar da vardır. Dahası, Marihuana bağımlılık yapıcı gibi görünmektedir. İronik biçimde Marihuananın olası tehlikeleri keşfedildikçe, kemoterapi alan kanser hastalarının bulantılarını azalttığı ve glokom hastalarının aşırı göz içi basıncını azalttığı da bulunmuştur.

LSD, mescalin ve pslocybin gibi halusinojenler, bilinç durumlarını genişletmek veya değiştirmek amacıyla kullanılırlar. Bu maddeler, insanoğlu tarafından yalnızca hoş olmayan gerçeklerden kaçmak için değil, aynı zamanda ruhani bazı deneyimler edinmek amacıyla da kullanılırlar.

Pek çok faktör, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı ile bağlantılıdır. Sosyal tutumlar ve kültür, ilaç, alkol ve sigara kötüye kullanımında özendirici rol oynarlar. Maddelere karşı olan tutumlar, akran baskısı ve medya tarafından maddenin resmedilme şekli gibi sosyo-kültürel değişkenler, bir maddenin ne sıklıkla kullanılacağı ile ilişkilidir. Bazı maddeler duygudurumu değiştirmek için kullanılırlar (örneğin, gerginliği azaltmak veya pozitif duyguları arttırmak). Yoğun olumsuz duygular içerisinde olan veya psikopatlık gibi bazı belirgin kişilik özelliklerine sahip bireyler, özellikle bu maddeleri kullanmaktan hoşlanırlar. Ayrıca maddelerin olumlu etkileri olduğuna dair beklentiler gibi bilişsel değişkenler de özellikle önemlidir. Sonuç olarak, genetik yatkınlık en önemlisi olmak üzere, biyolojik faktörler bazı maddelerin, özellikle de alkolün kullanımında rol oynarlar.

Hem yasal (alkol ve nikotin) hem de yasa dışı maddelerin (eroin ve kokain) gibi kullanımından insanları uzaklaştırabilmek amacıyla her türlü terapi kullanılmaktadır. Bu bölümde üzerinde durulan tüm maddeler bağımlılık yapıcıdır ve biyolojik tedaviler kişiyi fizyolojik bağımlılıktan kurtarmaya çalışır. Clonidine, naltroxene ve methadone gibi ilaçların tedavide yararlı oldukları görülmektedir. Son yıllarda sakız ve bantlar yoluyla vücuda nikotin vermek, sigara içmenin azaltılmasında bazı başarılar sağlamıştır. Bu somatik yaklaşımların hiçbiri, hastalara baskılara direnmeyi, stres ile başa çıkmayı, ilaç kullanmaksızın duygularını kontrol etmeyi ve Adsız Alkolikler'de olduğu gibi sosyal yardım almayı öğreten psikolojik tedaviler olmaksızın değişimi sağlayamaz.

Sağlık çalışanları, madde kötüye kullanımının çok yönlü bir problem olduğunu, geniş çaplı bir müdahale gerektirdiğini unutmamalıdırlar. Farklı kişiler, farklı nedenlerden ötürü madde kullanırlar ve bu faktörlerin dikkatlice değerlendirilmesi, özellikle bireysel müdahaleler için önem taşır. Madde kullanımına asla başlamamak, kullanmayı bırakmaktan çok daha kolay olduğu için, gençlerin madde kullanmaksızın yaşamlarını geliştirmelerine yardımcı olmayı amaçlayan sosyal ve eğitimsel içerikli programlar uygulanmakta, bu yolla madde kötüye kullanımı önlenmeye çalışılmaktadır.

ANAHTAR SÖZCÜKLER

madde bağımlılığı
madde kötüye kullanımı
tolerans
yoksunluk
delirium tremens (DTs)
çoklu ilaç kullanımı
fetal alkol sendromu
nikotin
Marihuana
haşhaş
sedatifler
opiyatlar
opium
morfin
eroin
barbituratlar
uyarıcılar (stimulanlar)
amfetaminler
kokain
LSD
Halüsinojenler
Psilocybin
Ecstasy
nitrik oksit
geri dönüş (flashback)
arındırma (detoxification)
panzehir (Antabuse)
kontrollü içme
eroin yerine geçen
eroin antagonisti
methadone
karşıt bağımlılık
clonidine

Bette Alexande, "Kafalar" 1991

13

KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

Çeviri: Uzm. Psk. Ahmet Tosun

KİŞİLİK BOZUKLUKLARININ SINIFLANDIRILMASI: KÜMELER, KATEGORİLER VE SORUNLAR

TUHAF / EGZANTRİK KÜME

Paranoid Kişilik Bozukluğu

Şizoid Kişilik Bozukluğu

Şizotipal Kişilik Bozukluğu

Tuhaf / Egzantrik Kümenin Etiyolojisi

DRAMATİK / DEĞİŞKEN KÜME

Sınır Kişilik Bozukluğu

Histriyonik Kişilik Bozukluğu

Narsisistik Kişilik Bozukluğu

Antisosyal Kişilik Bozukluğu ve Psikopati

KAYGILI / KORKULU KÜME

Çekingen Kişilik Bozukluğu

Bağımlı Kişilik Bozukluğu

Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu

Kaygılı / Korkulu Kümenin Etiyolojisi

KİŞİLİK BOZUKLUKLARINDA KULLANILAN TERAPİLER

Sınır Kişiliğin Terapisi

Bozukluktan Tarza: Hedefler Üzerine Bir Yorum

Psikopatiye Yönelik Terapi

ÖZET

Mary psikiyatrik hastaneye ilk başvurduğunda 26 yaşındaydı. Değişmeyen intihar düşünceleri ve sürekli kendine acı vermekle (keserek veya yakarak) uğraşması terapistini artık yatısız hasta konumunda kontrol edilemeyeceği sonucuna götürünceye kadar birkaç ay bir psikologla yatısız tedavi gördü.

Mary ilk psikolojik terapi deneyimini ergenliğinde yaşamıştı. On birinci dönemdeyken notları bıçakla kesilmiş gibi düştü ve ailesi ilaç kullanıyor olduğundan şüphelendi. Sokağa çıkma yasağına uymamaya başladı ve hatta birkaç kere eve dönmeyi beceremedi. Sık sık okuldan kaçıyordu. Aile terapisi alınmaya başlandı ve başlarda iyi gidiyor gibiydi. Mary terapistinden çok memnundu ve onunla ek özel seanslar yapmak istedi.

Aile seansları sırasında ebeveynlerinin Mary hakkındaki korkuları doğrulandı ve yaygın bir şekilde ilaç kullanma öyküsü açığa çıktı, "her şeyi yapmak elimde" diyordu. Rastgele cinsel ilişkilere giriyordu ve birkaç kez ilaç parası için kendini satmıştı. Akranlarıyla ilişkileri değişkendi, çok az anlattı. Yeni arkadaşlarıyla yaşadığı örüntü hep aynı görüntüyü sergiliyordu, önce karşılaştığı en muhteşem kişi olduğunu düşünüyor, fakat kısa süre içerisinde o kişi bir şekilde Mary'i hayal kırıklığına uğratıyor ve Mary de onu bir tarafa fırlatıp atıyordu, sıklıkla da hiç hoş olmayan bir şekilde. Hâlâ âşık olduğu bir kişi dışında Mary'nin başka hiçbir arkadaşı yoktu. Söylediğine göre diğerlerinin ona bir şekilde zarar vereceklerinden korktuğu için onlardan uzak duruyordu. Okulun hiç ilgisini çekmediğini ve ilaçların ona sağladığı değişmiş ruh hali dışında her şeyden sıkıldığını itiraf etti.

Terapide birkaç hafta geçtikten sonra Mary'nin ailesi kızlarının terapistiyle ilişkisinde dikkat çeken bir soğukluk olduğunu fark ettiler. Seanslara Mary'nin kızgınlığı ve terapiste yönelik istismar edici öfke patlamaları hâkimdi. Birkaç hafta daha geçtikten sonra Mary artık seanslara katılmayı reddetti. Bunun ardından terapistle görüşen babası, özel seanslar sırasında Mary'nin terapiste yönelik baştan çıkarıcı davranışlarda bulunduğunu ve Mary'nin ona karşı değişen bu tutumu ile iyileşmeyi reddetmesinin aynı zamana denk geldiğini, kendisinin sağlam ve katı duruşuna sıcaklık ve empatiyi de katmaya çalışmasına rağmen bir şeyin değişmediğini öğrendi.

Mary liseden mezun olmanın bir çaresine baktı ve bölgedeki bir devlet kolejine yazıldı, fakat eski örüntü geri döndü. Düşük notlar, sınıf kaybı, ilaç kullanmaya devam ve ders çalışmaya ilgisinin olmaması en sonunda onun ikinci yılın ilk sömestrinin ortasında okuldan atılmasına neden oldu. Okuldan ayrıldıktan sonra Mary, bir seri tezgâhtarlık işine girip çıktı, bunlardan çoğu uzun ömürlü değildi, iş arkadaşlarıyla yaptığı tartışmalar tipik olarak onu işten kovulmaya götürüyordu. İş arkadaşlarıyla ilişkileri lisedeyken akranlarıyla olan ilişkilerine paraleldi. Mary yeni bir işe başladığında gerçekten çok hoşlandığı birini buluyor, fakat aralarına bir şey giriyor ve ilişki öfkeli bir şekilde bitiyordu. Mary sık sık iş arkadaşlarından şüpheleniyor ve onların sık sık kendi hakkında konuştuklarını duyduğunu, işte başa geçmesine nasıl engel olabilecekleriyle ilgili planlar yaptıklarını söylüyordu. Onların davranışlarındaki saklı anlamı bulmada çok hızlıydı, örneğin birinin doğum günü kartına en son ondan imza istemesini, o kişinin ofiste en az ondan hoşlandığı anlamına geldiği şeklinde değerlendirmişti. Diğerlerinden "titreşimler aldığını" ve biri gerçekten ondan hoşlanmadığında doğrudan hiçbir kanıt olmasa bile bunu söyleyebildiğini vurgulamıştı.

Mary'nin davranışı pek çok kişilik bozukluğunun, özellikle de sınır kişilik bozukluğunun karakteristik belirtilerini içermektedir. Duygudurumunda depresyon ve aşırı huzursuzluk dönemleri (I. Eksen'de iki uçlu bozukluk olarak tanılanabilir) ile giden sık dalgalanmalar, birkaç kez onu terapi arayışına sevk etmişti. Fakat her seferinde hevesle başladıktan bir süre sonra terapistiyle ilişkisi bozulmuş, terapiler daha başındayken sonlanmıştı. Hastaneye yatırılmadan önce sekiz terapist değiştirmişti.

Kişilik bozuklukları heterojen bir gruptur. DSM'de II. Eksen'de kodlanırlar ve kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden sapan ve kişinin sosyal ve iş yaşantısındaki işlevselliğini bozan, çok eskiden beri varolan, yayılgan, esnemeyen davranış örüntüleri ve içsel yaşantılar olarak görülürler. Hepsi değil ama bazıları duygusal rahatsızlıklara neden olabilirler.

Kişilik bozukluklarını işlerken bazı şeyler, tanıdığımız bazı insanlara çok uygun gelebilir. Bu durum, okuyucuya tıp öğrencisi (intörn) sendromunu hatırlatmak için iyi bir noktadır. Tıp öğrencileri (ve psikoloji öğrencileri) kendilerini, ailelerini ve arkadaşlarını çalıştıkları bozuklukların tanımlamalarına uygun görme eğilimindedirler. Kişilik bozukluklarının belirtileri, zaman zaman çeşitli derecelerde sahip olduğumuz özellikleri açıklamaya çok uygun olabilmelerine rağmen, gerçek bir kişilik bozukluğu çeşitli treytlerin *aşırılıkları* ile tanımlanır. Uzun yıllar boyunca geliştirdiğimiz kişilik, hayatın zorluklarını ele almanın oturmuş bir yolu, diğer insanlarla ilişki kurmanın belli bir *tarzıdır.* Bir kişi bağımlıdır, diğeri meydan okuyucu ve saldırgan, bir diğeri utangaçtır ve sosyal temastan kaçınır, bir diğeri insanlarla derin ve dürüst ilişkiler kurmaktan çok, dış görünüşüyle ve kendi kırılgan benliğini pohpohlamakla ilgilenir. Bu kişilerin hiçbirisine kişilik bozukluğu tanısı konulmaz, tabi eğer bu davranış örüntüleri çok eski, kişinin bütün hayatını istila etmiş ve işlevleri bozulmuş değil ise. Örneğin, kalabalık bir odaya girdiğinizde ve kısa bir süre sonra bir kahkaha atıldığını duyduğunuzda, alay konusu olduğunuzu ve bazı insanların sizin hakkınızda konuştuğunu hissedebilirsiniz. Bu

gibi hisler, sadece sık sık meydana geliyorlarsa ve yoğunsalar ve yakın kişisel ilişkiler kurmaya engel oluyorlarsa paranoid kişilik bozukluğu belirtileri olurlar.

Önsözle ilgili son bir yorum daha: Klinik sendromların tek başlarına görülebilmelerine ek olarak, kişilik bozuklukları bir I. Eksen bozukluğu ile aynı anda görülebilirler. Kişilik bozuklukları I. Eksen bozukluklarına bir *bağlam* olarak hizmet edebilir ve onları farklı yönde şekillendirebilirler (Millon, 1996). I. Eksen'de kaygı bozukluğu, II. Eksen'de çekingen kişilik bozukluğu tanısı alan bir kişi kaygısını çok görünür bir hale getirecektir. Bu durum, aynı fotoğrafa farklı renklerdeki lenslerle bakmaya veya aynı şarkıyı bir tek başına, bir piyanodan, bir de tam bir orkestradan dinlemeye benzetilebilir. Millon şöyle açıklamaktadır:

> [a] tek uçlu depresyon [örneğin], çekingen kişilik bozukluğu olan bir kişide narsistik kişilik bozukluğu olan bir kişidekinden daha farklı yaşanacaktır. ... [Farklı kişilik bozuklukları], [kişinin I. Eksen bozukluğunun] farklı algılanmasına ve bununla farklı şekilde mücadele edilmesine yol açacaktır. Bu ve diğer nedenlerden ötürü klinisyenlerin her çeşitten psikiyatrik bozuklukla [I. Eksen] ilgilenirken "kişilik örüntüsüne" yönelmeleri gerektiğine inanmaktayım (1966, s. vii).

Bu bölümde ilk olarak kişilik bozukluklarını nasıl sınıflandırdığımıza ve bu sınıflandırmayla ilgili sorunlara değineceğiz. Daha sonra tekrar kişilik bozukluklarının kendilerine, etiyolojileriyle ilgili kuram ve araştırmalara ve bunlara yönelik terapilere döneceğiz.

KİŞİLİK BOZUKLUKLARININ SINIFLANDIRILMASI: KÜMELER, KATEGORİLER VE SORUNLAR

Kişilik bozuklukları farklı bir eksende, II. Eksen'de değerlendirildiği için, ne zaman bir tanı konsa bunların varlığı ya da yokluğu düşünülür. Tanı koyan kişilerin bunların var olma olasılığına dikkat etmelerini garantilemek için, bunlara farklı bir eksende yer verilmiştir. Bazen tanıya yönelik görüşme doğrudan bir kişilik bozukluğunun varlığına işaret etmesine rağmen, bir kişi kliniğe sıklıkla bir I. Eksen bozukluğu (panik bozukluk gibi) için gelir ve çok doğal olarak dikkatin ilk olarak odaklandığı şey odur. Kişilik bozukluklarına II. Eksen'de yer verilmesi, klinisyeni kişilik bozukluğunun olup olmadığını da hesaba katmaya sevk eder.

Tanımlarının netliği arttırılmaya çalışılmasına rağmen, eskiden kişilik bozukluklarının tanısal geçerliği azdı. Bir klinisyen aşırı süslü, gösterişli bir hastayı narsistik olarak tanılarken diğer bir klinisyen psikopatik olarak tanılayabilmekteydi. Bu düşük güvenilirlik iyi bir değerlendirme aracının olmamasından kaynaklanmaktaydı. Daha yakın zamanlarda, özellikle kişilik bozukluklarını değerlendirmek için geliştirilen yapılandırılmış görüşmelerin kullanıldığı çalışmalar, iyi bir güvenilirliğe ulaşıldığını, hatta kültürlerarası çalışmalarda bile durumun değişmediğini göstermektedirler (Loranger ve ark., 1987; Widiger ve ark., 1988). Kuzey Amerika, Avrupa, Asya ve Afrika'daki dokuz ülkede, yeni geliştirilen yapılandırılmış görüşmelerin kullanıldığı bir çalışmanın sonuçlarına birlikte bakalım. Tablo 13.1'de gösterilen yargıcılar arası güvenirlikler

TABLO 13.1 Kişilik Bozukluklarının Yargıcılar Arası ve Test-Tekrar Test Güvenirliği

Tanı	*Yargıcılar Arası Güvenirlik*	*Test-Tekrar Test Güvenirliği*
Paranoid	.75	.57
Şizoid	.83	-
Şizotipal	.82	.11
Sınır	.89	.56
Histriyonik	.81	.40
Narsistik	.83	.32
Antisosyal	.88	.84
Bağımlı	.89	.15
Çekingen	.82	.41
Obsesif-kompülsif	.82	.52

Kaynak: Yargıcılar arası güvenirlik rakamları Loranger ve ark.,'nın (1994) "cross-national" çalışmalarından alınmıştır ve fikir birliği şansının miktarını yansıtmaktadır. Test-tekrar test rakamları ise Zimmerman'nın (1994) uzun süreli (genellikle bir yıldan fazla) çalışmalarından elde edilmiş uyuşma oranlarıdır.

I. Eksen bozukluklarının güvenirliklerine (3. Bölüm) tatmin edici derecede denktirler.

Bundan çıkan sonuca göre, yapılandırılmış görüşmeler kullanarak kişilik bozukluklarında güvenilir tanılara ulaşmak mümkündür.

Kişilik bozuklukları, zaman içinde sabit kaldığı düşünülen uyumu bozucu kişilik treytlerinden oluştukları için, bunların değerlendirilmesinde test-tekrar test güvenirliği önemli bir faktördür. Test-tekrar test güvenirliği, belirli bir tanıyı alan hastaların bir süre geçtikten sonra yeniden değerlendirildiklerinde yine aynı tanıyı alıp almadıklarının karşılaştırılmasıdır. Tablo 13.1'de bir test-tekrar test güvenirliğinin özeti verilmektedir (Zimmerman, 1994). Maddelerdeki değişkenliğin genişliğine dikkat ediniz. Antisosyal kişilik bozukluğu en yüksek test-tekrar test güvenirliğine sahiptir. Bu, sabit bir tanıyı işaret etmektedir, yani belli bir zamanda bu tanıyı almış bir kişi, daha sonra değerlendirildiğinde büyük olasılıkla yine aynı tanıyı alacaktır. Diğer taraftan, şizotipal ve bağımlı kişilik bozukluklarının güvenirliği çok düşüktür. Bu durum, bu tanıları almış kişilerin sergiledikleri belirtilerin zaman içinde sabit kalmadığını göstermektedir. Sonuç olarak, kişilik bozukluklarının bazıları DSM'nin söylediği kadar kronik değilmiş gibi görünmektedir.

Kişilik bozukluğu kategorileriyle ilgili diğer bir temel sorun ise, sıklıkla tek bir özgül kişilik bozukluğu tanısı koymanın güçlüğüdür. Çünkü böyle bozuklukları olan kişilerin çoğu, birkaç tanıyı birden karşılayan geniş bir treyt yelpazesi sergilerler. Bu bölümün başlangıcında anlatılan vakada, Mary, yalnızca sınır kişilik bozukluğu tanı ölçütünü karşılamamakta, aynı zamanda paranoid kişilik bozukluğunu da karşılamakta ve şizotipal bozukluğun ölçütünü karşılamaya da çok yaklaşmaktadır. Yapılan bir çalışmada, sınır kişilik bozukluğu hastalarının yüzde 55'inin şizotipal kişilik bozukluğu, yüzde 47'sinin antisosyal kişilik bozukluğu ve yüzde 57'sinin histriyonik kişilik bozukluğu tanı ölçütlerini de karşıladığı bulunmuştur (Widiger, Frances & Trull, 1987). Bu veriler özellikle, özgül bir kişilik bozukluğuna sahip hastaları normallerle karşılaştıran araştırmaların sonuçlarını değerlendirirken insanın cesaretini kırmaktadır. Örneğin, sınır kişilik bozukluğu olan insanların normallerden farklı olduğunu bulursak, öğrendiğimiz şey sınır kişilik bozukluğuna mı özgüdür, yoksa genel bir kişilik bozukluğuyla mı ilişkilidir, yoksa hatta başka bir tanı mı söz konusudur? Tanı ölçütlerinde DSM-III ve DSM-lll-R'den DSM-IV'e geçişteki değişiklikler görece çok az olduğu için, tanıların üst üste binmesi sorunu henüz çözülmüş gibi görünmemektedir.

Bu sorun, DSM-IV'ün kategorik tanı sisteminin, kişilik bozukluklarını sınıflandırmak için en iyi yol olmayabileceğini akla getirmektedir. Sınıflandırma için veri teşkil eden kişilik treytleri, vardan yoka doğru giden iki kutuplu bir doğru üzerindedir. Yani, ilişkili özelliklerin pek çoğu, pek çok insanda değişik derecelerde bulunmaktadır. Bir kişilik bozukluğu olan kişi genel bir kişilik envanteri aldığı zaman, normal insanlarınkine benzer bir yapıya sahip olan bir kişilik ortaya çıkar, ancak bu özellikler çok aşırıdır (Livesley & Schroede, 1993). Kişilik bozuklukları, hepimizin sahip olduğu özelliklerin aşırı şekilleri olarak yorumlanabilir. Öyleyse kişilik bozukluklarının sınıflandırılmasını boyutsal bir yaklaşımla ele almak (bkz. 3. Bölüm) daha uygun olabilir. DSM-III-R ve DSM-IV'te kapsama dâhil etmek için boyutsal bir sistem kullanılmıştır, ancak hangi boyutların dahil edileceği konusunda fikir birliğine ulaşılamamıştır. İleriki sayfalarda (Odak 13.1) boyutsal bir sınıflama sisteminin geliştirilmesine yönelik umut verici bir çaba anlatılacaktır.

Tanıları hakkında ciddi sorunlar olmasına rağmen kişilik bozukluklarını reddedemeyiz. Bu bozukluklar yaygındırlar ve insanların hayatlarında şiddetli bozulmalara neden olurlar. Kişilik bozuklukları, bu kitapta ele alınan diğer tanılarla karşılaştırıldığında çok kısa bir süredir ciddi olarak araştırılmaktadırlar. Bu araştırmalar halen devam etmektedir ve büyük bir olasılıkla kısa bir süre sonra tanı kategorileri netleştirilecek ve bu sorunların pek çoğu çözümlenecektir.

Kişilik bozuklukları DSM-IV'te üç küme olarak gruplanmıştır. A kümesindeki kişiler (paranoid, şizoid ve şizotipal) tuhaf ya da egzantrik (eccentric) olarak görülürler; B kümesindekiler (antisosyal, sınır, histriyonik ve narsistik) dramatik, duygusal veya değişken (erratic) olarak görülürler; C kümesindekiler (çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif) ise kaygılı ya da korkulu gibi görünürler. Bu kümelerin geçerliliği hakkındaki görgül kanıtlar karışık olmasına rağmen, bu şekilde düzenlemek bu bölüm için faydalı bir çatı oluşturmaktadır.

TUHAF / EGZANTRİK KÜME

Bu küme üç tanıyı içermektedir - paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluğu. Bu bozuk-

lukların belirtileri şizofreni belirtileriyle bazı benzerlikler gösterirler, özellikle de şizofreninin başlangıç ve kalıntı (rezidüel) safhalarında.

PARANOİD KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Paranoid kişilik, insanlardan kuşkulanır. Kişi diğerlerinden kötü muamele göreceği ya da başkaları tarafından kullanılacağı beklentisi içindedir. Bu yüzden de kendini dışarıya kapatır ve sürekli kendisine oynanacak oyunların ya da yapılacak istismarın olası ipuçlarını arar. Sıklıkla düşmanlık besler ve kendini küçük düşürücü olarak algıladığı şeylere karşı öfkeyle tepkide bulunur. Bazıları başkalarına güvenme konusunda çok gönülsüzdürler ve kendileri hatalı bile olsa diğerlerini suçlama ve onlara karşı kin tutma eğilimindedirler. Aşırı derecede kıskançtırlar ve hiçbir dayanağı olmaksızın eşlerinin ya da sevgililerinin sadakatlerini sorgularlar.

Paranoid kişilik bozukluğu olan hastaların zihinleri, sürekli diğerlerinin sadakati ve güvenilirliği hakkındaki dayanaksız şüphelerle meşguldür. Çevredeki olaylarda gizli mesajlar okuyabilirler. Örneğin, sabahları komşunun köpeği kasıtlı olarak onu rahatsız etmek için havlamaktadır gibi. Paranoid kişilik bozukluğu erkeklerde daha sık görülür ve çok sık olarak şizotipal, sınır ve çekingen kişilik bozukluklarıyla birlikte bulunur (Bernstein, 1994; Morey, 1988). Bu bozukluğun yaygınlığı yaklaşık yüzde 1 civarındadır (Weissman, 1993).

ŞİZOİD KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Şizoid kişilik bozukluğu olan hasta, sosyal ilişkileri istemez ya da bunlardan hoşlanmaz ve genellikle yakın arkadaşları yoktur. Donuk, yavan ve uzak görünür ve diğer insanlara karşı sıcak, içten duyguları yoktur. Bu hastalar çok ender olarak güçlü duygulardan bahsederler, cinselliğe karşı ilgisizdirler ve zevk aldıkları çok az sayıda uğraş vardır. Övülmeye, eleştirilmeye ve başkalarının duygularına karşı ilgisizdirler. Bu bozukluğu olan kişiler yalnız yaşarlar ve tek başına yapılabilecek şeylerle ilgilenirler. Şizoid kişilik bozukluğunun yaygınlığı yüzde 1'den azdır. Kadınlarda görülme sıklığı erkeklerden biraz daha azdır (Weissman, 1993).

Bu bozukluğun şizotipal, çekingen ve paranoid kişilik bozukluklarıyla birlikte görülme oranı yüksektir. Bu durum büyük ihtimalle bu dört kategorinin tanı ölçütlerinin benzer olmasından kaynaklanmaktadır. Şizoid kişilik bozukluğunun tanı ölçütleri, şizofreninin başlangıç ve kalıntı dönemlerindeki belirtilere de benzemektedir.

ŞİZOTİPAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Modern **şizotipal kişilik** kavramı, Danimarka'da şizofreni hastası ebeveynlerin evlatlık olarak başka ailelerin yanına yerleştirilen çocukları üzerinde yapılan araştırmalardan doğmuştur (Kety ve ark., 1968). Bu çocuklardan bazıları ana babaları gibi tam bir şizofreni geliştirirken, bunlardan daha büyük bir grup ise şizofrenin daha hafif bir şekline benzeyen bir bozukluk geliştirmişlerdir. Şizotipal kişilik bozukluğu tanı ölçütü Spitzer, Endicott ve Gibbon (1979) tarafından, bu kişileri tanımlamak için tasarlanmıştır. Bu tanı ölçütüne DSM-III'te yer verilmiş ve DSM-III-R ve DSM-IV'te biraz daraltılmış olarak varlığını sürdürmüştür.

Şizotipal kişilik bozukluğu olan hastalar genellikle şizoid kişiliğin kişilerarası ilişki güçlüklerine ve tanıdık olmakla bile azalmayan aşırı bir sosyal kaygıya sahiptirler. Buna ek olarak şizotipal kişilik bozukluğunda pek çok tuhaf belirti ortaya çıkar. Bu belirtiler bir şizofreni tanısı (bkz. 11. Bölüm) koymaya yetecek kadar şiddetli olmamalarına rağmen, temel olarak şizofreninin başlangıç ve kalıntı dönemlerindeki belirtilerin aynısıdırlar. Şizotipal kişilik bozukluğu olan hastalar *tuhaf inançlara* ve *büyüsel düşüncelere* sahip olabilirler. Bunlar, gözle görülmeyen şeyleri görme ve telepati gibi doğaüstü inançlardır. Aynı zamanda bu hastalar tekrarlayan algı yanılsamaları yaşarlar. Gerçekte orada olmayan bir gücün ya da kişinin orada olduğu hissine kapılabilirler. Konuşurken, alışılmamış ve net olmayan kelimeler kullanabilirler. Örneğin, "Ben çok konuşulabilir bir insan değilim" gibi. Davranışları ve görünüşü de tuhaf olabilir - örneğin, kendi kendine konuşabilir veya kirli ve darmadağınık elbiseler giyebilirler. Ayrıca referans fikirleri (olayların bu kişiler için özel ve olağandan farklı anlamlar taşıdığı inancı), şüphecilik ve paranoid düşünceler de sıklıkla görülür. Duygusal durumu, sıkılmış ve donuk görünür. Tanı için bu belirtilerin taşıdığı göreli önemi araştıran bir çalışmada, Widiger, Frances ve Trull (1987) tanı için en çok şeyi paranoid düşünce, referans fikirleri ve algı yanılsamalarının söylediğini bulmuşlardır. Şizotipal kişilik bozukluğunun yaygınlığı yaklaşık yüzde 3 olarak değerlendirilmiştir ve erkeklerde kadınlara oranla biraz daha sık ortaya çıkmaktadır (Zimmerman & Corvey, 1989).

Şizotipal kişilik bozukluğunun tanısındaki en büyük sorun, bunun diğer kişilik bozukluğu tanılarıyla örtüşmeler göstermesidir. Morey (1988), DSM-III-R ölçütlerine göre şizotipal kişilik tanısı alan kişilerin yüzde 33'ünün sınır kişilik bozukluğu, yüzde 33'ünün narsistik kişilik bozukluğu, yüzde 59'unun çekingen kişilik bozukluğu, yüzde 59'unun paranoid kişilik bozukluğu ve yüzde 44'ünün şizoid kişilik bozukluğu tanı ölçütlerini de karşıladığını bulmuştur. Açıkça görülmektedir ki şizotipal kişilik bozukluğunu sağlam bir tanısal olgu olarak kabul etmek istiyorsak bu sonuçlar tatmin edici değildir.

TUHAF / EKSANTRİK KÜMENİN ETİYOLOJİSİ

Bu bozukluk kümesinde görülen, paranoid düşünce, acayip davranışlar ve kişilerarası güçlükler gibi tuhaflıkların nedeni nedir? Bu bozuklukların nedenleriyle ilgili böyle bir araştırmaya, bunların şizofreniyle kalıtsal olarak bağlantılı oldukları, belki de bu I. Eksen bozukluğunun daha hafif şiddetteki türevleri oldukları görüşü yol göstermektedir. Bu görüş hakkındaki kanıtlar, hangi tuhaf / egzantrik bozukluğun ele alındığına bağlı olarak değişmektedir. Aile çalışmaları tutarlı olarak şizofreni hastalarının akrabalarının şizotipal kişilik bozukluğu olma risklerinin arttığını göstermektedir (Nigg & Goldsmith, 1994). Bununla birlikte, şizotipal kişilik bozukluğu riskinin tek uçlu (unipolar) depresyonu olan kişilerin birinci derecede akrabalarında da artmış olduğu bulunmuştur. Bu durum, şizotipal kişilik bozukluğunun şizofreniden başka diğer bozukluklarla da ilişkili olduğu fikrini doğurmaktadır (Squires-Wheeler ve ark., 1993). Paranoid kişilik bozukluğuyla ilgili aile çalışmaları, şizofreni veya sanrısal bozukluğu olan hastaların akrabalarında bu bozukluğun görülme oranının normallerden fazla olduğunu göstermiştir (Bernstein, Useda & Siever, 1993). Şizoid kişilik bozukluğu üzerindeki davranış genetiği araştırmalarından net bir sonuç çıkmamıştır.

Sonuç olarak, aile çalışmaları en azından tuhaf/acayip kümesindeki kişilik bozukluklarının şizofreniyle ilişkili olduğu hakkında bazı kanıtlar sağlamaktadır. Bu noktayla ilgili olarak şizotipal kişilik bozukluğu için daha fazla kanıt bulunmaktadır. Bu hastalar, bilişsel ve nöropsikolojik işlevlerde bozukluklara (Siever ve ark., 1993) ve şizofrenide görülenlere benzeyen bir takım yapısal beyin anormalliklerine (Cannon ve ark., 1994) sahiptirler.

DRAMATİK / DEĞİŞKEN KÜME

Bu kümedeki tanılar sınır, histriyonik, narsistik ve antisosyal kişilik bozukluğu çok geniş bir yelpazede değişkenlik gösteren belirtilere sahip hastaları içerir. Bu belirtiler, oldukça tutarsız davranışlardan şişirilmiş benlik değerine, abartılmış duygusal görüntülere ve antisosyal davranışlara kadar değişen bir alana yayılmışlardır.

SINIR (BORDERLINE) KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Bu bozukluk DSM'ye resmi bir tanı olarak 1980'de yerleştirilmiştir. **Sınır kişilik** tanısı alan kişi ilişkilerinde, duygu durumunda ve benlik imgesinde sabit kalamaz. Örneğin, diğer insanlara yönelik tutumlar ve duygular kısa bir süre sonra dikkat çekici derecede ve açıklanamaz biçimde değişebilir. Duygular kararsızdır ve birden bire, özellikle de tutkulu bir idealleştirmeden hor gören bir öfkeye doğru yer değiştirebilirler. Sınır kişilik bozukluğu olan hastalar tartışmacı, çabuk sinirlenen, aşağılayıcı şekilde alaycı, hemen küsüveren, beraber yaşanması çok zor olan kişilerdir. Kumar, para harcama, cinsel ilişki, yeme ziyafetleri gibi, önceden tahmin edilemeyen ve dürtüsel davranışları potansiyel olarak kendilerine zarar verecek boyutlardadır. Bu kişiler, net ve bütünlük arz eden bir benlik duygusu geliştirememiş ve kendi değeri, sadakatleri ve kariyer seçimleri hakkında belirsiz kalmışlardır. Yalnız kalamazlar, terk edilmekten korkarlar ve dikkat çekmek isterler. Genellikle fırtınalı ve gelip geçici olan, idealleştirme ile değersizleştirme arasında gidip gelen, yoğun bire bir ilişki serileri edinme eğilimindedirler; bir an birisine bol bol değer verirler, başka zaman onu hor görerek ona alçaltıcı davranırlar. Kronik depresyon ve boşluk duyguları yüzünden sık sık intihar girişimlerinde bulunurlar ve kendilerine zarar verici davranışlar sergilerler, örneğin bacaklarını usturayla dilim dilim kesmek gibi. Bu kişilerde stres düzeylerinin yükseldiği dönemlerde paranoid düşünceler ve dissosiyatif belirtiler görülebilir. Tüm bu belirtiler arasında, değişken ve yoğun kişilerarası ilişkiler kritik bir özellik olarak görülmektedir (Modestin, 1987).[1]

Klinisyenler ve araştırmacılar geçmişte çeşitli zamanlarda *sınır kişilik* terimini kullandılar,

[1] *KDSM-II ölçütü kullanıldığında sınır ve şizotipal kişilik bozuklukları şizofreni olarak tanılanabilir. DSM-III-R ve DSM-IV, bu iki kişilik bozukluğuna ölçüt olarak, adı geçen kişilerarası davranış örüntüsünü göstererek şizofreni tanısını daha daraltmıştır (bkz. 11. Bölüm).*

Öldüren Cazibe filminde Glenn Close tarafından canlandırılan karakter sınır kişiliğin pek çok özelliğini taşımaktaydı.

ancak buna pek çok farklı anlam yüklediler. Bu terimin orijinali, nevroz ile şizofreni arasındaki sınır üzerinde olan hastaları kastetmektedir. Sınır kişiliğin DSM'deki tanımı ise hiç de bu anlama gelmemektedir. Sınır kişiliğin şu anki kavramsallaştırması pek çok kaynaktan türemektedir. Sınır kişilikle ilgili eldeki araştırma literatürü ve hasta görüşmeleri gözden geçirildikten sonra, Gunderson, Kolb ve Austin (1981) DSM-lll'te görülene benzer özgül bir tanı ölçüt grubu önermişlerdir. DSM-III'ün sınır kişilik ölçütü, Spitzer, Endicott ve Gibbon'nın (1979) yürüttükleri bir çalışmayla oluşturulmuştur. Onlar şizotipal kişilik bozukluğunu şizofreniyle ilişkili bir treytler kümesi olarak tanımladılar. Daha sonra DSM-III'ün sınır kişilik bozukluğunu oluşturacak olan daha başka sendromlar da tanımlamışlardır. DSM-IV bu ayrıştırmalara devam etmektedir.

Sınır kişilik bozukluğu ergenlik döneminde başlar. Yaygınlık oranı %1-2'dir ve kadınlarda erkeklerden sık görülür (Swartz ve ark., 1990). Sınır hastalar bir Eksen I duygudurum bozukluğuna da sahip olabilirler (Manos, Vasilopoulou & Sotorou, 1988) ve bu hastaların akrabalarında duygudurum bozukluğu olma olasılığı normallerinkinden daha fazladır (Zanarini ve ark., 1988). Sınır kişilik bozukluğu olan hastaların depresyonu, klasik tek uçlu duygu durum bozukluğundan biraz daha farklıdır. Bu hastalarda somatik şikâyetler, suçluluk, umutsuzluk ve sıkıntı daha az görülür (Rogers, Widiger & Krupp, 1995). Histriyonik, narsistik, bağımlı, çekingen ve paranoid kişilik bozukluklarıyla olduğu kadar madde kötüye kullanımıyla da birlikte görülebilir (Morey, 1988).

Bu hastalığı anlatması açısından Jonathan Kellerman tarafından yazılan öyküden bir parça, iyi bir örnek olabilir. Kellerman bir klinik psikolog iken daha sonra gizemli bir yazar olmuştur.

Sınır hasta, bir terapistin kâbusudur... Çünkü sınır hastalar asla gerçekten iyileşmezler. Yapabileceğiniz en iyi şey, onların hastalıkları tarafından içeri çekilmelerine izin vermeyip kıyısında dolaşmalarına yardım etmektir. ... Bu hastalar kronik depresiftirler, azimli bir bağımlıdırlar, kompülsif şekilde boşanıp dururlar, sürekli olarak bir duygusal hastalıktan diğerine geçerler. Oldukları yerden hayal kurarlar, karınlarında bir kelebek pırpır ediyormuş gibi sürekli huzursuz bir heyecan hissederler, kafalarına göre bir öyle bir böyle davranırlar, saha kenarında kollarını bağlamış oturan üzgün bakışlı yedek oyuncular gibidirler, asla dikilemeyen psişik bir yaradırlar. Benlikleri bir pamuk şeker kadar nazik; psişeleri, en önemli parçaları eksik bir yap-boz gibi telafi edilemez şekilde parça parçadır. Rollerini büyük bir heyecan içinde oynarlar, herhangi biri olmayı becerebilmelerine rağmen kendileri olmayı beceremezler. Samimiyet özlemi çekerler ama bunu bulduklarında da tahrip ederler. Bir kısmı sahne ya da televizyon gibi alanlara kayarken, bunu yapamayanlar da rollerini daha üstü kapalı şekillerde icra ederler.

Sınır hastalar, içlerindeki dayanılmaz boşluk duygusunu yok edecek büyülü bir değnek bulma umuduyla terapistten terapiste koşarlar. Bunu bulamayınca, sakinleştiriciler, antidepresanlar, alkol ya da kokain gibi kimyasal dayanaklarda çareyi ararlar. İnsanı kucaklayan tarikatlar, cennet vaatleri ve karizmatik serseri takımı bu acıyı hızlıca yatıştırmanın bir yoludur. Bunların sonunda, sık sık psikiyatrik koğuşlara ya da nezarethanelere alınırlar ve buralarda iyi bir görünüme bürünerek herkesi umutlandırırlar. Ta ki bir sonraki çöküşe kadar, gerçek ya da hayal, kendilerini yıkıcı diğer bir maceraya kadar.

Yapmadıkları tek şey, değişmektir. (Kellerman, 1989, s. 113-114)

SINIR KİŞİLİK BOZUKLUĞUNUN ETİYOLOJİSİ

Psikanalitik kuramın önemli bir varyantı olan nesne ilişkileri kuramı, çocukların anne- babaları gibi önemli insanların değer ve imgelerini nasıl kendi içlerine aldıkları (içselleştirdikleri) konusuyla ilgilenir. Diğer bir ifadeyle bu kuramın odaklandığı konu, çocukların güçlü duygusal bağlarının olduğu insanlarla özdeşim kurma davranışlarıdır. Bu içselleştirilen nesneler (nesne temsilleri) kişinin benliğinin bir parçası olur. Fakat bunlar büyüyüp gelişen bireyin arzu, hedef ve idealleriyle çatışma içinde bulunabilirler. Örneğin, annesinin sosyal olarak onaylanan kadın rolüne uyum sağlamış bir genç kadın, kendisini feminizmin daha modern fikirleri peşinden giderken bulabilir. Nesne ilişkileri kuramcıları insanların çevrelerindeki dünyaya

geçmişlerindeki önemli insanların, özellikle de anne- babalarının ya da birincil bakıcılarının bakış açılarıyla tepkide bulunduklarını varsayarlar. Bazen bu bakış açıları kişinin kendi arzuları ve ilgileriyle çatışır. Bu alandaki en önemli nesne ilişkileri kuramcıları Heinz Kohut ve Otto Kernberg'dir. Kohut narsisizm, Kernberg ise sınır kişilik hakkında en kapsamlı yazılara sahip olan kuramcılardır. Kohut'un narsisizm konusundaki görüşlerine daha sonra değinilecektir.

Kernberg (1985), ailenin tutarsız bir şekilde sevgi ve ilgi göstermesi, ya da başarıları ödüllendirmesine rağmen, duygusal destek ve sıcaklık verememesi gibi geçmişteki çocukluk yaşantılarının, çocukların güvensiz bir benlik geliştirmelerine neden olduğunu ileri sürmektedir. Ona göre böyle bir benlik sınır kişilik bozukluğunun en önemli özelliğidir. Sınır kişiler, zayıf bir benliğe ve sürekli bir güvenlik ihtiyacına sahip olmalarına rağmen gerçeği değerlendirme yetileri kaybolmamıştır. Bunun bir sonucu olarak, gerçeğe temaslarını sürdürürler ancak *bölme* savunma mekanizmasını çok sık kullanırlar, yani nesneleri tamamen iyi ya da tamamen kötü gibi iki kutba ayırırlar ve bir insanın iyi ve kötü özelliklerini bir bütün içerisinde bir araya getirmekte başarısız olurlar. Sınır hastalar dünyayı, hatta kendilerini siyah-beyaz kavramlarla görüp tanımladıkları için, diğerlerinin ya da benliğin birbirine zıt özelliklerini anlamada yetersiz kalırlar ve bu durum duyguları düzenlemede aşırı güçlük yaşamasına neden olur. Diğer taraftan bu savunma mekanizması, sınır hastaların zayıf benliklerini üstesinden gelemeyecekleri kaygıdan korumaktadır.

Çok sayıda araştırma Kernberg'in kuramını destekler yönde veri sağlamaktadır. Beklenildiği üzere, sınır kişiler annelerinden çok az düzeyde bakım aldıklarını bildirmektedirler (Patrick, Hobson & Dastia, 1994). Bu kişiler ailelerini duygusal olarak ifadesiz, birbirlerine bağları zayıf ve çok tartışmacı olarak değerlendirirler. Ayrıca çok sık olarak çocukluklarında cinsel ve fiziksel istismara uğradıklarını (Silk ve ark., 1995) ve çocukluk çağındayken sık sık ailelerinden ayrı kaldıklarını bildirirler (Paris, Zweig & Guzder, 1994). Sınır kişilik bozukluğunun çocukluktaki şiddetli, travmatize edici istismar yaşantıları sonucunda ortaya çıkan, bir çeşit travma sonrası stres bozukluğu veya dissosiyatif kimlik bozukluğu olabileceği konusunda bazı görüşler bulunmaktadır.

Sınır kişilik bozukluğu aileler içerisinde geliştiğinden, bunun kalıtsal bir bileşeni olabileceği düşünülmektedir (Baron ve ark., 1985). Sınır hastaların nevrotik belirtileri de yüksek düzeydedir ve böyle bir treytin kalıtsal olarak aktarılabildiği bilinmektedir (Nigg & Goldsmith, 1994). Bazı bulgular, sıklıkla dürtüsel davranışlarda rol oynadığı düşünülen frontal lob faaliyetlerinde bazı bozulmalar olduğunu göstermektedir. Örneğin, sınır hastaların frontal faaliyetlerle ilgili nörolojik testlerdeki performansları kötüdür ve frontal loblarındaki glikoz metabolizma düzeyleri düşüktür (Goyer ve ark., 1994; Van Ruckum ve ark., 1993). Ayrıca dürtüsellik serotonin nörotransmitteriyle de bağlantılı bulunmuştur. Düşük serotonin düzeyinin dürtüsellikle bağlantılı olduğu fikrine bağlı olarak, sınır hastalara serotonin düzeyini yükselten bir ilaç verildiğinde hastaların öfke düzeyleri düşmektedir (Hollander ve ark., 1993). Sonuç olarak sınır kişilik bozukluğu hakkındaki biyolojik araştırmalar, bu kişilerin dürtüsel davranışlarının biyolojik bağlantılarının olabileceği yönünde ipuçları sağlamaktadır.

HİSTRİYONİK KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Histerik kişilik diye de adlandırılan **histriyonik kişilik** tanısı, aşırı dramatik ve dikkat çekmeye çalışan insanlar için kullanılmaktadır. Bu kişiler dikkatleri kendi üzerlerine çekmek için çoğunlukla farklı elbiseler, makyaj, saç rengi gibi fiziksel görünüşleriyle ilgili özellikleri kullanırlar. Fazla duygusal görünmelerine rağmen, aslında duygusal olarak yüzeysel oldukları izlenimi edinilir. Benmerkezcidirler, fiziksel çekicilikleriyle aşırı ilgilidirler ve dikkat odağı olmadıkları zaman rahatsız olurlar. Uygunsuz derecede cinsel olarak tahrik edici ve baştan çıkarıcıdırlar ve başkaları tarafından kolayca etkilenirler. Konuşmaları genellikle karşısındakini etkileme amaçlıdır ve ayrıntılardan yoksundur. Örneğin çok güçlü bir düşüncesinden bahsederken bunu destekleyici herhangi bir bilgi veremeyebilir.

Bu tanının yaygınlığı yüzde 2-3'tür ve kadınlar arasında erkeklerden daha yaygındır (Cobitt & Widiger, 1995). Histriyonik kişilik bozukluğunun yaygınlığı, ayrılmış ya da boşanmış kişiler arasında yüksektir ve büyük oranda depresyon ve fiziksel sağlıksızlıkla da bağlantılıdır (Nestadt ve ark., 1990). Sınır kişilik bozukluğuyla birlikte ortaya çıkma oranı yüksektir.

HİSTRİYONİK KİŞİLİK BOZUKLUĞUNUN ETİYOLOJİSİ

Bu kişilik bozukluğuyla ilgili olarak az sayıda araştırma yapılmıştır. Psikanalitik kuram, histriyoniklerin duygusallıkları ve baştan çıkarcılıklarının, ailelerinin, özellikle de babanın kızına yönelik olan baştan çıkarıcı tutumları tarafından ortaya çıkarıldığını önermekte ve bunun altını çizmektedir. Histriyonik hastaların, cinsellik hakkında kötü bir şeymiş gibi konuşulduğu ancak heyecanlı ve arzu edilir bir şey olduğunu düşündürecek şekilde davranıldığı aile çevrelerinde yetiştikleri düşünülmektedir. Bu yetiştirme şekli, sürekli cinsellikle meşgul olma ancak aslında cinsel davranışlardan korkma durumunu açıklayabilmektedir. Histriyonik hastaların bir parçası olan aşırı duygu gösterileri, altta yatan bir takım çatışmaların belirtileri olarak görülür. Bu hastaların ilgi odağı olma ihtiyaçları ise, gerçekte sahip oldukları düşük kendilik değeri duygularına karşı bir çeşit kendini savunma yolu olarak değerlendirilir (Apt & Hurlbert, 1994; Stone, 1993).

NARSİSİSTİK KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Narsisistik kişiliği olan insanlar, kendi benzersizliklerini ve yetilerini büyüklenmeci (grandiyöz) bir gözle görürler. Sürekli büyük başarılarla ilgili hayallerle meşguldürler. Onların benmerkezci olduklarını söylemek bile durumu azımsamak olur. Her zaman sürekli bir dikkat odağı olmaya ve her koşulda kabul edilmeye gereksinim duyarlar. Ancak özel ve yüksek statülü insanların onları anlayabileceğine inanırlar. Empati yokluğu, çekemezlik duyguları, kibir, bir takım haklara ve avantajlara sahip olma duyguları yüzünden kişilerarası ilişkileri bozuktur. Başkalarından özel muamele beklerler, ancak kendilerini bunun karşılığını vermek zorunda görmezler. Empati yokluğu ve eleştiriye aşırı tepki gösterme dışında, adı geçen özelliklerin çoğunun, narsistik kişilik bozukluğuna özgü olduğu görgül çalışmalarla da doğrulanmaktadır (Ronningston & Gunderson, 1990). Narsisistik kişilik bozukluğunun yaygınlığı yüzde 1'in altındadır. En sık olarak sınır kişilik bozukluğuyla birlikte ortaya çıkarlar (Morey, 1988).

NARSİSİSTİK KİŞİLİK BOZUKLUĞUNUN ETİYOLOJİSİ

Narsisistik kişilik bozukluğu tanısı, kökenlerini modern psikanalitik yazılardan almaktadır.

Narsisistik kişilik bozukluğu ismini Yunan mitolojisindeki Narcissus'tan almaktadır. Sudaki yansımasına âşık olmuş, kendini arzulamaktan tükenmiş ve sonra bir çiçeğe dönüşmüştür.

Pek çok psikanalitik yönelimli klinisyen bu olguya, çağımızın ve değerler sistemimizin bir ürünü olarak bakmaktadır. Yüzeyde narsisistik kişilik, dikkat çeken bir kendinin önemli olduğu, kendini özümlemiş olduğu duygusuna ve sınırsız başarı hayallerine sahip olsa da, aslında bu özellikler çok kırılgan bir kendilik değerini maskelemektedir. Sürekli dikkat ve övgü ararken, bunun altında narsisistik kişilikler aslında eleştirilmeye aşırı duyarlıdırlar ve başarısızlıktan ödleri kopmaktadır. Bazen idealleştirebilecekleri birisini ararlar, çünkü kendilerini düş kırıklığına uğratırlar, ancak genellikle kimsenin kendilerine gerçekten yakınlaşmasına da izin vermezler. Kişisel ilişkileri az sayıda ve yüzeyseldir. İnsanlar onların gerçekçi olmayan beklentilerini karşılayamadıklarında öfkelenirler ve o insanları reddederler. Narsisistlerin içsel yaşantıları da benzer şekilde yoksullaşmıştır, çünkü kendilerini yüceltmelerine karşın aslında kendilerinin çok küçük olduğunu düşünürler.

Narsisizme olan çağdaş ilginin merkezinde Heinz Kohut bulunur. Kohut, *Kendiliğin Çözümlenmesi* (1971) ve *Kendiliğin Yeniden Yapılanması* (1977) adındaki iki önemli kitabın yazarı ve kendilik psikolojisi adıyla anılan yeni bir psikanaliz ekolünün kurucusudur. Kohut'a göre kendilik, yaşamın başlarında iki kutuplu

bir yapı olarak gelişir. Bir kutbunda gelişmemiş bir büyüklenmecilik, diğer kutbunda bağımlılık ve diğer insanları aşırı idealleştirme vardır. Aile çocuğun yetkinlik gösterilerine kabulle yanıt vermediği zaman, sağlıklı bir kendilik değerinin gelişmesinde başarısızlık oluşur. Yani çocuğa kendi kendilik değeri için değer verilmez, anne babanın kendi kendilik değerlerini beslemek için değer verilir. Eğer anne baba çocuğa saygı, sıcaklık ve empati ile tepkide bulunursa, böylelikle çocuğa normal bir kendilik değeri duygusu ve sağlıklı bir öz saygı kazandırır. Ancak anne baba çocuğu doğrudan onaylamak yerine kendi ihtiyaçlarıyla ilgilenirlerse, bunun sonucu Kohut'a göre narsisistik kişiliktir:

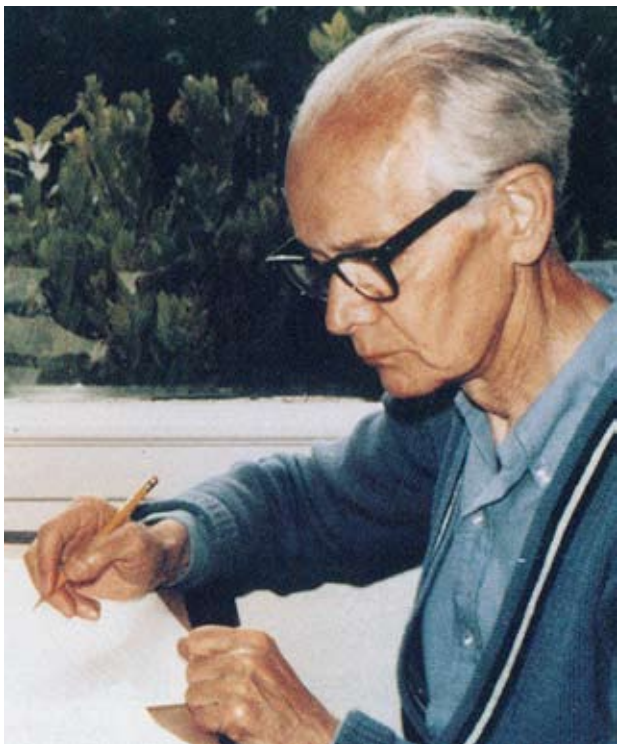
> Küçük bir kız çocuğu okuldan eve gelir, annesine o gün kazandığı büyük başarıları anlatmaya başlar. Fakat anne bunları gurur duyarak dinlemek yerine, konuşmanın yönünü kızdan kendisine çevirir [ve] küçük kızınınkileri gölgede bırakan kendi başarılarını anlatmaya başlar. (Kohut & Wolf, 1978, s. 418)

Bu şekilde ihmal edilen çocuklar içselleştirilmiş, sağlıklı bir öz saygı geliştiremezler ve kendi kusurlarını kabul etmekte başarısız olurlar. Sonunda narsistik kişilik geliştirir ve kendilik duygularını desteklemek için sonu gelmez bir şekilde başkalarının sevgi ve onayını ararlar.

ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU VE PSİKOPATİ

Aralarında önemli farklılıklar olmasına rağmen *antisosyal kişilik bozukluğu* ve *psikopati* terimleri, bugünkü kullanımlarında sıklıkla birinin yerine geçmektedir. Kuralları çiğnemek gibi antisosyal davranışlar, bu iki terimin de önemli bir bileşenidir.

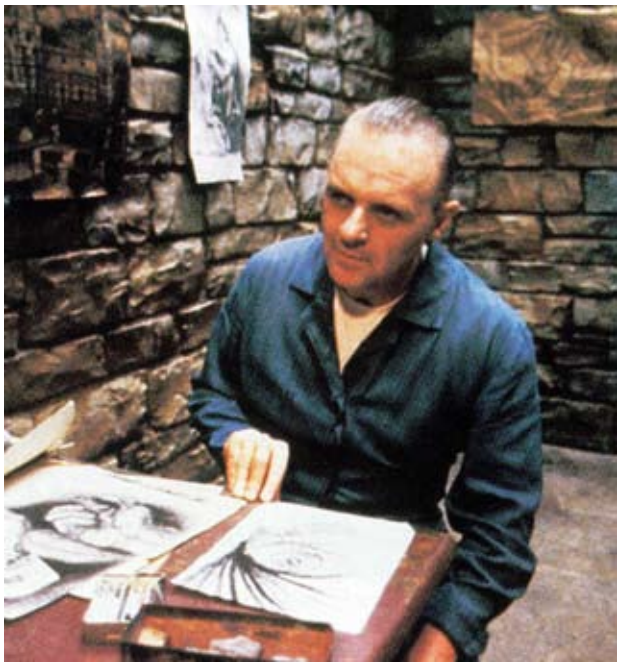
Heinz Kohut Narsistik kişilik bozukluğunun kavramsallaştırılmasında başat bir rol oynamıştır.



Psikolojik anormalliği göstermek için belirli bir antisosyal davranışa değinme girişimi ilginç bir öyküdür. 19. yüzyılın başlarında Philippe Pinel *manie sans délire* kavramını ortaya attı. Pinel bu terimi, akıl hastalığında sıklıkla görülen diğer bilişsel belirtileri *(sans délire)* göstermeyen, ancak şiddet içeren davranışlar sergileyen akıl hastası *(manie)* kişileri tanımlamak için seçmişti. 1835'te bir İngiliz psikiyatr olan James Prichard, genel geçer etik ve yasal kurallara uymayan sosyallik karşıtı davranışları açıklama çabası içerisinde, bir çeşit delilik gibi görünen bu bozukluğu "ahlâk deliliği"(moral insanity) olarak tanımladı. O dönemde Prichard'ın tanımını akla getiren bir insan tipi daha vardı. Bunlar atları kırbaçlayarak döven, köpekleri tekmeleyerek öldüren, köylü kadınları kuyuya fırlatan, kolayca sinirlenen aristokrat sınıfıydı. Bu iki örnekte de antisosyal davranış bir ahlâk bozukluğu niteliğine ve onu diğer suç ve saldırgan faaliyetlerden ayıran bir tuhaflığa sahiptir.

Şu anki DSM-IV'te antisosyal kişilik bozukluğu (AKB) iki temel bileşene sahiptir. İlki, on beş yaşından önce bir davranım bozukluğunun (15. Bölüm'de tanımlanmıştır) olmasıdır. Okuldan kaçma, evden kaçma, sık sık yalan söyleme, hırsızlık, yangın çıkarma ve mala mülke önemli derecede zarar verme, davranım bozukluğunun temel belirtileridir. İkinci temel bileşen, bu antisosyal davranış örüntüsünün yetişkinlikte de devam etmesidir. Sonuç olarak DSM bu tanı için sadece belli bir antisosyal davranış örüntüsünü değil, bu örüntünün çocuklukta başlamış olmasını da aramaktadır. **Antisosyal kişilik** bozukluğu olan yetişkin, sorumsuz ve antisosyal davranışları sürekli iş değiştirerek, kuralları çiğneyerek, asabi ve fiziksel saldırgan davranışlar sergileyerek, borçlarını zamanında ödemeyerek, düşüncesiz davranarak gösterir. Bu kişi dürtüseldir ve bir plan yapıp ona uymayı başaramaz; yalanlarının ve suçlarının farkındadır ancak ne doğrulara aldırış eder ne de pişmanlık duyar.

Amerikalı yetişkin erkeklerin yaklaşık yüzde 3'ünün ve kadınların yüzde 1'inin antisosyal kişiliğe sahip olduğu görülmüştür (Robins ve ark., 1984). Hastalık oranı genç yetişkinlerde yaşlılara göre daha yüksektir ve düşük sosyoekonomik yapıda daha sık ortaya çıkmaktadır. Antisosyal kişilik bozukluğu pek çok başka tanıyla birlikte



Kuzuların Sessizliği'nde Anthony Hopkins'in canlandırdığı karakter psikopatinin pek çok özelliğini sergilemekteydi, özellikle de diğerlerinin haklarına tümden aldırmamayı.

görülebilir, en çok da madde kötüye kullanımıyla.

Psikopati kavramı Hervey Cleckley'in yazıları ve *Akıl Sağlığının Maskesi* (1976) adlı klasik kitabıyla yakından bağlantılıdır. Klinik deneyim ve birikimleri temelinde Cleckley bu bozukluğu tanımlayan bir ölçüt grubu oluşturmuştur. Cleckley'nin psikopati ölçütü, anti- sosyal kişilik bozukluğunun DSM ölçütlerinden farklı olarak, antisosyal davranış yerine daha çok psikopatların düşünce ve duygularına atıfta bulunmuştur. Psikopatinin anahtar özelliklerinden biri, hem olumlu hem olumsuz duyguların fakirleşmesidir. Psikopatların utanç duyguları yoktur. Başkalarına karşı olumlu gibi görünen duygular çok ender oluşur. Psikopatların sahte bir etkileyicilikleri vardır ve bunu kişisel kazançları için diğer insanlar üzerinde kullanırlar. Olumsuz duygularının olmaması psikopatların hatalarından ders çıkarmalarını imkânsız hale getirir. Olumlu duygularının olmaması ise onların başkalarına karşı sorumsuzca davranmasına yol açar. Cleckley'in tanımındaki diğer bir anahtar nokta, psikopatların antisosyal davranışlarının uygun motivasyon kaynaklarının olmamasıdır. Yani antisosyal davranış, örneğin paraya ihtiyacı olduğu için değil de, bunun yerine tamamen dürtüsellikle yapılmakta, biraz korku duymaktan başka bir amaca hizmet etmemektedir.

Pek çok araştırmacı psikopati tanısını Hare ve arkadaşlarının geliştirdiği ölçeği kullanarak koymaktadır (Hare ve ark., 1990). Bu ölçek psikopatik davranışlar için iki temel küme tanımlamaktadır. *Duygusal kopuş* (detachment) olarak tanımlanan ilki, başkalarını kendi çıkarı için sömüren şişirilmiş bir öz saygıya sahip, bencil, acımasız bir kişi tarif eder. İkincisi *dürtüsellik ve sorumsuzluk* ile kendini belli eden bir antisosyal yaşam tarzı tanımlamaktadır. Psikopati, Eksen I tanıları arasında en sık alkol ve diğer maddelerin kötüye kullanımı ile birlikte görülür (Smith & Newman, 1990).

Sonuç olarak elimizde iki tane ilişkili ama birbirinin aynı olmayan tanı bulunmaktadır antisosyal kişilik bozukluğu ve psikopati. Hare, Hart ve Harpur (1991) DSM'nin antisosyal kişilik bozukluğu tanısını eleştirmektedirler. Çünkü bu tanı, yalancılığı alışkanlık haline getirmiş bu kişilerden, yıllarca önce olmuş olaylar hakkında tam ve doğru bilgiler almayı gerektirmektedir (çocuklukta başlamış olma ölçütünü hatırlayın). Bunun da ötesinde, psikopatoloji alanında bir tanı yasal suçlulukla eşdeğer olmamalıdır, ancak mahkûmiyet almış suçluların yüzde 75-80'i antisosyal kişilik bozukluğu tanı ölçütünü karşılamaktadır. Buna karşıt olarak, mahkûmiyet almış suçluların sadece yüzde 15-25'i psikopati ölçütünü karşılamaktadır (Hart & Hare, 1989). Sonuç olarak, psikopati kavramı bir takım farklı avantajlara sahip gibi görünmektedir. Bu alandaki araştırmaları gözden geçirdiğimizde şunun akılda tutulmasının önemli olduğunu gördük; bu kişilere farklı şekillerde tanı konulmuştur kimisi antisosyal kişilik, kimisi psikopat olarak ve bu durum ilgili bulguları bir arada değerlendirmeyi güçleştirmektedir.

Psikopati hakkındaki son araştırmaları ele almadan önce, bir vaka öyküsünden alınmış bir parçayı inceleyeceğiz. Bu vaka bir psikopatın klasik özelliklerini sergilemektedir. Fakat olağandan farklı olarak, bu kişi ilgili çalışmanın verileri toplandığı sırada henüz yasal bir suç işlememiş ve bir psikiyatrik tedavi görmemişti. Bu önemli bir noktadır, çünkü araştırmaya katılan psikopatların büyük bir bölümü yasaları çiğnemiş ve bunun için yakalanmışlardı. Bu örnek, ilgili tanıyı karşıladığı halde henüz kanunları çiğnememiş ve en azından bir suçtan tutuklanmamış birinin davranışlarını ayrıntılı olarak incelemeye olanak veren ender bulunur örneklerden biridir.

DAN VAKASI

Bu vaka öyküsü, Dan'ın bir arkadaşı ve aynı zamanda bir psikolog olan Elton McNeil (1967) tarafından derlenmiştir.

Dan. zengin bir aktör ve disk-jokeydi, şehir dışında zengin bir muhitte ve pahalı bir evde yaşıyordu. Bir akşam o ve McNeil yemek için dışarı çıkmışlardı. Dan, sipariş ettiği özel bir ıstakoz yemeğinin kalitesi konusunda sitemkarca şikayet etti. McNeil. Dan'nın bütün bu sahneyi etkileyici olmak için kasıtlı olarak tertiplediğini düşündü ve ona şöyle dedi:

"Senin gerçekten aç olmadığın için bu sahneyi düzenlediğine dair şüphelerim var. Dan bunu onaylar tarzda yüksek sesle bir kahkaha attı ve dedi ki. "Canı cehenneme, bu insanlar bir dahaki sefere parmaklarının ucunda duracaklar". "Yani bu gösterinin tek amacı bu muydu? ...

"Hayır diye yanıtladı. "Sana dünyanın geri kalanının ne kadar ödlek olduğunu göstermek istedim. Onları biraz dürtersen hemen zıplayıverirler. Bir daha buraya geldiğimde, her şeyin tam istediğim gibi olup olmadığından emin olmak için çevremde pervane olacaklar. Bu onların, elit insan ile sıradan insan arasındaki farkı ayırt edebilmelerinin tek yolu. Ben yolculuk ettiğim zaman, birinci sınıfla giderim."

"Evet... ama bir kişi olarak kendini nasıl hissediyorsun yani sıradan bir insan olarak?

"Kimin umurunda? diyerek güldü. "Eğer onlar en üstte olsalar, onlar da aynı şeyi yaparlardı. Onların ne kadar üzerine yürürsen, o kadar hoşlarına gider. Eski zaman krallığı gibi. Eğer herkes birbirine eşit olursa, bu onları rahatsız eder. Seyret. Ayrılırken ona kolumu sarıp beni sevip sevmediğini soracağım, kalçasından okşayacağım ve bundan sonra ne zaman parmağımı şıklatsam hazır olacak… (McNeil. 1967.s. 85).

Başka bir olay, Dan'ın bir arkadaşı intihar ettiğinde meydana gelmişti. Dan ve McNeil'ın diğer arkadaşlarının pek çoğu bu konuyla ilgilenmiş ve McNeil'a bir adamın neden hayatına son verdiği hakkında onlara bilgi verip veremeyeceğini sormuşlardı. Dan sormadı. Daha sonra, McNeil Dan'a intiharı hatırlattığında, Dan'nın tüm söylediği şöyleydi, "Topun yuvarlanacağı yer orasıdır". Oysa insanlar arasındaki davranışlarında Dan'nın bu olaya ilişkin tutumu çok farklıydı. İnsanlardan para toplayan ve bunu dul kalan eşe şahsen takdim eden kişi Dan'dı. Bununla birlikte karakterini koruyan bir şekilde, dul eşin onun gerçekten çok ilgisini çeken seksi bir vücudunun olduğu dipnotunu düştü.

Bu iki olay Dan'ın davranışlarıyla ilgili bir fikir vermektedir. McNeil, onu şu sonucu çıkarmaya götüren benzer olaylara uzun süre şahit oldu:

[olaylar] Dan'ın eğlenmesi ve çıkarı için insanların hayat boyu istismar edildiği nahoş bir tablo çizmekteydi. İş politikalarında uzmandı ve ara sıra bana rakibin hakkından gelmek için inanılmaz çeşitlilikle aldatma yollarını anlatırdı. Karşısındakinin kişiliğini darmadağın etme, söylenti çıkarma, ufak tefek şantajlar, baştan çıkarma ve göz göre göre yalan söyleme onun sahip olduğu yetenekler içerisinde en küçükleriydi. O eğlence ormanında bir çakaldı, öldürüp parçaladığı bedenler üzerinde kendine ziyafet çeken bir çakal.

McNeil Dan'la yaptığı bir sohbet sırasında, onun hayat hikâyesini de sorgulayabildi. Erken ve potansiyel olarak önemli bir konu Dan tarafından anlatıldı.

Hayatımda diğer insanlardan biraz daha farklı olduğumdan ilk hez şüphelenmeye başladığım zamanı hatırlayabiliyorum. Lisedeyken en yakın arkadaşını lösemi oldu ve öldü ve onun cenazesine gittim. Herkes ağlıyor ve kendini kötü hissediyordu ve onlar onun cennete gitmesi için dua ederlerken birden hiçbir şey hissetmediğimi fark ettim. O iyi bir herifti, ama ne olmuş yani. O gece bunun üzerinde biraz daha düşündüm ve şunu buldum, annem ve babam ölseler onları özlemezdim ve erkek kardeşim ve kız kardeşime de çok düşkün değildim. Gerçekten umursadığım hiç kimsenin olmadığını gördüm, işte o an, onların hiçbirine ihtiyacım olmadığını anladım böylece arkamı döndüm ve uyudum. (s. 87)

(Copyright © 1967. Prentice-Hall'ın izniyle alınmıştır.)

Uzun süre önce Pinel ve Prichard tarafından tanımlanan ahlâk yoksunluğu, Dan'nın davranışlarını açıkça tanımlamaktadır. Bir kişi çok mantıklı olabilir ve gerçekle temasta hiçbir kopukluk göstermeyebilir ama buna karşın davranışları alışkanlık haline gelmiş son derece ahlâk dışı bir tarzda olabilir. Yukarıdaki son alıntı Dan'nın diğerlerine ilişkin hiç duygusunun olmadığını göstermektedir, bu, psikopatların davranışlarını açıklarken son derecede alakalı olduğu daha sonra gösterilecek olan ayırdedici bir özelliktir.

PSİKOPATİNİN ETİYOLOJİSİ ÜZERİNE ARAŞTIRMA VE KURAM

Burada yine psikopatinin etiyolojisi üzerine araştırma ve kurama geri dönüyoruz. Kişinin ailesini ve duygularını etkileyen psikolojik faktörler kadar kalıtsal faktörleri de inceleyeceğiz. Tepki düzenleme ve dürtüsellik hakkındaki son bölüm birkaç bireysel araştırma alanını bir araya getirmektedir. Tekrar belirtelim ki, yapılan araştırmaların pek çoğu yasal bir suçtan hüküm giymiş psikopatlar üzerinde yapılmıştır. Bu yüzden eldeki literatür, tutuklanmalarını gerektirecek bir suç işlememiş olan psikopatların davranışlarına genelleme yapılmasına izin vermemektedir.

PSİKOPATİK DAVRANIŞLARIN KALITSAL BAĞLANTILARI

Araştırmalar, suçluluk ve antisosyal kişilik bozukluğunun kalıtsal bileşenlere sahip olduğunu, fakat davranış genetiği araştırmalarının Cleckley ve Hare'ın geliştirdiği psikopati kavramına göre düzenlenmediğini önermektedirler. Birbirlerinden ayrı olarak yetiştirilmiş ikizlerle yapılan ikiz çalışmaları ve evlatlık verme araştırmaları, kalıtsal faktörlerin kişinin suça yönelik faaliyetlerde bulunma olasılığında önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Gottesman & Goldsmith, 1994; Grove ve ark., 1990; Mednick, Gabrielli & Hutchings, 1984). Antisosyal kişilik bozukluğu ile ilgili olarak yapılan ikiz çalışmaları tek yumurta ikizlerinin çift yumurta ikizlerinden daha yüksek bir eş hastalanma oranına (konkordans) sahip olduklarını göstermiştir (Lyons ve ark., 1995). Diğer taraftan evlatlık verme çalışmalarında, biyolojik anne babaları antisosyal kişilik bozukluğu olan evlat verilmiş çocukların antisosyal davranışlarının sıklığı, normallerinkinden daha yüksek bulunmuştur (Cadoret ve ark., 1995).

Ayrıca evlatlık verme ve ikiz çalışmaları antisosyal kişilik bozukluğunda *çevrenin* önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Örneğin Cadoret ve arkadaşlarının evlatlık verme çalışmasında, evlatlık alan ailenin antisosyal kişilik bozukluğuna sahip olup olmamasından bağımsız olarak, evdeki olumsuz çevre koşulunun (örneğin evlilik problemleri ve madde kötüye kullanımı) antisosyal kişilik bozukluğunun gelişmesiyle ilişkili olduğu görülmüştür. Buna ek olarak Reiss ve arkadaşlarının (1995) yaptıkları bir ikiz çalışmasında yüksek düzeyde çatışma, olumsuz tutum ve düşük düzeydeki anne baba sıcaklığının antisosyal davranışı yordadığı bulunmuştur.

AİLENİN ROLÜ Psikopatik davranışların çoğunluğu sosyal normları ihlâl ettiği için, çoğu araştırmacının bu davranışları açıklamak için giriştikleri çalışmalarda birincil etken olarak sosyalleşmeye, yani aileye odaklanması şaşırtıcı değildir. McCord ve McCord (1964) bu konuyla ilgili literatürün gözden geçirildiği klasikleşmiş çalışmalarında, duygusallığın olmamasının ve ailenin şiddetli reddinin psikopatik davranışların birincil nedeni olduğu sonucuna varmışlardır. Diğer pek çok çalışma, ailelerin çocuklarına disiplin kazandırırken ve diğer insanlara karşı sorumluluk duymayı öğretirken tutarsız davranmaları ile psikopatik davranışlar arasında ilişki kurmaktadırlar (Bennett, 1960). Bunun da ötesinde, psikopatların babalarının davranışlarında antisosyal özellikler var gibidir.

Başlarda elde edilmiş bu verileri değerlendirirken dikkatli olmak gerekmektedir, çünkü bu veriler geriye dönük raporlar-geçmişteki olaylar hakkında kişisel anımsamalar- aracılığıyla toplanmıştır. Daha önce de gördüğümüz gibi, bu yolla elde edilmiş bilgiler iyice sorgulanmadan kabul edilemezler. İnsanlardan, şu an psikopatik olarak bilinen birisinin hayatına dair geçmiş olayları hatırlamaları istendiğinde, o kişinin yetişkin hali hakkındaki bilgileri onun çocukluğuyla ilgili olarak hatırladıklarını etkileyecektir. Büyük olasılıkla hep olumsuz olayları hatırlayacaklar, kişinin şu anki davranışlarıyla uyuşmayan daha sıradan ve normal olayları gözden kaçıracaklardır. Buna ek olarak, psikopatların kendileri hakkında verdikleri geriye dönük bilgilere güvenmek de pek mümkün değildir.

Çocukluklarında çocuk rehberliği kliniklerinde görülen kişilerle yetişkinliklerinde izleme çalışmaları yapılarak, geriye dönük bilgilerin getirdiği sorunlardan kaçınılabilir. Böyle yapılmış bir çalışmada, çocuklardan onları o kliniğe getiren sorunlarla ve aileleriyle ilgili önemli derecede bilgi içeren ayrıntılı kayıtlar alındı (Robins, 1966). 584 vak'alık başlangıçtaki örneklemin yüzde 90'ı, kliniğe başvurduktan 30 yıl sonra tekrar bulundu.[2] Buna ek olarak, kliniğin hizmet verdiği coğrafi alan içinde yaşayan ancak çocukken bu kliniğe hiç başvurmamış 100 kişilik bir kontrol grubuyla da yetişkinliklerinde görüşme yapıldı.

Araştırmacılar, şu an yetişkin olan iki örneklemdeki katılımcılarla yapılan görüşmeler sayesinde, bu kişilerde bir takım uyum bozuklukları teşhis edebildi ve tanımlayabildiler. Daha sonra, hangi özelliklerin yetişkinlikteki psikopatik davranışları yordadığını ortaya çıkarmak için, bu kişilerin yetişkinlikteki sorunları ile çocukluklarındaki özellikleri arasında bağlantı kurdular. Robins'in özeti, 15. Bölüm'de gençlerde antisosyal davranış konusundaki tartışmada tanıtımı yapılan davranım bozukluğu kategorisini akla getirmektedir:

> Birisi, bir çocuk rehberliği kliniğinde görülen çocuklar arasından daha sonra [psikopati] tanısı almaya en çok aday olan çocuğu seçmek istiyorsa, en iyi seçim, pek çok dönemde antisosyal davranışın bir çeşidi olarak görülen hırsızlık ya da saldırganlık davranışını sergileyen, Çocuk Mahkemesi için temel teşkil edecek davranışlardan en

[2] *Kliniğe başvurularından otuz sene sonra bu insanların bu kadar büyük bir oranının izlerini yeniden bulmak, olağanüstü bir başarı olarak değerlendirilmelidir.*

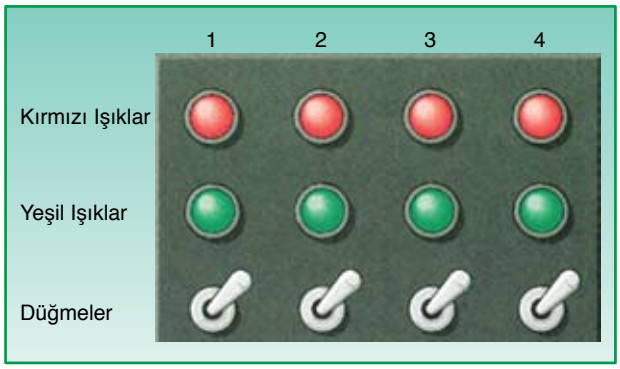
azından birini gösteren, sadece öğretmenlerine ve ailelerine değil aynı zamanda yabancılara ve kurumlara yönelik de antisosyal davranışlar sergileyen bir oğlan çocuğu gibi görünmektedir. ... Bu kliniklerde görülen ilgili özelliklere sahip oğlan çocuklarının yarısından fazlası daha sonra sosyopatik kişilik tanısı almıştı. Bu çocuklar okuldan kaçma, hırsızlık, geç kalma ve ebeveynlerine itaat etmeyi reddetme öyküsüyle gelmişlerdi. Gereksizce yalan söylemişler ve davranışlarına yönelik çok az suçluluk duymuşlardı. Olmaları gereken yerde olma ve parayı dikkatli harcama konusunda genellikle sorumsuzdular, (s.. 157)

Bu özelliklere ek olarak aile yaşamının bazı yönlerinin, yine bu davranışa neden oldukları bulunmuştur. Tutarsız disiplin veya disiplinin olmayışı, yetişkinlikteki psikopatik davranışları babada antisosyal davranışların olması durumundaki kadar iyi yordamaktadır. Bununla birlikte, benzer şekilde bozuk bir sosyal ardalandan gelen kişilerin bir kısmında psikopati ortaya çıkmamakta ya da başka bir davranış bozukluğu gelişmemektedir. Bu nokta önemlidir; kişiler büyürken tutarsız ve arzu edilmeyen davranışlarla karşılaşmış olmalarına rağmen yetişkinliklerinde hiçbir sorunları olmayabilir. Sonuç olarak aile yaşantısı psikopatik davranışların gelişmesinde önemli bir faktör olmasına karşın, yegâne tek faktör değildir.

DUYGU VE PSİKOPATİ Cleckley psikopatik sendrom tanımlamasında, bu gibi kişilerin deneyimlerden ve hatta cezalardan bir yarar sağlamamalarına dikkat çekmektedir. Bu kişiler sosyal açıdan hatalı davranışlarının olumsuz sonuçlarından kaçınma yetisine sahip değillermiş gibi görünmektedir. Çoğu, başlarından bir tutuklanma deneyimi geçmiş olmasına rağmen kronik kanun ihlâlcisidirler. Onları kanunları ihlal etmekten veya yalan söylemekten ya da diğerlerini incitmekten alıkoyacak olan kaygıya veya vicdan azabına karşı bağışıklıkları varmış gibi görünmektedirler. Dürtülerini kontrol etmekte güçlükleri vardır.

Lykken (1957) bu klinik gözlemlerden, psikopatların çok az kaygı yaşadıkları için antisosyal eylemlerle ilgili çok az ketlenmeye sahip oldukları sonucuna varmıştı. Psikopatların gerçekten düşük bir kaygı düzeyine sahip olup olmadıklarını belirlemek için pek çok ölçek uyguladı. Bu ölçeklerden bir tanesi de kaçınmayı öğrenme ölçeğiydi.

Bir çalışmada cezaevinden Cleckley'in ölçütüne uygun olarak bir grup erkek psikopat seçildi. Bu kişilerin kaçınmayı öğrenme görevindeki



Şekil 13.1 *Lykken (1957) psikopatlarda kaçınmayı öğrenme çalışmasında kullanmak için bu aleti geliştirdi. Farz edelim ki ilk görev için 3. düğme doğru olsun. Öyleyse bu düğmeye basıldığında yeşil ışık yanacaktır. Diyelim ki 1 ve 4 de yanlış olan düğmeler, öyleyse bunlarda da kırmızı ışık yanacaktır. Bu durumda 2'ye basıldığında hem kırmızı ışık yanar hem de düğmeye elektrik şoku verilir. İkinci denemede düğmeler tamamen değiştirilir; örneğin, 2. düğme doğru olabilir, 3 ve 4 yanlış, 1'de de şok olabilir. Katılımcılar 20 doğru düğme basma sırasını öğrenmek durumundadırlar.*

performansları, psikopatik olmayan cezaevi sakinlerinin ve üniversite öğrencilerininkiyle karşılaştırıldı. Burada diğer olası ödüller aracılığıyla öğrenmeyi değil, sadece kaçınmayı öğrenmeyi sınamak önemliydi. Örneğin, bir kişi bu görevin amacının acıdan kaçınmayı öğrenmek olduğunu anlarsa, sadece acıdan kaçınma arzusuyla değil, ayrıca araştırmacıya ne kadar zeki olduğunu gösterme arzusuyla da güdülenebilir. Lykken diğer güdülerin işe karışmamasını garanti altına almak için, kaçınmayı öğrenme görevini *tesadüfi* gibi görünecek hale getirdi. Bunun için şöyle bir alet kullandı. Deneğin önündeki bir panelde yatay bir şekilde sıralanmış 4 tane kırmızı ışık, onların altında sıralanmış 4 tane yeşil ışık ve her kolonun altında da birer tane düğme vardı. Bu alet Şekil 13.1'de gösterilmektedir. Katılımcının görevi yirmi doğru düğme sırasına basmayı öğrenmekti. Katılımcı sıranın her bir adımı için önce deneme yanılma yoluyla dört alternatiften hangisinin doğru olduğunu bulmalıydı. Doğru düğmeye basıldığında yeşil ışık yanıyordu. Geriye kalan üç düğmeden ikisi denendiğinde kırmızı ışık yanıyordu ve hatalı deneme olduğunu işaret ediyordu. Üçüncü yanlış denemede ise düğmeye elektrik şoku veriliyordu. Doğru düğmenin yeri her zaman aynı kalmıyordu. Katılımcılardan yirmi doğru düğmenin basış sırasını çözmeleri ve öğrenmeleri isteniyordu. Şoktan kaçınmanın beklendiği veya mümkün olduğu bilgisi verilmiyor, sadece şokun onların daha iyi yapmasını sağlayan bir uyarıcı olarak rastgele uygulandığı söyleniyordu.

Lykken'nin bu çalışmasında sıralamayı öğrenirken yapılan hataların toplam sayısı açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu. Bununla birlikte şokla sonuçlanan hata sayısı en az olan grup üniversite öğrencileriydi. En çok şok hatası yapanlar ise psikopatlardı. Lykken bu sonuçlardan, psikopatlar genelde şoktan kaçınmadıkları için, onların normal kişilerden daha düşük kaygı düzeyi altında işlerini yaptıkları çıkarımına varmıştır.

Otonom sinir sistemi aktivitesiyle ilgili çalışmalar da psikopatların korku uyandıran uyarıcılara çok az kaygıyla yanıt verdikleri kanısıyla tutarlıdır. Dinlenme durumunda psikopatların deri iletkenliği normal seviyeden daha düşüktür ve deri iletkenlikleri şiddetli veya itici bir uyarıcıyla karşılaştıklarında ya da itici bir uyarıcının geleceğini önceden tahmin ettiklerinde çok az tepki gösterir (Harpur & Hare, 1990). Buna karşın kalp ritmi çalışıldığında ortaya farklı bir resim çıkmaktadır. Dinlenme durumunda psikopatların kalp atım ritimleri normaldir ve nötr bir uyaran sunulduğunda yine normal kalır. Fakat stres yüklü bir uyaranın geleceğini fark ettikleri durumlardaki kalp atım hızları, aynı durumdaki normallerinkinden daha fazla artmaktadır.

Bu fizyolojik tepkiler, psikopatların basitçe az uyarıldıkları şeklinde değerlendirilemeyeceğini göstermektedir. Çünkü deri iletkenliği ve kalp ritmi ölçümleri birbirleriyle tutarsız sonuçlar ortaya koymuştur. Hare (1978) kuramını kısmi olarak Lacey'in (1967) çalışmasına temellendirerek, psikopatların psikofizyolojik tepki *örüntüsüne* odaklanmıştı. Artmış kalp atım hızı, duyumsal girdiyi kapı dışarı etme veya azaltma işlemiyle beraber ortaya geliyor ve böylece kortikal uyarılmayı düşürüyor görünmekteydi. Sonuç olarak itici bir uyarıcının geleceğini tahmin eden psikopatların artmış kalp atışları, onların yaklaşan duruma kendilerini ayarladıklarına işaret etmekteydi. Bundan sonra deri iletkenlikleri itici bir uyarana daha az tepki vermekteydi, çünkü o durumu etkili bir şekilde görmezlikten gelebilmişlerdi. Yani, deri iletkenliğini bir kaygı göstergesi olarak düşünürsek, psikopatların deri iletkenliği beklenen itici uyarandan sonra hiçbir şekilde artmamaktadır, çünkü itici uyaranı seçip ayırıp eleyerek onunla başa çıkmaktadırlar. Psikopatların fizyolojik tepkilerinin böyle yorumlanması akla yakındır ve Lykken'nin kaçınmayı öğrenme çalışmasıyla tutarlıdır. Ayrıca bu yorum daha sonraki araştırmalarda da doğrulanmıştır (Ogloff & Wong, 1990). Hare ve arkadaşları tarafından yapılan daha sonraki araştırmalar, psikopatların gerek davranışlarında gerekse biyolojik tepkilerinde (Jutai & Hare, 1983) özellikle, uyaranları görmezlikten gelerek ve dikkatlerini ilgilendikleri şeye odaklayarak uyum sağladıklarını doğrulamıştır (Forth & Hare, 1989).

Diğer duygu değerlendirme yöntemlerini kullanan araştırmalar da Lykken'nin orijinal sonuçlarını desteklemektedir. Bu yöntemlerden birisi, korkma tepkisinin göz kapayıp açma bileşeni üzerinden ölçüm almayı içerir. Bu yöntem halen, bir kişinin duygusal durumunun olumlu mu yoksa olumsuz mu olduğunu gösteren en iyi sözel olmayan gösterge olarak kabul edilmektedir. Katılımcılara çeşitli konularda bir seri slâyt gösterilir. Bunlardan bazısı olumlu (örneğin, karşı cinsin çıplak resimleri) bazıları ise olumsuz (örneğin, yanan masum insanlar) ve bazıları da nötrdür. Slâytlar seyredilirken ara sıra, bir korkma tepkisi ortaya çıkaran ani, yüksek bir ses verilir. Korkma tepkisinin büyüklüğü, sesin verildiği anda kişinin içinde bulunduğu duygusal duruma bağlı olarak değişmektedir. Olumsuz duygusal durum korkma refleksinde artışa, olumlu duygusal durum ise azalışa neden olmaktadır.

Böyle bir korkma tepkisi çalışması, hapishanedeki tutuklulardan Hare'in ölçeği kullanılarak seçilen dört grup üzerinde yapılmıştır: psikopat olmayanlar (hem antisosyal davranış hem de duygusal soğukluk puanları düşük olanlar), duygusuz suçlular (sadece duygusal soğukluk puanları yüksek olanlar), antisosyal suçlular (sadece antisosyal davranış puanları yüksek olanlar) ve psikopatlar (hem antisosyal davranış hem de duygusal soğukluk puanları yüksek olanlar). Katılımcılar ilk olarak bir temel seviye koşulu içine sokuldular. Bu koşulda basit bir görsel uyarıcı sunuldu ve bazen buna ani bir yüksek ses eşlik etti. Bundan sonraki koşulda katılımcılar yine aynı görsel uyarıcıları gördüler ve görsel uyarıcılar yok olduğu zaman yüksek bir ses duyacakları söylendi.

Çalışmanın ikinci fazında korkma tepkisinin büyüklüğü açısından gruplar arasında büyük farklar ortaya çıktı. Psikopatların ve duygusuz suçluların korkma tepkilerinde çok daha küçük bir artma görüldü ve bu durum, çok daha az bir korkunun harekete geçirildiğini işaret etmekteydi. Bu tepki örüntüsü önemlidir, çünkü psikopatların duygusal yetersizliklerinin olduğunu ve bunun duygusal soğukluklarıyla bağlantılı olduğunu ima etmektedir (Patrick, 1994).

TEPKİ AYARLAMA VE PSİKOPATİ

Antisosyal davranışı uyaran ya da onu frenleyen bazı şeyleri hesaba katmak, psikopatinin nedenleriyle ilgili şu anki düşüncelerimize önemli bir katkı sağlayabilir. Psikopatinin özellikleri ile beyinlerinin septum, hipokampus ve frontal korteks gibi nöral sistemleri hasar gören hayvanların davranışları arasındaki benzerlikler, bazı araştırmacıları psikopatinin anahtar bileşeninin yükselmiş dürtüsellik ve hedefe yönelik eylemleri sürdürmeyi becerememe olduğunu önermeye yöneltmiştir (Gorenstein & Newman, 1980). Örneğin, bu hasarlanmış hayvanlar, ödüle götüren dürtüsel tepkiler kadar kaçınmayı da öğrenmede yetersizlikler göstermektedirler. Psikopatinin anahtar özelliğinin dürtüsellik olduğu fikri, bu kişilerin beyin dalgalarıyla yapılan çalışmalarda da desteklenmektedir. Bu çalışmalarda temporal alanda düşük dalgalar ve sivrilmeler olduğu ortaya çıkmıştır. Bunlar çoğunlukla dürtüsellikle ilişkilendirilmektedir (Syndulko, 1978).

Sözü edilen dürtüsellik, psikopatlara başarı ya da hataya bağlı olarak tepkilerini değiştirme becerilerini sınama için düzenlenmiş bir görev sunulduğunda kendini göstermektedir (Patterson & Newman, 1993). Bu olgunun gösterildiği bir çalışmada katılımcılara, bilgisayarda yaratılmış bir kart oyunu gösterildi (Newman, Kosson & Patterson, 1993). Eğer bir surat kartı çıkarsa katılımcı beş sent kazanmakta; eğer surat kartı olmayan bir kart çıkarsa katılımcı beş sent kaybetmekteydi. Her bir işlemden sonra katılımcıya oyuna devam etme veya bitirme seçeneği sunulmaktaydı. Kaybetme olasılığının kontrolü deneycinin elindeydi ve yüzde 10 kaybetme olasılığıyla başlanmaktaydı. Kaybetme olasılığı her on kartta bir yüzde 10 artmaktaydı ve yüzde 100 oluncaya kadar devam etmekteydi. Psikopatlar oyuna psikopat olmayanlardan çok daha fazla devam ettiler. On iki psikopattan dokuzu, son yirmi denemenin on dokuzunda para kaybettikleri halde oyunu asla bırakmadılar. Uyuma yönelik olmayan tepkilerini değiştirebilme becerisine sahip değillerdi.

Aynı oyun bir işlem değişikliğiyle yeniden oynatıldı. Bu sefer geri bildirimden sonra 5 saniye beklendi, böylece oyuna devam edip etmeyecekleri konusunda karar vermeden önce beklemeleri sağlandı. Bu değişimleme, oyundaki psikopatların deneme sayısını dikkat çekici derece azalttı. Karar vermeyi bir süre erteletmek, belki de psikopatları aldıkları geri bildirim üzerinde iyice düşünmeye zorlamış ve böylece daha az dürtüsel davranmaya yöneltmiş olabilir.

Psikopatlarda içinde bulundukları çevrede ve anda meydana gelmeyen olayların bilişsel temsillerinin zayıf olması da olasıdır (Gorenstein, 1991). Böylece davranışlar genellikle uzun vadeli hedeflere yönelik olmamakta, bunun yerine aşırı derecede, o an varolan uyarıcı tarafından yönetilmektedir.

Gözden geçirdiğimiz çalışmalar psikopatların çoğumuzun davrandığı gibi davranmadıklarını göstermektedir. Özellikle de, bu kişiler neredeyse hiç kaygı duymamaktadırlar, dolayısıyla korku onlar üzerinde çok az caydırıcı etki yapabilmektedir. Psikopatlar kendi olumsuz duygusal tepkileri üzerinde büyük bir kontrole sahip oldukları için, genel uyarılmışlık durumlarını arttıran yaşantılar ararlar. Ayrıca psikopatlar, plan yapma ve davranışları durdurma yetileri bozuk olduğu için dürtüsel davranırlar. Bunlar psikopatların vicdan azabı duymadan yaptıkları kötü davranışlarının ve toplum kurallarını hiçe sayarak yaşadıkları heyecan arayışlarının olası nedenleridir.

KAYGILI / KORKULU KÜME

Bu küme üç kişilik bozukluğunu içermektedir. Çekingen kişilik bozukluğu sosyal ortamlarda aşırı korku yaşayan kişiler için kullanılır; bağımlı kişilik bozukluğu kendine güveni olmayan ve başkalarına aşırı bağımlı olan kişileri işaret eder; obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ise hayata yönelik mükemmeliyetçi bir yaklaşımı olan kişilere karşılık gelir.

ÇEKİNGEN KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Çekingen kişilik (Ç.N.: İngilizcedeki "avoidant" kavramındaki kaçınma fiilinden hareketle bazen "kaçıngan" olarak da kullanılabilmektedir.) bozukluğu tanısı eleştirilme, reddedilme ya da kabul görmeme ihtimaline karşı aşırı duyarlı olan ve karşı tarafın ondan hoşlanacağından emin olmadan ilişkiye girmekten çekinen kişilere konulmaktadır. Karşı tarafın ondan hoşlandığını ifade ettiği durumlarda, çekingen kişi onun samimiyetinden kuşku duyma eğilimindedir. Aptalca bir şey söylemekten ya da yüzünün kızarması veya başka bir kaygı belirtisi yüzünden mahcup duruma düşmekten aşırı korktukları için sosyal ortamlarda zorluk çekerler. Başkalarına karşı yetersiz ve aciz olduklarına inanırlar; tipik bir şekilde riskleri, tehlikeleri ve her zamankinin dışında bir şeyler yaptıklarında zorlukları abartırlar.

Çekingen kişilik bozukluğunun yaygınlığı yüzde 1 civarındadır (Weissman, 1993). Bağımlı kişilik bozukluğu (Trull, Widiger & Frances, 1987) ve sınır kişilik bozukluğu (Morey, 1988) ile birlikte görülebilir. Tanı ölçütü genellenmiş kaygı bozukluğu ile sıkı bir benzerlik içindedir ve bu yüzden bu iki durum yüksek bir birliktelik gösterir (Hoffmann ve ark., 1995).

BAĞIMLI KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Bağımlı kişilik bozukluğu olan hastaların kendine güvenleri yoktur. Bu kişiler pasif bir şekilde, nerede yaşayacaklarına, ne iş yapmaları gerektiğine, kiminle arkadaşlık edeceklerine vb. karar verme sorumluluğunu eşlerine ya da sevgililerine bırakırlar. Karşı tarafın onayını kaybetmekten korktukları için, hatalı olduğunu bildikleri halde onun fikrine katılırlar. Kendi başlarına bir eyleme başlama ya da karar vermekte güçlük çekerler. Birisi tarafından korunup bakılmaya olan şiddetli ihtiyaçları, yalnız kaldıklarında bu kişilerin sıklıkla kendilerini rahatsız hissetmelerine neden olur. Zihinleri sürekli yalnız bırakılıp kendi kendilerine bakmak zorunda kalacakları ile ilgili korkularla meşguldür. Başkalarından taleplerde bulunamazlar ve kurdukları koruyucu ilişkilerin bozulmamasını garanti altına almak için kendi ihtiyaçlarını göz ardı ederler. Yakın bir ilişkileri bittiği zaman, onun yerine koymak için telaşla başka bir ilişki ararlar.

Çocuklar normal olarak bir ebeveynden ayrılmanın rahatsızlık yarattığı bir dönem geçirirler. Bağımlı kişilik bozukluğu olan insanlar ise aynı olguyu yetişkinliklerindeki ilişkilerinde yaşayabilirler.

Bağımlı kişilik bozukluğunun yaygınlığı yüzde 1,5'in biraz üzerindedir ve kadınlarda erkeklerden daha yaygındır. Bunun nedeni, kadınlarla erkeklerin çocukluklarında farklı sosyalleşme yaşantılarından geçmeleri olabilir (Corbitt & Widiger, 1995; Weissman, 1993). Bu bozukluğun nedenleri de kadın ve erkeklerde birbirinden farklıdır. Reich (1990), bağımlı kişilik bozukluğu olan erkeklerin akrabalarında yüksek oranda depresyon görüldüğünü, buna karşın aynı bozukluğu olan kadınların akrabalarında ise yüksek oranda panik bozukluğu görüldüğünü bulmuştur. Bağımlı kişilik bozukluğu sıklıkla sınır ve çekingen kişilik bozukluklarıyla birlikte görülmekte (Morey, 1988) ve kötü fiziksel sağlıkla olduğu kadar I. Eksen bozukluklarıyla da bağlantılandırılmaktadır.

OBSESİF KOMPULSİF KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Obsesif kompulsif kişilik mükemmeliyetçidir, zihni ayrıntılar, kurallar, programlar ve bunun gibi şeylerle sürekli meşguldür. Bu kişiler genellikle ayrıntılara çok fazla dikkat ayırırlar ve bu yüzden asla projelerini bitiremezler. Bunlar haz yönelimliden çok iş yönelimli kişilerdir ve karar vermede (hata yapmasınlar diye) ve zaman yönetiminde (yanlış şeye zaman ayırmasınlar diye) aşırı güçlük çekerler. Kişilerarası ilişkileri sıklıkla fakirdir, çünkü bu kişiler inatçı ve ısrarcıdırlar ve karşı taraftan her şeyin kendi istedikleri gibi yapılmasını talep ederler. Genellikle ciddi, katı, resmidirler ve esneklik gösteremezler, özellikle de ahlâki konularda. Ömrünü doldurmuş ve işe yaramaz nesneleri atamazlar, hatta bunların hiçbir duygusal değeri olmasa bile. Bu kişiler cimri ve üç kuruşun hesabını yapan biri gibi davranırlar. Çalışmaya ve üretmeye yönelik bu işlevsel olmayan dikkat, erkekler arasında kadınlardan daha sık görülür.

Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluktan çok farklıdır; daha sonra tanımlanacak olan obsesyonları ve kompulsiyonları içermez. Bu iki aynı terimin kullanımı bu iki bozukluğun ilişkili olduğunu düşündürmesine rağmen, bunun gerçekte böyle olduğu net değildir. OKB vakalarının sadece küçük bir bölümünde obsesif kompulsif kişilik bozukluğu bulunmuştur (Baer & Jenike, 1992). Obsesif kompulsif kişilik bozukluğu en çok çekingen kişilik bozukluğu ile beraber görülür ve yaygınlığı yaklaşık yüzde 1 civarındadır (Lassano, del Bueno & Latapano, 1993).

ODAK 13.1 KİŞİLİK BOZUKLUKLARINA BOYUTSAL BİR YAKLAŞIM

Bu bölümün başlarında, tanı koyma işleminde boyutsal bir yaklaşımın kişilik bozukluklarına daha uygun düşüyor gibi göründüğünü belirtmiştik. Buraya kadar kullanımda olan somut olgu sistemini anlattık, şimdi sıra tekrar bu konuya dönmeye geldi.

Kişilik bozukluklarına yönelik en çok gelecek vaat eden boyutsal yaklaşıma göre, kişilik bozukluğu olan kişiler, herkeste bulunan kişilik treytlerinin aşırı uçlarını sergilemektedirler. Hepsi düşünüldüğünde yüzlerce treyt akla gelmesine rağmen, kişilik üzerine yapılan çağdaş araştırmalar Beş Faktör Modeli denilen bir kişilik modeli üzerine odaklanmaktadırlar (McCrae & Costa, 1990). Bu beş faktör ya da temel boyutlar nörotisizm, dışadönüklük / içedönüklük, deneyime açıklık, uzlaşılabilirlik / zıt oluş ve vicdanlılıktır. Tablo 13.2 bu boyutların her birini değerlendiren soru formunun maddelerini göstermektedir. Bu tabloyu dikkatlice okuyarak her bir boyutun atıfta bulunduğu şeye dair bir fikir edinebilirsiniz.

Widiger ve Costa (1994) bu kişilik treytlerini şizoid, sınır ve çekingen kişilik bozukluğu ile ilişkilendiren pek çok çalışmanın sonuçlarını özetlemişlerdir. Şizoid ve çekingen kişilik bozukluğu hastalarının her ikisinin de içedönüklüğü yüksektir. Buna göre Beş Faktör Modeli bu iki bozukluğu birbirinden ayırt etmenin güç olduğunu yordamaktadır, ve bu gerçekten de doğru bulunmaktadır. Bununla birlikte bu iki bozukluk arasında nörotisizm boyutunda bazı ayrışmalar vardır; bu boyutta çekingen kişilik bozukluğu olan hastalar, şizoid kişilik bozukluğu olan hastalardan daha yüksek konumdadırlar. Boyutsal yaklaşım, her hastayı somut bir kategoriye girmeye zorlamak ve bu iki bozukluğu ayrıştırmakta sorunlarla karşılaşmak yerine, bu hastaları nörotisizm ve içedönüklük seviyeleriyle basitçe tanımlamaktadır.

Sınır kişilik bozukluğu çok güçlü bir şekilde nörotisizm ve zıt oluşla ilişkilidir. Bazı kişilik bozuklukları ve I. Eksen bozukluklarında da nörotisizm puanları yüksek bulunduğu için, sınır kişiliğin pek çok kişilik bozukluğu ve I. Eksen bozukluğu ile birlikte görülmesi şaşırtıcı değildir. Sınır hastaların zıt oluş puanları da yüksektir ki bu durum onları çekingen kişilik bozukluğu hastalarından ayırmaktadır. Zıt oluş puanları paranoid ve antisosyal bozukluklarda da yüksek bulunduğu için, sınır kişiliğin bu bozukluklarla birlikte görülmesi beklendik bir durumdur. Tekrarlarsak, boyutsal yaklaşım hastaları somut bir kategoriye girmeye zorlamaz, bunun yerine beş faktör üzerinde aldıkları puanlarla basitçe tanımlar.

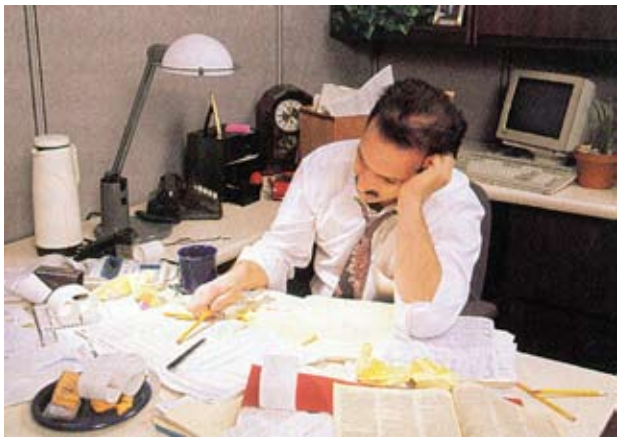
Özetle boyutsal bir modelin pek çok farklı üstünlüğü olduğu görülmektedir. İlk ve en önemlisi, birlikte görülme sorununu ele almasıdır, çünkü birlikte görülme sadece kategorik sınıflama sisteminde görülen bir güçlüktür. Boyutsal sistem normal ile anormal kişilik arasında bir bağlantı kurmuş, bu sayede genel kişilik gelişimi ile ilgili bulgular kişilik bozukluklarıyla alakalı hale gelmeye başlamıştır. Örneğin, Beş Faktör Modelinin ortaya koyduğu treytlerin çoğu davranış genetiği araştırmacıları tarafından çalışılmış ve kalıtımsal oldukları bulunmuştur (Bouchard ve ark., 1990). Bu yüzden kalıtsal faktörler, kişilik bozukluklarının nedenleriyle ilişkili olan değişkenler olarak git-

KAYGILI / KORKULU KÜMENİN ETİYOLOJİSİ

Bu kümedeki kişilik bozukluğunun nedeni hakkında çok az veri vardır. Nedenler hakkındaki yorumlar aile-çocuk ilişkisi üzerine odaklanmıştır.

Bağımlı kişilik bozukluğunun DSM-IV tanısı iki tip belirti içerir: bağımlı davranışı tanımlayanlar ve bağlanma sorunları olarak gösterilebilen olguları tanımlayanlar (Livesley, Schroeder & Jackson, 1990). Bağlanma, gelişim psikologları tarafından çalışılmıştır ve kişiliğin gelişimi için çok önemli olarak kabul edilir. Buradaki temel fikir, küçük bebeğin giderek bir yetişkine bağlandığı ve bu yetişkini diğer hedeflerle karşılaş-

Obsesif kompülsif kişilik bozukluğu olan kişiler çoğunlukla işkoliktirler. Bu aşırı çalışmaları kontrolü kaybetme korkusuna karşı bir savunma olabilir.



TABLO 13.2 Beş Faktör Modelini Değerlendiren Gözden Geçirilmiş NEO Kişilik Envanteri'nden Örnek Maddeler

Nörotisizm	Ben endişeci değilim (-) Kolay kolay korkmam (-) Çok ender korku ya da kaygı hissederim (-) Sık sık gerginlik ya da tedirginlik hissederim (+)
İçedönüklük / Dışadönüklük	Çok sayıda insanla görüşmekten gerçekten hoşlanırım (+) İnsanlarla sohbet etmekten çok hoşlanmam (-) Sıcak ve arkadaş canlısı bir kişi olarak bilinirim (+) Çoğu insan benim biraz soğuk ve uzak olduğumu düşünür (-)
Deneyime açıklık	Çok aktif bir imgelemim vardır (+) Düşüncelerimi gerçekçi bir çizgide tutmaya ve hayal dünyasında uçmaktan kaçınmaya çalışırım (-) Aktif bir hayal dünyam vardır (+) Hayal kurarak zaman öldürmekten hoşlanmam (-)
Uzlaşılabilirlik / Zıt oluş (agreeableness / antagonism)	Diğerlerinin niyetlerine karşı alaycı ve şüpheci olma eğilimindeyimdir (-) Diğer insanların iyi niyetli olduğuna inanırım (+) Eğer onlara izin verirsen çoğu insanın sana bir çıkar sağlayacaklarına inanırım (-) Tanıdığım çoğu insanın dürüst ve güvenilir olduğunu düşünüyorum (+)
Vicdanlılık (conscientiousness)	İhtiyatlılığım ve sağduyumla tanınırım (+) Ciddi bir şekilde oy kullanmak gibi toplum görevlerini üstlenmem (-) Kendimi bilgili tutar ve genellikle zeki tartışmalar yaparım (+) Sıklıkla durumlara hazırlanmaksızın atılırım(-)

Kaynak: Costa & McCrae, 1992.
Not: + işaretli bir madde ile aynı fikirdeyseniz o faktördeki puanınız artar, - işaretli maddeyle aynı fikirdeyseniz azalır.

tikçe akla yatkın bir hal almaktadırlar. Benzer olarak, beş faktörden alınan puanlarda cinsiyet farklılıkları olduğu için, bu model, kişilik bozukluklarının yaygınlığındaki cinsiyet farklılıklarıyla ilgili hale gelmektedir. Örneğin, kadınların puanları nörotisizm, uzlaşılabilirlik ve dışadönüklükte erkeklerinkinden daha yüksektir (Costa & McCrae, 1988). Bu yüzden kadınların histriyonik kişilik bozukluğu (dışadönüklük ve nörotisizmde yüksek puanlar), bağımlı kişilik bozukluğu (uzlaşılabilirlik ve nörotisizmde yüksek puanlar) ve sınır kişilik bozukluğu (nörotisizmde yüksek puan) olma olasılığının da erkeklerden yüksek olması beklenir. Buna karşın, antisosyal kişilik bozukluğu (uzlaşılabilirlikte düşük puan) erkeklerde daha sık olmalıdır. Veriler bu beklentileri doğrulamaktadır.

mak ve onların peşine düşmek için güvenli bir üs olarak kullandığıdır. Bu yetişkinden ayrı kalmak öfkeye ve huzursuzluğa yol açar. Gelişim süreci içerisinde çocuk güvenlik için bu bağlanma figürüne giderek daha az bağımlı hale gelir. Bağımlı kişiliklerde görülen normal dışı bağlanma davranışlarının, ölüm, ihmal, reddetme veya aşırı koruyuculuk nedeniyle erken ebeveyn-çocuk ilişkisinde meydana gelen bir bozukluktan dolayı olağan gelişimsel süreçte ortaya çıkan bir hatayı yansıtması olasıdır. Bağımlı kişilik bozukluğu olan kişiler, bedeli ne olursa olsun diğer insanlarla ilişkilerini sürdürmek için, aslen ana-babalarıyla olan ilişkilerini sürdürmek için geliştirdikleri sayısız taktikle uğraşırlar. Örneğin daima onların öne sürdükleri fikirlere katılmak gibi (Stone, 1993).

6. Bölümde tartışılan korkular ve fobilerde olduğu gibi, çekingen kişilik bozukluğu da çocuğun, çoğumuzun zararsız bulduğu insanlar veya ortamlardan korkmayı öğrendiği bir çevrenin etkisini yansıtıyor olabilir. Örneğin, çocuğun ailesinden biri aynı korkulara sahip olabilir ve ona model olarak bu durumu aktarabilir.

Obsesif kompulsif kişilik treytleri, Freud tarafından, psikoseksüel gelişimin anal dönemine saplanma nedeniyle ortaya çıktığı ileri sürülmüştür. Daha çağdaş psikodinamik kuramlar kontrolü kaybetme korkusunu vurgulamaktadırlar. Bu korku aşırı telafi ile elde edilmeye çalışıl-

maktadır. Örneğin, kompulsif işkolik bir adam, eğer kendisinin gevşemesine izin verir ve eğlenirse hayatının parçalara ayrılacağından korkuyor olabilir.[3]

KİŞİLİK BOZUKLUKLARINDA KULLANILAN TERAPİLER

Kişilik bozukluklarının tedavisi konusunda araştırmaya dayalı çok fazla bilgi yoktur. Buna karşılık bu bozuklukların pek çoğunun terapisiyle ilgili, canlı ve hızla gelişen bir klinik vaka literatürü vardır. Burada çerçevesi çizilen görüşlerin pek çok kısmı uygun kontrolleri içeren çalışmalara değil, az sayıda ruh sağlığı profesyonelinin klinik deneyimlerine dayandırılmasına rağmen, bu terapötik uygulamaların neredeyse hemen hepsi kişilik bozukluklarının tedavisinde kullanılmaktadır. Burada akılda tutulması önemli olan bir nokta, bu tip hastalarla çalışan bir terapistin çok tipik olarak aynı zamanda bir Eksen 1 bozukluğuyla da ilgilenmekte olduğudur. Çünkü kişilik bozukluğu olan hastaların çoğu, tedaviye bir kişilik bozukluğu için değil, bir Eksen 1 bozukluğu için başvururlar. Örneğin, antisosyal kişiliği olan bir kişi büyük olasılıkla madde kötüye kullanımı sorununa sahiptir; çekingen kişilik bozukluğu olan bir kişi sosyal fobi için tedavi isteyebilir; ve bir obsesif kompulsif kişilik depresyon için görüşmeye gelebilir.

Psikoaktif ilaçlar pek çok kişilik bozukluğunun tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır. Buradaki seçim, kişilik bozukluğunun Eksen 1 sorununa benzeyen yönleri tarafından belirlenir. Örneğin, çekingen kişilik bozukluğu olan hastaya sosyal kaygısını ve fobilerini azaltması ümidiyle minör sakinleştiriciler verilebilir, mesela benzodiazepinlerden Xanax gibi. Bir II. Eksen bozukluğunda depresyon ortaya çıktığı zaman ise, fluoksetin (Prozac) gibi bir antidepresan ilaç tedavisi yardımcı olabilir.

Psikodinamik terapistler bir kişilik bozukluğunun altında yattığı düşünülen çocukluk sorunlarını düzeltmeyi amaçlarlar. Örneğin, kompulsif bir kişiliğe, çocuğun mükemmel olarak anne babasının sevgisini kazanmaya çalıştığı gerçeğinin yetişkinliğe taşınmasına gerek olmadığı, onun başkalarının onayını kazanmak için mükemmel olması gerekmediği, sevgisi ve ilgisi istenen kişi tarafından terk edilmeden de risk almanın ve hata yapmanın mümkün olduğu konusunda rehberlik edebilirler.

Davranış ve biliş terapistleri yakın bir zamana kadar, dikkatlerini treytler yerine durumlar üzerinde tutarak, DSM'ye göre konan kişilik bozukluğunun tedavisi için çok az şey söylüyorlardı (Howes & Vallis, 1996). Bu tip terapistler, bir kişilik bozukluğunu yansıtan bir araya getirilmiş kişisel sorunları analiz ederler. Örneğin, paranoid ya da çekingen kişilik tanısı almış bir kişi eleştirilmeye karşı aşırı duyarlıdır. Bu duyarlılık sistematik duyarsızlaştırma veya akılcı-duygusal terapiyle tedavi edilebilir (2. Bölüm). Paranoid kişilerin diğer insanlarla aynı fikirde olmadıkları zamanki tartışmacı ve düşmanca tavırları, diğerlerini uzaklaştırır ve onları da karşı atağa geçmeye kışkırtır. Davranışçı terapist paranoid kişilere, diğer insanların fikirlerine karşı çıkmanın daha uyumlu bir yolunu öğretir. Çekingen kişiliklere diğer insanların yanında daha atılgan olmaları için bir destek grubu içerisinde sosyal beceri eğitimi verilebilir. Bir yaklaşım olarak, belki de akılcı-duygusal terapi de eklenerek, biriyle iletişim kurma için gösterdikleri çabalar başarısız olduğu zaman, ki bu durumu defalarca yaşamaktadırlar, bununla başa çıkmalarına yardım edilebilir (Millon, 1996; Turkat & Maisto, 1985).

Kişilik bozukluklarının bilişsel terapisine bakıldığında, Beck ve arkadaşlarının (1990) depresyonun tedavisinde ümit vaat edici bulunan analiz çeşidine benzer bir analiz çeşidini uyguladıkları görülür (10. Bölüm ve 18. Bölüm). Her bozukluk, mantıksal hata ve işlevsel olmayan şema terimleriyle tanımlanır. Örneğin, obsesif kompulsif kişiliğin bilişsel tedavisi ilk olarak hastanın bilişsel modelin özünü, yani duyguların ve davranışların birincil olarak düşüncelerin bir işlevi olduğu esasını kabul etmeye iknâ edilmesini gerektirir. Daha sonra mantık hataları araştırılır, örneğin, hasta belli bir olayda hata yaptığı için hiçbir şeyi doğru yapamadığı sonucuna vardığı zaman olduğu gibi (bu bir aşırı genelleme örneğidir). Ayrıca terapist kişinin düşünce ve duygularının altında yatabilecek fonksiyonel olmayan önerme ya da şemaları da arar; örneğin, her kararın doğru olması kritik bir öneme sahiptir inancı gibi (Ellis'in yöntemlerini eklemek bu adımda da yapılabilir). Klinik ayrıntıların gözden geçirilmesi, Beck'in kişilik bozuklukla-

[3] *DSM-III-R iki ek kişilik bozukluğu tanı kriteri daha önermişti. Bunlar formal tanılar değillerdi ancak "üzerinde biraz daha çalışılması gereken kategorilerdi". Bunlar içinde en karşı çıkılanı "kendini yenilgiye uğratan" kişilik bozukluğuydu. Önerilen diğer kişilik bozukluğu ise "sadistik" kişilik bozukluğuydu. Bu iki tanı DSM-IV'de tamamen çıkarıldı. Daha önce resmi bir tanı olan "pasif agresif kişilik" bozukluğu ise DSM-IV'de üzerinde biraz daha çalışılması gereken bir kategori durumuna indirgendi.*

rına yaklaşımının çeşitli davranışçı ve bilişsel-davranışçı tekniklerin bir bileşimini sergilediğini göstermiştir. Her şey hastanın sergilediği belli, uzun süreli ve yayılgan güçlükleri tespit etmek için düzenlenmiştir. Beck'in sınır kişilik bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğuna yaklaşımı devam eden bölümde tanımlanmaktadır.

SINIR KİŞİLİĞİN TERAPİSİ

Müdahale şekli ne olursa olsun, kesin olan bir şey vardır: çok az hasta tedaviye bir sınır kişilikten daha fazla karşı koyar, Sınır kişiliklerin diğer insanlarla olan sorunları danışma odasında yeniden tekrarlanır. Sınır hasta için güven olağanüstü zor yaratılır ve sürdürülür, bu da terapötik ilişki için bir zorluktur. Hasta, sürekli değişen şekilde terapisti bir idealleştirir bir kötüler. Bir an özel bir dikkat ve saygı talep eder sanki terapi oturumları zamanı boşa harcamakmış gibi- ve bir sonraki randevuya gelmeyi reddeder. Başka bir zaman anlaşılmak ve destek için yalvarır, fakat bazı konuların sınırlarının kapalı olduğunda ısrar eder. İntihar her zaman ciddi bir risktir, fakat terapist için gece saat 02:00'da gelen çılgın bir telefonun bir yardım çağrısı mı yoksa o an terapist için ne kadar özel bir hasta olduğunu ve hastasının ihtiyaçlarını karşılamak için ne kadar ileri gideceğini görmek için tasarlanmış bir oyun mu olduğuna karar vermek genellikle güçtür. Bu bölümün başında sunulan vakada olduğu gibi, yatısız hastanın davranışları giderek kontrol edilememeye başladıysa ya da intihar tehdidi sadece bir akıl hastanesinin kontrollü düzeninde mümkün olan daha geniş bir gözetim olmaksızın kontrol edilemiyorsa, hastaneye yatırmak genellikle gereklidir. Görüldüğü üzere bu hastalar çok stres yaratıcı oldukları için, terapistin başka bir terapistten düzenli görüşmeler alması sık başvurulan bir uygulamadır. Bazen destek ve tavsiye için, bazen sınır hastalara yardım etmenin getirdiği olağanüstü zorluklarla başa çıkmaya çalışırken oluşan kendi duygularını ele almak için profesyonel bir yardım gerekli olabilmektedir (Psikanalitik terminolojide terapistin yaşadığı bu duygular karşı-aktarım olarak adlandırılmaktadır). Sınır hastaların terapisi için kendi bilişsel-davranışçı yaklaşımında (ilerde tartışılacak) Linehan, bu çeşit düzenli danışmaları tedavinin bir parçası haline getirmiştir.

Sınır kişilik bozukluğunun ilaçla tedavisinde çok sayıda ilaç denenmiştir, bunlar içinde en kayda değer olanları antidepresanlar ve antipsikotik ilaç tedavileridir. Antidepresan ilaçlar çok az tavsiye edilmektedir, ancak antipsikotikler sınır hastanın kaygı, intihar eğilimi ve psikotik belirtileri üzerinde orta düzeyde etkilere sahiptir (Gitlin, 1993). Bu hastalar sıklıkla ilaçları kötüye kullandıkları ve intihar riski taşıdıkları için, ilaç tedavisi sürdürülürken aşırı dikkatli olunmalıdır (Waldenger & Frank, 1989).

NESNE İLİŞKİLERİ PSİKOTERAPİSİ

İki öncü ve birbirlerine karşı olan nesne ilişkileri kuramcısı, Heinz Kohut ve Otto Kernberg sınır hastalar için bir terapatik strateji geliştirdiler. Heinz Kohut'un narsisizm görüşüne daha önce değinilmişti. Otto Kernberg'in sınır kişilik hastaları hakkında çok sayıda yazısı vardır. Daha önce belirtildiği gibi Kernberg (1985), sınır kişiliklerin zayıf bir benliğe sahip oldukları ve sonuç olarak psikanalitik tedavide yapılan çocukluk çatışmalarını deşme işlemine katlanmada olağanüstü güçlük çektikleri temel sayılılarından hareket etmiştir. Bu zayıf benlik ilkel birincil süreç düşüncelerinin istila etmesinden korkmaktadır. Kernberg'in uyarladığı analitik tedavinin ana hedefi, insanları ve olayları eşdeğer düzeyde olumlu ve olumsuz yönlere sahip olarak kabul etmek yerine tamamen iyi veya tamamen kötü olarak bölme ya da iki zıt kutup haline getirmenin kurbanı olmaması için hastanın zayıf benliğini güçlendirmektir. Bölmenin, basit bir şekilde iyi ya da kötü diye sınıflandırılmayan karışık fikirlere (nesne temsilleri) şekil verme becerisinin yokluğu sonucunda oluştuğu kabul edilmektedir. Örneğin, böyle bir hasta terapistini tanrısal bir dahi olarak görebilir, ta ki terapist hastasına terapi ücretini ödemeyi aksattığını söyleyinceye kadar, o zaman o terapisti yerden yere vurur ve öfkeden köpürür. Kullanılan teknikler temelde yoruma dayalıdır, yani terapist hastanın duygu ve davranışlarının bölme gibi savunmalar tarafından düzenlenmesine nasıl izin verdiğini gösterir.

Sınır hastaya gerçeği test etme konusunda da yardımcı olunmalıdır (bu tarz bir müdahalenin, hastanın mantıklı olmayan çocukluk korkuları ile yetişkin gerçekliği arasında ayırım yapmasına yardım etmeyi amaçlayan psikanalitik amaçlardan ne kadar farklı bir şey olduğu açık değildir). Kernberg'in yaklaşımı diğer pek çok analistinkinden daha doğrudandır; savunma davranışlarını değerlendirmenin yanı sıra, bu hastalara daha uyuma yönelik davranmaları için somut öneriler verir ve kendine ya da diğerlerine tehlikeli olmaya başlayan davra-

Nesne ilişkileri terapistlerinin önderlerinden biri olan Otto Kernberg, sınır kişilik bozukluğu çalışmalarında çok etkili olmuştur.

nışlara sahip bir hastayı ise hastaneye yatırır. Kernberg'in, bazı hastaların zayıf benlikleri yüzünden klasik psikanalize uygun olmadıkları fikri, dünyanın en ünlü analitik yönelimli kliniği olan Menninger Kliniği'nde düzenlenen uzun süreli bir araştırmayla tutarlılık göstermektedir (Stone, 1987).

DİYALEKTİK DAVRANIŞ TERAPİSİ

Görüşeni merkez alan empati ile bilişsel davranışçı problem çözme ve sosyal beceri eğitimini birbirleriyle birleştiren bu yaklaşım Marsha Linehan (1987) tarafından önerilmektedir. Onun **diyalektik davranış terapisi (DBT)** diye adlandırdığı terapi, terapistin sınır kişilikleri tüm karşı koyuşları ve dışavurumları ile tamamen kabul etmesi, onların intihara ve diğer işlevsel olmayan davranışlarına yönelik sahici tavırları ile ilgili (çarpıtılmış) inançlarını empatik bir şekilde değerlendirmesi temeline dayanır. Hem bireysel hem de gruplarla yürütülen bilişsel davranışçı bakış açısı, hastalara problemleri çözmeyi öğreterek, yaşamdaki gündelik sorunlarını ele almanın ve duygularını kontrol etmenin daha etkili ve sosyal olarak daha kabul edilebilir yollarını kazandırarak onlara yardım etmeyi içerir. Kişilerarası becerilerinin iyileştirilmesi ve öfke ve kaygılarının kontrol edilmesi üzerinde de çalışılır. Yoğun bir tedavi sürecinin pek çok ayı geride bırakıldıktan sonra, bu kişilerin davranışları üzerinde sınırlar kurulur, bu durum Kernberg'in savunduğu şeyle de tutarlıdır.

Linehan ve arkadaşları sınır kişilik bozukluğuna yönelik bir psikolojik müdahaleyle ilgili ilk seçkisizleştirilmiş, kontrollü çalışmanın sonuçlarını yayınlamışlardır (Linehan ve ark., 1991). Hastalar seçkisiz olarak diyalektik davranış terapisine ya da olağan, yani toplumun ulaşabileceği her hangi bir terapiye atanmışlardır (Seattle, Washington). Tedavinin birinci yılının sonunda ve tekrar altı ve oniki ay sonra iki gruptaki hastalar çeşitli ölçekler üzerinden karşılaştırılmıştır (Linehan, Heard & Armstrong, 1992). Tedaviden kısa bir süre sonraki bulgular DBT'nin aşağıdaki ölçümler üzerinde yüksek düzeyde anlamlı bir üstünlüğe sahip olduğunu ortaya çıkarmıştır: intihar teşebbüsünü de içeren, kasten kendini yaralayıcı davranışlar; tedaviyi yarıda bırakma; hastaneye yatırıldığı günler. İzleme aşamasında da DBT'nin üstünlüğü sürmüştür ve buna ek olarak DBT hastalarının daha iyi meslek öyküleri olduğu görülmüş, daha az öfke bildirmişler ve bütün olarak bakıldığında karşılaştırma grubundaki terapi hastalarından daha iyi bir uyumlarının olduğu yargısına varılmıştır. Bu çalışmanın ve diyalektik davranış terapisi üzerine yazılmış bir kitap ve elkitabının bulunmasının bir sonucu olarak (Linehan, 1993a, 1993b), sınır kişilik bozukluğuna yönelik bu yaklaşıma geniş bir ilgi oluşmuştur (Odak 13.2).

Marsha Linehan Bilişsel Davranışçı Terapi ile Zen ve Rogercı öğretilerin kabul etme tutumlarını birleştiren diyalektik davranış terapisini yaratmıştır.

ODAK 13.2 DİYALEKTİK DAVRANIŞ TERAPİSİNDE KABUL

Marsha Linehan'nın (1987, 1993a, 1993b) diyalektik davranış terapisi çatısı içerisindeki kabul etme düşüncesi incelikli bir şeydir, bu yüzden de irdelenmesi gerekir. Linehan, Zen öğretisinin yolundan giderek, sınır kişilikle çalışan bir terapistin, Batılı zihniyetin uygun olmayan bir duruş olduğunu kabul etmek zorunda olduğunu tartışmaktadır. Böyle bir terapist hastayla sınırlar hakkında net olmalı ve bir yandan kişiyi danışan-merkezli terapistlerin yaptığı gibi kabul ederken aynı zamanda değişim için çalışmalıdır. Bu aynı zamanda gerçek bir olasılık olan değişimin ortaya çıkmayacağı olasılığını da kabul etmek anlamına gelmektedir. Linehan'ın bu konudaki mazereti, sınır kişiliğin reddedilme ve eleştirilmeye çok duyarlı ve aynı zamanda duygusal olarak çok değişken olmasıdır. Öyle ki onu çok nazikçe farklı davranma ya da düşünmeye teşvik etmeniz bile, yüksek düzeyde duygusal uyarılmaya yol açabilir ve önerileriniz ciddi bir azarlama şeklinde yanlış değerlendirilebilir. Başlarda büyük saygı gösterilen terapist artık kötülenir ve hakaretle reddedilir. Bu yüzden terapist bir yandan sınırları gözlemlerken -"eğer kendini öldürürsen çok üzülürüm, bu yüzden kuvvetle umarım ki böyle bir şey yapmazsın"- diğer yandan da sınır hastaya, intiharla tehdit ederken ve terapist de dahil diğer insanların hayatlarını perişan ederken bile hâlâ tamamen kabul edildiğini hissettirmelidir! (Kellerman'ın bu sendromla ilgili katı tanımlamasını hatırlayın)

Terapistin bu bütünüyle kabulü hastanın her yaptığını onaylaması anlamına gelmez, sadece olan şeyle ilgili durumu kabul etmesi anlamına gelir. Aslında, Linehan'ın tartışmalarında, terapist böyle bir hastayı gerçekten olduğu gibi kabul etmek zorundadır; kabul, değişimin hizmetinde ve hastayı farklı davranmaya cesaretlendirecek dolaylı bir yol olmamalıdır. Linehan'ın kabul kavramı bir son için araç değildir. "Kabul değiştirebilir, ancak değişmesi için kabul edersen, o artık kabul olmaz. Kabul sevgi gibi bir şeydir. Sevgi ödül peşinde koşmaz, ama onu özgürce verirsen yüz katıyla sana geri döner. Hayatını kaybeden kişi onu bulur. Kabul eden kişi değişir." (M. M. Linehan, kişisel görüşme, 16 Kasım, 1992). Değişime cesaretlendirmenin bir yolu olarak kabule daha araçsal bir gözle bakışı görmek için Bölüm 19'a bakınız.

Linehan'nın bakışında, tam olarak ve her şeyiyle kabul etmek değişime engel olmaz. O, kabul etmeyi reddetmenin değişimi engelleyeceğini önermektedir. Hastalarıyla konuşurken bunu şu şekilde ortaya koyar:

Eğer mor renkten nefret ediyorsanız, mora boyanmış bir eve taşının, sonra evden kendinizi dışarı atmak yerine onu yeniden boyamak için boya alın. Evin mor boyalı olmasını -renk gerçeğine ya da kendi tercihlerine dayanarak telaşlanmadan ya da çarpıtmadan ya da reddetmeden ya da öfkelenmeden- hemen kabul eden kişi, evi en çabuk şekilde başka bir renge boyatacaktır. (kişisel görüşme, 18 Eylül, 1992).

DİNAMİK-BİLİŞSEL-DAVRANIŞ TERAPİSİ

Turner'in dinamik-bilişsel-davranış terapisi birincil olarak sınır kişiliğin dürtüsellik ve öfke bileşenlerini hedeflemektedir (Turner, 1993, 1994). Turner, terapistin onun değişmesine yardım girişimlerine hastanın nasıl direnç gösterdiğini göz önüne sermek için, bilişsel ve yorumsamacı işlemleri birbirine harmanlamıştır. Terapist hastaya stresle başa çıkmanın, hayatın kaçınılmaz sorunlarını çözmenin ve daha az fırtınalı, daha çok ödüllendirici kişilerarası ilişkiler kurmanın yolunu öğretmeye çalışır. İlk araştırma değerlendirmeleri bu yaklaşımın sınır kişilik bozukluğu olan hastalar üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu doğrulamaktadır.

BİLİŞSEL TERAPİ

Bilişsel yaklaşımlar da sınır kişiliklerle güvenin kurulmasındaki güçlükleri; bu kişilerin tehditler ve diğer taleplerle terapistin güvenilirliğini sınama eğilimlerini; mahremiyete karşı düşük tahammüllerini ve reddedilmeye yönelik şiddetli duyarlılıklarını ve her oturumda, sınırlı sayıdaki tema ve hedefler üzerine odaklanmayı güçleştiren sürekli acil krizlerin var olmasını vurgulamaktadırlar. Beck ve arkadaşları (1990) bizi sınır hastanın *aktarım tepkileri* hakkında uyarmak için nesne ilişkilerinin temel bir ilkesini ödünç almışlardır. Beck'in verdiği bir örnek, ailesiyle ilgili geçmişinden kalan bir tortu olarak, otorite konumundaki insanların dalavereci ve kontrolcü olduklarına inandırılmış bir hastayla ilgilidir. Terapistin belli bazı davranış değişikliği önerileri öfke ve dirençle karşılanmıştır, çünkü bu çaba hastanın çocukluğunda duyarlılaştığı yaşantıları hatırlatmıştır. Terapist bu aktarım tepkilerini, bu önerilerin nedenlerinin neler olduğunu ve neler olmadığını açık bir şekilde ve sabırla göstermeye tekrar tekrar özen göstererek ele alır.

Beck ve arkadaşları sınır kişilik bozukluğunun aşağıdaki üç olumsuz şemadan bir ya da

daha fazlasıyla iş gördüğü kuramını ortaya atmışlardır: (1) dünya tehlikeli ve kötülük doludur; (2) onlar kolay incinebilir ve güçsüzdürler; (3) onlar diğerleri tarafından kabul edilemezdirler. Beck'in bilişsel terapisinin çok özgül ve hedef yönelimli doğası, bu terapiyi sınır hastalarda genellikle varolan kargaşa içindeki, çatışmalı ve karmaşık tabloya uyarlama girişimine meydan okumaktadır. Bu terapistler için rehber olabilecek genel bir öneri, diğer hastalarıyla olduklarından daha esnek olmaları, teknikleri bu hastaların kendilerine özgü özelliklerine uyarlamalarıdır. Örneğin, olumsuz düşünceler hakkında bilgi toplanırken (s. 233) terapistin bilişsel terapiyle ilgili klinik ve araştırma literatüründe sıklıkla rastlanan standart düşünce listeleme işlemini kullanması yerine, bunun nasıl yapılacağıyla ilgili hastadan öneriler istemesi tavsiye edilmektedir. Belirli bir yapı getirerek depresif hastaya güven duygusu verebilen yönergeci ve kesinlikçi tavır, terapisti reddedici ve eleştirici olarak görme eğiliminde olan bir sınır hastayı tehdit edebilir ve öfke uyandırabilir.

Daha önce anılan bölme ya da iki değerli düşünme, bilişsel terapist için tanıdık bir terapötik hedeftir. Burada genel strateji sınır hastaya yumuşak bir şekilde, kendisinin, aslında iki değerli bir tarzda düşündüğünü göstermektir. Daha sonra hastayı dünyaya siyah ve beyaz yerine grinin tonlarıyla bakmayı denemenin hayatındaki en ilginç deneyim olacağı konusunda iknâ etmektir. Düşünme daha az iki değerli olmaya başladığında, sınır kişiliğin tipik olan hızlı ve aşırı duygusal salınımı da düzene girmeye başlar. Bilişsel değişikliğin tam olarak nasıl etki ettiğini açıklamak fazlasıyla çetrefilli, zor ve bu kitabın konu alanının ötesindedir; burada bu gibi bilişsel değişikliklerin kolay ya da çabuk olmadığını söyleyerek yetineceğiz. Çoğu depresif hasta yirmi oturumdan daha kısa sürede bilişsel terapiden fayda görmesine rağmen, sınır kişilikler iki yıl süren haftalık oturumlara ihtiyaç duyabilir.

BOZUKLUKTAN TARZA: HEDEFLER ÜZERİNE BİR YORUM

Kişilik bozukluğu olarak tanımlanan treytler büyük olasılıkla tam olarak değişme için çok fazla kökleşmiş yapılardır. Bunun yerine kuramsal yönelimi ne olursa olsun terapist, bir bozukluğun bir tarza, bir problemin genel ve uyumsal ama tekdüze bir yaşam şekline dönüşmesini daha gerçekçi bulacaktır (Millon, 1996).

Her şey yolunda giderse, çekingen kişilik bozukluğu çekingen kişilik tarzına dönüşür: sakınıcı, temkinli, başkalarının ne düşündüğüne duyarlı, bildik rutinlerle rahat eden; aileye ve birkaç arkadaşa yakın olan ama sokulgan olmayan. Bağımlı kişilik bozukluğu bağımlı kişilik tarzına dönüşür: kibar, hoş ve düşünceli; otoriteye ve başkalarının fikirlerine saygılı, arkadaşlarına ve romantik eşlerine güçlü bir şekilde bağlı, tek başına olmaktan hoşlanmayan ve alt pozisyonlarda rol aldığı bir takım çalışmasını tercih eden. Obsesif kişilik bozukluğu obsesif kişilik tarzına dönüşür: tutumlu, dikkatli, düzenli, ahlâk ilkelerine bağlı, İşini doğru yapmaktan gurur duyan ve karar vermeden önce bütün alternatifleri tartmaya özen gösteren (*Harvard Mental Health Latter*, 1996c, s. 3).

PSİKOPATİYE YÖNELİK TERAPİ

Psikopatinin tedavisi ile ilgili olarak, farklı kuramsal yönelimlere sahip terapistler arasında olağanüstü- ve talihsiz- bir görüşbirliği vardır: psikopatinin tedavisi imkânsızdır (Cleckley, 1976; McCord & McCord, 1964; Palmer, 1984).

Cleckley'in klasik belirti tablosuna sahip olan kişiler, psikoterapinin hiçbir şeklinden fayda sağlayamayacak doğada oldukları için, bu durum onlar için geçerli olabilir. Aslında psikopatların terapi istemeleri pek olası değildir! Bu kişilerin terapi için uygun olmamalarının birincil nedeni, bu kişilerin bir terapistle herhangi bir şekilde güvenli ve dürüst bir ilişki kurma becerilerinin ve motivasyonlarının olmamasıdır. Neredeyse farkında olmadan yalan söyleyen, başkalarının duygularını umursamayan ve hatta kendininkileri onlarınkinden de az anlayan, yaptığı şeyin ahlâki olarak yanlış olduğunun farkında değilmiş gibi görünen, toplumun kanun ve kuralların uymaya yönelik hiç motivasyonu olmayan, sadece şu anda yaşayan, gelecekle hiç ilgilenmeyen ve de bunların hepsinin bir arada bulunduğu kişiler terapi olmak için en kötü adaylardır. Psikopatlarla çalışma deneyimi olan bir klinisyen, bu hastalarla çalışan klinisyenlere üç genel ilke önermektedir:

İlk olarak, terapist bu hastanın bir parçası olan manipülasyona karşı sürekli tetikte olmalıdır. İkinci olarak, aksi kanıtlanana kadar hasta tarafından verilen bilgilerin çarpıtmalar ve uydurmalar içerdiğini varsaymalıdır. Üçüncü olarak, bir psikopatla kurulan terapötik ilişkide çalışan bir beraberliğin, şayet olursa, çok geç gelişeceğinin farkında olması gerekir. (Lion, 1978, s.. 286)

Psikopatlarla savunulabilir ilişkiler kurmak için pek çok cesur girişim denenmiştir, fakat gerek basılı literatür gerekse ruh sağlığı uzmanları arasındaki resmi olmayan konuşmalar,

Terapi zaman zaman hapishane sakinleri için de bir yol olarak gösterilmesine rağmen sonuçları çok cesaretlendirici değildir.

gerçek psikopatlara psikolojik çaba sarf ederek ulaşılamayacağı çıkarımını desteklemektedir. Buna benzer olumsuz çıkarımlar somatik yöntemlerden de gelmektedir -elektrokonvulsif şok; Dilantin, uyarıcılar (stimülanlar) ve yatıştırıcılar (sedatifler) gibi ilaçlar; ameliyatlar. Bununla birlikte yüksek doz kaygı düşürücü ilaçların psikopatlardaki düşmanca davranışları azalttığı yönünde bazı kanıtlar vardır (Kellner, 1982), ve yine çocuklardaki gibi dikkat eksikliği bozukluğu (bkz. 15. Bölüm) olan psikopatların hiperaktif gençler üzerinde olumlu etkileri olan Ritalin ilacından fayda gördüklerine yönelik bazı deneysel kanıtlar bulunmaktadır (Stringer & Josef, 1983).

Beck ve arkadaşları (1990) psikopatiyi belli bazı düşünce ve önerme şekilleriyle kavramsallaştırmayı önermişlerdir.

> O anki kişisel tatminlerini vurgulayan ve gelecekteki sonuçları küçümseyen, kendine hizmet eden inançlara [sahiptirler]. Her zaman haklı olduklarına dair altta yatan bu inanç, kendi eylemlerini sorgulamalarını imkânsız hale getirmektedir. ...[başkalarından alınan rehberlik ya da danışmanlığın] potansiyel yardım edici niteliğini değerlendirmek yerine, başkalarından gelen girdileri kendi amaçlarıyla alakasız bularak dışarıda bırakmaktadırlar. ...Antisosyal hastaların gelecekteki sonuçlarla ilgilenmemesi, bir ucunda obsesif kompulsif hastaların gelecekteki mükemmeliyetçi hedeflerle aşırı uğraşmalarının bulunduğu bir boyut üzerinde karşı uca yerleştirilebilir. (s. 154)

Bu duruma özgü inançların; haklı neden uydurma (istenen bir şeye ulaşmak için yapılan davranışlara haklı gerekçeler bulma), kişisel yanılmazlık (her zaman en iyi seçimleri yaptığına inanma), diğerlerinden daha üstün olma (diğerlerinin düşündüklerine önem vermeme) ve sonuçların etkisinin düşük olması (olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilir, ancak bunların hiçbir önemi olmayacaktır) şeklindeki inançları içerdiği söylenmektedir. Bilişsel terapinin genel hedefi bu inançlarla mücadele etmek ve hastanın fikir ve davranışlarını, insanların kurallara saygılı ve birbirine duyarlı olduğu, kişinin sosyal kontrollere karşı davranışlarından sorumlu olduğu, kanunlu bir toplumun sınırları içine taşımaya çalışmaktır. Bu konudaki çabalar, hastaya davranışlarını daha az dürtüsel ve daha çok empatik ve genel olarak toplumun standartlarına daha uyumlu olacak yönde değiştirdiği takdirde hedeflerine daha çabuk ulaşabileceğini gösterecek tarzda olmalıdır. Psikopatik hasta için diğerlerinin duygularını dikkate almak, onların duygularını göz ardı etmeyi sürdürmekten daha avantajlı olabilir. Bilişsel-davranışçı kavramsallaştırmanın, boşuna uğraştığımız diğer müdahalelerden daha yararlı müdahaleler üretip üretemeyeceğini ise zamanla göreceğiz.

Pek çok psikopat bir suça karışmaktan dolayı hapishanede zaman geçirdiği için, psikopatik davranışların düzeltilememesinin en azından bir bölümünde, rehabilitasyon amacıyla hapsetmenin başarısız sonuçlarının izleri görülmektedir. Kriminologların da tekrar tekrar söyledikleri gibi, hapishane sistemimiz, suçluların ve psikopatların rehabilite olabilecekleri bir yer olmaktan çok bir suç okulu gibi işlemektedir.

Psikopatların orta yaş ve sonrasında durulduğu, hapishane kayıtlarında sık rastlanan ve ilgi çekici bir bilgidir (Craft, 1969). Ya biyolojik

değişiklikler, ya kendilerine zarar veren doğalarına yönelik sonradan kazandıkları içgörü ya da daha basit bir şekilde, kurallara uymadan yaşamaktan yorgun düşme ve böyle devam edememe sonucunda pek çok psikopat kırk yaşına yaklaştıkça giderek daha az yıkıcı olmaya başlar. Bu nedenle hapishane, bu mahkûmların hastalığa ait taşkınlıkların azaldığı kanıtlanmış olan yaş dönemine girdiklerinde salınmalarının daha makul olacağını dikkate alarak, toplumu aktif dönemdeki psikopatların antisosyal davranışlarından korur.

ÖZET

DSM-IV'de II. Eksen'de kodlanan kişilik bozuklukları, sosyal ya da mesleki işlevleri bozan süreğenleşmiş davranış örüntüleri ve içsel yaşantılar olarak tanımlanmaktadır. Bunlar sıklıkla depresyon ve kaygı bozuklukları gibi I. Eksen bozuklukları ile birlikte tanılandırılırlar. Bu tanılar son yıllarda güvenilir hale gelmesine rağmen, önemli derecede birbirleriyle binişirler ve bir kişinin birden çok tanı ölçütünü karşılaması olağandır. Bu yüksek birlikte görülme, bu bozuklukların sınıflandırılması için kategorik bir araç yerine boyutsal bir aracın geliştirilmesine yönelik tekliflere neden olmuştur.

Kişilik bozukları DSM-IV'de üç küme olarak gruplandırılmıştır. Birinci kümedeki özgül bozukluklar, yani tuhaf / egzantrik küme, şunları içerir; paranoid, şizotipal ve şizoid. Bu bozukluklar sıklıkla şizofreninin daha az şiddetli türevleri olarak görülür ve bunların belirtileri şizofrenin hastalık öncesi ya da rezidüel fazlarına benzer. Davranış genetiği araştırmaları da bunu desteklemektedir, özellikle şizotipal kişilik bozukluğu için.

Dramatik / değişken küme; sınır, histriyonik, narsistik ve antisosyal kişilik bozukluklarını içerir. Sınır kişilik bozukluğunun ana belirtisi kararlı bir konumda kalamama, duygu ve davranışlarda yüksek değişkenlik; histriyonik kişilik bozukluğunun, abartılmış duygusal gösteriler; narsistik kişilik bozukluğunun, çok fazla şişirilmiş kendilik değeri ve antisosyal kişilik bozukluğunun, antisosyal davranışıdır. Bu tanıların ilk üçünün etiyolojisiyle ilgili kuramlar erken ebeveyn-çocuk ilişkilerine odaklanmaktadır. Örneğin, Kohut ve Kernberg gibi, nesne ilişkileri kuramcılarının sınır ve narsistik kişilik bozukluklarıyla ilgili ayrıntılı önerileri vardır.

Bu kümede antisosyal kişilik bozukluğu veya psikopati hakkında diğerlerinden daha fazla bilgi vardır. Bu iki tanı birbiriyle büyük oranda örtüşmelerine rağmen kesinlikle birbirinin eşdeğeri değildirler. Antisosyal kişilik antisosyal davranış üzerine odaklanırken, psikopati, Cleckley'in yazılarının etkisiyle, duygusal eksiklikleri ön plana çıkarır, örneğin korku, pişmanlık veya utancın olmaması gibi. Psikopatların, deneyimlerinden bir şey öğrenemedikleri, sorumluluk duygularının olmadığı, diğer insanlarla gerçek duygusal ilişkiler kuramadıkları düşünülmektedir. Bu kişilerin aileleri ile yapılan araştırmalar, psikopatların daha çok kendisi de antisosyal olan babalara sahip olduklarına ve çocukluk dönemlerinde disiplinin ya hiç olmadığı ya da tutarsız olduğuna işaret etmektedirler. Kalıtsal çalışmalar, özellikle evlat verilenler üzerindekiler, kalıtımsal olarak psikopatiye bir yatkınlık olduğunu önermektedirler. Belki de psikopatlardaki temel sorun, cezalandırmanın antisosyal davranışlar da bulunmayı durdurmamasıdır. Birbiriyle örtüşen önemli miktarda kanıt şunu göstermektedir: (1) psikopatlar şoktan kaçınmayı yavaş öğrenirler ve çok küçük ürkme tepkileri gösterirler; (2) deri iletkenliği tepkileri göz önünde bulundurulduğunda, psikopatlar çok az kaygı sergilerler, ancak hızlanan kalp atımlarının işaret ettiği gibi, psikopatlar itici uyaranlara normal kişilerden daha fazla uyum gösterebilirler; (3) psikopatlar tepkilerini değiştirmekte zorluk çekerler, hatta davranışları onları arzu ettikleri sonuçlara götürmese bile.

Kaygılı / korkulu küme; çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif kişilik bozukluklarını içerir. Çekingen kişilik bozukluğunun ana belirtisi reddedilmekten veya eleştirilmekten korkmak; bağımlı kişilik bozukluğunun ki düşük kendine güven ve diğer insanlara aşırı bel bağlamak ve obsesif kompulsif kişilik bozukluğunun ki mükemmeliyetçi ve ayrıntı yönelimli bir tarzdır. Etiyolojiyle ilgili kuramlar erken deneyimlere odaklanmışlardır. Çekingen kişilik bozukluğu modelleme yoluyla korkunun ebeveynden çocuğa aktarımının bir sonucu olabilir. Bağımlı kişiliğe, yetişkin olduğunda kişinin diğer ilişkilerini de kaybetmekten korkmasına yol açan, ebeveyn-çocuk ilişkisindeki kopmalar (örneğin, ayrılık ya da kayıp) neden olabilir.

Bir takım nedenlerden ötürü çeşitli kişilik bozukluklarının etkili terapisi hakkında bildiklerimiz çok azdır. Tanılar arasında yüksek düzeydeki birlikte görülme terapi raporlarını değerlendirmemizi zorlaştırmaktadır. Bununla birlikte, sınır kişilik bozukluğunda diyalektik davranış terapisinin yararlılığı ile

ilgili bazı gelecek vaat eden kanıtlar ortaya çıkmaktadır. Bu yaklaşım düşünce, duygu ve davranışta belirli değişiklikler yapmak için görüşen-merkezli kabul ile bilişsel-davranışçı odaklanmayı bir araya getirmektedir. Psikopatinin psikoterapisinde çok nadiren başarı sağlanmaktadır. Umursamaz ve manipülatif bir yaşam şekliyle ilgili sapkınlık ve göz göre göre söz dinlemezliğe ek olarak, anti- sosyal kişilik terapiye hiç gönlü olmayan bir doğaya sahiptir. Alışkanlık halinde yalan söyleyen ve kendinin veya diğerlerinin duygularına karşı içgörüsü olmayan -ve duyguları anlamaya çalışmak için hiç istek duymayan- bu insanlar doğal olarak bir terapistle güvene dayanan ve üstü açık işleyen bir ilişki kurmayacaklardır.

ANAHTAR SÖZCÜKLER

kişilik bozuklukları
paranoid kişilik
şizoid kişilik
şizotipal kişilik
sınır (borderline) kişilik
histriyonik kişilik
narsistik kişilik
antisosyal kişilik
psikopati
çekingen kişilik
bağımlı kişilik
obsesif kompulsif kişilik
diyalektik davranış terapisi

Henri Matisse, "Konuşma ", 1909

14

CİNSEL BOZUKLUKLAR VE CİNSEL KİMLİK BOZUKLUKLA

Çeviri: Doç. Dr. Ceylan Daş

CİNSEL KİMLİK BOZUKLUKLARI
- Cinsel Kimlik Bozukluğu
- Çocukluk Dönemindeki Cinsel Kimlik Bozukluğu Cinsel Kimlik Bozukluklarının Terapisi

PARAFİLİLER (CİNSEL SAPKINLIKLAR)
- Fetişizm
- Transvestik Fetişizm
- Pedofili ve Yasaksevi (Ensest)
- Gözetlemecilik
- Teşhircilik
- Cinsel Sadizm ve Cinsel Mazoşizm
- Parafililerin Nedenleri
- Parafililerin Terapisi

TECAVÜZ
- Suç
- Mağdur, Saldırı ve Kötü Sonuçlar
- Tecavüz Eden Kişi
- Tecavüz Edenlerin ve Tecavüze Uğrayanların Terapisi

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI
- Cinsel İşlev Bozuklukları ve İnsanlardaki Cinsel Tepki Döngüsü
- Cinsel İşlev Bozukluklarının Tanımlanması ve Nedenleri
- Cinsel İşlev Bozuklukları ile İlgili Genel Kuramlar
- Cinsel İşlev Bozukluklarının Terapisi

AIDS: DAVRANIŞ BİLİMLERİNE MEYDAN OKUMA
- Problemin Boyutu
- Hastalığın Tanımlanması
- Hastalığın Yayılması
- HIV ve AIDS'in İlaçla Tedavisi
- Hastalığın Önlenmesi
- HIV Pozitif ve AIDS'li Hastaların Terapisi

ÖZET

William V. 21 yaşında, yalnız yaşayan bir bilgisayar programcısıdır. Köy ortamında, güçlü dini inançları olan tutucu bir aile tarafından yetiştirilmiştir. Kendinden küçük 2 erkek kardeşi ve bir ablası vardır. William 15 yaşında mastürbasyon yapmaya başlamış ve ilk olarak ablasını bir açık hava tuvaletinde idrarını yaparken seyrederek mastürbasyon yapmış. Bundan suçluluk duymasına rağmen, gözetlemecilikle ilgili fanteziler kurarak haftada 2-3 kez mastürbasyon yapmaya devam etmiş.

Bir yaz gecesi 23.30'da bir merdivene tırmanmış ve komşu evlerden birinin yatak odasını gözetlerken yakalanmış. Bu olaydan hemen önce bir barda üstsüz bir dansözü seyrederek oldukça fazla içmiş. Bardan ayrıldıktan sonra kendini yalnız ve çökkün hisseden William yakındaki bir köye doğru yavaş yavaş araba kullanırken, evlerden birinin üst katında ışık yandığını görmüş. Çok fazla düşünmeden, hemen arabasını park etmiş, evin yakınında bulduğu bir merdiveni eve dayamış ve odayı gözetlemek için tırmanmış. Bu sırada çıkan seslerden şüphelenen ev sahipleri polisi aramış ve William böylece yakalanmış. Bu onun ilk yakalanışı olmuş ama daha önce de 2 defa gözetlemecilik yapmış.

(Terapide) William yalnız ve güvensiz bir yaşamı olduğunu belirtmişti. Yakalanmasından 6 ay önce uzun süredir devam etmekte olan ilişkisi sonlanmıştı. Utangaç ve çekingen bir kişi olarak, bu ayrılıktan sonra sosyal ilişkilerden uzaklaşmış ve daha fazla alkol almaya başlamıştı. William'ın kendine olan güveni azaldıkça, zaten var olan gözetlemecilikle ilgili fantezileri daha da artmıştı. Bu tür davranışlarının hem mantıksız hem de kendine zarar verici olduğunu fark etmesine rağmen polis tarafından yakalanışı onun üzerinde tam bir şok etkisi yapmıştı. (Rosen & Rosen, 1981; s. 452-453. McGraw-Hill Kitap Şirketinin izniyle yeniden basılmıştır)

Cinsellik kişinin yaşamındaki en özel -ve genellikle de mahrem- alanlardan biridir. Her birimizin zaman zaman bizi şaşırtan hatta şok eden cinsel tercih ve fantezilerimiz vardır. Ama bu fantezi ve istekler, William'ın gözetlemeciliğinde olduğu gibi, bizi ya da başkalarını istenmeyen veya zarar verici bir şekilde etkilemeye başlarlarsa, bunlar anormal olarak değerlendirilirler. Bu bölümde genel olarak anormal ya da işlevsel bozukluk olarak kabul edilen ve DSM-IV'de **cinsel bozukluklar** ve **cinsel kimlik bozuklukları** kapsamında yer alan tüm cinsel düşünce, duygu ve davranışlar ele alınacaktır (Tablo 14.1)

Bizim bu bozukluklarla ilgili çalışmamız 4 temel bölümden oluşmaktadır. İlk olarak cinsel kimlik bozuklukları ile ilgili kuram ve araştırmaları inceleyeceğiz. Daha sonra cinsel sapmalardan ve eşcinsellikle ilgili bazı önemli tartışmalardan söz edeceğiz. Her ne kadar eşcinsellik artık DSM'de bir bozukluk olarak yer almasa da, eşcinsellikle ilgili birbirine zıt görüşlerin tarihçesi üzerinde duracağız. Bu bölümde aynı zamanda, DSM-IV'te ayrı olarak ele alınmasa da, bir anormal psikoloji ders kitabında yer alması gerektiğini düşündüğümüz tecavüz konusu da kapsanacaktır. Üçüncü temel bölümde, psikolojik açıdan sağlıklı pek çok kişinin yaşadığı normal cinsel işlevlerdeki bozukluklar yer alacaktır. Bu bölümün son kısmında ise belirli davranış örüntüleri özellikle de cinsel davranış örüntüleri ile bağlantılı olan AIDS konusu ele alınacaktır.

CİNSEL KİMLİK (GENDER IDENTITY) BOZUKLUKLARI

Kız mısınız, erkek misiniz? Bu soruya hemen hemen herkes -hatta şizofreni gibi ağır bir akıl hastalığı olanlar bile- hiç düşünmeden ve net bir şekilde cevap verebilirler. Soruyu soranlar da bu cevabı hiç kuşku duymadan kabul ederler. Kendimizi bir kadın ya da erkek olarak hissetmek, yani **cinsel kimliğimiz** (gender identity), çok erken çocukluk yaşantıları sırasında o kadar kökleşir ki, farklı dönemlerde stres yaşansa bile, pek çok kişi kendi cinsel kimliği konusunda herhangi bir kuşku yaşamaz (Not: Cinsel

TABLO 14.1 Cinsel Bozukluklar ve Cinsel Kimlik Bozuklukları

A. Cinsel Kimlik Bozuklukları
B. Parafililer (Cinsel Sapkınlıklar)
   1. Fetişizm
   2. Transvestik fetişizm
   3. Pedofili (Çocuğa yönelik sapkınlıklar)
   4. Teşhircilik
   5. Gözetlemecilik
   6. Cinsel mazoşizm
   7. Cinsel sadizm
   8. Sürtünmecilik
   9. Başka türlü adlandırılamayan sapkınlıklar (örneğin koprofili (dışkı), nekrofili (cesetler) gibi)
C. Cinsel İşlev Bozuklukları
   1. Cinsel istek bozuklukları
      a. Azalmış cinsel istek bozukluğu
      b. Cinsel tiksinti bozukluğu
   2. Cinsel uyarılma bozukluklar
      a. Kadında cinsel uyarılma bozukluğu
      b. Erkekte erektil bozukluk (sertleşme bozukluğu)
   4. Orgazm ile ilgili bozukluklar
      a. Kadında orgazm ile ilgili bozukluk (kadında ketlenmiş orgazm)
      b. Erkekte orgazm ile ilgili bozukluk (erkekte ketlenmiş orgazm)
      c. Erken boşalma
   5. Cinsel ağrı bozuklukları
      a. Disparoni (acı veren cinsel ilişki)
      b. Vajinismus

kimlik veya cinsel eğilim cinsel açıdan seçilen eşin cinsiyeti ile ilgili tercihimizdir. Bir erkek, onu bir kadın gibi görmeden, bir başka erkeği çekici bulabilir. Aynı durum bir kadın için de söz konusu olabilir).

Bazı kişiler, daha sıklıkla da erkekler, çok erken çocukluk dönemlerinden itibaren kendilerini karşıt cinsiyette gibi hissetmeye başlayabilirler. Anatomik kanıtlar -örneğin normal cinsel organlar ve erkeklerde bıyığın çıkması ya da kadınlarda göğüslerin gelişmesi gibi ikincil cinsiyet özellikleri- bile bu kişileri diğer insanların onları gördükleri cinsiyette olduklarına iknâ etmez. Böyle bir erkek aynaya baktığında, aynada biyolojik açıdan bir erkek görse bile kendini bir kadın olarak kabul edebilir. Hatta vücudunu cinsel kimliği ile uygun hale getirmesi için bir tıp profesyonelini iknâ etmeye bile çalışabilir.

Biz cinsel kimlik bozukluğu (CKB) konusunu önce yetişkinlik döneminde ki buna bazen transseksüalite adı da verilebilir, daha sonra ise çocukluk döneminde yani ilk fark edildiği dönemde ele alacağız.

CİNSEL KİMLİK BOZUKLUĞU

DSM-IV'teki cinsel kimlik bozukluğu kategorisi, kendi anatomik cinsiyetinden memnun olmayan ve karşı cinsten olmak isteyen yani cinsel kimlik açısından hoşnutsuz (disforik) kişileri kapsar. Bunlar arasında cerrahi olarak diğer cinsiyete geçme arzusu taşıyanlar da vardır ve cinsel kimlik bozukluğu açısından en uçta olan bu kişilere **transseksüeller** denir. DSM-IV'teki diğer bir alt gruplama ise kişinin hangi dönemde olduğu yani çocukluk döneminde mi (bu daha sonra ele alınacaktır), ergenlik (adolesan) döneminde mi, yoksa yetişkinlik döneminde mi olduğuna göre yapılır. Nadiren karşı cinsten olduklarını iddia eden şizofreni hastaları ile anatomik olarak her iki cinse ait cinsel organlara sahip olan kişiler CKB dışında bırakılmalıdır. CKB aynı zamanda daha sonra cinsel sapkınlıklar bölümünde ele alınacak olan travestiden de ayırt edilmelidir. Her ne kadar travestiler karşıt cinsiyette imiş gibi giyinseler de, kendilerini karşı cinsiyette imiş gibi hissetmezler.

CKB olan kişiler bu psikolojik durumlarından ötürü genellikle depresyon ve kaygı yaşarlar. Hatta CKB olan bir erkek bir başka erkeğe duyduğu ilgiyi geleneksel heteroseksüel bir tercih olarak yaşayabilir, çünkü kendini bir kadın olarak görmektedir. Bunlara bağlı olarak da CKB olan kişiler diğer insanlar tarafından kolayca kabul edilmezler ve karşıt cins gibi giyinmeyi tercih edenlerin iş bulmada da zorlukları olur.

CKB olan kadınlar karşı cins gibi giyinseler de çok zorluk yaşamazlar, çünkü kadınların erkekler gibi giyinmesi örneğin pantolon giymesi sorun yaratmaz. CKB'nin görülme sıklığı düşüktür. Görülme oranı erkeklerde 30.000'de bir, kadınlarda ise 100.000 - 150.000'de bir şeklindedir (Amerikan Psikiyatri Derneği [APA], 1994).

CKB'NİN NEDENLERİ

Cinsel kimlik bozukluklarının uzun süreli ve değişmeyen yapısı araştırmacıları transseksüellerin hormonal açıdan normal cinsel kimliği olanlardan farklı olduğunu düşünmeye sevk etmiştir. Bu düşünceden yola çıkarak erkek olduğuna inanan kadınlarda, testosteron ve androsteron gibi erkeklerde ikincil cinsel özelliklerin sürdürülmesini sağlayan androjen hormonlarının fazla salgılanıp salgılanmadığı araştırılmıştır. Bu konuda yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde, örneğin Gladue (1987) CKB olan, heteroseksüel ve eşcinsel erkekler arasında hormon düzeyleri açısından hemen hiçbir fark bulamamıştır. Bir başka çalışmada Meyer-Bahlburg (1979) benzer sonuçlar elde etmiştir: CKB olan kadınların bazılarında erkek hormonlarının düzeyi daha yüksek olmakla birlikte, pek çoğunda böyle bir fark ortaya çıkmamıştır. Diğer taraftan ortaya çıkan farklılıkların yorumlanması da oldukça zordur, çünkü CKB olanların çoğu ait olduklarını hissettikleri cinsiyete göre vücutlarını değiştirebilecek hormonlar kullanmaktadırlar.

Transseksüel veya cinsel kimlik bozukluğu olan bir kişi kendi cinsiyetinden rahatsız olur ve genellikle ameliyat olarak olmak istediği cinsiyetin görüntüsüne ulaşmaya çalışır. Bu resimdeki transseksüel İtalya'daki yarışmada seçilen "Bayan Transseksüel" dir.

Böyle bir çalışmada birkaç aydır hormon kullanmayan transseksüeller ele alınsa bile, daha önceki hormonal tedavinin uzun süreli etkileri konusunda henüz yeterince bilgi birikimi yoktur. Dolayısıyla mevcut veriler transseksüelliği hormonlar yoluyla açıklamaya çalışan görüşleri desteklememektedirler. Benzer şekilde transseksüeller ile kontrol deneklerini kromozomal anormallikler ya da beyin yapıları açılarından karşılaştıran çalışmalardan da olumlu sonuçlar elde edilememiştir (Emory ve ark., 1991).

ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE CİNSEL KİMLİK BOZUKLUĞU

CKB olan yetişkinlerle çalışan seks araştırmacıları bu kişilerin çocukluklarında karşıt cinsiyet rolüne ilişkin davranışlar-erkek çocuklarda kadınsı, kız çocuklarda erkeksi davranışlar- gözlendiğini belirtmektedirler (Green,1969; Tsoi, 1990). Dolayısıyla **çocukluk dönemindeki cinsel kimlik bozuklarını** incelemek, bu bozukluğun etiyolojisi hakkında önemli ipuçları verebilir.

CKB tanısı tamamen kadınsı erkek çocuklar ya da erkeksi kız çocuklara konulmaktadır. Bu çocukların davranışları, sevdikleri ya da sevmedikleri şeyler kültürümüzde her iki cinsiyet için uygun görülenlerden farklılık gösterir. Örneğin bir erkek çocuk itişip kakışmalı ve düşüp kalkmalı oyunları sevmeyebilir, küçük kızlarla oynamayı tercih edebilir, kızlar gibi giyinmek isteyebilir ve kız olmak konusunda ısrarlı olabilir. Hatta penisinin ve yumurtalıklarının tiksindirici olduğunu düşünebilir. Birçok CKB olan çocuk büyüdükçe cinsel organlarının karşı cinse özgü cinsel organlara dönüşeceğine inanırlar. Bu inanç yetişkin transseksüellerin cerrahi yolla cinsiyet değiştirme isteklerinin çocukluktaki şeklidir. Green ve Blanchard (1994) ailelerin çocuklarındaki karşıt cinsin rollerine ilişkin davranışları genellikle 3 yaşından önce fark ettiklerini bildirmektedirler. Çocukluktaki CKB yetişkinlere nazaran daha yaygındır (erkek çocuklarda %3, kız çocuklarda %1).

ÇOCUKLUK DÖNEMİNDEKİ CKB'NİN NEDENLERİ

Kız ve erkek çocukların erkeksi ya da kadınsı tarzlarının sınıflandırılması değer yargılarına ve kalıplara o kadar bağlıdır ki çocuğun sergilediği karşıt cinsin rollerine ilişkin davranış örüntülerinin anormal olduğunu söylemek hak-

Her ne kadar çocuklukta giyinip süslenmek çok doğal ise de transseksüellerin çoğu cinsel kimlik bozukluğunun çocukluk dönemine kadar uzandığını ve çocukluktan itibaren kendi cinsiyetlerine uygun olmayan şekilde giyindiklerini belirtmektedirler.

sızlıkmış gibi görünmektedir. Bununla birlikte bu davranış örüntülerinin fiziksel bir rahatsızlıktan kaynaklandığını gösteren veriler de bulunmaktadır. Hamilelik sırasında seks hormonları alan annelerin çocuklarında ve diğer primatların yavrularında sıklıkla karşıt cinse özgü davranışlar ve anatomik anormallikler gözlenmektedir. Örneğin rahimdeki kanamanın önlenmesi için sentetik progestinler (ki bunlar erkek seks hormonlarının öncüleridirler) kullanan annelerin kız çocuklarında, okul öncesi dönemde, erkeksi davranışlar görülmektedir (Ehrhardt & Money, 1967). Hamilelik sırasında anneleri kadın hormonları kullanan erkek çocukların yaşıtlarına göre daha az atletik bir görünüşe sahip oldukları ve vurucu-kırıcı oyunları da daha az oynadıkları gözlenmiştir (Yalom, Green & Fisk, 1973). Her ne kadar bu çocuklar cinsel kimlik açısından anormal olmasalar da, annelerin hamilelik sırasında seks hormonları almaları çocukların karşıt cinse özgü davranışlarında ve ilgilerinde artmaya yol açmaktadır.

Çocukların çoğunda zaman zaman karşıt cinse özgü davranışlar görülebilir. Bazı evlerde bu tür davranışlar çok dikkat çeker ve gerek anne-babalar gerekse akrabalar tarafından pekiştirilir. CKB olan çocukların anne-babalarıyla yapılan görüşmelerde, genellikle anne-babaların çocuklarının karşıt cinse özgü biçimde giyinme davranışını engellemedikleri hatta bunu destekledikleri ortaya çıkmaktadır. Bu özellikle erkek çocuklar için daha da belirgindir. Pek çok anne, teyze veya büyükanne erkek çocukların annelerinin eski elbiselerini, topuklu pabuçlarını giymelerini çok sevimli bulduklarını, hatta nasıl makyaj yapılacağı konusunda onlara yardımcı olduklarını belirtmişlerdir. Aile albümlerinde de bu çocukların kadın kıyafetleri ile çekilmiş fotoğrafları yer almaktadır. Ailelerin atipik bir çocuğun davranışlarına gösterdikleri bu tür tepkiler, büyük bir olasılıkla, çocuğun kendi anatomik cinsiyeti ile cinsel kimliği arasındaki çatışmanın artmasına yol açmaktadır (Green 1974, 1987; Zuckerman & Green, 1993). Richard Green'in kadınsı erkek çocuklar ve erkeksi kız çocuklar (tomboy)[1] üzerinde geriye dönük ve boylamsal yaptığı bir çalışmada; erkek gibi davranan kızların erkek gibi davranmayan kızlara nazaran babalarına daha düşkün oldukları (ve muhtemelen annelerini değil babalarını rol modeli olarak aldıkları) gözlenmiştir. Erkek gibi davranan bu kızların annelerinin de çocukluklarında erkek gibi davranan kızlar oldukları ve kızlarının erkeksi davranışlarını daha kolay kabul edebilen anneler oldukları görülmüştür. Aile içinde bu tür modellerin olması ve erkeksi davranışların bir yandan aile tarafından edimsel olarak şekillendirilmesi bir yandan da aynı yaştaki erkek çocuklar tarafından olumlu yönde pekiştirilmesi, bu kızların erkeksi tavırlarının daha da belirginleşmesine yol açabilir (Williams, Goodman & Green, 1985). Şunu unutmamak gerekir ki, cinsel kimlik bozukluğu olan çocukların çoğu, *hiçbir profesyonel müdahale yapılmasa da,* yetişkinliklerinde böyle bir bozukluk göstermemekte (Zucker ve ark., 1984) ancak pek çoğu eşcinsel yönelim sergilemektedirler (Coates & Person 1985, Green, 1985).

Erkek çocukların kadınsı davranışlarının, özellikle kız çocuk sahibi olmak istedikleri halde olamayan anneler tarafından desteklendiği şeklinde yeni bir hipotez vardır. Ancak bu görüş son zamanlarda yapılan bir çalışmada desteklenmemiştir. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre çocuklarında çocukluk cinsel kimlik bozukluğu görülmeyen annelerin de en az çocuklarında bu bozukluk görülen anneler kadar kız çocuk sahibi olmaya istekli oldukları ortaya çıkmıştır (Zucker ve ark., 1994).

Bu alanda çalışan araştırmacılar, kadınsı ve erkeksi tanımlarının, hangi aktivitelerin kadınlara, hangi aktivitelerin erkeklere uygun olduğunun, karşıt cinse özgü aktivitelerden zevk almanın ve karşıt cinste olduğuna inanmanın ne anlama geldiğinin kültürlere göre ne kadar farklılık gösterdiğinin farkındadırlar. Hiçbir cinsel kimlik çatışması yaşamamalarına rağmen küçük erkek çocukların büyük çoğunluğu zaman zaman kızların oynadıkları oyunları, kız çocukların büyük çoğunluğu da zaman zaman erkeklerin oyunlarını oynamaktadırlar (Green, 1976). Ancak bu kadınsı erkek çocukların hiçbir stres yaşamadıkları anlamına gelmez. Bizim toplumumuzda kız gibi davranan erkeklere gösterilen hoşgörü oldukça azdır, oysa erkek gibi davransalar da kızlara gösterilen hoşgörü daha fazladır (Williams, Goodman & Green, 1985). Gerek çocukluktaki gerek yetişkinlikteki cinsel kimlik bozukluğunun görülme sıklığı bebekle oynayan erkek çocukların ve top oynayan kız çocukların oranından çok daha düşüktür.

CİNSEL KİMLİK BOZUKLUĞUNUN TERAPİSİ

Şimdi cinsel kimlik bozukluğu olan kişilere yardımcı olabilecek müdahalelerden söz edeceğiz. Bu müdahaleler başlıca iki şekilde yapılabilir. Bunlardan birincisinde kişinin vücudunun kişinin psikolojisine uygun olarak, ikincisinde ise kişinin psikolojisinin kişinin vücuduna uygun olarak değiştirilmesi söz konusudur.

CİNSİYET DEĞİŞTİRME AMELİYATI

Cerrahi uygulamalardaki yenilikler, hormonal tedavilerdeki gelişmeler ve bunların uygulanmasına izin veren sosyokültürel bir ortam, cinsel kimlik bozukluğu olan bireylerin karşıt cinsiyette olma arzularını gerçekleştirebilmelerine imkân sağlamaktadır. **Cinsiyet değiştirme ameliyatında** mevcut cinsel organ çıkarılır ve

[1] *"Erkek gibi kız" ne demektir? Bu çalışmada "erkek gibi kız" ifadesiyle, anne ya da babası tarafından bu şekilde tanımlanan ve aşağıda belirtilen özellikleri gösteren kızlar kastedilmektedir: (1) arkadaşlarının en az yarısının erkek olması; (2) Beyzbol ceketi ve şapkası gibi geleneksel erkek kıyafetlerini tercih etme; (3) süslü bebeklere (örneğin Barbie gibi) ilgi göstermeme; (4) oyun kurarken erkek rollerini tercih etme; (5) yaşıtı kızlara nazaran sportif faaliyetlere daha fazla ilgi duyma; ve (6) "erkek" olma arzusunu zaman zaman dile getirme (Williamns ve ark., 1985, s 722) Bu veriler 1970'li yılların ortalarında New York'ta Long İsland'dan toplanmıştır.*

James Morris (1960 yılına ait bir fotoğraf), cinsiyet değiştirme ameliyatından sonra Jan Morris adını almıştır (1974 yılına ait bir fotoğraf)

bunun yerine karşıt cinse ait cinsel organ yerleştirilir. Cinsiyet değiştirme ameliyatı ilk olarak 1930 yılında Avrupa'da gerçekleştirilmiştir, ancak tüm dünyanın dikkatini üzerinde toplayan ameliyat 1952 yılında Kopenhag'da eski bir asker olan Christine'in (aslında George) ameliyatı olmuştur.

Erkekten kadına dönme ameliyatlarında yapay bir vajen oluşturulabilmesi için bir miktar doku bırakılarak erkek cinsel organı neredeyse tamamen yerinden çıkarılır. En az ameliyattan bir sene önce göğüslerin gelişmesi, derinin yumuşaması ve vücutta gerekli değişikliklerin oluşabilmesi için uygun kadın hormonları verilmeye başlanır. Bu hormonlar ameliyattan sonra da ömür boyu alınır (Green & Money, 1969). Erkekten kadına dönen transseksüellerin çoğu, sakallarından ve vücutlarındaki istenmeyen tüylerden kurtulabilmek için epilasyon yaptırmak ve seslerini ayarlamak için eğitim almak zorunda kalırlar, çünkü aldıkları hormon ilaçları ne tüylerde yeterince azalma ne de seste yeterince incelme sağlamaktadır. Bazı kadına dönen transseksüeller erkeksi görüntülerinden kurtulmak için çene, burun ve âdemelması ile ilgili estetik ameliyatlara gereksinim duymaktadırlar. Aynı zamanda cinsiyet değiştiren hastalar bir kadın olarak yaşamanın ne olduğunu anlayabilmek için toplumda bir kadın olarak rol almaya başlarlar. Genellikle cinsiyet değiştirme ameliyatları bir ya da iki senelik deneme dönemi geçirilmeden yapılmaz. Transseksüeller geleneksel biçimde heteroseksüel birleşme yapabilirler. Ancak sadece dış cinsel organlar değişime uğradığından hamilelik söz konusu değildir.

Kadından erkeğe dönme ameliyatları daha zordur. Yapılan penis küçüktür ve normal sertleşme kapasitesine sahip değildir. Dolayısıyla geleneksel biçimde cinsel birleşme için yapay desteklere gereksinim duyulur. Son zamanlarda yapılan ameliyatlarda idrar yollarının penise bağlanabilmesi bu kişilerin erkek tuvaletlerini kullanabilmelerine ve dolayısıyla sosyal açıdan da daha rahat edebilmelerine olanak vermektedir. Erkekten kadına dönen transseksüellere nazaran kadından erkeğe dönenlerde daha az kozmetik yardıma gereksinim duyulmaktadır, çünkü erkeğe dönmek için verilen hormonlar vücuttaki yağ dağılımını belirgin bir biçimde değiştirmekte ve hem sakal hem de diğer tüylerin uzamasını sağlamaktadır. Kadından erkeğe dönmenin daha kolay olmasının nedenlerinden

biri de toplumda erkeğin fiziksel özelliklerine daha az önem verilmesidir. Minyon ve yumuşak sesle konuşan ama sesinin tonunu ayarlayabilen bir adam, iri görünen ve ses tonunu tam olarak ayarlayamayan bir kadına göre toplumda daha fazla kabul görebilir. Erkekler kadınlara nazaran cinsiyet değiştirme ameliyatlarına daha fazla başvurmaktadırlar.

CİNSİYET DEĞİŞTİRME AMELİYATLARI NE KADAR YARARLIDIR? Cinsiyet değiştirme ameliyatlarının yararları konusunda yıllar içinde farklı görüşler ortaya çıkmıştır. Bu ameliyatların sonuçlarıyla ilgili ilk çalışmalarından biri (Meyer & Reter, 1979) cinsiyet değiştirme ameliyatlarının "sosyal rehabilitasyon" açısından avantajlı olmadığını ortaya koymuştur. Bu sonuçlar Amerika Birleşik Devletleri'ndeki bu konudaki en geniş programa sahip olan John Hopkins Tıp Fakültesi'nin cinsiyet değiştirme programının sona erdirilmesine yol açmıştır. Diğer bazı araştırmacılar ise Meyer ve Reter'in bulgularını eleştirmişlerdir. Bu konuda 20 yıl boyunca yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde; cinsiyet değiştirme ameliyatlarının sonucunda sosyal uyumda gelişme görüldüğü ve uyum açısından kadından erkeğe dönen transseksüellerin erkekten kadına dönen transseksüellere nazaran daha başarılı oldukları sonucuna varılmıştır (Abromovitz, 1986).

Green ve Fleming (1990) 1979 ve 1989 yılları arasında yapılan ve en az bir yıllık izleme özelliği taşıyan kontrollü çalışmaları gözden geçirdiklerinde, bu ameliyatların yararları konusunda daha da olumlu sonuçlar elde etmişlerdir. 130 erkeğe dönme ameliyatının %97 si, 220 kadına dönme ameliyatının %87 si tatminkâr olarak değerlendirilmiştir. Ameliyat sonrasındaki uyumu yordayan ameliyat öncesi faktörler şunlardır: (1) duygusal açıdan makul düzeyde istikrarlı olabilmek, (2) bu yeni role en az bir yıl boyunca başarılı şekilde uyum yapabilmek, (3) ameliyatla ilgili kısıtlılıkları ve sonuçları makul bir şekilde kabul edebilmek ve (4) belirlenmiş bir cinsel kimlik programı çerçevesinde psikoterapi almak. Yazarlar bu çalışmanın değerlendirilmesinde kullanılan "başarılı" ifadesinin, hastaların ameliyat sonrasında ameliyat olmaktan pişmanlık duyup duymamalarına göre belirlendiğine dikkat çekmektedirler. Dolayısıyla hastalar, bu tür ameliyat için pek çok zaman, para ve enerji harcamış olduklarından ve çoğu zaman da böyle bir ameliyattan sonra geri dönüş mümkün olmadığından, ameliyat sonuçlarının değerlendirilmesinde çok cömert davranmış olabilirler. Daha yakın zamanda Pennsylvania Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada hem kadından erkeğe, hem de erkekten kadına dönen hastalarda cinsel duyarlılığın ve cinsel tatminin büyük ölçüde arttığı ve dolayısıyla ameliyat sonuçlarının tatminkâr bulunduğu bildirilmiştir (Lief & Hubschman, 1993).

Cinsiyet değiştirme programları çeşitli tıbbi psikolojik ortamlarda uygulanmaya devam etmektedir. Tahminlere göre Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 1000 den fazla transseksüel cinsiyet değiştirmektedir. Bununla birlikte halen bu ameliyatların etkinliği, hatta akıllıca olup olmadıklarını değerlendirmek zordur. Transseksüellerin cinsiyet değiştirme ameliyatı için pek çok fedakârlıkta bulundukları ve gelecekteki mutluluklarının bu ameliyata bağlı olduğunu belirttikleri için, bu tür ameliyatların değerlendirilmesinde sadece bu kişilerin ameliyat sonrasında mutlu olup olmadıkları mı dikkate alınmalıdır? Eğer bu kritere göre bir değerlendirme yapılacaksa, o zaman hepsi değilse de, ameliyatla cinsiyet değiştiren CKB hastalarının çoğu ameliyattan sonra daha mutlu olmaktadırlar denilebilir. Ama eğer ameliyatla cinsiyet değiştiren bir transseksüel sonradan mutsuz olursa, o zaman da ameliyatı terapötik olmamakla mı suçlayacağız? Şunu gözden kaçırmamak gerekir ki bu tür bir sürece giren kişiler genellikle önceki arkadaşları, aile üyeleri ve geçmişleri ile olan bağlarını koparmaktadırlar -"O futbol takımında oynayan *ben* miydim?". Kişinin geçmişinden vazgeçmesi önemli bir stres kaynağıdır, çünkü geçmiş hem kendimizi bir birey olarak hissetmemize hem de şimdi ve geleceğin belirlenmesine katkıda bulunmaktadır. Cinsiyet değiştiren bir kişi, diğer pek çok kişinin karşılaşmadığı zorluklarla karşılaşmakta, üstelik bunlara uyum sağlarken aile ve arkadaşların desteğinden de mahrum kalmaktadır.

Hangi kuramsal yönelimden olursa olsun, tüm deneyimli terapistler danışanlarının "eğer..." şeklinde başlayan cümlelerine karşı ihtiyatlıdırlar. Bu konuda pek çok örnek verilebilir: "Eğer bu kadar şişman olmasaydım...", "Eğer bu kadar sinirli olmasaydım...", "Eğer okulu bırakmasaydım". Bu tür ifadeleri genellikle eğer bunlar olmasaydı yaşamın ne kadar güzel, hatta mükemmel olacağı ile ilgili ifadeler izler. Ancak genellikle bu tür ümit dolu ifadeler birer yanılsamadır. Hiçbir şey bu kadar basit olamaz.

Cinsel kimlikleri ile biyolojik yapıları arasındaki zıtlıklara odaklanan bu kişiler, yaşamakta oldukları tatminsizlikler için, tabiatı kendilerine bir tuzak kurmakla suçlarlar. Ancak bu kişiler eninde sonunda cinsiyet değiştirme ameliyatının yaşamlarındaki tüm sorunları çözemeyeceğini anlarlar. Böyle bir ameliyat belki kişinin belli bir konudaki sorunun çözümüne yardımcı olabilir, ama çoğunlukla, herkes tarafından yaşanan, kişinin işiyle, eşiyle hatta kendisiyle olan çatışmalarını çözmede yetersiz kalır.

CİNSEL KİMLİĞİN DEĞİŞTİRİLMESİ

Tek seçenek cinsiyetin değiştirilmesi midir? Cinsel kimlik bozukluklarının tedavisinde tek geçerli yolun cerrahi müdahale ve hormon kullanımı olduğu düşünülür, çünkü bu konudaki psikolojik uygulamalar sürekli olarak başarısızlıkla sonuçlanmıştır. Cinsel kimliğin değiştirilemeyecek kadar derinde olduğu düşünülmektedir. Diğer taraftan, davranışçı terapi yaklaşımı ile cinsel kimliğin değiştirilmesi yolunda bazı başarılı sonuçlar alındığı da belirtilmektedir. Başarılı sonuç alınan bir vaka Rekers ve Lovaas (1974) tarafından yayınlanmıştır. Bu vaka 2 yaşından beri kız elbiseleri giyen 5 yaşındaki bir erkek çocuğudur. Tedavide anne-babasına çocuğun geleneksel erkek oyuncakları ile oynaması gibi erkeksi davranışlarını desteklemeleri, bebeklerle oynaması gibi davranışlarını ise engellemeleri söylenmiştir. 2 yıllık izleme çalışması boyunca çocuktaki karşıt cinse özgü davranışların kaybolduğu görülmüştür. Her ne kadar bu uygulama kültüre özgü kalıplaşmış yargıların pekiştirilmesi şeklinde eleştirilmiş ise de (Winkler, 1977), anne-babanın profesyonel bir yardım için başvurmalarının nedeni çocuğun bu tür davranışlarından dolayı alay konusu olması ve olumsuz sosyal tepkilere maruz kalmasıdır.

Benzer bir vaka Barlow, Reynolds ve Agras (1973) tarafından rapor edilmiştir. 17 yaşındaki bu erkek hasta -birçok transseksüelin tercihinin aksine- kadın cinsel kimliğine uygun olarak anatomisini değiştirmek yerine cinsel kimliğini değiştirmeyi istemiştir. Tedavide yapay tavırlar ve insanlararası ilişkiler (örneğin bir genç kız ile nasıl konuşulur) gibi alanlarda çeşitli davranışların şekillendirilmesine ek olarak, bilişsel öğeler de (örneğin fanteziler) kapsanmıştır. Aynı zamanda eşleştirilmiş kadın ve erkek slâytları kullanılarak, erkek slaydına karşı ortaya çıkan uyarılmanın kadın slaydına transfer edilmesi veya klasik olarak şartlandırılması amaçlanmıştır. Kadınlara yönelik imaj ve fantezilerin uyarıcı özelliklerinin arttırılmasına yönelik bu pozitif yaklaşıma ek olarak, erkeklerin çekiciliğinin azaltılmasında itici uyarıcılardan da yararlanılmıştır. Altı aylık yoğun bir tedaviden sonra bu hasta kendini kadın değil erkek olarak görmeye ve kadınları cinsel olarak çekici bulmaya başlamıştır. Bu durum 5 yıllık izlemede de değişmemiştir (Barlow, Abel, & Blanchard, 1979). Barlow ve arkadaşları benzer bir tedavinin uygulandığı iki erkek hastadan daha söz etmişlerdir. Yirmili yaşlarının ortalarında olan bu iki genç cinsiyet değiştirme ameliyatı konusunda çok net düşüncelere sahip olmadıkları için davranış terapisi uygulanmıştır. Davranış eğitimi bu kişilerin cinsel kimliklerinin değişmesinde başarılı olmuşsa da erkeklere olan ilgilerinde bir değişiklik yaratmamış, yani cinsel yönelimleri eşcinsel olarak kalmıştır.

Bu çalışma cinsel kimliğinin değişiminin mümkün olabileceğini göstermektedir. Ancak araştırmacıların da işaret ettiği gibi bu kişiler cinsel kimlik bozukluğu olan diğer hastalardan farklı olabilirler, çünkü bu kişiler diğerleri gibi cinsiyetlerini değil, cinsel kimliklerini değiştirmeyi amaçlayan bir terapi programına katılmayı istemişlerdir. Transseksüellerin çoğu böyle bir tedaviyi reddetmektedirler. Onlar için tek meşru amaç cinsiyet değiştirme ameliyatıdır. Ama eğer ameliyat seçeneği olmasaydı acaba cinsel kimliğin değiştirilebilmesi için farklı psikolojik müdahalelerin geliştirilmesine daha fazla enerji harcanır mıydı? Eğer bu psikolojik müdahaleler erkeklere daha erkeksi, kadınlara daha kadınsı olmayı öğretmeyi amaçlasaydı, bu etik açıdan savunulabilen ve arzu edilen bir yaklaşım olur muydu? Bu iki soru cinsel kimlik bozukluğunun tedavisi açısından yanıtlanması gereken etik sorulardır. Tüm terapatik çabalarda, özellikle de kişilerin oldukları gibi olmamaları için baskı yapıldığı durumlarda, etik sorunlar ortaya çıkabilir. Eşcinselliğin tedavisi ile ilgili etik sorunlardan bu Bölümün sonlarına doğru ve kitabın son bölümünde söz edeceğiz.

PARAFİLİLER (CİNSEL SAPKINLIKLAR)

DSM-IV'te parafililer (cinsel sapkınlıklar) olağan dışı nesne veya cinsel aktivitelerin cinsel açıdan çekici bulunması ile ilgili bozuklar olarak tanımlanmaktadır. Başka bir deyişle parafililerde kişinin çekici bulduğunda (*philia*)

bir sapma *(para)* söz konusudur. Bu çekiciliğin yoğun olması ve en az 6 ay sürmesi gerekir. Tanı konabilmesi için kişinin bu dürtülere gore davranması veya bunlardan dolayı belirgin bir sıkıntı yaşaması gerekir. Herhangi bir kişinin de cinsel sapkınlığı olan bir kişiye benzer dürtü ve fantezileri olabilir (örneğin kendi cinsel organını bir yabancıya gösterme fantezisi gibi), ancak bu fanteziler tekrarlayıcı ve yoğun değilse ve kişi bu dürtülere yönelik davranışlar göstermiyorsa veya *bunlardan dolayı sıkıntı yaşamıyorsa,* parafili tanısı almaz.

Genellikle birden fazla parafili bir arada ortaya çıkar ve böyle bir örüntü kişilik bozukluğu ya da şizofreni gibi bir başka akıl hastalığının varlığına işaret eder. Parafilinin görülme sıklığı ile ilgili çalışmalar, cinsel yönelimi ne olursa olsun, parafilinin hemen hemen herzaman erkeklerde görüldüğünü ortaya koymaktadır. Hatta önemli sayıda mazoşist kadın olmasına rağmen, parafililerin kadınlarda görülme oranı erkeklere göre 20'de 1'dir. Parafilik davranışlar 25 yaşından sonra azalmaktadır. Bazı parafilikler cinsel sapkınlıkları olmayan eşleri tercih ettiklerinden, sıklıkla kanuni sorunlar yaşamaktadırlar.

FETİŞİZM

Çoğu insan için vücudun belli kısımları cinsel açıdan uyarıcıdır. Ancak **fetişizmde** cinsel uyarılmaya yol açan vücudun belli kısımları değil cansız nesnelerdir. Hemen hepsi erkek olan fetişistler, örneğin kadın ayakkabısı gibi fetişlere yani cansız tutku nesnelerine karşı tekrarlayan ve yoğun bir cinsel dürtü hissederler. Cinsel uyarılmanın olabilmesi için tutku nesnesinin var olması tercih edilir, hatta bu zorunludur.

Güzel ayakkabılar, ince ve şeffaf çoraplar, eldivenler, tuvalet malzemeleri, kürklü giyecekler ve özellikle iç çamaşırları fetişistler için uyarılmaya yol açan nesneler olabilir. King (1990) 26 yaşında ve insanların hapşırmalarından cinsel olarak uyarılan olağandışı bir vakadan söz etmiştir. Bazıları fetişlerini gizlice üzerlerinde taşırlar ve mastürbasyon sırasında bunları okşar, öper, koklar, emer, rektumlarına yerleştirir veya seyrederler. Bazıları ise birleşmede uyarılabilmek için eşlerinin bu fetiş nesnelerini giymelerini isterler. Bazı fetişistler bu nesnelerin koleksiyonunu yapmaktan büyük bir zevk alırlar ve hatta koleksiyonlarını genişletebilmek için hırsızlık bile yapabilirler.

Fetişistlerin bu nesnelere karşı duydukları çekim istem dışı ve karşı konulamazdır. Batı kültürlerinde pek çok heteroseksüel erkek örneğin yüksek topuklu ayakkabıları veya ince ve şeffaf çorapları çekici bulabilir. Ancak fetişizm ile çekici bulma arasındaki fark bu erotik nesnelere odaklanma derecesine -yani seçilen nesnenin cinsel uyarılma açısından ne kadar o kişiye özel ve ne kadar gerekli olduğuna- bağlıdır. Örneğin eğer fetiş bir kadın ayakkabısı ise, fetişist uyarılmak için mutlaka fetişi görmeli veya ona dokunmalıdır ve eğer fetiş var ise uyarılma da çok kuvvetli olur. Fetiş daha erken dönemlerde örneğin çocukluk döneminde belirlenmiş olsa da, bu bozukluk genellikle ergenlik döneminde başlar.

TRANSVESTİK FETİŞİZM

Eğer bir erkek, kadın giysileri giyerek cinsel olarak uyarılabiliyorsa, kendini bir erkek olarak görse de, **transvestik fetişizm** veya transvestizm söz konusudur. Bir travesti sosyal yaşamda bir kadın gibi görünmekten hoşlanabilir. Bazıları gece kulüplerinde kadınları taklit ederek ve kadınlara özgü kıyafetlerle seyircileri eğlendirirler.

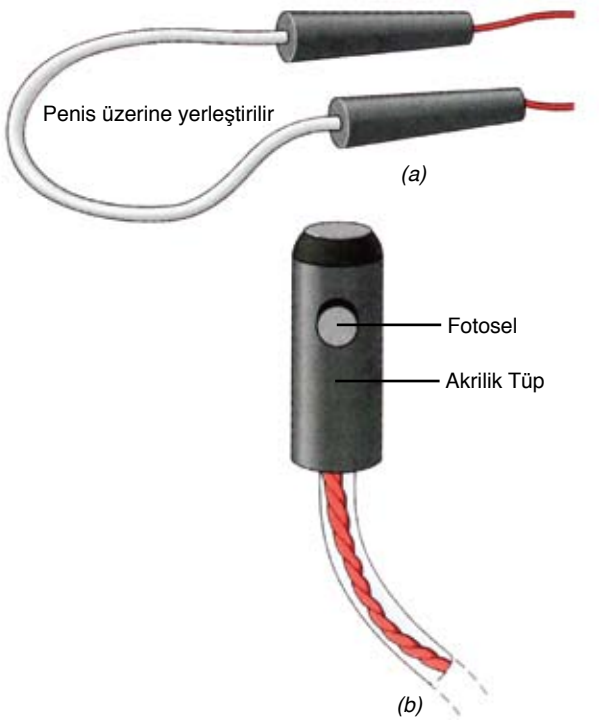
Transvestik fetişizm veya travesti tanısının konulabilmesi için, karşıt cins gibi giyinmenin cinsel uyarılmaya yol açması gerekir. Bu fotoğraf bir travestinin New York'da Waldorf Astoria'da AIDS'liler için para toplamakta olduğu bir toplantıda çekilmiştir.

Ancak kadın giysileri giymek cinsel uyarılmaya yol açmadıkça, bir kadın gibi giyinerek kadınları taklit edenleri travesti olarak değerlendirmemek gerekir. Transvestizm; cinsel kimlik bozukluğunda veya bazı eşcinsellerde görülen karşıt cins gibi giyinme davranışı ile karıştırılmamalıdır.

Travestiler erkek ve heteroseksüeldirler. Genellikle düzenli olarak değil, dönemsel olarak kadın gibi giyinirler. Bazıları erkek giysilerinin içine kadın çamaşırları giyerler. Karşıt cins gibi giyinmedikleri ya da kadın çamaşırları giymedikleri sürece görünüşleri, davranışları ve cinsel tercihleri erkeksidir. Pek çoğu evlidir. Karşıt cins gibi giyinme gizlice ve özel durumlarda ortaya çıkar ve pek az aile üyesi tarafından bilinir. Zamanla karşıt cins gibi giyinme dürtüsü artabilir, ancak bu nadiren cinsel kimliğin değiştirilmesine, yani kişinin kendini bir kadın gibi hissetmesine yol açar. Bununla birlikte kadın gibi giyindiklerinde kendilerini kadın olarak hissettiklerini belirten travestiler de vardır. Transvestizm genellikle çocuklukta ve ergenlik döneminde kısmi olarak karşıt cins gibi giyinme şeklinde başlar. (APA, 1994).

PEDOFİLİ VE YASAKSEVİ (ENSEST)

Pedofili *(pedos* Yunanca çocuk demektir) polis kayıtlarına göre genellikle yetişkin erkeklerde görülür. Bunlar cinsel açıdan tatmin olabilmek için ergenleşmemiş çocuklarla fiziksel ve genellikle de cinsel temas kurarlar. DSM-IV'e göre bu tanının konulabilmesi için kişinin en az 16 yaşında olması ve temas kurduğu çocuktan en az 5 yaş büyük olması gerekir. Pedofili aynı cinse ya da karşıt cinse yönelik olabilir. Bazen basında yayınlanan korkunç olaylarla karşılaşılsa da genellikle şiddete başvurulmaz. Her ne kadar pedofililer çoğunlukla kurbanlarına fiziksel olarak zarar vermeseler de, çocukları evcil hayvanları öldürerek ya da anne-babalarına söylememeleri için tehdit ederek korkutabilirler. Bazen sadece çocuğun saçını okşamakla yetinebilirler, ama bazen de çocuğun cinsel organına dokunabilirler, ya da çocuktan onun cinsel organına dokunmasını isteyebilirler. Ancak nadiren cinsel birleşme talebinde bulunurlar. Eğer diğer yetişkinler tarafından fark edilmez ya da çocuk tarafından karşı gelinmezse bu tür davranışlar haftalar, aylar, hatta yıllarca sürebilir. Pedofiliye ek olarak cinsel sadizm veya antisosyal (psikopat) kişilik bozukluğu olarak da tanı alan nadir vakalar, kurbanlarına ciddi derecede bedensel zarar verebilirler. Bu tür kişiler çocuklara



Şekil 14.1 *Davranış araştırmacıları cinsel uyarılmanın ölçülmesinde iki genital cihaz kullanmaktadırlar. Her iki cihaz da cinsel uyarılma ile ilgili anahtar fizyolojik süreç olan cinsel organ damarlarında toplanan kanı çok duyarlı bir biçimde ölçmekte ve bu cihazlarla cinsel heyecanla ilgili spesifik ölçümler elde edilmektedir (örneğin Adams ve ark., 1992; Barlow ve ark., 1970; Geer, Morokoff & Greenwood, 1974; Heiman ve ark., 1991). (a) Erkeklerde, penil pletismografi ölçümleri cıva ile doldurulmuş çok ince lastik borulardan oluşan aletin penisin etrafına gergin bir biçimde yerleştirilmesi ile elde edilir. Penisteki damarlar kan ile doldukça borular genişler, elektriksel resistans değişir ve bunlar uygun şekildeki poligraf ile ölçülür. b) Kadınlarda cinsel uyarılma Sintchak ve Geer (1975) tarafından geliştirilmiş olan cihaza benzer bir vajinal pletimograf ile ölçülür. Adet döneminde kullanılan tamponlara benzeyen bu cihaz vajenin içine yerleştirilir ve kadın cinsel uyarılmasının bir belirtisi olan kan dolaşımındaki artmayı direkt olarak ölçme imkânı verir.*

tecavüz ederler ve parafinlerden farklı olarak cinsel doyumun yanı sıra çocuğa fiziksel olarak da zarar verme isteği duyarlar (Groth ve ark., 1982).

Yasaksevi ile evliliğin yasak olduğu yakın akrabalar arasındaki cinsel ilişkiler kastedilir. Kız kardeşler veya ailedeki diğer kadınlarla evlenmeye izin veren Mısır firavunları dışında, yasaksevi pek çok toplum için bir tabudur (Ford & Beach, 1951). Mısır'da kralların kanının diğerleriyle karışmaması gerektiğine inanılırdı. Bazı antropologlar yasaksevinin yasaklanmasının, eşlerin yalnızca aile içinden seçildiği toplumlara nazaran, daha kuvvetli sosyal bağların kurulduğu ve dolayısıyla sosyal açıdan daha uyumlu bir toplum oluşmasına hizmet ettiğini düşünmektedirler. Yasaksevi tabusu bugünkü bilimsel bilgilerimizle de uygunluk göstermektedir. Bir baba-kızın ya da iki kardeşin birleşmesinden

meydana gelen çocukların, ebeveynlerinden gelen çekinik genleri taşıma riski daha yüksektir. Çekinik genler ise genellikle ciddi doğum kusurları gibi negatif biyolojik etkilere sahiptirler. Dolayısıyla yasaksevi tabusu uyumlu bir evrimleşmenin sağlanabilmesi açısından önem taşımaktadır (Geer, Heiman & Leitenberg, 1984). Yasaksevi DSM-IV'te parafilinin bir alt grubu olarak yer almaktadır. En yaygın olarak erkek ve kız kardeşler arasında görülür. İkinci derece yaygın olan ve daha patolojik olan ise baba-kız arasında olandır.

Pedofili ve yasaksevi arasında iki önemli fark vardır. Birincisi, yasaksevi tanımı gereği aile üyeleri arasında olur. İkincisi ve daha önemlisi ise, yasaksevi kurbanlarının genellikle pedofili kurbanlarından yaşça daha büyük olmalarıdır. Pedofilide cinsel açıdan gelişmemiş olduğu için çocuklara ilgi duyulurken, yasak sevide bir baba fiziksel olarak gelişmeye başlamış olan kızına ilgi duyar. Penil pletismografi (bu ölçümlerle ilgili açıklamalar Şekil 14.1 de yer almaktadır) çalışmalarından elde edilen veriler, aile dışındaki çocukları cinsel olarak taciz eden erkeklerin çıplak çocuk fotoğraflarından uyarıldıklarını, oysa aile içindeki çocukları taciz eden erkeklerin heteroseksüel ipuçlarından daha fazla uyarıldıklarını ortaya koymuştur (Marshall, Barabee & Christophe, 1986). Pedofilinin tanımlanmasında, cinsel tacize uğrayan çocukların yaşlarına ilişkin üst sınırlar, eyaletten eyalete farklılık göstermektedir.

Cinsel ilgi ve davranışları geleneksel olan erkekler de pedofilik uyaranlardan etkilenebilirler. Hem penil pletimografi ölçümleri hem de kendini bildirimin kullanıldığı bir çalışmada normal örneklemden seçilmiş deneklerin ünde pedofilik uyarılma olduğu saptanmıştır (Hail ve ark., 1993). Araştırmacılar bu anormal uyarılma ile geleneksel uyarılma arasında ilişki olduğunu; yani yetişkin heteroseksüel resimlerle uyarılma arttıkça, pedofilik resimlerle uyarılmada da artma olduğunu bulmuşlardır. Her ne kadar bu bulgular bizler için rahatsız edici olsa da, DSM ve genel olarak sağlık profesyonellerinin, fantezi ve davranış arasında yaptıkları ayırımın önemine dikkat çekmektedirler.

Son çalışmalar, çocuklara cinsel tacizde bulunan kişilerin, duygudurumları negatif olduğunda ortaya çıkan disfori ile başa çıkabilmek için çocuklarla ilgili cinsel fantezilere başvurduklarını, diğer taraftan pedofilik fantezilerin de negatif duygulanıma yol açtığını ortaya koymaktadır. Belki de bu aşağı doğru giden negatif helezon belli bir noktada kişinin eyleme geçmesine ve çocukları cinsel olarak taciz etmesine yol açmaktadır (Looman, 1995).

Çocuk pornografisinin çocuklara tecavüz edilmesinde önemli bir bileşen olduğunu iddia edenler olsa da, 11 erkek pedofili hastası ile yapılan yeni bir çalışmada bu tür pornografik materyalin gerekli bile olmadığı saptanmıştır. Bu kişiler çocukların iç çamaşırları ile yer aldığı elbise katalogları ve televizyon reklamları gibi her zaman rastlanabilecek materyallerle bile kolaylıkla uyarılmaktadırlar. Başka bir deyişle, bu kişiler cinsel uyarılma için pornografik materyal kullanmak yerine genellikle zararsız olarak kabul edilen materyallerden etkilenmektedirler (Howitt 1995).

Pedofilikler ve yasaksevi ilişkisinde bulunanlar genellikle dini ve ahlâki açılardan katı değerleri olan kişilerdir[2] (Gebhard ve ark., 1965). Parafilide davranışı yönlendiren, çok kuvvetli bir biçimde ve kişiye özel olarak yaşanan çekiciliktir. Gebhard ve arkadaşlarına göre, pedofilikler genellikle taciz ettikleri çocukları tanımaktadırlar. Bu çocuklar ya bir arkadaşlarının ya da komşularının çocuklarıdır. Klinik gözlemlere göre bu kişilerin sosyal olgunlukları, kendilerine güvenleri, dürtü kontrolleri ve sosyal becerileri düşüktür (Finkelhor ve Araji, 1986) ve bu gözlemler son zamanlarda yapılan araştırmalarla da desteklenmiştir (Kalichman, 1991; Overholser ve Beck, 1986). Daha yaşlı olan heteroseksüel pedofilikler ise ya evlidirler ya da yaşamlarının bir döneminde evlilik geçirmişlerdir.

Yasaksevinin ortaya çıktığı ailelerin genellikle beklenmedik şekilde ataerkil ve geleneksel olduklarını, özellikle kadınların boyun eğici bir rol üstlendiklerini ortaya koyan kanıtlar vardır (Alexander & Lupfer, 1987). Bu ailelerdeki anne-babalarda çocuklarını ihmâl etme ve onlardan duygusal olarak uzak kalma eğilimi görülmektedir (Madonna, VanScoyk & Jones, 1991). Ayrıca annenin olmadığı ya da sakat olduğu ailelerde yasaksevinin daha yaygın olduğuna inanılmaktadır (Finkelhor, 1979), çünkü aksi halde anneler genellikle kızlarını bu aile içi cinsel kötüye kullanıma karşı koruyabilmektedirler.

Son zamanlarda aile içinde yaşananlar da dâhil olmak üzere tüm çocuk tacizlerinin he-

---

[2] *Kuvvetli dini inançlarla pedofili ve yasaksevi bozuklukları arasında ortaya çıkan ilişki, dindar olmanın bu tür bozukluklara bir zemin hazırladığı şeklinde değerlendirilmemelidir. Belki de bu kişiler, kendi ya da başkalarının çocuklarına duydukları yoğun çekicilik ile başa çıkabilmek için dini yolla bir teselli ve bağışlanma aramaktadırlar. Ancak elde edilen bulgular korelatif olduğundan farklı şekillerde de yorumlanabilir.*

men hemen yarısının erkek ergenler tarafından gerçekleştirildiği ortaya konmuştur (Becker ve ark., 1986; Morenz & Becker, 1995). Muhtemelen içinde bulundukları karmaşık ve negatif aile ortamı nedeniyle, yetişkin suçluların çoğunda da kanundışı davranışlar erken gençlik döneminde görülmeye başlamaktadır. Bu evlerde planlama ve pozitif destek eksiktir (Blaske ve ark., 1989). Bu gençlerin çoğu çocukluklarında kötüye kullanıma maruz kalmışlardır (Worling, 1996). Cinsel amaçlı olmayan suç işleyenlere nazaran çocuklara karşı sapkın davranışlarda bulunanların sosyal becerileri daha az gelişmiştir ve bunların sosyal açıdan daha izole bir yaşantıları vardır (Award & Saunders, 1989). Bu kişilerde akademik sorunlar da yaygındır (Blaske ve arkadaşları, 1989). Genel olarak bu genç erkeklerin çocukluklarında (cinsel suç işleyen kadınların sayısı çok azdır) çeşitli nedenlerden dolayı polisle sık sık sorun yaşayan suçlular oldukları söylenebilir. Beklendiği gibi bu kişilerde davranım bozukluğu tanısına sık rastlanır. Beklenenin aksine bu kişilerde depresyon oldukça yaygındır (Becker ve ark., 1991), ve belki de çocukları kötüye kullanma konusundaki bu duyarsızlıklarının temelinde yaşamlarında çok mutsuz olmaları yatmaktadır.

Pedofili ve yasaksevide fiziksel güce nadiren başvurulması nedeniyle bu kişiler kurbanlarını cinsel yaşantılar için zorladıklarını inkâr ederler. Ancak böyle bir durumda zorlama olmadığını düşünmek mümkün değildir. Yaşça daha büyük olan, çocuk veya erkek çocuğun saflığından ve tarafların eşit güçte olmadığı bir ilişkiden faydalanmaya çalışmaktadır (örneğin izci başı ve oymaktaki izcilerden biri ya da kamp danışmanı ve yatakhanedeki öğrencilerden biri arasındaki ilişkilerde olduğu gibi). Bazen tacizde bulunan kişi çocuğun ona olan güvenine ihanet ettiğinin ve birkaç yıl sonra çocuğun ciddi negatif psikolojik sonuçlarla mücadele etmek zorunda kalacağının farkına varmaksızın yaptıklarını mantığa bürür ve hatta ona iyilik ettiğini bile düşünebilir (Odak 14.1).

Pedofili ve yasaksevi tahmin edildiğinden daha sık görülmektedir. 796 kolej öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada, kızların %19'unun, erkeklerin %8.6'sının çocukken cinsel kötüye kullanıma maruz kaldıkları büyük bir şaşkınlıkla saptanmıştır. Bu kızlardan %28'ini, erkeklerin ise %23'ünü kötüye kullanan akrabaları olmuştur (Finkelhor, 1979). Daha yeni bir çalışmadan da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Siegal ve ark., 1987).

Hükümetlerin cinsel kötüye kullanımların rapor edilmesi ile ilgili daha etkili kanunlar uygulamaları halinde, örneğin sağlık alanında çalışan profesyonellerin ve öğretmenlerin şüphelendikleri durumları rapor etmelerini talep etmek gibi, çocuk cinsel taciz oranının %50 ilâ 500 artması beklenebilir.

GÖZETLEMECİLİK (RÖNTGENCİLİK)

Bir erkek bazen tesadüfen karşılaştığı bir durumda, o kişinin haberi olmaksızın bir kadını çıplak iken izleyebilir. Eğer bu erkek temelde geleneksel bir cinsel yaşama sahip ise, davranışı **gözetlemek (röntgenlemek)** olarak adlandırılsa da, genellikle böyle bir kişi gözetlemeci olarak değerlendirilmeyebilir. Gözetlemecilik cinsel doyuma ulaşabilmek amacıyla başkalarını soyunukken veya cinsel ilişki sırasında gözetlemek demektir. Bu Bölümün başında aktarılan William'ın durumunda olduğu gibi, genellikle röntgencilik olarak adlandırılan gözetleme yoluyla kişi cinsel doyuma ulaşır ve bazen cinsel doyuma ulaşabilmek için gözetlemecilik yapmak şarttır. Gözetlemeci başkalarını seyrederken ya da daha sonra seyrettiklerini hatırlayarak mastürbasyon yoluyla cinsel doyuma ulaşır. Bazen de gözetlemeci gözetlediği kişi ile cinsel temasa girdiğini hayal eder, ancak bu fantezide kalır. Gözetlemecilikte gözetleyen ile gözetlenen arasında temas olması çok nadir olarak rastlanılan bir durumdur.

Gerçek bir gözetlemeci, kendisi için soyunan bir kadını seyretmekten heyecan duymaz. Gözetlemecilikte risk faktörü önemlidir, çünkü gözetlemeciyi asıl heyecanlandıran, kadının gözetlendiğini fark etmesi halinde vereceği tepkileri düşünmektir. Bazı gözetlemeciler özellikle cinsel ilişkide bulunan çiftleri gözetlemekten zevk alırlar. Kanunlara aykırı olan tüm davranışlarda olduğu gibi, bu bozukluğun görülme sıklığını belirlemek de oldukça zordur, çünkü bu tür kanundışı aktiviteler polislerin gözünden kaçabilmektedir.

Gözetlemeciler genellikle genç, bekâr, uysal ve doğrudan cinsel ilişkiye girmekten korkan kişilerdir. Gözetleme yoluyla yaşanan doyum, gerçek cinsel ilişki sırasında yaşanabilecek doyumun yerine geçmekte ve belki de kişinin kendini gözetlediği kişilerden daha güçlü hissetmesine yol açmaktadır. Gözetlemeci bu yaşadıklarından dolayı rahatsızlık duymaz.

Polis kayıtlarına göre, Danimarka'da pornografik materyallerin yetişkinlere satılmasına izin

verildikten sonra gözetlemecilik oranında belirgin bir azalma olduğu görülmüştür (Kutchinsky, 1970). Bunun nedeni, mastürbasyon sırasında kullanılabilecek resimlere ve yazılı materyale ulaşabilmenin kolaylaşması sonucunda, başka bir yol bulamadıkları için başkalarını gözetleme ihtiyacı duyan gözetlemecilerin, artık buna ihtiyaç duymamaları olabilir.

TEŞHİRCİLİK

Teşhircilik, cinsel doyuma ulaşabilmek amacıyla kişinin cinsel organını, onu görmeye istekli olmayan bir yabancıya gösterme ihtiyacının tekrarlayan bir biçimde ortaya çıkmasıdır. Gözetlemecilikte olduğu gibi teşhircilikte de, cinsel organın gösterildiği kişi ile cinsel temasta bulunulması çok nadir rastlanılan bir durumdur. Cinsel uyarılmanın olabilmesi için teşhirci ya cinsel organını gösterdiğini hayal eder ya da gerçekten gösterir ve bu hayali ya da gerçek gösterme sırasında mastürbasyon yapar. Birçok vakada cinsel organını gösterdiği kişiyi şaşırtma veya utandırma isteği söz konusudur.

Tüm cinsel suçlar arasında polis kayıtlarında en fazla yer tutan gözetlemecilik ve teşhirciliktir. Genellikle "*ahlâka aykırı"* davranmaktan dolayı polis tarafından tutuklanan teşhircilerin çoğunluğu erkektir.

Teşhirci çok yoğun ve kontrol edilemez bir biçimde cinsel organını gösterme dürtüsüne sahiptir ve bu dürtüyü tetikleyen cinsel uyarılma, kaygı ya da huzursuzluktur. Bu dürtü o kadar kuvvetlidir ki, örneğin omuriliğinin hasar görmesi nedeniyle belinden aşağısını hareket ettiremeyen ve hissetmeyen bir teşhirci, bunlara rağmen cinsel organını gösterme çabalarına devam etmiştir (DeFazio ve ark., 1987). Kompulsif bir yapıya sahip olan bu dürtü, gösterme davranışının giderek daha da sık tekrarlanmasına, hatta mümkün olduğu kadar aynı saatte ve aynı yerde yapılmasına yol açabilir. Teşhirciler teşhir sırasında o kadar kendilerini kaptırırlar ki, bu davranışlarının sosyal ve kanuni sonuçlarını o anda düşünemezler (Stevenson & Jones, 1972). Teşhir anındaki çaresizlik ve gerginlik baş ağrısına, çarpıntıya ve gerçeklik hissinin kaybolmasına yol açabilir. Sonrasında aşırı bir titreme ve pişmanlık başlar (Bond & Hutchison, 1960). Gözetlemeciler gibi teşhirciler de çok nadir olarak, cinsel organlarını gösterdikleri kişi ile fiziksel bir temasa girerler ve teşhircilerin tecavüz etmek gibi şiddet içeren suçları işleme oranları çok daha düşüktür (Rooth, 1973). Genel olarak teşhirciler karşı cinse yaklaşımlarında olgun davranamazlar ve insanlar arası ilişkilerde zorluk çekerler. Teşhircilerin yarısı evlidirler, ancak eşleriyle olan cinsel ilişkileri tatminkâr değildir (Mohr, Turner & Jerry, 1964).

Erkek teşhirciler üzerinde yapılan bir çalışmada, teşhirci olmayan erkeklerde uyarılmaya yol açmayan uyarıcıların teşhircilerde uyarılmaya yol açıp açmadığını belirlemek amacıyla penil pletismografi kullanılmıştır (Fedora, Reddon & Yeudal, 1986). Normal deneklerle ve şiddetli saldırıda bulunan cinsel suçlularla karşılaştırıldıklarında, teşhirciler cinsel bir özellik taşımayan durumlardan, yani parkta oturan ya da asansöre binen tamamen giyinik kadın slâytlarından en fazla uyarılan grup olmuşlardır. Bununla birlikte teşhirciler erotik ve cinsel içerikli slâytlar karşısında diğer gruplarla aynı derecede uyarılmışlardır. Bu sonuçlar teşhircilerin cinsel temasın kur yapma aşaması ile ilgili ipuçlarını yanlış değerlendirdikleri hipotezi ile uygunluk göstermektedir, çünkü teşhirciler teşhirci olmayanların erotik olarak değerlendirmedikleri durumları cinsel bir durum olarak görebilmektedirler. Aynı çalışmada teşhircilerin şiddet içeren slâytlardan diğer iki gruba nazaran daha az uyarıldıkları saptanmıştır. Bu bulgu teşhircilerin fiziksel olarak zararlı olabilecekleri yolundaki yaygın düşüncenin doğru olmadığını ortaya koymaktadır.

CİNSEL SADİZM VE CİNSEL MAZOŞİZM

Cinsel sadizmin anahtar özelliği cinsel doyumun olabilmesi veya arttırılabilmesi için diğer kişiye acı ya da psikolojik ıstırap (aşağılama gibi) çektirmenin tercih edilmesidir. **Cinsel mazoşizmin** anahtar özelliği ise cinsel doyumun olabilmesi ya da artırılabilmesi için kişinin acı ya da aşağılanmaya boyun eğmeyi tercih etmesidir. Bu iki tür bozukluk hem heteroseksüellerde hem de eşcinsellerde görülebilir, ancak bu bozuklukların görüldüğü vakaların %85'inin ya sadece heteroseksüel ya da esas olarak heteroseksüel oldukları belirtilmektedir. Kadın sadist veya mazoşistler de vardır. Bu bozukluklar erken yetişkinlik döneminde başlar ve sadist ve mazoşistlerin çoğu cinsel yaşantılarından memnundurlar (Spengler, 1977).

Sadistlerin çoğu karşılıklı olarak cinsel tatmin yaşayabilmek için mazoşistlerle ilişki kurarlar. Moser ve Levitt (1987) Amerika'da cinsel ilişki sırasında acı ve aşağılanma yaşayan milyon-

ODAK 14.1 ÇOCUK CİNSEL KÖTÜYE KULLANIMI: MAĞDUR ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ VE MÜDAHELE YÖNTEMLERİ

Hem pedofilide hem de yasaksevide çocukların cinsel yönden kötüye kullanımı (child sexual abuse) (ÇCKK) söz konusudur ve bunları cinsel olmayan çocuk kötüye kullanımdan ayrı olarak ele alınmalıdır. Bu bozuklukların her ikisi de negatif sonuçlara yol açarlar ve bazen birlikte ortaya çıkabilirler. Cinsel olmayan çocuk kötüye kullanımında çocuğun fiziksel ve ruh sağlığı ihmâl edilebilir ve örneğin çocuğu haksız yere cezalandırmak, çocuğu küçümsemek, kasıtlı olarak uygun barınak, yiyecek ve tıbbi bakım vermemek, vurmak veya fiziksel acı ve yaralanmalara yol açacak davranışlarda bulunmak şeklinde ortaya çıkabilir. Fiziksel kötüye kullanım genellikle cinsel kötüye kullanımın olmadığı ailelerde daha yaygındır. Her iki tür kötüye kullanım da rapor edilmesi gereken suçlardır.

Çocuk cinsel kötüye kullanımı, kötüye kullanan kişinin; çocuğun vajenine veya anüsüne penisini, parmağını veya bir başka nesneyi sokması ve çocuğu okşaması ya da çocuğa sarılması gibi fiziksel temasları kapsar. Yetişkin ve çocuk arasında gerçek bir cinsel aktivite yaşanmasa da, teşhircilik ve çocuk pornografisinde de cinsel kötüye kullanım söz konusudur (Wolfe, 1990).

SIKLIĞI

Kesin bir oran vermek zor olmakla birlikte, kadınların %15 ile %33'ünün cinsel olarak kötüye kullanıldıkları tahmin edilmektedir (Finkelhor ve ark., 1990). Terapi alan kadınlar arasında bu oran %75'e yükselmektedir (Polunsky & Follete, 1995). Erkekler için tahmin edilen oranlar daha düşük olsa da, bu oranlar gözardı edilebilecek kadar düşük de değildir. Erkeklerde genel nüfusta %16, terapi alanlarda %23 oranında cinsel kötüye kullanım görülmektedir (Finkelh ve ark., 1990; Jacobson & Herald, 1990). Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 156.000'den fazla çocuğun genellikle de birçok kereler kötüye kullanılma nedeniyle polise veya diğer çocukları koruma kurumlarına başvurdukları bildirilmektedir (Ulusal Çocuk Kötüye Kullanım ve İhmâl Merkezi, 1988) ki, bu sayı büyük bir olasılıkla gerçekleri tam olarak yansıtmamakta ve gerçek sayının çok altında kalmaktadır (Finkelhor, !990).

MAĞDUR ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Pedofili ve yasaksevinin uzun süreli negatif etkilere yol açtığı konusunda pek çok kanıt vardır (Felitti, 1991). ÇCKK travma sonrası stres bozukluğunun bir çeşididir ve çocuğun bundan nasıl etkilendiği uzun süreli sonuçlarla belirlenir. DSM-IV'te cinsel aşağılanmaların da stres yaratan travmalardan biri olabileceği ve "gelişimsel olarak çocuğa uygun olmayan tüm yaşantıların cinsel travma yaratabileceği" belirtilmektedir (APA, 1994, s. 424). Oysa DSM'de çocukların cinsel kötüye kullanımı "klinik açıdan odaklanılabilecek diğer durumlar" başlığı altında yer almaktadır. ÇCKK farklı sınıflandırmalarda nasıl kategorize edilmiş olursa olsun, bunun ciddi ve travmaya yol açabilecek bir durum olduğu açıktır.

ÇCKK'nin kısa ve uzun süreli etkileri konusunda son yıllarda yapılan çalışmalar, cinsel kötüye kullanıma maruz kalmış çocukların, böyle bir duruma maruz kalmamış çocuklara nazaran daha fazla psikolojik stres yaşadıklarını ve bir ve ikinci eksende yer alan bozukluklarda da daha geniş bir menzil içinde ve daha yüksek oranda yer aldıklarını ortaya koymuştur (Polusny & Follette, 1995; Trickett & Putnam, 1993). Kötüye kullanımdan sonraki ilk yıl içinde, pek çok çocukta kaygı, depresyon, düşük kendine güven, öğrenme bozuklukları, davranım bozukluğu ve kendine zarar verme davranışları ortaya çıkmıştır. Bu kişilerde yetişkinlik döneminde de kaygı ve depresyonun devam ettiği ve bunlara ek olarak madde kötüye kullanımı, aşırı yeme, somatizasyon bozuklukları ve intihar davranışları görülmüştür. Yetişkin kadınlarda depresyonun yaygın olarak görülmesinin kısmen ÇCKK görülme sıklığının yüksek olmasına bağlı olabileceği görüşü ileri sürülmüştür Culter & Nolen-Hoeksema, 1991). Çocukluklarında cinsel kötüye kullanıma maruz kalmış kişiler, sosyal ve kişilerarası ilişkilerinin daha zayıf olduğunu, cinsel tatminsizlik ve cinsel işlev bozukluklarını daha fazla yaşadıklarını ve cinsel açıdan yüksek risk taşıyan davranışlarda daha fazla bulunduklarını bildirmişlerdir. Erken yaşta cinsel kötüye kullanıma maruz kişiler, yetişkinliklerinde de cinsel açıdan kötüye kullanılmaya ve eşlerinden fiziksel şiddet görmeye daha fazla eğilim göstermektedirler.

Bizim görüşümüze göre, ÇCKK'nin önemli ve genellenmiş uzun süreli etkilerinden biri de (yetişkinler başlarına gelenlerden dolayı suçlu olmadıklarını ve çocukken tecavüze uğradıkları için kötü bir insan olmadıklarını fark etmelerine yardımcı olmadıkları için) bu kişilerin kendine saygı ve kendine değer verme hislerinin kaybolmuş olmasıdır. ÇCKK'ye maruz kalan kişiler aynı zamanda yetersizlik ve güçsüzlük hissi de yaşayabilirler (Trickett & Putnam, 1993).

Cinsel kötüye kullanımın yanısıra çocuğun aile yaşamındaki bazı özellikler de psikolojik problemlerin ortaya çıkmasında rol oynayabilir. Örneğin, cinsel kötüye kullanıma ek olarak çok despot bir babaya sahip olmak, çaresizlik duygularının daha da artmasına yol açarak kadınların depresyona girme risklerini arttırmaktadır. Araştırmalar fahişeliğin, rastgele cinsel ilişkide bulunmanın, madde kötüye kullanımının, kaygı bozukluklarının ve cinsel işlev bozukluklarının ÇCKK sonucunda ortaya çıkan sorunlar olduğunu

Çocuğun cinsel kötüye kullanıma maruz kalıp kalmadığı konusunda yapılan görüşmede çok hassas olmak gerekir. Bu süreci kolaylaştırabilmek için sıklıkla uygun anatomik yapılara sahip oyuncak bebekler kullanılmaktadır.

ortaya koymaktadır (Burnam ve ark., 1988). Önceden de belirtildiği gibi çocuklukta cinsel köyüye kullanıma maruz kalmak, çoklu kişilik bozukluğu ve sınır kişilik bozukluğunda da rol oynamaktadır (Saunders, 1991). Bir çalışmada cinsel kötüye kullanıma maruz kalmış çocukların büyüdüklerinde de cinsel olarak aşağılandıkları ilişkilere girme risklerinin yüksek olduğu bildirilmiştir. "Kim tarafından yapılmış olursa olsun, cinsel kötüye kullanıma maruz kalmak, 'kurban edilme' beklentisinin yerleşmesinde rol oynuyor gibi görünmektedir" (Alexander & Lupfer, 1987, s. 244). Kuşkusuz bu yorumu o kişiyi aşağılayarak "aslında o kurban edilmeyi istiyor" şeklinde değerlendirmemek gerekir. Ancak bu yorum; çocukluklarında cinsel kötüye kullanıma maruz kalan bu kadınların bundan ters yönde etkilenmelerinden dolayı, yetişkinlik döneminde de istemedikleri cinsel yaşantılara karşı atılgan tepkiler ortaya koymayı öğrenmemiş olabileceklerine işaret etmektedir.

Genellikle çocuğu kötüye kullanan kişi yabancı biri değildir. Bu kişi bir amca, erkek kardeş, öğretmen, çalıştırıcı, komşu, hatta bir din adamı bile olabilir. Çocuğu kötüye kullanan kişi genellikle çocuğun tanıdığı ve büyük bir olasılıkla güvendiği biri olduğundan, bu gerçeği çocukla konuşabilmek ve bu gerçekle bir yetişkin olarak yüzleşebilmek çok zordur.

ÖNLEME

Bir önleme programının amacı (19. Bölüm'de önleme çalışmalarını toplum psikolojisi adı altında inceleyeceğiz) sorunun görülme sıklığını, yaygınlığını ve şiddetini azaltmaktır. Çocuk cinsel kötüye kullanımı açısından önleme çalışmalarının odak noktası ilkokullardır. Uygulanan programlar farklılık gösterse de, tüm programlarda ortak olarak çocuklara uygun olmayan yetişkin davranışlarını nasıl fark edebilecekleri, kandırılmaya nasıl karşı koyacakları, oradan hemen uzaklaşılması ve bu olayın uygun bir yetişkine anlatılması gerektiği öğretilmektedir (Wolpe,1990). Çocuklara bir yetişkin kendilerini kötü hissetmelerine yol açacak şekilde konuştuğunda veya dokunduğunda sert ve atılgan bir şekilde nasıl "hayır" diyebilecekleri anlatılmaktadır. Cinsel kötüye kullanımın nasıl olabileceği ve kendilerini nasıl koruyabilecekleri konusunda resimli çocuk kitapları, filmler ya da riskli durumların tanımlanması gibi yollardan yararlanılabilir. Yapılan değerlendirmeler okullarda uygulanan bu programların cinsel kötüye kullanımın fark edilmesinde artma olacağı beklentisini desteklemekle beraber, çocukların bu programlardan öğrendiklerini gerektiğinde açık davranışlara dönüştürüp dönüştüremedikleri ve ortaya çıkan değişikliklerin problemi azaltıp azaltmadığı konusunda yeterince bilgimiz yoktur (Wolpe, 1990). Ama en azından bu programlar, çocukların evlerinde de bu konunun konuşulmasına yol açmakta (Wurtule & Miller-Perrin, 1987) ve dolayısıyla böyle bir durumla karşılaşan çocukların bunu anne-babalarına veya bakıcılarına söylemeleri açısından cesaret kazanmaları gibi önemli bir amacın gerçekleşmesine katkıda bulunmaktadır.

PROBLEMİN ELE ALINIŞI

Pek çok yetişkin için rahatsız edici olsa da, anne-babalar birşeylerden şüphelendiklerinde bu konuyu çocuklarına açmalıdırlar. Hekimler de cinsel kötüye kullanım ile ilgili psikolojik ve fiziksel belirtiler konusunda hassas olmalıdırlar. Pek çok ülkede sağlıkla ilgili profesyoneller ve öğretmenler çocukların cinsel (ya da cinsel olmayan) açıdan kötüye kullanıldıklarının farkına vardıklarında, bunu çocuk koruma kurumlarına ya da polise bildirmekle yükümlüdürler. Kaliforniya'da psikologlar bu konuda en azından asgari düzeyde bilgi sahibi olabilmek ve çocuk cinsel kötüye kullanımını bildirme ile ilgili kanuni sorumluluklarının farkına varabilmek için bir günlük bir kursa katılmak zorundadırlar.

Bir çocuk için cinsel açıdan kötüye kullanıldığını söylemek çok zordur. Anne-babasına erkek kardeşi ya da dedesi tarafından okşandığını söylemenin ne kadar korkutucu olduğunu ve çocuğun kendini ne kadar çaresiz ve bağımlı hissedebileceğini unutmamalıyız. Daha da kötüsü çocuğu cinsel açıdan kötüye kullanan kişinin çocuğun babası olması durumudur. Çocuk

bir yandan babasına bağlılık ve sevgi hissederken bir yandan da ondan korkmakta ve duygusal anlamda geri çekilmekte bir yandan da bütün olup bitenlerin yanlış olduğunu düşünmektedir. Bazı anneler çocuklarının kötüye kullanılmakta olduğundan şüphelenseler bile, bunun devam etmesine göz yummaktadırlar. Böyle anneler çocuklarının şikâyetlerine inanmamayı, onlara yeterince destek vermemeyi ve hatta düşmanca davranışlar sergilemeyi seçebilirler.

Çocuğu olası cinsel kötüye kullanım hakkında sorgularken, özellikle sonunda bir dava açılması olasılığı varsa, tam ve doğru bilgi alabilmek, herhangi bir yönlendirme yapmamak ve çok rahatsız edici bir yaşantının yeniden yaşanmasından dolayı kaçınılmaz olarak ortaya çıkan stresi hafifletmek büyük beceri gerektirir. Bazı kanun adamları, sorgulama sırasında, hem çocuğun stresinin azaltılabilmesi hem de suçlananın haklarının korunabilmesi açılarından dava sırasında nasıl davranılacağı ve neler beklenebileceği ile ilgili özel asistanlardan ya da eğitim programlarından yararlanarak örneğin oturumların kapalı yapılması, tanıkların video veya kapalı sistem televizyon yayını ile izlenmesinden yararlanılması gibi yeni yollara başvurmaktadırlar (Wolpe, 1990). Gerçeğin öğrenilmesinde yararlanılabilecek yollardan biri de çocukların anatomik açıdan uygun bebeklerle oynamalarını izlemektir. Ancak çocuğun bu bebeklerle oynama biçimini gerçeğin değerlendirilmesi açısından tek bir ölçüt olarak almamak, sadece değerlendirmenin bir parçası olarak görmek gerekir, çünkü cinsel kötüye kullanıma maruz kalmamış birçok çocuk da bebekleri cinsel birleşme pozisyonuna getirerek oynayabilmektedirler (Jampole & Weber,1987). Bir yandan başına neler geldiğini anlamak için çocuğa yardımcı olmaya çalışırken, bir yandan da çocuğu yaşanmamış bir olayı rapor etmeye doğru yönlendirmemeye de özen gösterilmesi gerekir. Bütün bunlar dikkate alındığında, aile içinde yaşanan cinsel kötüye kullanımların çoğu kez rapor edilmemesine ve büyümekte olan çocuğun kendine güveninin azalmasına, başka koşullarda olumlu olarak değerlendirilebilecek ilişkileri çarpıtılmasına ve hatta ciddi akıl hastalıklarının ortaya çıkmasına katkıda bulunan bir sır olarak saklanmasına çok şaşırmamak gerekir.

Anne-babalar da çocuklarının cinsel kötüye kullanıma maruz kaldığını öğrendiklerinde bir kriz dönemi geçirmektedirler. Eğer yasaksevi söz konusu ise gerçek bir aile krizi yaşanır. Eğer bunun sorumlusu baba ise, bu durumda ne yapılacağı ile ilgili çatışmalar yaşanır, çünkü çoğunlukla baba ailede baskın olan ve hem sevilen hem de korkulan bir kişidir. Evde yoğun bir şekilde suçluluk ve utanma duyguları hâkimdir. Ayrıca ailede bir veya her iki ebeveynin alkolik olması gibi başka ciddi sorunlar da yaşanıyor olabilir. Çocuğun daha sonra karşılaşabileceği cinsel kötüye kullanımlardan veya öfkeli ve korkmuş durumdaki suçlu kişinin öc almaya yönelik tehditlerinden ve davranışlarından nasıl korunabileceği ile ilgili kararlar alınması gerekir. Özellikle annenin durumu daha da zordur; bazen kızı ile kocası arasında ne yapacağını bilemez, bazen de ekonomik nedenlerden dolayı babanın evden ayrılmasının mı, yoksa tutuklanmasının mı daha doğru olacağı konusunda karar veremez. Yasaksevi vakalarının yüzde kaçının polise bildirildiğini bilmek mümkün değildir, ancak çoğunluğunun polise bildirilmediğini söylemek yanlış olmaz (Finkelhor, 1983). Cinsel kötüye kullanımın aile dışından biri tarafından yapıldığı durumlar daha sık polise bildirilmekte ve dava edilmektedir.

Anne babaların da çocuğun ifadelerine karşı nasıl tepki gösterecekleri konusunda yardıma ihtiyaçları vardır. Çocuğun şikâyetleri ciddiye alınmalıdır. Böyle bir durumda anne-babanın yoğun duygusal tepkileri her ne kadar anlaşılabilir olsa da, çocuğun kendini daha kötü hissetmesine yol açabilir. Ancak unutulmamalıdır ki, çocuklar olayları yetişkinlerden daha farklı olarak anlamlandırmaktadırlar. Cinsel kötüye kullanımın her şekli çok önemli ise de, örneğin özellikle okul öncesi dönemdeki çocuklar kendilerine ne yapıldığını tam olarak anlayamamış olabilirler ve dolayısıyla da bundan çok fazla etkilenmemiş olabilirler. Ancak tüm çocukların korunmaları gerekir ve bazen de fiziksel yaralanmalar nedeniyle tedaviye ihtiyaç duyulabilir.

Kriz atlatıldıktan sonra birçok çocuk sürekli profesyonel gözlem altında olmaya ihtiyaç duyabilir (Wolfe, 1990). Tecavüze uğrayan yetişkinler gibi, ki tecavüze uğrayan yetişkinlerin çoğu çocukluklarında cinsel kötüye kullanıma maruz kalmış kişilerdir, bu çocuklarda da travma sonrası stres bozukluğu ortaya çıkabilir. Yapılacak müdahaleler yetişkinlerde görülen travma sonrası stres bozukluğunda uygulananlara benzerdir; güvenli ve destekleyici bir terapötik ortamda travma ile ilgili anılar üzerine odaklanılır (Johnson, 1987). Sağlıklı cinsel ilişkilerde kuvvet veya korkuya yer olmadığının, olgunlaştıkça cinsel yaşantının kişiyi rahatlatan bir özellik haline geldiğinin öğretilmesi de çok önemlidir (McCarthy, 1986). Beden teması ile ilgili ketlenmelerin kaldırılmasında grup ortamlarında ve cinsel amaçlı olmayan el tutma ya da sırta dokunma gibi davranışlardan yararlanılabilir (Wolfe, 1990). Tecavüz vakalarında olduğu gibi olanlarla ilgili suçluluk duygusunu diğer kişiye döndürmek, yani kişinin "ben kötüyüm" şeklindeki sorumlulukla ilgili atıflarını "o kötü" şeklinde değiştirmek yararlı olur. Yapılacak müdahale çocuğun yaşına göre ayarlanmalıdır; örneğin 14 yaşındaki bir gencin olanları hatırlamak için bebeklere ihtiyacı olmaz ve 3 yaşındaki bir çocuk için de grup terapisi uygun olmaz. Bununla birlikte her ne kadar bu konudaki klinik raporlar oldukça cesaret verici olsalar da, henüz bu çok çeşitli ve karmaşık müdahale yöntemleri ile ilgili kontrollü çalışmalar bulunmamaktadır.

Cinsel sadist birlikte olduğu kişiye ki bu genellikle hükmedilmekten ve aşağılanmaktan uyarılan bir mazoşist olur, eziyet ederek veya onu aşağılayarak cinsel tatmin sağlar.

larca kişi olduğunu tahmin etmektedirler (ancak çoğu bu tür yaşantıları sadist ya da mazoşist tanısı alacak kadar sık veya yoğun yaşamamaktadır). Sadist ve mazoşistlerin çoğu cinsel yaşamları dışında geleneksel bir şekilde yaşarlar ve bunların çoğunun gelir ve eğitim düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğunu gösteren kanıtlar vardır (Moser &Levitt,1987; Spengler, 1977). Sadist cinsel doyuma ulaşabilmek için eşine acı verirken, mazoşist de bu acıya maruz kalmakla doyuma ulaşır. Bu kişiler sadistik ve mazoşistik cinsel yaşantıları, örneğin tokat atmayı cinsel ilişkinin başlangıcı ya da birleşmenin bir aşaması olarak görürler.

Her ne kadar bunlar her iki rolü de, yani hem baskın hem de çekinik rolü oynayabilirlerse de, mazoşistlerin sayısı daha fazladır. Bu nedenle fahişelerin çalışmalarında sertlik ve disiplin ile ilgili konular dikkate değer bir bölümü oluşturmaktadır. Cinsel mazoşism farklı şekillerde ortaya çıkabilir. Örneğin hareketin engellenmesi (fiziksel olarak bağlanma), gözlerin bağlanması (duyusal bağlanma), dövülme, kamçılanma, elektrik şokuna maruz kalma, kesilme ve aşağılanma (örneğin, üzerine idrar ya da gaita yapılması, köpek gibi havlamaya zorlanma, sözel tacize maruz kalma vb.) gibi. "Bebeksilik" *(infantilism)* ile kendisine çaresiz bir bebekmiş gibi davranılmasını istemek ve üstünde çocuk bezinden başka bir şey olmaması kastedilmektedir. Mazoşizmin özellikle tehlikeli olan şekillerinden biri hipoksifilidir. Hipoksifili de cinsel uyarılma oksijen yoksunluğu ile sağlanır ve bunun için çevresel damarları genişleterek beyindeki oksijen miktarını geçici olarak azaltan kimyasal maddeler, göğüs kompresyonu, plastik torba veya ip kullanılır (APA, 1994).

Sadist ile mazoşist ilişki sırasında yaşayacakları aktiviteleri önceden belirlerler. (Gagnon & Simon, 1977). Çiftin birlikte belirlediği aktivitelerde acı, aşağılama ve hükmetme ya da her ikisi birden yer alır. İtaat ve hükmetme ile ilgili temalar da fiziksel eziyet kadar önemlidir. Bu önceden belirlenen aktivitelerin her iki taraf için de, cinsel uyarılmayı yükseltecek hayali bir "anlamı" vardır. Örneğin mazoşist, disiplin meraklısı öğretmeni tarafından cezalandırılması gereken yaramaz bir çocuk ya da eski devirlerde olduğu gibi çok güçlü bir sultana satılan bir köle rolünü oynayabilir.

Bazı sadistler cinayet işleyebilir ya da diğer kişiyi sakat bırakabilirler. Bunlar cinsel doyum alabilmek için kurbanlarına genellikle de yabancı kişilere eziyet eden ve bu nedenle hapse girmiş suçlulardır (Dietz, Hazelwood & Warren, 1990). Sadistlerin birisine öfkelendiklerinde gösterdikleri davranışlar sadist olmayan cinsel suçluların davranışlarından çok farklıdır. Sadist cinsel suçlular daha çok polis rolüne girerler, zincirleme cinayetler işlerler, kurbanlarını bağlarlar ve cesetleri saklarlar (Gratzer & Bradford, 1995). Neyse ki sadizm ve mazoşizm genellikle fantezilerle sınırlıdır ve DSM'ye göre bunlar fantezilerle sınırlı kaldığı, yani davranışa dönmediği sürece ve kişi bunlardan dolayı "belirgin bir sıkıntı" duymadığı takdirde bozukluk olarak kabul edilmez. DSM-IV'te de davranışa döndürülmedikçe ve kişide sıkıntı yaratmadıkça geleneksel olmayan fantezilere sahip olmak patolojik değildir. Eğer en azından fantezi düzeyinde yaratıcılığı destekleyen bir sosyal ortam sağlanabilirse, pek çok kişi cinsel ilişki sırasında aklına ya da gözünün önüne gelenlerden dolayı rahatsızlık duymayı bırakabilir. Bunun sonucunda ise daha fazla sadistik ve/veya mazoşistik fanteziler ortaya çıkabilir ama tanı alacak düzeydeki sadist ve mazoşist sayısında azalma olur.

PARAFİLİLERİN NEDENLERİ

Parafililerin nedenleri ile ilgili olarak ortaya atılan çeşitli kuram ve hipotezler arasında en temel olanları psikodinamik ve davranışçı bakış açılarıdır. Diğer bir önemli bakış açısı ise biyolojik bakış açısıdır.

PSİKODİNAMİK BAKIŞ AÇISI

Psikodinamik kuramcılar parafililerin savunucu bir yapıya sahip olduğunu, egoyu bastırılmış korku ve anılarla koruduğunu ve psikoseksüel gelişimin pregenital aşamasında saplanma nedeniyle ortaya çıktığını belirtirler. Parafilisi olan bir kişi geleneksel heteroseksüel ilişkilerden, hatta cinsel olmayan heterososyal ilişkilerden bile korkmaktadır. Bu kişiler cinsel ve sosyal açılardan gelişmemiş, olgunlaşmamış ve yetişkin dünyasında sosyal ve heteroseksüel birleşme için yeterli bir düzeye gelememişlerdir (Lanyon, 1986).[3]

Örneğin fetişist ve pedofili tanısı alan erkekler iğdiş edilme (kastrasyon) kaygısı nedeniyle diğer yetişkinlerle heteroseksüel ilişkiye girmekten çok korkmaktadırlar. Kastrasyon kaygısı, teşhircilikte kişinin erkekliği konusunda emin olabilmesi için cinsel organını başkalarına göstermesine, sadizmde ise diğerlerine hükmetme ve hatta bazen onlara zarar verme davranışlarına yol açmaktadır.

Gözetlemeci, kadınlarla doğrudan temasa geçme yerine seyredildiğinin farkında olmayan kadınları gözetlemeyi tercih etmektedir. Eğer seyredilmekte olan kadın birden bire seyredildiğinin farkına varırsa, gözetlemeci kadının kendisine ilgi duyduğu sonucuna varır. Kendisine bir erkek ve bir sevgili olarak güveninin çok az olması nedeniyle de kendini tehdit altında hisseder ve cinsel açıdan daha az uyarılır. Dolayısıyla gözetlemeci, gözetlenirken yakalanma riskinin yarattığı heyecan nedeniyle değil, onu bir kadınla ilişki kurma olasılığından koruduğu ve bir kadınla temas kurmak açısından en az korkutucu yol olduğu için gizlice gözetlemektedir.

DAVRANIŞÇI VE BİLİŞSEL BAKIŞ AÇILARI

Davranışçı bakış açısına göre parafililer klasik şartlanmadan, yani cinsel uyaranların toplumsal açıdan cinsel uyarılmaya yol açması uygun olmayan uyarıcılarla tesadüfen birleştirilmesinden kaynaklanır (Kinsey ve ark., 1948; Kinsey ve ark., 1954). Genç bir erkek -nedeni ne olursa olsun- siyah deri çizmeler giymiş bir kadın resmi ya da hayali ile mastürbasyon yapabilir. Davranışçı kurama göre, bu yaşantıların tekrarlanması çizmelerin cinsel uyarıcı özelliği kazanmasına yol açar. Pedofili, travesti, gözetlemecilik ve teşhircilik için de benzer açıklamalar önerilmektedir. Her ne kadar bu görüşü az da olsa destekleyen klinik vaka çalışmaları (örn. McGuire, Carlisle & Young, 1965) ve kontrollü deneysel çalışmalar (örn. Rachman, 1966) var ise de, bu orgazmın şartlanması hipotezi görgül çalışmalarla çok az desteklenmiştir (O'Donohue & Plaud, 1994). Bununla birlikte, daha sonra bahsedileceği gibi, bu nedensel varsayımlara dayanan değişik terapötik stratejiler geliştirilmiştir.

Parafililer ile ilgili bir başka davranışçı hipotez ise kaygı ve hayal kırıklığının bu kişilerin diğer kişilerle geleneksel bir biçimde ilişkiye girmelerini engellediği şeklindedir. Yasaksevi ilişkisine giren babaların bunu evliliklerinde ciddi problemler yaşamalarından dolayı yaptıkları düşünülmektedir (her ne kadar ciddi evlilik problemleri olan babaların büyük çoğunluğu böyle yapmasa da). Bu kurama göre, dini yasaklardan dolayı evlilik dışı ilişkilere giremeyen veya fahişelerle temas kuramayan bir erkek, cinsel ve duygusal doyumu kızından elde etmeye çalışırken, "aile" dışına çıkamamaktadır (Frude, 1982; Lang ve ark., 1990). Bununla birlikte, bir dinin nasıl aile dışındaki olgun bir yetişkinle ilişkiye girmektense kızıyla cinsel ilişkiye girmeyi kabul edebileceğini anlamak mümkün değildir.

Edimsel şartlanma bakış açısına göre, parafinlerin çoğu sosyal becerilerin yetersiz olmasının ya da aile ve akrabalar tarafından geleneksel olmayan davranışların pekiştirilmesinin bir sonucudur. Örneğin travestilerin vaka öykülerinde bunların çocukluklarında annelerinin giysileriyle ne kadar sevimli göründükleri hakkında övülmüş oldukları bildirilmektedir.

Bilişler üzerine odaklanan hipotezlerin bazıları psikanalitik bir yapı göstermektedirler. Örneğin bilişsel-davranışçı bakış açısına sahip klinisyenlerle bazı psikodinamik görüşlü klinisyenler, travestinin kişinin erkek olmanın getirdiği sorumluluklardan kaçabilmek için kullandığı bir sığınak olduğunu düşünmektedirler. Dolayısıyla erkek bir travesti için kadın giysileri giymek cinsel olarak uyarılmanın ötesinde önemli bir anlam taşımaktadır. Belki de cinsiyet rollerinin daha esnek olması bu erkekler için kadın giysilerinin taşıdığı anlamı değiştirecektir (Son yıllarda iç çamaşırları da dâhil olmak üzere erkek giyiminde de daha önceden sadece kadın giyiminde kullanılan ipekli kumaşların kullanılmaya başlaması ilginçtir).

---

[3]Yukarıda da bahsedildiği gibi, psikanalitik yaklaşımda cinsel problemlerin daha çok cinsel olmayan faktörlerle açıklanması, oysa cinsel olmayan bozuklukların genellikle cinsel dürtülerle açıklanması çok ilginçtir.

BİYOLOJİK BAKIŞ AÇISI

Çoğunluğunun erkek olması nedeniyle paraflilerin ortaya çıkmasında temel erkek hormonu olan androjenin rol oynadığı görüşü ortaya atılmıştır. Cenin başlangıçta dişi olduğuna ve daha sonra çeşitli hormonların etkisiyle erkeğe dönüştüğüne göre, ceninin gelişmesi sırasında bazı sorunlar ortaya çıkmış olabileceği düşünülmüştür. Ancak normal ve parafili tanısı almış kişiler arasındaki hormonal farklılıklarla ilgili veriler bu görüşü desteklemekte yetersiz kalmaktadırlar. Eğer zamanla biyolojik nedenler önemli hale gelse bile, bu nedenler parafililerin ortaya çıkmasında çok önemli ya da en önemli rolü oynayan yaşantılar da dahil olmak üzere pek çok karmaşık nedenden sadece biri olarak kalacaktır.

PARAFİLİLERİN TEDAVİSİ

En yaygın olan psikanalitik bakış açısına göre parafililer, eski adıyla karakter bozukluğu, yeni adıyla kişilik bozukluğundan kaynaklanır ve dolayısıyla da tedavide başarılı sonuçlar elde etmek de oldukça zordur. Mahkemeler ve halk da bu bakış açısını benimsemiş görünmektedir (Lanyon, 1986). Her ne kadar psikanalitik bakış açısı parafililerin nedenlerinin anlaşılması açısından etkili olmuşsa da, bu bozuklukların tedavisi açısından çok az katkıda bulunmuştur.

Davranış terapistleri çok derinde yatan kişilik bozuklukları görüşü ile fazla ilgilenmemişler, daha çok geleneksel olmayan cinsel örüntüler üzerinde odaklanmışlardır. Buna bağlı olarak da kişinin sadece cinsel özelliklerin değiştirilmesine yönelik terapötik süreçler geliştirmişlerdir. Özellikle çeşitli tekniklerin kullanıldığı geniş tabanlı ve çok yönlü bir tedavi uygulandığında bazı başarılar elde edilmiştir (Becker, 1990; Maletsky, 1991; Marschall ve ark., 1991).

Davranış terapisinin ilk ortaya atıldığı yıllarda parafililere "uygun olmayan nesne ve aktiviteleri çekici bulma" şeklinde çok dar bir açıdan bakılırdı. Bu uygun olmayan nesne ve aktivitelerin çekiciliğinin azaltılabilmesi için de deneysel psikolojiye yönelen araştırmacılar itici uyarıcılarla terapi yöntemi üzerinde odaklanmışlardır. Bu yönteme göre örneğin bir çizme fetişistine çizmeye bakarken, bir travestiye karşı cinsin giysilerini giydiğinde, pedofilik bir kişiye çıplak bir çocuk resmine bakarken el veya ayaklarına şok ya da mide bulantısına yol açan bir ilaç verilir. Daha sonraları bu kişilerin sosyal ortamlarda ilişki kurmakta örneğin kısa bir konuşma yapmakta bile çok zayıf oldukları ve geleneksel cinsel aktivitelerde ise daha da zayıf oldukları, hatta hemen hiç başarılı olamadıkları fark edilmiştir. Dolayısıyla tedavide itici uyarıcılarla terapi yöntemi ile birlikte sosyal beceri eğitimi de uygulanmaya başlamıştır. Pedofili, travestism, teşhircilik ve fetişizm de itici uyarıcılarla terapi ve sosyal beceri eğitiminin birlikte uygulandığı terapilerle bazı başarılı sonuçlar elde edildiğini gösteren çalışmalar vardır (Brownell, Hayes & Barlow, 1977; Marks & Gelder, 1967; Marks, Gelder & Bancroft, 1970; Marshall & Barabee, 1990). İtici uyarıcılarla terapi yöntemi uygun olmayan nesne ve aktivitelere duyulan çekiciliği tamamen ortadan kaldıramasa da, bazı vakalar da kişinin açık davranışlarını daha iyi kontrol edebilmesinde yararlı olmaktadır (McConaghy, 1990; 1994).

Parafilisi olan hastaların aynı zamanda geleneksel uyarıcılar karşısında uyarılma düzeylerinin arttırılması konusunda da yardıma ihtiyaçları vardır. **"Orgazmik yeniden yönlendirme"** belirli uyarıcılar karşısında cinsel uyarılmanın arttırılmasında kullanılan davranışsal bir tekniktir (Brownell ve ark., 1977). Bu tekniğin uygulanmasında hastalardan ki bunların çoğunluğu erkektir, geleneksel açıdan uygun olmayan cinsel uyaranlar karşısında gösterdikleri cinsel tepkileri, örneğin bir kadın fotoğrafı gibi geleneksel cinsel uyaranlara bakarken de göstermeleri istenir. Bu tekniğin ilk klinik uygulamasında Davison (1968a) sadist fantezileri olan genç bir adama evinde aşağıda belirtilen şekilde mastürbasyon yapmasını söylemiştir:

Kalmakta olduğu yurtta uygun bir ortam bulduğunda... önce sadistik bir fantezi yoluyla sertleşme olmasını sağlaması istendi. Daha sonra mastürbasyon yaparken çıplak ve seksi bir kadın resmine (ki bu "hedef" cinsel uyarıcı idi) bakması söylendi. Eğer bu sırada sertleşme kaybolursa yeniden mastürbasyona başlayacak hale gelene kadar sadistik fantezisine geri dönmesi, ancak mastürbasyon sırasında yine resmi kullanması istendi. Fanteziyi sadece sertleşmeyi sağlamak için kullanmasına izin verildi. Boşalma yaklaşırken mutlaka resim üzerinde odaklanması vurgulandı (s. 84).

Hasta bu uygulamayı yapabildi ve birkaç haftalık bir süre sonunda geleneksel resim, düşünce ve imajlarla uyarılmaya başladı. Bununla birlikte terapist orgazmik sürecin tamamlanabilmesi için sadist imajların durdurulabilmesine yönelik olarak itici uyarıcılarla terapi (Cautela,

1966) yöntemini de uygulamak zorunda kalmıştır. Bir buçuk yıllık izleme sonucunda hastanın geleneksel uyarıcılarla uyarılma kapasitesinin devam ettiği ancak zaman zaman sadistik fantezilerine geri döndüğü saptanmıştır. Orgazmik yeniden yönlendirme tekniğinin uygulandığı başka vakalarda da muğlâk sonuçlar elde edilmiştir, ancak davranışçı terapistler bu yöntemle ilgili çalışmalarına devam etmişlerdir. Bazı davranışçı terapistler ise bu yöntemin parafilisi olan hastaların geleneksel uyaranlar karşısında uyarılma kapasitelerinin arttırılmasında en iyi tedavi seçeneği olduğuna inanmaktadırlar (Abel, Mittelman & Becker, 1985).

Bu bölümün başında da belirtildiği gibi, parafililerin çoğu kanunlara aykırıdır ve bazıları, örneğin çocuk cinsel kötüye kullanımı gibi diğer kişiler için tehlike yaratırlar. Dolayısıyla cinsel kötüye kullanım veya tecavüz (daha sonra tartışılacaktır) suçu işleyenlerin çoğunluğu ya hapse ya da akıl hastanelerine gönderilmektedirler (20. Bölüm'e bakınız). Bu tür suçluların tedavisinde elde edilen başarı oranı değişkenlik göstermektedir; yayınlanmış raporlara göre bu oran %90'ın üzerine çıkabildiği gibi %30'lara kadar da düşebilmektedir (Marshall ve ark., 1991). Yayınlanan verileri yorumlamak birkaç nedenden dolayı oldukça zordur. Bazı programlarda en problemli mahkûmlar tedaviye alınırken, diğerlerinde prognoz açısından en iyi olanlar, örneğin ilk defa suç işleyenler tedaviye alınmıştır. Yine bazı programlarda izleme çalışmaları yapılmış, bazılarında ise yapılmamıştır. Yıllar geçtikçe, özellikle de tedavinin bitmesinin üzerinden 2 yıl geçtikten sonra, yeniden suç işleme eğiliminde artış gözlenmektedir (Marshall & Barabee, 1990).

Madde kötüye kullananlarda da görüldüğü gibi, cinsel açıdan suç işleyenlerde de kanuna aykırı olan davranışlarını değiştirme güdüsü çok düşüktür. Tedavi için güdülenmemelerinin temelinde problemi inkâr etme, problemin ciddiyetini hafifletme, kurbanlarının güvenilir tanıklar olarak kabul edilmeyecekleri inancı ve profesyonel bir yardım almadan da davranışlarını kontrol edebileceklerine duydukları güven rol oynamaktadır. Bu nedenlerden dolayı genellikle bu kişilerin tedaviye uygun olmadıkları (Dougher, 1988), tedaviye başlasalar bile tedaviyi bırakacakları (Knopp, 1984) düşünülür. Tedaviye olan güdülenmeyi arttıracak çeşitli yöntemler vardır (Miller & Rollnick, 1991). Örneğin terapist kişinin bir suçlu olduğunu kabul etmek istememesine empati göstererek onun savunuculuğunun ve düşmanca tavırlarının azalmasını sağlayabilir, davranışlarını daha iyi kontrol edebilmesinde yardımcı olabilecek tedaviler hakkında bilgi verebilir, tedaviyi reddetmesi halinde karşılaşacağı olumsuz sonuçları vurgulayabilir (örneğin eğer kişi zaten hapishanede ise daha kötü bir hapishaneye yollanması gibi), yeniden suç işlemesi halinde nelerle karşılaşabileceğini (örneğin daha ağır bir ceza verilmesi gibi) anlatabilir, tedavi sonucunda ulaşılabilecek olumlu sonuçlara dikkat çekebilir, paradoks bir müdahale ile kişinin tedaviye başlamaya veya devam etmeye yeterince güdülü olup olmadığı konusunda şüpheleri olduğunu söyleyerek, hastanın direnmekte olduğu terapiste yanlış düşündüğünü kanıtlayabilmek için harekete geçmesine fırsat verebilir, cinsel uyarılması ile ilgili psikofizyolojik ölçümlerin yapılacağını ve bunların kabul etse de etmese de onun cinsel eğilimlerinin neler olduğunu belirleyebileceğini açıklayabilir (Garland & Dougher, 1991).

Cinsel suç işleyenlerin rehabilitasyonu ile ilgili olarak elde edilen şüpheli bulgular, hapisten çıkan bu kişilerin aynı suçları tekrar işlemeleriyle sonuçlanmış ve kamuoyunun bu kişilerin yakalandıkları yere geri dönmelerinin engellenmesi yolunda baskı yapmasına yol açmıştır. Yeni kanunlarla ortaya konan bir uygulama ise olası bir tehlikenin söz konusu olması halinde, zanlının nerede olduğunun polis tarafından halka duyurulmasıdır. Hatta bu kanunla birlikte vatandaşlar bu kişilerin kendi bölgelerinde yaşayıp yaşamadıklarını polis bilgisayarlarını kullanarak öğrenme hakkına sahip olmuşlardır. Megan'ın kanunları olarak da bilinen bu ve benzeri kanunlar, New Jersey'de 2. sınıfa giden bir çocuğun okuldan eve dönerken vahşice öldürülmesinden sonra konulmuştur. Bu cinayeti işleyen kişi daha önce 2 kez çocuklara tecavüz etme suçundan yakalanmış ve bırakılmıştı. Bu kanun hem çocuklara hem de yetişkinlere yönelik işlenen cinsel suçlarda uygulanmaktadır (Ingram, 1996). Bu tür suçluları izlemeyi kolaylaştırmak amacıyla düzenlenen bilgisayar ağı Ağustos 1996'da Başkan Clinton tarafından oluşturulmuş, böylece polisin bu kişileri ülkenin her yerinde bulabilme imkânına sahip olması mümkün olmuştur (Kempster, 1996).

Megan kanunu ile ilgili olarak ortaya çıkan amaçlanmayan sonuçlardan biri; yıllar önce karşılıklı rıza ile homoseksüel ilişkide bulunmaktan yakalanmış olan kişilerin polis kayıtlarında cin-

sel açıdan suç işleyenlerle birlikte yer almaları ve dolayısıyla topluma teşhir edilmeleridir. Her ne kadar bu kişiler yakalandıklarında geçerli olan kanunlar değişmiş ve bu yeni kanunların amacı toplumu yıllar önce karşılıklı rıza ile bir başka yetişkin ile ilişkide bulunanlardan değil, cinsel açıdan zarar verenlerden korumak olsa da, bu uygulama devam etmektedir. Bu konu ile ilgili düşüncesizce yapılan ihbarlar olmaktadır. Örneğin şimdi 90 yaşında olan bir adam 1944 yılında bir otoparkta bir başka erkeğin bacağına dokunurken yakalandığı için, bu şehvetli davranışlarından dolayı suçlanarak polis kayıtlarına suçlu olarak geçmiştir. Megan kanununun yürürlüğe girmesi ile birlikte üzerinde kırmızı mürekkeple "CİNSEL SUÇ" yazan bir zarf evine yollanmış ve daha bu kişi zarfı görmeye bile fırsat bulamadan, zarf kocasının 50 yıl önce böyle bir suçtan dolayı yakalandığını bilmeyen eşi tarafından açılmıştır (Riccardo & Leeds, 1997).

Cinsel suç işleyenlerin tedavisinde çeşitli tıbbi müdahaleler de denenmiştir. Bir nesil önce Batı Avrupa'da kastrasyon veya yumurtalıkların alınması gibi yollara başvurulmuş ve parafilik davranışların ortaya çıkma oranında belirgin bir azalma görülmüştür (örneğin Langeluddeke, 1963). Ancak bu ameliyat edilen grup çok heterojen bir gruptur ve aralarında kendi rızasıyla homoseksüel ilişkide bulunan kişiler de vardır. Dolayısıyla bu ameliyat edilen grupta kaç kişinin gerçekten masum insanlara zarar veren suçluların, yani çocukları cinsel açıdan kötüye kullanma veya tecavüz etme gibi suçları olan kişilerin yer aldığı bilinmemektedir. Bir yandan net sonuçlar elde edilememesi, bir yandan bu konu ile ilgili önemli etik sorunların olması, bugün için kastrasyonun giderek daha az kullanılmasına yol açmıştır. Ancak daha sonra bahsedileceği gibi, bu bozuklukların tedavisinde ilaç kullanma eğilimi halen devam etmektedir.

Kanunlara aykırı olan ve sosyal açıdan da onaylanmayan parafilik davranışların kontrol altına alınabilmesi için yapılan biyolojik çalışmalar sonucunda son yıllarda giderek ilaç kullanımı da söz konusu olmaya başlamıştır. Tedavide medroksiproges-teron asetat (MPD veya ticari adı Depo-Provera) erkeklerde testosteron düzeyini düşürmek için kullanılmaktadır. Sertleşme ve boşalma sıklığının azalmasına yol açan bu ilacın, geleneksel olmayan cinsel uyarılmaları ve bunu takip eden uygun olmayan cinsel davranışları engelleyeceği düşünülmüştür. Bu ilaçla ilgili olarak şimdiye kadar elde edilen sonuçlar çelişkilidir. Berlin ve Meinecke (1981) 7 ile 20 yıl arasında değişen sürelerde MPA kullanan 20 cinsel suçludan 17'sinin ilacı kullandıkları süre içinde parafilik davranışlar göstermediklerini, ancak ilacın kesilmesinden sonra gizli davranışlarına geri döndüklerini belirtmişlerdir. Bazı araştırmacılar ise daha olumlu sonuçlar elde etmişlerdir (Green,1992; McConaghy ve ark.,1988). Bu cinsel iştahı azaltan ilacın yaşam boyunca sürekli olarak kullanılması, uzun süreli kullanıma bağlı olarak kısırlık ve diyabet de dâhil olmak üzere çeşitli yan etkilerin ortaya çıkmasına yol açacağından, pek çok etik sorun gündeme gelecektir (Gunn, 1993).

İyi bir tedavi programı her zaman için söz konusu bozukluğun çok yönlü yapısını dikkate almalıdır. Örneğin bir teşhirci cinsel organını gösterme dürtüsüne bağlı olarak büyük bir gerilim yaşayabilir. Dolayısıyla bu kişinin cinsel olarak uyarılmasına yol açan kadınlara karşı duyarsızlaştırması yerinde olur. Artık kaygı uyandırmayacak hale gelene kadar sokakta ve diğer halka açık mekânlarda bu kadınları tekrar tekrar hayal etmek, kişinin bu kadınlarla gerçekten karşılaştığında daha rahat olmasına ve cinsel organını gösterme dürtüsünün ortadan kalkmasına imkân sağlayabilir (Bond & Hutchison, 1960). Parafilisi olan diğer kişilerle çalışırken önce bu kişilerin rahatsızlık hissetmelerine yol açan sosyal durumlar ve kadınlarla ilgili özellikler sorgulanabilir. Sonra da kaygı düzeyini azaltmak amacıyla bu durum ve kadınlara karşı duyarsızlaştırılabilirler. Bu tür kişilerde sıklıkla rastlanan zorlukların aşılabilmesinde sosyal beceri eğitimi ve cinsel eğitim genellikle çok yararlı olmaktadır. Ayrıca yetişkin bir cinsel eşin varlığı düzelmenin uzun süre devam etme olasılığını arttırmaktadır.

Yasaksevi tedavisinde de çok yönlü bir yaklaşım kullanılması yolunda öneriler vardır. Bu konunun tüm aileyi -mağdur olan kişi, eş ve kardeşler- kapsadığı görüşü giderek yaygınlaşmaktadır. Tedavide tüm aile üyelerinin seanslara birlikte katıldığı, içgörü kazandırma yönelimli ve neden babanın (birçok vakada) duygusal destek ve cinsel tatmin için kızına yöneldiğini anlamakta aile üyelerine yardımcı olunmaya çalışılan **"aile sistemleri yaklaşımı"** önerilmektedir (Lanyon,1986).

Parafililerin "uygun olmayan çevresel uyaranları cinsel açıdan çekici bulma" şeklinde tanımlanmasıyla birlikte 1960'lı yıllarda cinsel davranışçı-bilişsel yaklaşımlar daha yaygın ola-

rak kullanılmaya başlanmıştır. Terapide bazı parafililerin gelişmesinde veya sürdürülmesinde yetişkin bir cinsel eşle tatmin edici bir cinsel ilişki yaşanamamasının rol oynadığı görüşüne dayanan Masters ve Johnson yaklaşımı (1970) kullanılmıştır (Marshall & Barabee, 1990). İster yatılı ister yatısız uygulanmış olsun, davranışçı-bilişsel yaklaşım hiçbir tedavinin uygulanmadığı durumlara nazaran, yeniden cinsel suç işleme oranının azalmasına yol açmıştır. Yeniden suç işleme oranındaki azalma tecavüz suçu işleyenlere nazaran çocuk cinsel kötüye kullanımında daha belirgin olarak ortaya çıkmıştır. Her ne kadar toplum tarafından cinsel suç işleyenlere korku ve nefretle bakılsa da, bu kişileri tedavi etmek için gösterilen çabalara değeceği, çok düşük derecede başarılı olunsa bile tedavinin bu kişiler hapisten çıktıklarında diğer kişilerin korunabilmesi için bir fırsat yarattığı göz ardı edilmemelidir (Prentky & Burgess, 1990).

Daha önce de belirtildiği gibi, cinsel suçlulara uygulanan tüm tedavilerde karşılaşılan en önemli sorun bu kişilerin suçlarını inkâr etmeleri ve suçlarının sorumluluğunu almamalarıdır. Pek çok tecavüz eden ya da çocukları kötüye kullanan kişi bu davranışlarını bir problem olarak görmemektedirler. Bazıları kurbanı, hatta çocuğu çok baştan çıkarıcı olmakla suçlarlar. Birçok tecavüz eden kişi tecavüz ettikleri kişinin bundan zevk aldığını ve hayır demekle aslında evet demek istediğini iddia etmektedirler. Bazıları ise mutsuz çocukluklarını ya da kısıtlı sosyal koşulları suçlamaktadırlar. Neden ne olursa olsun, kişi profesyonel bir yardım gerektirecek bir problemi olduğunu kabul etmedikçe tedavi imkânsızdır. Hapiste olsalar bile bu kişiler tedavi talebinde bulunmadıkları sürece tedaviye alınamazlar. Oysa toplum bu kişileri farklı bir yere oturtmakta ve bu, suçluların öncelikle bir problemleri olduğunu kabul etmeleri gerektiği görüşü ile çelişki yaratmaktadır. Diğer taraftan terapistler de tedavi sırasında bu kişilerin yeniden suç işleyebileceklerine ilişkin kuşkuları olduğunda, bunu bildirme zorunlulukları vardır (Morenz & Becker, 1995). Bir yandan tedavi ile ilgili bütün bu zorluklar, bir yandan sadece hapsetmenin cinsel suçlular açısından hemen hemen hiçbir etkisinin olmaması, bizi gerçekten çok zor bir durumda bırakmaktadır.

Her ne kadar parafililer ile ilgili tartışmalar sırasında özellikle de pedofili ve yasaksevi ile bağlantılı olarak birkaç kez tecavüzden bahsetmiş olmamıza rağmen, aslında zorla cinsel temas çocuktan çok yetişkinlere yönelik olmaktadır. Şimdi çok önemli bir konu olan tecavüzü incelemeye başlayalım.

TECAVÜZ

Pek çok kişi için ***tecavüz,*** yani istekli olmayan birisi ile cinsel birleşme kadar öfke ve yoğun duygulara yol açan pek az anti- sosyal davranış vardır. Tecavüzle ilgili bir diğer kategori ise, ***reşit olmayan birine tecavüz*** yani reşit olmayan (statutory) bir kız ya da erkekle cinsel ilişkide bulunmaktır. Reşit olma yaşı kanunlarla belirlenir ve genellikle 18'dir, ancak son yıllarda bu yaşın indirilmesini önerenler vardır. Reşit olmayan birinin cinsel aktivitelerinden sorumlu tutulamayacağı varsayılmaktadır. Eğer reşit olmayan kişi bilerek ve isteyerek cinsel ilişkiye girmiş olsa bile bu reşit olmayan birine tecavüz olarak değerlendirilmektedir. Reşit olmayan birine tecavüz suçu için zorlama olması gerekmez, polise böyle bir durumun bildirilmesi yeterlidir. Biz bu bölümde zorlamalı tecavüz üzerinde odaklanacağız.

SUÇ

Bazen "*sadistik tecavüz"* olarak adlandırılan durumda tecavüz eden kişi vajene yabancı nesneler sokma ya da göğüsleri çekme veya yakma gibi davranışlarla kurbanın vücuduna ciddi derecede zarar verir. Bazı kişiler ise kurbanlarını öldürür ya da sakat bırakırlar (Holmstrom & Burgess, 1980). Tecavüzün cinsel bir davranıştan ziyade şiddet, saldırganlık ya da hükmetme olarak değerlendirilmesine şaşmamak gerekir. Birçok yargı sisteminde tecavüz vajinal girişe ek olarak, oral ya da anal girişleri de kapsamaktadır. Tecavüz edenin davranışlarından ziyade mağdur olan kişinin tepkilerine -korku, çaresizlik, aşağılanma- odaklanan Calhoun & Atkeson (1992) her türlü cinsel zorlamayı tecavüz olarak kabul etmektedirler. Böyle genişletilmiş bir tanım mağdur olan kişiye yardımcı olabilmek amacıyla yararlı olsa da, kanuni tanımlardan farklılık göstermektedir. Her ne kadar erkekler de, örneğin hapishanelerde olduğu gibi diğer erkekler tarafından tecavüze uğrasalar da, genelde tecavüz erkekler tarafından kadınlara yönelik olarak gerçekleştirildiğinden, bizim tartışmamız da kadınlar üzerinde odaklanacaktır.

Amerikalı kadınların %25'i tecavüze uğramaktadır (Kilpatrick & Best, 1990) ve bu teca-

vüzlerin %80'i polise bildirilmemektedir. Zorlayarak yapılan diğer cinsel aktiviteler de dikkate alınacak olursa, kız kolej öğrencilerinin %75'inin bu tür istenmeyen cinsel aktivitelere maruz kaldıklarını gösteren bulgular vardır (Koss, 1985).

MAĞDUR, SALDIRI VE KÖTÜ SONUÇLAR

Tecavüze uğrayan kadınların genç ve güzel oldukları şeklinde yaygın bir inanç vardır. Ancak bu bir efsanedir (mit), çünkü tecavüze uğrayanlar arasında bu tanıma uyan kadınlar olduğu gibi uymayanlar da vardır. Bazı kişiler için yaş ve fiziksel görüntü bir engel teşkil etmez. Tecavüz için 1 yaşındaki bir çocuk ya da 80 yaşında bir kadın da seçilebilir.

Tecavüze uğrayanlar hem fiziksel hem de zihinsel olarak travma yaşarlar (Calhoun, Atkeson & Resick, 1982; Resick ve ark., 1986; Resick, 1993; Rothbaum ve ark., 1992). Kadınlar tecavüzden birkaç saniye ya da dakika önce, ne kadar tehlikeli bir durumla karşı karşıya olduklarını fark etseler de, başlarına neyin gelmek üzere olduğuna inanamazlar. Tecavüz sırasında ilk olarak yaşamlarından endişe duymaya başlarlar. Bir yandan şiddete maruz kalmaktan ve seçme özgürlüklerinin ellerinden alınmasından dolayı öfke duyarken, bir yandan da kendilerinden çok daha kuvvetli olan saldırganla mücadele edememekten dolayı çaresizlik yaşarlar. Tecavüz eden kişiler çoğu zaman kadınlara gözdağı vermek ya da onları korkutmak için sürprizlerden ve silahlardan yararlanırlar. Direnme şiddetin daha da artmasına yol açar. Tecavüzden haftalar, hatta aylar sonra bile tecavüze uğrayan kişi kendini aşırı gergin ve derinden aşağılanmış hissedebilir. Daha fazla karşı koyamadığı için suçluluk duyar ve öç almaya yönelik düşünceler ortaya çıkar. Sıklıkla tecavüzle ilgili kâbuslar görülür. Depresyon ve kendine saygının yok olması çok sık rastlanan durumlardır. Bazı tecavüz kurbanları, tecavüzün yaşandığı yere bağlı olarak açık alanlara, kapalı ya da karanlık yerlere fobi geliştirirler. Yalnız olmaktan, kalabalık yerlerden veya arkalarından birisinin gelmesinden korkmaya başlarlar. Ne yazık ki, bu tepkiler, bazen tecavüze uğrayan kişinin tecavüzdeki rolünü sorgulayan kişilerin, örneğin polisin, hatta kişinin arkadaş ya da sevdiklerinin duyarsızlıkları nedeniyle daha da şiddetlenir (bu konudan ileride daha fazla bahsedeceğiz). Saldırıdan kaynaklanan travmaya ek olarak, bazen tecavüz istenmeyen bir hamileliğe ya da AIDS gibi cinsel yolla bulaşan bir hastalığa yol açabilir. DSM-IV'te tecavüz travma sonrası stres bozukluğuna yol açan önemli travmalardan biri olarak ele alınmaktadır (Bölüm 6).

Tecavüze uğrayan kadınların çoğu sekse karşı olumsuz bir tutum geliştirirler ve sevgilileri ya da kocalarıyla olan ilişkilerinde zorluk çekerler (Becker ve ark., 1986). Tecavüz konusunda da deneyimli klinik araştırmacılar olan Calhoun ve Atkeson (1991) cinsel problemlerin sıklıkla tedavi edilmemiş tecavüz travmasının uzun süreli bir sonucu olduğunu, dolayısıyla bu bölümde daha sonra ele alınacak olan cinsel işlev bozuklukları nedeniyle terapiye başvuran kadınların geçmişinde tecavüz ya da cinsel saldırı olup olmadığının araştırılması gerektiğini belirtmektedirler. Bazı kadınlarda cinsel ilişki ve orgazm sıklığında değişiklik ortaya çıkmasa da, cinsel tatminde azalma yıllarca devam edebilir (Feldman-Summers, Gordon & Mengler, 1979).

Cinsel saldırıdan sonra müdahale edilmediği sürece bazı kadınlarda uzun yıllar boyunca devam eden kaygı, depresyon ya da travma sonrası stres bozukluğu görülebilir (Calhoun & Atkeson, 1991; Resick, 1993). Tecavüze uğrayan kişilerin çoğu için intihar riski (Cohen & Roth, 1987; Kilpatrick ve ark., 1985; Kilpatrick ve ark., 1992) ve önceleri kaygı ve genel disforiyi yatıştırmak amacıyla başlasa da madde kötüye kullanımı riski (Burnam ve ark., 1988) yüksektir. Stresin fiziksel sağlık üzerindeki etkilerini inceleyen araştırma sonuçlarıyla benzer şekilde tecavüze uğrayanlar da çeşitli bedensel problemlerden yakınmakta ve sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçları artmaktadır (Phelps, Wallace & Waigant, 1989).

Bazılarının "tecavüz travması sendromu" (Burgess & Holstrom, 1974) olarak adlandırdığı durumun yapısı ve süresi, tecavüze uğrayan kişinin tecavüzden önceki ve sonraki yaşamının nasıl olduğuna bağlıdır. Tecavüz sonrasında kötü sonuçların ortaya çıkmamasında, destekleyici bir eş ve arkadaşların olmasıyla krize müdahale ne tür yöntemler kullanıldığı rol oynamaktadır (Atkeson ve ark., 1982; Ruch & Leon, 1983). Tecavüz sonrasında yaşanan negatif duygusal sonuçlarla saldırının şiddeti, nerede yaşandığı ya da tecavüzcüyü tanıyıp tanımama gibi değişkenler arasında ilişki olup olmadığını araştıran çalışmalardan elde edilen sonuçlar tutarlılık göstermemektedir (Resick, 1993). Bu tutarsız sonuçlar Calhoun ve Atkeson'un (1991) tecavüz sonrasında ortaya çıkan kötü sonuç-

ların olayın kendisinden çok kişinin bunu nasıl değerlendirdiğine bağlı olduğu sonucuna varmalarına yol açmıştır. Böylece kişilerin bir olayı değerlendirme biçimlerinin ne kadar önemli olduğunu bir kez daha açıkça görmekteyiz.

Birçok yargı sistemi, depresyon, kaygı ve uyku bozuklukları gibi tecavüz travması sendromu belirtilerinin olmasını tecavüz için bir kanıt olarak kabul etmektedir. Aynı zamanda bu sendromun tecavüz için bir kanıt olarak kabul edilmesi, suçu bildirmede gecikme, hafıza kaybı ya da tutarsız ifadeler kullanma gibi aksi takdirde tecavüze uğrayan kişinin buna razı olduğu izlenimi verecek davranışların açıklanmasına da yardımcı olmaktadır (Block, 1990).

TECAVÜZ EDEN KİŞİ

Tecavüzlerin çoğu önceden planlanır. Tecavüzü cinsel dürtüleri kontrolden çıkmış bir erkeğin kendiliğinden ortaya çıkan davranışları olarak kabul etmek doğru olmaz. Tecavüz eden kişinin sadist davranışları olabilir ancak sadisten farklı olarak tecavüz edeceği kişiyi önceden tanımamaktadır ve bu konuda istekli olmayan birine saldırıda bulunur. Oysa sadist gönüllü olarak birlikte zevk almalarına yol açan acıları paylaştığı ve uzun süreden beri birlikte olduğu bir mazoşistle ilişkide bulunmaktadır.

Tecavüz eden birçok kişi saldırı sırasında orgazma ulaşmaz, hatta bazılarında sertleşme bile olmaz ya da olsa da sürdürülemez. Cinsel saldırıda bulunan 170 erkeğin kapsandığı bir çalışmada, bu deneklerin gönüllü eşlerle cinsel ilişki yaşadıklarında ortaya çıkmamasına rağmen tecavüz sırasında 1/3'ünde sertleşmeme, erken ya da geç boşalma gibi sorunların ortaya çıktığı saptanmıştır. Deneklerin sadece 1/4'ünde tecavüz sırasında hiçbir cinsel işlev bozukluğu ortaya çıkmamıştır (Groth & Burgess, 1977). Bu kişiler genellikle çok alkol almaktadırlar, dolayısıyla sertleşmenin olmamasında aşırı alkol tüketiminin cinsel uyarılmayı engellemesinin de payı olabilir (Wilson & Lawson, 1976). Benzer şekilde tecavüz sırasında ortaya çıkan şiddet de aşırı alkolün saldırganlık üzerindeki ketlemeyi kaldırmasından kaynaklanıyor olabilir (Barabee, Marshall & Yates, 1983).

Yıllar önce yayınlanan tecavüz politikası ile ilgili klasik kitapta belirtildiği gibi, genel olarak erkeklerin kadınlara nazaran daha güçlü olmaları nedeniyle kadınları ezebilecekleri gerçeği, tecavüzün geçmişte olduğu gibi bugün de, kadınları kontrol etmek ve gözlerini korkutmak amacına hizmet ettiği görüşünü desteklemektedir (Brownmiller, 1975). Haçlı seferlerine katılan askerler Kudüs'ü Müslümanlardan alabilmek için 11. yüzyıldan 13. yüzyıla kadar süren kutsal yolculukları sırasında Avrupa'dan geçerken, Almanlar Birinci Dünya Savaşı sırasında Belçika'ya saldırırken, Amerikan askerleri Vietnam'ı ve 1990'da Irak askerleri Kuveyt'i işgal ederken kadınlara tecavüz etmiş ve gaddarca davranmışlardır. Yine son zamanlarda Amerikan ordusundaki erkek askerlerin kadın askerlere tecavüz ettikleri saptanmıştır. Brownmiller (1975) savaşta tecavüzün neredeyse beklenir olduğunu belirtmiştir. Ona göre özel kulüpler ya da askeri birlikler gibi erkeklere has gruplar, erkeklerin üstün olduğu duygusunu sapıkça desteklemekte ve tecavüzün kabul edilebilir bir davranış olduğu şeklinde bir hava yaratmaktadırlar (1975).

Haziran 1996'da Birleşmiş Milletler, 1992-1993 Bosna Savaşı sırasında 8 Bosnalı Sırp asker ve polisinin Müslüman kadınlara tecavüz ettiğini iddia etmiştir. Bu iddianın önemi, ilk defa cinsel saldırının ayrı bir savaş suçu olarak kabul edilmesidir. Örneğin daha önce İkinci Dünya Savaşı sırasında Nazilerin işledikleri suçları yargılayan Nürnberg mahkemelerinde tecavüzden özel olarak bahsedilmemiştir. Uluslararası komitenin savaş sırasında gerçekleştirilen tecavüzler konusuna duyarlı olması, tecavüzün bir ülke ya da grubun diğerine karşı sürdürdüğü savaşın kaçınılmaz bir parçası olarak kabul edilemeyeceğine ya da buna göz yumulmayacağına dikkati çekmektedir. (Simons, 1996).

Kimler tecavüz eder? Tecavüz eden kişi gaddarca davranarak ve tecavüz ederek kadınlara hükmetme ve onları aşağılama heyecanını yaşayan bir psikopat mıdır? Tecavüz eden kişi işte ve aşkta reddedildiği ya da hayal kırıklığına uğradığında, olumsuz duygularını bir yabancıya yönelten, çok kırılgan bir egosu olan ve girişken olamayan, sıradan bir erkek midir? Otoritesini ve pozisyonunu kadınları ezmek için kullanan ama diğer alanlarda saygı ve hürmet duyulacak biri midir? Ya da baştan çıkarıcı ve cinsel yakınlığa hazır gibi görünen ama aslında onun kadar cinsellikle ilgilenmeyen genç kızlardan etkilenen bir ergen midir? Öfkesini ifade etme ile ilgili ketlenmelerini alkol alarak ortadan kaldırmaya çalışan bir erkek midir? Bu sorulara verilebilecek en iyi cevap; tecavüz eden kişi bu erkeklerin hepsi olabilir ve tecavüz davranışının ortaya çıkmasında bu sorularda belirtilen durumların en az birkaçı rol oynamaktadır.

Bosna'daki tecavüz kurbanları. Savaşta tecavüz sıklıkla rastlanılan bir durumdur, ancak son zamanlarda cinsel saldırı bir savaş suçu olarak kabul edilmeye başlanmıştır.

Tecavüz eden erkeklerin ortak özelliklerinden biri, kadınlara duydukları öfkedir ve bunun temelinde kadınların onlara ihanet edecekleri, yalan söyleyecekleri veya aşağılayacakları inancı yatmaktadır (Duke & Durham, 1990). Bu kişilerden elde edilen bilgilere göre tecavüz etme dürtüsü kendilerini yalnız, öfkeli, aşağılanmış, yetersiz veya reddedilmiş hissettiklerinde artmaktadır (McKibben, Proulx & Lusignan, 1994). Sosyolojik açıdan bakıldığında, bir toplum çatışmaların giderilmesinde ve problemlerin çözümlenmesinde şiddet göstermeye ne kadar izin veriyorsa tecavüz oranı da o kadar yüksek olmaktadır (Sanday, 1981). Kontrollü bir deneysel çalışmada, tecavüzün kabul edilebilir bir davranış olmadığını belirten erkek kolej öğrencilerin, videoda tecavüz sırasında orgazm yaşıyormuş gibi

Rüzgâr Gibi Geçti filminden alınan bu görüntü tecavüzle ilgili efsanelerden birini -kadınlar ilk başta direnseler bile "götürülmek" isterler- resimlemektedir.

görünen kadınlardan uyarıldıkları gözlenmiştir (Malamuth & Check, 1983). Bu çalışmanın sonuçları, tecavüzün desteklenmesinde kadınların zorla yaşadıkları cinsel birleşmeden zevk aldıkları izlenimini veren pornografik yayınların önemli bir rolü olabileceğini göstermektedir.

Flört ilişkisinde de tecavüz ortaya çıkabilir. Bu tür tecavüzlere ***flört tecavüzü ya da tanıdık tecavüzü*** denilebilir. Bu tür tecavüzlerin oranı bir yabancıya tecavüz etmeye nazaran üçte bir oranında daha fazladır (Kilpatrick & Best, 1990). Flört tecavüzü mağdurları, yabancılar tarafından tecavüz edilen kadınlara nazaran hem kendilerini daha fazla suçlamakta hem de diğerleri tarafından daha fazla suçlanmaktadırlar, çünkü bu kadınlar bu kişi ile birlikte olmaya gönüllü olmuşlardır. Ancak bu bakış açısına şiddetle karşı çıkılmaktadır, çünkü böyle bir bakış açısı zayıf tarafın yani genellikle kadınların, istemedikleri şeylere "hayır" deme haklarını ellerinden almaktadır. Yemeğe çıkmaya, hatta öpüşmeye ve okşamaya istekli olmak, daha mahrem bir ilişkiye istekli olmak anlamına gelmez.

Flört tecavüzü ile ilgili olarak ortaya çıkan yeni bir gelişme yatıştırıcı bir ilaç olan Rohypnol'dür. Bu ilacın rengi ve tadı olmadığından kolaylıkla herhangi bir içeceğe karıştırılabilir ve bunu içen kişi kendinden geçerek ne olduğunu hatırlamaz. Erkekler bu ilacı flört ettikleri kadınlara tecavüz edebilmek için kullanmışlardır. Ağustos 1996'da çıkarılan bir yasa ile tecavüz ya da diğer şiddet içeren suçların işlenmesi sırasında Rohypnol kullanılması halinde o suç için verilecek cezaya 20 yıl kadar bir sürenin eklenebilmesine karar verilmiştir. Bu yasa ile ilgili en dikkat çekici nokta, Amerika'da ilk defa bir suçun işlenmesi sırasında ilaç kullanmış olmanın o suç için verilecek cezanın artmasına neden olmasıdır (Associated Press, 1996).

Gerek tecavüzle gerekse diğer geleneksel olmayan cinsel davranış örüntüleri ile ilgili çalışmalar cinselliğin pek çok amacının olduğuna işaret etmektedir. Bazen sırf cinsel organlarla ilgili olduğu için cinsel olarak adlandırılan bir davranışı, cinsel olmayan terimlerle anlamaya çalışmak daha yararlı olabilir. Örneğin cinsel suçlularla yapılan klasik bir çalışmada (Gebhard ve ark., 1965) tecavüz edenlerin %33'ünün tecavüzü cinsel doyuma ulaşmak için değil, öfkelerini ifade etmek için gerçekleştirdikleri ortaya konmuştur.

Birçok feminist grup tecavüzün cinsel bir suç olarak sınıflandırılmasına itiraz etmektedirler,

çünkü böyle bir sınıflandırmanın tecavüzün aşağılayıcı ve ezici özelliğini maskelediğini ve sanki tecavüze uğrayan kişinin cinsel dürtülerinin sorgulandığı bir atmosfer yarattığını belirtmektedirler. Soyulan ya da dövülen bir kişinin gizlice soyulmayı ya da dövülmeyi istemiş olabileceğinden kimse şüphelenmezken, nedense cinsel saldırıya uğrayan kişinin kocasına, arkadaşlarına, polise, hatta kendisine bile ahlâken masum olduğunu kanıtlaması gerekmektedir. Böyle bir cinsel saldırıya uğramasına katkıda bulunabilecek neler yapmış olabilir? Özellikle tecavüz eden kişi tamamen yabancı biri değilse, mutlaka bir şeyler yapmış olmalıdır. Daha geniş bakış açılarının etkisiyle tecavüze ilişkin etiketlemelerin giderek daha azaldığı görülmektedir.

TECAVÜZ EDENLERİN VE TECAVÜZE UĞRAYANLARIN TERAPİSİ

Bu kitapta ele alınan diğer bozuklukların aksine, tecavüz ile ilgili olarak ruh sağlığı profesyonelleri konuya iki farklı açıdan, yani hem tecavüz eden hem de tecavüze uğrayan açısından yaklaşmak durumunda kalmaktadırlar.

Tecavüz eden kişiye yardımcı olmaya çalışan terapistler bu problemin temelinde pek çok neden olabileceğini dikkate almalıdırlar. Bu nedenler arasında yalnızlık, sosyal becerilerde yetersizlik (Overholser & Beck, 1986), kadınlarla geleneksel biçimde ilişki kurmaktan korkma, kadınlardan nefret etme, tatmini erteleyememe veya ertelemek istememe, özellikle aşırı alkol almaya bağlı olarak erkeklik kavramını abartarak kadınları daha aşağı bir konumda görme sayılabilir.

Erkeklerde tecavüz etme eğilimini azaltmaya yönelik çeşitli programlar geliştirilmiştir. Bazı hapishanelerde suçluları kadınlara karşı gösterdikleri şiddetin sorumluluğunu almaya, öfkeleriyle başa çıkmada ve karşı cinsle ilişki kurmada daha nazik yollar bulmaya teşvik edebilmek için, açık ve doğrudan ifadelerle, yüzleştirici grup terapisi uygulanmaktadır. Bu uygulama sırasında ayrıca tecavüz eden kişiler tecavüze uğrayan kadınlarla empati kurabilmeleri için desteklenirler ki, bu yaklaşım aynı zamanda tecavüze uğramak üzere olan kadınlara o anda çocuklarından, arkadaşlarından ya da işlerinden bahsetmeleri yönünde verilen tavsiye ile uygunluk göstermektedir. Ancak bu programların ne kadar etkili olduğu yeterli düzeyde araştırılmamıştır. Birçok tecavüz eden kişi yaşamları boyunca birçok kez yeniden tutuklanmaktadır ve hapsedilme yeniden tecavüz etme oranının düşürülmesinde çok kısıtlı bir etkiye sahiptir.

Cerrahi kastrasyon veya testosteron düzeyini azaltan kimyasal maddelerin kullanılması gibi biyolojik müdahalelerin temelinde tecavüzün cinsel bir davranış olduğu görüşü yatmaktadır. Oysa önceden de belirtildiği gibi, tecavüz edebilmek için tam bir sertleşmenin olması gerekli değildir. Bu tür tıbbi müdahaleler tecavüz sırasında ortaya çıkan şiddetli ve saldırgan davranışlara bir çözüm getirememektedirler (Geer, Heiman & Leitenberg, 1984). Üstelik kastrasyonun yetişkinlerde cinsel dürtüleri azaltmakta ne kadar etkili olduğu konusuna da henüz kesin bir cevap verilememiştir.

Son yıllarda tecavüze uğrayanlara danışma imkânı verilebilmesi yolundaki çabalar giderek yaygınlaştırılmaktadır. Bu amaçla Amerika Birleşik Devletleri çapında tecavüz kriz merkezleri ve doğrudan telefon hatları oluşturulmuştur. Bunlardan bazıları hastane ve kliniklerle bağlantılıdır, bazıları ise bağımsızdır. Hem profesyonellerin hem de daha önce tecavüze uğramış olan gönüllü kadınların görev aldığı bu merkezlerde tecavüz kurbanlarına krize müdahale çerçevesinde destek ve tavsiyeler verilmektedir. Bu uygulamada tecavüze uğrayan kişinin duygusal tepkilerinin normalleştirilmesi üzerine odaklanılır ("Böyle bir saldırıya uğrayan herkes duygusal bir karışıklık yaşar"), kişi duyguları hakkında konuşması için cesaretlendirilir ve çocukların bakımı ya da evindeki güvenlik önlemlerinin düzenlenmesi gibi acil ihtiyaçlarının karşılanmasına yardımcı olunur. Kısacası, amaç tecavüze uğrayan kişiye problemlerini çözebilmesinde ve bu travmatik olay sonrasında ortaya çıkan kötü duygularla başa çıkmasında yardımcı olmaktır (Calhoun & Atkeson, 1991; Sorenson & Brown, 1990). Özellikle tecavüz eden kişi tanıdık biri olduğunda (Stewart ve ark., 1987) kişinin kendine yönelik suçlamalarının engellenmesi de (Frazier, 1990) çok önemlidir.

Tecavüzle ilgili danışma yapanlar bu kadınları içlerine kapanmamaları ve aktif olmaları için zorlarlar. Genellikle kriz merkezlerinde görev yapan bir kişi, tecavüze uğrayan kişinin kanuni ve tıbbi yardım alabilmesi için, polise ve hastaneye onunla birlikte gider. Daha sonra hamilelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve terapi gerekip gerekmediği gibi konularla ilgili düzenlemeler yaparlar. Bu arada HIV araştırması da üzerinde durulması gereken bir başka konudur.

Kriz merkezindeki görevlilerin empatik yaklaşımları tecavüze uğramış kişinin bu olayla ilgili duygularını ifade etmeye başlamasına yardımcı olur. Ayrıca kişi akraba ve arkadaşlarıyla bu olay hakkında konuşması için cesaretlendirilir. Eğer saldıran kişi ya da kişiler yakalandıysa, kriz merkezinde görevli olan kişiler tecavüze uğrayan kişinin tecavüz eden kişi ya da kişilerle ilgili kanuni bir yola başvurma ya da başvurmama kararında ona destek olurlar. Hem savcı ile olan görüşmelerinde hem de mahkeme de onun yanında olurlar.

Terapide öncelikle kadının devam etmekte olan ilişkileri üzerinde odaklanılır, çünkü bu ilişkiler tecavüzden dolayı olumsuz yönde etkilenmiş veya bozulmuş olabilirler. Arkadaşlar ve aile, ama özellikle de sevgili ve kocalar, tecavüze uğrayan kişinin ihtiyacı olan yargılamasız desteği verebilmek için önce kendi duygusal karışıklıklarını gidermeli ve gerekirse bunun için yardım almalıdırlar. Tecavüz durumunda uygulanan terapi yaklaşımı stres sonrası travma bozukluğu için uygulanan terapi yaklaşımı ile büyük ölçüde benzerlik göstermektedir (Keane ve ark., 1989). Kişiden saldırı sırasındaki korkutucu yaşantıları terapist ile konuşarak ve mümkün olduğu kadar detaylı bir biçimde gözünün önünde canlandırarak yeniden yaşaması istenir. Travmanın tekrar tekrar yaşanması ile korkunun söndürülmesi (ya da psikanalitik yaklaşıma göre, travma üzerinde çalışılması) amaçlanır (Calhoun & Atkeson, 1991; Calkoun & Resick, 1993; Rothbaum & Foa, 1992). Diğer kaygılar üzerinde çalışırken olduğu gibi, tecavüzde de kişiyi korkularına yönlenmesi için cesaretlendirmek hiç de kolay bir iş değildir, çünkü genellikle olumlu sonuçlar vermese de, inkâr ve kaçınma bu kadınların en sık başvurdukları tipik başa çıkma yollarıdır. Birçok kadın tecavüzden kendini sorumlu tuttuğu için (en azından kısmen), depresyon üzerinde çalışırken tecavüz sırasındaki rollerini yeniden değerlendirmeleri istenmelidir. Az sayıda da olsa yapılan çalışmalar bu kadınların kendilerine tecavüz edenlere karşı öfke ve kin duyduklarını, bu tür duygularını ifade etmekten korktuklarını ve bu tür duygularını ifade etmemek için sosyal ilişkilerden uzak kaldıklarını ortaya koymaktadır (Calhoun & Atkeson, 1991).

Görgül olarak geçerliği giderek artmakta olan ve Resick (1992; Resick & Schnicke, 1992) tarafından geliştirilmiş olan bilişsel işlemleme terapisi bilişsel-davranışçı müdahalelerden biridir. Bu terapi yaklaşımında, diğer kaygı azaltmaya yönelik müdahalelerde olduğu gibi, travma ile ilgili anılar Ellis ve Beck'in çalışmalarındaki gibi bilişsel olarak yeniden yapılandırılır. Bu uygulamada kişi örneğin hem kendini suçlamaya yönelik tüm düşüncelerini dile getirmesi hem de saldırı sırasındaki kendi kontrolü dışında kalan tüm durumları dikkate alması için desteklenir.

Sosyal tutumlar ve destek sistemleri tecavüze uğrayan kişiyi suç duyurusunda bulunması ve dava açması için cesaretlendirse de kanuni açıdan bazı sorunlar ortaya çıkmaktadır. Yarım milyon kadınla yapılan görüşmeler sonucunda, tecavüz için suç duyurusunda bulunulmasını zorlaştıran 3 neden olduğu ortaya çıkmıştır: Bunlardan birincisi tecavüzün özel bir sorun olarak kabul edilmesi; ikincisi tecavüz eden kişinin, ailesinin veya arkadaşlarının misilleme yapmasından korkma ve üçüncüsü de polisin bu konuda duyarsız, yetersiz ve etkisiz kalacağına inanmadır (Wright, 1991). Tecavüz olaylarının çok azının polise haber verildiği tahmin edilmektedir. Diğer taraftan böyle bir davanın çok stres verici olduğunu, tecavüze uğrayanın tecavüz edeni tanımasının o kişinin suçlu bulunması olasılığını azalttığını ve savcının tecavüzün gerçekleşmesinde tecavüze uğrayan kişinin rolünü iyice sorguladığını da inkâr etmemek gerekir. Sonuç olarak, tecavüz eden bir kişi yüzlerce kez tecavüz etmiş olsa da nadiren bu suçundan dolayı hapse girmektedir. Toplum tecavüze uğrayan kişinin haklarının kanunlar tarafından korunup korunmadığı konusunda çok dikkatli ve aktif olmalıdır.

Parafililer konusundaki tartışmamızı sonlandırmadan önce, Odak 14.2'de anormal olarak kabul edilen bir cinsel değişimle yani eşcinsellikle ilgili kısa bir tartışmaya yer vereceğiz.

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI

25 yaşında, East Coast Üniversitesi fizik bölümünde lisansüstü eğitim görmekte olan çok zeki ve başarılı olan Robert S kendisinin "cinsel utangaçlık" olarak adlandırdığı bir sorunla bize başvurdu. Çok sevdiği ve yatak dışında hemen her konuda uyumlu olduğu bir genç kadınla nişanlı idi. Tüm çabalarına ve nişanlısının da tüm anlayışına rağmen, Robert hem cinsel ilişkiyi başlatmakta hem de nişanlısı başlattığında ona tepki vermekte son derece isteksizdi. Her ikisi de hem 2 yıllık arkadaşlıkları hem de nişanlılık döneminde bu problemin temelinde Robert'in üzerindeki akademik baskıların yattığına inanmaktaydılar. Ancak terapistle yapılan görüşmede Robert'in kendini hatırladığından beri ne kadınlara ne de erkeklere karşı hemen hiç cinsel istek duymadığı ve üzerindeki baskılar azalsa bile durumun değişmediği saptandı. Nişanlısını

çok çekici ve hoş bulduğunu, ama daha önce diğer bazı kadınlarla da olduğu gibi, yine tutkulu olmadığını söyledi.

Robert ergenlik döneminde nadiren mastürbasyon yaptığını ve etrafında pek çok kız olmasına rağmen üniversitenin son yıllarına kadar kimseyle flört etmediğini belirtti. Seks de dâhil olmak üzere yaşama analitik ve entelektüel bir açıdan baktığını ifade eden Robert terapiste sorunlarını çok serinkanlı bir biçimde anlattı. Nişanlısının onun bu isteksizliğinin ileride evlilik ilişkilerini etkileyebileceği konusunda kaygılı olduğunu, eğer nişanlısının böyle bir isteği olmasaydı kendisinin terapiye başvurmayacağını söyledi.

Birkaç bireysel görüşmeden sonra terapist nişanlısını da bir dahaki görüşmeye getirmesini istedi ve o da bunu hemen kabul etti. Birlikte yapılan görüşmede her ikisinin de birbirlerini sevdikleri ve ortak bir yaşamı sabırsızla bekledikleri görüldü. Ancak nişanlısı Robert'in bu cinsel isteksizliği ile ilgili endişeleri olduğunu belirtti.

Toplumun çok az bir kısmında görülen geleneksel olmayan cinsel davranışları tartıştıktan sonra, şimdi pek çok kişinin yaşadığı şekliyle geleneksel cinsel ilişkiden zevk almayı engelleyen cinsel problemlerden söz edeceğiz. Burada **cinsel işlev bozuklukları** yani normal cinsel tepki döngüsünde ketlenmeye yol açan cinsel problemler üzerinde duracağız.

Hangi cinsel davranışların, normal ve arzu edilir olarak kabul edileceği zaman ve mekâna göre farklılık gösterir. Cinsel ifadelerin ketlenmesinin anormal olduğu şeklindeki çağdaş görüş, 19 yüzyılda ve 20. yüzyılın başlarında Batı'da hâkim olan cinselliğin fazlasının suç olarak değerlendirildiği görüşle zıtlık göstermektedir. Cinsel işlev bozuklarını incelerken, bu, zamana ve kültürel normlara bağlı farklılıkları akılda tutmak iyi olacaktır.

Bir psikolojik problem sadece o problemi yaşayan kişi için değil, o kişinin yaşamında önemli yer tutan diğer kişiler için de bazı sonuçlara yol açar. Diğer insanlarla sosyal ilişki kuramayan kişiler yaşamda karşılaşabilecekleri pek çok fırsatı kaçırırlar ve kendileri ile ilgili değerlendirmeleri de zayıf olur. Böyle bir kişi eşi, çocuğu ya da arkadaşı için bir hayal kırıklığı ya da suçluluk kaynağı olabilir. Duygusal problemlerin bu yönü, genellikle çok yakın kişisel ilişkiler çerçevesinde yaşanan cinsel işlev bozuklukları açısından da çok önemlidir. Eşlerden birinde ya da her ikisinde seks korkusunun olması evlilik ilişkisini çok etkileyecektir. Ve birçoğumuz, ister iyi ister kötü yönde olsun, kendilik kavramımızın bir kısmını kendi cinselliğimiz üzerine temellendiririz. Sevdiğimiz insanları memnun edebiliyor muyuz? Kendimizi memnun edebiliyor muyuz? Veya çok basit olarak zevkli bir cinsel yaşantı sonrasında gelen tatmin olma ve rahatlamanın tadını çıkarabiliyor muyuz? Cinsel işlevlerdeki bozulma bazen o kadar ciddi olabilir ki, cinsel aktivitelerden yoğun bir tatmin sağlamak bir yana, şefkat bile ortadan kalkabilir.

Önce insan cinsel tepki döngüsünün normal olarak nasıl işlevde bulunduğunu, sonra ise bu bağlamda bazı cinsel işlev bozukluklarını inceleyeceğiz. Daha sonra da bu problemlerin nedenleri ve uygulanacak terapileri tartışacağız.

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI VE İNSAN CİNSEL TEPKİ DÖNGÜSÜ

Tablo 14.1'de de belirtildiği gibi DSM-IV'te cinsel işlev bozuklukları dört temel başlık altında incelenmektedir. Bunlar: cinsel istek bozuk-

DSM-II'de eşcinsellik cinsel sapmalardan biri olarak listelenmiştir. DSM'nin daha sonraki basımlarında ise, erkek eşcinsel hakları gruplarının baskılarına bağlı olarak eşcinsellik zamanla bir akıl hastalığı olarak kabul edilmemeye başlandı.

ODAK 14.2 EŞCİNSELLİKLE İLGİLİ BAZI GÖRÜŞLER

Her ne kadar eşcinsellik DSM-IV'te net bir şekilde tanımlanan bir kategori olarak görünmese de, bu tür duygu ve davranış örüntüleri ile ilgili olarak hem halk hem de profesyoneller arasında ortaya çıkan farklı görüşler nedeniyle bu konunun üzerinde durulmasının yararlı olacağına inanıyoruz. Eşcinselliğin tarihini gözden geçirmek cinsel açıdan kendi cinsini de tercih eden ya da cinsel tercihlerinde sadece kendi cinsine yönelen kişilerle ilgili birçok konu hakkında bir bakış açısı geliştirmemize yardımcı olacaktır.

EŞCİNSELLİK VE DSM

DSM-II'nin 1968 yılında yayınlanmasından 1973 yılına kadar cinsel sapmalardan biri olan eşcinsellik cinsel istek veya aktivitelerin kendi cinsinden birine yöneltilmesi şeklinde tanımlanmıştır. 1973'te birçok profesyonelin ve eylemci erkek eşcinsellerin baskısıyla, Amerikan Psikiyatri Derneği Terminoloji Komitesi, eşcinselliğin cinsel sapma kategorisinden çıkarılmasını ve bunun yerine "cinsel yönelim rahatsızlığı" ifadesinin kullanılmasını önermiştir. Bu yeni tanı da kullanılan "rahatsızlık" ifadesi sanki eşcinsel kadın ve erkeklerin "cinsel yönelimlerinden dolayı çatışma yaşadıkları ve bu yönelimlerini değiştirmek istedikleri" izlenimini vermektedir. Eşcinselliğin psikoseksüel gelişimin erken dönemlerindeki bir saplantıyı yansıttığını ve dolayısıyla anormal olduğunu savunan ünlü psikiyatristlerin şiddetli karşı çıkmalarına rağmen, Psikiyatri Derneği üyeleri arasında yapılan oylama sonucunda bu değişiklik kabul edilmiştir.

*Ruh sağlığı profesyonelleri arasındaki bu farklı görüşlere rağmen 1970'li yılların sonlarına doğru hazırlanan DSM-III'te daha önce Terminoloji Komitesi'nin 1973'te önerdiği esnek bakış açısında israrlı olduğu ortaya çıkmıştır. Sonuçta DSM-III'te kendi cinsinden uyarılan, bu uyarılmadan sürekli stres duyan ve heteroseksüel olmak isteyen kişileri tanımlayan yeni bir kategori, **egoya yabancı (distonik) eşcinsellik**, yer almıştır. Bizce DSM-III'te eşcinsellikle ilgili tutarsız bir tavır sergilenmektedir, çünkü bir yandan ego distonik escinsellik tanımına göre toplumun önyargıları nedeniyle cinsel yöneliminin sapkın olduğuna iknâ olan eşcinseller anormal olarak kabul edilmekte, bir yandan da eşcinselliğin anormal bir durum olmadığı belirtilmektedir.*

DSM-III'ün 1980 yılında yayınlanmasından sonraki yıllarda ruh sağlığı profesyonellerinin ego distonik eşcinsellik tanısını çok az kullandıkları gözlenmiştir. Bu, artık terapiye başvuran eşcinsellerin cinsel yönelimlerini değiştirme gibi bir isteklerinin olmamasından mı kaynaklanmaktadır? Yoksa AIDS krizinin ortaya çıkmasıyla AIDS'in bir eşcinsel problemi olduğu ve hatta bunun günahlarına karşı Tanrı tarafından verilmiş bir ceza olduğu şeklindeki yanlış iddialara rağmen, eşcinselliğe karşı gösterilen bu hoşgörü erkek eşcinsellerin cinsel yönelimleri ile ilgili olmayan diğer problemleri için terapiye başvurma cesaretini göstermelerinden mi kaynaklanmaktadır? Belki de bazı erkek eşcinseller, özellikle de 20 yıldır mücadele etmekte olan eylemci erkek eşcinseller, artık toplumun cinsel tercihlerine karşı olan önyargılı bakış açısına katlanmak istemediklerinden, bu tür sosyal eğilimlere direnebilmek amacıyla yardım arıyor olabilirler. Bir başka neden ise klinisyenlerin bu kişilerdeki kaygı ve depresyon gibi sorunlara daha fazla odaklanmaları ve bunların heteroseksüel olma isteği ile ille de bağlantılı olmadığını düşünmeleridir. Gerçek nedenlerin neler olduğunu belirlemek mümkün değildir, ancak Amerikan Psikiyatri Derneği 1987 yılında DSM III-R yayınlanmaya hazır hale geldiğinde, DSM III-R'de ego distonik eşcinsellik de dâhil olmak üzere eşcinsellikle ilgili hiçbir kategorinin yer almamasına karar vermiştir. Bunun yerine DSM-III-R'de başka türlü adlandırılamayan cinsel bozukluk kategorisinde "kişinin cinsel yönelimi ile ilgili sürekli ve belirgin stres yaşaması" şeklinde bir alt grup yer almaktadır ve bu kategori DSM-IV'te de bulunmaktadır. Sonuç olarak, ne DSM-III-R'de, ne de DSM-IV'te eşcinsellik başlı başına bir bozukluk olarak ele alınmamaktadır.

Bu yeni kategorinin herhangi bir cinsel yönelimi belirlemediği dikkat çekicidir. Her ne kadar ego distonik eşcinsellik tanısı koyabilmek hâlâ mümkün olsa da, mevcut psikiyatrik sınıflandırmalarda ego distonik heteroseksüellik tanısı da yer almaktadır. Bizim beklentimiz ise her iki tanının da çok sık konulmaması yönündedir.

HOMOFOBİ: ÖRTÜK EŞCİNSELLİĞE KARŞI BİR SAVUNMA

Erkek eylemci eşcinsellerin yıllardır tartıştıkları konulardan biri de, eşcinselliğe karşı olunmasının mantıklı bir analizden çok eşcinsellikten korkmaktan ya da tiksinmekten kaynaklandığıdır ki, buna homofobi denilmektedir. Bazı yazarlar homofobinin kişinin kabul etmediği eşcinsel ilgi ya da yönelimlerine karşı geliştirdiği bilinçdışı bir savunma mekanizması, yani bir tepki geliştirme olduğunu iddia etmektedirler.

Homofobik erkeklerin "kendi eşcinselliklerine karşı kendilerini savunmakta oldukları" psikanalitik bir hipotez olarak yıllardır varlığını sürdürmektedir (örneğin West, 1977). Son zamanlarda çok ustaca yapılan bir deneyden elde edilen veriler bu kuramsal ve politik görüşü desteklemektedir. Bu çalışmada Adams, Wright ve Lohr (1996) homofobinin kabul edilmeyen, bastırılmış eşcinsel yönelimlerle (gizli eşcinsellik) ilgili olabileceğini göstermişlerdir. Bir ölçek yoluyla homofobik olan ve olmayan heteroseksüel erkek kolej öğrencilerinin ikiye ayrıldığı bu çalışmada, deneklere heteroseksüel, eşcinsel ve lezbiyen ilişkilerin açık bir şekilde tanımlandığı videolar gösterilmiştir. Cinsel uyarılma hem penil pletismograp hem de deneklerin kendi yaptıkları değerlendirmelere göre ölçülmüştür. Pletismograp ölçümlerinden elde edilen bilgiler heteroseksüel deneklerin heteroseksüel ve lezbiyen videolardan uyarıldıklarını göstermesine karşın (ki bu heteroseksüel erkekler için yaygın olarak görülen bir durumdur), homofobik erkekler heteroseksüel ve lezbiyen videolara nazaran daha az olmakla birlikte erkek eşcinsel ilişkilerin gösterildiği videolardan da uyarılmışlardır. Deneklerin kendileri ile ilgili olarak yaptıkları değerlendirmeler açısından iki grup arasında fark saptanamamış olması da, homofobik erkeklerin kendi eşcinsel ilgilerini inkâr ettikleri görüşünü desteklemektedir.

lukları, cinsel uyarılma bozuklukları, orgazm bozuklukları ve cinsel ağrı bozukluklarıdır. Cinsel işlev bozukluğu tanısı konulabilmesi için bozukluğun sürekli ve yineleyici olması koşulu aranır ki, bu, DSM'de klinik bir sonuca varabilmek için öznel değerlendirmelerin belli bir dereceye kadar kabul edilebildiğini göstermektedir. DSM-IV'te ise bir yenilik olarak, tanının konulabilmesi için "kişi için belirgin bir stres veya insanlar arası ilişkilerde sorun yaratması" koşulu eklenmiş ve böylece kişinin kendi tepkilerinin de (örneğin sekse hiç ilgi duymama gibi) tanının konulmasında rol oynamasına izin verilmiştir. İşlev bozukluğunun bir başka tıbbi hastalığa (örneğin erkeklerde sertleşme problemlerine yol açabilen diyabet gibi) ya da bir başka Eksen 1 bozukluğa (major depresyon gibi) bağlı olarak ortaya çıktığı düşünüldüğünde, cinsel işlev bozukluğu tanısı konulmaz.

Cinsel tepki döngüsü ile ilgili çağdaş kavramsallaştırmaların çoğu Masters ve Johnson (1966) ve Kaplan (1974)'ın önerilerine dayanmaktadır. Masters ve Johnson'ın 30 yıldan daha fazla önce yaptıkları çalışmalar, hem cinselliğin yapısı ve yoğunluğu ile ilgili araştırmalar, hem de cinselliğin klinik açıdan ele alınışı açılarından bir devrime yol açmıştır. Masters ve Johnson, daha önce Kinsey grubunun (Kinsey ve ark., 1948, 1953) görüşmelere dayanarak elde ettikleri bilgileri, mastürbasyon yapan ve cinsel birleşmede bulunan kişileri doğrudan gözleyerek genişletmişler. Bu gözlemler sonucunda da erkek ve kadınlarda hemen hemen benzer olduğu görülen cinsel tepki döngüsünün 4 aşamasını tanımlamışlardır.

1. İstek. Kaplan (1974) tarafından ortaya atılan bu ilk aşama, sıklıkla cinselliği uyaran fantezilerle bağlantılı olarak ortaya çıkan cinsel istek ve ilgiye işaret eder.[4]

2. Heyecan. Masters ve Johnson'a göre ilk aşama olan heyecan, cinsel organlardaki ve ayrıca kadınlarda göğüslerdeki kan akışının artması şeklindeki fizyolojik değişikliklerle bağlantılı olarak ortaya çıkan cinsel zevkin, öznel olarak yaşanmasıdır. Hücrelerdeki *kan akışının artması (tumescence),* erkeklerde sertleşme, kadınlarda ise göğüslerin büyümesi ve vajinada ıslaklığın artması şeklinde değişikliklere yol açar.

Cinsel terapist olan William H. Masters ve Virginia Johnson'un yaptıkları gönüllü çalışmalar, cinselliğin samimi bir biçimde ortaya konmasına ve bilimsel açıdan değerlendirilmesine yardımcı olmuştur.

Helen Singer Kaplan cinsel tepki döngüsüne istek aşamasını ekleyen ünlü bir cinsel terapisttir.

[4]*Bizce Masters ve Johnson'un bu aşamadan söz etmemelerinin nedeni yaptıkları laboratuar çalışmalarında denek olarak cinsel ilişkiye istekli ve hazır gönüllüleri, yani bu alanda sorunu olmayan kişileri denek olarak kullanmış olmalarıdır. Bu durum, bilgi toplama tekniklerinin yapısının (örneğin bu çalışmadaki gibi kullanılan deneklerin özelliklerinin) bir çalışmadan ne tür bilgiler elde edileceğinin nasıl belirlediğini gösteren çok iyi bir örnektir.*

3. Orgazm. Bu aşamada cinsel zevk tepe noktaya ulaşır ki bu binlerce yıldan beri hem şairleri hem de bizim gibi sıradan insanları büyülemektedir. Bu aşamada erkeklerde boşalma arzusu kaçınılmaz bir hâl alır ve hemen her seferinde boşalma ortaya çıkar (çok nadir durumlarda bazı erkekler boşalmadan orgazm olurlar ya da orgazm olmadan boşalırlar). Kadınlarda ise vajenin 3. dış duvarlarında kasılmalar ortaya çıkar. Her iki cinste de genel bir kas gerilimi ve istemsiz pelvis hareketleri görülür.

4. Çözülme. Master's ve Johnson'a göre bu son aşamada genellikle orgazmı izleyen bir rahatlama ve kendini iyi hissetme hali ortaya çıkar. Erkeklerde, bunu, uyarılma ve sertleşmenin mümkün olmadığı bir dönem takip eder ki bu dönemin ne kadar süreceği hem kişiden kişiye hem de aynı kişi için farklı denemelerde değişiklik gösterir. Kadınlarda ise durum farklıdır. Kadınlar çok kısa sürede yeniden cinsel heyecan duyarak hemen tepki verebilir hale gelebilirler ki, bu onların çoklu orgazm yaşamalarını mümkün kılar.

Unutmamak gerekir ki, cinsel tepki döngüsü bir kurultu yani bilimsel olarak yaratılmış bir durumdur. Aslında cinsel ilişki düşünce, duygu, davranış ve biyolojik tepkilerin birlikte görüldüğü devamlı bir süreçtir. Cinsel tepkilerle ilgili olarak farklı görüşler de ileri sürülmüştür. Örneğin Havelock Ellis (1906) cinsel ilişki açısından sadece dokulara kan dolmasından ve kanın geri çekilmesinden söz etmiştir. Burada sözü edilen dört aşamalı bakış açısı elde edilen bilgileri organize edebilmek ve tartışabilmek amacıyla bilim adamları tarafından yaratılmış olan kuramsal şemalar veya akla uygun açıklamalardan sadece biridir (Gagnon, 1977; Kuhn, 1962). Şimdi DSM'de cinsel işlev bozukluklarının tanımlamasında bu tür şemaların nasıl kullanıldığına bakalım.

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARININ TANIMLANMASI VE NEDENLERİ

Cinsel işlevlerin ara sıra bozulması o kadar sık görülen bir durumdur ki zaman zaman bu bölümde tanımlanan problemlerden bir veya birkaçı ile karşılaşan kişiler tedaviye gereksinimleri olduğunu düşünmemelidirler: Cinsel işlev bozukluklarının tanısında "sürekli ve yineleyici" ifadesinin vurgulanması böyle bir tanının konulabilmesi için durumun ciddi olması gerektiğine dikkat çekmektedir. Buna ek olarak, farklı cinsel işlev bozukluklarının bir arada görülmesi de sık rastlanan bir durumdur. Örneğin, hipoaktif cinsel bozukluk (cinsel istekte azalma) tanısı alan kadın ve erkeklerin hemen hemen yarısında bir başka işlev bozukluğu daha görülmektedir (Segraves & Segraves, 1991). Farklı bozuklukları incelenirken bunların birbirleriyle olan bağlantıları daha açık olarak ortaya çıkacaktır.

CİNSEL İSTEK BOZUKLUKLARI

DSM-IV'te iki tür cinsel istek bozukluğundan söz edilmektedir. Bunlardan ilki ***Azalmış (hipoaktif) cinsel istek bozukluğudur*** ve cinsel fantezi ve etkinliklerde bulunma isteğinin eksikliği ya da hiç olmaması şeklinde tanımlanmaktadır. İkincisi ise ***cinsel tiksinti bozukluğudur*** ve kişinin cinsel temastan neredeyse tamamen kaçındığı daha ciddi bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Tanımlama ile ilgili sorunlar nedeniyle tam bir tahminde bulunmak zor olmakla birlikte, genel olarak yetişkin nüfusun %20'sinde azalmış cinsel istek bozukluğu olabileceği düşünülmektedir. Cinsel işlev bozuklukları nedeniyle tedaviye başvuranların yarısından çoğu cinsel istekte azalmadan şikâyetçidirler. Genel olarak, hem kadınlarda hem de erkeklerde azalmış cinsel istek bozukluğu oranı 1990'larda 1970'lere nazaran daha yükselmiştir (Beck, 1995).

Tüm DSM-IV tanıları içinde, tanımlamada en çok zorluk çekilen (bu Bölümün başında anlatılan vaka da olduğu gibi) cinsel istekte azalmadır. Kişi ne kadar sık cinsel ilişkide bulunmayı ***istemelidir***? Bir kişinin cinsel istekte azalma şikâyetiyle kliniğe başvurmasının nedeni, çoğu kez o kişinin cinselliğe gösterdiği ilginin düzeyinden memnun olmayan bir başkasının bulunmasıdır. Azalmış cinsel istek bozukluğu, içinde yaşanılan çağın ve kültürün etkisiyle insanların cinsellikle ilgili beklentilerinin yükselmesinin bir sonucu olarak, ilk defa 1980 yılında DSM-III'te "ketlenmiş cinsel istek"[5] adı altında yer almıştır. Bundan 25 sene önce cinsel tedavi alanında çalışan profesyonellerin bile dile getiremediği bir bozukluk olan cinsel istekte azalma hakkında şimdi kitaplar yazılıyor olması (örneğin Leiblum ve Rosen (1988) çok çarpıcı bir değişmedir. Elde edilen veriler cinsel istekte azalma tanısının konulabilmesinde, kişinin sübjektif değerlendirmelerinin çok önemli bir rol oynadığını ve bu bozukluğun, örneğin Amerikalı erkekler

[5]DSM-III-R'yi hazırlayanlar DSM-III'te kullanılan "ketlenmiş" ifadesinin psikodinamik nedenselliği akla getirdiğini düşünmüşlerdir. Dolayısıyla da DSM-III-R'de ve DSM-IV'te hipoaktif teriminin kullanılması tercih edilmiştir (Lief,1988).

tarafından İngiliz (Hawton ve ark., 1986) ve Alman erkeklere (Arentewicz ve Schmith, 1983) nazaran daha fazla rapor edildiğini ortaya koymaktadır.

Azalmış cinsel istek veya cinsel tiksinti bozukluğunun nedenleri hakkında pek fazla bilgimiz yoktur. Kliniklere başvuran kişiler gözden geçirildiğinde cinsel istekte azalma bozukluğunda ortodoks olma, tercih edilmeyen cinsiyetteki bir eşle cinsel ilişkide bulunmaya çalışma, kontrolü kaybetme korkusu, hamilelikten korkma, depresyon, sakinleştiricilere ya da anti-hipertansiyon ilaçlarına bağlı olarak ortaya çıkan yan etkiler, gergin insanlar arası ilişkiler (evlilikte veya çiftler arasında çatışma olması gibi), eşini örneğin hijyen kurallarına yeterince uymadığından dolayı çekici bulmama gibi nedenler sayılabilir (LoPiccolo & Friedman, 1988). Diğer olası nedenler ise tecavüz ya da çocuklukta cinsel kötüye kullanım gibi cinsel travma geçirmiş olma (Stuart & Greer, 1984) ve AIDS gibi cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma korkusu (Katz ve ark., 1989) dur. Yapılan iki görgül çalışmada öfkenin, kadınlarda daha az olmakla birlikte, hem kadınlarda hem de erkeklerde cinsel isteğin azalmasında önemli bir rol oynadığı ortaya konmuştur (Beck & Bozman, 1995; Bozman & Beck, 1991). Günlük yaşamlarında yüksek düzeyde stres ya da güçlük yaşadıklarından şikayetçi olanların cinsel istek düzeyi düşük olmaktadır (Morokoff & Gilliland, 1993). Ayrıca erkekler açısından testeron düzeyinin önemli olduğuna işaret eden veriler de vardır; testesteron düzeyi düştükçe cinsel istek düzeyi de düşmektedir (Bancroft, 1988).

CİNSEL UYARILMA BOZUKLUKLARI

Bazı kişiler cinsel istekle ilgili pek az ya da hiç sorun yaşamazken, cinsel olarak uyarılmakta veya uyarılmayı sürdürmekte zorluk çekebilirler. Uyarılma, Masters ve Johnson tarafından tanımlanan cinsel tepki döngüsünün ikinci aşamasıdır. Uyarılma bozukluklarının 2 alt kategorisi ***kadında cinsel uyarılma bozukluğu*** ve ***erkekte erektil bozukluk (sertleşme bozukluğu)*** tur. Eskiden bunlardan ilki *frijidite* (cinsel soğukluk), ikincisi ise *empotans* (iktidarsızlık) olarak da adlandırılmaktaydı.

Cinsel soğukluk ya da iktidarsızlık ifadelerinin yerine cinsel uyarılma bozukluğu ifadesinin kullanılmaya başlamasının önemli bir gelişme olduğu düşünülebilir. İktidarsızlık ifadesi erkeğin güçlü, kontrollü, gerçek bir erkek olmadığı izlenimini vermekte ve bugün pek çok kişinin karşı çıktığı maço erkek kavramını destekler görünmektedir. Cinsel soğukluk ifadesi ise kadının duygusal olarak da soğuk, mesafeli, antipatik ve hissiz olduğu izlenimi vermektedir. Dolayısıyla bu iki terim de küçültücü anlamlar çağrıştırmakta ve dikkati, pek çok çağdaş araştırmanın cevap ve çözüm aramakta olduğu ilişki üzerinden uzaklaştırarak, kişi üzerine çekmektedir.

Cinsel uyarılma bozukluğu tanısının konulabilmesi için, kadınlarda birleşmenin rahat bir şekilde tamamlanabilmesi için gerekli olan vajinal ıslanmanın sürekli olarak yetersiz olması; erkeklerde ise cinsel aktivitenin tamamlanabilmesi için gerekli olan sertleşmenin sürekli olarak sağlanamaması veya sürdürülememesi gerekir. Kadınlarda cinsel uyarılma bozukluğunun görülme oranı %11'den (Levine & Yost, 1976) %48'e (Frank, Anderson & Rubenstein, 1978) kadar yükselmektedir. Gerçek oran büyük olasılıkla %20 civarındadır (Laumann ve ark., 1994). Erkeklerde sertleşme bozukluğu oranının %3 ile %9 arasında değiştiği (örn. Ard, 1977; Frank ve ark., 1978) ve daha yaşlılarda bu oranın yükseldiği (Feldman ve ark., 1994; Kinsey ve ark., 1948) tahmin edilmektedir. Cinsel işlev bozuklukları nedeniyle başvuran kadın ve erkeklerin aşağı yukarı yarısını cinsel uyarılma bozukluğu tanısı alanlar oluşturmaktadır (Frank ve ark., 1976; Renshaw, 1988).

Cinsel işlev bozukluklarının en önemli nedenlerinden ikisi olarak daha sonra söz edilecek olan performans korkusu ve "kendini seyretme" (cinsel ilişkiyi yaşamak yerine cinsel ilişkide bulunan kendini seyretme) faktörlerinin rolüne ek olarak, kadın uyarılma bozukluklarında rol oynayan diğer bazı özgül nedenler de vardır. Örneğin bir kadın kendisi için nelerin cinsel açıdan uyarıcı olduğunun farkında olmayabilir, hatta kendi anatomisi hakkında yeterli bilgiye bile sahip olmayabilir. Cinsel ihtiyaçları hakkında konuşmaktan utanma da buna eklenince, eşinin davranışlarını uyarıcı bulmayabilir, hatta tiksindirici bile bulabilir.

Helen Singer Kaplan (1974) erkeklerde sertleşme bozukluğunun menzilinin çok geniş olduğunu belirtmiştir. Bazılarında çok çabuk sertleşme olmakta ancak vajene girmeden bu sertlik kaybolmaktadır. Diğerlerinde sevişme sırasında sertlik sürmekte ancak birleşme yakınlaştıkça yumuşama başlamaktadır. Bazıları eşleri ilişkiyi yönlendirdiğinde, diğer bazıları ise kontrol ken-

dilerinde olduğunda sertleşmeyi sağlayabilmektedirler. Kısaca sertleşme bozukluğunda görünür olan problem sertleşmenin olmamasıdır. Bir kadın sevişmenin bütün aşamalarını yaşayabilir ama genellikle sertleşme olmadığı sürece birleşme gerçekleşemez. Penisin sertleşmesi "gereken" zamanda sertleşmemesi hem erkek hem de eşi için pek çok şeyi tehlikeye sokabilir.

Son zamanlarda yapılan gözden geçirme çalışmaları sertleşme sorunlarının 2/3'sinin biyolojik bir temele sahip olduğunu ve genellikle psikolojik faktörlerin de eşlik ettiğini ortaya koymaktadır (örn. LoPiccolo, 1992a, baskıda; Mohr & Beutler, 1990). Genel olarak penise giden sinir yollarını ya da penise kan sağlayan damarları etkileyen tüm hastalık ya da hormonal dengesizlikler (Geer, Heiman & Leitenberg, 1984) sertleşme problemlerinin ortaya çıkmasında rol oynar. Bunlara Mellaril, Prozac ve bazı hipertansiyon ilaçları ile diyabet ve kronik alkolizm gibi hastalıklar örnek olarak verilebilir. Ancak sertleşme sorunun nedenleri ile ilgili olarak "ya o, ya bu" şeklinde düşünmek yanlıştır, bu sorunun ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde somatik ve psikolojik faktörler birlikte rol oynamaktadırlar.

ORGAZM BOZUKLUKLARI

DSM-IV'te biri kadınlarda, ikisi erkeklerde görülen üç tür orgazm bozukluğu yer almaktadır. Eskiden ketlenmiş kadın orgazmı olarak adlandırılan kadın orgazm bozukluğu, normal bir cinsel heyecan döneminin sonunda orgazmın yaşanamaması durumudur. Uyarılma mastürbasyon sırasında ya da eşle cinsel ilişki sırasında ortaya çıkabilir.

Kadın orgazm bozukluğunun görülme sıklığı ile ilgili yayınlar önemli farklılıklar göstermektedir. Klasik Kinsey çalışmasına göre kadınların %10'u hiç orgazm yaşamadıklarını belirtmişlerdir (Kinsey ve ark., 1953). Bundan çeyrek yüzyıl sonra Levine ve Yost (1976) kadınların %5'inin yaşamları boyunca orgazm yaşamadıklarını saptamışlardır. Düşük sıklıkta orgazm yaşayan kadınlarda dahil edildiğinde bu oranın %20'lere ulaştığı (Spector & Carey, 1990) ve daha düşük sosyoekonomik düzeyde olan kadınlarda bu oranın daha da yükseldiği görülmektedir (Levine & Yost, 1976). Gerçek görülme oranı ne olursa olsun, orgazm bozukluğu çoğunlukla kadınların terapiye başvurmalarına yol açan bir problemdir (Kaplan, 1974; Spector & Carey, 1990).

Kadınların cinsel olarak uyarılmaları sırasında karşılaştıkları problemlerle orgazma ulaşırken karşılaştıkları problemleri birbirinden ayırmak mümkündür. Kadınlarda orgazm bozukluğu görülme oranı %10 civarında ise de (Anderson, 1983), sevişme sırasında uyarılmayan kadınların oranının bu oranın çok daha altında olduğuna inanılmaktadır. Kaplan (1974) böyle bir ayırımın yapılabilmesinin çok önemli olduğunu vurgulamaktadır, çünkü böyle bir ayırım yapıldığında orgazm işlev bozukluğu olan kadınların (kadın orgazm bozukluğu), "genel olarak cinsel açıdan uyarıldığını söylemek mümkün olmaktadır. Bu kadınlar âşık olabilirler, erotik hisler yaşayabilirler, vajenlerinde ıslaklık ve genişleme ortaya çıkabilir" (s. 343). Kaplan aslında orgazm olmamanın bir bozukluk olarak kabul edilmemesi gerektiğini, bunun kadınların cinsel yaşamında ortaya çıkan normal bir değişim olarak kabul edilmesi gerektiğini belirtmektedir.

Bu problemi açıklamak için pek çok neden sıralanabilir. Belki de kadınların erkeklerin aksine orgazm olmayı öğrenmeleri gerekmektedir, yani belki de orgazm kadınlar için erkeklerde olduğu gibi doğuştan olan bir durum değildir. Erkeklerde, hemen her zaman orgazmla birlikte ortaya çıkan boşalma üremenin olabilmesi için zorunludur. Araştırma sonuçları ilk cinsel birleşme yaşantısından önce hiç mastürbasyon yapmamış ya da çok az yapmış kadınlarda orgazm olamama durumunun, mastürbasyon yapmış kadınlara oranla daha fazla görüldüğünü ortaya koymaktadır (Hite, 1976; Hoon & Hoon, 1978, Kinsey ve ark., 1953). Kuşkusuz elde edilen bu bilgiler korelatif bilgilerdir, yani hem mastürbasyon yapılmamasından hem de orgazm olamamaktan sorumlu üçüncü bir faktör de söz konusu olabilir. Klinik veriler orgazm bozukluğunda cinsel bilgi eksikliğinin de önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Cinsel uyarılma esnasında çok az heyecan duyan kadınlar gibi orgazm olamayan kadınlar da kendi genital anatomilerinin farkında olmadıklarından bu konudaki ihtiyaçlarının neler olduğunu bilememekte ve dolayısıyla eşleriyle de bu konuda iletişim kuramamaktadırlar. Kronik alkol kullanımı da kadınlarda orgazm bozukluğunun ortaya çıkmasında rol oynayan somatik bir faktör olabilir (Wilsnak, 1984).

Orgazm eşiği açısından kadınlar farklılıklar gösterirler. Bazıları çok fazla klitoral uyarım olmadan orgazma çabuk ulaşabilirken, diğerlerinin önsevişme veya birleşme sırasında

yoğun ve uzun süreli uyarılmaya gereksinimi olabilir. Birçok erkek birleşme sırasında eşinin bir yandan da klitorisinin elle uyarılmasını istemesini kendisinin ve penisinin yetersiz kaldığı şeklinde yorumlamaktadır ki, erkeğin bu yorума bağlı olarak gösterdiği tepkiler de kadının orgazm probleminin ortaya çıkmasına katkıda bulunur.

Diğer bir faktör de kontrolü kaybetme korkusudur. Fransızlar orgazm için "la petite mort" (küçük bir ölüm) ifadesini kullanmaktadırlar. Bazı kadınlar orgazm anında kontrolsüz bir şekilde bağıracaklarından, kendilerini küçük düşüreceklerinden veya bayılacaklarından korkarlar. Bununla bağlantılı olarak ortaya çıkan ve açıkça ortaya konamayan bir başka ketlenme nedeni de, insanın bilincinden ve kontrolü sağlayan aklından uzaklaşarak, vücuduna teslim olmasının yakışıksız bir davranış olduğu inancıdır. Her ne kadar bazı kadınlar öfke duydukları hatta küçümsedikleri erkeklerle sevişmekten zevk alsalar da, pek çoğu böyle erkeklerle birlikteyken kendilerini tutarlar. Yine eşlerden birinin diğerine cinsel hisler beslememesi de bu sorunun yaşanmasında rol oynayan bir başka faktördür.

Erkek orgazm bozukluğu ve erken boşalma DSM-IV'te yer alan iki erkek orgazm işlev bozukluğu kategorisidir. **Erkek orgazm bozukluğu** veya zor boşalma nispeten daha az rastlanılan bir durumdur ve tedavi için başvuran erkeklerin %3 ile %8'inde görülür (Spector & Carey, 1990). Bunun nedenleri arasında hamile bırakma korkusu, sevgi vermeme, husumet, ve kadın orgazm probleminde olduğu gibi kontrolü bırakma korkusu sayılabilir. Bazı durumlarda bu sorun omurilik yaralanması veya sakinleştirici kullanımı gibi fiziksel nedenlerden de kaynaklanabilir (Rosen, 1991).

Erken boşalma erkeklerde en yaygın olarak görülen işlev bozukluğudur ve erkeklerin %40'ı yaşamlarının bir döneminde böyle bir sorun yaşarlar (Laumann ve ark., 1994; St. Lawrence & Madakasira, 1992). Laboratuar çalışmaları erken boşalma sorunu olan erkeklerin cinsel uyarılma eşiklerinin düşük olduğunu ve tam bir orgazma ulaştıkları cinsel yaşantıları arasında geçen sürelerin erken boşalma sorunu olmayan erkeklere nazaran daha uzun olduğunu göstermektedir (Spiess, Geer & O'Donohue, 1984). Erken boşalma genellikle belirgin derecede kaygı ile birlikte görülür. Bazen vajene girmeden boşalma ortaya çıkabilir, ama daha sık rastlanan durum boşalmanın girişten birkaç saniye sonra olmasıdır.

Erken boşalma olup olmayacağı üzerinde yoğunlaşma cinsel ilişkide birleşmenin aşırı derecede önemsenmesinin doğal bir sonucu olabilir. Boşalmadan sonra sertleşmenin yavaşça kaybolması ve dolayısıyla kadının orgazmdan mahrum kalması, bazı çiftlerin geleneksel cinsel birleşmeyi tüm diğer cinsel aktivitelerden daha fazla önemsemelerine yol açmaktadır. Eğer penisin sertliği kaybolduğunda sevişme durdurulursa, tabii ki boşalma erken olacaktır. Ama cinsel terapistlerin önerdikleri gibi, eğer çift kadının uyarılmasında sadece sertleşmiş penisi değil örneğin oral veya el yoluyla uyarmaları da cinsel davranış repertuarlarına eklerlerse, erkeğin doyuma ulaşmasından sonra kadının orgazma ulaşması da mümkün olmaktadır. Penil vajinal veya anal birleşme üzerine odaklanılmadığı takdirde, eşlerin kaygı düzeyi erkeğin boşalmayı daha iyi kontrol edebilmesine ve daha uzun süreli bir birleşme süresine ulaşılmasına imkân verecek ölçüde azalmaktadır. Cinsel beklentilerin ve yaşantıların değişmesinin erken boşalma kavramını nasıl değiştireceğini gözlemek ilginç olacaktır.

CİNSEL AĞRI BOZUKLUKLARI

DSM'de cinsellikle ilgili olarak yer alan iki ağrı bozukluğu disparoni ve vajinismustur. **Disparoni** tanısı cinsel ilişki öncesinde, sırasında ya da sonrasında yineleyen ya da sürekli genital ağrı olması halinde konulur. Kadınlarda ağrının vajinal ıslanmanın olmamasına bağlı olduğu düşünülüyorsa (ki böyle bir durumda cinsel uyarılma bozukluğu tanısı konulmalıdır), veya ağrı ikinci bir ağrı bozukluğuna yani vajinismusa bağlı olarak ortaya çıkıyorsa disparoni tanısı konulmamalıdır. **Vajinismus** vajenin dış üçte birindeki kaslarda birleşmeyi engelleyecek biçimde yineleyen ya da sürekli istem dışı spazmın oluşmasıdır. Kadınlarda disparonin görülme sıklığı %8 (Schover, 1981) ile %15 (Laumann ve ark., 1994) arasında değişmektedir. Erkeklerde ise çok daha az, %1 civarında görüldüğü kabul edilmektedir (Bancroft. 1989). Cinsel terapi için başvuranlar arasında vajinismusun görülme oranı %12 ile %17 arasında değişmektedir (Rosen & Leiblum, 1995).

Birleşme sırasında ortaya çıkan genital ağrı hemen her zaman vajen, rahim veya penis bezlerindeki iltihaplanmalar gibi tıbbi nedenlerden kaynaklanır. DSM-IV'te cinsel bir problem olarak tanımlanan vajinismus, bazen hekim tarafından yapılan pelvik muayenede de gözlenebilir.

Bir kurama göre vajinismus kadının kendini, eşini ya da cinsel yakınlaşma zevkini bilinç dışı inkâr etme isteğinden kaynaklanmaktadır. Bu görüş mantıklı görünmekle birlikte bunu destekleyen kanıtlar yoktur. Vajinismusu olan kadınlar klitoral doyuma ulaşabilmektedirler. Hamilelik korkusu ve cinselliğe karşı olumsuz tutumlar vajinismusun ortaya çıkmasında rol oynayabilirler. Olumsuz tutumlar genellikle çocukluk döneminde cinsel kötüye kullanıma maruz kalma veya tecavüzün izlerini taşıyor olabilir (LePiccolo & Stock, 1987). Masters ve Johnson bazı çiftlerde erkeklerin sertleşmeyi sürdürememesinin vajinismusun gelişmesinde rol oynadığını bulmuşlardır. Dolayısıyla bazı kadınlar için eşlerinde ortaya çıkan cinsel problemler o kadar kaygı uyandırıcı olabilmektedir ki sonuç olarak vajinismus gelişebilmektedir.

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI İLE İLGİLİ GENEL KURAMLAR

Cinsel işlev bozukluklarının tanımlarını ve bunların altında yattığına inanılan bazı nedenleri gözden geçirdikten sonra, şimdi genel kuramsal bakış açıları üzerinde duracağız.

Modern bilimsel kuramlardan önce cinsel işlev bozuklarının genel olarak ahlâki bozulmaların bir sonucu olduğu düşünülürdü. Son zamanlarda LePiccolo (baskıda) tarafından yapılan bir gözden geçirme çalışmasına göre, çocuklukta yapılan aşırı mastürbasyonun yetişkin dönemde cinsel işlev bozukluğuna yol açtığı ortaya çıkmaktadır. Von Krafft-Ebing (1902) ve Havelock Ellis (1910) erken yaşlarda yapılan mastürbasyonun cinsel organlara zarar verdiğini, kısıtlı cinsel enerji deposunu boşalttığını ve sonuçta yetişkin dönemde cinsel açıdan işlevsel olabilme yeteneğini azalttığını belirtmişlerdir. Hatta yetişkin dönemdeki aşırı cinsel aktivitenin temelinde de sertleşme sorununun olduğu düşünülmüştür. Viktorya döneminin bakış açısına göre tehlikeli cinsel iştah mutlaka kısıtlanmalıdır. Bu dönemde çocukların cinsel organlarını ellemelerini önlemek amacıyla tek parmaklı metal eldivenler giydirilir ve yetişkinleri de çok fazla cinsellikten uzaklaştırabilmek için açık havada yapılan egzersizler ve uygulanması kolay diyetler önerilirdi. Aslında Kellogg's mısır gevreği ve Graham krakerleri cinsel ilgiyi azaltmak amacıyla geliştirilmiş yiyecekler olmalarına rağmen böyle bir etki göstermemişlerdir.

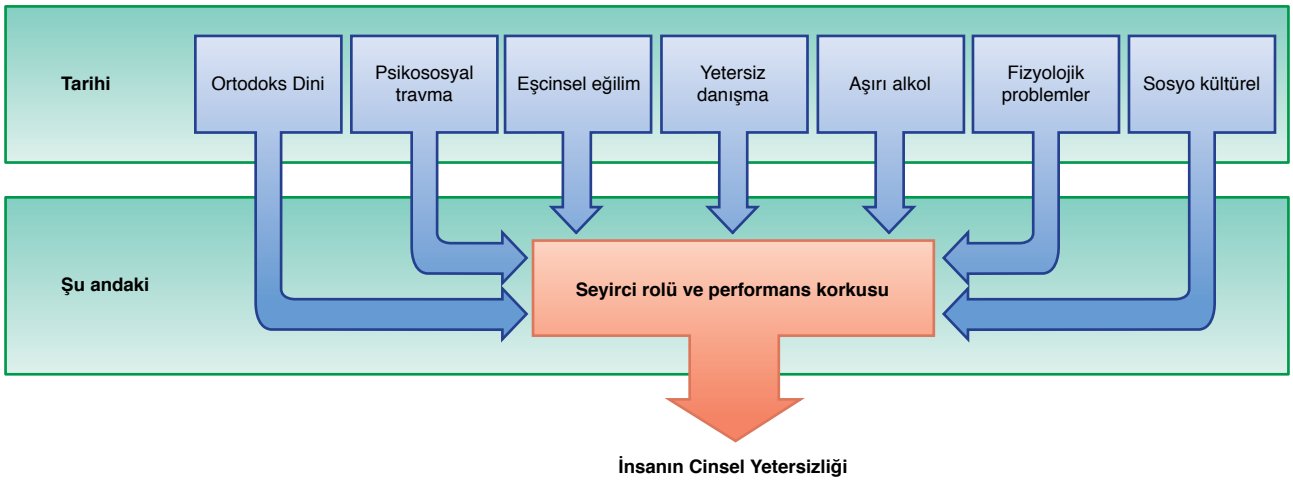
Psikanalitik bakış açısına göre cinsel işlev bozuklukları altta yatan bastırılmış çatışmalardan kaynaklanmaktadır. Bu bakış açısına göre analist hem nedenleri hem de tedaviyi belirleyebilmek için ortaya çıkan belirtinin sembolik anlamını bulmaya çalışır. Psikanalitik yazılarda bir yandan cinselliğin doğuştan gelen haz veren bir aktivite olması bir yandan da cinsel işlev bozukluğunun kişiye ve eşine psikolojik acı ve rahatsızlık vermesi göz önüne alınarak, cinsel işlev bozukluklarında bastırılmış öfke ve saldırganlık ile cinsel ihtiyaçların tatmini arasındaki çatışmaya dikkat çekilmektedir. Dolayısıyla çok erken boşalarak eşini hayal kırıklığına uğratan bir erkek, belki de aslında bilinçaltında ona annesini hatırlatan kadınlara bastırılmış olan düşmanlığını ifade ediyor olabilir. Ya da vajinismusu olan bir kadın çocuklukta maruz kaldığı cinsel kötüye kullanımdan veya eşinin zorba tavırlarından dolayı erkeklere karşı düşmanlığını ifade ediyor olabilir. Çağdaş psikanalistlerin çoğu terapide bilişsel-davranışçı teknikleri de kullanmaya başlamışlardır (LePiccolo, 1977). Terapistlerin cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde psikanalitik temaların rolünü takdir etmeye başlamalarıyla bilişsel-davranışçı yaklaşımlar da bu uzlaşma ruhundan etkilenmiştir.

Kontrollü olmayan vaka çalışmalarına dayanmakla birlikte, cinsel işlev bozukluklarının nedenleri konusundaki en kapsamlı bilgiler Masters ve Johnson'un "İnsanın Cinsel Yetersizliği" adlı kitabında yer almaktadır (1970). Önce onların önerilerini ele alacağız ve sonra da onların düşünceleri ile ilgili olarak önerilen değişiklik ve eklemeler üzerinde duracağız.

MASTERS VE JOHNSON'UN KURAMSAL MODELİ

Masters ve Johnson (1970) cinsel yetersizliklerin nedenlerini kavramlaştırırlarken şu andaki ve geçmişteki nedenleri belirlemede iki sıra modelini kullanmışlardır (Şekil 14.2). Şu andaki nedenler **performans korkusu** ve seyirci rolüne girme şeklinde iki gruba indirgenebilir. Bunların her ikisi de kişinin cinsel performansa odaklanmasına yol açarak doğal cinsel tepkilerin ortaya çıkmasını engelleyen davranış örüntülerini içerirler. Yazarlara göre "yetersizlik korkusu başarılı bir cinsel ilişkiyi engelleyen en önemli nedendir, çünkü bu korku cinsel uyarıcıların farkına varılmasını engelleyerek kişinin kendi doğal tepkilerinden tamamen uzaklaşmasına yol açar" (Masters & Johnson, 1970, s. 12-13).

Cinsel işlev bozukluklarının şu andaki ya da yakın geçmişteki nedenleri olarak görülen per-



Şekil 14.2 Masters ve Johnson'a göre cinsel yetersizliklerin tarihi ve şu andaki nedenleri

formans korkusunun ve seyirci rolünün ortaya çıkmasında bazı *tarihi (geçmişteki)* belirleyicilerin rolü olduğu düşünülmektedir. Bunlar:

• ***Dini katılık.*** Bazı muhafazakâr dini yetiştirme biçimlerinde, özellikle evlilik ilişkisi dışında, cinsellikten zevk alma konusuna kötü gözle bakılmaktadır. Masters ve Johnson bunun sonucu olarak cinsel işlev bozukluğu olan pek çok hastanın cinselliğe negatif bir bakış açısı geliştirdiklerini saptamışlardır. Örneğin bir kadın hastaya, büyürken kendisine aynada çıplak olarak bakmaması, birleşmenin evlilikte yaşanması gerektiği ve bunun sadece çocuk doğurmak amaçlı olarak katlanılması gereken bir durum olduğu öğretilmişti.

• ***Psikoseksüel travma.*** Bazı işlev bozuklukları tecavüz veya diğer aşağılayıcı yaşantılara bağlı olarak ortaya çıkabilir. Bir fahişe Masters ve Johnson'un genç bir erkek hastasına "eğer bu işi burada ve şimdi bir fahişe ile beceremezse, başka hiçbir kadınla beceremeyeceğini" söylemiş.

• ***Eşcinsel eğilim.*** Eşcinsel eğilimleri olan bir kişinin heteroseksüel ilişkiden fazla zevk almaması doğaldır. Kitapta belirtilmemesine karşın benzer bir sonuç heteroseksüellerin eşcinsel ilişkiye girmeleri durumunda da beklenebilir.

• ***Yetersiz danışma.*** Bu ifade profesyoneller tarafından çiftlere verilen yanlış ya da zarar verici açıklamaları yumuşatabilmek amacıyla kullanılmıştır. Örneğin bir sağlık uzmanının sağlıklı 65 yaşındaki erkek bir hastaya cinselliği unutmasını söylemesi ya da bir rahibin sertleşme bozukluğunun Tanrı'nın günahkârlara verdiği bir ceza olduğunu söylemesi gibi.

• ***Aşırı alkol alımı.*** Shakespeare Makbet'te alkol için "isteği arttırıyor ama performansı yok ediyor" diye yazmıştır (İkinci perde, 3. Sahne). Eğer sarhoş bir erkek sertleşmeyi sağlayamaz ya da sürdüremez ise, bu durumun alkolden kaynaklandığını düşünmek yerine sertleşme probleminin tekrarlayacağı korkusuna kapılabilir. Sonunda sertleşmeyi sürdüremeyeceği düşüncesi zihnini o kadar kaplar ki, seyirci rolüne geçer. Eşinden gelen empatik tepkileri erkekliğine ve cinsel çekiciliğine bir tehdit gibi algılar. Giderek ilişki bundan zarar görmeye başlar ve temelde alkole bağlı olarak ortaya çıkan sertleşme problemi ciddi ve İsrarlı bir hâl alır.

• ***Biyolojik nedenler.*** Masters ve Johnson daha 1970'li yıllarda somatik faktörlerin cinsel işlev bozukluklarının ortaya çıkmasında rol oynayabileceğine dikkati çekmişlerdir ki, şimdi biyolojik faktörlerle ilgili çok daha fazla bilgi elde edilmiş durumdadır. Örneğin uzun süreli diyabet periferal kan akımını azaltır. Her iki cinste de cinsel uyarılma için hücrelerin kanla dolarak genişlemesi şart olduğundan, diyabet cinsel işlev bozukluğunun nedenlerinden biri olarak ele alınmalıdır. Seçici serotonin gerialımını engelleyen ilaçlar (SSRI, örneğin Prozac) ve hipertansiyon ilaçları da cinsel istek ve uyarılmayı azaltabilirler (bu ilaçların kullanımının problem yaratmasının en önemli nedeni budur).

• ***Sosyokültürel faktörler.*** Kadın ve erkeklerin beklentileri ve ilgi alanları ait oldukları sosyal sınıfa göre farklılık gösterir. Örneğin bir toplumda cinsellik erkeklere özgü bir nimet, hatta hak olarak görülüyor ise cinsel ilişkiyi başlatmak ve sürdürmek erkeklere düşer. Son otuz yıldır devam eden feminist hareketlerin sonunda or-

taya çıkan değişikliklere rağmen kadınların bu konuda ne kadar aktif olabilecekleri hâlâ tartışma konusudur.

DİĞER ÇAĞDAŞ GÖRÜŞLER

Masters ve Johnson cinsel işlev bozuklarını diğer iç psişik veya cinsel olmayan kişilerarası zorlukların belirtileri olarak değil, doğrudan tedavi edilebilecek problemler olarak ele almaktadırlar. Masters ve Johnson'un ikinci kitapları olan "İnsanın Cinsel Yetersizliği" (1970)nin temelini oluşturan tedavilere katılan çiftler cinsel sorunlarına rağmen birbirleriyle ilgili ve yakın bir evlilik ilişkisi içinde olan çiftlerdi. Ama zamanla Masters ve Johnson terapi teknikleri yaygınlaştıkça ve sosyal ortam pek çok kişinin cinsel konularda yardım istemekte kendini rahat hissetmesine imkân tanıdıkça, terapistler ilişkileri ciddi derecede zarar görmüş çiftleri de görmeye başladılar. Uzun yıllar boyunca cinsel birleşme yaşamayan çiftlerin evliliklerinin ya da ilişkilerinin neden bozulduğunu anlamak zor değildir. Terapiste başvurana kadar cinsel sorunun mu bu iki kişinin arasındaki düşmanlıktan, yoksa düşmanlığın mı cinsel sorundan kaynaklandığını bilmek mümkün değildir. Çağdaş cinsel terapistler genel olarak cinsel işlev bozukluğu olan çiftlerin hem cinsel hem de ilişki sorunları yaşadıklarını varsaymanın doğru olduğunu düşünürler (Rosen & Leiblum, 1995). Giderek daha çok dışarda zaman geçirdiği için karısına öfke duyan bir erkeğin ya da çocuklarına karşı duyarlı olmayan davranışlarından dolayı kocasına kızgın olan bir kadının eşiyle yaşayacağı cinselliğin tatminkâr olmasını beklemek hiç de gerçekçi olmaz. Bu tür negatif düşünce ve duygular cinsel ilişkiyi etkiler ve aksi takdirde mümkün olabileceği halde cinsel uyarılma ve zevki engeller.

Ünlü bir cinsel terapist olan Joseph LePiccolo, kuramsal olarak bilişsel-davranışçı yönelimli bir cinsel terapist olmasına rağmen, cinsel bir problemin kişinin yaşamında ya da ilişkisinde taşıdığı *anlamla* (açıkça görünmese de) ilgili bazı psikodinamik nedenler önermektedir:

> Bazı kişiler için cinsel işlev bozukluğu kendi cinsellikleri ile ilgili negatif duygularını çözme yolu olabilir... Cinsel işlev bozukluğu kişinin, üzerinde odaklanabileceği bir başka problem alanı oluşturarak, kişiyi yoğun stres yaratan yaşam durumlarına bağlı olarak ortaya çıkabilecek depresyondan koruyor olabilir. Evliliğinde çok mutsuz olan ancak boşanma fikrini çok tehdit edici olarak gören erken boşalma sorunu olan bir erkek buna örnek olarak verilebilir... Bazı hastalar da yetişkin bir eşle cinsel ilişkide bulunurken, bir çocukla cinsel ilişkide bulunmak gibi sapkın fantezileri olduğunu fark edebilirler. Böyle durumlarda kişinin kendisi ile ilgili "terbiyeli ve ahlâklı" olduğu şeklindeki imajını sürdürebilmesi için, cinsel işlev bozukluğu kabul edilemeyen cinsel dürtülerin bastırılmasına yardımcı olur.... Cinsel işlev bozukluğu kişinin kendine olan saygısını kaybetmemesi için psişik bir gereklilik bile olabilir.

Çiftin yaşadığı cinsel zorluklar terapistin hemen fark edemediği, hatta çiftin de bilmediği bir amaca hizmet ediyor olabilir. Psikanalitik paradigmada ikincil kazançlar olarak bilinen bu gizli avantajlar, terapi iyi gidiyormuş gibi görünse de, zaman zaman terapiyi sabote edebilirler. Örneğin karısına kızgın olan bir adam sertleşme probleminin karısının cinsel doyumunu engellediğini bilmekten tatmin duyabilir. İlerideki sayfalarda tanımlanacak olan doğrudan cinsel terapi yaklaşımı ile amaçlanan etki ortaya çıktıkça, bu koca terapi seanslarına gelmemek için nedenler bulmaya ya da randevuları unutmaya başlayacaktır. Çok bilinen psikanalitik bir tema olan **ikincil kazançlar** giderek bilişsel-davranışçı cinsel terapi alanında da fark edilmeye başlanmıştır (LePiccolo, baskıda).

Daha önce de belirtildiği gibi, cinsel problemi olan kişilerin bilgi ve beceri düzeyi yeterli olmayabilir (LePiccolo & Hogan, 1979) veya eşlerinde bazı yetersizlikler görülebilir -örneğin orgazm olmayan kadınların eşlerinin sevgili olarak biraz kaba olmaları gibi (Kaplan, 1974; LoPiccolo, 1977). Kişinin eşi ile ilgilenmesi, karşılıklı tatminkâr bir cinsel ilişkinin yaşanabilmesi için tek başına yeterli değildir. Kaplan (1974) eşlerden birinin diğerini memnun etmeyi *çok fazla* istemesi halinde, o kişinin kendini projektör ışığı altında hissedeceğine ve performans kaygısının ortaya çıkabileceğine dikkat çekmiştir. Cinsel işlev bozukluklarının bir başka nedeni ise tepki kaygısı yani uyarılamamaktan dolayı kaygı duymaktır (Apfelbaum, 1989).

Eşler arasındaki zayıf iletişim de cinsel işlev bozukluğunun ortaya çıkmasına katkıda bulunur. Herhangi bir nedenden dolayı (utanma, güvensizlik, beğenmeme, kızgınlık, depresyon vb.) diğerine tercihleri, hoşuna gidenler ya da gitmeyenler hakkında bilgi vermeyen bir kişi, eşinin onun beklentilerini ya da aklından geçenleri tahmin edememesini yanlış yorumlayabilir ve bunu kendisiyle yeterince ilgilenmemesinin bir belirtisi olarak değerlendirebilir. Her ne kadar stresli evliliklerde cinsel konular hakkında

uygun bir şekilde konuşarak iletişim kurmak sık rastlanan bir durum değilse de ve bu nedenle çift terapisinde bunların ele alınması gerekiyorsa da (Bölüm 19'a bakınız), diğer alanlarda birbiriyle iyi geçinen çiftler arasında da cinsel iletişim zayıf olabilir. Öte yandan cinsellik hakkında eşlerle ya da arkadaşlarla, konuşmak, bu konunun medyada hatta eğitim programlarında yer alması da zaten oldukça yeni bir durumdur.

Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan birine yakalanmak ile ilgili endişeler de uzun zamandan beri insanları cinsellikten uzaklaştıran ve cinsel zevki engelleyen bir faktördür. Bağışıklık sisteminin zayıflamasına yol açan ve cinsel açıdan aktif kişiler arasında giderek yaygınlaşan sendromlar da, kuşkusuz birçok cinsel işlev bozukluğunun altında yatan nedenlerden bir diğeridir. Kritik bir konu olan AIDS'i bu bölümün sonunda ele alacağız.

Bu nedensel faktörlerle ilgili hipotezleri dikkate alırken iki noktanın akılda tutulması gerekir. Birincisi, pek çok kişi eşleriyle aralarında geçen kırıcı tartışmalardan sonra veya işleriyle ilgili problemlerle aşırı derecede meşgulken, cinsel açıdan tatminkâr olmayan dönemler geçirebilirler. Genellikle bu dönemler bitince cinsel ilişki normale döner. İkincisi, eğer bir kişinin geçmişinde veya şu andaki yaşamında daha önce belirtilen bir veya daha fazla patojenik faktör söz konusu olsa bile, o kişide cinsel işlev bozukluğu sürekli olarak ortaya çıkmayabilir. Her ne kadar bugüne kadar bu fenomeni tam olarak anlamak mümkün olamamış ise de, aşırı derecede destek veren arkadaşlar veya çok anlayışlı bir cinsel eş gibi değişkenlerin, bu kişilerin yaşamlarındaki patojenik faktörlerin varsayılan negatif etkilerini yatıştırabildikleri konusunda spekülasyonlar yapılmaktadır.

CİNSEL İŞLEV BOZUKLARININ TERAPİSİ

Belki de bilişsel-davranışçı terapiler psikoterapinin hiçbir alanında cinsel terapiler de olduğu kadar başarılı değildir (örneğin D'Amicis ve ark., 1985; LePiccolo ve ark., 1985). Bununla birlikte burada tarif edilecek olan doğrudan bilişsel-davranışçı yaklaşımlarla ilgili olarak elde edilen başarı oranları yine de mükemmel olmaktan çok uzaktır.

Masters ve Johnson'un cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde öncülük ettiği çalışmalar Odak 14.3'te tanımlanmıştır. Son 30 yıldır terapistler ve araştırmacılar, onların bu çalışmalarını daha da geliştirmişler ve işlev bozukluğu olan hastaların yaşamlarını iyileştirmek amacıyla uyguladıkları tedavilerine eklemişlerdir. Şimdi Masters ve Johnson'un çalışmalarını daha kapsamlı bir hale getiren bazı strateji ve işlemlerden söz edeceğiz. Terapist belli bir vaka için sadece bir teknik seçmeyi tercih edebilir ancak cinsel işlev bozukluklarının karmaşık ve çok yönlü yapısı genellikle birkaç tekniğin birlikte uygulanmasını gerektirir.

KAYGININ AZALTILMASI

Masters ve Johnson'un terapi programının yayınlanmasından önce, davranışçı terapistler işlev bozukluğu olan kişilerin cinsel durumun kaygı yaratan farklı özelliklerine aşamalı ve sistematik olarak maruz bırakılmaya ihtiyaçları olduğunu düşünmekteydiler. Wolpe'nin sistematik duyarsızlaştırma ve gerçek yaşamda duyarsızlaştırma uygulamaları özellikle beceri eğitimi ile birleştirildiğinde, çok başarılı sonuçlara ulaşmıştır (Anderson, 1983; Hogan, 1978). Masters ve Johnson'un programında da temel teknik gerçek yaşamda duyarsızlaştırma olmakla birlikte diğer ek teknikler de tedavinin etkinliğinin arttırılmasına katkıda bulunmaktadırlar.

TUTUM VE DÜŞÜNCELERİ DEĞİŞTİRMEYE YÖNELİK İŞLEMLER

Duyumsal farkında olma prosedürleri olarak adlandırılan uygulamalarda çiftler cinsel uyarılmanın en başından itibaren hoş duyumlar üzerine odaklanmaları için cesaretlendirilirler. Örneğin Odak 14.3'te tarif edilen duyumlara odaklanma egzersizleri bir anlamda kişinin duyumlara ve cinsel duygulara açık hale gelmesine yardımcı olur. Akılcı duygusal terapi, cinsel işlev bozukluğu olan kişilerin "mastürbasyon" ile ilgili olarak sorun yaratan "meliyim, malıyım" şeklindeki düşüncelerinin daha az zorlayıcı düşüncelere dönüştürülmesine yardımcı olur.

BECERİ VE İLETİŞİM EĞİTİMİ

Cinsel beceri ve iletişimi geliştirebilmek için terapist yazılı metinler verebilir, cinsel ilişki tekniklerini gösteren film ve videolardan yararlanabilir ve bu teknikleri danışanlarıyla tartışabilir (McMullen & Rosen, 1979). Pek çok cinsel işlev bozukluğu açısından eşlerin birbirlerine cinsellikle ilgili hoşlandıkları ve hoşlanmadıkları hakkında bilgi vermeleri için cesaretlendiril-

ODAK 14.3

MASTERS VE JOHNSON'UN CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI TERAPİSİ

1970 yılında Masters ve Johnson'un İnsanın Cinsel Yetersizliği adlı kitaplarının yayınlanması ruh sağlığı alanında nadir yaşanan büyük bir heyecan yarattı. Bu kitap 800 e yakın cinsel işlev bozukluğu olan kişiye uygulanan terapi programı hakkındadır. Bu çiftler St. Louis'deki bir otelde kalarak Üreme Biyoloji Araştırma Vakfı'nda 2 hafta boyunca gündüzleri yoğun terapi almışlar ve geceleri de bir otelde verilen cinsel ödevleri yapmışlardır. Evlerinden uzak olmaları hem evle ilgili konuların dikkatlerini dağıtmalarını engellemiş hem de bu günleri ikinci bir balayı gibi yaşama imkânını bulmuşlardır.

Masters ve Johnson'un tekniklerinin birçoğu birçok terapist tarafından bir süre kullanılmış (Zilbergeld & Evans, 1980) ve her ne kadar Masters ve Johnson'un raporunun incelenmesi sonucunda açıklığa kavuşmamış bazı yöntemsel problemler olduğu görülmüş olsa da, onların tekniklerini kullanan terapistler de aynı derecede yüksek başarı elde etmişlerdir (Andersen, 1983; LoPiccolo, baskıda; Mohr & Beutler, 1990). Masters ve Johnson cinsel terapi hareketinin yaratıcısıdırlar ve dolayısıyla çalışmalarından detaylı bir şekilde söz edilmesini hak etmektedirler. İki terapist yerine tek terapist ya da günlük yerine haftalık seanslar yapma gibi bazı değişiklikler dışında, pek çok terapist cinsel işlev bozukluklarının tedavisinde onların yolunu izlemeye devam etmektedirler (LePiccolo, baskıda).

Masters ve Johnson'un tüm amacı performans korkusunu azaltmak veya yok etmek ve işlev bozukluğu olan kişiyi seyirci rolünden çıkartmaktır. Bu adımların çiftin cinselliği serbestçe ve kendiliğinden (spontan) bir şekilde yaşamasına olanak sağlayacağını düşünmüşlerdir.

Her gün çift ve biri kadın biri erkek olan 2 terapistten oluşan terapi ekibi buluşurlar. Bunun temelinde kadın terapistin kadını, erkek terapistin ise erkeği daha iyi anlayabilceği görüşü yer almaktadır. Çiftlerin kendilerine özgü problemleri ne olursa olsun, tüm çiftler ilk birkaç günü benzer şekilde geçirirler. Bu ilk birkaç günün en önemli özelliklerinden biri çiftlere cinsel ilişkide bulunma yaşağının konulmasıdır. İlk 2 gün boyunca kapsamlı bir şekilde sosyal ve cinsel öykü alınır ve biyolojik faktörlerin söz konusu olup olmadığını belirleyebilmek için fiziksel muayeneler yapılır.

*Değerlendirme görüşmelerinde **cinsel değer sistemleri** üzerinde odaklanılır ve eşlerin cinsel ilişki ile ilgili olarak nelerin kabul edilebilir olduğu ve nelere ihtiyaç duyulduğu konusundaki düşünceleri alınır. Bazen cinsel işlevlerin düzeltilebilmesi için eşlerden birinin ya da her ikisinin cinsel değer sistemlerinin değiştirilmesi gerekebilir. Örneğin eğer eşlerden biri cinsel ilişkiyi çirkin ve kabul edilemez buluyorsa, en etkili terapinin bile bu çiftin cinsellikten zevk almasına yardımcı olabileceği şüphelidir.*

Üçüncü gün terapistler problemlerin neden ortaya çıktığı ve neden devam ettiği hakkında yorumlar yapmaya başlarlar. Tüm vakalarda eşlerin bireysel zorlukları değil ilişkilerindeki problemler vurgulanır. Masters ve Johnson'un terapi yaklaşımının en temel önermesi şudur: "eğer evlilikte cinsel bir yetersizlik var ise bunda her iki eşin de katkısı vardır" şeklindedir (1970, s. 2). Problem ne olursa olsun, çift bu problemi karşılıklı sorumlulukları olarak görmeleri için desteklenir. Bu aşamada çifte kendini dışarıdan seyretme rolü kakkında bilgi verilir. Örneğin sertleşme problemi olan bir erkek için çifte şunlar söylenebilir: Sertleşme problemi olan kişi -ve genellikle eşi de- cinsel ilişki sırasında kendini rahat bırakarak ilişkiyi yaşamak yerine, ne kadar başarılı ya da başarısız olacağı ile ilgili kaygılar yaşarsa ve sürekli sertleşmenin olup olmadığını gözlemlerse (ki bu aslında çok anlaşılabilir bir durumdur), bu kaygı ve gözlemleme kişinin doğal cinsel tepkilerini bloke eder ve cinsel zevki de engeller.

*Üçüncü günün sonunda çifte çok önemli bir ödev, **duyumlara odaklanma** (sensate focus) ödevi verilir. Çifte birbirlerine karşı "doğal bir yakınlık, bir uyum… hatta birlikte oyun oynama arzusu duydukları" bir zaman seçmeleri söylenir (Masters & Johnson, 1970, s. 7). Sonra üstlerindekileri çıkarmadan birbirlerinin vücutlarına dokunarak birbirlerine zevk vermeleri istenir. Terapistler bu "zevk verme" uygulamasını kimin önce başlatacağını belirlerler ve "alıcı" durumundaki eşe de dokunulmanın tadını çıkarması söylenir. Kendisine dokunulan kişi cinsel tepkiler vermek zorunda değildir, ancak eğer rahatsız olduğu veya ilgisini dağıtan bir şey olursa bunu eşine söyleme sorumluluğu ona aittir. Sonra roller değiştirilir. Cinsel birleşme halen yasaktır. Masters ve Johnson'a göre bu yaklaşım bu çiftler arasında sıklıkla görülen elyordamı ile bir şeyleri bulma alışkanlığının kırılmasına ola-*

meleri çok önemlidir (Hawton ve ark., 1992; Rosen ve ark., 1994). Beceri ve iletişim eğitimi birlikte uygulandığında hastaların kaygı yaratan duruma (örneğin eşini çıplak görmek gibi) maruz kalmalarını sağlayarak duyarsızlaştırma etkisi yaratmak mümkün olur. Özellikle cinsellik dışındaki konularda da gerilim yaşanan ilişkide, kişinin eşine cinsellikle ilgili tercihlerini söyleyebilmesi daha da zorlaşır ki, bu durum bizi bir sonraki stratejiye yönlendirmektedir.

nak sağlar. Duyumlara odaklanma uygulaması, cinsel yakınlığın yeniden kurulmasındaki ilk adımdır ve eşler arasında yıllardır yaşanmayan temasın yeniden başlamasına imkân verir.

Her ne kadar duyumlara odaklanma egzersizleri bazen derin ve gizli bir husumetin açığa çıkmasına yol açabilirse de, çoğu zaman bu egzersizler eşlerin yatakta yakın ve zevkli şeyler yaşayabilmek için cinsel birleşmenin olmasının ille de şart olmadığını fark etmelerini sağlar. İkinci gün öğleden sonra "alıcı" durumdaki kişiye elini eşinin eli üzerine koyarak nasıl ve hangi hızda okşanmak istediğini eşine göstermesi söylenir. Bu aşamada göğüslere ve cinsel organlara dokunulmasına izin verilmez ve cinsel birleşme yasağı devam etmekte olduğundan henüz orgazmdan söz edilemez. Eğer eşler temel erkek ve kadın anatomisi hakkında bilgi sahibi değillerse ya da bilgilerinden emin değillerse ki bu sık rastlanan bir durumdur, çifte bunlarla ilgili bazı şekiller gösterilir. Duyumlara odaklanmanın ikinci gününden sonra tedavi çiftin özgül problemine ya da problemlerine yönelik olarak yürütülür. Şimdi bu süreci örnekleyebilmek için kadın orgazm bozukluğunun terapisini özetleyeceğiz.

Duyumlara odaklanma egzersizlerinin yardımıyla çift yatakta birbirleriyle daha rahat olmaya başladıktan sonra, kadın orgazma ulaşmayı amaçlamaksızın cinsel açıdan daha fazla uyarılabilmek üzerine odaklanması için desteklenir. Genellikle bu uygulamanın sonunda kadının cinsel heyecanı yükselir. Terapistler kadının eşine genel olarak kadın cinsel bölgesinin elle uyarılması hakkında detaylı bilgiler verirler, ancak elle uyarılmanın nasıl yapılacağı konusundaki son karar, eşine dakika dakika ne istediğini iletmesi için cesaretlendirilen kadın tarafından belirlenir. Diğer bozuklukların tedavisinde olduğu gibi bu bozukluğun tedavisinde de, bu aşamada eşler arasındaki etkileşim açısından odak noktası orgazm değildir.

Kadın elle uyarılarak zevk almaya başladıktan sonra, bir sonraki aşama duyumsal zevk kaynağını vücudunda gezinen elden vajenin içindeki penise yönlendirilmesidir. Kadına erkeğin üstüne çıkması, penisi yavaşça vajene yerleştirmesi ve kendini duygularına bırakması söylenir. Eğer isterse kalçalarını yavaşça hareket ettirebilir. Penisi, onunla oynayabileceği kendisine zevk verebilecek bir şey olarak görmesi için desteklenir. Bu arada erkek de yavaşça hareket edebilir. Ancak her zaman neyin, nasıl yapılacağına karar veren kadın olmalıdır. Çift bu pozisyonu belli bir süre yaşadığında ki bu arada erkek orgazma yönelik olarak kuvvetli hareketlerden kaçınmalıdır, genellikle çiftin cinsel etkileşimlerinde önemli bir değişme ortaya çıkar. Bu değişme belki de kadının ilk defa kendi cinselliği ve cinsel zevkleri üzerinde düşünmesine ve hissetmesine izin verilmiş olmasından kaynaklanmaktadır.

Terapistler belki de çok uzun zamandır cinsel bir problem yaşamakta olan çifte tedavideki işlemler konusunda bilgi verirken son derece duyarlı olmalıdırlar. Bazı çiftler cinsel konular hakkında konuşma fırsatını ilk defa Masters ve Johnson'un kliniğinde elde etmiş olabilirler. Terapistlerin açık ve sakin tavırları çifti rahatlatır ve çifti belli yönergeleri yerine getirmeleri ve sevişme sırasında yapılanlara ve cinselliğe karşı daha açık bir tutum geliştirmeleri için cesaretlendirir. Her ne kadar davranışsal öneriler ayrıntılı bir şekilde tanımlansa da, terapistler terapi odasındaki atmosfere özen göstermeli ve bu atmosferin gerçek terapinin yapıldığı yatak odasına taşınmasına yardımcı olmalıdırlar. Diğer davranışçı terapilerde olduğu gibi, cinsel terapide de teknikler çok önemlidir ancak davranış değişikliğini belirleyen insanlar arası ilişkilerdir.

Duyumlara odaklanma ile ilgili dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta vardır. LePiccolo (1992a) giderek daha çok sayıda kişinin duyumlara odaklanma sırasında sertleşmenin ortaya çıkmasının hem beklenen hem de beklenmeyen bir durum olduğunun farkına vardığını belirtmektedir. Her ne kadar terapist bu uygulama sırasında cinsel bir şeyler hissedilmemesi yolunda yönerge verse de, orta derecede bilgisi olan her erkek bu cinsel olmayan durumun herhangi bir noktasında sertleşmenin ortaya çıkmasının beklendiğini bilmektedir (aslında zaten bu cinsel olmayan bir durum değildir, sonuçta 2 çıplak insan birbirlerine cinsel açıdan daha yakın olabilmek için zaman ve para harcayarak birbirleriyle ilgilenmektedirler). Dolayısıyla duyumlara odaklanma bazı erkeklerde performans kaygısını ve kendini dışarıdan seyretme rolünü azaltmak yerine meta-performansa yani performans ötesi bir kaygıya yol açabilir ve bu kaygı şu şekilde ifade edilebilir: "Tamam, sertleşmeyi sağlamak ve birleşmeyi gerçekleştirmek zorunda değilim. Evet, 10 dakika geçti, üzerimde hiçbir baskı yok ama hâlâ sertleşme olmadı. Ne zaman sertleşme ortaya çıkacak? Ve eğer sertleşme olursa, acaba bu vajene girene kadar devam edebilecek mi? Gerek duyumlara odaklanma aşaması gerekse Masters ve Johnson'un cinsel terapisindeki diğer uygulamalar, çok ustaca bir yaklaşım olan ve 18. Bölüm'de tartışacağımız paradoksal terapiye has özellikler taşımaktadır.

ÇİFT TERAPİSİ

Cinsel işlev bozuklukları genellikle stresli bir evlilik ya da çok yakın bir ilişki içinde ortaya çıkarlar ve bu çiftlerin çoğunlukla cinsellikle ilgili olmayan alanlarda da özel bir eğitim almaya ihtiyaçları vardır. Daha önce belirtildiği gibi, cinsel terapi ile ilgili son yayınlar, sistem bakış açısının önemini vurgulamaktadır. Sistem bakış açısına göre cinsel problem karmaşık bir faktörler ağı içine gömülmüş durumdadır ve örne-

ğin erkeğin sertleşme sorunu kadının kocasının cinsel isteklerini tatmin etme ile ilgili kaygılarının ortadan kalkmasına yol açabilir ve dolayısıyla bu sorunun devam etmesi çiftin işine yarıyor olabilir. Bazen Masters ve Johnson tipi cinsel terapi yerine ya da buna ek olarak örneğin eşlerin aileleriyle olan ilişkileri ya da çocuk yetiştirme biçimleri gibi cinsel olmayan sorunları üzerine odaklanmak da uygun ya da gerekli olabilir. Çift terapisi Bölüm 19'da daha detaylı olarak ele alınmaktadır.

PSİKODİNAMİK TEKNİKLER VE BAKIŞ AÇILARI

Bir erkek başlangıçta sertleşme sağlayamadığını kabul etmek istemese de terapist onun anlattıkları ile ilgili ipuçlarını araştırmalıdır. Bir kadın cinsel ilişkiyi başlatmaya karşı direnç gösterebilir ve bunu terapiste açıkça ifade etmese de, böyle bir girişkenliğin geleneksel kadın rolüne uygun olmadığını ve yakışmadığını düşünebilir. Psikanalitik bakış açısına göre bazı durumlarda danışanlar kendilerini rahatsız eden şeyleri terapistlerine açıkça ifade edemeyebilirler. Bu görüş davranışçı terapistlerin tedavi açısından doğru bir değerlendirme ve planlama yapmalarına da yardımcı olabilir (Kaplan, 1974). Her ne kadar dergilerde yayınlanan yazılarda veya meslektaşlarla yapılan toplantılarda açık olarak dile getirilmese de, kuşkusuz cinsel terapi uygulamalarında davranışçı olmayan terapilere özgü özellikler de kullanılmaktadır. Terapideki eklektisizm konusundaki daha önceki tartışmamız (Bölüm 2) terapötik teşebbüslerin karmaşıklığının hatırlanmasına fırsat yaratmaktadır. Psikodinamik ve bilişsel terapiler arasındaki uzlaşma 18. Bölüm'de de ele alınacaktır.

TIBBİ VE FİZİKSEL İŞLEMLER

Cinsel işlev bozukluklarıyla ilgili biyolojik faktörler hakkındaki bilgiler arttıkça, terapistlerin altta yatan somatik problemlerin işlev bozukluğuna katkıda bulunup bulunmadığını araştırmaları giderek daha önem kazanmıştır (LePiccolo, 1992b; Rosen & Leiblum, 1995). Somatik faktörlerin dikkate alınması özellikle disparoni ve sertleşme bozukluğu açısından çok önemlidir. Disparoni postmenapoz dönemindeki kadınlarda vajinal dokulardaki kalınlaşmayı azaltan ve vaginal kayganlığı arttıran östrojen tedavisi ile iyileştirilebilir (Masters, Johnson & Kolodny, 1988; Walling, Anderson & Johnson, 1990). Cinsel dürtülerin ciddi derecede kaybolduğu bir tabloya depresyon da ekleniyorsa, antidepresan ilaçlar yararlı olabilir. Kaygı azaltıcı tekniklere ek olarak sakinleştiriciler de kullanılabilir. Bununla birlikte bazı psikoaktif ilaçların cinsel duyarlılık üzerinde zıt bir etki yaratmaları, durumu daha karmaşık bir hale getirmektedir.

Bazı durumlarda cerrahi müdahaleler de uygulanabilir. Örneğin kronik sertleşmeme sorununda penisin içine yarı sert silikon bir çubuk veya penisin istenildiği zaman şişirilmesine olanak veren bir şişirici alet yerleştirilebilir. Ancak bu tür uygulamaların yapıldığı erkeklerin uzun süreli izlendiği çalışmalarda çoğu kez cinsel işlevlerdeki zayıflığın devam ettiği saptanmıştır (Tiefer, Pedersen & Melman, 1988). Çubuk nedeniyle penis sürekli sertleşmiş durumda olacağından, problemin psikolojik bileşenleri ele alınmadığı takdirde çubuk yerleştirilen bu erkekler yine cinsel sorunlar yaşamaya devam edeceklerdir (çubuk ilgi ve istek olmadan da birleşme imkânı sağlamaktadır, ancak bu uygulama uzun süreli psikolojik uyum açısından lehte bir durum değildir). Damar cerrahisi ile kanın atardamarlar yoluyla içe akışındaki veya toplardamarlar yoluyla dışa akışındaki problemler düzeltilebilir. Bu yolla elde edilen sonuçlar oldukça çelişkili olmasına rağmen (Melman & Rossman, 1989) normal işlevlere geri dönülmesi olasılığı vardır, çünkü çubuk yerleştirilmesi uygulamasının aksine, bu uygulamadan sonra cinsel ilgi ve istek olmadan sertleşme sağlanamamaktadır (Wince & Carey, 1991).

Son zamanlarda biyolojik faktörlerin söz konusu olduğundan şüphelenilen erkeklerde, oral yolla alınan yohimbin hidroklorid ile bazı başarılı sonuçlar elde edilmiştir (Sonda, Mazo & Chancellor, 1990). Bu ilaç penise doğru olan kan akışını arttırmakta ve kanın penis dışına akışını ise azaltmaktadır (Meyer, 1998). Sertleşmenin sağlanabilmesi için penisin süngerimsi kısmına papeverin veya diğer vazoaktif ilaçların (kan akımını destekleyen) enjekte edilmesinin bazı erkeklerde sertleşmenin sağlanması açısından yararlı olduğu konusunda çelişkili sonuçlar elde edilmiştir. Sertleşme konusunda ne kadar başarılı olunursa olunsun, bu kişilerin pek çoğunda kişilerarası çatışmalarının devam etmesi nedeniyle elde edilen başarılara gölge düşmektedir (Montorsi ve ark., 1994). İğnelere bağımlı olmak ve ciddi yan etkilerin (örneğin karaciğer problemlerinin) ortaya çıkması da bu tür tedavilerde karşılaşılan önemli problemlerdir (Turner ve ark., 1989).

Her tür tıbbi müdahalede psikososyal faktörlerin de dikkate alınması çok önemlidir, çünkü cinsel işlev bozuklukları hemen hemen her zaman karmaşık kişilerarası ve iç psişik çatışmaların içine gömülmüş durumdadır. Cinsel işlev bozukluklarını "tıbbileştirme" veya "biyolojikleştirme" eğilimleri hastaların ve terapistlerin dikkatlerini bu problemlerin kişilerarası boyutundan uzaklaştırmakta ve bu konuda uygun olmasa da "hemen düzelt" mantığına göre hareket edilmesini desteklemektedir (Rosen ve Leiblum, 1995).

Cinsel işlev bozuklukları ile ilgili tartışmamızda cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma düşüncesinin cinsel ilişkide ketlenmelere yol açabileceğinden bahsetmiştik. En basitinden, cinsel ilişkide bulunurken zührevi bir hastalığa yakalanma veya bu hastalığı başkalarına bulaştırma ile ilgili düşüncelere sahip olmak, kaygının körüklenmesine ve kişinin cinsellikten uzaklaşmasına neden olabilir. Ama AIDS söz konusu olduğunda ki, biz de şimdi bu konuya değineyeceğiz, cinsel ilişki de bulunurken AIDS olur muyum diye ***düşünmemenin*** kaygı uyandırıcı olduğunu söyleyebiliriz.

AIDS: DAVRANIŞ BİLİMLERİNE MEYDAN OKUMA

Bugün için toplum sağlığını en fazla tehdit eden sendrom AIDS'dir. AIDS (kazanılmış bağışıklık yetersizliği sendromu) konusunun bir anormal psikoloji kitabında yer almasının nedeni bu ölümcül hastalığın kendine has ve birbirleriyle ilişkili şu üç özelliğidir: (1) AIDS açıkça mantıksız ve tamamen kendine zarar verici davranışlardan dolayı ortaya çıkar, (2) Şu anda tıbbi yollarla tedavi edilmesi veya önlenmesi mümkün değildir, (3) Genellikle psikolojik tedbirlerle önlenebilir.[6]

PROBLEMİN BOYUTU

1981 yılında ilk olarak belirlendiğinden beri AIDS modern zamanlarda görülen en tehlikeli, bulaşıcı ve salgın hastalıktır. AIDS'in görülme sıklığı ve yaygınlığı federal bir kuruluş olan Hastalıkları Kontrol Etme ve Önleme Merkezleri ve HIV/AIDS Birleşmiş Milletler Programı tarafından belirli zamanlarda değerlendirilmektedir. Sayı giderek yükselmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 13 yaşın üstündeki her 300 kişiden birinde ya da bir başka deyişle toplam 1.000.000 kişide HIV bulunmaktadır. Her sene 40.000 Amerikalı HIV pozitif olmaktadır. 1994'de, 55.000 kişi -neredeyse Vietnam savaşında ölenler kadar- AIDS le ilgili hastalıklar nedeniyle yaşamlarını kaybetmişlerdir. 1981 de resmi olarak belirlenen sayı 325.000'dir.

Bununla birlikte diğer ülkelerden gelen sonuçlar bu istatistikleri gölgede bırakmaktadır. Dünyada 1 milyonu çocuk olmak üzere 21 milyon kişinin HIV pozitif oldukları ve bunların %90'ının gelişmemiş ülkelerde yaşadıkları tahmin edilmektedir. Günde 1400'ü çocuk olan 8500 yeni vaka teşhis edilmektedir. En kötü sonuçlar Afrika'daki Sahara Çölü'nün güneyinden gelmektedir ki, dünyadaki HIV pozitif nüfusun %63'ü, ve HIV pozitif kadınların %80'i burada yaşamaktadır. Görülme sıklığı özellikle Hindistan ve Çin gibi Asya ülkelerinde artmaktadır ve bu yeni vakaların çoğu heteroseksüel aktivitelerin sonucudur. Ukrayna, İspanya ve Vietnam da en temel neden madde kötüye kullanımıdır. Dünyada 4.5 milyon kişide AIDS vardır ve 4 milyondan fazla kişi de bu nedenle ölmüştür (Kalichman, 1995; Maugh, 1996a).

Bazıları HIV enfeksiyonunu bir intihar biçimi olarak değerlendirmektedirler. Sovyetler Birliği'nin parçalanması sosyal ve ekonomik düzensizliklere yol açarak Durkheim'in "bunalım" olarak adlandırdığı bir durumu ortaya çıkarmıştır. Votka tüketimi giderek artmaktadır ve özellikle Ukrayna, Rusya ve Belarus'un birçok yerinde afyon bitkisinden üretilen ve uyuşturucu etkisi olan afyon sapı votkadan bile daha ucuzdur. Sovyetler Birliği'nde can sıkıntısından ve derin boşluk duygusundan kurtulmak isteyen pek çok kişi bu maddeye bağımlı hale gelmiştir. Bu kişiler riskli olduğunu bilmelerine rağmen kullandıkları enjeksiyonları paylaşmaya devam etmektedirler. Belarus da yaşayan bir bağımlının şu sözleri dikkat çekicidir: "Genç insanlar pek bir şeye aldırmazlar... Birisi 'Bende HIV var, sana şıringamı veremem' dediğinde daha genç olan bağımlı 'her halükarda öleceğim' şeklinde yanıt vermektedir. Bu gençler yaşamak istemiyorlar" (Boudreaux, 1996, s. A14).

---

[6]Okuyucu HIV ve AIDS'in cinsel bozukluklarla ilgili bir bölümde yer almasından dolayı tek risk faktörünün güvenli olmayan seks olduğu sonucuna varmamalıdır. Bu doğru değildir. Ama güvenli olmayan seks bu hastalığa yakalanan insanların sayısındaki artış açısından en önemli risk faktörüdür. Amerika Birleşik Devletleri'nde HIV'in taşınma oranı %60'tır ve bunun %10'u heteroseksüel temas yoluyla geçmektedir. HIV'in bulaşmasında rol oynayan diğer faktörler ise damardan enjekte edilen ilaçların kullanımında iğnenin paylaşılması (%20), yıllar önce yaşandığı gibi, özellikle hemofililerde, bozuk kan nakli (%3) ve hamilelik, doğum veya emzirme yoluyla anneden bebeğe geçmesi (%5) dir. Diğer vakalarda, nedenin ne olduğu belirlenememiştir (Kalichman, 1995).

Önceleri AIDS'le ilgili çalışma ve tartışmalarda ihmâl edilmiş olmasına rağmen, son zamanlarda AIDSli kadınlar araştırmacıların ve klinisyenlerin dikkatini çekmeye başlamıştır.

Dünyadaki AIDS hastalarının %42'si kadınlardır ve 2000 yılına kadar bu oranın daha da yükseleceği tahmin edilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, Afrika ve İspanyol kökenli Amerikalı kadınlar İngiliz kökenli kadınlara oranla 17 kat daha fazla risk altındadırlar. HIV pozitif olan annelerden doğan bebekler doğuştan bu hastalığa sahip olarak dünyaya gelmektedirler ki bu, durumu daha da vahim bir hale getirmektedir. Her ne kadar Amerika Birleşik Devletleri'ndeki oran azalmaktaysa da, daha az gelişmiş ülkelerdeki durum daha da kötüye gitmektedir. Örneğin Tayland'da fahişeler dışındaki kadınlar evlilik öncesi ve evlilik dışı seksi daha az yaşamaktadırlar. Daha çok evli erkeklerle ilişkiye giren fahişeler arasında ise korunmasız seks nedeniyle HIV oranı yüksektir. Dolayısıyla bu fahişeler HIV'i evli erkeklere bulaştırabilmekte ve bu erkekler de bunu korunmalı seks konusunda ısrarcı olabilecek güce sahip olmayan eşlerine geçirmektedirler (Maugh, 1996b, 1996c).

AIDS bu ülkede önce homoseksüellere özgü bir hastalık olarak ilan edilmiştir. Fakat AIDS sadece homoseksüellere özgü bir hastalık değildir ve bu hastalığın hem kadın hem de erkek heteroseksüeller arasında giderek daha da arttığı görülmektedir. Afrika ve Latin Amerika'nın bazı kısımlarında AIDS özellikle heteroseksüellerde daha fazla görülmektedir ve dünyanın pek çok yerinde kadınlar HIV pozitif çocuklar dünyaya getirmektedirler. AIDS'in henüz belirgin bir sağlık problemi haline gelmediği ülkelerde de bir sorun haline gelmesi uzak değildir.

HASTALIĞIN TANIMLANMASI

Her ne kadar AIDS ile ilgili tıbbi güçlükler bu kitabın amaçları dışında ise de, hastalıkla ilgili bazı temel özellikleri bilmek yararlı olacaktır. AIDS vücudun bağışıklık sisteminin HIV nedeniyle ciddi derecede bozulmasına yol açarak ve kişiyi nadir görülen bir lenf kanseri türü olan Kaposi sarkom ya da çok tehlikeli, fırsatçı ve ölümcül çeşitli fungal, viral ve bakteriyal enfeksiyonlar açısından büyük risk altına sokar. (Burada fırsatçı ifadesinin kullanılmasının nedeni bu hastalıkların sağlıklı bağışıklık sistemi olanlarda çok nadiren görülmesidir. Bu hastalıklar bağışıklık sisteminin zayıflamasını fırsat bilerek ortaya çıkmaktadırlar [Kalichman, 1996].). Tıbbi otoriteler bağışıklık sisteminin sağlıklı olması halinde ortaya çıkmaması beklenen bir hastalıkla karşılaştıklarında AIDS den şüphelenmektedirler. Örneğin organ nakli yapılan kişiler bu tür fırsatçı hastalıklar açısından büyük risk altındadırlar, çünkü bu kişilere vücudun yeni organı reddetmemesi için bağışıklık sistemini baskılayan ilaçlar verilmektedir. Bir bakıma AIDS hastaları bağışıklık sistemini baskılayan ilaçlar kullanmamalarına rağmen aynı durumu sergileyen kişilerdir. Kuşkusuz bu iki grup arasındaki en önemli fark, organ nakli sonucunda bağışıklık sistemleri *yapay* ve *geçici* olarak baskılanan kişilerin hastanelerde yoğun bakım altında ve steril koşullarda bulunmalarıdır. Genellikle kişiler AIDS'den değil, AIDS nedeniyle bağışıklık sisteminin zayıflaması sonucunda ortaya çıkan ölümcül enfeksiyonlar ve hastalıklardan dolayı ölürler.

HASTALIĞIN YAYILMASI

AIDS krizi şiddetlenmektedir, çünkü test yaptırmayan ama HIV pozitif olan pek çok kişi hastalığından habersiz olmakta ve kendilerini sağlıklı hissetmektedirler. HIV pozitif olan kişiler insan ırkının sağlığı açısından saatli bir bomba olarak dolaşmaya devam ederek bunu diğer kişilere bulaştırabilirler. HIV'in bulaşmasını kontrol altına alma çabaları yeterli olamamaktadır, çünkü HIV için en yaygın olarak kullanılan testlerde enfeksiyona karşı *antikor* oluşup oluşmadığı belirlenmeye çalışılmaktadır ki, zaten pek çok kişide bu antikorlar enfeksiyona yakalandıktan birkaç ay sonra oluşmaya başlamaktadır (McCutchan, 1990). Dolayısıyla antikor testi negatif sonuç verse bile, o kişinin HIV olmadığı söylenemez, çünkü enfeksiyonu yeni almış olabilir. Geliştirilecek olan yeni testlerle kandaki HIV konsantrasyonunu daha doğrudan ve erken biçimde ölçmek mümkün olabilir.

Problemin özü cinsel yönelim değil riskli cinsel yaşantılardır. HIV sadece kanda, menide ve vajinal sıvılarda bulunur ve sadece enfeksiyonlu sıvıların kana karışması yoluyla bulaşır. AIDS günlük sosyal temaslarla, hatta kan yoluyla temas önlendiği sürece AIDS i olan ya da HIV pozitif olan bir kişiyle aynı evde yaşamakla bile bulaşmaz. Korunmadan gerçekleştirilen anal birleşme (örneğin penisin anüse girmesi) en riskli cinsel uygulamadır (Kingsley ve ark., 1987). Daha az olmakla birlikte prezervatifsiz olarak gerçekleştirilen vajinal birleşme, oral-

vajinal temas ya da vajen veya anüse parmak ya da elin sokulması da risklidir. Diğer bir riskli davranış ise damarlarına madde enjekte edenlerin bir başkasının iğnesini steril etmeden kullanmaları ve dolayısıyla HIV taşıyan kanı kendi kan dolaşımlarına bulaştırmalarıdır. Kuşkusuz en acıklı kurbanlar HIV pozitif annelerin bebekleridir. Çünkü bu virüs plezanta engelini aşarak gelişmekte olan cenini etkilemektedir. Bu virus emzirme yoluyla da bulaşabilmektedir.

AIDS in yayılmasının önlenmesi beklenilenden daha zor olmaktadır. 1980'lerde AIDS önlenmesi açısından cinsel ilişki sırasında prezervatif kullanılması desteklenmiş ve büyük şehirlerde eşcinseller arasında HIV pozitif kişilerin oranının %10'dan %1 veya 2'ye düştüğü görülmüştür. Ancak 1990larda Hastalık Kontrolü Merkezlerinin raporları genç eşcinsellerin daha yaşlı eşcinsellere oranla korunmasız cinsel ilişkileri tercih ettiklerini ortaya koymuştur (Boxall, 1995).

Bu neden oluyor? Nedenlerden biri genç eşcinsellerin yaşlı eşcinseller kadar çok AIDS'li yaşıtlarıyla karşılaşmamaları, dolayısıyla da AIDS'in kendileri için bir tehdit oluşturmadığını düşünmeleri olabilir. Nedenlerden bir diğeri ise özellikle 1990larda AIDS in tedavisinin bulunmak üzere olduğu izlenimi verildiğinden, korunmasız cinsel ilişkinin çok da tehdit edici bir durum olmadığı inancının yaygınlaşması olabilir. Son birkaç yıldır AIDS tedavisinde ümit verici gelişmeler ortaya çıksa da, cinsel ilişki sırasında korunmak sadece eşcinseller için değil, herkes için yaşam boyu alınması gereken bir önlemdir. Bu konudaki mevcut pek çok destek gruplarına son zamanlarda HIV negatif eşcinseller için güvenli cinsel ilişkiye yönelik olarak düzenlenen gruplar da eklenmiştir (Boxall, 1995).

Güvenli cinsel ilişki konusunda verilecek kararlarda temkinli olunmalı, en tehlikeli zamanların HIV enfeksiyonunun yeni alındığı zamanlar olduğu ve bu dönemde yapılan laboratuar tetkiklerinin de hiç güvenilir olmadığı mutlaka dikkate alınmalıdır.

HIV VE AIDS'İN İLAÇLA TEDAVİSİ

Son birkaç yıldır HIV ve AIDS in ilaçla tedavisi konusunda bazı bulgular rapor edilmektedir. Kasım 1995 de Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) ilk olarak bir kimyasal bileşeni onaylamıştır (Cimons, 1995). Bu yeni ilacın jenerik adı *saquinavir* olup, *Invirase* adıyla piyasaya sürülmüştür. Bir proteaz baskılayıcısı olan saquinavir, şimdiye kadar AIDS tedavisinde kullanılan AZT gibi nukleosit benzerlerinden daha farklı bir etkiye sahiptir. Bu ilaçlar virüsün kendi kalıtsal materyalini kopyalamasını engellemek suretiyle HIV'i kısa süreli olarak kontrol etmektedirler. Ancak insanın bağışıklık sistemi bu tür ilaçlara karşı direnç göstermektedir. Oysa saquinavir gibi yeni ajanlar HIV'in üremesinde çok önemli bir rol oynayan enzimleri kontrol altına almaktadırlar. Dolayısıyla bu iki tür ilacın birlikte kullanılması (başka bir deyişle bu ilaçlardan bir "kokteyl" oluşturulması) HIV'in çoğalmasına müdahale ederek AIDS'in tam anlamıyla ortaya çıkmasının engellenmesi açısından ümit vaat etmektedir.

Gıda ve İlaç Dairesinin bu önerisinden 9 ay sonra AIDS'in tüm belirtilerini gösteren hastalarda bile proteaz baskılayıcı ve AZT benzeri ilaçların bir arada kullanılmasının HIV'in baskılanmasında çok etkili olduğu ortaya konmuştur. Sonuç olarak bu çok pahalı ilaçları alabilen pek çok kişi AIDS'li olarak yaşamlarını devam ettirebilmektedirler (Maugh, 1996a, 1996b; Richman, 1996).

HASTALIĞIN ÖNLENMESİ

Hastalığın ilaçla tedavisindeki bu umut verici gelişmelere rağmen, cinsel yolla bulaşan AIDS'in önlenebilmesindeki temel odak noktası cinsel yaşantıların değiştirilmesidir. Önleme açısından en emin yol HIV negatif olduğu testlerle ortaya konulmuş tek bir kişiyle ilişkide bulunmaktır. Ancak özellikle gençler açısından tek eşlilik nadir görülen bir durumdur ve hatta evli ya da birlikte yaşayan eşlerin bile başka ilişkileri olabilir. Önleme açısından en dolaysız yol, cinsel açıdan aktif kişilerin ilişki sırasında prezervatif kullanmalarını desteklemektir ki, bu yolla HIV enfeksiyonunun bulaşma riski %90 azalmaktadır. Bazı özel olasılık model olma tekniklerini uygulayan Reiss ve Leik (1989) risk oranının azaltılmasında her ne kadar %100 oranında etkili olmasa da, ilişki sırasında prezervatif kullanılmasının eş sayısını azaltmaktan daha etkili olduğunu bildirmişlerdir. Alkol ya da madde kullanımından sonra seksten uzak durmak da riskin azaltılması açısından önemlidir, çünkü alkol ve madde kullanımı riskli cinsel ilişkilerde bulunma olasılığını arttırmaktadır (Stall ve ark., 1986). Her ne kadar en emin yol tek eşli bir ilişkide prezervatif kullanmak olsa da bu bazen gerçekçi bir yaklaşım olmayabilir ve prezervatif bir doğum kontrol yöntemi olduğundan bazı dini grupların inançlarına ters de düşebilir. Bilimsel

verilerden ziyade ahlaki değerlere dayanmakla birlikte, bu konuda halk arasında en çok taraftar toplayan yaklaşım tek eşle ilişkide bulunmaktır.

Yakın ilişkilerde mantık her zaman öne geçebiliyor mu? Açıkça görülüyor ki hayır. En az 6 aydır ilişkileri devam eden (ki ortalama süre 4 yıl) eşcinseller üzerinde yapılan bir araştırmada Appleby (1995) riskli cinsel ilişkinin güven, aşk ve bağlılığı sembolize ettiğini, güvenli cinsel ilişkinin ise eşler tarafından negatif olarak değerlendirildiğini ve eşler arasındaki yakınlığı tehdit edebildiğini gözlemiştir. Hatta eşlerden birinin güvenli seksi önermesi, sadakatsizlik kuşkusunun doğmasına yol açmaktadır. Heteroseksüel çiftlerin farklı şekilde hissedeceklerini düşündürecek hiçbir neden de yoktur.

Riskin bu şekilde rasyonelleştirilmesi sağlık açısından büyük bir tehlike oluşturmaktadır, çünkü HIV testleri güvenilir sonuçlar veremedikleri gibi eşcinseller de heteroseksüeller de yakın ve sürekli bir ilişkileri olmasına rağmen, beklenildiği kadar sadık olmayabilmektedirler (Peplau & Cochran, 1988). Appleby'nin çalışmasında aynı cinsiyetten bir kişiyle yakın ilişkisi olan eşlerden %62'si ilişkileri boyunca bir başka kişiyle de cinsel ilişkide bulunduklarını, %84'ü ise bunun eşleri tarafından bilindiğini belirtmişlerdir. Bazı durumlarda sadakat göstermeyen eş, bir başkasıyla korunmasız ilişkide bulunmasına rağmen bunu eşine söylememekte ve sürekli eşiyle de korunmasız ilişkiye girmeye devam etmektedir.

Önleme açısından kişilere önerilen yollardan biri de karşılıklı mastürbasyon yapmak ya da eşin vajenine, anüsüne ya da ağzına penisi sokmadan sürtünme yoluyla doyuma ulaşmak gibi daha az risk taşıyan cinsel yaşantılardır. Bu öneri hem aynı cinsle hem de farklı cinsle ilişkiyi tercih eden pek çok kişi tarafından kabul görmektedir. Madde kullanan kişilere diğer önerilere ek olarak, her ne kadar en emin yol hiç madde kullanmamak ise de, her seferinde yeni ve steril bir enjeksiyon kullanmaları söylenmektedir.

New York ya da San Fransisco gibi AIDS açısından daha büyük bir risk taşıyan şehirlere kıyasla daha az risk taşıyan şehirlerde yüksek risk taşıyan davranışlara daha sık rastlanmaktadır. Belki de kişinin yakın çevresinde bunun yaygın bir biçimde görülmemesi, kişinin (yanlış da olsa) bu hastalığa yakalanmayacağı inancının pekişmesine yol açmaktadır (St. Lawrence ve ark., 1988). Bu inanç özellikle korunmasız cinsel ilişkide bulunma yoluyla AIDS'in çok çabuk yayıldığı genç heteroseksüeller (hem erkeklerde hem de kızlarda) arasında çok yaygındır (Centers for Disease Control, 1994). Bu gençler AIDS'in eşcinseller ve madde kullananlarda görüldüğü inancını sürdürmekte ve kendilerini böyle kişilerden uzak tutarak hastalıktan korunacaklarını düşünmektedirler. Eşcinsellerin yüksek risk taşıyan cinsel davranışları Afrika kökenli Amerikalı veya İspanyol asıllı heteroseksüellere nazaran daha fazla değişim göstermektedir (Thomas, Gilliam & Iwrey, 1989). Ergenler 20'li ya da daha ileri yaşlarda olanlara nazaran AIDS'i ciddi bir tehlike olarak görmemektedirler (Syrunin & Hingson, 1987). Tüm bu gerçekler gerçekten ciddi bir probleme dikkat çekmektedir. Cinsel eğilimi ne olursa olsun, özellikle o kişi ile ilk defa ilişkiye girildiğinde, karşıdaki kişinin HIV pozitif olabileceğini akıldan çıkarmamak çok akıllıca olur.

En azından cinsel açıdan aktif dönemde olan heteroseksüeller arasında doğum kontrol hapları yerine prezervatif kullanımının arttırılması nasıl sağlanabilir? Aynı zamanda 1960'lı yıllarda başlayan cinsel özgürlük döneminde ölüm tehlikesine değil de herpes ya da diğer zührevi hastalıklara yakalanma tehlikesine karşı geliştirilmiş cinsel alışkanlık ve tutumların da değiştirilmesi gerekmektedir. Sosyal psikolojik ve davranışçı bilişsel kuram ve araştırmalar bu konuda yapılabilecek etkili müdahalelerin (Kalichman, 1995: Kelly, 1995; Kelly & St. Lawrence, 1988a, 1988b) temelini oluşturan stratejiler önermektedirler. Bu konuda verilen eğitsel mesajlar şunlardır:

- **HIV in nasıl bulaştığı hakkında doğru bilgiler verilmesi.** (Bu tür bilgiler Hastalık Kontrolü Merkezlerinde ya da yerel AIDS organizasyonlarında bulunan broşürlerden ya da çeşitli kitapçılardaki soru-cevap formatında hazırlanmış (örn. Kalichman, 1996) el kitaplarından elde edilebilir).
- **Ne tür risklerin söz konusu olduğunun açıklanması,** (örneğin cinsel açıdan çok eşli olan kişiler daha fazla risk altındadırlar, heteroseksüeller homoseksüellere ve eroin kullananlara nazaran daha az olmakla birlikte yine de risk altındadırlar).
- **Yüksek risk durumlarının belirlenmesi,** (örneğin cinsel açıdan uyarıcı durumlarda alkol kullanılması riskli cinsel davranışlarda bulunma olasılığını arttırır).
- **Prezervatifin nasıl kullanılacağı** (ve gerekli durumlarda enjeksiyonların nasıl temizleneceği) ile ilgili bilgi verilmesi.

Hiçbir ücret almadan prezervatif dağıtarak prezervatif kullanımını arttırmak hastalığın yayılmasını önler.

• **Davranışlarda yapılacak bazı değişikliklerle riskin nasıl azaldığının açıklanması** (örneğin prezervatif meninin vajene, anüse ya da ağza girmesini engeller)

• **Cinsel açıdan girişken olma becerilerini de içeren sosyal beceri eğitimi verilmesi**

(örneğin güvenli cinsel ilişki konusunda ısrarlı olmak, HIV riskinin azaltılması konusunda ısrarlı olurken ilişkinin bozulmamasına yardımcı olabilecek diğer iletişim becerileri).

Bu noktaları vurgulayan müdahalelerle biseksüel ve eşcinsellerin (Kelly ve ark., 1989; Kelly ve ark., 1990), fahişelerin, Afrika kökenli Amerikalı ergen erkeklerin ve kronik ruhsal bir hastalığı olanların (Kelly ve ark., 1993) anal birleşme uygulamasında azalma ve prezervatif kullanma davranışlarında da artma ortaya çıkmaktadır. Bu tür çabalar eşcinsellerin HIV enfeksiyonunu bulaştırma risklerinin azalmasında olumlu bir etki yaratmaktadır. Bu çabaların heteroseksüellerde de aynı olumlu etkileri yaratması beklenmektedir.

DAVRANIŞLARIN DEĞİŞTİRİLMESİNDE ODAK OLARAK DEĞERLER

Önleme amacıyla kullanılacak her yaklaşımda Mil ton Rokeach'ın değerler konusunda yaptığı sosyal-psikolojik araştırmalardan yararlanabilir (1973; Ball Rokeach & Rokeach, 1984). Rokeach insan davranışlarının önemli ölçüde değerler tarafından kontrol edildiğini belirtmekte ve vatandaşlık haklarına saygı duymanın, kişinin seçme özgürlüğünden ziyade eşitlik konusundaki değerleri ile bağlantılı olduğu örneğini vermektedir. "Kendi değerleriyle yüzleşme (value self-confrontation) tekniğini kullanan Rokeach ve diğerleri "bir kişinin davranışlarında süreklilik gösteren bir değişimin sağlanabilmesi için, o kişiye gıpta ettiği kişilerin değerleriyle kendi değerleri arasındaki farklılıkların gösterilebilmesi gerektiğini ileri sürmüşlerdir.

Yeni tamamlanmış bir çalışma böyle bir müdahelenin nasıl olması gerektiği konusunda bir temel oluşturmaktadır. Chernoff ve Davison (1977) farklı cinsiyetlerde ve farklı cinsel yönelimleri olan öğrenciler üzerinde yaptıkları bu çalışmada; yüksek derecede risk taşıyan davranışlar sergileyen öğrencilerin "hemen tatmin olunması" (heyecanlı bir yaşantı) görüşünü benimseyen, destekleyen ve "tatminin ertelenmesi" (bilgelik ve "olgun aşk") ile ilgili değerleri pek dikkate almayan kişiler olduklarını saptamışlardır. Bundan sonraki adım, cinsel açıdan yüksek risk taşıyan davranışlarda bulunan ancak HIV'le karşılaşma riskini azaltmak isteyen kişilerle, bu kişilerin benzemeyi arzu ettikleri ve daha az riske girme eğiliminde olan kişilerin değer yargıları arasındaki zıtlıkların "kendi değerleriyle yüzleşme" uygulamasıyla açığa çıkarılmasıdır. Eğer Rokeach haklı ise, böyle bir iletişim bu kişilerin kendi değer yargılarını değiştirmeleri için onları cesaretlendirebilecek ve uzun süreli olarak daha sağlıklı ve daha az riskli bir cinsellik yaşamalarına yol açacaktır. Rokeach'dan esinlenerek yola çıkan çalışmalar (örneğin Schwarz & Inbar-Saban, 1988) AIDS ile bağlantılı risk davranışlarının azaltılması konusuyla ilgilenen sosyal bilimciler açısından çok önemlidir, davranışta meydana gelen değişikliklerin anlamlı olabilmesi için değişikliğin uzun süre devam etmesi gerekir. Bilişsel değişme (örneğin değerlerin değişmesi), daha yüzeysel değişmelere nazaran daha derin ve daha önemli bir değişmedir.

HIV POZİTİF VE AIDS HASTALARININ TERAPİSİ

Ruh sağlığı uzmanları HIV pozitif olan ya da AIDS'e yakalanmış hastalara ne önerebilirler? Bu kişilerde yüksek düzeyde stres, kaygı, depresyon ve tabiatın insanoğluna yaptığı bu kötü şakaya karşı büyük bir öfke söz konusudur.

Psikofizyolojik bozukluklar ile ilgili bölümde, psikolojik streslerin bağışıklık sistemi üzerinde negatif bir etki yarattığı ve bu streslerin hafiflemesinin ise pozitif yönde bir etkiye yol açtığı (Kielcolt-Glaser ve ark., 1986) konusunda pek

Diğer stresli durumlarda da olduğu gibi, AIDS hastaları da katıldıkları bir grup tarafından desteklenmekten yarar görebilirler.

çok kanıt olduğundan söz etmiştik. HIV pozitif ve AIDS hastalarına da bu tür bir çalışma uygulanmaktadır, çünkü bu hastalarda enfeksiyon nedeniyle bağışıklık sistemi bozulmuş durumdadır. HIV enfeksiyonun başlangıcında aerobik egzersizlerinin T-4 hücre düzeylerini (T-4 hücreleri bağışıklık sistemimin temelini oluşturmaktadırlar) yükseltebildiğim, kaygı ve depresyonu ise azaltabildiğini gösteren ümit verici bazı çalışmalar vardır (Antoni ve ark., 1990). Antoni ve ark., (1991) eşcinsel erkek hastalara henüz test sonuçlarını öğrenmemişken bilişsel-davranışçı bir müdahalede bulunmuşlardır. Bu müdahalede gevşeme eğitimi, Beck ve Ellis'in modellerine uygun olarak stres verici olayların bilişsel olarak yeniden yapılandırılması ve sosyal ilişki ağının genişletilmesi gibi teknikler içermiştir. Çalışmanın sonunda, test sonuçlarının öğrenilmesinden sonraki depresyonda azalma ve kişisel kontrol hissinde yükselme olduğu görülmüştür.

HIV pozitif eşcinsel erkeklere uygulanan ve Chesney ve Folkman (1994) tarafından geliştirilen bilişsel-davranışçı yaklaşımlı stresle başa çıkma programı depresyonun azalmasına ve moralin yükselmesine yol açmıştır. Genel olarak HIV'in önlenmesinde kullanılan bütün stratejiler, örneğin prezervatif kullanılması önerisi, kanında HIV olan kişiler için de yararlı olabilir.

Yaşam biçimini değiştirme hem AIDS hem de HIV pozitif hastalar için terapideki önemli odak noktalarından biridir. Örneğin hastaların sigarayı bırakmalarında yardımcı olmak zaten kötü olan sağlık durumunun daha da bozulmasını önlemek açısından önemlidir. Benzer şekilde hastaların sosyal temaslarını arttırmalarına yardımcı olmak daha fazla destek ve cesaret bulmaları açısından yararlı olur.

Özellikle hasta oldukları dışarıdan açıkça belli olmayan kişiler, çevrelerindeki insanlara hastalıklarını söylemeleri gerekip gerekmediği ya da nasıl söyleyecekleri gibi konularda oldukça zorluk çekerler. Eğer hasta olduğunu söylemek kişinin mevcut ilişkisine ihanet ettiği anlamına geliyorsa ciddi sorunlar ortaya çıkabilir, ya da kişinin hastalığını çalıştığı yere ya da meslektaşlarına söylemesi (özellikle kişi hastane gibi sağlıkla ilgili bir yerde çalışıyorsa) önemli sorunlara yol açabilir. Bu konuda izlenecek yol ile ilgili kolay ve hazır cevaplar yoktur ama anlayışlı bir terapist hastalığın söylenmesi ve bunun sonucunda ortaya çıkabilecek sorunların çözümünde kişiye yardımcı olabilir.

AIDS ile ilgili çalışmaların odak noktası çoğunlukla erkek eşcinseller olmaktadır, oysa bu konuda çalışan sağlık uzmanlarının AIDS'in kadınlar üzerindeki etkisi üzerinde de durmalarına gereksinim vardır. Örneğin feminizm alanındaki gelişmelere rağmen özellikle bazı azınlık gruplarda, cinsellik konusunda halen çifte standart uygulaması devam etmekte ve kadınlar erkeklere nazaran HIV enfeksiyonu açısından daha fazla sosyal etiketlemeye maruz kalmaktadırlar (kadınlara bu enfeksiyonu bulaştıran kocaları olsa bile). Üstelik bazen kadınlar seropozitif bir durumda olduklarını hamilelik için muayeneye gittiklerinde öğrenmektedirler ki, bu tedavi konusunda verilecek kararları daha da zorlaştırmaktadır, çünkü bu kadınlar sadece kendi sağlıklarından değil karınlarındaki fetusun iyiliğinden de sorumludurlar (Kalichman, 1995).

20. Bölümde sağlık uzmanlarının diğer kişileri hastalarından gelebilecek tehlikelere karşı korumaları ile ilgili Tarasoff kararını tartışacağız. Böyle bir durum, eğer bir hasta seropozitif bir durumda olduğunu partnerine söylemez ve onunla riskli bir şekilde cinsel ilişkisini sürdürmeye devam ederse ortaya çıkabilir. Bu konuda terapistin sorumlulukları nelerdir? Amerikan Psikiyatri Derneği gibi profesyonel dernekler,

kişinin hastalığını partnerine söylemeye veya güvenli bir biçimde cinsel ilişkide bulunmaya iknâ edilememesi halinde, terapistin Tarasoff kararına uyarak gizlilik ilkesini bozmasını desteklemektedirler (Amerikan Psikiyatri Derneği, 1992). Bu durum bir hekimin halkı koruyabilmek amacıyla bir hastasında tespit ettiği bulaşıcı bir hastalığı diğerlerine bildirmeye zorunlu olması şeklindeki uzun zamandan beri yürürlükte olan kurala uygunluk göstermektedir. Kişinin sadakatsizlik nedeniyle seropozitif olması, o kişinin sevdikleriyle olan ilişkisinde pek çok zorluğa neden olmaktadır.

Klinik çalışmalar kişinin yaşamının ve ölümünün anlamını araştırabilmesi, vasiyet yazma ve vedalaşma ile ilgili çözümlere ulaşabilmesi, genel olarak kişinin yaşamı boyunca yararlı ve anlamlı olduğuna inandığı şeyleri gerçekleştirebilmesi ve geride bırakacaklarına karşı zorunluluklarını yerine getirebilmesi için cesaretlendiren varoluşçu bir yaklaşımın yararlı olduğunu göstermektedir. Kuşkusuz ölümden sonra bir başka hayatın olduğu şeklindeki dini bir inanç da, hem kişiyi hem de yakınlarını rahatlatmaktadır. Pek çok ölümcül AIDS hastasının cinsel yönelimleri, madde kullanıyor olmaları, aile üyelerinin hastalığın bulaşması ile ilgili korkuları ve benzeri nedenlerden dolayı, aileleriyle araları açılmaktadır. Dolayısıyla hasta ve ailesinin yeniden yakınlaşabilmelerinin sağlanmasında nelerin önemli olduğunun ve destekleyici bir etki yarattığının belirlenebilmesine ihtiyaç vardır (McCutchan, 1990).

Diğer ölümcül hastalıklarda olduğu gibi (Bölüm 10), AIDS'li hastaların birçoğu intihar etmekte ve bu intiharların bazıları da profesyonel bir yardım ile gerçekleştirilmektedir. San Francisco'da yıllardır var olan gizli bir hekim şebekesi ölümcül AIDS'li hastalara bu dünyadan gitmek istedikleri zaman ve istedikleri biçimde alabilecekleri ölümcül dozda morfin veya barbitüratlar temin etmektedirler. Her ne kadar kanuni, ahlâki ve profesyonel sorumluluk açısından doğru olmasa da, kendilerine özgü etik anlayışlarına dayanarak ölüme çok yaklaşmış hastaların intiharlarına yardımcı olarak kimyasal maddeler sağlayan hekimler bulunmaktadır. İntihara gizlice yardım edenlerden biri olan ve gönüllü bir organizasyonda çalışan eski bir katolik papazı hazırladığı broşürde intihara yardım için "ölüme giderken yaşamı zenginleştirmek" ifadesini kullanmıştır. Bu kişi ölümcül hastalığı olanlar özellikle de ölümcül AIDS hastaları için "akıllıca ve iyi ölmenin pratik yolları"nı öğrettiği 10 haftalık bir program geliştirmiştir. Bu grup toplantılarında maneviyat, yakın ilişkiler ve mal, mülk planlaması gibi kanuni konular ele alınmaktadır. Bu programlara katılan pek çok kişi yaşamlarına acı çekmeden bakabileceklerini bilmenin, hasta olduklarını unutmalarına ve yaşama odaklanmalarına imkân yarattığını ifade etmişlerdir.

Bu hastalardan birinin planlanmış intiharı bir gazeteci tarafından şu şekilde dile getirilmiştir:

> Kaliforniya güneşi cumbasından geçerek apartmanını ılık bir parlaklıkla yıkayacak. Yapmış olduğu resimler ve müziği ile çevrelenecek; Richard Straus'un "Alp Senfonisi"nin kreşendo ve sakin nağmeleri odayı dolduracak... 12 yaşında bir siyam kedisi olan Cruiser kıvrılıp yanına yatacak. Birkaç arkadaşı olacak onunla birlikte. Doktoru barbitürat alabilmesi için bir reçete yazacak. Eski bir bahçıvan olan 55 yaşındaki artist birkaç veda cümlesi söyleyecek, sonra öldürecek dozdaki ilaçları alacak ve sonsuza kadar sürecek, hissiz bir uykuya dalacak (Stolberg, 1996b, s. A1).

ÖZET

Cinsel Kimlik Bozukluğunda (CKB) kişi anatomik cinsel görünüşü ile kendini psikolojik olarak bir erkek, kadın, oğlan ya da kız gibi hissetmesi arasında uyumsuzluk olduğu konusunda derin ve İsrarlı bir inanca sahiptir. Dolayısıyla CKB bozukluğu olan ve kendini kadın olarak gören bir erkek, bir kadın gibi yaşamak isteyebilir. Yetiştirilme biçimi çocuğun karşı cinsten olduğuna olan inancını destekleyebilir. CKB hem kuramsal hem de pratik açıdan büyük önem taşırlar, çünkü kadın ya da erkek olduğumuz ile ilgili inançlarımızın kendimizi şekillendirmemizdeki rolünü ortaya koymaktadır. Önceleri bu kişilere yapılabilen tek yardım, cinsiyeti yeniden düzenleme ameliyatları ile kişinin vücudunda, olmak istediği cinsiyete uygun değişiklikler yapılması idi. Ama şimdi, cinsel kimlik ile anatomik özelliklerin birbirine uygun hale gelmesinde davranışçı terapinin yardımcı olduğunu gösteren bazı kanıtlar ortaya çıkmıştır.

Parafililerde olağandışı imaj ve hareketler söz konusudur ve bunlar cinsel heyecan ve doyumun sağlanabilmesi için şarttır. En sık görülen parafililer fetişizm: cinsel uyarılmanın sağlanabilmesi için canlı olmayan nesnelere yönelme; bazen transvestizm olarak da adlandırılan transvestik fetişizm:

genellikle cinsel açıdan uyarılabilmek amacıyla ve cinsel kimlik konusunda karışıklık yaşamaksızın karşı cins gibi giyinmek; pedofili: çocuklarla cinsel temasta bulunmak; yasaksevi (ensest): aile üyelerinden biriyle cinsel temasta bulunmak; gözetlemecilik: diğer insanları çıplak ya da bir başkasıyla sevişirken seyretmek; teşhircilik: doyuma ulaşmak için cinsel organını görmek istemeyen kişilere göstermek; sadizm: cinsel doyumu arttırabilmek veya sürdürebilmek için bir başkasına acı vermek; mazoşizm: cinsel doyuma ulaşabilmek veya sürdürebilmek için acı çekmek (ki bu çoğu zaman bir sadist tarafından sağlanır).

Çeşitli parafilileri anlayabilmek için pek çok hipotez ortaya atılmıştır. Psikanalitik kuramlara göre bu tür davranışlar savunmaya yöneliktirler, yani kişiyi bastırılmış çatışmalarına karşı korumaktadırlar ve psikoseksüel gelişimin erken aşamalarından birinde saplantı olduğuna işaret etmektedirler. Bu bakış açısına göre parafilisi olan kişiler geleneksel heteroseksüel ilişkilerden korkmaktadırlar. Örneğin fetişist ve pedofiliklerin kastrasyon kaygısı nedeniyle yetişkinlerle geleneksel biçimde cinsel ilişkiye giremedikleri varsayılır. Davranışçı ve Bilişsel kuramcılar ise cinsel davranışlar üzerinde odaklanırlar. Bu bakış açısına göre, örneğin ayakkabılara karşı geliştirilen fetişist çekim, cinsel uyarılmanın tesadüfen klasik olarak şartlanmasından kaynaklanır. Bir başka davranışçı varsayım ise, bu kişilerin sosyal becerilerindeki zayıflık nedeniyle diğer yetişkinlerle normal bir biçimde temas kuramadıkları şeklindedir. Parafilisi olan kişilerde hormon bozuklukları olup olmadığı üzerinde de durulmuştur, ancak bu konuda henüz yeterli bilgiler elde edilememiştir.

Her ne kadar DSM-IV'te ayrı bir tanı olarak yer almasa da tecavüz, tecavüze uğrayan kişi üzerinde önemli sosyal ve psikolojik travmalara yol açan bir davranış örüntüsüdür. Tecavüzün cinsellik kapsamında ele alınıp alınamayacağı konusunda bazı tartışmalar ortaya çıkmaktadır, çünkü pek çok kuramcı tecavüzü cinsel bir davranıştan ziyade, saldırgan ve şiddet içeren bir davranış olarak kabul etmektedirler.

Parafili konusundaki en umut verici terapiler davranışçı terapilerdir (örneğin karşı cinsle geleneksel biçimde ilişki kurmakta yardımcı olan sosyal beceri eğitimi gibi). Tecavüze uğrayan kişilerin tedavisi ise sosyal desteği ve travmatik olayın açıkça konuşulmasını içerir.

DSM-II'de eşcinsellik sadece kendi cinsel yönelimlerinden rahatsız olanlar için kullanılan bir tanı olarak sunulmuştur. Oysa 1973'de başlayan liberalleşme sürecinin bir sonucu olarak DSM-III-R de olduğu gibi DSM-IV de eşcinselliğe özgü bir tanı olarak yer verilmemeye başlanmıştır. Şu anda ise cinsel yönelimin yönü (eşcinsel ya da heteroseksüel olarak) belirtilmeksizin "kişinin kendi cinsel eğiliminden rahatsız olması" şeklinde bir terminoloji kullanılmaktadır.

Cinsel işlev bozuklukları kadar insanların ilgisini çeken pek az duygusal sorun vardır. Normal cinsel tepki döngüsünde meydana gelen bu bozukluklar, genellikle ketlenmeler nedeniyle ortaya çıkarlar ve insanların cinsel haz duymasını engellerler. DSM-IV'te cinsel işlev bozuklukları; cinsel istek bozuklukları, cinsel uyarılma bozuklukları, orgazm bozuklukları ve cinsel ağrı bozuklukları şeklinde dört grupta toplanmaktadır. Bu bozukluklar ciddiyet derecelerine, kronik olup olmamalarına, yaygınlıklarına, belli bir eşle mi, yoksa her eşle mi ve belirli durumlarda mı, yoksa her zaman mı yaşandığına göre farklılıklar gösterirler. Cinsel işlev bozukluğu ısrarlı ve tekrarlayıcı biçimde ortaya çıkmadığı sürece kişide cinsel işlev bozukluğu olduğu düşünülmemelidir, çünkü pek çok kişi yaşamları boyunca zaman zaman bazı cinsel sorunlar yaşamaktadırlar.

Özellikle disparoni ve sertleşme sorunları açısından biyolojik faktörlerin dikkate alınması gerekse de, cinsel işlev bozukluklarının temelinde zararlı tutumlar, erken dönemlerde karşılaşılan zor yaşantılar, performans korkusu, kendini seyretme, ilişki sorunları ve spesifik bilgi ve beceri eksikleri gibi çeşitli faktörlerin bir kombinasyonu yer almaktadır. Bazı işlev bozukluklarında seks rolü ile ilgili kalıp yargılar da rol oynayabilir. Örneğin sertleşmeyi sürdürmede zorluğu olan erkekler için sanki onlar tam bir erkek değillermiş izlenimi veren "iktidarsız" ifadesi kullanılır. Ya da doyuma ulaşamayan kadınlar için kullanılan "frijit" ifadesi bu kadınların soğuk ve tepkisiz olduğunu imâ etmektedir. Özellikle kadınlarda görülen cinsel sorunların çoğu, kadınların cinsellikleri ile ilgili kültürel önyargılarıyla bağlantılı görünmektedir, oysa ironik olarak laboratuvar çalışmaları kadınların erkeklere nazaran daha sık cinsel haz duyma potansiyeli olduğunu göstermektedir.

Cinsel işlev bozukluklarının nedenleri ile ilgili olarak yapılan çalışmaların çoğu kontrollü çalışmalar değillerdir ve dolayısıyla bu çalışmalardan elde edilen bulguları temkinli olarak değerlendirmek gerekir. Bununla birlikte cinsel işlev bozukluklarının nedenleri konusunda yeterli veri olmaması, bu konuda etkili terapiler yapılamadığı anlamına gelmemektedir. Özellikle psikodinamik bakış açısı ve tekniklerden de yararlanılarak yapılan bilişsel ve davranışçı terapilerle oldukça etkili sonuçlar elde

edilmektedir. Eski alışkanlıkların değiştirildiği ve yeni becerilerin kazanıldığı doğrudan cinsel terapi yaklaşımı 1970 yılında yayınlanan Masters ve Johnson'un "İnsanın Cinsel Yetersizliği" adlı kitabıyla halka sunulmuştur. Bu yaklaşımda çiftler cinsellik konusunda güvenilir ve duyarlı olan terapistin yardımıyla adım adım ve tehdit edici olmayan bir biçimde giderek daha yakın cinsel yaşantılara doğru ilerlerler. Seks terapistlerinin uyguladığı diğer teknikler arasında, danışanlara cinsel anatomi ve fizyoloji hakkında bilgi vermek, endişeyi azaltmak, iletişim becerileri öğretmek, kişilerin seks ve kendi cinsellikleri konusundaki düşünce ve tutumlarını değiştirmek sayılabilir. Özellikle cinsel soruna evlilik sorunlarının da eşlik ettiği çiftlerde ki bu sık görülen bir durumdur, çift terapisi yapılması uygun olur. Disparonide olduğu gibi eğer işlev bozukluğu primer olarak psikolojik olmaktan ziyade fiziksel nedenlerden kaynaklanıyor ise, tıbbi ve diğer fiziksel tedavilerden de yararlanılır. Her ne kadar cinsel işlev bozukluklarımın tedavisi ile ilgili kontrollü çalışmalara daha yeni başlanmış ise de, ruh sağlığı uzmanlarının cinsel problemleri olan kişilere en azından belli bir rahatlama sağladıkları konusunda iyimser olmamızı destekleyen iyi nedenler bulunmaktadır.

AIDS (kazanılmış bağışıklık yetersizliği sendromu) dünya çapında bir sağlık krizine yol açmıştır. Davranışçı terapistler kişilerin riskli cinsel ilişkilerden güvenli cinsel ilişkilere yönlenmelerine yardımcı olarak AIDS'e yakalanma olasılığını azaltmayı hedeflemektedirler.

ANAHTAR SÖZCÜKLER

cinsel bozukluklar ve cinsel kimlik bozuklukları
cinsel kimlik
transseksüel
çocukluktaki cinsel kimlik bozukluğu
cinsiyeti yeniden düzenleme ameliyatları
parafililer (cinsel sapkınlıklar)
fetişizm
transvestik fetişizm
pedofili
yasaksevi
çocuğun cinsel kötüye kullanımı
gözetlemecilik
teşhircilik
cinsel sadizm
cinsel mazoşizm
orgazmın yeniden yönlendirilmesi
aile sistemleri yaklaşımı
tecavüze zorlama
reşit olmayan birine tecavüz etme
tanıdık biri tarafından tecavüze uğrama
eşcinsellik
egoya yabancı eşcinsellik
cinsel işlev bozuklukları
dokulara kan hücumu (tumescence)
dokulardan kan çekilmesi (detumescence)
azalmış cinsel istek bozukluğu
cinsel tiksinti bozukluğu
kadınlarda cinsel uyarılma bozukluğu
erkeklerde sertleşme bozukluğu
kadınlarda orgazm bozukluğu (engellenmiş kadın orgazmı)
erkeklerde orgazm bozukluğu
erken boşalma
disparoni
vajinismus
performans korkusu
kendini seyretme rolü
ikincil kazanç
cinsel değerler sistemi
duyumlara odaklanma
duyumsal-farkındalık uygulamaları
AIDS (kazanılmış bağışıklık sistemi yetersizliği sendromu)
kendi değerleriyle yüzleşme

KISIM III

YAŞAM-BOYU GELİŞİMSEL BOZUKLUKLAR

Elizabeth Barakah Hodges, "Evin yolu", 1994

15

ÇOCUKLUK DÖNEMİ BOZUKLUKLARI

Çeviri: Prof. Dr. Ferhunde Öktem

ÇOCUKLUK ÇAĞI BOZUKLUKLARI SINIFLANDIRMASI

DENETİMSİZ DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI

Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu

Davranım Bozukluğu

ÖĞRENME YETERSİZLİKLERİ

Öğrenme Bozuklukları

İletişim Bozuklukları

Motor Beceri Bozuklukları

Öğrenme Bozukluklarının Etiyolojisi

Öğrenme Bozukluklarının Tedavisi

ZEKÂ GERİLİĞİ

Zekâ Geriliği için Geleneksel Ölçüt

Zekâ Geriliğinin Sınıflandırılması

Amerikan Zekâ Geriliği Birliğinin Yaklaşımı

Zekâ Geriliğinde Becerilerde ve Bilişsel Yeteneklerde Gözlenen Yetersizlikler

Zekâ Geriliğinin Etiyolojisi

Zekâ Geriliğinin Önlenmesi ve Tedavisi

OTİSTİK BOZUKLUK

Otistik Bozukluğun Tanısal Özellikleri

Otistik Bozukluğun Etiyolojisi

Otistik Bozukluğun Tedavisi

ÖZET

"Eric, Eric, Eric!" Öğretmeninin sesi ve sınıf arkadaşlarının gülüşmeleri onu düş dünyasından ayırdı. Yanında oturan kızın kitabına bir göz attığında sınıfın daha ileri sayfalara geçtiğini fark etti. "Bağımsızlık Bildirgesi" ile ilgili bir soruyu yanıtlaması gerekirken, o akşam babası ile birlikte gidecekleri beysbol oyununda nereye oturacağı düşüncesinde kaybolmuştu. On iki yaşında, ince, uzun boylu bir çocuk olan Eric, daha yeni 7. sınıfa başlamıştı. Tarih öğretmeni onu çoktan sınıfa geç geldiği ve dikkatini veremediği için uyarmıştı bile, fakat Eric, bir sınıftan diğerine giderken su içmeyi ya da sınıf arkadaşları ile arasında olan itiş kakışı durdurabilecek gibi görünmüyordu. Sınıfta öğretmen ona soru sorduğunda çok ender olarak yanıtlamaya hazır olurdu ve genellikle ev ödevlerini defterine yazmayı unuturdu. Yaşıtları arasında adı çoktan "dalgın uzaylı"ya çıkmıştı.

Eric'in zil sesiyle oluşan rahatlaması beden eğitimi dersi için oyun alanına gitmesiyle kaygıya dönüştü. Hızına ve fiziksel gücüne karşın Eric hep beysbol takımlarına seçilen son kişi olurdu. İlk vuruşu onun takımı yapacaktı. Eric oturmuş kendi sırasını bekliyordu. Fakat ayağının önündeki taşlarla oynamaya daldığı için takımının üçüncü çıkışını ve vuruş zamanının değişimini kaçırdı. Eric, kendi takımının çıkışta olduğunu fark edene kadar diğer takım çoktan dış alandan içeri girmişti -artık beden eğitimi öğretmeninin Eric'in üçüncü beysdeki (base) sırasını almasında kızgın bir şekilde bağırmasını engellemek için çok geç kalmıştı. Topu durdurmak için fırsat kollamaya karar veren Eric, çok güçlü bir top önüne geldiğinde kendini eldivensiz buldu; eldivenini pistin ortasında havaya atmak için çıkarmıştı.

Evde babası ona Dodger'ların maçına gitmeden önce ödevlerini bitirmek zorunda olduğunu söyledi. Yalnızca bir sayfa matematik problemi vardı ve onu çabucak bitirmesi bekleniyordu. Otuz dakika sonra babası duştan çıktı ve Eric'i odasında karışık bir Lego yapısı kurarken buldu, matematik ödevininse yarısı yapılmıştı. Eric'in babası öfke içinde onu almadan maça gitti.

Yatma vakti geldiğinde engellenmiş ve cesareti kırılmış Eric uyku tutturamıyordu. Genellikle günün düş kırıklıklarını yineleyerek ve başarısızlıkları için kendini suçlayarak saatler boyu uyanık halde uzanıyordu. Bu akşam, arkadaşsızlığını, öğretmenlerinin onu engellemelerini ve ana babasının "dikkat etmesi" ve "programla birlikte gitmesi" için yaptıkları baskıları tekrar tekrar düşündü. Günlük çözülmeleri yerine daha iyi yapma konusundaki umutsuzluk duyguları, Eric'in düşüncelerinde sıklıkla intihara dönüşüyordu. Bu gece sokağa çıkıp kendisini geçen bir arabanın önüne atmayı düşleyerek, bu fantezisini yineledi. Eric, hiçbir zaman intihar düşüncelerini gerçekleştirmemiş olmasına karşın, sıklıkla zihninde ana babasının yüz ifadesini, vicdan azaplarını, sınıf arkadaşlarının rahatsızlıklarını, öğretmenlerinin göstereceği ilgiyi canlandırıyordu.

Eric'in dikkatini yoğunlaştırma güçlüğü çocuklarla çalışan klinisyenlerin karşılaştığı bozukluklardan biri olan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun tipik bir özelliğidir. Kabaca çocukluk çağı sorunları olarak nitelendirilen klinik sorunlar, Eric'teki gibi dikkat sorunlarından, zekâ geriliğinde zaman zaman görülen ciddi zekâ bozukluğuna, davranım bozukluğunda görülen diğer kişilerin haklarını önemli ölçüde ve duygusuzca önemsememeye, depresyon, korkular, otizmli çocukların sosyal yalıtılmışlığına kadar geniş bir menzil gösterirler. Bu tür sorunlarla ilgilenirken çocuklar yetişkinlere kıyasla, doğasından ötürü daha az sosyal, parasal ve ruhsal kaynaklarla yüz yüzedir. Sorunlu çocukların ana babaları ve bakıcılarına aşırı bağımlılıkları bu kişilerin hissettikleri sorumluluk duygusunu, suçluluklarını, onaylanıp onaylanmadığı beklentisini artırır. Bu çocuklar uzman yardımını genellikle yaşamlarında bağımlı olduğu tüm yetişkinlerle -ana baba, öğretmen, okul danışmanı- birlikte alır.

Çoğu psikodinamik, davranışsal ve hatta biyolojik kurama göre çocukluk çağı deneyimleri ve gelişiminin yetişkin akıl sağlığı üzerinde kritik önemi vardır. Çoğu kuram yine, çocukları yetişkinlere göre değişime daha açık ve buna bağlı olarak tedaviye daha uygun görürler. Aynı zamanda önceki araştırmalar çocukluk çağı bozukluklarına daha az dikkat-önem vermiştir, son yıllarda çocuk psikopatolojisinin doğası, etiyolojisi, korunması ve tedavisi konularında uzmanların ilgisi açısından dramatik bir artış söz konusudur.

Bu bölümde çoğunlukla çocukluk çağı ve ergenlik döneminde ortaya çıkan duygusal ve davranışsal bozuklukların bazılarını tartışacağız. Genellikle süreğen (kronik) olan ve sıklıkla erişkinlikte de süren bu bozuklukları bilişsel, dil, motor ya da sosyal becerilerdeki bozulmalarla ortaya çıkan, öğrenme bozuklukları ve çok ciddi gelişimsel bozukluklar, zekâ gerilikleri, yaygın gelişimsel bozukluklar (özellikle otizm) şeklinde ele alacağız.

ÇOCUKLUK ÇAĞI BOZUKLUKLARI SINIFLANDIRMASI

Çocuklardaki normal dışı davranışları sınıflandırmak için tanıyı koyan kişi öncelikle bu yaş için neyin normal olduğunu göz önüne almalıdır. Yere yatıp tepinen ve bağıran bir çocuğun tanısı onun 2 ya da 7 yaşında oluşuna göre değişir. *Gelişimsel psikopatoloji* alan çalışmaları çocuk-

TABLO 15.1 DSM-IV'de Çocukluk ve Ergenlik Dönemi Bozuklukları

I. GENELLİKLE İLK KEZ BEBEKLİK, ÇOÇUKLUK VE ERGENLİK DÖNEMİNDE TANI KONULAN BOZUKLUKLAR

Zekâ geriliği: Zekâ işlevlerinin belirgin biçimde ortalamanın altında oluşu, uyum işlevlerinde var olan bozuklukların eşlik etmesi,18 yaşından önce fark edilmesi.

Öğrenme bozuklukları: Okuma, matematik, ya da yazılı ifadelerdeki akademik başarının, yaş, okul ve zekâ düzeyine göre önemli ölçüde düşük olması

Motor beceri bozukluğu: Motor eşgüdümde sorunlar

İletişim bozukluğu: İfade edici ve/ya alıcı dil-konuşmada sorunlar

Yaygın gelişimsel bozukluklar: Diğer kişilerle etkileşim ve iletişimi de içeren gelişimin pek çok alanında ciddi ve yaygın bozulmalar ve yineleyici davranışlar sergiler

Dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu: Dikkatsizlik ve/veya hiperaktivite- dürtüselliğin sürekli örüntüsü gelişimsel düzey yönünden karşılaştırılabilecek bireylerde tipik olarak gözlenenden daha sık ya da ciddidir. Belirtiler 7 yaşından önce başlamalıdır ve en az iki ortamdaki işlevlerde kendini göstermelidir.

Davranım bozukluğu: Genellikle suç doğalı, antisosyal davranışların yineleyici ve sürekli örüntüsü

Karşı olma / karşı gelme bozukluğu: Otorite figürlerine yönelik, karşı gelici, isyankâr ve düşmanca davranmanın yineleyici örüntüsü

Bebeklik ve erken çocukluk döneminin beslenme ve yeme bozuklukları: Belirgin kilo kaybı ya da kilo alma güçlüğü ile yansıtılan, besleyici olmayan maddeleri yeme (pika), yiyeceklerin yeniden çiğnenmesi ya da kusulması (ruminasyon bozukluğu), ya da yeterli miktarda yeme güçlüğü gibi sürekli beslenme ve yeme bozukluğu (bebeklik ve erken çocukluk dönemi beslenme bozukluğu)

Tik bozukluğu (örn. Tourette): Ani, hızlı, yineleyici, ritmik olmayan, kalıplaşmış motor davranımlar ya da sesler çıkarma

Dışa atım bozuklukları: Dört yaşından sonra uygun olmayan yerlerde yineleyici dışkılama (enkopresis) ya da 5 yaşından sonra yatağa ya da giysilerine çiş kaçırma (enuresis)

Ayrılık kaygısı bozukluğu: Bağlılık yaşadığı kişilerden ya da evden ayrılmada işlev bozacak ya da rahatsızlık yaratacak şekilde yaygın kaygı sergileme

Seçici konuşmazlık (mutizm): Başka durumlarda (örn. ana babasıyla) konuşuyor olmasına karşın özel sosyal ortamlarda (örn. okulda) konuşmada sürekli güçlük

Bebeklik ve erken çocukluk döneminde tepkisel bağlanma bozukluğu: Beş yaşından önce başlayan, ana babalar ya da diğer bakıcılar tarafından büyük ölçüde patolojik bakım görme ile ilişkili ve çoğu alanda belirgin biçimde bozulmuş ve gelişimsel olarak yetersiz sosyal ilişkiler

II. ÇOCUKLAR, ERGENLER VE ERİŞKİNLERE UYGULANABİLECEK TANILAR Madde bağımlılığına ilişkin bozukluklar: Bölüm 12'ye bakınız

Şizofreni: Bölüm 11'e bakınız

Duygudurum bozuklukları: Bölüm 10'a bakınız

Kaygı bozuklukları: özgül fobi, sosyal fobi, obsesif-kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu gibi:

Bölüm 6'ya bakınız; çocuk cinsel kötüye kullanımının sonrası için Bölüm 14'e bakınız

Somatoform bozukluklar: Bölüm 7'ye bakınız.

Dissosiyatif bozukluklar: Bölüm 7'ye bakınız.

Cinsel kimlik bozuklukları: Bölüm 14'e bakınız

Yeme bozuklukları, anoreksiya nervoza ve blumia nervoza gibi: **Bölüm 9'a bakınız.**

Parasomniyalar: Uyku ile ilişkili ortaya çıkan normal dışı davranışlar ya da fizyolojik olgular. Örneğin, **kabus bozukluğu, uyku terörü bozukluğu** ve **uyurgezerlik** gibi

Kaynak: DSM-lV'den uyarlanmıştır.

luk çağı bozuklukları açısından aynı davranışı bir dönemde uygun, diğer dönemde bozukluk olarak nitelendirmemize yol açacaktır.

Tablo 15.1, DSM-IV'de içerildiği şekliyle temel çocukluk çağı bozukluklarını özetlemektedir. Ayrılık kaygısı bozukluğu gibi bazı bozukluklar çocuklara özgü iken, depresyon gibi diğerleri erişkinler için kullanılan ölçütler altında geçmektedir. Diğerleri, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi öncelikle çocukluk çağı bozukluğu olarak ele alınmaktadır, ancak çoğu yetişkinlik çağında da sürmektedir. Bu bölümün başında tanımlanan rahatsız çocuk Eric, aşağıdaki çok eksenli DSM-IV'den tanı alacaktır

Eksen I: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, başat olarak dikkatsiz tip, distimik bozukluk, erken başlangıçlı
Eksen II: Eksen ll'den tanı yok
Eksen III: Genel tıbbi bir durum yok
Eksen IV: Öğretmen ve sınıf arkadaşlarıyla olan eğitimsel sorunlar
Eksen V: İşlevselliğin Genel değerlendirilmesi = 50 (intihar düşünceleri, arkadaşsızlık, okul çalışmalarının dışında kalmak

Çocukluk çağı bozuklukları DSM'de sunulduğu gibi kategorik bir modelden çok, boyutsal

ODAK 15.1

ÇOCUKLUKTAKİ ÖZ-KONTROL SORUNLARINDA KÜLTÜRÜN ROLÜ

Kültürün değerleri ve ahlâkı, bazı çocuk davranış örüntülerinin gelişip gelişmediği ya da bir sorun olarak kabul edilip edilmediği konusunda rol oynar. Tayland'da yapılan bir araştırmada, çoğunlukla kliniklerde korkaklık gibi aşırı denetim sorunu olan çocuklar daha sık görülürken ABD'de saldırganlık ve hiperaktivite gibi denetimsizlik sorunu olanlar görülmüşlerdir. (Weisz ve ark., 1987). Araştırmacılar bu farkı, Taylandlıların çoğunun, saldırganlığın şevkini kıran ve onaylamayan Budist inanışında oluşuna bağlanabileceğini belirtmişlerdir.

Tayland'da çocuk bakımı uygulamaları saygısızlık ve saldırganlık gibi denetimsiz davranışlara karşı ana babaların hoşgörüsüzlüğünü yansıtır. Buna ek bir bulgu, aşırı denetim sorununun çocuklardan çok ergenlerde görüldüğünün bildirilme nedeni, Budist sınırlamalarının özellikle genç adamların tapınaklarda rahip adayları olduğu, etkinliklerin güçlü disiplin ve öz-denetim gerektirdiği onlu yaşlarda daha katı olmasından kaynaklanmaktadır

Bu çalışmanın altında yatan sayıltı, denetimsizliğin, Tai kültüründe ve dininde etkin olarak gücü kırıldığı için, bu çocukların Amerikan çocuklarından daha çok aşırı denetim sorunları yaşamaya eğilimli olduklarıdır. Bu olabilir mi? Tayland'daki erişkinler, kontrolsüzlük sorunlarına karşı çok daha az toleranslıydılar. Sonraki araştırmalar, Amerikalılarla karşılaştırıldığında Tai ana babalarının ve öğretmenlerin, denetimsizlik sorununa daha az hoşgörüleri vardır. Sonraki araştırmalar göstermiştir ki, Amerikalılar ile karşılaştırıldığında, Tai ana babaları ve öğretmenleri, denetimsizlik ve aşırı denetimin her ikisine karşı daha çok hoşgörülüdür. Budist öğretileri ile tutarlı olarak, Tayland'daki erişkinler çocukların sorunlarını bir geçiş ve daha iyiye değişim olarak görmektedir (Weisz ve ark., 1988). Taylandlı çocukların daha çok aşırı denetim sorunları nedeniyle gönderiliyor olması, büyük olasılıkla bu sorunun Tayland'daki gerçek yüksek görülüş sıklığını yansıtmaktadır. Aynı zamanda, Taylandlı ana babalar çocuklarının denetimsiz davranışları için yardım aramaya utanmışlardır, çünkü dışarıdaki kişilere çocuklarının saldırgan ve isyankâr olduğunu ifşa etmekte istekli değillerdir.

bir modelle ele alınabilir. Boyutsal model işlevsel olmayan davranışı bir süreç üzerinde gösterir. Bir boyut davranışın denetlenebilirliğiyle ilişkindir. Denetim sürecinin bir ucunda yer alan denetimsizlik, yaygın uç noktada saldırganlıkla karakterize edilir; sürecin diğer ucunda çocuklardaki aşırı denetim vardır, okul korkusundaki gibi duygusal ketlenme gösterirler (Achenbach ve Edelbrock, 1987). Konum, çocuğun sorunu başkaları için mi çıkardığı (denetimsizlik) yoksa kendi için mi çıkardığına (aşırı denetim) göre bu iki uç arasında belirlenir. Çocuk ve ergenler Eric'de olduğu gibi semptomları her iki uçta da sergilerler.

Kategorik ve boyutsal sistemler arasında önemli karşıtlıklar vardır. (Kazdin ve Kagan, 1994). Çocuk psikopatolojisi tartışmamızı kısmen boyutsal terminoloji ile örgütlerken -sorun denetimsizlikten aşırı denetime giden bir boylamda yatar- aynı zamanda kesin tanısal kategorilere inanılsın ya da inanılmasın DSM'nin kategorik görüşünü de izleyeceğiz. Kazdin ve Kagan'ın belirttiği gibi:

> Doğa sıklıkla bize ayrık birimlerle gelir: bir ağaç, bir dal, bir kuş ve bir gaga. Kişi, bu görüntüyü renk, ışık ve biçimlerin uygun sürekliliğini yaratmak yerine ciddi bir biçimde bulandırır. Böylelikle, bizim modelimiz sürekli psikolojik boyutları olduğu kadar kişilerin kategorilerini de göz önüne almaktadır (s. 39).

Aşırı denetimli ve denetimsiz davranışlar İngiltere (Collins, Maxwell, ve Cameron, 1962), Japonya (Hayashi, Toyama ve Quay, 1976), Yunanistan, Finlandiya ve İran (Quay ve Parskeupoulos, 1972) gibi pek çok ülkede yaygındır. Bütün kültürlerde tutarlı olarak denetimsizlik sorunları erkek çocuklar, aşırı denetim sorunları ise kız çocuklar arasında daha sık bulunmuştur (Weisz ve ark., 1987). Odak 15.1'de, çocuklardaki denetimsizlik ve aşırı denetim davranış sorunlarının görülüş yaygınlığında kültürün olası rolü tartışılmaktadır.

Aşırı denetim sorunları çocukluk depresyonu ve kaygı bozukluklarını da içerir ve bu bozukluklara ayrılan bölümlerde tartışılacaktır (yerine göre Bölüm 10 ve 6'da). Şimdi, denetimsizlik davranışlarını tartışacağız, daha sonra da öğrenme bozuklukları, zekâ gerilikleri ve otizmi gözden geçireceğiz.

DENETİMSİZ DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI

Denetimsiz bir çocuk yaşına uygun ve kendinden beklenildiği gibi davranmaz. Örneğin Eric, beysbolda takımının ilerleyişi kadar öğretmeninin dersini de izleyebilmeliydi. Denetimsiz çocuk sıklıkla yaşıtlarından ve yetişkinlerden

uyarı alır. Denetimsiz davranışta belirgin olarak farklılaşan iki genel kategori vardır: dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğu ve davranım bozukluğu.

Denetimsizlik sorunları, davranışın tip, biçim ve sıklığı ile tanımlanır. Örneğin sınıfta yerinde duramama gibi bazı sorun davranışların sık görülmesi, çocukların genel nüfusunda yalıtılmış bu davranışın anormal olup olmadığı sorusunu akla getirmektedir. Öğretmene saldırı gibi diğer davranışlar çoğu kişi tarafından anormal kabul edilir.

DİKKAT EKSİKLİĞİ / HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Hiperaktivite terimi çoğu kişi, özellikle ana babalar ve öğretmenler için tanıdıktır. Sürekli hareket halinde olan, elini oynatan, ayağını sallayan, görünür nedeni olmaksızın diğerlerini itekleyen, sırasını beklemeden konuşan ve yerinde duramayan çocuklara sıklıkla hiperaktif denir. Bu çocuklar, bilenen deyimi ile ana baba ve öğretmenleri çıldırtır. DSM odaklaştığı noktayı hiperaktiviteden, uygun zamanda elindeki işe dikkatini yoğunlaştırma güçlüğüne ve amaç yönelimli olmayan hareketliliğe kaydırmıştır. Son kullanılan tanı terimi, **dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğu** dur (DEHB).

Bu dikkatsiz çocuklar ders ya da yemek zamanı gibi sakin oturmasının istendiği ortamlarda

DEHB tanısı, çocuklar sınıf kurallarına uyum göstermeleri gereken bir okul çevresiyle karşılaştıklarında konur.

etkinliklerini denetlemekte güçlük çekerler. Sessiz olmaları istenildiğinde, konuşmalarını ve hareketlerini durduramadıkları görülür. Dağınık, düzensiz, inatçı ve baskıcıdır.

Etkinlikleri ve hareketleri rastgele yapılıyor izlenimi verir. Giysilerini ve ayakkabılarını çabucak çıkartır, oyuncaklarını dağıtır, öğretmen ve ailelerini tüketirler. Güçlüklerine karşın, çocuğun davranışlarında daha az kısıtlamanın olduğu serbest oyunlarda normallerden ayırabilmek zordur.

Hiperaktif çocukların çoğu, büyük olasılıkla saldırgan davranışları ve diğerlerini rahatsız etmeleri yüzünden yaşıtlarıyla olma ve arkadaşlık kurmada belirgin güçlük yaşarlar. Aynı zamanda bu çocuklar arkadaş canlısı ve konuşkan olmalarına karşın sıklıkla sosyal ipuçlarını kaçırır, kavrayamazlar. Yine, sıklıkla arkadaşlarını niyetlerini ve isteklerini yanlış yorumlarlar ve bilinçsiz sosyal hatalar yaparlar. Örneğin; normal çocuk eve gitme zamanı geldiğini anlarken onlar çağrılmadığı halde akşam yemeğine arkadaşının evinde kalmayı sürdürür (bu tür bilişsel yanlış yükleme bazı davranış bozukluğu olan çocuklarda da görülür). DEHB olan çocuklar sosyal olarak doğru davranışın ne olduğunu kuramsal durumlarda bilebilirler, ancak bu bilgiyi gerçek yaşamda sosyal etkileşimlerdeki uygun davranışlara dönüştüremezler (Wahalen ve Henker, 1985).

DEHB olan çocukların yaklaşık %20-25'i matematik, okuma ya da heceleme alanlarında öğrenme bozukluğu gösterirler (Barkley, Du Poul ve Mc Murray, 1990) ve pek çok DEHB olan çocuk tipik dershane ortamına uyumda güçlük çektiği için özel eğitim programlarına yerleştirilirler.

DEHB tanısı erken okul yıllarında olan, delişmen, aktif ya da çok az dikkatsiz küçük çocuklar için uygun değildir(Whalen, 1983). Çocuğun daha yaşam dolu ve kontrolünün daha zor olmasından ötürü etiketlemenin kolayca kullanılışı ana babalar ya da öğretmenin terimi yanlış kullandığını gösterir. DEHB tanısı gerçekten uçta ve sürekli olan olgular için saklanmalıdır. DEHB semptomlarının değişkenliği nedeniyle DSM-IV'te 3 alt kategori vardır: (1) sorunları birincil olarak zayıf dikkate bağlı olanlar, (2) güçlükleri birincil olarak hiperaktif impulsif davranışlarına bağlı olanlar, (3) her iki sorun kümesini gösteren çocuklar. Üçüncü alt kategori DEHB olan çocukların önemli bölümünü kapsar. Dikkat sorunu ve hiperaktivitesi olan çocuklardan davra-

nış sorunları ve karşı gelme davranışları olanlar, davranış bozukluğu olan çocuklar için özel sınıflara yerleştirilirler ve arkadaş güçlükleri vardır (Barkley, DuPaul ve McMurray, 1990). Dikkat eksikliği olan, ancak normal aktivite düzeyinde olan çocuklar dikkatini odaklaştırma ya da bilgiyi işleme hızında daha çok sorun yaşar görünürler, (Barkley, Grodzinsky ve DuPaul, 1990), sağ frontal lobdaki bazı sorunlardan kaynaklandığına inanılır (Posner, 1992). Çalışmalar, iki ayrı bozukluk olarak görmenin en iyisi olduğunu düşündürmektedir (Berkley, 1990). Ancak çoğu kuram ve araştırma bu ayırımı yapmaz.

Kısaca gördüğümüz gibi DEHB ve davranım bozukluğu arasındaki ayırt edici tanılama güçlüğü büyük ölçüde sosyal normların ihlâlini de içerir. Bu iki sınıflamadaki %30 ve 90 arasındaki binişiklik (Hinshaw, 1987) bazı araştırmacıları denetimsiz davranışın her iki tipinin gerçekte aynı bozukluk olduğunu iddia etmelerine neden olmuştur (Quay, 1979). Ancak bazı farklar vardır, hiperaktivite daha çok okulda çalışmama ile ilişkilidir ve uzun erimde daha iyi sonuçlanır. Davranım bozukluğu olan çocukların okulda ya da herhangi bir yerde dışavurumları vardır, daha fazla saldırgandırlar, antisosyal ana babaları vardır; ev yaşantıları, ailesel düşmanlık, düşük SED'le belirginleşir, ergenlik döneminde suçluluk ve madde bağımlılığı için daha çok risk taşırlar (Hinshaw, 1987; Loney, Langhorne ve Paternite, 1978). Bu iki bozukluk aynı çocukta olduğunda her birinin ortaya çıkardığı en kötü görünüm oluşur; bu çocuklar en ciddi antisosyal davranışı ortaya çıkartırlar ve en zayıf prognozu gösterirler (Biederman, Newcorn ve Sprich, 1991; Cadoret ve Stewart, 1991; Moffitt, 1990). Aslında, son yıllarda DEHB/DB eş zamanlılığının ayrı bir alt tip olarak erişkin antisosyal kişilik bozukluğunun psikopatik örüntülerine benzer bir süreci olduğu düşünülmektedir (Lynam,1996). Bunun işleyiş biçimi, DEHB önce var olduğu için çocuğun, kışkırtıcı davranışlarla yaşıtları ve erişkinlerin düşmanca tepkilerini uyardığı şeklindedir. Böylece giderek daha ciddi atakların ve karşı atakların tırmandırılması, davranım bozukluklarında göreceğimiz saldırgan davranış özelliklerinin oluşmasıyla sonuçlanmaktadır. Bu iki bozukluğu karşılaştıran literatürü dikkatle gözden geçirip değerlendiren Hinshaw (1987), hiperaktivite ve davranım bozukluğunun ayrı fakat ilişkili bozukluklar olduğu görüşünü öne sürdürmüştür. Üzüntüyle belirtmek gerekir ki hiperaktif çocuklarla ilgili pek çok araştırma DEHB'yi davranım bozukluğu ve saldırganlıkla birlikte ele almakta, bu da hiperaktiviteye ilişkin bulguları daha az açık duruma getirmektedir.

DEHB'nin yaygınlığını belirlemek zordur. Çünkü zamanla bozukluğun değişik tanımları yapılmıştır ve farklı örneklem gruplarında çalışılmıştır. Tahminler %1-20 arasında değişmektedir (DuPaul, 1991; Ross ve Ross, 1982, Szatmari ve ark., 1989). DEHB'nin çocuklar arasında %3-5 düzeyinde olduğuna ilişkin fikir birliğine varılmıştır (Amerikan Psikiyatri Birliği-APA, 1994). Genellikle bozukluğa, erkek çocuklarda kızlara kıyasla daha sık rastlandığına inanılır, ancak gerçek görünüm örneklemin klinikten mi (erkek çocuklar daha çok gönderiliyorlar, çünkü DEHB'ye ek olan daha çok saldırgan davranışları vardır) yoksa genel nüfustan mı seçildiğine göre değişir. Bazı epidemiyolojik çalışmalar DEHB'nin görünüş sıklığında kız ve erkek çocuklar arasında fark bulamamışlardır. Bazı çalışmalar DEHB olan kızlara değinir, ancak DEHB olan kızlar ve DEHB olan oğlanlar arasında çok az bir fark bulunmuştur (Breen, 1989; Horn, Wagner ve lalongo, 1989; McGee, Williams ve Silva, 1987).

Pek çok okul öncesi çocuk ana baba ve öğretmenleri tarafından dikkatsiz ve aşırı hareketli bulunduğu halde, bu küçüklerin büyük bir kısmı DEHB'nin süreklilik örüntüsünü göstermeden normal gelişimlerini sürdürürler (Campbell, 1990). Diğer yandan DEHB geliştiren çoğu çocuk yaşamlarının en erken dönemlerinde yaygın aktivite ve huy bozuklukları gösterirler. Doymak bilmez merakları ve enerjik oyunlarıyla, kazara zehirlenmeler, yuvarlanma ve pencereden düşme gibi trajedilerden sakınmak için çocukluk koruma gerektirir. Okul öncesi yıllarda DEHB tanısı olan çocuğa sahip anne baba için stresli bir yaşantı olduğu halde, çocuk okula başlayınca sorun göze batar ve aniden daha uzun süreler yerinde oturması, bağımsız olarak ödevlerini tamamlaması ve oyun alanında yaşıtlarıyla dostluk kurması beklenir.

Bir dönem hiperaktivitenin ergenlik dönemiyle ortadan kalktığına inanılırdı. Ancak bu inanç 1980'lerde tamamlanan bazı boylamsal çalışmalarla sarsıldı (Barkley ve ark.,1990; Gittelman ve ark. 1985; Mannuzza ve ark., 1991; Weis ve Hechtman, 1986). Bir çalışmada DEHB olan çocukların %70'inden çoğu, ergenlik döneminde bu bozukluğun ölçütlerini yine karşıladılar (Barkley ve ark., 1990). Tablo 15.2 normal ergenlere göre DEHB olan ergenlerde daha sık

TABLO 15.2 DEHB Semptomlarının Yaygınlığı ve Normal Ergenler

Semptom	*DEHB, %*	*Normal, %*
Yerinde duramama	73.2	10.6
Oturmada zorluk	60.2	3.0
Kolay çeldirilme	82.1	15.2
Dönüşü durdurma zorluğu	48.0	4.5
Cevapları ağızdan kaçırma	65.0	10.6
Yönergeleri izleme güçlüğü	83.7	12.1
Dikkati sürdürmede güçlük	79.7	16.7
Bir iş bitmeden diğerine atlama	77.2	16.7
Sessiz oynama zorluğu	39.8	7.6
Aşırı konuşma	43.9	6.1
Diğerlerini engelleme	65.9	10.6
Dinler görünmeme	80.5	15.2
İşlere gereken şeyleri kaybetme	62.6	12.1
Fiziki tehlike yaratan aktivitelerde bulunma	37.4	3.0

bulunan davranışların dizinini göstermektedir. Buna ek olarak yerinde duramama, dikkat dağınıklığı, dürtüsel davranışlar vardır. DEHB olan ergenler diğer yaşıtlarına göre lisede daha çok okulu bırakır. Yetişkinlikte çoğu iş sahibi, maddi açıdan bağımsız olmalarına karşın, bu bireyler genellikle daha alt sosyoekonomik düzeye inerler ve normalde beklenenden daha sıklıkla iş değiştirirler. DEHB öyküsü olan çoğu erişkinler, bozukluğun bazı belirtilerini göstermeye devam ederler, belki çalışma hayatında kendilerine uygun bir yer edinerek, çoğu bu belirtilere uyum sağlamayı öğrenir.

DEHB'NİN BİYOLOJİK KURAMLARI

DEHB'nin nedenlerinin araştırılması tanı konulan çocukların çeşitliliği ile karmaşık hale gelir; sendromla ilişkili bulunan faktörlerin belki de sadece bazıları tanıyı doğrudan etkiler.

KALITSAL FAKTÖRLER. DEHB'ye yatkınlık büyük olasılıkla kalıtsaldır. Goodman & Stevenson (1989) tarafından 238 ikiz çiftle yapılan bir çalışmada klinik olarak tanı konulma oranı eş yumurta ikizlerinde %51; farklı ikizlerde %33 bulunmuştur. Neyin kalıtsal olduğu tam olarak henüz bilinmemektedir. Fakat son çalışmalar beyin işlevlerinde bazı farklılıkların olduğunu düşündürmektedir. Beyin metabolizması DEHB olan kız ergenlerde normallere göre daha düşüktür, fakat erkeklerde böyle değildir. (Ernst ve ark., 1994) Bu, çalışılan genç kızlardaki bozukluğun daha ciddi oluşuna bağlı olabilir (katılımcılar DEHB örgütünden alınmıştır). On yıllık önemli bir araştırmada, Cattelanos ve ark. (1996) normal ve DEHB olan erkek çocukların MRI taramalarını karşılaştırmış, bozukluğu olan oğlanlarda frontal lobların daha küçük olduğunu bulmuşlardır. Diğer araştırmalardan elde edilen kanıtlara göre

DEHB olan çocuklar frontal lob işlevine yönelik nöropsikolojik testlerde (davranışsal tepkilerin ketlenmesi gibi) daha düşük işlev göstermektedir. Bu da beynin bu kısmındaki temel aksaklığın bu bozuklukla ilişkili olabileceği kuramına daha çok destek getirmektedir. (Barkley, 1997; Chelune ve ark., 1986; Heilman, Voeller ve Nadeau, 1991).

ÇEVRESEL ZEHİRLER. Yıllardır DEHB konusundaki en bilinen kuram hiperaktivitenin gelişimdeki çevresel zehirlerin rolüne ilişkindir. Feingold (1973) tarafından ortaya atılan hiperaktivitenin biyokimyasal kuramı, yıllarca tanınmış yayınlarda dikkatleri üzerinde toplamıştır. Besinlere konulan katkı maddelerinin hiperaktif çocukların merkezi sinir sistemlerini baskıladığını ileri sürmüş ve bunlardan arınık bir diyet önermiştir. Ancak, hiperaktif vak'aların çok küçük bir yüzdesinden biraz çoğu, gıda katkı maddelerine duyarlılık göstermiştir. Feingold diyetine ilişkin iyi kontrollü çalışmalarda buna pek az çocuğun olumlu yanıt verdiği bulunmuştur (Goyette ve Conners, 1977). Benzer olarak popüler bakış rafine edilmiş şekerin DEHB'ye neden olduğunu ileri sürdüyse de (Smith, 1975), dikkatli araştırmalarca bu desteklenmemiştir (Grosss, 1984, Wolraich ve ark., 1985). Bazı kanıtlar hi-

Gebelik süresince sigara içmek son zamanlarda DEHB için artan risk faktörleri ile ilişkilendirilmiştir.

peraktivite ve dikkat sorunlarının belirtilerinin az bir kısmıyla kurşun zehirlenmesinin ilişkili olabileceğini gösterdiyse de (Thompson ve ark., 1989), DEHB olan çocuklarda yükselmiş kurşun düzeyi gösterilememiştir.

Nikotin, özellikle annenin sigara içmesi, çevresel bir toksin olarak DEHB gelişiminde rol oynayabilir. Milberger ve ark. (1996), son zamanlarda DEHB olan çocukların annelerinin %22'sinin gebelikleri süresince bir paket sigara içtiklerini, bunun kontrol grubu annelerde %8 oranında olduğunu bulmuştur. Daha da ötesi, hayvan çalışmaları sürekli nikotin alınmasının beyinde dopamin salınımına yol açtığı ve hiperaktiviteye neden olduğunu göstermiştir. (Fung ve Lau, 1989; Johns ve ark., 1982). Bu veriler temelinde Milberger ve arkadaşları annenin sigara içiminin gelişmekte olan fetüsün dopaminerjik sistemini etkilediği ve davranışlarını ketleyememe ve DEHB ile sonuçlandığı hipotezini geliştirmişlerdir.

DEHB'NİN PSİKOLOJİK KURAMLARI

Bir çocuk psikanalisti olan Bruno Bettelheim'ın (1973) geliştirdiği bir yatkınlık- stres kuramına göre, bozukluğa olan yatkınlık ile ana babanın çocuğu otoriter bir şekilde yetiştirmesi bir araya geldiğinde hiperaktivite gelişir. Eğer çocuğun aşırı hareketlilik ve karamsarlığı anne tarafından baskılanırsa, kolaylıkla sabırsız ve küskün olur; söz dinleme konusunda annenin beklentileri ile baş edemez. Anne giderek daha olumsuz ve reddedici olduğunda anne-çocuk ilişkisi düşmanlık temelinde son bulur. Başkaldırıcı ve yıkıcı örüntü oluştuğunda çocuk okulun beklentilerini karşılayamaz, davranışları sıklıkla sınıf kurallarıyla çatışır.

Öğrenme de hiperaktivitede rol oynar. Hiperaktivite, uyardığı dikkatle pekiştirilir böylece sıklığı ve yoğunluğu artar. Ya da Ross ve Ross (1982)'a göre hiperaktivite ana baba ve kardeşlerin davranışlarıyla belirlenir.

Ana baba-çocuk ilişkisi iki yönlüdür. Hiperaktif çocuğun ana babası onlara çok emir verir ve onunla olumsuz etkileşime girer, böylece hiperaktif çocuk daha az övgü alır ve ana babası ile daha çok olumsuz etkileşime girer (Barkley, Karlsson ve Pollard, 1985; Tallmadge ve Barkley, 1983). Kısaca açıklayacağımız gibi, uyarıcı ilaçların DEHB olan çocuklarda hiperaktiviteyi azalttığı ve övgüleri artırdığı görülür. Belirgin olarak bu tür ilaçlar kullanıldığında ana babaların buyurganlıkları ve olumsuz davranışlarda da azalma olmaktadır (bkz. Barkley, 1990), en azından çocuğun ana babayı olumsuz etkileyen davranışı terse çevrilmiş olmaktadır.

DEHB TEDAVİSİ

Uyarıcı ilaçlar, özellikle metilfenidat ya da ritalin 1960'lar öncesinden beri DEHB için reçete edilmektedir (Sprague ve Gadow, 1976). Bu ilaçların uyarıcı etkisi DEHB olan çocukları sakinleştirmek ve dikkat yoğunlaştırma yeteneğini arttırmak şeklindedir. Bir saha araştırmasında ilkokul çocuklarının %6'sının ve özel eğitim sınıflarındaki öğrencilerinin %25'inin uyarıcı ilaç aldığı bulunmuştur (Safer ve Krager, 1988). DEHB semptomlarının zamanla ortadan kalkmadığına ilişkin giderek artan kanıtların ışığında bu ilaçların yazılması ergenlik ve hatta erişkinlik döneminde de devam etmektedir.

Ritalin etkili midir? Çift kör desenlerle plasebo ve uyarıcılarla yapılan kontrollü çalışmalarda pek çok DEHB olan çocukta çok kısa sürede dikkatini yoğunlaştırma, amaç yönelimli etkinlikler, sınıftaki davranışlar, ince motor etkinliklerde dramatik bir düzelme ve saldırganlık ve dürtüsellikte azalma gösterilmiştir (Hinshaw, 1991; Weiss, 1983). Ustalıkla yapılmış bir çalışmada Ritalin'in çocuklar top oynarken dış alan-

da hazır durumda bulunma ve oyun kurallarına uyma açısından yardımcı olduğu, plasebo verilen çocukların oyun devam ederken sıklıkla eldivenlerini atıp, vurdukları bulunmuştur (Pelham ve ark., 1990).

Ancak araştırmalar bu tür ilaçların uzun dönem eğitim başarısı üzerinde (Whalen ve Henker, 1991), topa vurma ve fırlatma becerilerinde iyileştirme yapmadığını göstermektedir. Daha da ötesi, uyarıcı ilaçların yan etkisi vardır. Geçici iştah kaybı ve uyku sorunlarına ek olarak, uyarıcıların yaygın reçete edilmesinin riskli bir yan etkisi daha belirmiştir: *Newsweek* çocukların Ritalin ve diğer uyarıcıları diğer kullanan çocuklardan ya da arkadaşlardan elde ettiklerini bildirmiştir (Leland,1995).

DEHB olan çocukların edimsel koşulama temelindeki tedavilerinde sosyal ve akademik davranışlarında en azından kısa dönem başarılarında bir düzelme gösterilmiştir. Bu tedavilerde çocuğun davranışları evde ve okulda yönlendirilmiş, uygun davrandığında, örneğin yerinde oturduğunda dersini çalıştığında ödüllendirilmiştir. Belirtme sistemleri ya da yıldız kartları bu programın tipik öğeleridir. Belirgin bir biçimde davrandıklarında çocuklar belirteç, daha küçükler yıldız kazanırlar ve bu kazançlarını ödül için kullanırlar. Bu edimsel programın odak noktası, ortalıkta koşuşup sallanmak gibi hiperaktivite belirtilerini azaltmaktan çok, akademik çalışmayı artırma, ev ödevlerini tamamlatma, özel sosyal becerileri öğrenmedir (O'Leary ve ark., 1976). Bu girişimi uygulayan terapistler, hiperaktiviteyi yıkıcı davranışların bir uzantısı olarak değil, bazı becerilerdeki bozukluklar olarak kavramlaştırmaktadır. Bu programa hiperaktif çocuklar yanıt verse bile, bu bozukluğun en iyi tedavisi uyarıcı ilaçların ve davranış terapilerinin birlikte kullanımı ile olmaktadır (Barkley, 1990; Gittelman ve ark., 1980; Pelham ve ark., 1993).

DAVRANIM BOZUKLUĞU

Davranım (conduct) bozukluğu terimi birçok kontrolsüz davranışı içine alır. DSM-IV diğerlerinin temel haklarını ve başlıca toplumsal normları ihlâl eden davranışlara odaklanır. Bu davranışların hemen tamamı aynı zamanda yasadışıdır. Davranım bozukluğunun belirtileri olarak görülen davranışların çeşitleri, insanlara ya da hayvanlara yönelik saldırganlık, mülkiyete hasar verme, yalan söyleme ve hırsızlık yapma olarak sayılabilir. Davranım bozukluğu, çocuklar ve ergenler arasında yaygın olan hatalı davranışların ve kötü şakaların ötesine geçen davranışların sık ve şiddetli olmasına işaret eder. Sıklıkla aldırış etmeme, tehlike yaratma, vicdan azabı yokluğu gibi belirtiler bu bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu ya da psikopatinin bir ölçütü yapar.

Sınıflarda çok bilinen işaretleme sistemi ya da yıldız kartları özellikle dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğu tedavisinde yararlıdır.

DSM'de daha az bilinen bir ilişkin kategori **Karşıt Olma-Karşıt Gelme Bozukluğudur** (KOKGB) (Oppositional Defiant Disorder). Bunun davranım bozukluğundan ayrı bir bozukluk olup olmadığı ya da onun bir öncülü veya erken gösterimi olup olmadığı konusunda bir tartışma vardır (Loeber, Lahey, & Thomas, 1991). KOKGB tanısı, bir çocuğa davranım bozukluğu tanısı konulamadığında -aşırı fiziksel saldırganlık ölçütü karşılanamadığında- ama huysuzluk

Saldırgan olan, çalan, yalan söyleyen ve eşyalara zarar verenler arasında davranım bozukluğu tanısı sık konulur.

ODAK 15.2 DAVRANIŞÇI PEDİATRİ

Davranışçı tedavinin önceki tartışmasında, geç yaştaki koroner kalp hastalığını azaltma yolu olarak A Tipi davranış örüntüsünü değiştirmek gibi fiziksel zararlardan koruma ve bu zararların tedavisiyle ilgili psikolojik bilgilerin çeşitli uygulamaları sıralanmıştır. Bu tür bir ilgi aynı zamanda çocukluk ve ergenlik bozukluklarına da gösterilmiştir.

Russo ve Varni (1982) çocukluk tıbbi sorunlarının gerekleriyle ilgilenen davranışsal tedavinin bir dalı olan davranışsal pediatriyi kavramsallaştırmanın bir yolu olarak normal insan anormal durum modeli geliştirdiler (NİAD). Akut ya da süreğen olarak hasta olan bir çocuk, hastalık nedeniyle karmaşık ve stresli bir krize itildiği için, psikolojik sorunları olabilecek genç bir insandır. Pek çok hasta çocuk çok büyük acı ve hatta bedenindeki bozulmalarla karşı karşıyadır ve hastanede ana-babasından, kardeşinden ve komşularının, evlerinin rahat ortamından uzak uzun zamanlar geçirmeleri gerekmektedir.

Davranışsal pediatri çocuklardaki bozuklukların üstesinden gelmek için davranış terapisi ve pediatrisini birleştiren disiplinler arası bir çalışmadır. Ana baba-çocuk, okul-çocuk ve tedavi ekibi-çocuk ilişkileriyle ilgilenir (Varni & Dietrich, 1981). Bazı özel örnekler bu alanın uygulama alanını ve amaçlarını açıklayacaklardır.

Son yıllarda çocuk kanserinin lymphoblastic lösemi gibi birçok biçimi tedavi edilebilir hale gelmiştir; bazıları çok etkin tedavi edilebildikleri için iyilik sürecine giriyorlar ve çocuklar kanserin başlangıcından 5 yıl sonra hayatta oluyorlar. Böyle bir gelişmeyle hem hastalar hem de ana babaları için doğası psikolojik olan yeni sorunlar ortaya çıkıyor- hastalık ve tedavisiyle yaşamayı öğrenmek.

Çocuktan hastalığının gerçek doğasını ve yaşamını ne kadar tehdit edici olduğunu saklamak kaygısını azaltmamakta, artırmaktadır (örn. Spinetta, 1980). Çocukla açık iletişim kurulması önerilmektedir Araştırmalar, çocuğu mümkün olduğunca düzenli eğitiminde tutmayı önermektedir (Katz, 1980). Kanser ve tedavisi çocuğun fiziksel görünümünde saç dökülmesi gibi bozulmalara yol açtığı için, farklı görünen herkeste olduğu gibi, çocuğa, kendisini bekleyen alay edilmeyle baş etme öğretilmelidir; bağımsızlık eğitimi verme ve incitici durumları görmezlikten gelmeyi öğretme yararlı olabilmektedir.

Acı çocukluk kanserinin hem tanısı hem tedavisine eşlik eder. Lösemili bir çocuk sık ve düzenli kemik iliği naklinden geçmek zorundadır. Doktor uyluk kemiğinin ortasına bir iğne yerleştirir ve biraz ilik çıkarır. Bu yara oluşturur ve bu kişinin alışık olduğu bir acı değildir (Katz, Kellerman & Siegel, 1980). Bu deneyim genç hasta üzerinde olduğu kadar ailesinde de uzun süreli ve olumsuz etkiler yaratır. Davranışçı pediatri uzmanları acı dolu işlemlerle ilgili stresi azaltmak için filmle örnekleme, nefes çalışmaları, olumlu pekiştirme, düşsel / soyutlama ve davranışsal tedaviyi içeren çok bileşenli bilişsel-davranışı girişimler geliştirmişlerdir. Bu tür girişimler acıya yönelik ilaç tedavisiyle birleştirildiğinde en başarılı olanlar gibi görünmektedir (Varni ve ark., baskıda).

Diğer acı dolu işlemlerden önce erken kaygı geliştiren çocuklara bir başa çıkma modeli filmi izletilerek yardım edilmektedir (Jay ve ark., 1982). Hastaneye girmek, bekleme odasında oturmak gibi acıyla ilgili durumlara sistematik duyarsızlaştırma hastanın tıbbi işlemler karşısında geliştirdiği kaygıyı azaltmada ya da acıyı dindirmede yardımcı olabilir. Örneğin, çok kaygılı bir çocuk tıbbi işlemlerden kaçabilir ya da kilo vermeye başlayabilir. Kilo kaybı kanserli bir hastanın yaşamını sürdürme olasılığını azaltabilir (Dowys ve ark., 1980).

Belli okuma materyalleri de çocukların ve ana babalarının hastalığın getirdiği travmayla baş etmesinde yardımcı olabilir. Bu konudaki en yeni örnek David Saltzman'ın, ölümünden sonra yayımlanan resimli çocuk kitabıdır. 1990'da, 23. doğum gününden 11 gün önce Hodgins hastalığından ölen Saltzman'ın tek amacı, ölümünden önce kitabını ("Jester Şıngırdağını Kaybetti") bitirmekti. Jester çarpıcı bir şekilde hasta olan bir çocuğun ağır hastalıklarla baş etmede kahkahanın faydalarını öğrenişini anlatıyordu.

Başka tıbbi sorunları olan çocuk ve ergenlerde de davranışsal tedaviyle yardım edilebilmektedir. Kanında kritik bir pıhtılaşma faktörü eksik olan hemofili hastaları için eklemlerde süreğen artirite bağlı ağrı önemli bir sorundur. Varni (1981), hastalarına gevşemeyi ve etkilenen ekleme kan akışını artırmayı öğreterek hipnotik düşsel tekniklerle bu tür ağrıları başarıyla tedavi etmiştir. Eklem çevresinde daha yüksek bir yüzey ısısıyla, birçoğu trombosit artışını bozan ve böylece zaten var olan pıhtılaşma sorununu artıran

yaptığı, yetişkinlerle tartıştığı, yetişkinlerin isteklerine uymayı tekrar tekrar reddettiğinde, kasten başkalarını kızdıracak şeyler yaptığında ve öfkeli, kinci, alıngan ya da intikamcı olduğunda konur. DSM ayrıca çoğu erkek olan bu çocukların, diğerleriyle çatışmalarını nadiren kendi hataları olarak gördüklerini belirtir. Bu çocuklar karşıt olma davranışlarını, üzerlerine düşünülemeyecek büyüklükte talepler yüklenmesi iddiasıyla haklı çıkarmaya çalışırlar. Genel eş tanılı sorunlar, DEHB, öğrenim bozukluğu, iletişim bozukluğudur, fakat KOKGB, DEHB'den reddedici davranışın dikkat eksikliği ya da dürtüsellikten ortaya çıktığının düşünülmemesi açısından

David Salzman'ın Jester Şıngırdağını Kaybetti'sinde, Jester konuşan asası Pharley ile koşullar uygun olmadığında bile, başkalarını, hatta hasta çocukları bile güldürerek, duygusal yüklerini hafifletebildiklerini bulmuştur (Jester ve Pharley, Jester Co., Inc.'in tescilli markasıdır. Jester Şıngırdağını Kaybetti'den alınmış bir parçadır. David Salzman 1995 The Jester Co., Inc tarafından yapılmış öykü ve resimler izinle yayınlanabilir. Bütün hakları saklıdır)

ağrı kesici ilaçlara olan gereksinimi azaltır. Varni'nin rematoid artiriti olan çocuklarla yaptığı ağrının üstesinden gelmeyle ilgili bir sonraki çalışması, çocuklara ve ailelerine ağır tıbbi hastalıklarla baş etmelerine yardımcı olmada olumlu etkisi olan araştırma temelli davranış tedavisine örnek oluşturmaktadır (Varni & Bernstein, 1991; Walko, Varni & Illowite, 1992).

Çocuklarda obezite, hipertansiyon, kalp rahatsızlıkları ve diyabet gibi rahatsızlıklar için esas bir risk faktörü olan yetişkinlikteki obezite için oldukça yordayıcıdır. Çocukluk obezitesi aynı zamanda düşük sosyal yeterlilik, davranış sorunları, düşük benlik kavramıyla ilişkilidir (Banis ve ark., 1988). Davranışçı araştırmacılar çocukların yeme alışkanlıklarını egzersiz uygulamalarını ve kalori alımını, kalorinin nasıl yakıldığını ya da yakılmadığını etkiliyor gibi görünen yaşam biçimlerinin diğer yönlerini değiştirmek için uğraşmaktadırlar (Epstein, Masek & Marshall, 1978). Örneğin, obez çocuklar obez yetişkinler gibi daha hızlı yer daha büyük ısırıklar alır, yiyeceğin normal kilodaki arkadaşlarından daha az çiğner (Dabman ve ark., 1979). Tedaviye ana babaları da katıldığında kilo kaybı daha iyi sürdürülür (Coates, Killen & Slinkard, 1982; Epstein ve ark., 1987).

Davranışçı tedavide bir diğer başlık terapötik katılımdır. İnsanlara bir hastalığı önleyebilecek ya da iyileştirebilecek şeyleri nasıl yaptırabiliriz (Varni & Wallander, 1984)? Çocukluk diyabeti, gençler ve etkilenen ailelerinin karşılaştığı zorluklara iyi bir örnektir. Yiyecek alımı ve insülin miktarı düzenlenebilsin diye glikoz (şeker) düzeyinin belirlenmesi için idrar bir günde pek çok kez test edilir. Rejim, bu gençlere büyük bir zorluk çıkarır. Şeker ve diğer tatlılara direnmeyi öğrenmek zorundadırlar. Öğünlerinin, insülinin glikoz düzeylerini anormal olarak azaltmaması için insülin enjeksiyonunun ani yüksekliği ile uyumlu zamanlara denk getirilmesi gerekmektedir. Etkinlik ve egzersiz, hücrelerdeki glikozdan yararlanmanın doğal ve insülin benzeri etkilerinin kullanılması için rejimin bir parçası olmalıdır. Henüz diyabetin başka bir tedavisi yoktur, diyabeti olanlar koşullarını kabul etmek ve en temel insani dürtülerini düzenlemek zorundadır. Genç insanın bu ağır ama tedavi edilebilir hastalıkla baş etmek için ihtiyacı olan, karmaşık kendine bakma beceriler grubu, davranışçı pediatrideki klinik araştırmalardan yarar sağlamıştır (Epstein ve ark., 1981). Örneğin, psikologlar kan şeker düzeyinin kontrolüyle ilişkili olarak doktorun önerileri ve reçetesinin sunumuyla bağlantılı olarak aile desteğini, hastalık hakkında bilgiyi ve hastanın gelişimsel düzeyini içeren faktörleri incelemeye başlamaktadır (Johnson, 1995). Bir çalışmada diyabeti olan çocukların ana babaları ve çocuklarıyla birlikte uygulamaları için gevşeme egzersizleri öğretilmiştir; sonuç çocuğun metabolizması ve buna bağlı olarak diyabeti üzerinde artırılmış kontroldür (Guthrie ve ark., 1990).

farklılaşmaktadır. Şöyle ki, KOKGB çocuklarının yaramazlıklarında DEHB çocuklarından daha planlı olmaları, farkı anlamanın bir diğer yoludur. (Bir edimsel kuramcı, KOKGB davranışlarını, DEHB olan çocuklarınkine kıyasla doğası açısından daha araçsal görürdü) Değinmeye değecek ilginç bir nokta da DSM'de yer alan depresyon bozukluğu olan annelerin, daha yüksek oranda bu tür çocukları olduğuna ilişkin gözlemlerdir; ancak, depresyonun mu buna neden olduğu, yoksa çocuğun davranışlarının mı depresyona neden olduğu açık değildir. (APA, 1994). Kimileri günlük dilde bu tür çocuklar için "arsız" (brat) kelimesini kullanır. KOKGB'lerin

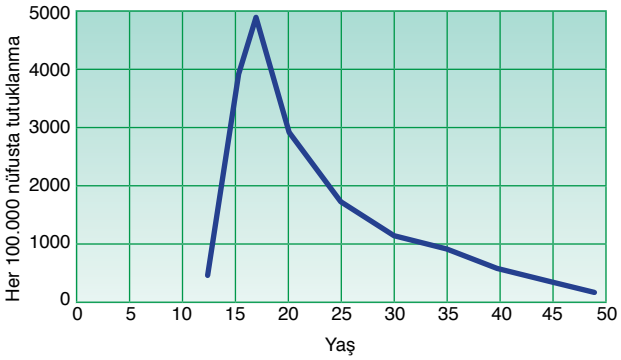
sorgulanan durumları nedeniyle, dikkatimizi burada daha ciddi bir tanı olan davranım bozukluğuna yoğunlaştıracağız.

Muhtemelen davranım bozukluğu herhangi başka bir çocukluk bozuğundan daha fazla bir biçimde çocuğun davranışının insanlar ve çevre üzerindeki etkisiyle tanımlanır. Okullar, ana baba, yaşıtları ve suçlu adalet sistemi genellikle hangi kontrol altındaki davranışın kabul edilemez bir davranım oluşturduğunu belirler. Ergenlik öncesi ve ergenlik döneminde davranım sorunu belirlenenler, yasal otoriteler tarafından psikolojik değil ama yasal bir terimle, suçlu çocuk olarak ele alınırlar.

Davranım bozukluğu olan çoğu çocuk diğer problemleri de sergiler. Davranım bozukluğu ve dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğu arasında yüksek oranda örtüşme olduğunu belirtmiştik. Madde kötüye kullanımı da genellikle davranım bozukluklarıyla birlikte görülür. Erkek çocuklarda davranım bozukluğuyla ilgili boylamsal bir çalışma olan Pittsburg Gençlik Çalışmasından araştırmacılar, madde kullanımı ve suç davranışları arasında güçlü bir ilişki bulmuşlardır (Van Kammen, Loeber & Stouthamer-Loeber, 1991). Örneğin, marihuana denemiş olduğunu rapor eden 7. sınıftakiler arasında %30'dan fazlası birine silahla saldırıda bulunmuştur ve 43'ü kırıp girdiğini kabul etmiştir; madde kullanmadığını belirtenler arasında ise %5'ten az çocuk bu davranışları sergilemiştir.

Davranım bozukluğu olan çocuklarda %15'den 45'e varan eş hastalanma bulgularıyla kaygı ve depresyon görülmektedir (Loeber & Keenan, 1994). Komorbid kaygı ile birlikte davranış bozukluğu olan çocukların sadece davranış bozukluğu olan çocuklardan daha az antisosyal olduklarına ilişkin bazı kanıtlar vardır (Walker ve ark., 1991).

Nüfus temelli çalışmalar davranış bozukluklarının çok yaygın olduğunu göstermektedir. Ontario Kanada'da 500'den fazla çocukla yapılan bir çalışma erkek çocukların %8'inin ve 4-16 yaş arasındaki kız çocukların %3'ünün davranım bozukluğu açısından DSM ölçütlerini karşıladığını bulmuştur (Offord Boyle, ve ark., 1987). Hırsızlık ve tecavüz gibi şiddet içeren suçlar ve daha şiddetli saldırılar büyük ölçüde erkeklerin suçlarıdır. Şekil 15.1'de gösterildiği gibi yasaları çiğnemenin hem sıklığı, hem yaygınlığı 17 yaş dolaylarında keskin bir biçimde yükselmekteyken, genç yetişkinlikte oldukça düşmektedir (Moffitt, 1993). Bu tür fiziksel şiddetin çoğu suçluları 13-20 yaşları arasındaki çocuklardır. 20'li yaşların sonlarına doğru, bu önceki çocukluk suçları sorun olmaktan çıkmaktadır (Blumstein & Cohen, 1987). Belli bir ölçüye kadar örüntü kadınlar için de benzemektedir. Ancak bunlar genellikle onlu yaşlarından küçük çocukların suçlarını kapsamada pek başarılı olmayan polis verileridir. Aslında antisosyal davranış esas yükselişine 7 yaşında başlar (Loeber ve ark., 1989). Bütün bu suç niteliğindeki davranışlar zalimlik ve vicdansızlık olarak adlandırılmasa da sıklıkla davranım bozukluğunun bir parçasıdır, bu veri çocuk ve ergenlerde anti-sosyallik sorununu açıklamamızda yardımcı olmaktadır.



Şekil 15.1 *Adam öldürme, tecavüz, soygun, abartılı saldırı ve araba hırsızlığı suçlarından yaşlara göre tutuklanma oranı. "Criminal Career Research: Its Value for Criminology" A. Blumstein, J. Cohen, ve D.P. Farrington, 1988. Criminology: 26, p. 11. Copyright 1988 by the American Society of Criminology. İzinle uyarlanmıştır.*

Davranım bozukluğu tanısı alan çocukların gidişatı (prognozu) karışıktır. Robins (1978), 1920'den 1970'e kadar 30 yılı aşkın izleme çalışmalarıyla çok sayıda çocukta antisosyal davranışları inceleyen pek çok boylamsal çalışma yayınlamıştır. Yüksek ölçüde antisosyal olan yetişkinlerin, aynı zamanda çocukluklarında da yüksek ölçüde antisosyal olduğu sonucuna varmıştır, ancak, davranım bozukluğu olan çocukların yarısından çoğu antisosyal yetişkin olmamışlardır. Davranım bozukluğu antisosyal davranış için gerekli koşul olup yeterli koşul olmayabilir. DSM-IV, önceki baskılarına göre davranım bozukluğu sorunlarının başlangıcının ne kadar erken olursa, yetişkinlikteki sonucun antisosyal kişilik bozukluğu olma ihtimalinin o denli fazla olduğunu daha açık hale getirmiştir.

Mofitt (1993), davranım sorunlarının 2 farklı türü birbirinden ayırt etmesi gerektiğini ileri sürer. Bazı bireylerde davranış sorunları 3 yaşında başlayıp yetişkinlikte ciddi kural dışı davranışlarıyla "yaşam boyu" devam etmektedir. Diğerleri "ergenlikle sınırlıdır". Bu insanlar normal çocukluğa sahip olup ergenlikte antisosyal dav-

ranışlar sergilemeye başlamışlardır ve yetişkinlikte sorunsuz davranışlarına geri dönmüşlerdir. Mofitt, antisosyal davranışın geçici şeklinin sorumluluklarını ve böyle bir davranışın sonucu olan ödülleri sağlamayı aklında canlandırma fırsatları arasındaki "olgunlaşma boşluğunun" bir sonucu olduğunu iddia eder.

Bu alandaki çoğu çalışma erkeklerle yapılmış olduğu halde, bir çalışma hastaneye yatmış, davranım bozukluğu olan 55 ergen kızı yıllarca takip etmiştir (Zoccalillo & Rogers, 1991). Erkeklerde olduğu gibi bu kızların çoğunun da madde kullanım öyküsü vardır, depresyon ve bir kaygı bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamışlardır. Bu kızlardaki sonuçlar erkeklerde bulunan zayıf prognozla paralel gitmektedir; örneklemin %88'i, prematür ölüm (%6), okulu bırakma (%41), yasal düzene uyumsuzluk (%50), evden kaçma (%48), 17 yaşından önce hamilelik (%32) ve intihar girişimleri (%22) gibi problemler göstermiştir.

DAVRANIM BOZUKLUĞUNUN ETİYOLOJİSİ

Davranım bozukluğunun etiyolojisi için çok çeşitli fikirler ortaya atılmıştır. Davranım bozukluğu olan çocukların anne ve babalarında antisosyal kişilik bozukluğu yaygınlığının yüksek olduğunu gösteren veri ailesel, belki (şart olmayan) kalıtsal geçişin olduğunu ileri sürmektedir (Lahey ve ark., 1988). Davranım bozukluğu olan çocukların üvey ana babalarında herhangi bir antisosyal davranış ya da alkolizm bulunmadığına göre, ana babanın ve çocuğun davranış sorunları arasındaki ilişki en azından kısmen kalıtsal olabilir. İkiz çalışmaları antisosyal davranış açısından tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerine göre daha büyük bir benzerlik olduğunu göstermiştir (Eysenck, 1975). Yetişme yöntemlerinin etkileri bu çocukların ailelerinin sıklıkla bağlılıkta yetersiz oldukları, evlilik uyumlarında stresler ve boşanma yaşadıkları şeklinde gösterilmektedir (Emery & O'Leary, 1979, Rutter, 1971). Nöropsikolojik eksiklikler davranım bozukluğu olan çocukların çocukluk profilleri ile karıştırılmaktadır (Mofitt, Lynan & Sylvia, 1994; Mofitt, 1993). Eksiklikler zayıf sözel beceriler, "yönetici işlevler" (bu, sezinleme, plan yapma, kendini kontrol etme ve sorun çözmedir) ve bellekle ilgili sorunlarıdır.

Normal çocukluk gelişiminin önemli bir parçası çok istediği bir şey söz konusu olduğunda bile kurallar ve normlara katlanması, neyin yanlış / doğru olduğunu hissetmesi anlamına gelen ahlaki farkındalıktır. Birçok insan başkalarını incitmekten sadece yasa dışı olduğu için değil, ancak aksi takdirde bu onları üzeceği için de kaçınırlar. Davranım bozukluğu olan çocuklar 13. Bölümde tartışılan psikopatlar gibi genellikle, bu moral farkındalıkta eksiklik gösterirler; antisosyal davranışları, heyecanlı ödüllendirici, kendilik kavramlarının merkezinde görürler (Ryall, 1974). Davranım bozukluğu olan gençlerin geçmişlerine yönelik araştırmalar, gençlerin güçlü bir ahlâk duygusunun gelişme için odak noktası olduğuna inanılan aile yaşantısında eksiklik çektiklerini göstermiştir. Çocuklarına ve birbirlerine karşı şefkatli olan, ahlâk kurallarını da açıkça sunan ve çocuklarının bunları onaylamasını isteyen, adil ve tutarlı ceza veren, çocuklarına karşı açıklama yapan ana babaların çocukları genellikle davranım bozukluğu göstermemektedir (Herbert, 1982; Hoffmann, 1970, Wright, 1971).

Kanıtların çoğu, model almanın saldırganlığın artmasına katkıda bulunduğunu gösterir. Televizyonda saldırganlığı izlemek, olabilecek yollardan biridir.

Bu bulguların sonuçlarına göre, öğrenme kuramlarından model alma ve edimsel koşullamanın her ikisi de davranım sorunlarının gelişimi ve sürdürülmesine yararlı açıklamalar getirir. Bandura ve Walters (1963), çocuklar saldırganlığı, saldırgan bir şekilde davranan ana babalarından öğrenirler bulgusunun önemini sergileyen ilk araştırmacılar arasındadır. Çocuklar saldırgan eylemleri televizyon gibi diğer kaynaklardan da taklit edebilirler (Huesmann & Miller, 1994; Liebert, Neale & Davidson, 1973). Saldırganlık hoş olmasa da etkili bir amaca ulaşma aracı olduğundan muhtemelen pekiştirilir. Böylece saldırgan eylemler bir kez taklit edilince, büyük olasılıkla sürdürülecektir. Bu sosyal taklitçilik, daha önce davranım sorunları göstermeyen çocuklar arasında ergenlerin suçlu davranışlarındaki dra-

matik dalgalanmaları da kısmen açıklar. Moffitt (1993) bu ergenlerin sürekli antisosyal yaşıtlarını taklit etmelerinin, onları hoşlanılan yüksek statülü pozisyonlarda ve cinsel olanaklara sahip şekilde görmelerinden kaynaklandığını belirtir.

Saldırgan davranışın (ve genişletilirse davranım bozukluğunun) bilişsel bakış açısı Kenneth Dodge ve arkadaşlarının çalışmalarından gelir. Erken dönemdeki çalışmalarından birinde (Dodge ve Frame, 1982) saldırgan çocukların bilişsel sürecinin özel bir yanlılığı olduğu bulunmuştur: bu gençler açık olmayan eylemleri, diğer çocuk açısından düşmanca bir niyetin delili gibi görmektedir. Bu algı, bu tür çocukları kışkırtıcı olmayan bir niyetle yapılan eylemlere saldırgan biçimde tepki vermeye yönlendirir. Sonuç olarak yaşıtları bu saldırgan davranışları anımsayarak onlara karşı öfkeli olmaya eğilimli olacak, zaten saldırgan olan çocuk daha da saldırganlaşacak, reddetme ve saldırganlık döngüsü sürecektir. Dodge, çocukların dünyalarına ilişkin bilgileri işlediğini ve bu bilişin davranışlarını belirgin bir biçimde nasıl etkilediğinin yolları üzerinde odaklanan sosyal bilgilendirme işlemleri kuramını oluşturmaktadır (Crik ve Dodge, 1994).

Davranım bozukluğu ve suçluluğa ilişkin bir tartışma, sosyologların araştırmalarıyla tanınmalıdır. Sosyal sınıf ve kent yaşamı suçluluk görülüm sıklığı ile ilişkilidir. Yüksek işsizlik oranı, zayıf eğitimsel kolaylıklar, örselenmiş-parçalanmış-aile yaşantısı, suçluluğu edinilebilir kılan alt kültür oluşturucu faktörler olarak bulunmuştur (Gibbons, 1975). Davranım bozukluğu ve suçluluğa ilişkin herhangi bir kapsamlı kuram, bu tutarlı sosyolojik bulguları içermelidir. Patterson'un son çalışmasına göre, çocuktaki erken dönem antisosyal davranış ve ailedeki sosyoekonomik avantajsızlık birleşimi, erken tutuklamaların yordayıcısıdır (Patterson, Crosby & Vuchinich, 1992).

DAVRANIM BOZUKLUĞUNUN TEDAVİSİ

Davranım bozukluğunun yönetimi çağdaş toplumlar için korkunç bir meydan okuma durumudur. Toplum psikologları kadar sosyologlar ve politikacılar zayıf ekonomik koşulların çoğu sorunları yarattığı sayıltısı üzerinde çalışmaktadırlar: Gelir dağılımının bozukluğu, suçluluğun sık görüldüğü alt sınıfın materyal yoksunluğunun azaltılması ve iş programlarına yönelik diğer geniş çaplı çabalar konusunda fikir birliği içindedirler. Sosyolojik görüşler tedavinin planlanmasında rol oynamaktaysa da, biz burada kısmi bireyler ve ailelerini hedefleyen psikolojik yöntemleri vurguluyoruz.

Belirtildiği gibi davranım bozukluğu gösteren bu genç insanların bazıları yarının psikopatlarıdır. Psikopati adına etkili psikolojik tedavi yolunda pek az şey bulunmuştur. Çok az duygusal katılım ve vicdan azabı ile antisosyal eylemlerde ve saldırıda bulunan genç insanlara ulaşmak fazlasıyla zordur. Hapis, salıverme ve yeniden suç işleme bir kuraldır. Toplumun en kalıcı sorunu, sosyal bilinçliliği büyük ölçüde gelişmemiş kişilerle nasıl ilgilenileceğidir. Kolaya kaçarak genç suçluları hapse atmak suçu azaltmamaktadır. Boylamsal bir çalışmada, gençlik tutuklamaları gibi cezalandırıcı disiplinin, daha düşük iş kararlılığına ve daha yüksek erişkin suçluluğuna yol açtığı bulunmuştur. Böylece, katı disiplin, devlet ya da ana baba tarafından verilmiş olsun, yetişkinlikteki suç eylemi ve sonraki suçluluk için ana yol olarak görülmektedir (Laub ve Sampson, 1995).

Davranım bozukluğunun tedavisinde en umut verici görüş, antisosyal çocuğun ana baba ya da ailesiyle yapılan girişimleri içerir. Gerald Patterson ve arkadaşları 30 yılda, ana baba yönetme eğitiminin davranışsal programının geliştirilme ve denemelerini yapmışlardır. Burada ana babalarca, çocuklarına karşı davranışlarında değişmeleri gerektiği düşündürülerek antisosyal değil, prososyal (sosyalin lehine) davranışlar tutarlı olarak ödüllendirilmektedir. Ana babalara çocuk olumlu davranış sergilediğinde olumlu pekiştirme, saldırgan ya da antisosyal davranışlarda mola (time out) ya da ayrıcalıklarını kaybetme gibi teknikleri kullanmaları öğretildi. Görüşmeler tekniklerin uygulanmasını ve güçlüklerin tartışılmasını içeriyordu. Antisosyal çocuğa yöntemi uyguladığınızda ana baba da katılımcı olabilir. Hem ana babanın, hem öğretmenin çocuğa davranışına ilişkin raporları, davranışların evde ve okulda dolaysız gözlemi programın etkililiğini desteklemektedir (Patterson, 1982). Ana baba yönetim eğitiminde kardeşlerin davranışlarında da düzelme, programa katılan annelerin depresyonlarında azalma gözlenmiştir (Kazdin, 1985). Patterson'un grubundaki saldırganlarla yapılan yeni bir çalışmada, ana baba eğitimi ve mahkeme kanalıyla aile tedavisi saldırı suçunun oranını azaltmıştır. Ergenlerine daha yakın davranarak yönetmeyi öğreten ve yaşa uygun ödüllerin ve sonuçların kullanılmasını da içeren ana baba eğitimi yaklaşımı daha çabuk iyileşmeyi sağlamaktadır.

Ciddi gençlik saldırganlığında yeni ve gelecek vadeden bir tedaviyle 4 yıllık izleme tedavisi ile tutuklamalarda azalma olduğu gösterilmiştir (Borduin ve ark, 1995). Henggeler'in çoklu sistemik tedavisi, kapsamlı terapi hizmeti alma, ergeni, aileyi, okulu ve sırasında yaşıt gruplarını hedeflemeyi içerir. Girişim, aile sistemi yaklaşımına göre (daha önce anoreksiya nervoza tedavisinde anlatıldı), ki burada davranım sorunu aile ilişkisinde sarmalanır ve böylece sadece bütünlüğü bozulmamış aileye katılarak tedavi edilebilir. Davranışsal teknikleri kullanan tedaviler, özellikle ailenin bütün üyeleriyle ve hatta toplumla olan etkileşimlerdeki davranış değişikliklerini yüreklendirmektedir. Ev, okul ya da bölgesel boş zaman merkezleri gibi "ekolojik olarak geçerli" ortamlar gerektiren tedaviler terapötik değişikliklerin genellenmesini genişletirler. Büro ortamında eşit sayıda geleneksel bireysel terapi seansına (yaklaşık yirmi beş) giren kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, çoklu sistemik tedavi grubundaki ergenler davranış sorunlarında azalma göstermiş ve izleyen 4 yıl içinde daha az tutuklanmıştır. Örneğin, tedaviyi izleyen 4 yıl içinde geleneksel tedavi alan ergenlerin %70'i, çoklu sistemik tedavi görenlerin ise sadece %22'si tutuklanmıştır. Buna ek olarak diğer aile üyelerinin değerlendirilmesi sırasında çoklu sistemik tedaviye katılan ana babalar psikiyatrik semptomatolojide düşüş göstermiş, destekleyicilikleri artmış, video kayıtlarındaki etkileşimlerinde çatışma ve düşmanlığın azaldığı görülmüştür. Geleneksel bireysel terapi alan ergenlerin ailelerinde, tedavi sonrası etkileşimlerinin niteliğinde gerilemeler olmuştur. Çoklu sistemik grupta olup yaklaşık 4 seanstan sonra tedaviyi terk eden ergenlerde bile tutuklanma oranlarında, geleneksel bireysel terapiyi tamamlamış ergenlere göre önemli ölçüde düşüş gösterilmiştir.

Patterson'un ve Henggeler'in grupları ile yapılan araştırmalarda ana babalar ve ailelerle yapılan girişimin, başarının kritik bileşeni olarak önerilmesine karşın, bu tür tedaviler pahalıdır, zaman alır ve bazı aileler katılamaz ya da katılmak istemezler. Böylece dikkate değer diğer araştırmalarda, davranım bozukluğu olan çocuklarda bilişsel tedavinin, aile katılımı olmasa bile davranışları düzelttiği gösterilmiştir. Örneğin, çocuklara öfkelerini kontrol etmeyi öğreten bilişsel beceriler, saldırgan davranışlarını azaltarak onlara yardımcı olmada gerçek bir umut verir. Öfke kontrol eğitiminde, öfke kışkırtan ortamlarda kendini kontrol öğretilmiştir. Hinshaw, Henker ve Wholen (1984), çocuklara, sözel saldırılarda bir şarkı mırıldanmak, kendilerine sakinleştirici bir şeyler söylemek, ya da dönüp uzaklaşmak gibi dikkati başka yöne çeken teknikler kullanarak, saldırgan davranmadan dayanabilmek için yardım etmişlerdir. Daha sonra çocuk yaşıtı kışkırttığında ya da saldırı olduğunda bu kendini kontrol yöntemlerini uygulamaktadır.

Diğer bir strateji, davranım bozukluğu olan çocukların ahlaki gelişmelerindeki bozukluk üzerinde odaklaşır. Davranımları bozuk olan ergen grubunda ahlaki yargılama becerileri öğretilerek okulda çok yol alınmıştır (Arbuthnot ve Gordon, 1986). Öğretmenleri tarafından davranış sorunu olduğu bildirilen ergenleri (saldırganlık, çalma, vahşet gibi) 4-5 ay süresince okulda haftalık gruplara katarak ahlaki yargılamanın daha üst düzeyinin güçlendirilmesi amaçlanmıştır. Grup seansları aşağıdaki gibi kısa öykü tartışmalarını da içermektedir:

> Sharon ve onun en iyi arkadaşı Jill, bir mağazada alış veriş yapıyorlar. Jill, istediği bir bluz buluyor ama alacak parası yok. Deneme odasına götürüyor ve ceketinin altına giyiyor. Sharon'a gösteriyor ve Sharon'un uyarılarına karşın dükkânı terk ediyor. Sharon güvenlik görevlisi tarafından durduruluyor. Yönetici Sharon'un çantasını arıyor, fakat bir şey bulamıyor, Jill'in bluzu aldığı tartışılıyor. Yönetici Sharon'a Jill'in adını soruyor, söylemezse Sharon'un ana babasını ve polisi de çağıracağı tehdidinde bulunuyor. Sharon, en iyi arkadaşının adını söyleyip söylememe ikilemi yaşıyor.

Üyeler, farklı bakış açılarının haklılığı konusunda ikilemdeki kişilikler kadar toplum ve diğer kişilerin de hakları ve sorumlulukları açısından birbirleriyle tartıştırılmıştır.

İsimleri belirlenmiş ancak tartışma yönünde cesaretlendirilme girişiminde bulunulmamış kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, gruba katılan ergenler ahlaki yargılama becerisinde ve okul derecelerinde ilerleme kaydetmişler, gecikmede, davranış sorunları için idareye gitmede ve polis ya da gençlik mahkemesi ile görüşmelerde azalma göstermişlerdir. Sonraki okul yılında yapılan izleme çalışmaları iki grup arasındaki farkın arttığını göstermiştir; girişimde bulunulan ergenler ahlaki yargılamada süre giden bir gelişim ve davranış sorunlarında giderek azalma göstermişlerdir.

Tedavi sonlandırıldıktan pek çok ay sonra bile süren bu düzelme etkileyici bulunmuştur,

fakat diğer araştırma, bilişsel örüntüyü değiştirerek elde edilen davranışsal değişikliklerin sadece kısa erimli kazançlar olduğu, çocuk alışık olduğu kötü ortamına döndüğünde iyileşmenin kaybolduğu yolunda dikkati çekmiştir. Çevresel beklentiler -kişinin yaşadığı toplum-, saldırganlığın bütünlüğü bağlamında çalışırken göz önüne alınmak zorundadır (Guerra ve Slaby, 1990).

ÖĞRENME YETERSİZLİKLERİ

Bundan birkaç yıl önce bizim lisans kurslarımızdan birine kaydolan bir genç adam, alışık olmadığımız güçlükler ve güçlülükler gösterdi. Sınıfta sözlü katılımları örnekti ancak el yazısı ve hecelemesi okunamazdı. Yöneticinin bu sorunu öğrencinin ara sınav kâğıdına yazmasından sonra, öğrenci onu görmeye geldi ve disleksik olduğunu, bunun onun haftalık okuma ve yazılı ödevlerinin, sınavlarının hazırlanmasında uzun zaman almasına neden olduğunu açıkladı. Yönetici, yazılı ödevlerin hazırlanmasında ek zaman verilmesini kararlaştırdı. Öğrenci üstün zekâ düzeyindeydi ve mükemmel olmaya çok istekliydi. Mükemmelliği başardı, seminerden A aldı; mezuniyetinden sonra önde gelen hukuk okuluna atandı.

Öğrenme yetersizlikleri, akademik, dil, konuşma ya da motor beceriler gibi özel alandaki yetersiz gelişme ile belirlenir ki, bunlar zekâ geriliğine, otizme, belirgin fiziksel ya da nörolojik bozukluğa[1] ya da eğitimde fırsat eşitliğine bağlı değildir. Bu bozukluğu olan insanlar, normal ya da normalüstü zekâya sahiptir, fakat bir çocuk olarak bazı özel becerileri öğrenmekte güçlük çekerler (örn, aritmetik ya da okuma) ve böylece okul başarısı bozulur.

Öğrenme yetersizliği (disability) terimi DSM-IV'te kullanılmaz, ancak pek çok sağlık uzmanı DSM'deki 3 bozukluğu birlikte gruplarlar; öğrenme bozuklukları, iletişim bozuklukları ve motor beceri bozukluğu. Bu bozukluklardan herhangi biri; özel akademik, dil ya da motor beceri alanlarında zekâ düzeyinden beklenen derecede gelişmeyen çocuklara uygulanabilir. Öğrenme bozuklukları genellikle, ruh sağlığı kliniklerinden çok, okul sistemi içinde belirlenebilir ve tedavi edilebilir. Erkeklerde kadınlara kıyasla daha olağan olduğuna büyük ölçüde inanılmasına karşın, toplum temelli çalışmalardaki bulgular (refere edilme yanlılığından sakınmak gerekir), DEHB'deki gibi bozukluğun çok az bir şekilde erkeklerde daha fazla olduğunu gösterir (Shaywitz ve ark, 1990). Öğrenme yetersizliği olan insanlar genellikle sorunlarıyla baş etmek için yollar bulur, akademik ve sosyal gelişimi az çok etkilenir, bazen bu ciddi boyutta olur.

[1] *Bir ya da daha fazla öğrenme bozukluğunun fiziksel temeli gelecekteki araştırmalarda ortaya konabilir. Kanıtlar, şimdi öğrenme bozukluklarından biri olan disleksinin biyolojik temelleri için ortaya çıkmaktadır.*

ÖĞRENME BOZUKLUKLARI

DSM-IV öğrenme bozukluklarını 3 kategoriye ayırır: okuma bozuklukları, aritmetik bozuklukları, yazılı ifade bozuklukları.

Yetersizlik, görsel ya da işitsel sorunlar gibi bir duyusal bozukluğa bağlı olarak ortaya çıkıyorsa bu tanılardan hiç biri uygun değildir.

Okuma güçlüğü olan çocuklar, daha iyi bilindiği şekliyle **disleksi,** kelime tanıma, okuduğunu anlama ve tipik olarak da yazarken harf karıştırma konularında belirgin güçlük yaşarlar. Sözlü olarak okuduklarında yaşıyla uyumlu olmayan bir biçimde kelimelerin okunuşlarında çarpıtma, ekleme ve eksiklikler yaparlar. Erişkinlikte, akıcı sözlü okuma, anlama ve yazarken harf karıştırma sorunları sürer. (Bruck.1987). Bu bozukluk okul çağı çocukları arasında %2-8 oranında görülür, büyük başarıların oluşmasını engellemez. Bu Bölümün başlangıç kısmında tanımlanan öğrencide olduğu gibi New York'un önceki Valisi ve Birleşik Devletlerin önceki başkan yardımcısı olan Nelson Rockfeller disleksiktir.

Aritmetik bozukluğunda çocuk, sayısal sembolleri tanımada, eldeli sayılarda eklemeyi hatırlamakta, nesneleri saymakta ya da aritmetiksel silsileyi izlemekte güçlük çeker. Aritmetikteki düşük başarı, en az düşük okuma ve heceleme başarısı kadar olağandır ve sıklıkla insanlarda bu üçünün tümü vardır (Badian, 1983; Rourke ve Finlayson, 1978)

Yazılı ifade bozukluğu, yazılı kelimeleri (heceleme hataları; dil bilgisi, noktalama hataları ya da kötü el yazısı gibi) bütünleştirme yeteneğindeki bozulma ile tanımlanır, bu yazma becerisi gerektiren günlük işlerde ya da akademik başarıda yeterince ciddi, olumsuz bir etkidir. Bizim kolej öğrencimizin disleksisi ile eklendiği bu bozukluğun görülüş yaygınlığına ilişkin çok yeni birkaç sistematik veri vardır.

İLETİŞİM BOZUKLUKLARI

Dilin ifade bozukluğunda (expressive language disorder) çocuk kendini konuşarak ifade etmekte güçlük çeker. Çocuk, iletişim kurmaya isteklidir ama doğru kelimeleri bulmakta olağandışı bir zorluk yaşar. Örnek olarak sokaktan geçen bir arabayı gösterirken "araba" sözcüğünü

Konuşma terapisti fonolojik bozukluğu (telaffuz kusuru) olan çocuğa, zor bulduğu sesleri uygulattırarak çalışma yapar.

çıkaramayabilir. Dört yaşlarındayken bu çocuk sadece kısa cümlelerle konuşur. Yeni kelimeler öğrenildiğinde eskileri unutulur ve imlâ yapısı önemli derecede yaş düzeyinin altındadır.

Kelimeleri bulamayan çocukların aksine, **fonolojik bozukluğu** olan gençler önemli bir kelime dağarcığını anlayabilir ve kullanabilirler, ancak konuşmaları bebek konuşmasını andırır gibidir. Örneğin ingilizcede "blue", "bu" gibi çıkar; "rabbit", "wabbit" gibi duyulur. Sonradan kazanılan konuşma seslerinin telaffuzunu öğrenmemişlerdir "r, sh, th, f, z ve ch" gibi. Konuşma terapisiyle neredeyse bütün vak'alarda tamamen iyileşme görülür, daha hafif vak'alarda sekiz yaşlarında kendiliğinden düzelebilir.

Üçüncü bir iletişim bozukluğu **kekelemedir** ki bu aşağıda ki konuşma örüntülerinden bir ya da birden fazlasıyla karakterize edilmiş, söz akıcılığındaki kesintilerdir. Konuşma örüntüleri: seslerin sık tekrarı ya da uzatılması, kelimeler arasında uzun duraklamalar, telaffuzu zor kelimelerin yerine kolay kelimeleri koymak (belli sesiz harflerle başlayan kelimeler gibi) ve bütün kelimeyi tekrar etmek (sadece bir "go" yerine "go-go-go-go"demek gibi). Bazen vücut tikleri ve göz kırpıştırma da akıcı olmayan bu konuşmaya eşlik eder. Beklendiği üzere, kekemelik akademik, sosyal ve mesleki işlevlere zarar verebilir ve yetkin insanların potansiyellerinden doyum sağlamalarını engelleyebilir. Kekemelik, sıklıkla kişi sinirli olduğunda daha kötüleşir ve genellikle kişi şarkı söylediğinde düzelir ve hatta kaybolur. Bir arkadaşımız, sahnede olmak kaygısını arttırdığı halde, oyunda rol yaptığında kekemeliği neredeyse tümüyle kaybolmuştu. Kendi kelimelerini kullanmak yerine bunları yazılı bir metinden okumanın daha kolay olduğunu söylemişti ki, bu kekemelerde yüksek sesle okuduklarında sıkça görülen ilerlemeyle tutarlıdır. Erkeklerde kadınlara oranla 3 kat fazla görülen bu sorun genelde 5 yaşlarında ve neredeyse her zaman 10 yaşından önce ortaya çıkar. DSM'ye göre bu kişilerin %80'i, çoğu da profesyonel girişim olmaksızın 16 yaşından önce iyileşir.

MOTOR BECERİ BOZUKLUKLARI

Gelişimsel koordinasyon bozukluğu olarak da bilinen **motor beceri bozukluklarında,** çocuk motor koordinasyonunda, zekâ geriliği ya da serebral palsi gibi, bilinen bir fiziksel bozuklukla açıklanamayacak belirgin bir bozulma gösterir. Çocuk ayakkabılarını bağlamakta, düğmelerini iliklemekte ve büyüdüğünde ise maket yapmak, top oynamak, kitap harfi ya da el yazısı yazmakta zorluk çekebilir. Bu bozukluğun tanısı ancak akademik başarıyı ya da günlük yaşamdaki aktiviteleri önemli derecede engellediğinde konulur.

ÖĞRENME BOZUKLUKLARININ ETİYOLOJİSİ

Öğrenme bozuklukları hakkında yapılan araştırmaların çoğu, belki en yaygın ve başarıyı düşürücü olduğu için, disleksiyi içerir.

Aile ve ikiz çalışmaları göstermiştir ki disleksinin kalıtımsal unsurları vardır (Pennigton, 1995) ve büyük olasılıkla 6. kromozom tarafından kontrol edilir (Cordon ve ark., 1996). Başka kanıtlara göre disleksi, büyük olasılıkla kalıtımsal olan beyin anormalliklerinden kaynaklanır. Çocukluklarında disleksileri olan sağlak bireylerin beyinlerinde yapılan otopside, beynin sol tarafında bulunan korteksdeki dil bölgesinin nöronlarının yeri, sayısı ve organizasyonunda mikroskobik anormallikler bulunmuştur (Golaburda, 1989, 1993). Disleksik ve normal çocuklara çeşitli bilişsel görevler yaparken uygulanan PET taraması, korteksin başka bir bölümünün nasıl çalıştığını gösterir. Çocuklardan kafiyeleri bulmaları istenilen bir testte, normal çocukların sol temporoparietal korteksleri aktive olurken disleksik çocuklarda bu olay görülmemektedir. Bu bulgu önemlidir çünkü fonolojik farkındalık denilen şeyin okuma becerilerinin gelişiminde ciddi rolü olduğu düşünülür (Rumsey, Anderson, ve ark., 1992; Rumsey, Zametkin ve ark., 1994).

Geçmiş psikolojik kuramlar, disleksinin temeli olarak, görsel algılamadaki eksiklikler üzerinde durmuştur. Popüler bir varsayıma göre okuma sorunları olan çocuklar harfleri ters sırada ya da

ODAK 15.3 ENURESİS

Çok iyi bilinir ki bebeklerin ne bağırsak ne de mesane kontrolü vardır. Büyüdükçe kaçınılmaz tuvalet eğitimi başlar. Bazı çocuklar tuvaleti 18 ayda, diğerleri 30 ayda öğrenir. Mesane kontrolü kazanılmadığında bu ne zamana kadar normaldir? Yanıt kültürel normlar ve istatistiklerle belirlenir, biraz keyfidir.

DSM–IV ve diğer sınıflama sistemleri uyku sırasında ıslatanlar (noktürnal enuresis) ve gece gündüz ıslatanlar (diurnal enuresis) şeklinde ayırırlar. Gündüz ıslatma daha erken kesilir, çünkü mesane kontrolü kişi uyanıkken daha kolay bir iştir. Çocuk mesane kontrolünü kazanamadıysa bu genellikle gece saatlerindedir. DSM–IV 5 yaşında oğlanların %7'si kızların %3'ünün, 10 yaşında oğlanların %3 ve kızların %2'sinin, 18 yaşında genç delikanlıların %1'i ve genç kızların daha da azının enuretik olduğunu tahmin eder.

ABD'de çocuk 7 yaşına gelinceye kadar noktürnal enuresise DSM–IV'te tanı konulmaz. Yataklarını bebekliklerinden beri ıslatan birincil enuretikler bütün enuretiklerin 2/3'sidir (Atorfield, 1972), ikincil enuretikler bir zamanlar gece kuru kalmayı başarmış, sonra bunu kaybetmiş olanlardır.

ENURESİSİN NEDENLERİ

Enuresise ilişkin en tutarlı bilgi, birinci derecede akrabalarında ıslatan bir kişi olduğunda benzerliğin yaklaşık %75 düzeyinde çok yüksek olacağı şeklindedir (Bakwin, 1973). Yeni yapılan bir Danimarka çalışmasına göre yatak ıslatmada birincil kalıtsal geçiş gereklidir. 13. kromozomun segmenti, noktürnal enuresis genini taşır görünmektedir (Erberg, Benendt ve Mohr, 1995).

Bütün enuresis vak'alarının yaklaşık %10'u tümüyle tıbbi koşullardan ötürü oluşmuştur. Bilinen en sıradan fiziksel neden üriner yolların enfeksiyonudur. Yaklaşık, 1/10 kadın ve 1/20 erkek enuretiğin bu tür bir enfeksiyonu vardır (Stansfield, 1973). Vak'aların %40'ında enfeksiyonun tedavisiyle enuresis durur (Schmidt, 1982). Diğer sık olmayan ancak bilinen fiziksel nedenler, kronik renal ya da böbrek hastalığı, tümörler, diyabet ve nöbettir (Kolum, Mac Keith ve Meadow, 1973). Enuresisin fiziksel nedenlerinin daha sık görülüşü nedeniyle çoğu uzman psikolojik tedaviye başlamadan enuretikleri doktora gönderirler.

Bazı psikanalitik kuramcılar enuresisin diğer çatışmalar konusunda bir sembol olarak hizmet ettiğini ileri sürerler. Enuresis, sembolik mastürbasyon ve ana babaya karşı öfke duygularının ifadesinin kılık değiştirmiş biçimi olarak kuramsallaştırılmıştır (Mowrer, 1950). Benzer bir yaklaşım enuresisi, kaygı gibi daha genel psikolojik bozuklukların bir semptomu olarak ele almıştır. Pek çok araştırmacı bu tür sorunların enuresisin nedeni olmaktan çok ıslatmanın suçluluk ve utancına bir tepki olduğu konusunda fikir birliğine varmıştır. Çocuk eğer yaşıtları onunla alay ediyorsa ve ana babası öfkeli ve reddedici davranıyorsa kendine saygısını yitirecektir. Mesane kontrolü kazanıldığında, bununla ilişkili olan sorunların çoğu ortadan kalkacaktır (Moffatt, Kato ve Pless, 1987; Starfield, 1972). Diğer yandan, uzun bir zamandır tutmayı başardıktan sonra yeniden yatak ıslatmaya başlandığında, bazı enuresis olgularında duygusal faktörlerin etkili olduğu düşündüren daha stresli olguların yaşandığı bulunmuştur (Jarvin ve ark., 1990).

Mesane kontrolü, sadece istemli işemenin oluşmasında doğal refleksin engellenmesi, önemli karmaşıklığı olan bir beceridir. Tıbbi göstergeler, pelvik taban kaslarının aktivitelerini göz önüne alarak yatağı ıslatan çocuklarda, bu kasların gece kendiliğinden kasılmasında bozukluk olduğu düşüncesini desteklemektedir (Norgaard, 1989a, 1989b).

Öğrenme kuramcıları, tuvalet eğitimi çok erken yaşta başlarsa (beden henüz hazır olmadığında), eğitim gevşek ve uygun tuvalet davranışı için verilen ödül yetersiz olduğunda ve daha da belirgin çocuk mesanenin doluluğuna koşullanmış bir tepki olarak uyanmayı öğrenmemiş ya da işemeyi kontrol eden sfinkter kasların yeterince gevşemesini engelleyemiyorsa, çocuk ıslatır görüşünü sunmaktadır (Baller, 1975; Mowrer ve Mowrer 1938; Young 1965).

Bazı öncü araştırmalar nokturnal enuresisi açıklayan farklı bir biyolojik kuramı önermektedirler. Danimarkalı bir araştırmacı gece enuresisi olan ergenlerin antidiüretik hormonunda (ADH) bir bozukluk olduğunu bulmuştur (Ritting ve ark., 1989). Normal çocukta ADH idrarı, uyanıklık saatlerine kıyasla uyku saatlerinde daha çok yoğunlaştırmaktadır. ADH'sinde bozukluk olan kişinin geceleyin, gece idrarı olağan mesane kapasitesini aşacaktır. Enuretik çocukların uyku ve uyanıklık sorununun olduğu, ya da anormal olarak küçük işlevsel mesane kapasitesi görüşlerine ilişkin kuramlar doğrulanmamıştır (Barclay ve Houts, 1995).

ENURESİSİN TEDAVİSİ

Yatak ıslatma için evde düzeltme yaklaşımları olarak sıvı kısıtlaması, çocuğu golf topunun üzerinde uyutmak, ya da suçlayıcı bir delil olarak ıslak çarşafı pencereden sallandırmak gibi bir dizi işlem örneği verilebilir (Houts, 1991). Bu yaklaşımların çoğu etkisizdir. Benzer biçimde, çocuğun sorundan kurtulması için büyümesini beklemek de tatmin edici değildir. Enuretiklerin sadece %15'i 5-19 yaşları arasında kendiliğinden iyileşmiştir (Forsythe ve Redmond, 1974).

Uzmanlarca önerilen en yaygın kullanılan iki tedavi yöntemi ya ilaç yazmak ya da idrar alarm sistemidir. İdrar alarm sistemi Mowrer ve Mowrer pet ve zili tanıttığında 1938'de ilk kez sahneye çıkmıştır. (2. Bölümdeki O.H. Mowrer'in psikopatoloji ve müdahaleler konusundaki davranışçı görüşün temelinde yatan

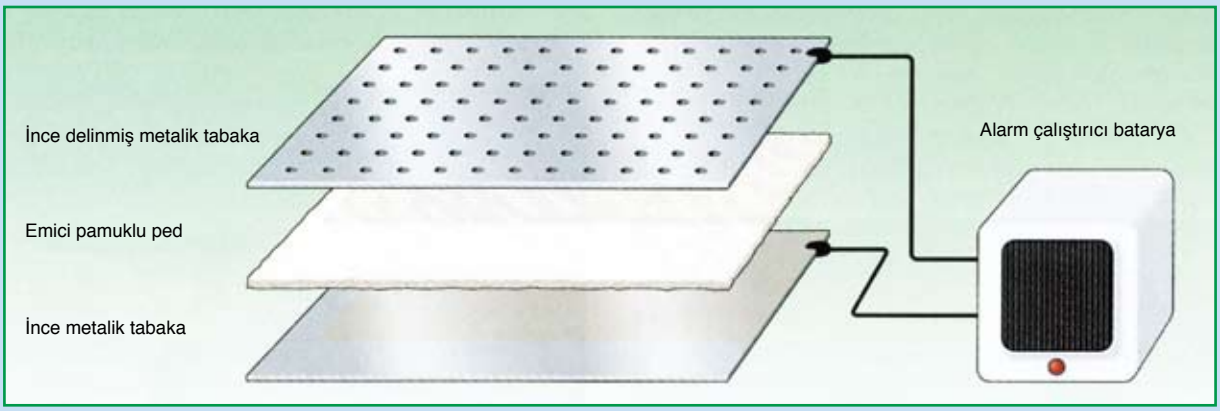
önemli çalışmaların sahibi yönlendirici araştırmacı ve kuramcı olduğunu hatırlayın). Yıllar boyu bu tedavi yatak ıslatmayı azaltmak ya da ortadan kaldırmak konusunda başarıyla kullanılmıştır. Enuretik çocukların %75'inin gece boyu kuru kalmayı bu basit düzenekte öğreneceği tahmin edilmektedir.

Bir zil ve bir pil 2 metalik folyo tabakasından oluşan pede bağlanır, delikli olan üstteki emici bir kumaş serilimi ile ayrılmıştır (Şekil 15.2). Ped, bir yastık kılıfı içine konur ve uyku zamanı çocuğun altına yerleştirilir. Elektrolit etkisi oluşturan ilk idrar damlası giysiye ulaştığında iki folyo tabakası arasındaki elektrik devresi tamamlanacaktır. Devrenin tamamlanması ıslatma anında ya da hemen sonra çocuğu uyandıracak olan zilin devreye girmesine yol açacaktır. Çocuk tipik olarak işemeyi durduracak, aygıtı durduracak ve tuvalete gidecektir.

Mowrer ve Mowrer (1938) zil ve peti bir klasik koşullama süreci olarak görmüşlerdir; burada zil koşullanmamış uyarıcı, çocuğu uyandırmak koşullanmamış tepkidir. Zil, dolu mesane ile eşleşecektir ve bu duyum zil sesi olmadan uyanma şeklindeki koşullanmamış tepkiyi yaratacak, koşullanmış uyarıcı niteliği taşıyacaktır. Diğerleri edimsel koşullama terimleriyle çocuğu uyandıran zilin bir cezalandırıcı olarak görev yaptığı ve istenmeyen ıslatma davranışlarını azalttığı şeklinde klasik koşullama kuramını sorgulamışlardır. Gerçek uygulamada zil genellikle çocuğun ana babasını da uyandırmaktadır; onların tepkileri de çocuğun kuru kalmasında ek bir harekete geçirici öge olabilir. İdrar alarmının olmadığı diğer edimsel koşullama yaklaşımında kullanılan diğer yöntemler bu kadar başarılı değildir (Houts, Berman ve Abramson, 1994). Diğer yandan temel idrar alarm sürecine her gece yatmadan once giderek artan miktarda sıvı alma gibi (çocuğu yatağı ıslatmadan sıvıyı mesanede tutmaya eğitme) ve çocuğun her seferinde alarm zili çaldığında uyanıp çarşafı değiştirdiğine emin olma (yatağı ıslatmaya bir diğer olumsuz sonuç ekleme) gibi eklemelerde bulunarak daha başarılı olunabilir (Barclay ve Houts, 1995). Hiçbir idrar alarmı bedende zedelenme yaratmaz ve orijinal yatak pedlerinden daha güvenlidir.

Farmakolojik tedaviler bir diğer yaklaşımdır. Uzman yardımı alan enuretiklerin yaklaşık 1/3'ü antidepresan imipramin (Tofranil) ya da son zamanlarda daha önce sözü edilen ADH'nin sentetik şekli olan desmopressin gibi ilaçları almaktadır. Bu tür ilaçlar ya işemede rol alan kasların reaktivitesini değiştirerek (imipramine) ya da mesanedeki idrar yoğunluğunu değiştirerek (desmopressin) etkili olurlar. Kısa sürede olumlu etkinin genellikle görülmesine karşın olguların çok büyük bir kısmında ilaç alımı kesildikten hemen sonra yakınmalar yeniden başlamaktadır (Houts, 1991). Davranışsal yaklaşım ve ilaç tedavilerinin birlikte kullanımı umut vericidir (Sukhai, Mol ve Harris, 1989).

Şekil 15.2 *Yatak ıslatmada kullanılan zil ve ped aygıtı, O. H. Mowrer ve W. M. Mowrer'dan alınmıştır.*



ayna görüntüsüyle algılarlar. Örneğin *d* yerine *b* hatası yapmak. Beş ya da 6 yaşlarında yapılan harf karıştırması ve sonraki okuma becerisi arasında bir ilişki bulunamamıştır, ancak (Calfee, Fisk ve Piont-kowski, 1985), bir kişinin okuma sorunları olması için görmesine de gerek yoktur, kör kişiler Braille okumayı öğrenmede güçlük yaşayabilirler (McGuiness,1981).

Daha yakınlardaki yeni araştırmalar disleksik bireylerdeki, görsel-algısal eksikliklerin karmaşıklığına ve gizli yapısına ışık tutmaktadır. Bu kişilerin, görsel uyarıcıları normal insanlara göre daha yavaş işledikleri ve uyarıcılar arasındaki küçük karşıtlıkları daha az fark ettikleri bulunmuştur (Martin ve Lovegrove, 1984). Örneğin, disleksik çocuklar bir seri sunumda, ekranda kaç nokta olduğunun belirlenmesi gibi hızlı işlemeyi gerektiren görsel görevlerde normal çocuklar kadar iyi performans göstermezler (Eden ve ark., 1995).

Bir başka araştırma dislekside altta yatan ve konuşma algısı, konuşma dili seslerinin analizi ve bunların basılı sözcüklerle ilişkisini içeren bir ya da birkaç dil işleme sorununu gösterir (Mann

ve Brady, 1988). Bir dizi boylamsal çalışma, erken dil sorunlarının ilerdeki disleksinin habercisi olabileceğini söylüyor. 4 yaşında uyak ve alliterasyonu anlamakta, tanımakta zorluk çeken (Bradley ve Bryant, 1985), 5 yaşında tanıdık nesneleri hızla adlandırmada sorun yaşayan (Scarborough, 1990; Wolf, Bally ve Morris, 1986) ya da 2,5 yaşında sintaktik kuralları öğrenmede gecikme yaşayan (Scarborough, 1990) çocuklar, bu sorunlara sahip olmayan arkadaşlarına göre disleksiye daha eğilimlidir. Sözü geçen bu dil işleme zorlukları ve görsel algılama eksiklikleri, aynı nörolojik sorundan kaynaklanıyor olabilir ki bu, uyarıyı hızla işleyen beyin yapısındaki bir eksikliktir (Eden ve Zeffiro, 1996).

ÖĞRENME YETERSİZLİĞİNİN TEDAVİSİ

Çocuğu okumada geri olan ya da etkili ve yaşına uygun bir şekilde konuşamayan, diğer yönlerden normal olan çocukların ana babalarının kaygıları önemsizleştirilemez. Uzman çabaları bedensel, eğitimsel ve psikolojik hevesler taşır, emekleme gibi motor etkinliklerde çocuğu eğitirken uyarıcı ve yatıştırıcıların kullanılması, daha küçük yaşta yeterli olarak üstesinden gelinemeyeceğine inanma, beyindeki nöral bağlantıların yeniden örgütlenmesi umudu gibi.

Öğrenme yetersizliklerinin tedavisi için halen birçok yöntem kullanılmaktadır. Öncelikle okuma ve yazma zorlukları olgularında kullanılan geleneksel dilsel yaklaşımlar, yakın denetim altında yüksek sesle okuma gibi mantıklı, birbirini takip eden ve çok duyumsal bir şekilde, dinleme, konuşma, okuma ve yazma becerilerinin yönergeleri üzerinde durur (Lyon ve Moats, 1988). Küçük çocuklarda, harf ayırt etme, fonetik analiz ve harf ses karşılıklarını öğrenme gibi hazırlık becerilerinin, okumadaki açık yönergeye kalkışmadan önce, öğretilmeleri gerekebilir. Bu Bölümün başında değinilen vak'a gibi, disleksik bireyler, kasete kaydolmuş dersler, özel öğretmenler, yazı düzelticileri ve süresiz testler gibi yönergesel desteklerin yardımıyla orta öğretimde genellikle başarılı olabilirler (Bruck, 1987). Çoğu orta öğretim kurumunun böyle çocuklara yardım etmek için özel hizmetleri vardır.

Son zamanlarda dil bozukluklarını tedavide heyecan verici gelişmeler yaşanmıştır (Merzenich ve ark., 1996; Tallal, Miller ve ark., 1996). Araştırmacılar bu çocukların b ve d gibi sert ünsüzleri ayırmada zorluk çekmelerinden yola çıkarak, konuşma seslerini yavaşlatan ses kasetleri ve bilgisayar oyunları geliştirmiştir. Bir ay süresince bu değiştirilmiş konuşma sesi ile olan yoğun çalışma sonrası, çeşitli dil bozuklukları olan çocuklar, dil becerilerinde normal çocuklar gibi, bulundukları noktadan itibaren yaklaşık 2 yıllık bir ilerleme kaydetmişlerdir. Değiştirilmemiş konuşma uyarıcılarının kullanıldığı benzer bir çalışma, çok küçük bir ilerlemeyle sonuçlanmıştır. Bu çalışmalardaki katılımcı sayısının az olmasına karşın, elde edilen dikkate değer kazançlar, ilerde kesinlikle araştırılacak umut verici yeni bir yaklaşım konusunda fikir verir. Araştırmacılar, bu eğitim yöntemlerinin disleksiyi önlemede yardımcı olabileceği öngörüsünü taşımaktadır, çünkü birçok okuma bozukluğu olan çocuk küçükken dili anlama sorunları yaşamaktadır.

Büyük olasılıkla, öğrenme yetersizliği olan birçok çocuk, motivasyonlarını ve güvenlerini kıran, önemli ölçüde engelleme ve başarısızlıklar yaşamıştır. Desenleri nasıl olursa olsun tedavi programları, bu çocukların üstünlük ve kendine yeterlik duygularını yaşayabileceği şekilde yapılandırılmalıdır. Küçük adımları ödüllendirmek, çocuğun motivasyonunu arttırmada, öğrenme görevi üzerindeki dikkatini toparlamada ve engellenmelerden kaynaklanan davranış sorunlarını azaltmada yardımcı olabilir.

ZEKÂ GERİLİĞİ

Zekâ geriliği, DSM IV'te zekâ işlevlerinin belirgin bir biçimde ortalamanın altında olması, uyumsal davranışlarda bozulmalar, bunların 18 yaştan önce ortaya çıkmasıyla tanımlanan bir eksen II bozukluğudur. Burada, birinci olarak geleneksel ölçütlere, sonra da Amerikan Zekâ Geriliği Birliği'nin bazı yeni görüşlerine yer vereceğiz.

ZEKÂ GERİLİĞİ İÇİN GELENEKSEL ÖLÇÜTLER

BİR ÖLÇÜT OLARAK ZEKÂ TESTİ PUANLARI

DSM tanımlaması ilk olarak bir zekâ yargılaması gerekliliğinden söz eder. 4. Bölümde tartışıldığı gibi nüfusun yaklaşık üçte ikisi ZB (Zeka Bölümü) testlerinde 85 ile 115 arasında puanlar alabilmektedirler. Bununla birlikte 70 ile 75'in altında bir puan, nüfus ortalamasının iki standart

sapma altında olanlar, 'ortalamanın altında genel zekâ işlevi" olarak değerlendirilmekte ve bu yüzden zekâ geriliği olarak sınıflandırılmaktadır. Yaklaşık olarak nüfusun %3'ü bu sınıflama içerisindedir.

ZB'nün belirlenmesi, test veren kişinin yeterli ve iyi eğitim almış uzmanın bireye uyguladığı testler temelinde belirlenir. Puanların yorumlanması sırasında performansı etkileyebilecek kültür, dil ve algısal ya da motor sınırlılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin; ellerini sınırlı kullanabilen serebral palsili bir çocuk teste alındığında, testi veren kişi bu çocuğa, hız ve oldukça karmaşık motor becerileri gerektiren performans bölümleri olan geleneksel zekâ testleri yerine sözel ve basit jestler içeren testleri seçmelidir. Benzer biçimde evde Farsça okulda İngilizce konuşan bir çocuk, dili yalnızca İngilizce olan bir ölçme aracı kullanarak geçerli bir biçimde test edilemez (American Association of Mental Retardation -AAMR-, 1992).

BİR ÖLÇÜT OLARAK UYUMSAL İŞLEVLER

Uyumsal işlevler çocukluk döneminde, tuvalet eğitimi ve giyinme; para ve zaman kavramlarını anlama; aletleri kullanabilme, alışveriş yapabilme, toplu taşıma araçlarını kullanarak yolculuk yapma ve sosyal sorumluluklar alma gibi çocukluk becerileriyle ilişkilidir. Ergenlikte bireyin akademik becerilerinin, neden-sonuç ilişkilerini, günlük yaşama ilişkin yargılamaları kavraması ve ergenin grup etkinliklerine katılması beklenmektedir. Bir yetişkinden ise kendini destekleyici (self-supporting) olması ve sosyal sorumluluklarını üstlenmesi beklenmektedir.

Uyumsal davranışları değerlendirmek amacıyla birçok test geliştirilmiştir. En iyi bilinenleri Amerikan Zekâ Geriliği Birliği Uyumsal Davranış Ölçeği (ABS) (Nihira ve ark., 1974) ve Vineland Uyumsal Davranış Ölçeğidir. (Sparrow, Balla ve Cicchetti, 1984; Tablo 15.3).

Uyumsal işlevlerdeki yetersizlikler uzun zamandır zekâ geriliği tanımlamasında yer almasına karşın, ancak son yıllarda bu tür işlevleri değerlendirmek için oluşturulan testler kesin normlarla yeterli düzeyde standardize edilmektedir. Uyumsal davranışların değerlendirilmesinde karşılaşılan sorunlardan biri, bireyin uyması gereken çevrenin yanlış değerlendirilmesidir. Herkesin tanıdık olduğu küçük kırsal bir toplumda yaşayan bir birey, New York'ta yaşayan bir bireyin ihtiyaç duyduğu kadar karmaşık becerilere gereksinim duymayabilir. Yetenekli bir işçi olarak çiftlikte çalışan bir delikanlı yürüyerek okula gider ve alış-verişini bir bakkaldan yapar, şehre taşındığında ise, eğer bu delikanlı okula gitmek için metroyu kullanamıyorsa, yabancı dil konuşulan bir marketten alış-veriş yapamıyorsa büyük olasılıkla uyumsal davranışlarının yetersiz olduğu düşünülebilir. Aynı şekilde şehirde yaşayan çocuklar, çiftlikte yaşayan delikanlının yapması beklenen etkinliklerin bazılarında kendilerini kaybederler. Böylece, etkili ve geçerli bir uyumsal davranış değerlendirmesi çocuk ve işlev gördüğü çevresi arasındaki etkileşimin dikkate alınmasıyla mümkün olacaktır.

TABLO 15.3 Vineland Uyumsal Davranış Ölçeğinden Örnek Maddeler

Yaş, Yıllar	Uyumsal Yetenek
2	En az elli anlaşılabilir sözcük söyleyebilir.
	Önden açık ceketini, kazağını ya da gömleğini yardımsız çıkartabilir.
5	Bilindik öyküler, masallar uzun fıkralar ya da televizyon programlarından alıntılar anlatabilir.
	Ayakkabısının bağını yardımsız bağlayabilir.
8	Bir günden daha uzun bir zaman sır saklayabilir.
	Lokantada kendi yemeğini sipariş edebilir.
11	Yardımsız, her tür telefon konuşması yapabilir.
	Özel ilgi alanına yönelik bilgi almak amacıyla televizyon izler ya da radyo dinler.
16	Kendi sağlığına özen gösterir.
	Konuşmalarda iğneleme ve dolaylı ipuçlarına tepki gösterir.

Kaynak: Sparrow, Balla ve Cicchetti, 1984

Normal uyumsal davranışı değerlendirirken çevre göz önünde bulundurulmalıdır. Kırsal bir bölgede yaşayan bir kişi, New York'ta yaşayan bir kişinin gereksinim duyduğu becerilerin aynısına ihtiyaç duymayacaktır.

BİR ÖLÇÜT OLARAK BAŞLANGIÇ ZAMANI

Son olarak ortaya atılan tanımsal ölçüt ise zekâ geriliğinin 18 yaştan önce ortaya çıkmasıdır, hastalık ya da travmatik kazalar sonucu uyumsal davranışlarda ve zekâda ortaya çıkan bozukluklar ise zekâ geriliği sınıflamasının dışında tutulmaktadır. Ciddi yetersizlikleri olan çocuklar genellikle bebeklik döneminde tanı almaktadırlar. Birçok çocuk zekâ açısından geri olarak değerlendirilse de okula başlayana kadar bu şekilde belirlenmemektedir. Bu çocuklar fizyolojik, nörolojik ve fiziksel görünüm açısından farklı değildirler ancak sorun okuldaki akranları gibi davranışlar geliştiremediklerinde ortaya çıkmaktadır.

ZEKÂ GERİLİĞİNİN SINIFLANDIRILMASI

DSM IV'te zekâ geriliği 4. düzeyde tanımlanmaktadır. Her bir grup özgül olarak normal dağılım eğrisinde ortalamanın altında zekâ ölçümünü karşılar. Yine de ZB düzeyi tanının temel belirleyicisi değildir. Uyumsal davranışlardaki yetersizliklerde zekâ geriliğinin ölçütlerinden biridir. Değerlendirme ZB temel alınarak yapıldığında orta derecede geriliği olduğu düşünülen bazı bireyler uyumsal davranışlarında bozulma olmadığı halde zekâ geriliği tanısı alabilmektedirler. Genellikle ZB ölçütü uyumsal davranışlardaki bozulmalardan sonra tanı amacı ile kullanılmaktadır. Zekâ geriliğinin her bir düzeyinde yer alan kişilerin karakteristikleri aşağıda kısaca özetlenmiştir.

• **Hafif Derecede Zekâ Geriliği (50-55 ve 70 arası ZB).** 70'ten az ZB'si olanların %85'i hafif zekâ geriliği sınıflamasındadır. Bu kişiler okula başlayana kadar çoğunlukla akranlarından ayırt edilemezler. Ergenliğin ileri dönemlerinde yaklaşık 6. sınıfa kadar genellikle akademik becerileri kazanırlar. Yetişkinlikte beceriksiz meslek yaşamı ve koruyucu çalışma gruplarıyla kendi kendilerine bakabilmelerine karşın sosyal ve mali sorunlarla ilgili olarak yardıma ihtiyaç duyabilirler. Evlenebilirler ve çocuk sahibi olabilirler.

• **Orta Derecede Zekâ Geriliği (35-40 ve 50-55 ZB).** ZB'si 70'ten az olanların yaklaşık %10'u orta derecede zekâ geriliği sınıflamasında yer alır. Sıklıkla beyin hasarı ve diğer patolojilere rastlanmaktadır. Orta derecede zekâ geriliği olan bireyler yakalama ve bir hattı boyama gibi ince motor becerilerde aksaklıklara ve koşma ve tırmanma gibi kaba motor becerilerde engellenmelere neden olan fiziksel bozukluk ve nörolojik işlevsizliklere sahip olabilirler. Bildikleri, tanıdıkları bir çevrede tek başlarına yolculuk yapmayı öğrenebilirler, çoğu kurumlarda bakılabilir, denetlenen ev grupları ya da ailelerine bağımlı bir biçimde yaşamlarını sürdürürler.

• **Ağır Derecede Zekâ Geriliği (20-25 ile 30-40 ZB).** ZB's 70'ten az olanların yaklaşık %3-4'ü ağır derecede zekâ geriliği kategorisinde yer almaktadır. Bu kişiler genellikle doğuştan bazı anormalliklere ve duyusal motor denetimde sınırlılıklara sahiptirler. Birçoğu bir kurumda bakım alır ve sürekli yardım ve denetime ihtiyaç duyarlar. Özellikle zekâ geriliği olan yetişkinler arkadaşça tutumlar sergilerler, ancak çok somut düzeyde kısa süreli iletişim kurarlar. Çok az bağımsız etkinlik yapabilirler ve genellikle uyuşukturlar. Çok basit işlerde denetim altında çalışabilirler.

• **İleri Derecede Ağır Zekâ Geriliği (20-25 ZB).** Zekâ geriliği olan bireylerin %1-2'si ileri derecede ağır zekâ geriliği sınıflamasına girmektedir. Tam bir denetime ihtiyaç duyarlar ve genellikle tüm yaşamlarını bir bakıcı hemşirenin gözetiminde geçirirler. Çoğunun ciddi fiziksel sakatlıkları, nörolojik hasarları vardır. İleri derecede ağır zekâ geriliği olan bireylerin çoğu çocukluk döneminde çok yüksek bir ölüm oranına sahiptirler.

AMERİKAN ZEKÂ GERİLİĞİ BİRLİĞİ'NİN YAKLAŞIMI

Amerikan Zekâ Geriliği Birliği'nin (AAMK) sınıflama sisteminin 9. Baskısında yetersizliğin ağırlık derecesini belirlemek ve nasıl bir iyileştirici desteğin yüksek işlevsellik sağlayacağını tanımlamak amacıyla, ZB puanlarının saptanması hakkındaki bakış açılarını değiştirmişlerdir. Son yıllarda profesyoneller psikolojik, fiziksel ve çevresel boyutlarda bireyin güçlü ve zayıf yönlerini tanımlayarak, kişinin farklı alanlardaki işlevselliğini artırmak için ne tür çevresel desteklere ihtiyaç olduğunun belirlenmesi gerektiğini savunmaktadırlar.

Bu yaklaşımla ilgili bir örnek 29 yaşlarında 45 ZB'ye sahip Roger'dır. Roger, 6 yaşından beri zekâ geriliği olan çocuklara özel bir programa katılmaktadır. DSM'ye göre Roger hafif derecede zekâ geriliği olarak tanımlanmaktadır. Bu tanı temel alındığında, Roger'in yaşamını bağımsız sürdürmesi, kendine bakabilmesi, 2. sınıfın üstünü okuması beklenemezdi. Ancak AAMK sınıflama sisteminde Roger'ın işlevselliğini en üst düzeye çıkartmak için nelere gereksinimi olduğu vurgulanmaktadır. Böylece bir klinisyen Roger'ın tanıdığı bir güzergahta otobüse binebildiğini keşfetmiş olacaktır. Yemek hazırlamak karışık bir iş olmasına karşın, donmuş yiyecekleri mikrodalga fırınlarda hazırlayabilmektedir.

Okullarda bireyin, eğitim ihtiyacı, güçlü ve zayıf yönleri temelinde oluşturulmuş bireyselleştirilmiş alanlara ihtiyaç vardır. Entelektüel işlevlerindeki yetersizlikler nedeniyle bire bir eğitime ihtiyaç duyan bir öğrenci ile fiziksel yetersizlikleri ya da duygusal sorunları nedeniyle yoğun eğitim alan bir çocukta aynı sınıfta yer alabilir. Öğrenciler sınıf çevresini ihtiyaçları doğrultusunda tanımlarlar. Bu yaklaşımın damgalanma etkisini azaltacağı ileri sürülmektedir.

ZEKÂ GERİLİĞİNDE BECERİLER ve BİLİŞSEL YETENEKLERDE GÖZLENEN YETERSİZLİKLER

Şekil 15.3 zekâ geriliğine özgü yetersizlikleri düşünmemizi organize etmeye yardımcı olacak üç halkayı göstermektedir.

UYUMSAL BECERİLERDE YETERSİZLİKLER

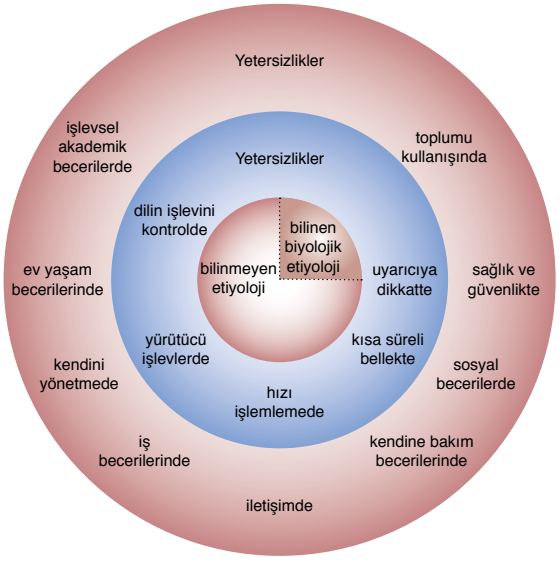
Şekil 15.3'ün en dıştaki dairesinde zekâ geriliği olan bir bireyin günlük yaşamında ihtiyaç duyacağı en az altı alanda sınırlılıkları olduğu gösterilmiştir. Bunlar iletişim, sosyal beceriler, işlevsel akademik beceriler, kendine bakabilme, ev yaşamı, toplumsal yaşam, kendini ifade etme, sağlık ve güvenlik ve iş becerileridir.

İLETİŞİM Birçok çocuk doğal bir süreç içinde konuşma ve iletişim kurma yeteneğini kazanmasına karşın, zekâ geriliği olan çocuklar etkili iletişim becerilerini kazanmak için yardıma ihtiyaç duyabilirler. Hafif yetersizlikleri olanlar diğerleri tarafından anlaşılır bir biçimde konuşmak için bir konuşma sınıfında artikülasyon (boğumlanma) eğitimine ihtiyaç duyabilirler. Daha ciddi yetersizlikleri olan çocuklar için ise, kendi temel ihtiyaç ve duygularını etkili bir biçimde anlatabilmek için yıllarca süren yoğun dil eğitimine ihtiyaç duyarlar.

SOSYAL BECERİLER Hafif derecede zekâ geriliği olan bireyler arasında arkadaşlık kurma ve sürdürmekte güçlük çekmek çok genel bir durum değildir. Daha ciddi yetersizlikleri olan çocuklar sosyal gereklerin çok az farkındadırlar. Birçoğu açıkça arkadaşçadırlar ve karşılaştıkları kişilerin onlara kucak açmalarını isterler ya da diğerlerinin onlara yaklaşımlarının farkında değillermiş gibi görünürler. Anlamlı sosyal davranışlardan yoksundurlar ve sosyal olaylar karşısında sorumluluk almazlar. Bu kişiler kendini ifade edebilen kişilere göre daha yoğun duygular yaşayabilirler.

İŞLEVSEL AKADEMİK BECERİLER İleri düzeyde okuma, yazma ve matematik, hafif de-

Şekil 15.3 Zekâ geriliği ve uyum becerilerinin doğası ve nedenleri ve zekâ geriliğinde eksik olan genel bilişsel yetiler.



recede zekâ geriliği olanlar için bile zor sorunlardandır. Ancak çoğu etkili alış-veriş için dengeli bütçe yapabilmek ve para biriktirebilmek için yeterli aritmetiği öğrenebilmektedirler. Hatta yeterli bir biçimde reçeteleri, kullanım kılavuzlarını ya da sadece eğlence kitaplarını okuyabilmektedirler. Çok az öğretmen, alışılageldiği şekilde, bu tip becerileri ciddi yetersizliği olan çocuklara öğretmek için girişimde bulunmaktadır. Ancak uygun yönergelerle bu çocuklar, örneğin işaretleri ve etiketleri okuyarak günlük yolunu bulma ya da bir dükkânda hesap makinesi kullanma gibi işlevsel akademik becerileri öğrenebilirler.

KENDİNE BAKIM BECERİLERİ Bu beceriler, banyo yapma, yemek yeme, giyinme, tuvalete gitme gibi günlük yaşam içindeki rutin etkinliklerdir. Birçok zekâ geriliği olan çocuk, tüm bu becerilere sahiptir. İleri derecede ağır zekâ geriliği olan bireyler ise genellikle bu temel konularda ciddi ve zor bir eğitim ve denetime ihtiyaç duyarlar. Bu çocukların çoğunun aynı zamanda fiziksel yetersizliği de vardır - yetersizliği olmayan bir kişi için çok basit olan bir hareket, hareketleri kısıtlı bir menzilde olan bir kişi için gerçek bir zorlanma olabilmektedir.

EV YAŞAMI BECERİLERİ Zekâ geriliği olan yetişkinler, ev ve eşyaların bakımı, alış-veriş yapmak, yemek yapmak ve günlük programlar oluşturma gibi becerilerde zorlanabilmektedir. Bazıları bu konularda oldukça başarılı olmakla birlikte genellikle basit yemekleri yaparken özel adımları düşünüyor olmaktan bütün yemeklerinin hazır olarak gelmesine kadar değişen bir menzilde yardıma ihtiyaç duyarlar.

TOPLUMSAL KULLANIM Bu alanda sınırlı destek gereken kişi, yardım almadan otobüse binebilir, fakat süremez. Dini hizmetlere yardımsız katılabilir, bir kredi sistemini kullanarak bakkaldan alış-veriş yapabilirler. Yaygın desteğe gereksinim duyan birey, onu dışarıya götürecek birebir bir görevli kişiye gereksinim duyabilir.

KENDİLİK YÖNELİMİ Etkinliği başlatma, ihtiyacı olduğunda yardım isteyebilme, günlük programları takip etme, yeni durumlarla karşılaştığında sorun çözme gibi beceriler zekâ geriliği olan bireylerin ne denli bağımsız yaşayabileceğini ve çalışabileceğini belirler. Hafif derecede zekâ geriliği olan bir birey uzun yıllar, düzeyinden ötürü işten çıkarıldığında yeni bir iş

Zekâ geriliği olanların eğitiminin önemli bir unsuru iş becerileri öğretimidir. Orta derecede geriliği olan çocuklar bile kendilerinden daha geri olanlarla zaman zaman çalışmalarını sağlayacak beceriler kazanabilirler.

bulma konusunda yardıma gereksinimi olana kadar sınırları belli bir işte ve toplulukta başarılı bir biçimde çalışabilirler.

SAĞLIK VE GÜVENLİK Nezle olduğunda ne yapılacağı, küçük bir kesikle nasıl bahşedileceği, emniyet kemerini kullanarak kendini koruma, yabancılarla uygun biçimde etkileşimde bulunma, doğum kontrolünü kullanma, bağımsız yaşayabilmeleri açısından fark yaratan becerilerdir.

İŞ BECERİLERİ Eğitimin temel amacı çocukları bir mesleğe hazırlamaktır. Hafif derecede zekâ geriliği olan birçok genç, okulu bitirdikten sonra rekabetçi bir işte kendi kendilerine yetebilecekleri birçok beceriyi edinmektedirler. Hafif derecede bir zekâ geriliği kendini akademik alanlarda hemen gösterse de iş yaşamında fark edilemeyebilmektedir. Orta derecede zekâ geriliği olan bireyler, özellikle basit, yapılandırılmış ve denetimli işlerde, korunaklı iş ortamlarında ya da aile işlerinde bazı iş becerilerini kazanabilmektedirler.

Zekâ geriliği olan bazı kişiler, büro, bakım, çamaşırhane işleri, paketleme, elektronik ve elektronik montaj, metal kesme, sondaj, diğer mekanik işler, çiftçilik, bahçıvanlık ve marangozluk yapabilmektedirler. Hatta bazıları ev bakım ve yemek hizmetleri işlerini de yapmaktadır. Bazılarına ise kendilerinden daha yetersiz kişilere bakım ve eğitim verme işine katılmaları ve bu yaşantıdan yararlanmaları öğretilebilmektedir. Birçok zekâ geriliği olan birey ısrarcı, dakik ve işlerine bağlı işçilerdir.

GENEL BİLİŞSEL YETENEKLERDEKİ YETERSİZLİKLER

Şekil 15.3'teki orta bölümdeki halkada zekâ geriliği olan bireylerin genel bilişsel yeteneklerinde bir ölçüde gözlenen yetersizliklere yer verilmektedir. Bu yetenekler, dış halkadaki uyumsal becerilerin altında yatar.

UYARICIYA DİKKAT ETME Zekâ geriliği olan bireyler, zekâ geriliği olmayan bireylere göre bir uyarıcının farklı boyutlarına dikkat ederler. (Zeaman ve Hanley, 1983). Örneğin zekâ geriliği olan bireyler bir objenin pozisyonuna, rengi biçimi gibi diğer boyutlarından daha kolay dikkat ederler, bu da esneklik gerektiren noktalarda sorun çözmek için bir dezavantaj oluşturmaktadır.

KISA SÜRELİ BELLEK Hafif derecede zekâ geriliği olan ve olmayan çocukların uzun süreli belleklerinin aynı işlediği bulunmuş olmasına karşın, zekâ geriliği olan bireylerin kısa süreli bellekleri oldukça zayıftır. Bu, normal bireylerin bu işlemi kendiliğinden yaptığı, örneğin; 7 rakamlı bir sayı dizisinin hatırlanması istendiğindeki gibi, kısa süreli bellekteki maddelerin zekâ olarak tekrarlanamaması sürecine bağlı olabilmektedir (Dettertman, 1979). Zekâ geriliği olan bireylere bilgi verildiğinde ve hatırlamasına yardım edildiğinde kısa süreli belleklerinde düzelmeler olabilmektedir, ancak bu düzeltme miktarı da sınırlıdır (Ellis, Deacon ve Wooldridge, 1985).

İŞLEMLEME HIZI Zekâ geriliği olan çoğu kişi bilgiyi daha yavaş işlemler, örneğin görsel alanında olan iki çizgiden hangisinin daha uzun olduğunu belirlemeyi normallerden daha uzun bir sürede yaparlar (Netteleet, 1985).

YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER. Bu tür bilişsel beceriler, nasıl plan yapılacağını bilme, birinin ilerlemelerini izleme, bir işin tamamlanması ve doğruluğu için harcanan çabanın sonuçlarını denetleyebilmeyi kapsar. Zekâ geriliği olan bireylerin ise bu alanlarda gerilikleri olduğu bilinmektedir (Butterfield ve Belmont, 1977).

DİLİN KONTROL İŞLEVİ Rus nöropsikolog Lev Semenovich Vygotsky (1896-1934) kişinin davranışlarının kontrolünde sözde özel konuşmanın önemini vurgulamıştır. Bir çocuğun davranışları ilk olarak diğer insanlardan aldıkları yönergelerle kontrol edilir ya da düzenlenir. Sonrasında çocuğun bu bilgileri yüksek sesle taklit etmesi onun davranışlarına ipucu ya da rehberlik görevi görür. Bu süreç çocuk ilk kelimelerini içselleştirdiğinde, içsel konuşmaya dönüştüğünde tamamlanır (Vygotsky, 1978). Bu, dil ve eylem arasındaki bağlantı zekâ geriliği olan çocuklarda gelişmeyebilir, kendini-düzenlemedeki bozulmaya yol açar (Whitman, 1990).

ZEKÂ GERİLİĞİNİN ETİYOLOJİSİ

Şekil 15.3'te yer alan en içteki dairede zekâ geriliği olan nüfusun sadece %25'inin birincil nedenleri özgün olarak tanımlanabilmektedir.

TANIMLANAMAYAN ETİYOLOJİ

Şu anki bilgiler ışığında, ağır ya da ileri derecede ağır zekâ geriliği olan bireylerin aksine, daha az ağır zekâ geriliği olan bireylerin organik bir beyin hasarına sahip olmadıkları bildirilmektedir. Buna göre organik yetersizliklerle ilişkili zekâ geriliği olan bireyler tüm sosyoekonomik, etnik ve ırksal gruplarda aynı yüzde de yer alırken, hafif ve orta derecede zekâ geriliğine ise daha çok düşük sosyo-ekonomik gruplarda rastlanması, yoksunluğun bazı sosyal koşullarının zekâ geriliğinde gözlenen entelektüel ve davranışsal gelişim üzerinde temel bir rol oynadığını düşündürmektedir.

Yale Üniversitesinden psikolog Edmund Zigler (1967) öne sürdüğü kuramında, daha hafif derecedeki zekâ geriliklerinde güdüleyici faktörlerin önemini vurgulamıştır. Bu kurama göre, geriliği olanlar için yapılan kurumlardaki sosyal yoksunluğun bu kişilerin, geçmiş görevlerindeki başarısızlıkları, doğru yaptığının söylenmesi gibi pekiştiricilere daha az önem verilmesi, bilişsel görevlerde, normal çocuklara kıyasla zekâ geriliği olan bireylerin motivasyonlarını daha da azaltmasına yol açmaktadır. Sözü edilen bu motivasyonel değişkenlerin güçlendirilmesi hafif derecede zekâ geriliği olan bireylerin performanslarını arttıracaktır. Ulaşılan iyileşme sınırlı da olsa bu görüşe bazı görgül destekler gelmektedir (Weiss, Weisz ve Bromfield, 1986. Weisz ve Yeates, 1981).

Daha yeni kuramlar, Zigler'in bakış açısını, biyolojik ve çevresel faktörlerin karşılıklı etkileşimini ele alarak genişletmişlerdir. Baumeister, Kupstas ve Klindworth (1992), daha hafif derecede zekâ geriliğinin ortaya çıkmasında bazı değişken gruplarının rol aldığını ileri sürmekte-

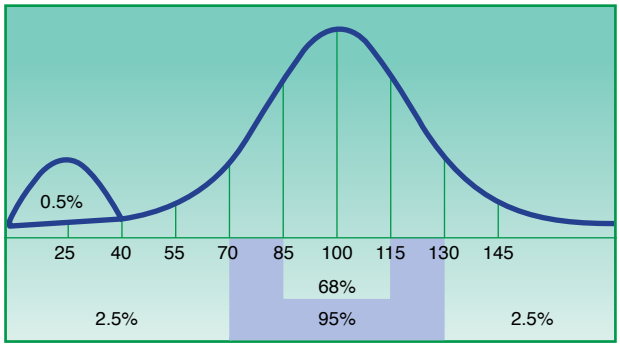
dirler. Bunlar, sınırlanmamış kalıtsal faktörler gibi yatkınlık yapan (diyatez) değişkenler ve eğitimsel, sağlık bakımı gibi kaynak değişkenlerdir. Bu gün ulaşılabilen nörolojik yöntemlerle araştırılamayacak düzeyde zor algılanır olan, aynı derecede biyolojik beyin bozulmasına sahip iki kişi olduğunu düşünün. Bir çocuk üst sosyoekonomik sınıftan, diğeri ise alt sosyoekonomik sınıftan gelmektedir. Birinci kişinin hafif yetersizliği, ailesinin mali kaynaklarıyla olanaklı kılınan zenginleştirilmiş sosyal ve eğitimsel çevresiyle ödünlenebilecektir. Buna karşılık ikinci bireyin yetersizlikleri, yoksun çevresel koşullarla daha da abartılabilecektir. Sosyal avantajları olan bir birey gerilik belirtileri gösterdiğinde, daha yoğun zekâ geriliği olmuş olacak, daha az istekli ya da zenginleştirilmiş yetiştirilmeden gelecek yardıma daha kapalı olacaktır.

BİLİNEN BİYOLOJİK ETİYOLOJİ

Zekâ geriliği olan bireylerin yaklaşık olarak %25'inde bilinen biyolojik nedenler anormal bir durum olmadığında istatistiksel olarak beklenilen şekliyle evrendeki geriliğin görülüş sıklığını artırmaktadır. Bu bireyler normal eğrinin ucundaki tepeciğin altında toplanmışlardır. (Şekil 15.4). Kalıtsal koşullar, bulaşıcı hastalıklar, kazalar ve çevresel tehditler bozulmanın nedenlerine ilişkin dört kategoridir

KALITSAL YA DA KROMOZOMAL ANORMALLİKLER Bilinen tüm gebeliklerin sadece yüzde 5'inin altında kromozomal anormallikler vardır. Bu gebeliklerin çoğunluğu kendiliğinden düşük ya da ölümle sonuçlanmaktadır. Doğan bebeklerin yaklaşık olarak yüzde 1'inin yarısı kromozomal bir anormalliğe sahiptir (Smith, Bierman & Robinson, 1978). Bu bebeklerin önemli bir kısmı doğumdan hemen sonra ölmektedir. Yaşayan bebeklerin çoğunluğu ise **Down Sendromu** ya da **trisomy 21** e sahiptirler.

Şekil 15.4 ZB puanlarının kuramsal dağılımını gösteren normal eğrisi. Soldaki tümsek biyolojik nedenlerden oluşan ağır ve ileri derecede ağır geriliğin gerçek sıklığını göstermektedir.



Down Sendromlu kişiler, kısa boy, oval, yukarıya çekik gözler, gözün iç köşesinin üzerinden göz kapağının yukarısına doğru uzanan bir kıvrım; seyrek, ince, düz saç; geniş ve yassı bir burun köprüsü, kare şeklinde kulaklar; ağzın küçük ve damağın alçak olmasından ötürü dışarı çıkan büyük kırışık bir dil; ve kısa, kalın parmaklarla, kısa, geniş eller gibi, sendromun kendine özgü fiziksel belirtileri kadar, orta dereceden ağır dereceye kadar uzanan geriliğe sahiptirler.

Down Sendromlu çocukların yaklaşık %40'ının kalp sorunları vardır. Küçük bir grubunda üst bağırsak sistemi tıkanıklıkları olabilir ve yaklaşık 1/6'sı ilk yıl içinde ölmektedir. 40 yaşından sonraki ölüm oranı yüksektir. Beyin dokusu otopsisi genellikle Alzheimer hastalığındakine benzer bozulmaları göstermektedir. Zekâ geriliklerine karşın bu çocuklardan bazıları okumayı, yazmayı ve aritmetiği öğrenebilmektedirler.

Down Sendromu, 1866 yılında klinik belirtilerini ilk kez tanımlayan İngiliz doktor Langdon Down'dan sonra isimlendirilmiştir. 1959 yılında Fransız kalıtımcı Jerome Lejeune ve arkadaşları kalıtsal temelini belirlemişlerdir. İnsanoğlu genellikle, her bir ana babadan gelen 23 kromozomdan toplam 46 kromozoma sahiptir. Down Sendromlu kişiler 46 yerine, hemen her zaman 47 kromozoma sahip durumdadırlar. Yumurtanın olgunlaşması süresince 21. çiftin 2 kromozomu, en küçük olanları ayrılamazlar. Yumurta döllenmişse bir spermle birleşerek 21. kromozom sayısı 3 olacaktır; yani teknik terimi ile trisomy 21. Down Sendromu, canlı doğumların 800-1200 de birinde görülmektedir.

Zekâ geriliğe neden olan bir diğer kromozomal bozukluk **frajil X sendromudur.** Bazı kişilerde X kromozomu ikiye ayrılabilir. Frajil (kırılgan) X ile ilişkili fiziksel semptomlar, büyük az gelişmiş kulaklar, uzun, zayıf bir yüz, geniş bir burun kökü gibi yüz özellikleri ve erkeklerde büyük testisleri içermektedir. Frajil X genotipine sahip kişilerde DNA testi kullanılarak yapılan son çalışmalar, Frajil X'in farklı türlerine sahip kişilerdeki bir işlevsizlik spektrumuna kanıt getirmektedir. (Hogerman, 1995). Pek çok kişi zekâ gerilik ve davranış sorunları gösterse de, diğerleri normal zekâ bölümüne sahiptir, ancak öğrenme güçlükleri frontal lob ve sağ hemisfer görevlerinde güçlükler ve duygudurum değişkenliği (lability) gösterirler. Otistik bozukluğun bazı vak'alarının Frajil X'in bir türü ile ortaya

çıktığına inanılmaktadır. Frajil X'li bazı kişiler utangaçlık ya da düşük göz teması gibi sosyal güçlüklere sahip bulunsalar da oldukça az sorunları vardır. Frajil X, Down Sendromundan sonra, kromozomal bir temele sahip zekâ geriliğin ikinci kaynağıdır. (Dykens ve ark, 1988).

ÇEKİNİK GEN BOZUKLUKLARI Bozuk bir çift çekinik (resesif) gen bir enzim oluşumunu yanlış yola soktuğunda, metabolik süreçler bozulur. Bu sorun, embriyonun rahimdeki gelişimini etkileyebilir ya da daha sonraki yaşamda çok önemli bir hale gelebilir.

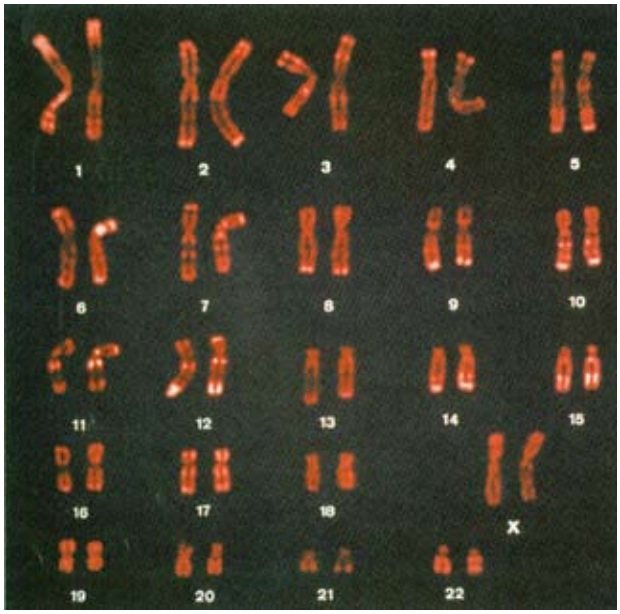
Fenilketonüri de **(PKU)** bebek normal doğar, hemen sonra karaciğer enzimi fenilalanin hidroksilaz eksikliğinden yakınılır. Bu enzimin, epinefrin gibi hormonların gelişiminde esas olan bir aminoasite, fenilalanine dönüştürülmesi gerekmektedir. Bu enzim yetersizliğinden dolayı, fenilalanine ve bunun türevi fenil prüvik asit yıkıma uğramaz ve bunun yerine vücut sıvılarına yerleşir, en sonunda geriye dönüşü olmayan beyin hasarlarına yol açar. Metabolize olmamış aminoasit, miyelin kılıfının oluşması, hızlı transmittal iletiler için gerekli nöron aksanlarının kılıflaşmasını engellemektedir. Frontal lob nöronları gibi, akılcı karar verme benzeri bir çok önemli zekâ işlev bölgesi, özellikle etkilenir, zekâ geriliği ağırdır.

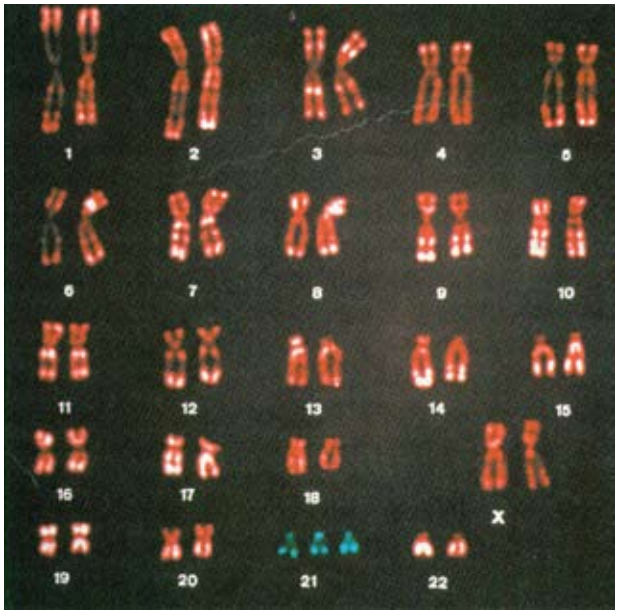
PKU, yaklaşık 14.000 canlı doğumda bir gibi ender bir görülme sıklığına sahip olsa da, yetmiş kişiden birinin çekinik gen taşıyıcısı olduğu tahmin edilmektedir. Taşıyıcı olmalarından kuşkulanılan ana babalar için bir kan testi vardır. Yeni doğmuş bebek birkaç gün süt tüketse de, kanda aşırı miktarda fenilalanin saptanabilir ve devlet yasaları bunu test etmeyi gerektirir. Test pozitif ise, ana babaların bebeğe fenilalaninden düşük bir diyet sağlamalarına çalışılır. Eski bilgiler, 3 ay - 6 yaş arasındaki çocuklarda diyeti sınırlamayı önerse de, günümüzde ana babalar mümkün olduğunca erken, özel diyeti uygulamaları ve bunu sürdürmeleri konusunda cesaretlendirilmektedir (Collaborative Study of Children Treated for Phenylketonuria, 1975). Bu diyet, fetusun, zehirleyici düzeyde fenilalanine maruz kalmaması için, özellikle gebe kadınlar için önemlidir (Baumeister & Baumeister, 1995). Yapılan son araştırmalar, diyet kısıtlamaları 5-7 yaşta son bulan çocukların, işlevselliklerinde, özellikle ZB, okuma ve yazmada, bir miktar azalma gösterdiklerini göstermektedir (Fishier ve ark, 1987; Legido ve ark, 1993). Diyeti sürdüren PKU'lu çocuklar arasında bile, zamanla görsel algısal ve aritmetik becerilerde hasarlar ortaya çıkabilir.

Başka birkaç yüz çekinik-gen hastalığı da belirlenmiştir ve bunların birçoğu zekâ geriliğine yol açmaktadır. Zekâ geriliği olgularının sadece küçük bir oranı herhangi tek bir rahatsızlıkla açıklanmaktadır. Kalıtım danışmanı, geleceğin ana babalarına, kalıtsal temellerinin, belirli çekinik genleri taşımaları konusunda risk altında olup olmadıklarını belirlemeleri konusunda yardımcı olabilir.

BULAŞICI HASTALIKLAR Fetus, rahimde iken rubella (kızamıkçık) gibi anneye ait bulaşıcı

Sol: 23 çiftlik normal kromozom yapısı. Sağ: Down Senromu'nda 21. kromozomda bir trisomi var





hastalıkların sonucu oluşabilen, yüksek düzeyde zekâ gerilik riskine sahiptir. Bu hastalıkların sonuçları, fetusun belirlenebilir bağışıklık tepkisinin olmadığı gebeliğin ilk üç aylık döneminde en tehlikeli durumdadır. Sitomegalovirüs, toksoplazma, rubella (kızamıkçık), herpes simplex (uçuk) ve frengi, bunların tümü, fetusta hem zekâ geriliği hem de fiziksel bozukluklara neden olan, anneye ilişkin enfeksiyonlardır. Anne enfeksiyonun çok az belirtisini yaşayabilir ya da hiçbir belirti göstermeyebilir, ancak gelişen fetus üzerindeki etkiler yıkıcı olabilir. Doğum öncesi kliniklere gelen gebe kadınlara frengi için bir kan testi yapılır. Günümüzde, Amerikalı kadınlarının yaklaşık %85'inin kazanmış olduğu kızamıkçığa karşı bağışıklıklarının olup olmadığını belirlemek için de kan testi yapılabilmektedir. Bağışıklığı olmayan kadınlar gebe kalmadan en az 6 ay önce aşı olmalıdırlar. Eğer fetus anneden ötürü kızamıkçık olursa, bebeğin zekâ geriliğe neden olan beyin hasarları ile doğma olasılığı vardır.

HIV enfeksiyonu, zekâ geriliğinin önemli bir nedeni durumundadır. HIV virüsü taşıyan bir kadın yaklaşık üç aylık gelişimi olan fetusa virüsü geçirir ve virüs bulaşan bebeklerin yaklaşık yarısı zekâ geriliği geliştirir. Bazıları önce normal gelişim gösterir, ancak HIV virüsünden ötürü içinde bulundukları durum kötüye giderken, bilişsel ve motor işlevselliklerinde azalma görülür; bazıları ise HIV virüsü ile zekâda herhangi bir bozulma olmaksızın yıllarca yaşamaktadır.

Bulaşıcı hastalıklar doğumdan sonra da, çocuğun beyninin gelişimini etkileyebilirler. Ensefalit ve meningokoksal menenjit, geriye dönüşü olmayan beyin hasarına ve hatta hastalık, bebeklik ya da erken çocuklukta söz konusu ise, ölüme yol açabilir. Yetişkinlikte bu enfeksiyonlar genellikle, belki de beynin gelişiminin 6 yaş civarında büyük oranda tamamlanması nedeniyle daha az önemlidir. Beynin koruyucu zarının aniden iltihaplandığı ve ateşinin (vücut ısısının) oldukça yüksek olduğu çocukluk menenjitinin birkaç türü vardır. Ağır zekâ geriliği olmaksızın yaşayan bazı çocuklar, hafif dereceden orta dereceye kadar gerilik gösterebilirler. Sonradan ortaya çıkan diğer geriletici etkiler sağırlık, paralizi ve epilepsidir.

KAZALAR Birleşik Devletlerde kazalar, bir yaş üzerindeki çocuklarda ciddi yeti yitimi ve ölümün baş nedenidir. Düşme ve araba kazaları, erken çocuklukta en yaygın kazalar arasındadır ve değişik düzeyde kafa yaralanmaları ve zekâ geriliğine yol açabilir. Emniyet görevlileri çocukların arabaya, emniyet kemeri takarak binmelerinin, zekâ geriliğinin görülme oranının azalmasında önemli bir rol oynayabileceğini söyler.

ÇEVRESEL TEHLİKELER Kurşunlu benzin yakan otomobillerin egzozlarında, kurşun içeren boyalarda ve dumanlı siste bulunan kurşun ve zehirlenmiş balıklardan yayılabilen cıvayı da içeren birkaç çevresel madde zehirlenme ve zekâ geriliğine neden olabilir. Kurşun zehirlenmesi anemi, zekâ geriliği, felç ve ölümün yanı sıra, böbrek ve beyin hasarına da yol açabilir. Kurşun içeren boyalar artık Birleşik Devletlerde yasaklanmıştır, ancak kabarıp dökülmüş de olsa hâlâ eski evlerde bulunabilmektedir.

ZEKÂ GERİLİĞİN ÖNLENMESİ VE TEDAVİSİ

İçinde bulunduğumuz yüzyılın başlarında, zekâ geriliği olan kişileri barındırmak için birçok büyük kurum inşa edilmiştir. Bunların çoğu, yeni yapılandırılmış zekâ testlerine göre durumu ağır olan hastalara yönelik bakım evlerinden öteye gitmemiştir. Buralarda yaşayan kişilerin büyük çoğunluğu yakın zamanda göç edenler, ırksal azınlık üyeleri, fiziksel yetersizlikleri olan çocuklar ve yoksullardır.

Zorunlu ayırım, eşlerden birinin zekâ düzeyi düşük olan bir ana ya da baba ile doğan çocukların sayısını düşürse de, kurumlardaki çift-

Şimdilerde kurşun bazlı boyalar yasa dışı olmasına karşın eski evlerde halen bulunmaktadır. Bunlardan parçalar yemek kurşun zehirlenmesine ve zekâ geriliğine yol açabilmektedir.

Head Start programlarıyla gösterildiği gibi erken müdahaleler, geri çocukların yoksun çevre etkisini ortadan kaldırma yoludur.

leri çocuk doğurmaktan alıkoyamamıştır. 1907 yılında, Indiana'da ilk kez, zekâ geriliği olan kadınlar için zorunlu sterilizasyon yasası onaylanmıştır. 1930'a kadar 28 eyalet bu yasaları benimsemiştir. Bunların anayasaya uygunluğu tartışılsa da, 1950'li yıllarda zorunlu sterilizasyon -özellikle eğitimsiz azınlık ve göçmen gruplarda- birçok kurumda uygulanmaya devam edildi. 1960'lı yıllarda, zekâ geriliği olan kişilerin evlenme ve çocuk sahibi olma haklarının korunması amacıyla düzenlemeler yapılmıştır. Bugün alanda çalışanlar, zekâ geriliği olan yetişkinlerin evlenmek ve çocuk sahibi olmak kadar, cinsel ifade özgürlüğüne ilişkin haklarını da desteklemektedirler.

Zekâ geriliği olan çocukların depo bakımı (warehousing) dünyanın birçok yerinde hâlâ görülmektedir. Örneğin, Sovyet ideali olan "mükemmel çocuklar" düşüncesi, Rusya'da ana babaların yeti yitimi olan çocuklarını devlet kurumlarının bakımına bırakmaları -aslında ihmal etmeleri- yönünde teşvik edilmesine devam edilmektedir (Bennett, 1997).

Zekâ geriliğinin önlenmesi, bunun nedenlerinin anlaşılmasına bağlıdır. Tıbbi kalıtım alanı zekâ geriliğinin ciddi kalıtsal nedenlerini önlemek için henüz yeterli donanıma sahip değildir, ancak kalıtımdaki çok şaşırtıcı ilerlemeler, çok uzak olmayan gelecekte bu durumu değiştirebilir. Zekâ geriliğinin nedenleri bilinmediği sürece, önleme olası değildir, ancak tedavi kişinin kendi seçimi içerisinde yaşayabilme becerisini geliştirmeyi sağlar. Yoksul bir çevre, hafif zekâ geriliğinin kaynağı olduğunda zenginleştirme programları daha çok bozukluğu önleyebilir, hatta bazen bunların üstesinden de gelebilir.

ÇEVRESEL MÜDAHALELER VE ZENGİNLEŞTİRME PROGRAMLARI

Hafif ya da orta düzeyde zekâ geriliklerinin altında yatan nedenin uyarıcı çevre yokluğu olduğuna inanılan kişiler, evde bulamadıkları yaşantıları sağlayarak düzenli okul ortamında başarılı olmaları için çocukları sosyal ve kültürel açıdan hazırlamak amacı güden ve anaparası federallerce karşılanan Head Start gibi programlara katılabilirler. Head Start için destek, açlık ve vatandaşlık haklarına ulusal bir dikkatin yöneltildiği 1960'lı yıllarda gelmiştir.

Head Start programının temeli, erken bilişsel ve sosyal becerilerin gelişimine odaklı, toplum temelli anaokulu eğitimidir. Head Start, çocuklara aşılama, duyma ve görme testi, tıbbi tedavi ve beslenme bilgisini içeren sağlık hizmetlerini sağlamak amacıyla, toplumdaki uzmanlarla anlaşır (North, 1979). Ruh sağlığı hizmetleri bu programların diğer önemli unsurlarıdır. Psikologlar çocukların psikolojik sorunlarını belirleyebilirler ve anaokulu çevresini psikolojik konulara duyarlı hale getirmelerine yardım etmek amacıyla öğretmenlere ve personele, örneğin çocuk gelişimi ile ilgili bilgileri anlatarak, bir vak'a hakkında konuşarak ya da personelin, ana babaların kaygılarını anlamalarına yardım ederek danışmanlık yapabilirler (Cohen, Solnit & Wohlford, 1979). Sosyal çalışmacılar, çocuğun ailesini desteklemek, gerekli sosyal hizmetlerle aileleri birbirine bağlamak ve ana babaları, çocuklarının eğitimi ile ilgilenmeye teşvik etmek için hizmet verebilirler (Lazar, 1979).

Head Start çocukları ile, farklı bir anaokuluna giden ya da hiç okula gitmeyen çocukların

karşılaştırıldığı bir araştırma, Head Start çocuklarının sosyal-bilişsel yetenek ve motor dürtüsellik açısından her iki kontrol grubundan anlamlı biçimde daha fazla gelişme gösterdiklerini ortaya koymuştur. Göreceli ilerleme Afrika kökenli Amerikan çocukları, özellikle ortalamanın altında yeteneğe sahip olanlar için daha güçlüdür. Head Start programı çocukların işlevselliklerini arttırmada başarılı olsa da, bu çocuklar, programdan bir yıl sonra; tam bilişsel düzeyleri açısından hâlâ akranlarının gerisinde yer almaktadırlar (Lee, Brooks-Gunn & Schnur, 1988). Başka araştırmalar yoksul çocuklara, zekâ işlevselliklerini geliştirmelerine yardım etmede Head Start'ın değerini onaylamaktadır (Örn. Cronan ve ark, 1996; Perkins, 1995; Schleifer, 1995). (Odak 15.4).

YATILI TEDAVİ

1960'lı yıllardan sonra, zekâ geriliği olan çocukları mümkün olduğunca tam anlamıyla eğitmek amacıyla ciddi ve sistematik girişimler yapılmıştır. Zekâ geriliği olan pek çok kişi, toplumda etkili bir biçimde çalışmak için gerekli yeterliliği kazanabilirler. Bu kişilerin büyük hastanelerdeki gözetimli bakımından çok, eğitim ve toplum hizmetlerinden yararlanmaları eğilimi vardır. 1975'ten bu yana zekâ geriliği olan kişilerin, en az kısıtlayıcı yatılı ortamlarda uygun tedavi alma hakları olmuştur. İdeal olan, orta derecede zekâ geriliği olanların küçük ya da orta büyüklükte ev benzeri konutlarda yaşamalarıdır. Bireyi, bir kurumdan, toplum içerisindeki bir eve taşımaya hazırlayan, aşamalı bir geçiş dönemi vardır. Tıbbi bakım sağlanır ve öğretilir, orada yaşayan danışmanlar ve görevliler hastanın özel gereksinimleri ile ilgilenirler. Burada yaşayan kişiler, yeteneklerine göre, ev ile ilgili işlere katılmaları için teşvik edilirler. Ağır zekâ özürlü çocuklar, eğitimsel ve psikolojik hizmetler tarafından sağlanan evlerde ya da bakım evlerinde yaşayabilirler. İş sahibi olan ve bağımsız bir biçimde yaşayabilen orta düzeyde zekâ geriliği olan pek çok kişi kendi dairelerinde yaşamaktadırlar. Diğerleri ise, genellikle akşamları hizmet veren bir danışman ile birlikte, zekâ geriliği olan üç ya da dört yetişkinle birlikte bir dairede yarı bağımsız biçimde yaşamaktadır. Sadece çok ağır zekâ geriliği ve fiziksel yeti yitimi olan kişilerin, kurumlarda yaşamaya devam etme olasılıkları vardır (Cunningham & Mueller, 1991).

Zekâ geriliği olan bireylerin en az kısıtlayıcı çevrede tedavi görme hakkı vardır. Orta derecede geri olan kişiler, sıklıkla, eğitilmiş yardımcılar tarafından denetlenerek toplum evlerinde yaşarlar.

EDİMSEL KOŞULLAMAYA DAYALI DAVRANIŞSAL MÜDAHELELER

Head Start gibi programlar dezavantajlı olan çocuklarda hafif zekâ geriliğini önlemeye yardımcı olurken, daha ağır geriliği olan kişilerin işlevsellik düzeyini arttırmak amacıyla, bilişsel ve davranışsal teknikleri kullanan başka erken müdahale programları geliştirilmiştir. İşlevselliklerini geliştirmek için, Down Sendromlu çocuklarla, bebeklik ve erken çocukluk döneminde yapılan birkaç pilot çalışma vardır. Bu programlar genellikle, dil becerileri, ince ve kaba motor becerileri, öz bakım ve sosyal gelişiminde, ev ve tedavi merkezi temelinde sistematik eğitim içerirler. Özgün davranışsal amaçlar belirlenir ve edimsel bir yolla, küçük, ardışık basamaklarla bu beceriler çocuklara öğretilir (Örn. Cluniecs, Ross, 1979).

Ağır geriliği olan çocukların, kendi kendilerine yemek yiyebilme, tuvalet ve bakım ihtiyacını karşılayabilmeleri için genellikle yoğun eğitime gereksinimleri vardır. Ağır zekâ geriliği olan bir çocuğa belirli bir davranışı öğretmek için, terapist genellikle hedef davranışı analiz edip, aşamalara ayırarak işe başlar, örneğin yemek yeme ve bununla ilgili aşamalar: kaşığı ağza götürmek, dudaklarla yiyeceği almak, çiğnemek ve yutmak gibi. Daha sonra çocuğa bu yemek yeme aşamalarını öğretmek amacıyla, edimsel koşullama ilkeleri uygulanır. Örneğin, çocuğun kaşığı almaya yönelik başarılı çabaları, bu davranışı yapabilir duruma gelene kadar pekiştirilebilir.

ODAK 15.4 EĞİTİMDE KAYNAŞTIRMA (mainstreaming)

1975 yılında, Birleşik Devletler Kongresi, Tüm Engelli Çocukların Eğitimi Eylemi 94-142 kamu yasasını onayladı. Bu yasaya geçiş, yeti kaybı olan çocukların eğitim hakları için büyük kazançları simgelemiş ve onların toplumla bütünleşmelerini koruma altına almıştır. Bu yasa, 3-21 yaşları arasındaki çocuklar için, mümkün olduğunca kısıtlayıcı olmayan bir çevrede, özgür, uygun bir devlet eğitimini garanti etmektedir. Böyle bir çevre yeti kaybı olan bir öğrencinin, zihinsel, fiziksel ve sosyal açıdan gelişmesine olanak sağlar. Her bir çocuk için yılda bir kez değerlendirilen bir bireysel eğitim programı içerisindeki amaçlar saptanır. Bazıları için kısıtlayıcı olmayan çevre, çocukların normal gelişim gösteren çocuklarla birlikte eğitilmesi, onların sınıflarına katılması anlamına gelmektedir. Bazıları, ayrı okulun, yeti kaybı olan çocuklar için gerekli yoğun eğitimi ve en iyi kaynakları sağladığını söyleyebilmektedir.

Kaynaştırma (mainstreaming), 1986 yılında 99-457 devlet yasası kabul edildiğinde büyük bir destek almıştır. Bu yasa, 1991 yılına kadar bütün devlet okullarının yeti kaybı olan tüm anaokulu öğrencilerine hizmet edeceği, aksi takdirde federal para yardımını kaybedecekleri şeklindeki gereklilik ile daha önceki yasaya göre daha da genişletilmiştir. Her iki yasa da, zekâ geriliği, otizm ve öğrenme güçlüklerinin yanı sıra, konuşma, işitime, motor ya da görme sorunu olan çocuklar, yetenekli çocuklar ve okul gelişimlerini engelleyen önemli duygusal sorunlar yaşayan çocukları kapsamaktadır.*

Ancak kaynaştırmanın sorunları da yok değildir. Örneğin Afrika kökenli Amerikanlar arasında, zekâ geriliği tanısı alan çocukların sayısı çok fazladır. Standart zekâ testlerindeki puanlar böyle bir yerleştirme kararında esas olduğu için, Afrika kökenli Amerikalıların haksız biçimde damgalanabilecekleri ve özel eğitim sınıflarına atanarak -ki bu sınıflar devlet okullarında da olsa- dezavantajlı olabileceklerine ilişkin kaygılar da vardır (Heller, Holtzman & Messick, 1982). Bu tür sınıflardaki Afrika kökenli Amerikalıların orantısız biçimdeki fazla sayıda olmalarının nedeni karmaşıktır; bunlar, kötü ekonomik koşullar, düzensiz ev yaşamı, yetersiz beslenme, düşük kalitedeki okul eğitimi ve düşük test puanları ve okul performansı ile bağlantılı diğer dezavantajlara yol açabilecek ayırım yapma örüntülerini içerirler. Öğretmen ve idarecilerin kişisel yanlılıkları da, çocuğun özel bir sınıfta yer alıp, almamasında önemli bir rol oynayabilir. Heterojen toplumumuz, bu ağır sosyal sorunlarla, daha iyi baş edebilmek için bir yüzyıl boyunca mücadele halindedir.

Yetersizliği olan çocuklar şimdi sıklıkla kaynaştırılmakta, yetersizliği olmayan öğrencilerle aynı dershanede eğitilmektedir.

Genellikle, kaynaştırma ile ilgili sorunlara duyarlı olan programlar, yeti kaybı olan ve olmayan çocuklar için olumlu sonuçlar verme eğilimdedir (Gottlieb, 1990; Zigler, Hodapp & Edison, 1990). Normal çocuklar, yaşamın erken dönemlerinde, insanlar arasında çok büyük farklılıklar olduğunu öğrenebilirler ve saygı ve arkadaşlığa sahip olabilirler. Ana babalarından ve öğretmenlerinden aldıkları destek ile normal çocuklar, kendilerinden önceki neslin önyargısı olmaksızın yetişkinliğe erişebilirler. Böyle bir olasılık hem normal çocuklar hem de yaşıtları olan, duygusal ya da bilişsel açıdan dezavantajlı çocuklar için fayda sağlayabilir.

**Görünüşte şiddetli yeti kaybı olan çocuklar için tasarlanmış bu yasanın, yetenekli-başarılı-çocukları da kapsaması tuhaf görünebilir. Kuşkusuz müzik ya da sanat gibi bir alanda olağanüstü bir şekilde başarılı ya da yetenekli olmak bir yeti kaybı değildir! Ancak böyle çocukların ana babaları, devlet okullarının bazen, yetenekli çocuklarla etkili biçimde başa çıkmadan, onların cesaretlerini kırarak, hatta bazen yetenek ve ilgilerini kötüleyerek, onlara zarar verdiklerinin farkındadırlar. Böyle genç insanların ayrıca özel gereksinimleri de vardır; fakat bütçe sıkışıktır ve kaynaklar zekâ geriliği olan kişilere doğru yönetildiğinde bu durum anlaşılabilir, aksi takdirde zekâ ya da fiziksel açıdan gölgelenir.*

Uygulamalı davranış analizi[2] diye de adlandırılan bu edimsel yaklaşım, uygun olmayan ve kendine zarar veren davranışları azaltmak için de kullanılmaktadır. Kurumlarda yaşayan ağır zekâ geriliği olan çocuklar, kendilerine ya da diğer çocuklara ve personele karşı saldırganlık ve yalıtılmışlık şeklinde kendini gösteren kalıplaşmış davranışlar -başı ileri geri sallamak gibi, yineleyici, ritmik, kendini uyarıcı hareketler- gösterme eğilimindedirler. Bu uyumsuz ve zarar verici davranışlar, genellikle, uygun davranışların pekiştirilmesiyle azalabilmektedir.

Bu programlarla ilgili çalışmalar, ince motor becerilerde, sosyal kabul ve kendine yardım

[2]*Zekâ geriliğinin davranışçı literatüründe bu terim edimsel koşullamadan daha sık kullanılmaktadır ama iki terim aynı türden değerlendirme ve müdahalelere işaret eder.*

becerilerinde tutarlı gelişmeler göstermektedir. Ancak, bu programların kaba motor ve dille ilgili becerilerde daha az etkiye sahip olduğu görülmektedir ve zekâ ve okul performansında uzun süreli gelişmeler gözlenmemiştir. Bu programların, ana babaların herhangi bir eğitim olmaksızın evlerinde sağlayabileceklerinden daha fazla yararlarının olup olmadığı henüz belirgin değildir (Gibson&Harris, 1988).

Ağır geriliği olan kişilerde, kalıplaşmış ve zarar verici davranışları azaltmak ve öz bakım öğreniminin önemi göz ardı edilemez. Örneğin tuvalet eğitimi olan çocuklar, personel için daha rahattırlar ve diğer odalara gitmek için servisten çıkabilirler ya da bahçede oynamaya gidebilirler. Tuvalet eğitimini, kendi kendine yemek yeme ve giyinmeyi öğrenmek, ağır zekâ geriliği olan çocukların bile evde yaşayabilecekleri anlamına gelebilmektedir. Yaklaşık tam zekâ geriliği olan kişiler, kuralların ihlâli temelinde, diğer insanlardan ayrı tutulurlar. Daha normal biçimde davranabilme, bu kişilerin, başka insanlarla anlamlı biçimde etkileşimde bulunma şanslarını arttırır. Ayrıca kişinin kendisine daha iyi bakmayı öğrenmesinin verdiği benlik saygısı iyice güçlenir.

BİLİŞSEL MÜDAHELELER

Daha önceden de belirtildiği gibi, geriliği olan çocuklar sorun çözme stratejilerini kullanamazlar ve bu stratejilere sahip olduklarında da, genellikle bunları etkili biçimde uygulamazlar. Daha önce anlatılan ve Vygotsky'nin çalışmalarına dayanan **kendini yönlendirme eğitimi,** (self-instructional training) zekâ geriliği olan çocuklara, sorun çözme çabalarını, konuşma aracılığıyla yönetmelerini öğretir. Meichenboum ve Goodman (1971) beş basamaklı bir yöntem betimlemişlerdir. İlk önce öğretmen, görevi kendisi yerine getirir, bu arada çocuk kendisini seyrederken, yüksek sesle kendisine yönergeleri söyler. Daha sonra öğretmen yönergeleri çocuğa söylerken, çocuk dinler ve görevi yerine getirir. Çocuk, birincisinde yönergeleri yüksek sesle, diğerinde çok alçak sesle (fısıltı ile) vererek görevi iki kez tekrar eder. Sonunda çocuk, yönergeleri kendi kendine verirken görevi yapmaya hazır duruma gelir.

Kendi kendine öğrenme eğitimi, zekâ geriliği olan çocuklara kendilik denetimi ve akademik becerileri nasıl öğreneceklerinin yanı sıra, nasıl dikkat edeceklerinin de öğretimi amacıyla kullanılmaktadır. Johnston ve arkadaşları (1980) kendini yönlendirme eğitiminin, hafif zekâ geriliği olan çocukların toplama ve çıkarma işlemini öğrenmelerine yardım eden üst bilişsel becerilerin öğretiminde etkili olduğunu bulmuşlardır. Çocuklar kendilerine "Nasıl başlayacağını" ve "Bu ne tür bir matematik problemi?" sorularını sorarlar. Bu soruların cevapları da kendilerine verilir. Örneğin, "Bu bir toplama problemi. İşaretine göre söyleyebiliyorum." Taşıma ve ödünç alma (eldeli ve eksiltmeli) gibi özel aritmetik işlemlerinde kendine yönerge vermek için çocuklar "Bu sütundaki en üst sayıdan başladım. İki sayı olunca bunu taşımalıyım" şeklinde söylemeyi öğrenebilecektir. Denetleyici ve kontrol edici becerileri desteklemek için "Yanıt doğru mu? Bunu kontrol etmeliyim" şeklinde düzenleme yapılabilir. Sonuç olarak çocuk doğru yanıt konusunda kendini ödüllendirmelidir: "Bunu doğru yaptım. Ben çok iyi yapıyorum."

BİLGİSAYAR DESTEKLİ YÖNERGE

Bilgisayar destekli yönerge her tür eğitim ortamında giderek artan bir şekilde kullanılmaktadır. Özellikle zekâ geriliği olan bireylerin eğitiminde çok iyi destek olmaktadır. Bilgisayarın görsel ve işitsel unsurları dikkati dağılan öğrencilerin dikkatini toplayabilmekte; materyalin düzeyi bireye göre donatılmakta, başarılı yaşantılar pekiştirilmekte ve bilgisayar sıkılmadan ya da insan öğretmenlerin yaptığı gibi sabırsızlanmadan materyalin çok sayıda tekrarlanma gereksinimini karşılamaktadır. Bilgisayar destekli yönergeler programının zekâ geriliği olan kişilerin eğitiminde geleneksel yöntemlere kıyasla heceleme, para hesabı, aritmetik, yazı okuma, kelime tanıma, el yazısı ve görsel ayırt etme gibi konularda çok daha üstün olduğu gösterilmiştir (Conners, Caruso ve Detterman, 1986).

OTİSTİK BOZUKLUK

Çocuklar için olan bir özel eğitim sınıfından içeri girdiğinizi düşleyin. Çocuklardaki yetersizliklere ilişkin bir ders alıyorsunuz ve dersin bir koşulu olarak da zaman zaman sınıfta gönüllü olarak bulunmanız gerekiyor. Çocuklardan bazıları sizi selamlamak için ayağa kalkarken bazı orta ve büyük fiziksel belirtileri fark ediyorsunuz. Bir çocuğun çekik gözleri ve yassı bir burnu var, Down Sendromunun karakteristik özelliği. Bir başka çocuk beyin felcinin (serebral palsi) bir belirtisi olduğunu bildiğiniz spastik hareketler yapıyor. Üçüncü bir çocuk hırıltılı bir sesle sizi

Bilgisayar yardımlı yönergeler, zekâ geriliği alanında uygulamak için çok uygundur.

tekerlekli koltuktan çağırıyor ve el işaretleri ve resimler vasıtasıyla iletişim kuruyor. Çocuklar buraya kadar okuduklarınızdan beklediğiniz gibiler.

Son olarak odadaki bir dördüncü çocuk dikkatinizi çekiyor. Bu çocuk bir akvaryumun önünde dikiliyor. Ona yaklaştığınızda; zarif, marifetli hareketlerini ve gözlerindeki uzak, sisli bakışlarını fark ediyorsunuz. Onun bir ziyaretçi ya da sınıfta bulunan öğrencilerden birinin kardeşi olup olmadığını merak ediyorsunuz. Onunla balıklar hakkında konuşmaya başlıyorsunuz. Sizin sözlerinizi ya da varlığınızı fark etmek yerine; gülümsemeye devam ederken sanki özel bir şakadan zevk alıyormuş gibi öne arkaya sallanmaya başlıyor. Öğretmen sınıfa girdiğinde sizin ilk sorunuz akvaryumun önündeki çocukla ilgili oluyor. Öğretmen de size onun bir otistik olduğunu söylüyor.

OTİSTİK BOZUKLUĞUN TANISAL ÖZELLİKLERİ

İlk kez ayırt edildiğinden beri **otistik bozukluğun** bir tür mistik havası vardır. Bu sendrom ilk kez 1943 de 11 rahatsız çocuğun zekâ geriliği olan ya da şizofren diğer çocuklarla benzer şekilde davranmadıklarını fark eden psikiyatr Leo Kanner tarafından Harvard'da tanımlanmıştır. O bu sendromu *erken çocukluk otizmi* olarak adlandırmıştır, çünkü "çocuğa dışarıdan herhangi bir uyaran geldiğinde bunu yok farz ettiğini, aldırmadığını, bağırdığını, *uç bir otistik yalnızlığının* başladığını" gözlemlemiştir (Kanner, 1943). Kanner otistik yalnızlığı en temel semptom olarak değerlendirmiş ve bu on bir çocuğun *yaşamlarının başlangıcından itibaren* diğer insanlarla normal şekilde ilişkiye giremediklerini saptamıştır. Aynı zamanda bu çocuklar dil konusunda ciddi biçimde sınırlıdırlar ve her şeyin kesinlikle aynı kalması konusunda çok güçlü bir takıntıları vardır. Bu rahatsızlığın Kanner ve diğerlerinin (örn., Rimland, 1964) yaptığı ilk tanımlamasına karşın, bu rahatsızlık DSM-III'ün 1980 deki yayımlanmasına kadar resmi bilimsel tanı olarak kabul edilmemiştir.

Çocuklukta başlayan ciddi rahatsızlıkların sınıflandırılmasında büyük miktarda çelişki vardır. DSM-II, bu koşullar için çocukluk dönemi şizofrenisi tanısını kullanarak otizmin, erişkin şizofrenisinin erken başlangıç şekli olduğunu düşündürür. Ancak eldeki kanıtlar çocukluk dönemi başlangıçlı şizofreni ve otizmin ayrı rahatsızlıklar olduğunu göstermektedir (Frith, 1989; Rutter & Schopler, 1987). Otizmli çocuklarda görülen sosyal çekilme ve uygunsuz duygulanım şizofrenin negatif semptomları ile benzerlik gösterebilmesine karşın, otizmli çocuklar varsanı ve sanrı göstermezler ve yetişkinlik döneminde şizofren bir yetişkin haline gelmezler (Wing ve Attwood, 1987). Daha da ötesi, şizofren çocuk ve yetişkinlerin ailelerinde gözlenen yüksek düzeyde şizofren görülüş sıklığı otizmi olan kişilerde gözlenmez. Otizmde görülen ancak şizofrenide bulunmayan diğer özellikler yüksek erkek kadın oranı (erkeklerde kızlardan daha çok otizm görülür), bebeklikte ya da çok erken çocukluk döneminde ortaya çıkması, zekâ geriliği ve epileptik krizlerle birlikte gözlemlenmesidir.

Otizmin şizofreniden farklılaşması DSM-III'ün (DSM-III-R ve DSM-IV sürdürmüştür) bizi yaygın gelişimsel bozukluklar terimiyle tanıştırmış olmasıyla başlamıştır. Bu terim otizmin gelişimsel süreçte ciddi bir normalden sapma olduğu ve bu nedenle yetişkinlik döneminde başlayan diğer zekâ rahatsızlıklarından farklı olduğunu vurgular. DSM-IV'te otizm yaygın gelişimsel bozukluklardan biri olarak yer almaktadır; diğerleri Rett bozukluğu, çocukluk dezentegratif bozukluğu ve Asperger bozukluğudur. Asperger bozukluğunun tanımı otizmin hafif bir şeklini düşündürür: sosyal ilişkiler zayıf ancak zekâ ve dil bozulmamıştır. Bu yeni eklenen sınıflandırmalara ilişkin çok fazla araştırma bulunmadığı için biz burada otizm üzerine odaklanacağız.

Otistik bozukluk, erken çocukluk döneminde başlar, çocuğun hayatının ilk haftalarında gözlemlenebilir. Genel nüfus içerisinde seyrek olarak gözlenir, 10.000 bebek içerisinde 2-5 bebekte, ya da doğumların 0.05'inde görülür. Bunu daha iyi kavramak için şizofrenin kalıtsal olarak ortaya çıkma oranına bakabiliriz, bu oran %1'den biraz daha azdır, yani neredeyse 20 kez daha fazla. Çalışmalar erkeklerde otizmin kızlardan 4 kez daha fazla ortaya çıktığını göstermektedir. Otizm bütün sosyoekonomik sınıflarda ve bütün etnik gruplarda ve tüm ırklarda bulunmaktadır.

OTİZM VE ZEKÂ GERİLİĞİ

Otizmli çocukların yaklaşık olarak %80'inin standart zekâ testlerindeki puanı 70'in altındadır. Çok sayıdaki otizmli çocuğun aynı zamanda zekâ geriliği de olduğu için, bazen bu iki engeli ayırt etmek zordur.

Ancak, önemli farklılıkları vardır. Geriliği olan çocuklar genellikle zekâ testlerinin bütün bölümlerinden tutarlı olarak düşük puan elde etmelerine karşın otizmli çocukların farklı örüntüleri olabilir. Genellikle, otizmli çocuklar, bu çocukların dil eksikleri ile ilişkilendirilebilen, soyut düşünmeyi, sembolleştirmeyi ya da mantık dizesi kullanmayı gerektiren görevlerde daha kötü bir puan elde ederler. Genellikle küplerle desen testindeki desen eşleme ve ayrılmış parçaları tekrar bir araya getirme gibi görsel uzaysal yetenek gerektiren görevlerde daha iyi bir puan elde ederler (DeMyer, 1973; Rutter, 1983). Ek olarak Odak 15.5 de tanımlandığı gibi dört basamaklı iki sayıyı hızla kağıt kalem ya da herhangi bir araç kullanmaksızın çarpmak gibi büyük yetenek gerektiren yalıtılmış yetenekleri olabilir. Yıllar önce duydukları bir şarkının sözlerini tam olarak anımsayabilmek gibi sıra dışı uzun dönem hafızasına da sahip olabilirler. Duyusal motor gelişme otizmli çocuklarda göreceli olarak en kuvvetli alanlardan biridir. Bilişsel yeteneklerde derin ve ciddi eksiklik sergileyen otizmli çocuklar sallanma, tırmanma ya da dengede son derece zarif ve yetenekli olabilirken, zekâ geriliği olan çocuklar yürümeyi öğrenme gibi büyük motor gelişimde de son derece gecikmişlerdir.

AŞIRI OTİSTİK YALNIZLIK

Bir bakıma otizmli çocuklar toplumdan çekilmezlerse de -asla başlatıcı olarak topluma karışmazlar. Tablo 15.4 de otizmli çocukların ana babaları tarafından nasıl tanımlandıkları gösterilmektedir. Gözlemlenen otistik belirtilerdeki çeşitliliğe dikkat edilmelidir.

Normalde üç aylık gibi erken bir evrede bebekler bağlılık gösterirler, bu genelde annelerine yöneliktir. Otizmli çocuklarda bu ilk bağlılık belirgin bir şekilde görülmez. Annelerine ya da bakıcılarına, doyurulurken gülümsemezler, uzanmazlar ya da bakmazlar. Otistik bebekler tutulmayı ya da kucaklanmayı reddederek ana babalarının duygulanımına yanıt vermezler, kaldırıldıklarında normal bebeklerin -ve ana babalarının- hoşlandıkları ilişkiyi en aza indirmek için arkalarını dönerler. Normal bebekler ana babalarının ilgisini çekmek için genellikle sesler çıkarma, ağlamalar ya da mızırdanmalarına karşın otizmli çocuklar aç ya da altlarının ıslak olduğu durumlar dışında bakıcıları ile çok ender bir ilişki başlatırlar. Bu bebekler çok az istekleri olduğu için genellikle iyi bebekler olarak tanımlanırlar. Otistik bebekler genellikle oyun parklarında sessizce oturmaktan hoşnuttur, tümüyle içlerine kapanıktırlar, diğer insanların yaptıklarını ya da onların giriş çıkışlarını asla fark etmezler. Bu çocuklar o denli tepkisizdirler ki, aileleri onların sağır olduğuna inanabilir. İki ya da üç yaşına kadar birçok otizmli çocuk ailelerine ya da diğer bakıcılarına bir tür duygusal bağlılık gösterir ancak bu hâlâ normal bebeklerinkine göre ciddi olarak zayıftır.

Ana babaya olan bu az bağlılık otizmli çocukların zayıf sosyal gelişimlerinin göstergelerinden yalnızca biridir. Otizmli çocuklar çok ender diğerlerine yaklaşırlar ve görmeksizin onlara bakabilirler ya da insanları atlayabilirler ya da insanlara sırtlarını dönebilirler. Ancak, oyun bir başkası tarafından başlatıldığında, otizmli çocuklar uyumlu olabilirler ve bir süre için seçilmiş bir etkinliğe katılabilirler. Gıdıklamak, güreşmek gibi fiziksel oyunlar bu çocuklar için zevkli görünüyor olabilir. Yapılandırılmamış bir ortamdaki kendiliklerinden oyunlarının gözlemlerinde otizmli çocukların depoya giden bir oyuncak yol yapmak ya da bir tahta parçasına arabaymışçasına davranmak gibi sembolik oyunlarla zekâ yaşı aynı normal ve zekâ geriliği olan çocukların harcadığından daha az zaman harcadıklarını ortaya koymuştur (Sigman ve ark.,1987); otizmli çocuklar daha büyük bir olasılıkla seçtikleri bir tahta bloğu durmaksızın saatlerce çevireceklerdir.

Sadece bir kaç otizmli çocuk diğerleriyle bir oyun başlatır, genellikle onlara yaklaşan herke-

se tepkisizdirler. Otistik bebekler eğer ana babaları onlarla ilişki kurmaya çalışırlarsa bakışlarını kaçırabilirler ve benzerlerinden daha az göz teması kuruyor olarak tanımlanabilirler. Bu gözlerini dikip bakma eylemlerinin miktarı bazen göreceli olarak normal olabilir fakat bu bakışların kullanılma şekli normal değildir. Normal çocuklar bu eylemi bir diğer kişinin dikkatini çekmek ya da onun dikkatini bir nesneye yönlendirmek için yaparken, otizmli çocuklarda böyle bir amaç yoktur (Mirenda, Donellan & Yoder, 1983).

Göründüğü kadarıyla bazı otizmli çocuklar bir insanı diğerinden ayırt edemezler ya da tanıyamazlar. Cansız nesneler -anahtarlar, taş parçası, delikli tel sepet, lamba anahtarları, büyük bir battaniye- ya da mekanik nesnelere -elektrikli süpürge, buzdolabı gibi- ve bu nesne ile aşırı ilgili olurlar ya da bunlara bağlılık geliştirebilirler. Eğer bu nesne taşıyabilecekleri bir şey ise bunu ellerinde dolaştırırlar ve bu, daha yararlı şeyleri öğrenmelerini ya da yapmalarını engeller.

Dil gibi diğer alanlarda da geç gelişmelerinin kaynağı otistik çocuğun sosyal izolasyonu olabilir (Kanner, 1943). Down Sendromlu çocuklar yüksek işlevli otizmli çocuklarda bile görülen bu tür bir sosyal uzaklık sergilemezler (Fein ve ark., 1986). Diğer yandan, çocuğu çevresindeki dünyayı anlamada ve bu dünyadan gelen uyarımlara cevap vermede çaresiz bırakan belirli türdeki duyusal uyarımların işlemlenmesindeki beceri eksikliğinin ana eksiklik olması olasıdır (Ornitz, 1986; Rimland, 1964).

İLETİŞİM EKSİKLİKLERİ

Konuşma yeteneğini kazanmadan önce bile otizmli çocuklar iletişimde eksiklikler sergilerler. Bebeklerin kelimeleri gerçek anlamda kullanmadan önceki ifadeleri için kullanılan tasvir edici bir terim olan agulama otizmli çocuklarda daha az görülür ve diğer bebeklerinkinden daha az bilgi taşır (Ricks, 1973).

İki yaşına kadar normal olarak gelişen çocukların çoğu, çevrelerinde bulunan nesneleri göstermek için kelimeleri kullanırlar ve daha karmaşık düşünceleri ifade etmek için bir iki kelimelik cümleler kurarlar, "anne git, ben su" gibi. Otizmli çocukların yaklaşık %50'si hiçbir zaman konuşmayı öğrenemezler (Paul, 1987; Rutter, 1966). Öğrenenlerin konuşması da yankılanır şekilde yinelediği **ekolali** gibi özellikler içerir, bir başkası söylerken duyduğu şeyi büyük bir doğrulukla, son derece monoton bir sesle tekrar eder. Öğretmen bir otistik çocuğa "kurabiye ister misin?" diye sorduğunda; çocuğun cevabı "kurabiye ister misin?" olabilir. Bu anında ekolalidir. Gecikmeli ekolalide, televizyonun açık olduğu ve diğer kişilerin kendi aralarında konuştuğu bir odada çocuk tümüyle ilgisiz görünmektedir. Birkaç saat sonra hatta ertesi gün bile çocuk, konuşmalardan ya da televizyondaki bir programdan duyduğu bir kelime ya da kelime grubunu aynen tekrar edebilir. Eğitim yardımıyla bazı konuşma işlevlerini sonradan edinen konuşmayan otistikler önce bu yankı aşamasını deneyimlerler.

Geçmişte birçok eğitimci ve araştırmacı yankılamanın hiç bir işlevsel amacı olmadığına inanırlardı. Ancak yankı (eko) bir iletişim girişimi olabilir (Prizant, 1983). Kurabiye teklif edilen çocuk daha sonra bir tane istediğine karar verebilir. Öğretmenin yanına gider ve "bir kurabiye ister misin?" diye sorar, çocuk cümleyi oluşturan her bir kelimenin anlamını bilmiyor olabilir fakat bir kurabiye elde etme ile ilgili bir kelime grubu öğrenmiştir.

Otizmli çocukların konuşmasında diğer bir olağan normal dışı yan, **zamir dönüşümüdür.** Çocuklar kendilerinden isimleriyle ya da "o", "sen" diye bahsederler. Zamir dönüşümünün eko ile yakın ilişkisi vardır. Otizmli çocuklar genellikle yankılı konuşmayı kullandıkları için kendilerinden diğerlerinin konuşmalarından duydukları yanlış zamirler ile söz ederler. Örneğin:

Anne: Johny, ne yapıyorsun?
Çocuk: O burada.
Anne: İyi zaman geçiriyor musun?
Çocuk: O bunu biliyor.

Eğer konuşma daha normal bir şekilde gelişmeye devam ederse, zamir dönüşümün ortadan kalkması beklenir. Ancak, çoğu durumda, değişmeye dirençlidir (Tramtona & Stimbert, 1970); bazı çocuklar diğer insanlardan duyduklarını papağan gibi yinelemeyi bıraktıktan sonra bile çok yoğun bir eğitime ihtiyaç duyarlar.

Neolojizm, sözcükler türetmek ya da sözcükleri normal anlamlarından farklı anlamlarda kullanmak, otizmli çocukların konuşmalarının diğer bir belirleyici özelliğidir. İki yaşındaki otistik bir çocuk sütten "möö" olarak söz edebilir ve normal çocukların "süt" demeyi öğrendiği zamandan çok sonra bile böyle demeyi sürdürebilir.

Otizmli çocuklar sözcükleri kelimesi kelimesine kullanırlar. Çocuk evet demeyi öğrendiğinde, eğer bir baba çocuğu omzuna oturtarak olumlu bir ödüllendirmede bulunursa; çocuk

ODAK 15.5 BUDALA YA DA OTİSTİK BİLGİN

Scheerer, Rothman ve Goldstein (1945) tarafından sunulan klasik bir olgu, budala bilgin (idiot savant) denilen ve dar bir entelektüel etkinlik alanında üstün işlev gösteren zekâ geriliği olan bir kişiyi aktararak bir sendromu ortaya çıkarmıştır. Son yıllarda bu bireylerin bazılarının otistik olduğu sayıltısı altında "otistik savant-otistik bilgin" terimi kullanılmaktadır. Otizmin, bu bireylerin dikkatlerini, çabalarını ve yeteneklerini; zamanlarını ve dikkat odaklarını meşgul edecek içsel akıl oyunlarına yönlendirmek yerine, bozulmamış zekâ becerilerini kullanma yolunda cesaretlerini kırdığına inanılmaktadır. Bu, belki de otistik çocuğun diğer iki özelliği olan kendini uyarmadaki zekâ düzey ve psikomotor düzeydeki döndürme için de ilişkilendirilebilir.

Dr. Oliver Sacks (1985), nöropsikolojik bozuklukların geniş bir yelpazesinde bulunan insanlara ilişkin çok güzel yazılmış bir kitap olan Karısını Şapka Sanan Adam'da John ve Michael'ı tanıtmıştır; onlarla tanıştığında 26 yaşındadırlar. Yedi yaşlarından beri hastanededirler, pek çok kez otistik, psikotik ve ciddi gerilik tanıları almışlardır. Uzak geçmiş ve gelecekteki tarihlerde haftanın hangi günü olacağını bilmelerinden ötürü pek çok televizyona çıkmışlardı.

Sayılar konusundaki bellekleri mükemmeldi ve büyük olasılıkla sınırsızdı. Üç, otuz ya da üç yüz rakamı olan sayıları aynı kolaylıkta yineleyebiliyorlardı... Ancak biri onların hesaplama yeteneğini –aritmetik dehasının ve "zihinsel hesap makinesinin" tipik gücüdenemek isterse bunu şaşılacak şekilde ZB 60 olanların yapabileceği ölçüde kötü yapıyorlardı. Basit toplama ve çıkarmaları doğru yapamıyor ve hatta çarpma ve bölmenin ne anlama geldiğini anlayamıyorlardı...

Gerçi, bazı gösterilerindeki "hileleri" insanı şaşırtacak nitelikteydi. Yaşamlarındaki herhangi bir gündeki havayı ve o gün olanları söyleyebiliyorlardı -dört yaşlarından sonraki herhangi bir günün. Konuşma biçimleri... çocuksu, ayrıntıcı ve duygudan yoksundu. Onlara bir gün söylediğinizde gözleri bir an dönüyor, sonra sabitleniyor ve düz, tekdüze bir sesle size havayı, duydukları politik olayları ve kendi yaşamlarındaki olguları anlatıyorlardı -bu son değinilen sıklıkla acı verici ve çocukluklarının üzücü ıstıraplarını da içeriyordu, küçümseme, alay etme, küçük düşürme ile karşılaşmışlardı, ancak bunlar kişisel ses oynaması ve duygudan eser olmaksızın değişmez ve düz bir tonda aktarılıyordu (s. 197-198).

Sacks, ikizlerle tanıştığında yaşadıkları hastanedelerdi. İzleyen sahne Dustin Hoffman'ın Yağmur Adam filmindeki bir sahneyi anımsatmaktadır.

Masalarındaki bir kutu kibrit düştü ve içindekiler yere saçıldı: her ikisi de kendiliklerinden "111" diye bağırdılar; sonra mırıltı şeklinde John "37" dedi. Michael bunu yineledi, John bunu üçüncü kez tekrarladı ve sustu. Kibritleri saydım - bu biraz zamanımı aldı- 111 tane vardı.

"Kibritleri bu kadar çabuk nasıl saydınız?" diye sordum. "Biz saymadık, biz 111'i gördük"...

"Neden 37 diye mırıldandınız ve bunu üç kez yinelediniz?" diye ikizlere sordum. Uyum içinde "37,37,37, 111" dediler. Bunu, eğer gerçekse, daha da zor buldum. 111'i görmüşlerdi "111'lik" -bir anlık görüş çok sıra dışıydı... Fakat daha sonra herhangi bir yöntemi olmaksızın, faktörün ne anlama geldiğini "bilmeksizin" (sıradan yollarla) 111 sayısının "faktör"lerine gitmişlerdi...

"Buna nasıl çalıştınız?" diye biraz öfkeli bir şekilde sordum. Dilleri döndüğü kadarıyla, zayıf yetersiz terimlerle –ancak belki de bu tür bir şeye karşılık gelecek bir sözcük yoktur- bunun için "çalışmadıklarını" sadece bir anlık "gördüklerini" yinelediler. John başparmağını ve yanındaki iki parmağı uzatarak kapatarak sayıyı kendiliğinden üçe böldüklerini anlatır izlenimi veriyordu ya da alışık oldukları şekilde, sayısal bir "bölünme" ile bu üç eşit parça, kendiliğinden oluşuyordu. Benim şaşkınlığım onları da şaşırttı –bir tür körlük içindeydim ve John'un jesti anlık bir sıra dışı duyguyu yaşattı, gerçeği duyumsama...

(Başka bir zaman ikizleri gördüğümde) birlikte yüzlerinde daha önce görmediğim gizemli, gizli bir gülümsemeyle huzurlu ve tuhaf bir haz içinde bir köşede oturuyorlardı. Onları rahatsız etmeden sessizce yanlarına yaklaştım. Tümüyle sayısal, tek bir konuşmaya kilitlenmiş gibi görünüyorlardı. John bir sayı söyledi- altı haneli bir sayı. Michael sayıyı yakaladı, başını salladı, gülümsedi ve onu tadıyor gibiydi. Sonra, o başka bir altı haneli sayı söyledi, bu kez John aldı ve zengin bir şekilde takdir etti. Başlangıçta şarap tadan iki uzman gibiydiler, ender tatları paylaşıyorlardı, ender takdirleri. Onlara görülmeden bir süre öyle merakla hayretler içinde oturdum. Ne yapıyorlardı? Hiçbir şey anlamıyordum. Belki bu bir tür daha önce öfkeli ve bozguncu ikizlerde olan sıradan bir oyunda hiç görmediğim bir oyundu, ancak ağırlığı ve yoğunluğu vardı, bir tür düşüncelilik ve neredeyse kutsal bir yoğunluktu. Kendimi, onların ağızlarından çıkan sayıları yazmaya yönelttim -açık bir şekilde ağız tadı veren, "düşündüren", paylaştıran, birliktelik yaratan sayıları.

Sayıların bir anlamı var mıydı? Eve dönerken bunu merak ediyordum... Eve gider gitmez kuvvet, faktör, logaritma ve asal sayı tablolarımı çıkardım -benim kendi çocukluğumun tuhaf yalıtılmış döneminin andaçları ve emanetleri... Benim de bir takımım vardı -ve şimdi bunu doğruluyordum. İkizlerin birbirlerine söyledikleri bütün sayılar altı haneli asal sayılardı -örneğin bir ve kendinden başka hiçbir tam sayıya bölünemezdi. Benimkine benzer bir kitapları var mıydı

ya da görmüşler miydi -ya da hayal bile edilemeyecek bir şekilde aynen 111'i ya da üçlü 37'yi gördükleri gibi bu asal sayıları "görüyorlar mıydı". Hesaplıyor olamazlardı -hiçbir şeyi hesaplayamıyorlardı.

Ertesi gün asal sayılar kitabımı yanımda götürerek yeniden koğuşa döndüm. Onları yine sayısal birliktelliklerine kapanmış bir şekilde buldum, ancak bu kez hiçbir şey söylemiyorlardı, sessizce onlara katıldım. Baştan şaşırdılar, araya girmediğim için, altı haneli "oyunlarına" geri döndüler. Birkaç dakika sonra katılmaya karar verdim, sekiz haneli bir asal sayı söyledim. Her ikisi de bana döndü, sonra yüzlerinde yoğun bir dikkat ve merakla bakarak aniden sessizleştiler. Uzun bir sessizlik dönemi oldu -onları tanıdığımdan bu yana yaptıklarının en uzunuydu, yarım dakika ya da biraz sonrasında bitti- aniden, kendiliklerinden gülümseyerek bunu kırdılar.

Düşünülemeyecek içsel bir test sürecinden sonra benim sekiz haneli sayımın asal sayı olduğunu anladılar -bu büyük bir coşkuyla açığa vuruldu, onlara bir çifte eğlenceydi; çünkü öncelikle ben onlara çok lezzetli yeni bir oyun tanıtmıştım, daha önce hiç katılmadıkları bir asal sayı dizisi vardı, ikincisi onların ne yaptığını gördüğümün, bundan hoşlandığımın, onları takdir ettiğimin ve kendiliğimden katıldığımın delilleri vardı.

Birbirlerinden biraz uzaklaşarak bana, yeni sayı arkadaşlarına, dünyalarındaki üçüncü kişiye bir yer açtılar. Daha sonra liderliği her zaman elinde tutan John çok uzun bir süre düşündü -en az beş dakika kadar olmalıydı, kıpırdamaya cesaret edemedim, çok ender nefes aldım- ve dokuz haneli bir sayı söyledi, benzer bir süre sonra ikizi Michael, benzer bir yanıt verdi. Daha sonra benim sıramdı gizlice kitabıma baktıktan sonra, dürüst olmayan bir şekilde kitabımdan kopya çektiğim on haneli bir asal sayıyı söyledim

Yeniden, daha uzun, merak dolu bir sessizlik oldu; sonra John, olağanüstü içsel bir düşünüşten sonra on iki haneli bir sayı getirdi. Bunu kontrol etme olanağım yoktu, buna yanıt veremedim çünkü benim kitabım on haneli sayıların ötesine gidemiyordu. Fakat Michael bunu yakaladı, düşünmesi beş dakika sürdü - bir saat sonra ikizler yirmi haneli sayılara ulaşmışlardı, kontrol etme olanağım olmadığı için en azından ben öyle olduğunu varsayıyordum. (s. 199-203)

babasının omuzlarına oturmak istediğini belirtmek için evet diyecektir. Ya da çocuk "kediyi düşürme"yi "hayır" demek anlamında kullanabilir çünkü annesi evin kedisini düşürmek üzereyken bu empatik kelimeleri kullanmıştır.

Otizmli çocuklardaki sosyal gecikmenin kaynağı, başka nedenlerden çok bu iletişim eksiklikleri olabilir. Konuşma eğitimi aldıktan sonra bu çocuklarda sıklıkla kendiliğinden bağımlı davranışların ve duygulanımın görülmesi, böyle bir neden sonuç ilişkisini akla yatkın kılmaktadır (Churchill, 1969; Hewett, 1965). Konuşmayı öğrendikten sonra da, otizmli çocuklar sıklıkla sözel spontanlıktan yoksundurlar ve dili kullanımlarında tamamen uygun olmaktan ötedirler (Paul, 1987).

TABLO 15.4 Altı Yaşından Önce Otizmli Çocuklardaki Sosyal Bağlantıya İlişkin Ana Baba Bildirimi

	Tepkilerin yüzdesi				
Bağlantıya ilişkin ölçüm	**Hiçbir zaman**	**Nadiren**	**Sıklıkla**	**Çok sıklıkla**	**Hemen her zaman**
1. insanları görmezden gelir (yok sayar)	0	4	22	29	45
2. Duygusal olarak mesafelidir	0	8	23	19	50
3. Göz temasından kaçınır	2	4	20	16	58
4. Tutulduğunda duygulanım ve ilginin yokluğu	11	11	35	26	17
5. Tutulduğunda isteksiz gitme	30	33	17	17	2
6. Tutulduğunda katılık	33	24	7	18	18
7. Duygulanımı görmezden gelir	6	30	34	11	19
8. Duygu göstermekten kaçınır	12	33	29	10	15
9. Kucaklandığında kucaklar	26	24	29	10	15
10. Duygulanımı red / kabul	30	34	26	4	6
11. İnsanlara bakma	4	10	22	22	41
12. Anneye gereksinimi yok görünür	12	20	32	8	28
13. Anneye yanıt olarak gülümser	14	30	30	14	12
14. Annenin yokluğunun farkında değildir	17	25	25	14	19

Kaynak: F.R.Volkmar, D.J. Cohen ve R.Paul,1986, "An Evalution of DSM-III Criteria for Infantile Autism" Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 25. s. 193'ten izinleriyle uyarlanmıştır.

OBSESİF-KOMPULSİF VE TÖRENSEL DAVRANIŞLAR

Otizmli çocuklar yaşamlarının gündelik alışılmışlıklarında ya da çevrelerinde herhangi bir değişiklik olursa son derece mutsuz olurlar. Farklı bir fincanda süt verilmesi ya da mobilyaların yerlerinin değişmesi onları ağlatabilir ya da bir öfke nöbeti geçirmelerine neden olabilir. Bir çocuk mutlaka bir söz grubu ile selamlanmalıdır "Günaydın, Lilly, seni görmekten çok çok memnun oldum." Herhangi bir kelime, hatta, "çok"lardan biri bile kaldırılırsa ya da eklenirse, çocuk bağırmaya başlar (Diamond, Baldwin & Diamond, 1963).

Bir takıntısal özellik otistik çocuğun davranışlarına diğer yönlerden de yaygınlaşmıştır. Oyunlarında sürekli olarak oyuncaklarını bir sıraya sokabilirler ya da ev eşyaları ile karmaşık bir desen inşa edebilirler. Büyüdükçe tren saatleri, metronun yolu ve sayı dizileri ile aşırı ilgilenebilirler.

Otizmli çocuklar kalıplaşmış davranışlar, tuhaf törensel el hareketleri, aralıksız vücudu sallama, el çırpma, parmak ucunda yürüme gibi diğer ritmik hareketler sergiler. Gözlerinin önünde parmaklarını oynatırlar, renkli kalemleri, sopaları, tabakları döndürürler, dönen nesneleri ve pervaneleri seyrederler. Bunlar genellikle kendini uyarıcı etkinlikler olarak tanımlanırlar. Mekanik bir nesnenin işleyişi ile aşırı ilgili hale gelebilirler ve rahatsız edilecek olurlarsa son derece mutsuz olurlar.

Otizmli çocuklar genellikle törensel el hareketleri gibi kalıplaşmış davranışlara sahiptir.

OTİZMDE GİDİŞ

Bu kadar ciddi rahatsızlıkları olan çocuklar büyüdüklerinde ne olur? Kanner (1973) otizmle ilgili ilk çalışmalarında tanımladığı 11 çocuktan dokuzunun yetişkinlik dönemine erişebildiğini bildirmiştir. Bu 11 çocuğun ikisi epileptik nöbet geçirmiş, biri ölmüş diğeri ise akıl hastanesine kaldırılmıştır. Diğer dördü yaşamlarının büyük bir kısmını kurumlarda geçirmişlerdir. Kalan üçünden biri halen konuşmamakta fakat bir çiftlikte çalışmakta ve bakım evinde kalmaktadır. Diğer ikisi tatmin edici bir iyileşme göstermişlerdir. Aileleri ile yaşamaya devam etme ve sınırlı bir sosyal yaşamları olmasına karşın, kazançlı bir işleri olmuş ve bazı boş zaman hobileri geliştirmişlerdir.

Diğer izlem çalışmaları otistik yetişkinler hakkında karamsar bir tablo çizerler (örn. Lotter, 1974; Rutter, 1967; Treffert, McAndrew & Dreifuerst, 1973). Yayımlanan tüm çalışmalarının yeniden gözden geçiminde, Lotter (1978) otizmli çocukların %5-17'sinin yetişkinliğe göreceli olarak iyi uyum sağladığı ve sosyal beceriksizlik gibi sorunları halen sürmekle birlikte bağımsız bir yaşam sürdürebildiklerini belirtmiştir. Diğer çoğunun sınırlı yaşamları vardır, yaklaşık yarısı kurumlara yerleştirilmiştir.

Benzer sonuçlar daha yeni yapılan nüfus temelli izleme çalışmalarında da bulunmuştur (Gillberg, 1991; Gilberg ve Steffenburg, 1987). Genellikle ZB'si yüksek olan ve altı yaşından önce iletişim yeteneklerini kazanan çocuklar en iyi sonuçları olanlardır ve bu işlevlerin bir kısmı yetişkinlikte neredeyse normal olurlar. Zekâ geriliği olmayan, yüksek işlevli otistik bireyler üzerine odaklaşan izleme çalışmaları, bu çocuklardan birçoğunun yatılı kurum bakımına gereksinimi olmadığını ve bazılarının koleje gidebildiğini ve bir iş sahibi olup kendilerine baktıklarını ortaya koymuştur (Yirmiya ve Sigman, 1991). Halen birçok bağımsız işlevsel otistik, yetişkin sosyal ilişkilerde bozukluk göstermeye devam etmektedirler. Odak 15.6 erişkin yaşamında profesyonelliği ile belirgin bir biçimde otistik sosyal ve duygusal eksikliklerle harmanlayarak sürdüren bir otistik kadını anlatmaktadır.

Önceki bölümde sözü edilen 1975 yılındaki Gelişimsel Eksikliğin Desteklenmesi ve Haklara ilişkin Yasa Tasarısı Hareketinde otizmli çocuklar, kamu okullarındaki eğitim programlarının dışında bırakılmışlardır. Böylece yetişkinliğe kadar izlenen otizmli çocukların çoğu yoğun

eğitsel girişimlerin kazançlarından ya da daha sonra tanımlanacak yoğun davranışsal programlardan yararlanamamışlardır. Otizmin gidişinin (prognozunun) eğitimden öncesindeki gibi yaygın bir harabiyetle mi bırakılacağı, yoksa otizmi olan kişilerin eğitiminin toplum tarafından ciddi bir biçimde ele mi alınacağı konusunun yeni izlem çalışmalarıyla belirlenmesine gerek duyulmaktadır.

OTİSTİK BOZUKLUĞUN ETİYOLOJİSİ

Otizmin etiyolojisi ile ilgili ilk kuramlar psikolojik kökenliydi, bu nedenle gelişiminde psikolojik etkenler sorumlu tutuldu. Son yıllarda bu zorlayıcı sendromun etiyolojisine ilişkin bu dar bakış açısı yerini, bir kısmı kalıtsal olan biyolojik etkenlerin önemini destekleyen kanıtlar ve buna ilişkin spekülasyonlara bırakmıştır.

PSİKOLOJİK TEMELLER

Kanner'i otizmli çocukların -normal fiziksel görünümleri ve normal psikolojik işlevlere sahip olmalarından ötürü- normal zekâya sahip olduğu düşüncesine iten aynı nedenler, o dönemdeki birçok kuramcının biyolojik etkenlerin önemini göz ardı etmesine yol açmıştır. İnsanlar otizm gibi yıkıcı bir durumun altında biyolojik nedenlerin yatabileceğini üstü kapalı olarak düşünmüş, Down Sendromunun fiziksel izleri (damgası) gibi belirgin belirtiler olabileceğini beklemiş olabilirler. Böylece, ilk odaklaşma psikolojik etkenlere, birincil olarak yaşamın çok erken aile etkileri üzerine olmuştur.

Otizmle ilgili en çok bilinen kuramlardan biri uzun yıllar otizmli çocuklarla çalışan Bruno Bettelheim (1967) tarafından formüle edilmiştir. Bettelheim'ın temel düşüncesi, otizmin, II. Dünya Savaşı Alman toplama kamplarındaki mahkûmlarda gözlenen kayıtsızlık ve umutsuzluğu çağrıştırmasından ötürü, erken çocukluk döneminde çok olumsuz bir şeylerin olması gerektiği şeklindedir. Bettelheim'in hipotezine göre küçük bebek ana babasını reddetmekte ve onların olumsuz duygularını algılayabilmekteydi. Bu küçük bebek kendi hareketlerinin ailesinin kayıtsızlığı üzerinde az bir etki yarattığını görüyordu. Böylelikle çocuk dünyanın kendi tepkilerine olan duyarsızlığına ilişkin inancından ötürü, dünyayı etkileme gücüne sahip olmadığına inanmaya başlar. Otizmli çocuk hiçbir zaman gerçekten bu dünyaya girmez ancak çocuk dünyadaki acı ve hayal kırıklığına karşın otizmin "boş kalesini" kurar.

Psikanalitik yönelimliler gibi bazı davranışçı kuramcılar da, erken çocukluk döneminde öğrenilen yaşantıların otizme neden olduğunu savunmuşlardır. Ferster (1961) son derece etkileyici olan makalesinde ana babaların özellikle annelerin ilgisizliğinin, insanı sosyal pekiştirici yapan ilişkilerin oluşumunu engellediğini öne sürmüştür. Çünkü ana baba çocuk için pekiştirici olmamakta, çocuğun davranışlarını denetleyememekte ve bunun sonucu da otistik bozukluk olmaktadır.

Bettelheim ve Ferster'da diğerleri gibi, otizmin etiyolojisinde ana babanın kritik bir rol oynadığını savunmuşlardır. Bu nedenle birçok araştırmacı bu ana babaların özellikleri üzerine çalışmalar yürütmüşler; çocukluk çağı bozukluklarındaki psikojenik kuramlarında bu tür çocukların tedavisinde ana babaların çok sıra dışı ve zarar verici özelliklerini göstermişlerdir.

Kanner, ilk çalışmalarında otizmli çocukların ana babalarını soğuk, duyarsız, titiz, içe kapanık, sınırlı, uzak ve yüksek düzeyde entelektüel gibi özelliklerle tanımlamıştır (Kanner & Eisenberg, 1955). Singer ve Wynne'a göre (1963), bu ana babalar kendilerini çocukları ile "yakın ilişki kuramayan" kişiler olarak tanımlamışlardır. Bunlardan bazıları, bütün kişilerarası ilişkilerde alaycı ve duygusal olarak soğuk; diğerleri pasif ve duyarsız; geriye kalanları ise obsesif ve insanlara entelektüel uzaklık koyan kişilerdir

Ancak sistematik araştırmacılar tüm bu klinik izlenimleri kanıtlamada başarısız olmuşlardı. Örneğin, Cox ve arkadaşları (1973) otizmli çocukların ana babaları ile alıcı afazisi (konuşmayı anlama bozukluğu) olan çocukların ana babalarını karşılaştırmıştır. Bu iki grup sıcaklık, duygularını açığa vurma, yanıt verme ve sosyallik konusunda farklılık göstermemiştir. Bu ve bunun gibi diğer çalışmalar (örn. Contwell, Baker & Rutter, 1978) otizmli çocukların ana babalarında belirgin bir şey olduğunu gösterecek kanıtlara ulaşamamışlardır. Aksine otizmli çocukların ana babaları normal ve sağlıklı çocuklar yetiştirmektedir.

Bu bulgular görmezden gelsek de ana baba özellikleri ve otizm arasındaki olası ilişkinin yönü kolaylıkla belirlenememektedir. Daha önce DEHB'deki tartışmada söz edildiği gibi, diğer pek çok bozuklukta da görülen sapkın ana baba davranışı çocuklarının anormalliğine karşı gösterilen bir tepki olabilmektedir. Duygusal

ODAK 15.6 YÜKSEK İŞLEVLİ OTİSTİK BİR KADININ ÖYKÜSÜ

Temple Grandin, otistik bir kadındır. Kendisinin aynı zamanda hayvan biliminde doktora derecesi vardır, çiftlik hayvanlarında kullanılmak üzere makineler tasarlayarak mesleğini yapmaktadır ve Colorado Üniversitesinde bir doçenttir. İki otobiyografik kitap (Grandin, 1986, 1995) ve otizmin kafa karıştırıcı görünümünü ortaya çıkarmak ve harekete geçirmek için nörolog Oliver Sacks tarafından hazırlanan kısa özgeçmişi vardır. İnsanların sosyal ilişkilerindeki karmaşıklığı ve inceliği anlama yetersizliği, diğer kişilerle empati yapamama sıkıntısı çeken Grandin, otistik olmayan dünya ile olan ilişkisini "Çoğu zaman kendimi Mars'ta bir antropolog gibi hissediyorum" şeklinde özetlemektedir (Sacks, 1995, s. 259). Yüksek düzeydeki zihinsel işlevi nedeniyle Asperger Sendromu tanısı da uygun olabilir. Ancak, bu ayrı bir tanı mı yoksa otizmin daha hafif bir şekli midir tartışması da geçerlidir.

Dr. Grandin çocukluğu ile ilgili olarak bir çiftlikte, ani dürtüsel davranışlar ve şiddetli öfke, dikkatin aşırı odaklaşması kadar "seçici olması... böylelikle kendine özgü bir dünya, karmaşa ve kargaşanın ortasında sakin ve düzenli bir yer yaratarak büyüdüğünü anımsamaktadır" (Sacks, 1995,s. 254). "Duyularının yüksekliğini, bazen işkence derecesinde şeklinde tanımlamaktadır.. (ve) 2 ya da 3 yaşlarında kulaklarından, ilişkili olup olmadığına bakmaksızın her şeyi geçiren, bunaltıcı yükseklikte çaresiz mikrofonlar" olarak söz etmektedir (Sacks, 1995, s. 254).

Üç yaşında otizm tanısı alan Temple'ın konuşması hiç yoktu ve doktorlar onun kaderinin bir kuruma yerleştirilmek olduğunu düşünüyorlardı. Terapötik anaokulu ve konuşma terapisinin yardımı ve ailesinin desteği ile altı yaşında konuşmayı öğrendi ve diğerleriyle daha çok iletişim kurmaya başladı. Bir ergen olduğundan beri diğer çocukların etkileşimlerini gözlemliyordu, Grandin "bazen... bütün hepsinin telepatik olup olmadığını merak ediyordum" diyordu (Sacks, 1995, s. 272). Böylece akıl almaz bir biçimde, normal gençlerin birbirlerinin gereksinim ve isteklerini anlama, empati kurma, iletişimde bulunma yeteneklerini keşfetti.

Sacks, onu üniversitesinde ziyaret ederek bu sıra dışı kişinin otistik tadını anlatabilmek için birkaç gözlem yaptı.

Beni (bürosunda) ufak bir törenle oturttu, bir ön hazırlık, sosyal nezaket, seyahatime ya da Colorado'yu

Erken çocuklukta otizm tanısı almasına karşın Dr. Temple Grandin'in, başarılı bir akademik iş yaşamı vardır.

sevip sevmediğime ilişkin küçük bir konuşma olmadı. Psikoloji ve hayvan davranışları konusundaki önceki ilgilerini, bunları kendi gözlemleriyle nasıl ilişkilendirdiğini ve otistik bir kişi olarak kendi gereksinimleri duygusunu ve bunların aklının görselleştirme ve mühendislik kısımlarıyla nasıl temas ederek kendine mal ettiği özel alanı gösterdiğini anlatarak doğrudan çalışmasından konuşmaya daldı: çiftliğin düzeni, beslenme bölgesi, ağıl, mezbaha -hayvanların yönetimi için değişik türde sistemler...

Çok güzel ve açık konuşuyordu, ancak durdurulamaz bir acelecilik ve saplantı vardı. Bir cümle, bir paragraf başladı mı bitmesi gerekiyordu; açık olmayan, havada kalan hiçbir şey yoktu (s. 256-257)

Bütün gün yolculuk yapmış, öğlen yemeğini kaçırmış, aç ve susuz haldeydim. Sacks, boşuna Dr. Grandin'in bu bitkinliğini ve ihtiyaçları olduğunu sezeceğini, içecek bir şeyler önereceğini ya da yemeğe bir yerlere gitmeyi teklif edeceğini umuyordu, fakat 1 saat sonra bunun gerçekleşmeyeceğine inandı ve kahve istedi.

Ne "üzgünüm, baştan teklif etmeliydim" gibi bir söz, ne arayı bulma, ne de sosyal bağlantı. Bunun yerine beni hemen üst kattaki sekreter bürosunda kaynayan kahve makinesine götürdü. Bir kez daha, bu tür ortamlarda "nasıl davranacağını" kabaca öğrenmiş bir kişi olduğu duygusunu uyandırarak, beni sekreterle biraz kaba bir tavırla tanıştırdı (s. 257)

olarak kötü davranmanın, yoksulluğun ya da ihmal etmenin otizmin dramatik bir şekilde patolojik olan semptomlarına benzeyen davranışların oluşmasına yol açtığını gösteren hiçbir kanıt yoktur (Ornitz, 1973; Wing, 1976).

Geçmiş yıllarda önemli olduğu düşünülen bu psikoloji temelli hipotezin istenmeyen olumsuz sonuçları olmuş olabilir (Rimland, 1964) Bir dakika durup düşünün eğer psikoloğunuz ya da psikiyatrınız altı yaşındaki çocuğunuzun bu

Kendi yazılarında Grandin, pek çok otistik kişinin Uzay Yolu filminden, özellikle Spock ve Data'dan çok hoşlandığını söylemektedir, Spock, Vulcan soyunun bir üyesidir, tümüyle entellektüeldir, yaşamın duygusal yanını göz önüne almaktan çekinir, mantıksal yaklaşımla nitelendirilir; Data bir androiddir, yüksek düzeyde gelişmiş insan görünümünde bir bilgisayardır ve Spock gibi duygusal yaşantıları yoktur. (Her iki kişilik için dramatik temalardan biri, kuşkusuz, Data'nın özel acısı ile resimlenen, insan duygularını yaşayarak flört etmeleridir. Bu aynı zamanda Grandin'in de yaşamındaki temadır.) Kırk yedi yaşında yazdığı gibi:

Bütün yaşamım boyunca gözlemci oldum, her zaman dışarıdan gözetleyen kişi gibi duyumsardım. Yüksek okul yaşamımda sosyal etkileşime katılamadım....

Bu gün bile kişisel ilişkiler benim anlamadığım bir şey... Bekâr kaldım çünkü böyle olmak benim için üstesinden gelinmesi zor olan pek çok karmaşık durumdan sakınmak konusunda bana yardımcı oldu... Flört etmek isteyen erkekler sıklıkla bir kadınla nasıl ilişki kuracaklarını bilemezler. Onlar (ve ben kendim) bana Data'yı anımsattı, Uzay Yolu'ndaki android. Bir bölümünde Data'nın flört etme girişimi tam bir felakettir. Romantik olmaya çalıştığında (bilgisayar programının düzeninde bir değişiklik yaparak) arkadaşına bilimsel dili kullanarak iltifat etti. Otizmi olan çok yetenekli yetişkinlerin bile bu tür sorunu vardır. (Grandin, 1995, s. 132-133)

Otizmi olan insanların bazı eksiklikleri onları inanılmaz düzeyde doğru sözlü ve güvenilir kılmaktadır. "Yalan" diye yazar Grandin "çok kaygı uyandırıcıdır, çünkü diğer kişinin gerçekten aldatıp aldatmadığını anlamak için kurnaz sosyal ipuçlarının çok hızlı yorumlanmasını gerektirmektedir (ki ben bunda yeteneksizim) (1995,s. 135).

Grandin'in profesyonel yaşantısı etkileyicidir. Görselliğinin belirgin gücünü ve çiftlik hayvanlarıyla empatisini kullanarak, inekleri dairesel bir rotaya alarak ve ölüm anına kadar onları kaderlerini fark etmekten koruyarak mezbahaya yönlendirecek kanallar yapma gibi makineler oluşturmuştur.

Yine, iki ağır, eğimli, ahşap kenarlı, her biri üçe dört feet olan ve kalın yumuşak bir kaplamayla güzelce sarılmış tahtalardan oluşan, insan temasına gerek olmadan rahatlatıcı sarılmayı sağlayan bir "sıkıştırma makinesi" çizip yapmıştır. Uzun dar tepe tahtasıyla desteklenerek V şekli yaratacak biçimde, vücut ölçüsünde birleştirilmiştir. Bir ucundaki bölmede bulunan başka bir alete giden dayanıklı tüplerin bulunduğu karmaşık bir kontrol kutusu vardır... Endüstriyel sıkıştırıcı vücuda, omuzlardan dizlere kadar sıkı ama rahat bir basınç uygulamaktadır "(Sacks,1995, s. 262-263). Bu düzeneğin arkasında yatan mantığın açıklaması, küçük bir kız olarak kucaklanmayı çok arzulaması ancak aynı zamanda başka bir insanla fiziksel bir temastan da çok korkması şeklindedir. Sevilen geniş vücutlu halası onu kucakladığında hem bunalmış, hem rahatlamıştır. Terör zevkle birlikte gelmiştir.

Onu güçlüce ama aynı zamanda nazikçe kucaklar şekilde sıkan ve tümüyle onun tarafından kontrol edilen bir sihirli makinenin düşünü kurmaya başlamıştı.-o zaman yalnızca beş yaşındaydı-. Yıllar sonra bir ergen olduğunda buzağıları tutmak ya da engellemek için düzenlenmiş bir oluk gördü ve insan kullanımına uygun kılmak için küçük bir değişiklikle bunun sihirli makinesi olabileceğini anladı"(Sacks, 1995, s. 263).

Onun makineyi göstermesini izledikten ve kendi de denedikten sonra Sacks şunları gözlemledi:

Temple, makineden yalnızca zevk ve rahatlama almıyor, diğerleri için bir duyguyu da sürdürüyor. Makinesinin içinde yattığında, düşüncelerinin sıklıkla annesine, en sevdiği halasına, öğretmenlerine döndüğünü söylüyor. Onların ona olan sevgilerini ve onlara olan kendi sevgisini duyumsuyor. Makinenin başka türlü kapalı olacak duygusal bir dünyaya bir kapı açtığını ve başkalarıyla empati kurmasına izin verdiğini neredeyse bunu öğrettiğini hissediyor (s. 264).

Sacks'ın, Grandin'in profesyonel başarısı ve kendine kurduğu ilginç ve verimli yaşamına çok büyük bir hayranlığı vardır, ancak iş insan ilişkilerine geldiğinde bunu anlamadığı çok açıktır. "Temple'ın hayvanların ruhsal durumlarını ve belirtilerini anlamadaki çabukluğu ve sezgiselliği ile insanların şifrelerini ve işaretlerini, kendilerine davranım yollarını anlamadaki olağan dışı zorluğu arasındaki uçurum karşısında çok şaşırmıştım." (s. 269)

Grandin ve Sacks'ınkiler gibi raporlar, kişiye sunulmuş bazen tuhaf olan yetenekleri kullanarak ve eksiklikler ile uğraşarak kişilik özelliklerine uyum sağlamanın yollarıyla ilgili iç görüler sunar. "Otizm bir sendrom olarak patolojikleştirilse de bireyin bilincinde olması ve gurur duyması gereken bütüncül bir var olma, değişik bir durum ve kimlik olarak görülmelidir" diye yazmıştır Sacks. (s. 277). En son konferanslarının birinde Temple, konuşmasını şöyle bitirmiştir: "Eğer parmaklarımı şıklatmamla otistikliğim yok olsaydı bunu yapmazdım, çünkü o zaman kendim olamazdım. Otizm benim bir parçam" (s. 291).

sessizliğinin nedenin sizin bilinçaltı öfkeniz olduğunu söylese ne hissedersiniz. Ya da mesleki etkinliklerinize olan bağlılığınızın çocuğunuzun otistik davranış örüntülerine neden olduğu söylense ne hissederdiniz? Bu tür kanıtsız iddiaların doğruluğu hiçbir zaman gösterilememiş ve büyük ölçüde çelişkili bilgiler olduğu görülmüştür. Bununla birlikte uzun yıllardır bu büyük duygusal sorumluluk yanlış yaptıkları, hata içinde oldukları söylenen ana babalara yerleşmiştir.

BİYOLOJİK TEMELLER

Nörolojik ve kalıtsal kanıtların birikmesiyle otizmin çok erken başlangıçlı oluşu, bizi yeniden bu zorlayıcı rahatsızlığın biyolojik bir yönü olduğuna çevirmiştir.

GENETİK FAKTÖRLER Otizme yönelik kalıtsal araştırmalar, bozukluğun ender görülmesinden ötürü zor yürütülmektedir. Otistik kişilerin neredeyse tümünün hiç evlenmemesinden ötürü aile çalışmaları yöntemi bazı özel sorunları da beraberinde getirir. Bununla birlikte ortaya çıkan kanıtlar otizmin kalıtsal bir temeli olduğunu öngörmektedir.

Örneğin, otizm riski, kardeşlerin birinde otizm görüldüğü durumlarda hiç otizm görülmeyen durumlara oranla 75 kat daha fazladır (McBride, Anderson & Shapiro, 1996).

Otizmin kalıtsal aktarımını destekleyen kanıtların büyük bir kısmı ikiz çalışmalarına dayanmaktadır, tek yumurta ikizlerinde otizm oranı %60 ile %91 arasında değişmekte iken bu oran çift yumurta ikizlerinde %20'nin altındadır (Bailey ve ark, 1995; Steffenberg ve ark, 1989).

Otistik bireylerin aileleri ve ikizler üzerine yapılan bir dizi çalışma otizmin iletişimsel ve sosyal alanlardaki yetersizliklerin daha geniş bir yelpazesi ile kalıtsal geçişli olduğunu öngörmektedir (Balley ve ark, 1995; Bolton ve ark; 1994; Folstein & Rutter, 1977a, 1977b). Örneğin, otistik olmayan ikiz eşleri olan otistik yetişkinler bağımsız, tek başlarına yaşayamazlar, sabit işleri vardır ya da güvenli ilişkilerini sürdürürler. Buna ek olarak, otistik olmayan tek yumurta ikizleri konuşmada gecikme ya da okuma bozuklukları gibi iletişimsel eksiklikleri kanıtlarlar. Birlikte ele aldığımızda, aile ve ikiz çalışmalarında elde edilen kanıtlar otizmin kalıtsal temeli olduğunu güçlü bir şekilde destekler.

NÖROLOJİK FAKTÖRLER Otizmli çocukların EEG'leri üzerinde yapılan ilk dönem çalışmalar bu çocukların çoğunun anormal beyin dalgası örüntüleri olduğunu göstermektedir (örn. Hutt ve ark., 1964). Diğer tip nörolojik çalışmalarda yine birçok otistik çocuğun beyin hasarlarına ilişkin bilgiler açıklanmıştır (örn. Compbell ve ark., 1982; Gillberg & Svedjen, 1983). Örneğin manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ile yapılan bir çalışmada otistik ve normal genç erkeklerin beyin yapıları karşılaştırılmış, otistik deneklerin beyinlerinde bir genişleme olduğu gösterilmiştir (Piven ve ark., 1995). Otistik kişilerin beyinlerindeki işlevsizliğe bir başka kanıt, serebellum (beyincik) oranının otizmli çocuklarda daha az geliştiği şeklindeki bulgusuyla başka bir MRI çalışmasından gelmiştir (Courchesne ve ark., 1988). Bu anormallik 18 otistik denekten 14'ünde gözlenmiştir.

Çocukluklarında ciddi otistik belirtiler gösterenlerin %30'unun ergenlik döneminde epileptik nöbetler geçirmesi, bu bozuklukta beyindeki aksaklığın rol oynadığına ilişkin bir başka göstergedir. Doğum öncesi dönemde anneleri kızamıkçık (rubella) geçiren çocuklarda otizmin yaygınlığı, genel çocuk nüfusuna göre 10 kat fazladır ve gebelikte geçirilen kızamığın gelişmekte olan fetüsün beyninde hasar bırakabileceği bilinen bir gerçektir. Otizme benzer belirtiler kimi zaman merkezi sinir sistemi işlevini etkileyebileceği düşünülen menenjit, ensefalit, frajil X, tübero sklerozun ardından da görülebilir. Tüm bu bulgular, zekâ geriliğin derecesi ile birlikte otizm ve beyin hasarı ile bağlantılı görünmektedir (Courchesne ve ark., 1988).

OTİSTİK BOZUKLUĞUN TEDAVİSİ

Yalnızlıklarının çok dokunaklı ve semptomlarının çok belirgin olmasından ötürü otizmli çocukların koşullarını iyileştirme çalışmalarına büyük dikkat verilmeye başlanmıştır. Otizmin etiyolojisine yönelik kuramla birlikte ilk çabalar psikolojik doğasına yönelmiştir ve bir kısmından önemli beklentiler gösterilmiştir. Daha yeni olarak çok çeşitli psikofarmakoterapiler de çalışılmış, karışık sonuçlar elde edilmiştir. Otizmli çocukların tedavisinde genellikle olağan olmayan davranışların azaltılmasına ve iletişimlerinin ve sosyal becerilerinin arttırılmasına çalışılmaktadır. Kimi zaman ailenin en büyük isteği otizmli çocuklarını olumsuz bir tepki görmeden lokantaya ya da markete götürebilmektir.

OTİSTİK ÇOCUKLARIN TEDAVİSİNDEKİ ÖZEL SORUNLAR

Otizmli çocukların eğitimini güçleştiren birçok sorun vardır. Öncelikle rutinlerinin değişimine karşı uyum göstermezler ancak tedavinin yapısı ve doğası da değişim içerir. İkinci olarak yalnızlıkları ve kendilerini uyarıcı hareketleri etkili öğrenimi etkileyebilir. Yine, başka yetersizlikleri olan çocukların benzer davranışları aynı sıklıkta ve şiddette olmasa da öğretmenin çabasına ek bir külfettir.

Üçüncü olarak özellikle otizmli çocukları motive edecek farklı yollar bulmak güçtür. Otizmli çocuklarda pekiştiricinin etkin olması için belirgin, somut ve çarpıcı olması gerekmektedir. Otistik çocuğun yanıt verdiği pekiştiricilerin ranjını artırmada sık kullanılan yöntem, çok istenen yiyecek birincil pekiştirici olarak kullanılarak, övgü gibi bir sosyal pekiştiricilerle eşleştirme yapmaktır.

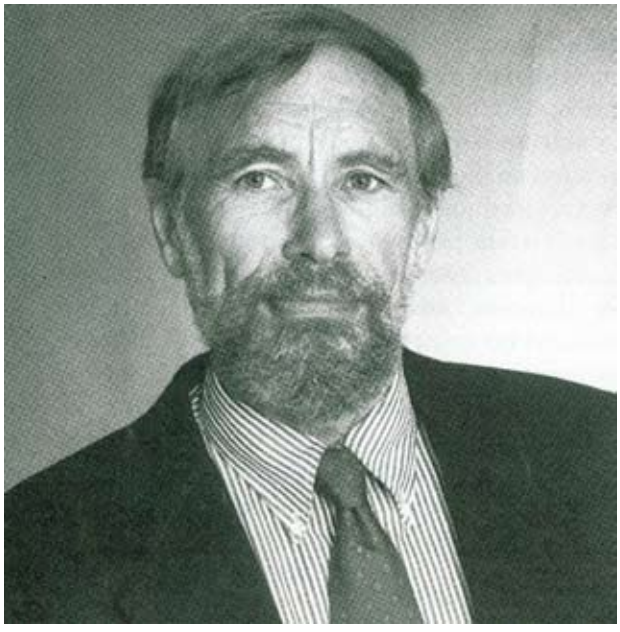
Otizmli çocukların öğrenmesini etkileyen bir başka sorun dikkatlerindeki aşırı seçiciliktir; çocuğun dikkati görev ya da durumun belirli yönüne odaklandığında, diğer olasılıklar, ilişkili olanlar da dahil, fark edilmeyecektir (Lovaas ve ark., 1971). Bu çocukların dikkatlerinde görülen aşırı seçiciliğin doğası onların genellemelerini ya da öğrendiklerini diğer alanlara uyarlamalarını güçleştirir. Örneğin, otizmli çocuk eğitimcisinin ağız hareketlerini izleyerek bazı kelimeleri öğrenebilir ancak aynı kelimeleri farklı bir insan daha az dudak hareketi ile konuştuğunda anlamayabilir.

Bu sorunlara karşın otistik öğrencilere özgü hazırlanan eğitim programları başarılı sonuçlara ulaşmıştır ve biz şimdi bunlara bakacağız.

OTİSTİK ÇOCUKLARIN DAVRANIŞÇI TEDAVİSİ

Davranışçı terapistler, model alma ve edimsel koşullama yöntemlerini kullanarak otizmli çocuklara konuşmayı öğretmişler (Hewett, 1965), otizmli çocukların ekolalik konuşmalarını değişimlemişler (Carr, Schreibman & Lovaas, 1975), diğer çocuklarla oyun oynamaları için cesaretlendirmişler (Romanczyk ve ark, 1975), ve onların yetişkinlere karşı daha yanıt verici davranmalarına yardımcı olmuşlardır (Davison, 1964).

Ivar Lovaas, otizmli çocukların edimsel-koşullama tedavisini ortaya atan bir davranış terapistidir.



Ivar Lovaas, Los Angeles California Üniversitesi klinik araştırma şefi, küçük yaştaki otizmli çocuklara (4 yaşın altındaki çocuklar) yönelik yoğun bir edimsel program oluşturmuştur (Lovaas, 1987). Terapi programı, haftada 40 saat olmak üzere 2 yıldan daha çok bir sürede, çocuğun yaşamının tüm yönlerini kapsayacak şekilde hazırlanmıştır. Ana babalar, çocuklarının uyanık olduğu tüm zamanlarda tedavinin tüm ağırlığı ile devam etmesi için yoğun bir şekilde eğitilmişlerdi. Bu yoğun tedavi programını alan 19 genç, haftada 10 saatten daha az süren benzeri bir tedavi programında yer alan kontrol grubundaki 40 gençle karşılaştırmıştır. Tüm çocuklar, örneğin, diğer çocuklarla konuşmaları ve oynamaları sırasında daha az saldırgan, daha uyumlu ve daha sosyal oldukları için ödüllendirildiler. Bu programın amacı; otizmli çocukların gelişerek, kendi başlarına ya da diğer rahatsızlık grubundan çocuklarla olmak yerine normal yaşıtlarıyla kaynaşmasından çok daha fazla yarar göreceği sayıltısından hareketle, çocukları kaynaştırmaktır.

Çalışmadan elde edilen sonuçlar yoğun terapi grubu için dramatik ve yüreklendiriciydi. Yapılan ölçümlerde ZB'leri ortalama 83 olan birinci sınıftakiler (yoğun terapi programından 2 yıl sonra) 55 olan kontrol grubu ile karşılaştırmıştır; 10 gençten 12'si kontrol grubundan ise yalnızca 2 kişi (40 kişiden) normal ranja ulaşmıştır. Dahası yoğun terapi grubundan 19 gençten 9'u yerel bir okulun ikinci sınıfına devam etmesi için desteklenmiştir, daha kalabalık olan kontrol grubundan sadece bir kişi normal işlevsellik derecesine ulaşmıştır. Bu çocukların 4 yıl sonra yapılan izleme çalışmalarından elde edilen sonuçlar bu yoğun tedavi programına katılan çocukların ZB derecelerini, uyumlu davranışlarını koruduklarını ve okulda sınıflarını geçtiklerini göstermiştir (McEachin, Smith & Lovaas, 1993). Eleştiriler araştırmanın yöntemindeki ve sonuçlarındaki eksiklikleri işaret etmelerine karşın (Schopler, Short & Mesbov, 1989) bu beceri gerektiren program, otizmli çocukların ileri boyuttaki meydan okumalarıyla uğraşma konusunda ana babaların ve profesyonellerin yoğun katılımlarının yararını doğrulamaktadır.

Bu programa inanmak için bir diğer neden de ana babalar tarafından desteklenen bu progra-

mın çocuğa, hastane ya da klinik temelli tedavilerden daha yararlı olmasıdır. Lovaasın çalışmalarının bir benzerinde, Koegel ve arkadaşları (1982), 25-30 saatlik ana baba eğitiminden sonra, çocukların standardize testler ve davranım ölçümlerinde, 200 saatten daha çok klinik tedavi alanlarla benzer düzeyde gelişim gösterdiğini ortaya koymuştur. Koegel ana baba eğitimin öğrenmenin genellenmesinde daha üstün olduğunu ileri sürmektedir, çünkü ana babalar pek çok farklı ortamlarda bulunabilmekte ve bu eğitim sürecinde, boş zaman etkinliklerinde ve eğlenceli aktivitelerde çocukları ile birlikte daha çok vakit geçirebilmektedirler.

Şu net bir şekilde anlaşılmalıdır ki, kimi otistik ya da ciddi derecede rahatsızlığa sahip çocuklar ancak sadece hastane ya da sağlık personeli tarafından düzenlenen grup evlerinde bakımını sürdürebilir. Dahası kimi ailelerin koşulları rahatsızlığı olan çocuğun evde bakımı almasını engeller durumdadır. Ana babalar tarafından yürütülen bu etkili tedavilerin tüm ana babalar için uygun bir sistem olduğu söylenemez.

OTİSTİK ÇOCUKLARIN PSİKODİNAMİK TEDAVİSİ

Bağlanma sorunlarını ve duygusal yoksunlukları otizmin kaynakları olarak gören Bruno Bettelheim (1967, 1974) çocuğun bizim dünyamıza girmesi konusunda cesaretlendirilmesi için sıcak ve sevgi dolu bir ortamın yaratılması gerektiğini savunmuştur. Rogers'çı görüşe göre hasta ve hastayı koşulsuz olumlu kabul düşüncesinin, çocukların diğer insanlara güvenmesi ve bir ilişki kurmak için olanakları değerlendirmesi açısından gerekli olduğuna inanılmıştır. Chicago Üniversitesi Ortojenik Okulundan Bettelheim ve arkadaşları başarılı pek çok örnek yayınlamıştır ancak yaptıkları gözlemlerin kontrol edilemeyen yapıda olması elde edilen sonuçların değerlendirilmesini güçleştirmiştir. Dahası Bettelheim'in kullandığı işlemlerin ve okulundaki öğrencileriyle ulaştığı başarılara ilişkin raporlarının doğruluğu son zamanlarda sorgulanmaya başlamıştır, iddialarının geçerliği ile ilgili ciddi kuşkular gösterilmektedir (Gardner, 1997; Pollak, 1997).

OTİSTİK ÇOCUKLARIN İLAÇ TEDAVİSİ

Otistik davranışların tedavisinde en yaygın olarak antipsikotik ilaç grubundan haloperidol (ilacın ticari adı Haldol) kullanılmaktadır. Bu ilaçla ilgili yapılan bir kaç kontrollü çalışma bu ilacın sosyal içe çekilmeyi, kalıplaşmış motor davranışları ve kendine zarar verme gibi uyumsuz davranışları azalttığını göstermiştir (Anderson ve ark., 1989; McBride ve ark., 1996; Perry ve ark., 1989). Pek çok otizmli çocuk bu ilaca olumlu tepki vermemiştir, bu ilacın normal olmayan kişiler arası ilişkiler ve konuşma bozuklukları gibi otizmin diğer yönleri üzerinde olumlu etkileri olmadığı görülmüştür (Holm & Varley, 1989). Aynı zamanda Haloperidol'ün ciddi yan etkileri bulunmaktadır.

Otizmli çocukların kanlarındaki serotonin düzeylerinin yükselmişliğine dair kanıtlar, serotoninin salınımını azaltan ilaçlarla ilgili araştırmalar yapılmasını yüreklendirmiştir. 1980'lerde 20 tıbbi tedavi merkezinde deney farelerinde (rat) ve maymunlardaki seratonin maddesinin düzeyini düşüren fenfluramine'in etkililiğini değerlendiren çok geniş çaplı araştırma yapılmıştır. Bu ilacın otizmli çocukların düşünce ve davranış süreçlerinde dramatik gelişmelere neden olduğuna ilişkin kısa süreli ve coşkulu iddiaların ardından (Ritvo ve ark., 1983) yapılan çalışmalar sonucunda daha ılımlı sonuçlara ulaşıldı. Flenfluraminin otizmli çocukların sosyal uyumları, dikkat süreleri, aktivite dereceleri ve kalıplaşmış davranışları üzerinde ılımlı olumlu etkisi olmakla birlikte ZB ya da dil işlevselliği gibi bilişsel ölçümler üzerinde tutarlı etkileri bulunmamaktadır. Son gözden geçirmeler fenfluramine'nin etkilerinin en iyi düzeyde olduğu ve ilacın otizmin çözümü olmadığı konusunda uyuşmaktadırlar (Aman & Kern, 1989; Compbell, Anderson & Small, 1990; du Verglas, Banks, & Guyer, 1988).

Araştırmacılar naltrexone gibi opioid reseptör antagonistleri üzerinde çalışmışlar ve bu ilacın otizmli çocukların hiperaktivitelerini azalttığı bulunmuştur (Campbell ve ark., 1993). Son yıllarda yapılan kontrollü bir çalışmada bu ilacın iletişimi başlatmada orta dereceli gelişmelere neden olduğu gösterilmiştir (Kolmen ver ark., 1995). Naltrexone'un kendine zarar verme davranışlarını azaltmada faydalı olduğunun belirlenmesi için çok fazla sayıda araştırma yapılmasının gerekli olduğu düşünülmekle birlikte, bu ilacın otizmin temel semptomları üzerinde etkili olmadığı görülmektedir.

Şizofreninin tedavisinde aktarıldığı gibi otizm adı verilen bu ciddi ve karmaşık rahatsızlığın etkili tedavisinde psikoloji ve biyoloji bilimlerine eğilimli farklı kişilerin disiplinler arası ortak çalışmalarının etkili olduğu gözlenmiştir. Sihirli bir kurşun arayışı başarıya ulaşma olasılığını imkânsızlaştırır.

ÖZET

Dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğu ve davranım bozukluğu denetim altına alınamayan davranışlarla belirlenir. DEHB sürekli bir dikkatsizlik örüntüsü ve / ya da içinde bulunduğu yaşta gözlenmesi gerekenden daha ciddi ve daha sıkı bir dürtüsellik halidir. Etiyolojisinde kalıtsal ve biyolojik etkenlerin olduğuna ilişkin güçlü kanıtlar olmakla birlikte ana babanın çocuklarının davranışlarına karşı tepkisi de en azından hastalığın zamanla ilerleyiş biçiminde önemlidir. Ritalin gibi uyarıcı ilaçları ve ilgilendiği görevin başında kalması nedeniyle pekiştirme DEHB'nin şiddetinin azalmasında etkindir.

Davranım bozukluğu sıklıkla yetişkinlikte gözlenen antisosyal kişilik bozukluğunun habercisi, ön koşuludur, bununla birlikte bu tanıyı taşıyan pek çok çocuk bu uç süreci yaşamaz. Davranım bozukluğu aşırı öfke, saldırganlık, yalancılık, hırsızlık, vandalizm ve yasaları ve sosyal normları çiğnemenin yaygın ve yüksek düzeyleri ile tanımlanır. Bu rahatsızlığın görünen etiyolojisinde kalıtsal yatkınlık, ahlaki farkındalıkla ilgili uygun olmayan öğrenmeler, model alma, antisosyal davranışların direk pekiştirilmesi ve yoksul, suça yatkın ortamlarda yaşama sayılabilir. Davranım bozukluğu olan gençlerin denetiminde yapılacak yardımlar, olumlu sosyal davranışların ana baba tarafından pekiştirilmesi ve eğer mümkünse adli sisteme girmesinin engellenmesidir

Öğrenme bozuklukları, çocuk akademik, dil ya da motor beceri alanında beklenen zekâ düzeyine uygun gelişmediğinde tanımlanır. Bu tür bozukluklar akıl sağlığı kliniklerinden çok okul sistemi içinde teşhis ve tedavi edilir. En çok çalışılan öğrenme bozukluğu olan disleksinin kalıtsal bir yönü ve biyolojik bileşenleri olduğuna ilişkin çok yoğun kanıtlar bulunmaktadır. Disleksiye en yaygın müdahale ise eğitimseldir.

Zekâ geriliği 18 yaşından önce görülen ortalamanın altında zihinsel işlevsellik ve uyumlu davranış yetersizlikleri ile tanımlanır. Pek çok çağdaş tedavi zekâ geriliği olan kişileri, ciddiyetin düzeyine göre sınıflandırmaya çalışmak yerine, onların güçlü yanlarına odaklaşmaktadır. Verilen önemdeki bu değişiklik bireyin yetenekleri dâhilinde psikolojik ve eğitimsel girişimleri düzenlemek konusundaki artan çaba ile birliktedir

Zekâ geriliğinin daha ciddi biçimlerinin, Down Sendromuna neden olan kromozom trisomisi gibi biyolojik temeli olduğu bilinmektedir. Annenin gebeliğinde yaşanan HIV ve AIDS, kızamıkçık ve frengi gibi bulaşıcı hastalıklar doğrudan bebeği etkilemektedir; örneğin yanlış beslenme, ciddi düşmeler ve otomobil kazalarının beyne zarar vermesi gibi, ensefalit de çocuğun bilişsel ve sosyal gelişimini engeller. Çevresel etkenler hafif dereceli zekâ geriliğinin temel nedeni olarak düşünülmektedir. Alt sınıf evlerde sosyal ve eğitimsel yetersizliklerin olduğu bir ortamda yaşam süren hafif dereceli zekâ geriliği olan kişilerde beyin hasarı bulunamamıştır.

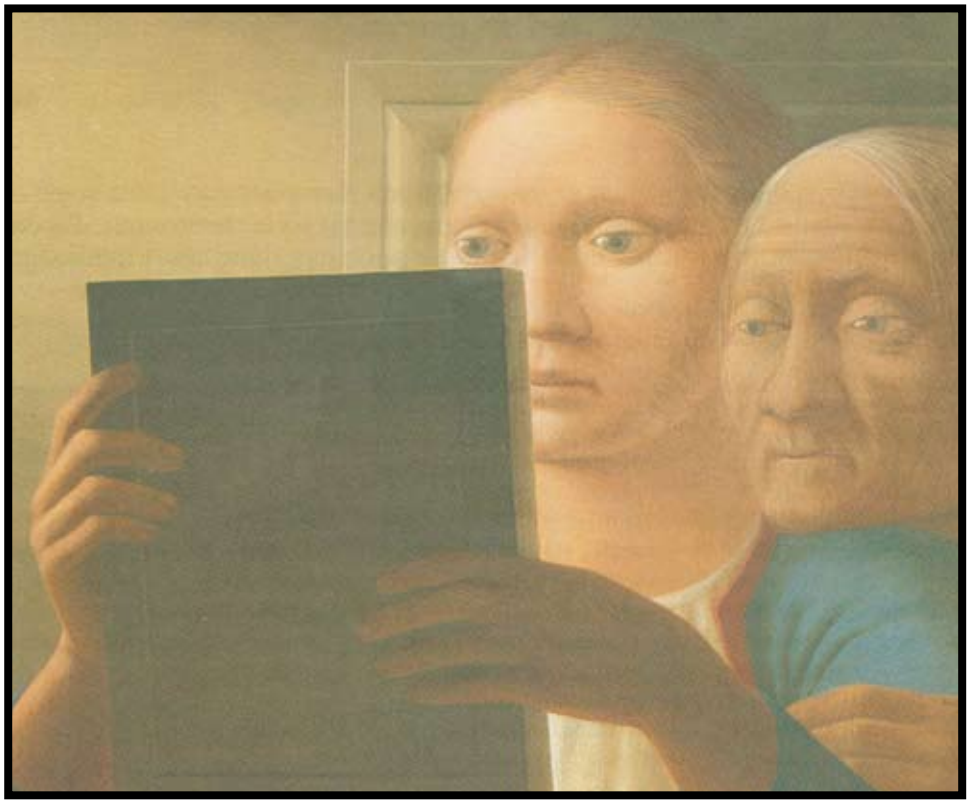
Araştırmacılar yoksul ortamlarda yetişen çocuklara okul öncesi eğitim ve sosyal olanaklar sağlayarak hafif zekâ geriliğini engellemeye çalışmaktadırlar. Bu programlar içinde en büyük ve en çok tanınan, çocukların donanımı konusunda yararlı olmaya çalışan Head Start Projesidir. Önceleri kurumlara yerleştirilen zekâ geriliği olan çocuklar Halk Yasası 94-142'nin kaynaştırma konusundaki katkılarıyla halk okullarında eğitilmeye başlamıştır. Buna ek olarak davranışçı terapistler, uygulamalı davranış analizi, kendine yönerge verme, model almayı kullanarak geriliği olan bireylerin davranışsal sorunlarını başarı ile tedavi edebilmekte ve zekâ işlevselliklerini geliştirebilmektedir.

Yaygın gelişimsel bir bozukluk olan otizm 2,5 yaşından önce başlamaktadır. Otizmin temel belirtileri uç noktada otistik yalnızlık, insanlarla ilişki kurmada başarısızlık, iletişim sorunları, dil öğrenmede başarısızlık ya da ekolali ya da uygunsuz zamir kullanma gibi konuşma başarısızlıkları, aynılığı sürdürme, günlük rutinlerini, çevreyi aynı tutma konusunda obsesif istekler duyma olarak tanımlanabilir. Başlangıçta otizmin soğuk ve uzak ana babaların çocuklarına ilişkin retlerinin bir sonucu olduğuna inanılmıştı ancak son yıllarda yapılan araştırmalar bu bilgileri doğrulamamaktadır. Yine, otizmin biyolojik bir temeli olduğuna ilişkin kesin bulgular olmamakla birlikte otizmin biyolojik bir yönü olduğunu gösteren pek çok neden bulunmaktadır: başlangıcı çok erkendir, ikiz ve aile çalışmaları kalıtsal bir yatkınlığı olduğunu desteklemektedir; otizmli çocukların beyinlerinde anormallikler bulunmuştur; menenjitin ve ensefalitin ardından otizme benzer bir sendrom görülebilir; pek çok otistik çocuğun düşük zekâ düzeyi beyin işlevsizlikleri ile bağlantılıdır.

Otizmin en umut verici psikolojik tedavisi model alma ve edimsel koşullama süreçlerine dayanmaktadır. Otizmli çocukların prognozu genellikle zayıfsa da -Odak 15.6'da tanımlanan bazı yıldızlaşan olgular dışında- son yıllarda yapılan çalışmalar ana babaların da yer aldığı yoğun davranışçı tedavi programı ile bu çocukların normal sosyal ilişkilerde anlamlı bir biçimde yer alabildiklerini göstermektedir. Otizmli çocukların serotonin düzeylerini düşüren ilaçlar çok az umut vericidir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER

dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğu
davranışçı pediatri
davranım bozukluğu
karşı olma karşı gelme bozukluğu
enürezis
öğrenme yetersizlikleri
öğrenme bozuklukları
okuma bozukluğu (disleksi)
aritmetik bozukluğu
yazılı ifade bozukluğu
dilin ifade bozukluğu
fonolojik bozukluk
kekeleme
motor beceri bozukluğu
hafif zekâ geriliği
orta zekâ geriliği
ağır zekâ geriliği
ileri derecede ağır zekâ geriliği
Down sendromu (Trisomy 21)
kırılgan X sendromu
fenilketonuri (PKU)
uygulamalı davranış analizi
kendini yönlendirme eğitimi
otistik bozukluk
yaygın gelişimsel bozukluk ekolali
zamir tersine çevirme



George Tooker, "Aynall", 1963.

16

YAŞLANMA VE PSİKOLOJİK BOZUKLUKLAR

Çeviri: Prof. Dr. Ferhunde Öktem

YAŞLI ERİŞKİNLERİN İNCELENMESİNDE KONULAR, KAVRAMLAR VE YÖNTEMLER
- Yaşlı Erişkinlerdeki Çeşitlilik
- Yaş, Kuşak ve Ölçüm Zamanının Etkileri
- Yaşamın İleri Döneminde Psikopatoloji Tanısının Konması
- Sorunlardaki Çeşitlilik

İLERİ YAŞ VE BEYİN BOZUKLUKLARI
- Demans
- Delirium

İLERİ YAŞ VE PSİKOLOJİK BOZUKLUKLAR
- Yaşamın İleri Döneminde Ruhsal Bozuklukların Genel Yaygınlığı
- Depresyon
- Kaygı Bozuklukları
- Sanrılı (Paranoid) Bozukluklar
- Şizofreni
- Madde Bağımlılığı ile İlişkili Bozukluklar
- Hipokondri
- Uyku Bozuklukları
- İntihar
- Cinsellik ve Yaşlanma

YAŞLILARIN TEDAVİSİ VE BAKIMI
- Bakım Evleri
- Toplum Temelli Bakım

YAŞLI ERİŞKİNLERLE TERAPİYE ÖZGÜ KONULAR
- Yaşlı Erişkinlerdeki Terapinin İçeriği
- Yaşlı Erişkinlerdeki Terapi Süreci

ÖZET

Hasta servikal (boyun) disk ameliyatı için hastaneye yatan 56 yaşında sağlak (sağ elini kullanan) bir işadamıdır. Yoğun iş programı ve ameliyatla ilgili kaygıları nedeniyle daha önce iki kez hastaneye gelmekten vazgeçmiştir. Hasta çok ağır bir sosyal içici olmakla birlikte, bu onun iş performansını etkileyecek düzeyde değildir. Ameliyat olaysız geçmiş ve sonrasında süreçten doğan bir komplikasyon olmamıştır. Hasta bunun üzerine çok rahatlamış, ameliyattan sonraki 3. geceye kadar normal bir iyileştirme gösterir gibi görünmüştür. O gece son derece huzursuz olmuş ve uyumakta zorluk çekmiştir. Ertesi gün gözle görünür biçimde yorgunluk dışında her şey normaldir. Bunu izleyen gece, huzursuzluğu daha belirginleşmiş, kaygılı ve korkulu bir hâl almıştır. Gece ilerledikçe, odasında, saklanan insanlar gördüğüne inanır olmuş, şafak sökmeden hemen önce hemşireye yatağının üzerinde ve perdede koşuşan bazı küçük, garip hayvanlar gördüğünü bildirmiştir. Sabah olduğunda, hasta çok kaygılı ve korkmuş bir durum sergiliyormuş. Uyuşmuş ve dalgın halde olup, bir önceki geceki olayları anlatmaya çalıştığında son derece tutarsızlık sergilemiştir. Kim ve nerede olduğunu bilmekte ama ameliyat olduğu günü ya da zamanı bilmemektedir. O gün zihinsel durumu dalgalanma göstermiş ama gece olunca kafası iyice karışmış ve aşırı huzursuz (ajite) olmuştur. Bu noktada, psikiyatrik konsültasyon istenmiştir.

Konsültanın tanısı akut ameliyat sonrası zihin karmaşası (konfüzyon) durumu (delirium) olmuştur. Nedeni bazı etmenlerin olası etkileridir: alkol alımının durdurulması, ameliyattan korkma, güçlü analjezik kullanımı, ameliyat stresi, ağrı ve yabancı bir odada geçirilen uykusuz geceler. Tedavi, ağrı için alınan ilaçların azaltılması, gece odanın bölgesel olarak aydınlatılması ve hastaya sürekli olarak aile bireylerinden birinin eşlik etmesinden oluşmuştur. Bu basit değişiklikler ve günde üç kez 50 mg klorpromazine (Thorazine) ve yatmadan önce 500 mg kloral hidrat, zihinsel karmaşasını iki gün içinde gidermiş ve bir hafta içinde anormal davranışa ilişkin herhangi bir belirti kalmaksızın eve dönebilmiştir. Bu güne kadar bu sorunlardan hiçbiri yinelememiştir. (Strub & Black, 1981, s. 89-90)

Bu kitabı okumakta olan daha şanslı okuyucular bir gün yaşlanacaktır. Yaşlandığınız süre boyunca, psikolojik değişikliklerin olması kaçınılmazdır; buna ek olarak pek çok duygusal ve zihinsel değişiklik de görülebilir. Yaşlılar zihinsel bozukluklar açısından gençlere kıyasla daha mı çok risk altındadır? Daha önceki kaygı ve depresyon gibi duygusal sorunlar ileri yaşta daha kötü hale mi gelir? Bu duygusal sorunlar, daha gençken bunları yaşamamış kişilerde de gelişir mi?

ABD toplumunun çoğunun ileri yaşla ilgili belirli varsayımları vardır. Titrek ve sersemleşmiş hale gelmekten korkarız. Cinsel hayatımızın doyum sağlayıcı olmayacağı konusunda kaygı duyarız. Bu bölümde bu tür konu ve sorular incelenmekte ve bazı terapilerin ileri yaştaki erişkinlerin psikolojik sorunlarıyla başa çıkmakta diğerlerine kıyasla daha uygun olup olmadığı değerlendirilmektedir. Ayrıca, yaşam beklentisinin yetmişlere ve ötesine uzadığı bir dönemde, toplumun yaşlanmayı araştırma ve yaşlı insanlara yardım etme konusunda yeterince zihinsel ve parasal kaynağı ayırıp ayırmadığı konusu da değerlendirilecektir.

Yaşlı erişkinler, birçok Asya ülkesinde gördükleri saygının tersine, ABD'de çok iyi muamele görmezler. Yaşlanma süreci, hepimiz için kaçınılmaz olmasına karşın, birçok kişi bundan nefret eder, hatta buna gücenirler. Belki de, yaşlı kişilere saygı gösterilmemesi, içimizde yaşlanma konusunda kökleri derinlerde saklı korku ve yanlış kavramlardan kaynaklanmaktadır. Ciddi hastalıkları olan bir yaşlı; bazılarımızın bir gün daha az düzgün bir şekilde yürüyebileceğini, daha az net görebileceğini, daha az iştahlı olarak yemek yiyebileceğini, cinsel hayattan daha az zevk alabileceğini ve çok sayıdaki hastalıktan bazılarına ve çoğu yaşlı kişide var olan bozukluklara yenik düşebileceğini gösteren, hoş karşılanmayan bir hatırlatıcı durumundadır.

Yaşlanmaya ilişkin psikolojik sorunlar özellikle kadınlar için ağır olabilir. Son 30 yıldır bilinçlenme artmış olmakla birlikte, toplumumuz, kadınlarda geçen yıllarla birlikte baş gösteren ve giderek daha belirgin hale gelen kırışıklık ve sarkmaları kolayca kabul edememektedir. Erkekte şakaktaki gri saçlar ve hatta kel bir kafa genellikle seçkin bir özellik olarak değerlendirilirken, kadındaki yaşlanma belirtilerine toplumumuzda değer verilmez. Kozmetik ve plastik cerrahi sanayileri kadınların yaşlarıyla ilgili olarak kendilerine telkin edilen korkuyu sömürerek, her yıl milyarlarca dolar elde etmektedir.

Azınlık konumundaki etnik guruplarda yaşlı bireyler ise çifte tehlike yaşarlar, Afrika kökenli Amerikalılar ve Meksika kökenli Amerikalılar beyaz eşdeğerlerine göre, önemli ölçüde daha az gelire sahiptir ve daha az sağlıklıdır, ayrıca yaşamdan daha az zevk alırlar (Dowd & Bengston, 1978; Gerber, 1983). Kadınlara karşı toplumun bakış açısı bazılarının üçlü bir tehlike olarak adlandırabileceği bir duruma katkıda bulunur; azınlıktaki yaşlı kadınlar ekonomik bağımlılık ve bununla bağlantılı sorunlar yönünden en fazla risk altında olan kesimdir (Blau, Oser & Stephensi, 1979). Öte yandan, Odak 16.1'de belirlendiği şekliyle, bazı gözlemciler azınlık gu-

ODAK 16.1 KADINLARDA İLERİ YAŞTA CİNSİYET ROLÜNÜN ESNEKLİĞİ, İLERİ YAŞLA BAŞA ÇIKMA VE BUNA GEÇİŞ*

Yaşlı olarak birtakım dezavantajlara sahip olmalarına karşın, kadınlar yaşlanmanın belirli yönleriyle daha iyi başa çıkarlar, çünkü kadınların kurtuluş hareketi ve feminist konularda artan bilinçlenme ile sağlanan gelişmelere karşın, onlar genellikle erkeklere kıyasla toplumda daha marjinal ve daha az değer verilen rolleri yerine getirmiştir. İlk olarak, kadınlar toplumda erkeklere göre daha çok role sahiptir. Pek çok erkek ailenin başlıca ekmek getiren kişisi, bazen aynı zamanda baba ve nadiren aileye birincil bakan konumunda baba rolüyle emeklilik dönemine girerken, kadınlar sıklıkla anne, eş, aile kurucu, iş gören, dul ve bazen sakat bir akrabanın bakıcısı gibi çeşitli rollerde yer almaktadır. Kadınlar aynı zamanda değişen rollere de uyum sağlar, örneğin çocukların evden gitmesiyle anne rolü, yerini boş bir yuvanın başındaki kişiye bırakır (Sinnott, 1986). Bu çeşitlilik ve durağan olmama durumu bazılarınca cinsiyet rolündeki esneklik olarak adlandırılmaktadır. Bu esneklik kadınların ileri yaşta daha fazla dayanıklı olmasına katkıda bulunabilir; ne de olsa hayatları boyunca bir büyük rol değişikliğinden diğerine geçmekte daha çok uygulama yapmışlardır. Ve sosyal rollerde daha büyük ölçüde meydana gelen bu farklılık stresi azaltabilir ve kadınlarda genel olarak daha fazla yaşama beklentisinin oluşmasında bir pay sahibi olabilir.

Erkeklerde bu derecede rol esnekliği gelişmediği ve denenmediğinden, geleneksel erkek rolünün getirdiği isteklerde ve ayrıcalıklarda emeklilik ile birlikte azalma olduğunda daha zorlu ve stresli bir uyum süreciyle karşılaşırlar. Emekliliğin bu olumsuz tarafı, yaşamın bu dönemindeki olumlu özellikler ile bazen azalır. Nitekim ileri yaşta çoklu sosyal roller içinde yer alabilme yeteneği, örneğin patron olarak geçirilen yıllardan sonra öğrenci olma, daha az depresif belirti görülmesi, hayattan daha çok zevk alma ve hem kadın hem de erkekte kendine yetme duygusunun üst düzeyde algılanması gibi durumlarla bağlantılandırılır. (Adelman, 1994, Turk-Charles, Rose & Gatz, 1996).

Kadınlar ileri yaşlara ve toplumdaki yaşlılığa yöneltilen olumsuz tavra karşı erkeklere kıyasla daha donanımlı gelirler, çünkü onlar ayrımcılıkla başa çıkma konusunda daha çok deneyimlidirler (Canetto, 1992). Benzer şekilde, eşcinsel ya da lezbiyenlerin yaşamları boyunca karşı karşıya kaldıkları baskı onları yaşlılığa karşı tavır alma ve sıkça yaşlanma ile bağlantılandırılan statü kaybı ile başa çıkmaya hazırlayabilir. Ve bu zorluk yoluyla edinilen güç, üçlü bir tehlike -üç kaynaktan ayrımcılık- ile karşı karşıya olan azınlıktaki yaşlı erkekler için ayrı bir önem taşır (Stoller & Gibson, 1994). Öte yandan, sınırlı parasal kaynaklar ile bağlantılı sağlığına bakmama ve genel sağlık durumunun daha kötü olması gibi sorunlar, yaşamı boyunca yüksek düzeyde stres ve zorluklarla baş etmek zorunda kalmış kişinin kazanmış olacağı avantajların etkisini aşabilir.

Altmış beş yaş üzeri kişilerdeki intihar oranları bütün yaş guruplarından çoktur. Bu yüksek oranın nedeni altmış beş yaş üzeri erkeklerdeki, özellikle de beyaz erkeklerdeki, sürekli artıştır. Kadınlar arasında ve özellikle azınlıktaki kadınlar arasındaki oranlar elli yaşından sonra düşüş göstermektedir (McIntosh, 1995, McIntosh ve ark., 1994). Benzer şekilde, kadınların erkeklere oranla dul kalma olasılığı altmış beş yaş sonrası daha çok olsa da, dul kadınlar dul erkeklere oranla intihar girişimine daha az eğilimlidir (Canetto, 1992). Cinsiyetler arasındaki bu farklılık erkeklerin duygusal ve kişilerarası gereksinimlerinin doyumu açısından kadınlara göre daha bağımlı olmalarından ileri gelmektedir (Spacapan & Oskamp, 1989). Bu durum, dul erkeklerin yeniden evlenme oranlarının daha yüksek olmasının da kısmen bir açıklamasını oluşturabilir.

*Bu malzeme E H. Davison'ın yayınlamadığı bir yazıya dayanmaktadır (1996).

rubunda kadın ve / veya bir üye olmanın yarar getirdiğini düşünmektedirler.

Yaşlanmaya ilişkin fiziksel gerçekler yaşlı ya da genç olsun takvim yaşına karşı tavır alma **(ageism)** ile daha karmaşık hale gelmektedir. Yaşa karşı tavır takvim yaşına bağlı olarak ayırım yapmaktır. Yaşlılığa karşı tavır, altmışlarında bir kadın profesörün üniversitede ders vermeye devam edemeyeceği düşünüldüğü, ya da yetmiş beş yaşından büyük bir erkeğin sosyal bir ortamda kendisinin sohbete katacağı bir şey olmadığı varsayımından hareketle göz ardı edildiği gibi durumlarda görülebilir. Herhangi bir önyargı gibi, yaşlılığa karşı tavır insanlar arasındaki farklılıkları, basmakalıp düşünceler lehine bozarak, görmezlikten gelir (Gatz & Pearson, 1988).

Ruh sağlığı konusundaki profesyoneller çok yakın bir zamana dek yaşlı insanların psikolojik sorunlarına pek önem vermemişlerdir. Pek çoğu zihinsel bozulmanın sık ve kaçınılmaz, yaşlı insanlarda görülen depresyonun yaygın ve tedavi edilemez ve cinsel yaşamın kaybedilmiş bir olay olduğu gibi genel olarak kabul gören yanlış kavramlara göre hareket etmektedir. Ruh sağlığı hizmeti veren kişiler yaşlılığa karşı aşırı bir tavır almış olmamasına karşın (Gatz & Pearson, 1988), yaşlı erişkinlerin hayatını etkileyen

Yaşa karşı tavır (agism) kişiye yaşından ötürü ayrım yapmak anlamına gelir. Yaşlılığa ilişkin yaklaşımların bir şekli olan, karşı-inanışta, eski Amerikan Başkanı Bush'un paraşütle atlayış yapması örneğinde olduğu üzere yaşlıların başarılarını özel olarak alkışlarız.

politikalar üzerindeki etkileri nedeniyle onların yaklaşım ve uygulamalarının özel bir önemi vardır. 1980'lerden itibaren, insanları sağlıkla ilgili meslekler için yetiştiren pek çok okul ve üniversite yaşlılık bilimi (gerontoloji) dalında araştırma ve eğitimi müfredatlarına almış olmakla birlikte, kendilerini öncelikle yaşlı erişkinlerin gereksinimlerini karşılamaya adamış profesyonel sayısı hâlâ oldukça azdır. (Gatz & Smyer, 1992; Knight, 1996).

Yaşlı olan ile henüz yaşlanmamış olanlar arasındaki farklılıklar konusundaki bir tartışmada, yaşlılar genellikle 65 yaş üzeri olarak tanımlanırlar. Bu yaşı kullanma kararı geniş ölçüde sosyal politikalara göre belirlenmiş olup, altmış beş yaşın yaşlanmaya ilişkin psikolojik ve fizyolojik süreçler yönünden kritik bir yönü olmasından kaynaklanmamıştır. Yaşlı nüfus arasındaki çeşitliliği daha iyi anlatmakta kaba sınır noktaları belirlemek üzere, gerontologlar altmış beş yaş üzerindekileri genellikle üç guruba ayırmaktadırlar: genç-yaşlılar, altmış beş ile yetmiş dört arası; yaşlı-yaşlılar yetmiş beş ile seksen dört arası; ve en-yaşlılar, seksen beş üzeri. Bu grupların sağlık durumu arasında önemli yönlerden farklılıklar bulunmaktadır.

Altmış beş yaş üzeri Amerikalıların 2020 yılında 20 milyondan fazla bir rakama ulaşacağı tahmin edilmektedir (80'lerin sonundan başlayarak 20 milyondan fazla bir artış) (Spencer, 1989). En yaşlı-yaşlıların, 1990'ların ortasındaki 3.8 milyondan artış göstererek, 2040 yılında en az 24 milyona ulaşması beklenmektedir. Bu yüzden, yaşlı erişkinlerin psikolojik ve nöropsikolojik sorunları hakkında ne bildiğimizi araştırmak ve yaşlanma ile ilgili kafamızdaki yanlış kavramlardan bazılarını açığa vurmamız önemlidir. Bundan sonra, genel kavramları ve yaşlılığın incelenmesi konusundaki kritik konuları gözden geçireceğiz. Daha sonra ise, önceden tartıştığımız çoğu psikolojik bozukluğu, bu bozuklukların ileri yaşta nasıl ortaya çıktığı konusu üzerinde odaklanarak inceleyeceğiz. Son olarak, yaşlı erişkinlerin tedavisi ve bakımına ilişkin genel konuları ele alacağız.

YAŞLI ERİŞKİNLERİN İNCELENMESİNDE KONULAR, KAVRAMLAR VE YÖNTEMLER

Yaşlı erişkinler üzerine kuram ve araştırmalar bazı özgül konuların anlaşılmasını gerektirir.

YAŞLI ERİŞKİNLERDEKİ ÇEŞİTLİLİK

Çeşitlilik (diversity) sözcüğü yaşlı erişkinler için çok uygundur. Yaşlı erişkinler birbirlerinden farklı olmakla kalmayıp herhangi bir yaş gurubundaki bireylerden de daha farklıdırlar! İnsanlar yaşlandıkça birbirlerine daha az benzemeye başlarlar. Yaşlı insanların birbirine benzediği fikri birçok genç insanın taşıdığı bir önyargıdır. Bir insanın altmış yedi yaşında olduğunu bilmek gerçekte o kadın ve erkek hakkında pek az şey bilmek demektir. Bununla birlikte, bir an içten bir şekilde düşünüldüğünde, bir insanın altmış yedi yaşında olduğunu duyduğumuzda aklımıza belirli özelliklerin geldiği görülebilir. Altmış beş ve üzeri yaştaki kişiler arasında pek çok *farklılık* olduğu bu bölümün okunması sırasında giderek belirgin bir şekle gelecektir.

YAŞ, KUŞAK VE ÖLÇÜM ZAMANININ ETKİLERİ

Takvim yaşı, psikolojik araştırmalarda gözüktüğü kadar basit bir değişken değildir. Yaşla bağlantılı diğer etkenler rol oynamış olabileceğinden, yaş guruplarındaki farklılıkları yalnızca yaşlanmanın etkilerine bağlarken dikkatli olmalıyız. 1994'te yetmiş yaşında olmakla 1964'te yetmiş yaşında olmak birbirinden farklıdır. Yaşlanma alanında, çocukluk dâhil daha

Kuşağa özgü etkiler aynı takvim yaşına sahip olan kişilerin doğum zamanlarına bağlı olarak, birbirlerinden önemli ölçüde farklı olabileceklerini gösterir.

önceki gelişimin incelenmesinde, katkılara bağlı olarak bir takım ayrımlar yapılır. Buna göre, belirli bir takvim yaşında olmanın etkileri **yaş etkileri;** belirli bir yılda doğma, kendine özgü baskılar, sorunlar, tehditler ve olanakları içeren belirli bir zaman diliminde yetişmiş olmanın etkileri **kuşağa özgü (cohort) etkiler;** ve zamanın belirli bir noktasındaki olayların, zaman içinde üzerinde araştırma yapılan bir değişkende özel bir etki bırakmasından oluşan etkiler **ölçüm zamanının etkileri** olarak adlandırılır. (Schae & Hertzog, 1982). Gelişimsel değişikliği değerlendirmekte kullanılan enlemesine kesitsel ve boylamsal adlı iki büyük araştırma deseni, bu terimleri açıklığa kavuşturmaktadır.

Enlemesine Kesitsel (cross-sectional) araştırmalarda, araştırmacı aynı zaman diliminde aynı anda farklı yaş guruplarını belirli bir değişken yönünden karşılaştırır. Söz gelimi, 1985'te bir anket yaptık ve yetmiş yaşının üzerindeki pek çok katılımcının bir Avrupa aksanıyla konuştuğunu, bunun yanı sıra otuzlarında ve kırklarında olanların ise bu aksanla konuşmadığını saptadık. Bu noktadan, insanların yaşlandıkça Avrupa aksanı geliştirdiği gibi bir sonuca ulaşabilir miyiz? Çok zor! Kesitsel çalışmalar zaman içinde aynı insanları araştırmaz, böylelikle, bizim zamanla gelen yaş değişikliği üzerinde değil, yalnızca belirli bir çalışma ya da deneyde yaşın etkileri konusunda düşünce belirtmemize

olanak sağlar. Kuramsal çalışmamızda, yaşlı örneklemimizde ya da kuşağımızdaki pek çok insan ABD'ye dışarıdan gelmiştir.

Boylamsal (longitudinal) araştırmalarda, araştırmacı belirli bir zaman örneğin -1999 sınıfı- ve düzenli olarak onu her yıl aynı ölçüyle yeniden teste tabi tutar. Bu tasarım zaman içinde tutarlık ve değişiklik konusunda bireylerin özelliklerini-kuşak etkileri- izlememize olanak sağlar, bunun amacı yaşamın erken döneminin ileri yaştaki davranışla ilişkisini analiz etmektir.

Bununla birlikte, her kuşak kendine özgü özellikler taşıdığından, boylamsal çalışmalardan çıkarılan sonuçlar seçili, belirli bir kuşak ile sınırlıdır. Örneğin, 1956-1996 arası zaman dilimine ilişkin bir kuşağın üyelerinde, altmış yaşlarına girerken cinsel etkinliklerinde düşüş bulunduysa, 1996-2036 arasında incelenen kuşaktaki kişilerin cinselliğinin aynı yaşa eriştiğinde düşeceği şeklinde bir sonuca ulaşamayız. Zaman içinde sağlık bakımı ve sosyal gelenekler gibi diğer değişkenlerde kaydedilen iyileşmeler daha genç bir gurupta, ölçülen zamanın bir etkisi olarak cinsel etkinliği arttırabilir. Boylamsal çalışmalarda ortaya çıkan ek bir sorun da araştırmalar sürerken katılımcıların sıklıkla çalışmadan ayrılmasıdır ki, bu genellikle **seçici ölüm oranı** (mortalite) olarak adlandırılan bir yanlılığın oluşmasına neden olur. Fiziksel olarak en kötü durumda olanlar, araştırmadan ayrılma olasılığı en yüksek olanlardır. Kalan ve temsil niteliği taşımayan kişiler genellikle genel nüfusa göre daha sağlıklıdır. Bu nedenle, yaşam akışında cinsel etkinlik gibi bir değişkendeki düşüş oranına ilişkin boylamsal araştırmaya dayalı bulgular fazlaca iyimser olabilir.

YAŞAMIN İLERİ DÖNEMİNDE PSİKOPATOLOJİ TANISININ KONMASI

Yaşlı erişkinler için DSM ölçütleri temelde daha genç erişkinlerinkiyle aynıdır. Pek az araştırma desteklese de, ruhsal bozuklukların doğası ve ortaya çıkış şekillerinin erişkinlikte ve ileri yaşta aynı olduğu varsayılır (Gatz, Kasl- Godley & Karel, 1996; LaRue, Dessonville & Jarvik, 1985). Genelde yaşlı erişkinlerde belirli semptomların ne anlama geldiğini bilmeyiz, çünkü yaşlılarda psikopatoloji konusunda pek az kesin şey bilmekteyiz (Zarit, Eiler & Hassinger, 1985). Örneğin, bedensel semptomlar genellikle hayatın ileri döneminde daha sık görülür ama bu semptomlar aynı zamanda yaşlı erişkinlerdeki depresyonun da bir göstergesidir. Depresyondaki yaşlı bir erişkinin bedensel semptomları aslında depresyonun bir parçası mıdır, yoksa bunlar (aynı zamanda) fiziksel değişiklikleri mi yansıtır?

SORUNLARDAKİ ÇEŞİTLİLİK

Ruh sağlığının kişinin hayatında fiziksel ve sosyal sorunlara bağlanabileceğini biliyoruz. Hiçbir topluluk bir gurup olarak, yaşlılardan daha fazla bu sorunları yaşamış değildir. Onlar hepsini yaşamıştır: fiziksel açıdan performansta düşüş ve yeti yitimi, duyusal ve nörolojik bozukluklar, sevilen kişilerin kaybı, hayat boyu yaşanan çok sayıda şanssız deneyim ve sosyal stresin birikici etkileri gibi. Ama yaşam boyu hem beklenen hem de beklenmedik kayıp ve streslerle karşılaşmaya ek olarak, yaşlı erişkinlerde pek çok olumlu yaşam deneyimi, başa çıkma mekanizmaları ve bunun sonucunda edinilen bilgelik vardır. Buna ek olarak, Odak 16.1'de öne sürüldüğü gibi, yaşlanmanın olumsuz etkilerini hafifletmek için bazı kültürel ve etnik etkenler ortaya çıkabilir. Sonuç olarak, yaşlılar için anlamlı, güçlü roller sağlayan guruplardaki yaşlı erişkinler, aile ya da toplumda böyle bir girişimde bulunmasına izin verilmeyenlere oranla, yaşlanmaya uyum sağlamakta daha az güçlük çeker gibi görünmektedir (Amoss & Harrell, 1981; Keith, 1982).

İLERİ YAŞ VE BEYİN BOZUKLUKLARI

Yaşlı insanların çoğunluğunda beyin bozukluğu olmamakla birlikte, bu sorunlar, geriatrik erişkinlerin bir diğer durumuna oranla daha çok ve daha uzun süre hastaneye yatma nedenini oluşturur (Christie, 1982). Şimdi, beyin bozukluklarının iki temel tipi olan demans ve deliriumu inceleyeceğiz.

DEMANS

Meslekten olmayan insanların bunaklık (senility) olarak adlandırdığı **demans,** sosyal ve mesleksel işleyişte bozulma noktasına kadar giden zihinsel yeteneklerin aşamalı olarak gerilemesidir. Demansın en belirgin semptomu hatırlamakta, özellikle de yakın geçmişte olan şeyleri hatırlamakta zorluk çekilmesidir. İnsanlar işlerine bir ara verdikten sonra geri dönmeyi

unutabildiğinden, işlerini yarım bırakabilir. Çaydanlığı lavaboda doldurmaya başlamış olan kişi suyu açık bırakabilir, bir ebeveyn kızının, oğlunun ismini hatırlamayabilir ve hatta daha sonra çocukları olduğunu bile hatırlamayabilir ya da kendisini ziyarete geldiklerinde onları tanımayabilir. Temizlik kötü ve görünüm düzensiz olabilir çünkü kişi nasıl banyo yapılacağını ya da nasıl uygun giyinileceğini unutabilir. Demanslı hastalar bildikleri ortamlarda bile kaybolabilir.

Yargı, kusurlu olabilir ve kişi durumları anlamakta, plan yapmakta ya da karar vermekte zorluk yaşayabilir. Demanslı hastalar kendi standartlarını bırakır ve dürtü kontrolünü kaybederler. Bayağı bir dil kullanabilir, uygunsuz espriler yapabilir, dükkânda hırsızlık yapabilir ve yabancılara cinsel girişimde bulunabilir. Soyut düşüncelerle uğraşma yeteneği geriler, duygularda rahatsızlıklar yaygındır, buna depresyon belirtileri, donukluk (flatness) ve ani duygusal patlamalar dâhildir. Demansı olan hastalar genellikle dilde de bozulma gösterir, konuşurken kullanılan anlamsız kalıplar ve bilinen cisimleri adlandıramama gibi. Diş fırçalama, hoşça kal anlamındaki el sallama ya da giyinme gibi motor yetenekleri yerine getiremeyebilirler. Delirium nöbetleri, büyük bir zihinsel karmaşa (konfüzyon) (daha sonra üzerinde ayrıntılı olarak durulacaktır), ortaya çıkabilir.

Demansın gidişi olguya bağlı olarak, ilerleyici, durağan ya da durulan nitelikte olabilir. İlerleyici demanslı pek çok kişi sonuçta içine kapanık ve her şeye kayıtsız hale gelebilir. Hastalığın son aşamasında, kişilik kendi özelliklerini ve bütünlüğünü kaybeder. Akrabaları ve arkadaşları kişinin artık kendisi olmadığını söylerler. Diğer kişilerle sosyal ilişkiler sürekli daralır. Sonunda, kişi çevresinin farkına tümüyle varmayabilir.

Demansın yaygınlığı ilerleyen yaşla artar. Bir araştırmaya göre altmış beş yetmiş dört arası yaştakilerde bu oran %1 iken, yetmiş beş ile seksen dört arasında %4, seksen dört yaş üzerinde ise %10'dur (George ve ark., 1991). Bu sayılar, durumu olduğundan daha az olarak gösteriyor olabilir, çünkü bunlara, demansa bağlı bazı nedenlerden ötürü ölmüş olan kişiler katılmamışlardır (bundan sonraki sırada yer alan Alzheimer hastalığının tartışmasına bakınız). Yıllık sıklık verisi (bir yılda gelişen yeni olgu sayısı) seksen beş yaş üzeri kişiler için %8.5'luk bir oranı göstermektedir (Paykel ve ark., 1994).

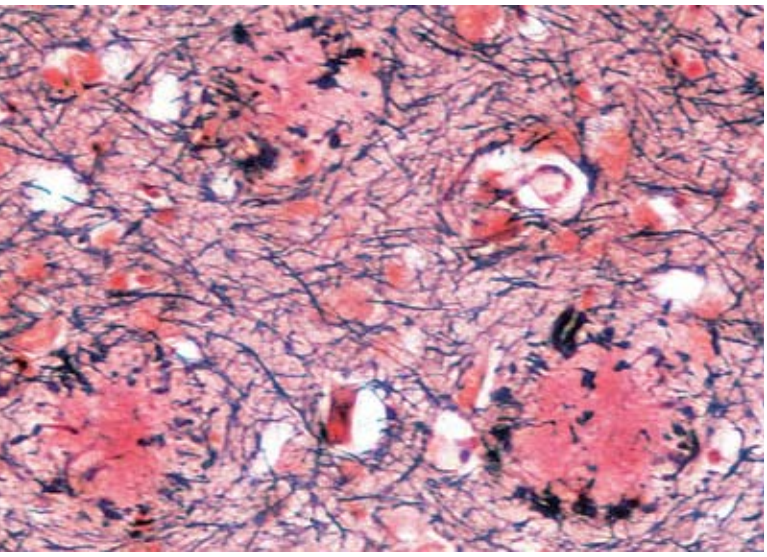
DEMANSIN NEDENLERİ

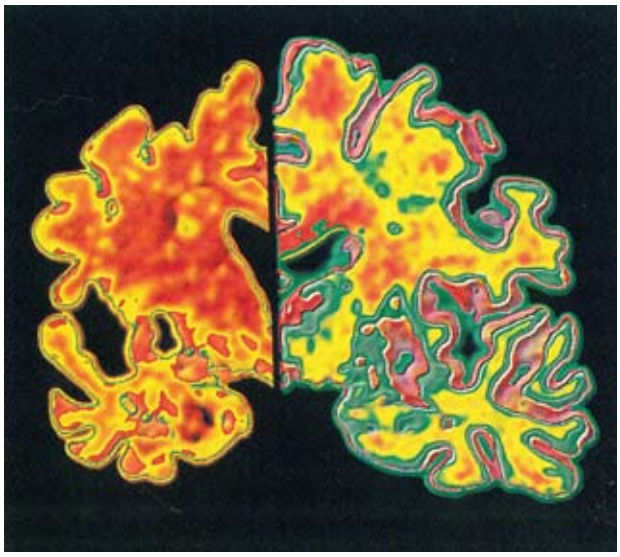
Birçok hastalık giderek, ölümcül ya da tedavi edilebilir şekilde demansa yol açabilir.

ALZHEIMER HASTALIĞI Alzheimer hastalığı yaşlı hastalarda görülen demansının %50'sini oluşturur. Belirleyici tanı ancak ölüm sonrası beyin dokusunun mikroskopik araştırmasıyla yapılabilir. Kişi yaşıyorken, genellikle Alzheimer Tipi Demans (ATD) olarak adlandırılan Alzheimer tanısı, yalıtma, yani, kişinin bilişsel ve davranışsal semptomlarının olası diğer nedenleri göz önünde bulundurulmayarak yapılır. Bu klinik çalışmalarına dayalı tanılar son derece hassastır. Araştırma kısa süre sonra yaşayan hastaları daha doğrudan testlerden geçmeye yöneltebilir (Meschino & Lennon, 1994; Post, 1994).

Alzheimer hastalığında beyin dokusu geri döndürülemez şekilde bozulur ve ölüm genellikle semptomların başından itibaren on-on iki yıl sonra gerçekleşir. Yaklaşık 100,000 Amerikalı her yıl bu hastalıktan ölmektedir. Alzheimer başlangıçta Alman nörolog Alois Alzheimer tarafından 1860 yılında tanımlanmıştır. Kişi ilk olarak yalnız dikkatini yoğunlaştırmakta, yeni öğrenilmiş bir şeyi hatırlamakta zorluk çekebilir, unutkan ve huzursuz olmuş gözükür, yetersizlikler birkaç yıl görmezden gelinse de kısa süre sonra bu günlük yaşama etki eder. Kişi sıklıkla kişisel başarısızlıkları için diğer kişileri suçlar ve yargılanma sanrıları yaşayabilir. Bellek gerilemeye devam eder, kişide giderek zihinsel karmaşa görülür ve bundan rahatsızlık duyar. ATD olgularının yaklaşık %30'unda depresyon yaygın olarak görülür (Strauss & Ogrocki, 1996).

Otopsi ile belirginleşen beyindeki temel fizyolojik değişiklik serebral kortekste (özellikle de enterorhinal korteks) atrofi (zayıflayarak erime), hipokampus ve nöron gibi diğer beyin alanlarında, hücre bütününden çok önce akson ve dendritlerde kayıplar oluşmasıdır (Kowall & Beal, 1988). Yarıklar genişler, çizgi şeklindeki kabartılar (ridge) darlaşır ve yassılaşır. Ventriküller de genişlemiştir. **Plaklar-** yok olan nöron ve betaamyloidden kalan küçük, yuvarlak alanlarmumsu protein birikintisi korteksin her yerine dağılır. Düğümlenmiş anormal protein filamentleri, **nörofibriler düğümler** nöron hücre yapısı içinde birikir. Bu plak ve düğümler serebral korteksin ve hipokampusun her yerinde bulunur. Beyincik, omurilik ve korteksin duyusal alanları daha az etkilenmekte olup, bu durum, hastalığın geç evrelerine dek Alzheimer hastalarının





Alzheimer hastası olan bir kişiden alınan beyin dokusuna ilişkin bu fotoğrafta, mumsu amiloid koyu pembe olarak görünmektedir. Sağda, Alzheimer hastasının beyni ile normal bir beyne ilişkin bilgisayarla oluşturulmuş görüntüler bulunmaktadır. Hastanın beyninin (soldaki) sinir hücrelerinin kaybı yüzünden belirgin biçimde küçüldüğünü kaydedin.

fiziksel açıdan herhangi bir rahatsızlığı yokmuş gibi görünmesinin de nedenini oluşturur. Belli bir süre, hastalar normal yürüyüp, sonradan öğrenilen alışkanlıklarını, örneğin sohbetler yapmayı, tutarlı olmayı başarabilir. Böylelikle kısa süreli birlikteliklerde, yabancılar onlarda herhangi bir şeyin ters gittiğinin farkına varmayabilir.

Şimdilerde Alzheimer hastalığında amiloid birikintilerin ve nörofibriler düğümlerin göreli önemi konusunda canlı bir tartışma sürdürülmektedir (Wischik, 1994). Her iki madde de beyin işlevlerini bozabilir. Hücre içinde amiloid oluştuğunda, hücre ölür. Nörofibriler düğümler tau proteinlerindeki değişimler ile bağlantılıdır ki, bu sinirsel işlevlerin temel bileşenlerinin (örn., sinaptik boşluklar) aksondan sinaps ucuna aktarımının devam ettirilmesi için özel önem taşır. Amiloid'in (protein bileşiği) önemli olduğuna ilişkin kanıtlar birincil olarak kalıtsal araştırmalardan kaynaklanmaktadır (daha sonra üzerinde durulacaktır). Ama normal yaşlanma çerçevesinde amiloiddeki bir artış Alzheimer hastalığına özgü değildir. Bunun aksine, düğümler daha çok Alzheimer hastalığına özgüdür ve bu yüzden de etiyoloji açısından daha önemli olabilir. Buna ek olarak, amiloid ve düğümler ile bilişsel boşluklar arasında korelasyon olduğunda, düğümler daha kuvvetli bir ilişkiyi gösterirler (Nagy ve ark., 1995). Bu maddeler, daha birçok araştırmanın konusu olmaya devam edecektir.

Diğer transmitterleri (örn., serotonin, norepinefirin) kullanan sinir yolları da bozulmakla birlikte (Lawlor ve ark., 1988), asetilkolin kullananlar özel bir önem taşımaktadır. Antikolinerjik ilaçların, normal deneklerde Alzheimer hastalarında görülene benzer bellek bozukluklarına yol açtığı yönünde kanıtlar bulunmaktadır. ATD hastalarının beyinlerinde daha az sayıda asetilkolin ucu vardır (Strong ve ark., 1991) ve ana-temel asetilkolin metabolit düzeyleri de düşüktür, hastanın zihinsel bozulma derecesi ile arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır (Wester ve ark., 1988).

Alzheimer olma riski bunu geçiren hastaların birinci derecedeki akrabalarında artmaktadır (Silverman ve ark., 1994) ve bazı ailelerde kalıtım örüntüsü tek bir baskın genin işleyişini akla getirmektedir. Down sendromlu kişiler orta yaşa kadar hayatta kalabildiğinde tümüyle Alzheimer'a yakalandığından, ilgi Down Sendromu'nda hatalı olan 21. kromozom üzerinde toplanmaktadır (Bakınız Bölüm 15). Beta-amiloid formasyonundan sorumlu proteini kontrol eden genin 21. kromozomun uzun kolu üzerinde yer aldığı saptanmış ve bağlantı (linkage) araştırmaları bu gen ile hastalığın ortaya çıkışı arasında bir ilişki olduğunu göstermiştir (örn., Tanzi ve ark., 1987). Kalıtsal bir çalışma bu sonuçların daha genç hastaları kapsadığını doğrulamamıştır (Schellenberg ve ark.,1988). Bu nedenle, Alzheimer'ın geç ya da erken başlangıcının farklı etiyolojileri bulunabilir (Nyth ve ark., 1991, Raskind, Carta & Bravi, 1995; Small ve ark., 1989) ve yalnızca ATD olgularından bir alt gurup kalıtsal açıdan 21. kromozoma bağlanabilir. Erken başlangıç olgularında kromozom 14 ve geç başlangıç olgularında 19. kromozom üzerindeki diğer genler de araştırmaya alınmıştır (Clark & Goate, 1993; vanBroeckhoven, 1995).

ATD'li hastalarının beyinlerinde bulunan amiloid, bağışıklık sisteminin önemli bir rol oynadığı hastalıklarda da mevcuttur, bu nedenle, bağışıklık sistemi Alzheimer için de etkili oluyor olabilir. Buna ek olarak, bazı araştırmacılar ATD'li hastaların beyinlerinde beyine saldırıyor olabilen yeni bir antijen saptadıklarını bildirmişlerdir (Bisette ve ark., 1991).

Son olarak, biri hasta olup diğeri olmayan tek yumurta ikizlerinin raporlarıyla gösterildiği üzere, çevrenin Alzheimer hastalığının ortaya çıkmasında bir rol oynaması olasıdır. Ama, iyi bir şekilde belgelendirilmiş risk etmenleri, yaşamın erken evrelerinde kafada yaralanma olması (Rasmussen ve ark., 1995) ve depresyondur (Devanand, ve ark., 1996). Hayvanlar üzerinde yapılan araştırmalarda alüminyumun Alzheimer hastalığındakine benzer lezyon oluşumunu tetiklediği bulgusuna karşın, insanlar üzerinde alüminyum etkisi konulu araştırmadan bir sonuç elde edilememiştir (Heston & White, 1991).

Alzheimer hastalığına neyin yol açtığını anlamaktan henüz uzağız, ama bu konu, araştırmaların etkin odak noktası olma özelliğini korumaktadır.

DİĞER DEMANSLARIN NEDENLERİ Alzheimer hemen hemen her zaman bir ileri yaş hastalığıdır, ama çok daha genç insanlarda demans yapan başka hastalıklar da vardır.

Bulaşıcı hastalıklardan bazıları geri dönülmez demans ortaya çıkarabilir. *Ensefali* (beyin iltihabı) beyin dokusundaki herhangi bir iltihap anlamına gelen geniş kapsamlı bir terimdir, buna vücudun başka bölümlerinden (örn., sinüsler ya da kulak) beyine giren virüsler ya da sivrisinek ya da kene ısırması yol açar. *Menenjit,* dış beyni kaplayan zarların iltihaplanması demektir ve genellikle bakteriyel bir enfeksiyon sonucu ortaya çıkar. Cinsel yolla bulaşan hastalık frengiyi üreten organizma (*Treponema pallidum)* beyine yayılarak demansa neden olabilir. Ender görülen viral hastalıklar (Creutzfeld- Jacob hastalığı, kuru ve Gerstmann - Straussler sendromu) da nedenler arasındadır.

HIV ve AIDS geri dönülmez şekilde demansa yol açabilir. Bu çeşit demans şimdiye kadar daha genç insanlarda karşılaşılan bir sorun olmakla birlikte, yaşlı erişkinlerde AIDS bağlantılı demans olduğuna ilişkin olgu raporları vardır (Rosenzweig & Fillit, 1992; Weiler, Mungas & Pomerantz, 1988). Aynı yazarlar yaşlılarda HIV ve AIDS'le bağlantılı sendromların Alzheimer ya da diğer daha yaygın demans biçimleri olarak yanlış teşhis edilebileceği konusunda uyarıda bulunmaktadırlar. En azından ABD'de yaşlı erişkinlerde HIV ve AIDS olgularının sayısının artması konusunda bilincin arttırılmasına gereksinim vardır (Catania ve ark., 1989).

Huntington's Chorea gibi nörolojik hastalıklar da demansa yol açabilir. Huntington's hastalığına 4. kromozomda bulunan tek bir baskın gen neden olur ve temelde kıvrılma (koreiform) hareketlerinin baskısıyla tanı konur. Belki de bu hastalığın en iyi bilinen kurbanı folk şarkı yazarı ve şarkıcı Woody Gurthie'dir. Benzer şekilde, Muhammed Ali'nin geçirmekte olduğu *Parkinson hastalığı,* kas titremeleri, kas sertliği ve akinezi (hareketi başlatamama) ile belli olur ve demansa neden olabilir. Demans ayrıca frontal lobları etkileyen dejeneratif bir hastalık olan Pick hastalığında da yaygındır.

Bunlardan başka birkaç tıbbi durum da demansa neden olabilir. *Normal basınçlı hidrosefalide,* serebrospinal sıvıdaki dolaşım bozukluğu beyin ventrikülünde birikmeye neden olur (beyinde su). Basınç, ayakta durma ve yürümekte güçlük yarattığı gibi demansa da yol açar. Durum serebrospinal sıvının normal dolaşıma döndürülmesi için yapılan ameliyat ile tedavi edilebilir. Kafa travmaları, beyin tümörleri, besin eksiklikleri (özellikle B-kompleksi vitaminleri), böbrek ya da karaciğer yetmezliği, hipertiroit gibi endokrin salgısı ile ilgili sorunlar demans ile sonuçlanabilir. Kurşun ya da cıva gibi toksinlere maruz kalma ve alkol dâhil kronik ilaç kullanımı ek nedenlerdir.

Vasküler demans, demanslı hastada kolda bir zayıflık ya da anormal refleksler olduğunda ya da beyin taramaları serebrovasküler bir hastalık kanıtı gösterdiğinde teşhis edilir. En yaygın şeklinde, hasta bir dizi felç geçirir, içeride oluşan pıhtı dolaşımı bozarak hücre ölümüne neden olur. Vasküler demansların, Alzheimer'dan sonra en yaygın demans tipi olduğuna inanılmaktadır (Rorsman, Hagnell & Lanke, 1986).

DEMANSIN TEDAVİSİ

Demans geri döndürülebilir bir nedene sahip ise, hormonal dengesizliği düzeltmek gibi uygun bir tıbbi tedavi yararlı olabilir. Bugüne dek yapılan birçok araştırma ve burada da sözü edilen bazı ilaçlar bilişsel işlevlerin iyileştirilmesinde gelecek vaat etse de, Alzheimer hastalığını durdurabilen ya da tedavi edebilen klinik açıdan önemli hiç bir tedavi bulunamamıştır.

BİYOLOJİK TEDAVİLER ATD asetilkolin salgılayan beyin hücrelerinin ölümünü içerdiğinden, değişik araştırmalar bu nörotransmitterlerin düzeyini artırmaya çalışmıştır. Kolin (asetilkolin üreten reaksiyonda katalizörlük yapan enzimin öncü maddesi) ve physostigmine (asetilkolin yıkımını engelleyen bir ilaç) kullanarak yapılan araştırma düş kırıklığı yaratmıştır. Asetilkolini yıkıma uğratan enzimi baskılayan (inhibe eden) Tetradroaminoacridine (THA) kısa süreli bellek üzerinde olumlu etki yapmıştır, ama uzun erimli bir yarar getirip getirmeyeceği bilinmemektedir (Heston & White, 1991). THA yüksek dozlarda kullanılamaz, çünkü ciddi yan etkileri vardır, örneğin karaciğere toksik etki yapar. Mart 1993'te Gıda ve İlaç Dairesi bu ölümcül hastalığın tedavisinde gelecek vaat eden başka bir seçenek bulunmadığından, tacrine olarak da bilinen ve Cognex adıyla satılmakta olan ilacın piyasaya sürülmesini onaylamıştır.

Uzun erimli stratejiler hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak üzerinde yoğunlaşmaktadır. Beta-amiloid yapılanmasının Alzheimer hastalığında kritik bir faktör olduğu varsayımından hareketle, şimdiki birçok araştırma öncü proteininden amiloid üretimini bloke etme yolları üzerinde yoğunlaşmaktadır (Whyte, Beyreuther & Masters, 1994). Son zamanlardaki bulgular ayrıca, E vitamininin bu hastalığa yakalanmış kişilerde hastalığı yavaşlatma konusunda yararlı olabileceğine işaret etmektedir (Sano ve ark., 1997). ATD'ın diğer semptomlarının ele alınması daha önce ele alınan birçok ilacı, (örneğin paranoya için fenotiyazin, depresyon için antidepresan, kaygı için benzodiyazepin ve uykusuzluk sorunu için sakinleştirici) içermektedir.

Dişilik hormonu östrojenin Alzheimer hastalarının bellek, düşünme ve dikkat kapasitelerini arttırabileceğine ilişkin olarak son zamanlarda umut vaat eden bir kanıt elde edilmiştir. 1996 yılında yapılan Nörobilim Topluluğu Toplantısında, Asthana ve ark. (1996) önceki araştırmalardan (Matsumoto, Murakami & Arai, 1988; Toran-Allerand, 1976) bilinen östrojenin beyin hücrelerinin büyümesini teşvik ettiği ve onlar arasındaki bağlantıları kolaylaştırdığı yolundaki bulguları bildirdiler. Bu Alzheimer hastalığı olan beş yaşlı kadının belleğinde önemli ölçüde iyileşmeye neden oldu. Östrojen, kemik kaybı gibi menopozun arzu edilmeyen bazı sonuçlarını etkisiz hale getirmek için başarıyla kullanılanlara benzer dozlarda bir deri bandı (patch) yoluyla verildi. Nöropsikolojik testlerde bir hafta içinde, bu hastaların belleklerinin ikiye katlandığı ve konsantrasyonlarının üç katına çıktığı görüldü.

Plasebo verilen hastalarda bu tür bir değişiklik görülmedi. Tedavi kesildikten beş hafta sonrasına kadar iyileşmelerin sürmesi, hastaların kullanmadığı zaman bile bazı uzun erimli yararların elde edilebileceğini düşündürüyordu. Östrojende menopoz sonrası dönemde azalma olmasının kişilerde unutkanlığa ve dikkat azalmasına yol açabileceği kanıtından hareketle, giderek artan sayıdaki araştırmalar, bu hormonun bilişsel yetenekler üzerindeki önemini doğrulamaktadır. Sonraki çalışmalarda veriler doğrulanacak olursa, östrojen kullanımı en azından Alzheimer hastalığının semptomatik tedavisinde önemli bir atılım oluşturabilir.

HASTA VE AİLESİ İÇİN PSİKOSOSYAL TEDAVİLER Alzheimer hastalığı için henüz etkin bir tedavi olmamakla birlikte hastalar ve ailelerine hastalığın etkileriyle başa çıkmaları konusunda yardım edilebilir. Genel psikolojik yaklaşım, hastanın davranışlarındaki değişikliklerin yol açtığı bozulmayı en aza indirme şeklindeki genel hedefi destekler niteliktedir. Bu hedefe; kişi ve ailesine hastalığı ve sonuçlarını tartışma olanağı vererek, hastalık hakkında yeterli bilgi ileterek, aile bireylerine hastanın evde bakımı konusunda yardımcı olarak ve bu beyin rahatsızlığının ortaya çıkarttığı birçok bilinen konu ve tehlikeyle başa çıkma konusunda yıkıcı bir yaklaşım yerine, problem-çözme yaklaşımını yüreklendirerek ulaşılabilir (Knight, 1996; Zarit, 1980).

Rahatsız kişiye danışmanlık yapmak zordur. Bilişsel yitimleri nedeniyle danışmanlık, önemli ölçüde gerileme gösteren hastalara uzun süreli yarar getirmez. Ancak, bazı hastalar, profesyoneller ve yaşamlarıyla doğrudan ilgili olmayan kişilerle ara sıra sohbet etmekten zevk almakta ve güven tazelemektedirler. Bütün diğer psikolojik sorunlarla başa çıkmada gördüklerimizin aksine, hastaların sorunları kabul etmeleri için çaba sarf etmeleri istenmez, çünkü onların bu durumlarını inkâr etmeleri kullanılabilecek en etkin başa çıkma mekanizması olabilir (Zarit, 1980).

Demanslı kişilerin bilişsel yeteneklerinin sınırlı olmasına her zaman kibarca yaklaşılmalıdır. Kişiler onu yok saymamalı, yetersizliklerinden onların yanında söz etmemeli, arada sırada görülen antikalıklarını ve unutkanlıklarını alay konusu yapmamalı, diğer kişiler hakkında

duyduğu paranoid kuşkularına aldırmamalıdır. Hiçbir biyolojik bozukluğu olmayan yaşlı kişilere bile kendisinden yaşça küçükler tarafından bebek muamelesi yapılmakta ya da görmezlikten gelinmektedir. Bu yalnızca yaşlı kişiyi değil aynı zamanda bu kabalığı gösteren kişiyi de alçaltan bir durumdur.

Ciddi ölçüde yeti yitimli demansı olan her bireyin toplumda genellikle eş, kız evlat ya da diğer bir aile bireyi gibi yaşayan en az iki yakını vardır. Demans yaşayan yaşlının bakımı genellikle aile bireylerine düştüğünden, psikolojik tedavi yalnızca bireyi değil, aynı zamanda aileyi de kapsar. Zamanları, enerjileri ve duyguları tüketilen aileden olan bakıcılar ve arkadaşlar depresyona girebilir. Hastaya bakanların destek ve yüreklendirilmeye, suçluluk ve küskünlük duygularını açıklamaları için olanak yaratılmasına, gereksinimi vardır. Bazen uzaklaşmak için izine gereksinim duyulabilir ya da baskı çok artacak olursa böyle yapılabileceği duygusu olabilir.

Alzheimer hastasına bakmanın çok stresli olduğu gösterilmiştir (Anthony-Bergstone, Bergstone, Zarit & Gatz, 1988; Gwynther & George, 1986, Zarit, Todd & Zarit, 1986). İki çalışma (Dura, Stukenberg & Kielcolt-Glaser, 1991; Schulz & Williamson, 1991) demanslı ebeveynine ya da eşlerine bakan çocuk ya da eşlerde, bakmayanlara göre son derece yüksek düzeyde klinik depresyon ve kaygı olduğunu göstermişlerdir. Başka çalışmalar ise bakıcılarda daha çok fiziksel hastalığa yakalanıldığını (Halet ve ark., 1987, Potashnik & Pruchno, 1988) ve bağışıklık sisteminin işleyişinde bozulma olduğunu saptamıştır. Pek çok örnekte, bozuklukların bakım stresiyle ilişkili olduğu görünmektedir; bu zorlu durumların öncesinde bakıcıların aileleri psikolojik güçlük yaşamamışlardır (Gatz, Bengston & Blum, 1990). Bakıcıların depresyonunu ve kaygısını arttıran etmenlerden bazıları hastanın sorunlu davranışlarının ciddiyeti, sosyal desteğin elde edilemeyeceğinin algılanması ve uzun, güçsüz bırakan ve genellikle pahalı olan hastalık boyunca harcamaları karşılama konusunda parasal kaynaklarla ilgili duyulan kaygılardır.

Araştırmacılar bakıcıları etkileyen bilişsel etmenleri araştırmaya başlamışlardır (örn., Gatz, Bengston, & Blum, 1990; Pearlin ve ark., 1990; Zarit, 1989). Örneğin, daha az stresli bakıcılar düzeltilebilir zorlu durumlarla başa çıkmak için, daha uygun olan etkin baş etme yaklaşımı geliştirmek yerine, hastanın davranışına yönelik "durumu değiştirebilmek için yapabileceğim hiçbir şey yok, o zaman buna boyun eğmem gerek" şeklinde kaderci bir boyun eğiş benimseyebilirler (Fiore, Becker & Coppel, 1983; Folkman & Lazarus, 1985). Knight, Lutzky ve Olshevski (1992) tarafından yapılan bir çalışmada, stresli bakıcılara sorun çözme ve sorumlulukları kabul etme konusunda yardım etme girişimlerinin, bu kişilerin kardiyovasküler tepkiyle ölçülen streslerini artırdığı görülmüştür. Knight ve ark., sorun çözme eğitiminin bakıcının hastanın sorunlu davranışlarından sorumlu olduğu fikrini pekiştirdiği yönünde bir spekülasyonda bulunmaktadırlar[1].

Bununla birlikte, ailelere, Alzheimer'lı aile bireyine sahip olma stresiyle nasıl başa çıkılacağı ve aynı zamanda demanslı akrabalarına işlev yitimiyle başa çıkmalarında nasıl yardımcı olacakları öğretilebilir. Bir destek unsuru hastanın sorunlarının doğası konusunda hassas bilgiye sahip olmaktır. Örneğin, Alzheimer hastaları yeni bilgileri belleklerine kaydetmekte güçlük yaşadığından, uygun bir diyaloğa girebilir ama birkaç dakika sonra konuşulan konuyu unuturlar. Bakıcı, kadın ya da erkek, temelde yatan beyin hasarı nedeniyle bu bozukluğun beklenebileceğini anlayamadığı sürece sabırsızlanır. Günlük durumların hatırlanması yerine, bunların tanınmasını beklemek hasta ve ailelerin yaşamlarını daha iyi yönlendirmelerine yardımcı olabilir. Ailelere yanıtı içinde saklı sorular sormaları öğretilebilir. "Telefonla kimle konuştun Harry ile mi, Tom'la mı?" şeklindeki soruya yanıt vermek yalnızca "Kim aradı" şeklindeki soruya cevap vermekten çok daha kolaydır. Birey okuma yetisini yitirdiyse, sözlü mesajlar yerine resimler kullanılabilir. Telefonda otomatik arayıcının yanı sıra dikkat çekici takvimler, saatler ve stratejik notlar yardımcı olabilir (Zarit, 1980).

Bakıcıların, hastaların her zaman kendi sınırlarını takdir edemediğini ve yeteneklerinin ötesinde, bazen de tehlikeli olabilecek etkinliklere girişebileceklerini anlamaları yararlı olabilir. Hastalara fazla korumacı yaklaşmak önerilmemekle birlikte, onların sorun ve bozuklukları konusundaki unutkanlıkları ışığında sınırlar koymak önem taşır. Bazen bakıcının hastanın sorunlarına tepkisi dikkat gerektirir. Bir olguda, bir kadının gelini, kadının giyimindeki renk kom-

[1] *Bu, önceki bölümde yer alan psikopatolojinin psikojenik kuramlarının tehlikeli doğası ile ilgili gözlemlerimizi akla getirmektedir. Demanslı yaşlı erişkinlerin yanı sıra çocukların bakımıyla yükümlü kişiler genellikle sorumluluklarını kabul etmeleri ve görevlerinin getirdiği sorunlar konusunda sorumluluk kabul etmeleri yönünde incelikle teşvik edilmektedir. Atalet ve ihmalkârlığı desteklemekten çok bakıcının sorumluluklarını uygun bir perspektif içine yerleştirmeyi desteklemeyi diliyoruz.*

Bellek yardımcıları sağlamak, bellek yitimi ile mücadele etmenin bir yoludur

binasyonlarını beğenmemiş ve onun gardırobunun düzenlemesi işini üzerine almak istemiştir, oysa hasta estetik açıdan modaya uygun olmasa da kendi başına yeterince giyinebilmektedir. Bakıcı gelinden kendi standart ve zevklerini hastaya dayatmaması ve hastanın kendi başına giyinme ve giysileri konusunda sorumluluk almasının, genel görünüme uygunluktan daha önemli olduğunu anlaması rica edilmiştir (Zarit, 1980).

Bakıcı ile hasta arasındaki bazı gerilimlerin kökeni demans öncesi ilişkilere uzanabilir. Bir durumun en belirgin yönünü ki bu durumda, hasta bir insanın sağlığındaki bozulmaları bütün güçlüklerin nedeni olarak değerlendirme yönünde bir eğilim vardır. Kalıcı sorunlara yönelik danışmanlığa gereksinim duyulabilir.

Belki de en iç burkucu karar, demansı olan hastayı bir kuruma gönderip göndermeme kararıdır. Bir noktada, hastanın bakım gereksinimleri öyle sıkıntılı ve akli dengesi öyle bozuk hale gelebilir ki, onun bir bakım evine yerleştirilmesi hem kişi hem de ailenin yararına olabilecek en gerçekçi seçenek olabilir. Kişilerin bu kararı verirken karşı karşıya olduğu çatışmalar ciddi boyuttadır. Danışman bu noktada, yakınlardaki kurumlara ilişkin bilgi verecek ve bu kararı almak ve uygulamak için destekleyecek bir kaynak olabilir (Zarit, 1980).

DELİRİUM

Delirium terimi; -den ya da -dışı anlamına gelen ***de*** ve kırışıklık ya da iz anlamına gelen ***lira*** şeklindeki Latin sözcüklerden türetilmiştir. Terim, yoldan çıkma ya da normalden sapmayı akla getirir (Wells & Duncan, 1980). Bu bölümde açıklanan olguda örneklendiği üzere, delirium tipik biçimde bilincin bulutlu hali olarak tanımlanır. Hasta bazen çok ani olarak dikkatini yoğunlaştırmakta ve odaklaştırmada çok zorlanır, tutarlı ve belirli bir yönde düşünce akışını sürdüremez. Deliriumun erken evrelerinde, kişi sıkça özellikle geceleri huzursuzdur. Uykulu gezme öylesine rahatsız edici hale gelir ki, kişi gün içinde uykulu, uyuşuktur, gece ise uyanık ve aşırı huzursuzdur. Birey genellikle geceleri ve karanlıkta uykusuz kaldığında daha kötü olur. Canlı rüyalar ve kâbuslar çok sık görülür.

Dağınık dikkatleri ve birbirinden kopuk düşünceleriyle, deliriumlu hastaların, bir konuşmaya katılımları olanaksız olabilir. Ağır deliriumda konuşma daldan dala atlar ve tutarsız biçimdedir. Sersemleşme ve zihinsel karmaşa nedeniyle bazı deliriumlu bireylerde zaman, yer ve kişi yönelimi bozulabilir. Zaman zaman o denli dalgın olurlar ki yönelim konusunda sorgulanamazlar bile. Özellikle yakın geçmişe ilişkin olaylar söz konusu olduğunda, bellek kaybı yaygındır. 24 saatlik bir zaman diliminde, deliriumlu insanların aralıklı olarak akılları başlarındadır, bu durumda uyanık ve tutarlıdırlar. Bu günlük dalgalanmalar deliriumu diğer semptomlardan, özellikle de demansdan ayırmaya yardımcı olur.

Algısal bozukluklar sık görülür. Bireyler tanıdık olmayanı tanıdık zanneder, örneğin, hastanede değil evde olduklarını ifade edebilirler. Özellikle görsel ve karışık görsel-işitsel yanılsama (illüzyonlar) ve varsanılar (halusinasyonlar) yaygın olmakla birlikte, her zaman görülmeyebilir. Deliriumlu yaşlı hastaların %40 ile %70'inde paranoid sanrılar belirtilmiştir. Bu sanrılar az işlenmiş, geçici ve değişken olma eğilimindedir.

Eşlik eden bozuk düşünceler ve algılar, hareketlerde ve duygudurumda salınımlardır. Deliriumlu insanlar kararsız olabilir, bir an giysilerinin dikişlerini sökerken, hemen sonrasında zihinsel olarak uyuşuk bir şekilde oturabilirler. Büyük bir duygusal karmaşa yaşar, depresyon, kaygı, korku, öfke, aşırı coşku (öfori) ve huzursuzluk (irritability) gibi duygularının birinden diğerine hızla geçiş yapabilir. Ateş, kızarmış yüz, büyümüş gözbebekleri, hızlı titremeler, artan kan basıncı ve idrar ve kakasını tutamama yaygındır. Delirium devam ederse, kişi tümüyle gerçekten kopacak ve hareketsizlik (stupor) gösterecektir (Lipovski, 1980, 1983; Strub & Black, 1981).

Delirium yaşlı erişkinlerde en sık rastlanan biyolojik zihin bozukluklarından biri olmasına karşın, araştırma açısından ihmal edilmiş, demansta olduğu gibi, genellikle, yanlış teşhis söz konusu olmuştur (Knight, 1996). Terminolojik karmaşa teşhiste gelişme kaydedilmesine engel olmuştur. Literatürde deliriumu sembolize eden otuz ya da üzeri eşanlamlı sözcük bulunmaktadır (Liston, 1982); akut zihinsel karmaşa (konfüzyonel) durumu ve akut beyin sendromu en çok kullanılanlardandır.

Herhangi bir yaştaki insanda delirium görülebilir ama çocuklarda ve yaşlı erişkinlerde daha sık rastlanır. Araştırmacılar %10-15 arası yaşlı genel cerrahi hastalarının ameliyat sonrası delirium sergilediğini belirtmişlerdir (Miller, 1981). Kaynaklara göre hastaneye kaldırılan tüm yaşlı hastaların 1/3 ile 1/2'sinin hastanede kaldıkları süre içinde belirli bir dönemde delirium göstermesi olasıdır ve demansı olanların delirium nöbetleri yaşadığı sıkça görülür. Oranlar geniş ölçüde farklılık gösterse de, en düşük rakamlar bile deliriumun yaşlı hastalarda ciddi bir sağlık sorunu olduğunu ortaya koymaktadır. Deliriumdan ölüm oranı son derece yüksektir; hastaların yaklaşık %40'ı ya temelde yatan durumdan ya da ileri derecede yorgunluktan ötürü ölür (Rabin & Folstein, 1982). Demans ile deliriumun ölümcüllük oranları arasında bir yıllık bir süre için yapılan karşılaştırma sonucuna göre, delirium %37.5 oranıyla, %16'lık demans oranına göre daha yüksektir.

Deliriumda doğru tanı konulması ve kendisine benzeyen diğer durumlardan ayrılması yaşlı kişilerin refahı açısından kritik önem taşısa da, bozukluk çoğu kez tanınamamaktadır. Örneğin, bilgisi az bir doktor, içinde yiyecek olmayan pis bir dairede bulunan bir yaşlı kadının demans geçirdiğini düşünmüş ve kadına bir bakım evinde rutin bir gözaltı bakımı uygulanmıştır. Neyse ki, deliriuma ilişkin bilgisi olan bir profesyonel, kadının sevdiği birini kaybettikten sonra diyetini ihmal ettiğini öğrenmiştir. Bu gerçek tanındığında, kendisinin beslenme bozukluğuna gereken önem verilmiş ve durumu iyiye giderek bir ay sonra taburcu edilmiştir (Zarit, 1980).

Maalesef, bu olgu son derece tipiktir. Cameron ve ark. (1987) akut tıbbi bir koğuşa yatırılan 133 ardışık olguyu incelemiştir. 15 olguda delirium bulunmuş, bunlardan yalnızca biri kendisini hastaneye yatıran doktor tarafından saptanmıştır. Yaşlı hastalar sık olarak bunamış sanılır ve bu yüzden de kendilerinden ümit kesilir. Kişinin durumu tedavi edilebilecek durumda olsa bile, uzun süreli bir kurumda kalma sıklıkla tek seçenek olarak görülür. Bilişsel bozukluğu olan yaşlı erişkin, ilaç zehirlenmesi, enfeksiyon, ateş, yanlış beslenme, kafa travması şeklindeki olası ve tedavisi olanaklı nedenler yönünden kapsamlı şekilde muayene edilmeli ve uygun bir şekilde tedavi edilmelidirler.

Knight (1986) deliriumu demanstan ayırmak için yararlı bir öneride bulunmaktadır:

> Klinik açıdan, deliriumlu bir kişiyle konuşmanın verdiği duygu, akut zehirlenme ya da akut bir psikotik nöbet geçiren bir kişiyle konuşmaya benzer. Demanslı hasta içinde bulunduğu yerin adını hatırlamayabilirken, deliriumlu hasta kendisinin tümüyle değişik bir yerde olduğuna inanabilir, belki, psikiyatrik bir koğuşu, kullanılmış araba parkı ile karıştırabilir. Varsanılar, özellikle görsel varsanılar deliriumda sık görülürken, demanslı hastalarda hastalığın ileri evrelerine dek çok ender ortaya çıkar. (s. 96-97).

DELİRYUMUN NEDENLERİ

Yaşlılarda delirium nedenleri birkaç genel sınıf altında guruplandırılabilir: ilaç zehirlenmeleri, ilaç kesilmesine bağlı reaksiyonlar, metabolik ve gıda dengesizlikleri (kontrol edilmeyen diyabet ve tiroit işleyişindeki bozukluktaki gibi), enfeksiyonlar ya da ateşlenmeler, nörolojik bozukluklar ve kişinin ortamında gerçekleşen bir değişikliğin getirdiği stres (Knight, 1986). Delirium büyük bir ameliyat -en sık rastlananı kalça ameliyatı- sonrası meydana gelebilir, (Gustafson ve ark., 1988); psikoaktif maddelerin bırakılması ve kafa travması ya da nöbet sonrasıdır. Bu yaş gurubunda deliriuma neden olan yaygın fiziksel hastalıklar konjesyona (ödem-su toplanması) bağlı kalp yetmezliği, sıtma, üreme yolu enfeksiyonu, kanser, böbrek ya da karaciğer yetmezliği, yanlış beslenme, serebrovasküler kazalar ya da felçlerdir. Büyük olasılıkla, yaşlı insanlarda deliriumun en sık görülen nedenlerinden biri reçeteli ilaç zehirlenmesidir (Besdine, 1980; Lipowski, 1983). Ancak, bu bölümün başlangıcındaki olguda olduğu gibi, deliriumun çoğunlukla birden fazla nedeni vardır (Sloane, 1980).

Delirium genel olarak, hızlı, saat ya da günlerle ölçülü bir süre içinde gelişmesine karşın, başlangıcının gerçek zamanı temelde yatan nedene bağlıdır. Toksik bir reaksiyondan ya da sarsıntıdan kaynaklanan deliriumun başlangıcı anidir, enfeksiyon ya da metabolik bir bozukluk temelde yatıyorsa, semptomların başlaması da daha kademeli olur.

Yaşlı kişiler deliriuma neden özellikle daha duyarlıdır? Bu konuda pek çok açıklama öneri

olarak getirilmektedir: yaşlanmanın getirdiği fiziksel durumdaki düşüşler, kronik hastalıklara karşı daha çok yatkınlık, yaşlı hastalara yazılan ilaçlar, ilaçlara artan duyarlık ve stresten daha çok etkilenme. Bir diğer etmen olan beynin hasar görmesi delirium riskini arttırmaktadır. Demans bozukluğu görülen hastalar deliriuma en yatkın olanlarmış gibi gözükmektedir. Delirium tanısıyla hastaneye yatmış her yaştan 100 hastanın geriye dönük araştırmasında, hastaların %44'ünde delirium, başka bir beyin durumuna (rahatsızlığına) ek olarak bulunmuştur (Purdie, Honigman & Rosen, 1981).

DELİRYUMUN TEDAVİSİ

Sendrom doğru olarak teşhis edildiğinde ve temelde yatan neden hemen ve etkin şekilde tedavi edildiğinde, deliriumdan tümüyle kurtulmak olasıdır. Durumun ortadan kalkması için genellikle 1 - 4 hafta geçmesi gerekir; duruma neden olan şey tedavi edilmediğinde, beyin kalıcı olarak zedelenebilir ve hasta ölebilir.

Deliriuma yaklaşımın sıkça ihmal edilen bir yönü demanslı ebeveynin ailesine delirium semptomlarının tanıtılması ve tedavi edilebilir nitelikte olduğunun anlaşılmasını sağlanması yönünde eğitim verilmesidir. Bu kişiler delirium başlangıcını giderek artan demans durumunun yeni bir evresi olarak yorumlayabilirler. Örneğin, Alzheimer hastası enfeksiyon geçirerek yüksek derecede ateşlenebilir ve halüsinasyonlar görmeye ve farklı garip hareketlerde bulunmaya başlayabilir. Bu yeni semptomlar, aile bireylerinin tanıdığı zihinsel bozulmaya eklendiğinde, onların, hastanın kendini hızla ve geri dönülmez şekilde kaybediyor sonucuna varmalarına ve paniğe kapılmalarına neden olur. Bunun üzerine aile bireyleri telaşa kapılarak, hemen hastayı bir kuruma yatırmak gibi zamansız bir karar alırlar. Ama uygun teşhis ve tedavi uygulanırsa, hasta normale dönebilir ki bu süreç sorunlu olsa da evde atlatılabilir.

İLERİ YAŞ VE PSİKOLOJİK BOZUKLUKLAR

Yaşlı erişkinlerdeki bütün iniş çıkışları onların ileri yaşına bağlama eğilimindeyiz. Yetmiş beş yaşındaki kişinin en belirgin özelliği yaşlı olmasıdır. Bir adam huysuzsa, bu yaşlı olduğundandır. Depresyondaysa, yaşlı olduğundandır. Hatta mutlu olduğunda bile bunun onun ileri yaşından kaynaklandığı varsayılır. Buna ek olarak, ileri yaş açıklaması açıkça ifade edilmese de, genel olarak bedensel niteliktedir. Bazı yeterli derecede tanımlanamayan fiziksel bozuklukların yaşlı insanların yalnızca fiziksel değil aynı zamanda ruhsal sorunlarından da kaynaklandığı düşünülmektedir.

Herhangi bir yaşta ortaya çıkan ruhsal bozukluğun en azından bir kısmının fiziksel bir açıklaması olsa da, bu açıklama yanıltıcıdır, çünkü yaşlılarda saptanan psikopatolojinin çoğu fizyolojik yaşlanma süreçlerine doğrudan bağlı değildir. Kişinin ileri yaşına taşıdığı uyumsuz kişilik özellikleri ve başa çıkma becerilerinin yetersiz oluşu, sağlıkta, kalıtsal yönelimde ve yaşamdaki stres kaynaklarında olduğu kadar psikolojik rahatsızlıklarında da önemli rol oynar.

Önce, hayatın ileri dönemindeki zihinsel bozuklukların sıklığına bakacağız ve sonra yaşlı insanlarda ortaya çıkış şekillerine özel bir önem vererek onları inceleyeceğiz.

YAŞAMIN İLERİ DÖNEMİNDE ZİHİNSEL BOZUKLUKLARIN GENEL YAYGINLIĞI

Yaş tek başına duygusal ve zihinsel bozukluğa katkıda bulunan bir etmen midir? Yaşlı insanlar gençlere göre daha mı fazla zihinsel bozukluk gösterir? İlerleyen yaşla birlikte zihinsel bozuklukların görülüş sıklığının artıp artmadığı belli değildir, bunun bir nedeni, şu ana dek tartıştığımız yöntemsel ve kavramsal güçlüklerdir. Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü (NIMH) tarafından yürütülen kapsamlı enlemesine kesitsel çalışmada yaşlıların da içerildiği tüm yaş guruplarında zihinsel bozukluklara ilişkin değerli veriler elde edilmiştir.

Görülüş sıklığına ilişkin veriler çeşitli zihinsel bozukluklar gruplandırıldığında, altmış beş yaş üzeri kişilerin tüm yaş gurupları içinde en düşük oranları verdiğini göstermektedir. İleri yaşın birincil sorununun *bilişsel bozulma* olduğu bulunmuştur ama bu ayrı bir DSM kategorisi olmayıp, birden çok bozukluğun önemli bir özelliğidir (örn., depresyon, demans, delirium). Hafif bilişsel bozulma oranları yaşlı erkek ve kadınlarda yaklaşık %14 oranında; ciddi bilişsel bozulma ise yaşlı erkeklerde %5.5, yaşlı kadınlarda ise %4.7 olarak görülmüştür (Myers ve ark., 1984). Bu oranlar bize yalnızca yaşlılardaki bilişsel bozulmanın genel sıklığını anlatmaktadır; nedenlerinin tedavi edilebilir olup olmadığını göstermemektedir.

Altmış beş ve üzeri yaştaki kişilerin çoğunun ciddi bir psikopatolojisi yoktur, ama %10 ila 20 arası bir dilimin profesyonel ilgi gerektirecek ölçüde psikolojik sorunu vardır (Gatz ve ark., 1996; Gurland, 1991).

DEPRESYON

NIMH ve diğer verilere göre duygudurum bozuklukları yaşlılarda %3, gençlerde ise %20'dir, bu kıyaslama yaşlılarda daha az rastlandığını göstermektedir (Eaton ve ark., 1989; Myers ve ark., 1984; Regier ve ark., 1988). Ancak, yaşlı erişkinlerde akut psikiyatrik bakım görmek üzere hastaneye yatırılan olguların yaklaşık yarısını depresyonun oluşturduğu tahmin edilmektedir (Gurland & Cross, 1882; Wattis, 1990). Buna ek olarak, kuşağa özgü bir etki de olabilir: yaşlı erişkinlerin onlardan daha gençlere göre daha yüksek düzeyde depresif bozukluk sergilediği görülmektedir (Lewinsohn ve ark., 1993).

Tek uçlu depresyonlar yaşlı hastalarda iki uçluya kıyasla çok daha sıktır (Posti 1978, Regier ve ark., 1988). Altmış beş yaşından sonra iki uçlu bozukluğun başlamasının ender olduğuna inanılmaktadır (Jamison, 1979, Shulman, 1993). Regier ve ark., mani için tanı ölçütlerini karşılayan altmış beş yaş ya da üzeri neredeyse hiçbir kişi belirleyememiştir. Tartışmamız bu nedenle yaşlı erişkinlerdeki tek uçlu depresyonu konu alacaktır.

Kadınlar erkeklere göre çok ileri yaşlara erişebildikleri dönem dışında yaşamları boyunca daha çok depresyon dönemi geçirir (Wolfe ve ark., 1996). Süreğen sağlık sorunları olan ya da hastanelere alınan yaşlı bireylerin %40 kadarı depresyondadır (Rapp, Parisi & Walsh, 1988). Buna ek olarak, Alzheimer hastalığı gibi demans bozukluğu içindeki kişiler de depresyonda olabilir; büyük bir depresif bozukluğunun olduğu tahmin edilen Alzheimer tipi demansı olan %30'luk bir kesime ek olarak, yaşamlarını etkileyecek düzeyde bazı depresyon semptomları olan çok daha fazla sayıda kişi bulunmaktadır.

GENÇ ERİŞKİNLERE KARŞILIK YAŞLI ERİŞKİNLERDE GÖRÜLEN DEPRESYONUN ÖZELLİKLERİ

Kaygı, işe yaramama duygusu, üzüntü, kötümserlik, uyuyamama, işleri yapmakta zorlanma diğer yaşlarda olduğu gibi yaşlı erişkinlerde görülen depresyonun yaygın belirtileridir (Blazer, 1982). Ancak arada bazı ilginç farklılıklar da vardır (Blazer, 1982; Small ve ark., 1986). Depresyondaki yaşlılarda, suçlanma duygusu daha az, bedensel yakınmalar ise daha çok yaygındır. Ayrıca, yaşlı depresyonlu hastalar, gençlere göre daha çok motor gerileme, daha çok kilo kaybı, fiziksel bakımdan daha çok düşüş, daha az düşmanlık ve daha az intihar düşüncesi taşıma özellikleri göstermektedir (Musetti ve ark., 1989). İntihar düşüncesindeki farklılık, bizim gerçekte erkeklerin ileri yaşa erişmesiyle daha çok intihar girişiminde bulunduğu ve intihar ettiği şeklindeki bilgimize ters düşmektedir. Son olarak, bellek yakınmaları - gerçek bellek sorunları olması şart değildir- yaşlı erişkinlerde genç depresyonlu bireylere kıyasla daha yaygındır (O'Connor ve ark., 1990).

DEMANSA KARŞILIK DEPRESYON

Daha önce belirtildiği gibi, birkaç vak'a öyküsü ve araştırma çalışmaları, görünüşte demans belirtileri gösteren yaşlı bireylerin, depresyon tedavisi aldıklarında yakınmalarının geçmiş ya da durumlarında iyileşme olduğunu kaydetmiştir. Öte yandan, depresyonlu kişilerde bilişsel bozukluğun sıkça saptanması nedeniyle depresyon olguları sık olarak demans bozukluğu şeklinde yanlış teşhis edilir. Bu konu ayırıcı tanı açısından önemlidir, çünkü depresyon genel olarak geri dönülebilir olmasına karşın demans böyle değildir.

Depresyonlu hastalar unutkan olabilirler, bu da sevdiklerinin demanstan kuşkulanmasına neden olabilir ama depresyonlu insanlar unutkanlıktan şikayet edebilirken (Kahn ve ark., 1975; Raskin & Rae, 1981), demanslı olanlar unuttuklarını da unutur! Dahası, depresyonlu hastalar yeteneklerini olduğundan az olarak değerlendirme ve olumsuz geri bildirim ile uğraşma eğilimindedirler (Weingarter & Silberman, 1982). Depresyonlu yaşlı erişkinler, depresif olmayan kontrol guruplarına göre bellek sorunlarından daha fazla yakınmalarına karşın, laboratuarda uygulanan bellek testlerinden alınan sonuçlarda kontrol guruplarına göre daha düşük bir performans sergilememişlerdir (O'Connor ve ark., 1990). Bellek kaybından yakınmalarına karşın, bellek testindeki performansları ortalamanın üzerinde ya da üst düzeydedir (Williams ve ark., 1987). Bellek yakınmaları ile gerçek bellek kaybı arasındaki bu aykırılık daha genç hastalarda da belirlenmiş olup, belki de klinik depresyon sendromu yönünden kişinin kendini küçük gören değerlendirmelerini yansıtmaktadır.

Depresyon ve demans hastaları arasındaki bir diğer fark depresyonlu insanların daha çok atlama hatası yapmaya eğilimli oluşudur; bir soruya çok çaba harcamaları gerekeceğinden ya da hata yapmayı beklediklerinden cevap vermeyebilirler. Öte yandan, demanslı kişiler konuşmalara hayali ya da rastgele öğeleri ekleme hataları yaparlar (Spar & Larue, 1990). (Bu hata bellekteki boşlukları kişinin gerçek olarak kabul ettiği uyduruk ve sıklıkla olası olmayan hikayelerle doldurmak anlamına gelmektedir). Hastalar hem demanstan hem de depresyondan yakınıyor olabilirler. Örneğin, Alzheimer hastası hem fiziksel hem de bilişsel sınırlılıklarının giderek artmasından ötürü depresyona girebilir (Reifler ve ark., 1982; Teri & Reifler, 1987).

YAŞLI ERİŞKİNLERDEKİ DEPRESYONUN NEDENLERİ

Fiziksel sağlığı kötü durumda olan birçok yaşlı hasta depresyondadır. Toplum içinde yaşayan 900 yaşlı üzerinde yapılan araştırma sonucunda depresif semptom gösteren kişilerden %44'ünün tıbbi anlamda hasta olduğu belirlenmiştir. Yaşlı tıbbi hastalardan hastanede kalanlar üzerinde yapılan bir çalışmada ise, %15'inin klinik açıdan depresif olduğu saptanmıştır (Reifler, 1994). Hayatlarının ileri döneminde ilk kez depresyon başlangıcını yaşayan yaşlı erkekler büyük olasılıkla depresyon nöbetinden önce bir ameliyat geçirmiştir, olağan dışı yüksek oranda kronik hastalığa tutulmuştur ve diğer kişilere göre daha çok tıbbi durumundan yakınmıştır (Roth & Kay, 1956). Yaşlı tıbbi hastalara bakan birçok doktor fiziksel rahatsızlıklarla birlikte depresyonun olabileceği olasılığına karşı duyarsız davranmış, sıklıkla bunu teşhis edememiş ve bu yüzden de psikolojik durumu tedavi edememiştir (Rapp ve ark., 1988; Rapp, Parisi & Walsh, 1988). Bu olasılık yalnızca depresyonu değil aynı zamanda tıbbi durumu da kötüleştirebilir (Wolfe ve ark., 1996).

Fiziksel rahatsızlık ve depresyon, bir hastalığın cesaret kırıcı yönleri dışında, başka nedenlerden ötürü de birbirine bağlıdır. Depresyonda kalıtsal yatkınlık da rol oynayabilir. ATD başlangıcından sonra depresyona giren ATD hastalarının akrabaları arasında depresyonun sıklık oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Strauss & Ogrocki, 1996). Bir kronik durumu tedavi etmek üzere reçete edilen ilaçlar, var olan depresyonu daha kötü hale getirebilir, depresyonun başlamasına yol açabilir ya da depresyon bozukluğuna benzeyen ama gerçekte bir depresyon olmayan semptomlar oluşturabilir (Klerman, 1983). Bu etkileri yapma olasılığı en yüksek olan ilaçlar antihipertansif ilaçlardır. Diğer olasılıklar arasında hormonlar, kortikostreoidler ve antiparkinson ilaçları yer almaktadır (Spar & LaRue, 1990). Madalyonun diğer yüzüne gelince, boylamsal ve geriye dönük araştırmalar depresyondaki bireylerin fiziksel rahatsızlık geçirmeye yatkın olduğunu göstermektedir (Vaillant, 1979; Wigdor & Morris, 1977). Cesaretleri kırılmış ve bilinçleri uyuşmuş bir durumda olduklarından, yaşadıkları semptomlar için uygun tedavi aramayabilirler, örneğin, bacaklarda zayıflık duygusu ya da yordanamayan bulantı nöbetleri, ciddi kardiyovasküler sorunların bir işareti olabilir.

Yaşlandıkça, hemen hemen kaçınılmaz bir şekilde depresyona yol açabilecek birçok olay yaşarız. Çeşitli araştırmalar dullar arasında hastalık ve ölüm oranının daha yüksek olduğunu ortaya çıkarmıştır (Clayton, 1973; Parkes & Brown, 1972) ve sevdiği birini kaybetmenin yaşlı hastaların hastaneye kaldırılmasını hızlandıran yaygın bir etmen olduğu şeklinde bir

Pek çok yaşlı insan eşini kaybettiği halde, onların tümünde tipik olarak ağır bir depresyon gelişmez.

hipotez geliştirilmiştir. (Turner & Sternberg, 1978). Ancak, araştırmalar bu kişilerde depresyonun göreceli olarak daha düşük olduğunu belirlemiş (Musetti ve ark., 1989), depresyon nedeniyle hastaneye yatırılmış olan kişilere göre geride kalan bireylerde depresyon belirtilerinin genellikle daha az sayıda ve ciddiyette olduğu ileri sürülmüştür (Bornstein ve ark., 1973; Gallagher ve ark., 1982). O halde, az sayıda yaşlı kişi sevdiği birinin beklenen ölümü sonrasında örseleyici bir depresif rahatsızlığa yakalanıyor gibi gözükmektedir.

Daha genç erişkinlerdeki gibi, psikolojik stres yaşlı erişkinlerde de depresyonda rol oynar, ama daha genç kişide bir depresyon nöbeti oluşumunu tetikleyen ya da kötüleştiren bir stres kaynağı, aynı şeyi yaşlı bir erişkinde ortaya çıkarmayabilir (George, 1984). Örneğin, sosyal izolasyonun ileri yaşta orta yaştaki gibi depresyonla güçlü bir bağlantısı yoktur (Musetti ve ark., 1989). Irk ve sosyoekonomik etmenler, tıbbi sorunlar gibi değişkenlerin yanında ikincil önemdedir, yani, ırk olarak azınlıkta bulunan yaşlı erişkinler daha ciddi tıbbi sorunlardan yakınırlar ya da sağlık bakımları daha kötüdür ve öyle görünüyor ki ırksal önyargı ya da mali baskılardan çok depresyona bu etmenler katkıda bulunmaktadır (Blazer ve ark., 1991). Yapılan pek çok araştırmada altmış beş yaş üzeri -kuşkusuz daha genç olanlar da, engelli, özellikle de Alzheimer hastası- ebeveyn ve akrabanın bakım stresiyle uğraşanlarda yüksek düzeyde depresyon (ve aynı zamanda kaygı) olduğu ortaya çıkmıştır (örn., Hannappel ve ark., 1993).

Emekliliğin olumsuz etkileri olduğu varsayılsa da, araştırmalar genellikle bu varsayımı desteklememektedir (Atchley, 1980; George, 1980). Emekliliğin herhangi bir hastalandırıcı etkisinin, emekliliğin salt kendisi ile değil, kötü sağlık durumu ve bazı emeklilerdeki daha düşük gelirle ilişkisi olabilir (Pahkala, 1990). Birçok yaşlı erişkin için, emeklilik daha çok yaşamın doyum sağlayıcı bir dönemine öncülük eder (Wolfe ve ark., 1996).

Yaşlı kişilerden her biri yaşamın ileri dönemine, ortak sorunlara karşı benzersiz tepkilerde bulunmalarını sağlayan gelişimsel bir geçmiş getirir. Sorunlarla başa çıkma becerileri ve kişilikleri yaşamın yeni olaylarına karşı ne denli etkin karşılık vereceklerini belirler (Butler & Lewis, 1982). Yaşamın ileri döneminde kayıplara ve strese karşı gösterilen yaygın tepkinin depresyondan çok uyum olduğu varsayılabilir.

DEPRESYONUN TEDAVİSİ

Önceki klinik bilgiler yaşlı hastalardaki depresyonun tedaviye daha fazla direnç gösterdiği kanısını taşısa da, bu tezler doğrulanmamıştır (Small & Jarvik, 1982). Buna karşılık, depresyonlu yaşlı erişkinlere hem psikolojik hem de farmakolojik müdahaleyle yardımcı olunabileceği yönünde önemli ölçüde kanıt bulunmaktadır.

Gallagher ve Thompson (1982, 1983) yaşlı depresif bireylerde bilişsel, davranışsal ve kısa psikodinamik psikoterapileri karşılaştırmıştır. Üçünün de eşit derecede etkin olduğu saptanmış, sonraki izleme araştırmalarında ise (Gallagher & Thompson & Thompson, 1995a, 1995b; Thompson, Gallagher & Breckenridge, 1987) hastaların dörtte üçünün ya tamamen tedavi edildiği ya da belirgin derecede iyileşme gösterdiği yargısına varılmıştır. Bu oranlar daha genç depresyonlu hastaların psikoterapi sonuçlarıyla karşılaştırıldığında daha olumlu olduğu görülür. Diğer bir dikkat çekici bulgu ise, daha genç depresyonlu ve tedavi edilmemiş hastada olduğu gibi tedavi edilmeyen kontrol hastaları iyileşme göstermemiştir, bu da yaşlı hastaların gençlere göre tedavi görmeden iyileşme olasılığının daha az olduğunu akla getirmektedir.

Depresyonu tedavi etmek için ilaç kullanımı üzerinde yapılan araştırmalar genç erişkinler üzerinde yapılanlar kadar kapsamlı değildir ama var olan kanıtlar özellikle fluoxetin (Prozac) gibi seçici gerialım inhibitörlerinin yararlı olabileceğini düşündürmektedir (Hale, 1993). Ancak, yaşlı erişkinlerde antidepresan ilaç kullanımı yan etkilerle komplikasyona yol açar, örneğin, ayakta duruşa bağlı tansiyon değişikliği (postural hypotension) (ayağa kalkıldığında kan basıncının düşmesi), bu hastalığı olan bazı hastalara verilen trisiklik antidepresanların, hastaların ayağa kalktığında başının dönmesine ve sonra da düşmesine neden olmaktadır. Bu ilaçlar ayrıca kalp krizi tehlikesi ile kardiyovasküler sistem açısından bir risk oluşturur. Buna ek olarak, yaşlı kişiler genellikle ilaçlara toksik reaksiyon verme yönünden yüksek risk altındadır. Bu nedenlerden ötürü, yaşlılarda depresyon için farmakolojik olmayan yaklaşımlarda bulunma özel bir önem taşır (Bressler, 1987; Scogin & McElrath, 1994). Elektrokolvulsif terapi, özellikle buna daha önce olumlu tepki vermiş hastalar söz konu ise pek çok geriatri doktorunun yeniden rağbet gösterdiği bir yöntemdir. (Janicak ve ark., 1993).

KAYGI BOZUKLUKLARI

Yaşlı erişkinlerde, kaygı bozuklukları depresyondan daha sık görülür (Gatz ve ark., 1996; Regier ve ark., 1988). Ancak, kaygı bozuklukları hakkında daha az araştırma yapılmıştır. İleri yaştaki kaygı bozuklukları hayatın erken dönemlerindeki sorunların bir devamı ya da yinelenmesi olabilir veya hayatın ileri döneminde ilk kez ortaya çıkmıştır. Tıpkı depresyon gibi, DSM'nin tanımladığı kaygı bozuklukları genç erişkinlere kıyasla yaşlı erişkinlerde daha endermiş gibi gözükmektedir (Kessler ve ark., 1994). Hemen hemen eldeki tüm veriler kesitsel olmakla birlikte, bu sonuca varma konusunda temkinli olmak akıllıca bir davranış olur. Yaşlı erişkinlerin daha genç kuşakları daha fazla bozukluk sergiliyor olabilir, böylelikle kaygı bozuklukları yaşla birlikte azalsa da, 1990'larda yaşlı olanlar yaygınlık açısından eğilimi yukarı çekebilirler. Sıklığı tespit etmeyi daha da zorlaştıran bir faktör ise genç insanlarda olduğu gibi, yaşlı erişkinlerdeki kaygı semptomlarının teşhis edilebilen kaygı bozukluklarından daha sık olduğudur, bu yaşlılarda ayırt edilmemiş kaygının oldukça yaygın olduğunu göstermektedir (Gurian & Miner, 1991). Kişinin hayatının niteliği DSM tanısı koydurmaya yeterli olacak kadar ağır, sık ya da sürekli olmasa dahi, profesyonel ilgi ve müdahaleyi gerektirir (Fisher & Noll, 1996). Genel olarak, kaygı bozukluklarının semptomları ileri yaşa girerken farklılık göstermez.

Kaygı bozukluklarının nedenleri yaşlanmaya ilişkin bazı durumları yansıtır (Fisher & Noll, 1996). Kaygı bozuklukları sıklıkla tıbbi hastalıklarla ilişkilendirilir (Hweindrich, 1993) ve hasta olma ve kuvvetsiz kalma konusundaki kaygılara bir tepki olabilir. Bazen, yaşlı kişinin kaygısı örneğin antidepresanlar ya da antiparkinsonda olduğu gibi ilaca karşı bir tepki de olabilir ya da sıklıkla yaşlılıktaki tıbbi hastalığa eşlik eden deliriumun bir bölümüdür (Lipowski, 1990). Alzheimer'lılarda olduğu gibi demansı olan hastalarda aşırı derecede huzursuzluk ve bazen de saldırganlık görülür. Büyük olasılıkla manto giymek gibi basit görünen işleri yapamadıklarında aklın karışması ve düş kırıklığından kaynaklanan bir kaygıyı yansıtır (Fisher ve ark., 1994, Fisher ve Noll, 1996'da belirtildiği gibi). Pek çok diğer tıbbi hastalık kaygı bozukluğunun bir parçası olarak düşünülmeyen ama profesyonel ilgi gerektiren kaygı bozukluğu oluşturabilir. Bunlardan bazıları bütün erişkinlerde bulunur, ancak bunların çoğu yaşlı erişkinlerde çok daha fazladır.

Hipoglisemi ve anemi gibi metabolik bozukluklar, hipertiroidizm gibi endokrin bozuklukları, anjine ve konjestif kalp yetmezliği gibi kardiyovasküler bozukluklar ve aşırı derecede kafein tüketimi, daha hızlı kalp atımı gibi semptomlara yol açabilir, bunların hepsi aynı zamanda kaygı semptomlarıdır (Fisher & Noll, 1996). Vestibüler sistemdeki (denge duygusunun iç kulakta kontrolü) yaşa bağlı bozulma, şiddetli baş dönmesi gibi panik semptom olarak ele alınabilir (Raj, Corvea & Dagon, 1993).

Yaşlılarda görülen kaygı sorunları daha genç erişkinlerde yararlı bulunan aynı tür psikolojik tedavilere yanıt verir gibi görünmektedir (Bölüm 6), ancak kontrollü araştırmalar henüz emekleme dönemindedir (Stanley, Beck & Glassco, 1997). Çünkü genellikle yaşlı erişkinlerin psikolojik yakınmalarını dinleyenin tıp doktoru olması-en azından yaşlıların şimdiki kuşağı-, psikoaktif ilaçların yaygın olarak kullanılmakta oluşu (bu tür ilaçların yaşlılar tarafından kötüye kullanımına ilişkin sonraki tartışmaya bakınız), ancak yaşlıların sıklıkla kullandıkları diğer ilaçlarla tehlikeli etkileşimlere girme potansiyeli, herhangi bir ilaca karşı artmış duyarlılık olması kaygı konusunda ilaç kullanımını riskli kılar. (Fisher & Noll, 1996; Hersen & Van Hasselt, 1992).

Yaşlılarda kaygı bozukluklarının gözden geçirilmesinde Fisher ve Noll (1996) tarafından yapılan sonuç yorumu diğer psikolojik bozukluklara da uygulanabilir:

> İleri yaş, gençleri şaşırtan, doğal birtakım fiziksel ve duygusal kayıplar sergilese de, bu kayıplar (ve meydan okumalar) ile etkin bir şekilde başa çıkma yeteneği gerçekten de yaşlanma ile kaygı arasındaki ilişkinin en çarpıcı yönünü oluşturmaktadır. Belki de, yaşlı erişkinlerin çoğunluğunun yaşlanmayla bağlantılı zorlu durumlar için kullandığı yöntemlerin incelenmesiyle, araştırmacılar yaşam boyu kaygı tedavisi konusunda daha iyi bir bilgiye sahip olabileceklerdir (s. 323).

SANRILI (PARANOİD) BOZUKLUKLAR

Altmış altı yaşında bir kadın klinik değerlendirmeye gönülsüz olarak katılmıştır. Öyküsü, altı haftadır kocasının yanmış yemek gibi kokan bir sıvıyı evde spreyle sıktığı şeklindeki garip sanrı ve varsanılardan oluşmaktadır. Kocasının kendisi hiç görmediği halde, halı ve mobilya dâhil evin her yerini spreylediğinden yakınmaktadır. Kokuyu neredeyse sürekli almakta ve bu onun başını, kalbini ve rektum bölgesini etkilemektedir. Ayrıca, çevredeki birinin eve tuğla ve taş attığından da şikâyet etmiştir. Buna ek olarak, ayak izlerini evinin yakınlarında gördüğünü iddia

ettiği birtakım kadınlarla kocasının ilişkisi olduğundan da şüphelenmektedir.

Kendisiyle yapılan görüşmelerde kocasına aşırı düşman karamsar bir kadın olduğu gözlenmiştir. Özellikle kocasının onu öfkelendirmek üzere alışılmadık bir maddeyi sıkmakta olduğu üzerinde yoğunlaşmıştır. Zaman zaman çok üzgün olmakta ve ara sıra gözyaşlarını silmektedir ancak en belirgin özelliği kocasının iddia edilen davranışı yüzünden duyduğu aşırı düşmanlık ve dehşettir. (Varner & Gaitz, 1982, s. 108).

Hastanın yaşadığı mutsuzluğa ek olarak, paranoya, diğer kişiler üzerinde kızgın tepkiler oluşturan ve yaşlı erişkini bir kuruma gönderme kararını aldıran rahatsız edici ve ani etkiler yapar (Berger & Zarit, 1978). Paranoid semptomatoloji pek çok yaşlı psikiyatrik hastada görülür (Heston, 1987; Pfeiffer, 1977).

Klinisyenler yaşlı ve genç bireylerin paranoid sanrıları arasında ilginç bir fark olduğunu rapor etmektedirler. Yaşlı erişkinlerin kuşkuları çoğu kez daha makul ve komşular, oğullar, kızlar, dükkândaki görevliler ve benzeri gibi yakın çevrelerindeki kişiler ile ilgilidir. Bunun tersine, daha genç paranoid hastaların anlatımlarındaki kötülük yapanlar genellikle CIA, FBI ve hatta yıldız ve gezegenler arasındaki uzay boşluğunda bulunur. Buna ek olarak, bazı daha genç paranoid hastalar büyüklenmeye (grandiyözite) yer verirler (Post, 1987). Ayrıca, yaşlı hastaların görme ve daha sonra işleyeceğimiz üzere işitme sorunu dışında, sağlık durumu iyi olan kadınlar olma olasılığı daha yüksektir.

PARANOYANIN NEDENLERİ

Yaşlı hastalarda paranoya hayatın daha erken bir döneminde başlamış olan bir bozukluğun devamı olabilir ya da sanrı ve demans gibi beyin hastalıklarına eşlik edebilir. Paranoya demanslı hastalarda bellek kaybından kaynaklanan boşlukları doldurma gibi bir işlev bile yerine getirebilir. "Anahtarları nereye koyduğumu hatırlayamıyorum" gibi bir itirafta bulunmak yerine, "Biri gelip anahtarlarımı almış olmalı" diye düşünürler (Zarit, 1980).

Paranoid düşüncelerin oluşması başta işitme olmak üzere duyusal kayıplara bağlanmıştır. Bazıları ağır paranoid bozukluğu olanlarda her iki kulakta da kalıcı işitme kaybı olma eğilimi vardır ki, bu onları sosyal anlamda sağır (işitme-engelli) yapar (Eastwood ve ark., 1985; Pearlson & Rabins, 1988; Post, 1980). Sağır bir yaşlı diğer kişilerin kendisi dediklerini duyamasın diye onun hakkında fısıldaştıklarına inanabilir. Kişinin paranoid tepkileri işitsel kaybın neden olduğu boşlukları doldurma çabası olabilir (Pfeiffer, 1977; bakınız Odak 16.2). Şaşırtıcı olaylar açıklanarak, sanrılar uyum sağlayıcı ve anlaşılabilir nitelikte algılanır. Ancak, işitme sorunları ile sanrıya dayalı bozukluk arasında varsayılan bağlantı konusunda birbiriyle çelişen kanıtlar vardır. Bazı araştırmacılar işitme kaybının paranoid semptomların başlangıcından önce oluştuğunu, diğerleri ise bu tür işitsel kayıpların sanrıya dayalı bozuklukları olmayan insanlar arasında yaygın olmadığını rapor etmektedir (Jeste ve ark., 1988).

Paranoidleşen kişiler aynı zamanda sosyal açıdan uyumsuz olduğundan, semptomlarının başlaması diğer kişilerden giderek yalıtıldıkları bir dönemi izleyebilir (Gurland, 1991). Bu yalıtım kişinin dünya hakkındaki kuşkularını kontrol etme olanağını kısıtlayarak, sanrıların hâkim olmasını kolaylaştırır. Birey iyi iletişim ve karşılıklı güvene dayalı sosyal ilişkiler yerine, bir sözde (yalancı) topluluk -kendisine ilişkin özel bir dünya- yaratır (Cameron, 1959).

Yaşlı kişiler başkalarının yapacağı her türlü istismara karşı daha hassastırlar. Diğer kişiler yaşlılar hakkında onların arkasından, hatta sanki orada değillermiş gibi yüzlerine karşı konuşabilir ve yaşlılardan pek çok açıdan istifade ederler. Hayatın ileri dönemine ilişkin bir paranoya işareti olarak yaşlı bir kişinin kötülük yapma ile ilgili bir şikâyeti hafife alınırken bazı olaylar o kadar asılsız değildir. Bu kitabın yazarlarından birinin yaşlı danışanlarından biri kendisinin hain kocasınca kiralanan bir dedektif tarafından takip edildiği hakkında büyük yakınmalarda bulunmuştur. Yapılan araştırma sonucunda, kocasının eşinin bir aşk ilişkisi içinde olmasından kaygı duyarak, gerçekten kendisini takip etmek üzere birini kiraladığı ortaya çıkmıştır! Şüphelerin paranoyaya yüklenmeden önce daima gerçek hayatta herhangi bir temeli olup olmadığı saptanmalıdır.

PARANOYA TEDAVİSİ

Yaşlı erişkinlerde paranoyanın tedavisi daha genç erişkinlerdekinin aynısıdır. Kontrol edilmiş bir veri elde bulunmamakla birlikte, klinisyenler, terapistin kişinin yakınmalarını empatik biçimde anladığı destekleyici bir yaklaşımın hasta açısından en iyi olduğunu önermektedirler. Paranoyaya dayalı sanrılara doğrudan karşı gelmek ya da kişinin inançları dışında aklından çıkarmasına çalışmak nadiren etkili olmaktadır. Has-

ODAK 16.2 KISMİ SAĞIRLIK, YAŞLANMA VE PARANOYA

İleri yaşta işitme sorunları ile paranoid düşüncenin gelişmesi arasında muhtemel bir ilişki olduğu yıllarca önce Emil Kraepelin tarafından kaydedilmiş ve dikkatli laboratuar çalışmaları ile desteklenmiştir (Cooper ve ark., 1974). Bağlantı paranoyaya özgüymüş gibi gözükmektedir, zira işitme güçlüğü ile depresyon arasındaki ilişki bu yaşlı kişilerde bu kadar büyük değildir. Yapılan bazı araştırmalara göre, işitme kaybı paranoyaya dayalı kaygılardan önce oluştuğundan, bu belirli bir önem taşıyan bir neden-sonuç ilişkisi olabilir.

Stanford fizyologu Philip Zimbardo ve iş arkadaşları düşük seviyede işitmenin paranoya ile ilişkisini araştırmak üzere özgün bir araştırma yapmışlardır. İşitme keskinliğindeki kaybın, eğer kişi bunu tanımazsa, farkında değilse, paranoyanın gelişmesi için zemin hazırlayabileceği yargısına varmışlardır. (Zimbardo, Andersen & Kabat, 1981). Senaryo şu şekilde gider. Etrafımdaki kişileri işitmekte güçlük çekiyorsam, onlar fısıldıyormuş gibi görünür, ben de onların benim hakkımda fısıltı halinde konuştuklarını ve konuştukları şeylerin de olumsuz şeyler olduğu sonucuna varabilirim. İşitme sorunumun farkında değilsem, böyle düşüneceğim. Kısmi sağır olduğumu bilirsem, sağırlığım yüzünden onları yeterince duyamadığımı takdir edeceğim ve onların fısıldadığını düşünmeyeceğim. İşitme güçlüğü yaşayan bir dede sonunda alçak sesli jestler yapan torunlarına, kendisi hakkında fısıldadıklarına inandığından kızacaktır ve onlar da böyle yaptıklarını inkâr edecektir. Gerilimli bir iddialar, inkârlar ve daha fazla suçlamalar döngüsü giderek düşmanca bir tavır takınan şüpheci dedeyi torunlarından yalıtacaktır.

Zimbardo ve gurubu tarafından yapılan bir deney paranoyanın bu hipoteze dayalı gelişiminin başlangıç aşamasını incelemiştir. Daha önce kolayca hipnotize olan ve kısmi sağırlıkla ilgili hipnoz sonrası önermeye karşılık vereceği saptanan kolej öğrencileri, çeşitli hipnotik prosedürün yaratıcı problem çözme üzerindeki etkileri olduğuna inandıkları bir çalışmaya katılmıştır. Her bir öğrenci deney yapanın işbirlikçisi durumundaki iki kişiyle aynı odada oturmuştur. Üçlüye ya işbirliği halinde ya da tek başlarına yerine getirecekleri bir görev verilmiştir. Tematik Algı Testi (TAT) ile ilgili bir resim hakkında bir hikâye uyduracaklardır. Önce ekranda odak sözcüğü gösterilmiş, sonra resim yansımıştır. Deney yapanın işbirlikçileri daha önce planlanmış olduğu üzere hikâye hakkında karar vermeye çalışırken şakalaşarak, öğrenciyi kendileriyle işbirliği yapmaya davet etmişlerdir. Hikâye tamamlandığında, kişi yalnız bırakılarak içinde MMPI paranoya ölçüleri ve duygudurumunu değerlendirmek için sıfatlardan oluşan bir kontrol listesi dâhil soru kâğıdını doldurması istenmiştir.

Şimdiye dek anlatıldığı kadarıyla, bu deneyde kayda değer özel bir nokta yoktur. TAT resmi verilmeden önce gerekli manipulasyonlar yer almıştır. Her öğrenci hipnotize edilmiş ve kendilerine şu üç hipnoz sonrası telkinden biri verilmiştir.

1. Uyarıyla başlatılan farkında olunmayan kısmi sağırlık: Bu guruptaki üyelere odak sözcüğünü ekranda gördüklerinde gürültü duyacakları, diğer kişilerin ne söylediği, fısıldar gibi konuşacakları ve işitememekten dolayı kaygı duymamaları söylenmiştir. Ayrıca, deney yapan kişi amneziyi omuzlarına dokunmak suretiyle ortadan kaldırıncaya kadar bu telkinin farkında olmayacakları talimatı da verilmiştir.

2. Uyarıyla başlatılan farkında olunan kısmi sağırlık: Kontrol gurubu niteliğindeki bu ikinci guruptaki öğrencilere de kısmi sağırlık ile ilgili aynı telkinde

ta sağlık alanında bir profesyonelle karşılaşana kadar pek çok diğer kişi - aile, arkadaş, polis görmüş, bunlar büyük olasılıkla onun yaklaşımını sınamışlardır. Paranoyanın neden olduğu sıkıntının yargılayıcı olmayan bir şekilde tanınmasının hasta ile terapötik bir ilişki oluşturması beklenir. Hasta terapiste güvenir ve onun yanındayken kendisini güvende hissederse, giderek sanrılar sorgulanabilir.

Eğer bir işitme ya da görme sorunu varsa, bir işitme cihazı ya da gözlük bazı paranoid semptomların hafifletilmesine yardımcı olabilir. Birey sosyal açıdan çevreden yalıtılmış durumda ise, etkinlik ve ilişkilerini arttırma girişimlerinde bulunulabilir. Düzenli destekleyici terapi hastanın aile bireyleri ve arkadaşlarıyla tekrar bir ilişki kurmasına yardımcı olabilir. Uygun davranışlar için olumlu bir pekiştirme sağlanabilir, örneğin, terapist hastanın, içeriği paranoidçe olmayan yorumlarına özel ilgi gösterebilir. Bu doğrudan önlemler paranoyayı hafifletmese bile, kişinin diğer hayat alanları açısından yararlı olabilir.

Terapi çalışmalarının bulguları, paranoid yaşlı hastalardaki sanrıların, hasta genellikle kendisine ilaç veren kişilerin amaçlarından şüphe duysa da, fenotiyazin ile belli ölçüde başarıyla tedavi edilebileceğini göstermektedir (Schneider, 1996). İlaç zehirlenmeleri de yaşlı kişilerdeki ilaca karşı özel duyarlılık nedeniyle dikkate alınmalıdır. En son çare olarak başvurulması

bulunulmuş ama onlara işitme güçlüğünün hipnoz sonrası telkinden kaynaklandığını hatırlamaları talimatı verilmiştir.

3. Hipnoz sonrası telkinin kontrolü: Hipnoz sonrası telkinin etkilerini kontrol etmekte kullanılan üçüncü guruptaki katılımcılara odak sözcüğüne deney yapan kişi tarafından sol omza dokunulana dek sol kulak lobunda bir kaşıntı tecrübe ederek karşılık vermeleri ve bu telkine yönelik bir hikâye anlatmaları talimatı verilmiştir.

Hipnoz sonrası telkin verildikten sonra, bütün katılımcılar hipnozdan uyandılar ve anlatılan TAT resmiyle deneyin devam edeceği yan odaya geçtiler. Şimdi, farkında olunmayan sağırlığa sahip olan katılımcıların işbirlikçilerin şakalarını kendilerine yönelik algılayabileceği takdir edilebilir, zira kendilerine söylenileni işitmekte güçlük çekeceklerdir ve bu güçlüğü kendi başlarına herhangi bir işitme sorununa yüklemeleri olası olmayacaktır. Farkında olunan sağırlığa sahip olanlar, şakayı işitmekte aynı güçlüğü yaşayacaklar ama hipnotik telkin yoluyla işitmede geçici bir azalma olduğunu bileceklerdir. Diğer kontrol gurubu öğrencileri hiçbir işitme sorunu yaşamayacak, yalnızca kulak loblarında kaşıntı hissedecektir. Araştırma tamamlandığında, hepsine deneyin amacı anlatılmış ve hipnoz sonrası telkinle gelişen kısmi sağırlık ve kulak loblarında kaşıntının ortadan kalkması için bütün gerekli adımların atılması sağlanmıştır.

Sonuçlar hayret vericidir. Farkında olunmayan kısmi sağırlık deneyimi önemli bilişsel, duygusal ve davranışsal ölçümler vermiştir. Diğer iki kontrol gurubu ile karşılaştırıldığında, bu öğrenciler MMPI ölçeğinde daha paranoid çıkmış ve kendilerini aşırı huzursuz, ajite olmuş ve saldırgan olarak nitelendirmişlerdir. Bu öğrencilerle aynı odada bulunan iki işbirlikçi onları kontrol gurubundakilerden daha saldırgan olarak değerlendirmiştir. (İşbirlikçiler katılımcının dâhil olduğu gurubu bilmemektedirler.) İşbirlikçiler her bir öğrenciyi TAT hikâyesini oluşturmak için birlikte çalışmaya davet ettiğinde, farkında olunmayan sağırlık çeken altı öğrenciden yalnızca bir tanesi bu öneriyi kabul etmiştir. Öte yandan, kontrol guruplarındakilerin çoğu bunu kabul etmiştir. İncelemenin sonunda, kendilerine konunun aslı anlatılmadan hemen önce, ileride de aynı kişilerle birlikte bir deneyde yer almak isteyip istemeyecekleri sorulduğunda, farkında olunmayan sağırlığı olanların hiçbiri olumlu cevap vermemişken, kontrol gurubundakilerin çoğu olumlu cevap vermiştir.

İşitme güçlüğü çeken ve diğerlerinden farklı olarak buna herhangi bir açıklama getiremeyenlerin genel tepkisi şüphe, saldırganlık, ajitasyon ve bu kişilerle yakın ilişki içinde bulunma konusundaki isteksizliktir. Bu kalıp, Zimbardo'nun bazı paranoid sanrıların en erken aşaması olarak hipotez haline getirdiği modele benzemektedir. "Analog başlangıç paranoyası"nın laboratuvarda sağırlığın farkında olunmayarak sağırlığı başlatmak suretiyle yaratılması, kişilerin yaşlandıkça işitme duyularının azalacağı, bazılarının bu sağırlığın farkında değilse, paranoyaya daha yatkın olduğu fikriyle tutarlılık göstermektedir.

İzleyen araştırmada, Zimbardo bu bulgularını hipnotik telkin yoluyla fizyolojik uyandırma ve uyandırmanın gerçek kaynağı için hikâyeyi telkin etme yoluyla güçlendirmiştir. Açıklanmayan uyandırma hipnoza yüklenebilecek uyandırmadan çok daha önemli ölçüde keder verici olmuştur (Zimbardo, LaBerge & Butler, 1993). Diğer araştırmalar, kendilerindeki açıklanamayan bu uyandırmanın nedenlerini anlamak üzere diğer kişilerin davranışlarına yönelenlerin, bu kaynağı diğer alanlarda, örneğin, fiziksel ortamdaki bir şeyde arayanlara göre daha paranoid olduğunu göstermektedir (P. Zimbardo, kişisel iletişim, 29 Eylül, 1992).

gerektiği düşünülen bir kuruma gönderme pek işe yaramaz. Uygulamada, bu karar paranoid inançların ciddiyeti ve yıkıcılığından çok, kişinin sosyal çevresinin tolerans düzeyine bağlıdır.

ŞİZOFRENİ

Bölüm 11'de tartışıldığı üzere, şizofreninin semptomları, sanrıya ek olarak, bilişsel bozulma, varsanılar donuk duygulanım gibi olumsuz semptomları içerir. Şizofreni ilk kez ileri yaşta mı görülür? Bu soru üzerindeki tartışmalar yıllar boyu artarak devam etmiştir. Kraepelin bile şizofreniyi tanımlamakta kullanılan erken başlangıç anlamındaki *praecox* sözcüğünü her zaman kullanmanın uygunluğundan şüphe duymuştur. Şizofreni yaşlı erişkinlerde ilk kez nadiren ortaya çıktığında, genellikle **parafreni** olarak adlandırılır (Howard, 1993; Roth, 1955). Semptomlar şizofrenin erken başlangıcında görülenlerden farklılık gösterir; parafreni tipik olarak daha fazla varsanı ve paranoyaya dayalı kaygı içerir (Howard ve ark., 1993; Jeste ve ark., 1988). Hastaların evlenmeme, yalıtılmış olarak yaşama, hayatta olan birkaç akrabaya sahip olma, işitme kaybı yaşama, şizofreniye ilişkin aile öyküsü olma ve daha düşük sosyoekonomik sınıfa ait olma eğilimi vardır (Harris & Jeste, 1988; Post, 1987).

ABD'de parafreni terimi tutarsız olarak kullanılmıştır (Berger, Zarit, 1978; Howard, 1983).

Bazı araştırmacılar parafreni tanısı konulan birçok yaşlı hastada gerçekte duygudurum bozukluğu olduğuna inanmaktadır (Cooper, Garside & Kay, 1976; Kay ve ark., 1976). Çünkü belirgin semptomlar taşıyan pek çoğunda biliş ve genel işlev görme korunmuştur; hayatlarında şizofrenide yaygın olan bozulma ve kargaşa yoktur. İlk kez altmış beş yaş sonrasında şizofreni olmuş gibi gözüken hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada, yaklaşık üçte ikisinin aslında demans ya da bir duygudurum bozukluğu olduğu anlaşılmıştır (Leuchter, 1985).

Yaşlı erişkinlerde, zihinsel bozukluklarla herhangi bir ilgisi olsa bile az olan biyolojik faktörlere, parafreni gibi bir akıl hastalığı tanısı konulurken özel bir önem verilmelidir. Birkaç tedavi edilebilir tıbbi ve ameliyatla ilgili sorun taklit şizofreniyi düşündüren belirti ve semptomları üretebilir (Marengo & Westermeyer, 1996), örneğin, hipertiroidizm, hipotiroidizm, Addison hastalığı, Cushing hastalığı, Parkinson hastalığı, Alzheimer hastalığı ve vitamin eksiklikleri (Jeste ve ark., 1991).

Yaşlı erişkinlerde şizofreni tedavisinde, yan etki ve hastanın almakta olduğu diğer ilaçlarla etkileşim reçete yazan doktora bir zorluk yaşatmakla birlikte, fenotiyazin gibi antipsikotik ilaçların etkili olduğu görülmektedir (Jeste ve ark., 1993). Destekleyici bir terapötik ilişkinin yardımcı ve yüreklendirici olduğu görülmektedir (Marengo & Westermeyer, 1996).

MADDE-BAĞIMLILIĞI İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Madde bağımlılığı günümüz yaşlı erişkinlerinde, daha genç olanlara göre daha az görülmektedir, ancak yine de bir sorun oluşturmaktadır. Yaygınlığın daha düşük olmasının bir nedeni geçmişte ilaç bağımlılığı yaşamış ya da bunu daha ileri yaşlarında denemekte olanların arasında ölüm oranlarının artmış olmasıdır.

ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI VE BAĞIMLILIK

Alkol bağımlılığının yaşlı kuşaklarda gençlere kıyasla daha az sıklıkta olduğuna inanılmakla birlikte, sorun önemsiz değildir. DSM tanımlı alkol bağımlılığı ya da bağımlılık için yaygınlık oranları yaşlı erkeklerde %3.1 iken yaşlı kadınlarda bu oran, %0.46'dır (Helzer, Burnam & McEvoy, 1991; Myers ve ark., 1984), bu ortalama %2 daha az demektir. Bu oran genel erişkin popülâsyonu için saptanan oranlardan çok daha düşüktür. Eğer sayılar haftada en az bir düzine içki tüketen kişileri içeriyorsa, bu yaşlı erişkinlerden %8'i ağır içicidir (Molgaard ve ark., 1990). Verilen alkol miktarları yaşlılarda gençlere göre daha güçlü bir etki yapmaktadır -vücut suyunun vücut kütlesine oranının yaşla azalması, alınan alkolün her bir birimi başına kan-alkol yoğunluğunun artmasına neden olmaktadır (Morse, 1988). Yalnızca bu nedenle bile, ağır içici olan yaşlı erişkinlerin pek çoğu alkol bağımlısı olarak değerlendirilebilir. Boylamsal bakış açısından bakıldığında, ağır içicilerin yaşlandıkça daha az içme eğiliminde olduğu görülmektedir (Fillmore, 1987). Ancak, daha hayatlarının ileri evrelerine ulaşmamış olan şimdiki kuşaklarda alkol bağımlılığının ve bağımlılığın çok daha fazla sıklıkla görülmesi - diğer ilaçların kötüye kullanımında olduğu gibi- gelecek açısından çok daha büyük bir sorun oluşturmaktadır. (Farklı yaşlardaki kişileri aynı zaman diliminde karşılaştıran araştırmanın kuşağa özgü etkilerinin yöntemsel tartışmasını hatırlayınız.)

Birçok alkol kötüye kullanıcısı ileri yaşa erişemez. Sirozdan ölümün en yüksek görüldüğü yıllar elli beş ile altmış beş arası yaşlardır. Kardiyovasküler sorunlardan ölümler de yine daha yüksektir (Shaper, 1990).

Sorunlu içme yaşlı bir erişkinde hayatın daha erken bir dönemindeki bir örüntünün devamı olarak varsayılabilir ama durum böyle değildir. Birçok sorunlu içici alkolle ilgili sorunlarını altmış beş yaş sonrası -geç başlangıçlı alkolizm-yaşamaktadırlar. Tahminler büyük ölçüde değişmektedir ama bu konuya ilişkin yazında son yapılan bir araştırmaya göre ileri yaşta içki sorunu olan 1/3 ila 1/2 arası kişilerin içki sorunu altmış beş yaşından sonra başlamıştır (Liberto ve ark., 1996).

İnsanlar yaşlandıkça alkole toleransları (dayanıklılıkları) azalır, çünkü alkolü daha yavaş metabolize ederler. Böylelikle, yaşlı kişilerde ilaç beyin kimyasında daha büyük değişiklikler yapar ve daha rahat toksik etki -sanrı gibi- oluşturur. Birkaç nöropsikolojik çalışma bellek sorunu gibi alkol bağımlılığı ile bağlantılı bilişsel açığın, benzer içme hikayeleri olan daha genç bireylere göre, yaşlı alkoliklerde büyük olasılıkla daha belirgin olduğunu göstermiştir (Brandt ve ark., 1983). Bazı zihinsel işlevlerin alkolü bırakmayla birlikte iyileşmesine karşın, kalan etkilerin yaşlı kişinin bırakmasından sonrada uzun süre devam ettiği görülmektedir.

Klinisyenler daha genç hastalara göre yaşlılarda alkol bağımlılığını daha az araştırırlar ve motor koordinasyonunun zayıflığını ya da bellekteki gerilemeyi tıbbi bir soruna ya da yaşamın ileri döneminde görülen depresyona bağlarlar. Gerçekten de, alkol sorunları genellikle büyük bir depresyon ve beyin haşarıyla birlikte görülür (Liberto ve ark., 1996). Durum böyle olsa da olmasa da, alkol bağımlılığı görmezden gelinirse, hastanın tedavisi ciddi şekilde etkilenecektir. Müdahale ile ilgili kontrollü araştırma sayısı azdır.

YASA DIŞI İLAÇ KÖTÜYE KULLANIMI

Şu andaki yaşlı nüfus diğer yaş guruplarına oranla yasa dışı ilaçlara daha az sıklıkla bağımlıdır. Daha önce belirtilen NIMH anketine göre (Regier ve ark., 1988), ilaç kötüye kullanımı ya da bağımlılık bozukluğu altmış beş ve üzeri yaşta hiç kimsede görülmemişken, kırk beş yaş ve altmış dört yaş arasındakilerin %0.1'inde görülmüştür; kıyaslandığında daha genç yaş guruplarında daha yüksek oranlar saptanmıştır. Araştırmalar yaşlı narkotik bağımlılarının bu alışkanlığa yaşamın erken döneminde başladığını ve yaşlandıkça ilaç alım düzeyini azalttığını göstermektedir (Ball & Chambers, 1970). Ancak, birçok uzman yasa dışı ilaç bağımlılığının bu resmi tahminlerin gösterdiğinden daha yüksek olduğuna inanmaktadır.

İLAÇLARIN YANLIŞ KULLANIMI

Reçetenin ya da kaçak ilaçların yanlış şekilde kullanımı ilaç ya da alkol kötüye kullanımına göre yaşlı nüfus için çok daha büyük bir sorundur (LaRue, Dessonville & Jarvik, 1985). Yaşlılar bütün yaş guruplarının içinde genel olarak daha yüksek bir yasal ilaç alım oranına sahiptir. Yaşlılar nüfusun yalnızca %13'ünü oluşturmasına karşın, bütün reçeteli ilaçların yaklaşık üçte birini tüketirler (Weber, 1996). Bu reçetelerden bazıları ciddi ilaç kötüye kullanımını yansıtmaktadır.

Reçeteli ya da yasal ilaç kötüye kullanımı kasıtlı ya da kasıtsız olabilir. Bazı kişiler birçok kaynaktan ilaç edinerek bağımlılık yapan ilaçların peşine düşebilirler. Örneğin, birden fazla doktora gider, reçetelerini farklı eczanelerde yaptırır, reçetelerinin çokluğu keşfedilmesin diye kredi kartı yerine nakit ödeme yaparlar. İşlevleri iyi durumda orta sınıf üyesi kendi evinde yaşayan 141 yaşlı kişi üzerinde yapılan araştırmada, neredeyse yarısı en az altı ay içinde bir defa olmak üzere reçeteli ya da kaçak ilacı yanlış şekilde kullanmış olduğunu bildirmiştir (Folkman, Bernstein & Lazarus, 1987).

Yıllar önce ameliyat sonrası bir ağrı ya da sevilen birini kaybetme üzüntüsü ya da kaygısı ile başa çıkmak üzere reçeteli olarak verilen birçok yatıştırıcı, antidepresan ve uyku ilacı yaşlı erişkinlerde hem fiziksel hem de psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Bu yaşlılar düzenli olarak işe gitmediğinden ya da hatta bazen günlerce, bazen de haftalarca toplum içine çıkmadığından bağımlılıklarını yıllar boyu saklayabilmektedir. İlaçların neden olduğu lafı ağızda geveleme ve bellek sorunları ileri yaşa ve demansa bağlanabilir (LaRue, Dessonville & Jarvik, 1985), bu da yaygın klişelerin uygun teşhis ve tedaviye nasıl engel olabildiğine verilebilecek bir başka örnektir. Bir bağımlılık uzmanı, "onlar ilaç ve alkolü karıştırarak kafayı bulmaya çalışan 25 yaşındaki birine benzemezler. Yalnız, sefil bir hayatı daha az sefil kılmaya çalışırlar" diyor (Weber, 1996, s. A36'dan alınmıştır.). Eski bir Valium bağımlısı ve şimdinin California'daki Pills Anonymous (Adsız İlaççılar) Gruplarından birinin lideri bu sorunu şu şekilde ortaya koymaktadır: "Klozet bağımlıları, onlara burada böyle hitap edilir. Onlar evdedir. Onlar korkar. Onlar yalnızca saklanır. Onları ilaca sürükleyen doktorlarıdır" der (Weber, 1996, s. A36'dan alınmıştır).

Kasıtlı ya da kasıtsız ilacın yanlış şekilde kullanımı yaşlılarda ciddi bir sorun yaratabilir ve sanrılara yol açabilir.

Doktorlara baktıkları hastayla geçirdikleri süreden çok, hasta sayısına göre ücret ödeyen sağlık uygulamalarının artmasıyla, doktorların yaşlı bir hastanın gerçekte ne sıkıntısı olduğunu belirlemesi giderek daha güç hale gelmektedir. Böylece doktorlar yalnızca sözlü yakınmaları azaltan reçeteler yazar olmuşlardır. Buna ek olarak, çoğu psikoaktif ilaç genç insan üzerinde test edildiğinden, yaşlı insanın daha az etkin olarak çalışan böbrekleri ve karaciğeri için uygun olan dozajı bulmak tıbbi uygulayıcılar için zorlu bir durum oluşturmaktadır.

Günümüz yaşlı erişkinler kuşağı, daha gençlere göre bir başka kültürün etkisinde daha az kaldığından, ilaç sorunu dâhil psikolojik sorunları için daha az yardım ister. Pek çoğu, denetimsiz olarak ilaç bırakmaya kalkar, hatta bazen birdenbire bunları keserek olumsuz bir fiziksel tepki ortaya çıkarır. Bu tür davranışlar tehlikeli, hatta hayati derecede tehlikeli olabilir, çünkü ilaç bırakma tepkileri kardiyovasküler sisteme büyük bir yükleme yapar. Şu sıralarda orta yaşlarında olan insanlar yetmişlerine ve üzerine ulaştığında, "rahatsızlıklarınız için hap alın" şeklinde edindikleri zihniyet yüzünden ve duygudurumunu etkilemek ve huzursuzluğu azaltmak için tasarımlanan ve de sayıca daha fazla ilaç kullanıma hazır edileceğinden, reçeteli ilaç bağımlılığı sıklığı daha da büyük olabilir.

Bazı yaşlı bağımlılar yaşlı bir erişkini bulmayı beklemediğimiz yerlerde karşımıza çıkabilir:

> Derisi kaşınıyordu, tıpkı görünmez bir arı kovanı tüylerini diken diken etmiş gibi. Titredi, sonra terledi, umutsuzluktan boğulacakmış gibi duyumsadı.
>
> 65 yaşında, bir doktor eşi, bir cüzdan dolusu fotoğrafı olan gururlu bir anneanne. Ama oradaydı işte, herhangi bir diğer bağımlı gibi bedeni top gibi olmuş... bir ilaç tedavi merkezinde, ağrıkesici ve yatıştırıcıdan yoksun kaldığından içini çeke çeke ağlıyordu.
>
> Olayların bu hale geldiğine inanamıyordu.
>
> Kadın şöyle dedi, "Onun yaşındaki kadınlar kendilerini gizlice kapı önüne gelip rastgele ateş edenlerle bağdaştıramazlar. Hayır, onlar, hap almak için gizlice banyoya süzülürler." (Weber, 1996, s. A1).

HİPOKONDRİ

Yaşlı erişkinler pek çok fiziksel sorundan yakınırlar, bunların arasında ayak ve sırt ağrıları, hazımsızlık, kabızlık, nefes alma güçlüğü ve el- bacak üşümeleri yer alır. Bunların hepsi sorumlu sağlık alanındaki profesyoneller tarafından ciddiye alınmalıdır. Ama bazı yaşlılar hasta olduğuna inanır ve hiçbir olası fiziksel neden yokken bitmez tükenmez ağrı ve sızılardan yakınır. Hipokondrinin görülme sıklığının yaşlı nüfusta daha fazla olduğuna ilişkin genel bir inanış vardır, ancak hipokondri sıklığı yaşlılarda diğerlerine göre daha fazla olmayabilir (Siegler & Costa, 1985). Bir gurup olarak alındığında, yaşlı erişkinler bedensel semptomları, olduğundan çok değil, az bildirme eğilimindedir ve genellikle ciddi hastalıklar için yardım isteyemez (Besdine, 1980). Bunun nedeni belki de sağlık bakımı harcamaları için duyduğu kaygılar ya da büyük olasılıkla doğru olan -ağrı sızıların yaşlanma sürecinin kaçınılmaz bir parçası olduğu ve belirli bir sorunu yansıtmadığı şeklindeki- bir inanıştır.

Boylamsal anket verileri sağlık konusundaki kaygıların yaşlanmayla artmadığını, bu konuda yaşamın bütününde bir tutarlık olduğunu göstermektedir. Gerçek sağlık sorunları, eşlik eden kaygılarda artış olmaksızın, yaşla birlikte artmadığından, bu tür veriler insanların yaşlandığında daha hipokondriyak olduğu fikrini desteklemez (Costa ve ark., 1987). Aşırı semptomatik yakınmaları nörotisizm ve uyumsuzlukla bağlantılandırılır ki, bunların yaşla herhangi bir ilişkisi yoktur. Buna ek olarak, NIMH araştırmasında (Regier ve ark., 1988), altmış beş yaş ve üzeri yaşlıların yalnızca %0.1'inde bedensel bozukluklar ortaya çıkmış olup, bu oran daha geç yaş gurubundakilerle aynıdır.

Yaşlı erişkinler üzerinde hipokondri tedavisine ilişkin hiçbir kontrollü araştırma yapılmamıştır. Klinisyenler genellikle kişiyi sağlıklı olduğu yönünde inandırmanın yararsız olduğu konusunda fikir birliği içindedir, çünkü bu kişiler olumsuz laboratuar testlerinden ya da resmi kaynakların otoriter ifadelerinden etkilenmezler. Deneyimlerle belirlenen bazı kanıtlar bedensel yakınmaları görmezden gelmenin ve bunun yerine, var olmanın daha olumlu yönleri üzerinde yoğunlaşmanın yararlı olabileceğini önermektedir (Golstein & Birnbom, 1976). "Kendini iyi hissetmediğini ve ayaklarının gerçekten ağrıdığını biliyorum ama yine de gel Pallisades Parkı'nda bir yürüyüşe çıkalım." Dikkati başka yönlere çeken etkinlikler, algıladıkları tıbbi rahatsızlıklara karşın bu bireylerin, harekete geçmelerine olanak sağlar, onlar da böylelikle yaşamdan olumlu anlamda doyum sağlarlar.

UYKU BOZUKLUKLARI

Uykusuzluk yaşlılarda sıkça görülen bir yakınmadır. Ülke çapında yapılan bir anket sonu-

cuna göre ankete cevap verenlerin içinde uykusuzluk çekenlerin %25'i altmış beş - yetmiş beş yaş arasındadır, %14'ü on sekiz - otuz dört yaş arasındadır; diğer %20 sinin ise daha az ciddi ama yine de sorun yaratan bir uykusuzluk bozukluğu vardır (Mellinger, Baiter, & Uhlenhuth, 1985).

Yaşlılar arasında yaşanan en sık uyku sorunu geceleyin sık olarak uyanmak, sabahın erken saatlerinde uyanmak, uyumakta zorluk çekmek ve gün boyu kendini yorgun hissetmektir (Miles & Dement, 1980). Bu yakınmalar insanlar yaşlanırken normal olarak oluşan değişikliklere koşuttur (Bootzin, Engle- Friedman, Hazelwood, 1983). Yaşlı kişiler daha genç erişkinlere göre biraz daha az ya da eşit derecede uyurlar ama onların uykuları daha sıklıkla kendiliğinden bölünür; uyandıktan sonra da tekrar uyumaları uzun süre alır (Webb & Campbell, 1980). Böylelikle yaşlı kişiler gece vakti yatakta kaldıkları süreye oranla daha az uyurlar; bunu gün boyu yaptıkları şekerlemelerle ödünlemeye eğilimlidirler. Yaşlı kişiler ayrıca, hızlı göz hareketi olarak bilinen bir evrede (REM) ve en derin olan, 4. evre uykusunda daha az mutlak süre geçirirler. Uyku bozuklukları temelde normal olarak görülen bir örüntünün aşırı ucundadır. Yaşlı erkeklerde yaşlı kadınlara göre daha fazla uyku bozukluğu görülür, bu cinsiyetler arası fark, daha genç erişkinlerde daha az görülür (Dement, Laughton, & Carskadon, 1981).

UYKU BOZUKLUKLARININ NEDENLERİ

Yaşlanmayla bağlantılı değişikliklere ek olarak, çeşitli hastalıklar, ilaçlar, kafein, hareketsizlik ve kötü uyku alışkanlıkları yaşlı erişkinleri uykusuz yapar. Tam gelişkin bir duygudurum bozukluğu var olmamasına karşın, depresif duygudurumun yaşlı erişkinlerde başta sabahın erken saatleri yaşanan uyanmalar olmak üzere uyku bozukluklarıyla ilintili olduğu görülmektedir (Rodin, McAway & Timko, 1988). Uykusuzluk yaygınlığı depresyon yaygınlığına göre yaşlılarda çok daha fazla olduğundan, bütün geriatrik uyku sorunları temelde yatan bir depresyona bağlanmamalıdır (Morgan, 1992).

Ağrı, özellikle eklem iltihabı (artrit) ağrısı yaşlı erişkinlerin uykusunu bölen başlıca nedendir (Prinz & Raskin, 1978), uyku sorunları aynı zamanda Alzheimer hastalığı ile de ilişkilidir.

Herhangi bir yaşta, uykusuzluğun nedeni ne olursa olsun, uykusuzluk üzerinde düşünme ve uyunan saatlerle tekrar uykuya dalmak için geçirilen saatleri saymakla daha kötüleşir. Uyku sorunlarını onlarla başa çıkmak üzere alınan ilaçlar da kötüleştirebilir.

Uykuda Solunum Yokluğu (Sleep apnea) gece boyunca on ve üzeri bir saniyelik zaman dilimi boyunca solumanın yineleyici olarak durduğu bir solunum bozukluğudur. Normal uykuyu ciddi şekilde bozar ve zamanla yorgunluğa, kas ağrılarına ve kan basıncının yükselmesine neden olur. Normal solumanın bozulması, genel olarak boğazın arkasındaki bir fazla dokunun engellemesinden kaynaklı hava akımındaki duyumsanabilir düzeydeki azalma şeklindedir. Bu nefes kesilmeleri bir saatte yirmi kereye dek yükseliş gösterebilir. Yatağını paylaştığı kişi çoğu apne sorununa tipik olarak eşlik eden horlamadan yakınmadıkça, kişinin kendisinin bunun farkına varması zordur. Bazen bu yatak ortağı kişinin nefesinin kesildiğinin ve yüksek sesle nefes nefese kaldığını söylediğinin farkına varabilir. Apneye ilişkin nöbetler gözlemciler için korkutucu olabilir. Hem horlama (engelleyici uykuda solunum yokluğu ile bağlantılı olabilir, olmayabilir) hem de uykuda solunum yokluğu yaşlandıkça artar (Bliwise ve ark., 1984). Kişide uykuda solunum yokluğu olduğuna ilişkin güvenilir bir tanı, o kişinin bir geceyi çeşitli uyku parametrelerinin (örn., göz hareketleri, soluma, kas gerilimi) bir poligrafta izlenebileceği bir uyku laboratuarında geçirmesiyle gerçekleştirilebilir.

UYKU BOZUKLUKLARININ TEDAVİSİ

Kaçak (kayıt dışı) ilaçlar ve reçeteli ilaçlar uykusuzluk çeken birçok yaşlı tarafından alınır. Küçük bir uyku ilacı şişesi geceleyin masanın üstünde duran pek çok ilaca eşlik eder. Yaşlılar uyku ilaçlarının en büyük tüketicileridir. Reçeteli uyku ilacı kullananların %60'ı elli yaşının üzerindedir (Mellinger ve ark., 1985). Bununla birlikte, uyku ilaçları hızla etkinliklerini kaybeder ve sürekli kullanım ile uykuyu daha hafif ve bölük pörçük yapar. REM tamamlama (rebound) uykusu, ilaçlara uzun bir süre dayandıktan sonraki REM uykusundaki artış, düzensizdir (Bootzin ve ark., 1996). İlaçlar ilaca bağımlı uykusuzluk bile meydana getirebilirler. Bu sözde yardımcılar, insanlarda ilaca bağlı baş ağrısı oluşturabilir ve solunum güçlüklerini arttırabilirler ki, yaşlılarda uykuda solunum yokluğunun görülme sıklığının arttığı düşünüldüğünde, bu onlar için büyük bir tehlikedir. Benzodiyazepin gibi (örn., Valyum) yatıştırıcıların yan etkileri arasında yeni bilgi öğrenmekte sorunlar -ileriye dönük bellek kaybı

(anterograde amnesia) ve bir sonraki günü net olarak düşünmekte karşılaşılan ciddi güçlükler yer alabilir (Ghoneim & Mewaldt, 1990; Schatzberg, 1991).

Günümüzde uyku ilacının kronik uykusuzluğu olan her yaştaki hasta ve özellikle de uykusuz yaşlı hastalar için uygun bir tedavi olmadığına ilişkin önemli kanıtlar bulunmaktadır. Ama, pek çok bakım evi sakinine uyku ilacı reçeteli olarak yazılmakta ve bir çok durumda, kendilerinde uyku bozukluğu olduğuna ilişkin ortada bir kanıt yokken bile günlük olarak verilmektedir (Bootzin ve ark.,1996; Cohen ve ark., 1983).

Yıllarca, uykunun gelmesine yardımcı olmak için küçük bir yudum alkol almakla ilgili olarak fıkralar anlatılmıştır. Merkezi sinir sistemini yatıştıran bir madde olarak alkol birçok insanda rahatlama ve uyuşukluk duygusu oluşturur. Ancak, neredeyse bütün diğer ilaçlarda olduğu gibi alkolün de uykunun mimarisine, isim vermek gerekirse, rüya görmekle bağlantılandırılan hızlı göz hareketi (REM) uykusu gibi uykunun belirli aşamaları üzerinde olumsuz etkisi vardır. Alkol belirgin düzeyde REM uykusunu azaltır, bu ise bir sonraki gün yorgunluk gibi sorunlara ve net düşünmekte güçlük çekilmesine yol açar. Buna ek olarak, alkole tolerans içtikçe arttığından, kişi aynı etkiyi elde edebilmek için daha fazla içer. Yaşlı erişkinler dâhil uyku bozukluğu olan kişiler bazen alkolü sedatif ve yatıştırıcılarla (tranguilizers) karıştırırlar. Daha önce gördüğümüz gibi ani ölümlere yol açabilen bu kombinasyonlar, biyokimyasal maddelere karşı daha hassas olmalarından ötürü yaşlılar için özellikle tehlikelidir. Son olarak, alkol uykuda solunum yokluğunu attırır.

Uykuda solunum yokluğu konusundaki müdahale, genellikle kişinin burnuna hava akımını arttıran ve böylelikle de boğazın arka tarafındaki tıkanıklığı hafifleten bir cihaza tutturulan bir maske takılması şeklinde yapılır. Bu tedavi genellikle son derece etkili olup, aynı zamanda gerçek anlamda yüksek sesle horlamayı ortadan kaldırmaktadır ki, hastanın yatak ortağıyla arasındaki insanca ilişkileri daha iyiye götüren bir ikramiyedir! Bazen, boğazın arkasındaki hava yollarını genişletmek için ameliyata başvurulabilir ama onun etkililiğine ilişkin kanıtlar hava akımı tedavisininkine oranla daha az kesinlik taşımaktadır (Bootzin ve ark., 1996).

Yaşlı erişkinlerde uyku bozukluklarının farmakolojik olmayan tedavisi üzerinde fazla araştırma yapılmamıştır, bunun nedeni belki de araştırmacıların daha önce bildirdiği gibi uyku modellerinde normal olarak görülen yaşa bağlı değişikliklerin etkili girişimleri engellediğini varsaymalarıdır (Bootzin & Engle-Friedman, 1987). Ancak, iyileşme mümkündür (Bootzin ve ark., 1996). Uykunun anlamının ve normal yaşlanma sürecinin bir parçası olarak görülen değişikliklerin açıklanması yaşlı kişilerin uyku modelleriyle ilgili kaygılarını ve uykuyu başlı başına engelleyen kaygıyı azaltabilir. Terapist hastaları bazen uykusuzluk çekmenin bir felaket olmadığını; geri dönülmez bir beyin hasarına ya da akli dengesizliğe yol açmayacağını belirterek de temin edebilir. Uyuma konusundaki kaygının azalması genellikle kişinin uyumasına yardımcı olur. Herhangi bir yaştaki kişi için, kaygı ya da depresyon gibi uyku bozukluğunun temelinde yatan herhangi bir psikopatolojik durum ile başa çıkmak uyku düzeninin iyileşmesine neden olur.

Bazı bireylere onların uyuya kalmalarına yardımcı olacak gevşeme eğitimi ve iyi uyku alışkanlıkları kazanmalarına yardımcı olacak yönergeler verilir -her gün aynı saatte kalkmak, gece vakti uyumak için uygun olmayan etkinliklerden kaçınmak, yalnızca uykusu geldiğinde yatmak ve uyuyamadıysa kalkıp başka bir odaya geçmek vb. Düzenli olarak yapılan alıştırmalar da işe yarayabilir (Stevenson & Topp, 1990). Bu tür yaklaşımlar her yaştaki erişkini uykusuzluğun pençesinden kurtarabilir (Bootzin ve ark., 1996; Morin & Azrin, 1988).

İNTİHAR

Genel olarak, birkaç etmen kişileri intihar için özel bir yüksek riske sokar: ciddi fiziksel hastalık, ümitsizlik duygusu, sosyal yalıtım, sevilen kişilerin kaybı, zorlu mali koşullar ve depresyon (Bkz. Bölüm 10). Bu sorunlar yaşlı kişilerde yaygın olduğundan, altmış beş yaş üzeri kişilerde intihar oranının yüksek, belki de, daha genç bireylerinkinden üç kat fazla olmasına şaşılmamalıdır (Mcintosh, 1995).

Ancak, boylamsal veriler incelendiğinde, intihar oranları ile yaş arasındaki ilişkinin ilk başta görüldüğü gibi basit ve net olmadığı anlaşılır. Erkeklerde intihar oranı gençlikten itibaren ve yaşla doğrusal olarak artar (Atchley, 1982). Yaşlı beyaz erkeklerin herhangi bir diğer gurup üyesine göre intihar etmesi daha olasıdır. İntihar etmenin en çok görüldüğü yaşlar seksen ila seksen dört arasındadır (Conwell, 1994). Beyaz kadınlar için bu oran elli yaşlarına gelmeden en üst düzeye çıkar ve sonrasında sürekli azalır,

bunun nedeni belki de onların erkeklere kıyasla eşsiz hayata daha kolay uyum sağlama eğiliminde olmalarıdır (Hatırlayın, Odak 16.1). Bu nedenle, beyaz erkeklerde intihar oranı ileri yaş boyunca hızla artış gösterirken, beyaz kadınlarda bu oran giderek azalır. Yaşam süresi boyunca, erkekler kadınlara göre daha fazla intihar ederler ama aradaki fark yaşlı-yaşlılarda -seksen yaş üzerindeki erkeklerde, herhangi bir yaş gurubuna göre en yüksek oranlarla belirginleşir. (Mcintosh ve ark., 1994). Beyaz olmayan erkeklerde de son zamanlarda belirgin derecede artış olduğu bildirilmiştir. (Manton, Blazer, & Woodbury, 1987). Giderek daha fazla kişi uzun süre yaşadığından, altmış beş yaş üzeri kişilerdeki intihar sayısı önümüzdeki kırk yıl içinde ikiye katlanabilir (Blazer, Bachar, & Manton, 1986).

Yaşlı kişiler intihar girişimi niyetlerini gençlere kıyasla daha çok belirtirler ama daha az girişimde bulunurlar. Girişimde bulunduklarında ise genellikle daha başarılı olurlar (Mclntosch, 1994). Otuz beş yaşından küçüklerin intihar girişimleri genellikle daha başarısızdır, elli yaşından büyük olanların girişiminin ölümcül olma olasılığı daha fazladır. Kişiler altmış beş yaşından büyükse, girişimleri nadiren başarısız olur (Butler & Lewis, 1982). Buna ek olarak, büyük olasılıkla istatistikler gerçeğin altında tahminleri yansıtmaktadır. Yaşlı erişkinlerin diyetlerini ya da ilaçlarını ihmal etmek gibi kendilerinden vazgeçmek için pek çok olanağı vardır, böylelikle daha edilgen bir biçimde kendilerini öldürürler.

Butler ve Lewis (1982) yaşlı erişkinlerin intiharının gençlere kıyasla daha akılcı ve felsefi bir karar ile olabileceğini öne sürmektedir. Örneğin, ölümcül bir hastalığın kontrol edilemeyen ağrısı ile karşı karşıya olan ve her geçen gün bu durum olmasaydı ailesine ayrılacak olan paranın çoğunun tıbbi bakım masraflarına gittiğini bilen yaşlı bir kişi düşünün. Ayrıca, Alzheimer ve diğer insanı zekâsını yitirten hastalıkları olanların hayatlarına nasıl uyum sağlayacaklarına ilişkin daha önceki tartışmaları hatırlayın. Doktor yardımıyla intihar konusuna artan ilgi ileride büyük olasılıkla yaşlılarda intihar üzerinde de yoğunlaşacaktır.

Yaşlı bir kişinin intiharını önlemek için yapılan girişim Bölüm 10'da tartışılana benzer. Genel olarak, terapist kişiyi daha az umutsuz şekilde düşünmeye ikna etmeye çalışır. Daha genç ve sağlıklı olan, ruh sağlığı profesyonelleri farkında olmadan yaşlı kişinin intihar girişimini daha az engellemeye çalışırlar. Ama yaşlı bir kişi bile, krizi atlatır atlatmaz, hayatta bir ikinci şansa sahip olduğundan ötürü genellikle şükran duyar.

CİNSELLİK VE YAŞLANMA

İnsanlar hem kadın hem de erkeklerin ileri yaşlara erişince cinselliğe karşı ilgilerini ve yetilerini yitireceklerini bekleme eğilimindedir. Bazıları yaşlı kişilerin sevecen bir kucaklamadan ya da yanağa kondurulan bir öpücükten daha ateşli bir şeyden zevk almayacağını düşünür. Genç yaşlarında kendileri için biçilen güçlü cinsel değerin aksine, yaşlı kadınlar artık "özel" olarak seksi bulunmazlar (Steuer, 1982). Buna ek olarak, cinsel uyarılma yetileri sıklıkla menopoz sonrası yumurtlayamama yetisi ile karıştırılır.

Bu tür inanışların tersine, çoğu yaşlı kişinin önemli ölçüde cinsel ilgisi ve yetisi vardır (Deacon, Minicello & Plummer, 1995; Hudoson & Skeen, 1994). Bu, pek çoğu sağlıklı seksenyüz yaş arası bireylerde bile sarılma ve mastürbasyon ve ara sıra da cinsel ilişki şeklindeki tercih edilen etkinliklerle doğruluğunu korur (Bretschneider & McCoy, 1988). Verileri incelerken, cinsel ilişki ve etkinliğin genç erişkinlerde büyük bir değişkenlik gösterdiğini aklımızda tutmamız önemlidir. Yaşlı kişinin cinselliğe ilgisizliği ya da daha az sıklıkla cinsel ilişkiye giriyor olması yaşlı kişilerin doğası gereği aseksüel hale gelmesinden değildir. Altmış şekiz yaşında seks yaşamı olmayan bir yaşlı erkek, yirmi sekiz yaşındayken herhangi bir ilgi duymuşsa, az da olsa ilişkiye girmiş de olabilir. Kişi yirmi sekiz ya da altmış şekiz yaşında olsun, cinsel etkinliğin sürmesinin en iyi göstergesi eski cinsel zevkler ve sıklığıdır (Antonovsky, Sadowsky & Maoz, 1990).

Ünlü Kinsey raporları (Kinsey, Pomeroy & Martin, 1948; Kinsey ve ark., 1953) ve Duke

Kalıpyargıların tersine, birçok yaşlı cinselliğe aktif bir ilgiyi devam ettirirler. Çalışmalar göstermiştir ki, 70'lerindeki kişiler arasında cinsel aktivitenin sıklığı orta yaş kişilerdeki kadar yüksektir.

Boylamsal İncelemeleri (George & Weiler, 1980; Pfeiffer, Verwoerdt & Wang, 1968, 1969) gibi cinsel etkinliğin sıklığı konulu daha önce yapılan araştırmalar, heteroseksüel etkinlikteki düşüşün otuz yaşlarında başladığını ve yaşam boyu sürdüğünü belirtmektedir. Bununla birlikte, orta ve ileri yaşlarında kişiler için cinselliğin daha az önemli hale geldiğine ilişkin inanış daha sonraki araştırmalarla doğrulanmamıştır. Duke'ün (George & Weiler, 1980) 1968-1974 arası yaptığı ikinci çalışma, kırk altı-yetmiş bir arası yaştakilerin cinsel etkinliklerinde herhangi bir azalma olmadığını, yaşlıların %15'inin yaşlandıkça cinsel etkinliklerini arttırdıklarını göstermektedir. Başka çalışmalar ise altmış- yetmiş bir yaş arası kişilerin yarısının düzenli ve sık olarak cinsel ilişkiye girdiğini kaydetmektedir. (Comfort, 1980; Turner & Adams, 1988). Bakım evlerinde yaşayan bilişsel sağlığı bozulmamış olan erkekler üzerinde yapılan daha ileri tarihli bir araştırma, yüksek derece cinsel ilgi, eşler (partner) uygunsa cinsel ilişkinin ve diğer cinsel etkinlik şekillerinin varlığını doğrulamaktadır (Mulligan & Palguta, 1991).

Bu gerçekler birkaç biçimde yorumlanabilir. Açık olan, yaşlı kişilerin cinsel açıdan etkin olduğudur; daha önce yapılan anketlerde bile bu görülmüştür. Ama Duke'ün yapmış olduğu 2. çalışma birincinin çürütüldüğünü ortaya koymadığından önemsenmektedir. İkinci çalışma anketinde katılımcı olarak yer alan yaşlı kişiler olumsuz kalıpyargılarla daha az karşılaşmış olabilir ve daha sağlıklı olabilirler-her ikisi de kuşaklara özgü etkidir. Ayrıca kültürel ortam daha destekleyici hale geldiğinden -ölçülen zamanın etkisi- araştırmacılarla cinsel ilgi ve etkinliklerini tartışma konusunda daha istekli davranmış da olabilirler. Toplumdaki tarihsel etmenler ve cinsel yaklaşımlar büyük ölçüde yaşlı erişkinlerde cinselliği etkileyebilir. Yetmiş- seksen arası yaşlılar üzerinde yapılan bir çalışmada Kinsey'in 1940'larla 1950'ler arasında bulduğuna benzer cinsel ilişki oranları bildirilmiştir (Starr & Weiner, 1981). Belki de yaşlılarda cinsel etkinlik miktarı bugünün gençleri yaşlandığında artmaya devam edecektir ki, bu da kuşağa özgü bir etkidir.

YAŞLANMAYLA BİRLİKTE CİNSEL KARŞILIK VERMEDE OLUŞAN FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

Masters ve Johnson'ın (1966) gönüllü denekler üzerinde yaptığı bir çalışmada belli bir sayıda yaşlı da bulunmaktaydı. Hem fizyolojik araştırmalar hem de daha sonra yapılan çalışmalarla yaşlı erişkinlerdeki heteroseksüel cinsellik konusuna ilişkin pek çok şey biliyoruz (Comfort, 1984; O'Donohoue; 1987; Segraves & Segraves, 1995; Weg, 1983). Her iki cinsiyet için de gerçek olan, yaşlı erişkinler arasında tıpkı yaşlıların yaşamlarının diğer alanlarında olduğu gibi, cinsel yeti ve davranış açısından çok büyük farklılıklar olduğudur. Bundan sonra yaşlı ve genç erişkinler arasındaki bazı farklılıklar irdelenecektir.

ERKEKLER İstedikleri biçimde uyarıldıklarında bile yaşlı erkeklerin ereksiyona ulaşması daha uzun zaman almaktadır. Daha genç erişkinlere göre, meni atılmasından (ejakülasyondan) önce daha uzun bir süre ereksiyonu devam ettirebilmektedirler, ancak, meni atılmasının kaçınılmaz olduğu duygusu ortadan kalkabilir. Fizyolojik değişikliklerin ve yıllar boyu öğrenilen kontrolün bunu açıklayıp açıklamadığı bilinmemektedir. Orgazm evresinde kasılmalar daha az yoğundur ve sayıca daha azdır ve daha az basınç altında daha az meni sıvısı dışarı atılır. Orgazm oluştuktan sonra, ereksiyon yaşlı erkeklerde daha hızlı kaybolur ve başka bir ereksiyon için kapasite daha genç erkeklerdeki kadar çabuk geri kazanılamaz. Bekleme (refrakter) dönemi aslında erkeklerde yirmilerindeyken uzamaya başlar (Rosen & Hall, 1984).

Yaşlı erkeklerin daha genç erkekler gibi aynı cinsel etkinlik modellerini uygulama yetileri vardır. Arada temel fark, olayların oluşması için daha fazla zaman geçmesi gerekir ve bunu yaptıklarında ise, daha az acele edilir. Erkeklerin ve eşlerinin normal, yaşla ilgili fizyolojik değişiklikleri değerlendirme biçimi cinsel işlevin bozulmasına katkıda bulunabilir. Örneğin, eğer bir erkek ya da eşi cinsel uyarılmanın yavaş oluşumuna panikle tepki gösterirse, yapılan iş konusundaki korkulara zemin hazırlanmış olur ki, bu cinsel işlevin bozulmasının temel nedenidir. Yaşlanmayla meydana gelen değişiklikler genel olarak yaşlı erkeklerin iktidarsız hale geldiğine ilişkin bir kanıt olarak yanlış biçimde yorumlanmaktadır (LoPiccolo, 1991; Sbrocco, Weisberg & Barlow, 1995). Buna karşılık, yaşlı erkekler fiziksel ya da duygusal bir hastalık işin içine girmedikçe ereksiyon ve ejekulasyon kapasitesini yitirmez (Badeau, 1995; Kaiser ve ark., 1988).

KADINLAR Yaşlı kadınlarda yaşla ilgili birtakım farklılıklar bulunmuştur ama yine bunlardan hiçbiri yaşlı kadınların doyum sağlayıcı bir cinsel hayat yaşayamayacağını göstermez (Morokoff, 1988; Sherwin, 1991). Tıpkı daha genç kadınlar gibi, yaşlı kadınlar da en az erkekler kadar cinsel etkinlikte bulunabilirler. Bazı kadınlar hayatlarında ilk kez seksen yaşında orgazma ulaşabilir. Yaşlı kadınların cinsel açıdan uyarılmaları daha uzun sürer ki, bu durum erkeklerdeki uyarılma modellerindeki yavaşlamaya çok iyi bir biçimde uyum sağlar. Vajinal kayganlık daha yavaş ve azdır. Çünkü östrojen düzeyleri daha düşüktür ve vajinal kaşınma ve yanma duyumsanabilir. Hormon yerine koyma tedavisi bu semptomlardan pek çoğunu azaltabilir. Vajinal kasılmalar orgazm süresince daha genç kadınlara kıyasla daha azdır. Daha genç kadınlarda orgazmdan ritmik kasılmalar yerine vajina ve uterusun spastik kasılmaları alt karın bölgesinde ve bacaklarda rahatsızlığa ve hatta ağrıya yol açabilir. Düzeltilebilen östrojen eksikliği cilt duyarlılığını değiştirebilir, öyle ki göğsün sıkılması ya da penisin vajinanın içine girmesi bir kadına gençliğindeki kadar zevk vermeyebilir (Morokoff, 1988). Yaşlı kadınlar daha az uyarılmış bir duruma daha hızlı bir şekilde geri dönebilir. Elimizde, bu fiziksel değişikliklerin cinsel yaşamları boyunca haftada bir ya da iki kez düzenli olarak cinsel olarak uyarılmış kadınlarda bu kadar yaygın olmadığına ilişkin bazı kanıtlar vardır.

YAŞLA İLGİLİ SORUNLAR

Fiziksel hastalık, yaşlı erkeklerin cinsel yaşamını gençlerinki kadar etkiler. Yaşlıların daha çok kronik rahatsızlığı olduğundan hastalık ve ilaçtan etkilenme olasılığı daha çoktur (Badeau, 1995; Mulligan ve ark., 1988). Özellikle erkeklerde erkek hormon dengesini bozan, pelvik alana doğru sinir yolları ya da penise giden kan akımını bozan herhangi bir hastalık ereksiyonu engelleyebilir. Diyabet böyle bir hastalıktır; erkekleri ve kadınları sinire verdiği hasar ve kan akımının üreme organlarına gidişinin azalması yönünden benzer şekilde etkiler, ama yaşlı kadınlar yaşlı erkeklere göre bunun cinselliğe ilişkin olumsuz etkilerinden daha az yakınır gözükmektedir. Yaşlı kadınların günümüzdeki kuşakları, kadın cinselliğinin önemini kaybettiği ve hatta iftiraya uğradığı bir zamanda yetiştiklerinden, erkeklerin ereksiyon sorunlarından daha çok diyabetle bağlantılı vajinal kuruluktan yakınırlar, ama eşlerine ve doktorlara bunu anlatmazlar, oysa ilişki boyunca vajinal ağrıyı azaltan bir yağlayıcı madde kullanabilirler (LoPiccolo, 1991).

Yorgunluk, aşırı yeme içme kadar, yatıştırıcı ve antidepresif ilaçlar da cinsel işlev bozukluğu yapabilir (Segraves & Segraves, 1995). Yaşlı erişkinler, ürolojik kanser tedavisinden doğan üreme organlarındaki değişiklikler gibi bedenlerinde meydana gelen değişikliklere uyum sağlamak açısından zorlu durumlarla karşı karşıya kalabilirler (Anderson & Wolf, 1986).

Kalp krizi ya da koroner bypass ameliyatı sonrası cinsel etkinliklere devam etme konusundaki korkular yaşlı erişkin ve âşıklarını baskılamıştır ama korkuları abartılıdır (Friedman, 1978); örneğin kalp atımı merdiven çıkma gibi etkinliklerde cinsel birleşmeye göre sıklıkla daha yüksektir. Doktorlar sıklıkla bu hastalara uygun bilgiyi vermede başarısızdır. Kalbin vücudun dokularının içinde yeterli kan dolaşımını sürdüremediği ya da venöz dolaşımla geri döndürülen venöz kanı pompalayamadığı konjestif kalp yetmezliği olan hastalar için durum ilişki sırasında biraz risk taşımaktadır ama daha az güç harcayarak yapılan bir cinsel etkinlik genel olarak bir sorun yaratmaz (Kaiser ve ark., 1988).

Kadınlar erkeklere kıyasla daha az fiziksel sorun yaşamasına karşın, yaşlanan kadının cinselliği daha çok sayıda efsanenin (mitin) konusu olmuştur (Deacon ve ark., 1995; Gatz, Pearson, & Fuentes, 1984). Ayrıca, heteroseksüel bir kadının cinsel etkinliği tipik olarak bir eşe sahip olmak ve onun iyi olup olmadığı konusunda odaklaşır (Caven, 1973). Böylelikle, yaşlı kadınlar yaşlı erkeklere göre cinsel açıdan daha az etkindir çünkü bir eşleri yoktur ya da evli olsalar bile kocaları büyük olasılıkla onlardan yaşlıdır ve daha ciddi sağlık sorunları vardır. Kadınlar erkeklerden daha uzun süre yaşarlar ve bu yüzden bir eş kaybetme olasılıkları daha yüksektir. Boşanmış ya da dul erkekler, çoğunlukla kendilerinden daha genç kadınlarla evlenme eğilimindedirler. Yaşlı erkek dulların yaşlı kadın dullara göre tekrar evlenme oranı yedi kat daha çoktur (ABD Nüfus Bürosu, 1986).

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUĞUNUN TEDAVİSİ

Genel nüfusa ve tıbbi ve ruh sağlığı gereksinimleriyle ilgilenen profesyonellere ileri yaşta cinsellikle ilgili gerçekleri bildirmek, çok sayıda yaşlı kişinin de yararına olacaktır (Hodson & Skeen, 1994). Daha genç erişkinlerde olduğu

gibi, -altmış beş yaşını geçince seks yapmak ve ondan zevk almak sorun olmaz- özellikle de yaşlıların aseksüelliğiyle ilgili toplumsal kalıplar ışığında bir dereceye kadar izin verme yararlıdır. Doktorlar, yaşlı hastalara cinselliği unutmalarını söylemekten ya da hastanın uyumuna ilişkin konuşurken, belki de kendi rahatsızlıklarından, bilgi eksikliği ve yaşlılığa karşı tavırlarından (ageism) ötürü cinsellik konusunu açmamaktan suçluluk duymuştur (LoPiccoio, 1991). Klinisyenler, bugünkü altmış beş yaş üzerindekilerin o zamanki dönemlerinde cinsellikten söz etmenin, 1960'lardan başlayarak bugünkü gibi sık olmadığını akılda tutmalıdır. Bakım evleri kendi sakinleri arasındaki cinselliğe karşı sıklıkla hoşgörülü değildir. Aynı bakım evinde kalan evli bir çiftin bile aynı odayı paylaşmasına izin verilmeyebilir (Ballard, 1995; Comfort, 1984; Deacon ve ark., 1995). Homoseksüeller için daha da kötüdür. Bu makalenin yazarları geriatri koğuşlarında sakinlerin kendilerini tahrik etmeleri konusunda hemşirelerin onları uyardığına ancak onlara bir mahremiyet sağlayamadığına tanık olmuşlardır.

Bazı yaşlı kişiler cinsel açıdan etkin olmamayı tercih ederler ama cinsel işlev bozukluğu yaşayan ve sıkıntısını çeken yaşlı kişiler Masters ve Johnson (Berman & Lief, 1976) ve Kaplan (1991) tarafından geliştirilen seks terapi tipi için büyük olasılıkla iyi adaylardır. Bu kişilere cinsel işlev görmekte yaşla ilişkili normal değişikliklere ilişkin bilgi aktarmak ayrı bir önem taşır. Bugünün yaşlı erişkinlerinin cinselliğe karşı tutumları örneğin genital okşamaların vurgulanmadığı bir dönemde geliştirilmiş olduğundan ve sıklıkla cesareti de kırılmış olduğundan, klinisyenler yaşlı bir erkeğe yaşlı kişilerin uyarılmak üzere sıklıkla gereksinim duyduğu dokunma yoluyla uyarılmayı sağlamak için eşini okşamasını isterken temkinli davranmalıdır (LoPiccoio, 1991).

Daha gençlerle kıyaslandığında, yaşlı erişkinler söz konusu olduğunda, artrit gibi fiziksel sınırlılıkların göz önünde bulundurulduğu cinsel teknik ve pozisyonların açıkça ve yaratıcı bir biçimde tartışılması da dahil olmak üzere fiziksel duruma daha çok dikkat edilmelidir (Deacon ve ark., 1995; Zeiss, Zeiss & Dornbrand, 1988).

Cinsellik üzerindeki bu odaklanma, özellikle kişiler evliyse ya da diğer bir şekilde bir ilişki yaşadığında cinsel doyum ve erişkinler arası ilişkinin aseksüel yönleri arasındaki bağlantıya karşı bizleri kör etmemelidir. Daha genç erişkinlerde, bir çiftin yaşadığı seksüel olmayan bir keder cinsel sorunların hem bir nedeni hem de bir sonucu olabilir. Durum yaşlı eşlerde daha da karmaşık hale gelir, çünkü onlar emeklilik ve hastalık gibi geçişlerle de başa çıkmak zorundadır. On yıllarca birlikte olmuş pek çok çift, ileri yaşlarında yaşamlarında ilk kez ilişkilerinde bir sıkıntıyla karşılaşmaktadır. Eşlerden biri ilişkide diğerinin hasta bakıcısı rolünü oynadığında, -özellikle de hasta eşin Alzheimer hastalığı gibi yıkıcı bir bozukluğu varsa- çok büyük bir sıkıntı ortaya çıkmaktadır. Bölüm 19'da tartışılan iletişim ve sorun çözme eğitimi bu tip olgularda işe yarayabilir (Smyer ve ark., 1990).

YAŞLILARIN TEDAVİSİ VE BAKIMI

Yaşlı erişkinler genellikle ruh sağlığı merkezlerine gitmekte ya da yönlendirmelerle özel psikoterapi almak istemektedir. Yaşlı erişkinlere daha gençlere kıyasla daha az yönlendirme yapılmaktadır (Ginsburg & Goldstein, 1974; Knight, 1996; Kucharski, White, & Schratz, 1979). Örneğin, genel pratisyenler genellikle yaşlı hastalarda depresyonu belirleyememektedirler (Bowers ve ark., 1990). Bu durum tıbbi profesyoneller için geriatri eğitiminin yetersiz olmasından kaynaklanabilir. Pek çok sağlık bakım kurumunun geri ödeme sistemi hâlâ birtakım sorunlar ortaya çıkarmaktadır, çünkü sistem yatan hastanın tarafını tutar ve özellikle ruh sağlığı hizmetleri için ayaktan gelen hastaya daha az ödeme yapar.

Klinisyenler yaşlı hastaları iyileştirmede gençlere göre daha az başarılı olmayı bekleme eğilimindedir (Knight, 1996; Settin, 1982). Bir çalışmada, yaşlı hastalar terapistler tarafından daha ciddi psikopatolojiye sahip, tedaviye karşı daha az motivasyonu olan, prognozu kötü olan ve daha az içgörü sahibi olarak değerlendirilmiştir (Karasu, Stein, & Charles, 1979). Bununla birlikte, araştırmalar psikoterapinin yaşlı hastalarda daha az başarılı olduğunu göstermemektedir (Gallagher-Thompson & Thompson, 1995a, 1995b; Knight, 1996; Knight, Kelly, & Gatz, 1992; Scogin & McElrath, 1994). Yaşlı hastaların iyileşme olasılığı sınırlı görülürse, tedavi edilemeyebilir. Öte yandan, terapist yaşlı kişilerin iyi bir şekilde tedavi olmalarını sağlayacak bilgiye sahip olmayabilir ki, bu da onların iyileşmelerini engeller.

Psikoterapinin yaşlı erişkinler için uygun olup olmadığını sorgulamada bir ironi vardır. İlerle-

yen yıllarla birlikte, yansıtmacılık ve hayata felsefi bakış artar (Neugarten, 1977). Yaşlı erişkinlerin değişme kapasiteleriyle ilgili daha önceki kötümserliğe koşut olarak, bu iki özellik yaşlı erişkinlerin psikoterapötik müdahalelere uygunluğunu sağlar. Aslında, bu uygunluk daha sonra anlatılan verilerin yanı sıra gözden geçirilen var olan veriler tarafından da ortaya çıkarılmıştır.

Yaşlı erişkinlerin devlet ve şehir akıl hastanelerine ve şehir hastanelerinin psikiyatri koğuşlarına yatırılmaları geçen yıllarda önemli ölçüde azalmıştır. Ruh sağlığı tedavisi gereksinimi olan çoğu yaşlı kişi şimdilerde bakım evlerinde yaşamakta ve toplum temelli bakım görmektedir.

BAKIM EVLERİ

Bakım evleriyle ilgili yaygın efsane ailelerin yaşlı akrabalarını onların ilk zayıflık belirtilerini gördüğünde bu kurumlara göndermeleridir. Oysa aileler genellikle bütün seçenekleri araştırır ve yaşlı bir akrabayı bir kuruma göndermeden önce eldeki bütün kaynakları tüketmiş olur. Böylelikle bir kuruma göndermeye ilk değil son çare olarak başvurulur. Yaşlının kuruma gönderilmesi bazen aile ilişkilerinde olumsuz bir etki yapar, çünkü yaşlıyı bir bakım evine gönderip göndermeme tartışmasından hararetli bir düşünce ayrılığı, öfke ve suçluk duygusu oluşabilir. Bununla birlikte yapılan bir araştırmada, birçok ailenin aile bağlarının, yaşlı kuruma yerleştirildikten sonra güçlendiği ve ebeveyn ile birincil bakım uygulayan çocuk arasında bir yakınlık tazelenmesi yaşandığı saptanmıştır. Bakım evi tarafından uygulanan bakım, ebeveynin çoklu fiziksel ya da zihinsel sorunun neden olduğu yük ve baskıyı hafifletmiştir. Böyle bir girişimden sonra ailelerin yalnızca %10'unda ilişkiler daha da kötüye gitmiştir (Smith & Bengston, 1979).

Bakım evleri şimdi ağır kronik hastalıkları ve zihinsel bozuklukları olan yaşlı kişiler için bakım sağlayan en önemli kurumlar olma özelliğini taşımaktadır (Gatz, Smyer, 1992; Horgas, Wahl, & Baltes, 1996). Tahmin edilen geleceğe yönelik gereksinimler açısından, bu bakım evlerinde ruh sağlığı hizmeti sağlayacak şekilde yeterince kişinin eğitildiği söylenemez.[2] Bu kaygı uyandıran bir konudur, çünkü ülkenin yaklaşık 15.000 civarındaki bakım evlerinin çok azı, danışmanlığı rutin bir hizmet olarak sağlamaktadır, oysa hastaların büyük çoğunluğunda tanı konulmuş ruhsal bozukluk vardır (demans dahil) (National Center for Health Statistics, 1989; Rovner ve ark., 1986). İşin daha da kötü tarafı, yakın geçmişte bakım evlerinde yapılan reformlar bu tür ortamlardan ruhsal bozukluğu olan yaşlı erişkinleri dışlamayı amaçlamaktadır ki, bu büyük olasılıkla psikiyatri birimlerine sahip genel hastanelere olduğu kadar devlet ve özel psikiyatri hastanelerine de daha fazla yük getirecektir (Gatz & Smyer, 1992; Smyer & Gatz, 1995) ve büyük olasılıkla bu ortamlardaki bakım şimdikinden daha iyi olmayacaktır.

İyi bir bakım evi bile -hepsi iyi şekilde yönetilmemektedir- bazı sakinlerin üzerinde amaçlanmamış olumsuz etkiler bırakır. Bu uyarı Blenker (1967) tarafından yapılan klasik bir çalışmaya dayanmaktadır. Bir aile hizmet merkezine giden yaşlı kişiler rasgele şu üç tedaviden birine alınmıştır: yoğun, orta, çok az. Yoğun tedavide bir hemşire ve bir sosyal hizmet uzmanı, orta tedavide daha az uzmanlaşmış bir kişinin ilgisi, çok az yaklaşımda ise bilgi verme ve toplum temelli hizmetlere gönderme vardır. Yoğun tedavinin en etkin yöntem olması beklenebilir, ancak altı ay sonra yoğun guruptaki üyelerinin ölüm oranları çok az bakım uygulanmış guruptakine göre dört kat daha fazladır! Orta bakım uygulanan gurup yoğun bakım gurubundan daha iyi bir sonuç elde etmiş, üyelerinin ölüm oranı çok az gurubuna göre yalnızca iki katı olmuştur. Burada ne olmuştur? Temel etmenin bakım evi gibi bir kuruma gönderilme olduğu ortaya çıkmıştır. Bir hemşire ve sosyal hizmet uzmanı yaşlı kişinin bakımını planlamak üzere yoğun bir şekilde işe giriştiğinde, kişinin kuruma gönderilmesi daha olası hale gelmiş ve kuruma yatırılan hastalarda aşırı ölüm oranları saptanmıştır. Kişiler rastgele üç tedaviye bölündüğünden, ölüm oranlarının tedavi başlamadan önceki farklılıklara bağlı olması olası değildir.

Bakım evlerinde böyle bir düşüşe katkıda bulunan şey nedir? İlk olarak, yeni bir ortama taşınma başlı başına stres kaynağı olup, ölüm oranının artmasında bir rol oynadığı düşünülmektedir (Schulz & Brenner, 1977).

Bakım evine girdikten sonra, bakımın doğası ve derecesi, rehabilitasyon, hatta kendi kendine bakım yeteneklerini ve sakinin yapabildiği bağımsız hareketleri sürdürmek açısından yaşlının cesareti kırılmaktadır. Örneğin, kendi başına yavaşça ve arada dökerek yemek yiyebilen

[2] *Özellikle büyük şehir merkezlerinde, bakım evlerinde sıklıkla İngilizce bilmeyen ve uzman olmayan görevliler ile yalnızca İngilizce bilen sakinlerin bakımıyla ilgilenenler bulunmaktadır. Bununla ilgili bir sorun şudur: İngilizce bilmeyen bir ev sakini dilini bilmeyen bir görevlinin bakımına bağımlı durumdadır.*

Bakım evleri kişilerin çeşitli fiziksel ve psikolojik gereksinimlerini karşılayarak, yaşlıların kurumsal bakımında büyük bir rol oynar. Geçmişte sıklıkla kötü düzeyde bakım sağlamalarından ötürü ciddi şekilde eleştirilmişlerdir. Koşullar ve bakım farklı evlerde büyük ölçüde farklılık gösterirken, yaşlanma süreçlerinin bilinmesinde alınan yollar, pek çok evin tüm sakinlerinin gereksinimlerini daha iyi karşılamasında yardımcı olmuştur.

sakine, yemeğe ayrılan sürenin kısaltılması ve yere ve hastanın giysisine bir şeylerin dökülmesini en aza indirmek için yardım edilmekte ve hatta bir çocuk gibi kendisine yemek yedirilmektedir. Sakin bundan sonra kendisinin yardımsız yemek yiyemeyeceğini düşünmekte, bu da büyük olasılıkla daha çok işlev kaybına ve moral bozukluğuna neden olmaktadır. Kaslar zayıflamakta ve kullanılmadığından daha kötüye gitmektedir (Deviries, 1975). Doğru kararı verip vermediklerini ve sevdiklerine iyi bakılıp bakılmadığını öğrenmeye istekli akrabalar, yaşamın tüm ayrıntılarına görevlinin aşırı derecede karışmasının bir sonucu olan titizlik ve düzenden memnun kalmaktadır.

Depresyonun bazı yaşlı kişilerde, özellikle de bakım evinde olanlarda, görüldüğünü biliyoruz. Uygulanan girişimin tipi genellikle ilaçtır ve reçete ile yazılan psikoaktif ilaç büyük olasılıkla antidepresan olmaktan çok yatıştırıcıdır; daha az huzursuz olan, göreceli edilgenleşen hastanın yönetimi daha rahattır. Gerçek anlamda psikolojik müdahalelerin yapıldığı duyulmamıştır, ya görevliler bu yönde eğitilmemiştir ya da böyle bir terapinin yaşlılar için uygun olmadığı şeklindeki varsayıma göre görev yapmaktadır (Zarit, 1980).

Özetle, yaşlının kuruma gönderilmesine ilişkin bütün sorunlar bakım evlerinde belirgindir ve içeride sağlanan rahatlama abartılmaktadır. Bağımsızlık kasıtsızdır, ancak üzücü sonuçlara yol açarak cesaret kırıklığı yaratır ve beklentiler bu yönde olduğu için, hem fiziksel hem de zihinsel bozulmalar baş gösterir (Bkz. Odak 16.3).

TOPLUM TEMELLİ BAKIM

Her zaman yaşlı insanların %95'i toplum içinde yaşar. Geleneksel birey, aile ve evlilik danışmanlığı, evcil hayvan terapisi[3] ve akran danışmanlığının hepsinin bir dereceye kadar depresyonu, kaygıyı ve yalnızlığı azaltmakta etkili olduğu görülmüştür; bu terapilerin çoğu başka yerlerde anlatılmaktadır.

Fiziksel yönden kolay örselenir yaşlıların ayrıca kendi günlük yaşam düzenlemelerinde yardıma acil gereksinimleri vardır. Bazı toplumlar şunları sağlamak üzere organize edilmiştir; telefonla güven sağlanması, yalnız yaşayan yaşlı kişilerin her gün aranarak iyi olduklarının kontrol edilmesi; "Gezici Yemek Servisi" gibi kapıya her gün sıcak yemek bırakan servisler, gönüllüler tarafından yemek pişirmek ve ufak tefek ev işlerini yapmak üzere düzenlenen ziyaretler, genç insanlar tarafından alışveriş konusunda yardım edilmesi, gönüllüler tarafından hafif tamir işlerinin yapılması, sıcak öğle yemeği ve devlet ve federal normlara göre yardım sağlayan bir toplum merkezi, korunaklı evler, içinde birkaç yaşlı kişinin birlikte, yarı bağımsız şekilde yaşayabil-

[3] *Evcil hayvan terapisi, evcil hayvanları olan insanların hayvanlarının kendilerine can yoldaşlığı yapmasından yararlanacağına ilişkin eski bir gözleme dayalı olarak oluşturulmuştur. Evcilleştirilmiş bir hayvanın bir insana bağımlılığı, etkin tutması ve kendisini yararlı hissetmesi yönünden kişiye fiziksel ve duygusal açıdan yardımcı olur. Bir evcil hayvanın (kişiyi) kabulü insanlarınkiyle kıyaslandığında neredeyse koşulsuzdur. Hayvanla yapılan saf fiziksel temas da ayrıca yararlıdır. Yaşlı kişilerin evcil hayvanlara bakım konusunda herhangi bir kişiden daha iyi olduğunu iddia etmiyoruz. Ama bir kedi, köpek ya da kuşa bakmanın sorumluluğu ve zevki basit günlük yaşantıyı zenginleştirir, sağlıklı düşünceleri ve hareketleri teşvik eder (Brickel, 1984) ve yalnız yaşayanların moralini arttırır. (Goldmeier, 1988).*

ODAK 16.3

BAKIM EVLERİNDE KONTROL KAYBI VE ZİHNİ ÇALIŞTIRMAMA

Kişi bakım evinde yaşamak için geldikten sonra, kendi yaşamı üzerindeki kontrolü kaybetmek gerçekten onun fiziksel ve akıl sağlığını zedeler mi? Ellen Langer ve Judith Rudin böyle olduğuna inanmaktadır. Kişinin algılanan ya da gerçekteki kontrolsüzlük uyum davranışlarında bozulmaya yol açar, en azından bir ölçüde yaşlılık dediğimiz şey budur –yaşlı kişilerin hareketsizliği ve değişen koşullara zayıf uyum- ki bu da ilerleyen beyin hastalığından çok, kontrol kaybından ötürü ortaya çıkabilir (Langer, 1981). Bakım evi sakinlerinin, yapabilecek yetilerinin olmasına karşın, yemek pişirmelerine, çamaşırlarını yıkamalarına, bakkal gereksinimlerini karşılamalarına ya da bahçeyle uğraşmalarına izin verilmemektedir. Bir anlamda, kendine yetme ve kendi kendini kontrolün kaybolması yaşlılarda özellikle olumsuz etkilere yol açıyor gibi gözükmektedir (Langer & Rodin, 1976b; Rodin, 1986).

Yaşlılara yardım etme merakımız sonuçta onların büyük olasılıkla en çok yapabilecekleri karar verme işlemini engellemekle son bulmaktadır. Onları fiziksel zarardan koruma kaygısıyla, onların bağımsız hareket etme olanaklarını azaltarak onlara fazla kontrol gerektirmeyen ortamlar hazırlıyoruz. Ve çoğu meslek için, yaşlı kişiler arasındaki büyük bireysel farklılıkları görmezden gelerek zorunlu emeklilik yaşları saptıyoruz. Özellikle iktidara ve etkinliğe önem veren bir toplumda, bu uygulamalar kişinin kendisinin hâlâ değerli olduğuna ilişkin taşıdığı düşünceyi yıkmaktadır.

Langer ve Rodin'in yaptığı araştırma bakım evlerinin yaşlı sakinlerine daha fazla kontrol ve sorumluluk vermenin, onların sağlığında iyileşme yaratacağını göstermektedir. Bir araştırmada, hastalara, hemşirenin onlar istediği anda özel olarak onlarla ilgileneceği bir on beş dakika verilmiştir. Böylelikle de her bireye kendi bakımı konusunda daha fazla kontrol tanınmıştır. Bu hastaların sağlığı kontrol gurubundakilerden daha iyiye gitmiş ve daha sosyal olmuşlardır (Rodin, 1980).

Başka bir araştırmada, Langer ve Rodin (1976a) sakinlerden bir guruba görevlilerin yerine kendilerinin çeşitli konularda karar vereceği belirtilmiş ve kendilerine ilgilenmeleri için bitkiler verilmiştir. Kontrol gurubuna görevlinin kendileriyle ne kadar ilgileneceği ve kendilerine bakım için verilen bitkilere onlardan sonra görevlilerin de bakacağı belirtilmiştir. Başlangıçta sağlık gibi değişkenlere göre eşleştirme yapılmasına karşın, bu iki yaşlı sakin gurubu üç hafta sonra, uyanıklık, mutluluk, genel sağlığın iyiliği gibi bir takım ölçülerde farklılıklar göstermiştir. Kendilerine daha fazla sorumluluk -ve varsayıldığına göre daha fazla kontrol- yüklenen gurup üyeleri bu ölçülerle ilgili testlerde daha iyi bir performans göstermiştir. Daha da etkileyici olarak, on sekiz ay sonra deneysel grupta kontrol gurubunun yarısı kadar kişi ölmüştür, oranlar deneysel grupta 40 kişinin içinde 7 ve kontrol gurubunda 44 kişide 13'tür. Ayrıca, sorumluluk alan gurup daha iyi bir psikolojik ve fiziksel sağlık göstermiştir

diği evler, yaşlı kişilerin gerçek gereksinimlerini değerlendirebilen ve tedavi edebilen sağlık alanındaki profesyoneller ve sosyal çalışmacılar ve toplumdaki komşular tarafından yapılan düzenli sosyal ziyaretler. Kullanıma hazır olan hizmetlerdeki çeşitlilik yaşlı kişinin gereksinimlerine tam bir karşılık verilmesine olanak sağlar, böylelikle kişi gereğinden fazla ya da az yardım almamış olur. Bazı araştırmalar böylesi toplum psikoloji projelerinin yaşlı kişilerin yaşam kalitesini arttırabileceğini ve kurumsal bakıma olan bağımlılıklarını azaltacağını göstermektedir (örn., Knight, 1983; Nocks ve ark., 1986). Ancak, sağlık sigortasıyla sağlanan var olan primler yatan hasta bakımının daha pahalıya mal olmasını ya da ruh sağlığı hizmetlerinden tümüyle uzaklaşılmasını teşvik etmektedir. (Gatz & Smyer, 1992).

Yalnızca hizmetlerin kullanıma hazır olması yeterli değildir. Hizmetler eşgüdümlü olmalıdır,

Toplum temelli hizmetler arasında yaşlıların egzersiz sınıfları gibi çeşitli etkinliklere katıldığı gündüz bakım merkezleri de bulunmaktadır.

(Rodin & Langer, 1997). Bunu izleyen bir araştırmada, Rodin (1983) kendilerine baş etme becerileri öğretilmiş bakım evi sakinlerinin psikolojik ölçülerle ilgili kendilerinin yaptığı değerlendirmelerde ve doktorların sağlıkla ilgili değerlendirmelerinde daha düşük bir stres yaşadıkları saptanmıştır. Rodin'in varsayımı beceri eğitiminin onların yaygın olarak bakım evinde yaşadıkları sorunlar karşısında, hem algılanan hem de gerçek kontrollerini artırdığı yolundadır. Diğer bir araştırma genel olarak, kendilerinde daha fazla kontrol gören kişilerin daha fazla, tıbbi kurallara uymak, kilo vermek ve diğerlerinin kendi kendine bakım davranışlarına katılmak gibi sağlık durumlarını daha iyiye götürecek nitelikteki etkinliklerde bulunduğunu göstermiştir (Rodin, 1986).

Bununla birlikte, Rodin, kontrolle ilgili çalışmasını çeşitli alanlarda gözden geçirdikten sonra, kontroldeki artışın her koşul altında olumlu olmayacağı yargısına varmıştır (Rodin, 1986). Artan kontrol daha fazla sorumluluk getirdiğinden, örneğin, hastanın kontrolünün dışındaki etmenlerin demansa yol açmasında olduğu gibi, içsel atfın garantisi olmadığından bunu kendini suçlama duygusuna çevirmektedir. Gerçek ortam kontrol uygulama ve sorumluluk üstlenme şeklindeki artan çabaları desteklemez ise, kişiler kendilerini büyük olasılıkla daha kötü hisseder. Örneğin, bir bakım evi görevlisi bağımsızlığı yererse, bir hastanın görevlisine daha az bağımlı olma çabaları teşvik yerine tartışmalara yol açabilir. Rodin aklındaki bu uyarıyla, sağlık alanı profesyonelleri ve aile bireylerinin bakım evleri gibi kurum ortamlarındakiler dâhil yaşlı erişkinlere daha fazla kontrol vermenin yollarını araştırmaları gerektiği ile sözlerini bağlamaktadır.

Yaşlı kişileri tedavimiz onlarda yalnızca bir güçsüzlük duygusu uyandırmaz, aynı zamanda içerisinde yer aldıkları monoton, sorun olmayan ortamlar, -özellikle de hastanede kalan hastalar ya da bakım evlerindeki hastaların ortamları- Langer'ın zihni çalıştırmama (mindlessness) olarak isimlendirdiği bilişsel bir işleyişin devreye girmesini teşvik edebilir (Langer, 1989). Zihni çalıştırmama, bilişsel psikologlar tarafından incelenen otomatik bir bilgi işleme sürecidir; sık olarak yinelenen durumlardayken kişinin duruma ayak uydurarak çalıştırdığı düşünce biçimidir, örneğin, ayakkabıları bağlama gibi tanıdık bir diziyi hatırlama gibi. Bu fazlasıyla öğrenilen etkinlikler, bilgi işleme sürecindeki bilinçli-düşüncesiz değil- performansı gerçek anlamda engelleyebilir ama bir durum yeni olduğunda ve dikkat vermemizi gerektirdiğinde zihni işletiriz.

Bu çok fazla zihni çalıştırmamanın, çok az bilişsel çaba gerektiren bu zihinsel işlevinin klinik açıdan sonuçları nelerdir? Yaşlı hastalara düşünmeleri ve uyanık kalmaları için pek bir olanak tanınmamaktadır. Bakım evi sakinlerinin ve hastanedeki hastaların hareketlerinin sınırlı oluşu ve kendilerinden fazla bir şey istenmemesi, yaşantılarının yineleyici ve sıkıcı olmasına neden olmaktadır. Langer ve Rodin bakım evi konulu araştırmanın duygusal ve fiziksel sağlığı devam ettirmek için algılanan kontrolün yanı sıra bilinçli düşünmenin de gerekli olduğunu gösterdiğini belirtir. Kontrol kaybı ve zihni çalıştırmama belki de birbiriyle ilişkilidir, çünkü kişiler yaşamlarındaki olgular üzerindeki kontrolü yitirdiklerine inandığında gerçekten düşünecek ne vardır ki?

genellikle bunlar yakınlarda değildir. Çoğu kez yaşlı bir kişi ve onun ailesi bir acenteden diğerine sürünür ve Kafka'vari bürokrasilerde kaybolur. Sistemde deneyimi olan profesyoneller bile genelde danışanlarının gereksinim duyduğu hizmetleri almak için işlemlerin tamamlanmasında sıkıntı çekerler. Düş kırıklığı yaratan kurallar programların kurumlaştırılma amaçlarını engelleyebilir. Örneğin, California'da Sağlık bakımı, her zaman kırık bir kalçanın iyileşmesinden sonra alınan fizik tedavisi gibi, rehabilitasyon hizmetlerinin masrafını ödemez. Sonuç olarak, pek çok yaşlı kişi kazanabilecekleri işlevlerini yeniden kazanamamakta, bu yüzden de daha pahalı hizmetler gerektirecek ek fiziksel ve duygusal bozulma ve rahatsızlıkların artmasından yakınılmaktadır.

Yaşlıların sağlık bakımı söz konusu olduğunda temel güçlüklerden birisi yaşlı kişilerin süreğen sağlık sorunlarının doktorlara çekici gelmemesidir, bunun nedeni bunların nadiren ortadan kalkmasıdır. Tümü olmasa bile birçok yaşlı hastalığı -örneğin işitme kaybı, görsel bozulma, hareket yeteneğinin kaybı, özellikle ayaklarda ağrı sızılar (Pearson & Gatz, 1982) ve sürekli kötüye giden kardiyovasküler sistem- büyük olasılıkla daha iyiye gitmeyecektir ve bir şekilde buna uyum sağlanması gerekir. Yaşlı kişiler büyük ölçüde sağlık bakım görevlileriyle olan ilişkilerine güvenirler ama bu görevliler onlara karşı sabırsızlık gösterebilir, çünkü Zarit'in (1980) belirttiği gibi, yaşlı kişilerin hastalıkları genellikle tedavi edilemez ve bu yüzden, çoğu, tıp mesleğinin yaşattığı "yasaya" uymamış olur. Buna ek olarak, yaşlı kişiler sıklıkla ilaçları kendilerine önerildiği şekilde almazlar ve aldıklarında bile ilaçların yan etkilerinin görülmesi ender rastlanan olaylardan değildir (Leach & Roy, 1986). Onlara bakması gereken aile bireyleriyle olan ilişkiler de acı verir. Hastalanan yaşlı hastalar

bazen başkalarına bu kadar çok şey için gereksinim duyduğundan ötürü suçluluk duygusu ile yıllarca baktığı ve uğruna pek çok özveride bulunduğu bu genç insanlara karşı öfke duygusu arasında sıkışıp kalır. Erkek ve kız evlatlarda da bu suçluluk duygusu bulunur (Zarit, 1980). Odak 16.4 yaşlı erişkinlerin gereksinimlerine hizmet edecek disiplinler arası bir tür ekip çalışmasını anlatmaktadır.

YAŞLI ERİŞKİNLERLE TERAPİYE ÖZGÜ KONULAR

Bu bölüm boyunca söz edildiği gibi, tek ortak noktası takvim yaşı olan bir gurup kişi hakkında tartışmak, onların geçmişlerindeki, gelişimsel öykülerindeki ve kişiliklerindeki önemli farklılıkları görmezlikten gelme riskini birlikte getirmektedir. (Smyer, Zarit, & Quails, 1990). Altmış beş yaş üzeri erişkinlerin kendilerini daha gençlerden farklı yapan fiziksel ve psikolojik özellikleri olmasına karşın, sonuçta bireydirler, her biri uzun bir süre yaşamış ve kendilerine özgü sevinçleri ve üzüntüleri olmuştur. Bu özgünlüğe karşın, yaşlı kişilerin terapisinin uygulanmasında dikkate alınması gereken birkaç önemli genel konu vardır. Bunlar içerik konuları ve süreç konuları olmak üzere ikiye ayrılabilir (Zarit, 1980).

YAŞLI ERİŞKİNLERDEKİ TERAPİNİN İÇERİĞİ

Beyin bozukluklarının görülmesi yaşla birlikte artar, ama görüldüğü gibi, yaşlı erişkinlerin diğer ruh sağlığı sorunları hayatın daha erken döneminde yaşananlardan o kadar da farklı değildir. Klinisyenler fiziksel yetersizliklerin ve ilaçların psikolojik sorunları yoğunlaştırabileceğini takdir etmekle birlikte, yaşlı kişinin önceki on yıllarından gelen tutarlık ve süreklilikleri de kaydetmelidir.

Yaşlı erişkinlerin duygusal yönden sıkıntılı olmaları yaşanan sorunlara verilen gerçekçi bir tepki olabilir. Tıbbi hastalıklar yürüme, görme ve işitmede geriye dönülemez sıkıntılar yaratabilir. Parasal durum bir sorun olabilir. Yaşlılarda psikolojik sıkıntıyı tedavi eden terapistler bunun büyük bir kısmının bir psikopatoloji belirtisi olmaktan çok, gerçek yaşamdaki zorluklara gösterilen anlaşılabilir bir tepki olduğunu akıllarında bulundurmak zorundadır. Yine de profesyonel bir girişim yardımcı olabilir.

Bilgisayar kullanmak ve Internet'e erişim yapmak şimdilerde yaşlıların sosyal temaslarını arttırabildiği bir yöntem olmuştur.

Yaşlı kişilere terapi uygulanırken onların içinde yaşamış oldukları sosyal bağlamlar dikkate alınmalıdır ki, bu yalnızca bu konudaki yazın okunarak yapılamaz. Örneğin, yaşlı bir dul erkekten kendisine arkadaş aramak için civardaki bir yaşlı huzur evi merkezine gitmesini isteyen bir terapist, eğer bu merkezin doğası o kişininkiyle uyuşmuyorsa ona yanlış öneri vermiş olacaktır (Knight, 1996). Böyle bir deneyim kişinin kendini daha da fazla yalnız hissetmesine yol açabilir. Bütün sosyal örgütler, hatta yaşlı merkezi gibi gevşek bir şekilde yapılandırılmış olanlar bile, sosyal bilimcilerin sosyal ekoloji olarak adlandırdığı, kendi adetlerini ve uygulamalarını geliştirir. Bazıları fiziksel düşkünlüğe hoşgörülü bakarken, diğer bazıları böyle değildir. Bazılarına sıklıkla ve öncelikle bir zamanlar iyi maaş alan profesyoneller gelirken, diğerlerine düzenli olarak devlete ilişkin akıl hastanesinde eskiden kalmış hastalar gelmektedir. Akıl sağlığı bakımı görevlilerinin bu yaşlı hastalarının içinde yaşadığı sosyal çevreyi bilmeleri ve anlamaları gerekir. Bunu daha genç hastalarda hep önemseriz, diyor Knight, ama yaşlı erişkinlere gelince, göz önüne almayı sıklıkla unuturuz.

Yaşlı hastaların daha genç olanlara göre sosyal gereksinimlerinde de bir dizi farklılık vardır. Yaşlı insanların sosyal açıdan yalıtılmış olduğu ve diğer kişilerle, belki de geçmişte olduğu gibi daha fazla etkileşimde bulunması için yüreklendirilmeye gereksinim duyduğu şeklindeki yaygın düşünce temelsiz gibi gözükmektedir. Yaşlılarda sosyal etkinlik düzeyi ile psikolojik iyi oluş arasında hiçbir ilişki bulunmamaktadır (Carstensen, 1996). Yaşlandıkça, ilgimiz yeni sosyal etkileşimlerden bizim için gerçekten önem taşıyan birkaç sosyal ilişkiyi pekiştirmeye doğru kayar, aile ve yakın akraba ve iş arkadaşlarıyla birlikte vakit geçirmek gibi. Bazı terapistlerin

ODAK 16.4

GERİATRİK SAĞLIK BAKIMINDA DİSİPLİNLERARASI EKİP ÇALIŞMASI

Yaşlı erişkinlerin sağlık sorunları -psikolojik işlev görmeyi içerenler dâhil- daha genç erişkin ve çocuklara göre sıklıkla daha karmaşıktır ve daha uzun süre alır (süreğen) (Birren & Schaie, 1996). Böylelikle, düşünceyi ve gerontolojik pratisyenleri örgütleyen yönlendirici ilke disiplinler arası olmalıdır (Zeiss & Steffen, 1996). Bu konuyu daha önce işlememize karşın (Bkz. özellikle şizofreni ile ilgili geniş spektrumlu tedavi) farklı disiplinlerden olan profesyonellerin yaşlı erişkinlerin psikolojik sıkıntılarıyla başa çıkmalarına yardımcı olmak üzere işbirliği içinde çalışmasına büyük bir gereksinim vardır. Şekil 16.1 grafik olarak, bir bakıcı gözetiminde evde yaşamak üzere taburcu edilen geriatrik hastalara hizmet vermeye kendini adamış hastane temelli evde bakım ekibindeki disiplinler arası rolleri göstermektedir (Zeiss & Steffen, 1996).

Bu diyagram hem ayrı ayrı (Venn Diyagramının çakışmayan alanları) hem de işbirliği içinde (çakışan alanlar) çalışan kaynak ve disipline ilişkin sorumluluklara yönelik karmaşık bir düzeni göstermektedir. Öyle ki çeşitli profesyonel grupları uzmanlık alanlarında bir hastanın yararına verimli bir değerlendirme, plan ve girişimde bulunma amacıyla bir araya getirilebilmektedir. Örneğin, tıbbi doktor birincil bakım yapan doktor olmasına karşın, bilişsel izleme (hastanın ne kadar iyi hatırlayabildiği ve düşünebildiği) doktor, psikolog ya da her ikisi tarafından yapılabilir.

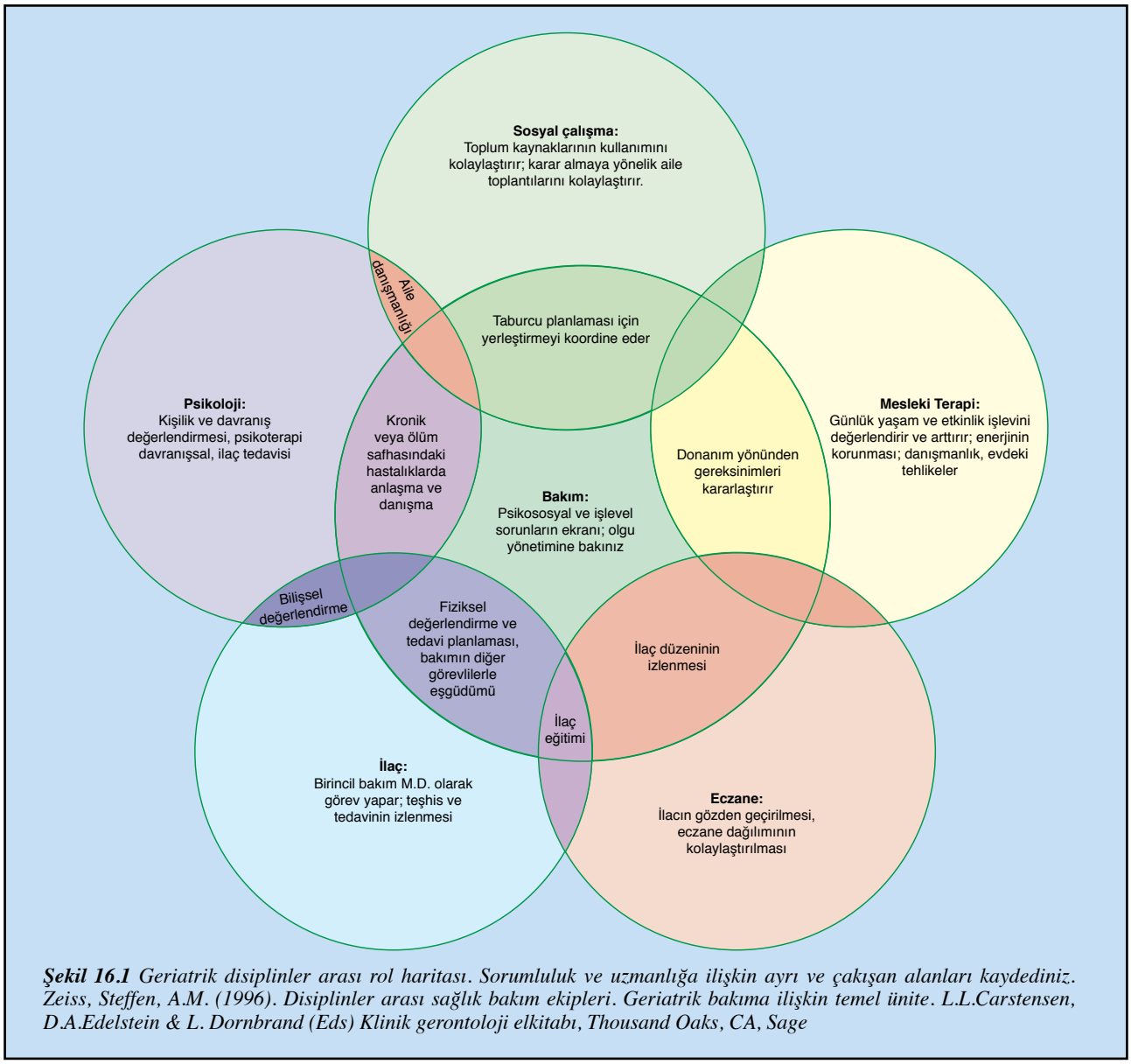
Böyle bir disiplinler arası ekibi bir araya getirmek ya da buna katılmak kolay bir konu değildir, çünkü bütün bu sağlıkla ilgili disiplinlerde uzmanlık eğitiminin özelliğinden ötürü (ethos), konu öyle olmasını gerektirmediğinde bile disiplinleri merkezli olmaktadır. Venn şemasında, çakışan alanlar işbirliği alanlarını göstermekle birlikte, aynı zamanda alan savaşlarının nerede patlak vereceğini de göstermektedir. Yaşlı erişkinlerin bakımı bütün bu gerginliklerin sonuçta tüketicinin yararı için bir kenara bırakıldığı bir alan oluşturur. (Elbette, başka örnekler de vardır, Bölüm 8'de psikologların doktorlarla davranışsal tıp adı verilen yeni bir alanda nasıl işbirliği yaptığını tartışmıştık.)

Bütün geriatrik sorunlar bu tür bir yaklaşım gerektirmez ama Zeiss ve Steffen'ın tezine göre, yaşlı bir erişkindeki görünürde açık olan bir sağlık sorunu disiplinler arası yaklaşımdan istifade edebilir. 80 yaşında bronşit olan bir yaşlı kadın örneği veriyorlar, bu kadın yalnızca bir doktor tarafından yeterli ölçüde tedavi edilebilir mi? Belki de hayır.

Demanslı kocasına bakıcılık yaptığını, aldığı diğer ilaçları, bağışıklık durumunu, fiziksel ve duygusal açıdan iyi durumda olduğuna ilişkin diğer konuları bilmek gerekir. Yalnızca bronşitin akut tedavisi için değil, aynı zamanda demanslı kocasına yönelik yedek bakım planlaması için sosyal çalışma, eczacılık, psikoloji, psikiyatri ya da diğer ekip üyeleri gerekli olabilir. (s. 430)

Bütün bu profesyonellerin çabalarını eşgüdümlemek gereksiz bir harcama oluşturuyormuş gibi görünebilir ama kadının reçeteyle yazılan ilacı, yan etkilerinden ötürü hasta kocasına bakım yeteneğini etkilediğinden almadığında ne olacağını düşünün. Bu tür bir ilacı almama -her yaşta bütün ilaçlar için ciddi bir sorundur- tıbbi girişimin başarısız olmasına ve büyük olasılıkla hastanın sağlık durumunun bir kat daha kötüleşmesine ve hastanede yatma ve diğer ilintili riskler de dâhil olmak üzere çok daha pahalı bir girişimde bulunulmasına yol açacaktır. Ve hastanedeyken, kocanın bakımı daha akut ve çarpıcı bir sorun halini alacaktır. Komplikasyonlu ve sorunlu pek çok diğer senaryonun oluşması da mümkündür.

Disiplinler arası ekipler birbirlerinden bir şeyler öğrenen, birbirine güvenen ve uygun olduğunda birbirine karşı çıkmaya istekli olan kişiler tarafından koordine edilen ve sağlanan bakımın hastaya en iyi yapılacak hizmet olduğu fikrine kendilerini adamışlardır. Disiplinler arası ekipler, farklı görüş açılarının bilgece ve yaratıcı olarak bütünleştirilmesini gerektirir ve ekip üyeleri çeşitliliğe değer verdiğinde, düşünceler çatıştığında bağlılığını koruduğunda ve bütün ekip üyelerinin uyacağı bir anlaşmayı görüştüğünde en iyi şekilde işlevini yerine getirir (Zeiss & Steffen, 1996, s. 450).



Şekil 16.1 *Geriatrik disiplinler arası rol haritası. Sorumluluk ve uzmanlığa ilişkin ayrı ve çakışan alanları kaydediniz. Zeiss, Steffen, A.M. (1996). Disiplinler arası sağlık bakım ekipleri. Geriatrik bakıma ilişkin temel ünite. L.L.Carstensen, D.A.Edelstein & L. Dornbrand (Eds) Klinik gerontoloji elkitabı, Thousand Oaks, CA, Sage*

psikolojik açıdan zararlı olarak gördüğü sosyal yönden içine kapanma aslında sosyal *seçicilik-tir.* Önümüzde daha az zaman kalmış olduğu için dünya hakkında daha fazla şey öğrenmek yerine duygusal yakınlığa daha çok önem verme eğiliminde oluruz. Bu tercih yalnızca yaşlı kişilerde değil, aynı zamanda sınırlı vakti kalan daha genç kişilerde, örneğin kendilerini en yakın hissettiği kişilerden uzağa gitmeye hazırlanan ya da AIDS olan kişilerde de görülür (Frederickson & Carstensen, 1990). Sonu olmayan bir gelecek göremediğimizde, rastgele arkadaşlar ile -örneğin yaşlı erişkinlere yönelik bir huzur evinde rastlanabilecek- daha az etkileşimde bulunmayı yeğler ve sınırlı zamanımızı kiminle geçireceğimiz konusunda daha seçici oluruz.

Psikoterapi hastası olarak kadınlar iki yönden yakınma getirirler, sadece yaşlılara karşı olan tavır (ageist) değil aynı zamanda cinsiyet ayrımlı yaklaşımlar da psikoterapinin yönünü olumsuz yönde etkileyebilir (Steuer, 1982). Örneğin, yaşlı bir çiftte stres, erkek emekliye ayrıldığında artabilir. Olağan terapötik hedef erkeğin uyum sağlamasına yardımcı olmak değil, kadına kocasının uğradığı statü kaybına alışmasına ve her gün onunla daha çok zaman geçirmeyi öğrenmesine yardımcı olmaktır.

Yaşlı erişkinlerin bugünkü kuşaklarının evlilikten beklentileri ve ona verdiği değerler ellilerinde ve daha genç olanlardan çok farklıdır. Bu kitabı okuyanların çoğu büyük olasılıkla bir evlilikten mutluluk ve kişisel görevlerin yerine getirilmesini beklemektedir. Bu beklentinin şu anda yetmişlerinde ve üzerinde olanlarda mevcut olduğu kolaylıkla varsayılamaz (Knight, 1996). Eğer bir terapist yaşlı bir erişkinin klinik

sorunlarının bazılarının sıkıntı veren bir evlilik yüzünden olduğuna inanır hale gelmişse, hastanın bakış açısını dikkate almalıdır.

Ölüm ve ölmek düşüncesi yaşlı hastaların terapisinde önemli bir yer tutar. Yaşlılar, ölümle ya da hayat boyu destek gerektirecek kuvvetten düşürücü bir hastalıkla karşı karşıya gelme korkusu ile başa çıkma konusunda yardıma gereksinim duyabilirler. Yaşlı danışanlara hayatlarını felsefi ya da dini bir bakış açısıyla araştırmaları önerilebilir. Leo Tolstoy yaşlandığında dindar olan pek çok insandan yalnızca birisidir. Felsefi ve dini bakış açıları, danışana yaşlılığın insan varlığına dayattığı sınırları aşmasında yardımcı olabilir. Kişi ölecekse, bireyin hayatının anlamı üzerine tartışmalar insanın içini dökmesini, kendini iyi hissetmesini ve kişisel gelişimi arttırabilir (bkz. bunu izleyen yaşamın gözden geçirilmesine yönelik tartışma). Kaçınılmaz kaybı yaşayacak hastanın sevdikleri de bu tartışmalardan yararlanacaktır.

YAŞLI ERİŞKİNLERLE TERAPİ SÜRECİ

Geleneksel bireysel, aile ve evlilik terapilerinin yaşlılarda etkili olduğunu daha önce belirtmiştik (Gatz ve ark., 1985). Bazı klinisyenler uyum gösterir ve burada-ve-şimdi tipi sorunlar üzerinde yoğunlaşır. Yaşlı hastalara uygulanan terapinin bilgi sağlayarak, gerekli hizmetler için acente aramak üzere inisiyatif kullanarak ve onlara yardım etmek üzere hazır bulunan federal ve yerel yasa ve büro labirentinden geçerken, danışan ya da ailesine yardım ederek daha etkin ve yönlendirici içerikte olması gerektiğini düşünürler.

Yaşlanmaya ilişkin bazı özellikler -örneğin belli düşünme tiplerinin daha uzun süre alma eğilimi ve çalışma belleğinde ve herhangi bir zamanda akılda tutulan şeylerin sayısının belli ölçüde azalması- terapinin değişik şekillerde devam edeceği anlamına gelebilir (Knight, 1996; Light, 1990). Terapistler yaşlı bir erişkini anlamak için daha çok tartışarak yol almanın işi kolaylaştıracağını düşünmektedir. Açıklamalar daha ayrıntılı olmalı ve diyalog daha çok uzatılmalıdır. Terapistler diyaloğun ucunu kaçırmış gibi göründüğünde, gerginleşmekten ve daha yüksek sesle konuşmak şeklindeki genel eğilimden kaçınmalıdır -bu tepki yaşlıdaki işitme kaybının iletişim sorununa yol açtığı yönündeki kalıplaşmış yaklaşımdan ileri geliyor olabilir.

Yaşlı erişkinlere Psikoterapi uygulanması konusundaki genel tarihsel bakışta, Knight, Kelly ve Gatz (1963) Butler tarafından önerilen yaşama bakışı (1963) özellikle yaşlı erişkinler için uygun olan bir psikoterapötik yaklaşım olarak ele almaktadır. Bu yaklaşım Erik Erikson'un (1950, 1968) ileri yaşlara kadar uzanan çatışma ve büyüme aşamaları olarak varsaydığı yaşam boyu gelişim kuramının etkisini yansıtmaktadır. Yaşama bakış, yaşlı erişkinler için doğal bir eğilim olan kendi yaşamları üzerinde düşünmeyi ve kendilerine ne olduğuna ilişkin bir anlam yüklemeye çalışmalarını kolaylaştırmaktadır. Erikson'un deyimiyle, bu, kişinin ego bütünlüğü ile umutsuzluk arasındaki çatışmayı ele almasına yardımcı olmaktadır. Kullanılan yöntemler arasında, hastanın eski fotoğraflar getirmesi, çocuklukta yaşanan bir eve seyahat ve bir otobiyografi yazımı yer almaktadır. Akla gelebileceği gibi, kişiler bu tip bir terapide kendilerini iyi olduğu kadar kötü de hissedebilirler. Terapistin hastayı hayata karşı olumlu bir bakış açısı ve varoluşun gelmekte olan sonu konusunda yönlendirmek için çok büyük bir becerisi olması gerekir.

Son yıllarda yaşlı erişkinler için psikanalitik yönelimli terapi konusunda, özellikle de duyguların bir başkasına yöneltilmesinin (transference) analizi yoluyla çocukluk baskılamalarının keşfinden çok, ego işlevlerinin güçlendirilmesi üzerinde yoğunlaşan daha kısa dönemli terapilerle ilgili araştırmalar yapılmıştır (Kahana, 1987). Daha önce sözü edilen çabalarla, Gallagher ve Thompson (1982, 1983; Thompson ve ark., 1987) depresyonlu yaşlı hastalarda şimdi yönelimli dinamik müdahale fikrinin (bundan sonraki bölümde daha kapsamlı şekilde anlatılacaktır) desteği ile bilişsel, davranışsal ve kısa psikodinamik terapilerle denk bir iyileşme olduğunu göstermiştir. Başka araştırmalar da gelecek vaat eden sonuçlar sağlamaktadır (Smyer ve ark., 1990).

Terapide olma süreci bağımlılığı teşvik edebilir. İster bir kurumda kalanlar, isterse evinde bakıcı ile yaşayanlar olsun, yaşlı erişkinler sıklıkla bağımsız hareketlerinden çok, yardım istemek ya da terapistlerinin düşüncesine önem vermek gibi, bağımlı davranışları sonucu daha çok sosyal pekiştirme (dikkat, değer verme) görürler (Baltes, 1988). Davranışsal gerontolojinin giderek daha da özelleştirilmesi (Nemeroff & Karoly, 1991) yaşlılara tuvaletlerini daha iyi kontrol etme (Whitehead, Burgio, & Engel,1985), kendine bakımı ve hareketliliği arttırma (Burgio ve ark., 1986) ve sosyal ilişkileri geliştirmenin bir yolu olarak telefonda diyalog becerilerinin geliştirilmesi (Praderas & Macdonald, 1985) gibi

belirli ve görüntüde önemsiz davranışlar üzerinde yoğunlaşarak öz saygılarının arttırılmasına yardımcı olmayı vurgular. Çok yakın geçmişteki bir gelişme de, pek resmi bir terapi denilememesine karşın, yaşlı erişkinlere bilgisayar becerilerinin kazandırılarak onların Internet'e erişim yapıp daha bir kaç sene öncesinde bile düşünülemeyecek kadar çok çeşitli sosyal ilişki geliştirmelerinin sağlanmasını içeren bir yaklaşımdır (Cody ve ark., 1997).

Kuramsal yönelimleri ne olursa olsun, bütün terapistler hastaların ne söylemek istediğini anlamak ve diğer bir şekilde fenomenolojik deneyimlerini takdir edecek bir yardımcı olarak, onların tüm yüz ifadelerini yorumlayabilmelidir. Yaşam zamanı boyunca duygusal değişiklikler üzerinde yapılan bir araştırma, terapistin hastadan daha genç / daha az yaşlı olduğu durumlarda gerçekten hata yapma potansiyelinin bulunduğunu düşündürmektedir (Knight, 1996). Yaşlı insanların daha çeşitli ve daha kapsamlı yaşam deneyimleri olduğundan, duyguları daha genç erişkinlerinkine göre daha karmaşık ve incedir (Schulz, 1982). Bu ileri yaştakilerin yüz ifadelerinin birkaç duyguyu aynı anda yansıtmaları için bir zemin hazırlar, öyle ki, daha genç kişiler yaşlı erişkinlerin fotoğraflarındaki duyguyu belirlemeye çalışırken, kendilerine yaşça daha yakın olanlarınkine kıyasla daha çok hata yaparlar (Malatesta & Izard, 1984). Bütün bunlar yaşlı erişkinlerde terapötik çalışmaların zorluğuna eklenir.

Kuramsal yönelimi ne olursa olsun, yaşlılarla çalışmada dikkat çekilen psikoterapinin diğer bir yönü karşıt aktarım geliştirme (counter- transference) adlı analitik kavramı hatırlatmaktadır. Genellikle bu hastalarından çok genç terapistler, hastaların sorunları karşısında kendini kötü hissedebilir, çünkü bunlar onların kişisel duyarlı noktalarına dokunabilir, örneğin kendi ebeveyniyle çözümlenmemiş çatışmalar, kendi yaşlanma süreci ile ilgili duyduğu kaygılar ve ölüm ve ölmek gibi konularla uğraşma konusunda isteksizlik gibi. Knight ve ark. (1992)'nın varsaydığı gibi, "yaşlı erişkinlerle terapinin farklı olduğu şeklindeki algının şimdilerde teknik, süreç ya da başarı olasılığı gibi gerçek farklılıklardan çok, duygusal etkiden kaynaklandığı düşünülmektedir.... (yaşlı erişkinler üzerinde çalışmak) terapistlere kendi yaşlarının ötesinde bir olgunluğa erişme yönünde zihinsel ve duygusal yönden bir meydan okumadır (s. 540, 546)."

ÖZET

Yakın zamana kadar, yaşlı kişilerin psikolojik sorunları ihmal edilmiştir. Altmış beş yaşının üzerindekilerin sayısı oransal olarak artmaya devam ettikçe, bazı yaşlıların uğradığı zorluklar ve onları engellemek ya da iyileştirmenin en etkili yolları hakkında daha fazla şey öğrenmek daha önemli hale gelecektir. Fiziksel bozulma, yaşlanmanın belirgin bir özelliği olmasına karşın, yaşlı kişilerin eğilimli olduğu bazı duygusal sıkıntılar psikolojik kökenlidir.

Ciddi beyin bozuklukları, yaşlı kişilerin çok küçük bir azınlığını, (%10'dan az) etkiler. Bunların içinde iki temel bozukluk ayırt edilmiştir, demans ve delirium. Demansta kişinin zihinsel işlev görmesi azalır, bellek, soyut düşünme ve yargılamada bozulma olur. Demans giderek artıyor ise, çoğunda olduğu gibi, birey tümüyle bir başkası gibi görünür ve sonunda kendi çevresinden habersiz hale gelir. Çok çeşitli hastalıklar bu bozulmaya neden olabilir, bunlardan en önemlisi olan Alzheimer hastalığında kortikal hücreler yok olur. Deliriumda bilinç aniden bulanıklaşır ve düşünce, duygu ve davranışta başka sorunlar -parçalara bölünmüş ve yönelimsiz düşünce, tutarsız konuşmalar, dikkati sürdürme yeteneksizliği, varsanılar, yanılsamalar, zaman ve yer kavramının kalmaması, aşırı halsizlik ya da hiperaktivite ve duygu dalgalanmaları görülür. Temeldeki neden kendini kısıtlayıcı olur ya da yeterince tedavi edilebilirse, normale döndürülebilir. Beyin bölgeleri işlevini doğru görmez ama aslında yok olmuş değildir. Nedenler arasında aşırı ilaç kullanımı, beyin dokusu enfeksiyonu, yüksek ateş, yanlış beslenme, dehidratasyon (susuz kalma), endokrin bozuklukları, kafa travması, serebrovasküler sorunlar yer alabilir.

Bu iki bozukluğun tedavisi birbirinden çok farklıdır. Deliriumdan şüpheleniliyorsa, neden için bir araştırma yapılmalıdır, örneğin, beslenme eksikliği ya da ilaca karşı toksik reaksiyon düzeltilebilir. İlerleyici demans genellikle tedavi edilemez ama hastalıktan etkilenen kişi ve ailesine geriye kalan zamanın nasıl tolere edilebilir, hatta ödüllendirici olabileceğine ilişkin danışmanlık yapılabilir. Bakıcılara yeterli destek sağlanırsa, pek çok demanslı hasta evde bakılabilir. Ama genellikle öyle bir zaman gelir ki, bakım külfeti çoğu aileyi, hasta kişiyi bir bakım evine ya da hastaneye yerleştirmeye iter.

Yaşlı kişiler psikolojik sorunların bütün spektrumundan yakınabilirler, pek çok durumda bu bozukluk onların yaşamlarının erken döneminden ileri gelir. Yine de, öyle görülüyor ki, genel olarak, dep-

resyon ve kaygı sıklığı yaşlı erişkinlerde altmış beş yaşından küçük olan daha genç erişkinlere göre daha düşüktür. Yaşlı insanlara şimdilerde çeşitli psikodinamik terapilerin yanı sıra, daha yeni bilişsel davranış terapileri uygulanmakta olup, şimdiye kadar bu yolla elde edilen sonuçlar cesaret vericidir.

Depresyon kadar yaygın olmamakla birlikte, paranoya yaşlı kişiler ve onlarla ilişki halinde olanlar için bir sorun oluşturur. Daha genç paranoid hastaların kendilerine kötülük yapanlarının (persekütör) tersine (paranoya konuları FBI ve yıldız ve gezegenler arası boşluktaki uzaylılar gibi uzaktaki ajanlardır), yaşlı bireylerin paranoya konuları genellikle evin çok yakınında oturmaktadır, (hastanın posta kutusunu açan bir komşu, kendinden büyük yakının parasının çalınmasını görmezden gelen nankör çocuk, zihni bulanıklaştıran ilaç yazan doktor). Paranoya bazen demanstaki beyin hasarından kaynaklanabilir, ama psikolojik etmenler de buna kaynaklık edebilir. Paranoya işitme güçlüğüne karşı bir tepki de olabilir -"Onların ne dediğini duyamıyorsam (özellikle de kendi işitme güçlüğümü takdir etmezsem), bunun nedeni onların benim hakkımda fısıltıyla konuşmaları olabilir." Yalıtım da bir etmen olabilir; kişinin sosyal ilişkileri azsa, kendi izlenim ve kuşkularını doğrulaması zor olacak, bu da sanrıların gelişimine zemin hazırlayacaktır. İleri yaşta yaşanılan diğer psikolojik bozukluklar arasında şizofreni olguları (bazen parafreni olarak da adlandırılır), madde bağımlılığı, özellikle ilacın yanlış kullanımı ve uyku bozuklukları yer alır. Bunların tümü tedavi edilebilir niteliktedir.

Yaşlı kişilerin intihar girişimleri daha genç erişkinlerle kıyaslandığında daha çok oranda ölümle sonuçlanır. Çoğu altmış beş yaşından küçük olan ruh sağlığı alanındaki profesyoneller, yaşlı ve hasta kişilerin yaşamaları için bir neden kalmadığını varsayarlar. Bu yaklaşım onların yaşlanmaya ilişkin korkularını yansıtıyor olabilir.

Cinsellik ve yaşlanma konusunda da hatırı sayılır derecede efsane bulunmaktadır, bunlardan en önemli olanı, altmış beş yaşındaki cinselliğin uygunsuz, doyum verici olmayan ve hatta olanaksız olduğu yolundaki varsayımdır. Kanıtlar bize bunun tam tersini göstermektedir. Ciddi fiziksel bozukluğu olan yaşlı kişiler, seksenli yaşlara ve ötesine uzanacak şekilde cinsel ilişkiden haz alabilecek ve diğer şekillerde sevişebilecek güçtedirler. Yaşlanmayla ortaya çıkan fark, uyarılmanın daha uzun zaman alması, orgazmın daha az yoğun olmasıdır. İleri yaşta cinsel kapasite ile ilgili hassas ve doğru bilginin yayılması, çoğu gereksiz yere oluşan cinsel işlev bozukluğunu ve ilgisizliği engelleyecektir.

Bakım evleri ve diğer yaygın bakım uygulamaları sıklıkla sakinlerinin sahip oldukları beceri ve kapasiteyi sürdürme ve geliştirmeleri yönünde cesaretlendirici davranmamaktadır, böylece burada hem fiziksel hem de akıl yönünden gerilemeler hüküm sürer. Bugün, bakım mümkün oldukça, toplum içinde sağlanmalıdır. Gezici Yemek Servisleri, sağlık alanındaki profesyonellerin evlere yaptığı düzenli ziyaretler ve bakıcılara verilen destek, kullanıma hazır ve eşgüdümlü olduğunda yararlı gibi gözükmektedir, çünkü böylelikle, kişiler bürokratik bir labirentle karşı karşıya gelmek zorunda kalmamaktadır. Her türlü müdahale, yaşlı kişilerin koşullar elverdiğince bağımsız kalacakları şekilde en az boyutta yapılmalıdır.

Pek çok yaşlı kişi psikoterapiden yararlanabilir, ancak yaşlı erişkinin tedavisine özgü birkaç konu akılda bulundurulmalıdır. Yaşlıların yaşadığı duygusal sorunlar içerik bakımından çoğunlukla gerçekçidir. Onlar genellikle yeri doldurulmaz kayıplar yaşamış olup, gerçek tıbbi ve parasal sorunlarla karşı karşıyadır. Onların yakınmalarını her zaman psikopatolojik bir duruma yüklemek akıllıca değildir. Ölüm de daha yakın bir konudur. Terapi sürecine gelince, klinisyenler her zaman etkin ve yönlendirici şekilde olmalı, danışanlarının gereksinim duyduğu sosyal hizmetleri veren acenteler hakkında bilgi sağlamalı ve bunları aramalıdır. Terapi aynı zamanda bir kontrol, kendine yetme ve umut duygusunu teşvik etmeli ve de yaşlı kişiye yaşamının sonuna yaklaşırken, onun kendi yaşamına bir anlam yüklemesine yardımcı olmalıdır.

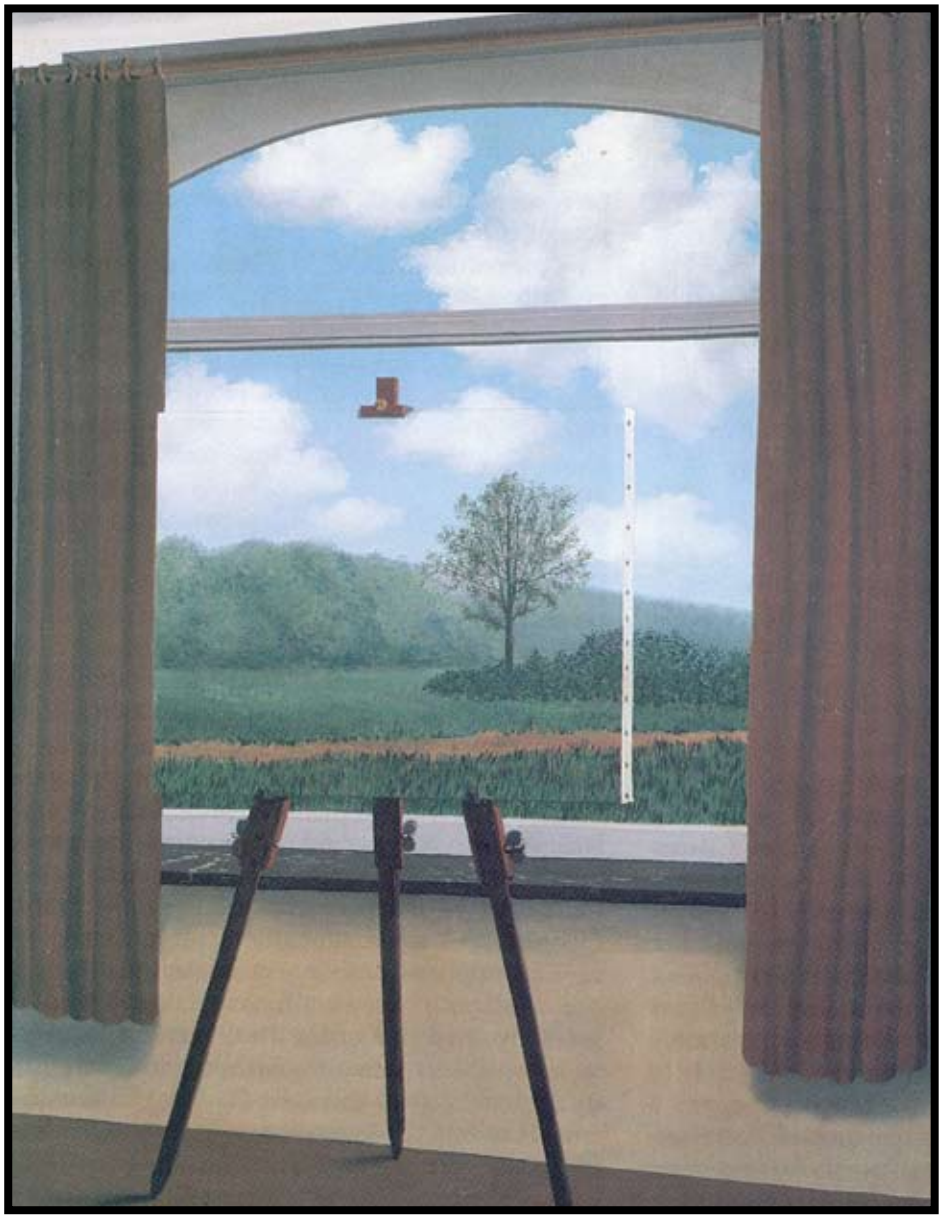
ANAHTAR SÖZCÜKLER

takvim yaşına karşı tavır (agism)
yaş etkileri
kuşağa özgü etkiler
ölçüm zamanı etkileri
kesitsel araştırmalar
boylamsal araştırmalar
seçici ölüm oranı
demans
Alzheimer Hastalığı
plak
nörofibriler düğümler
deliryum
parafreni
uykuda solunum yokluğu (uyku apnesi)

KISIM IV

MÜDAHALE VE YASAL VE ETİK KONULAR

17



Rene Magritte, "İnsan koşulu", 1934.

İÇGÖRÜ TERAPİLERİ

Çeviri: Prof. Dr. Levent Küey

PSİKOTERAPİ NEDİR?
PSİKOTERAPİ ARAŞTIRMALARINI DEĞERLENDİRMEDE GENEL SORUNLAR
Plasebo Etkisi
Araştırma ve Uygulamada Terapi Süreç ve Sonuç
Tedavi Görmeyen Kontrol Gruplar
Kaos Kuramı ve Yaşam
PSİKANALİTİK TERAPİLER
Klasik Psikanalizde Temel Teknikler ve Kavramlar
Çağdaş Analitik Terapiler
Analitik Terapilerin Değerlendirilmesi
İNSANCIL VE VAROLUŞÇU TERAPİLER
Karl Rogers'ın Danışan Merkezli Terapisi
Varoluşçu Terapi Geştalt Terapi
ÖZET

Günlük sıradan konuşmalarda, genellikle sözlerinizi ilişkilendiren bir bağı korumaya çalışırsınız; bunu yaparken ana temadan çok uzaklaşmamak için yan konuları ya da araya giren düşünceleri dışarıda bırakırsınız. Fakat şimdi burada farklı konuşmalısınız. Konuştukça, kendi bazı eleştirileriniz ve karşı çıkışlarınız nedeniyle yadsımak isteyeceğiniz çeşitli düşünceleriniz olacak. Bunlar hakkında, "bu ilgisiz ya da önemsiz veya mantıksız" diye düşünme eğiliminde olacaksınız ve bunları söylemekten kaçınacaksınız. Bu tür eleştirel yaklaşıma kendinizi kaptırmayın. Belirtmek istememenize rağmen bu düşüncelerinizi söyleyin. İzlemeniz gereken tek uyarı olan bu öğüdün nedeni daha sonra açıklığa kavuşacaktır. Zihninizden geçen her şeyi belirtin. Kendinizi, bir trende yolculuk yaparken, pencereden seyre daldığınız sürekli değişen görüntüleri yanındakine betimlemeye çalışan bir yolcu gibi düşünün (Ford & Urban, 1963, s. 168).

PSİKOTERAPİ NEDİR?

Çeşitli psikopatolojileri ele alırken, terapistlerin ruhsal ve duygusal ızdırapları önleme, azaltma ve hatta ortadan kaldırma amacıyla başvurdukları farklı yolları gözden geçirdik. Bu amaçlara ulaşmak için girişilen yollara zemin oluşturan bazı tedavi paradigmaları (biyolojik, psikanalitik, öğrenme ve bilişsel) Bölüm 2'de anlatılmıştı. Bölüm 6'dan 16'ya kadar olan bölümlerde ise, belirli problemler için bazı müdahale (intervention) biçimlerinin diğerlerine göre daha uygun olduklarını öğrendik. Örneğin, biyolojik süreçleri anlama yolundaki gelişmeler nedeniyle, artık yeni ana babalar, kalıtsal olarak geçen bazı zekâ geriliklerini ortadan kaldırma ya da azaltma yöntemlerine sahipler. Öte yandan, öğrenme süreçlerini daha iyi anlamamız sayesinde, zekâ geriliği olan çocuklar, artık daha öncesinde mümkün olduğu düşünülenin ötesinde daha çok bilişsel, sosyal ve kendine bakım becerileri kazanabiliyorlar. Psikanalitik kuram terapistlere dissosiyatif bozuklukları tedavi etmelerinde yardımcı oluyor; örneğin, bu kuram amnestik bir hastanın belirli geçmiş olayları, bu olayların acısının onların tümüyle bastırılmasını zorladığı için hatırlayamadığı konusunda terapistleri uyarır. İnsancıl ve varoluşçu terapiler danışanlarına, psikolojik acılarının derinliğini ve nedenlerini araştırmada yardımcı olur ve onları eyleme geçme, seçim yapma ve yaşamlarını daha iyi kılma konusunda sorumluluk alma açısından yüreklendirir.

Bu noktada, terapi konusuna yoğunlaşmanın, genel olarak önemli konuları ele almanın, çelişkileri incelemenin ve karşılaştırmalar yapmanın yeri geldi. Buraya kadar psikopatoloji ve tedavi konusunda kazandığımız bilgiler ve bakış açıları bunu mümkün kılacaktır.

Kuramsal karmaşıklıkları bir yana, herhangi bir psikoterapi, eğitimli bir profesyonelin başka bir kişiye (danışan ya da hasta) daha farklı davranması ya da hissetmesi için yardım etmeye çalıştığı sosyal bir ilişkidir. Terapist, az ya da çok, belirli bir kuram ya da düşünce okulunun koyduğu kurallara uygun işlemleri izler. Temel varsayım, bir güven ilişkisinde, belirli türden sözel ve sözel olmayan alışverişlerin kaygıyı azaltma ve kendine zarar verici ya da tehlikeli davranışları ortadan kaldırma amaçlarına ulaşmayı sağlayacağıdır.

Bu açıklama ne kadar yalın görünse de, psikoterapinin gerçekten ne olduğu konusunda çok zayıf bir görüş birliği vardır. İnsanın kapı komşusu da, bir klinik psikologun söylediği rahatlatıcı sözcükleri söyleyebilir, ama bunu psikoterapi olarak değerlendirmeli miyiz? Psikoterapi bu tür profesyonel olmayan güvencelerden ne yönde farklıdır? Kabaca bakarsak, ayrım, bu güvenceyi veren kişinin belirli bir akademik derecesi ya da lisansı olması mıdır? Ya da bilgiyi verenin ne söylediğini belirleyen bir kuramı olmasıyla mı ilgilidir? Kuramın temel varsayımlarının ne kadar sağlam olduğuna mı bağlıdır?

Bunlar zor sorulardır ve anormal psikolojisinin diğer alanlarında olduğu gibi, bu konuda da, profesyoneller arasında görüş birliği olduğunu söylemek güçtür.

Öncelikle şunu belirtmek gerekir ki, profesyonel yardım arayan ya da bunun için gönderilen kişiler, olasılıkla zaten, kendilerini daha iyi hissetmek için profesyonel olmayan yolları denemişler ve rahatlama elde edememişlerdir. İnsanların çoğunluğu, terapiste gitmeden önce, arkadaşlara ya da eşlerine sırlarını açmışlar, belki de aile doktoruyla görüşmüşler, rahibe danışmışlar, belki de, çok popüler olan kendi kendine yardım kitapları ya da programlarını denemişlerdir. Psikolojik sıkıntı içindeki birçok kişi için, bu seçeneklerin bir ya da birkaçı yeterli rahatlama sağlar ve daha çok yardım aramazlar (Bergin, 1971). Fakat diğerleri için bu girişimler yetersiz kalır ve bu kişiler çaresizlik, sıklıkla da ümitsizlik içine düşerler. Ruh sağlığı kliniklerine, üniversite danışma merkezlerine ve özel çalışan profesyonellere başvuranlar bu kişilerdir.

Problemli kişiler sorunlarını arkadaşlarıyla konuşabilirler ya da profesyonel terapiye yönelebilirler. Terapi tipik bir biçimde arkadaş desteği ve tavsiyeleri rahatlama sağlamayan kişilerce aranır.

Çok sayıda kuram ve psikoterapi vardır; belki yüzlerce ve her birinin de ateşli destekleyicileri. Bu ve bunu izleyen iki Bölümde en önde gelen terapötik müdahale kuramlarını ve bunları destekleyen araştırmaları sunacağız. Niyetimiz, temel yaklaşımlara dair yeterli ayrıntıları ve temel konuların kavranmasını ve terapi alanına ilişkin genel bir bakış açısını sağlayacak bilgileri sunmaktır. Bunun aynı zamanda, okuyucuya yeni çıkacak terapileri eleştirel olarak değerlendirme araçları sağlayacağını ya da en azından bunları etkili bir şekilde değerlendirme için sorulacak soruları bilmelerini sağlayacağını umuyoruz.

Sigorta şirketlerince psikoterapistlere yüklenen sorumluluk ve önemin artmasıyla birlikte psikoterapinin etkinliğinin değerlendirilmesi çok önemli bir konu haline gelmiştir (Johnson, 1995). Sağlık hizmetlerini yeniden yapılandırma hareketine paralel olarak, sigorta şirketleri psikoterapistlerin kendilerini en etkin ve verimli tedavilerle sınırlandırmalarını istemektedir. Profesyonel örgütler de buna katılmaktadır. Örneğin, Amerikan Psikoloji Birliği'nin klinik bölümü hangi tedavilerin "görgül olarak desteklenen tedaviler" nitelemesini hak edeceğini belirlemek üzere, yeterli kontrollü çalışma verileri ile desteklenen tedaviler konusunda görüş birliğine varma çabasındadır (Chambless ve ark., 1996; Task Force, 1995).

Bu ve bundan sonraki Bölümde ana ilgi odağımız bireysel terapi, yani bir klinisyenin bir hasta ya da danışan ile yürüttüğü terapidir. Bu iki Bölümde tartışılan hemen her şey grup terapileri için de geçerlidir. Bu konu ayrıca Bölüm 19'un üç ana başlığından birini de oluşturmaktadır.

London (1964, 1986) psikoterapileri içgörü ve eylem (davranışsal) terapileri olarak sınıflandırmıştır. Davranış terapisi ve bilişsel davranışçı terapiler Bölüm 18'de tartışılacaktır. Bu bölümde derinliğine tartışılan **içgörü (insight) terapisi** ise, duyguların (emotion) ve düşüncelerin insanların, özellikle ihtiyaçları ve dürtüleri çatıştığında, kendilerini neyin güdülediğini uygun bir şekilde anlamadıkları için bozulduğunu varsaymaktadır. İçgörü tedavisi insanların davranışları ve düşüncelerinin gerçek nedenlerini keşfetmelerine yardımcı olmaya çalışır. Burada, temel önerme, güdülenmelerin daha çok farkına varılmasının düşünce, duygu ve davranışlar üzerinde daha çok kontrole ve ardından gelişmeye yol açacağı biçimindedir.

Kuşkusuz içgörü, yalnızca içgörü terapileriyle sınırlı değildir. Eylem terapileri de bireye içgörü kazandırır; daha yeni bilişsel davranışçı terapiler de içgörü ve davranışçı terapilerin bir karışımı olarak görülebilir. Sorun temel vurgunun nereye yapıldığı, odağın ne olduğu sorunudur. Davranışsal terapilerde odak davranışın değiştirilmesidir; içgörü genellikle bir yan kazançtır. İçgörü tedavilerinde, odak insanların doğrudan davranışlarının değiştirilmesinden çok, onların güdülenmelerini, korkularını ve çatışmalarını kavrayışlarının arttırılmasıdır. Bu tür içgörülerin gelişimini kolaylaştırmak için farklı kuramsal yönelimli terapistler, psikanalizin serbest çağrışım tekniğinden danışan merkezli terapilerin duyguların yansıtılması tekniğine dek değişik teknikler uygulamaktadır.

PSİKOTERAPİ ARAŞTIRMALARINI DEĞERLENDİRMEDE GENEL SORUNLAR

Bazı içgörü terapilerini incelemeden önce psikoterapi araştırmalarını anlamamızı ve değerlendirmemizi sağlayacak birkaç genel soruna değineceğiz.

PLASEBO ETKİSİ

İster içgörü ister eylem yönelimli olsun, herhangi bir psikoterapinin etkileri üzerine yapılacak araştırmalar plasebo etkisini dikkate almak zorundadır. Bu deyim, tedavideki herhangi etkin bir bileşenden çok hastanın yardım beklentilerine atfedilebilecek fiziksel ya da psikolojik durumdaki bir gelişmeye işaret etmektedir. Frank (1973, 1978) plasebo etkisini, bilim öncesi ya da bilimdışı toplumlardaki inanç iyileştirmeleriyle ilişkilendirmiştir. Yüzyıllarca, ızdırap çeken insanlar durumlarını düzelteceği inancıyla, kutsal yerlere ziyaretler yapmışlar ve bazen garip kokulu karışımlar içmişlerdir. Bazen bunlar iyi gelmiştir de.

Birçok kişi plasebo etkilerini gerçek olmadıkları ya da uygulanan tedavilerin yararlarına göre ikinci sırada geldikleri gerekçesiyle göz ardı eder. Her şeyden önce, bir kişinin gerilim baş ağrısı varsa, tümüyle ve doğrudan kimyasal ya da fizyolojik etki gösteren bir ilaçtan olası ne gibi bir yarar elde etmeyi umabilir. Gerçeklikte, plaseboların etkileri bazen uzun süreli ve belirgin olabilmektedir. Frank (1973, 1978) birçok fizik ve ruhsal sorunun plasebo şeker haplarıyla ya da içlerinde rahatlama sağlayan doğrudan sorumlu bir etken olmayan uygulamalarla gelişme gösterdiğine dair birçok kanıt sunmaktadır. Bu plasebo etkisi ilaç araştırmalarında sık karşılaşılan ve evrensel olarak kabul edilen bir etkidir.

Ancak, kimyasal plasebolar üzerindeki araştırma bulgularını doğrudan psikolojik plasebolar üzerindeki araştırmalara genellemek hiç de kolay değildir. Psikoterapide, yardım alma beklentisi kendi başına bir bileşen olabilir! Neden? Eğer terapistin benimsediği kuram düzelmeye ilişkin olumlu beklentinin kendisini etkin bir bileşen olarak değerlendiriyorsa, o zaman beklentiden doğan iyileşme, tanım gereği, plasebo etki olarak ele alınmamalıdır. Lambert, Shapiro be Bergin (1986) psikoterapilerin etkileri üzerinde yapılan araştırmalarda "plasebo etkenleri" yerine "ortak etkenler" kavramının geçmesi gereğini tartışmaktadır. Rosenthal ve Frank'ın (1956) plasebonun terapötik olarak atıl olduğunun ancak belirli bir kuram çerçevesinden anlaşılabileceği biçimindeki, daha önceki uyarılarını yinelemektedirler. Bu yazarlar "ortak etkenler"i şöyle tanımladılar:

"belirli bir tekniğe bağlı olmaksızın …… tedavi ortamına ilişkin boyutlar. Birçok terapide ortak olan etkenler (gelişme için beklenti, telkin, sıcaklık ve dikkat, anlayış, cesaretlendirme gibi) kuramsal olarak ne atıl ne de değersiz olarak görülmelidir; bunlar psikolojik tedavide merkezi önem taşır ve hastanın düzelmesinde etkili bir rol oynarlar" (Lambert ve ark., 1986, s. 163).

Psikoterapinin etkilerini değerlendiren araştırmalarda, Lambert ve ark.'ın (1986) işaret ettiği gibi, sözde plasebo kontrol gruplarındaki hastalar, hiç tedavi olmayan gruplardaki hastalara göre genellikle daha çok düzelirler. Ortak etkenler konusu psikoterapilerin entegrasyonu, hareketi çerçevesinde de önemlidir. Bu konu içgörü ve eylem terapileri gözden geçirildikten sonra, Bölüm 18'de ele alınacaktır.

Psikoterapi araştırmalarında plasebo kontrol gruplarının yeri karmaşık ve sıklıkla tartışılan bir konudur ve bu konunun ayrıntıları bu kitabın kapsamını aşmaktadır. Ancak, şunu belirtmeliyiz ki, belirli bir terapinin hiç tedavi olmamayla karşılaştırıldığı ve terapinin daha fazla düzelme sağladığının bulunduğu bir çalışma, tedavi olmanın tedavi olmamaktan daha iyi olduğunu söylemektedir. Bu önemsiz bir bulgu değildir. Ancak, belirli bir terapi genellikle belirli bir yönde düzelme yaratma çabasındadır. Örneğin, kişinin savunmalarını kaldırma, kişinin kendini gerçekleştirme yollarını kolaylaştırma, sorumluluk içinde tercihleri kolaylaştırma, korkuları bertaraf etme ve benzeri. Bu süreçlerin işleyip işlemediklerini, etkili olup olmadıklarını belirlemek için, bir araştırmada, yardım beklentileri olan ve kendileri için yararlı / değerli bir şey yapılacağına inanan, en azından bir kontrol grubu bulunmalıdır. Tüm terapiler güçlerinin en azından bir kısmını, insanların tedavi ediciye duydukları inanç ve daha iyi olmak için duydukları derin arzudan alır.

ARAŞTIRMA VE UYGULAMADA TERAPİ

Terapist elkitaplarının kullanımı psikoterapi araştırmalarında ölçüt durumuna gelmiştir. Bu elkitapları, belirli bir terapinin nasıl yürütüleceğinin ayrıntılı yönergeleridir ve genellikle, tedavinin değişik aşamalarında uygulanacak özgül işlemleri şart koşarlar (örn., Addis, 1997; Wilson, 1996). Günümüzde, çalışma sırasında terapistlerin izlemek zorunda oldukları bağımsız değişkenlerin ayrıntılı olarak tanımlandığı bir elkitabı olmaksızın bir psikoterapi araştırması için parasal destek elde etmek olanaksızdır. Bu standartlar psikoterapi çalışmalarında önemli bir gelişme olarak yaygın biçimde düzenlenmektedir.

Herhangi bir psikoterapi çalışması okuyan birisi, bu standartlar sayesinde, belirli bir deneysel koşulda hastalara ne olduğunu öğrenebilir.

Esas olarak bu bölümde tartışılan içgörü terapilerini içeren erken dönem araştırmalar bu bilgiyi çok daha anlaşılmaz yapmışlardır. Bir yazıda hastaların "psikodinamik psikoterapi" ya da "danışan merkezli terapi" (ya da davranış terapisi) aldıklarını okumak bize biraz bilgi vermektedir, ama terapinin gerçekten nasıl olduğunu özgülleştirmemektedir. Daha da önemlisi, belirli koşullarda, Dr. X'ten tedavi gören hastaların, aynı deney koşullarında Dr. Y'den terapi alan hastalarla aynı ya da benzer deneyimden geçip geçmediklerinin belirlenememesidir.

El rehberlerinin kullanımı, bunları kullanacak araştırmacı terapistlerin eğitimi ve bu terapistlerin seanslar sırasında gerçekten ne yaptıklarının izlenmesi (monitor) 1960'larda gündeme gelmiştir. El rehberlerine dayalı ve farklı tedavi biçimlerinin tartışıldığı ilk çalışma, sistematik duyarsızlaştırma ile bir içgörü terapisinin karşılaştırıldığı araştırmadır (Paul, 1966). Bu çalışma, psikoterapi araştırmalarında büyük bir değişimin öncüsüdür.

Her şey iyi güzel ama durup düşündüğümüzde bir sorunla karşı karşıya olduğumuzu anlarız. El rehberlerinin kullanımı, yüksek iç geçerlilik (elde edilen sonuçlar belirli güvenilirlik sınırları içinde bağımsız değişkenin etkisine atfedilebilir) sağlarken acaba dış geçerlilik açısından durum nedir? Yani, bu el rehberlerine dayanan terapilerden elde edilen sonuçlar, kontrollü bir çalışmanın kuralları dışında, günlük psikoterapi uygulamalarına genelleştirilebilir mi? Psikoterapi alanında bundan daha sıcak tartışılan ve daha önemli bir başlık belki de yoktur (Goldfield & Davison, 1994; Persons, 1989).

Sorunu tartışmanın bir yolu şudur: Yazılıp belgelenmese de, terapistlerin çoğunun kendilerini "eklektik" olarak betimledikleri gerçeğini hatırlarsak (Örn., Jensen, Bergin & Greaves, 1990; Smith, 1982), belirli tekniklerle (örn., duyarsızlaştırma) ya da yaklaşımlarla (örn., danışan merkezli terapi) yapılan kontrollü çalışmalar o terapinin doğası ve sonuçları hakkında yalnızca o uygulama ile sınırlı bilgi vermektedir (Lambert & Bergin, 1994). Şu bir gerçek ki, terapistlerin çoğu çok seyrek olarak belirli kuramsal yönelimin (örn., psikanalitik, danışan merkezli ya da davranışçı) katı sınırları içinde kalır. Dolayısıyla, bu ve izleyen iki Bölümde anlatılan kontrollü çalışmaların bu araştırmalarda yer almayan hastalarda uygulanan psikoterapilerin etkinlikleri konusunda söyleyebilecekleri sınırlıdır. Bu ironik bir durumdur, çünkü belirli bir tekniğin ya da genel kuramsal yaklaşımın savunucuları kendi duruşlarını desteklemek için bu kontrollü çalışmaların kanıtlarına başvururlar.

Günümüzün kontrollü çalışmalarının diğer ortak özelliklerinden biri, araştırılan soruna ek sorunları olan (eş hastalanma konusu) insanların bu çalışmaların dışında kalmasıdır. Diğer bir ortak özellik ise, bu çalışmaların, böylesi bir araştırmaya katılmaya gönüllü olanların motivasyonlarından ayrık birçok başka sorunla terapistlere başvuranlara değil, yüksek derecede yapılandırılmış bir tedavi protokolü içinde görülmeyi isteyen kişilere dayanmasıdır. Diğer bir deyişle, kontrollü çalışmalara katılmaya gönüllü olan ve kabul edilen hastalar psikoterapideki hastaların belki de büyük bir çoğunluğundan farklı özellikler taşır. Bu durum kontrollü çalışma sonuçlarının günlük psikoterapi uygulamalarına genelleştirilmesini riskli kılabilir.

Kontrollü çalışmaların diğer bir özelliği, hastaları homojen bir grup olarak tanımlayabilmek için DSM tanılarını yaygın olarak kullanmasıdır. Örneğin, Bölüm 18'de anlatılan geniş ölçekli Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü (NIMH) depresyon çalışmasında araştırmaya katılanlarda majör depresyon bulunup bulunmadığı DSM ölçütlerine göre konmuş ve bu hastalar seçkisiz (random) olarak farklı deneysel durumlara alınmıştır. Fakat birçok kez gördüğümüz gibi, insanlar birçok nedenden dolayı çökkün, kaygılı ya da alkol veya sigara bağımlısı olabilirler. Bu tür çalışmalarda mümkün olamayan şey, bir kişinin idiyografik analizidir; yani, o kişinin belirli bir biçimde hissetmesi, düşünmesi ve davranması açısından en önemli etkenleri belirlemek için, tek bir olgunun biricik özelliklerinin analizi (Beutler, 1997; Goldfried & Davison, 1994). Kontrollü çalışmalarda genellikle birbirine benzeyen ağır depresyonlu hastalar tedavi edilir; deneysel araştırmaların en iyisinde bu araştırmaların iyi bir iç geçerliliği olacaktır (deneklerin seçkisiz atanmasına ilişkin önceki tartışmayı anımsayınız).

Psikoterapi araştırmaları son zamanlarda etkinliği ve verimliliği birbirlerinden ayırmaktadır. Bir müdahalenin etkinliği, tipik biçimi akademik bir araştırma ortamında yapılan kontrollü bir çalışma sonucunda belirlenir. Bir müdahalenin verimliliği ise, günlük hayatta, pratiklerini bir tedavi el rehberine bağlılıkla tanımlamayan bir terapis-

te gidildiğinde uygulanan müdahaleler için kullanılır. Örneğin, agorafobisi bulunan bir kişinin evinden uzağa gidebileceği gibi, gözlenebilir, iyi tanımlanmış problemlerin azaltılması genellikle etkinlik çalışmalarının konusudur; verimlilik ise, genellikle, hastaların kendileri tarafından daha bütüncül ve öznel ölçütlerle değerlendirilir. Örneğin, bu ölçütler, terapiden duydukları tatmin düzeyi, kendilerine ne kadar yardımcı olunduğuna dair inançları, yaşam kalitelerinin gelişip gelişmediği konusundaki inançları olabilmektedir (Consumer Reports, 1995; Seligman, 1995; 1996'dan akt.).

SÜREÇ VE SONUÇ

Belirli bir müdahalenin ne kadar işe yaradığını bildiren araştırmalarla (**sonuç araştırması**), belirli bir sonucun nasıl ortaya çıktığını, yani, terapötik değişimin altında yattığına inanılan süreçlerin ne olduğunu bildiren araştırmalar (**süreç araştırmaları**) arasında ayrım yapılmalıdır. Genellikle, sonuç araştırmaları süreç araştırmalarından önce gelir. Her şeyin ötesinde, eğer X müdahalesinin insanların üzerinde olumlu bir etkisi yoksa bunun nasıl işlediği ile neden ilgilenilsin?

TEDAVİ GÖRMEYEN KONTROL GRUPLARI

Psikoterapi araştırmalarını incelerken, şu veya bu psikoterapi uygulamasından sonra hastalarda düzelme olduğunu gösteren ve bu verilerin o psikoterapinin etkinliğini kanıtladığını öne süren birçok çalışmaya rastlayacağız. Bu görüşler bir miktar geçerlilik taşır; her şeyden önce hastalar, tedaviden önce mutsuzdu, tedaviden sonra daha iyiler. Ancak, göz ardı edilen şey (bkz. Bölüm 5), bu tür tedavi sonucu verilerinden, yalnızca zamanın geçmesi ile ne olacaktı, sorusuna yanıt bulamayacak oluşumuzdur. İnsanların yaşamı süreklidir ve kişinin yaşamını iyi ya da kötü etkileyecek olaylar da sürekli yaşanır (aşağıdaki kaos kuramı tartışmasına bakınız). Tedavi görmeyen kontrol grubunun olması bir tedavi sonucu araştırması için temel ve asgari ölçüttür, ancak sıklıkla da kontrol grubuna rastlamayız.

KAOS KURAMI VE YAŞAM

Bölüm 5'te kaos kuramı tartışılmış ve psikopatoloji ve terapinin anlaşılmasında bu kuramın önemi vurgulanmıştı. Öyle ki, insanların yaşamlarının her anında birçok öngörülemeyen ve bazen kontrol edilemeyen etken söz konusudur ve dolayısıyla, insan davranışlarını anlamamız ve onu ön görerek değiştirebilmemiz sınırlıdır. Bunun psikoterapi çalışmalarıyla ilişkisi nedir?

Tedavi görmeyen, dolayısıyla profesyonel bir tedavinin varsayılan yararlarından hiçbirini almayan kontrol gruplarındaki bazı insanlar daha iyiye gitmektedir. Neden? Her şeyden önce, bu insanlar kendi yaşamlarını sürdürmektedir, yani onları olumlu etkileyebilecek olaylarla, örneğin, işte ilerleme ya da özel birisiyle tanışma gibi, karşılaşmaktadır. Psikoterapi üzerine araştırma yapanların tek umabileceği şey, araştırmanın farklı gruplarındaki bireylerin bu tür olaylarla yaklaşık eşit düzeylerde karşılaşmalarıdır. Kısmen bu tür olaylar nedeniyle, küçük hasta grupları üzerinden çıkarsamalar yapılmaz ve hastalar gruplara tesadüfî olarak ayrılır. Tabii ki, bir terapi çalışmasına katılanların, ister terapi ister kontrol grubunda olsunlar, aynı zamanda kendilerini daha kötü yapabilecek olumsuz yaşantıları da olabilir.

Ampirik geçerliliği olmayan psikoterapilerin en şiddetli eleştirmenlerinden olan Robyn Dawes (1994) tedavi araştırmalarında ortaya çıkan bazı düzelmelere ilişkin güçlü bir hipotez öne sürmüştür. Profesyonel olmayan "terapistler", örneğin, öğretmenler gibi, etkili tedavi sunma konusunda bazen profesyoneller kadar başarılı olabilirler (Berman & Norton, 1985; Christensen & Jacobson, 1993)[1]. Dawes insanların bir danışmanlık ilişkisine girdiğinde, bu profesyonel olmayan bir ilişki dahi olsa, yaşamlarında değişim yapmaya güdülendiklerini tartışmaktadır. Hatta terapinin bizzat kendisi etkili olmayabilir ve hatta bu değişimler terapistle çalışılan konularla ilgili de olmayabilir. Ancak, terapist bu olumlu değişimleri kendi uygulamalarına bağlar. Emin olmak için, bu kitapta incelediğimiz etkinlik çalışmaları gibi çalışmalardaki kontrol grupları bize bu tür alternatif yorumları değerlendirmemize izin verir, ancak, yine de, herhangi bir psikoterapi araştırmasında ne kadar şeyin açıklanmadığı ve araştırılmadığının bilinmesi önemini sürdürmektedir. Burada gözden geçir-

[1]*Bu sonuçlar sorgulanmadan kalmamıştır. Terapinin ne kadar etkili olduğu üzerinde profesyonel deneyim ve itibarın etkisi olmadığı iddiasını dengelemek üzere, Peterson (1995) bu iddiaları destekleyen verilerin konuşmaya dayalı danışmanlıktan geldiğini ya da sorunu ciddi olmayan bir kişi ile sempatik bir dinleyicinin yapılandırılmamış konuşmalarından kaynaklandığını tartışmıştır. Ona göre bu durumlar gerçek uygulanan terapiden yeterli derecede farklıdır. Bu tartışma psikoterapinin hangi türünün sigorta kapsamına alınacağı konusunda karar vermekle görevli kişiler için öfke yaratıcıdır.*

diğimiz noktalar, örneğin, özellikle, etkinlik ve verimlilik çalışmaları arasındaki farklar bilimsel kuramlaştırma ve çıkarsamalar açısından alçak gönüllülük ihtiyacının altını çizmektedir (Bkz., Odak 17.1).

PSİKANALİTİK TERAPİLER

Psikanaliz ve ilgili görüşler psikiyatri ve klinik psikolojide önemli bir güçtür. Temel özelliklerini Bölüm 2'de özetlemiştik. Bu bölümde, klasik (Freudcu) psikanaliz, ego analizi ve kişiler arası terapilerin daha ayrıntılı betimlemelerini ve değerlendirmelerini yapacağız.

KLASİK PSİKANALİZDE TEMEL TEKNİKLER VE KAVRAMLAR

Klasik psikanalizin can alıcı noktası egoyu bireyin sağlıklı bir erişkin olarak büyümesine yardımcı olmaktan alıkoyan bastırmaların ortadan kaldırılmasına yönelik terapötik bir müdahale oluşudur. Psikopatolojinin, insanların gerçek güdülenmelerinin ve korkularının farkına varmadıkları durumlarda geliştiği varsayılır. Bunların sağlıklı işlevselliğe dönüştürülmesi ancak bastırılan şeylerin bilincine varılmasıyla mümkündür. İnsanlar davranışlarını neyin güdülediğini anlayabildiklerinde daha çok seçeneğe sahip olacaklardır. Psikanalizin bir kuralını yinelersek, "idin olduğu yerde egonun da olmasına izin verin". Temel olarak, kişiliğin bilinçli, tasarlayıcı ve seçim yapan bölümü olan ego eğer bastırmalar en aza indirilirse, kişiye akılcı ve gerçekçi yönlere doğru rehberlik edebilir.

Wachtel (1977)'in tüylü mamutu psikanalitik kuramın psikolojik sorunların altında yattığını varsaydığı çözülmemiş, gömülmüş çatışmalar için iyi bir metafordur. Dolayısıyla, terapide uygun odak reddedilme korkusu gibi güncel olarak sunulan sorun değil, psişede varolan bilinçdışı çocukluk çatışmalarıdır. Kişi ancak, bastırmanın kaldırılmasıyla altta yatan sorunla yüzleşebilir ve bu sorunu erişkin yaşamı bağlamında yeniden değerlendirebilir.

SERBEST ÇAĞRIŞIM

Psikanalistler hastalarının bastırılmış çatışmalarını ortaya çıkarabilmeleri için çeşitli teknikler kullanırlar. Belki de, en iyi bilineni ve en önemlisi **serbest çağrışım**dır; burada, hasta bir divanda yatarak düşünce ve duygularının dizginlerini serbest bırakmaya ve zihnine gelen her şeyi söze dökmeye yüreklendirilir. Bu bölümün başında çerçeve içindeki alıntı hastanın serbest çağrışım yapması için verilen yönergenin bir örneğidir. Yeterli egzersiz yapıldıktan sonra, serbest çağrışımın bilinçdışı materyalin ortaya çıkartılmasını kolaylaştıracağı varsayılmaktadır.

Buradaki serbest sözcüğü nedensiz anlamına gelmemekte; bilinçli sansür ve kontrolden serbestleşmiş olmayı tanımlamaktadır. Kendisi de determinist olduğunu açıklamış olan Freud, serbest çağrışımların akışını, psikolojik yasalar tarafından idare edilen bilinçdışı düzeneklerin ürettiğine inanmıştır. Öyle ki, serbest çağrışımlar gerçekten serbest değildir (Morse, 1982, s. 215). Gerçekten de, çağrışımların serbest olmadığı varsayımı bu tekniği psikanalizde önemli kılar.

Terapide, hasta, duygu ve düşüncelerini, önemsiz ya da utanç verici görülebilecek unsurları ayıklamadan, mümkün olduğunca aynı biçimde belirtmesi gerektiği kuralına uymalıdır. Freud düşünce ve anıların çağrışım zincirlerinde oluştuğunu ve ilk belirtilen en yeni düşüncelerin sonuçta, daha öncekilere ve daha kritik olanlara varacağını kabul eder. Daha önceki yıllara ait bu erken olayların ortaya çıkabilmesi için, terapist hastanın düşüncesini yönlendirmeme konusunda dikkatli olmalıdır; öyle ki, terapist etkisini en aza indirebilmek için genellikle hastanın arkasında oturur.

DİRENÇ

Ancak serbest çağrışımda, dizginlerinden kurtulduğu kabul edilen düşüncelerin arasına kendilerini sokuşturan bloklar ortaya çıkar. Hastalar aniden konuyu değiştirebilir veya bir olayın ne kadar önce olduğunu hatırlamayabilir. Seansı kesmek için her türlü taktiği (sessiz kalmak, divandan kalkmak, pencereden bakmak, şaka yapmak ya da analiste kişisel yorumlarda bulunmak gibi) deneyebilir. Hastalar geç gelebilir veya randevuyu tümden "unutabilir". Freud, serbest çağrışımın önündeki bu tür engellere büyük önem vermiş ve direnç olarak adlandırdığı bu olgu bastırma kavramının geliştirilmesini sağlamıştır. Freud'a göre, serbest çağrışımı bozan şeyler, duyarlı alanlar üzerindeki bilinçdışı bir kontrole dek izlenebilir. İşte psikanalitik psikoterapistin de deşmeyi istediği alanlar bu alanlardır. Bazı özellikleriyle, bu dirençler analiste hasta hakkındaki en kritik bilgileri sunar.

ODAK 17.1 META-ANALİZ VE PSİKOTERAPİNİN ETKİLERİ

Psikoterapi araştırması alanındaki son yıllarda oldukça dikkat çeken bir gelişme de meta-analizdir. Smith, Glass ve Miller (1980) tarafından tasarlanan meta-analiz:

çok sayıda farklı çalışmanın standardize edilmiş sonuçlarının ortalamasını bulmanın niceliksel bir yöntemidir. Analiz birimi etki büyüklüğü (effect size) ES'dir. Terapinin etki büyüklüğünün niceliksel göstergesine (indeksine), tedavi grubunun ortalamasından kontrol grubunun ortalamasının çıkarılmasıyla elde edilen farkın, kontrol grubunun standart sapmasına bölünmesiyle ulaşılır. Etki büyüklüğü (ES) ne kadar genişse, terapinin etkisi o kadar büyüktür.

Karşılaştırmanın temeli terapi B'ye karşı terapi A olmak zorunda değildir; daha çok, terapinin uygulandığı ortam ve hasta türü gibi boyutlar karşılaştırılabilir. Başka bir deyişle, bağımsız değişken müdahale sonucu üzerinde etkili olduğu kabul edilen herhangi bir etken olabilir. Meta-analizin büyük avantajı, farklı zamanlarda farklı araştırmacılar tarafından çeşitli ortamlarda yapılan çalışmalar arasında ortak bir ölçüm sağlamasıdır.

Orijinal ve sık atıf alan raporlarında, Smith ve arkadaşları (1980) 1700 etki büyüklüğü ve 25.000 den fazla hasta içeren 475 psikoterapi sonuç araştırmasının meta-analizini yapmışlar, bazı tartışmalar yaratan ve dikkat çeken iki sonuca ulaşmışlardır. İlk olarak, terapilerin geniş bir menzilinin, tedavinin olmadığı durumlardan daha geniş etki büyüklükleri ürettiği kararına varmışlardır. Özellikle, tedavi görmüş hastaların, tedavi görmeyenlerin yaklaşık yüzde 80'inden daha iyi durumda olduğu bulunmuştur. Diğer yazarlar tarafından yapılan sonraki meta-analizler, bu ilk bulguları doğrulamıştır (Lambert ve Bergin, 1994). İkinci olarak Smith ve arkadaşları çeşitli müdahale modelleri içinde bu etki büyüklüklerinin bir diğerinden farklılaşmadığını öne sürdüler.

Psikoterapi araştırmaları literatürü, çalışmaların puanlarını derecelendirmeye yönelik çabalarda ve karşılaştırılan terapi türlerinin değerine göre karşılaştırmalı ifadeler kurma görevi için bir doğruluk ve düzen getirmek üzere meta-analizin kullanıldığına dair atıflarla doludur. Aslında, alanda standart olarak kabul edilen Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (Garfield ve Bergin, 1994) adlı kitap fazlasıyla, meta-analizi kullanan literatür incelemelerine dayanır. Psikoterapide eklektisizme yönelik giderek aratan bir eğilimin parçası olarak, eleştirmenler değerlendirme ve karşılaştırma aracı olarak meta-analize giderek artan bir şekilde güvenmişlerdir. Bu ruhla, Lambert ve arkadaşları (1986) psikoterapi hakkında genel olarak, yani kuramsal yönelimler arasındaki farklılıklar açıkça göz önünde bulundurulmadan, birkaç çıkarım yaptılar. Bu taktiğin elmayla armudu karşılaştırma riskine yol açmasına rağmen, onların çıkarımları bu alandaki geniş ölçekli araştırmamız için yine de yararlıdır.

1. Lambert ve ark., (1986) hem diğerlerinin hem de Smith ve ark.'nın (1980) bulgularının ötesine geçtiler ve pek çok psikoterapötik müdahalenin çok bilinen birkaç plasebo kontrol grubundan daha etkili olduğunu buldular. Psikoterapistlerin "plasebologlardan" daha fazla olduğu sonucuna vardılar (s. 163). Aynı şekilde, Lambert ve arkadaşlarının, plasebo etkenleri yani içtenlik, güven ve cesaretlendirme yerine "ortak faktörler" dedikleri şey, geniş bir duygudurum ve kaygı bozuklukları yelpazesinde anlamlı ve hatta devam eden iyileşmeyi kendileri gerçekleştirebilir.

2. Psikoterapinin olumlu etkilerinin, sonlanmayı takip eden aylarda devam etme eğiliminde olduğunu buldular, Lambert ve ark., (1986) bu iyimser çıkarımı Nicholson ve Berman (1983) tarafından yapılan altmış yedi sonuç çalışmasının (genellikle doğasında davranışçı olan ve psikotik, beyin hasarlı, antisosyal kişilik ya da madde bağımlılığı bozukluğu olarak tanı koyduklarının dışında kalan hastalarla yapılan) bir meta-analizine dayandırmışlardır. Tedavi sonrası durum, izleme durumuyla yüksek korelasyondaydı ve genellikle izlemedeki grup farklılıkları, terapinin sonlandırılmasının hemen ardındakilerle benzerdi. Bu bulgu, danışan ve (düzenli seanslarla gelmeyi kestiklerinde hastaların durumlarının iyi olmaya devam edeceğini uman) terapistin kendisi için açıkça önemlidir. Ayrıca, çoğu kez meslektaşlarını, verilen bir tedavinin etkilerinin kalıcı olduğuna iknâ etmek için masraflı ve güç izleme ölçümlerine girişmek zorunda kalan psikoterapi araştırmacıları için de önemlidir. Yine de, Lambert ve ark., (1986) örneğin yinelendiği bilinen depresyon gibi bazı bozuklukların belki de diğerlerinden daha fazla takip edilmesi gerektiğini bize hatırlatır.

3. Belirli bir tedavi koşulundaki katılımcılar arasında önemli bir değişkenlik vardır. Tedavi grubu X'in ortalama olarak anlamlı bir gelişme gösterebilmesine rağmen, bu grupta sıklıkla daha kötüye giden

RÜYALARIN ANALİZİ

Serbest çağrışım gibi rüya analizi de terapistin hastayı hatırlama ve daha sonra kendi rüyalarının analizini yapma konusunda hastayı yönlendirdiği bir alandır. Freud uyku sırasında ego savunmalarının zayıfladığını, bunun formlarda öne çıkmasına izin verdiğini varsaymaktadır. Hastanın ilgileri, rüya materyalinin gerçek öneminden bilinçli egoyu korumaya yardımcı olmak için, sıklıkla semboller biçiminde ifade edilir (gizli içerik). Rüyaların görünen / açık içeriği, yani, o anda açıkça görülenler, gerçek anlamın bastırılması ile bilinçdışı materyalin tümüyle dı-

hastalar vardır. Bu kötüye gitme etkisi (deterioration effect), Odak 19.1'de daha ayrıntılı olarak tartışılmaktadır.

4. Sonraki bölümde gözden geçirilen bilişsel ve davranışçı müdahaleler ile içgörü terapilerini karşılaştıran son meta-analitik çalışmalar, bilişsel davranışçı müdahaleler yönünde düşük ama tutarlı bir üstünlüğü gösterir; ancak, içgörü terapisi taraftarlarının davranışçı ve bilişsel terapilerin orta şiddetteki bozukluklara odaklandıklarına dair eleştirileri vardır.*

Bununla birlikte, meta-analiz aşağıdaki nedenlerden dolayı bir grup psikoterapi araştırmacısı tarafından eleştirilmiştir:

1. Davranışçı araştırmacılar Wilson ve Rachman (Flachman ve Wilson, 1980; Wilson ve Rachman, 1983), birçok davranışçı terapi çalışmasının, özellikle tek denekli desenler (single-subject design) kullanılanların, Smith ve arkadaşlarının gözden geçirmesinde dışarıda bırakıldığına işaret ederler. Bu çalışmaların dışarıda bırakılmasının davranışçı terapinin durumunu zayıflattığını iddia ederler.

2. Daha genel bir sorun, meta-analize dâhil edilen çalışmaların kalite kontrolüdür. Terapi çalışmaları, belli araştırmacılar tarafından yargılandığı gibi, iç ve dış geçerlikleri açısından fark gösterir. Tüm çalışmalara eşit ağırlık vererek, Smith ve arkadaşlarının meta-analizleri kötü kontrol edilen sonuç çalışmasının iyi kontrol edilen kadar dikkate alındığı bir durum yaratır. Smith ve arkadaşları kötü ile iyi çalışmaların etki büyüklüklerini karşılaştırarak bu soruna işaret etmeye çalıştıklarında ve fark bulamadıklarında, iyi çalışmaları iyi olmayandan ayırmada kullandıkları ölçütler nedeniyle de eleştirildiler (Rachman ve Wilson, 1980). O'Leary ve Wilson (1987) diğer eleştirileri de dikkate aldılar ve esas sorunun, birisinin psikoterapi araştırmasındaki iyi ve kötü niteliğe yönelik bir yargıda bulunmak zorunda olduğu ve diğerlerinin bu yargıda kusur bulabildiği sonucuna vardılar.

Bu, terapi sonuç araştırmasının gözden geçirildiği yıllar boyunca varolan çözümsüz bir sorun gibi görünür. Bilim adamının seçeneği olmadığı ama bir araştırma parçasının geçerliği hakkında yargıda bulunması ve onu görmezden gelip gelmeyeceğine karar vermesi gereken zamanlar vardır. Belki de Mintz (1983), bu alanda meta-analize doğru yönelmenin, bizleri en azından araştırmada geçen yargıya özgü öznelliğe duyarlı hale getirmiş olduğunu ve belirli bir sonuç çalışmasının bulgularını kabul etmek ya da reddetmek için kullanılan ölçütleri daha açık hale getirmeye de yüreklendirmiş olduğunu söylerken haklıydı. Ayrıca, meta-analiz yayımlanmış bir araştırmadaki eksiklikleri ortaya çıkarmıştı, örneğin ortalamaların, standart sapmaların yetersiz bildirilmesi ve deneklerin atandıkları tedavi koşulunun farkında olan kişiler tarafından sonuç verilerinin toplanması (Shapiro ve Shapiro, 1983). Meta-analizin uzun vadede yararlı bir etkisi, araştırma uygulamalarında bir gelişme ve yayım standartlarına yönelik bir seçicilik olabilir (Kazdin,1986).

3. Sonuç çalışmalarının ezici çoğunluğu birden fazla bağımlı ölçüm kullanır. Smith ve ark., (1980) orijinal çalışmalarında, her araştırmadaki her ölçüm için ayrı ayrı etki büyüklüklerini hesapladılar; bu, daha fazla sayıda sonuç ölçümleri olan çalışmalara daha fazla ağırlık verilmesine yol açtı. Bu haksızlığı (örn., Landman ve Daves, 1980; Prioleau, Murdock ve Brady, 1983) düzeltmek için çabalar, her bir çalışma için tahmin edilen tek bir etki büyüklüğünü (single effect size) bulmak için ayrı ölçümlerin birleştirilmesini kapsadı. İlk bakışta, bu iyi ve adil bir çözüm gibi görünür ama O'Leary ve Wilson'un (1987) işaret ettikleri gibi, farklı ölçümlerin sağlayabildiği farklı bilgiyi belirsizleştirir ve ayrıca farklı ölçümlerin belirli bir müdahaleden farklı düzeylerde değişebileceği gerçeğini gözden kaçırır. Örneğin, hızlı kilo verdirme programlarının çabuk kilo kaybına ya da depresyondaki bir artışa yol açabileceğine işaret ederler (Stunkard ve Rush, 1974). İstatiksel olarak bu iki ölçüm tek bir ölçümde birleştirilirse, anlamlı bir etkiye yönelik bir bulgu ortaya çıkmaz, dolayısıyla klinik olarak önemli bir sonuç gözden kaçar.

4. İçgörü oryantasyonlu terapiler, pek çok terapi sonuç araştırmasının bilişsel ve davranışçı terapistler tarafından yapılmış olduğu için, kendilerine karşı bir önyargı olduğunu iddia ederler (Lambert ve ark., 1986). Bu iddia can sıkıcıdır, çünkü Smith ve ark. (1980), araştırmacının eski bir bağlılığı olduğu bu tekniklere yönelik daha büyük etki büyüklüğü bulmuşlardır. Devam eden bir meydan okuma da, başkalarının meta-analiz değerlerini yargılamada araştırmacının kendi paradigmasının kaçınılmaz gibi görünen rolüdür. Biz şimdiye kadar bilimin bu yönünü defalarca göstermiştik.

**Beklenildiği gibi, önyargılı suçlamalar, çeşitli yaklaşımların taraftarları arasında gidip gelir. Verilerin tarafsız ve paradigmadan bağımsız yorumlarını terapi araştırmalarından elde etmek, psikopatolojidekinden daha kolay değildir.*

şavurumu arasında bir anlaşma olarak ele alınabilir. Uzun bir ağacın kesilmesi (görünen içerik) kişinin babasına karşı duyduğu öfkeyi (gizli içerik) simgeleştirmekte olabilir. Dolayısıyla, rüyaların içeriği bilinçdışı savunma düzenekleriyle çarpıtılmıştır. Bu bilinç dışı savunmalar uykuda dahi tümüyle ortadan silinmezler ve egoyu bastırılmış dürtülerden koruma mücadelelerini sürdürürler.

YORUM VE İNKÂR

Terapide bilinçdışı materyal ortaya çıktıkça, **yorum** da sahneye çıkar. Bu teknik kişinin so-

nunda daha önce bastırılmış olan ve duygusal olarak yüklü çatışmayla yüzleşmesine yardımcı olur. Analist doğru zamanda hastanın savunmalarına ve rüyalarının, duygularının, düşüncelerinin ve eylemlerinin altta yatan anlamlarına işaret eder. Analist yorumlarını çok erken yapmama konusunda dikkatli olmalıdır, aksi halde hasta bunu tümüyle reddedip tedaviyi terk eder. Analistin yorumlarının etkili olabilmesi için, hastanın tamamlamaya çok yakın olduğu içgörüyü yansıtması gerekir ki, hasta bu içgörüleri analistten geliyormuş gibi değil de, kendi içgörüleri olarak ele alabilsin. Hastanın kendisine atfettiği bir yorumun çok daha kolay kabul edilebileceği ve dolayısıyla, daha fazla terapötik etkisi olacağı düşünülür.

Yorum, analistin savunma mekanizmalarının sürekli kullanılması karşısındaki en temel silahıdır. Analist hastanın belirli bazı sözelleştirmelerinin bastırılmış bilinçdışı materyalle nasıl ilişkili olduğuna işaret edebilir ya da rüyaların görünen içeriğinin gerçekte ne anlama geldiğini önerebilir. Eğer yorumun zamanlaması uygun ise, hasta bastırılmış dürtüsünü güncel gerçekliğin ışığında incelemeye başlayacaktır; diğer bir deyişle, hasta artık, dürtülerinin farkına varmaktan korkmamayı kavrayacaktır.

Wolitzky (1995) en iyi yorumun hastanın geçmiş ve şimdiki davranışları arasındaki benzeşmeleri açığa çıkartan yorum olduğunu belirtmektedir. Örneğin, terapist şunu diyebilir: "Şimdi bana yaptığınız (ben farklı bir davranış yolu önerirken beni dinlememeniz) annenize yaptığınıza benziyor olabilir. Ve bunun aynı zamanda, eşinizin bazen sizden dolayı nasıl kırıldığıyla da ilişkisi olabilir" bu yorumun amacı hastanın başkalarıyla ilişkilerinde yineleyici ve sorun doğurucu örüntüleri fark etmesini sağlamaktır.

Analistin yorumları, aynı zamanda, hastanın serbest çağrışımlarını bozan dirençlerinin anlamlarını ortaya çıkarmaya da yardımcı olabilir. Analist, örneğin, hastanın belirli bir konudan kaçma eğilimine işaret edebilir. Hastalar sıklıkla bu tür yorumları reddederler. Bu **inkâr** bazen analistin yorumunun yanlış olduğunun değil, doğru olduğunun işaretidir. Rahatsız eden çatışmalarla ve bunların yeniden yeniden yüzleştirilmeleriyle giden ağır çalışma süreci içinde, hasta giderek analistin yorumlarının geçerliliğiyle, genellikle, yoğun bir duygu içinde yüzleşir. Analist tarafından düzenlenen kabul gördüğü ve yargılanmadığı ortamda kendini güvende hisseden hasta giderek daha çok bastırılmış materyali ortaya çıkaracaktır.

Hastanın bir yorumu inkâr ettiği durumların, bu yorumun doğru olduğunu gösterip göstermediğine karar vermek psikanalizin en zorlu problemlerinden biridir. Bu aynı zamanda gerçekten yıldırıcı bir epistemolojik[2] sorundur. Bir 'hayır'ın gerçekte bir 'evet' olduğuna ne zaman karar verilebilir? Ancak analist diğer tüm klinisyenler gibi, yargılarını boşlukta oluşturmamaktadır. Analist bir problem alanının diğer bir alanla nasıl ilişkili olduğuna dikkat ederek, hasta hakkında zaman içinde hipotezler formüle eder. Analist yavaş yavaş ortaya çıkan bir resimde ipuçları arar ve hastanın her ifadesi, her jesti bu şema çerçevesinden değerlendirilir. Bir hastanın 'hayır'ı, analist tarafından oluşturulan diğer düşünceler bağlamında 'evet' olarak değerlendirilir. Analist bu yargıyı, kısmen, hastanın bir yorumu ne kadar şiddetle inkar ettiğine dayandırır. Genellikle inkâr aşırı / keskin bir tutumla yapıldığında savunmacı olarak ele alınır. Shakespeare'in Hamlet'inde Kraliçe Gertrude'ün sözü gibi "öylesine protesto etti ki, beni düşündürdü" (perde III, sahne 2).

AKTARIM

Psikanalitik terapinin çekirdeği **aktarım nevrozu**dur (transference neurosis). Freud bazen hastaların kendisine duygu yüklü ve gerçekdışı bir biçimde davrandığına dikkat etti. Örneğin, Freud'dan çok daha yaşlı bir hasta bir terapi seansında çocuksu davranabilmektedir. Bu tepkiler genellikle, olumlu ve sevgi dolu iken, bazen oldukça olumsuz ve düşmanca olabilir. Bu duygular sürmekte olan terapi ilişkisinin niteliğine uymadığı için, Freud bunları hastanın çocukluğundaki önemli kişilere, çoğunlukla ebeveynlerine yönelik tutumlarının analiste aktarılmış kalıntıları olarak ele alınmıştır. Başka bir deyişle, Freud, hastaların ona, sanki kendi geçmişlerindeki önemli bir kişiymişçesine davrandığını hissetmiştir. Freud psikanalizin kaçınılmaz bir özelliği olarak gördüğü tutumların bu aktarımını, hastalara birçok endişe ve korkularının çocukluktaki kökenlerini açıklamanın bir aracı olarak kullanmıştır. Bu açıklama ve ortaya serme, aynı zamanda, bastırmaların kaldırılmasına yardımcı

[2] *Yunancadaki "epistanai" teriminden gelen epistemoloji "bilme" ya da "anlama" anlamındadır ve bir şeyi bildiğimize nasıl karar verdiğimizle ilgili felsefenin bir koludur. Bölüm 1 de tartıştığımız gibi, herhangi bir bilimsel paradigma kendiliğinden kısmen bir epistemolojidir; bir bilgiyi kazandığımızı söyleyebileceğimizi belirleyen kuralların ve standartların bir bütünüdür.*

olur ve gömülmüş dürtülerle yüzleşmeyi sağlar. Psikanalizde aktarım tam iyileşme için temel kabul edilir. Analistler aktarımın bastırılmış önemli çocukluk çağı çatışmalarının yüzeye yaklaştığı noktada geliştiğini ümit ederler.

Analistler kasıtlı olarak gölgede kalıp aktarımın gelişimini, cesaretlendirirler; hasta serbest çağrışım yaparken, genellikle, hastanın arkasında otururak bastırılmış çatışmalardaki önemli kişilerin yansıtabileceği göreceli boş bir perde konumundadırlar. Kendi kişisel yaşamlarını ya da seans sırasındaki duygularını açığa vurmamaya çok özen gösterirler (insancıl ve varoluşçu terapilerin tamamen tersine). Şefkatli bir tutum göstermeye çalışırlar ki bu hastaya ebeveynlerine gerçek ya da hayali atıflarını hatırlatabilir. Terapi ortamı çocukluk ortamından çok farklı olduğu için, analist hastalara endişe ve korkularının mantık dışı (irrasyonel) doğasını kolaylıkla gösterebilir (Bkz., Odak 17.2).

KARŞI AKTARIM

Aktarımla ilgili bir olgu da, **karşı aktarım** (countertransference), yani analistin hastaya karşı duygularıdır. Bir psikanaliz yazarı, karşı aktarımı "çarpık empati" diye tanımlar (Wolinsky, 1995, s. 36). Analist kendi duygusal kırıklıklarının hastayla ilişkisini etkilemesine izin vermeme konusunda dikkatli olmalıdır. Analist kendi ihtiyaç ve korkularının ne olduğunu bilmelidir, hastayı berraklıkla görebilmesi için kendi güdülenmelerinin yeterince farkında olmalıdır. Bu sorun depresyonu olan hastaların terapilerinin tartışıldığı aşağıdaki alıntıyla örneklenebilir. Burada karşı aktarım terapist için sürekli bir zorluk yaratmaktadır:

> Depresyonlu hastalar, terapiye ümitsizlik ve karamsarlıklarını getirirler ve terapist de bundan etkilenebilir. Depresyon çok yavaş düzelirse ya da hiç düzelmezse terapist suçlu, kızgın ve / veya çaresiz hissedebilir. Bir gün içinde birkaç depresyonlu hasta gördükten sonra, terapist oldukça çökmüş hissedebilir ve giderek ileride benzer hastalarla çalışmak istemeyebilir. Özellikle, intihar eğilimli hastalar çok güç karşı aktarım ortaya çıkarırlar...
>
> Bu tür zorluklara karşı bir cankurtaran, bu duyguların ve bunlarla kişisel dinamikler arasındaki ilişkilerin farkında olmaktır. Izdırap çeken bir hasta terapistin iyileştirme ve beğeni kazanma fantezisini harekete geçirebilir ya da bu ızdırabın varlığına yönelik öfke ortaya çıkabilir. Bu reaksiyonların açıkça farkında olmak şiddetli depresyonu olan hastalarda terapi yürütebilmek için terapistin sabırlı olmasını ve küçük kazanımlarla yetinmesini sağlamasına yardımcı olacaktır. Aynı zamanda terapist rolünün sınırını aşıp açıkça zayıf olan bir hastanın tüm işini üstlenmekten kaçınmalıdır (Jacobson & McKinney, 1982, s. 215).

Karşı aktarım sorunları nedeniyle, eğitim görenin deneyimli bir terapist tarafından psikanalizden geçtiği eğitim analizi veya Lehranaliz, analiz eğitiminin şekli bir parçasıdır. Birçok farklı kuramsal yaklaşım terapistlerin kendilerinin de terapi görmelerini yararlı bulur, ancak analiz eğitimi verilen enstitülerde terapi bir zorunluluktur. Analistlerin karşı aktarımlarının yoğunluğunu ve sıklığını en aza indirmeleri temeldir.

MESAFE (DETACHMENT)

Analist hastanın günlük problemlerle başa çıkması konusunda etkin olarak yardımcı olmamalıdır. Örneğin, sorunlu bir durumda nasıl davranması gerektiğini önermek gibi her türlü müdahaleden kaçınır, çünkü kısa dönemli rahatlama hastanın bastırılmış çatışmalarını açığa çıkartma çabalarını azaltabilir. Freud bu noktayı 1918'de vurgulamıştır, analist hastanın hayatını, onu bilinçdışını deşmeye güdülenmeyecek derecede rahatlatmamalıdır, der ve analitik olmayan terapistleri bu ilkeye uymamakla eleştirir.

> Onların tek amacı her şeyi hasta için olabileceği kadar hoş yapmaktır, böylece hasta iyi ve memnun hissedecek, hayatın güçlüklerinden kaçabilecektir. Böyle yaparak onun yaşamla yüzleşmesi ve yaşamdaki gerçek hedeflerine ulaşmak için daha çok güç kazanması yönünde hiçbir çaba sarf etmemiş olur. Analitik tedavide, bu türden zarar verici tutumlardan kaçınılmalıdır. Hekimle ilişkileri söz konusu olduğunda, hasta doyurulmamış arzularıyla baş başa bırakılmalıdır. Hastanın en acil ve yoğun olarak doyurulmasını istediği arzuları özellikle doyurulmamalıdır (1955, s. 164)[3].

Analistin koyduğu mesafe sıklıkla, hem analitik kurama, hem de bunu uygulayan insanlara haksızlık edilerek yanlış yorumlanmıştır. Bir insan acı ve ihtiyaç içinde olduğunda, ilk dürtü, ızdırap çekeni birisinin kollarına alması ve ona her şeyin iyi olacağı, ona yardım edileceği güvencesi vererek rahatlatmasıdır. Ancak, analistin bakış açısı farklıdır; bir hasta terapiye geldiğinde muhtemelen, başkaları ona teselli sunmaya çalışmış ve eğer destek ve sempati yardımcı olacak olsaydı, olmuş olurdu. Öyle ki, analist, somut öneriler ve destek ifadeleri göstermemek için çok çalışmalıdır. Yönlendirici bir tutum aktarımı önler, çünkü, eğer terapist görüş bildirir, karşı çıkar, öğüt verir, yönlendirme yaparsa boş bir perde olamaz. Analist hastayla arasında bir

---

[3]Bununla beraber Freud'un bu cümlede önerdiğinden çok aktif ve yönlendirici olmaya ilişkin bildirimlerini anımsayın. Belli ki gerçek davranışları kuramından sapan tek kişi Freud değildir.

ODAK 17.2

PSİKOANALİTİK BİR SEANSTAN BİR PASAJ–BİR AKTARIM ÖRNEĞİ

Hasta *(elli yaşında, erkek, yönetici) Bugün gerçekten konuşmak istemiyorum.*

Analist *(birkaç dakika sessiz kaldıktan sonra) Belki de neden konuşmak istemediğiniz hakkında konuşmak istersiniz.*

Hasta *İşte yine yapıyorsunuz, beni zorluyorsunuz, kendimi yapacak kadar güçlü hissetmediğim bir şeyi yapmam için ısrar ediyorsunuz (Ara) Burada istemesem de her zaman konuşmak zorunda mıyım? (kızgın ve hırçın bir sesle) Sadece beni rahat bırakamaz mısınız? Ne hissettiğimi gerçekten umursamıyorsunuz, öyle değil mi?*

Analist *Neden umursamadığımı düşündüğünüzü merak ediyorum.*

Bu pasaj bağlam içinde ele alınmalıdır. Depresyon ve kaygıdan şikayet eden hasta yaklaşık bir yıl boyunca terapi görmüştür. Ailesi ve iş arkadaşlarının gözünde fazlasıyla başarılı olmasına rağmen, kendisini güçsüz ve yetersiz hissetmekteydi. Birçok rüya analizi ve serbest çağrışım seansları boyunca analist hastanın başarısızlık hislerinin, aşırı cezalandırıcı ve eleştirici babasıyla ilgili çocukluk deneyimlerinden kaynaklandığından şüphelenmeye başlamıştı. Oğlunun çabalarından hiçbir şekilde tatmin olmuyor görünen baba, danışandan daha başarılı bir adamdı. Burada aktarılan diyalog daha sonra analist tarafından, babasının üzerindeki baskısına yönelik hastanın bir içerleme ifadesi olarak yorumlandı, bu nedenle bu diyalog analistin kendisiyle çok az ilgiliydi. Hastanın, analistin, konuşmak istememesine yönelik hisleri hakkında konuşmasına dair nazik önerisine karşı aşırı tepkisi kadar, hırçın ses tonu da onun analiste değil, kendi babasına kızgın olduğunu göstermişti. Terapist böyle hislerin ifadesini, yani hastanın hislerini babasından analiste aktarımını, anlamlı buldu ve izleyen seanslarda hastaya babasına yönelik öfkesini ifade etmekle ilgili çocukluk korkularını yeniden değerlendirmesinde yardım etmek için bu sonuçtan yararlandı.

mesafe koyarken, yardım etme eğilimindedir. Bu strateji analitik kuramla uyumludur ve birçok katı yaklaşımlı (ortodoks) psikanalist tarafından sadakatle uygulanır.

PSİKOANALİZ VE DAVRANIŞ TERAPİSİ

Klasik psikanaliz bilişsel ve davranışçı terapilerin tam zıttıdır. Bu terapilerin uygulayıcıları, analistlerin bilinçdışında gömülü olduklarını düşündükleri etkenlerle ilgilenmezler; tam da analistlerin görmezden geldikleri alanlara, yani, hastalara somut günlük yaşam durumları içindeki davranışlarını ve duygularını değiştirme konusunda yardıma odaklanmıştır. Analistin, büyük oranda ego analistinin destekleyici psikoterapi diye adlandırdığı şeyi, bilişsel davranışçı terapistler, terapinin özü olarak ele alır. Aynı çerçevede, davranış terapistinin gereksiz ve hatta danışan için zararlı diye nitelendirdiği şey (bastırılmış geçmişi deşmek ve 'şimdi-burada'ya ilişkin özgül tavsiyelerde bulunma) ise, analist tarafından tüm psikoterapötik tedavinin temeli olarak kabul edilir.

ÇAĞDAŞ ANALİTİK TEDAVİLER

Çağdaş analitik terapiler ego analizi, kısa dinamik psikoterapi ve kişilerarası psikodinamik terapiyi kapsar.

EGO ANALİZİ

Freud'un ölümünden sonra, ego analistleri diye anılan bir grup, psikanalitik kuramda önemli değişimler yaptılar. Onların yaklaşımı bazen psikanalitik yerine psikodinamik diye adlandırılır. Bu çok katı olmayan hareketin önde gelen kişileri Karen Horney (1942), Anna Freud (1946), Erik Erikson (1950), David Rapaport (1951) ve Heinz Hartmann'dır (1958). Freud, organizma ile çevre arasındaki etkileşimleri reddetmediyse de, onun görüşü temel olarak bir itki modeliydi; insanlar intrapsişik güdülerle hareket eder. **Ego analizi**nin savunucuları ise, kişinin çevreyi kontrol becerisine ve belirli içgüdüsel dürtülerin doyurulması için araçların ve zamanın seçimine daha çok önem verirler. Temel görüşleri, bireyin id olduğu kadar ego da olduğu biçimindedir. Ayrıca, bireyin davranışının tarihsel nedenlerine yönelik derin araştırmaları bazen savundukları olsa da, güncel yaşam koşullarına, Freud'dan daha çok odaklanmışlardır.

Ego analistleri için önemli olan, bir dizi ego işlevidir: temel olarak bilinçli olan, hem id içgüdülerini hem de dış çevreyi kontrol etme yetisi olan ve belirgin biçimde enerjileri için ide bağlı olmayan bir dizi ego işlevi. Ego analistleri bu işlev ve yetilerin doğuştan var olduğunu ve yaşantı ile geliştiğini varsayarlar. Freud tarafından çok vurgulanmayan ego işlevlerinin genellikle id dürtülerinin azaltılmasından ayrık, kendi ener-

jileri ve doyumları vardır. Freud'a göre, toplum libidinal dürtülerin doyumu önünde olumsuz bir ketleyici iken, ego analistleri bireyin toplumsal etkileşimlerinin kendine özel bir doyum sunabildiğini savunmaktadır.

KISA PSİKODİNAMİK TERAPİ

Meslekten olmayan kişiler hastaların psikodinamik psikoterapilerde aylar, hatta yıllar geçirdiklerini düşünseler de, bu terapilerin çoğu on seanstan az sürmektedir (Garfield, 1978). Gerçekten de, Freud psikanalizi görece kısa süreli tasarlamıştır. Analistin özgül problemlere odaklanması gerektiğini, terapinin belirli seansı aşmaması gerektiğini hastaya açıklayacağını ve seansları yönlendirici bir tutumla yapılandıracağını düşünüyordu. Freud, kendisinden sonra gelişen biçimine göre daha etkin bir psikanaliz öngörmüştü. Kısa süreli psikoterapinin öncüleri Ferenczi (1920) ve Alexander ve French (1946)'dir. Kısa süreli psikoterapiler için birçok neden arasında, günümüzde, insanların çoğunun bugünün gerçeklikleriyle başa çıkmak için en iyi yolun geçmişin heyecanla araştırılması (klasik analitik tedavinin özü) olduğunu düşünenlerin daha az olmasını sayabiliriz. Tersine, birçok hasta terapinin kısa süreli olmasını ve özgül günlük yaşam problemlerini hedeflemesini istemektedir. Bu beklentiler daha kısa süreli dinamik terapi biçimlerinin tasarlanışına katkıda bulunmuştur.

Sigorta şirketlerinin de hem tedavi süresinin kısaltılmasına hem de analitik yönelimli çalışan terapistlerin kuramlarını **kısa terapi** olarak anılan süresi kısıtlı psikoterapilere uygulamalarında etkisi oldu. Bu sigorta şirketleri yıl içinde sınırlı sayıdan fazla psikoterapi seansının (örneğin, 25 seans) bedelini verme konusunda giderek isteksiz oldular ve ödeme miktarlarını da sınırladılar. Ayrıca, 1960'lardan sonra gelişen bilişsel davranışçı terapiler somut problemlere odaklandılar ve uzun süreli terapilerden sakındılar.

Kısa psikodinamik terapilerin tarihinde önemli bir başka aşama da, psikolojik acil durumlarla karşılaşan ruh sağlığı çalışanlarının zorluklarıdır (Koss & Shiang, 1994). II. Dünya Savaşı sırasındaki acil olgular Grinker ve Spiegel'i (1944) bugün travma sonrası stres bozukluğu diye adlandırılan durumların klasik kısa süreli analitik tedavisine yönlendirdi. Benzer bir katkı Eric Lindemann'ın (1944) 1943'deki Cocoanut Grove gece klubü yangınından sonra kurtulanlarda yapılan kriz önleme çalışmalarıydı.

Tüm bu etkenler genel olarak psikoterapilerin kabul görüşüyle birleşince süresi sınırlı psikodinamik terapilere daha sağlam bir zemin oluşturdu. Kısa süreli terapilerin bazı ortak yönleri şunlardır (Koss & Shiang, 1994):

- Değerlendirme erken dönemde ve hızla yapılır.
- Terapinin sınırlı olduğu, düzelmenin sınırlı sayıda seans içinde, 6-25 arası beklendiği başlangıçta açıklanır.
- Hedefler somuttur ve hastanın en kötü belirtilerinin düzeltilmesine odaklanmıştır, hastanın yaşamında neler olduğunu anlamasına yardımcı olunur, gelecekte daha iyi başa çıkması kolaylaştırılır.
- Yorumlar duyguların tarihsel öneminden çok güncel yaşam koşullarına ve hastanın davranışlarına yöneliktir.
- Aktarım nevrozunun gelişimi yüreklendirilmez ancak terapiste yönelik bir miktar olumlu aktarım, terapistin öneri ve öğütlerini hastanın izlemesini sağlamak üzere desteklenir.
- Burada genel görüş, psikoterapinin iyileşme sağlamadığı ancak sorunlu insanların yaşamın kaçınılmaz stresleriyle daha iyi başa çıkmalarını öğrenmelerine yardımcı olduğudur.

KİŞİLERARASI PSİKODİNAMİK TERAPİ

Kısa psikodinamik terapinin bir türü olan Kişilerarası Terapi (IPT) hasta ve çevresi arasındaki etkileşime vurgu yapar. Bu yaklaşımın gelişmesinde öncü olan kişi ABD'li psikiyatr Hary Stack Sullivan'dır. Bazen yeni-Freudcu olarak da adlandırılan Sullivan, hastaların temel probleminin, hastanın çocukluk çağı ilişkilerinin (özellikle çocuk ve ebeveyn arası ilişkilerin) bozuk organizasyonundan kaynaklanan yanlış algılamaları olduğunu savunur.

Sullivan analistin terapi sürecindeki rolünün "katılımcı-gözlemci" olduğunu belirterek Freud'dan ayrılır. Terapistin aktarım nevrozu için beyaz perde olarak gördüğü klasik ve hatta ego analitik görüşün tersine, Sullivan terapistin bir bilimci olarak üzerinde çalışmakta olduğu sürecin kaçınılmaz bir parçası olduğunu tartışır. Analist hastaları görürken aynı zamanda onları etkilemektedir.

Aktarımın eleştirel bir değerlendirmesini yaparken Watchtel (1977) terapinin kişilerarası doğası üzerine daha büyük bir önem vermiştir. Terapistin gölgede kalarak aktarımın gelişimini

Cocoanut Grove gece kulübünde 1942 deki yangında 400'den çok kişi hayatını kaybetti. İzleyen krize müdahale çalışması kısa psikodinamik terapinin gelişiminde etkili olmuştur.

kolaylaştırdığı biçimindeki katı psikanalitik görüşe karşı çıkarak, Wachtel, böylesi bir terapist tutumunun kendi yaptıkları ya da söyledikleri konusunda terapistin nasıl hissettiğine dair ipuçları arayan danışanı rahatsız ettiğini öne sürer. Aktarım nevrozunun parçası olduğu kabul edilen bazı çocuksu tutumların engellenmiş bir erişkinin normal tepkileri olduğunu belirtir. Sorunlu kişi olan danışan, analisti giderek artan duygu dışavurumları karşısında uzak kalan bir profesyonel olarak görür, öyle ki, aktarım, danışanın kişiliğinin açıklığa kavuşması olmaktan çok, aslında, danışanın en az düzeydeki geri bildirim nedeniyle yaşadığı aşırı rahatsızlık olabilir. Üstelik analist danışanın davranışlarını muayene odasında öylesine kısıtlar ve ortamı öylesine sınırlandırır ki, bu durumda danışanın davranış, tutum ve duygularının ancak sınırlı bir bölümünü görebilir. Wachtel'in, psikanaliz ve davranışçı bakış açılarının karışımı olan bu düşünceleri, ileride, temel paradigmalar arası yaklaşımlara ilişkin gelişmelerin tartışıldığı sayfalarda daha ayrıntılı olarak ele alınacaktır.

Harry Stack Sullivan geleneksel psikanalitik aktarım kavramını değiştirmiştir ve bunun yerine terapistin katılımcı gözlemci olduğunu önermiştir.

Kısa psikodinamik terapilerin çağdaş bir örneği Klerman ve Weissmann'ın geliştirdikleri **Kişilerarası Terapi** (IPT; Interpersonal Therapy)'dir (Klerman ve ark., 1984). Bu terapi depresyonda etkili bir tedavi yöntemi olarak daha önce anlatılmıştı. Bölüm 18'de, IPT'nin, Beck'in bilişsel tedavisi ve imipraminin (Tofranil) (yaygın kullanılan bir antidepresif) karşılaştırıldığı önemli bir çalışmayı gözden geçireceğiz. IPT güncel kişilerarası sorunlara odaklanır ve başkalarıyla daha iyi ilişki kurmayı hastayla tartışarak, hatta doğrudan öğreterek işler. Klasik psikanalizde araştırılan büyük davranış değişiklikleri IPT'nin amacı değildir.

IPT hem psikodinamik hem de bilişsel davranışçı terapilerden stratejiler içerir. Temel odağı, çocukluk dönemi ve gelişimsel konulardan çok, şimdi-ve-burada sorunlarıdır (Weissman & Markowitz, 1994); bu yaklaşım klasik psikanalitik kuramın vurgusunun tam karşıtıdır. IPT bazı psikodinamik düşünceleri kapsasa da, özellikle geleneksel psikanaliz formlarından oldukça farklıdır. IPT, geleneksel psikanalizden özellikle, terapiste verdiği yüksüz beyaz perde yerine etkin hasta avukatlığı rolü ile ayrılır (Frank & Spainer, 1995; Weissman, 1995). Depresyona hakim olma. Hasta için terapi rehberi adlı kitaptan aşağıdaki bölüm IPT'yi betimlemektedir:

> IPT terapisti 1) rüyalarınızı yorumlamayacaktır; 2) tedaviyi sonsuza dek sürdürmeyecektir; 3) erken çocukluk dönemine dalmayacaktır; 4) sizi serbest çağrışıma yöneltmeyecektir; 5) terapist ya da tedaviye çok bağımlı hissettirmeyecektir (Weissman, 1995, s. 11-12).

IPT başlangıçta orta yaş dönemi depresyonlarının tedavisi için geliştirilmişse ve ilk etkinlik çalışmaları bu uygulamaya ilişkinse de, Klerman & Weissman (1993) IPT'yi daha yaşlı ve genç hastalar için, HIV hastaları için, yeme bozukluğu hastaları için, distimik bozukluğu ve iki uçlu (bipolar) bozukluğu olan hastalar için de savunurlar. Bu uygulamalara ilişkin etkinlik

çalışmaları da yayınlarda görülmeye başlamıştır. Ayrıca, IPT'nin bir de, iyileşmedeki (remisyon) hastalarda depresif evrelerin yinelemesini önleme amacı güden sürdürüm formları vardır (Frank ve ark., 1991).

KISA TERAPİ ÜZERİNE SON SÖZ

Kısa psikoterapilerin ne olduğu konusunda karışıklık olsa da, bu deyim hemen her zaman, burada betimlenen ego-analitik ve kişilerarası yaklaşımları ifade eder. Tanımlayıcı özelliği psikanalitik düşüncelerin ve uygulamaların kısa süreli kullanımı için uyarlanmasıdır. Ancak, bazen, bu deyim diğer paradigmalara dayanan terapiler için de kullanılmaktadır. Örneğin, Wolpe'nin duyarsızlaştırma ve ilişkili teknikleri; Ellis'in akılcı - duygusal terapisi, Beck'in bilişsel terapisi gibi. Bunların ortak özelliği, bu müdahalelerin de kısa süreli oluşlarıdır. Bu son sınıflandırma elektrokonvulsif tedavi, birçok ilaç tedavisi ve hatta psikocerrahi gibi iki düzine seanstan daha kısa süren tüm tedavileri kapsayacağı için, biz tartışmamızı kısa terapinin en elle tutulur tanımı olarak, psikanalizin kısa süreli uygulanması için bir biçimi olduğu düşüncesine oturttuk.

ANALİTİK TERAPİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Farklı psikanaliz biçimlerinin değerlendirilmesinde paradigma açısından farklılıklar vardır. Düzelmenin ölçütleri nedir? Bir temel ölçüt bastırmaların kaldırılması ve bilinç dışının bilinçli hale getirilmesidir. Fakat bu nasıl gösterilebilir? Sonucu değerlendirme girişimleri Rorschach gibi projektif testlere dayandırılmıştır ki, bu testler de bilinçdışı kavramına dayanır (Cook, Blatt & Ford, 1995). Ancak, bilinçdışı kavramının kendisini kabul etmeyenler için, projektif testlerin verileri inandırıcı olmamaktadır.

Merkezi kavramlardan biri olan içgörü de tartışılmaktadır. Bazı yazarlar (Örn., Bandura, 1969; London, 1964) içgörüyü, danışanın bazı önemli tarihsel bağlantıları ya da ilişkileri kavraması olarak görmekten çok, içgörünün gelişiminin bir sosyal dönüşüm süreci olarak daha iyi anlaşılabileceğini önerirler; bu süreçte, hasta, giderek terapistinin inanç sistemini benimser. Önde gelen psikanalitik düşünürlerden Marmor (1962) terapi okuluna bağlı olarak içgörünün değişik anlamlar taşıdığını belirtmektedir; hastalar terapistlerinin savundukları okula göre, o kuramın çerçevesinde içgörü geliştirirler. Freudcular odipal çatışmayla ilgili; Sullivancılar kişiler arası ilişkilerle ilgili gibi...

Eğer içgörü bir sosyal dönüşüm süreci ise, onun gerçekliği ile ilgilenmemize gerek var mı? Bu soruyla, bir sonraki bölümde işleyeceğimiz özellikle bilişsel davranışçı terapi konusunda tekrar karşılaşacağız. Danışanlarını farklı bakışlar kazandırmak için yüreklendiren terapistler içgörünün danışanın değişmesine yardımcı olacağına inanırlar; bu noktada içgörünün gerçek olup olmaması önemli değildir. İnsan yaşamının yoğun karmaşıklığı nedeniyle, bir olayın gerçekten olup olmadığını, olduysa şimdiki problemin nedeni olup olmadığını herhangi bir kesinlik derecesinde bilebilmek olanaksızdır.

Bu sorunun başka yanları da bulunmaktadır. Bölüm 20'de, terapide etik tartışmasında, psikoterapinin son çözümlemede, moral bir müdahale olduğu önerisini tartışıyoruz. Yani, terapistler, amaçlamasalar da, bazen, danışanlarına nasıl yaşamaları gerektiği konusunda mesaj iletirler. Terapistler laik bir papaz rolü üstlenirler (London, 1964; 1986). Bu çerçevede, belirli bir içgörünün kullanışlılığı bunların, danışanın belirli bir dizi gerekliliklere paralel bir yaşam sürmesine yardım edip etmediğine bağlıdır.

Analitik terapinin bazı önde gelen araştırmacılarının daha önce belirttiği gibi (Henry ve ark., 1994) klasik psikanaliz ve psikodinamik psikoterapiyi uygulamada ayırmak güçtür. Genellikle, klasik psikanalistlerin çoğunun, psikodinamik psikoterapi, özellikle kısa terapi uygulayanlara göre, oldukça edilgen bir biçimde davrandıkları kabul edilir. Ancak, Bölüm 2'de belirtildiği gibi, kendisini izleyen klasik analistlere göre, Freud daha yönlendirici ve oldukça daha az mesafeli görünmektedir. Meşhur Meninger Vakfının büyük bir psikoterapi projesinin raporunda, Tepeka-Kansas'taki bir psikanalitik araştırma ve klinik merkezinde, Wallerstein (1989) psikanaliz ve Freud'un düşüncesine dayanan ancak terapistin daha çok destekte ve yönlendirmede bulunduğu tedavi formları arasında açık ayrımları olduğu görüşünü küçümsemiştir: "gerçek uygulamadaki tedaviler dışavurumcu-yoruma dayalı ve destekleyici-stabilize edici unsurların iç içe geçtiği bir karışımdır; tüm tedaviler, hatta saf psikanaliz de dahil, sanıldığından daha çok destekleyici bileşen taşırlar" (s. 205).

Tüm bu uyarıları akılda tutarak, klasik psikanalitik, ego-analitik ve kişilerarası terapilerin etkinliğini araştırmak üzere yapılan çalışmaları gözden geçirelim.

KLASİK PSİKANALİZ ARAŞTIRMALARI

Bachrach ve ark.'nın (1991) belirttikleri gibi, uzun süreli psikanalitik tedaviler üzerine yalnızca dört tane sonuç araştırması bulunmaktadır. Bu çalışmaların her birinin yöntem sorunları vardır; en önemlisi de tedavi görmeyen kontrol grupları bulunmayışıdır. Bazıları (Wolitzky, 1995) araştırmaya kontrol grubu katmanın etik olmayacağını tartışmalarına rağmen, böylesi bir durumda, herhangi bir terapinin etkinliğini iddia etmek çok güç olacaktır. Eğer, hastalara hiçbir profesyonel yardım sunulmamış olsaydı, hastaların problemleri ne olacaktı? Yeterli bir araştırma desenine en çok yaklaşan çalışma olasılıkla, 1960'larda başlayan Meninger Vakfı Psikoterapi Araştırması'dır. Bu çalışmada, 22 hasta klasik psikanalizde, 20 hasta ise, kısa süreli psikodinamik terapide izlenmiştir. Her iki grupta da %60 hastada düzelme gelişmiş ve gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık saptanmamıştır (Wallerstein, 1986).

Klasik psikanaliz üzerine yapılan araştırmaların gözden geçirildiği daha önce yapılan bir çalışmada aşağıdaki genellemelere varılmıştır (Luborsky & Spence, 1978):

• Şiddetli psikopatolojisi olan hastalar (örn., şizofreni) kaygı bozukluğu olan hastalar kadar yararlanmamaktadır. Bu sonuç, Freud'un psikozlardan çok nevrozlara önem verdiği ve psikanalizin ağırlıklı olarak akıl (rasyonalite) ve sözel becerilere dayandığı hatırlanırsa anlaşılabilir bir sonuçtur.

• Hastanın eğitim düzeyi ne kadar yüksekse, analiz de sözel etkileşime ağırlık verilmesi nedeniyle o derecede daha iyi olacaktır;.

• Psikanaliz sonuçlarının yalnızca zamanın geçmesi ya da başka profesyonel yardım yolları (örn., aile hekimi) sayesinde sağlanacak değişimden daha iyi olup olmadığı konusunda tartışmalı bulgular vardır (Bergin, 1971). Bu psikanalizin hiç iyi gelmediği anlamına gelmemektedir, ancak bu yönde net kanıtlar henüz yoktur. Hastaların ve terapistlerin özelliklerinin, ayrıca hastaların problemlerinin şiddetlerinin çeşitliliği göz önüne alındığında, yukarıdaki soru, belki de öylesine karmaşıktır ki, tek ve bilimsel olarak kabul edilebilir bir yanıt verilmesi olanaksızdır.

EGO-ANALİTİK, KISA VE KİŞİLERARASI TERAPİLER ÜZERİNE ARAŞTIRMALAR

Önce sonuçlar üzerinde yapılan araştırmaları, sonra da, istenen sonuçlara ulaştırabileceği düşünülen süreçler üzerinde yürütülmüş araştırmalara değineceğiz.

SONUÇ ARAŞTIRMALARI Kısa dinamik psikoterapilerin sonuçları üzerine yapılan araştırmalar sürekli aynı verileri sunmasa da, genellikle olumlu görüş bildirmektedir. Koss ve Butcher (1986) kısa terapinin süresi sınırlı olmayan psikanalizden daha az etkin olmadığı sonucuna varmıştır; bu, belki de, hem hasta hem de terapistin, kişiliğin yeniden yapılanması gibi büyük bir hedeften çok, daha özgül ve aşılabilir amaçlar üzerinde daha yoğun çalışmasından kaynaklanmaktadır. İki diğer gözden geçirme, kısa terapilerin kendi kendine yardım grupları gibi psikoterapötik olmayan müdahalelere göre farksız olduğunu (Crits-Cristoph, 1992), ya da ılımlı düzeyde daha üstün olduğunu (Svartberg & Stiles, 1991) bildirmektedir. Gözden geçirme çalışmalarında Goldfried, Greenberg ve Marmar (1990) kısa dinamik terapinin stres ve matemin tedavisinde (Marmar & Horowitz, 1988); geç yaş depresyonunun tedavisinde (Thompson, Gallagher & Breckenridge, 1987); mizaç ve kişilik bozukluklarının tedavisinde (Marziali, 1984) etkili olduğu sonucuna varmışlardır. Diğer gözden geçirme çalışmaları, kısa psikodinamik terapinin işle ilgili streslerin ve travma sonrası stres bozukluğu (Horowitz, 1988) da dahil çeşitli kaygı bozukluklarının tedavisinde (Koss & Shiang, 1994) etkili olduğunu göstermiştir. Bir sonraki Bölümde ayrıntılarıyla tanımlanan NIMH Depresyon Tedavisi Araştırma Programı, kişilerarası psikoterapinin (IPT), Weissman, Klerman ve ark.'nın daha önceki araştırma sonuçlarını (DiMascio ve ark., 1979) destekleyerek, depresyonun tedavisinde etkili olduğunu bildiren ek kanıtlar sunmaktadır.

Diğer bir çalışma IPT'den elde edilen kazanımların depresyon tedavisinin son bulmasından üç yıl sonrasında ne derecede kalıcı olduğunu değerlendirmiştir (Frank ve ark., 1990). Bu çalışma etkinliğin değerlendirilmesinde gerekli tüm yöntemlerin uygulandığı, kontrollü tesadüfî bir çalışmadır. Sonuçlar IPT'nin uzun dönemde düzelme sağlama potansiyelini göstermiştir (Frank & Kupfer, 1994). Öyle ki, IPT psikoterapinin etkinliği alanında her zaman önemli bir konu olan alevlenmenin önlenmesi konusunda başarılı olabilmektedir.

İlginç bir sonuç araştırması bir yeme bozukluğu olan bulimiyanın tedavisinde IPT'yi bilişsel ve davranışçı terapilerle karşılaştırmıştır. IPT

bu bozukluğun tedavisinde, tedaviden hemen sonra diğer yöntemler kadar etkili (Fairburn ve ark., 1991); bir yıllık izlemde, bazı değerlendirme alanlarında ise daha etkili (Fairburn ve ark., 1993) bulunmuştur, ancak hastaların yalnızca üçte biri tedaviden elde ettikleri kazançları korumaktadır. IPT bu olumlu etkileri yeme davranışları ya da beden imgesi üzerinde hiç durmadığı halde sağlamıştır. Frank ve Spainer (1995) bu çalışmanın çeşitli psikolojik durumların gelişmesinde kişilerarası çatışmaların merkezi yerini gösterdiğini öne sürmektedir.

SÜREÇ ARAŞTIRMALARI Fairburn ve ark.'nın bulimia üzerindeki çalışmaları IPT'nin etkin bileşenlerinin neler olabileceği sorusunu gündeme getirmektedir. Frank ve Spainer (1995) konuyla ilgili hipotezleri şöyle özetlemektedir: IPT belki de terapötik etkisini, bağlılıkların niteliğini geliştirmekle, sosyal desteği kolaylaştırmakla, hastanın zorluklarla başa çıkma becerisini geliştirmekle göstermektedir. Ancak, süreç araştırmaları etki mekanizmalarını tümüyle aydınlatmalıdır. Bu bağlamda, Frank ve Spainer, önde gelen bir akademisyen psikiyatrist olan Daniel Freedman'la, IPT'nin etkin bileşenleri konusundaki bir değerlendirmelerini aktarmaktadır. Freedman, IPT'nin yaptığı şeyin ne olduğuyla değil, yapmadığı şeyin ne olduğuyla etkili olabileceğini önermiştir; özellikle, IPT bugüne ve geleceğe ait konulara odaklanarak, hastayı değiştirilemeyecek olan geçmiş olayları geviş getirircesine tekrarlamaktan kurtarıp, onun geçmişle aşırı uğraşını önlemektedir.

Kısa terapiler üzerine süreç araştırmaları 1980'lerden sonra, terapötik işlemlerin daha özenle tanımlanması, el rehberlerinin kullanımı, terapist ve hasta arasındaki çalışma işbirliğinin ölçülmesinde daha işevuruk (operasyonel) kavramların kullanılması gibi yollarla daha da gelişmiştir (Hartley & Strupp, 1983; Howard & Orlinsky, 1989). Burada terapötik ve çalışma işbirliği kavramları güvene gönderme yapar ve bir anlamda terapist ve hastanın ortak olarak anlaşma sağlanmış amaçlara ulaşmak için birlikte çalıştıklarını gösterir. Kolden'in bir araştırmasında (1991) bu bağ ne kadar iyiyse, ortalama 25 seans sonra, sonucun da o kadar iyi olacağı bildirilmektedir. Diğer çalışmalara ilişkin gözden geçirmeler de terapötik ilişki veya işbirliği ne kadar iyiyse, sonucun da o kadar iyi olacağı sonucu doğrulanmaktadır (Howard ve ark., 1991; Luborsky ve ark., 1988; 1990).

İyi bir çalışma işbirliğinin nasıl işlediği üzerine değişik görüşler vardır (Henry ve ark., 1994). Doğrudan bir terapötik etkisi olabilir (Henry & Strupp, 1994) ya da yorumların daha etkili olmasını sağlayarak dolaylı bir etkisi olabilir. Kuvvetli bir çalışma işbirliği terapötik değişimin nedeni olmaktan çok bir sonucu olabilir; öyle ki, hastalar daha iyiye giderlerse terapistleriyle ilişkileri hakkında daha iyi şeyler hissedeceklerdir. İşbirliği nasıl işlerse işlesin, bunun yalnızca psikodinamik yaklaşımlar için değil, her türlü psikoterapötik yaklaşım için önemli bir etken olduğu anlaşılmaktadır.

Aktarım ilişkilerinin yorumlanması üzerine yapılan son araştırmalarda çıkarılabilecek bir sonuç yorumların daha sık olması ile daha kötü bir sonuç arasında ilişkili olduğudur (Henry ve ark., 1994). Sık yapılan yorumlar, belki de, hasta, terapistin görüşlerine katılmıyorsa, savunmada ve eleştirilmekte olduğu hissi yaratarak terapötik işbirliğinin yolunu kesebilir[4]. Bu türden bulgular, bunların yöntem sorunları olan araştırmalardan geldikleri de akılda tutularak, daha kısa süreli olan dinamik ve bilişsel- davranışçı terapilerin yolunu desteklemekte, aktarımın gelişimi ve yorumlanmasını ise ketlemektedir.

İNSANCIL VE VAROLUŞÇU TERAPİLER

Bazen yaşantısal (experiential) terapiler diye de adlandırılan, insancıl ve varoluşçu terapiler de psikanalitik terapiler gibi, içgörü odaklıdır. Bunlar, davranışların, en iyi şekilde, kişinin güdülenmeleri ve gereksinmeleri konusundaki farkındalığının arttırılması ile değiştirilebileceği temel varsayımına dayanırlar. Ancak, psikanaliz ve onun türevleri ile insancıl ve varoluşçu terapiler arasında yararlı bazı zıtlıklar vardır. Psikanalitik paradigma insan doğasının, yani id'in gemlenme ihtiyacı içinde olduğunu ve etkili bir sosyalizasyon için, egonun, çevre ile biyolojik dürtülerden kaynaklanan ve temelde antisosyal ya da en iyisinden asosyal olan dürtüler arasında aracılık yapması gerektiğini varsayar. (Ancak, daha önce de gördüğümüz gibi, egoanalitik kuramlar, klasik Freudcu düşüncenin bu

[4]Elbette hasta terapistin yorumunu geçerli bulmazsa ve hemfikir olmazsa, yorum yanlış olabilir. En azından yorum çok yararlı değildir. Henry ve ark.,'nın (1994) belirttiği gibi, "Piper, Azim, Joyce ve McCallum (1991) yorumların yüksek düzeylerinin hastaların eleştirildiklerini hissetmelerine yol açabileceğini ve onları "kapatabileceğini" belirtmişlerdir. Belli hastada belli yorumlar ilgisiz olarak ya da rahatsız edici ve travmatize edici olarak algılanabilir (s.477).

özellikleri üzerine ağırlık vermeyerek çağdaş psikanalitik düşünceyi insancıl ve varoluşçu yaklaşımlara yakınlaştıran kavramlar geliştirmiştir.)

İnsancıl ve varoluşçu terapiler insanın özgür iradesinin onun en önemli özelliği olduğunu kabul ederek, onun seçim özgürlüğü üzerine daha çok ağırlık verirler. Ancak, özgür irade iki kenarı keskin bir kılıçtır; çünkü yalnızca doyum ve haz sunmaz, aynı zamanda, akut acı ve ızdırap tehlikesi de taşır. Kullanılması gereken doğuştan sunulan bir armağandır ve kullanılması için özel bir cesaret ister. Herkes bu zorlukla yüzleşemez; bunlar da, danışan-merkezli, varoluşçu ve Geştalt terapilere uygun adaylar olarak değerlendirilmezler.

CARL ROGERS'IN DANIŞAN-MERKEZLİ TERAPİSİ

Carl Rogers, psikoterapi konusundaki kuramları uzun ve yoğun klinik uygulamalar içinden gelişerek ortaya çıkan Amerikalı bir psikologdur. 1940'lar ve 1950'lerde, üniversitede öğretim üyeliği yaptıktan sonra, La Jolla, Californiya'da, Birey Araştırmaları Merkezi'nin kurulmasına yardımcı oldu. Rogers'in **danışan-merkezli terapi**si insan doğası ve onu anlama çabalarımızın yolları üzerine bazı varsayımlara dayanmaktadır (Ford & Urban, 1963; Rogers, 1951; 1961).

• İnsanlar yalnızca kendi algı ve duygularının bakış açısından anlaşılabilirler, yani, kendi olgusal (fenomenolojik) dünyalarından. İnsanları anlamak için, olayların kendisinden çok, onların olayları nasıl yaşanmadıklarına bakmalıyız; çünkü, her insanın fenomenolojik dünyası davranışın en önemli belirleyicisidir ve o bireyi biricik kılar.

İnsancıl psikoterapist Carl Rogers terapide esas bileşenin özgül tekniklerden çok terapistin tutum ve tarzı olduğunu önermiştir.

• Sağlıklı insanlar davranışlarının farkındadır. Bu anlamda, Rogers'in sistemi psikanalize ve ego-analizine benzer; çünkü dürtülerin farkına varma konusunu vurgulamaktadır.

• Sağlıklı insanlar doğuştan iyi ve etkindirler; yalnızca, yanlış öğrenme araya karışınca etkisiz ve rahatsız olurlar.

• Sağlıklı insanlar amaç güderler ve hedef yönelimlidirler. Çevrenin etkilerine ve içsel güdülerine edilgen kalmazlar. Kendi kendilerine yönlenirler (self-directed). Bu varsayımıyla Rogers, katı Freudcu psikanalizden çok ego analizi görüşüne yakındır.

• Terapistler danışanları için olayları düzenlemeye girişmemelidir; daha çok, onun bağımsız karar verebilmesini kolaylaştıracak koşulları yaratmalıdırlar, insanlar başkalarının değerlendirmeleri, talepleri ve tercihleri ile ilgilenmediklerinde, yaşamları bir kendini gerçekleştirme eğilimi ile yönlendirilir.

TERAPATİK MÜDAHALE

Olgun ve iyi uyum sağlamış bir kişinin, değerlendirmelerini dürtüsel olarak kendini gerçekleştiren ve doyum veren şeyler üzerine yaptığını varsayan Rogers, danışana terapi sırasında amaç dayatmaktan kaçınmaktadır. Rogers'a göre, önderliği danışan üstlenmeli, seansın ve konuşmanın akışını o belirlemelidir. Terapistin görevi, danışanın, birlikte oldukları süre içinde, bir kez daha kendi temel doğasına dönmesinin ve nasıl bir hayat tarzının içgüdüsel olarak onu tatmin edeceğini bulmasının koşullarını yaratmaktır. İnsanlara ilişkin bu çok olumlu bakış açısı nedeniyle Rogers, kararlarının hem onların kendilerinden mutlu olmalarını hem de iyi, uygar insanlar olmalarını sağlayacağını varsaymaktadır. Ancak, bu iyi kararlara giden yol kolay değildir.

Rogers'a ve diğer insancıl ve varoluşçu terapistlere göre, insanlar zor zamanları da dahil, kendi sorumluluklarını üstlenmelidirler. Genellikle bir terapist için, danışanın kendi kararlarını vermekten aciz göründüğü durumlarda, öğüt vermekten, danışanın hayatının sorumluluğunu almaktan kaçınmak zordur. Ancak Rogerscılar, kişinin büyüme ve kendini yönlendirme konusundaki iç kapasitesinin sıcak, kabullenici ve özenli bir terapötik atmosferde kendini ortaya çıkaracağı kuralına sıkı sıkıya uyarlar. Eğer terapist işe karışırsa büyüme ve kendini gerçekleştirme sürecinin kesintiye uğrayacağına, te-

rapistin girişimleriyle kısa süre için sağlanacak rahatlamanın uzun dönemdeki büyümeyi bozacağına inanırlar. Terapist, danışanın isteklerini doyurmasını isteyen bir diğer başka kişi konumuna gelmemelidir.

Rogers'in düşünceleri, terapistin tutumu ve duygusal tarzı üzerine vurgu yapan ve özgül işlemleri geri plana atan (Rogers, 1951) açıklıkla tanımlanmış bir dizi teknik içinde gelişmiştir (Rogers, 1942). Terapistin üç tane temel özelliği olmalıdır: içtenlik, koşulsuz olumlu kabul ve empatik anlayış.

İçtenlik (genuineness) (sahicilik) bazen ahenk diye de adlandırılır, kendiliğindenliği, açıklığı ve otantik oluşu kapsar. Terapistte sahtecilik ve profesyonel bir yüz yoktur; kendi duygularını ve düşüncelerini gayrı resmi ve içtenlikle danışana açar. Terapist, bir anlamda, dürüstçe kendini açması yoluyla, danışana bir model sunar; bu model, danışanın, duygularıyla temas halinde olabildiğinde, bunları dışa vurabildiğinde ve böyle yapmanın sorumluluğunu alabildiğinde nasıl bir dönüşümden geçeceğini göstermektedir. Burada, terapist kendisini başkalarına olduğu gibi sunma cesareti taşımaktadır (psikanalizle zıtlığa dikkatinizi çekeriz).

Rogers'a göre başarılı bir terapistin ikici bir özelliği **koşulsuz olumlu kabul**dür (unconditional positive regard). Diğer insanlar, Rogers'in "değerlilik koşulları" dediği, koşullar koyarlar, yani "eğer ise, seni seveceğim". Danışan merkezli terapist danışanları oldukları halleriyle ödüllendirir ve onlar kendi davranışlarını onaylamasalar dahi, onlara sahiplenici olmayan bir sıcaklık iletirler. İnsanlar yalnızca insan oldukları için değer taşırlar; terapist danışanını, o da büyüme ve hayatta kalma mücadelesi veren başka bir insan olduğu yalın gerçeği nedeniyle derinliğine dikkate almalı ve saygı duymalıdır.

Üçüncü nitelik olan **tam empatik anlayış** (accurate empathic understanding) ise, dünyayı, zaman zaman, danışanının gözleriyle görme becerisidir; onların duygularını hem, kendi farkında oldukları fenomenolojik bakış açılarından, hem de çok silik biçimde fark ettikleri bakış açılarından anlamaktır.

EMPATİ

Rogers'in kavramları içinde belki de en önemli olan, ancak en az anlaşılanı empatidir. Empati başka bir insanın duygularının kavranması ve kabul edilmesidir ve Rogeryen terapide kullanılan çok az teknikten biridir. Sıcak bir terapötik ilişki bağlamında, terapist danışanını en derin endişeleri konusunda konuşmaya cesaretlendirir ve danışanın söylediğinin yalnızca içeriğini değil ama duygusal yanını da yeniden ifade etmeye çalışır. Danışanın duygularının bu biçimde yansıtılması kendini gerçekleştirmeyi engelleyen duygusal çatışmaların yavaş yavaş kaldırılması anlamına gelir. Duygular yargılama ya da reddetme olmadan yansıtıldığı için, danışan bunlara bakabilir, berraklaştırabilir, onaylayabilir ve kabul edebilir. Daha öncesinde farkındalık düzeyine çıkması tehdit edici olan korku dolu düşünceler ve duygular, böylelikle, kendilik kavramının bir parçası haline gelebilir. Eğer kendiliğin kabul edilmesine izin veren terapötik koşullar kurulduysa, danışanlar kendileri hakkında daha dürüst ve duygusal bir biçimde konuşabilirler. Rogers kendi başına bu tür bir konuşmanın davranışın değişmesinden sorumlu olduğunu varsaymaktadır.

Bu yaklaşımda terapist gerçekten yönlendirmeyen (nondirektif) (sıklıkla Rogers'a yakıştırılan bir deyim) olmamaktadır, çünkü, danışan tarafından dile getirilen değerlendirmeye yönelik duygu ve ifadeleri seçer. Terapist bunların danışanın daha yakından araştırması gereken konular olduğuna inanır.

Rogers'in empati uygulamasının bazen, kolay ve basit bir konu olduğu varsayılır, ancak bu çok fazla incelik gerektirir. Terapist kendini yalnızca danışanın söylediklerinin duygusal yanını açıklığa kavuşturacak sözcükleri bulmayla sınırlandırmaz; ancak, bir yazarın dediği gibi (Egan, 1975) **gelişmiş ve tam empati** ile, danışanın gözlenebilen davranışları ve en açık düşünceleri ve duygularının altında yattığına inandığı alanlara da girer (bkz. Odak 17.3). Terapist danışanı neyin zorladığı konusunda bir çıkarsama yapar ve danışanın söylediğini, onun söylediğinden bir anlamda farklı olarak yorumlar.

Bizim görüşümüze göre, gelişmiş empati terapist tarafından kuramın inşasını temsil etmektedir. Birkaç seans boyunca danışanın ne söylediğini ve nasıl söylediğini dikkate alan terapist, danışanın kendisinden de gizli kalmış olan sıkıntının gerçek kaynağının ne olabileceği konusunda bir hipotez oluşturur[5]. Aşağıdaki örnek, temel (primary) empati ile gelişmiş (advanced) empati arasındaki farkı göstermektedir:

---

[5]Bir terapistin ileri empati cümlesinin tam olarak değerlendirilip değerlendirilmeyeceği bir diğer sorudur. Danışan merkezli terapistlerin bu yorumlarının gerçek oldukları asla emin olarak bilinemez. Daha ziyade bilimsel kuramlar ve geçmişe ilişkin içgörüler az ya da çok yararlı olabilirler.

ODAK 17.3 DANIŞAN MERKEZLİ TERAPİ SEANSINDAN BİR PASAJ

Danışan *(on sekiz yaşında, kadın, üniversite öğrencisi) Ebeveynlerim gerçekten canımı sıkıyor. İlk başta Arthur'dan hoşlanmadılar, şimdi de Peter'dan. Her şeye burunlarını sokmalarından bıktım.*

Terapist *Ailene gerçekten kızgınsın*

Danışan *Tabii ki, başka nasıl hissetmemi bekliyorsunuz? Ortalamam 3,5 ve diğer bütün istekleri karşılandı, yine de onlar erkek arkadaşımın ne kadar uygun olduğu konusunda konuşmaya hak iddia ediyorlar. (hıçkıra hıçkıra ağlamaya başlar)*

Terapist *Onlara sadece kızgın olmaman beni etkiledi. (Ara) Belki de onları hayal kırıklığına uğratmayla ilgili olarak endişeleniyorsun.*

Danışan *(daha fazla ağlayarak). Bütün hayatım boyunca onları memnun etmeye çalıştım. Kesinlikle onların kabulü benim için önemli. A aldığımda bundan çok memnun olurlar ama neden sosyal hayatım konusunda da yargıda bulunmak zorundalar?*

Başlangıçta ifade edilen duygu öfke olmasına rağmen, terapist hastanın gerçekte ebeveynlerinin eleştirilerinden korktuğuna inanmıştı. Bu yüzden terapist, ifade edileni değil imâ edileni hastayla keşfetmek için oldukça empatik ifadeler kurdu. Önceki seanslar, danışanın ebeveynlerinin eleştirilerinden kaçmak ve en önemlisi onları memnun etmek için akademik olarak çok çalıştığı izlenimini vermişti. Yüksek notlar alarak, daima onların güvenini kazanabilmişti, ama anne ve babasının en son eleştiri noktası onun flört ettiği genç erkeklere yönelmişti. Danışan, sosyal hayatını ebeveynlerini memnun etmek için düzenlemiş olduğunu fark etmeye başlıyordu. Terapist ona öfkesinin ötesini görmesinde yardımcı olduktan sonra, ebeveynlerinin memnuniyetsizliğine yönelik korkusu terapinin odağı oldu.

Danışan: Ne olduğunu anlayamıyorum. Çok çalışıyorum, ancak iyi notlar alamıyorum. En az herkes kadar çok çalıştığımı düşünüyorum ama tüm emeklerim boşa gidiyor. Daha başka ne yapabileceğimi bilmiyorum.

Danışman A: Çok çalışmanıza rağmen başarısız olduğunuz için rahatsız oluyorsunuz, (temel empati).

Danışman B: Geçenler kadar çaba gösterip başaramamak üzüntü verici bir şey. Sizi çökkünlüğe götürüyor ve hatta kendiniz için biraz üzülmenize de yol açıyor (gelişmiş empati) (Egan, 1975, s. 135).

Temel empatide terapist danışanın düşüncelerini, duygularını ve yaşantılarını danışanın bakış açısından yeniden ifade eder. Bu çalışma fenomenolojik düzeydedir. Terapist danışanın dünyasını, danışanın bakış açısından görür ve danışana bu bakış açısının anlaşıldığını ve değer verildiğini bildirir. **Gelişmiş empati**de terapist danışanın dünyasını dikkate alan, ancak bunları daha yapıcı olacağı ümit edilen bir biçimde kavramlaştıran bir görüş geliştirir. *Terapist danışana, kendisini, alışık olduğu perspektiften oldukça farklı bir biçimde ele almasının yolunu sunar.*

Bu önemli ayrımı anlamak için, danışan merkezli çerçevede çalışan terapistlerin danışanın, üretici olmayan bir bakış açısına sahip olduğunu varsaydıklarını (ki bunun kanıtı danışanı terapiye getiren psikolojik sorunun kendisidir) akılda tutunuz. Temel empati düzeyinde terapist bu görüşü kabul eder, onu anlar ve değer verir. Ancak, gelişmiş ya da yorumlayıcı düzeyde, terapist yeni bir şey sunar; danışana, daha iyi ve daha üretici olduğunu ve yeni davranış biçimlerine işaret edeceğini umduğu bir bakış açısı sunar. Gelişmiş empati bir dizi seans (ki bu seanslarda terapist temel düzeyde empati yapmaya odaklanmıştır) boyunca sunulan bilgi üzerine inşa edilir.

Fenomenolojik felsefeyle çalışan danışan merkezli terapist, danışanın varolan kendi fenomenolojik dünyasından başka bir düzeye geçmesi amacını gütmelidir ki, gelişmiş empatinin de önemi bu aşamadadır. İnsanların duyguları ve davranışları kendilerini ve çevrelerini, kendi fenomenolojileri yoluyla nasıl yapılandırdıklarına göre belirlendiği için, işlevsel olmayanlar ya da hâlihazırdaki yaşam tarzlarından tatminsiz olanlar yeni bir fenomenoloji ihtiyacı içindedir. Dolayısıyla, en başından itibaren, danışan merkezli terapi ve bütün diğer fenomenolojik terapiler, danışanın, tedaviye başlarkenkine göre farklı olarak edindikleri bakış açılarına odaklanır. Yalnızca, danışanın hâlihazırdaki fenomenolojisini ona geri yansıtmak, kendi başına terapötik değişimi getirmez. Yeni bir fenomenoloji edinilmelidir.

DEĞERLENDİRME

Büyük oranda Rogers'in terapi sürecinin ve sonucunun dikkatle ölçülmesi ve görgül geçerliliği üzerinde durması nedeniyle, danışan merkezli terapinin değerlendirilmesi yönünde çaba gösterilmiştir. Rogers psikoterapi araştırmalarını başlatan kişi olarak kabul edilebilir. O ve

onun öğrencileri muayene odasının aşırı gizliliği ve mistik havasını kaldırma ayrıcalığını hak etmişlerdir. Örneğin, daha sonraki araştırmacıların incelemeleri için terapi seanslarının banda kaydedilmesini onlar başlatmışlardır.

Rogeryen terapi üzerine yapılan araştırmaların çoğu sonuç araştırmalarından çok, özellikle, sonuçlarla terapistin kişisel özellikleri arasında bağlantılar kuran süreç araştırmalarıdır. Sonuçlar tutarlı değildir; olumlu sonucun terapistin empati yeteneği ve içtenliğiyle güçlü bir biçimde ilişkili olduğu yaygın varsayımına (Beutler, Crago & Arizmandi, 1986;

Greenberg, Elliott & Liataer, 1994; Lambert ve ark., 1986) şüphe düşürecek düzeydedir. Bu niteliklerin terapist eğitimi sırasında vurgulanmaları muhtemelen anlamlıdır, çünkü ancak bu tür nitelikler, danışanın kendiliğiyle ilgili iç kavrayışlarını yapabileceği bir güven atmosferi yaratabilir (Bohart & Greenberg, 1997). Fakat, araştırma açısından bakınca bu niteliklerin, kendi başlarına, danışanların değişmelerine yardımcı olmak için yeterli olacağını söylemek doğru değildir.

Rogers'in fenomenolojik yaklaşımı doğrultusunda, terapi sonuçlarının ölçütü danışanların kendi bildirimleri olmuştur. Temel veriler bireyin, kendiliğini ve dünyasındaki olayları kendi fenomenolojik değerlendirmesi sonucunda elde edilmiştir. Dışa vuran davranışların bu algıları izlediğine inanılır; yani, terapi sonrası bireylerin gerçekten nasıl davrandıkları son zamanlara dek danışan-merkezli terapi araştırmacılarının tipik araştırma konuları olmamıştır.

Rogers'in öznel yaşantıya yaptığı vurgu epistemolojik sorunlar doğurmaktadır; çünkü terapist, danışanın ne hissettiği ya da düşündüğü konusunda yerinde müdahaleler yapabilmelidir. Geçerlik gerçek bir sorundur. Rogers, danışanların gerçek duygularının farkında olmayabileceklerini ve bu farkındalık eksikliğinin onları terapiye getiren neden olduğunu söylemesine rağmen, danışanın ne söylediğine odaklanmıştır. Psikanalizde olduğu gibi, şunu sormalıyız: nasıl olur da, terapist, danışanın farkında olmuyor göründüğü içsel süreçleri konusunda bir müdahale yapabilir ve daha sonra hangi işlemlerle bu müdahalelerin geçerliği ve işe yararlılığı ölçülebilir.

Danışan-merkezli terapilerin sonuçlarının değerlendirilmesinde ilk zamanlarda kullanılan kendi kendini betimleme biçimindeki ölçütler, sonraları, daha doğrudan ve kuramsal olarak yüksüz ölçütlerin kullanılmasına yol açtı. Örneğin, hastanın günlük yaşam işlevlerinin, sosyal rollerinin uygun performansının ölçüldüğü ölçütler gibi. Benzer bir eğilim, terapötik değişimin çoklu yöntemlerle ölçülmesidir (Beutler, 1983; Lambert ve ark., 1986), çünkü, araştırmacılar davranışın karmaşık doğasını ve bunun birçok boyutta birden ölçülmesi gerektiğini kavradılar. Örneğin, fizyolojik değişimler kendini bildirim ölçekleri ve çevredeki önemli kişilerin değerlendirmeleri ile desteklenebilir. 1978-1992 arası danışan-merkezli terapiler üzerine yapılan çalışmaların bir meta analizi bunların yalnızca sekizinde kontrol grupları olduğunu ve böylesi bir müdahaleden sonra danışanların, hiç profesyonel yardım görmeyenlere göre %80 daha iyi olduklarını ortaya çıkardı (Greenberg ve ark., 1994). Kötü olmamasına rağmen, bu sonuç çok ağır rahatsızlığı olmayanlarla yürütülen kısa psikodinamik terapilerle yapılan karşılaştırmalı çalışmaların sonuçlarından daha iyi değildir.

Rogers kendini gerçekleştirmenin temel insani güdülenme olduğunu varsayması açısından eleştirilebilir. Bu varsayıma insanların doyum verecek durumların peşine düştüğü gözleminden vardığını belirtir ve kendini gerçekleştirme eğilimini bu durumları aramanın gerekçesi olarak önerir.

Sonuç olarak, Rogers psikolojik yönden sağlıklı insanların kendini gerçekleştirme eğilimlerini doyurmak üzere seçim yaptıklarını ve insanların kendi doğaları gereği iyi olduklarını varsaymaktadır. Ancak bazı sosyal felsefeciler insan doğası konusunda daha az iyimser görüşlere sahiptir. Örneğin, Thomas Hobbes, hayatın "kirli, kaba ve kısa" olduğunu belirtmiştir. Kaba davranmakta olan ve davranışlarının kendini gerçekleştirme olduğunu söyleyen bir insanın durumunu nasıl açıklayacağız?

Bu konu, aşırı mantıksızlık sorununun Rogers tarafından uygun bir biçimde ele alınmadığı sorunsalı olabilir; çünkü o ve izleyenleri yalnızca, hafif derecede bozukluğu olan kişilere odaklanmışlardı. Danışan merkezli terapi aşırı derecede rahatsızlığı olmayan ama mutsuz olan insanların kendilerini daha iyi anlamalarına (ve hatta, belki de, daha farklı davranmalarına) yardım için bir yol olabilir. Bu insancıl yaklaşım "karşılaşma (encounter) grup" hareketi içinde popüler olmayı sürdürmektedir, ancak Rogeryen terapi Rogers'in kendisinin de uyardığı gibi, şiddetli psikolojik bozukluğu olanlar için uygun olmayabilir.

VAROLUŞÇU TERAPİ

Abraham Maslow'un (1968) psikolojide *üçüncü güç* (burada, diğer iki güç: psikanaliz ve davranışçılık) olarak adlandırdığı Varoluşçu terapi, insancıl bakış açısıyla birlikte, 1950'lerde geliştirildi. İnsancıllığın ve varoluşçuluğun birçok ortak yönü vardır, ancak Rogers gibi Amerikalıların insancıl çalışmaları, Sartre, Kierkegaard ve Heidegger gibi felsefecilerin yazdıklarına ve İsviçre'den Binswanger ve Boss, Avusturya'dan Viktor Frankl (logoterapisi daha önce tartışılmıştı) gibi psikiyatristlere dayanan daha Avrupalı varoluşçu yaklaşımlarla zıtlıklar taşımaktadır. Stanford üniversitesi psikiyatristlerinden Irvin Yalom varoluşçu psikoterapi üzerine yazdığı etkili kitabında bu iki terapi arasındaki farklılıkları çok iyi belirtmiştir:

> Avrupa'daki varoluşçu gelenek her zaman insani sınırlılıkları ve varoluşun trajik boyutlarını vurgulamıştır. Bu belki de Avrupalıların coğrafi ve etnik sorunlarla daha çok yüzleşmelerine, savaş, ölüm ve belirsiz varoluşlara daha çok tanık olmalarına bağlıdır. Amerika Birleşik Devletleri (ve buradan köken alan insancıl yaklaşım) ise, yayılma, iyimserlik, sınırsız ufuklar ve pragmatizmle biçimlenen bir Zeitgeist (zamanın ruhu) karakterizedir. Buna bağlı olarak, Amerikan insancıl psikolojisi Avrupa varoluşçuluğunu içine aldıkça ithal edilen varoluşçu düşünceler de sistematik olarak değiştirilmiştir. Avrupa'nın odak noktası sınırlardır; belirsizliğin ve var olmayışın kaygısını dikkate almak ve bunlarla yüzleşmektir. Diğer taraftan, insancıl psikologlar sınırlardan, gelişme potansiyeline göre daha az söz ederler; farkındalığa göre kabullenmekten daha az söz ederler; kaygıdan, zirve deneyimlerden daha az söz ederler; yaşamın anlamından, kendini gerçekleştirmeye göre daha az söz ederler; kopukluk ve temel yalnızlıktan ben ve "karşılaşma"ya göre daha az söz ederler (1980, s. 19)

İnsancıllık gibi, varoluşçu bakış açısı da kişisel gelişmeyi vurgulamaktadır. Ancak bazı temel ayrımlar vardır. Rogers'in görüşleriyle ön plana çıkan insancıllık insan doğasının iyiliğini vurgular. Eğer yersiz korkular ve toplumsal sınırlamalar ile zincirlenmezse, insanların, aynı yeterli ışık, hava ve su alan bir tohumdan çiçeğin gelişmesi gibi, normal gelişim göstereceklerini belirtir. Varoluşçuluk daha kasvetlidir; o bir karanlık dokusu taşır. Özgür irade ve sorumluluğu vurgulasa da, önemli seçimleri yaparkenki kaçınılmaz kaygıyı vurgular; örneğin, aynı eşle birlikte, aynı işte ve hatta bu dünyada kalıp kalmama gibi önemli seçimler. Örneğin, Hamlet'in "olmak ya da olmamak, işte bütün mesele bu" (akt III, sahne 1) diye başlayan sözleri, klasik gerçek bir varoluşçu söylemdir. Gerçekten yaşıyor olmak varoluşsal seçimlerle birlikte gelen

Terapiye varoluşçu yaklaşımlar, ağırlıklı olarak Sartre gibi varoluşçu filozofların yazılarına dayanır.

kaygıyla yüzleşmektir. Varoluşçu kaygı bazı kaynaklardan köken alır (Tillich, 1952):

- Hepimiz bir gün öleceğimizin farkındayız; bu kaçılamaz gerçeklik ile dürüstçe yüzleştiğimizde varoluşsal kaygı ile yüzleşiriz.
- Aynı zamanda, yaşamımızı tamamen değiştirebilecek şansa bağlı şartlar karşısındaki, örneğin bir trafik kazası gibi, çaresizliğimizin farkındayızdır.
- Son tahlilde karar vermek, eyleme geçmek ve bunların sonuçlarıyla yaşamak zorunda olduğumuzun farkındayızdır.
- Kendi yaşamımızın anlamını kendimiz yaratmalıyız; dünyamıza ve yaşamlarımıza sahip olmak için kendi içimizde var olanların ve amaçlarımızın sorumluluğunu almalıyız.
- Son tahlilde yalnız olduğumuzu biliriz.

Seçimlerden kaçınmak, onları yapmak zorunda değilmişiz gibi davranmak insanları kaygıdan koruyabilir, ancak bu aynı zamanda onları anlamlı bir hayat sürmekten de alıkoyar; bu da

İnsancıl terapist Abraham Maslow, Carl Jung'un kendini-gerçekleştirmesini kendi psikolojisinde merkezi bir faktör yapmıştır.

psikopatolojinin çekirdeğini oluşturur. Öyle ki, insancıl psikolojinin neşelendiği, neredeyse çoşkulandığı noktada, varoluşçu yaklaşıma üzüntü ve kaygı karışmıştır; ancak, ümitsiz değildir, yeter ki, özgür iradeyi kullanmaktan ve ona eşlik eden sorumluluğu almaktan kaçınmasın.

TERAPİNİN AMAÇLARI

"işte böyle, sıklıkla yaşamımızı zincirler içinde sürdürürüz, anahtarın elimizde olduğunu hiç bilmeden" (Jack Tempchin ve Robb Strandlund, "Zaten gitti", 1973; 1975).

Varoluşçuluğa göre, biz yaptığımız seçimlerin toplamıyız. Seçim yapmaktaki zorluklar hayat deneyimlerinin araştırılması ile anlaşılabilir. Varoluşçu terapistin amacı bireyin fenomenolojik referans çerçevesinin adaptasyonu yolu ile destek ve empati vermektir; daha sonra terapist bireye davranışlarını, duygularını, ilişkilerini ve yaşamın ne anlam taşıdığını araştırmasında yardım eder. Terapist, danışanı geçmiş ve şimdiki seçimleriyle yüzleşmesi ve bunları berraklaştırması için cesaretlendirir. Şimdiki seçimleri ve bunların davranışsal sonuçları en önemli konu kabul edilir. Terapi sırasında kişi bir noktada, hem terapistine karşı hem dış dünyaya karşı, varoluşsal durumunu değiştirmek üzere farklı davranmaya başlar.

Varoluşçu terapistin bir diğer amacı bireyin başkalarıyla otantik olarak ilişki kurmasına yardım etmektir; ki bu özellik, "encounter grup" hareketi tarafından ele alınmış ve çok geliştirilmiştir. İnsanların kimliklerini ve varoluşlarını kişisel ilişkileri bağlamında betimledikleri varsayılır; örneğin bir kişi başkalarından izole olursa, yabancılaşma ya da "olmamak" tehdidi altındadır. Hatta, insanlarla ve dünyayla etkili bir biçimde ilişkide olan bir kişi, açık ve içten ilişkilerden yoksun kalırsa kaygılı hale gelebilir. Yani, varoluşçu görüş yüksek derecede öznel bir bakış açısına sahip olsa da, başkalarıyla açık, dürüst, kendiliğinden ve sevgi dolu ilişkileri önemle vurgulamaktadır. Aynı zamanda, her birimiz son tahlilde ve temel olarak yalnızızdır; hayatın paradoksu başkalarından ayrı olmamızda yatar; dünyaya yalnız geliriz ve dünyada kendi varoluşumuzu kendimiz gerçekleştirmek zorundayız.

Varoluşçu terapist terapötik ilişkiyi iki insan arasındaki otantik bir karşılaşmaya dönüştürmeye uğraşır ki, böylelikle, hasta bir başkasıyla ilişkide doğrudan bir tutum içinde ilişki kurma konusunda deneyim kazansın. Terapist, dürüstlük ve kendini açma yoluyla danışanın otantikliği öğrenmesine yardım eder. Terapist, bunu, danışanın yaptıklarına katılmadığını açıklıkla ifade ederek, ancak onun değerli bir insan varlığı oluşunu reddetmeden yapabilir.

Varoluşçu terapinin nihai amacı hastanın kendi seçim ve büyüme potansiyelinin daha çok farkına varmasını sağlamaktır. Varoluşçu bakışla, insanlar kendi varoluşlarını her an yeniden yaratırlar. Bozukluk için de, büyüme için de potansiyel her zaman vardır. Bireyler kendi varoluşlarının sorumluluğunu kabullenme ve belirli sınırlar içinde her an kendilerini yeniden tanımlayabilecekleri ve kendi sosyal çevreleri içinde farklı davranabilecekleri, farklı hissedebilecekleri konusunda cesaretlendirilmelidir.

Bu seçim özgürlüğü ve onunla birlikte gelen sorumluluk insanlar için kabullenilmesi ve üzerinde çalışması kolay şeyler değildir. Birçok insan bu özgürlükten korkar ve seçim yapmaya başladıkça doyumun bir süreç olduğunu anlar ve eğer gerçekten insan olacaklarsa ve potansiyellerini doyuracaklarsa sürekli olarak seçim yapmaları ve bunun sorumluluğunu almaları gerektiğini anlarlar. Bundan sonraki yolları eğlenceli değildir; seçim özgürlüklerinin daha çok farkına vardıkça daha çok varoluşsal kaygı duyarlar. Terapinin amaçlarından biri onların çözümlerini, bu kaçınılmaz kaygı ile başa çıkma yetilerini ve büyümeye devam etme süreçlerini desteklemektir.

Varoluşçu terapistlerin, hangi terapötik tekniklerin danışanın büyümesine yardım edeceği konusunda kesin bir tutumları yoktur. Hatta, bir tekniğe dayanılması, terapistin danışanı, üzerinde değişimlenecek (manüplasyon) bir şeymişçesine ele aldığı ya da onu nesneleştirici bir sürece tabi kıldığı biçiminde yorumlanabilir (Prochaska, 1984). Varoluşçu terapi bir dizi terapötik teknikten çok, belirli terapistlerin insan doğasına ilişkin genel bir tutumu olarak anlaşılabilir.

DEĞERLENDİRME

Varoluşçu terapi üzerinde bilimsel araştırma yapılabilecek somut işevuruk tanımlardan yoksundur. Öyle ki, varoluşçu terapistler çeşitli klinik sorunlarla başarılı sonuçlar bildiren birçok vak'a sunumu yayınlamışlarsa da, konuyla ilgili hiçbir araştırma yapılmamıştır. Ayrıca, varoluşçu terapistler çağdaş bilimin insanilikten çıkarıcı etkisi olduğunu ve kaçınılması gerektiğini düşünürler. Bilimin bireylere uygulanmasının onların biricik insaniliklerini reddetmek anlamına geldiğine inanırlar.

Danışan merkezli terapilere yapılan birçok eleştiri varoluşçu tedavilere de yapılabilir. Tanımı gereği bir kişinin öznel yaşantısı biricik olduğu için terapist hastanın dünyasını ona göründüğü biçimiyle anladığını nasıl bilebilir? Ancak, öznel izlenimlere odaklanmak, üretken olmamak demek değildir. Seçim özgürlüğümüzü ve herhangi bir zamanda değişiklik yapma becerimizi önemsemek, davranışların geliştirilmesinde önemli araçlar olabilir. Varoluşçuluğun içinde saklı olan, varoluşumuzun sürekli olarak onaylandığı ve geçmiş yanlışlarımızın ve şanssızlıklarımızın tutsağı olmadığımız mesajı, her türlü terapi tarafından kapsanabilir.

GEŞTALT TERAPİ

Hem insancıl hem de varoluşçu unsurlar taşıyan **Geştalt terapi** Frederich S. (Fritz) Perls'ün çalışmalarıyla gelişmiştir. Perls, 1921'de, Almanya'da tıp öğreniminden sonra, psikanalist olmuştur. Yıllar içinde, psikanalitik kuramın temel bazı kavramlarını, özellikle nevrozların gelişiminde libido ve onun varyasyonlarının önemi konusunu tartışmaya açtığı için Avrupalı analistlerce reddedilmiştir (Perls, 1947). 1933'te, Hitler'in iktidara gelişinden kısa bir süre sonra, totaliterliğe karşı olduğu için Hollanda'ya göç etmiş, ardından 1934'te, Güney Afrika'ya, bu ülkenin ilk eğitici analisti olarak yerleşmiştir. Burada geştalt terapinin temellerini geliştirmiştir. 1946'da ABD'ye yerleşen Perls, Esalen - Big Sur-California'da, insancıl-varoluşçu terapi merkezinde çalışmalarını sürdürmüştür. Burada, düşünceleri ve teknikleri, özellikle gruplara uygulanarak etkileyici bir gelişme göstermiştir (Perls, 1970; Perls, Hefferline & Goodman, 1951). Perls'ün, yaşamı boyunca onu idolleştiren bir izleyici grubu olmuştur (Bkz., Odak 17.4).

GEŞTALT TERAPİNİN TEMEL KAVRAMLARI

Rogers gibi, Perls de, insanların doğuştan gelen bir iyiliğinin olduğunu ve bu temel doğalarının kendisini dışa vurmasına izin verilmesi gerektiğini düşünüyordu. Psikolojik sorunlar, bu doğuştan gelen erdemin yadsınması ve engellenmesinden kaynaklanmaktadır. Diğer insancıl terapistlerle birlikte, geştalt terapistleri de, psikanalistlerin odaklandığı sorunlu ve bozulmuş özelliklerden çok, insanların yaratıcı ve dışa vurumcu yanlarına vurgu yapar.

Geştalt terapinin temel bir amacı hastaların ihtiyaçlarını, arzularını ve korkularını anlamalarına ve kabullenmelerine ve kendilerini bu amaçlarına ulaşma ve ihtiyaçlarını doyurma konusunda nasıl bloke ettiklerini fark etmelerine yardımcı olmaktır. Temel bir varsayım, hepimizin ihtiyaçlarımızı ve isteklerimizi her türlü durumda dışa vurduğumuz biçimindedir. Durumları yalnızca oldukları gibi algılamayız; bunun yerine, sosyal çevremizle, orada, dışarıda olana, ihtiyaçlarımızı, korkularımızı ya da arzularımızı yansıtarak ilişki kurarız. Öyle ki, bir yabancıyla konuşuyorsam, o insana, yalnızca o insanın olduğu haliyle ona yanıt vermem; yabancıya, kendi ihtiyaçlarım bağlamında davranırım. Bazen, geçmişteki önemli bir kişiyle tamamlanamamış şeyler, şimdiki bir insanla nasıl ilişki kurduğumuzu etkiler.

Perls ve arkadaşları "şimdi ve burada"ya odaklanmışlardır; bireye, davranışlarından sorumlu olan ve yararlı değişimleri yapmada merkezi bir rol üstlenen bir aktör olarak, bakarlar.

Geştalt terapi, temel olarak algı konusuyla ilgilenen bir psikoloji dalı olan Geştalt psikolojisinden köken alır. En yaklaştıkları nokta bütünlüğe verdikleri dikkattir. Perls bireylerin, fark etmedikleri duygularının farkındalıklarını arttırarak ve kişiliklerinin sahip çıkmadıkları ya da inkâr ettikleri yanlarını tanıyarak birer bütünlük haline gelmelerini istiyordu.

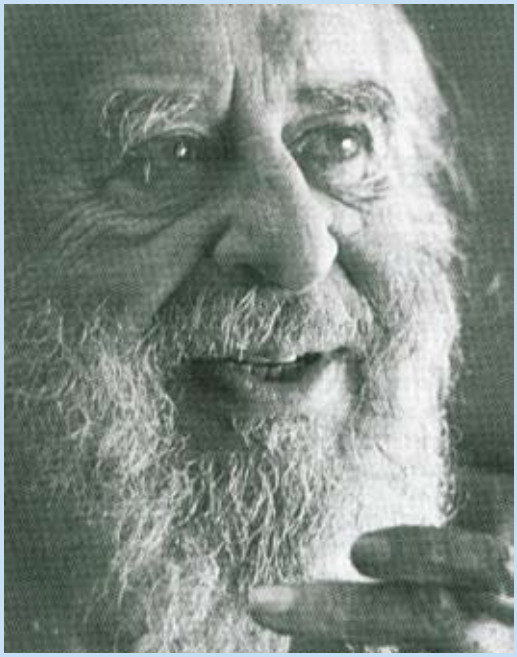
GEŞTALT TERAPİ TEKNİKLERİ

Geştalt terapisti, danışanın, geçmişe dalmadan, danışma odasında şimdi ve burada ne yaptığına odaklanmıştır; çünkü danışanın yaşamının en önemli olayı şu anda ne olduğudur. Geştalt terapide, varolan her şey şimdidir. Eğer geçmiş rahatsız edici ise, bugüne taşınmaktadır. Neden sorusu desteklenmez çünkü geçmişteki nedenlerin peşine düşmek şu anda seçim yapma sorumluluğundan kaçma girişimidir; bildiğimiz varoluşçu bir temadır bu. Danışanlar şimdi olmakta olanın farkına varmaları için uyarılırlar, hatta bazen zorlanırlar. Farkındalık şu anda ve doğrudan bir düşünme ve hissetme şeklidir. Kişiler kendileri hakkında ne olmakta olduğunu, ne düşündüklerini ve ne tür fanteziler kurduklarını, ne istediklerini ve ne hissettiklerini, şu anda ne yaptıklarını bilmelidirler; aynı zamanda, duruşlarını, yüz ifadelerini, kas gerginliklerini, jestlerini, kullandıkları sözcükleri ve seslerinin tınısını da bilmelidirler.

ODAK 17.4

FRITZ PERLS'E KISA BİR BAKIŞ

Joe asansöre bindikten sonra, duvara karşı ayakta duran kısa, gri sakallı bir adamı güçlükle fark etti. Daha sonra onu tanıdı. "A, Dr. Perls, sizinle tanıştığım için şeref duydum. Çalışmanızı okumuştum ve huzurunuzda olmak –sizinle tanışmak– öyle bir onur ki…" Joe, karşıdan tepki gelmediği için kekeliyordu. Yaşlı adam kıpırdamadı. Asansör yavaşladı ve sessizce gitmek için bir fırsat olduğunu fark eden Joe umutsuzca "gerçekten sinirliyim" diyen kendi sesini duydu. Perls ona döndü ve gülümsedi. Kapıyı açtıktan sonra Joe'nun koluna dokundu ve "Şimdi konuşalım" dedi (Gaines, 1974).



Frederich (Fritz) Perls (1893-1970) Geştalt terapinin renkli kurucusudur.

Geştalt terapi, şimdiye kadar tartışılan insancıl ve varoluşçu terapilerin tersine, teknikler üzerine vurgu yapmaktadır. Ancak, özünde geştalt terapi yalnızca bir teknikler koleksiyonu değildir, daha çok, insan doğası üzerine bir tutumlar dizgesidir, yaratıcılığa ve yaşantıya (hayat tecrübesine), açıklığa değer veren bir felsefedir. Geştalt terapisti, hastaya, terapist gibi açık ve yaratıcı olmasına; dünyayla şu anda, yargısız ve tefekkürsüz bir zeminde yüzleşmesine yardım etmeyi amaçlar. Bu sonuca giden yoldaki araçlar birçok tekniği içerir, bu teknikler çok iyi bilinmekte ve diğer bazı kuramsal yaklaşımı olan terapistlerce de uyarlanıp kullanılmaktadır. Aşağıda güncel geştalt tekniklerinden bazılarını betimliyoruz:

Geştalt terapistleri danışana duygularıyla daha doğrudan biçimde yüz yüze gelmelerine yardım etmek üzere boş sandalye tekniğini kullanırlar.

• **Ben-dili.** Hastalara şimdiki ve gelecekteki yaşamlarının sorumluluğunu alabilmelerine yardımcı olmak için, terapist onları "o" dili yerine "ben" dili kullanmaya yöneltir.

Terapist: Sesinizde ne duyuyorsunuz?

Hasta: Sesim ağlıyor gibi geliyor.

Terapist: Ağlıyorum, diyerek bunun sorumluluğunu üstlenebilir misiniz? (Levitsky & Perls, 1970, s. 142)

Dili kullanmadaki bu basit değişiklik, hastayı duyguları ve davranışları için sorumluluk almaya yöneltmenin yanında, kendi sahiden varoluşunun bazı yanlarından yabancılaşma duygusunu da azaltır. Hastanın kendisini edilgen görmekten çok etkin görmesine; davranışları tümüyle dış koşullarca belirlenen birisi olmaktan çok açık ve araştıran bir kişi olmasına yardımcı olur.

• **Boş sandalye.** Boş sandalye tekniğinde danışan bir duygusunu, bir kişiyi, bir nesneyi ya da bir durumu yansıtır ve bu yansıttığı ile konuşur. Örneğin, eğer bir hasta ağlıyorsa, geştalt terapisti hastaya, gözyaşlarını boş bir sandalyede oturur gibi canlandırmasını ve gözyaşlarıyla konuşmasını önerir. Bu taktik genellikle, insanların duygularıyla yüzleşmelerine yardımcı olur. Gerçekten de, bir insanın gözyaşları hakkında konuşmasını istemek, onun duygularıyla arasına daha çok mesafe koymasını desteklemektir ki bu da, geştalt terapistlerine göre, psikolojik iyilik haline zarar verir.

• **Duyguların yansıtılması.** Geştalt terapistleri bazen gruplarla çalışırken, ikili gruplar halinde, gözlerini kapatmalarını ve güçlü duygusal bağları olan birisinin yüzünü canlandırmalarını isterler. O kişi hakkındaki duygularına yoğunlaşmaları yüreklendirilir. Sonra hepsi gözlerini açar ve grup eşlerine bakarlar. Kısa bir süre sonra tekrar gözlerini kapatmaları ve yüksüz bir şey (örn., bir aritmetik problemi gibi) düşünmeleri istenir. Daha sonra tekrar gözlerini açarlar ve grup eşlerine ikinci kez bakarlar. Sonuçta, bu iki durum arasında grup eşlerine ilişkin farklı duygular hissedip hissetmedikleri sorulur. Bu egzersiz tüm sosyal ilişkilerimizde kaçınılmaz olduğunu varsaydığımız bir şeyin, yani herhangi bir anda olan her hangi bir şeyde, ona olan duygularımızın işin içine nasıl karıştığı konusunun abartılarak gösterilmesi için düzenlenmiştir.

• **Tersine çevirme.** Bu teknik kişinin her ne hissediyorsa, onun tam zıttı biçimde davranmasını içerir. Örneğin, çok aşırı katı olan birsinden terapi seansı sırasında çok dışa dönükmüş gibi davranması istenebilir. Perls, madalyonun diğer yüzünün kişinin varoluşu içinde bulunduğunu, genellikle ifade edilmeyen duyguların eyleme dökülmesi yoluyla kişinin, kendiliğinin gömülmüş bölümlerini fark etmesine izin vereceğini varsaymaktadır.

• **Sözel olmayan ipuçlarına dikkat etme.** Tüm terapistler danışan tarafından verilen sözel olmayan ve dil dışı işaretlere dikkat ederler. Sözel olmayan işaretler, beden hareketleri, yüz ifadeleri, jestler ve benzerleridir; dil dışı işaretler ise, sesin tonu, sözcüklerin konuşulma hızı ve konuşmanın içeriği dışındaki diğer sessel bileşenleridir. İnsanlar gırtlaklarıyla söylediklerini elleri ve gözleriyle de iletirler. Perls bu dil dışı işaretlere özel önem vermiştir; danışanların gerçekten ne hissettiklerini saptamak için bunları dikkatle gözlemiştir. "Söylediklerimiz genellikle bir dolu yalan ya da ıvır zıvırdır. Ancak, ses, jestler, duruş, yüz ifadesi, psikosomatik dil oradadır" (Perls, 1969, s. 54)

• **Metafor kullanımı.** Geştalt terapistleri, terapi seansları sırasında, danışanın problemini daha canlı, daha anlaşılabilir kılmak ve problemin dolaştırılmasını sağlamak için sıklıkla alışılmadık senaryolar yaratırlar. Örneğin, aşağıdaki örnek gözlediğimiz bir seanstan alınmıştır:

Bir koca ve eşi kanepede oturmuş, kadının annesi hakkında münakaşa ediyorlardı. Koca kaynanasına çok öfkeli görünüyordu ve terapist onun eşiyle ilişkisinde araya girdiğini tahmin etti. Terapist bunun her ikisi için ne denli hayal kırıklığı yaratıcı olması gerektiğini göstermek ve ayrıca onları bu konuda bir şeyler yapmaya itmek istedi. Uyarmaksızın koltuğundan kalktı ve çiftin arasına sıkışarak oturdu. Hiç bir şey söylemedi. Koca şaşırmış görünüyordu, sonra incinmiş ve giderek terapiste öfkelendi. Terapistten eşinin yanına oturabilmek için kalkmasını istedi. Terapist kafasını salladı. Koca ricasını tekrarladığında, terapist ceketini çıkardı ve eşin başına yerleştirdi. Böylece koca artık eşini göremiyordu bile. Uzun bir sessizliğin ardından koca giderek daha fazla ajite oldu. Eş bu arada terapistin ceketi ile örtülü olarak sessizce oturuyordu. Koca aniden ayağa kalktı ve terapistin arkasına geçerek ceketi kaldırdı, sonra da terapisti kanepenin ucuna itti. Terapist hoş bir şekilde kahkaha patlattı ve "bir şey yapman için ne kadar geçecek merak ediyordum!" diye gürledi.

Bu sahne, yalnızca sözcüklerin ifade etmede yetersiz kalacağı bazı noktaları açıklığa kavuşturmayı sağlamıştır. Terapist tarafından duygularını daha iyi tanıma ve onları korku ve huzursuzluk duymadan dışa vurma konusunda eğitilmekte olan koca, ağlayarak, aynı annesi tarafından karısına yabancılaştırıldığı gibi, terapisti tarafından da karısından uzaklaştırıldığını hissettiğini söyledi. Anne araya giriyordu ve o bu konuda hiçbir şey yapmıyordu. İhtiyaçlarını tanımak ve bunları doyurmak için eyleme geçme konusunda kendisine güvenmiyordu. Paltonun ve terapistin yerini değiştirmeye muktedir olması aynı davranışı kayınvalidesine de gösterip gösteremeyeceğini düşündürttü. Konuştukça, karısı hıçkırarak ağlamaya başladı; kocasına hep onun annesiyle problemi konusunda sorumluluk üstlenmesini beklediğini anlattı. Buraya kadar gayet iyi ancak daha sonra terapist kadına dönerek, neden paltoyu kendisinin ortadan kaldırmadığını sordu. Terapist kadını, evlilik sorunları konusunda edilgen kaldığı için nazikçe azarlarken, kocanın da ağzı kulaklarına varıyordu. Seansın sonunda duygusal olarak yorgun olsalar da, kendilerini birbirleriyle daha iyi ilişki içinde hissettiler ve kadının annesiyle ilişkileri konusundaki problemi çözmek için aktif olarak birlikte çözüm arama isteklerini belirttiler.

• **Rüya çalışması.** Rüyaların yorumu geştalt terapinin diğer önemli bir parçasıdır. Psikanalitik yaklaşımlara zıt olarak, geştalt terapi rüyayı bilinçdışı süreçlerle bağlantılı sembollerin zengin bir kaynağı olarak görmez

Rüyadaki her imge, ister insan, hayvan, bitki, veya taş olsun, kendiliğin yabancılaşmış bir parçası olarak ele alınır. Rüyayı, her imgenin penceresinden şimdiki zaman kipinde tekrar tekrar anlatarak ve yaşantılayarak hasta bu yabancılaşmış parçalarını tanımaya ve kabullenmeye, onlarla birlikte yaşamaya ve onları daha uygun biçimde dışa vurmayı öğrenmeye başlar (Enright, 1970; s. 121).

Örneğin, geştalt terapideki bir kadın, rüyasında, uzun düz ağaçların arasındaki bir kıvrımlı patikadan gitmekte olduğunu görüyordu. Terapist ona bu ağaçlardan birisi olmasını söyledi ve bu onun kendisini daha derine köksalmış hissetmesine yol açtı. Daha sonra bu tür bir güvenlik ihtiyacı arzusunu dile getirdi. Kendisine bu kıvrımlı yol olması söylendiğinde ise, gözyaşları içinde hayatının çapraşıklığıyla yüzleşiyordu. Geştalt terapisti bir kez daha, danışanın kaçındığı duygularını dışa vurmasına, böylelikle bunların farkına varmasına, bunları kabullenmesine ve belki de bunları değiştirmeye karar vermesine yardım etmiş oldu.

Bu yorumların rüyanın gerçek anlamını yansıtıp yansıtmadıkları geştalt terapistinin ilgi alanı dışındadır. Fenomenolojik yaklaşımıyla uyumlu olarak, geştalt terapistleri danışanları rüyanın onlar için o andaki anlamına güvenmeleri konusunda yüreklendirir. Terapistin, bir rüyanın danışan için ne anlam taşıdığı konusunda bir hipotezi varsa da, terapist bu anlamı rüyayı görene dayatmamaya özen gösterir, çünkü rüya rüyayı görenindir. Rüyayı gören için bunun tek önemi seans sırasında tartışıldığı biçimiyle rüyanın taşıdığı anlamdır, bu anlamda, geştalt terapisinin bir rüyalar kuramı yoktur. Rüya çalışması ile ilgilenir; yani rüyanın terapistin desteğinde danışan tarafından analiz edilmesiyle ilgilenir. Her danışan için yalnızca görüngüsel dünya önem taşıdığı için, üstünde odaklanılmaya değer tek şey onun şu andaki yaşantısıdır. Aynı rüya danışan için beş dakika sonra farklı bir anlam taşıyabilir.

DEĞERLENDİRME

Geştalt terapistleri zamanlarının çoğunu danışanlarını daha dışavurumcu, daha kendiliğinden ve kendi ihtiyaçlarına daha çok özen gösteren bireyler olmaları yönünde kullanır. Perls bu etkinliği kişiyi ortaya çıkan geştaltları üzerinde daha dikkatli olmaya yönlendirmek biçiminde tanımlar. Terapi aynı zamanda, bireyi, kişiliğinin şimdiye dek reddedilmiş bölümlerini tanımaya yüreklendirerek bütünleştirmeye çalışır. Dolayısıyla, geştalt terapi, geştalt psikolojisinin deneysel bulgularıyla paralellik gösterir. Ancak, bu teknikler hakkında konuşmanın en uygun yolunun Perls'ün yaptığı betimlemeler olup olmadığı ve daha da önemlisi, bu kavramların iyi terapistlerin yetiştirilmesinde yardımcı olup olmadıkları tartışılabilir.

Geştalt terapi, kişinin geçmişinin tutsağı olmadığı, farklı olmak için varoluşçu seçimini herhangi bir zamanda yapabileceği ve terapistin boğulmayı tolere etmeyeceği biçimindeki varoluşçu mesajları güçlü bir şekilde iletmektedir. Hiç kuşkusuz bu iyimser bakış birçok insanın değişmelerine yardımcı olur. Ancak, eğer bir kişi daha farklı nasıl davranacağını bilmiyorsa, zaten ızdıraplı olan birisine dikkate değer zarar verilebilir. Örneğin, sosyal olarak ketlenmiş bir kişi başkalarıyla girişken bir biçimde nasıl konuşacağını bilmiyorsa, bu kişinin girişken olmayışının farkına varması ve onun daha dışavurumculuğa yüreklendirilmesi ona çok az yarar sağlayacaktır. Sosyal becerilerden yoksun olan bu kişi, belki de, başkalarıyla ilişkilerinde garip ve etkisiz davranacaktır; sonuçta da, eskisinden daha da kötü hissedebilecektir.

Perls'ün sorumluluk üzerine yaptığı vurgu, başkalarına verilen söz ve zorunluluklar ile karıştırılmamalıdır. Perls bir terapist olarak dahi, kendisini, hastaları da dahil, başkaları için sorumluluk taşıyan biri olarak sunmamıştır. Bireyin kendisine bakım ve ihtiyaçları ortaya çıktıkça bunları karşılama sorumluluğu vardır. Bu çok açık ben-merkezcilik sosyal vicdan duygusu olan ya da geçmişte başkalarına taahhütlerde bulunmuş kişiler için sorun yaratabilecektir. Perls bu tür taahhütlerin hiçbir zaman yapılmaması gerektiğine inanmaktadır (Prochaska, 1984).

Perls ve Rogers gibi insancıllara göre, insanlar kendi doğaları gereği iyi, amaçlı ve güçlüdürler. Eğer bu doğruysa, bu içsel iyi doğaya güvenmek ve ihtiyaçların doğrudan dışa vurumunu yüreklendirmek mantıklı olacaktır. Ancak insanlar her zaman iyi midir? Bazen danışanlar, özellikle psikolojik olarak sorunlu olanlar, kendilerini profesyonelin yargısında kendileri için en iyi olmayan şeyi yapmak zorunda hissederler. Bir danışanın birisini öldürme ihtiyacı hissettiğini ya da dışarıdan kişilerin görmemesi istenen bir davranış içinde olduğunu düşünün. Burada terapistin sorumluluğu nedir? Terapist hangi noktada araya girer ve kendi yargısını dayatır? Hastalar yıkıcı davranışlarda bulunma eğilimi gösterdiklerinde çok az terapist bir şey yapmadan durur. Bölüm 20'de Tarasoff kuralının tartışmasında görüldüğü gibi, terapistlerin böylesi koşullarda, hastanın isteklerine ters de olsa, tavır almaktan başka seçenekleri yoktur. Bu yasal zorunluluktan ayrı olarak da, geştalt terapistleri tüm kararları danışanlarına bırak-

mazlar ve onlar üzerinde, yalnızca sundukları modelle bile olsa, kayda değer etkide bulunurlar. Daha önce belirttiğimiz gibi, Perls karizmatik bir figürdü. Birçok kişi kuramsal yönelimleri ne olursa olsun, terapistlerinin değerlerini benimsemektedir (Pentony, 1966; Rosenthal, 1955) Bu sosyal etkiyi, böyle bir etkinin varlığını, belki de terapistlerin hastalar üzerinde daha büyük bir tiranlıklarına yol açabilecek biçimde reddetmektense, dikkate almayı tercih ediyoruz.

Geştalt terapinin çeşitli yönlerini, özellikle boş sandalye tekniğini araştıran çok az çalışma vardır. Conoley ve ark., (1983) üniversite öğrencileriyle yaptığı bir çalışmada kendi kendine bildirilen öfkenin 20 dakikalık bir boş sandalye egzersizinden sonra azaldığını bulmuşlardır. Greenberg ve Rice (1981) bu tekniğin farkındalığı ve duygusal dışavurumu arttırdığını bildirmiş; Clarke ve Greenberg (1986) ise, insanların karar verme süreçlerinde bu tekniğin problem çözme tekniklerine göre daha üstün olduğunu bulmuşlardır.

Tüm terapiler kötüye kullanıma açıktır; Geştalt terapi de bundan ayrık değildir; hatta özel bazı problemler taşır. Biraz deneyimle, eğitim görenler için dahi, danışanların duygularını ifade etmelerini sağlamak zor değildir. Bazı Geştalt teknikleri insanları açma konusunda öyle güçlü olabilirler ki, danışanlar niyetlenilenin tersine zarar görebilirler. Perls'ün kişiliğinin güçlülüğü ve yüzleştirmeci tarzı bazı terapistleri, onun alışılmadık durumlarda gösterdiği düşüncelilik, beceri ve özenden yoksun olarak taklit etmelerine yol açmıştır. Sorumlu bir Geştalt terapisti danışanın çıkarlarını ön planda tutan ve bir kişinin ızdırabının azaltılmasında, güçlü duyguların dışavurumunun kendi başına yeterli olmayabileceğini anlayan bir profesyoneldir. Geştalt terapinin doğası ve Fritz Perls'ün anısı etrafında bir kültün oluşması, Geştalt terapistlerinin daha fazla dikkat ve alçak gönüllülük göstermek için çabalamaları gereğini ortaya çıkarmaktadır.

ÖZET

Çeşitli psikoterapi formları üzerinde on yıllardır, bazen çelişkili sonuçlar bildiren birçok araştırma yapılmıştır. Psikoterapinin etkilerinin değerlendirilmesi sağlık sigortası şirketlerinin taleplerinin de artmasıyla giderek önem kazanmaktadır. Bu ve sonraki iki Bölümde, psikoterapötik müdahalelerin değerlendirilmesi için bir çerçeve sunmak üzere, bazı genel konular gözden geçirilmiştir. Bu konular, tedavinin özgül etkisinden çok beklentiler yoluyla ortaya çıkan düzelmeye işaret eden plasebo etkisi; terapilerin uygulama ve araştırma alanlarındaki farklılıkları (örneğin, araştırma çalışmalarında, bir araştırma projesi kapsamı dışında çalışan klinisyenlerin uygulamalarıyla çok az benzerlik gösteren elkitapları uygulanmaktadır); birçok psikoterapi araştırmasında terapi sonuçlarını profesyonel müdahale olmasaydı ne olurdu karşılaştırmasını olanaksız kılacak şekilde tedavi görmeyen kontrol gruplarının olmayışı; hastaların yaşamdaki birçok yordanamaz ve kontrol edilemez kuvvetlerin sonucu olarak nasıl değiştiklerine dair anlayışın sınırları için kaos kuramının doğurguları.

İçgörü terapileri şu temel sayıltıyı paylaşır; birey kendi hareketlerini neyin motive ettiğinin farkında olmadığı için davranış bozuktur. Psikanaliz geçmişteki etkenleri vurgular, oysa Rogers ve Perls'ünkiler gibi pek çok insancıl (hümanist) ve varoluşçu yaklaşım, davranışın güncel belirleyicileri üzerinde durur. Hastanın hayatındaki bu güne ait etkenlere ilgi, klasik psikanalizin ego analizi ve kısa dinamik kişiler arası terapi gibi, pek çok çağdaş formunda da bulunur.

Klasik psikanaliz çocukluk baskılamalarını açığa çıkarmaya çalışır, böylece libidinal boşalıma yönelik çocuksu korkular, yetişkin ego tarafından bu günün gerçekliği ışığında sorgulanabilir. Kısa süreli dinamik terapi, hastanın içgüdüsel boşalım ve çevre üzerinde daha büyük kontrol kazanma ihtiyacına ve becerisine daha fazla vurgu yapar. Kısa süreli Psikodinamik terapi zaman sınırlı bir terapidir ve beklentiler iki düzine seanstan daha az olarak ayarlanır. Psikanalizin aktarım nevrozunun analizi aracılığıyla kişiliğin onarımını sağlama hedefinden vazgeçerek, somut hedefler ve hayatın kaçınılamaz stres kaynaklarıyla başa çıkma yollarını öğrenme üzerine bir odaklanma vardır.

Rogers, kendini gerçekleştirme (self-actualization) yönündeki güdünün temel iyiliğine güvenmiş ve terapi içinde yargılayıcı olmama koşullarının oluşturulmasını önermişti. Rogeryan terapistler, danışana yönelik koşulsuz olumlu kabul ve empati aracılığıyla, danışanların kendilerini daha doğru olarak görmeleri ve kendini gerçekleştirme yönündeki içgüdülerine güvenmeleri konusunda onla-

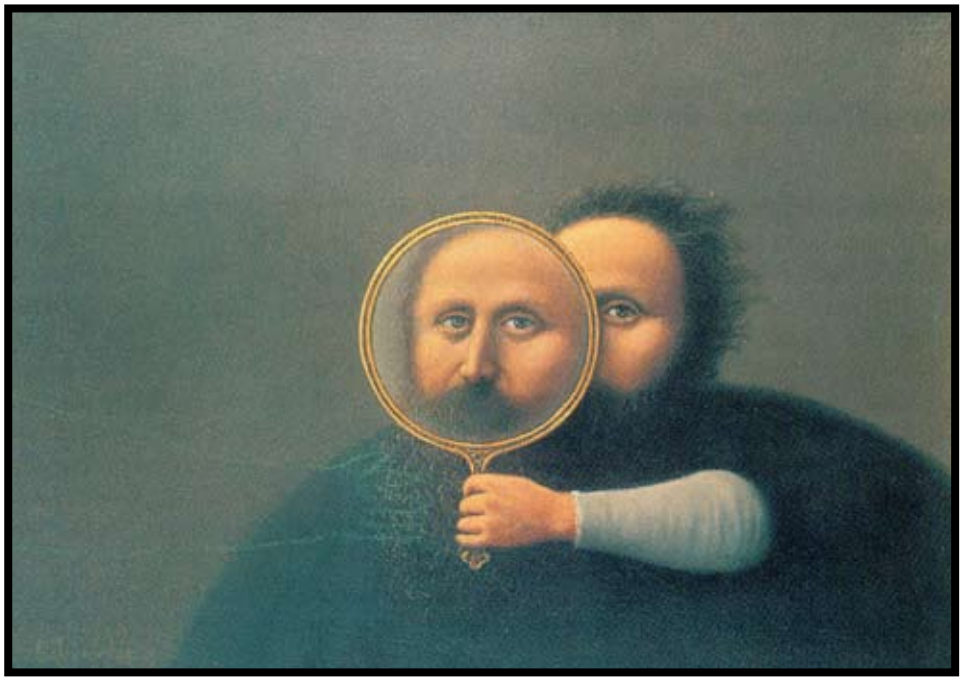
ra yardım ederler. Temel olarak Avrupa'daki varoluşçu felsefeden etkilenen varoluşçu terapistler, benzer şekilde, insanları doğuştan gelen kendi potansiyelini gerçekleştirme becerisine sahip olarak kabul ederler; insanlar belirli bir anda farklı olma kararı verme özgürlüğüne de sahiptir. Hem Rogeryanlar hem de varoluşçular birey tarafından deneyimlenenin tek gerçeklik olduğunu varsayarlar. Bu yüzden, terapist dünyayı kendisininkinden çok, danışanın fenomenolojik bakış açısından görmeye çalışmak zorundadır.

Perls'ün geştalt terapisi şu anı yaşamayı vurgular, o ve yandaşları tarafından sunulan pek çok teknik, danışanlara bugünkü ihtiyaçlarını deneyimleme de ve ortaya çıktıkları şekilde doyurma konusunda rahat hissetmelerinde yardım etmek için tasarlanmıştır.

Giderek artan sayıda araştırma, bazı içgörü terapilerinin etkililiğini destekler. Bu araştırmaların bir kısmı süreç yönelimlidir, yani, iyileşmeden sorumlu olan etkenleri inceler. Terapist ve hasta arasındaki terapötik işbirliği önemli bir değişken olarak ortaya çıkar. Yine de psikoterapi araştırması son derece karmaşık ve güçtür; bilimsel temelli çıkarımlar, insanların değişmesine nasıl yardım edildiği hakkındaki temelsiz inançların kabul edildiği kadar kesin olarak elde edilemez.

ANAHTAR SÖZCÜKLER

Psikoterapi
içgörü terapisi
plasebo etkisi
sonuç araştırması
süreç araştırması
meta-analiz
psikanaliz
serbest çağrışım
direnç
rüya analizi
örtük içerik
açık içerik
yorum
inkâr
aktarım nevrozu
karşı aktarım
ego analizi
kısa süreli terapi
kişilerarası terapi (IPT)
insancıl ve varoluşçu terapiler
danışan merkezli terapi
içtenlik
koşulsuz olumlu kabul
tam empati
anlayış
gelişmiş tam empati
temel empati
Geştalt terapi



Alfredo Castaneda, "Ayna bir diğer imgeyi hayal ettiğinde 1988.

18

BİLİŞSEL VE DAVRANIŞ TERAPİLERİ

Çeviri: Psk. Dr. Mehmet Akif Sayılgan

KARŞI KOŞULLAMA
- Sistematik Duyarsızlaştırma
- İtici uyarıcılarla Terapi

EDİMSEL KOŞULLAMA
- Ödül Biriktirme Tekniği
- Çocuklarla Edimsel Çalışma

MODEL ALMA
- Model Alma Yoluyla Tedavi Edilen Sorunlar
- Bilişin Rolü

BİLİŞSEL DAVRANIŞ TERAPİSİ
- Ellis'in Akılcı-Duygusal Davranış Terapisi
- Beck'in Bilişsel Terapisi
- Beck ile Ellis'in Terapileri Arasında Bazı Karşılaştırmalar
- Sosyal Problem Çözümlemesi
- Çok Yaklaşımlı Terapi
- Bilişsel Davranışçı Terapi Hakkında Düşenceler

DAVRANIŞSAL TIP
- Ağrı Tedavisi
- Kronik Hastalıklar ve Yaşam Tarzı
- Biyolojik Geri Bildirim

TEDAVİ ETKİLERİNİN GENELLENMESİ VE SÜRDÜRÜLMESİ
- Aralıklı ve Doğal Pekiştirme
- Çevresel Değişim
- İkincil Kazancın Elenmesi
- Nüksün Önlenmesi
- Kendine Yükleme

BİLİŞSEL VE DAVRANIŞÇI TERAPİLERDE TEMEL KONULAR
- İçsel Davranış ve Biliş
- Bilinçdışı Etkenler ve Altta Yatan Nedenler
- Geniş Spektrumlu Tedavi
- İlişki Etkenleri
- Kuramsal İskeletin Üstündeki Et

PSİKANALİZ VE DAVRANIŞÇI TERAPİ - BİR UZLAŞMA MI?

PSİKOTERAPİDE EKLEKTİSİZM VE KURAMSAL BÜTÜNLEŞTİRME
- Lazarus-Messer Tartışması
- Olgunlaşmamış Bütünleştirmeye Karşı İddialar

ÖZET

Orta yaşlı bir inşaat işçisi depresyonu sebebiyle yardım istemişti. Sabahları yatağından kalkmakta güçlük çekiyor, işini ve genel olarak yaşamını korku ve kötülük dolu olarak görüyordu. Dikkatli bir inceleme sonucunda emrinde çalışanlar tarafından beğenilmeye ve onaylanmaya gereğinden fazla önem verdiği anlaşıldı. Depresyonu, diğer çalışanlara emir vermesi, kontrol etmesi ve eleştirmesi gereken ustabaşılığa terfi etmesiyle başlamıştı. Altında çalışanların zaman zaman talimatlarına ve yorumlarına karşı çıkması, kızgın bakışları ve somurtmaları kendisini rahatsız etmekteydi. Eleştirildiği veya reddedildiği zaman gereğinden fazla rahatsız olduğu konusunda terapistle anlaştı. Sistematik duyarsızlaştırma tedavisi sonucunda işle ilgili kaygıdaki azalma depresyonun ortadan kaldırılmasında başarılı olmuştur. (Goldfried & Davison, 1994, s. 114'ten uyarlanmıştır)

1950'li yıllarda psikopatolojinin tedavisinde yeni bir yöntem olan **davranış terapisi** ortaya çıktı. Bu terapi, başlangıçtaki haliyle, klinik sorunların değiştirilmesi için klasik ve edimsel koşullamaya dayanan işlemleri kullanmıştır. Bazen *davranış değiştirme* terimi de kullanılmaktadır, bu terim daha çok tedavi için edimsel koşullama yöntemini kullanan terapistler tarafından tercih edilmektedir. Bu alanı tanımlamada önemli tartışmalar olduysa da (Fishman, Rotgers, & Franks, 1988, Mahoney, 1993), davranış terapisi bugün daha çok epistemolojik tutumu -belirli kavramlara bağlılıktan çok, kanıtların titiz standartlarını araştırması- ile karakterize edilmektedir. Davranış terapisi, deneysel psikologlar tarafından normal ve anormal davranışların incelemesinde kullanılan yöntemler ve yapılan buluşların klinik ortamda anormal davranış, düşünce ve duyguların değiştirilmesi girişimidir.

En etkili klinik yöntemlerin bilim tarafından geliştirileceği bir *varsayımdır* (Beutler & E.H. Davison, 1995). Bilimsel yöntemin doğasında onun ilkeleri doğrultusunda insan davranışlarını inceleyenler için kesin başarıyı garantileyen hiçbir şey yoktur. Bilim oyununu oynayarak Ay, Mars ve daha ötesine ulaşmış olmamız, aynı kuralların insan davranışlarına uyarlanabileceğim göstermez. Özgür iradeyi vurgulayan varoluşçular, bu kitabın yazarları tarafından onaylanan kurallarla insan doğasının araştırılamayacağını varsayarlar. Bahislerimizi bu Bölümde anlatılan bilimsel çalışmaya oynasak da, davranış terapisinin davranışsal, bilişsel ve duygusal bozuklukları tedavide en iyi yöntem olduğu sadece inanca dayanır.

Davranış terapisinin tam olarak ne zaman geliştirilmeye başlandığını bilmemiz zor olsa da, bir sosyal bilimcinin bir sabah uyanıp psikolojik rahatsızlıkları olan insanların bundan böyle deneysel bulgulara dayanan tekniklerle tedavi edilmesi gerektiğini ilan etmediğini biliyoruz. Buna karşın, klinik alanda çalışanlar, yıllar içinde karşılaştıkları sorunlara ilişkin yeni bir varsayımlar bütünü formüle etmeye başladılar. Örtüşen alanlar olmakla birlikte davranışçı terapide dört kuramsal yaklaşımı ayırt etmeyi yardım edici buluyoruz: karşı koşullama, edimsel koşullama, model alma ve bilişsel davranışçı terapi. Bu yaklaşımları gözden geçirdikten sonra, davranışsal ve biyomedikal bilgileri harmanlayarak fiziksel sağlığı artırmayı ve fiziksel rahatsızlıkları azaltmayı amaçlayan yeni bir uzmanlık alanı olarak davranışsal tıbba değineceğiz. Daha sonra terapideki kazanımların gerçek hayata nasıl genelleneceği ve etkili biçimde sürdürülebileceğini inceleyeceğiz. Son olarak, psikoterapide kuramsal bütünlük ve eklektisizme karşı giderek artan ilgi ve bu alanlardaki çabalara ilişkin üstünlük ve güçlüklere değineceğiz.

KARŞI KOŞULLAMA

Şekil 2.5'te gösterildiği gibi, karşıt koşullamada uyarana (U) karşı gösterilen bir tepki (T1), aynı uyarana karşı değişik bir davranışın (T2) ortaya konmasıyla ortadan kaldırılır. Örneğin, eğer bir kişi kapalı alanda (U) kalmaktan korkuyorsa (T1), terapist bu kişiye kapalı alanlarda daha sakin tepki (T2) vermesi için yardımcı olmaya çalışır. Kanıtlar gerçekçi olmayan korkuların bu şekilde ortadan kaldırılabildiğini göstermektedir. Karşı koşullamanın en eski ve günümüzde ünlü olan klinik gösterimi Mary Cover Jones tarafından bildirilmiştir (1924). Jones, küçük bir çocuğun tavşanlara olan korkusunu onu tavşanların bulunduğu bir ortamda besleyerek ortadan kaldırmıştır. Tavşan önceleri birkaç metre ileride tutulmuş ve giderek yakınlaştırılmıştır. Böylelikle tavşan (U) tarafından üretilen korku (T1) yemekle (T2) ilintili daha güçlü olumlu duygular tarafından 'dışlanmıştır'. Sistematik duyarsızlaştırma ve uzaklaştırma terapisi karşıt koşullama nedeniyle etkili oldukları varsayılan davranışsal tekniklerdir.

SİSTEMATİK DUYARSIZLAŞTIRMA

Joseph Wolpe (1958), yetişkinler için, Jones'un kullandığı yöntemlere benzer bir terapi tekniği geliştirmiştir. Wolpe, hastalarının ço-

Davranış terapisinin öncülerinden biri Joseph Wolpe özellikle yaygın uygulanan davranışçı teknik olan sistematik duyarsızlaştırma ile bilinir.

ğunun, aynı anda kaygılarını azaltan davranışlarda bulunmaları kaydıyla, korktukları durum veya nesnelerle karşılaşmak için yüreklendirilebildiklerini görmüştür. Diğer yandan Wolpe, hastalarına yemek yedirmek yerine, bu yetişkinlere kaslarını gevşetmeyi öğretmiştir. Wolpe'un eğitim yöntemleri, Edmond Jacobson'ın (1929), kaygı gibi güçlü duygusal durumların kişinin derin bir gevşeme durumunda olmasıyla önemli ölçüde engellenebildiğini gösteren, ilk çalışmalarından uyarlanmıştır.

Wolpe'un hastaları tarafından hissedilen korkular, eleştiri ve başarısızlık gibi soyut kavramlar olduğundan bunları ortaya çıkaracak gerçek olayları yaratmak pratik olmamıştı. Salter'ın önceki önerilerine uygun olarak Wolpe, bu yetişkinlerin korktukları şeyleri hayal etmelerinin daha akılcı olacağını düşündü. Böylelikle, kişinin hayal ettiği korkularına eşlik eden derin gevşemeye dayalı yeni bir teknik olan **sistematik duyarsızlaştırmayı** (desensitization) ortaya çıkardı. Wolpe ve daha birçok klinisyen tarafından belgelendiğine göre, gerilimli hayallere katlanma yeteneğinin artmasını, genellikle gerçek yaşamda karşılaşılan benzer durumlarda duyulan kaygının azalması izlemiştir. 2. Bölümde sunulan örnek bu tekniğin uygulamasını göstermektedir.

Terapi seansları arasında hastalara genellikle kendileri için giderek daha korkutucu gerçek yaşam olaylarıyla karşılaşmaları söylenir. Bu ev ödevleri hastaların imgelemden gerçekliğe uyum sağlamalarına yardımcı olur. 6. Bölümde anlatıldığı gibi, gerçek yaşamda korku duyulan olaylarla karşılaşma, uzun zamandan beri, yersiz kaygıların azaltılmasında önemli bir yöntem olarak bilinmektedir.

Klinisyenler sistematik duyarsızlaştırmayı kullanarak kaygı ile ilgili birçok sorunu tedavi etmişlerdir. Bu teknik inanılması zor bir biçimde basittir. Diğer yandan, duygusal gerilim yaşayanlar için olan her terapi gibi, bunun da uygulaması karmaşıktır. Klinisyen ilk başta kapsamlı bir davranışsal inceleme yaparak, hastanın kaygılı tepkiler göstermesine neden olan olayların böyle tepkilere uygun olup olmadığını anlamalıdır. Eğer kişi bir takım olaylarla baş edebilecek becerilerden yoksunsa -örneğin, uçak kullanmayı bilmediği için uçak uçurmaktan kaygı duyuyorsa- duyarsızlaştırma uygun değildir. Diğer yandan, eğer kişi kaygı nedeniyle bilinen ve geleneksel şekillerde davranmakta güçlük çekiyorsa, duyarsızlaştırma yöntemi uygundur. Bazen, bu bölümün başında verilen örnekteki gibi, hastanın açıkça kaygılı olmadığı durumlarda da kullanılabilir. Açıklanan diğer tüm teknikler gibi, bu da nadiren yalnız başına uygulanır. Sosyal etkileşimlerden korkan bir kişiye, duyarsızlaştırmanın yanında, konuşma ve diğer sosyal beceriler eğitimi de pekâlâ verilebilir. En genel anlamıyla duyarsızlaştırmanın uygulanabilirliği, terapistin hastanın sorunlarının altında yatan kaygının kaynağını keşfetmede gösterdiği yeteneğe dayanır (Goldfried & Davison, 1994).

Araştırmacılar klinik raporların tekniğin etkili olduğunu bildirmesi nedeniyle duyarsızlaştırmaya ilgi duymuşlardır. Kontrollü çalışmaların sonuçları, 1960'larda başlayan klinik savlan desteklemiştir (örn., Davison, 1968b; Lang & Lazovik, 1963, Paul, 1966).

Gerçekçi olmayan korkuların tedavisinde kullanılan yeni bir buluş da sanal gerçeklik (SG) aygıtıdır.

SG, kişinin bilgisayar tarafından oluşturulan sanal çevreye (VE) katılımını sağlayan gerçek zamanlı bilgisayar grafikleri, vücut izleme aygıtları, görsel elemanlar ve diğer duyusal aygıtları içerir (VE; Kalawsky, 1993). Katılımcılar genellikle başa monte edilen elektromanyetik algılayıcılı bir görüntü aygıtı giyerler. Kullanıcı bilgisayar tarafından oluşturulan, baş ve vücudun hareketleriyle doğal olarak değişen sanal bir dünyayla karşılaşır. Kullanıcılar bazı ortamlarda, örneğin, asansör düğmesine basarak yukarı çıkmak amacıyla, ortamla etkileşimlerini sağlamak amacıyla ikinci bir alıcıyı ellerinde tutarlar. (Rothbaum ve ark., 1995a, s. 548)

Bu karmaşık bilgisayar kontrollü aygıtlar terapiste *danışma odasında,* korkulu bir hastaya gerçek yaşamda korktuğu şeylerle canlı bir biçimde karşılaşma olanağını sağlar.

Bu süreç, yükseklik fobisi olan bir kişiyi bir binanın üzerine çıkarıp orada durması için cesaret vermek ve aynı anda da korkuyu kontrol etme veya karşıt koşullamaya çalışmaktan daha az zaman alıcı ve daha kontrollüdür. Sanal gerçeklik aygıtları hastanın sistematik duyarsızlaştırma sırasında üretebileceğinden daha gerçekçi görüntüler oluşturabilirler ve bunların gerçekçi görüntüler oluşturamayan kişiler için kullanımı daha akılcıdır. SG'in kişiler için son derece gerçekçi görüntüler oluşturduğu yönünde çok sayıda kanıt bulunmaktadır (örn., Hodges ve ark., 1994, Rothbaum ve ark., 1995b'den akt.).

SG'in bir kaygı bozukluğunu (yükseklik fobisi) tedavide başarılı kullanımı konusunda ilk vak'a raporu (Rothbaum ve ark., 1995a) ve kontrollü çalışma (Rothbaum ve ark., 1995b) yazarların çevirisiyle bir 'sanal gerçekliğin dereceli gösterimini' içermekteydi. Terapi üç hafta boyunca birer saatten kısa beş seanstan oluşmaktaydı. Gösterimler, kişinin çeşitli katlardan dışarı ve aşağı bakmasını yüreklendiren, bir cam asansörü içermekteydi. SG, tedavi öncesi ve sonrası korkuyu saptamak için kullanılan çok katlı bir otel (kırk dokuz katlı) asansöründeki görüntüleri içeriyordu. Hasta tarafından belirtildiğine göre, SG tedavisi sonucunda yüksek yerlerden kaçınma ve gerginlik önemli ölçüde azalmıştır. Aynı klinik araştırma grubu tarafından belirtilen benzer bir başarı da uçuş korkusu olan bir kadının durumudur (Rothbaum ve ark., 1996). İmgeleme dayanan standart duyarsızlaştırmaya olan üstünlüğü değerlendirilmeliyse de, SG'in psikoterapide gittikçe artarak kullanılmasını bekleyebiliriz. Güncel SG teknolojisi ne yazık ki diğer kişilerle etkileşim gibi karmaşık görüntüler sunamamaktadır.

İçgörü terapilerindeki araştırmacılar gibi davranışsal araştırmacılar da yalnızca belirli bir tekniğin işe yarayıp yaramadığına değil aynı zamanda da neden işe yaradığıyla ilgilenirler. Wolpe'un varsayımına göre, duyarsızlaştırmanın etkili olmasının altında, karşı koşullama -kişi korktuğu şeylerle giderek daha fazla yüzleştikçe kaygıya karşıt bir tepki veya durum kaygının yerini alır- yatmaktadır. Bazı deneyler (Davison, 1968b) karşı koşullamanın bu tekniğin etkili olmasının nedeni olduğunu gösterse de daha değişik açıklamalar da olasıdır. Birçok çağdaş kuramcı, kişinin korktuğu şeylerle karşılaşmasına öncelikle önem verirken; daha sonra gevşemenin korkmuş kişinin korkularıyla yüzleşmesinde yararlı bir yol olduğunu savunur (Wilson & Davison, 1971).

İTİCİ UYARICILARLA TERAPİ

Hayvanların klasik itici uyarıcılarla koşullaması (nötr veya olumlu uyaranın, şok gibi, olumlu olmayan şartsız uyaranla eşleştirilmesi) üzerine olan yazılar, terapistleri insanlar üzerinde olumsuz koşullama yapılabileceğine inandırmış ve olumsuz uyaranı çekiciliği uygunsuz bulunan uyaranla eşleştirerek onu daha az cazip kılmayı amaçlayan tedavi programları oluşturmaya sevketmiştir[1]. **İtici uyarıcılarla terapi** adlı yöntem duyarsızlaştırmaya benzer olmakla beraber, olumlu tepki yerine yeni bir kaygı ya da tiksindirme (aversion) tepkisi koymayı amaçlamasıyla, ona karşıttır. İtici uyarıcılarla terapiyle tedavi edilen sorunlar arasında aşırı alkol ve sigara tüketimi, travestilik, teşhircilik ve aşırı yeme sayılabilir (McConagy, 1994; Miller, 1995). Örneğin, içmesinin engellenmesini isteyen alkol sorunu olan kişinin önce alkolü tatması, görmesi, koklaması ve bunları yaparken rahatsızlık hissetmesi. Koşulsuz uyaran olarak ellere zarar vermeyen ama acı veren şoka ek olarak, bazı terapistler istenmeyen uyaranı sunarken danışanın midesini bulandıran kusturucu ilaçlar da kullanmaktadırlar.

Hayvanlar üzerinde yapılan koşullanmış tat tiksindirmesi araştırmalarına (Chambers & Bernstein, 1995) uygun olarak, alkolizm ve nikotin bağımlılığında kimyasal tiksindirme araştırmaları, alkolün veya sigaranın tadıyla eşleştirilmiş mide bulantısının kalıcı koşullanmış uzaklaştırmalara ve sonuçta alkol ve sigaradan kaçınmaya neden olduğu yolundaki önermeleri desteklemiştir (Baker & Brandon, 1988; Cannon ve ark., 1986).

Etik nedenlerden dolayı itici uyarıcılarla terapi tartışmalıdır. Kendileri istedikleri halde insanlara acı ve rahatsızlık verilmesi protestolara neden olmuştur. En büyük etik sorun homosek-

---

[1]Bazı yorumcular (örn., Sandler, 1986) itici uyarıcılarla terapiyi bir tür cezalandırma olarak görürler ve edimsel koşullama genel başlığı altına koyarlar. Öğrenme kuramındaki yaygın kabul edilen varsayım olan "tüm klasik koşullama işlemleri edimsel bileşenler içerir, tüm edimsel koşullama işlemleri de klasik koşullama bileşenleri içerir" yaklaşımını kabul etmemize rağmen biz farklı bir yol izledik. Buradaki konu, klasik koşullamadaki gibi, kişinin ne yaptığından bağımsız olarak terapist ya da deneycinin bir uyaranı itici bir olayla eşleştirmeye çalışmasıdır. Ya da edimsel koşullamadaki gibi, terapist bir tepkiyi itici bir olayla eşleştirmeye çalışmaktadır. Pratikte, kavramsal şemaların imâ ettiğinden de fazla örtüşme vardır.

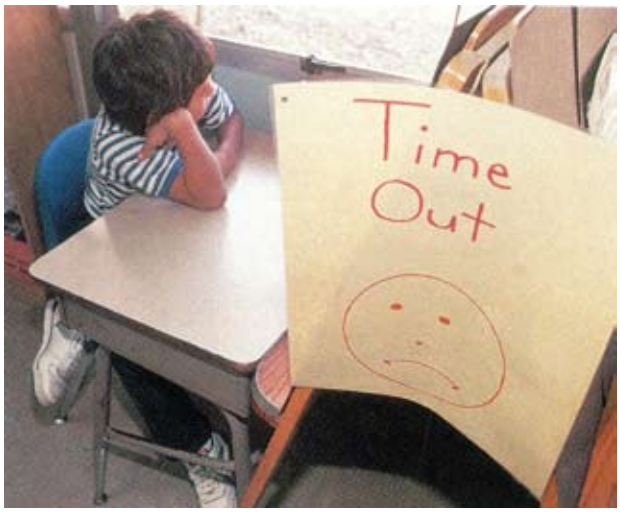
süel özgürlük kuruluşları tarafından dile getirilmiştir. Bu kuruluşlar acı verici tedavi talep eden homoseksüellerin, önyargılı bir toplum tarafından 'kirli' olarak kabul edilen bir davranış için kendilerini cezalandırdıklarını savunmuşlardır. Bu gruplar davranış terapistlerini bu istekleri kabul ederek homoseksüelliğin meşru bir hayat tarzı olarak kabul edilmesini engellemekle suçlamışlardır (Silverstein, 1972). Bu konuya diğer bir bölümde değineceğiz (Odak 20.5).

Tiksindirme yöntemini seçen terapistler bu yöntemi nadiren tek başına uygularlar. Örneğin, hoş olmayan duygulardan alkolün uyuşturucu etkisiyle kurtulmaya çalışan alkol sorunu olan birine, bu duygularla baş edebilmesi amacıyla stresle başa çıkması için yeni beceriler öğretmek gibi, uygunsuz tepkilerin yerine yeni davranışları öğretmek amacıyla daha olumlu teknikler de uygulanmaktadır. İtici Uyarıcılarla terapinin etkileri kısa ömürlü olsa da, istenmeyen davranışlardaki geçici azalma toplum veya kişi tarafından daha uygun görülen davranışların öğrenilmesine fırsat tanır. İtici Uyarıcılarla terapi genellikle son çare olarak uygulanır.

EDİMSEL KOŞULLAMA

1950'lerde birtakım araştırmacılar, terapistlerin insan davranışlarını ödüller ve cezalar kullanarak şekillendirmeye çalışmalarını önerdiler (Skinner, 1953). Edimsel koşullama yoluyla, hastaneye yatırılmış hastaların karmaşık, anlaşılmaz ve genellikle çılgın davranışlarının bir derece kontrol altına alınabileceği inancıyla bazı psikologlar, ağır hastaların bulundukları kuruluşlardaki karmaşaya uygulanabilir bir düzen getirmeyi amaçlamışlardır.

Edimsel araştırmacılar yiyecek, jetonlar ve övgü gibi bilinen olumlu ve sözlü ve fiziksel cezalar gibi olumsuz pekiştiricilere ek olarak yenilerini geliştirmişlerdir. *Premack ilkesi* (Premack, 1959) belirli bir olayda daha olası bir davranışın daha az olası bir davranış için pekiştirici olarak kullanılabileceğini savunur. Örneğin, eğer John'un çamaşır yıkamaktansa futbol maçı seyretmeyi tercih ettiğini biliyorsanız, ikincisi ilkine bağlı hale getirebilir, yani John'un maçı seyretmesine izin vererek onun çamaşırı yıkamasını sağlayabilirsiniz. Çoğumuz bu ilkeyi, kendimize hoşlanmadığımız birşeyi yapmadan önce sinemaya gitmemek için söz vererek, defalarca uygulamışızdır.



Mola, yanlış davranışın sonucunun, pozitif pekiştiricilerin olmadığı bir çevreye çıkarıldığı edimsel bir işlemdir.

Diğer bir edimsel araç da, kişiyi olumlu pekiştiriciler kazanabileceği ortamdan çıkarmak olarak açıklanan *'mola'*dır (time-out). Örneğin, istenmeyen davranışı görmezlikten gelme -tipik dışlama yöntemi- yerine kişiyi belirli süre için olumlu pekiştiricilerin olmadığı bir yere göndermektir. Aşırı düzeltme (overcorrection) ise, kişinin zarar verdiği ortamı sadece düzeltmesi değil, aynı zamanda eskisinden daha iyi hale getirmesi için uygulanan bir cezalandırıcıdır (Azrin, Sneed, & Foxx, 1973). Yani, bir çocuk yatağını toplamak yerine çarşafları yırttığında, terapistin çocuğun sadece kendi yatağını değil, diğer yatakları da toplamasını istemesidir. Genel olarak bakıldığında, edimsel tedaviler terapist tarafından belirli ölçüde kontrolün sağlanabildiği olaylarda işe yarar. Ödül biriktirmeyi inceledikten sonra çocuklar üzerindeki edimsel uygulamalara geçeceğiz.

ÖDÜL BİRİKTİRME TEKNİĞİ

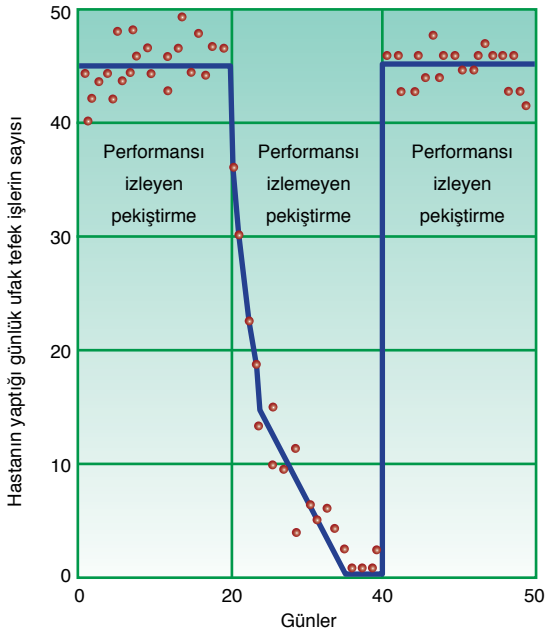
Edimsel gelenekteki ilk çalışmalara örnek olarak, istenilen davranışlar için jetonların (poker çipleri veya plastik markalar) daha sonra istenilen aktiviteler veya eşyalar için kullanılmak üzere verildiği **Ödül biriktirme tekniğini** (token economy) örnek olarak verebiliriz. Staats ve Staats'ın (1963) çocuklar üzerinde yaptıkları araştırmalara dayanarak, Ayllon ve Azrin (1968) bir akıl hastanesinin bir servisini, yatakları toplamak veya saçlarını taramak gibi aktiviteler için ödüllerin verildiği ve tuhaf ve içe kapanık davranışlar için verilmediği bir seri deney için ayırmışlardır. Ortalama olarak onaltı yıl hastanede olan kırkbeş kadın hasta sistematik olarak kişisel bakımları ve koğuş çalışmaları için, sinema-

Burada Missouri Fulton State Hastanesinde Sosyal Öğrenme Programı tarafından yürütülen bir jeton biriktirme uygulaması görülmektedir. Hasta bir personelden akademik bir aktiviteye katıldığı için bir jeton ve sözel pekiştirme almaktadır.

ya gitme, müzik dinleme, özel oda kiralama ya da ekstra kantin olanakları gibi özel ihtiyaçlarını karşılamada kullanabildikleri plastik markalarla ödüllendirilmişlerdir. Bu program ile her hastanın yaşamı olabildiğince kontrol altına alınabiliyordu.

Ödül biriktirmenin kuralları -ödüllendirilen gündelik işler ve kişisel bakım, bunların kaç jeton ettiği, hangi aktivite ve maddelerin kaç jeton ettiği- dikkatlice konulur ve genellikle ilan edilir. Bu uygulamalar önemli ölçüde gerilemiş yetişkin hastaların bile, pekiştirici izlerliğinin sistematik değişimlenmesinden -yani belirli bir davranışın sıklığını artırmak için ödüllendirmek ve diğer davranışların sıklığını azaltmak için görmezden gelmek- ne kadar çok etkilendiğini göstermiştir. Ayllon, Azrin ve diğerleri bu yöntemle izlerliklerin servis hastaları üzerindeki etkilerini ortaya koymuşlardır. Şekil 18.1 diş fırçalama ve yatak toplama gibi davranışların ödüller kaldırıldığında önemli ölçüde azaldığını ama ödüller geri getirildiğinde tekrar arttığını göstermektedir.

Ödül biriktirme hakkındaki bu ilk çalışmaların yayınlanmasından bu yana Amerika Birleşik Devletleri'nde birçok benzer program oluşturulmuştur (Paul, Stuve, & Menditto, basımda). Bunlar arasında en etkileyici olanlardan biri de Gordon Paul ve Robert Lentz (1977) tarafından bildirilmiştir. Programlarındaki uzun dönemli, gerilemiş ve kronik şizofreni hastalar, üzerlerinde sistematik çalışma yapılmış en ağır hasta yetişkinlerdir. Bu hastaların bazıları uzun zaman çığlık atmakta, bazıları tamamen sessiz kalmakta, çoğu altına kaçırmakta ve bir kısmı da saldırgandı. Çoğu çatal kaşık kullanmıyordu ve bazıları da yüzlerini yemeklerine gömüyordu. Yaş,



Şekil 18.1 *Bir serviste jetonları alan hastalar kendi kendilerine düşüncelere dalmaya ve ufak tefek işler yapmaya, ödül verilmediği zamana kıyasla daha çok zaman ayırdılar.*

cinsiyet, sosyoekonomik durum, semptomlar ve hastanede kalış sürelerine göre gruplanan hastalar üç servise verilmişlerdi: sosyal öğrenme (davranışsal), ortam ya da çevre (milieu) terapisi ve olağan hastane yönetimi. Her serviste 28 hasta bulunmaktaydı. İki servisin kişisel bakım, ev işleri, iletişim ve mesleki beceriler öğretmek; semptomatik davranışları azaltmak ve hastaları topluma geri kazandırmak gibi azimli amaçları vardı.

• Sosyal öğrenme servisi. Yeni bir ruh sağlığı merkezinde bulunan servis, sakinlerinin yaşamlarının tüm yönlerini kapsayan ödül biriktirme ile işliyordu. Hastalar jeton kazanmak için görünüşleriyle ilgili 11 kurala uymak zorundaydılar. Jeton kazanmanın diğer yollarıysa düzgünce toplanmış yataklar, yemek saatindeki iyi davranışlar, gruba katılım ve serbest zamanlarda sosyalleşmeydi. Hastalar model oluşturma, şekillendirme, teşvik ve talimatlar yoluyla öğreniyorlardı. Ek olarak, birbirleriyle daha iyi iletişim kurmayı öğreniyorlar ve sorun çözme gruplarına katılıyorlardı. Yemeklerini ve küçük lüksleri satın almak için jetonlara ihtiyaçları vardı. Ödül biriktirmenin kurallarıyla yaşamanın yanı sıra ihtiyaçlarına uygun davranışsal tedavi görüyorlardı. Hastalar uyanık geçen zamanlarının yüzde 85'ini daha iyi davranmak üzere meşgul geçiriyorlardı.

• **Ortam (Milieu) terapisi servisi.** Yeni merkezdeki bu servisi, Jones'un, Pinel'in 18. yüzyıldaki moral tedavi yaklaşımına benzer ilkelerine

uygun olarak işletiliyordu. Buradaki hastalar da uyanık geçirdikleri zamanın yüzde 85'inde meşgul tutuluyorlardı. Hem bireysel hem de grup olarak sorumlu davranmaları ve servisin nasıl işleyeceği hakkındaki kararlara katılmaları bekleniyordu. Genel olarak, yetersiz akıl hastaları olarak değil, daha çok normal kişiler olarak davranılıyorlardı. Çalışanlar olumlu beklentilerini hastalara açıklıyor ve iyi oldukları zaman onları övüyorlardı. Hastalar semptomatik davranışlar sergilediğindeyse, çalışanlar yanlarında kalarak yakında daha uygun davranmaları için beklentilerini hastalara açıkça belirtiyorlardı.

• **Olağan hastane yönetimi.** Bu hastalar, ağır antipsikotik ilaçlarla, alışkın oldukları hastane yaşantılarına daha eski bir devlet kuruluşunda devam ettiler. Uyanık oldukları zamanın yüzde 5'ini kapsayan bireysel ve grup terapileri, ve mesleki faaliyetler dışındaki zamanlarını yalnız başlarına geçirdiler.

Program başlamadan önce, ilk iki terapi servisinin çalışanları terapi kılavuzlarındaki talimatlara uymaları konusunda dikkatlice eğitildiler ve düzenli gözlemler sosyal öğrenme ya da ortam terapisi ilkelerini uyguladıklarını kanıtladı. Dört buçuk yıl hastanede kalış ve bir buçuk yıl izleme sırasında hastalar altı aylık aralıklarla yapılandırılmış görüşmeler ve doğrudan, özenli, davranışsal gözlemlerle değerlendirildiler.

Sonuçlar? Sosyal öğrenme servisi, ortam servisinden bazı ölçümlerde daha iyi sonuçlara ulaştıysa da iki terapi de pozitif ve negatif semptomları azaltmıştır. Hastalar ayrıca kendine bakım, ev işleri, sosyal ve iş becerileri de kazanmışlardır. Bu iki grubun kurum içi davranışları hastane servisindekilerle kıyaslandığında üstündü ve tedavinin sonunda çoğu taburcu edildi. Sosyal öğrenme servisi hastalarının %10'undan fazlası bağımsız yaşamak üzere servisten ayrıldı; ortam tedavisi hastalarının sadece yüzde yedisi bu amaca ulaşabildi ve hastanedeki hastaların hiçbiri taburcu olamadı.

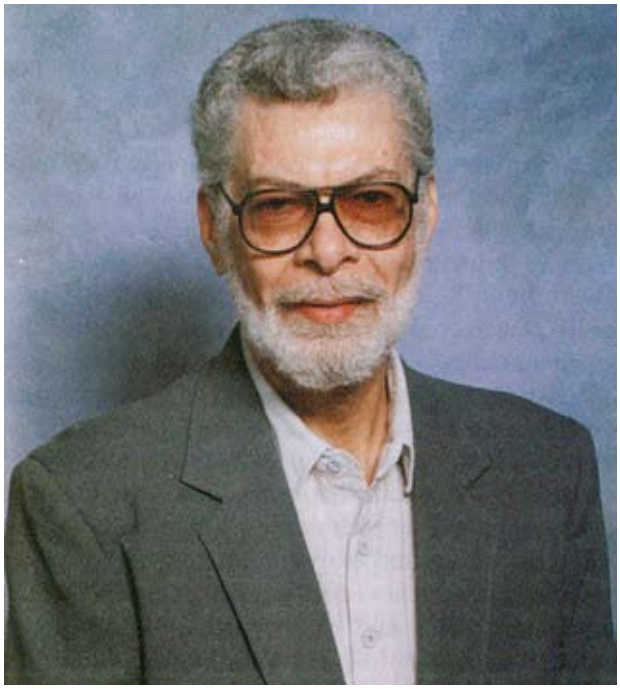
İlaç kullanımında ilginç sonuçlara ulaşıldı. Üç gruptaki hastaların yüzde doksanı çalışmanın başlangıcında antipsikotik ilaçlar kullanıyorlardı. Zaman içinde olağan hastane yönetimindeki hastaların ilaç kullanımı yüzde yüz artarken, diğer gruplarda önemli ölçüde düşüş gösterdi -ortam tedavisi grubunda yüzde 18'e ve sosyal öğrenme servisinde yüzde 11 'e düştü. Ayrıca, üç gruptan da birçok hasta, pansiyon, yarıyol evleri gibi denetimin bulunduğu, ancak ortalama 17 yıl boyunca yaşadıklarından çok daha esnek olan kamu yerleşimlerine taburcu edildi. Sosyal öğrenme grubunun üyeleri bu halk yerleşimlerinde kalmakla, diğer iki grubun hastalarından belirgin şekilde daha başarılı oldular.

Bu hastaların, bu tedavi projesinden önce ne kadar kötü işlev gördükleri dikkate alındığında bu sonuçlar çarpıcıdır. Sosyal öğrenme programının ortam programına üstünlüğü de anlamlıydı, çünkü ortam programı birçok akıl hastanesinde kullanılmaktadır. Paul'ün klinisyen ekibi tarafından uygulandığı gibi, bu yöntem sosyal öğrenme servisindeki hastalara göre daha fazla dikkat topladı. Bu ilgi fazlası sosyal öğrenme terapisinin plasebo etkisi için uygun görünecekti.

Yine de, bu sonuçların, ödül biriktirmenin bizzat yararlılığını doğruladığını kabul etmemek lazım. Çünkü sosyal öğrenme terapisi açık motor davranışın edimsel koşullamasını aşan öğeler içermektedir. Çalışanlar, kalanlara uygun davranış hakkında bilgi sağladı ve sözel olarak yanlış kavramlara açıklık getirmeye uğraştı. Paul (kişisel iletişim, 1981) ödül biriktirmeye, önemsiz olmasa da, ikincil bir rol biçti. Onu tedavinin ilk aşamalarında, şiddetle gerilemiş olan hastaların dikkatini toplamak için kullanışlı bir araç olarak gördü. Ödül biriktirme hastalarına, yeni bilgi edinmek veya Paul'ün gayrı resmi ifadesiyle "kafalarının içine iyi şeyler sokmak" için bir fırsat yarattı.

Paul ve Lentz hiçbir zaman bu hastalardan herhangi birinin iyileşmiş olduğunu açıklamadı.

Hastanede yatan hastalar için davranışçı terapi değerlendirmeleri ve yenilikçi araştırmaları şizofreni için etkili kimyasal olmayan tedavileri gösteren Gordon L. Poul.



Hastane dışında yaşayabilir olmalarına karşın, çoğu, akıl hastalığının birçok belirtisini göstermeye devam ediyordu; çok azı, çoğu insanın hak olarak gördüğü sosyal etkinliklere katıldı veya kazançlı bir işi oldu. (Paul ve Lentz projesinin bakım sonrası durumu 19. Bölümde ayrıntılı olarak ele alınmıştır.) Yine de sonuç küçümsenmemelidir: kronik akıl hastaları, tipik olarak arka koğuşlara kapatılan ve toplum tarafından unutulan hastalar, tekrar topluma kazandırılabilir ve öz bakım becerileri öğretilebilir. Akıl hastanelerinden taburcu olacak kadar normal davranmayı öğrenebilirler. Bu, ruh sağlığının korunması konusunda büyük bir kazançtır. Paul ve Lentz'in çalışmasından beri yayımlanan bildiriler sosyal öğrenme programının etkinliğini desteklemektedir. (Mueser ve Liberman, 1995 ve Paul ve Menditto, 1992'nun gözden geçirmelerine bakınız; Paul, Stuve ve Cross, basımda)

ÇOCUKLARLA EDİMSEL ÇALIŞMA

Edimsel koşullamaya bağlı davranış terapisine en iyi yanıt verenlerin bir kısmı çocuklardı, çünkü onların birçok davranışı diğerleri tarafından denetlenmeye açıktır. Ne de olsa çocuklar sürekli denetlenmeye büyüklerden daha eğilimlidir. Davranışları okulda öğretmenler tarafından incelenir, evde ise ebeveynler sıklıkla onların oyun ve diğer sosyal etkinliklerini denetler. Davranış terapisti, çoğu zaman, sorumlu oldukları çocukları ödüllendirme ve cezalandırma yollarını değiştirme gayretiyle, ebeveynler ve öğretmenlerle birlikte çalışır. Yetişkinlerin çocuğun yaşamını pekiştirme alışkanlığını değiştirmenin, eninde sonunda çocuğun davranışını değiştireceği varsayılmaktadır.

Edimsel koşullama yoluyla çok çeşitli çocukluk çağı problemleri giderilir. Bunların arasında yatağını ıslatma, parmak emme, tırnak yeme, saldırganlık, öfke nöbeti, aşırı hareketlilik, sınıfta engelleyici tutum, okulda başarısızlık, dil eksikliği, aşırı sosyal çöküntü ve astım nöbetleri gibi çeşitli tablolar bulunur. (Kazdin, 1994; Nemeroff ve Karoly, 1991). Kendine zarar verme, cezalandırma işlemleriyle başarılı şekilde tedavi edilmiştir. Bu, bazen, ellere veya ayaklara tepkiye göre (tepki-izler), acı veren elektrik şoku uygulamasını içerir. Böyle uç önlemler sadece daha az şiddetli müdahaleler etkisiz kaldığında ve sorunlu davranışlar sağlık veya yaşam için tehdit oluşturduğunda kullanılır (Sandler, 1991). Edimsel işlemlerde cinsel kimlik de kolay bir hedef gibi görünmektedir. Bu çok sayıdaki sorunlarda sağlanan ilerlemeler, genellikle geleneksel terapi şekilleriyle ilgili bildirilenlerden daha üstündür. (Franks ve ark., 1990)

Bu teknikleri uygulamadan önce terapist sorunlu davranışın bir edim olduğunu, yani izler pekiştiricinin denetimi altında olduğunu belirlemelidir. Örneğin, fiziksel ağrı nedeniyle ağlayan bir çocuk buna katılmalıdır. Zekâ geriliği ve otizmli çocukların terapisinde edimsel tekniklerin uygulanmasıyla ümit veren sonuçlar elde edilmiştir. (15. Bölüme bakınız.) Edimsel koşullamaya bağlı teknikleri uygulayan birçok terapist, böyle çocukların sınırlı eğitilebilirliğiyle ilgili, daha çok çocuk ve ailesinin çıkarına olan varsayımlarla mücadele etmiştir.

MODEL ALMA

Model alma davranış terapistleri tarafından uygulanan üçüncü kuramsal yaklaşımdır. Model alma ve taklidin davranıştaki önemi kendini belli eder, yetişkinler kadar çocuklar da karmaşık tepkiler edinmeye ve diğerlerinin kendilerini nasıl koruduğuna bakarak duygusal engellenmeleri eleme yeteneğine sahiptir. Önce model alma yoluyla tedavi edilebilen problemlere daha sonra da bilişlerin model almadaki rolüne göz atalım.

MODEL ALMA YOLUYLA TEDAVİ EDİLEN SORUNLAR

Model almanın klinik uygulamadaki etkinliği Bandura, Blanchard ve Ritter (1969) tarafından yapılan, insanlara yılan fobilerini yenmeleri için yardım etmeye çalıştıkları eski bir çalışmada (1969) gösterilmişti. Araştırmacılar, korkan yetişkinlere, insanların aşamalı olarak yılanlara yaklaştığı ve ellediği hem canlı hem de filme alınmış yüzleşmelerini gösterdi. Hastaların korkusu açıkça azaldı. Ivar Lovaas'ın 15. Bölümde bahsedilen öncü çalışması başından beri otistik çocuklara konuşma gibi karmaşık becerileri öğretmek için model almayı çalıştı (Lovaas ve ark., 1966). Seks terapisi araştırmacıları, baskılanmış (inhibe) yetişkinlerin, kendilerine dokunan, kendi kendini tatmin eden ve ilişkiye giren insanların açık saçık filmleri gösterildiğinde, cinselliklerinden daha hoşnut hale gelebildiklerini saptamıştı. (McMullen ve Rosen, 1979; Nemetz, Craig ve Reith, 1978). Diğer filmler veya saydam sunuları çocukların köpek (Hill, Liebert ve Mott, 1968), hastane (Robert ve ark., 1981),

ameliyat (Melamed ve Siegel, 1975) ve diş hekimi (Melamed ve ark., 1975) korkusunu belirgin şekilde azalttı. Çocukların ilaç tedavisine karşı olan korkusunu azaltmak için örnek oluşturan filmlerin kullanımı, bir davranışsal tıp veya sağlık psikolojisi işlemi olarak görülebilir. Model alma aynı zamanda Odak 18.1'de tanımlanan girişkenlik (atılganlık) eğitiminin de bir parçasıdır.

İlk davranış terapistlerinden biri olan Arnold Lazarus'un klinik çalışmalarının bir kısmı aynı zamanda model alma terapisi olarak da kabul edilir. 2. Bölümde işaret edildiği şekilde, *davranışsal tekrarda* Lazarus (1971) danışan için, kişilerarası zor bir sorunu ele almanın daha iyi bir yolunu gösterir. Danışan, terapistin örnek performansını gözlemler ve sonra terapi seansı sırasında onu taklit etmeye çalışır. Sürekli uygulama ve gözlemle, danışan, daha etkin ve tatmin edici davranışlardan eksiksiz bir repertuar edinebilir. Videokasetleri benzer model alma ve taklitleri kolaylaştırmak için yaratıcı şekilde kullanılabilir.

Çocuklarla olan bilişsel davranışçı müdahalelerin eleştirisinde Braswell ve Kendall (1988) böyle çabaların tamama yakınının, genellikle yetişkin olan, arzulanan performansla ilgili örnekler gösteren bir model gerektirdiğini işaret eder. Örneğin, ilk bildirilerden birinde Meichenbaum (1971), modelin bir sorunu çözerken, düşüncelerini "Bakalım, sonuç alamazsam tamamen başka bir yol deneyeceğim" örneğindeki gibi dile getirmesinin, modelin yüksek sesle düşünmeden sadece sorunu çözmesine göre daha fazla ilerleme sağladığını saptadı. Kendall ve Braswell (1985) davranışçı çocuk terapistlerini kendiliğinden oluşan olayları, örneğin terapi seansı için uygun bir oda bulmaya çalışırken veya sonraki toplantının ne zaman olacağını şekillendirirken yüksek sesle düşünmeyi, örnekleme fırsatı olarak kullanması için teşvik eder. Çocuklar diğerlerini, hem yetişkinleri hem de saygı duyduklarını gözlemlerken çok şey öğrenir. Bu çalışma düşünce örüntülerinin açık davranış şeklinde de kazanılabileceğini gösterir. (Kendall, 1990)

Yatan hastalara yönelik davranış terapisi programları da model almayı kullanır. Bellack, Hersen ve Turner (1976) üç şizofren hastaya sosyal olaylar hazırladı ve uygun davranıp davranmadıklarını gözlemledi. Örneğin, hastanın birinden, hafta sonu yolculuğundan sonra eve yeni gelmiş ve çimlerini biçilmiş bulmuş gibi davranması istendi. Arabasından çıkarken yan komşusu ona yaklaşır ve kendisininkini biçerken onun çimini de biçtiğini söyler. Hasta, artık, duruma tepki göstermelidir. Beklendiği gibi hastalar başlangıçta sosyal açıdan uygun yanıtı vermekte pek başarılı değildi, bu, bu durumda bir çeşit teşekkür olabilirdi. Eğitim süresince terapist hastaları çabalarını destekleyerek tepki göstermeye teşvik etti. Gerekirse terapist hastaların önce gözlemleyip sonra taklit edebileceği şekilde uygun davranışı modelledi. Rol yapma, modelleme ve olumlu pekiştirmeden oluşan bu bileşim üç hastada da anlamlı ilerleme sağladı. Hatta eğitim sırasında çalışılmayan sosyal durumlara bile genelleme söz konusuydu. Bu çalışma ve benzerleri (örn., Wallace ve ark., 1985), hastane dışındaki yaşama genelleme güvenilir olmaktan uzak bir bulgu olsa da, şiddetle rahatsız olan hastalara daha iyi işlev görmelerine yardım edebilecek yeni davranışların öğretilebileceğini işaret eder. (Hayes, Halford ve Varghese, 1995)

BİLİŞİN ROLÜ

Modelin gözlemlenmesi açık davranışa nasıl dönüştürülür? Model almayla ilgili özgün yazılarında Bandura ve Walters (1963) bir gözlemcinin diğerlerini izleyerek biraz olsun yeni davranışları öğrenebileceğini öne sürdü. Deneysel psikolojinin çoğunun yaparak öğrenmeye dayalı olduğu vurgulanmış olduğundan, yapmadan öğrenmek için gösterilen bu dikkat önemliydi. Ancak, bu, işe yarayabilecek süreçleri devre dışı bıraktı. Gözlemci durumundaki bir çocuk, sandalyeye oturur ve örneğin büyük, şişme plastik bir bebeğe çok tekdüze bir şekilde vurmak gibi bir dizi hareket yapan diğer bir çocuğun filmini izler ve çocuğun filmde acayip sesler çıkardığını duyar. Bir saat sonra bu çocuğa daha önceden görüp duyduklarını taklit etme fırsatı tanınır. Tahmin edileceği üzere çocuk bunu yapabilir. Burada ne olduğunu nasıl anlayabiliriz? Gözlemci filmi izlerken, belki de sandalyede durmadan kımıldanmak dışında kayda değer hiçbir motor hareket yapmadığına göre, açık davranışa bir ipucu gözüyle bakmak çok da anlamlı olmayabilir. Daha sonra neler olduğunu hatırlama yeteneği de dahil olmak üzere çocuğun bilişsel süreci açıkça devreye girmişti.

Bandura'nın (1986, 1997) model almayla ilgili olan bilişsel etkenler hakkında kapsamlı yazıları vardır. Bu yazılarda, model almayı, kişinin nerdeyse etkin bir şekilde davranış yarat-

ODAK 18.1 GİRİŞKENLİK EĞİTİMİ

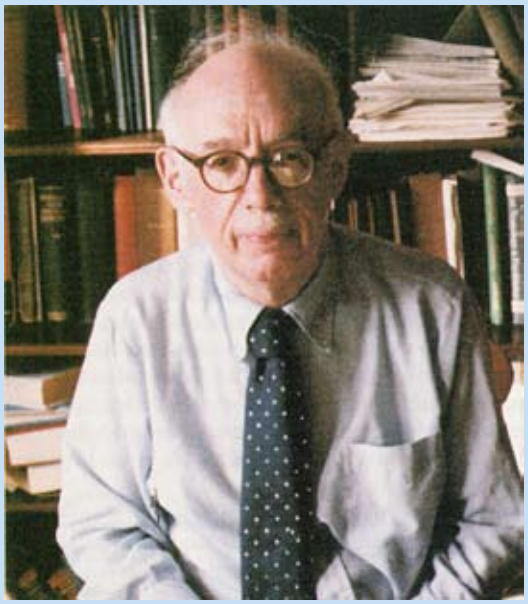
"Çocuklar görülmeli, ancak işitilmemelidir." "Üst dudağınıza hâkim olun." "O güçlü sessiz tip." Toplumumuz çoğunlukla duygu ve inançların açıkça ifade edilmesine önem vermez ve kişiler sıklıkla duygularını bastırmak ve düşüncelerini gizlemek için ek duygusal bedel öder. Kişilerin istek ve gereksinimleri onları açıkça belirtmeye çekinirlerse karşılanmayabilir. Eşlerin arasındaki kötü iletişim cinsel tatminsizliğin altında yatan başlıca etkenlerden biridir. Her düşüncedeki terapistler danışanı isteklerinin ve gereksinimlerinin ne olduğunu keşfetmeye ve sonra da onları karşılamanın sorumluluğunu üstlenmeye teşvik etmek için epey zaman harcar. Ebeveynler duygu ve isteklerini diğerlerine ifade etmekte sorun yaşarsa grup halinde veya bireysel olarak yürütülen girişkenlik eğitimi, onlara yardımcı olabilir.

Andrew Salter Koşullanmış Refleks Terapisi adlı kitabında (1949), girişkenliği kişiler için olumlu bir hedef olarak tanımlayan ilk davranış terapistiydi. Pavlov'un klasik koşullama terimlerini kullanarak Salter, insanın yaşadığı psikolojik güçlüğün kortikal ketleme fazlasından kaynaklandığını; dolayısıyla, daha fazla uyarılma arandığını yazdı. Sosyal olarak ketlenmiş olan insanları, diğerlerine olan duygularını açık ve doğal bir şekilde ifade etmeleri için teşvik etti. Bunu, sözel olmayan ifadelerle gülümseme ve kaş çatmayla birlikte, insanlara mutlu veya üzgün, kızgın veya kararlı olduklarını dile getirmeleri gerekir. Ayrıca, katılmadıkları insanlara uygun duygularla karşı çıkmalı, ben sözcüğünü olabildiğince sık kullanmalı, onları öven kişilere anlaştıklarını ifade etmeli ve sezgisel, yani, düşüncelere dalmadan içinden geldiği gibi karşılık vermeliler. Davranış terapistleri, kabul etse de etmese de, hastalara kendilerini savunmakta yardım ederken, olumlu veya olumsuz duyguların ifadesine etkili yaşamak için gerekli bir bileşen gözüyle bakan, insancıl terapistlerinkine benzer amaçlarla çalışıyor.

Girişkenliği nasıl tanımlarız? Kendimizi öne çıkarma, duygu ve inançlarımızı diğerlerine ifade etmekte bencillik olamaz mı? Peki ya bu sırada başkalarının duygularını incitirsek ne olacak? Girişken davranış ve saldırgan davranışın farklarını açıkça ortaya koymak için çok çaba harcandı. Aşağıdaki yararlı ayrım birkaç yıl önce Lange ve Jakubowski (1976) tarafından yapılmıştır:

[Girişkenliğin kapsamında] Düşünce, duygu ve inançlar, diğerlerinin haklarına saygı duyarak açık, dürüst ve uygun yollardan ifade edilir. Tersine, saldırganlık, diğerlerinin haklarını çiğneyen, kişinin kendi hedeflerini elde etme çabalarını anlamsız kılan bir kendini ifade şeklini kapsar. (s. 38-39)

İnsanlar bir dizi nedenden ötürü çekingen olabilir. Kullanılan özel terapi işlemleri bireyin çekingenliğine yol açtığına inanılan nedenlere dayanır. Girişkenlik eğitimi, aslında, ortak amacı girişkenliği (atılganlığı) arttırmak veya Lazarus'un dediği gibi (1971) "duygusal özgürlük" olan bir grup tekniktir. Goldfried ve Davison (1994), ilgili terapi tekniklerinin yanı sıra, çeşitli olası çekingenlik nedenleri öne sürmüştür. Bunların biri veya birkaçı söz konusu bireyde bulunabilir.



Andrew Salter, davranış terapisinin kurucularından.

- *Hasta ne söyleyeceğini bilmeyebilir. Bazı çekingen kişiler kendini ifade etmenin uygun olduğu durumlarda ne söylemeleri gerektiğini bilmeyebilir. Terapist onlara bu bilgiyi vermelidir.*
- *Hastalar nasıl girişken davranacaklarını bilmeyebilir. Ses tonu ve yüksekliği, konuşmanın akıcılığı, yüz ifadesi ve göz teması ve duruşun girişkenlikte gerekli olduğunu bilemeyebilirler. Model alma ve rol yapma kişilerin kararlılık ve açıklık işaretlerini kazanmasına yardımcı olabilir.*
- *Hastalar kendilerini öne çıkardıkları takdirde kötü bir şey olacağından korkuyor olabilir. Sistematik duyarsızlaştırma bu tahmini kaygıyı azaltabilir. Ya da girişkenlik "öne çıkarsam ve reddedilirsem bu bir yıkım olur" şeklindeki olumsuz iç konuşmaları engelleyebilir (Shwartz ve Gottman, 1976). Bu kişiler akılcı duygusal davranış terapisinden fayda görebilir.*
- *Hasta, girişken olmanın doğru veya uygun olduğunu hissetmeyebilir. Bazı kişilerin değer sistemleri girişkenliğe meydan vermez veya engel olur. Örneğin, terapiye gelen Katolik bir rahibenin sorunlarının bir kısmı onun çekingenliğinden kaynaklanıyor gibi görünmektedir. Ancak konuşuldukça açığa çıkar ki, daha dışavurumcu ve konuşkan olsaydı yeminlerini çiğneyecekti. Karşılıklı anlaşma sonucu, girişkenlik eğitimi uygulanmadı. Bunun yerine, terapi, kişisel olarak daha tatmin edici ve daha girişken yollarla, işindeki çalışmasında yardımcı olmaya odaklandı.*

Girişkenlik eğitimi, terapistin kişinin girişkenlik ve saldırganlığın ayrımını yapmasına çalışmasıyla başlayabilir. Uysal kişiler ise, mantıklı bir istekte bulunduğunda veya haddini bilmeyen birini reddettiğinde bile düşmanca davrandıklarını düşünebilirler. O zaman terapistler genellikle hastalara hak, zaman ve diğer enerjilerini savunmalarını gerektiren örnekler verir. Öyle ki, kişi durumun üstesinden gelemezse kendini kullanılmış hisseder.

Haftalardır çok yoğun çalışıyorsunuz, gevşemek için ara bile vermeden. Ancak bugünlerde, sadece birkaç gün süresince oynayacak olan yeni bir film, ilginizi çekti ve birkaç saat izin alıp bu gece onu görmeye karar verdiniz. Öğleden sonraki derse giderken çok iyi bir arkadaşınız size bu akşamki konser için bedava bileti olduğunu söyledi ve onunla gitmenizi istedi. Ona nasıl hayır dersiniz?

Davranış alıştırmaları girişkenlik eğitiminde yararlı bir tekniktir. Terapist uygun girişkenlik şeklini ele alır ve modeller. Sonra hastaya rol yaptırır. İlerleme terapist veya girişkenlik eğitimi grubundaki diğer üyelerin övgüsüyle ödüllendirilir. Terapi çalışması sırasında biraz girişkenlik kazananınca, danışana, tamirciden onarım için aldığı son ücreti açıklaması, sonra bir akrabaya sürekli eleştirilerinin kendisini incittiğini söylemek gibi aşamalı ev ödevleri verilir.

Girişkenlik eğitimi birçok etik konu yaratır. Daha önce örnek verilen rahibede olduğu gibi, kendini reddetmenin kendini ifade etmekten çok daha iyi olduğuna inananlarda girişkenliği teşvik etmek, onların değer sistemini bozacaktır ve yaşamlarının diğer alanlarında dalgalanmaya yol açabilir. Girişkenlik ve saldırganlığı ayırmak bile etik bir konudur. Birinin girişken saydığı davranışı diğeri saldırgan kabul edebilir. Lange ve Jakubowski tarafından yapılan, girişkenlik diğerlerinin haklarına saygı duyarken, saldırganlığın uymadığı şeklindeki ayrımını uyarlasak da, diğerlerinin haklarının neler olduğunun kararını vermek zorundayız. Böylece, girişkenlik eğitimi sosyal yaşamın ahlaki boyutuna, yani diğer insanların haklarını tanıma ve kişinin kendi haklarını uygun yollardan savunmasına da değinir.

manın kurallarını öğrenmesinin bir yolu olarak tanımlar. Bu ilgi, Bandura'yı, kişinin sembolik ve bilişsel süreçlerinin önemli rol oynadığı, davranışın sosyal-bilişsel kuramını formüle ederek açıklamaya yöneltti. Örneğin, Bandura, Jeffrey ve Bachica (1974), deneysel bilişsel araştırmadan yola çıkarak, bilgiyi ezberlemeye yönelik bir koda sahip olmanın, kişinin onu daha iyi akılda tutmasını sağladığını gösterdi. Ek olarak, böyle bir kodun gözlemcilerin model olarak izledikleriyle ilgili hareketlerini şekillendirmesinde yararlı olduğunu buldular. Bellek depolanması ve düzeltilmesiyle ilgili diğer kuramlar, kişilerin diğerlerini "sadece" izleyerek yeni ve karmaşık davranış biçimlerini nasıl kazandığına ışık tutabilir. "Sadece" sözcüğü tırnak içine alınmıştır çünkü süreç hiç de basit değildir. Model alma ile ilgili literatür başta açık, sağduyulu, sosyal öğrenmeyle ilgili açıklamalar ortaya koyarken, şimdi modelleme müdahalelerine bilişsel davranış terapisinin bir şekli olarak bakmaktadır.

BİLİŞSEL DAVRANIŞ TERAPİSİ

Buraya kadar ele alınan terapilerde açık davranışın, bazen de örtük davranışın doğrudan değişimlemesi vurgulanmıştır. Danışanın düşünme ve muhakeme süreçlerinin doğrudan değişimine görece daha az önem verilmiştir. Davranış terapistlerinin bilişin önemini azımsamış olması, belki de düşünmeye atfedilen her şeyi John Watson'ın yirminci yüzyılın başında şiddetle itiraz ettiği zihinciliğe (mentalism) dönüş gözüyle bakan içgörü terapisine tepkiden kaynaklanmış olabilir.

Davranış terapisi ciddi olarak deneysel psikoloji şeklinde ele alınacaksa, bilişsel süreçlerle ilgili kuram ve araştırmaları da kapsamak zorundadır. Davranış terapistleri yıllarca düşünce, algılama, yargılama, kendini ifade etme ve hatta sözsüz (bilinçsiz) varsayımlar gibi özel durumlara önem verdi ve bu süreçleri inceleyip kullanarak rahatsızlık veren açık ve kapalı davranışı (Mahoney, 1974) anlamaya ve değiştirmeye çabaladı. Bunlardan ikincisi olan kapalı davranış, içsel davranış şeklinde yorumlanan düşünce ve davranışlardır. **Bilişsel yeniden yapılandırma** (cognitive restructuring), rahatsızlık veren duygu veya davranışa yol açtığı varsayılan düşünce şeklinin değiştirilmesiyle ilgili genel bir terimdir. Bilişsel davranış terapistleri tarafından çeşitli şekillerde uygulanmaktadır.[2]

[2] *Burada terminolojiyle ilgi bir durum söz konusu. 2 ve 10. Bölümlerde bahsedildiği ve bu bölümün ilerisinde ele alındığı gibi Aaron Beck'in terapisi bilişsel terapi olarak adlandırılır. "Davranış" sözcüğü dahil değildir. Ellis'in akılcı duygusal davranış terapisine bilişsel davranış terapilerinden biri gözüyle bakılır. Her iki yaklaşım da bir yandan terapinin bilişsel bileşenini vurgularken, öte yandan açık davranış da önemli yer tutar. Ellis'in sistemine yakın zamanda "davranış" sözcüğünün eklenmesi onun, her zaman, insan koşulunun bu yönüne odaklanmış olmasını yansıtır. Burada hem Beck'in bilişsel terapisi hem de Ellis'in akılcı duygusal davranış terapisini dikkate alarak genel uygulamayı izlemekteyiz. Daha yaygın şekilde, günümüzde insanların "bilişsel terapi" ve "bilişsel davranış terapisi"ni birbirinin yerine kullandıklarını görürüz.*

ELLİS'İN AKILCI-DUYGUSAL DAVRANIŞ TERAPİSİ

Yakın zamanda **akılcı-duygusal davranış terapisi** (ADDT) (rational emotive behavior therapy = REBT) olarak (Ellis, 1993a, 1995) yeniden adlandırılan, Ellis'in akılcı-duygusal terapisinin (ADT/ RET) temel tezine göre, süregelen duygusal tepkilere, kişilerin kendi kendilerine tekrarladıkları içsel hükümler yol açar. Bu iç söylemler, bazen anlamlı bir yaşama yönelmek için gerekenlerle ilgili konuşulmayan varsayımları, mantıkdışı inançları, yansıtır. Bu terapinin amacı, kendini yenilgiye uğratan (self-defeating) inançların akılcı bir incelemeyle elenmesidir. Daha önce belirtildiği üzere, endişeli insanlar kendilerinden veya başkalarından, "Herkesin sevgisini kazanmalıyım" veya depresyondaki biri, her gün sayısız kere "Amma beş para etmez biriyim ben" gibi, gerçekçi olmayan isteklerde ya da hükümlerde bulunarak kendi sorunlarını yaratabilir. Ellis'in önerisine göre, insanlar çevrelerinde olup biteni yorumlar ve bu yorumlar bazen duygusal karmaşaya yol açabilirler. Terapist dikkatini geçmişteki gerekçeler veya aslında, açık davranışlardan çok bu inançlara vermelidir. (Ellis, 1962, 1984)

Ellis, kişinin besleyebileceği bir dizi akıldışı inancı sıralamaya alışkındı. Çok yaygın bir düşünce de kişinin her yaptığına bütünüyle hâkim olması gereğiydi. Ellis, gerçekte birçok kişinin savunulması olanaksız olan bu varsayıma inandığını ve olup biten her şeyi bu açıdan değerlendirdiğini ileri sürdü. Dolayısıyla, birisi bir hata yaparsa bu bir yıkıma dönüşür, çünkü kişinin mükemmel olması gerektiği inancını zedeler. Bazen, gerçekte böyle katı kurallara inandığını ve bunun sonucunda rahat veya üretken olmanın hemen hemen imkânsız olduğu bir yaşam sürdüğünü fark etmek, danışanda şok etkisi yapar.

Daha yakın zamanda Ellis (1991; Kendal ve ark., 1995) özgün inançların sınıflanmasından daha genel bir kavram olan "talepkarlık", yani kişinin kendine ve diğerlerini zorladığı koşul ve zorunluluklara yönelmiştir. Böylece, Ellis'in varsayımına göre, kişiyi terapiste getiren, hayal kırıklığı içinde bir şeyin belli bir şekilde hallolmasını istemek ve sonra, belki kişinin olmasını istediği şekilde, arzulanan sonuca yaklaşabilecek bir davranış ortaya koymak değil ama duygusal sıkıntı ve davranış bozukluğuna yol açan bu hayali, kısır isteğin kendisidir.

KLİNİK UYGULAMA

Terapist danışanın sorunlarına aşina olduktan sonra danışanın anlayabilmesi ve razı olabilmesi için akılcı-duygusal davranış terapisinin ana kuramını açıklar[3]. Aşağıdaki örnek, topluluk önünde konuşma konusunda aşırı korkuları olan bir genç erkeğin seansından alınmıştır. Terapist danışanı, aşağılık kompleksini, kendi kendine söylediği saçmalıklardan kaynaklandığı şeklinde değerlendirmesi için yönlendirir. Terapistin görüşme sırasındaki düşünceleri yatık harflerle gösterilmiştir.

Danışan: Asıl zorlandığım, bir grup insanın önünde konuşmam gerektiğinde çok sinirli hale gelmem. Bu, sanırım, tamamen benim kendi aşağılık kompleksim.

Terapist: *[Onun sorununun kavramsallaştırılması hakkında konuşup bu noktada saptırılmak istemem. Sadece durumu idare edip ve yumuşak bir şekilde başka bir konuya geçeceğim.]* Bunu bir aşağılık kompleksi olarak tanımlamalı mıyım bilmem ama insanların kendi üzüntü ve endişelerine belli durumlarda, bir anlamda, kendilerinin neden olabildiğine inanırım. Belirli bir durumdayken endişelenip, çoğunlukla içinde bulunduğunuz durumdan çok, sizin o durumla ilgili kendi kendinize anlattıklarınızın, durumu yorumlama şeklinizin sonucudur. Örneğin, şu dolmakaleme bakın. Sizi sinirlendiriyor mu?

Danışan: Hayır.

Terapist: Neden hayır?

Danışan: O sadece bir cisim, sadece bir dolmakalem.

Terapist: Sizi incitemez mi?

Danışan: Hayır...

Terapist: İnsanlarda duygusal sarsıntıyı yaratan aslında nesneden çok nesne hakkındaki düşüncelerinizdir. *[Umarım, bu Sokrat benzeri diyalog onu, er geç, kendini ifade etmenin duygusal uyarılmışlığa aracılık edebildiği sonucuna getirecektir.]* Şimdi, bu... duygusal sarsıntının kişinin kendisine durumla ilgili söylediklerinden kaynaklandığı durumlarda geçerlidir. Örneğin, aynı sosyal etkinliğe katılmaya hazırlanan iki kişiyi ele alın. İkisi de partide tam olarak aynı sayıda kişiyle tanışıyor olabilir. Ancak birisi iyimser olup kendini rahat hissederken öteki nasıl görüneceğini merak edebilir ve dolayısıyla, çok kaygılı olabilir. *[Ona, burada en önemli olanın tutum veya algı olduğuna dair temel varsayımı sözle ifade ettirmeye çalışacağım.]* Dolayısıyla, bu iki kişi partinin verildiği yere girdiğinde duygusal tepkileri partideki fiziksel koşullarla mı ilişkilidir?

Danışan: Hayır, açıkçası hayır.

Terapist: O zaman tepkilerini belirleyen nedir?

Danışan: Parti hakkındaki tutumları açıkça farklıdır.

Terapist: Aynen ve tutumları, konuya yaklaşımları, duygusal tepkilerini büyük ölçüde etkiler. (Goldfried ve Davison, 1994, s. 163-165)

Terapist, danışanı duygusal sorunlarının akılcı incelemeden fayda göreceğine ikna ettik-

[3] *17. Bölümde empati durumu veya içgörünün geçmişteki kullanışlılığının gerçek olup olmadığına dayanmadığını söyledik. Bu akılcı duygusal davranış terapisi için de geçerli. Ellis'in görüşleri sadece kısmen doğru ve tamamen yanlış olabilir ve yine de danışana doğruymuş gibi davranmasında yardımcı olabilir.*

ten sonra, kişiye duygusal karışıklığı hafifletmek amacıyla, mantıkdışı iç söylemlerin yerine bir iç diyalog koymayı öğretmek üzere bir sonraki aşamaya geçer. Günümüzde Ellis'in fikirlerini uygulayan terapistler, danışanları kendileriyle konuşmalarını değiştirmek için ikna etmekte önemli farlılıklar göstermektedir. Ellis'in kendisi gibi bazı terapistler danışanları tatlı sözlerle kandırıp, bazen kaba sözlerle sataşarak onlarla tartışır. Sosyal etkinin daha silik ve bireylerin kendilerini değiştirme konusunda daha katılımcı olması gerektiğini düşünen diğerleri ise, danışanları kendi mantıkdışı düşünmelerini tartışmaya teşvik eder ve sonra onları dünyaya bakmanın daha mantıklı yollarını keşfetmeye yönlendirir (Goldfried ve Davison, 1994).

Danışan terapi seansı sırasında farklı bir inanç veya iç söylemini bir kez söze dökünce, bu, gündelik düşüncenin bir parçası haline getirilmelidir. Ellis ve yandaşları hastalar için ev ödevleri hazırlar. Bunlar danışanın kendi ile olan yeni konuşmalarını ve yaşama daha az yıkıcı gözle bakmanın olumlu sonuçlarını deneyimlemeleri için fırsat sağlayacak şekilde tasarımlanmıştır. Ellis, hastanın farklı davranmasını sağlamanın önemini vurgular. Bu, hem yeni inanışları denemek hem de hayattaki hayal kırıklıklarıyla başa çıkmayı öğrenmek içindir.

Ellis (1993b), yakın zamanda, danışanların deneyimleyerek, sonunda kendini gerçekleştirme yollarını seçmeleri için teşvik ederek kendini gerçekleştirmeyi vurgulamaya başlamıştır. Odaktaki bu kayma, danışana iyileşmesini kolaylaştırmak için yeterli otonomiyi sağlar ve Rogers'ın kendini gerçekleştirmeyle ilgili vurgusunu anımsatır. Halbuki, akılcı duygusal davranış terapisi (REBT) terapisti hâlâ belirgin şekilde yönlendirici olmaya teşvik eder.

AKILCI DUYGUSAL DAVRANIŞ TERAPİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ADDT konusundaki sonuç araştırmaları kendi içinde sorunsuz olmasa da (Haaga ve Davison, 1993) çeşitli sonuçlara varılabilir (Haaga ve Davison, 1989; Kendall ve ark., 1995).

• ADDT, kendini bildirim ölçümlerinde, genel kaygı, konuşma kaygısı ve sınav kaygısını azaltır.

• ADDT, sistematik duyarsızlaştırma kadar etkili olamasa da sosyal kaygı davranışında gelişme sağlar.

• ADDT agorafobi konusunda maruz bırakma temelli tedaviler kadar başarılı değildir.

• Kanıtlar ADDT'nin aşırı öfke, depresyon ve antisosyal davranışların tedavisinde faydalı olabileceğini düşündürmektedir.

• ADDT cinsel işlev bozukluğunda daha kapsamlı davranışçı programların ancak bir kısmı olarak yararlıdır.

8. Bölümde tanımlandığı gibi, ADDT A tipi davranış şeklinin azalmasında ümit vermektedir. Ancak diğer psikolojik müdahalelerde olduğu gibi henüz koroner kalp hastalığının önlenmesindeki yararı gösterilmemiştir (Haaga, 1987).

• ADDT'nin, sıkıntısız, yani duygusal açıdan sağlıklı olan insanların gündelik stresle başa çıkmasında önlem olarak yararlı olabileceğine dair bazı ön bulgular mevcuttur.

• Öğretmenlerin çocuklara sınıflarda ADDT'nin ilkelerini ve çocukların gündelik yaşamlarına nasıl uyarlanabileceğini anlattığı akılcı duygusal eğitim, erken davranarak yaşamın ileri evrelerindeki tam gelişmiş duygusal sorunların önlenmesi umuduyla kullanılmıştır. Kanıtlar bu eğitimin benlik kavramını geliştirebildiğini (Cangelosi, Gressard ve Mines, 1980) ve sınav kaygısını azaltabildiğini düşündürmektedir (Knaus ve Bokor, 1975).

ADDT'nin düşüncenin mantık dışılığındaki azalma yoluyla etki gösterdiği yolunda sadece kesin olmayan kanıtlar mevcuttur (örn., Smith, 1983). ADDT'nin desteğiyle, hastaların yeni, daha uyumlu davranışlarla korktuklarıyla yüzleşme ve yeni risk almasının önemi azımsanmamalıdır. Diğer bir deyişle, gevşemenin sistematik duyarsızlaştırmada oynayabileceği role benzer olarak, ADDT'nin korku giderici etkisinin bir kısmı, onun insanları kendilerini korktuklarıyla karşılaşmaya teşvik etmesinden sağlıyor olabilir.

Çoğu diğer klinik işlemlerde olduğu gibi ADDT'nin belli bir sorunla olan ilişkisi kısmen klinisyenin hastanın tedavisini kavramsallaştırma şekline dayanır. Dolayısıyla, terapist şişman bir hastaya kilo vermesi için yardım etmeye çalışıyorsa ki, hasta yemeyi bir kaygı giderme yolu olarak kavramsallaştırmış olabilir; bunun yerine kaygıya, herkesi sevindirme veya hiçbir zaman hata yapmamak için duyulan mantıkdışı gereksinimden kaynaklanan aşırı dışlanma korkusunun yol açtığı sosyal kaygının sonucu olarak bakılabilir. ADDT terapisti, bunun hastanın stresini ve aşırı yemesini er geç yoluna sokacağı mantığıyla, çabasını, diğerlerini sevindirmeye ve mükemmel olmaya yönelik mantıkdışı inanç-

lara yönlendirmelidir. Altta yatan nedenlerin bu şekildeki analizi bu Bölümün sonunda ele alınmıştır.

ADDT'DE ETİK KONUSUNU VE MANTIKSIZLIĞI TANIMLAMA

Diğer terapistler gibi Ellis de etik bir sistemi savunur. Bu mantıklı veya mantıksız düşünmeyi tanımlamaya çalıştığımızda açığa çıkar. Psikolojik sıkıntıyı yaratanın mantıkdışı düşünme olduğunu söylersek fazlasıyla yuvarlak bir tanım olur. Nesnellik ve dikkatten yoksun herhangi bir düşünceye mantıkdışı gözüyle bakarsak, o zaman sıkıntısız kişilerin çoğunlukla mantıkdışı düşündükleri sonucuna varmak zorunda kalırız. Çünkü araştırmaların önemli bir kısmı kişilerin yaşamak için kendi kendilerine anlattıkları hikayelerin (Didion, 1979) sıklıkla hayali bileşenleri olduğunu göstermektedir (örn., Geer ve ark., 1970; Taylor ve Brown, 1988). Eşsiz veya seçkin bir şeyi elde etmek için kişi bazen bir nedene bağlanmayanlarca gerçekdışı gibi görülebilen inanışları barındırmak zorunda kalabilir. Albert Bandura bunu şöyle açıklamıştır:

Umut besleyen ve dev engellere rağmen çabalarını sürdüren hayalperestler ve sarsılmaz iyimserler psikoterapistlerin peşinde koşmaz. Benzer şekilde, sosyal reformcuların çabaları toplu eylemlerinin sağlayacağı sosyal değişimin miktarına yönelik yanılsamalara kalır. Her ne kadar yaşarken umutlarının gerçekleştiğini göremeyecek gibilerse de, yine de ortak çaba bazı ilerlemeler sağlar ve diğerlerinin algı yeterliğini güçlendirerek mücadeleyi sürdürmelerini sağlar. Yaşamı sıkıntılı ve yoksul olanlarda gerçekçilik umutsuzluğa yol açabilir. Yanılsama ile psikolojik işlerlik arasındaki ilişki gerçekten karmaşık bir şeydir. (1986, s. 516)

Biz mantıkdışı düşünmenin tanımının görgül veya bilimsel bir temel üzerine inşa edilebildiğine inanmıyoruz. ADDT terapistleri ve hastaları, er geç, dünya hakkında belli şekillerde düşünmenin daha yararlı veya tatmin edici olduğuna karar verir. Ellis'in yakın zamanda kabul ettiği gibi (Ellis, 1995) bu karar, kuralcı bir şekilde nesnel veya mantıklı olandan çok, kişinin inandığının işlevsel veya etik olduğu yaklaşımına dayanır.

BECK'İN BİLİŞSEL TERAPİSİ[4]

Beck birçok rahatsızlığın, özellikle de depresyonun, bireylerin kendileri, dünya ve gelecekle ilgili olumsuz düşüncelerinden kaynaklandığına inanır (Şekil 10.1). Bu işlevsel olmayan inançlar veya olumsuz şemalar, seçici soyutlama veya keyfi çıkarsama gibi bir veya daha fazla önyargı veya mantık hatasıyla sürer. Beck'in **bilişsel** terapisinin amacı hastayı danışma odasının hem içinde hem de dışında olumsuz şemaları uygun şekilde değiştirecek deneyimlerle hazırlamaktır. Böylece, beceriksizlik şemasında, rostoyu yaktığı için beceriksizliğinden yakınan bir hasta, bu başarısızlığı üzücü bulmaya, ancak genele mal etmemeye (bilişsel ön yargılardan biri) ve umutsuzluk şemasında ilerdeki fırsatları iyi değerlendiremeyeceği sonucuna varmamaya teşvik edilir. Terapist mantıksızlığı tetikleyen olumsuz şemanın, şemayı tetikleyen olumsuz kısırdöngüsünü kırmaya çalışır.

KLİNİK UYGULAMA

Olumsuz düşünmeyi değiştirmeye yönelik çabalar hem davranışsal hem de bilişsel seviyede yapılır. Her zaman depresyonda olduklarını düşünen ve bu inanış yüzünden giderek daha derin depresyona giren hastalar için yararlı olan davranışsal tekniklerden biri, hastanın duygu durumunu gün boyunca düzenli aralıklarla kaydetmesini sağlamaktır. Aslında çok depresif kişilerde bile sıklıkla görüldüğü şekilde, bu raporların biraz değişkenlik gösterdiği saptanırsa, bu bilgi onların yaşamın her zaman umutsuz olduğuna dair genel inanışını sorgulamaya yarabilir. Düşüncedeki bu değişiklik o zaman, sabah yataktan kalkmak, biraz iş yapmak ve hatta işe gitmek gibi davranış değişikliklerinin temeli olarak hizmet edebilir.

Benzer şekilde, depresif kişiler işler üstesinden gelinmez göründüğü ve hiç bir şeyi beceremeyeceklerine inandıkları için çoğunlukla çok az iş yapar. Bu aşılmazlık inanışını veya şemasını sınamak için terapist belli bir işi küçük adımlara böler ve hastayı her seferinde sadece bir adıma odaklanmaya teşvik eder. Bu taktik iyi kullanılırsa ki, iyi bir terapi ilişkisinin de önemi yadsınamaz, hasta kendini bir şeyi başarmış bulabilir. Verilen görevlerin hastanın kapasitesini aştığı durumlarda ortaya çıkan başarısızlıklar daha sonra terapistle görüşülür. Benlikle ilgili bakış açısı değişmeye başlayınca daha zor görevler daha az engelleyici görünür ve kişinin kendisi ve dünyası ile ilgili inanışlarındaki daha da yararlı değişimler devam ederken, başarı üstüne başarı inşa edilebilir.

İşbirliğine yönelik görgül yaklaşım, Beck'in terapisinin doğasında bulunur. Terapist ve has-

[4] *Bu bölümün bir kısmı Haaga ve Davison'a (1991) dayanır.*

ta depresyonu artırıyor olabilecek, dünyaya ilişkin her türlü uyumsuz yorumu açığa çıkarmak ve incelemek için ortak araştırmacı gibi çalışır. Hem otomatik düşünceleri hem de işlevsel olmayan varsayımları açığa çıkarmaya çalışırlar. Otomatik düşünceler, günlük işlerimizi yürütürken kendimize anlattığımız veya çizdiğimiz tablolardır; okula giderken, bir arkadaşı dinlerken veya karşıdan karşıya geçenleri seyrederken kendi içimizde kendimizle sürdürdüğümüz diyalogdur. Hastalar genellikle böyle düşünce ve görüntülerin, özellikle depresif ruh haliyle ilişkili olanları kaydetmek için alıştırmaya gereksinim duyar. Örneğin bir ebeveyn, çocuğunun okulda sınavda başarısız olduğunu söylediğini duyar ve "ben ne kadar berbat bir ebeveynim" diye düşünür. Ebeveyn bundan sonra üzüntü duyar. Terapist hastaya böyle düşünceleri kaydetmesine yardım eder ve birlikte bunların geçerliliğini incelerler. Çocuğunuzun okuldaki sorunları neden sizin kötü bir ebeveyn olduğunuz anlamına geliyor? Çocuğunuzu etkileyen ve onun okulda iyi olmasını belirleyen başka neler var? Bu şekilde terapist, hastaya eldeki bilgilere karşı düşüncelerini kontrol etmek ve çocuğun sınavdaki başarısızlığını kötü bir ebeveyne sahip olmak dışındaki nedenlere bağlayabilecek hipotezler geliştirmeyi öğretir.

Bu otomatik düşünceleri tanımlama ve değiştirme aşamasını altta yatan işlevsel olmayan varsayım, tasarı veya inançların tanımlandığı daha gizli bir aşama izler. Bu, müzikte bir müziğin ana melodisine baskın tekrarlayan bir temaya benzetilebilir. Ebeveyn çocuğun okuldaki başarısını da kapsayan, tüm ailenin mutluluk ve huzurunda sorumluluk üstlenmiş olduğunu fark edebilir. Terapist hasta ile birlikte, olası en kötü durumun göstergelerini, onun her şeye gücü yeten bir ebeveyn olmadığını gösteren kanıtı ele alabilir. Bu, klinik olarak depresyona sokacak bir durum mudur? Çocuğun sorunlarıyla ilgili bir şey yapma arzusu veya merakı haliyle anlaşılabilirdir, ancak bu tepkiler kişiyi umutsuzluğa sürüklemek yerine yeni bir eyleme doğru da yönlendirebilir.

Terapist bireye işlevsel olmayan varsayımların değiştirmesi için nasıl yardım edebilir? Sözle ikna etmenin yanı sıra terapist danışanı bu varsayımlarla tutarsız bir şekilde davranmaya teşvik edebilir. Örneğin işyerinde herkesi mutlu etmek zorunda olduğuna inanan biri, bir sonraki anlamsız isteği reddedebilir ve daha önce varsaydığı şekilde dünyanın başına yıkılıp yıkılmadığını görebilir. Eğer durum hasta ve terapist tarafından zamanında düzgün şekilde analiz edildiyse, açıkça gerekli bir adımdır, kişi bu mutlakıyetçi inanca karşı geldiğinde ne olduğunu deneyimleyebilir.

Bilişsel terapide terapist sık sık danışana çocuğunun zayıf bildirim kartına karşılık olarak "ben ne kötü bir ebeveynim" gibi otomatik düşüncelerini keşfetmede yardım eder.

Düşünmeyi değiştiren diğerleri gibi Beck'in terapisi de zordur. Danışanlar güzel deneyimlerle değerli bireyler olduklarına kolayca iknâ edilmiş olsalardı, muhtemelen depresyona girmeyeceklerdi. Bizim kısa açıklamamız sadece bir taslaktır. Uygulama değişmez şekilde daha az sistematik, daha az tek yönlü ve kesinlikle tanımda vurgulanandan daha çok gayret ister.

BİLİŞSEL TERAPİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Beck'in yaklaşımının etkinliği yoğun bir şekilde çalışılmaktadır. Depresif hastalarla bir dizi deney buna destek sağlamıştır (Rush ve ark., 1977; Shaw, 1977; Goldin ve Charbonneau-Powis, 1983). Hatta, bilişsel terapi, ilaç tedavisine göre daha koruyucu bir etkiye sahip olabileceği, depresif dönemlerin sık gözlemlenen tekrar etme eğilimi göz önüne alındığında çok önem kazanan bir yaklaşımdır (Blackburn, Eunson ve Bishop, 1986; Hollon, DeRubeis ve Evans, 1996). Bilişsel terapi hastaları, belki de, terapinin sona ermesinden sonra kullanabilecekleri yararlı bazı bilişsel davranış melekeleri kazanabilirler. 16. Bölümde görüldüğü gibi yaşlı hastalar ilaçlara karşı aşırı duyarlı olabildikleri için de, psikoaktif ilaçların kullanımında sakınca yaratan (kontrendike) rahatsızlıkları bulunabildiği için, farmakolojik olmayan müdahaleler bu bireyler için özellikle uygundur.

Farklı terapilerin sonuç çalışmalarının meta analizi, Beck'in terapisi, bekleme listesi, ilaç terapileri, bilişsel olmayan davranışsal tedaviler ve diğer psikoterapilerden oluşan karma bir gruba göre daha iyi kısa dönem gelişme sağlandığını göstermiştir (Dobson, 1989). Böyle bir araştırma, Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından desteklenen (Elkin ve ark., 1985), çok geniş kitlelere tanıtılan, bilişsel terapinin ilaç tedavisine ya da kişilerarası psikoterapiden (IPT) daha üstün bulmayan, yine de depresyon tedavisinde Beck'in yaklaşımının yararlılığını destekleyen, karşılaştırmalı sonuç çalışmasına destek sağladı. (Odak 18.2'ye bakınız)

Freeman ve Reinecke (1995) yakın zamanda literatürü gözden geçirdi ve bilişsel terapi sonrası nüks sıklığının antidepresanlarınkine göre düşük olduğunu belirledi. İncelemeleri ayrıca bilişsel terapinin ilaç tedavisiyle birlikte etkin olarak kullanılabileceğini gösterdi. Seligman (1994) yöntembilimin getirdiği katılığın standartlarını geçen yeterlilik çalışmalarının incelenmesini yürüttü. Bilişsel terapinin panik bozuklukta etkili bir tedavi olduğu ve bilişsel terapinin blumia tedavisinde sadece ilaca göre çok daha başarılı olduğu sonucuna vardı.

Bilişsel terapi başarılı olduğunda bunun hastaların bilişlerini değiştirmesine yardım etmesinden kaynaklandığını gösteren veriler elde edilmektedir. Bilişsel terapi sırasında bilişte öngörülen değişimler meydana gelir (Hollon ve Beck, 1994; Hollon ve ark., 1996). Ancak, bunlar, aynı zamanda ilaçla başarılı depresyon tedavisi sırasında da saptanır (örn., Rush ve ark., 1982). Bilişsel değişim diğer yollarla gerçekleşen değişikliğin *sonucu* da olabilir (Jacobson ve ark., 1996) ya da en azından depresyonda (bilişsel terapinin en çok araştırıldığı bozukluk), bilişsel değişim, ister Beck'in bilişsel terapisi olsun, ister kişilerarası terapi, ister ilaç, *herhangi* bir terapinin sağladığı terapötik iyileşmenin aracısı olabilir.

BECK İLE ELLİS'İN TERAPİLERİ ARASINDA BAZI KARŞILAŞTIRMALAR

Ellis ve Beck'in görüş ve teknikleri günümüzde terapistler tarafından yaygın şekilde kullanılmaktadır. Yaratıcı klinisyenlerin diğerlerinin çalışmasını uygularken yaptığı kaçınılmaz değişiklikler ve kuramcıların kendi düşünmelerindeki gelişmelerden dolayı bu iki terapinin farkını anlamak zor olabilmektedir. Buna karşın, ilginç ve önemli noktalarda birbirleriyle çelişmektedir (Haaga ve Davison, 1991, 1992).

Çocuğunun okuldaki sınavda başarısız olduğunu öğrenince üzülen ebeveyne Ellis hemen, özünde "Ne olmuş ebeveyn olarak yetersiz kalıyorsanız? Bunun için üzülmeye değmez." diyecektir. Beck ise, tersine, sonuca götüren kanıtları değerlendirir. Onunki daha görgül bir yaklaşımdır. "Ebeveyn olarak yetersiz olduğunuzu düşündürecek ne var?" İspat edilemiyorsa bu keşif bile kendi içinde terapötik olacaktır. Ellis kendi çözüm şeklini daha kapsamlı bulur. Kişi ebeveyn olarak istiyor olsa bile, yaptığı her şeyde mükemmel olmak zorunda olmadığı için dünyanın sonu gelmeyecektir. Beck de er geç hastayla birlikte, ancak olasılıkla kişinin yetersiz bir ebeveyn olduğunu gösteren yeterince kanıt biriktikten sonra, kişinin kendisinden memnun olması için her konuda iyi olmasının gerekip gerekmediğini sorgulayacaktır.

Beck'in yaklaşımını kullanan terapist olumsuz şemayla ve özellikle uyumsuz, mantıksız ve yanlı düşünmenin alabileceği, aşırı genelleme gibi biçimler hakkında bir yargıya sahiptir. Ancak depresif bir bireyle uğraşmak, işbirliğine yönelik, *tümevarımsal* bir süreçtir. Bu yolla hasta ve terapist kişinin olumsuz düşüncelerinin altında yatan işlevsel olmayan *özel* varsayımları keşfetmeye çabalar. Akılcı duygusal davranış terapistleri ise tersine *tümdengelimcidir.* Sıkıntılı birinin daha önceden belirlenmiş olan mantıkdışı inanç listesinden bir veya daha fazlasına uyduğunu veya kendilerinden veya başkalarından gerçekçi olmayan isteklerde bulundukları-na inanırlar.

Beck'in terapisi ile standart akılcı duygusal uygulamaların arasında bu tümdengelim-tümevarım temelinde tarz farklılığı vardır. Beck, terapistin gereğinden fazla didaktik olmaması gerektiğini ileri sürerken, Ellis, küçük ders ve didaktik konuşmaları sıklıkla kullanır. Beck kaynaşmayı hızlandırmak için olumsuz düşünceleri "sonuç vermeyen fikirler" olarak adlandırmayı önerir. Ellis'ten, tabii ki mizah katarak, duyulabilecek mantıkdışı veya deli gibi sıfatları pek tercih etmez. Son olarak, Beck, terapistin hastanın başvuru çerçevesini kabul edip ayrıntılarına girmek için izin istemesini salık verir. Böylece, durumunu ortaya koymak ve anlaşıldığını hissetmek için bir şans verilmiş olan kişi, inançlarının irdelenmesi için işbirliğine girmeye daha istekli olabilir. Öte yandan, Ellis ise, iyi öğrenilmiş bir uyumsuz düşünce şeklini kırmak için gayet güçlü girişimler gerektiğini ileri sürer. Böylece has-

tanın mantıkdışı inançlarını bazen ilk seansın ilk dakikalarında doğrudan yüzleyecektir.

İki yaklaşımın da ortak bir yönü vardır ve bu Beck ve Ellis'i, 17. Bölümde anlatıldığı gibi deneysel (insancıl ve varoluşçu) terapilerde yoldaş haline getiriyor. İkisi de kişilerin farklı düşünerek psikolojik durumlarını değiştirebileceği mesajını verir. Kişinin kendisini ve dünyayı yorumlama şeklinin onun nasıl bir insan olacağının temel belirleyicisi olduğunu ve kişilerin olayları nasıl yorumlayacağı konusunda tercih hakkı olduğunu vurgular. İnsanların bazen çok çaba harcayarak farklı davranmayı seçebildiğini iddia ederler. Bununla beraber, bilişsel olmayan davranış terapistlerinden farklı olarak ama insancıl ve varoluşçulara benzer şekilde, Beck ve Ellis yeni davranışın özellikle kişinin kendisi ve dünyaya bakışı hakkında sağlayabileceği kanıtlar açısından önemli olduğuna inanır. Böylece odak, insanoğlunun bilişsel boyutunda ve insan aklının özgürleştirilebileceğine ve düşüncelerinin olumlu psikolojik değişimin anahtarı olabileceğine dair inançta kalır.

SOSYAL PROBLEM ÇÖZÜMLEMESİ

Bazı psikolojik sıkıntılara, kişilerin çözüm bulamadıklarına inandığı sorunlara karşı tepki olarak bakılabilir. Dönem ödevim gecikti ve ben buna üzüldüm. Öğretmene danışacak mıyım yoksa en azından başlangıçta asistana danışmak daha mı iyi olur? Eksik not mu almalıyım yoksa başvuracağım programlar için gönderilecek olan transkriptimde kötü mü görünür? Yine de eksik not C'den daha iyi değil midir? Böyle bir duruma düşen öğrencilere sorunu en etkili ve etkin şekilde nasıl çözeceğini bilerek yardım edilebilir.

Terapistler sosyal problem çözümlemesi diye bilinen bir yaklaşım tasarladı (D'Zurilla ve Goldfried, 1971; Goldfried ve D'Zurilla, 1969; Kanfer ve Busenmeyer, 1982; Nezu ve ark., 1996). Danışanların bu konuda eğitimi bir dizi aşama içerir. Önce sıkıntılarına çözülmemiş sorunlara karşı tepki gözüyle bakmaları, hatta sorunlara tehdit yerine meydan okuma veya fırsat gözüyle bakmaları öğretilir (D'Zurilla, 1986). Sonra sorunların ne olabileceği öğretilir. Beyin fırtınasını, yapılabilirliği veya olası etkisini değerlendirmeden olabildiğince çok alternatif çözüm üretmeyi, her çözümün beklenilen sonuçlarını değerlendirmeyi, bir kararı uygulamayı ve amaçlarına ulaşmak için etkinliğini değerlendirmeyi öğrenirler.

Bazı klinik araştırmalar sosyal problem çözümleme eğitimini en azından kısa dönemde yararlı buluyorlar. Örneğin huzur evinde kalan depresif yaşlılar böyle bir eğitimle, davranışsal temelli tedavi verilmiş hastalara göre daha fazla ilerleme sağlamışlardır (Hussian ve Lawrence, 1981). Sorunlarla ilgili grup tartışmaları onları çözmeye ve çözümlerin etkinliğini değerlendirmeye yarayan kontrol koşuluyla karşılaştırıldığında, tam bir sosyal problem çözümleme eğitimi alan hastalarda görülen depresyonda daha fazla azalma saptayan Nezu (1986) da benzer iyi sonuçlar elde etmişti. Başka bir çalışma da okul çağı çocukları sosyal problem çözümleme eğitiminde ele alınanlardan farklı durumlara genellenen problem çözme becerisi edindiler (Weissberg ve ark., 1981). Diğer bir çalışma da ise (örn., Elias ve Clabby, 1989) bu yaklaşımı tüm ana okulu müfredatına uyguladılar. Sosyal problem çözümleme eğitiminin psikiyatrik hastalarda (Bedeli, Archer ve Marlow, 1980), alkol istismarı tedavisinde (Chaney, O'Leary ve Marlatt, 1978) ve fakülte öğrencilerinin stresini azaltıp okuldaki yeterliliğini artırmaya yönelik sosyal becerilerini geliştirmekte faydalı olduğu saptanmıştır (D'Zurilla ve Sheedy, 1991, 1992). En iyi olasılıkla, hastalar gelecekte, geniş bir sorun yelpazesine uygulayabilecekleri, böylece genel iyilik hallerini değiştiren bir dizi beceri ve genel tutumu öğrenirler.

Üst biliş (metacognition), yani kişilerin bilmekle ilgili ne bildiği de sosyal sorun çözümünde uygulanır (Meichenbaum ve Asarnow, 1979). Yeni bir şehre gidersem haritasız muhtemelen kaybolurum ama bir kere harita edindikten sonra, daha önceden harita okumak konusunda genel beceriyi kazanmış olduğumu kabul edersek, yolumu rahatça bulurum. Üst bilişsel seviyede yeni bir şehirde sokakları ve yerleri bulmak için bir şehir haritası almak ve onu okumak zorunda olduğumu bilirim.

Sosyal problem çözümleme yaklaşımı, "bir sorun veya engellenme karşısında, kişi, her zaman, onu kontrol altına almak için etkili önlem almaya çabalamak zorundadır" mesajını verdiği için eleştirilebilir (örn., Goldfield, 1980). Birinin dünyayı üstesinden gelinecek meydan okumalarla dolu görmesi A tipi kişiliğin gelişmesini teşvik edebilir. Sosyal problem çözümlemedeki bu gizli temaya tepki olarak, D'Zurilla (1986, 1990) sosyal problem çözümleme bakış açısını Richard Lazarus'un (Lazarus ve Folkman, 1984) biliş ve stres hakkındaki klasik çalışmasından

uyarlanan "duygu odaklı çözümleri" dâhil edecek şekilde genişletti.

Buna göre bir durum değiştirilemez veya kontrol edilemez olarak yargılanırsa, çözüme yönelik, mantıklı yaklaşım kişinin ona karşı duygusal tepkisini (örneğin, gevşeme yoluyla) değiştirmek ve böylece zorlu çevre koşullarına uyum sağlamaktır.

ÇOKYAKLAŞIMLI TERAPİ

Çokyaklaşımlı terapi (multimodal therapy) Rutgers Üniversitesi psikologlarından Arnold Lazarus (1989, 1977) tarafından önerilen bilişsel-davranışçı bir yaklaşımdır. Lazarus, davranış paradigmasının üstüne koyduğu, değerlendirmenin ve en üst düzeyde etkili psikoterapötik müdahalelerin desenleri için yersiz bir sınırlama olarak gördüğü durumdan tatmin olmayarak 1960'ların tartışmaları sonunda Wolpe ile yolunu ayrıldı. Lazarus'un temel önermesine göre insanlar yedi boyuttan oluşur. Bu, BASIC IB şeklinde kısaltılabilir: B (behavior / davranış), A (affective / duyuşsal süreçler), S (sensations / duyumlar), I (images / imgeler), C (cognitions / bilişler), I (interpersonal / kişilerarası ilişkiler) ve B (biological / biyolojik işlevler). Etkili terapi, sorunları bu alanların hepsine veya bir bölümüne yerleştirmeli, sorunların hangi sırayla ele alınacağına karar vermeli ve sonra sorunların dahil olduğu her alana, ona en uygun teknikler uygulanmalıdır.

Örneğin, hastanın hissettiği baskı, sapkın düşünce süreçleriyle tetiklenmiş gibi görünüyorsa dikkat C'ye, yani biliş üzerine yoğunlaşmalı, önerilen klinik ve deneysel araştırmanın kişilerin olaylara bakış açısını değiştirmek için en uygun olan işlemler seçilir. Ancak, ilk B, yani davranış da şüpheli olabilir ve örneğin, kişinin kendi çevresi tarafından pekiştirilmeyen şekilde davranmayı öğrendiğindeki gibi, sapkın bir düşünceyle eyleme geçmesine rağmen kendisine yönelik özel dikkat gerektirebilir.

Lazarus her hasta için bir yaklaşım profili çizer. Bu, ona ve hastaya dikkati hak eden alanların hangileri olduğunu görmekte yardımcı olur. Bu şema, temelde klinisyenin belli kategori veya alanlara odaklanmaya zorlayarak, dikkati ilgilenmeye değer alanlara çekmek üzere tasarımlanmış olması nedeniyle DSM'nin çok eksenli sistemine benzer. Ancak BASIC IB yaklaşımı daha da ileri gider. Şöyle ki, Lazarus yedi alanın her biri için etkili olabilecek bir işlem aralığı belirlemeye çabalar.

Lazarus'un yaklaşımı, buraya dek tanımlandığı şekilde, genel bir bilişsel davranışsal çerçeveye kolayca oturur. Ancak, o, yine de, kullanılacak olan teknikle ilgili kararın kuramsal bir yaklaşım veya ekol eğilimi ile verilerin açık fikirli incelenmesiyle yönlendirilmesi gerektiğini tartışmaya devam eder. Örneğin, terapistin bilişleri nasıl değiştireceğini bildiğine inanması durumunda, bu seçilmiş hastanın uyumsuz inançlarını değiştirmek için hangi teknikler kullanılabilir? Lazarus Geştalt terapisinden bir teknik kullanmak daha faydalı olacaksa o zaman kullanın der. Bu bağlamda Lazarus, psikoterapinin bütünleşme hareketinin (ileride ele alınmıştır) eski anahtar kişiliklerinden biriydi.

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ HAKKINDA DÜŞÜNCELER

Bu kitapta daha önce belirttiğimiz şekilde davranışçı terapi kendini önce, koşullama deneylerinden türetilen ilke ve işlemlerin psikolojik sıkıntıyı azaltmak için uygulanabileceği varsayımıyla, klasik ve edimsel koşullamayla sınırlamıştır. Bu yönelim Watson ve Skinner gibi, Wundt ve Titchener'in laboratuarlarında gerçekleştirilen akıl ve bilincin içeriğiyle ilgili çalışmadan ve iç gözlemin çalışmalarındaki kullanımından tatmin olmayan davranışçılardan kaynaklanmıştır. Bilişsel davranışçı terapideki (veya bilişsel terapideki) gelişmeler, davranış terapistlerinin eski klasik ve edimsel koşullama odaklanması göz önüne alındığında radikal veya yeni bir hareket olarak görülebilir. Öte yandan, tarihsel açıdan deneysel psikolojinin en erken döneminin bilişsel odaklarına dönüşü temsil eder. Birçok deneysel psikolog, yıllar boyunca bilişle ilgili, algılama, tanıma, kavrama, yargılama ve muhakeme, problem çözme, imgeleme ve diğer simgeleme etkinliklerinde araştırma yapmaya devam etti.

Ellis ve Beck, psikolojik sıkıntıyı kaldırmak için bilişsel işlemleri doğrudan değiştirmeye çalışır. Ancak başlangıçtan itibaren davranış terapistleri insanoğlunun simgeleştirme, bilgi işleme, dünyayı sözcük ve şekille ifade etme kapasitesine şiddetle güvenmiştir. Wolpe'un sistematik duyarsızlaştırması açık bir örnektir. Wolpe'un koşullandırma ilkelerine dayandığına inandığı bu teknik, hasta onu korkutanı imgelediği için temelde bilişsel bir işlemdir. Duyarsızlaştırma sırasındaki en ilginç, açık davranışsal olay kişinin arada işaret parmağını kaldırarak endişe işareti vermesidir. Önemli bir şey oluyorsa, ke-

ODAK 18.2 ULUSAL AKIL SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ (NIMH) DEPRESYON TEDAVİSİNDE İŞBİRLİKLİ ARAŞTIRMA PROGRAMI

1977'de Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü (NIMH), Beck'in bilişsel terapisini kişilerarası psikoterapi ve farmakoterapi (Elkin ve ark., 1985) ile karşılaştıran, büyük, karmaşık ve pahalı üç merkezli çalışma üstlendi. Depresyon tedavisinde işbirlikli araştırma programı diye adlandırılan bu çalışma, NIMH tarafından psikoterapi alanında başlatılan ilk çok merkezli işbirlikli çalışmaydı. (NIMH daha önce böyle bir çalışmayı farmakoloji konusunda verimli şekilde yürütmüştü.)

TERAPİLERİN SEÇİMİ

Beck'inkiyle karşılaştırmak için terapi seçerken üç ölçüt üstünde çalışıldı. Terapi depresyonu tedavi etmek için geliştirilmiş olmalıydı, diğer terapistlere yönerge vermeye yetecek kadar açık ve standartlaştırılmış olmalıydı ve depresif hastalarda görgül yaklaşımla gösterilmiş olan etkisi bulunmalıydı. Dahası, Beck'in bilişsel terapisiyle az örtüşmeliydi.

NIMH ekibi Gerald Klerman'ın kişilerarası psikoterapisini seçti. Bu 17. Bölümde gördüğümüz gibi kısa, psikodinamik, Sullivan'cı, içgörüye yönelik, mevcut sorunlara ve kişilerarası ilişkilere odaklanan ve depresyondaki etkinliği gösterilmiş olan bir yaklaşımdır (Klerman ve ark., 1984, Weissman ve ark., 1979). Bu terapi, kişilerarası olduğu kadar iç psişik değildi yine de, depresyonu artıran kişilerarası sorunların daha iyi anlaşılmasını vurgular ve diğerleriyle ilişkileri geliştirmeyi amaçlar. Aslında daha iyi iletişim, gerçeği test etme, etkili sosyal becerileri geliştirme ve güncel sosyal rol gereklerini karşılamaya odaklanmıştır. Gerçek teknikler kişilerarası sorunların bir şekilde yönlendirici olmayan görüşmesini, yadsınan olumsuz duyguların keşfedilmesi ve bunların ifade edilmeye teşvik edilmesi, hem sözel hem de sözel olmayan iletişimin geliştirilmesi ve sorun çözmeyi kapsar.[*]

Farmakolojik bir tedavi, imipramine (Tofranil), iyi test edilmiş olan trisiklik bir ilaçtır. Depresyon tedavisinde yaygın olarak standart ilaç gözüyle bakılan, iki psikoterapiyi değerlendirmek için referans olarak kullanılmış olan bir ilaçtır. Dozlar önceden belirlenmiş olan ana hatlara göre ayarlanıyordu. Bunlar ılık, destekleyici bir ortamda psikiyatrın klinik kontrol bağlamında, klinik kararına bir parça izin verecek kadar esnekti (Fawcett ve ark.,1987). Elkin ve ark. (1985) buna nerdeyse ilaç-artı-destekleyici-terapi koşul gözüyle baktı. Burada destekleyici tanımı, herhangi bir açık psikoterapötik tekniğin uygulanmasına değil, hekim hasta ilişkisinin doğasına atıftı.

Dördüncü ve sonuncu koşul, imipramin'in etkinliğini saptamak için plasebo-klinik kontrol grubuydu. Ayrıca, güçlü destek ve teşvik nedeniyle, iki psikoterapi grubunun kısmi kontrolü için düşünülmüştü. İmipramin koşulu için kullanılana benzer bir çift kör çalışmada bu gruptaki hastalar, etkili bir antidepresan ilaç olabileceğine inandıkları bir plasebo aldı. Ayrıca, gerekli olduğu düşünüldüğünde doğrudan öğüt de aldılar. Plasebo koşulları yanında bu çok güçlüydü, yani hem psikoterapi hem de farmakoterapi literatüründeki çoğu plasebo grubuna göre çok daha fazla psikolojik destek ve hatta müdahale içeriyordu. Klinik kontrol, destek ve öğüt, hem bu grupta hem de imipramin grubunda ortaktı.

Tüm tedaviler on altı hafta sürdü. Seans sayısında tedavi kılavuzlarına dayanan küçük farklar oldu. Örneğin, bilişsel terapi hastaları ilk sekiz hafta boyunca on iki seans aldı, bunu çalışmanın ikinci yarısındaki haftalık seanslar izledi. Bu yirmi seans, kişilerarası terapideki on altı seansı aştı. Yine de bu da terapistin sağduyusuna göre yirmiye kadar çıkabilirdi. Bütün terapiler boyunca hastalar yakından izlendi. Tehlikeyi en aza indirgemek için profesyonel önlemler alındı, örneğin, intihara yakın hastalarla çalışma sırasında yakın ve düzenli iletişim sağlandı. Bu yaklaşımlar özellikle plasebo koşulunda önemliydi.

TERAPİSTİN SEÇİLMESİ VE EĞİTİMİ

Bu çalışmanın önemli bir özelliği tedavi merkezlerinin her birinde terapist seçimi ve eğitiminde gösterilen dikkat, titizlikti. Bu aşama yaklaşık iki yıl sürdü ve çalışma kapsamındaki üç yaklaşımın birinde biraz deneyim ve genel klinik yeterlilik için başvuranların dikkatle izlenmesiyle başladı. Kişilerarası terapi ve ilaç tedavisi için onar, bilişsel terapi için sekiz olmak üzere toplam 28 terapist seçilmişti.

Yapılan, terapistlerin seçkisiz örneklemesi değildi, çünkü katılmak istemeleri, titiz bir araştırmadan sonra kabul edilmeleri ve yerleşmiş olan bir tedavi protokolüne dahil olmak konusunda anlaşma, bunun yanı sıra tanınan tedavi protokolüne uyduklarına emin olmak için başvuru sonrasında ve anlaşma sağlandıktan sonra bütün terapi seanslarının video banda kaydettirmeleri gerekti. Eğitim aylarca sürdü, 119 deneği kapsadı ve zordu. Bu seçilme ve eğitim aşaması, psikoterapi araştırması olarak başlı başına bir başarı sağladı ve yönerge ve denetleme aşamasına katılanlar tarafından sunuldu. (Rounsaville, Chevron ve Weissman, 1984; Shaw, 1984; Waskow, 1984). Terapinin bütünlüğünden emin olmak için girişildi ve eğitim ve denetleme uğraşları başarılıydı (Hill ve ark, 1992). Sadece son zamanlardaki psikoterapi sonuç çalışmaları, çalışmada bağımsız değişkenlerin başarıyla kullanıldığına emin olmak için terapist-deneycilerin eğitim ve izlemine uygun özeni gösterdi.

---

[*] *Beck ile Klerman'ın terapilerinin arasındaki teknik farklılıklar belirtilmiştir (DeRubeis ve ark., 1982). Ele alınan çalışmada bilişsel terapi ve kişilerarası terapi terapistleri kendi terapilerinin gerektirdiği işlemlere iyi bağlanmıştır. (Hill, O'Grady & Elkin, 1992). Bununla birlikte, belirgin örtüşme söz konusudur. Sosyal davranışta etkinlik kadar algıdaki keskinliği geliştirmeyi ikisi de vurgular. Okuyucu bu etkeni dönüm noktası olan bu çalışmanın sonuçları tanımlandığı zaman dikkate almayı isteyebilir.*

HASTA DENEKLERİN SEÇİLMESİ

Çalışmanın tamamı 240 hasta için tasarlanmıştı. Her koşul için 60 hasta söz konusuydu. Deneklerin Major depresif bozukluk ölçütlerine uygun olmasına, ancak intihara eğilimli, iki uçlu (bipolar) ve psikotik olmamalarına dikkat edildi, (ilaç koşuluna uygunluk durumunda) imipramin kullanımına tıbbi kontrendikasyonları bulunamamalıydı. İlerde tedavi sonucuyla bağlantı kurulabilmesi için hastalarla ilgili birçok bilgi daha toplandı. (Örneğin, melankoli bilişsel terapide olumsuz bir etken mi? Baskın olmayan hastalar tedaviyi diğerlerine göre daha mı sık bırakıyor?) Hastaların %70'i kadındı (bu oran bu bozukluğa sahip 2/1 kadın erkek oranına gayet iyi uyuyor) ve yatısız hasta örneğiyle karşılaştırıldığında orta veya ileri derecede depresyondaydı. Tedaviye başlayanlardan 162'si, %68'i, en azından on beş haftayı veya on iki seansı tamamladı. Plasebo koşulundakilerden tedaviyi bırakanların daha fazla olmasına karşın sayıları istatistik olarak diğer üç gruptan fazla değildi.

DEĞERLENDİRME ÇEŞİTLERİ

Tedaviden önce ve sonra, bunun yanı sıra tedavi sırasında üç kez, altı, on iki ve on sekiz aylık izlemler halinde çok sayıda ve çeşitli değerlendirmeler yapıldı. Ölçümler değişim süreçleriyle ilgili sorulara yanıt verebileceklerden oluşuyordu. Örneğin, kişilerarası terapi hastaları terapi sırasında diğerleriyle ilişki kurmayı diğerlerinden daha mı iyi öğrenir? Öyleyse, bu gelişme klinik sonuçla ilişkili midir? Bilişsel terapi hastaları ilerdeki seanslarda, tedavinin başındakilere göre daha mı az bilişsel çarpıtma sergiler? Öyleyse, bu kayma daha iyi bir klinik sonuçla mı uyumlu? Çeşitli değerlendirme araçları, hastanın bakış açıları, terapist, tedavi koşuluna kör, bağımsız klinik değerlendirici ve mümkün olduğunda kişinin yaşamında önemli olan başka biri, örneğin eşi kullanılır. Üç değişim alanı değerlendirildi: depresyon semptomları, genel semptomlar ve yaşam işlevleri ve belli terapi yaklaşımlarıyla ilişkili işlevler. (Örneğin, bilişsel değişimi değerlendirmek için Weissman ve Beck'in "İşlevsel Olmayan Tutumlar Ölçeği" 1978)

SONUÇLAR

Veri analizi araştırma merkezlerinde, tedaviyi tamamlayanlar ile toplam örneklem (bırakanlar dâhil) arasında ve farklı bakış açılı değerlendirmelerde değişimler olduğunu gösterdi (örn., hastayla klinik değerlendirmecilerin kararları arasında). O zamandan beri yayımlanan bazı karmaşık bulgular burada özetlenmiştir (Elkin ve ark., 1986; Elkin ve ark., 1989; Imber ve ark, 1990; Shea ve ark., 1990; Shea ve ark., 1992).

- *Sonlanma aşamasında, hastaların depresyonun ciddiyetine göre ayırılmadığı koşulda, depresyonun azalması veya genel işlevlerde, bilişsel terapi ile kişilerarası terapi arasında veya ikisinden biriyle imipramin ile birlikte klinik kontrol uygulaması arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Genellikle üç etkin tedavi anlamlı ve eşdeğer başarı sağladı ve büyük kısmında plasebo grubundan üstündü. Plasebo-artı-klinik-kontrol denekleri de anlamlı ilerleme sağladı. (Not: Diğer birçok kontrollü çalışma bilişsel terapinin diğer tedavilere ve plasebo koşullarına göre üstün olduğunu saptadı. Persons, Thase ve Crits-Christoph, 1996'dan. Psikoterapi sonuç literatüründe tutarsızlıklar vardır!)*
- *İmipramin tedavi sırasında depresyon semptomlarını azaltmakta diğer tedavilerden daha hızlıydı. Buna karşın, on altı haftalık terapi sonunda iki psikoterapi ilaca yetişmişti.*
- *Bir dereceye kadar daha hafif depresyondaki plasebo hastaları da, tedavinin sonunda, üç etkin tedavi koşulundaki az depresif kişiler kadar iyiydi.*
- *Plasebo koşulundaki ciddi depresif hastalar üç etkin tedavi koşulundakiler kadar başarılı değildi.*
- *Kişilerarası terapinin, daha ciddi depresyonda olan hastalarda, özellikle iyileşme hızı ile ifade edildiğinde, daha etkili olduğuna dair kanıtlar vardı.*
- *Belli tedavilerin beklenen alanlardaki değişimi etkilediğine dair kanıtlar vardı. Örneğin, kişilerarası tedavi hastaları sosyal işlevlerde, imipramin veya bilişsel terapi hastalarına göre daha fazla ilerleme sağladı. Bilişsel terapi belirli işlevsel olmayan tutumları diğer tedavilere göre daha fazla azalttı.*
- *Kişilerarası terapi ve farmakoterapide, bilişsel terapi dışındaki, kişilik bozukluğu tanısı almış olan hastalarda terapi sonrası kalıntı (rezidüel) depresyon bulguları, bu Eksen 2 tanılarını almamış olanlara göre daha fazlaydı.*
- *Tedavinin bitişinden on sekiz ay sonra yapılan izlem çalışması, etkin tedavi koşullarının anlamlı şekilde fark etmediğini, dört koşuldaki hastaların tedavinin sonunda çarpıcı şekilde gelişme sağladığını, sadece %20-30 oranında depresyonun tamamen ortadan kalkmadığını saptadı.*

İki psikososyal terapiye karşı imipramin koşulunun göreceli etkinliği çevresinde dikkate değer tartışmalar dönmektedir. Depresyon tedavisinde işbirlikli araştırma programı verilerinin yakın zamandaki analizi, en azından kısa dönemde imipramin tedavisinin bir ölçüde bilişsel terapiye göre daha üstün olduğu şeklindeki asıl bulguyu doğrular (Elkin ve ark., 1995; Klein ve Ross, 1993). Hatta Lacobson ve Hallon (1996) bu çalışmanın, ileri derecede depresyonda olan hastalarda bile, bilişsel terapiye böyle üstünlük sağlayan tek çalışma olduğuna işaret etmiştir. Ayrıca, imipramin ile her iki psikoterapi grubu arasındaki farklılıkların üç tedavi merkezi içinde tutarlı olmadığına işaret ettiler. Örneğin, bir merkezde, bilişsel terapi şiddetli depresyonda olan hastalarda imipramin kadar başarılıyken, diğer merkezde kişilerarası tedavi bu hastalarda ilaç kadar iyiydi. Son olarak, Jacobson ve Hollon, hap şeklindeki plasebodan daha iyi olmasına karşın, imipramin deneklerinin %33'ünün tedaviyi tamamlamadığını; kalanların yarısının tedavi bittikten hemen sonra iyileşmediğini; iyileşenlerin yarısında ilaç kesildikten sonraki aylarda nüks görüldüğünü işaret etti.

Karmaşık bir durum! İşleri daha da karıştırmak için Donald Klein (1996), ünlü bir ilaç araştırmacısı ve bu çalışmanın bizzat bazı sahipleri (Elkin ve ark, 1996) aynı çalışma verilerini değerlendirdi ve ters sonuca ulaştı. Yani, imipramin, bu çalışmada, şiddetli depresyonda her iki bilişsel terapiden de kişilerarası terapiden de çok daha etkindi. Hatta Klein, bırakanların sayısı nedeniyle, bizzat imipramin koşulunun kendisini sorgular ve depresyondaki imipramin tedavisinin, depresyondaki farmakoterapiyle eşanlamlı olmadığını belirtir. Yeni seçici serotonin gerialım engelleyicilerinin, örneğin Prozac daha az yan etkisi var ve imipramin gibi trisikliklerden daha etkili olabilir.

Depresif hastalardaki kısa dönem gelişmeler söz konusu olsa bile, etkilemeyle ilgili öğrenecek çok şey var. Hemen tedaviden sonra belirgin olan faydaların uzun süre sonra sürdürülmesi konusunda daha da az şey bilinmekte. Dönüm noktası olan bu karşılaştırmalı sonuç çalışmasının çok sayıdaki bulgusu içinde hangisi olursa olsun, müdahale yandaşlarını mutlu edecek bir şeyler mutlaka vardır.

sinlikle derinin altında da devam ediyordur ve bu faaliyetin bir kısmı kesinlikle bilişseldir.

Ancak, davranış terapisi bilişsele kaydıkça, birçok çağdaş araştırmacının davranışsal işlemlerin *bilişsel süreçleri* sözle sınırlandırılmış olanlardan daha iyi etkilediğine inanmaya devam ettiğini akılda tutmak gerekir (Bandura, 1997). Bu demektir ki, davranış veya duygudaki derin değişikliği etkilemek için kişinin inançlarını değiştirmenin önemli olduğunu iddia ederken, davranışsal teknikleri tercih ederler. Bandura, etkili olduğu kadarıyla tüm terapötik işlemlerin, kişiye bir üstünlük, kendine yeterlik (self efficacy) hissi vererek ilerleme sağladığını ileri sürer. Aynı zamanda kendine yeterlilik duygusunu, eksikse, kazanmak için en etkili yolun davranışı değiştirmek olduğunu saptar. Biz, kendine yeterlilik duygusunun Bandura'nın inandığı kadar önemli olduğuna inansak da inanmasak da, bu süreçleri harekete geçiren işlem ve ilerlemenin altında yatan süreçler birbirinden ayırdedilebilir.

Bilişsel davranışçı terapistler, performans temelli işlemleri kullanırken ve davranışsal değişime bağlılıklarında davranışsal olmaya devam ederler (Dobson ve Jack-Cram, 1996; Jacobson ve ark., 1996). Ancak, bilişsel değişim (örn., kendine yeterlilik), en azından bazı davranışsal işlemlerin etkinliğinde yeri olan önemli bir mekanizma olduğuna inanma bağlamında bilişseldir. Biliş ve davranış sürekli ve karşılıklı birbirini etkiler. Yeni davranış düşünmeyi değiştirebilir; yeni düşünme şekli de yeni davranışı kolaylaştırabilir. Ek olarak, çevre hem düşünceyi hem eylemi etkiler ve onlar tarafından etkilenir. Bandura (1986) tarafından **üçlü-karşılıklılık** (triadic reciprocality) olarak tanımlanan bu model, düşünme, davranma ve çevrenin birbiriyle yakından ilişkili oluşunu aydınlatır.

Yine de, Salovey ve Singer'ın (1991) işaret ettiği gibi, Bandura'nın üçlü- karşılıklılığı duygu kavramını yeterince vurgulamaz. İnsanların, bazen "sıcak biliş" olarak söz edilen, duyuş (affect) yüklü çok sayıda bilişi vardır ve bunlar, benlik (Cantor ve ark., 1986), kişinin rüyaları, fantazileri, güzel umutları ve açık korkularıyla ilişkili olmaya eğilimlidir, Singer (1984) bunu özel kişilik olarak adlandırmıştır. "Terapist geleneksel olarak tedavinin odağı olan uyumsuz bilişleri renklendiren duygulara karşı uyanık olmalıdır. Her ne kadar duygular aynı zamanda bilişin sonucu olarak ortaya çıksa da, önce değerlendirip sonra duygu seviyesinde müdahale etmekle uyumsuz bilişleri değiştirmek mümkün olabilir" (Salovey ve Singer, 1991, s. 366). Hem klinik gözlemler (Greenberg ve Safran, 1984) hem de deneysel bulgular (örn., Snyder ve White, 1982), duygunun kişilikteki önemine işaret eder ve bozukluk ve tedaviyle ilgili bilişsel davranışçı kavramlara daha sistematik şekilde dahil edilmesi gerektiğini ileri sürer.

Tüm bilişsel davranış terapistleri hastalarının zihinsel işlemlerini başka yoldan dinler. Dünyaya hastanın algıladığı gibi bakarlar. Davranışımızı kontrol eden, bize dışarıdan bastıran değil, davranışsal psikolojiyi asırlarca yönlendiren varsayımdır. Hatta duygu ve davranışlarımız dünyaya bakış açımızla belirlenir. Yunan filozofu Epictetus birinci yüzyılda şöyle demiştir: "(İnsanları) Rahatsız eden olaylar değil, olaylardan çıkardığı görüştür" (Hamlet 2. perde, 2. sahne). Bilişsel-davranışçı terapi 17. bölümde ele alınan insancıl ve varoluşçu terapilere yakınlaştırmaktadır. Rogers ve Perls gibi yaşantısal terapistlerin temel tezlerinden biri hastaları kendi referans noktalarıyla, kendi fenomenolojik dünyalarıyla anlamak gerektiğidir. Çünkü yaşamı ve davranışı kontrol eden bu dünya deneyimidir.

İnsanları anlamak ve onlara yardım etmeye çalışanların cephesinde böyle varsayımlar felsefi açıdan çok önemlidir. Deneysel düşünen klinisyenler ve araştırmacılar, bilişsel davranış

terapisinin yeni alanının, yaşantısalcılarla ve onların hastalarının fenomenolojik dünyalarına olan ilgileriyle bu kadar ortak noktasının bulunması deneysel yaklaşımlı klinisyenler ve araştırmacıları şaşırtmıştır. Bilişsel-davranışçı terapi tarafından kullanılan *teknikler,* hiç kuşkusuz ki, Rogers ve Perls'in taraftarlarının kullandıklarından belirgin şekilde farklıdır. Ancak, bu yüzeysel farklar, psikoterapi ve insan doğası öğrencileri olarak bizi, iki yaklaşım arasındaki bağlantılara karşı kör etmemelidir. Çeşitli terapötik yaklaşımlar arasındaki bütünleşme ile ilgili diğer bilgiler bu Bölümün sonundadır.

DAVRANIŞSAL TIP

Davranışsal tıp "davranışsal ve biyomedikal bilim, bilgi; sağlık ve hastalığı anlayışıyla ilgili teknikler; bu bilginin ve bu tekniklerin rehabilitasyon, tedavi, tanı ve önleme amacıyla uygulanması ile ilgilenen *disiplinler arası* bir alandır." Bu tanımda dikkate değer olan, alanın yapısını açıkça yansıtan, yaklaşımın disiplinler arası olmasıdır. Psikolog, psikiyatr, psikiyatr olmayan hekim, hemşire ve sosyal çalışmacı gibi, sağlıkla ilişkili davranışların analiz ve tedavisine kendi özgün uzmanlık ve bakış açısını katan ve esansiyel hipertansiyon ve koroner kalp hastalığı (8. Bölüm), ciddi şekilde hasta olan çocukların sorunları (15. Bölüm), madde kötüye kullanımı (12. Bölüm), AIDS (14. Bölüm) ve yaşlıların pek çok sorunu (Şekil 16.1) gibi hastalıklarda sıklıkla işbirliği yapan çeşitli araştırmacı ve uygulayıcıların bilgi ve becerilerini kapsar. 1980'li ve 1990'lı yıllarda ABD hükümeti, daha önce katı bir şekilde tıbbi olarak bakılan hastalıkların önemli psikolojik bileşenleri olduğunu ve Birleşmiş Milletler ve diğer yerlerdeki tıbbi sağlık krizinin anahtarının insanların, sağlığını koruma ve hastalığını tedavi etme ile ilişkili düşünce ve davranışlarını değiştirmekte yattığını giderek artan bir oranla kabul etti.

Davranışsal tıp, çoğunlukla sağlık psikolojisi olarak anılır, davranışı değiştirmeye yönelik belirli ilkeler veya bir grup teknikle sınırlı değildir. Bu alandaki klinisyenler, ortak hedefi kişinin fiziksel durumu üzerinde faydalı bir etkisi olması için kötü yaşama alışkanlığını, sıkıntılı psikolojik durumu ve sapkın fizyolojik işlemleri değiştirmek olan, edimsel koşullandırma yoluyla bağımlılık tedavisinden karşı koşullandırma yoluyla duyarsızlaştırmaya değişen, çok çeşitli işlemler uygular. Davranışsal tıbbın üç önemli alanı örnek alınacak olursa bunlar, ağrı tedavisi, kronik hastalıklar ve yaşam biçimi, biyolojik geribildirimdir ve bunlar ortaya çıkan bu çok-disiplinli araştırma ve tedavi alanının kapsamının daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır.

AĞRI TEDAVİSİ[5]

Kaygı gibi ağrı da uyuma yönelik olabilir. Doğuştan ağrı duyma yetisinden yoksun kişiler çok dezavantajlı durumda ve aslında, ciddi yaralanma tehlikesi altındadır. Sıcak bir ocak veya keskin bir bıçakla temasın acısını hissedemeseydiniz ne kadar tehlikeli olurdu düşünün. Burada bizi ilgilendiren, uyumsuz (maladaptive) ağrı, durumla orantısız olan ve insanın anlamlı ve üretken bir yaşam sürdürme kapasitesini boş yere sınırlayan ağrıdır.

Ağrı hakkında, gerçek ağrı duygusu ile nosiseptif (nociceptive) uyarılma olarak bilinen, ağrı deneyimini tetikleme yeteneğine sahip uyaran arasında birebir ilişki olmadığı gerçeğini takdir edecek kadar bilgimiz var. Savaştaki asker kurşun yarası alabilir; ancak, hayatta kalma ve düşmana zarar verme çabasına o kadar kaptırmıştır ki, sonraya dek hiçbir ağrı hissetmez. Bu iyi bilinen gerçek bize ağrı hakkında önemli bir şeyler söyler, hatta kontrol etmenin yolunu gösterir: birinin dikkati nosiseptif uyarandan *uzaklaştırılırsa,* uyarıyla karşılaştığında ağrı hissetmeyebilir veya en azından çoğunu hissetmeyebilir (Turk, 1996). Dikkat dağıtmanın hem akut hem kronik ağrıdaki önemi, deneysel bilişsel psikoloji araştırmalarıyla tutarlıdır. Herkesin sadece sınırlı bir dikkat kaynağı vardır. Bir girdi kanalına dikkat vermek, diğer kanallardaki girdinin işlenmesini önler (Kahneman, 1973). Bu insani sınırlama, sıra ağrı deneyimine geldiğinde olumlu bir fayda olarak görülebilir. Dikkatin dağılmasının yanı sıra, ağrıyı azaltan etkenler kaygı, iyimserlik duygusu ve kontrol (Geer ve ark., 1970) ve kişinin dikkatini verdiği konunun bir anlamının veya amacının bulunmasıdır (Gatchel ve ark., 1989; Gendlin, 1962).

Psikologlar hem akut hem kronik ağrıyı anlayışımıza katkıda bulundular. Akut ağrı nosisepsiyona bağlıdır. Kronik ağrı, akut ağrıdan gelişebilir ve iyileşme süresi geçtikten sonra nosisepsiyonun hâlâ var olduğunu varsayacak çok az neden kaldığında deneyimlenen ağrıya karşılık gelir.

[5] *Bu bölümün bir kısmı Davison ve Darke'ye (1991) dayanır.*

AKUT AĞRI

Akut ağrıyla uğraşırken kişisel kontrol hissinin önemi, hastaların kendi ağrı kesicilerini (daha önce saptanmış olan üst sınır dahilinde) kullanmalarına izin verildiği durumlarda daha iyi görülmektedir. İlaç kullanımını kontrol eden hastalar, ağrıyı daha iyi dindiriyor ve hastanelerde daha yaygın olduğu şekilde, ilacını hemşireden isteyenlere göre daha az ilaç kullanıyor (White, 1986). Bu hasta kontrollü analjezinin ağrıya odaklanmak gerekmesine rağmen ağrıyı azaltması anlamlıdır. Bu bulgu dikkat dağıtmanın iyi tanımlanmış olan faydalarına ters düşmektedir. Görünüşe bakılırsa, kontrolün olumlu etkileri, ağrıya odaklanmanın olumsuz etkilerine göre daha ağır basmaktadır.

Bununla beraber, hastanın ağrıyı dindirmesi için bir hemşireye bağımlı olması da hastanın ağrıyla ilgilenmesini, hatta bazen doğrudan ilaç alımına göre daha fazla gerektirir. Çünkü hemşire aracılı analjezide, hasta ilaç istemeden önce ağrı iyice artana dek beklemeyi öğrenir. İstekte bulunduktan sonra hasta genellikle hemşirenin bunu yerine getirecek zamanı bulmasını bekler. Açıkçası bu düzen dikkati ağrıdan uzaklaştırmakta ilerleme sağlamaz.

KRONİK AĞRI

Kronik ağrı milyarlarca dolarlık çalışma süresi kaybı, ölçülemez düzeyde kişisel ve ailesel ıstıraba mâl olan milyonlarca Amerikalı demektir (Turk, 1996). Geleneksel ilaç tedavisi bu tür ağrılara nadiren faydalı olur. Kronik ağrıyı

Olimpiyatların ortasında Kery Strug yaralanmasına ve başka bir durumda hiç bir şey yapamayacak hale getirebilecek ağrısına rağmen performansını tamamlayabilmişti.

Ağrı kesicilerini kendilerinin ayarlamasına izin verilen hastalar daha az ilaç kullanıyorlar ve daha fazla acıdan rahatlama deneyimliyorlar.

anlamak için bizzat ağrının kendisi, yani (akut ağrıda olduğu gibi) nosiseptif uyarı algısı ile *ıstırap* (suffering) ve *ağrı davranışlarına* ayrımını yapmak yararlıdır. Istırap nosisepsiyona verilen duygusal tepkidir ve kişinin sevdiği tarafından terk edildiğinde olduğu gibi, ağrı olmasa da bulunabilir. Ağrı davranışları, kronik ağrı, ağrı veya ıstıraba eşlik eden, inleme, dişini sıkma, huzursuzluk ve hareketten kaçınma gibi gözlemlenebilir davranışlara denir (Turk, Wack ve Kerns, 1985). Kronik ağrı tedavisi, kişinin gerçekten ağrı hissedip hissetmemesinden çok, ıstırap ve ağrı davranışlarına odaklanır. Vurgulanan, kişinin ağrı tarafından sınırlanmasına göz yummaktansa, ağrının üstüne gidip dişini sıktırmaktır. Uygun bir yaklaşımla, çoğunlukla sonuç etkinliğin ve işlevin artmasıdır, hatta bazen bu bile ağrı deneyimini azaltabilir.

Kronik ağrının iyi araştırılmış olan bir örneği de, şiddetli kas spazmından kaynaklanan bel ağrısıdır. Kişi önceleri yataktan çıkma ve yatağa girmekten daha çok enerji isteyen hareketleri yapamaz. Akut dönemde bu mantıklı olan davranıştır. Spazmlar azaldıkça ve omurların arasındaki disklere olduğu gibi başka bir zedelenme oluşmamışsa, hastanın daha normal hareket etmeye, gerinmeye ve sonunda spazma uğrayan kasları güçlendirmek için alıştırmalara başlaması beklenir. Ağrı üzerine klasik çalışmalarında Fordyce ve arkadaşları

(Fordyce ve ark., 1986, Fordyce, 1994) sırt ağrısının giderilmesinde, davranışsal yaklaşımın geleneksel ilaç tedavisine üstünlüğünü

göstermiştir. Geleneksel programda hastalar sadece ağrı duyana dek alıştırma yaptılar veya hareket ettiler. Buna karşın davranışsal yönetim (behavioral management) programı onları ağrı hissetmeseler de, önceden belirlenen yoğunlukta bir alıştırmayı önceden belirlenen bir zaman diliminde yapmaya teşvik etti. Bel ağrısı hastalarına, aynı zamanda, gevşeme alıştırması da verildi ve ağrılarını uyuşma veya gıdıklama olarak nitelemeye teşvik edildiler (Rybstein- Blinchik, 1979). Bu, bilişsel yeniden yapılandırma işlemlerindendir. Hastaları gövdelerinin kaldırabileceğinin ötesinde zorlamamak için dikkat edilmelidir. Örtük mesaja göre, geleneksel tıbbi uygulama kronik ağrı hastalarının yapabilirliğini küçümsemiştir (Keefe ve Gil, 1986). Bu çalışmalardan sıklıkla elde edilen sonuca göre, artan hareket kas tonusunu arttırır, bu da zamanla nosisepsiyonu azaltabilir ve hatta kas spazmlarının zaman içinde tekrarlama olasılığını düşürebilir. Kronik ağrı tedavisiyle ilgili çalışmalar gözden geçirildiğinde, Blanchard (1994) hem katı davranışsal (edimsel koşullama) hem de bilişsel davranışçı yaklaşımın etkili tedavide önemli olduğu sonucuna vardı.

KRONİK HASTALIKLAR VE YAŞAM TARZI

Davranışsal tıp sadece hastalığın ve ağrının giderilmesi değil önlenmesi ile de ilgilidir. Bu amaca yöneldiğinde genellikle sağlık psikolojisi olarak adlandırılır. 20. yüzyılın başlangıcında ölümün başta gelen nedeni grip ve tüberküloz gibi enfeksiyon hastalıklarıydı. 1980'lerde bu hastalıkların tıbbi kontrol altına alınmasıyla Amerikalılar sıklıkla kalp hastalıkları, kanser, inme gibi serebrovasküler hastalıklar ve kazalara yenik düşmeye başladı. Bütün bu hastalıkların temelinde insanların yaşamları boyunca gösterdikleri davranışlar, yani yaşam şekli yatıyordu. Yüksek kan basıncını (hipertansiyonu) önlemek ve kontrol etmek için uygulanan bütün stratejilerin arasında fiziksel hareketi arttırmak, örneğin zayıflama, tuz ve alkol kısıtlamasından daha etkilidir (Dubbert, 1995). Ancak, stres yönetimi olarak adlandırılan ve egzersiz stratejilerinin çoğunda biraz tutarsızlık ve olumlu etkilerin tekrarında başarısızlık mevcuttur.

Hekimler yıllardır yaşam tarzı üzerinde etkisi yetersiz de olsa, sigara, egzersiz ve diyet hakkında dil döküyor. İnsanları sağlıkları için en iyisini yapmaya iknâ etmek, bir çeşit meydan okuma! Oturarak yaşamaya alışkın bir muhasebeciye haftada üç kere en az 15 dakika süreyle maksimum nabzın %70'i ile egzersiz yapmaktan ibaret bir reçete vermek, muhtemelen onun böyle bir programa bağlanmasını sağlamayacaktır.

Egzersiz yaşam tarzının önemli bir yönüdür ve sağlıkla ilişkilidir. İzlerlik uygulamaları yaşam tarzı değişiklikleri ortaya çıkarabilir.

Bir çalışmada (Epstein ve ark., 1980) üniversiteli kız öğrenciler beş hafta boyunca günde bir-iki mil koşmak için anlaştılar. Küçük bir depozito ödediler. Bu, turu tamamladıklarında her seferinde onlara dolar olarak döndü. Bu genç kızlar, kontrol grubundaki para almayanlara göre daha istikrarlı koştular. Düzenli egzersizi teşvik amaçlı bir dizi benzer program bildirilmiştir. Bunlardan kayda değer olan, halka açık bir asansör ve merdivenin altına bir afiş asmaktı (Brownwell, Stunkard ve Albaum, 1980). Üstünde somurtan, sağlıksız görünen ve asansöre binen bir kalp, yanında dinç, mutlu bir kalp merdivenlerden uçarak gidiyor. Başlıkta, "kalbiniz egzersize gereksiniyor... işte şansınız". Bu basit ve ucuz karton, o yoldan geçen insanlarda dramatik bir değişikliğe yol açtı. Daha önce gözlemlenmiş olana göre merdivenler üç kez daha fazla kullanıldı. Tabi ki merdivenler aerobik seanslarına göre daha erişilebilir, onlara tırmanmak koşu programı yapmaya göre daha kolaydır. Düzenli merdiven kullanımı yaşamları boyunca insanlar için sağlıklı bir kalp damar egzersizi olmuştur.

Bir çok endüstri ve kuruluş çalışanlarına iş saatlerinde bile düzenli egzersiz yapmaları için kolaylık sağlamakta, özendirmekte ve hipertansiyon gibi hastalıklarda çalışanlarını kontrol ederek kendi sağlık ve form tutma programlarını oluşturmaktadır. Burada yüce gönüllülükten ötesi söz konusu, böyle programlar çoğunlukla

işe devamsızlığı azaltır, genellikle sağlık durumunu düzeltir ve onları şirketler için verimli hale getirir.

BİYOLOJİK GERİ BİLDİRİM

Herhangi bir psikoloji veya psikiyatri toplantısının sergi alanı beden-zihin kontrolü için etkili hatta sihirli bir yardım aracı olarak önerilen biyolojik geri bildirim araçlarıyla doludur. Hassas bir donanım kullanılarak **biyolojik geribildirim,** kişiye, kas aktivitesi, beyin dalgaları, cilt sıcaklığı, nabız, kan basıncı ve diğer beden işlevleri hakkında, başka zaman bulunmayan çabuk ve kesin bilgiyi sağlar. Kişinin, bedensel bir etkinliğin arttığını veya azaldığını, görülebilir veya duyulabilir bir sinyal aracılığıyla anında bilmesi durumunda, bir zamanlar çoğunun sadece istem dışı kontrol altında olduğu sanılan, bu olgular üstünde daha fazla istemli kontrol sağlayabileceği varsayılmaktadır. Kaygı, genellikle, otonom (istem dışı) sinir sistemini etkileyen bir durum olarak görüldüğü için ve psikofizyolojik rahatsızlıklar da çoğunlukla bu sistemle ilişkili organları etkilediği için, araştırmacıların ve klinisyenlerin neden biyolojik geribildirimle ilgilendiği açıktır. Biyolojik geribildirim, bir süre için, davranışsal tıpla hemen hemen eşanlamlıydı.

Harvard Tıp Fakültesi'nde Shapiro, Tursky ve Schwartz'ın (1970; Schwartz, 1973) gerçekleştirdikleri bir dizi klasik çalışmalarında, gönüllülerin kan basıncı ve nabızda belirgin kısa süreli değişiklikler sağlayabildiklerini gösterdiler. Hatta bazı insanların, kan basıncını düşürürken nabzını artıracak şekilde eğitilebildiğini buldular. Bu ince ayarlı kontrol, insanlarla yapılan biyolojik geribildirim çalışmalarına güç verdi ve belirli klinik rahatsızlıkların bu yeni yolla giderilebileceği konusunda ümit uyandırdı.

Laboratuardaki benzerinden kliniğin daha meydan okuyan dünyasına geçerken en azından dört soru sorulmalıdır. Birincisi, sistemleri *kötü işleyen* kişiler, beden işlevleri üzerinde normal olanların sağladığı biyolojik geribildirimi elde edebilir mi? İkincisi, gerçek hastalar bir dereceye kadar kontrol sağlayabilse de, bu, sorunlarında anlamlı bir fark yaratmak için yeterli olacak mı? Üçüncüsü, hastalar tarafından, belirli bir cihaza bağlı olmak ve anında geribildirim almak suretiyle sağlanan kontrol, onlara denetlemeyi öğrendikleri beden işlevleri hakkında bilgi veren hiçbir özel aygıtın bulunmayacağı gündelik yaşama da uyarlanabilir mi? Dördüncüsü, biyolojik geribildirim genellikle, psikofizyolojik rahatsızlıkları olanlara öğretilirken kullanılan stratejilerden biri olan gevşeme eğitiminin ötesinde bir şey kazandırıyor mu?

Esansiyel hipertansiyondan rahatsız olan hastalarla ilgili araştırmalar teşvik edicidir. Ancak sonuçlar, biyolojik geribildirimi, bu soruna yönelik standart tedavi yöntemlerinden biri olarak tespit edecek kadar kesinleşmemiştir (Blanchard, 1994). Daha da ötesi, birçok araştırıcı, sıklıkla biyolojik geribildirimle birlikte verilen gevşeme eğitiminin, kan basıncını düşürmekte biyolojik geribildirimden daha etkili olduğuna inanmaktadır (Blanchard ve ark., 1979; Emmelkamp, 1986; Reed, Katkin ve Goldband, 1986).

Alındaki *frontalis* kasının ve boyundaki kasların yaygın ve inatçı gerginliğine bağlı olduğuna inanılan gerilime bağlı baş ağrıları da bu çerçevede ele alınmıştır. Standart tedavi frontalis kaslarının gerginliğiyle ilgili geribildirim gerektirir. Aslında böyle bir biyolojik geribildirimin etkili olduğu gösterilmiş olsa da (Örneğin, Birbaumer, 1977), bazı çalışmalar bilişsel etkenlerin de rol oynayabileceğini ileri sürmektedir. Örneğin, Holroyd ve arkadaşları (1984) kişinin frontalis gerginliğini biyolojik geribildirim yoluyla azalttığına *inanmasına,* gerçekte böyle bir durum söz konusu olsa da olmasa da, gerilime bağlı baş ağrılarında azalmanın eşlik ettiğini buldular. Gelişmiş kendine yeterlilik duygusu ve iç kontrolün temelde stres giderici özellikleri var gibi görünmektedir. Bu noktaya, 6. Bölümde kontrol ve kaygı kısmında değinilmiştir. Biyolojik geribildirim kontrol duygusunu güçlendirebilir, böylece genel kaygı seviyesini ve sonunda gerilime bağlı baş ağrılarını azaltır. Diğer çalışmalar (örn., Blanchard ve ark., 1982; Cox, Freundlich ve Meyer, 1975) örneğin, esansiyel hipertansiyonun ilaçsız tedavisine benzer şekilde, gevşemenin başlı başına kritik değişken olduğunu ileri sürer.

Biyolojik geribildirimin dikkat dağıtma, gevşeme ve yararlı bir kontrol duygusu aşılamak dışında herhangi bir özgün etkisi olduğuna dair bulgular sınırlıdır. Ek olarak, klinisyenler insana ait sorunların karmaşıklığı konusunda dikkatli olmalıdır. Örneğin, kan basıncı yüksek olan biri kan basıncını, biyolojik geribildirim yoluyla anlamlı oranda düşürmeden önce, gergin süre giden yaşam şeklini değiştirmek zorunda olabilir. Özel bir işlev bozukluğuna odaklanmış olan bir tekniğin her koşulda hastayı iyileştireceğine inanmak akılsızca ve klinik uygulamada tecrübesizlik belirtisidir.

TEDAVİ ETKİLERİNİN GENELLENMESİ VE SÜRDÜRÜLMESİ

Terapide elde edilmiş olan her ne ise gerçek yaşama genellenmesi ve sürdürülmesi bütün tedaviler için geçerli olan bir sorundur. İçgörü terapistleri, kişiliğin yeniden yapılandırılmasının terapötik etkilerinin daha çok genellendiğini varsayar. Yerinde bir yaklaşımla, insanları etkileyen etkenlerden çevre koşullarını sorgulayan davranışçı terapistler, terapötik değişimlerin, danışan, günlük koşullarına döndüğü zaman nasıl sürdürülebileceğini merak ederler. Çünkü, çevre koşullarının çoğunlukla sorunlarının başta gelen kaynağı olduğu varsayılır. Bu duruma çeşitli şekillerde değinilmiştir.

ARALIKLI VE DOĞAL PEKİŞTİRME

Laboratuar bulguları, tepkiyi sadece göründüğü sürenin bir kısmında ödüllendiren aralıklı pekiştirmenin yeni davranışı daha dayanıklı yaptığını göstermesi nedeniyle, birçok edimsel program, bir kez arzulanan davranış yeterli düzenlilikte oluşmaya başlayınca pekiştirmenin sürekli takviminden uzaklaşmaya özen gösterir. Örneğin, bir öğretmen engelleyici bir çocuğa, oturarak bitirdiği her matematik probleminden sonra överek daha uzun süre oturması için yardım etmeyi başardıysa aşamalı olarak çocuğu diğer başarılarında ödüllendirecek, sonunda bunu sadece zaman zaman yapacaktır.

Diğer bir yol da yapay pekiştiricilerden uzaklaşıp sosyal çevrede doğal olarak ortaya çıkana yaklaşmaktır. Ödül programı arzulanan belli bir davranışı teşvik edecek kadar sürdürülebilir. Bundan sonra kişi, örneğin, büyüklerden övgü almak gibi doğal pekiştirirlere kayar.

ÇEVRESEL DEĞİŞİM

Genellemeye neden olan diğer bir yaklaşım, terapisti, sonraki Bölümde ele alınan toplum psikolojisinin yetki alanına sokar. Davranış terapistleri, tedavi sırasında oluşan değişimleri desteklemek için çevreyi kullanır veya buna uğraşır. Örneğin, Lovaas ve arkadaşları (1987;

McEachin ve ark., 1993) otistik çocukların terapisi sırasında zahmetle edinilen kazançların, sadece ebeveynleri onların iyi davranışını pekiştirmeye devam ettiği sürece ayakta kaldığını söylemişlerdir.

İKİNCİL KAZANCIN ELENMESİ

Çoğu davranış terapisti, seansların arasında yapmak üzere hastalarına ev ödevi verir. Örneğin, hastalardan gevşeme eğitimi talimatlarını içeren kaseti dinlemesi istenebilir. Ancak, bazen evde kaseti dinlemek için yeterli sessiz zaman olmadığından veya ödevi unuttuklarından yakınırlar ve düzgün bir şekilde uygulamayı başaramazlar. Çoğu hasta bilinçli ve mantıklı olarak kabul ettiklerini, kendi başlarına uygulamakta o kadar dirençlidir ki, terapistler sıklıkla ikincil kazancın psikanalitik kavramına bir açıklama olarak başvurur, böylece hasta kendi sorunundan fayda sağlar. Karmaşık ve zor anlaşılan nedenlerden dolayı kişiler bazen belirtilerini bilinçsizce korumak istermiş gibi davranır. Terapistler, kanaatleri ne olursa olsun, doğrudan bir konudan rahatsız olan kişinin neden onu korumayı tercih ettiğine dair bir ipucu bulmak için danışanın kişilerarası ilişkilerini incelemek zorunda kalabilir. (Bkz. Odak 18.3)

NÜKSÜN ÖNLENMESİ

Marlatt (1985) "yoksunluk ihlâl etkisi"ni (abstinence violation effect) nüksün önlenmesi konusunda bir ilgi odağı olarak önerdi. Alkolizmle ilgili araştırması, onu, eski bir içicinin başarılı bir yoksunluk döneminden sonra tek bir içkiyle içme nöbetine girmesindeki gibi, genellikle olumsuz olan etkilerine karşı duyarlı hale getirdi. Marlatt kişinin bu duruma bilişsel tepkisindeki tavrın, kişinin yenilginin üstesinden gelip, yoluna devam edeceğini veya tekrar aşırı içmeye başlayacağını gösterdiğini ileri sürdü. Kişinin içme denemesini Abramson, Seligman ve Teasdale'in (1978) çaresizlik ve depresyon konusunda kuramsallaştırdığına benzer şekilde, kontrol edilemez olduğuna inanılan içsel, kalıcı ve genel etkenlere yüklemesi halinde, bu ufak ihlâlin sonuçlarının daha kötü olacağı varsayılmaktadır. Örnek olarak, Adsız Alkolikler grubunda hüküm süren bir inanç verilebilir; buna göre, içme denemesi, kişinin bir kez bile içse yenik düştüğü, kontrol edilemeyen bir hastalık sürecine neden olur. Tersine, kişinin içme denemesini, stresli bir yaşam gibi dışsal, değişken, özgül ve kontrol edilebilir nedenlere atfetmesi halinde, nüks, daha az olası varsayılır. Aslında, kişi, kaçamak (ihlâl) ve nüks'ün ayrımını yapmaya teşvik edilir. Bilişsel davranış terapistleri, dışsal, değişken ve özgül etkenlere yüklemeyi teşvik ederek *ve* hayattaki stres yaratıcılarıyla başa çıkmaya yönelik stra-

ODAK 18.3 YAPARSAN DA YAPMAZSAN DA DEĞİŞİRSİN

Hiçbir arkadaşınızı bir şeyi yapmasını veya yapmamasını isteyerek iknâ etmeyi denediniz mi? Sezgiler bize, kişinin, sinirli olduğu veya başkalarınca kontrol edilmek istemediği zaman, bu sinsi taktiğin etkili olabileceğini söyler. Böyle bir birey şöyle düşünüyor olabilir: "Yani, geç kalmaya devam etmemi istiyor, öyle mi? Ona göstereceğim, erken gitmeye başlayacağım!"

*İnsan İletişiminin Pragmatikleri, Watzlawick, Beavin ve Jackson (1967) tarafından yazılan, karmaşık iletişim ve etkileşim hakkında bir kitap olup, yayımlandığından beri küçük ama kendini adamış bir grup psikoterapist, **paradoksal müdahaleler** diye anılmaya başlanan şeye ilgi duymaya başlamıştır. Değişimi etkilemeye yönelik bu uğraşlarda ortak olarak terapistin, sorunu sürdürmesi veya şiddetini ve sıklığını artırması yönünde, hastadan isteği veya hastaya yazmış olduğu bir reçete bulunur. Kişi uyuyamıyorsa uyanık kalması istenir. Hasta rahatsız eden bir olayı düşünmeden yapamıyorsa, daha sık düşünmesi istenir. Belirgin bir neden olmadan kaygılanırsa, kendi kendini kaygılandırması istenir. Paradoksal müdahaleler ile ilgili deneysel çalışmalar ancak çok yakın zamanda yapılmış olmasına karşın, yaklaşımın taraftarlarının klinik bildirimlerinde en azından bazı hastaların böyle karşıt sezgisel çabalardan fayda gördüğünü öne sürülür (örn., Frankel, 1967; Seltzer, 1986; Shoham, Salomon ve Rosental, 1987).*

Biz burada Shoham-Salomon ve birlikte çalışanlar tarafından yapılan birkaç araştırmayı inceleyeceğiz. Bazı hastalarda klinik olarak bildirilen faydalı değişimlerde önemli olabilecek iki mekanizmayı gerçek varsayar: tepkisellik ve kendine yeterlilikteki artışlar. Tepkisellik, insanın özgürlük alanının sınırlandırılmakta olduğunu algıladığında görülen güdüsel duruma atfedilir, özgürlüklerini korumak için çaba gösterirler (Brehm ve Brehm, 1981). Tepkisel biri, terapist tarafından daha kaygılı olması istendiğinde, bu semptom reçetesini özgürlük ihlali olarak görecek ve kendisini bu algılanan tehditten, daha az kaygılı hale gelerek koruyacaktır. Shoham-Salomon tarafından önerilen ikinci mekanizma, tepkisel olmayan hastaların paradoksal bir yönergeye tepkisinin altında yatan, Bandura'nın (1986) kendine yeterlik kavramı, kişinin arzulanan bir davranışı yapabilir olduğu hissidir. Psikoterapinin bu bağlamında, bu, kişinin sorunu kontrol altına almasını ve yoğunluğunu ve sıklığını azaltmasını gerektirir. Bandura'nın araştırması, başarılı deneyimler yaşandığında kendine yeterliğin arttığını öne sürer. Böylece, örneğin, tepkisel olmayan bir hasta paradoksal yönergeyi izlediğinde ve kaygısını arttırdığında kısa dönem sonuç, tepkisel kişide olduğu gibi semptomun azalması değildir; ancak kişinin çaresiz olmadığına ve (kontrol kişinin gerçekte istediğinin tersine bir duruma yol açsa da) önceden kontrol edilemeyen sorun üstünde biraz kontrol sağlayabileceğine dair bilişsel bir değişiklik, yani, inançtır. Uygulama umut vericidir: hastalar kendilerini daha kötü hale getirebiliyor, öyleyse kendilerini daha iyi hale de getirebilir.

Her iki türdeki bireylerin paradoksal tedaviyle olumlu yönde değişmeleri beklenir, ancak farklı nedenlerden dolayı ve farklı zamanlarda. Tepkisel kişinin daha çabuk değişmesi beklenir, çünkü terapistin yönergesine kafa tutmaktadır. Tepkisiz danışanın öyle hemen değişmesi beklenmez, ancak ileride kendine yeterliliğin artmasıyla davranışın değişmesi için temel atılmış olur. Tepkisel olmayan bu kişi kısa sürede düzelmez; ancak semptomatik davranışını daha kontrol edilebilir görecek ve ilerde belki düzelecektir.

Bu öngörmeler, Shoham-Salomon, Avner ve Neeman (1989) tarafından sunulan bir makalede (başlığının bir kısmı bu kutunun adında kullanılmıştır.) kaytarmaktan muzdarip üniversite öğrencileriyle yapılan iki çalışmada doğrulanmıştı. Katılanlar, ses tonlarındaki sinirliliği saptayan işlemler kullanılarak, tepki-

tejileri öğreterek yoksunluk ihlâl etkisini azaltmaya çalışır.

KENDİNE YÜKLEME

Yükleme kavramı terapi bittikten sonra tedavi kazancının nasıl sürdürüleceği konusunda içgörü sağlayabilir. Kişilerin neden belli bir şekilde davrandıklarını veya davranmış olduklarını kendilerine açıklama şekli onların sonraki hareketlerini belirler. Terapiyi bitirmiş olan biri, davranışlarındaki ilerlemeyi bir dış etkene, terapiste yükleyebilir; dolayısıyla kötüye gider ve yüklenen etken bir kere ortadan kalktıktan sonra nüks bile görülebilir.

Bu, örneğin daha önce yapılmış benzer uygulamalarından birinde (Davidson ve Valins, 1969) üniversite öğrencilerinin parmak uçlarına, ne kadarına dayanabileceklerini belirlemek için şok uygulandı. Sonra "hızlı etkili vitamin bileşimi" (aslında etkisiz bir plasebo) aldılar ve daha fazla şoku kaldırabilecekleri söylendi. Aslında öyleydi, en azından kendi kafalarında. Bu inancı yaratmak için deneyi uygulayanlar voltaj seviyesini gizlice düşürdü. Sonra katılanların yarısına verilen ilacın plasebo olduğu, diğerlerine de ilacın ağrı kesici etkisinin yavaş yavaş kaybolacağı söylendi. Plasebo aldıklarına inananlar, kendilerine rahatsızlığa dayanmak için

sel olan ve olmayan iki gruba ayrılmıştı. Deneyciler onları, her biri iki haftalık seanslar şeklinde yürütülen iki tedaviden birine soktu. Paradoksal müdahalede, terapist kaytarma sorunlarını daha iyi anlamaya ve onun daha çok farkında olmaya gereksindiklerini açıkladı. Bile bile kaytarmaya çalışarak sorunlarını dikkatle gözlemleyeceklerdi. Öğrencilere bütün ders malzemelerini sıralarının üstüne getirmeleri ancak yarım saat çalışmamaları, çalışmayla ilgili her türlü uyarana direnmeleri ve örneğin, normalde kaytardıkları zaman yaptıkları gibi durum hakkında gevezelik ederek kaytarmaya yoğunlaşmaları yönergesi verildi. Bu sürelerde çalışmalarına izin yoktu. Altı gün süreyle bu alışılmadık gözlem görevini başarırlarsa yedinci gün, istedikleri gibi veya istedikleri zaman, ister çalışabilir ister çalışmazlardı. İkinci terapi seansında katılanlar bu anlaşmayı ele aldı. Görevi başaranlar kutlandı ve çalışmamalarının sorunlarını daha iyi anlamalarını, dolayısıyla onu tanımaya başlamalarını sağladığı hatırlatıldı. Eğer bir öğrenci daha fazla çalıştığını bildirmişse ödüllendirilmedi; aslında, terapist şüphelerini dile getirdi ve değişimin belki de sadece geçici olduğunu öne sürdü. Kaytarma süresine uymadıklarında terapist onlara hararetle sonraki hafta tekrar denemelerini öğütledi. Hepsinden öte, katılanlar daha az kaytarmaya veya daha fazla çalışmaya teşvik edilmedi.*

Zıt müdahale öz-kontrol müdahalelerinden biriydi. Öğrencilere kaytarmanın öğrenilen bir alışkanlık olduğu ve kaytarmayla uyumlu olmayan yeni davranışlar geliştirmeleri gerektiği söylendi. Daha etkin çalışabilecekleri bir yer seçmeleri ve orada olabildiğince çok çalışmaya çabalamaları yönergesi verildi. Böylece, bu yeni uyarıcı koşullarının gelişen çalışma alışkanlığıyla ilişkili hale geleceği düşünüldü. Bildirilen başarılar terapist tarafından övüldü.

Sonuçlar, iki tedavide de çalışma süresi ve kendine yeterlilik arttı. Ancak asıl ilginç sonuçlar tepkisel olanla tedavi yaklaşımı arasındaki etkileşim hakkındadır. Konuya Odak 18.5'te yer verilmiştir. Fazla tepkisellik, paradoks grubunda çalışma alışkanlıklarında ilerlemeye (daha az kaytarma) karşılık geldi; ancak, beklendiği şekilde, öz kontrol grubunda değil. Yani, tehdit altında olduğuna inandıkları özgürlüklerini korumaya güdülenen öğrenciler, terapistin yönergesine, yani az çalışmaya, ters giden bir tutum içine girdi, daha çok çalıştı. Bu zıtlık, öz kontrol grubundaki tepkisel öğrencilerde saptanmadı. Kendine yeterliliğin artması öz kontrol grubunda daha iyi çalışmayla ilişkiliydi ve davranışsal gelişme ile kendine yeterlilik arasında bir bağlantı gösteren birçok bulguyla tutarlıydı (Bandura,1986). Yine de, bu bağlantı, öngörüldüğü şekilde, öz yeterlilikteki artışa davranışsal değişim eksikliğinin eşlik ettiği paradoks tedavi grubunda saptanmadı. Bu karma desen çalışmanın bulguları (tepkisellik, deneysel desene yerleştirilmiş, korelasyonel değişkendi) ikinci bir deneyde tekrarlandı.

Klinik olarak daha rahatsız hastalarla ileri çalışma ve eşliğinde uzun izlemlerin yürütülmesi gerekmektedir, Shoham-Salomon ve meslekdaşları böyle uğraşlar (örneğin, uykusuzlukla ilgili Shoham ve ark, 1995) içindedir. Ancak, bu iki benzer deney, bazı insanlara, sorunlu davranışlarını değiştirmemelerinin söylenmesinin, onları doğrudan o davranış değişimlerini oluşturmaya teşvik etmekten daha etkin olabileceği fikrine yönelik güçlü görgül destek sağlar.

Paradoksal müdahalelerin başarısı birçok önemli konuyu ortaya çıkardı. Bazı tedaviler veya terapistler hastalarda diğerlerinden daha fazla mı tepkisellik ortaya çıkardı? Tepkisellik insanlarda kalıcı ve karakter gibi mi? (Beutler, 1979) Yoksa daha durumla ilişkili ve belli sosyal ilgilerin etkisiyle mi ortaya çıkıyor? (Brehm ve Brehm, 1981) Paradoksal müdahalelerin yol açtığı değişimler de daha az dolaylı işlemlerden etkilenenler kadar kalıcı mı? Hastanın terapistin birşeyi onaylayıp diğerini tuttuğunu farketmesi terapiste olan inancı zedeler mi? Terapötik paradoksları çalışmak, bütün terapilerin hastanın uygu gösterme sorunlarına hitap eder mi?

**Tepkisel bir hasta terapistin, sorunlu davranışını abartmasına yönelik yönergesine baş kaldırdığında ortaya ilginç bir sorun çıkar. Buna "üst meydan okuma" denebilir. Kişi dikkatli değilse sonu gelmeyen bir gerilemeye karşı karşıya kalabilir.*

daha fazla yetenek yükledi ve üçüncü denemede daha fazla şoku kaldırdı. Artık etkisini yitirmiş olan, gerçek bir ağrı kesici ilaç almış olduklarına inananlar, çoğu psikoaktif ilaçlarda görülen bulguları yansıtarak, ancak daha az miktarda şoku kaldırabildi.

Uykuya dalmakta zorluk çekenlerle gerçekleştirilen benzer desene sahip bir deneyde Davison, Tsujimoto ve Glaros (1973), gerçek sorunların, hastalara, gelişmelerin kendilerine yüklenmesi için yardım ederek iyileştirilebileceğini gösteren benzer sonuçlar elde etti.

Sigarayı azaltmaya (Chambliss ve Murray, 1979; Coletti ve Kopel, 1979) ve kilo vermeye çalışanlar (Jeffrey, 1974) kazançları kendi çabalarına ve dış etkenlerden çok davranış değişikliğine yükleyerek benzer faydayı sağladı. John Hopkins Psikoterapi Araştırma Biriminde gerçekleştirilen ve davranışçı olmayan terapi yöntemlerinin kullanıldığı bir dizi çalışmada, kazançlarını ilaca yükleyen hastaların gelişmelerini, değişimlerini kendi çabalarına bağlıyanlar kadar sürdüremedikleri görüldü (Frank, 1976).

Yükleme araştırmalarının doğurguları nelerdir? Davranış terapisinde, özellikle edimsel değişimlemeye dayanan terapide, gelişmenin çoğu çevresel güçlerce kontrol ediliyor gibi göründüğü için, davranış terapistlerinin danışan-

larının daha fazla sorumluluk hissetmelerine yardımcı olmaları daha akıllıca olabilir. "Ben yaptım" tavrını teşvik ederek onları belki de yeni becerileri uygulamaya ve kendilerini sınayan durumlarla karşılaşmaya yönlendirerek, terapistler, danışanlarına terapi ve terapiste daha az bağımlı olmalarında ve tedavi kazançlarını daha iyi sürdürmelerinde yardımcı olabilir. İçgörü terapistleri, hastaların, kendi gelişmelerinin asıl sorumlusu olduklarını varsaymalarının istenirliğini her zaman vurgulamışlardır. Davranış terapistleri konuyla ciddi şekilde ilgilenmek zorunda olduklarını fark etmeye başlamışlardır. Daha genel bir düzeyde, düzelmeye yükleme sorunu, bilişsel süreçlerin davranış terapisindeki öneminin altını çizmektedir.

Son olarak, hastalar ilerlemelerini sürdürdüklerinde sıklıkla tedavi sırasında kazandıkları özgül becerileri tedaviden sonra da uygulamaya devam edecekleri varsayılır. Yakın zamanda gerçekleştirilen, 12. Bölümde ele alınan kontrollü karşılaştırmalı bir sonuç çalışmasında, kokain bağımlılığının tedavisinde (Carroll ve ark., 1994a, 1994b), bir yıllık bir izlemde genellemeyle ilgili iki önemli durum saptandı: desipramine adlı ilaçla tedavi edilen hastalar tedavi kökenli kazançlarını korudular. Bilişsel davranışçı terapi grubundaki hastalar sadece ilerlemelerini muhafaza etmekle kalmadılar, daha da ilerleme kaydederek araştırmacıların "etkilerin uzun vadeye taşınması" (Carroll ve ark., 1994b, s. 995) olarak adlandırdıkları bir etkiyi sergilediler. İlaç kökenli etkilerin bir yıllık izlem süresinde muhafaza edilmiş olması, ilaç kesildikten sonra yaygın olarak görülen nükse karşı hoş karşılanan bir istisnadır. Bilişsel davranışçı tedavinin kazancının gerçekte bir yıllık izlemde daha *fazla* olması araştırmacıları, bilişsel davranışçı terapinin hastalara, ilaçla terapi gruplarında eksik olan, başa çıkma becerilerini öğretmiş olduğuna dair tahminlerde bulunmaya yöneltti. Hastalar terapi resmen sona erdikten çok sonra bile bunları uygulayabildi. (Odak 18.4'e bakınız.)

Profesyonel müdahalenin amaçlarından biri de profesyonel yardımcıyı aradan çıkartmak olduğuna göre, hastaların kazançlarını sürdürme ve geliştirmelerinde olduğu kadar, gündelik yaşamlarında bekleyen yeni zorluklar karşısında da (veya lirik şair ve hiciv ustası Tom Lehrer'in dediği gibi, "yaşamın bıçak sırtında kayıp giderken") yardımcı olabilecek terapiye odaklanmayı umabiliriz.

BİLİŞSEL VE DAVRANIŞÇI TERAPİLERDE TEMEL KONULAR

Bilişsel ve davranış terapileri gittikçe yaygınlaşmaktadır. Etkinlikteki bu artış nedeniyle herkes deneysel bulgular olmaktan çıkan konu ve sorunlardan haberdar olmalıdır. Çoğu önceden bahsedilen, aşağıdaki incelemeler akılda tutulmalıdır.

İÇ DAVRANIŞ VE BİLİŞ

5. Bölümde ara işlemlerle diğer açıklayıcı kurguların çıkarsanmasının, verilerin yorumlanmasında ve sonuç veren hipotezlerin oluşturulmasında yararlı olduğunu göstermiştik. Davranış terapistlerinin bazen sadece, Watson ve Skinner'ın, organizmanın iç süreçleriyle ilgili çıkarımda bulunmaya faydası veya uygun olmayan radikal davranışçı konumunu koruduğu sanılmaktadır.

Bizim görüşümüz, uygulamalı deneysel psikoloji gibi, davranış terapisinin de meşru olarak, iç aracıların gözlenebilir dış uyaranlara veya yanıtlara kesinlikle bağlanmış olması koşuluyla, dış olaylar kadar iç olaylarla da ilgilenmesidir.

BİLİNÇDIŞI ETKENLER VE ALTTA YATAN NEDENLER

Bilişsel etkenlere giderek artan ilgiyle, bilişsel terapistler değerlendirme ve müdahalelerini hastanın farkındalığının dışında yer alan, yani bilinçdışı olan, içsel süreçlere odaklamaya başladı (Bowers ve Meichenbaum, 1984; Mahoney, 1993). Örneğin, Ellis, bir hasta nadiren bu terimlerle ifade etse de, insanların mantıksız olduğunu belirlediği, en az bir inanç nedeniyle zorlandığını varsayar. Hastanın ne söylediğini ve bunu nasıl söylediğini temel alarak ve akılcı duygusal terapiden yola çıkarak, Ellis, bir inancın işleyişini şöyle yorumlayabilir: "Yaptığım her şeyde mükemmel olmam kesin bir zorunluluk." Sonra hastayı, sorunların temelinde bu inancın yattığına dair kavramı kabul etmeye iknâ eder. Terapi hastanın daha önce muhtemelen farkına varmamış olduğu bu inancı değiştirmeye yönelmiştir. Beck, Ellis'ten daha yavaş ve tümevarımsal çalışmaya eğilimli olsa da, olumsuz şema veya işlevsel olmayan varsayım olarak adlandırdığı, benzer inançları yorumlar.

Bu, 1950'lerdeki, bilinçdışı güdülenme ve düşünce görüşüne dayanmış olan kavramsallaştırmaların reddedilmesinin üstüne gelişen yaklaşım için ilginç bir dönüşümdür! Aynı zamanda, kurgu, inanç, tavır ve kişinin farkında olmayabileceği diğer soyut bilişsel kavramları yorumlayan deneysel bilişsel psikologların asırlık araştırmalarıyla uyumludur. Kişinin farkında olmayabileceği etkenlere değer biçilmesi, kesinlikle, bilişsel terapilerinin hiçbirini psikanalize eşdeğer hale getirmez, ancak Freud'un klinik içgörülerinin bir kısmının akıllılığını gösterir ve daha sonra irdeleyeceğimiz uzlaşma türlerinde ifade edilmiştir.

Bilişsel davranışçı terapistler, analitik kopyaları gibi, genellikle, hastada ilk anda göze çarpandan daha fazlası bulunduğuna inanmaya başlamıştır (Goldfried ve Davison, 1976). Guidano ve Liotti (1983), arkasındaki temel inançların araştırılması gereken "koruyucu kemer"den bahsetmiştir. Bu temel inançların kendisi, olumsuz bir benlik imgesi gibi, genellikle kişinin kendisiyle ilgili görüşüyle ilişkilidir. Mahoney'e (1982, 1990) göre, temel, merkez bilişlerin değişmesi, keşfedilmemişse bile ileri derecede zor olabilir. Çünkü her biri bir öncekinin gelişimsel geçmişinden köken alır. Bilişsel davranış terapisinin popüler olmasından önce George Kelly, kişinin temel benlik veya kimlik duygusuyla ilişkili olan "öz (core) yapılar" ve "çevresel (peripheral) yapılar" ayrımını yaptı. (Kelly, 1955)

Temel inançları değiştirmek, hasta için de terapist için de basit bir iş olmasa da, bir çok çağdaş araştırmacı, terapinin olumlu etkilerinin sürmesi durumunda bunun bilişsel terapi için gerekli olduğuna inanmaktadır. Çok belirgin olmayan değişkenlerin değerlendirilmesi ileri tam empatiye benzer. Bu konu, Safran ve arkadaşlarının (1986) aşağıdaki olgusuyla gösterildiği şekilde, 17. Bölümde ele alınmıştır.

Sınavda başarısız olan bir danışan otomatik olarak "üniversiteyi başaramam" diye düşünmektedir. Terapist, bu noktada, bu inanca karşı çıkabilir veya danışanı bu inançla ilgili kanıtı incelemeye teşvik edebilir. Onun yerine dikey bir araştırma sürecine girmeye karar verir. Terapistin sorgulamasına karşılık olarak danışanın, yeterince parlak olmadığına dair inancına odaklanmış bir dizi otomatik düşünce ortaya çıkar. Danışan bu noktada kendiliğinden, o sırada "saçmalamış olduğu" için kendini küçük düşmüş ve değersiz hissettiği iki olayı hatırlar. Bu anıları hatırladığı sırada belirgin olarak duygusallaşır. Araştırma ilerledikçe bu entelektüel aşağılık duygusunun ve diğer değersizlik duygusunun hasta için sorun oluşturan bir dizi durumla kesiştiği ortaya çıkar. Ayrıca, insan olarak değerini tamamen kendi entelektüel performansına bağladığı anlaşılır. Bu durumda terapist, ilk otomatik düşünce ortaya çıktığında müdahale etmemiş olsaydı, danışanın sıkıntısının altında yatan kendini değerlendirmeye yönelik biliş zincirini ve daha üst seviyedeki yapılanmaya ulaşamayabilirdi.

GENİŞ SPEKTRUMLU TEDAVİ

Bilişsel ve davranış terapileriyle ilgili incelememiz zorunlu olarak bölünmüştü. Çünkü aynı zamanda farklı teknikleri ele almıştık. Hâlbuki klinik uygulamada aynı anda veya ardışık olarak çok sayıda işlem uygulanır, böylece bütün önemli kontrol edilen değişkenler ele alınmaya çalışılır. Bu yaklaşım genellikle geniş spektrumlu davranış terapisi olarak anılır. (Lazarus, 1971) Örneğin, evden ayrılmaya korkan bir hasta, kapıdan çıkarak ve aşamalı olarak, onu o güvenilir cennetten uzağa çekecek etkinliklere katılarak, canlı (in vivo) duyarsızlaştırma yaşayabilir. Hâlbuki kişi zaman içinde eşiyle bağımlı bir ilişki geliştirmiş olabilir. Kişinin ileri atılmak konusunda cesareti arttıkça, davranıştaki bu değişimle çiftin yıllar içinde oluşturduğu ilişkinin dengesi bozulabilir. Sadece evden çıkma korkusuna odaklanmak yetersiz kalabilir (Lazarus, 1965) ve agorafobi yerini, kişiyi evde tutmaya yarayacak başka bir zorluğa bırakabilir, bu durum çoğunlukla "belirtinin yerine konması" olarak adlandırılır.

Aynı şekilde terapistler, hastanın sadece ilk görüşme boyunca belirttiği yakınmalarına odaklanmazlar. Bir klinik psikoloji stajyeri, bir üniversite öğrencisini sınav kaygısı konusunda duyarsızlaştırmaktadır. Öğrenci imgelenen durumlarla ilgili olarak iyi bir ilerleme sağlamakla birlikte gerçek sınav durumunda hiçbir gelişme yoktu. Klinik psikoloji stajyerinin süpervizörü, terapistten hastanın sınav için çalışıp çalışmadığını öğrenmesini istedi. Çalışmadığı ortaya çıktı, annesinin sağlığıyla ilgili endişesi, çalışma çabasını belirgin şekilde etkiliyordu. Dolayısıyla, bu öğrenciyi sınava katılmak konusunda kaygısız kılmak uygun bir hedef değildi, çünkü testin kendisine yönelik yeterince hazırlık yapmıyordu. Bu ilave değerlendirme temelinde terapi, duyarsızlaştırmadan, danışanın annesinin ölüm olasılığına dair gerçek korkularıyla nasıl başa çıkacağının ele alınmasına döndü.

ODAK 18.4 ÖZ KONTROL - DAVRANIŞSAL PARADİGMANIN DIŞINDA MI?

Edimsel araştırma ve kuram insanoğlunun çevreden gelen uyaranlara karşı görece pasif bir alıcı olduğunu varsayar görünmektedir. Dış dünyaya olan bu görünür bağımlılık göz önünde tutulduğunda otonom gibi görünen davranışın isteğe bağlı olduğunu ve çoğunlukla da belli bir durumda beklenebilecek olana ters olduğunu nasıl düşünebiliriz? Örneğin, rejim yapan birinin açken bile nefis bir dilim çikolatalı kekten kaçınmasını gerçeğini nasıl değerlendiririz?

Psikanalitik yazarlar, ego analistleri dâhil, kişide bir çeşit ajan görür. Birçok ego analisti benliğin kendi gücüyle çalışabileceğini, id'in isteklerine ters düşen kararlar dâhil olmak üzere, tüm psişik sisteme yönelik kararlar alabileceğini iddia eder. Davranışçılar, özellikle Skinner (1953), bu açıklamaya, fenomenin yeniden adlandırılması gözüyle bakarak itiraz etmiştir. Öz kontrolün davranışsal görüşünün en yaygın kabul göreni belki de Skinner'inkidir: birey çevreyi ancak kontrol altındaki belli uyaranlar bulunacak şekilde düzenlediği zaman öz kontrol sağlar. Kilo vermek isteyen kişi evi şişmanlatıcı yiyeceklerden arındırır ve aç olduğunda lokantaların önünden geçmekten kaçınır. Davranış çevrenin bir işlevidir; ancak çevre de birey tarafından kontrol edilir.

Öz kontrol uygulamanın tanıdık bir davranışsal kavramı da Bandura'nın (1969) itici uyarılarla koşullamayla ilgili açıklamasına yansır. Şokun eşlik ettiği uyaranlara karşı hoşnutsuzluk hissedecek kadar edilgen koşullanmak yerine, kişi itici uyarılarla kendini uyarma becerisini öğrenir, bunu gerçek yaşamda kasten kullanır. Bu görüşe göre, kişi baştan çıkaran bir şeye kasten daha önce terapi sırasında şok eden veya mide bulandıran deneyimi hatırlayarak direnir. Bireyin davranışı kontrol eden sembolik uyaranlar yarattığı söylenir.

Öz kontrol alıştırmasının tanıdık bir yolu, davranış terapisi literatüründe de ele alınmıştır, kişinin kendisine standartlar koyması ve karşılamadıkça kendini pekiştirmeye karşı çıkmasıdır (Bandura ve Perloff, 1967). Böyle bir taktik çoğunlukla bu kitabın yazarları tarafından uygulanmaktadır. "Bu sayfayı yazmayı bitirmeden e-postalarıma bakmayacağım." Kişi amacı belirlediğinde, ödülün keyfini çıkarmadan önce ona ulaşmak için kendisiyle bir anlaşma yapar, sonra da görünür dış sınırlamalar olmaksızın anlaşmayı yerine getirir. Kişinin öz kontrol uyguladığı söylenir.

Öz kontrol herhangi bir terapi tekniğiyle uygulanabilir. Tek şart, kişinin, terapistten yönergeleri aldıktan sonra işlemi kendi başına uygulamasıdır. Örneğin, duyarsızlaştırılmakta olan bir hasta küvette ılık bir banyo sırasında gevşerken bazı kademeli sahneleri canlandırmaya karar verdi. Duyarsızlaştırmanın mantığını yeterince iyi anladığını ve tekniğin işlemle ilgili gereklerini karşılayacak kadar imgeleminin süreçleri üstünde kontrol sağlamış olduğunu hissetti. Bunu takiben, banyo küvetinde derin bir gevşeme durumu olan duruma eriştikten sonra gözlerini kapadı ve davranış terapistinin öğrettiği şekilde sahneyi ve sonunu canlandırdı. Sonradan terapistle görüştüğünde kendisini küvette duyarsızlaştırdığı konuları atlamayı ve kaygı basamaklarında daha hızlı ilerlemeyi başardılar. Öz kontrolün tüm kavramlarında üç ölçüt imâ edilir: 1. davranışı açıklayabilecek az sayıda dış denetleyici vardır, 2. benliğin kontrolü yeterince zordur, kişi uğraş vermek zorundadır, 3. davranış bilinçli niyet ve tercihle ilgilidir. Birey öz kontrolü uygulamaya aktif

İLİŞKİ ETKENLERİ

Hasta ile terapist arasında iyi bir ilişki bulunması, kuramsal yönelime bakmaksızın, birçok açıdan önemlidir. 4. Bölümde tartışıldığı gibi, kişi terapistine güvenmez veya saygı duymazsa derin kişisel bilgiye ulaşılacağı şüphe götürür. Hatta, gönülsüz bir danışana terapi nadiren kabul ettirilebildiği için, tekniklerin arzulanan etkiyi göstermesi için terapistin kişinin işbirliğine girmesini sağlaması gerekir. Örneğin, duyarsızlaştırmada hasta, gevşemeyi uygulamayarak, kaygısını uygun şekilde dile getirmeyerek veya belirli bir sahneyi canlandırmayarak, terapistin bütün çabalarını boşa çıkarabilir. Nerdeyse tüm diğer bilişsel davranışçı terapi işlemlerinde, ilişkiyle ilgili etkenler ihmâl edildiği takdirde danışanlar terapiste karşı hareket edebilirler (Davison, 1973; Patterson ve Chamberlain, 1992).

Terapötik ilişkinin önemi en son Linehan (1993b) tarafından diyalektik davranış terapisinde vurgulanmıştır. Linehan, sınır kişilik bozukluğu olan hastalarda özgül bilişsel davranışçı terapi tekniklerinin yanı sıra kabul ve eşduyum atmosferini yaratmanın şart olduğunu önermektedir. Davranış terapistlerinin *terapötik ortaklık* (alliance) terimini seyrek kullanmasına karşın, terapist ile hasta arasındaki şiddetle etkili kişilerarası bağ, bilişsel ve davranışsal işlemlerin uygulanması için gittikçe daha gerekli bir koşul olarak görülmektedir.

KURAMSAL İSKELETİN ÜSTÜNDEKİ ET

Her terapistin karşılaştığı sınamalardan biri de genel ilkeden somut, klinik bir müdahaleye geçmektir. Bir örnekle açıklayacak olursak, üni-

Diyet yapmayla gösterilen öz kontrol, davranışsal bir paradigma içerisinde açıklaması zor bir konudur.

olarak, ya bazı eylemleri yaparak, ya kendini, fazla yemek gibi bir şeyi yapmaktan sakınarak karar verir. Kişi bunu otomatik olarak yapmaz, eyleme geçmek için başkası tarafından da zorlanmaz.

Bu ölçütleri göstermek için, erkek bir koşucuyu örnek alalım. Koşucuyu bir çavuş kışkırtıyorsa ilk ölçüt sağlanmamış olur. Sürdürmek için muhtemelen yeterli çaba sarf edilmiş olsa da koşu öz kontrol örneği değildir.

Koşucu koşmayı, diğer etkinliklere katılmaktan daha keyifli bulursa, koşma bir öz kontrol olarak değerlendirilemez. Koşma rejiminin erken dönemlerinde öz kontrol görülebilir, çünkü kişi gerçekten çok çaba harcıyor olabilir. Nike'larını giyerken homurdanır, koşmaya başladıktan kısa süre sonra, bu işkencenin ne zamandır sürdüğünü görmek için saatine bakar ve yarım mil sonra bu çetin sınavı vermiş olmaktan mutlu çöker.

Üçüncü kriter, bilinçli niyet ve tercihle hareket etmek, öz kontrolü insanın dikkatsizce yaptığı eylemlerden ayırır. Günlük davranışımızın çoğunu dikkat etmeden yapıyor olmamız belki de iyi bir şeydir, çünkü düşününce ayakkabılarımızın iplerini bağlamak gibi şeyleri yapmak için bile düşünüp taşınmak ve özel kararlar vermek ne kadar yorucu (ve sıkıcı) olur. Ancak bu eylemler, belli durumlarda, yapıp yapmamak için karar vermemiz gerektiğinde öz kontrol örneği olarak sınıflandırılmalıdır. Yemek, sıkı bir diyette olduğumuzda ve kalori alımını azaltmak için arkadaşımız, doktor veya kendimizle anlaşmışsak öz kontrol gerektirir.

Öz kontrol kavramı, insanlar bağımsız hareket ettiği, çaba harcadığı, bilerek ve seçerek hareket ettiğinde davranışsal paradigmaya özellik katar. Bu eylemlerin her biri kişinin eylemin başlatıcısı, kontrolün başladığı yer olduğunu varsayar. Gayretli davranışçılar, kişinin başlatıcı olarak görüşünün, sonuçta davranışı denetleyen dış güçlerin yalnızca ihmal edilmesini gösterdiğini iddia ederek Skinner ile karşı karşıya kalabilir. Böylece, kendini inkâr eden kişi için fazladan bir tatlı, gerçekten kendini kontrol etmek sayılmaz; daha çok, bu kendini inkâr, gözlemci veya uzak bir pekiştirici tarafından takdir edilmeyen, güç fark edilen bazı karşılıklar tarafından kontrol edilir. Örneğin, daha küçük numara giysiler giyme eğilimi gibi. Muhakemenin bu kısmındaki kusur tamamen post hoc ve reddedilemez olmasıdır. Davranışa güç veren pekiştiricinin daha ileri bir tarihte geleceğini iddia edebiliriz. Böyle bir açıklama, davranışçı için, psikanalistin, bilinçdışı bir savunma mekanizmasını bir eylemi post hoc yorumu kadar yetersiz olmalıdır.

versite öğrencilerinin, edimsel koşullama terimleriyle (Davison, 1964), ciddi rahatsızlığı olan çocukların davranışını analiz etmek için eğitildiği eski bir çalışmayı inceleyelim. Bu çalışmada öğrenciler, çocuğun davranışının önemli belirleyicisinin, o davranışın sonucu olduğunu varsaymaya teşvik edildiler. Pekiştirici olarak M&M şekeriyle donanmış olarak öğrenci terapistler ciddi rahatsızlığı olan bu çocukların davranışını kontrolleri altına almaya çalıştı. Sonunda, çocuklardan biri şeker kazanmaya ilgisini yitiriyor göründü. Etkili bir pekiştirici gerektiren bir çerçevede çalışan terapist, başka bir özendirici aradı. Çocuğun pencerenin önünden her geçişinde yansımasına bakmak için bir an durakladığını fark etti. Premack prensibinin daha önce bahsedilmiş olan bir uygulamasında terapist bir ayna buldu ve sonra, gizlice, arzulanan davranışın pekiştiricisi olan aynaya bakmasını sağlayabildi. Aynaya yöneltilen bakışlar aynı M&M şekerlerinin *işlevsel* yaklaşımıyla kullanılmıştı. Dolayısıyla, genel bir ilke rehberliğinde de olsa terapist klinik durumun gerektirdiği doğaçlama ve yaratıcılığa güvenmeliydi.

Davranışsal yolda yeni müdahaleler geliştirmek yaratıcılık ve beceri ister. Her terapide olduğu gibi, genel bir ilkenin belirli bir olguya uygulanması basit bir durum değildir. Belirli bir kuramsal çerçeve klinisyenin düşünmesine yardım etse de, bu hiçbir zaman yetmez.

Aslında klinisyen işine belli bir kurulumla, yani alanını oluşturan karmaşık verileri elde edeceği çerçeveyle yaklaşır. Ancak, çerçeveler yetersizdir. Diğer uygulamalı alanların bilim adamları gibi, klinisyen de kuramsal iskeleti doldurmak zorundadır. Bireysel olgular, her zaman temel psikolojik ilkelerin ötesindeki bilgiye gerek duyuran sorunlarla başvurur (Lazarus ve Davison, 1971, s. 203).

İki davranış terapistinden yapılan yukarıdaki alıntı, aşağıdaki, iki deneysel sosyal psikologunkine çok benzer.

Bir deneyde araştırmacı, sezgileriyle kavramsal değişkeninin görgül karşılığı olduğunu hissettiği bir işlem seçer. Tüm deneysel işlemler yaratılmış gibi davranılır. Aslında, deney sanatının öncelikle araştırmacının, kavramsal değişkeninin en hassas şekilde gerçekleştirecek, o konuda en etkili ve güvenilir olan işlemi tahmin etme becerisine dayandığı söylenebilir. (Aronson ve Carlsmith, 1968, s. 25)

Davranış terapistleri de deneysel alandaki meslekdaşlarıyla aynı tür karar verme zorluklarıyla karşılaşır. İnsan sorunlarıyla uğraşırken hiç kolay çözüm yoktur (Odak 18.5'e bakınız).

PSİKANALİZ VE DAVRANIŞÇI TERAPİ - BİR UZLAŞMA MI?

Çağdaş psikanaliz davranış terapisiyle uyumlu mudur? Bu soru yıllardır tartışılmaktadır ve bu iki görüşün uyumsuz paradigmalar olduğunu iddia edenlerden çok az profesyonel mantıklı bir uzlaşma konusunda iyimserdir. Ancak Paul Wachtel (1977, 1982, 1993, 1997) tam da böyle bir bütünleşmeyle ilgili çalışmasında, psikanalize yönlenmiş olan terapistlerle davranış terapistleri arasında en azından bir diyalog kurmak için, hatırı sayılır bir umut barındıran bir şema önerir.

17. Bölümde işaret edildiği gibi ego analistleri, şimdiki benlik işlevlerini Freud'a göre daha fazla vurgular. Örneğin, Sullivan, kişilerarası davranışlarındaki sorunlara odaklanırlarsa, hastaların kendilerinden daha memnun olacağını ve daha etkili işlev göreceklerini iddia etmiştir. Ancak, Sullivan, doğrudan insanın halen nasıl davrandığı ve hissettiği üzerinde çalışmanın akılcılığını vurgularken, bastırılmış çocukluk çatışmalarıyla ilgili anılarını hatırlamayacaklarını kastediyorsa, çelişkiye düşmüş görünmektedir. Halbuki, Wachtel psikanalitik paradigmayla çalışanlarda dâhil olmak üzere, terapistlerin, hastalara yardımcı olurken sadece orada ve şimdi daha iyi hissedebilsinler diye değil, aslında aynı zamanda geçmişe ait o korkuları *değiştirebilmesi* için de hastanın şimdiki davranışını değiştirmek *zorunda* olduğunu ileri sürer.

Wachtel temel görüşünü Horney (1939), Sullivan (1953) ve Erikson'a (1950) dayandırır ve bunu "döngüsel (cyclical) psikodinamik" (1982) olarak adlandırır. Kişilerin, bastırılmış sorunlarını şimdiki davranışları ve bunların sosyal ilişkilerle ilgili geribildirimiyle sürdürdüklerine inanır. Sorunları, bastırılmış, geçmiş olaylarla hareketle geçmiş olsa da insanlar bu sorunları sürdürecek şekilde hareket etmeye devam ederler. Örneğin, yıllar önce çocukluğu sırasında, babasına kötü davranmış olduğu için annesine duyduğu aşırı nefreti bastırmış olan genç bir adam düşünün. Bir delikanlı olarak bu nefreti kontrol etmek için kadınlara karşı aşırı nezaket ve itaat şeklinde savunmalar geliştirir. Bugün, bu ilgi ve çekingenlik, bazı kadınları ona karşı üstünlük sağlamaya teşvik etmekte, ancak o, kadınların ona içtenlikle nazik davrandığını sanarak, aynı zamanda durumu yanlış algılamaktadır. Arkadaşça başlangıçları tenezzül edilen aşağılamalar olarak yanlış değerlendirdiği için kadınlara daha da içerler hale gelmiştir ve gittikçe geri çekilmektedir. Bu genç adamın, sorunu buzullar arasında bozulmadan kalmış "tüylü mamut"tan (Bkz. Bölüm 2) -uzun zaman önce gömmüş olduğu sorundan- kaynaklanan uysallığı, günümüzde kişisel sorunlar yaratmaktadır ve bastırılmış olan nefretini tekrar canlandırmıştır. Sanki yetişkin benliği, bilinçsizce, "görüyorsunuz, kadınlar, annem gibi, gerçekten şirret, onlara güvenmemek lazım. Onlar zararlı ve sadist" demektedir. Çocukluğundan gelen bu inancın günümüzdeki doğrulaması, yönünü gömülmüş olan çelişkiye doğru çevirir ve onu canlı tutar. Döngü, genç adamın kendi davranışı ve kadınların iğrençliğini doğrulayan yanlış kanılarla sürer.

Wachtel'in yaklaşımı, terapinin, hem kendi hatırlarına ki bu davranış terapistinin amentüsüdür (credo), hem de altta yatan psikodinamikleri ortaya çıkarma ve değiştirme adına, şimdiki davranış örüntülerini değiştirmeye çalışması gerektiğini öne sürer. Davranışın doğrudan değiştirilmesinin, psikanalizin geleneksel amacı olan, hastanın bastırılmış geçmiş korkularından daha gerçekçi bir anlayış elde etmesine yardım edebileceğine işaret ederek Wachtel, analitik meslektaşlarının ilgisini, davranış terapistlerinin kullandığı tekniklere çekmeyi umar. İtaatkâr genç adama, onun kadınlarla halen olan ilişkilerini değiştirerek kısırdöngüyü kırmak umuduyla biraz girişkenlik eğitimi vermesi olasıdır. Tüm kadınların ondan faydalanmak istediğine dair inancının tekrar tekrar boş çıkmasından sonra genç adam annesiyle olan bastırılmış aşk-nefret çelişkisini anlamaya başlayabilir.

Wachtel, ayrıca, davranış terapistlerinin analitik meslektaşlarından, özellikle kişilerin geliştirmeye eğilimli olduğu sorun çeşitleriyle ilgili çok şey öğrenebileceğini savunur. Örneğin, psikanalitik teoriye göre çocukların ebeveynleriyle

ilgili güçlü ve çelişkili duyguları vardır. Bunların bir kısmı o kadar tatsızdır ki bastırılır veya en azından yoğunlaşması ve açıkça konuşulması zordur.

İtaatkâr genç adam, davranış terapistine, başlangıçta karşı cinsle ilişki kurmaktan korkuyor görünebilir. Bu korkuları başlangıçta olduğu gibi kabul ederek, terapist, danışanın onları azaltmasına yardım etmeye çalışacaktır. Bunun için, belki, duyarsızlaştırma, akılcı duygusal terapi bileşimini ve sosyal beceri eğitimini kullanacaktır. Ancak terapist psikanalitik literatürde öne sürülen, genç adamın temelde kadınlara kızgın olduğuna dair olasılığı incelemeyi ihmâl edecektir. Wachtel davranış terapistlerine, analistin yoğunlaştığı çocukluk çelişkilerine duyarlı olmayı ve genç adamı annesiyle olan ilişkisiyle ilgili sorgulamayı önerirdi. Hastanın yanıtı veya tavrı, içe kapanmayla ilgili bir ipucu verebilir. Bundan sonra, terapist itaatkâr genç adamı daha farklı görmeye başlayacak ve kadınlardan korkmadığını, bilakis onlara kızgın olduğunu varsayacaktır. Çünkü genç adam, onları, çocukluğunun başından beri hem aşk hem de nefret nesnesi olan annesiyle ilişkilendirmektedir. Bu ek bilgi, tahminen, hastanın görünürdeki kadın korkusunu değil, kadınlara karşı olan öfkesini hedef alan, daha farklı bir davranışsal müdahaleyi akla getirecektir.

Wachel, ayrıca, davranış terapistlerinin pekiştiricilerin silik olabileceğini ve hastanın gerçekte bir şey istediğini inkâr edebileceğini ve hatta bu inkârın farkında olmayabileceğini anlamasını ister. Diğer bir deyişle, terapistler, bilinçdışı güdülenmeye, kişinin farkında olmadığı bir dizi olay tarafından güdülenme veya pekiştirilme olasılığına alışmalıdır. Odak 17.3'te, ebeveynlerine ifade ettiği öfkenin onların onayını sağlamaya yönelik derin gereksinimi maskelediği bir üniversite öğrencisi betimlenmiştir.

Çağdaş psikanalitik düşünce, davranış terapistlerinin belli bir müdahalenin bir hasta için taşıdığı anlamın farkına varmasına yardım edebilir. Davranış terapistinin girişkenlik eğitimi vermeye karar verdiği genç bir kadını düşünün. Terapist rol yapma işlemlerini tarif etmeye başladıkça o sandalyesinde katılaşır ve sonra da iç çekmeye başlar. Rol yapma tarifine gösterdiği tepkiyi dikkate almadan eğitime devam etmek duyarsız ve kötü bir klinik uygulama olurdu. Psikanalitik kuramların farkında olduğu için, terapist, girişkenliğin kadına bir şey *ifade* etme olasılığına karşı duyarlıdır. Terapist onu nazikçe rahatça konuşmaya, girişkenlik eğitimi düşüncesi hakkında serbest çağrışıma teşvik eder. Kadın, ebeveynlerinin arkadaşlarına olan davranışlarını, ona destek olmadan ve başka nasıl davranacağı konusunda yapıcı öneri getirmeden eleştirdiği bir dizi olayı hatırlar. Başlangıçta kendisi de bunun farkında değilken, terapist ona diğerleriyle ilişkisinde daha girişken olmayı öğrenmesini önerdiğinde, hasta geçmişe ait bu acıyı hatırlar. Terapist ona geçerli olan girişimi, girişkenlik eğitimini ve bunu geçmişte yapılan yararsız ve olumsuz eleştirilerden ayrımını açıklayıp genç kadını rol yapmaya iknâ eder. Bu durum, aynı zamanda, hastanın ebeveynleriyle ve genelde yetki nesneleriyle olan çözülmemiş sorunlarını yansıtmaktadır.

Konuyla ilişkili bir unsur da, Wachtel, psikanalistlerin, ebeveynlere yönelik kuraldışı veya alışılmadık ilgi, istek, davranış ve korkuyu davranış terapistlerinden daha fazla göz önüne aldığını iddia eder. Duygusal sorunların id çatışmalarının bastırılmasından türediğine dair görüşün rehberliğinde, psikolojik zorlukları, çocukluğa ait istek, korku, sevilen birine duyulan düşmanlık gibi birincil süreç düşüncenin karanlık sırlarının yansımaları olarak ele alırlar. Davranış terapistleri hasta sorunları hakkında görüş edinirken daha açık sözlü, belki daha yavan, olmaya eğilimlidir.

Yıllarca bilişsel davranışçı bir çerçevede öğreten ve uygulayan klinik psikologlar olarak bizce, deneyimli davranışçı klinisyenlerin gerçek uygulaması çoğunlukla Wachtel gibi psikodinamik klinisyenlerin ayrıntıcılık özelliğini yansıtır. Bizim için açık olmayan ve Wachtel'e inandığımız, çağdaş bilişsel ve davranışsal terapiyi yapılandıran kuramlardan ne derece zengin uygulamalar türetilebileceğidir. Kuram ve uygulamadaki ayrılık, Wachtel'in davranış terapisiyle ve psikanalizin hem davranışsal terapinin hem de uygulamanın değerini artırabilecek yollarla ilgili önemli tartışmasının esasında yatar. Şimdi eklektisizm ve psikoterapinin bütünleşmesiyle (integration) ilgili genel konulara dönüyoruz.

PSİKOTERAPİDE EKLEKTİSİZM VE KURAMSAL BÜTÜNLEŞTİRME

Wachtel'in uzlaşma konusundaki çabaları psikoterapi alanındaki eski bir geleneğin parçasıdır (örn., Dollard ve Miller, 1950; Frank, 1971;

ODAK 18.5 HASTAYI TEDAVİYLE EŞLEŞTİRMEK – PROJE EŞLEMESİ

Hem uygulayıcılar hem de araştırmacılar belli hastalar için uygun olan tedavileri kullanmanın önemini yıllar önce anlamıştı. Bu kavram belli bir sorun türü için en uygun olan terapi sorusunu aşar (buna terapiyle ilgili 6.-16. Bölümlerde değinmiştik). Daha çok, yetenek-tedavi ortak etkisi denen, onları genelde etkin olan bir tedavi şekline diğerinden daha uygun duruma getirebilen, aynı bozukluğa sahip hastaların özelliklerine odaklanır.

Yetenek-tedavi ortak etkisinin nasıl gündeme geldiğini anlamak için, birinin kendini korkutucu bir durumda imgeleme ve bundan dolayı kaygı duyma yeteneğine dayanan sistematik duyarsızlaştırma tekniğini ele alalım. İşlem, gerçek bir olayın yerinde bir imgenin bulunmasını gerektirir. Hastalar onları endişelendiren bir görüntü oluşturamazsa, o zaman, kaygılı hale gelmeden imge oluşturmayı amaçlayan, zaman gerektiren bir işleme kalkışmanın anlamı yoktur! Odak 18.3'te, paradoksal müdahalelerin aşağı yukarı tepkisel hastalarda nasıl farklı etki göstermesinin beklendiği tanımlandı, başka bir yetenek-tedavi ortak etkisi örneği.

Alkol istismarının tedavisinde yetenek-tedavi ortak etkisi konusunda sekiz yıllık, çok merkezli büyük bir çalışmanın sonuçları, yakın zamanda yayımlandı. (Project March Research Group, 1997) (Bu bulgulara alkolizm terapisiyle ilgili kısımda kısaca değindik.) Bu çalışma, aradığını, yani özel müdahale yapılan alkolik hastaların belli türlerini eşleştirmenin bir yolunu bulamaması nedeniyle profesyonel çevrelerde çelişkili hale gelmektedir.

Alkol bağımlılığının şiddeti, değişim güdüsü, psikolojik rahatsızlığın şiddeti ("psikiyatrik ağırlık"), içmek için kişinin sosyal çevresinden destek alması ve sosyopatik eğilimler gibi on eşleştirme değişkeni seçilmişti, çünkü önceki araştırmada müdahalenin sonucuyla ilişkili bulunmuştu. Üç tedavi vardı. On iki adımlık kolaylaştırma tedavisi hastaları, AA'nın alkolizmi tedavi edilemez, ancak başa çıkılabilir hastalık şeklindeki görüşüne yönlendirerek, AA'ya katılmaya teşvik etmek. Willam Miller'in yaklaşımına (Miller ve ark,1992) dayanan, kişinin içmeyi azaltmak için kendi kaynaklarını harekete geçirmesine uğraşan güdüsel ilerleme (motivational enhancement) terapisi. Sonuncusu, bilişsel davranışçı başa çıkma becerileri terapisi; hastalara içmenin işlevsel olarak hastanın yaşamındaki bir sorunla ilişkili olduğu fikrini sundu, onlara içmeyi tetikleyen durumlarla başa çıkmayı veya kişi bir süre uzaklaştıysa nüksü önlemeyi öğretti. Bırakmak için yoğun baskı altındaki içicilerin en iyi on iki adımlık kolaylaştırma tedavisinden, psikolojik sorunları olanların bilişsel terapiden ve değişim güdülenmesi düşük olanların güdüsel ilerleme terapisinden fayda görmesi öngörülen etkileşimlerdendi.

Tedavilerin tümü, eğitilmiş terapistler tarafından, on iki haftalık dönemlerde, bu çalışma için hazırlanmış olan tedavi kılavuzlarını izleyerek, bireysel seanslar şeklinde dikkatle uygulandı. Hastaları seçerken bazı eleme ölçütleri kullanıldı: diğer ilaçlara bağımlı olmaları ve bunun dışında çok düzenli bir yaşamları olması gerekiyordu. Diğer etkinlik çalışmalarında olduğu gibi iç geçerlik çok iyiydi, ancak dış geçerlik, bulguların aslında uygulandığı gibi terapiye genellenebilirliği, belirgin şekilde düşüktü. Ancak, bu çalışmada olduğu gibi karmaşık kavramsal sorular ortaya koyduğunuzda savunulabilir bir stratejiydi. Geçerli araştırma stratejisi ayrıntılara bakmadan önce anlamlı sonuç elde etme şansını en iyi şekilde kullanmayı gerektirir.

Goldfried ve Davison, 1976; Marmor, 1971). Yeni bir dergi olan *Journal of*

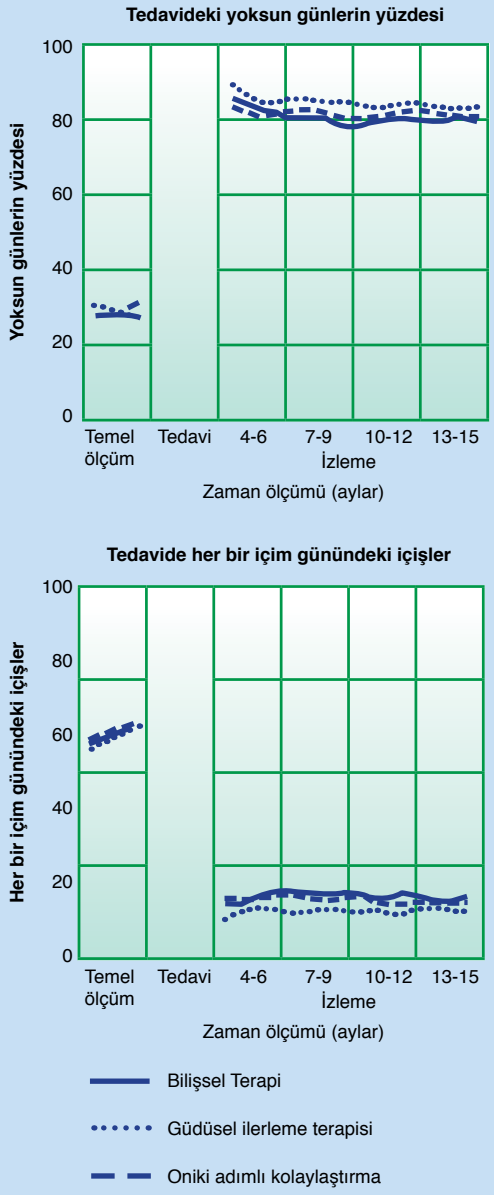
Psychotherapy Integration bu konuya adanmıştır. Otuz yıldan daha uzun bir zaman önce Perry London bu konuyu şöyle yorumlamıştır.

Tekniklerin, her iki okulun sanatkâr terapistlerine ait, sessiz bir karışımı söz konusudur, insanların İçgörü okullarının onlara biçtiği değerden belirgin şekilde daha yalın olduğu, yine de Eylem (davranış) terapistlerinin inanmayı tercih ettiğine göre daha karmaşık olduğu gerçeğini dikkate alan bir karışımdır. (London, 1964, s. 39)

LAZARUS - MESSER TARTIŞMASI

Eklektisizm ve bütünleşmeyi çevreleyen bazı konular, Rutgers Üniversitesinden meslektaş ve başı çeken iki kişi olan Arnold Lazarus ve Stanley Messer tarafından bir makalede incelendi (Lazarus ve Messer, 1991). Makalenin görüş - karşı görüş çerçevesi, Psikoterapinin Bütünleştirilmesinin Araştırılması Topluluğu 1990 toplantısında yer alan bir tartışmayı yansıtır. 1983te kurulan bu organizasyon, başka zaman belki de hiçbir zaman aynı toplantıya katılmayabilecek olan kuramcılarla klinisyenler arasında canlı ve heyecanlı fikir alışverişlerini kapsayan yıllık toplantılar nedeniyle önemlidir.

Esas epistemolojik soru bu kitaba defalarca başvurmuş olmamız: kuramsız gözlem yapmak olası mı yani karmaşık dünyamızda belli bir paradigma veya kuram dışında nesnel gerçeklerden bahsedebilir miyiz? Kişinin, gerçek ve bilginin doğası ile ilgili bu çok soyut soruya



Temel bağımlı (sonuç) ölçümler yoksunluk günü yüzdesi ve bir yıllık tedavi sonrası değerlendirme döneminde içilen günlerdeki içki sayısıydı. 18.2. şekil bu çalışmanın temel sonuçlarını ortaya koymaktadır. Anlamlı grupiçi ilerlemesi gözlemlendi, tüm tedaviler ortalamanın üstünde faydalıydı, Ouimette ve ark. (1997) tarafından yapılan sonraki çalışmayla tutarlıydı. Ancak bu bölümün başında belirtildiği gibi, psikiyatrik ağırlık dışında, tedavi ile eşleşen değişkenlerin arasındaki etkileşim, çalışmanın ana konusu, saptanmadı. Daha iyi psikolojik durumda olan hastalar on iki adımlık kolaylaştırma programından sonra, bilişsel davranışsal terapi grubundaki hastalara göre daha fazla gün yoksun kaldı. Psikolojik durumu daha kötü olan hastalarsa üç tedavi arasında farklılık göstermedi. Gelecekteki makaleler bu çalışmayla ortaya çıkan dev veri dizisinin ek analizlerini sunacaktır. Araştırmacılar, şimdilik, aşağıdaki sonuçlara ulaştı:

Diğer güçlü eşleşen etkilerin olmaması, psikiyatrik ağırlık bir yana, destekleyenlerin, danışanları bu üç bireysel uygulamalı tedavi yaklaşımından birine yönlendirirken, farklı tedavi felsefelerine karşın (çalışılmış olan) danışan özelliklerini hesaba katmaya gerek duymadığını öne sürer (Project March Research Group, 1997, s. 7).

Genel etkili belirli tedavilerden yararlanacak olan hasta türleriyle ilgili bir şeyler söylemeden önce alınacak uzun bir yol var.

***Şekil 18.2** Yoksun günlerin aylık yüzdesi ve içilen gündeki içki sayısı. Temel düzey (tedaviden önceki üç ayın ortalaması) ve tedavi sonrası dönemin her ayı (1-15. aylar). Kişi belirtilen aylardan birinde yoksun kalmışsa içilen gündeki içki sayısı 0 idi.*

vereceği yanıt onun psikoterapinin değişik çeşitlerini bütünleştirme tartışmalarıyla ilgili görüşünü etkiler.

1950'lilerin sonunda Güney Afrika'da Wolpe tarafından eğitilen Lazarus, yıllarca, "teknik eklektisizm" dediği şeyi, köken aldığı kuramsal yaklaşım ne olursa olsun dikkate almaksızın belli bir hasta veya rahatsızlık için en iyi olan tekniği kullanmak için istekli olmayı savundu. Yine de göreceğiniz gibi, teknik, terapistin kuramsal çerçevesiyle bütünleşmiştir. Bu görüş psikoterapiye kendi yaklaşımı olan çok yaklaşımlı terapide incelenmiştir Lazarus, sadece teknik seviyedeki bu görgül temelli eklektisizmin, hastaların çoğunda çok yararlı olacağını iddia etmekle kalmaz, örneğin Wachtel'in psikanalitik terapiyle davranışçı terapiyi harmanlamanın bir yolunu aramak için yaptığı gibi, kuram seviyesindeki uzlaşma ve bütünleşmeye çalışmanın da yararsız, zaman kaybı ve olanaksız olduğunu iddia eder. Son zamanlarda diyalog ve uzlaşmayı kolaylaştırmak yerine kuramsal bütünleşmeye kayan hareketler, Lazarus'a göre daha fazla karışıklığa yol açmaktadır.

Lazarus-Messer tartışmasının ayrıntılarına girmeden önce üç psikoterapi şeklinin, yani teknik eklektisizm[6], ortak faktörcülük ve kuramsal

[6] *İkinci Bölümde ele alındığı gibi eklektisizm bizzat "terapistin etkili olacağına inandığı her tekniği kullandığı kapsamlı, pragmatik bir yaklaşımdır. Bu tercihleri yönlendiren, altta yatan bir kuram olmayabilir veya az miktarda olabilir." (Arkowitz,1992 s. 262) Bu stratejiye Lazarus ve bu kitabın yazarları da dâhil olmak üzere birçok ruh sağlığı profesyoneli şüpheyle baktı. Çünkü kullanılacak tekniği saptamak ve kullanım koşullarına yönelik bir mantık eksik. Terapiste hastanın sorununu, terapötik değişim süreçlerini kavramsallaştırmaya yardım edecek kuramsal ana hatlar olmadan eklektisizm eşittir, tercihlerin akla estiği gibi, ne doğru görünürse ona dayanarak veya ne iyi bilim ne de iyi uygulamaya denk gelen bir dizi nedene dayanarak yapıldığı bir karmaşa.*

Rutgers Üniversitesinden Arnold Lazarus, çok yaklaşımlı terapiyi geliştiren usta klinisyen ve psikologdur.

bütünleşme ayrımını yapmak yararlı olacaktır. İlk yöntemde, Lazarus'un çok modelli yaklaşımında ve Beutler'in yapılagelen psikoterapisinde (Arkowitz, 1989) örneklendiği gibi, terapist belli bir kuramsal çerçevede çalışır, örneğin bilişsel davranış terapisi, ama bazen *onları meydana getiren kuramlardan taraf olmadan,* etkili sayılan diğer yönelimlerin tekniklerinden de alıntı yapar. Ne işe yarıyorsa onu kullanmak teknik eklektiğin çalışma prensibidir; ama tekniğin kullanımında kişinin kendi çerçevesini katması önemlidir. Örneğin, Lazarus, tekniğin Geştalt terapisinde anlaşıldığı şekliyle, bazen Geştalt'ın boş sandalyesini, hastaya kişiliğinin yadsıdığı kısımlarını devreye sokmasına yardım etmenin bir yolu olmaktan çok davranışsal alıştırma yöntemi olarak kullanır.

Ortak faktörcülük (Frank, 1961, 1982; Goldfried, 1980, 1991; Schofield, 1964) tüm terapi ekollerinin paylaşabileceği stratejiler bulmaya çalışır. Örneğin, hastayı diğerlerini nasıl etkilediği konusunda bilgilendirmek, etkili psikoterapinin önemli bir bileşeni olarak, çok sayıda farklı terapist tarafından uygulanan, bir çoğunun da inandığı (örn., Brady ve ark., 1980) bir stratejidir.

Üçüncü yaklaşım olan kuramsal bütünleştirme ise sadece teknik değil, kuramları da birleştirmeye çalışır. Wachtel'in uyarlanmış bir psikanalitik çerçeve içinde girişkenlik eğitimini savunma ve bundan anlam çıkarma çabaları kuramsal bütünleşme yönündeki çabanın en önemli örneklerindendir. Sonuçtaki kuram psikanalitik ve davranışsal öğeler nedeniyle başlı başına farklıdır.

Lazarus'un şiddetle eleştirdiği kuramsal bütünleştirmedir. Bu, kısmen psikoterapinin çoğu kuramının epistemolojik olarak uyumsuz olmasından kaynaklanır. Örneğin, bir gerçeğin tanımı psikanalizde davranışsal terapidekinden farklıdır. Kanıt konusunda farklı standartlar geçerlidir. İddia, gerçeği aynı şekilde tanımlamayan iki kuramın bütünleştirilemeyeceği yönündedir. Daha önce ele aldığımız bilimdeki paradigmalar ve Kuhn doğrudan bu konuya dayanır.

Ancak, Lazarus ısrarlı bir şekilde "bedenden ayrılmış" tekniğin kullanılıp kullanılamayacağını sorar (Strupp, 1989). Yanıtı evettir, köken aldıkları kuramları kabul etmeden teknikler ödünç alınabilir. Böylece, boş koltuğu, kendi bilişsel davranışçı çerçevesine bir davranış alıştırması olarak ekler. Lazarus, hastanın bir diğerini, örneğin bir ebeveyni boş sandalyede hayal etmesini sağlamanın rol yapmayı daha güçlü ve gerçekçi yaptığına inanır. Anlaşılan, kişinin boş bir sandalyeyle konuşmasında, onu danışma odasına getiren, belki de terapistin hastanın ebeveyni gibi davranmasından daha iyi olan bir hikmet vardır. Lazarus işlemin köken aldığı kavramsal Geştalt çerçevesini kullanmadan uygulanabileceğini savunur.

Lazarus'un teknik eklektisizmi, kişisel tercih veya ihmal üzerine kurulu sevimsiz bir karışım değildir, onun iddia ettiğine göre, sadece ve özellikle belli koşullarda neyin çalıştığıyla ilgili *veriye,* bilgiye dayanır, bu bilginin çoğu kuramdan bağımsızdır. Neyin doğru olduğu veya olmadığı belli bir kurama dayanmadan saptanabilir. Dediği gibi, "Gözlemler açıklama önermeden, basitçe, görgül veriyi yansıtır. 'Ergenler, saygı duyduğu örneklerin davranışını taklit etmeye eğilimlidir' bir gözlemdir. 'Bunu içlerindeki yetersiz ana-baba yansımalarına bağlı bilinçsizce yaparlar' bir kuramdır." (Lazarus ve Messer,1991, s. 147)

Buna yanıt olarak, Messer Lazarus'un kuramsal bütünleşmeyle ilgili tatminsizliğinin kısmen, herşeyi kapsayan bir psikoterapi kuramının, keşfedilmek üzere, kanatlarının altında beklediği inancından köken aldığını ve bu mutlu keşfe kadar, hangisi olursa olsun işe yarayan tekniğin kullanılması (teknik eklektisizm) için çabadan sakınmanın en iyisi olduğunu öne sürer. Tersine Messer'in görüşü bazen sosyal yapılandırmacı (constructionist) olarak tanımlanır, (Davison, 1991; Gregen, 1982; Mahoney, 1991'dan) bazen tefsir eden (Messer, Sass ve Woolfolk, 1988'dan), biz, Lazarus'un tartışma-

yacağı bir şekilde, kuramlarımızı icat ederiz ve bizim desteklediğimiz, Lazarus'un ise tam olarak benimsemeyeceği bir kavram, *dünyayı kuram veya paradigmalarımızın sağladığı biçimde görürüz.* Yani nesnel gözlem, nesnel gerçek diye bir şey yoktur; daha çok, gerçeği sadece belli bir kuram ve paradigma bağlamında anlarız. Messer'in dediği gibi "kusursuz algı" diye bir şey yoktur.

Bu bakış açısı Messer'i Lazarus'un teknik eklektisizmini eleştirmeye yönlendirir. Lazarus bir tekniği ödünç alıp kendi bilişsel davranışsal çerçevesinde kullandığında, o teknik köken aldığı kuramsal çerçeveden farklı bir şey haline gelir. Lazarus'un kullandığı Geştalt'ın boş koltuğu Perls tarafından kullanılandan farklıdır. Messer, bu tekniği yaratıcı şekilde kullandığı için över; ancak böyle yaptığında, onun, Geştalt'ın boş koltuğundan başka bir şey olduğunu ifade eder. Hem kuram hem de uygulamada Lazarus'un elindeki boş sandalye, Geştalt terapisindekinden farklıdır. İkincisinde teknik, danışanı tanımadığı duygularıyla ve benliğinin çelişkili yanlarıyla daha iyi temasa geçirmek üzere düzenlenmiştir. Lazarus ise tersine onu danışan için değer taşıyan belli bir kişiyle farklı bir şekilde bağdaştırmak için, bir davranışsal alıştırma biçiminde, kişinin karşısındakine olan davranışını geliştirmeyi hedefleyen bir strateji olarak kullanır.

Şimdi Lazarus'un ölçütlerini yeni bir teknik oluşturmak için kullanın. Etkisi kanıtlanabilir olmalı. Burada ciddi bir sorun yatar, Messer'e göre Geştalt literatürünün terapinin etkinliğine yönelik sağladığı kanıtlar, Lazarus'un çalışmalarındaki bilişsel davranışçı bağlamla ilişkili değildir. Yine, basitçe, Lazarus'un kullandığı boş sandalye, Geştalt terapistlerinin kullandığı da değildir. Sadece görgül olarak onaylanmış olan teknikleri kullandığı iddiasını desteklemek için, Lazarus, Geştalt terapistlerinin ilgilenmemiş olduğu (ve davranışsal yönelimli araştırmacıların) boş koltuğu davranışsal tekrar işlemi olarak değerlendiren deneylerde kanıt aramalıdır.

Messer, Lazarus'un, "Ergenler saygı duydukları örneklerin davranışını taklit etmeye eğilimlidir" sözünün nesnel, doğrulanabilir, kuramdan bağımsız bir gözlem olduğu iddiasını eleştirir. "Hayır", der Messer, "tıka basa kuram dolu". Ergenler saygı duydukları kişileri bir dizi başka nedenle taklit edebilir. Bunun saygı dışında bir nedeni olması, taklitçi davranışlarının kuramsal bir açıklamasıdır. Hatta "saygı duydukları örneklerin davranışını taklit eder" cümlesi de kuramdan bağımsız değildir, çünkü böyle bir davranış başka yolla da açıklanabilir. Örneğin, "sosyal konumuna imrendikleri, aynı yaştaki kişilere benzer şekilde davranabilirler".[7]

Sonuç olarak Messer dördüncü bir bütünleşme yaklaşımı öne sürer, (bizim kuramsal bütünleşmeye eşdeğer gördüğümüz) evrimsel veya özümleyici bütünleşme. Bununla, Messer şöyle demek ister, "bir kuramın teknik ve kavramları diğerine doğru yolunu bulur ve onun yavaşça gelişmekte olan kuram ve uygulama şekliyle birleşir " (Lazarus ve Messer, 1991, s. 153). Teknik eklektisizmde olduğu gibi bir teknik yeni bir çerçeveye taşınır. Ancak, daha sonra, alınan tekniğin çerçevesindeki kuramsal öğelerin de birleşmesiyle o çerçeve değişmeye başlar. Böylece, kişinin asıl kuramı, farklı ve tahminen daha kapsamlı ve kullanışlı bir şey haline gelerek evrime uğrar. Wachtel'in döngülü psikodinamikleri buna bir örnektir, çünkü psikanalitik kaynağından sonra, davranış terapisinden teknik ve fikirlerle birleşerek gelişti. O, iki yaklaşımın harmanıdır. Messer'in yazdığı gibi, "Lazarus'un dediği gibi, sadece, aşırı bir kuram yüküyle desteklenen bir gözlem veya teknik getiriyorum diye iddiada bulunmazdım. Bunun yerine, yeni haliyle bile çıkış noktasıyla ilgili bazı değerler içeren bir tavır, bakış açısı veya yaklaşım katıyorum" (Lazarus ve Messer 1991, s. 153).

OLGUNLAŞMAMIŞ BÜTÜNLEŞTİRMEYE KARŞI İDDİALAR

Kuramsal bütünleşmeyle uğraşırken, büyük, her şeyi içeren bir kuram veya yaklaşım mutlaka arzulanabilir, hatta olabilir mi diye merak etmiştik. Bunu sanmıyoruz, hem psikopatoloji hem de müdahale çalışmasındaki farklı paradigmaları kendi kullanım şeklimiz bizi Garfield ve Bergin'in görüşleriyle aynı hizaya getiriyor.

Bedenin nasıl çalıştığıyla ilgili kapsamlı bir düşünce bedendeki her sistem veya organın aynı ilkelere göre çalışmasını beklemez. Böylece, dolaşım sisteminin nasıl çalıştığı hakkındaki görüşümüz sinir sistemimizle ilgili görüşümüzden tamamen farklıdır. İnsan kalbinin hareket ve kuvvetleri sıvı mekaniklerine göre çalışırken,

---

[7]Lazarus'a karşı haksızlık olmaması için, Messer'in buradaki düşüncesinde dili kullandığımızda kuram yönünden nötr değiliz demek boş umutlar yaratmaktır. "Taklit edici davranış" makul olarak bekleneceği gibi kuramsallaştırmadan bağımsız görünür; belli ki, psikodinamik bir süreci varsayan "ile özdeşleşmek" gibi bir ibareden daha az kuram yüklüdür. Ancak bu muhtemelen yapısalcı tezin özüdür.

nörondan sinir uyarılarının geçişinde elektrokimya ilkeleri geçerlidir. Yine de birbirinden açıkça farklı olan bu iki süreç aynı insan bedeninde oluşur ve belirgin şekilde ayrı olan işlevlerine karşın uyum içinde çalışırlar.

Benzer şekilde insan kişiliği, her biri farklı ve kendi dünyasında olmasına karşın birlikte hareket eden, görünürde ayrı süreçlerin karmaşık etkileşimiyle uyum içinde çalışabilir. Böylece, aynı bireyin bir ara, bastırılmış çelişki, koşullu tepki, uyumsuz benlik imgesi ve mantıkdışı bilişlerden rahatsız olması ve nerdeyse, her biri uygulandığı sistemle uyumlu olan farklı müdahalelerin sorumluluğunda bulunan bu işlev bozuklukların her birinin psişik eylemin yarı bağımsız sistemlerinde işleyebilmesi olasıdır. O zaman tanı ve terapi rahatsızlığın odağı veya çok sistemli psişenin hangi bölüm veya bölümlerinin etkilendiğiyle ilgilenir hale gelebilir (1986, s. 10).

Aslında psikoterapinin bütünleşmesiyle ilgilenenlerin hepsi, kavramsal çerçevelerin bulanıklaşmasının daha iyi olduğuna dair genel düşünceyle hemfikir değillerdir. "Kaybolan farklar her zaman sağlıklı bütünleşmeyi yansıtmaz" başlıklı bir makalede Haaga ve Davison (1991) Ellis'in akılcı duygusal davranış terapisinin ve Beck'in bilişsel terapisinin birçok yönden karışmaya başlamış olduğuna işaret etti. Örneğin, Beck, aslında, nerdeyse tamamen bilişsel eğilimler ve bunların kişinin durum değerlendirmesini nasıl bozabileceğine odaklandı. Böylece, hiç arkadaşı olmadığından yakınan depresif biri, bir bilim adamı gibi bu gerçeğin doğru olup olmadığını belirlemeye teşvik edilir. Tersine, Ellis kişinin "Yaptığım her işte mükemmel olmalıyım" gibi etkisinde hareket ettiği inanç veya varsayımı vurguladı. Halbuki, şimdi, Beck, Ellis'in "mantıkdışı inançlar" konusu gibi iyi bir konu sayılabilecek "işlevsel olmayan şemalar" hakkında konuşmaya bir o kadar zaman ayırmaktadır. Ayrıca, Ellis sosyal gerçekleri de ihmâl etmez. Başlangıçta bile (Ellis, 1962) sosyal becerileri olmayan birini, (sadece, diğerlerini lafa boğma konusunu pek dikkate almamaya teşvik etmekten çok) ilişkileri geliştirmek amacıyla diğerleriyle nasıl daha iyi etkileşim sağlayacağı konusunda eğitmeyi savundu.

Bütünleştirici bir bakış açısıyla, bu bir gelişme gibi görülebilir, ancak Haaga ve Davison böyle bir iyimserliğin sakıncalı olabileceği konusunda uyarır. Özellikle bütünleştirme araştırmaya dayanmıyorsa (ve öyle olmadığını iddia ederler), böyle farklılıkları belirsizleştirerek bir şeyleri kaybedebileceğimizi öne sürerler[8]. Bu iki terapinin benzersizliğini korursak o zaman ikisinin de belirli, güçlü yanlarını kullanan yeni bir bütünleştirici terapi kurabiliriz. Örneğin, belli koşullardaki belli kişiler için en iyisi, belki de sosyal gerçekleri değiştirmektir. Başka koşullarda ise değiştirilmeyen veya değiştirilemeyen sosyal gerçekle ilgili yorumunun değiştirilmesine odaklanmayı gerektirebilir. Böyle bir bütünleştirme biçimi yaratmak, (1) Akılcı Duygusal Davranışçı Terapi ile Bilişsel Terapi arasındaki, en azından bazı temel farlılıkları korumayı ve en önemlisi (2) ikisinin de kapsayan ikincil bir kuram geliştirmek veya kullanmak ve birinin belli bir yönü ve diğerinin bir özelliği uygun olduğunda ona özelleşmeyi gerektirir. Bu sürecin karışıklıkları amacımızın ötesindedir; farklı kuramlar arasında uzlaşma teşvik edilmediği zaman bazen bilimin isteyerek öne çıktığını söylemek yeterlidir.

---

[8] *En iyi karıştırmadan bir araya getirilen ögelerin arasındaki ayrımı yitirince kaybolanı tanımlamak için eski bir öğrenci, salata benzetmesini kullanmıştı. "Kişi salata malzemelerini ayrıca hazırlamayı tercih edebilir çünkü daha hızlı, temiz ve düzenlidir. Sonra onları geniş bir kaseye koyarsınız, böylece konuklarınız (terapistler) seçmek için teker teker tüm sebzelere (veya paradigmalar) erişebilir. Her konuk kaseden alırken birbiriyle en iyi gidenleri, en lezzetli olanları seçer. Salatanın havuç ve soğan melezleriyle dolu olmasını istemezdiniz." (C.J.Getty, kişisel yazışma, Aralık 1994)*

ÖZET

Bilişsel ve davranış terapileri psikolojik sıkıntıların giderilmesi için deneysel psikolojinin yöntembilim ve ilkelerini uygulamaya çalışır.

Karşıt koşullamada, istenmeyen bir tepki uyandırmış olan bir uyarı varlığında bunun yerine arzu edilir bir tepki ortaya çıkartılır. Karşıt koşullama nedeniyle bazıları sistematik duyarsızlaştırmanın etkili olduğuna inanır, ancak korkmuş olan hastaya korktuğunu açığa çıkartacak şekilde işleyen, korkunun yerine geçen bir tepkiden çok, gevşeme olabilir. Duyarsızlaştırma, kaygıyla ilişkili çok çeşitli sorunda yararlı olmuştur.

Edimsel koşullamada, arzulanan tepkiler öğretilir; istenmeyenler de ödül ve ceza izlerlikleri uygulanarak önlenir. Ödül biriktirme, edimsel koşullandırmanın, akıl hastanelerindeki şizofren hastaların işlevselliğini artırmak amaçlı klinik uygulamasının önde gelen örneklerindendir. Diğer edimsel teknikler de çok çeşitli çocukluk rahatsızlıklarında faydalıdır.

Model alma, kişiye, modelleri gözlemleyerek yeni tepkiler edinmesi ve eskileri unutması için yardım etmek, korkuları elemek ve yeni karmaşık davranış şekillerini öğretmek için etkin olarak kullanılmıştır.

Bilişsel terapiler, Ellis'in akılcı duygusal davranış terapisi ve Beck'in bilişsel terapisi gibi, duygusal bozuklukların altında yattığına inanılan düşünceleri değiştirir. Bunlar, bilişin deneysel temelli psikolojik müdahalelerde gittikçe artan önemini yansıtır. Öz-kontrol, davranışsal paradigmaya bazı ilginç sorular sunar. Tercihinde özerk ve temkinli olan etkin ve bilinçli bir insan çevrenin etkisinden bağımsız hareket eder.

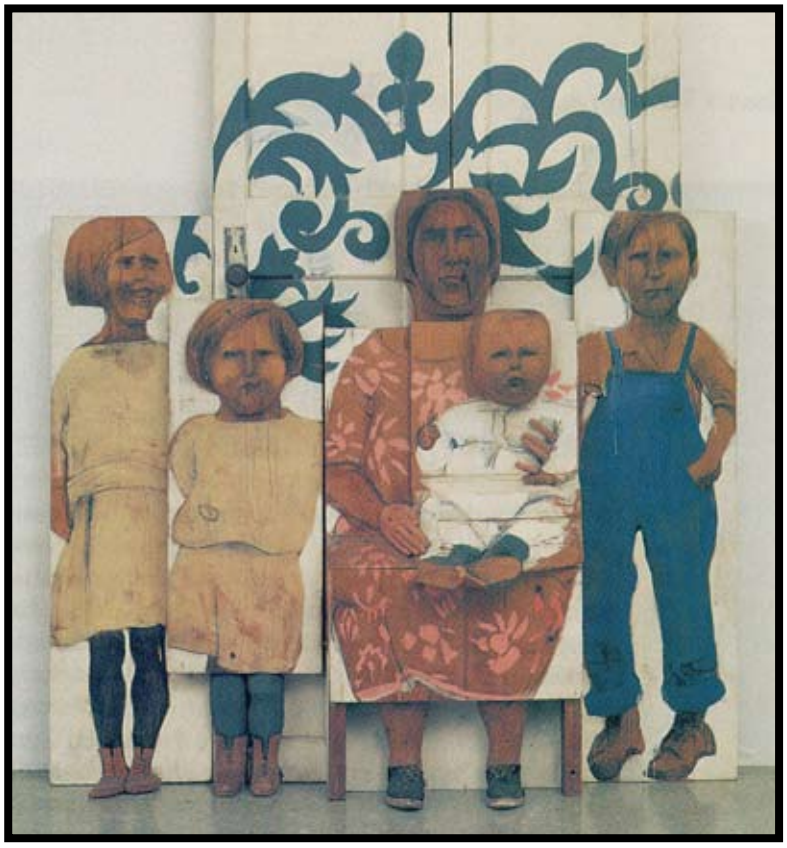
Davranışsal tıp, psikolojik işlemleri kullanarak kötü yaşam alışkanlıklarını ve sıkıntılı ruh halini değiştirmeye; sapkın fizyolojik süreçleri kullanarak tıbbi hastalıkları önlemeye ve tedavi etmeye çalışır. Paradoksal terapi kişiyi yardım istediği sorunlarını kötüleştirip değiştirmeye yönlendiren bir müdahale şeklidir.

Hasta terapistle düzenli bağlantısını yitirdiğinde kazançları korumak için, kişinin başarısını terapistin uzmanlığından çok kendi çabalarına bağlamaya teşvik etmek ve ikincil kazanç kaynaklarını elemek gibi birçok strateji uygulanmaktadır.

Bilişsel ve davranışçı terapiyle ilgili önemli güncel konular arasında araya giren değişkenler, bilinçdışı etkiler, ilişki etkenleri ve psikanalitik kuramın bazı kısımlarını davranış terapisine katmak gibi uzlaşma olasılığı bulunur. Bütünleştirme konusundaki üç temel yaklaşım, teknik eklektisizm, ortak etkenler ve kuramsal bütünleşmedir. Psikoterapideki kuramsal yaklaşımların arasındaki farkı bulanıklaştırmanın hem üstünlükleri hem de zararları var gibi görünmektedir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER

davranış terapisi
sistematik duyarsızlaştırma
itici uyarıcılarla terapi
ödül (jeton) biriktirme
bilişsel yeniden yapılandırma
akılcı duygusal davranış terapisi (ADDT)
bilişsel terapi (BT)
sosyal problem çözümleme
üst biliş
çok yaklaşımlı terapi
üçlü karşılıklılık davranışsal tıp
sağlık psikolojisi
biyolojik geribildirim
paradoksal müdahaleler
yetenek-tedavi ortak etkisi



Marisol Escobar "Aile". 1962

19

GRUP, ÇİFT VE AİLE TERAPİSİ VE TOPLUM PSİKOLOJİSİ

Çeviri: Doç. Dr. Ceylan Daş &
Doç. Dr. Buket Erkal

GRUP TERAPİSİ
- Grup Terapisinin Temel Özellikleri
- İçgörü-Yönelimli Grup Terapisi
- Davranışçı Grup Terapisi
- Grup Terapisinin Değerlendirilmesi

ÇİFT VE AİLE TERAPİSİ
- Çatışmanın Normalliği
- Bireysel Terapiden Birlikte Terapiye
- Birlikte Terapinin Temelleri
- Genel Konular ve Dikkat Edilmesi Gereken Özel Noktalar
- Çift ve Aile Terapisinin Değerlendirilmesi

TOPLUM PSİKOLOJİSİ
- Odak: Önleme
- Tutum: Beklemek Yerine Aramak
- Değerler ve "Ne Zaman Müdahale Edilir?" Sorusu
- Toplum Psikolojisinin Faaliyetleri
- Toplum Psikolojisi Çalışmalarının Değerlendirilmesi
- Toplum Psikolojisinde Politik ve Etik Faktörler

TOPLUM RUH SAĞLIĞI
- Toplum Ruh Sağlığının Amaçları
- Toplum Ruh Sağlığının Değerlendirilmesi

PSİKOLOJİK MÜDAHALELERDE KÜLTÜREL VE IRKSAL FAKTÖRLER
- Afrika Kökenli Amerikalılar ve Psikolojik Müdahale
- Latin Amerikalılar ve Psikolojik Müdahale
- Asya Kökenli Amerikalılar ve Psikolojik Müdahale
- Amerikan Yerlileri ve Psikolojik Müdahale
- Davranışın Daha Eksiksiz Bir Bilimine Doğru

ÖZET

Yaklaşık 20 yıldır evli olan bir çift, erkekteki sertleşme probleminden dolayı terapiye başvurdu. Bu, onların 20 yıldır devam eden evliliklerinde hemen hemen 19 yıldır süregelen bir problem idi. Sadece evliliklerinin başındaki ilk birkaç ay içinde başarılı birleşmeler olmuştu. Kadın doyuma ulaşamıyordu ve hayatı boyunca da hiçbir uyarılma biçimi ile doyuma ulaşamamıştı. Buna rağmen seksten çok hoşlandığını ve kocasının bu sertleşme problemi yüzünden derin bir hayalkırıklığı yaşadığını belirtiyordu.

Bu çiftin tedavisinde Masters ve Johnson'un önerdikleri teknikler ile çok çabuk ilerleme kaydedildi. Karısının eşinin cinsel organını elle uyarması yoluyla çok çabuk sertleşme ortaya çıkmaya başladı.

Kadın da hem mastürbasyon yaparak hem de kocasının eliyle ve oral yolla cinsel organını uyarması yoluyla doyuma ulaştı. Haftada bir kere yapılan 10 terapi seansı sonucunda normal birleşme gerçekleştirildi. İlişki sırasında her iki eş de doyuma ulaşıyordu. Yani bu çift 10 seansta "tedavi" olmuştu.

Bu noktada, beklenmeyen bir durum ortaya çıktı. Böyle bir başarıdan sonra çiftin birleşmeye devam etmesi beklenirken, sonraki birkaç hafta boyunca çift tüm cinsel aktivitelerini durdurdu. Terapistin dikkatli araştırması sonucunda ortaya ilginç bir tablo çıktı. Öncelikle erkek karısından uzak ve mesafeli olmaya aşırı bir ihtiyaç duymaktaydı. Karısı tarafından hükmedilmekten ve kontrol edilmekten çok korkuyordu ve yakınlaşmaktan çok rahatsız oluyordu. Annesinin aşırı kontrolcü, manipülatif ve çok karışan bir kişi olması nedeniyle annesiyle oldukça bozuk bir ilişkisi olmuştu ve bu, çocukluğundan yetişkinliğine kadar böyle devam etmişti. Sertleşmenin olmaması, karısını kendinden uzak tutabilmesine ve onun ilişkideki mahremiyet, bir birey olma ve otonomi gibi ihtiyaçlarını karşılamasına imkân sağlamıştı.

Kadının durumu araştırılırken, kadının açık ifadelerine rağmen terapist kadının seks hakkında çok çelişkili bir tutuma sahip olduğunu saptadı. Sekse karşı aşırı derecede olumsuz tutumları olan bir ailede yetişmişti. Her ne kadar kendisi ailesindeki bu olumsuz tutumlarla bağlantılı öğretileri ergenlik döneminin sonundan itibaren reddettiğini belirtse de, bu reddetme yüzeysel olmuş ve entelektüel düzeyde kalmıştı. Duygusal olarak halen kendi cinsel duygularını kabul etmekte büyük zorluk çekiyordu. Eğer kendisine seksten hoşlanma iznini verirse, cinsel dürtülerini kontrol edemeyeceği korkusunu taşıyordu. Dolayısıyla kocasındaki sertleşme sorunu onu cinsellikle ilgili kendi korkularına karşı koruyordu. Öte yandan, kocasının bu 19 yıldır süren sertleşme problemi, onu ilişkide daha güçlü bir pozisyona getirmişti. Sık sık kocasına onu cinsel açıdan hayal kırıklığına uğrattığı için kendisine çok şey borçlu olduğunu hatırlatıyordu. Böylece bütün tartışmalarda o galip geliyor ve kocasına her istediğini yaptırabiliyordu.

Bu çiftin cinsel işlev bozukluğunun çok hızlı olarak çözümlenmesi, hem her ikisinin kişilik özelliklerini hem de ilişki biçimlerini tehdit etmişti. Bir kere başarılı olduktan sonra birleşmeye devam etmemelerinin nedenlerinin araştırılması sırasında, cinsel sorunları ile evliliklerinin yapısı arasındaki bağlantının farkına vardılar. Bireysel ve ilişki ile ilgili faktörlerin çözülmesine odaklanan ve birkaç hafta devam eden ek görüşmelerden sonra başarılı bir şekilde cinsel aktivitelerini sürdürdüler (LoPiccolo & Friedman, 1985. s. 465-466).

Bu bölümde 4 terapötik müdahale yaklaşımını gözden geçireceğiz. Bu yaklaşımlar arasında pek çok açıdan önemli farklılıklar olmakla birlikte, zamanın daha etkili biçimde kullanılmasına olanak sağlamaları ve önceki iki Bölümde söz edilen teke tek uygulanan yaklaşımlara nazaran daha ekonomik olmaları açılarından da benzerlik göstermektedirler. Kuşkusuz bu yaklaşımların seçilmesindeki tek neden ekonomik olmaları değildir. Her tedavi etkili bir yardımın sağlanmasını hedefleyen belirli bir mantığa dayanarak geliştirilmiştir. ***Grup terapisinde*** belli sayıdaki hastalara aynı zamanda yardım verilir; ***çift (evlilik)*** *ve* ***aile terapisinde*** görüşmeye eşler ve bazen de çocuklar birlikte katılırlar; ***toplumsal psikoloji*** hastalıkların ve davranış problemlerinin başlamasını önlemek amacıyla toplumun çeşitli kesimlerine müdahalelerde bulunur ve ***toplumsal ruh sağlığı*** ise ekonomik açıdan daha dar gelirli kişilerin ruh sağlığı hizmetlerine (yatısız veya yatılı) daha kolay ve daha ekonomik bir şekilde ulaşabilmelerine yardımcı olur.

GRUP TERAPİSİ

Grup terapisi, ilk olarak 1905 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde bir stajyer doktor olan Joseph H. Pratt'ın tüberkülozlu hastalar ile bir grup oluşturması ile başlamıştır. Pratt'ın bu hastalara psikolojik destek sağlamak için grup terapisini kullanmasının amacı, tüberkülozun salgın bir hastalık olması ve bununla paralel olarak bu hastaların toplum tarafından dışlanıyor olmalarıdır. Pratt grup terapisi uygulaması ile ekonomik nedenlerden dolayı bireysel olarak yardım alamayacak hastaları tedavi etmiştir. Pratt'ın bu yaklaşımı, sağlık hizmetleri kaynaklarının daha etkili bir biçimde kullanılmasına olanak sağlamış ve daha sonra yatarak tedavi olan ruh sağlığı bozuk kişilere de uygulanmıştır. 1925 yılından itibaren grup terapisi yatısız tedavi olan hastalara da uygulanmaya başlanmıştır.

1930'lu yıllarda, belki de bir yandan Büyük Ekonomik Çöküntü, bir yandan da Başkan Franklin Roosevelt'in ortak hareket etmenin yararını vurguladığı *New Deal* yaklaşımı nedeniyle, grup terapisinin gelişimi de hızlanmaya başlamıştır. Parasızlık nedeniyle insanlar çözümü

grup çalışmalarında aramaya yönlenmişlerdir. 1948'de Samuel Slavson bugünkü grup terapilerinin gelişmesinde önemli bir etkiye sahip olan Amerikan Grup Psikoterapisi Derneğini kurmuştur (Wong, 1995). Grup terapisi uygulamaya başlayan terapistler, grup terapisinin birçok hasta için bireysel terapi kadar iyi sonuçlar verdiğini görmüşlerdir (Wolf & Kutash, 1990).

Vinogradov ve Yalom (1989), Harry Stack Sullivan'ın yazılarını kaynak göstererek (Bölüm 17'ye bakınız) grup terapisinde genel olarak yararlı gördükleri noktaların altını çizmişlerdir. Sullivan, kişiliğin hemen hemen tamamının insanlar arasındaki ilişkilerin bir ürünü olduğunu ve psikopatalojinin bu ilişkilerden ya da insanların bu ilişkilerle ilgili algılarındaki çarpıtmalardan kaynaklandığını belirtmektedir. Bu bakış açısına göre, tedavi kişilerarası çarpıtmaların düzeltilmesine yönelik olmalıdır. Sullivan'ın bireysel terapi ile ilgili bu görüşlerine paralel olarak, Vinogradov ve Yalom da grup terapisini tercih ettiklerini belirtmişlerdir, çünkü kişilerarası çarpıtma ve ilişkilerin en etkili biçimde grup tarafından oluşturulan "kişisel arena" da ele alınabileceği kanısındadırlar.

Grup terapistlerinin çoğu kendi tedavi yöntemlerinin özellikle belirli amaçlara ulaşabilmek için en uygun yöntem olduğuna inanırlar. Grup üyeleri, dikkat bir başka üyenin üzerinde yoğunlaştığında daha da çabuk öğrenebilirler. Gruplarda şaşırtıcı biçimde güçlü bir sosyal baskı vardır. Bireysel terapide terapist danışanına davranışının düşmanca göründüğünü (böyle bir amaçla yapılmamış olsa da) söylediğinde danışan bu mesajı reddedebilir ama grup terapisinde eğer terapistin bu yorumu 3-4 kişi tarafından da onaylanırsa, danışanın bu mesajı gözardı etmesi daha zor olur. Ayrıca Pratt'ın orijinal gruplarında olduğu gibi, birçok insan için başkalarının da kendilerininkine benzer problemleri olduğunu görmek rahatlatıcı ve destekleyicidir.

Bireysel terapide kullanılan tekniklerin pek çoğu grup terapisinde kullanılabilir ve kullanılmaktadır. Örneğin psikanalitik gruplar (Slavson, 1950; Wolf, 1949), Geştalt grupları (Perls, 1969), danışan merkezli gruplar (Rogers, 1970), davranışçı terapi grupları (Heimberg & Juster, 1994; Lazarus 1968a; Paul & Shannon, 1966) ve pek çok farklı gruplar vardır. Bazı araştırmacılar grup terapisinin bireysel terapi kuramı üzerine oturtulmasının zararlı olduğunu savunurlar (Bednar ve Kaul, 1994), çünkü bireysel terapi modeline göre yapılan grup terapisi grup ortamını göz ardı etmektedir. Örneğin, grupta birbirini tanıyan hastalar arasında çok çeşitli etkileşimler yaşanırken, bireysel terapide etkileşim sadece hasta ve terapist arasında olmaktadır. Buna ek olarak, bireysel terapi kuramları kişilerarası süreçlerden çok içsel psişik süreçlere dayanmaktadırlar. Bu bireysel-içsel psişik ve kişilerarası yaklaşımlardaki farklılıklar daha sonra söz edeceğimiz çift ve aile terapilerinde çok önemli bir rol oynamaktadırlar.

GRUP TERAPİSİNİN TEMEL ÖZELLİKLERİ

Terapi amaçlı bir grup oluştururken birkaç noktaya dikkat edilmesi gerekir (Wong, 1995).

• *Hastaların seçimi.* Hangi hastaların grup terapisi için uygun olmadığını tespit etmek, hangilerinin uygun olduğunu tespit etmekten daha kolaydır. Bazı özel gruplardan fayda görseler bile, genel olarak akut psikoz veya depresyon, psikopati ve madde kötüye kullanımı gibi problemleri olan hastalar grup terapisi için uygun değildirler. Yatan hastalardan oluşan gruplarda grup üyelerinin seçiminde esnek olmak zordur, çünkü genellikle bütün yatan hastalar gruplara katılmaktadırlar. Yatısız izlenen hastalarla oluşturulan gruplarda terapist grup üyelerinin seçiminde daha çok kontrole sahiptir.

• *Hastaların hazırlanması.* Birçok grup terapisti grup başlamadan önce, gruba katılacak kişileri en düşük düzeyde de olsa tanımayı yeğlerler. Bu hem grup üyelerinin seçimi açısından yararlıdır, hem de terapistin üyelere grupta uyulması gereken kurallar hakkında bilgi vermesine olanak sağlayarak (örneğin grupta konuşulanların başkalarına anlatılmaması gerektiği, grupta saldırgan davranışlarda bulunulamayacağı gibi), üyelerin grup sürecine hazırlanmalarına yardımcı olur. Üyelerin grup sürecine hazırlanmaları tedavinin başarılı olabilmesi açısından en önemli faktörlerden biridir. Üyelerin daha önceden grup sürecine hazırlandığı gruplarda terapiyi bırakma oranının daha düşük olduğu, yapıcı olmayan sessizliklerin daha az yaşandığı ve daha iyi sonuçlar alındığı gözlenmiştir (Bednar & Kaul, 1994).

• *Görüşmelerin sıklığı ve süresi.* Grup genellikle haftada bir kez ve 1 ile 2 saat arasında değişen sürelerde toplanır. Yatan hasta gruplarının süresinin daha kısa olması gerekir, çünkü bu hastalar yatısız tedavi gören hastalara göre daha ağır durumdadırlar ve uzun seansları kaldıramazlar.

• *Bağlılık.* Üyeleri arasında bağlılık (cohesion) olan gruplarda, yani üyelerin kendilerini gruba ait veya bağlı hissettikleri gruplarda, üyelerin gruba daha rahat ve tam olarak katılacakları ve terapötik müdahalelere daha açık olacakları varsayılmaktadır (Bednar & Kaul, 1994). Bununla birlikte bağlılığın etkinliği konusunda yapılan görgül çalışmalar çelişkili sonuçlar ortaya koymaktadır.

• *Sonlandırma.* İdeal olarak grup, tüm üyeler terapötik amaçlarına ulaştıkları zaman sonlandırılır, ancak bu çok nadir rastlanılan bir durumdur. Grubun ne zaman sonlanacağının belirlenmesinde genellikle sağlık sigortası şirketlerinin ortaya koyduğu kısıtlılıklar, yeterli sermaye olmaması, üyelerin o bölgeden ayrılması, terapistin-öğrencilerin mezun olması veya klinikteki bir başka rotasyona gitmeleri gibi terapi dışındaki faktörler de önemli bir rol oynamaktadırlar. Terapinin sonlandırılışı mutluluktan, kendini terk edilmiş hissetmeye kadar pek çok duygunun ortaya çıkmasına yol açabilir ve bu duygular gruptaki konuşmaların ana temasını oluşturur.

• *Yatan hasta ortamına karşı yatısız izlenen hasta ortamı.* Yukarıda sözü edilen birçok nokta yatısız tedavi gören hasta grupları için geçerlidir. Yatan hastalarla yapılan gruplar yatısız izlenen hastalarla yapılan gruplardan birkaç açıdan farklılık gösterir. Tipik olarak, yatan hasta grupları hastaların her gün buluştuğu, çok hızlı değişim gösteren ve yatısız izlenen hasta gruplarına nazaran daha heterojen bir yapıya sahip gruplardır. Yatan hastaların bu gruplara katılımı zorunlu tutulduğundan, bu hastalar yatısız izlenen hastalara nazaran daha çelişkili duygulara sahiptirler. Yatan hastalar, yatısız izlenen hastalara nazaran daha ağır derecede rahatsızdırlar ve antipsikotik ya da antidepresan ilaçlar etkili olmadığı zaman, gruba anlamlı bir şekilde katılmaları giderek zorlaşır. Yatan hasta gruplarında hastaların hastalanmadan önceki işlevselliklerini yeniden kazanmaları, hastaneden çıkış ve yatısız tedaviye hazırlanabilmeleri üzerine odaklanmaya çalışılır. Ama genellikle hastalardan birinin kötü davranışları ya da servis psikoloğu ya da psikiyatrından randevu almanın güçlükleri gibi serviste ortaya çıkan sorunlar üzerinde konuşulur. Grup liderleri yatısız izlenen hastalarla çalışan grup liderlerine nazaran daha aktif bir rol üstlenirler ve hastaları gruba katılmaları için daha fazla desteklerler. Son olarak, yatısız izlenen hastalardan farklı olarak yatan hastalar aynı yerde yaşadıklarından grup dışında da birbirleriyle görüşmektedirler (Sultenfuss & Geczy, 1994).

Grup terapileri çocuklar ve ebeveynlerine, ergenlere, çeşitli tıbbi hastalıkları olanlara, yaşlılara ve onlara bakım verenlere, çocuklarını kötüye kullanan ailelere, suçlulara, eşcinsellere ve hastahanede yatan hastalara uygulanmaktadır (Lubin, 1983). Şimdi gruplarla ilgili kuramlar ve uygulamalar hakkında bir fikir verebilmek umuduyla birkaç grup psikoterapisi yaklaşımını inceleyeceğiz ve bu grupların etkinlikleri ile ilgili kanıtları gözden geçireceğiz.

İÇGÖRÜ-YÖNELİMLİ GRUP TERAPİSİ

PSİKANALİTİK GRUP TERAPİSİ

Amerikan Grup Psikoterapi Derneği'nin 1957 yılında yapılan yıllık toplantısında tanınmış psikanalitik kuramcı Lawrence Kubie ile psikanalitik çerçevede çalışan iki öncü grup terapisti Foulkes ve Grotjahn arasında bir tartışma olmuştur. Bir yıl sonra *International Journal of Group Psychotherapy* de yayınlandığına göre, Kubie gruplarda psikoanalizin yararlı olamayacağını, çünkü grupta terapiste olan aktarımın kuvvetli olmayacağını iddia etmiştir. Kubie'nin bu görüşüne karşı çıkan Foulkes ve Grotjhan 1938 yılında başlattıkları çalışmalarını Alexander Wolf un psikanalitik grup çalışmaları üzerine temellendirmişlerdir. Foulkes ve Grotjhan'ın bu karşı çıkışları, bazıları tarafından "psikoterapideki tek etkili yöntem olarak görülen bireysel psikanalizin yenilmezliğine bir darbe vurulduğu" şeklinde yorumlanmıştır (Sager, 1990, s. xi)[1]. Bu dönemden itibaren analitik yönelimli terapistler bireysel psikanaliz ve psikodinamik terapinin bazı kavram ve yöntemlerini gruplara uyarlamaya başlamışlardır.

Psikanalitik grup terapistleri Freud'un aktarım, serbest çağrışım, rüya analizi, direnç, bilinçdışı, geçmişin önemi gibi kavram ve yöntemlerini kullanarak hastaların içsel süreçlerini anlayabilmelerine yardımcı olmaya çalışırlar. Bazı terapistler (örn., Wolf & Kutash, 1990) gruptaki her üyenin psikodinamikleri üzerine odaklanırken, bazıları (örn., Bion, 1959; Foulkes, 1964) da grubun terapiste olan aktarımında da ortaya çıktığı gibi, grubun ortak (kollektif) psikodinamiği üzerine odaklanırlar. Bazen terapist

[1] *Aynı dönemde bireysel psikoterapi; Bölüm 18'de bahsedilen davranışçı ve bilişsel yaklaşımlarla Bölüm 17'de bahsedilen insancıl ve varoluşçu yaklaşımları da kapsayacak şekilde genişlemiştir.*

grup çalışmasına başlamadan önce tüm grup üyeleriyle uzun süre bireysel olarak psikanaliz ya da psikanalitik yönelimli terapi yaklaşımıyla çalışmış olabilir. Katılımcıların söyledikleri ile ilgili olarak sadece terapist değil diğer üyeler de yorum yaparlar. Tüm psikanalitik yaklaşımlarda ortak olan inanç şudur: kişinin kendini daha iyi anlayabilmesi ve daha derin bir duygusal değişimin ortaya çıkabilmesi ancak grup ortamında mümkün olabilir ve grup yaşantısı bu iyileştirici psikanalitik süreçleri kolaylaştırır. Psikodinamik grup terapisinin Bölüm 17'de anlatılan bireysel kısa dinamik terapiden sonra yapılması çok yaygın bir uygulamadır.

DUYARLILIK EĞİTİMİ VE ETKİLEŞİM GRUPLARI

Birkaç sene önce Aronson (1972) ***duyarlılık eğitimi*** veya ***T-gruplar*** (T, "training" yani eğitim anlamında kullanılmaktadır) ile daha radikal olan ve özellikle kuzey kıyısında 1960'larda Perls'in de yaşadığı Esalen Enstitüsü gibi yerlerde daha popüler olan ***etkileşim (encounter) grupları*** arasındaki farklılıklarla ilgili şöyle bir öneride bulunmuştur: T-gruplarında daha çok sözel yaklaşım kullanılmakta; pek çok etkileşim grubunda uygulanan fiziksel temas, dokunma egzersizleri ya da duyguların kısıtlanmadan ifade edilmesi gibi yöntemlerden kaçınılmaktadır.

Aranson'un bu ayırımı herkes tarafından kabul görmemiştir. Örneğin Rogers (1970), 1946'da Chicago Üniversite'sinde verdiği danışan eğitiminde kişisel büyümenin ve kişilerarası iletişimin düzeltilmesinin önemini vurgulayarak, etkileşim gruplarının gelişimi üzerinde durmuştur. Biz de Rogers'ın T-gruplar ile etkileşim gruplarının birbirinden ayırt edilmesinin mümkün olmadığı görüşüne katılmaktayız.

Halkın ikiyüzlülüklere ve devletin ileri gelenlerine karşı çıkmaya başladığı çalkantılı 1960'lı yıllarda, sadece DSM tanısı almış kişiler için değil, tanı ölçütlerinin dışında kalan kişiler için de kendini daha iyi anlamak ve diğer insanlarla dürüst ve açık ilişkiler kurmak önem kazanmıştır. Bu dönemde T-grupları Geştalt terapi ve diğer yaklaşımlardan etkilenmeye başlamıştır. Dar kapsamlı olarak bakıldığında T-grup uygulamaları terapötik olarak kabul edilmemektedirler, çünkü bu gruplar psikiyatrik rahatsızlığı olanlar için değildir. 1960 ve 1970'li yıllarda çok popüler olan T-grupları bugün popülaritesini kaybetmiştir. Bununla birlikte, biz bu T-gruplardan burada söz etmek istedik, çünkü bugün yapılan pek çok terapi grubunda, bu grupların bazı özelliklerinden yararlanılmaktadır. Üstelik insanların stres yaratan sorunlarına yardımcı olmaya çalışan çeşitli dini ve laik uygulamalarda da T-grupların ilke ve fikirleri kullanılmaktadır (Wong, 1995).

T-grupları orijinal olarak 1947 yılında uygulanmaya başlamış ve Bethel, Maine'de düzenlenen küçük grup dinamikleri konferansları yoluyla Ulusal Eğitim Laboratuvarı kurulmuştur. Bu çalışmalara Massachusetts Teknoloji Enstitüsü'nde (M.I.T) meşhur bir sosyal psikolog olan Kurt Lewin ve arkadaşları tarafından hız kazandırılmıştır (Lubin, 1983). Amacı, gruba katılanların hem kendilerinin diğer insanlar ile ilgili duygularının, hem de diğer insanlar üzerinde bıraktıkları etkilerin farkına varmalarını sağlama yoluyla, idarecilerin iş etkinliğini en üst dereceye çıkarabilmek olan bu gruplara endüstri alanından kişiler katılmıştır. O zamandan beri pek çok kişi, hatta kuşkusuz bu kitabı okuyanlardan bazıları da, bu tür gruplara katılmıştır. Yıllar içinde bu gruplardaki odak noktası grup dinamiklerinden bireysel büyüme ve kişinin kendi potansiyelini tamamen kullanmasına doğru değişmiştir.

Tipik olarak, grup üyeleri diğer üyelerde "burada" ve "şimdi" kurdukları ilişkilere odak-

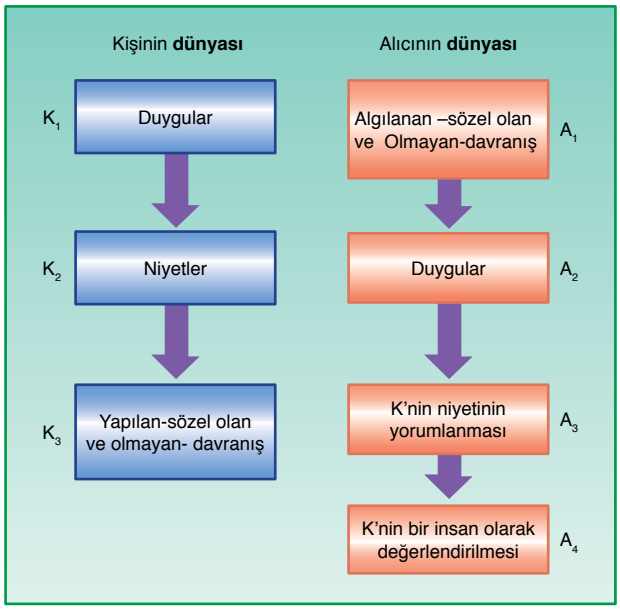
Dokunma egzersizlerinin kullanılması ve duyguların ifade edilmesinin vurgulanması etkileşim gruplarını T-gruplarından ayıran özelliklerdir.

lanmaları için desteklenirler. Genellikle kişilerin etkileşim ve T-gruplara yönelmelerinin nedeni yaşamlarının sorunlarla dolu olması değil, sanki bir şeyleri kaçırıyorlarmış ya da yakın ve yoğun şeyler yaşayamıyorlarmış gibi hissetmeleridir. Bazı kişilerin bu gruplara katılma nedenleri ise gelecekte karşılaşmaktan korktukları, özellikle çift ya da evlilik problemleri gibi kişilerarası özellik taşıyan psikolojik problemleri önleyebilmektir.

Genel olarak T-grupları ve etkileşim grupları kişilerin savunmaya geçmeden, dürüst bir biçimde davranmalarının desteklendiği bir ortam yaratırlar. Böyle bir ortamda grup üyelerinin geribildirim vermelerine ve almalarına, diğerlerinden nasıl etkilendiklerini ve onları nasıl etkilediklerini görebilmelerine, kendi ve diğerlerinin davranışları ile ilgili neler hissettiklerini inceleyebilmelerine yardımcı olunur. Sonuçta kendilerinin ve diğerlerinin daha fazla farkına varmaları ve kabul etmeleri beklenir.

İLETİŞİM DÜZEYLERİ Şekil 19.1 ikili veya iki-kişinin etkileşimini şematik olarak göstermektedir (Aranson, 1972). Günlük yaşamımızda genellikle diğer insanlara sözel olan veya olmayan davranışlarda bulunduğumuz K3 düzeyinde yer alırız. Genellikle alıcı kişi bizim K3 düzeyindeki davranışımıza A4 düzeyinde tepki vererek bizi değerlendirir. Pek çok noktada yanlış yargılamalar ortaya çıkabilir. Örneğin alıcı A3 düzeyinde K'nin niyetini yanlış yorumlayabilir. Bir kişi arkadaşına (alıcıya) karşı sıcak duygular (K1) beslese de, bu duygularını ifade etmede güçlük çekebilir ve dolayısıyla K3 düzeyinde alaycı bir ifade ortaya koyabilir. Bu durumda alıcı K'nin niyetini sıcak duygularını ifade etme isteği olarak değil, kendisini incitme isteği olarak yorumlayabilir (A3). T-gruplarda desteklenen açık tartışmalar olmadığı takdirde, alıcı bu kişiyi terbiyesiz olarak değerlendirerek reddedecek (R4), bu kişinin kendisine karşı sıcak duygular beslediğini (K1) ancak bu duygularını uygun bir şekilde ifade etmeyi bilmediğini (K3) anlayamayacaktır. Doğru bir şekilde yapılan T-gruplarda katılımcılar, diğer insanlarla ilgili duygularını ve onlardan aldıkları tepkilerle ilgili algılarını inceleyebilmeleri için, kişisel iletişim ve tepkilerini çeşitli bileşenlere ayırmaları için desteklenirler. Bu konu çift terapisi tartışılırken yine ele alınacaktır.

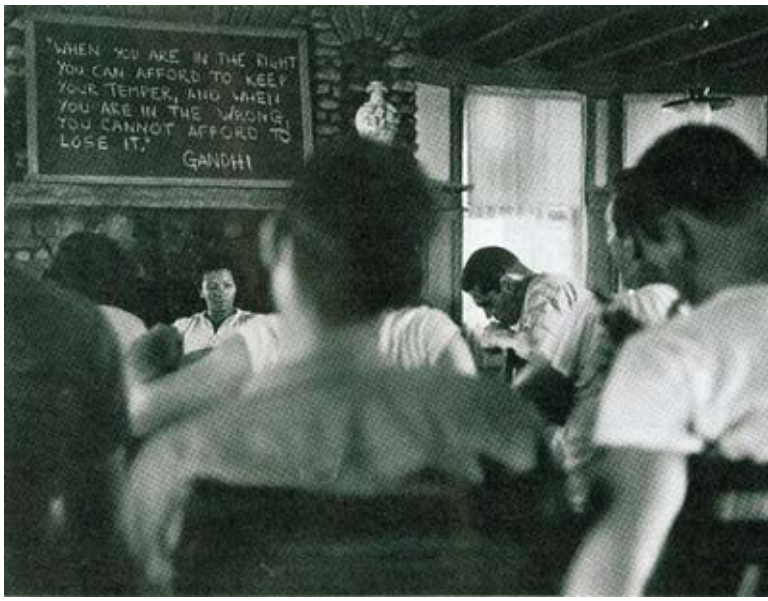
Deneyimli ve uzman grup liderleri grupta bağlılığı bozan bir durum, zorlama olup olmadığını izlerler ve bir kişinin özel duyguları üzerinde aşırı durulduğunda konunun akışını değiştirerek, dikkati o kişiden uzaklaştırırlar. Kendi istek ve fikirlerini katılımcılara dayatmamak için her çabayı gösterirler ama grup içindeki güçlü pozisyonlarının da farkındadırlar. Ne yazık ki etkileşim ve T-gruplarda ortaya çıkan kötüye kullanımlar, eğiticilerin bu güçlerini ustaca kullanamamalarından kaynaklanmaktadır.



Şekil 19.1. *İki-kişinin etkileşimindeki farklı düzeylerdeki iletişimin şematik olarak gösterilmesi. Aronson (1972) den sonra.*

FARKLILIKLAR Duyarlılık ve etkileşim grupları pek çok açıdan farklılık gösterirler. Rogers'cı gruplar Bölüm 17 de anlatıldığı gibi, bireysel danışan merkezli terapi yaklaşımını te-

Synanon madde bağımlıları tedavisinde kullanılan en eski yatılı tedavi merkezlerinden biridir. Madde bağımlılarının sorunlarıyla dürüst olarak yüzleşebilmeleri için doğrudan ve genellikle gaddarca bir yol izlenir.



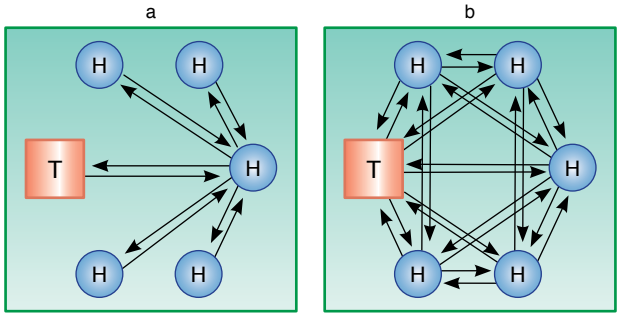
mel alırlar. Liderler büyümenin olabilmesi için kişilerin duygularıyla dürüstçe yüzleşmeleri gerektiği varsayımından hareket ederek, üyelerin duygularını netleştirmeye çalışırlar. Grup lideri -bazen Rogers'cı terapideki "yönlendirici olmama" özelliği nedeniyle "kolaylaştırıcı" olarak da adlandırılabilir,- Aronson'ın tarif ettiği T-gruplardaki liderlere nazaran daha az aktiftir. Bazı gruplar uzun saatler boyunca, belki de tüm hafta sonu boyunca hiç uyumadan ya da çok az uykuya izin verilerek yürütülür. Bu tür maratonlarda (Bach, 1966; Mintz, 1967; Stoller, 1968) yorgunluk ve uzun süreli olarak belirli sosyal koşullara maruz kalınması nedeniyle, üyelerin savunmalarının zayıflaması hedeflenir ve katılımcılara daha açık ve samimi olmaları için yardımcı olunur. Synanon ve diğer yatılı madde kötüye kullanımı tedavi merkezlerinde yapılan etkileşim grupları, daha doğrudan hatta bazen daha gaddar yüzleştirilmelerin kullanılması nedeniyle farklılık gösterirler. Bu uygulamaların temelinde madde kötüye kullanımında kişilerin problemleri ile yüzleşebilmelerine ve yaşamlarının sorumluluğunu alabilmelerine yardımcı olabilmek için, savunmalarının hızlı ve güçlü bir biçimde yıkılması gerektiği varsayımı yer almaktadır (Casriel, 1971).

DAVRANIŞÇI TERAPİ GRUPLARI

GRUPLARDAKİ BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ DAVRANIŞÇI TERAPİ

Davranışçı grup terapisinin öncülerinden olan Arnold Lazarus (1968a) yıllar önce, davranışçı terapistlerin özellikle terapinin etkinliği açısından bireysel görüşmelerden çok, aynı problemden şikayetçi olan kişileri grup halinde tedavi etmeyi tercih edebileceklerine dikkat çekmiştir. Bireysel terapide terapist ile hasta ya da danışan arasındaki etkileşim vurgulanmaktadır (Şekil 19.2a)[2]. Daha sonraları Rose (1991) da temelini bireysel terapiden alan grup terapisinin daha etkili olduğunu belirtmiştir.

Grup duyarsızlaştırması (Lazarus, 1961) bu bireyselleştirilmiş yaklaşım açısından iyi bir örnektir. Tek bir terapistin grup üyeleri için farklı hiyerarşiler oluşturarak tüm gruba derin kas gevşetmesi öğretmesi terapiste zaman kazandırır (kuşkusuz tüm grup üyelerinin aynı korkuya sahip olmaları şartıyla). Bu şekilde ele alınabilecek korkular için sınav kaygısı (Nawas, Fishman & Pucel, 1970), yılan fobisi (Ritter, 1968), toplum içinde konuşma kaygısı (Paul & Shannon, 1966) ve sosyal kaygı (Wright, 1976) örnek verilebilir.



Şekil 19.2 *a) bireysel grup terapisi ile b) üyeler arasındaki tüm etkileşimlerin önemli sayıldığı grup terapisi arasındaki farklılık. Oklar iletişim ve etkileşim çizgilerini göstermektedir. T terapist, H hasta için kullanılmıştır.*

Davranışçı tekniklerin kullanıldığı gruplarla kilo kaybetmede (Wollersheim, 1970), sigarayı bırakmada (Koenig & Masters, 1965) ve öfke kontrolünde olduğu gibi (J. Rose, 1996), hastahanede yatan kronik şizofrenlerin konuşma çabalarını pekiştiren (Liberman, 1972) gruplarda da başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Bu tür uygulamaların grup terapisi olup olmadığı tartışılabilir. Bununla birlikte bu tür özel bir amaca yönelik gruplarda üyelerin birbirlerine önemli derecede cesaret ve sosyal destek verdikleri görülmektedir.

SOSYAL BECERİ EĞİTİMİ GRUPLARI

Sosyal beceriler kişilerarası ilişkilerde benzer zorlukları olan (örneğin iş görüşmesi becerileri, sohbet etme veya karşı cinsle flört etme becerileri gibi) kişilerden oluşan gruplara öğretilebilir (Rose, 1991). Tedavi hızının her üyeye uygun olabilmesi için, gruba katılacak kişilerin benzer düzeyde zorluk çeken kişiler olmasına özen gösterilir (Bartzokis, Liberman & Herholzer, 1990; Kelly, 1985). Üyeler hep birlikte öğrendikleri becerilerle ilgili provalar yaparlar ve böylece davranışların değiştirilmesinde birbirlerine yardımcı olurlar. Grup üyeleri karşılıklı etkileşim halinde olduklarından, sadece terapist ile hasta arasında değil, tüm katılımcılar arasında bir iletişim söz konusudur (Şekil 19.2b). Örneğin, depresif kişilerden oluşan gruplarda üyelerin diğer insanlardan daha fazla pekiştirme alabilmelerini sağlayacak sosyal becerilere odaklanılırken (Lewinsohn, Weinstein & Alper, 1970; Teri & Lewinsohn, 1986), şizofrenik ve ciddi derecede duygudurum bozukluğu olan

[2]*Genellikle Geştalt terapi gruplarında da aynı şey söz konusudur. Terapist belli bir zaman için üyelerden biri ile çalışırken üye belli bir koltuk ya da yastık üzerinde oturur ki bu oturduğu yere "sıcak koltuk" adı verilir.*

hastalardan oluşan gruplarda hastaların hastaneden çıktıktan sonra yaşayacakları kişilerarası ilişkilerle nasıl başa çıkabilecekleri ile ilgili beceriler üzerine odaklanılır (Hayes ve ark., 1995; Liberman, DeRisi & Mueser, 1989).

GİRİŞGENLİK EĞİTİMİ GRUPLARI

Çok önemli sosyal becerilerden biri de girişken (atılgan) olmaktır. Lazarus aynı cinsiyette olan 10 kişi ile girişkenlik eğitimi grupları oluşturmuştur. İlk toplantıda öncelikle girişken olmamanın sosyal yaşamda yol açtığı sorunlardan başlayarak, grubun genel olarak amaçları üzerinde durulur. Lazarus aynı zamanda problemlerin çözümünde işbirliği içinde çalışılabilmesi açısından da grubun iyi bir ortam oluşturduğunu belirtmektedir. Rogers'in gruplarında olduğu gibi bu gruplarda da dürüst ve kabul edici bir ortam sağlanır ve grup üyelerinin yapıcı eleştirilerde bulunmaları ve yeni beceriler kazanabilmek için gayret göstermeleri desteklenir[3]. Üyeler kendilerini kısaca tanıtırlar, diğer üyeler özür diler gibi yapılan tanıtımlar başta olmak üzere, bu tanıtımlarla ilgili görüşlerini bildirirler.

Daha sonra üyelere belli bir durum anlatılır ve girişken tepkilerin neler olabileceği sorulur. Terapist bu durumu kısa bir oyun haline getirir ve böyle bir durumda nasıl girişken olunabileceğini gösterir. Grup üyeleri çiftler ya da daha geniş gruplar halinde sıra ile bu oyunu oynarlar. Terapist ve diğer grup üyeleri girişken davranmayı deneyen üyeye istenilen sonuca ulaşmasını sağlayan ve engelleyen davranışları hakkında bilgi verirler. Bu şekilde girişken davranışlar tekrar tekrar prova edilir. Önemli noktalardan biri, üyelerin görüşmeler arasındaki sürelerde verilen ödevleri nasıl yaptıklarıdır. Üyeler, ödevlerle ilgili olarak, günlük aktivitelerinde başarılı sonuçlara yol açan ve açmayan girişken davranışlarını anlatırlar ve sonra geçmişte yaşanan ya da gelecekte olması beklenen durumlarda girişken davranabilmeleri için çeşitli rolleri denerler. Duyarlı ve becerikli bir terapist, üyelerin, diğer üyeleri kırabileceği korkusunu yaşamadan eleştirilerini ifade edebilmelerine imkân veren bir ortam hazırlar. Girişkenlik grupları kronik şizofren hastaların itaatkâr ve içedönük davranışlarının azaltılmasında da etkili olabilmektedir (Bloomfield, 1973).

Lazarus'un girişkenlik eğitimi grupları ile daha önceden bahsedilen duyarlılık eğitimi grupları arasında bazı benzerlikler vardır, ancak bu gruplar arasındaki en önemli fark, Lazarus'un seanslar arasındaki sürede yapılan aktivitelere verdiği önemdir. Üyeler daha sonra grup ortamı dışında yapacakları değişiklikler için grup içinde eğitilirler. Her ne kadar T-gruplarda da benzer şekilde kişilerin günlük yaşamlarını değiştirmelerine yardımcı olunması hedeflenmekteyse de, bu gruplarda üyelerin gruplar arasında geçen sürelerde ne yaptıkları üzerinde sistematik olarak durulmaz.

BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI GRUPLAR

Beck ve Ellis'in bilişsel davranışçı yaklaşımları grup için uyarlanmış ve sosyal beceri eğitimi ile birleştirilerek, panik (Neron, Lacroix & Chaput, 1995), çocuk cinsel kötüye kullanım travması sonrası etkileri (Sinclair ve ark. 1995), obsesif-kompulsif bozukluk (Kobak, Rock ve Greist, 1995), sosyal fobi (Albano ve ark., 1995; Heimberg & Juster, 1994) ve ergenlerin riskli cinsel davranışları (St. Lawrence ve ark., 1994) gibi sorunların tedavisinde kullanılmıştır. Akılcı duygusal davranışçı grup terapisi aynı zamanda çocuk cinsel suçluların tedavisinde (Whitford & Parr, 1995) ve 1970 başlarından beri feminist-yönelimli gruplardaki kadınlara depresyon, cinsel işlev bozuklukları, yaşlanma, bağımlılık, otorite ve risk almayla ilgili sorunların çözümünde kullanılmıştır (Wolfe, 1995). Bilişsel davranışçı terapi ile psikodinamik terapi yaklaşımlarının bütünleştirildiği bir yaklaşım ise eşlerini fiziksel olarak kötüye kullanan erkeklere uygulanmıştır (Pressman & Sheps, 1994).

Sosyal problem çözme de grup ortamında uygulanmaktadır. Örneğin, Rose'un (1986) üniversite kampusundaki öğrencilerle yaptığı bir problem çözme grubunda, üyelerin birbirlerinin yaşamlarındaki zorluklara olası çözümler üreterek birbirlerine yardımcı olmaları sağlanmıştır. "Grubun problemlerini çözme" olarak adlandırılan uygulamalarda, grup lideri üyeleri grupta meydana gelen bir sorunu, örneğin tüm konuşmaların sadece belli bir kaç kişi tarafından yapılması gibi, çözmeye davet eder. Bu uygulama sırasında yaşanan grup süreci problem çözme becerilerinin geliştirilmesi için bir malzeme oluşturmaktadır. Bu genel yaklaşım uzun yıllardan beri duyarlılık eğitimi ve etkileşim gruplarında kullanılmaktadır.

---

[3]Girişgenlik eğitimi duyguların farkına varılmasını ve desteklenmesini içerdiğinden bu tür davranışçı gruplarla insancıl yaklaşımlı gruplar arasında pek çok benzerlik olması doğaldır (Lazarus, 1971). Bu ise Bölüm 18'de sözü edilen terapi yaklaşımları arasındaki uzlaşmayı gösteren bir başka işarettir.

GRUP TERAPİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Diğer terapiler gibi grup terapilerinin de çok parlak başarıları vardır.

"Öyle kişiler biliyorum ki etkileşim yaşantıları sayesinde eşleri ve çocukları ile ilişkileri mucizevî bir şekilde değişti. Bazı kişilerin yaşamında ilk defa gerçek duygular paylaşıldı... Sınıflarını özel, ilgi dolu, güvenli öğrenme grupları haline getirerek öğrencilerin müfredat programına ve eğitimin diğer alanlarına tam ve açık bir şekilde katılmalarını sağlayan öğretmenler gördüm. Daha önce bazı iş ilişkilerinin düzelmesini ümitsiz olarak gören iş adamları, bu ilişkileri yapıcı bir şekle dönüştürdüler (Rogers, 1970, s. 71).

Özellikle çok başarılı ve saygın klinisyenler tarafından yapılan bu tür gözlemler, etkileşim gruplarına olan inancın artmasına katkıda bulunmuştur. Ancak bu gözlemler pek çok davranışçı bilim adamını tatmin etmemiştir.

Bazı eleştirmenler T-gruplara katılanların sadece T-gruplara nasıl katılacaklarını öğrendiklerini savunmaktadırlar. Bu gruplara katılanlar grupta kazandıkları beceri ve içgörüleri gerçek yaşama geçirememektedirler (Houts & Serber, 1972, *"Kendini Açtıktan Sonra Ne olacak?"* şeklindeki kışkırtıcı ismi olan kitapta). Öğrenilenleri yaşama geçirmek zor bir problemdir, çünkü istesek de istemesek de, birçok sosyal etkileşim açık ve samimi olmayı kaldıramaz. T-grup kurallarına göre hareket etmeyenler, diğerlerinin duygularını açık ve samimi olarak ifade etmelerinden alınabilirler. Aronson'un (1972) da belirttiği gibi, eğer bir kişi diğer insanları açık olmak istemedikleri halde açık olmaya zorlarsa, o kişi diğerlerinin duygularına karşı duyarsız davranmış olur ki, bu o kişinin T-gruplarda yaşanan en önemli yaşantılardan birini (başkalarına karşı duyarlı olmayı) öğrenememiş olduğunu gösterir. Tabii ki bu, T-grup yaşantıları hiçbir zaman gerçek yaşama geçirilemez demek anlamına gelmez. T-grup veya etkileşim gruplarında desteklenen açık davranışlar, gerçek yaşamda devam ettirilemese bile, kişinin diğerleri hakkında nasıl hissettiğini bilmesi ve bu gibi durumlarla karşılaşmış olması günlük aktiviteler açısından çok yararlıdır.

Bednar ve Kaul (1978, 1986, 1994) üçüncü basımı yapılan kitaplarındaki gözden geçirme bölümünde, grup terapisi ile ilgili olarak, psikolojik araştırmalarda kullanılan temel standartlara göre yapılmış (örneğin hastaların farklı tedavilere seçkisiz olarak atanması gibi) çok az araştırma olduğunu belirtmişlerdir. Desenleri iyi olsa bile, bu araştırmalarda bağımsız değişkenler o kadar belirsiz bir şekilde tanımlanmışlardır ki, bazen neyin araştırıldığını anlamak bile çok zor olmaktadır. Örneğin, "davranış terapisi uygulandı" ifadesi ya da terapist Rogers'cı eğitim aldığı için "yapılan müdahalenin yönlendirici olmadığının" belirtilmesi, uygulanan tedavi hakkında yeterli bilgi sahibi olmamızı sağlamamaktadır. Bununla birlikte özenle gözden geçirilen araştırma sonuçları ve bazı önemli kişilerin görüşleri dikkate alındığında, bazı geçici sonuçlar çıkarmak mümkündür. Bunlar:

- Genel olarak, pek çok danışan farklı grup terapilerinden yarar sağlamaktadırlar ve yapılan izleme çalışmalarına göre, bazı kişiler için bu elde edilen yararların devam ettiği görülmektedir. Bununla birlikte çalışmalarda özgül olmayan faktörlere yeterince önem verilmediği, örneğin, plasebo kontrollerinin kullanılmadığı görülmektedir.
- Grup terapisine katılma ile ilgili genel becerilerin öğretildiği ve grup yaşantısı ile ilgili pozitif tutumların aşılandığı grup öncesi eğitim, kişilerin grup yaşantısından daha çok faydalanmalarına yardımcı olabilmektedir.
- Bağımlı kişiler yapılandırılmış gruplarda daha başarılı olurken bağımsız, işlevselliği yüksek kişiler daha az yapılandırılmış olan ve kendini ifade etmeye daha fazla fırsat tanıyan gruplardan daha fazla yarar görmektedirler.
- Grubun gelişmesinde farklı aşamalarda farklı faktörler önem kazanmaktadır. Örneğin Kivlighan ve Mullison (1988), başlangıçtaki seanslarda evrenselliğin, yani kişinin probleminin sadece kendine özgü olmadığının, başkalarında da aynı problemin olduğunu hissetmesinin daha önemli olduğunu, daha sonraki seanslarda ise kişilerarası öğrenme, yani kişinin diğerleriyle nasıl ilişki kurduğunu ya da nasıl ilişki kuracağını keşfetmesinin daha önemli olduğunu belirtmişlerdir. Bir yere ait olma hissi ve umutlu olma da diğer önemli değişkenlerdir (Yalom, 1985). Kuşkusuz hangi faktörlerin önemli olduğu grup üyelerinin karakterlerine ve ihtiyaçlarına göre değişim göstermektedir. Pozitif değişme açısından grup bağlılığı diğer bütün faktörlerden daha önemli bir yere sahiptir (eğer bağımlı değişkenler, katılımcıların gruptan sağladıkları faydalarla ilgili olarak kendi yaptıkları bildirimlere dayanmasaydı, elde edilen bulgular da daha iknâ edici olacaktı).
- Maraton grupları benzer özellikleri olan ama daha kısa süreli olarak toplanan diğer gruplar-

dan daha avantajlı değildir. Hatta maraton grupları aynı aralıklarla düzenlenen grup uygulamalarına nazaran daha az başarılı olmaktadır.

• Tedavi sırasında daha da kötüleşenlerin oranı çok düşüktür ve çeşitli çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre *%3* civarındadır. Oranın düşük olması bu sorunun ihmâl edilmesi anlamına gelmemelidir. Terapi sırasında daha da kötüleşen kişiler, genellikle ciddi rahatsızlığı olan ve kendine güvenemeyen kişilerdir. Grup üyeleri seçilirken, kimlerin daha çok bireysel terapiden, kimlerin ise duyguların açıkça paylaşıldığı ve yüzleştirmelerin yapıldığı grup terapisinden yarar göreceği dikkate alınmalıdır. Bazı lider özellikleri, örneğin mücadeleci olma ya da otoriter bir tutuma sahip olma gibi, hazır olmadıkları halde üyelerin duygularını özellikle de öfkelerini daha fazla ifade etmeye zorlanmalarına yol açar ki, bu zarar verici olabilir (Lieberman, Yalom & Miles, 1973; Odak 19.1'e bakınız).

• Sosyal fobi tedavisinde Heimberg'in (Heimberg & Juster, 1994) uyguladığı bilişsel davranışçı grup terapisi dışında hiçbir grup terapisinin diğerlerinden daha üstün olduğu gösterilememiştir. Kuşkusuz belirli bir problemin tedavisinde bir kuramsal yaklaşım diğer terapilere nazaran daha uygun olabilir, ancak hangi yaklaşımın hangi sorunlar için en uygun olduğu konusundaki araştırmalara yeni başlanmıştır.

• Geribildirimin, yani gruptaki bir üyenin diğer kişilerde yarattığı duygular ya da bıraktığı izlenimler konusunda diğer kişilerden aldığı bilgilerin grup terapisindeki ilerlemeyi kolaylaştırdığı uzun zamandan beri düşünülmektedir. Özellikle olumsuz bir geribildirimin ("insanlardan bir şey isterken çok despot oluyorsun") ardından verilen olumlu geribildirimin ("bunu söyleyiş tarzını beğendim") yararlı olduğunu gösteren kanıtlar vardır (Jacobs ve ark., 1973).

ÇİFT VE AİLE TERAPİSİ

İlişkilerindeki sorunlar nedeniyle terapiye başvuran veya terapiye gönderilen birçok evli çift çocuk sahibidir. Bazen anne-babalarla çocuklar arasındaki çatışmalar evlilikteki problemlerden kaynaklanırken, bazen de iyi giden bir ilişkide çocuğun davranışları stres yaratır. Genellikle evlilik terapisi ile aile terapisi arasında ince bir çizgi vardır ve çift terapisi üzerinde uzmanlaşmış profesyoneller, sık sık kendilerini çocuklarla da çalışırken bulurlar. Bu nedenlerden dolayı biz çift ve aile terapilerini gerekli durumlarda ayırmak koşuluyla, birlikte ele almaya karar verdik.

Değişen adetler nedeniyle evlilik terapisi yerine çift terapisi ifadesini kullanmaya başladık, çünkü evli olmayan ancak birlikte yaşayan çiftlerin sayısı giderek artmaktadır. Çift terapisi, hem heteroseksüel hem de homoseksüel eşlerle yapılabileceği gibi, bazen çocuklar da bu terapötik tabloda yer almaktadırlar. Kısacası çift ya da aile terapisi evli olmayan ya da aynı cinsiyette olan yetişkinleri de kapsamaktadır.

ÇATIŞMANIN NORMALLİĞİ

Evlilikte veya uzun süreli her ilişkide çatışmanın kaçınılmaz olduğu konusunda çiftler, araştırmacılar ve hangi kuramsal yaklaşımdan olursa olsun terapistler arasında neredeyse evrensel bir fikir birliği vardır. Çift nerede yaşayacakları, nerede iş arayacakları, bütçelerini nasıl ayarlayacakları, ne tür yiyecekler yiyecekleri ve bunları kimin pişireceği, akrabaları ne zaman ziyaret edecekleri, çocuk sahibi olmak isteyip istemedikleri, istiyorlarsa en uygun zamanın ne zaman olacağı ve değişik cinsel teknikleri deneyip denemeyecekleri gibi romantik olmayan konularda karar vermek durumunda kaldıkça, halayının tatlı havası kaybolmaya başlar. Günümüzde bunlara ek olarak eşler cinsiyet rolleri konusunda da uzlaşmak zorunda kalmaktadırlar. Örneğin her iki eş de çalışıyorsa, çiftin oturacağı yerin seçilmesinde erkeğin iş yeri mi yoksa kadının iş yeri mi esas alınacaktır? Evli olsun veya olmasın ya da ayrı cinsten olsun veya olmasın, bir arada yaşayan her çift bu tür çatışmaları çözmek durumunda kalmaktadır. Otoritelere göre eşler arasındaki ilişkilerin kalitesini ve süresini eşlerin bu tür çatışmalardaki tavırları belirlemektedir (örn., Schwartz & Schwartz, 1980).

Bazı çiftler, bilerek veya bilinçsizce, ilişkilerinde hiç çatışma ve anlaşmazlık yokmuş gibi davranmaktadırlar. Bu çiftler masallardaki "ölünceye kadar mutlu yaşadılar" şeklindeki mutlu sona inandıklarından, ilişkilerinin iyiye gitmediğini gösteren en ufak bir işaretten bile tehdit olurlar ve bunu görmemezlikten gelirler. Bu tür tavırlar kısa vadede barışı sağlayabilir ama uzun vadede ciddi bozukluklara yol açar (Gottman & Krokoff, 1989). Giderek tatminsizlik ve öfke ortaya çıkar ve gün geçtikçe bunlar daha da artar. Bu tür çiftler tartışmadıkları için dışarıdan mükemmel bir çiftmiş gibi görünseler de, aralarında iletişim olmadığı için duygusal

ODAK 19.1 TERAPİ, DAHA İYİYE Mİ DAHA KÖTÜYE Mİ?

1966'da Bergin terapiye gelen hastaların uğradığı zararı ifade edebilmek için "kötüleşme etkisi" kavramını ortaya atmıştır. Onun bu ilk raporundan sonra yapılan çeşitli gözden geçirme çalışmaları (Bergin, 1978; Bergin & Lambert, 1978, Lambert & Bergin, 1994; Lambert, Bergin & Collins, 1977; Strupp, Hadley & Gomes-Schwart, 1977), birçok kişinin bireysel terapiden yarar gördüğünü ama yine de böyle bir yaşantıdan zarar gören kişilerin de olduğuna işaret etmiştir. Bu tür durumlar grup terapisinde (Yalom & Lieberman, 1971) olduğu gibi çift ve aile terapilerinde de (Gurman, Kniskern & Pinsoff, 1986) ortaya çıkabilmektedir. Zarar görme riski kuşkusuz sadece psikolojik müdahalelere özgü değildir. Hastalar psikolojik değişimin sağlanabilmesi için uygulanan tıbbi işlemlerden örneğin psikoaktif maddelerden (Shader & DiMascio, 1970) ya da elektrokonvulsif terapiden (Elmore & Shader, 1975) dolayı da zarar görebilirler. Tedaviye başvurmayan hastalarda da fenalaşma etkisi görülebilir. Ruh sağlığı ya da diğer sağlık profesyonellerinden uzak kalmak da daha kötüye gitmemek için bir garanti değildir.

Bazı tanınmış davranış terapistleri Bergin'in ve diğerlerinin kötüleşme etkisi ile ilgili çalışmalarını incelemişlerdir (Mays & Franks, 1980; Rachman & Wilson, 1980). İncelemeleri sonucunda kötüleşme etkisi ile ilgili olarak tahmin edilenden çok daha az kanıt olduğunu belirtmişlerdir. Bazı durumlarda terapinin zarar verdiğini kanıtlamak da, yararlı olduğunu kanıtlamak kadar zordur. Bunun nedenlerinden biri kendiliğinden ortaya çıkan kötüleşme ile ilgili yeterli bilgimizin olmaması yani terapi almayan kişilerin ne kadar kötüleştiğinin bilinmemesidir. Hasta ve tedavi edilmeyen kişilerin kötüleştiğini biliyoruz. Ancak terapi sonuç çalışmaları bu kötüleşme etkisini uygun bir şekilde analiz etmekte başarılı olamamıştır. Terapi sırasında ortaya çıkan kötüleşme terapinin kendisinden değil, terapistin de kontrol edemeyeceği ve görüşme odasının dışındaki faktörlere bağlı olarak da ortaya çıkabilir. Her halükarda bazı hastaların terapi sırasında kötüleşmeleri ciddi etik ve görgül sorulara neden olmaktadır.

Kötüleşme etkisine yol açan faktörler neler olabilir? Kötüleşme etkisi genellikle ciddi derecede hasta olanlarda, büyük beklentiler içinde olanlarda gelişmek ihtiyacı içinde olanlarda ortaya çıkmaktadır. Kötüleşme etkisinin ortaya çıkmasında rol oynayan nedenlerden bir diğeri de, terapistin seansları uygun bir şekilde düzenleyememesi, önemli konular üzerinde odaklaşamaması ve hastanın konudan konuya atlamasına izin vermesidir. Terapistle ilgili diğer nedenler arasında hastanın terapi ya da terapistle ilgili negatif tutumlarını ele almada başarısız olma, hastanın direncini uygun bir şekilde ele alamama ve yorumların zamanlamasını iyi ayarlayamama sayılabilir (Sachs, 1983). Elde edilen verilere göre çok fazla sayıda hastasında kötüleşme etkisi görülen terapistler olduğu gibi, kötüleşme etkisinin hemen hemen hiç görülmediği ve hastalarının çoğuna yardımcı olabilen terapistler de vardır (Lambert ve ark. 1986).

Terapist hastanın zarar görmesinden tam anlamıyla sorumludur. Lieberman, Yalom ve Miles (1973) istekli veya hazır olmamalarına rağmen grup üyelerini kendilerini açmaları veya grup katarsisi için zorlayan otoriter ve meydan okuyucu özellikleri olan "saldırgan" bir lider tarafından yürütülen etkileşim gruplarında, kötüleşen üyeler olduğunu saptamışlardır. Hastanın ihtiyaçlarına göre düzenlenmeyen ve bir terapi yaklaşımının körü körüne uygulandığı terapilerde de kötüleşme ortaya çıkar. Desteğe, onaya ve nasihata çok ihtiyacı olan ve kişilerarası ilişkileri zayıf olan bir kişi, hiçbir şekilde yol göstermeye yanaşmayan danışan merkezli yaklaşımlı bir terapistle daha kötüye gidebilir. Diğer taraftan insanlarla sürekli bağımlı ilişkiler kuran hastalarla çalışan bir davranışçı terapist, bu kişiler için bağımlı ilişkiler kurmanın bir ihtiyaç olduğunu göz ardı ederek, onların yaşamlarını yönlendirmeye kalkışırsa bu kişiler kendi yaşamları için seçim yapma ve büyüme fırsatını bulamazlar.

Her terapist veya sosyal çalışmacı hastasının problemini değerlendirirken yanılabilir ve dolayısıyla o kişiye yararı olmayacak bir tedaviye yönelebilir. Sonuçta terapistler de insandır! Eğitim ve deneyim sahibi olmaları onların ruh sağlığı konusunda süper insanlar oldukları anlamına gelmez. Terapistlerin de kendi özel problemleri ve kişisel ihtiyaçları vardır. Her ne kadar terapistler bunların terapiyi etkilememesi gerektiğini biliyor olsalar da, bazen bunlar terapistin danışanın ihtiyaçlarını farketmesini engelleyebilir ve terapistin danışanın yararına çalışma becerisini ve isteğini azaltabilirler. Ne yazık ki bazı terapistler etik kurallara uymamaktadırlar. Sayıları az olmakla birlikte, danışanların (özellikle çekici olanların) terapistleri ile cinsel ilişkiye girmekten fayda göreceklerini söyleyecek kadar ileri giden terapistler de vardır ve bunlar danışanlarıyla cinsel yakınlaşmayı başlatan ya da buna izin veren terapistlerdir. Mesleki ehliyet kanunları ve etik kurallar terapistlerin her zaman akıllıca ve insanca davranmalarını garantileyememektedir. Ancak pek çok terapist akıllıca ve insanca davranabilmekte ve danışanlarına zarar vermemektedirler. Bununla birlikte kötüleşme etkisi göz ardı edilemeyecek ya da küçümsenemeyecek kadar sık ortaya çıkmaktadır.

olarak birbirlerinden uzaklaşırlar. Bunun aksine anlaşmazlık ve hatta öfkenin ifade edilmesi kısa vadede çiftin mutsuzluğuna yol açsa da, uzun vadede daha tatminkâr bir ilişki yaşanır (Gottman & Krokoff, 1989).

BİREYSEL TERAPİDEN BİRLİKTE TERAPİYE

Aile terapisi ve çift terapisi ifadeleri yapılacak müdahalelerin nasıl olacağı konusunda bilgi vermezler. Bu ifadeler sadece terapinin odak noktasının ilişki içindeki iki kişi olduğunu belirtirler, ama terapistin problemin yapısı ve nedeni hakkındaki görüşleri, ne tür tekniklerin uygulanmasının uygun olacağı, danışanların ne sıklıkta görüleceği, çocukların ya da büyükanne-babaların görüşmeye katılıp katılmayacakları gibi konularda belirleyici değillerdir.

Çift ve aile terapilerinde bireysel terapide kullanılan bazı kuramsal çerçevelerden yararlanılır. Örneğin, psikanalitik evlilik terapistleri, kişinin bilinçaltında karşı cinsten olan ebeveynini temsil eden bir eşi nasıl bulduğu ya da böyle bir eşten nasıl kaçındığı üzerinde odaklanırlar (Segraves, 1990). Çocukluğundaki sevgi arayışlarında hayal kırıklığı ve tatminsizlik yaşayan bir erkek, bilinçsiz olarak eşinde bir anne şefkati arayabilir ve aşırı çocukça taleplerde bulunabilir. Böyle bir çiftin terapisinde erkeğin eşiyle olan çatışmaları üzerinde yoğunlaşılır ve büyük bir olasılıkla bu kişinin eşiyle olan çocuksu ilişkisinin temelinde anne sevgisine olan bastırılmış ihtiyacı yatmaktadır. Bu bilinçaltı güçlerin birdenbire ortaya çıkmasında karısının babasına karşı çözümlenmemiş özlemi de rol oynamaktadır. Terapide aktarım üzerinde durulur, ancak analitik çift terapisinde bireysel terapiden farklı olarak terapist danışan arasındaki aktarım değil, eşler arasındaki aktarım üzerinde çalışılır. Asıl amaç eşlerin birbirlerini ebeveynlerinin sembolleri olarak değil, oldukları gibi görebilmelerine yardımcı olmaktır (Fitzgerald, 1973). Eşler bireysel olarak farklı terapistler tarafından görülebileceği gibi (Martin & Bird, 1953), aynı terapist tarafından bireysel olarak (Greene, 1960) ya da aynı terapist tarafından birlikte de görülebilirler (Ackerman, 1966).

Çift ve aile terapilerinde yararlanılan bir başka bakış açısı Watcher'lerin kişilerarası analitik bakış açısıdır (Watchel & Watchel, 1986). İnsanlar arasındaki etkileşime büyük önem veren Wachtel'ler, ailedeki etkileşimi doğrudan gözlemleyebilmek amacıyla aileyi birlikte görüşmeye alırlar ve destekleme, pekiştirme ve kibarca tahrik etme yollarıyla aile üyeleri arasındaki etkileşimin değişmesine yardımcı olurlar. Her ne kadar bu yaklaşım davranışçı bilişsel yöntemlere benziyor ise de, davranışçı bilişsel yaklaşım ile bu yaklaşım arasındaki en önemli fark, Watchel (1977)'in bireysel terapide savunduğu görüşlerine paralel olarak odak noktasının, danışanların bilinçdışı istek ve korkuları olmasıdır.

Ellis'in akılcı duygusal davranış terapisi de aile çatışmalarında kullanılan bir başka yaklaşımdır. Bu yaklaşımda da bireysel veya kişilerarası bakış açısına dayanır. Terapist eşlerden birinde veya her ikisinde var olan bir şeylerin ilişkideki strese yol açtığını varsayar. Örneğin, kadın kocasının "her zaman kendisine hayran olması ve bu bağlılığını her zaman göstermesi gerektiği" şeklinde akılcı olmayan bir inanca sahip olabilir. Dolayısıyla da sosyal bir toplantıda kocası kendisinin yanından uzaklaşarak başka kadın ve erkeklerle konuşmaya başladığında, aşırı bir tepki gösterebilir.

Önceleri cinsel terapistler başka ne tür sorunları olursa olsun -öfke ya da kırgınlık gibi- eşlerden birinde veya her ikisinde görülen cinsel problemin tedavi edilmesiyle, diğer sorunların da ortadan kalkacağına inanmaktaydılar. Bu görüş şüphesiz cinsel sorunu olan pek çok çifte yardımcı olmuştur. Ancak Bölüm 14'de de belirtildiği gibi, Masters ve Johnson'un *"İnsanın Cinsel Yetersizliği"* adlı kitaplarının yayınlanmasıyla, terapistler cinsel sorunların daha karmaşık bir sistemin sadece bir bölümünü oluşturduğunu düşünmeye başlamışlardır (Friedman

Çift terapisi ilişki sorunlarıyla uğraşır. Çift terapisinde psikanalitik yaklaşımdan davranışçı yaklaşıma kadar pekçok terapi yaklaşımı kullanılabilir.

& Hogan, 1985; Heiman & Verhulst, 1990). Çift ve aile terapilerinde bu sistemler incelenir. Bu Bölümün başında yer alan vak'a öyküsü, bu çiftin ilişkisinin devam edebilmesi açısından cinsel sorunun nasıl "faydalı" bir rol oynadığını ve tedavide ulaşılan başarılı sonucun aslında çiftin evlilik ilişkisini ve cinsel heyecanını nasıl kötüye götürdüğünü göstermektedir.

Bireysel terapiden birlikte terapiye geçişin arkasındaki bu bilgilerden sonra, şimdi birlikte terapinin ayrıntıları üzerinde duracağız. Bu ayrıntılardan bazıları kuramsal yaklaşımlara özgü, bazıları ise tüm çift ve aile terapilerinde ortaktır.

BİRLİKTE TERAPİNİN TEMELLERİ

ZİHİN ARAŞTIRMALARI ENSTİTÜSÜ GELENEĞİ

Aile ve çift terapisi yaklaşımı 1950'li yıllarda California Palo Alto'da Zihin Araştırma Enstitüsü'nde (ZAE) çalışan bir psikolog olan John Bell'in (1961, 1975) çabaları ile başlamıştır. 1950'lerin ortalarına kadar pekçok profesyonel, yaşamlarını bu tür çalışmalara adamışlardır. 1960 lı yıllarda aynı Enstitü'de çalışan bir sosyal çalışmacı olan Virginia Satir (1967) ve bir psikiyatrist olan Donald Jackson da bu alandaki çalışmalara hız kazandırmışlardır.

ZAE'de çalışan uzmanlar hatalı iletişim örüntüleri, huzursuz ilişkiler ve esnek olmama gibi durumlarda yapılabilecek müdahaleleri belirlemeyi hedeflemişlerdir. Bu uzmanlar, aile üyelerine davranışlarının diğer aile üyelerini nasıl etkilediğini göstermeye çalışıyorlardı. Daha sonra ise aile üyelerini (örneğin ihtiyaçlarını ve hoşlanmadığı şeyleri diğer aile üyelerine açıkça ifade etmeleri gibi) bazı değişiklikler yapmaları için iknâ ediyorlardı. ZAE yaklaşımını benimsemiş olan terapistlerin pek azı geçmiş tarihçe ile ilgilenirler. ZAE terapistlerinin odak noktası mevcut problemlerin nasıl devam ettirildiği ve bunların nasıl değiştirilebileceğidir (bu bakış açısı bilişsel davranışçı terapi yaklaşımı ile uyumludur).

Son zamanlara kadar çok az terapist aile üyelerinden sadece biriyle çalışmanın yararlı olacağına inanmaktaydı ama ZAE modelinin çağdaş takipçileri, çiftin ya da ailenin amaçlarına katkıda bulunacağına inandıkları sürece bireysel terapiye karşı değillerdir (Shoham, Rohrbaugh & Patterson, 1995). Klinik açıdan problem ne olursa olsun, aile terapistleri **aile sistemleri yaklaşımını** temel alırlar ve problemin nedenleri ve tedavisi için aile içindeki karmaşık etkileşimlere odaklanırlar. ZAE grubu yaklaşımında, tekniklerden çok eş ve aile çatışmalarının karmaşıklığına ve sabit etkileşim örüntülerine önem veren genel bir düşünce tarzı hakimdir.

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI YAKLAŞIMLAR

Stres altındaki çiftler birbirlerine çok olumlu tepkiler vermezler ve bu tutumları daha ilk seansta kendini gösterir. Eşlerden birinin birlikte terapiye gelmekten dolayı kendini baskı altında hissetmesi hiç de nadir bir durum değildir. Jaeobson ve Margolin (1979) davranışçı evlilik terapisi adlı ilk bilimsel çalışmalarında, evlilik ilişkisinin iyileştirilebilmesi için ilk adımın, eşlerin ilk görüşmede gösterdiği olumsuz tutumlar üzerinde durulması olacağını belirtmişlerdir. Çiftin yaşadığı çatışmalar için kullanılabilecek stratejilerden biri, Richard Stuart'ın (1976) önerdiği "ilgi gösterilen günler" stratejisidir. Bu stratejiye göre, örneğin, kocadan haftanın belirlenen bir gününde hiçbir karşılık beklemeden eşi için güzel bir şeyler yapması istenir. Ertesi gün ise eşinin aynı şeyi yapması söylenir. Eğer çift bunda başarılı olabilirse, bu strateji en azından 2 açıdan çifte yararlı olur. Bunlardan birincisi; böyle bir uygulama eşler arasındaki soğukluk, şüphe ve birbirlerini itici bir şekilde kontrol etme döngüsünün bozulmasını sağlar. İkincisi ise özellikle eşini memnun etmeye çalışan eşin bu yolla eşini olumlu yönde etkileyebileceğini fark etmesine yardımcı olur. Olumlu kontrol hissindeki artma eşlerin birbirlerini mutlu etmeleri ile sağlanır. Her eş diğerinin de kendisini memnun etmeye çalışacağı beklentisi ile eşini belli şekillerde mutlu etmeye devam etmeyi kabul edebilir ve giderek eşler karşılıklı olarak verici hale gelebilirler. Örneğin, eşlerden biri salı geceleri yemeği hazırlamayı kabul ettiğinde, diğer eş de o gün işinden dönerken markete uğrayıp haftalık alışverişi yapmayı kabul edebilir. Her eşin diğeri için güzel bir şeyler yapması ve diğerinden güzel bir şeyler alması sonucunda gelişen olumlu bir atmosfer, eşleri ilerde de birbirlerini memnun etmeye devam etmeleri için motive eder.

Davranışçı çift terapistleri genellikle Thibaut ve Kelly'nin "etkileşimin mübadelesi" (exchange) kuramından yararlanmaktadırlar. Bu kurama göre; bir kişinin diğerine değer vermesi için, verdiklerine karşılık alması, en azından verdiği kadar aldığını düşünmesi gerekir. Özellikle diğer alternatiflerin yeterince çekici olmadığı durumlarda, kişiler mevcut ilişkilerini devam ettirmeye

daha çok niyetli olurlar ve sonuçta giderek daha çok veren ve daha az alan bir kişi haline gelirler. Dolayısıyla terapistler eşleri karşılıklı olarak birbirlerini ödüllendirmeleri için teşvik etmeye çalışırlar.

Davranışçı evlilik veya çift terapisi diğer yaklaşımlarla benzerlikler gösterir. Örneğin hem davranışçı terapi yaklaşımında hem de ZAE yaklaşımında eşler arasındaki etkileşimin arttırılmasına odaklanılır. Ancak asıl vurgulanan her eşin diğerini memnun etme becerisinin geliştirilmesidir. Bunun temelinde "ilişkinin kalitesi ile ilgili yapılacak sübjektif değerlendirmeleri hoş olan ve olmayan etkileşimler belirler" varsayımı vardır (Wood & Jacobson, 1985). Aslında davranışçı çift terapistleri için bu bir varsayımdan çok daha fazla anlam taşır, çünkü sorun yaşayan çiftlerin sorun yaşamayanlara oranla daha az sayıda olumlu ve daha fazla sayıda olumsuz etkileşim içinde olduklarını destekleyen pek çok veri bulunmaktadır. Aynı zamanda, Camper ve ark. (1988) da, sorunlu ilişkiler içinde olan kişilerin, eşlerinin olumsuz davranışlarını daha genel ve değişmez olarak gördüklerini, pozitif davranışlara ise daha az dikkat ettiklerini saptamışlardır. Bunlar ve bunlarla ilgili bulgular şunu ortaya çıkarır ki;

> Stresli (distressed) eşler ilişkilerindeki birdenbire ortaya çıkan olaylara veya son olaylara karşı daha fazla tepkisel olurlarken, mutlu çiftler ilişkilerindeki doyumu birdenbire ortaya çıkan veya son olaylardan bağımsız olarak sürdürebilmektedirler (Jacobson, Waldron and Moore, 1980; Margolin, 1981). Aynı zamanda bu çiftlerde, eşlerden biri negatif veya cezalandırıcı davranışlar sergilemeye başladığında diğeri de bunlara aynı şekilde karşılık vermektedir (Billings, 1979; Gottman, 1979; Margolin ve Wampold, 1981). Bunların aksine, stresli olmayan çiftler, hoş olmayan olaylarla karşılaştıklarında bile daha esnektirler ve negatif etkilere karşı daha az kırılgandırlar. Mutlu çiftlerin günlük etkileşimlerinin kalitesinde de değişiklikler olmasına rağmen, gösterdikleri duygusal tepkilerin derecesi stresli çiftlere nazaran çok daha düşüktür (Wood & Jacobson, 1985, s. 345).

Dolayısıyla davranışçı çift terapisi pozitif mübadelelerin artmasına odaklanarak yalnızca kısa vadede yaşanacak tatminin artmasını amaçlamakla kalmaz, uzun vadede güven ve pozitif duyguların gelişmesi için de bir temel hazırlar ki, zaten güven ve pozitif duygular, yukarıda sunulan araştırmalara göre, stresli olmayan çiftlerin en önemli özellikleridir. Stresli çiftlerin genellikle problem çözme eğitimine ve olumlu yöndeki değişimi fark edebilmek için desteğe ihtiyaç duymaları, bilişsel değişimin önemine işaret etmektedir (stresli çiftler genellikle olumlu mübadeleleri görmezlikten gelerek, olumsuzlara dikkat ederler ve dolayısıyla da olumlu ve olumsuz mübadelelerin oranlarını doğru olarak algılayamazlar).

Birçok edimsel davranış terapisti Gerald Patterson'un (1974a) davranış problemi olan çocukların pekiştiricilerinin değiştirilebilmesi için ailelerle yaptığı çalışmaları örnek almışlardır. Bu uygulamada, terapistle çocuk arasında çok az doğrudan temas olmaktadır. Genellikle çocuğun davranışlarındaki gelişmeler karı koca arasındaki gerilimin azalmasına yol açar. Ama bazen çocuğun sorunlu davranışları evlilikteki stresin bir işareti olabilir; başka bir deyişle her ne kadar hasta olan çocukmuş gibi görünse de, onun problemlerini evlilik çatışmalarının bir yansıması olarak görmek daha doğru olur. Böyle durumlarda aile-evlilik terapistleri genellikle evlilik ilişkisine müdahale etmeye karar verirler ve ebeveynler birbirleriyle daha iyi geçinmeyi öğrendiklerinde çocuğun sorunlarının da kaybolacağını ümit ederler. Bu tür müdahaleler için en uygun zamanın ne olduğu konusunda kesin bilgiler yoktur. K.D. O'Leary Stony Brook grubu tarafından yapılan bir araştırmada, çocuğun problemli davranışlarının düzeltilmesinin, evlilik ilişkisinin de gelişmesine yol açtığı görülmüştür (Oltmanns, Broderick & O'leary, 1976). Aynı grup tarafından yapılan bir başka araştırmada ise başarılı bir evlilik terapisinin çocuğun problemleri üzerinde olumlu bir etki yarattığı saptanmıştır (Turkewitz & O'Leary, 1977).

Davranış terapilerinin genellikle bilişsel terapiden etkilenmesinin bir yansıması olarak, davranışçı çift terapistleri de giderek ilişkilerin ve ilişkideki streslerin bilişsel boyutuna daha çok ilgi göstermeye başlamışlardır (Baucom, Epstein & Rankin, 1995). Çift terapisinde bilişlere gösterilen ilginin artmasında, sosyal psikolojideki yükleme kuramının (kişinin kendi ve diğerinin davranışlarının nedenlerini nasıl açıkladığı ile ilgili çalışmalar) ve evlilik stresi ile depresyonunun birlikte görülmesinin etkisi olmuştur. Bilişsel boyutun eklenmesi ve tedavi stratejilerinin genişletilmesinin bir sonucu olarak, pekçok kişi davranışçı evlilik terapisini artık bilişsel davranışçı evlilik terapisi olarak adlandırmaktadır.

Baucom, Epstein, Sayers ve Sher (1989) çiftlerin ilişkilerini etkileyen 5 tip biliş olduğunu belirtmişlerdir. Bunlar: seçici algı (kişinin ilişkide dikkat ettiği şeyler onun ilişki hakkındaki duygu-

ODAK 19.2 DAVRANIŞÇI ÇİFT TERAPİSİNDE KABULLENME

Davranışçı çift terapisindeki (ki bu ifade davranışçı evlilik terapisinin yerini alıyormuş gibi görünmektedir) ilginç gelişmelerden biri; bir yandan eşler değişim için cesaretlendirilir ve desteklenirken bir yandan da eşlerin birbirlerini kabullenmelerine verilen önemin giderek artmasıdır. Rogers'ın (Bölüm 17) ve Ellis'in (Bölüm 18), çalışmalarına ve Marscha Linehan'ın (1993a,1993b) diyalektik davranış terapisine dayanarak, Andrew Christensen'le (Jacobson & Christensen, 1996) işbirliği içinde olan Neil Jacobson (1992) davranışçı terapistlerin eşleri değişim için destekler ve umutlandırırken, onların birbirlerini oldukları gibi kabul etme yeteneğini gözden kaçırdıklarını belirtmektedirler.

Psikoloji ve psikiyatride bir insanı kabul etme fikrinin tarihi Sigmund Freud'a kadar uzanır. Jacabson'a göre, psikanalitik çift terapisinde yorumların kullanılması (örn., Scharff, 1995) çocukluk yaşantılarına bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülen hoşa gitmeyen davranışların daha kolay kabul edilmesine yol açmakta, dolayısıyla da negatif biçimde davranan eşe sempati duyulmasına olanak sağlamaktadır. Bu kabul etme kavramı, Rogers'ın yaklaşımında daha kapsamlı bir anlam taşımaktadır. Rogers'ın danışandan hız alan terapisinin temelinde "değerli olma koşulları" nın diğerlerine göre belirlenmemesi gerektiği, bunun yerine diğer insanları olduğu gibi kendimizi de herhangi bir zamandaki herhangi bir davranışımıza bağlı kalmaksızın saygıyı hak eden değerli kişiler olarak kabul etmemiz gerektiği görüşü yer almaktadır. Ellis'in akılcı duygusal davranış terapisi yaklaşımında da kabullenme vurgulanarak kişi diğerlerine ve kendisine zorla yüklediği pek çok talepten (meli malıdan) vazgeçmesi için cesaretlendirilir.*

Yapılan bir çalışmadan (Jacobson, 1984) elde edilen sonuçlara göre çiftlerin 2/3 sinin davranışçı evlilik terapisinden yarar gördükleri, ancak bu çiftlerin 1/3 ünde 2 sene sonra problemlerin nüks ettiği ortaya çıkmıştır (Jacobson, Schmailig & Holtzworh-Munroe, 1987). Başka bir deyişle, davranışçı evlilik terapisi çiftlerin hemen hemen yarısı için çok etkili olurken diğer yarısı için uzun sürede (2 yıllık sürede) çok etkili olamamaktadır. Bu durum ise davranışçı çift terapisinde neyin yanlış ya da eksik kaldığı sorusunu akla getirmektedir.

Bu yaklaşımla başarısız sonuçlar elde edilmesinde, uzun süreden beri evli olmak, duygusal uyumsuzluk, ilişkide yoğun stres yaşanması ve cinsiyet rollerinde çok katı olmak gibi faktörler rol oynamaktadır. Jacobson ve Christensen tüm bu negatif yordayıcılarda ortak olan özelliğin uzlaşma ve uyum sağlama açısından yeterince yumuşak başlılık gösterememe olduğunu belirtmişlerdir. Ve davranışçı çift terapisi bir anlaşma zemini üzerine oturtulduğundan -örneğin belirli pekiştireçleri değiştirerek eşin isteklerini yerine getirmeye çalışmak gibi,- eşinin isteklerini yerine getirme konusunda uzlaşmaya yanaşmayan çiftlerin, davranışçı çift terapisinden yarar görmemelerine şaşırmamak gerekir.

Stresli bir evlilik ilişkisi içinde olan veya bir evlilik probleminde arabuluculuk yapmış kişiler için bu bilgiler yeni değildir. Uzun yıllardır birlikte olan çiftlerde öfke, kırgınlık, yenilme gibi duygular biriktirilmiş olduğundan, cuma akşamı hangi restoranda yemek yenileceği konusu bile sorun haline gelebilir. İyi niyet kalmamıştır. Güdüleyici faktörler sürekli sorgulanmaktadır. Olumlu gibi görünen davranışlar bile negatif olarak yorumlanmaktadır. Eğer davranışçı bir terapist Jacobson ve Christensen'in sözünü ettiği gibi

larını etkiler), atıflar (bir olaydan kimin sorumlu tutulacağı veya suçlanacağı ile ilgili verdikleri kararlar), beklentiler (ilişkinin ilerde nasıl olacağı ile ilgili beklentiler), sayıltılar (şu anda ilişkinin nasıl gittiği ile ilgili inançları) ve standartlardır (bir ilişkinin nasıl olması gerektiği ile ilgili düşünceler). Terapide eşlerin bilişlerinin farkına varma düzeyleri yükseltilir ve eşleriyle olan olumlu ya da olumsuz etkileşimleri ile ilişkili düşüncelerini izlemeleri öğretilir. Örneğin, eşlerden biri uğradığı hayalkırıklığı nedeniyle eşini suçlayarak öfkeli bir tavır içine girebilir, ancak bazen bu suçlamanın nedeni, mangal partisinin yapılacağı günde yağmurun yağması gibi gerçekten diğer eşin elinde olmayan bir durum bile olabilir.

BÜTÜNLEŞTİRİCİ DAVRANIŞÇI ÇİFT TERAPİSİ

Bütünleştirici davranışçı çift terapisi (BDÇT) Andrew Christensen ve Neil S. Jaeobson tarafından geliştirilmiştir ve "bir yandan daha önceleri evli çiftlere yapılan müdahalelerde kullanılan davranışçı kuramın izlerini taşımakta, bir yandan da davranışçı kuramdan önemli derece farklılık göstermektedir (Christensen, Jaeobson & Babcock, 1995, s. 31). BDÇT de pekiştirme ilkelerine ek olarak, davranış değişikliği ve daha önce Jaeobson ve Margolin (1979) tarafından betimlenen etkileşim eğitimi stratejileri kullanılmaktadır. Bunlara ek olarak Rogers'ın yaklaşımındaki kabullenme kavramı da bu yaklaşıma dahil edilmiş ve çiftlerin birbirlerini kabul etme-

bir çifte birbirleri için iyi bir şey yapmalarını söylerse, bu çift ya bunu yapmayacak ya da eğer bir değişiklik yapsalar bile bu değişikliği terapistin verdiği yönergeye atfederek örneğin "o beni gerçekten bugün ofisteki başarılı çalışmalarım için takdir etmedi, bana iltifat etmesinin nedeni Dr Smith'in bunu yapmasını söylemiş olması" şeklinde değerlendireceklerdir. Bazı terapi seanslarının terapist için son derece yorucu ve beklenmedik şekilde gürültülü ve taşkın olması tesadüf değildir.

Değişimin ortaya çıkmasını engelleyen diğer bir faktör de tepkisel olmak yani kişinin kendisini değiştirmeye çalışan birine karşı hissettiği dirençtir (Brehm, 1966; Davison, 1973). Direnç özellikle değiştirilmeye çalışılan kişinin kendisini değiştirmeye çalışan kişiyi küçümsediği durumlarda daha da fazla ortaya çıkar. Kişiyi açıkça değiştirmeye çalışmak davranışçı terapi yaklaşımının özelliklerinden biri olduğundan, karşılıklı değişimin desteklendiği bu tür bir müdahale özellikle birbirlerine saygı ve sevgi duymayan çiftler için başarılı sonuçlar vermez.

*Bütün bu anlatılanların ışığında Jacobson ve Christensen'in bakış açısına göre kabullenme ne demektir? Kabullenme değişme mücadelesinden vazgeçmek, hatta bazı durumlarda daha önceden eşin çatışmalara yol açmış bazı özelliklerini kabul etmek demektir. Bu kabulleniş bazı çatışmaların hiçbir zaman çözülemeyeceğini anlamayı ve sonra bu çatışma alanlarını yakın ve samimi ilişkiler yaşanabilecek bir şekle dönüştürme çabalarını kapsar (Jacobson 1992)**. Jacobson kabullenmenin değişime yol açtığına, ama değişimin değişmesi istenen eşde değil, eşini değiştirme çabalarından vazgeçen kişide meydana geldiğine işaret eder.Ve eğer kabullenme sonucunda tepkisellik ortadan kalkarsa, yani kişi eşini değişmesi için zorlamaktan vazgeçerse, ki bu kuşkusuz mümkündür, (Shoham-Solomon'un paradoksal terapi araştırmaları ile ilgili tartışmaya bakınız) değişmesi için zorlanmayan eşte daha fazla değişme ortaya çıkacaktır.*

Jacobson'un kabullenme yoluyla değişimin sağlanabileceği ile ilgili görüşleri onun davranışçı temeline dayanmaktadır. Jacobson bununla ilgili olarak kocasının birlikte bir şeyler yapmaya istekli olmamasından şikayetçi olan bir eş örneğini vermektedir. (Not: Erkeğin birlikte bir şeyler yapmaya istekli olmamasının bir başka kadınla birlikte olmak gibi bir nedenden kaynaklanmadığı varsayılmaktadır.) Jacobson psikoterapi ile ilgili tüm etik ve politik boyutlara özen gösteren bir terapisttir (Jacobson, 1983; 1989). Terapide geleneksel bir hedef olan eşlerin birbirlerine olan yakınlıklarının geliştirilmesine ek olarak, Jacobson kocasının olmadığı zamanlarda ona bağımlı kalmaması için kadını eşinden bağımsız olarak bazı ilgi alanları oluşturması için desteklemiştir.

Kabullenme teslimiyet anlamına mı gelmektedir? Yani eşlerden birinin bencil isteklerinin karşılanabilmesi için diğer eş durumu kabullenerek aşağılanmaya devam mı etmelidir? Jacobson kabullenmenin çok olumlu olduğunu, hatta bu yolla eşler arasında daha yakın bir ilişkinin kurulabileceğini belirtmektedir. Burada önerildiği gibi, özellikle doğrudan değişme çabalarına dayanan davranışçı çift terapisi ile başarılı sonuçlar alınamayan durumlarda, kabullenme davranış değişikliklerinin ortaya çıkabilmesinde kolaylaştırıcı bir rol oynamaktadır. Bununla birlikte eğer kabullenme eşlerin yardım aradığı konulardaki stresin sürmesine ya da artmasına yol açıyorsa, eşlerin birlikte yaşamayı sürdürmeleri açısından hiçbir ahlâki zorunluluk yoktur.

**Aynı zamanda bu tür histerik atıflar hastalar tarafından değişmemek için bir bahane olarak kullanılabilir. Fritz Perls gibi bazı terapistler bu tür açıklamaları sorumluluktan kaçma olarak görme eğilimindedirler. Davranışçı ve bilişsel terapistler de bu konuya benzer şekilde bakmaktadırlar.*

***Psikologların aşk tanımına en yakın olanın kabullenme olduğu söylenebilir.*

lerine yardımcı olabilecek bir dizi işlem geliştirilmiştir (Cordova & Jacobson, 1993). (Odak 19.2 de kabullenme konusu daha detaylı olarak yer almaktadır).

BDÇT nde geleneksel davranışçı çift terapisinin temel kontrol edici değişkenler üzerine odaklanmak yerine yüzeysel değişkenler üzerinde odaklandığı varsayılmaktadır. Örneğin geleneksel davranış terapistleri eşlerin diğeri tarafından yeterince sevilmediğini ya da değer verilmediğini hissetmesi üzerine odaklanmak yerine, sık tartışma yapmak ya da seksin az olması gibi daha somut gözlenebilir davranışlar üzerine odaklanmaktadırlar. Oysa BDÇT'nde odak noktası kişinin sevilmemesi ve değer verilmemesi ile ilgili duygularıdır. Terapötik odak noktasındaki bu değişim psikanalitik yönelimli çift terapistleri için yeni değildir ve insancıl yönelimli yaklaşımların da bir özelliğidir.

DUYGUSAL ODAKLI TERAPİ

Birlikte uygulanan yaklaşımlardan biri olan duygusal odaklı terapi (Alexander, Holtzworth-Munroe & Jameson, 1994; Johnson & Greenberg, 1987, 1988, 1995) psikodinamik özellikler taşır, ancak duyguların ele alınışındaki insancıl vurgu bizim için çok daha dikkat çekicidir. Duygusal odaklı terapi romantik yetişkin ilişkilerini kavramsallaştıran bağlanma kuramının (Bartholomew & Horowitz, 1991'e bakınız) bazı boyutlarını kendi içinde bütünleştirir ve "korunma, güvenlik ve diğer önemli kişilerle ilişkide olma

gibi doğuştan getirilen uyumsal ihtiyaçlar" üzerine odaklanır (Johnson & Greenberg, 1995, s. 124). Bu açıdan bakıldığında ilişkilerdeki stres, bağlanma ihtiyacının karşılanmamasından ya da eşlerden birinin ya da ikisinin kendini güvende hissetmemesinden dolayı ortaya çıkar. Çiftler bazen önemsiz konularda bile birbirlerini suçlamaya başlayarak negatif bir etkileşim döngüsüne girebilirler. Tedavinin temel amacı terapi seansı sırasında eşler arasındaki negatif etkileşim döngüsünün durdurulması, duygusal birlikteliğin sürdürülebilmesi ve eşlerin birbirlerine karşı duyarlı ve ulaşılabilir olabilmeleridir.

GENEL ÖZELLİKLER

Tüm çift terapilerinde eşler birbirlerini empatik olarak dinleyebilmeleri, birbirlerinin söylediklerinden ne anladıkları ve söylenenlerin temelinde hangi duyguların yattığını anlayabilmeleri için eğitilirler. İletişimi geliştirmenin bir yolu aynı Aronson'un "iki-kişinin etkileşimi" analizinde olduğu gibi söylenen bir şeydeki niyet ile söylenenin yaratığı etkiyi birbirinden ayırt edebilmektir. Örneğin A kişisi B kişisine yardımcı olabilmek amacıyla marketten bir şey isteyip istemediğini sorabilir ama eğer B kişisi A kişisinin evde oturup ona yaptığı bir proje konusunda yardımcı olmasını tercih ediyorsa, bu soru B kişisinde negatif bir etki yaratabilir. Dolayısıyla A kişisinin niyeti iyi olmasına rağmen B kişisi bundan negatif olarak etkilenmiş olabilir. Araştırmalar stresli olan ve olmayan çiftlerin etkileşimleri arasında niyet boyutunda etkilenme boyutu kadar fark olmadığını göstermektedir. Gottman ve arkadaşları (1976) yaptıkları bir çalışmada stresli olan ve olmayan çiftlerin birbirlerine aynı sayıda olumlu cümleler *söylediklerini* ama stresli çiftlerin stresli olmayan çiftlere nazaran daha az sayıda olumlu cümle *duyduklarını* ortaya koymuştur. Gottman tartışma sırasında eşlerin birbirlerinin niyetlerini anlayabilmeleri için bir teknik önermiştir. Bu tekniğin uygulanmasında çift konuşurken eşlerden biri "dur" der ve dur demeden önce ne söylediğini eşinin tekrar etmesini ister. Diğer eşin verdiği geribildirim niyetin anlaşılıp anlaşılamadığını açıklığa kavuşturur.

Talep etme-geri çekilme döngüsü olarak bilinen etkileşim örüntüsü de çiftler için son derece zararlıdır. İlk olarak ZAE grubu tarafından betimlenen (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967) ve çeşitli araştırmalara konu olan (Christensen & Pasch, 1993; Christensen & Shenk, 1991) talep etme-geri çekilme örüntüsünde, eşlerden biri bir sorun hakkında konuşmak istediğinde, diğer eş konuşmaktan kaçınır veya geri çekilir. Eşin geri çekilmesi konuşma talebinde bulunan eşin daha da talepkâr olmasına ve konuşmak için daha çok çaba harcamasına yol açar ki, bu da geri çekilmekte olan eşin daha da geri çekilmesine neden olur. Dolayısıyla bu döngü giderek hızlanır. Christensen ve Heavey (1990) bu örüntüde kadın ve erkeklerin farklı davrandıklarını, genellikle kadınların talep eden erkeklerin ise geri çekilen rolünü oynadıklarını belirtmişlerdir. Bu örüntü özellikle yakınlaşma ile ilgili çatışma yaşayan çiftlerde daha sık görülmektedir ve değişim talep eden kişi eşine daha yakın olmaya çalışırken, etkileşimden kaçınan eş daha özgür ve bireysel olma peşinde olabilir (Christensen, 1987). Talep etme ve geri çekilme rollerini kimin üstleneceğinin belirlenmesinde, kimin değişim istediği kimin ise ilişkide değişiklik istemediği önemli bir rol oynar (Christensen & Pasch, 1993). Terapistin genellikle hangi eşin hangi rolü oynadığını bilmesi, bu zararlı döngünün yıkılabilmesi için yapılacak müdahalelerin belirlenmesinde yardımcı olur.

Yıllardır çift ve aile terapilerinde videokasetlerinden farklı şekillerde yararlanılmaktadır. Terapi seansının bir bölümünde çiftin nereye tatile gideceklerini belirlemeleri gibi bir problemi çözmeleri istenebilir ve bu esnadaki konuşmaları videoya çekilebilir. Terapist ile çift bu kaseti birlikte seyrederlerken her ikisinin de kendi isteklerini nasıl dayattıklarını ya da dayatamadıklarını, diğer eşin isteklerine nasıl tepki verdiklerini ya da veremediklerini daha iyi görebilirler. Bu yolla iletişim kurma ya da kuramama örüntüleri kolayca farkedebilir. Eşler daha sonra çatışma yaratan konuları çözebilmek için farklı pazarlıklar yapmak veya yeni yollar denemek konusunda fikir birliğine varabilirler.

Aile terapistleri çiftin seans boyunca öğrendikleri yeni etkileşim örüntüleri ile ilgili pratik yapabilmeleri ve bunları günlük yaşama genelleyebilmeleri için genellikle çifte bazı ödevler verirler. Örneğin, eşlerin birbirlerini aktif bir şekilde dinlemeyi öğrenebilmeleri için her gün akşam yemeğinden sonra, yarım saat boyunca, birbirlerinin söylediklerini tekrar etmeleri istenebilir. Temelde çifte Rogers'ın yaklaşımındaki empati kurma becerileri öğretilmektedir. Bazen de çocuklarına öğrendikleri yeni bir ebeveyn becerisini uygulamaları ev ödevi olarak verilebilir. Bazı terapistler çiftin ne kadar ilerlediğini daha iyi izleyebilmek için çiftten ev ödevlerini kasete almalarını isterler.

GENEL KONULAR VE DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN ÖZEL NOKTALAR

Margolin ve Fernandez'in (1985) de belirttiği gibi, terapistlerin tedavi ettiği evlilik problemlerinin hepsi birbirine benzer değildir. Bir çift evlilikleriyle ilgili tatminsizlikleri başladığı zaman profesyonel yardım için başvurabilirken, bir başka çift eşlerden birinin ya da ikisinin boşanma amacıyla avukata başvurmasına yol açacak kadar krizin tırmandığı anda terapiye gelebilir. Evlilik stresinin farklı aşamaları vardır (Duck, 1984; Weiss & Cerroto, 1980) ve terapistin değerlendirmesine göre çift bu aşamalardan hangisinde ise, o aşamaya uygun farklı terapötik yaklaşımlar kullanılır. Örneğin, 10 yıldır evlilik ilişkisini makul bir seviyede tutan ama son zamanlarda zorluklar yaşamaya başlamış bir çifte nazaran, 5 yıllık evli, boşanma aşamasına gelmiş ve fiziksel şiddetin söz konusu olduğu bir çift için daha yönlendirici ve yoğun bir yaklaşım daha yararlı olur (Odak 19.3 e bakınız).

Önemli noktalardan biri de kimin hasta olduğuna karar verilmesidir. *Belirlenmiş hasta (identified patient)* kavramı genellikle terapistin birden fazla aile üyesini birlikte gördüğü durumlarda, örneğin çocuklarındaki bir problem nedeniyle anne-babanın birlikte terapiste başvurduğu durumlarda kullanılır. Terapiden iyi sonuçlar alınabilmesinde, aile üyelerinin problemin ne olduğu konusunda fikir birliği içinde olmaları da önemli bir rol oynar. Örneğin, yıllardır feminist yazılara konu olduğu gibi, erkek daha az talepkâr ve kadın ise daha yumuşak mı olmalıdır? Eşlerden birinin ilişkiyi sonlandırmak istediği, diğerinin ise ilişkiyi kurtarmak için aşırı çaba içinde olduğu durumlarda da pek çok zorluk ortaya çıkar. Yine uygulanacak çift terapisi çocukların durumuna göre de farklılık gösterir.

Aile terapisini karmaşıklaştıran bir diğer durum da her türlü cinsel ya da fiziksel kötüye kullanımdır. Eşin kötüye kullanılmasının söz konusu olduğu ailelerde çocukların da kötüye kullanılma riski oldukça yüksek olduğundan, terapist evliliğin kurtarılmasının, kötüye kullanılan eş ve muhtemelen kötüye kullanılan çocuklar üzerinde ne gibi bir etki yaratacağını da dikkate almalıdır. Hasta olarak belirlenmiş olan kim olursa olsun, terapist birlikte yaşayan ve ilişkiden etkilenen tüm aile üyelerinin ihtiyaçlarına karşı duyarlı olmalıdır (Kadis & McClendon, 1995).

Aile terapisinde dikkate alınması gereken etik konulardan bir diğeri de eşlerden birinin diğeri odada yokken terapiste bir sırrını açmasıdır. Bazı terapistler böyle bir durumla karşılaşmamak için tedavinin en başında çifte, görüşmeler sırasında terapistle konuşulan her konunun bir başka seansta ortaya çıkabileceğini ve dolayısıyla terapistin sır saklamayacağını belirtirler. Diğer bazı terapistler ise böyle bir uygulamanın çok değerli bazı bilgilerin elde edilmesini engelleyeceği kanısındadırlar (Kadis & McClendon, 1995).

Eşlerden birinin bireysel problemi olması halinde eş terapisinin mi yoksa bireysel terapinin mi daha etkili olacağı konusunda yapılan ilginç araştırmalar vardır. Hem stresli ilişkileri olan çiftlerde en az eşlerden birinde depresyon görülme olasılığının, hem de daha önce depresyon geçirmiş bir kişinin sorunlu bir evlilik ilişkisi içinde olması halinde depresyonunun nüks etme olasılığının yüksek olması nedenleriyle (Hooley & Teasdale, 1989) Stony Brook'daki (Beach & O'leary, 1986; O'Leary & Beach, 1990) ve Washington Universitesi'indeki araştırmacılar (Jacobson, Holtzworth-Munroe & Schmailing, 1989; Jacobson ve ark., 1991), depresyon tedavisinde davranışçı evlilik terapisi (DET) uygulamışlardır. Elde edilen sonuçlar depresyon tedavisi açısından Beck'in bireysel bilişsel terapisinin DET'den daha etkili olmadığını ve evlilik doyumu açısından ise DET'in daha etkili olduğunu ortaya koymuştur. Dolayısıyla depresyonda ve aynı zamanda problemli bir evlilik ilişkisi olan eşlere hem sistem yönelimli yaklaşımlarla hem de bireysel müdahalelerle yardımcı olunabileceği, ancak sistem yönelimli yaklaşımların kullanılmasının, ilişki sorunları açısından daha avantajlı olduğu görülmektedir. Bu araştırma hem depresyonun kişilerarası yapısının (Bölüm 10'da incelenildiği gibi), hem de depresyonun stresli yakın ilişkilerdeki rolünün altını çizmektedir. Diğer taraftan bireysel bilişsel terapinin evliliği düzeltmede, evlilik terapisinin depresyonu düzeltmede olduğu kadar başarılı olamadığı sonucu, bir yandan bireysel bilişsel terapinin kısıtlılıklarına işaret ederken, bir yandan da DET gibi sistem yaklaşımlarının güçlülüğüne dikkat çekmektedir.

ÇİFT VE AİLE TERAPİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yöntemsel standartlara uygun olan dikkatle seçilmiş 20 sonuç araştırmasını kapsayan bir

ODAK 19.3 AİLE İÇİ ŞİDDET

Aile içi şiddetin tüm aile üzerinde çok yıkıcı etkileri vardır. Aile içi şiddet fiziksel yaralanma, adam öldürme, intihar gibi etkilerinin yanı sıra, eşlerden birinde veya ikisinde alkol kötüye kullanımı ve depresyon gibi psikolojik problemlerin ortaya çıkmasında da rol oynar (örn., Sonkin & Walker, 1985). Şiddetle ilgili dramatik sonuçlar son yıllarda gazetelerde ve televizyonda sıklıkla yer almaktadır. Aile içi şiddetin, şiddete maruz kalanlar üzerindeki açık ve ani etkilerine ek olarak çocuklarda davranışsal ve duygusal problemlerin ortaya çıkmasında da önemli bir rolü vardır (Cummings & Davies, 1994; Davies & Cummings, 1994; Grych & Fincham, 1990; Jenkins & Smith, 1991).

Her ne kadar kadınların ve erkeklerin şiddet gösterme sıklıkları aşağı yukarı aynı ise de, kadınların gördüğü fiziksel hasar kocalarından daha fazla olmaktadır (Jacobson ve ark., 1994). Erkeklerin gösterdiği fiziksel saldırganlık kadınların gösterdiği fiziksel saldırganlığa nazaran daha fazla fiziksel yaralanmaya, sağlık problemlerine, depresyona ve psikosomatik problemlere yol açmaktadır (Cantos, Neidig & O'Leary, 1994; Cascardi, Langhinrichsen & Vivian, 1992; Stets & Straus, 1990). I991'de Amerikan Psikoloji Derneği'nin (APA) Kadın Psikolojisi Komisyonu erkeklerin şiddetli davranışlarına maruz kalan kadınlarla ilgili yayınında; şiddetin sıklığı, nedenleri ve çeşitli şiddet türlerinin kadınlar üzerindeki etkileri ile ilgili araştırmalara yer vermiş; bu konuda yapılabilecek klinik ve toplumsal müdahaleleri tanımlamış ve yapılması gereken politik değişiklikler üzerinde durmuştur (Goodman ve ark. 1993).

Fiziksel şiddetin yaşandığı ilişkilerde, müdahale edilmediği sürece fiziksel saldırganlığın derecesi, sıklığı ve yoğunluğu giderek artar (Giles-Sims, 1983; Pagelow, 1981). Fiziksel kötüye kullanımın tedavisine, kötüye kullanım ortaya çıktıktan sonra başlanmasının iyi bir alternatif olmadığı pekçok kişi tarafından kabul edilse de (Holtzworth-Munroe ve ark., 1995), genellikle çiftlerin tedavisine fiziksel şiddet ortaya çıktıktan sonra başlanmaktadır. Son yıllarda Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü aile içi şiddetin önlenmesine yönelik programların önemini fark etmiştir (Coie ve ark., 1993). Şiddet gösteren çiftlerin birlikte terapiye alınması konusunda şu iki nedenden dolayı farklı görüşler vardır (Margolin & Burman, 1993): 1) Şiddete maruz kalan kadının eşiyle birlikte terapiye alınmasının kadının kötüye kullanılmasında sanki kadının sorumluluğu varmış izlenimine yol açacağı endişesi ve 2) terapi sırasında kadınların getirdiği sorunlara tepki olarak erkeklerin şiddet göstereceği korkusu olarak özetlenebilir.

Öğrenme modelleri şiddeti çatışmaya karşı gösterilen bir tepki olarak görürler ve şiddetin, çocukluk döneminde yetişkinlerin özellikle de ebeveynlerin problemleri çözmede şiddet kullandıklarının gözlenmesiyle öğrenildiğini belirtirler. Ayrıca çatışmaların çözümlenmesinde sosyal yolları kullanmayı öğrenememiş kişiler şiddete yönelmektedirler. Çatışmaları çözme, öfkeyi kontrol etme veya yapıcı ve girişken bir biçimde ifade etme becerileri gelişmemiş olduğunda, tartışmalar fiziksel saldırılara dönüşür. Erkeklerin eşlerine karşı fiziksel saldırganlık göstermesinde rol oynayan bazı risk faktörleri olduğu belirtilmiştir. Stres, öfkeyle başa çıkamama, alkol ve madde kötüye kullanımı, orijinal aile ortamında şiddetin olması, kıskançlık ve kadınlara karşı negatif tutum risk faktörleri arasında yer almaktadır (Holtzworth-Munroe ve ark., 1995).

Farklı kuramsal bakışaçılarında yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlar, özellikle erkeklerde fiziksel şiddetin ortaya çıkmasında öfkeyle başa çıkma, iletişim ve problem çözme becerilerinin eksikliğinin rol oynadığını göstermektedir (Eckhardt, Barbour & Stuart, baskıda). Düşüncelerin açıkça ifade edilmesinin istendiği bir çalışmada, erkeklerin eşlerini her ikisinin de tanıdığı bir erkekle konuşup gülüşürken hatta flört ederken gözlerinin önünde canlandırmaları istenmiştir. Böyle öfke yaratan bir durumda, eşlerine karşı şiddet gösteren erkeklerin, şiddet göstermeyen kontrol grubuna oranla, öfke kontrolü ile ilgili düşünceleri daha az sözelleştirebildikleri ortaya çıkmıştır. Bu sonuç şiddet gösteren erkeklerin öfke yaratan bir durumda öfkelerini azaltacak bilişsel becerilere sahip olmadıklarına işaret etmektedir (Eckhardt, Barbour & Davison, 1997). Önleme programları üzerinde çalışan araştırmacılar eşlere yalnızca öfkeyle başaçıkma, iletişim ve problem çözme becerileri öğretmenin yetmeyeceğini, aynı zamanda çatışma fiziksel saldırıya döneşmeden önce nasıl oradan uzaklaşılabileceğinin ya da çatışmanın tırmanmasının nasıl engellenebileceğinin de öğretilmesi gerektiğini bildirmektedirler. Bu tür programlar Markman'ın Evlilik Öncesi İlişkileri Geliştirme Programını (PREP; Markman & Floyd, 1980; Markman ve ark., 1993) ve Neidig'in Öfkeyi ve Şiddetin Tırmanmasını Durdurma Programını (SAVE; Neidig, 1989a,1989b) kapsamaktadır. Bu programların etkililiği görgül olarak test edilmemiş durumdadır.

Holzworth-Munroe ve ark. (1995), şiddetin önlenmesi ile ilgili olarak standart birlikte terapi uygulamasından farklı biçimde, yeni bir yaklaşım önermişlerdir, çünkü standart yaklaşımın amacı şiddeti durdurmak değil, ilişkiyi kurtarmaktır. Şiddetin önlenmesine yönelik olan bu yaklaşımda kocalar gösterdikleri saldırganlığın sorumluluğunu üstlenmeleri için desteklenirler. Ayrıca ilişkinin korunmasına odaklanan geleneksel birlikte terapiden farklı olarak, bu yaklaşımda ilişkinin bitirilmesine de negatif bir sonuç olarak bakılmamaktadır.

Goodman ve ark. (1993), yüksek risk altındaki çiftlere uygulanan ve iç psişik faktörlerin analizine dayanan programların erkeklerin kadınlara karşı gösterdikleri şiddet probleminin çözülmesinde yeterli olmadığını belirtmişlerdir. Yazarlar uzun süreli bir çözüme ulaşabilmek için bu soruna sebep olan sosyal ve kültürel kurumların değişmesi gerektiğine dikkat çekmektedirler.

meta analiz çalışmasına göre, aile terapisi pek çok aile problemi için yararlı bir etkiye sahiptir (Hazelrigg, Cooper & Borduin, 1987). Bu alanda kapsamlı gözden geçirme çalışmaları yapan Gurman ve Kniskern (1978), Gurman, Kniskern ve Pinsoff (1986), Jacobson ve Addis (1993) ve Lebow ve Gurman (1995) eş ve aile terapilerinin süreci ve sonuçları ile ilgili olarak aşağıdaki sonuçlara ulaşmışlardır[4]:

• Çift problemleri açısından çift terapisi, eşlerden biriyle yapılan bireysel terapiden daha başarılıdır. Çift problemleri nedeniyle bireysel olarak görülen hastaların %10'u daha da kötüleşmektedir.

• Davranışçı evlilik terapisinin (DET) faydalı sonuçları en azından 4 ülkede yapılmış olan 2 düzineden fazla çalışmada gösterilmiştir (Hahlweg & Markman, 1988). Yine az sayıda da olsa, yaşantısal terapi (Greenberg & Johnson, 1988; Johnson & Greenberg, 1985) ve içgörü-yönelimli terapi (Snyder & Wills, 1989) ile olumlu sonuçlar elde edildiğini bildiren çalışmalar vardır. Bir çalışmada, içgörü-yönelimli evlilik terapisi uygulanan çiftlerde boşanma oranının çok düşük olduğu bulunmuştur (Snyder & Wills, 1989; Snyder, Wills & Grady-Fletcher, 1991).

• Jacobson ve Addis (1993) tüm bu olumlu sonuçların, hiçbir tedavinin uygulanmadığı ve sık sık bozulmaların ortaya çıktığı kontrol gruplarıyla yapılan karşılaştırmalardan elde edildiğini ve dolayısıyla bunun yapılan *herhangi* bir müdahalenin hiç terapi uygulanmamasına nazaran daha etkili olduğu sonucuna varılmasını kolaylaştırdığına dikkat çekmektedirler. Aynı zamanda her ne kadar bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı olsalar da *klinik açıdan* anlamlı değildirler (Jacobson ve ark. 1984). Örneğin tüm bu çalışmalar gözden geçirildiğinde, tedavinin sonunda ancak çiftlerin yarısının mutlu bir evlilik ilişkisi içinde oldukları görülmektedir (her ne kadar istatistiksel olarak çok anlamlı bir ilerleme kaydettikleri ortaya çıkmış olsa da). Üstelik davranışsal yönelimli terapinin uygulandığı birkaç izleme çalışmasına göre nüks (Alexander, Holtzworth-Munroe & Jameson, 1994; Jacobson, Schmaling & Holtzworth-Munroe, 1987) ve boşanma (Synder ve ark. 1991) sık ortaya çıkmaktadır. Jacobson ve Addis, bu çalışmalardan elde edilen bulgulara dayanarak, hangi kuramsal temele dayanıyor olursa olsun, birlikte terapilerin etkinliği konusunda erken kararlara varılmasında temkinli olunması gerektiğine işaret etmektedirler.

• Farklı yaklaşımları olan çift terapileri birbirleriyle karşılaştırıldıklarında, hiçbir yaklaşımın diğerlerinden daha üstün olduğu gösterilememiştir (Baucom & Hoffman, 1986). Jacobson and Addis'e (1993) göre, bir yaklaşım ne kadar uzun süre uygulanırsa, o yaklaşımından elde edilen sonuçların diğer yaklaşımlardan elde edilen sonuçlardan daha üstün olduğunu söylemek de o kadar zorlaşır.

• Eşlerden birinin fobik olmaması koşuluyla, fobik olmayan eşin örneğin agorafobik olan eşini cesaretlendirmesi ve eşlerin işbirliği içinde olmaları temeline dayanan Barlow'un maruz bırakma yaklaşımının, agorafobi tedavisinde etkili olduğu kanıtlanmıştır (Bölüm 6). Bazı vak'alarda agorafobik eşin iyileşmesiyle birlikte, evlilik ilişkilerinde bozulma ortaya çıkabildiği bildirilmektedir. Oysa Barlow'un yaklaşımı uygulandığında, evlilik ilişkilerinde bozulmanın ortaya çıkması önlenmektedir.

• Çift terapisi ile daha genç yaştaki ve boşanma için bir girişimde bulunmamış çiftlerden daha iyi sonuçlar alınmaktadır.

• Çift terapisinde kötü sonuç alınmasında eşler arasındaki duygusal iletişimin zayıf olması (ki, Jacobson ve Addis, 1993 bunu "duygusal ilgisizlik" olarak adlandırmaktadırlar) ve cinsel ilişki sıklığının düşük olması önemli bir rol oynamaktadır. Kötü sonuç alınmasında rol oynayan bir diğer faktör de, kadının yakın olmaya ve ilişkilere erkeğin ise işe ve yönetmeye odaklandığı, yani geleneksel cinsiyet rollerinin çok katı olarak uygulandığı ilişki biçimidir (Jacobson, Follette & Pagel, 1986). Yine eşlerden birinin depresyonda olması da (her ne kadar daha önce belirtildiği gibi, davranışçı çift terapisi hem depresyon hem de ilişki üzerinde olumlu bir etki yaratsa da), çift terapisinin başarısına gölge düşürmektedir.

• Çiftin strese girmesini önleme çalışmaları; iletişim becerileri eğitiminin gelecekte ilişkiden sağlanacak tatminin artırabildiğini ve hatta hiçbir müdahale yapılmayan kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında, boşanma oranını da düşürebildiğini göstermektedirler (Markman ve ark., 1988). Çift terapisi daha genç ve birbiriyle ilgili çiftlerde daha başarılı sonuçlar verdiğinden, önleme çalışmaları daha da anlamlı ve ümit verici görünmektedir.

---

[4]Jacobson ve Addis (1993) şöyle bir genel uyarıda bulunmaktadırlar: Araştırmacılar kendi tedavilerini değerlendirdiklerinde elde edilen sonuçlar, araştırmacılar dışındaki kişilerin tedavileri değerlendirdiklerinde elde edilen sonuçlardan daha "iyi" olmaktadır. Acaba bu araştırmacıların taraf tutmalarından kaynaklanıyor olabilir mi? Olabilir. Ama şu da mümkündür ki, etkili olacağı varsayılan bir tedavi onu yaratan veya savunan kişiler tarafından, bu konuda uzman olmayan kişilere nazaran daha etkili bir biçimde uygulanıyor da olabilir.

• Belki de davranışçı olmayan yaklaşımlarda, örneğin analitik ve insancıl yaklaşımlarda, araştırma çok önemsenmediğinden bu yaklaşımlarla ilgili kontrollü çalışmalar davranışçı ve sistem yaklaşımlarıyla ilgili araştırmalar kadar çok değildir. Johnson ve Greenberg (1985) kabul edilmeyen duygu ve ihtiyaçların açığa çıkarıldığı Geştalt yaklaşımına dayanan çift terapisinin (daha önce belirtilen duygu odaklı terapinin) problem çözmeye dayanan davranışçı terapiden daha etkili olduğunu belirtmişlerdir. Bu sonuçtan yola çıkan araştırmacılar çiftlere yapılacak müdahalelerde, güvenin arttırılmasının ve kişilerin hem kendi hem de eşlerinin karşılanmamış ihtiyaç ve korkularına karşı duyarlılıklarının yükseltilmesinin önemli olduğunu ifade etmişlerdir. Davranışçı çift terapistleri de giderek çatışmalardaki duygusal boyuta daha fazla önem vermeye başlamışlardır ki, bu, birbirine zıt terapötik yaklaşımların birbirlerine yakınlaşmaları yolundaki adımlardan bir diğeridir. Bir başka bütünleştirici yön daha önce Odak 19.2'de tanımlanmıştı.

• Bazı çalışmalar ise boşanma olmadan önceki konsültasyonlara, yani boşanma ile ilgili olarak yapılan **arabuluculuklara** (divorce mediation) odaklanmışlardır. Boşanma aşamasına gelen çiftlerde görülen düşmanca sürece bir alternatif olarak, çifte karşı nötr olan ve çocukların velayeti ve parasal konular hakkında anlaşabilmeleri için çifte yardımcı olmaya çalışan üçüncü kişilerin (bir avukat, danışman veya bu konuda eğitimli olan herhangi bir kişi) arabuluculuk yapması düşünülebilir. Böyle bir arabulucu boşanmaya doğru giden çiftin ebeveynlik görevlerini yerine getirmelerine yardımcı olabilir. Elde edilen verilere göre arabuluculuk (1) mahkeme öncesi eşler arasındaki anlaşma oranının yükselmesi, (2) eşlerin yaptıkları anlaşmalardan daha fazla tatmin olmaları, (3) esas mahkemeden sonra daha az dava açılması, (4) ortak velayet kararlarının artması, (5) velayet ve diğer davalarla ilgili çalışmalar için harcanan paranın azalması ile ilişkilidir (Sprenkle & Storm, 1983; Gurman, Kniskern & Pinsoff, 1986, s. 589).

TOPLUM PSİKOLOJİSİ

Toplum (community) psikolojisi örneklerini daha önce vermiştik. Şöyle ki: Genç ergenler arasındaki sigara içme alışkanlığının okula dayalı programlarla önlenmesinde, cinsel anlamda aktif olan yetişkin ve ergenler arasında HIV enfeksiyonun ve AIDS'in önlenmesinde, cinsel davranışları değiştirmeyi hedefleyen ve bu çabayı içeren programlar ve fakir insanlar arasındaki eğitim eksikliği ve ona bağlı sosyoekonomik dezavantajları önlemeye yönelik Head Start programları aracılığıyla gösterilen çabalar vb. Şimdi, toplum psikolojisinin bazı genel ilkelerinin neler olduğuna ve bir dizi kayda değer çabanın incelenmesine bakacağız.

ODAK: ÖNLEME

Toplum psikolojisinin önlemeye odaklaşması, onun en tanımlayıcı özelliği olarak kabul edilir. Toplum psikologlarının bazı önde gelenleri, önleyici bilimin kendi içinde yeni bir araştırma disiplini olduğunu belirtmişlerdir (Coie ve ark., 1993). Ulusal Bilimler Akademisi'nin (National Academy of Sciences) bir kolu olan Tıp Enstitüsü (The Institute of Medicine) tarafından sunulan yeni bir tipoloji, önlemeyi, tedavi ve sürdürmeden ayırt etmektedir (Mrazek ve Haggerty, 1994).

TEDAVİ

Toplum psikolojisinde önlemeye dair yazdığı yazılarla çığır açan Caplan'ın (1964) *Üçüncül Önleme* adını verdiği tedavi, bu Bölüm ile 17 ve 18. Bölümlerde buraya kadar sunulmuş olan çeşitli müdahalelere işaret eder. Tedavi, ruhsal bozuklukların tedavisidir ve yalnızca gelecekte ortaya çıkabilecek ruhsal rahatsızlık sorunlarını önlemeyi amaçlamaktadır. Bu anlamda tedavi, bir bozukluğun şiddetini veya direncini azaltmayı ya da ortaya çıkışları arasındaki süreyi azaltmayı amaçlar. Toplum psikolojisinin odaklaştığı ise bu değildir.

SÜRDÜRME

DSM IV'teki tanısal düzeylerle tanışan ve rahatsızlığı ısrarlı olan hastalar için uzun süreli olma temeline dayalı müdahaleler sağlanmıştır. Sürdürme (maintenance), kronik veya halen sürmekte olan bozukluklar için nüksetmeyi önleme çabasıyla yapılan sürekli tedavidir. Örneğin, çabalar hastanın ilaç düzenine uymasını sağlamaya veya artırmaya yönlendirilebilir. İleride açıklanan uğrak evleri, sürdürmenin sonraki-bakım için diğer bir örneğidir.

ÖNLEME

Önleme (prevention), halen mevcut olan bozukluk veya vak'alarına odaklaşmak yerine,

nüfusta yeni görülen sosyal ve duygusal sorunların veya bunların görülme sıklığının azaltılmasına yönelir. Daha önceleri **birincil önleme** diye anılan bu çabalar, bir bozukluk ya da rahatsızlığın ortaya çıkmasından önce yer alırlar. Tedavi, mevcut bir ruh sağlığı sorunu için yardım almak üzere sevk edilen veya kendileri başvuran bireylere (veya küçük gruplara) tipik olarak sağlanırken, önleme, okullar gibi çoğunlukla klinik yapısı olmayan çok daha geniş sosyal ortamlarda yer alır. Toplum psikolojisinde önleme, sıklıkla, geniş grupları ve sosyal sistemleri kapsadığı için genellikle bir çokdisiplinli yaklaşımı gerektirir. Böylece anormal psikoloji ile kriminoloji, gelişimsel psikoloji, epidemiyoloji -fiziksel ya da ruhsal bozukluğun evrendeki dağılımını veya yaygınlığını inceleyen bilim dalı- ve eğitim alanları arasında yararlı bir etkileşimi sağlamaya hizmet eder.

Önlemenin genel başlığı altında çok daha iyi, belirginleştirici ayrımları yapılabilir. Bir önleyici müdahale, evrensel, seçici ya da odağı belirgin olabilir (Mrazek ve Haggerty, 1994). *Evrensel* bir önleme müdahalesi, risk altında oldukları belirlenen bireyleri temel almayan tüm evreni hedefler. Bu yaklaşım, bir sorunu geliştirmesi bakımından kimin göreceli olarak daha fazla risk taşıdığına dair varsayımda bulunmaz ve genel nüfusa yönelik mesajlar taşır. Örneğin, madde kötüye kullanımının sonuçlarına ilişkin televizyon seri reklamları. *Seçici önleme* müdahalesi, nüfusun, bir ruhsal ya da davranışsal sorunu geliştirme riski anlamlı bir ölçüde ortalamadan daha yüksek olan bir alt grubunu hedef alır. Örneğin, gençlik suçlarına bağlı olarak bir okulda, okulu terk veya bırakma oranı yüksek olabilir; akademik becerileri iyileştirmek için düzeltici program veya talimatların verilmesi, önleme çabalarıdır. *İşaret eden önleyici* müdahaleler, bir zihinsel bozukluğun işaretini veren, belirtisini veya yatkınlığını gösteren; ancak bozukluğun tanısal ölçütünü henüz tam olarak yerine getirmemiş kişileri hedefler. Aile tarihçesinde dikkate değer ölçüde ruhsal bozukluk bulunan bir kişi, işaret eden önleyici müdahale türü için uygun bir hedeftir. Örneğin, her iki ebeveyni de şizofreni hastası olan bir genç oldukça yüksek risk taşır.

Çevredeki zorlayıcı (stresli) ve yoksunluk koşullarını değiştirme ve insanları güçlendirme yoluyla onların zorlanmalara direnebilmeleri ve güçlüklerle başa çıkabilmelerinin sağlanması, önlemenin başlıca iki aracıdır. Kalabalıklaşma, evsizlik, iş ayrımcılığı, fakir oyalayıcı eğlence olanaksızlıkları, yetersiz okul müfredat programları, vb. dikkatin yöneltildiği bazı örneklerdir. Kalıtımsal danışmanlık, kent-içi annelerin doğum öncesi bakımları, okul yemekleri, vb. de önleme tedbirleridir.

Toplum psikologları çabalarını önlemeye yöneltseler de, önleme çaba ve faaliyetlerinin hepsi de toplum psikolojisi kapsamına girmezler ya da sadece onun yetki alanında sayılmazlar. Özel çalışan bir klinik psikolog, ücretini ödeyen sağlıklı bir hastasını, kalp hastalıklarını önlemek için, onu, yeme alışkanlıklarını ve yaşam tarzını değiştirmesi yönünde teşvik edebilir. Bu davranışsal tıbbi yaklaşım, toplum psikolojisinin sınırları içinde görülmez. Mednick'in şizofreni için olası bedensel yatkınlık yüksek-risk araştırması gibi, biyolojik yönelimli psikopatoloji araştırmaları, uzun vadede önleme amacını taşısa da, çok nadir olarak toplum psikolojisi konusu sayılır (belki de sayılmalıdır). O halde önleme, birçok toplum psikolojisi faaliyet ve çabasının önemli bir özelliği olsa da, başka özellikler de yaklaşımı tanımlayabilmektedir. Özellikle, bir sonra tartışılan arama yönelimi ve örgütler ile kurumlara odaklaşma.

TUTUM: BEKLEMEK YERİNE ARAMAK

Şimdiye kadar üzerinde durulan neredeyse tüm terapiler, kendilerine, klinik, muayenehane veya hastanelerde randevu alınması yoluyla ulaşılabilen, yüksek dereceli uzmanlarca icra edilmişlerdir. Bu uzmanlar, kendilerine başvuran ya da mahkemelerce sevk edilen bireylere yardımcı olmaya çalışırlar. Hizmetlerin bu biçimde verilişi, *bekleme tarzı* çalışmayı içerir (Rappaport ve Chinsky, 1974). Bunun aksine toplum psikolojisi (her zaman olmasa da), *arama tarzında* çalışır. Yani, bir gün psikolojik anlamda sorunları olabileceğine inanılan kişiler, genelde psikologlar, psikiyatrlar ve sosyal çalışmacılarca denetlenen meslek-dışından (para- profesyonel) olan toplum çalışanları tarafından aranıp bulunurlar.

Rappaport ve Chinsky (1974), her türlü ruh sağlığı bakımının, 'sunma' ve 'kavramsal' olarak iki bileşenin olduğunu ileri sürerler. Sunma (delivery) bileşeni, aramak ve beklemek arasındaki farklılığa ilişkindir; yani hizmetlerin elverişli yapılabilmesine ait *tutumlardır.* Belirtildiği gibi toplum psikolojisi, genellikle arama yönelimlidir. Kavramsal bileşen, hizmetlerin *kuramsal*

ve *veri-tabanlı* temellerinden oluşur, iki olası kuramsal yaklaşım, psikanalitik ve öğrenme yaklaşımlarıdır. Örneğin, insanları güvenli cinsel davranışlara iknâ edici kitle medya kampanyası, toplum psikolojisinin arama tarzına uyar. Ancak ileti veya mesajların ne kadar *belirgin/eştirilerek* ifade edildikleri ise kavramsal tarza girer. Bir atılım, psikanalitik yaklaşımı esas alarak, cinsel dürtülerin cinsel olmayan uğraş veya meşguliyetlere dönüştürülmesini vurgularken, başka biri bilişsel davranışçı doğrultuda insanların güvenli olmayan cinsel faaliyet veya arayışlarını azaltabilmeleri için atılganlık becerilerini kazanmalarının gerekli olduğunu varsayar. Bu iki kampanya değişik türde mesajlar dağıtırlar ama her ikisi de toplum psikolojisini iletir. Belirli bir kavramsal yönelimin, bir sunma, götürme üslubuna diğerinden daha uygun olup olmadığı sorusu ise apayrı ve önemli bir konu olup, toplum psikologları ve psikiyatrlar arasında süregelen tartışmaların da nedenidir.

DEĞERLER VE "NE ZAMAN MÜDAHALE EDİLİR?" SORUSU

Bu alanın önde gelen yazarlarından Rappaport (1977), toplum psikolojisini anlamanın başka bir yolunu önermiştir. Toplumun dört aşamadan oluşan bir bütün olarak görülmesini önermiştir: birey, küçük grup, örgüt ve kurum. Terapistler, insanlar için edindikleri gayelerine dayanarak belli bir düzeyde müdahalede bulunurlar. Örneğin, insan sorunlarının *doğasında bireysel olduğu* düşünülebilir ve bu nedenle de tedavi insanı değiştirmeye odaklaşır. Bu tedavi bir dizi yol kat eder -davranışçı terapiden psikanalize ve kemoterapiye kadar- ancak tüm bu müdahale yollarında toplum iyi olarak ve insanlar da ona uyma gereksinimi içinde ele alınır.

Buna alternatif olarak, insan sorunlarının *kişilerarası zorluklardan* türediği varsayılabilir. Örneğin, aile içindeki, iş yerindeki ve başka *küçük gruplardaki* çatışmalar. Terapist, grup üyelerine, daha iyi iletişimde bulunabilmeleri için aile ve etkileşim terapisi uygular. Terapist, sadece bireyi değiştirmeye çalışmaz, çünkü sorunun grup süreçlerinde yer aldığı varsayılır. İnsanın yaşadığı sorunların altında *örgütlerin* yattığını düşünen psikologlar, okullar, hapishaneler gibi birimlerin işleyiş biçimlerini suçlarlar. Örneğin okulda başarısız olan bir çocuğa yardım etmek için toplum psikologları, okul müfredatını ve okul müdürüyle öğretmenlerin nasıl bir uygulama içinde olduklarını incelerler; öğrenciye düzenli iyileştirici ders vermezler. Toplum psikolojisi hem bu düzeyde, hem de yakından ilgili olan fakat daha soyut ve her şeyi içeren *kurumsal* düzeyde çalışır. Kurumlar, okul binaları ve hapishaneler gibi fiziksel varlıkları değil ama toplumu karakterize eden temel değerleri ve ideolojileri, onun dinini ve politikalarını ifade eder. Örneğin, toplum psikoloğu, halkın ve insanların refah ve gücün dengesiz veya haksız dağılımından dolayı mutsuz olduğunu iddia edebilir. Bundan böyle mesleki çabalar, siyasi partileri, mahkemeleri, vb. işlevlerinde daha etkili olmaları için teşvik etmek değil; gaye ve hedeflerini, temel sayıltılarını, refah ve gücün daha hakça ve eşitlikçi bir sosyal dağılım için çalışmaları yönünde değiştirmeleri için cesaretlendirmeye yönlendirilir.

Rappaport'un analizi, neden bazı toplum psikologlarının bireysel veya grup terapilerinde sabırsız olabildiklerini açıklamaktadır. Sorunların bireyde veya küçük bir grupta olduğuna inanmamakta ve bu düzeye odaklanmakla terapistin "kurbanı suçladığını" (Ryan, 1971), örgüt ve kurumların gerçek sorunlarını göz ardı ettiğini iddia ederler. Toplum psikologları, sosyal sorunlara geniş bir yelpazede arama üslubuyla yaklaşır ve çalışırlar; bir takım bireysel veya grup terapistlerinin yaptığı gibi siyasi ve ahlâki anlamda tarafsız olduklarını söyleyen sahte tavırlar sergilemezler.

TOPLUM PSİKOLOJİSİNİN FAALİYETLERİ

Burada, etkililiği görgül olarak değerlendirilmiş olan projelere ve bu alan hakkında bir fikir verebilecek geniş konu başlık yelpazesine odaklanılacaktır.

İNTİHARI ÖNELEME MERKEZLERİ VE TELEFONDA KRİZ HİZMETLERİ

Birçok intihar önleme merkezi, 1958'de Farberow ve Schneidman tarafından kurulan Los Angeles İntiharı Önleme Merkezi'ni örnek almıştır. Şimdilerde Birleşik Devletler'de 200'den fazla bu tip merkez bulunmakta; yurt dışında da bir o kadar bulunmaktadır (Lester, 1995). Çoğu meslekten olmayan ve psikologlar ve psikiyatrların gözetim ve denetimi altında çalışan personeliyle bu merkezler, 24 saat boyunca intihar krizlerinde danışmanlık hizmeti verirler. Genellikle ilk bağlantı telefon aracılığıyla olur. Merkezin telefon numarası toplumda çok iyi duyurulmuş olur. Çalışan, merkezi arayan kişinin

ne dereceye kadar ciddi bir intihar girişiminde bulunabileceğini tartıp değerlendirmeye çalışır ve en önemlisi, onunla kişisel iletişim kurmaya ve onu intihar kararından vazgeçirmeye çalışır (daha önce ele alınan intiharı önleme konusunu hatırlayınız, Bkz. Bölüm 10)

Bu gibi toplumsal olanaklar, potansiyel olarak çok değerlidirler, çünkü intihara kalkışanlar yaşamlarına son vermeden önce uyarmada bulunurlar -yardım isterler. Yaşama ya da ölme konusunda yaşanan iki karşıt duygu, intihar etme durumunun ana dönemeç noktasıdır (Schneidman, 1976). Çoğunlukla dikkat öncelikle akraba ve arkadaşlara yöneltilir, ancak birçok potansiyel intihar kurbanı bu duygusal destek kaynaklarından uzaklaşmış durumdadır. İşleyen bir sıcak-temas (hot-line) hizmet hattı bu kişilerin yaşamlarını kurtarabilir.

İntihar kurbanları, yaşayan ve onunla temas halinde olan kimseleri de içerir (özellikle, talihsiz %25'e giriyor), yani kurbanla intihar eyleminin gerçekleştirildiği an veya onunla konuşuyorken olay yer almışsa (Andress ve Corey, 1978). Bazen bu olayı yaşayan kişiler, terapistler veya hastane acil servis personeli de olabilmektedir. Bu kişilerin hepsi de güçlü suçluluk duyguları yaşamakta, kendi içinde bir çatışmaya girerek, intiharı önlemek için "başka ne yapabilirdim?" gibisinden kuşkulu düşüncelere kapılmaktadır. Suçluluk ve öfke baskın olabilmektedir. Bu gibi birçok nedenden dolayı intihara tanık olanların ve geride kalanların olayla hesaplaşmalarında kendilerine yardımcı olunması için arkadaş veya yaşıt desteği sağlayan gruplar vardır. Bunlar sosyal destek verir, duyguların açığa vurulmasına olanak tanır, yapıcı bilgi sağlar ve eğer gerekiyorsa uzmanlara sevk ederler (Fremouv ve ark., 1990).

İntiharı önleme sıcak temas telefon servisleri paraprofesyonellerce işletilir ve toplum psikolojisinin bir örneğidir.

İntihar üzerinde kontrollü araştırmalar yapmak çok zor olup sonuç çalışmaları da tutarsız sonuçlar vermiştir. İntiharı önleme merkezlerinin etkililiği üzerinde yapılmış olan beş çalışmanın meta-analiz sonuçları, hizmetin götürülmesinin ardından intihar eyleminde düşüş olduğuna dair bir oran vermemiştir (Dew ve ark., 1987). Buna benzer olumsuz bulgular en son olarak Kanada'dan rapor edilmiştir (Leenars ve Lester, 1995). Ne var ki başka bir çalışma da birkaç kentte önleme merkezlerinin kurulmasını izleyen yıllarda intihar oranlarında düşmenin olduğunu göstermiştir (Lester, 1991). Tekrar, çatışmalı ve belli bir sonuca götürmeyen kanıtlarla karşı karşıyayız. İnsan yaşamı değerlidir; dolayısıyla önleme merkezlerini arayan birçok insan girdikleri intihar krizini atlatabilsinler diye, bu çabalar hep sürecektir.

ZARAR VERİCİ YAŞAM TARZLARININ KİTLE EĞİTİMİ VE MEDYANIN KULLANIMI YOLUYLA DEĞİŞTİRİLMESİ

Yüksek tansiyon ve koroner kalp yetmezlikleri gibi kalp hastalıkları Amerika Birleşik Devletleri'nde başka hiçbir hastalığın olmadığı kadar fazla ölüm nedenidir. Birçok yünüyle zengin ve endüstrileşmiş toplumun yaşam tarzı,-fiziksel harekete az gereksinim duyma ve yağdan zengin, yüksek kalorili yiyeceklerin tüketilmesi-kalp hastalıklarının hazırlayıcısı olmaktadır. Zararlı yaşam tarzlarının değiştirilmesi çabalarında bir yol, insanları, bu gibi hastalıklara yakalanma risklerini azaltmaları için neler yapabilecekleri konusunda bilgilendirmek üzere, kitle iletişim yolunun kullanılmasıdır.

Nathan Maccoby (Maccoby ve Altman, 1988) tarafından yönetilen Stanford Kalp Hastalıklarını Önleme Programında çalışan bir grup araştırmacıdan bir psikolog, yapılan çalışmalarda iletişimi kaydetme görevini üstlenmiştir. Three Communities Projesi için medya kampanyası ve doğrudan, yoğun, yöneltici programı seçmişlerdir (Maccoby ve Alexander, 1980; Maccoby ve ark., 1977; Meyer ve ark., 1982).

Kuzey Kaliforniya'daki üç kasaba, araştırmaların uygulama alanı olarak seçilmiştir. Bunlardan Watsonville ve Gilroy deneysel kasabalar; Tracy de kontrol kasabası kabul edilmiştir. İki yıl boyunca her iki deneysel kasaba, kitle iletişim kampanyalarının halkı kalp hastalıkları konusunda bilgilendirme bombardımanına maruz

bırakmıştır (bu bir evrensel önleme müdahalesine örnektir). Kampanya, televizyon ve radyo programlarında, haftalık gazete sütunlarında, gazete ilanlarında ve öykülerde, insanları sigara içmeme, spora daha çok yönelme ve kolesterolü düşük yiyecekleri tüketmeye zorlayıcı biçimde yürütülmüştür. Otobüslere ve dükkânlara asılan posterlerde özet şeklinde ve grafiklerle can alıcı bilgiler iletilmiştir. Örneğin, sarısı kolesterol yününden zengin olan yumurtanın daha az yenmesi gibi. Buna ek olarak seçici bir önleme müdahale programı da Watsonville'lilerden kalp hastalıkları için yüksek risk taşıyan bir örneklemin, grup görüşmeleri ve bireysel ev danışmanlığı bazında yoğun bir yönlendirmeyi, on haftadan fazla bir süre almalarını içermiştir. Araştırmacılar, bilgi (örn., yağ ve kolesterolü düşük yiyeceklerin nasıl seçilip hazırlanacağı) ve yüz yüze görüşmelerde verilen yaşam tarzını değiştirmeye yönelik teşvik ve öğütlerin, kitle iletişim kampanyalarından sağlanacak yararlara herhangi olumlu bir katkısının olup olmadığını incelemek istemişlerdir.

Kontrol kasabası Tracy, diğer iki deney kasabasından oldukça farklı kitle hizmetlerine sahipti. Tracy, Watsonville ve Gilroy'dan bir sıra alçak dağlarla ayrılmaktaydı ve bu yüzden de o sırada, tamamen ayrı bir yerel televizyon istasyonu bulunmaktaydı. Tracy'nin halkı tabii ki iki araştırma yılı boyunca kasabada hapis yaşamı sürdürmediler. Ancak çoğu zaman medyaları aracılığıyla diğer iki deney kasabasına sağlanan bilgileri alamadılar. Her üç kasabada da bir ölçüde İspanyolcanın bir kesim tarafından kullanılması nedeniyle tüm medya bilgilendirmesi hem İspanyolca hem de İngilizce olarak yapıldı.

Bulgular, Watsonville ve Gilroy halkının, kalp hastalıklarına ilişkin risk etkenleri hakkında bilgilerini anlamlı düzeyde arttırdıklarını; kontrol kasabasında ise böyle bir kazancın olmadığını göstermiştir. Yumurta tüketimine ve biçimine ilişkin eski yeme alışkanlıklarında Watsonville ve Gilroy'da Tracy'e oranla bir düşme gözlenmiş ve yine kontrol kasabasındaki hafif artmaya karşın, her iki deney kasabasında klinik olarak anlamlı düzeyde, kan basıncı ölçülerinde -tansiyon- düşme gözlenmiştir. Watsonville'de özel ve yoğun yönlendirici eğitim programına katılan yüksek-risk grubu oluşturan kişilerin, yumurta tüketme alışkanlığı ve tansiyon programından daha da fazla yararlandıkları gözlenmiştir. Sonuç olarak araştırmacılar, kasabaların, kolesterole bağlı yüksek kan basıncı düzeyleri, sigara içme ve yeterince spor yapmama gibi bilinen birkaç fiziksel risk etkeninin ağırlıklı ortalamalarını genel risk ölçümü olarak kabul ettiler. Deney kasabalarındaki insanlarda önemli bir bulgu olarak, yüksek anlamlılık düzeyinde düşüşler saptadılar. Bu sonuç, daha önce kalp hastalıklarında risk etkenlerini araştıran Framingham, Massachusetts, boylamsal çalışmasından bu yana, elde edilen en önemli bulgudur (Truett, Cornfield ve Kannel, 1967). Adı geçen çalışma, on iki yıllık bir süre için kalp hastalığının ortaya çıkışını çok iyi yordayan risk puanlarını vermiştir.

Bu olumlu bulgular Stanford Beş Kent Projesi adı altında daha iddialı geniş ölçekte programların başlatılmasını sağlamıştır. Bu projede yüzyüze görüşmeyle yöneltme programı, okullar, üniversiteler, hastaneler ve iş yerleri gibi çeşitli toplum ortamlarına, genişletilmiş ve değişik yaş gruplarına da dâhil edilmiştir. Önemli olan hedef, eğitim programını, mevcut toplum örgütlerine sindirmek ve böylece araştırmacılar sahneden çekildikten sonra yararlı etkilerin süreğenliğini sağlamaktır (Altman, Flora ve Farquhar, 1986). Bağımlı değişken veya ölçümler, o sırada kalp hastalığına dair yakınmalar ve ölçümleri kapsamaktaydı. 1970'de başlayıp 1990'lara kadar süren araştırmada, sigara içme, yüksek kolesterol düzeyleri, fiziksel aktivite azlığı ve yüksek tansiyon gibi birkaç risk artırıcı etkenin de, müdahalelerin etkililiğini gösteren anlamlı düşüşlerin olduğunu destekleyen sonuçlar elde edilmiştir (Farquhar, 1991; Farquhar ve ark., 1990; Jackson ve ark., 1991; Maccoby ve Altman, 1988; Schooler, Flora ve Farquhar, 1993).

Stanford grubunun, Finlandiya'daki benzer projelerin (Tuomilehto ve ark., 1986) ve Güney Afrika'dakilerin (Farguhar ve ark., 1990) çalışmaları, toplum psikolojisi faaliyetleri adına elde

Toplum psikologları tarafından, iletişim ya da medya kampanyaları, sağlık üzerinde olumsuz sonuçları olan davranışların değiştirilmesi için, başarılı bir şekilde kullanılmışlardır.

edilen sonuçlar, sade insanların, kendilerine sunulan iyi ve doğru düzenlenmiş kitle iletişim malzemelerinden ve geniş-açılı eğitim programlarından bir şeyler öğrenerek kalp hastalığı risklerini azalttıklarını göstermeleri bakımından çok önemlidir. Bu çalışmaların çok yıla dağılmış olmaları dikkate değerdir ve psikolojideki deneysel çalışmalara bakıldığında oldukça az rastlanan bir durumdur. Ancak, belirli davranış ve tutum örüntülerinin yıllar boyu tekrarlanmasına bağlı olarak ortaya çıkabilecek bazı ciddi sağlık sorunları için, beş, altı ya da on yıllık süreler çok sayılmamalıdır.

Bu gibi toplum temelli programların, tek başına tıbbi uygulamalarla ulaşılabilecek sonuçların ötesinde, birçok hastalığın ortaya çıkmasını ve ciddileşmesini azaltmada büyük bir potansiyel taşıdığı söylenebilir. Çünkü insanın fiziksel sağlığı öncelikle kendi elindedir ve yaşam tarzına ait bazı davranış ve uygulamaları değiştirmek, hastalık risklerini azaltmanın çoğunlukla en iyi yoludur (Bandura, 1986).

İŞYERİNDE DAVRANIŞSAL TIP

Daha önce gözden geçirilmiş olan bazı davranışsal tıp yaklaşımları, çalışanlar için iş yerlerinde şirketler tarafından hazırlanan programlarca yürütülmektedir. Çalışanların kilo vermelerine, daha sık ve düzenli spor yapmalarına, sağlıklı beslenmelerine ve sigarayı bırakmalarına yardımcı olmak suretiyle kalp hastalığını azaltmaya özel bir dikkat gösterilmektedir. Kasların gevşetilmesi, zaman yönetimi ve diğer iş başında karşılaşılabilecek meydan okuyan durumlarla baş-etme işlemlerinin öğretilmesini içeren stres yönetimi de, üzerinde durulan önemli bir konudur.

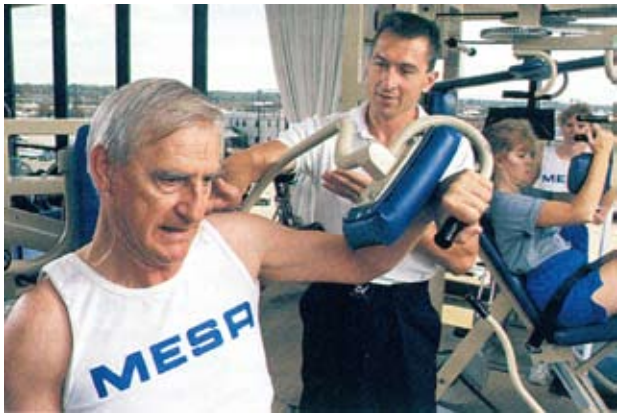
Şimdiye kadar elde edilen sonuçlar karışıktır. Örneğin, her ne kadar kilo verme ve sigara- bırakma programları kısa vadede başarılı oluyorsa da (örn., Jeffrey, Forster ve Schmid, 1989), nüksetme ve programı bırakma oranının %75'lere varması bir istisna değil, neredeyse kural haline gelmiştir. Fakat şirketler, çalışanlarını, kilo vermelerine ve kolesterollerini düşürmelerine bir ödül olarak, örneğin, sağlık sigorta primlerini düşürmek yoluyla teşvik ederse, bu önleyici işyeri programlarının etkililiği artabilecektir. Her şey dikkate alınsa bile bireysel psikoterapilere getirilen eleştirilerin benzeri, bu programlar için de geçerli olmaktadır: kişi, tedavi ortamının dışında, programın amaç ve hedefleriyle uyuşmayan ve onu desteklemeyen, hatta ona karşı olan etkenlerle karşılaştığı sürece, bu gibi çaba ve gayretlerin başarısı sınırlı olmaya mahkumdur.

OKULLARDA ÖNLEYİCİ MÜDAHALELER

Toplum psikolojisinde yer alan önleyici müdahaleler, pratik ve kuramsal nedenler dolayısıyla sıklıkla okul ortamlarında yürütülmektedir. Çocuklar ve ergenler haftada otuz saat veya fazlasını okulda harcamaktadırlar. Bu da programların oldukça kontrollü koşullarda yürütülebilmesine olanak tanımaktadır. Daha önce, ortaokul öğrencilerinin sigaraya başlamalarını önleme amaçlı programları gözden geçirmiş, incelemiştik (Bkz. Bölüm 12).

Günlük sorunları ve evden, bilmedikleri ve hiç tanımadıkları insanlarla etkileşecekleri okula gitmek üzere, ilk kez ayrılan çocukların hemen hepsinin karşılaştığı sosyal sorunları çözme yollarını öğretmek için düzenlenmiş bir programda (Shure ve Spivack, 1988), daha küçük çocuklar hedef alınmıştır. Shure ve Spivack, çocuklara, bu yeni karşılaşmaları ve etkileşmeleri yönetebilmeleri için sorunların üstesinden gelme veya onları çözme becerilerini öğretmişlerdir (daha önceki çalışmaları, 18. Bölümde incelenen, yetişkinlerde sosyal problem çözme terapilerinin temelini atmıştır). Çocuklar, bir sorunla karşılaştıklarında seçenekleri gözden geçirme ve dürtüsel davranışlarda bulunmadan önce durmaları yönünde teşvik edilmiş, yönlendirilmişlerdir. Aynı zamanda da saldırgan ve kavgacı davranışların, ortadaki çatışmaya çözüm getirmek yerine nasıl karşı-saldırgan davranışlar gibi istenmeyen sonuçlara yol açabileceği hatırlatılmıştır. İki yıllık bir izlemede, kendi öğretmenleri tarafından öğretilen bu becerilerle donanan çocuklar, daha az zarar verici davranışlar göstermişler ve bu çocukların okulda müdahalenin olmadığı kon-

Ortak sağlık programları iş stresini azaltmak, sağlığı düzeltmek ve verimliliği artırmak için düzenlenir.



trol grubundan daha huzurlu ve rahat oldukları gözlenmiştir.

BAKIM SONRASI VE YARIYOL EVLERİ

Bazı kimseler artık hastanede kalmayacak kadar iyileşir. Ancak yine de kendi kendilerine yaşamayı, hatta aileleriyle birlikte bile, bağımsız sürdürülebilecek işlevleri yerine getiremezler. Bu gibi insanlar için yarıyol (halfway) bakım evleri vardır. En klasik örneği Fairweathers'in "Toplum Evi"dir (Fairweather ve ark., 1969). Bunlar, tipik olarak geniş, daha öncesi özel kişilere ait olan mekânlardır. Buralarda hastalar yaşar, yemeklerini yer ve yavaş yavaş yarı-zamanlı iş bulduklarında bu işlerine ya da okullarına dönmek suretiyle sıradan toplum yaşamına katılırlar. Yaşama düzenleri göreceli olarak pek yapılandırılmamıştır. Bazı evler, sakinlerini desteklemek ve eğitmek için para- kazandırıcı girişimler başlatmıştır. Bu tip bakım evlerinin sermayesi ne kadar iyi olursa, çalışanları arasına o kadar psikiyatr ya da klinik psikologları katabilir. En önemli personel üyeleri meslekten olmayan (paraprofesyonel), çoğunlukla evde barınan ve hem idareci hem de ev sakinlerine arkadaşlık eden klinik psikolojisi veya sosyal çalışma alanlarında yüksek lisans öğrenimlerini sürdüren öğrencilerdir. Ev sakinlerinin karşılaştıkları engelleri dile getirdikleri ve başkalarıyla dürüst ve yapıcı bir şekilde ilişki kurmayı öğrendikleri grup toplantıları, düzenin bir parçası haline gelmiştir.

Ulusun, iyileşmiş ya da iyileşme sürecinde olan ruh hastaları için etkili bakım ve izleme evlerine olan talebi hafife alınmamalıdır. Özellikle, kuruma-kapatma anlayışından kurtulma yaklaşımları doğrultusunda onbinlerce hastanın kapalı hastanelerden taburcu edilmesinden sonra, bu gerçeklik çok açık hale gelmiştir. Otuz yıl önce olsaydı, bu insanlar hâlâ kapalı hastanelerin koruması altında oralarda tutuluyor olacaklardı. Her ne kadar, ruh hastalarını, önlemsiz ve hatta zarar verici alıkoymalardan koruyucu insan hakları hususları çok önemli olsa da -20.bölümde derinliğine ele alınan bir konu-, taburcu etmek de, iyileşmiş olsalar da daha önce hasta olanların kendi başlarının çaresine bakmaları için sokaklara bırakılması ya da döner-kapı (revolving door) sendromu denen, yeniden hastaneye yatmaları anlamına gelmektedir. Taburcu işlemi arzulanan bir hedeftir; ancak eski hastalar genellikle toplum içinde izlenme hizmetleri doğrultusunda yaşama gereksinimini duymaktadırlar ki, bu tür hizmetler çok yaygın değildir.

Bakım sonrası veya izlemeye ilişkin bir model, 18. Bölümde tartışılan Paul ve Lentz'in (1977) yapmış olduğu karşılaştırmalı bir tedavi çalışmasında sunulmuştur. Programın kapsamındaki, hastane veya koğuş-içi sosyal öğrenme, çevre veya ortam (milieu) tedavisi ya da olağan hastane yönetiminden herhangi birinden taburcu olma sonucu ayrıldığı zaman hastalar, genellikle yakınlarda bir yerlerdeki yatılı evlerde kalmaya başlamışlardır. Bu evler, daha çok motelden dönme olup, personeli, Paul ve Lentz Projesinde eski hastaları sosyal öğrenme ilkelerine göre tedavi etmek üzere eğitilmiş çalışanlardan oluşmaktadır. Bazıları B.A dereceli olan çalışanlar eski hastalara ve özel sorunlara odaklaşmışlar, daha bağımsız olmaları ve normal işlevlerini yerine getirebilmelerini teşvik etmek için jeton (token) uygulamasını da içeren ödül verme işlemini kullanmışlardır. Kalanların uygun davranışları olumlu pekiştirmeye tabi tutulurken, uygun olmayan, tuhaf davranışlara pek ilgi gösterilmemiştir.

Dikkatli ve sürekli bir değerlendirme yapıldığından, çalışanlar tarafından belli bir hastanın neyi, nasıl ve ne zaman yaptığı her zaman bilinmektedir. Ruh sağlığı merkezi projesi -bu çok büyük önem taşımaktadır- bu yatılı evlerde çalışanlara, eski hastalarla olabildiğince etkili çalışabilmeleri için yardım etmek üzere danışmanlık rolünü yerine getirmişlerdir. Bazı yatılı evler, sağlık sisteminin bir parçası olarak, devlet tarafından para desteği görmektedir; ancak, bu evlerin çok azında işlemler meslekten olan ruh sağlığı çalışanlarınca titizlikle planlanıp izlenmektedir.

Çalışanların gelmemesi gibi gündelik birçok soruna karşın, sonuçlar, koğuş veya hastane içi sosyal öğrenme programları kadar olumludur. Eski hastalar bakım ve izlemeden belirgin bir yarar elde etmişler; sosyal öğrenme koğuşlarından taburcu edilen hastaların %90'ı bu toplum bakım evlerinde 1,5 yıllık izleme süresince kalabilmişler; bazıları ise 4 yıl veya daha fazla da kalmışlardır. Bu süre içinde döner-kapı sendromu durmuştur. Sonuç olarak toplum kaynaklarının ve sermayesinin sınırlı olduğu bu günlerde elde edilen dikkate değer bir bulgu, bakım sonrası veya izleme ile birleşen ruh sağlığı merkezi tedavi yaklaşımını içeren sosyal öğrenme programının kurumsal bakımdan (hastane) çok daha ucuz olduğu görülmüştür.

Hastane olmayan yaşama alanlarında hayata geçirilen, çevre veya ortam terapisine da-

yalı toplum programlarından da cesaretlendirici bulgular rapor edilmiştir. Mosher ve arkadaşları (Mosher ve Burti, 1989; Mosher ve ark., 1986), personeli iyi, yatılı bir kurumdan benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Burada kalan hastalar ilk psikotik ataklarını geçirmekte olan genç yetişkin hastalar olup, bu nedenle Paul - Lentz projesindeki kronik hastalardan çok değişiktirler. Bu hastanede tedavi, daha çok psikoterapötik ilaçlara ağırlık vermekteydi. Öte yandan Jones'un terapötik topluluk ilkelerini uygulayan, daha önce üzerinde durulan alternatif bir kurulum da yer almaktaydı. Topluma dayalı programdan alınan olumlu sonuçlar, hastaneye yatırmanın bazı akut hastalar için gerekli olmayabileceğini ortaya koymaktadır.

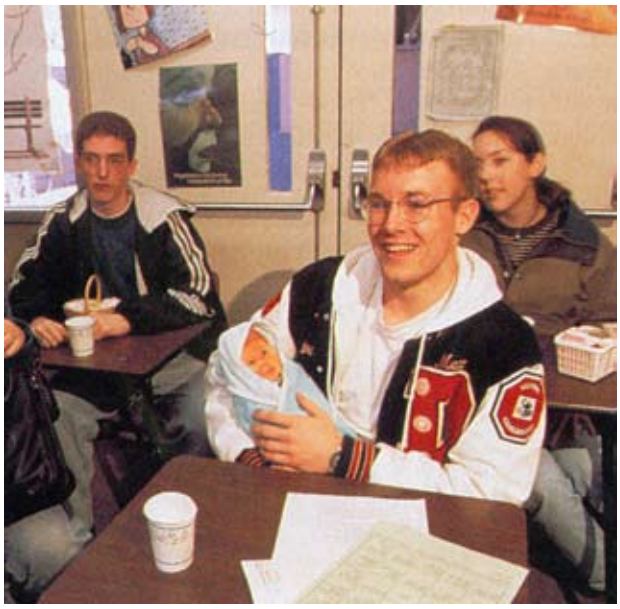
YETERLİK ARTTIRMA VE AİLE SORUNLARI

Yeterliğin geliştirilmesi, bireyin uyumsal başa çıkma kaynaklarını ve yeterliklerinin geniş bir çevresel zorlanma menzilini yönetebilmek için artırılması anlamına gelmektedir. Bu tür yeterlikler, özellikle yaşamda yer alan değişim veya geçişleri karşılamada başarı sağlamak için önemlidir (bkz. Felner, Farber ve Primavera, 1983). Örneğin, ortaokul veya liseye başlarken, ana-baba olmada ya da yeni bir işe başlama gibi geçişlerde kişinin sosyal çevresine büyük değişiklikler katılır. Bu değişiklikler, sıklıkla farklı yeterlikler veya beceriler gerektirir. Yeterliklere örnek olarak sorun çözme ve karar verme becerilerini, atılganlığı ve stresi yönetme sayılabilir (Botvin ve Tortu, 1988; Caplan ve ark., 1992; Shure ve Spivack, 1988; Weissberg, Caplan ve Harwood, 1991).

Cinsel olmayan çocuk istismarının, suçu işleyen, kurban ve diğer aile fertleri üzerindeki olumsuz etkileri, bu sorunu sosyal ve psikolojik önemi açısından dikkat edilmesi gereken sorunlardan biri olarak öne çıkarmaktadır. Bir dizi önleyici yaklaşımlar üzerinde çalışılmıştır (Rosenberg ve Reppucci, 1985). Bir yaklaşım, ebeveyn becerilerini eğitsel yolla artırmayı içerir. Böylece, çocuk yetiştirmenin çeşitli çeldiricilerine alışma ve daha az göz korkutucu olması sağlanabilir. Ebeveynler eğer çocuk gelişiminden neler beklenebileceğini bilirlerse -örneğin, 2-3 yaş çocuklarının her şeyin aksini yapma ve bencilliklerinin normal olması,- çocukları bu tür davrandıklarında onlara daha az olumsuz tepki göstermelerini sağlayabilir. Ayrıca, çocuklarının davranışlarıyla nasıl başa çıkacaklarını ve onları itici olmayan yollarla nasıl kontrol edeceklerini öğrenmek, ebeveynlerin daha az duygusallıkla davranarak zorlayıcı ve fiziksel cezaya başvurmamalarına yardımcı olabilir. Bazı programlar, atılgan, sorun çözme modeli sunan canlı veya video kayıtlardan, kısa oyunlar veya skeçlerden yararlanır (Gray, 1983; Rosenberg ve Reppucci, 1985 tarafından rapor edilmiştir). Birkaç geniş ölçekli programdan alınan sonuçlar, olumlu tutum değişikliklerini önermişse de çocuk istismarını azaltıcı gerçek etkileri henüz gösterilememiştir (Wolfe, Repucci ve Hart, 1995).

Benzer bir şekilde, topluma yaygın iletim ve medya kampanyalarının ve doğrudan sıcak temas telefon hatlarının stres altındaki ebeveynlerin üzerindeki etkisi bağlayıcı gözükmemektedir. Sıcak temas hatları gibi acil kriz hizmetlerinin çocuğun istismarını anında önlemek için daha az kullanıldığına dair göstergeler vardır. Oysa yer almakta olan istismarın sonlandırılması için kurum aramak ya da istismarı bildirmek için bu hizmetlerden daha çok yararlanıldığı gözlenmiştir. Yüksek risk gruplarına, yani çocuklarına kötü davranma ve sorunlarını ihmâl etme gibi çocuğu istismar olasılığı yüksek (örneğin çocuk-anneler veya tek ebeveynler gibi) ailelere yönlendirilen çabalarda daha yüksek oranlarda geçerlik elde edilmiştir. Böyle bir çalışma (Olds, 1984; Rosenberg ve Reppucci, 1985 tarafından bildirilmiştir), bebeğin ilk iki yılı boyunca, diğer doğum sonrası hizmetlere, bir hemşirenin düzenli ziyaretini de eklemiştir. Özel önleme, ebeveynin eğitimini ve sosyal destek ağını geliştirmeyi ve artırmayı içermiştir. Sonuçlar, hemşirenin ziyaret ettiği annelerin çocuklarıyla daha az çatışma yaşadıklarını; onları daha az cezalandırdıklarını ve daha da önemlisi çocuk istismarının ve ihmâlinin kontrollerden daha az olduğunu göstermiştir.

Çocuğun cinsel anlamda istismarının azaltılmasına yönelik bazı çabalar, bedenlerine yapılacak yönelmeleri kontrol etme haklarını ve onları rahatsız edecek şekilde konuşan veya onlara o şekilde dokunan yetişkinlere karşı atılgan davranmaları hakkında bilgilendirilmeleri gibi doğrudan çocuğun kendisini hedef almaktadır. Bu gibi çabaların etkililiğine dair her nasılsa yeterli veri yoktur. Ancak, örneğin, karabasanların açıkça tartışılmasının bazen olumsuz etkilerinin olduğuna dair işaretler ortaya çıkmaktadır. Yaygınlığı nelerin etkilediği pek açık değildir (Reppucci, 1989; Reppucci, Jones ve Cook, 1994).



Ebeveyn olma ve çocuk gelişimine yönelik eğitim, çocuk istismarını önlemeye yönelik toplum psikolojisi yaklaşımıdır.

Toplum psikologları, boşanan çiftlerin çocuklarını da ele almışlardır. Pedro-Carroll ve Cowen (1985) ve Pedro-Carroll (1986), Boşanmış Ailelerin Çocukları için Önleyici Programlarında, okula giden 4., 5. ve 6. sınıf çocuklarından oluşan gruplar, destekleyici grup atmosferlerinde ortak ilgileri tartışır ve öfkenin kontrolü gibi yararlı becerileri öğrenirler. Bunu izleyen bir programda da çocukların bazıları, uzmanlardan oluşan bir panelde çalışmış ve yaşıtlarından gelen, ana-babalarının boşanmalarıyla başa çıkma konusundaki soruları yanıtlamışlardır. Bu gruplara katılan çocuklar, kontrol gruplarına göre, sınıfta daha az uyum sorunu çıkarmışlar ve daha düşük kaygı düzeyi belirtmişlerdir. Benzer programlar da (örn., Stolberg ve Garrison, 1985) teşvik edici sonuçlar bildirmiştir. Bu ve diğer önleyici çalışmaların çoğunda incelenmeyen, bu çalışmaların, psikopatolojinin görülme veya ortaya çıkma sıklığını gerçek anlamda ne kadar azalttığıdır.

İRAN KÖRFEZ SAVAŞINDA STRES ALTINDAKİ ÇOCUKLARA ULAŞMA

1990 Haziran'ının sonlarında, Irak'ın Kuveyt'i işgal etmesi karşısında müttefik güçlerin harekete geçmesi (Çöl Kalkanı Harekatı) ve kısa, ancak yoğun geçen ve havadan yapılan İran Körfez Savaşı (Çöl Fırtınası), 1991 Aralık'ında son buldu. Bu savaşta hizmet veren personelin sahte bir rahatlık içinde oldukları gözlendi. Ne de olsa müttefik güçlerde çok az sayıda ölü veya kayıp vardı; dünyanın her yöresindeki insanlardan güçlü destek geliyordu ve Irak'ı stratejik, teknolojik ve personel üstünlüğü bakımlarından köşeye sıkıştıran bir çarpışma olmuştu. Yine de ruh sağlığı uzmanları, bu savaş için Ortadoğu'ya sevk edilenlerin savaş stresinden; ayrıca ailelerinin, özellikle çocuklarının da, savaşın kendisinin televizyon ekranından evlerin içine kadar anında ve tüm canlılığıyla taşınması nedeniyle korunamayabileceklerini fark etmişlerdir. Vietnam'dakilerden farklı olarak, İran Körfez Savaşı'nda görevlendirilen personel, otuz yaşına yaklaşmış, düzenini kurmuş, sivil yaşamı benimsemiş ve buna alışmış kişilerdi. Pek azı, çok haklı gerekçelerle, böyle bir savaşa aktif görev için çağrılacaklarını ummuştu.

Körfezde yer alan bu meşum olaya karşı Amerikan Psikoloji Derneği ve Kent Devlet Üniversitesi Uygulamalı Psikoloji Merkezi, savaşa bağlı streste iş gücünü, savaş stresini tartışmak ve psikologlara dağıtmak üzere genel bir makalenin basımı için bir grup travma ve müdahale uzmanını hazırladı (Hobfoll ve ark., 1991). Amaçlanan, stresin doğası, önlenmesi ve tedavisi ile travma sonrası stres bozukluğu hakkında bilgi elde etmekti. Bölüm 6'da gözden geçirilen malzemenin çoğunun kapsandığı bu görev gücünde, özellikle ebeveyni binlerce mil uzağa görev için çağrıldığında savaşın tehlikelerine karşı gösterdikleri stres tepkileri gözden kaçabilen ya da yetişkinler tarafından önemsenmeyen çocukların, içinde bulundukları kötü durum hakkında söylenebilecek yararlı şeyler bulunmaktaydı. Başka felaket durumlarıyla başa çıkmalarında da genel anlamda yardımcı olan tavsiyeler şunları içermekteydi:

- Ebeveynler ve öğretmenler, çocukların ilgilendikleri ya da kafalarını kurcalayan şeyleri yargılamadan, empatik anlayışla dinlenmeyi öğrenmelidirler.
- Yetişkinler, çocukların üzüntü ve sıkıntılarını küçümsemeden onlara güven sağlamalıdırlar. Genellikle bir çocuğu, kötü hiçbir şeyin olmayacağına söz vermekle rahatlatmaya çalışmak iyi bir fikir değildir. Daha iyi olan yol, savaşa giden personelin güvenliğini en üst düzeyde tutmak için alınan önlemlerin derecesini belirtmektir -aslında bu, İran Körfez kampanyasının ilk dönemlerinde yapılması pek de kolay olmayan bir şeydi.
- Yetişkinler, savaşla ilgili kendi düşünce ve duygularıyla çocuğu bunaltmamaya sonuna kadar çabalamalıdırlar. Bazen çocuklar büyükleri, özellikle de ebeveynini sıkıntıda görmekten

dolayı strese girerler. Yalnız bu nedenle dahi, yetişkinler, çocukların gereksinimlerini daha iyi karşılayabilmek adına, kendi yaşadıkları zorlukları halletmek için uzman yardımına başvurmalıdırlar[5].

• Yetişkinler, çocuklara, kendine yeterlik (Bandura, 1982, 1997), önündeki yol engebeli de olsa onu aşabilecekleri inancını aşılayabilmelidirler.

• Yetişkinler gibi çocuklar da yardım davranışlarına katılmaktan yarar sağlayabilirler. Örneğin, savaşa gidenlere mektup yazmak, küçük hediyeler göndermek, vb.

İş gücü, sağlık uzmanlarının, kitle iletimi bazında psiko-eğitsel mesajlar ve okullar, toplumsal gruplar, askeri örgütler ve destek grupları aracılığıyla, savaşa bağlı stres hakkında aktif bilgilendirme yapmalarını tavsiye etmiştir. İnsanlar, bunun gibi toplum psikolojisini uzaklara ulaştırma çabalarındaki travma sonrası stres bozukluğunun doğasına ilişkin kuramsal ve araştırma bilgilerinin yanı sıra, onu önlemeye ve iyileştirmeye ait bilgilerden yararlanabilir. Bu uzaklara yönelmiş gayretler, daha güncel olaylar için de kullanılmıştır. 1995'teki Oklahama kenti bombalama olayı ve 1990'lar boyunca devam eden Bosna Savaşı gibi.

TOPLUM PSİKOLOJİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Toplum psikolojisinde ulaşılan sonuçların henüz yeterli olmadığı (Bernstein ve Nietzel,1980; Phares ve Trull, 1997), ancak, son yıllarda bazı projelerin değerlerini gösterdiği ifade edilmektedir.

Önleme çabalarının sınırlı olan etkililiğinin çok az tartışılan bir nedeni, toplum psikologlarının önlemeye çalıştıkları sorunlardan bazılarının sosyal ya da çevresel değişimlemeye, bu bölümde açıklanan toplum temelli müdahalelere hiç dokunmadan bırakılmış belli başlı genetik veya biyolojik öğelerinin olması nedeniyle, hazır olmayışları olabilir. Örneğin, Bölüm 11'de gördüğümüz gibi, şizofrenide bir çeşit biyolojik yatkınlığın olduğuna dair güçlü kanıtlar vardır. Her ne kadar ön hazırlığı veya eğilimi olan birinin günlük yaşamında karşılaşabileceği stres miktarını, çevresel müdahale ile önleme doğrultusunda azaltmak mümkünse de, herhangi bir gerçekçi sosyal değişmenin, stres düzeyini, şizofreni atağının yüksek riskli insanlarda ortaya çıkmasını ya da tekrarlamasını önleyecek miktarlarda aşağıya çekebileceğini düşünmek pek akılcı olmaz. Duygu ifadesini azaltmak için verilen aile terapisi, şizofreni dönemlerin tekrarlanmasında olumlu etki yapacağı belirlenen gerekli bir prototip ölçüt olabilir. Ancak böyle bir yaklaşımı geniş açılı bir ölçekte uygulamak pratikte ne kadar uygun olur?

Toplum psikolojisi çalışmaları özellikle tartışmalıdır, çünkü müdahaleler deneysel kontrollerin sağlanamadığı ve bu nedenle de doğru çıkarsamaların yapılmasının zorlaştığı alanın içinde yer almaktadır (Linney, 1989). Önleyici müdahalelerin etkisi için birçok alternatif açıklama yapılmaktadır. Örneğin okula dayalı bir müdahale programının ardından çete aktivitelerinde bir azalma olursa, gözlenen bu sonuçta bir toplum merkezinin, örneğin YMCA gibi, ya da tek bir öğretmenin bile payı olabilir. Önleme biliminin uygulanmasında dikkate gelen diğer bir husus da yıpranma ya da katılımcılarını kaybetme sorunudur (Mrazek ve Haggerty, 1994). Bir önleyici müdahale programından ayrılanlar, bir şekilde denetlenmelidir; çünkü bu kişiler üst düzeyde risk taşıyor olabilirler ve önleme çalışmalarında en uygun grubu oluşturabilirler.

Görgül sınamaları geçen önleyici müdahale programları gözden geçirilmiş ve iyi örnekleri oluşturmuşlardır. Diğer bazıları da *14 Onsluk Önleme* adlı, Amerikan Psikoloji Derneği'(APA) nin, Önlemede İş Gücü (Price ve ark., 1988) tarafından yaratılan kitapta bulunurlar. APA'nın raporunda bildirilen tüm programlar, alan çalışmalarının karşılaştığı yöntemsel sorunlarla başa çıkmak için, seçkisiz deneysel desenleri ve yaratıcı stratejileri kullanmışlardır.

14 Ons'ta özetlenen vakaların çoğu, daha genellenebilir olumlu sonuçların çoğaltılmasını (belirli bir olumsuz sonucun yer almasını azaltmak yerine) son zamanlarda vurgulayan önleme bilimiyle tutarlı olarak, yeterlik geliştirme programlarıyla ilgilenmektedir. Ancak, genel bir yeterlik becerisi geliştirilmişse bile bunu gösterebilmek zordur; çünkü araştırmacılar, yeterliğin ne ve neden oluştuğu sorusunda (örn., ana-babalık becerisi) anlaşamayabilirler. Bunun aksine, kolaylıkla tanımlanabilecek, davranışı azaltmaya ve böylelikle söz konusu davranışın ölçümünde daha az anlaşmazlığın olabileceği, daha eski görüşlü önleme programları da var-

[5] *Bu, sağlık elemanlarının karşısına genel bir konuyu çıkarmaktadır; yani hastaya her zaman doğru ve gerçek söylenmeli midir? Bu durumda evde kalan ebeveyn, savaş sahnesinde yerini almak üzere giden çok sevdiklerinin başına geleceklere ilişkin üzüntü ve kaygılarını en aza indirerek –hatta saklayarak– çocuğun hizmetinde mi olmalıdır? Hangi noktada çocuğun korunması için gösterilen gayretler pratik ve mantıklı olmayan bir aldatmacaya döner?*

dır. Örneğin okulu bırakma oranındaki değişmelerin ölçülmesi (olumsuz sonuç), amaç-belirleme veya hedef edinme becerilerinin (genel yeterlik becerisi) ölçülmesinden daha kolay olabilir. Bu yeni tartışmalara karşın, birçok önde gelen araştırmacı, yeterlik geliştirmenin toplum psikolojisi için yaşamsal önemi olduğuna inanmaktadır. Önleme bilimindeki araştırma programlarının bir sonraki aşaması, daha boylamsal bir bakış açısını varsaymaktır. Böylece, genel yeterliklerin kazanılmasının, belirli davranışsal sorunların uzun vadede daha az geliştirilmesiyle ilişkilendirilmesi mümkün olabilecektir (Mrazek ve Haggerty, 1994).

TOPLUM PSİKOLOJİSİNDE POLİTİK VE ETİK FAKTÖRLER

Toplum psikolojisi ve daha az olarak da toplumsal ruh sağlığının çalışılması, 1960'larda ve 1970'lerde "ruhsal bozuklukların önlenmesinde toplumsal harekete neden dönüş yapıldığı" sorusunu gündeme getirmiştir. Yanıt oldukça karmaşıktır. Yıllarca psikoterapi hizmeti verenlerin sayısı sınırlı kalmıştır. Çünkü psikoterapi daha çok, genç, çekici, sözel, akıllı ve başarılı kişilere götürülen, üstelik pahalı ve zaman alıcı bir hizmet görünümündedir (Schofield, 1964). Eysenck (1952), çok daha öncelerinde birçok psikoterapi yaklaşımını etkililikleri açısından sorgulamaya başlamıştır. Tedavi görmüş olanların iyileşme oranının, kendi haline bırakıldığında görülen iyileşme oranından daha yüksek olmadığı sonuçlarına ulaşmıştır. Eysenck'in eleştirileri bazı yazarlar tarafından hoş karşılanmamışsa da (örn., Bergin, 1971), bu konudaki düşünceleri ruh sağlığı uzmanları arasında kendine yer bulmuş ve insanı değiştirmeyi amaçlayan psikoterapinin, çoğunluğun psikolojik sorunlarına çözüm getirmede en iyi yolu olamayabileceği üzerinde durulmaya başlanmıştır. Dikkat odağı, bastırmalardan, çatışmalardan ve nevrotik korkulardan, daha geniş ölçekli, yoksulluk, kalabalıklaşma, eğitim olanaksızlığı, ayrımcılık, büyük kentlerde baş gösteren yabancılaşma ve günümüz yaşamında karşılaşılan çeşitli, kişileri aşan türde sosyal ve toplumsal sorunlara kaymaya başlamıştır. Toplum psikolojisinin, önlemeyi vurgulayan yaklaşımı, özellikle A.B.D'de önem kazanmıştır. Bunun nedeni de, sunulabilen ruh sağlığı hizmetleri ile ona duyulan gereksinim çokluğu arasındaki uçurumun büyüklüğüdür (Weissberg, Caplan ve Sivo, 1989).

Birey psikolojisinden sosyal etkenlere kayış, büyük bir olasılıkla zamanın ruhunu (Zeitgeist) ya da akımlarını da yansıtıyordu. 1960'larla 70'ler sosyal başkaldırının ve hareketliliğin en çok yaşandığı; her çeşit kurumun sorgulandığı zaman olarak kabul edilir. Kentlerde ve üniversite kampuslarında ayaklanmalar, patlamalar oluyordu; Afrika kökenli Amerikalısından eşcinseline kadar çeşitli azınlık grupları, ırkçılık ve politik baskı suçlamalarında bulunmaktaydı. Bu sosyal ayaklanış, devrim sınırlarını zorlamış ve giderek sosyal kurumların, bireysel sıkıntıların nedenleri oldukları görüşünü güçlendirmiştir. Aynı dönemde Kennedy ve Johnson yönetimleri de (1961-1968) federal hükümetin para politikalarını iyileşen bir liberalizme döndürmüşlerdir. John Kennedy'nin *Yeni Sınırlar* ve Lyndon Johnson'ın *Büyük Toplum* programları, insanların durumlarında düzelme sağlanması girişimlerine on milyonlarca dolar akıtmaya başlamıştır.

Toplumsal tabanlı gayretlerin ve çalışmaların büyümesine neler etken olmuşsa olsun, yola çıkaran şevk ve heves, sosyal gerçeklerin farkında olunması ile eşleştirilmelidir. Örneğin, toplum psikologlarının varsaydığı yoksunluk koşullarının, davranış bozukluklarının ortaya çıkması ve sürdürülmesinde önemli rolünün olduğu gerçeği tanımlanmalıdır. Afrika kökenli Amerikalı bir genci, belirli bir meslekte yer edinmesi için eğitip yetiştirmenin uzun vadede birey için getirişi yararlı olacaktır; yeter ki toplum bu iş ve meslek becerilerinin kazanılmasına ve kullanılmasına olanak tanısın.

Toplum psikolojisinde çalışanlar, ırksal ve sosyal önyargıların, azınlık gruplarının atılım yapmalarını ve toplumsal, kültürel ödüllere ulaşmalarını sınırlayıcı, hatta önleyici rol oynadıklarının farkındadırlar. Ancak, sosyokültürel ortamın iyileştirilmesi gayretlerinin sürdürülmesi, -eğer toplumumuz sosyal ve zihinsel iyiliğin, sağlıklılığın sürmesinde bir sorumluluk duyuyorsa- zorunludur ve bu doğrultuda hazırlanacak programlar daha geniş toplumsal sorunların çözümlenmesi adına umutlandırıcı olacaktır. Öte yandan toplumun gerçekleri tarafından belki hayal kırıklıklarına da neden olabilecektir. Görüşme veya terapi odasından çıkarak, topluma atılma cesaretini gösteren her ruh sağlığı uzmanının çelişkisi işte tam bu noktada yer alır.

Toplum psikolojisi, kendine amaç olarak, bireysel sorunlarla uğraşmak yerine geniş sistemlerin ve insan gruplarının geliştirilmesini ve değiştirilmesini almıştır. Tarzı, aramadır; psiko-

loglar, gereksinim duyan bireylerin kendilerine gelmelerini beklemek yerine, kendileri insanlara hizmet götürme girişiminde bulunurlar. Sosyal değerlerde ve kurumlarda değişmeyi sağlayacak ilkeler hakkında ne biliyoruz? Örneğin, bir toplum psikoloğunun kiralarla ilgili bir grevi örgütlediğini varsayalım. Bunu yapmanın en iyi yolu nedir? Yani, olabildiğince çok sayıda kiracının bu birleşik harekete katılmaya iknâ edilmesi yollarının neler olabileceği düşünülmelidir. Yumuşak ve nazik olan iknâ yolları mı daha etkili olur; yoksa ev sahipleriyle şiddetli çatışmalar mı gündeme gelebilir? Bunun da ötesinde, eğer toplum psikoloğu, toplumun arzu ve gereksinimlerini karşılayacak hareketleri başlatmayı umut ediyorsa, bu arzu ve gereksinimlerin neler olduğunu nasıl saptayacaktır? 3. ve 4. Bölümlerden, psikoloğun, sürekli, doğrudan etkileşen hastanın gereksinimlerini tanımlamada karşılaştığı güçlükleri hatırlayalım. Binlerce insanın gereksinimlerini bilmek ve değerlendirmek ne kadar daha zor olacaktır?

Toplum psikologları bir dereceye kadar sosyal hareketçiler olmalıdırlar ki bu da şu tehlikeyi beraberinde getirir: iyi niyetli uzmanlar olarak psikologlar, hastalarına değerler, gayeler, bir takım hedefler *dayatabilirler.* John Kennedy'nin ateşlediği toplumsal ruh sağlığı hareketi, federal hükümetin Amerikalıların ruh sağlıklarının iyiliği ile ilgilendiğini beyan etmekteydi. Ancak, ruh sağlığı nedir? Buna kim karar vermelidir? Toplum psikologlarınca hizmet götürülen kişilerin, bu hizmetlerin nasıl olması ve örgütlenmesi gerektiğine dair görüşleri, söz hakları var mıdır? Eğer toplum psikolojisi, sorumluluk içinde ve etkili bir şekilde çalışacaksa, bunlar sürekli olarak sorulması gereken, biraz da kızdıran sorulardan yalnızca birkaç tanesidir. Bu alanın odağı, geniş ölçekli etkenlerdir ve birçok insanı kapsar. O halde, birçok yaşam, alınacak kararlardan etkilenecektir. Değerler ve etkililikle ilgili sorular, insanın koşullarını değiştirmeyi içeren her türlü gayret ve hareketin içinde doğal olarak vardır. Ancak bunlar, hastaların, müdahale için kendileri başvurmadıklarında, daha bir önem kazanırlar.

TOPLUM RUH SAĞLIĞI

1955'te Kongre, Ruh Hastalığı ve Sağlığı Birleşik Komisyonunu, devlet akıl hastanelerini incelemesi için görevlendirmişti. Altı yıllık bir taramaya dayanarak komisyon, hastalara verilen bakımın daha çok kapalı ortamlarda tutma ve koruma anlayışına dayandığını ve etkili tedaviler için adım atılması gerektiği sonucuna varmıştı. Komisyonun 1961'deki raporunda, artık yeni büyük hastanelerin inşa edilmemesi; bunların yerine toplum ruh sağlığı kliniklerinin kurulması (desentrilization) önerilmişti. 1963'te Başkan Kennedy, Kongre'ye, ruh sağlığı bozukluklarının önlenmesi ve tedavisi için Toplumsal Ruh sağlığı Merkezleri Faaliyetlerinin toplum içinde kapsamlı programlar hazırlamasını öneren, "cesur, yeni bir yaklaşım" çağrısını içeren mesajını iletmişti. Bu hareket Kongre'de onaylanarak geçmiştir. Her 100.000 kişi için bir ruh sağlığı merkezinin, yatısız tedavi, kısa süre yatılı bakım; geceleri evlerine gidebilecek durumda olanlar için gündüz hastanesi, 24 saat hizmet veren acil servisler ve başka toplum kurumlarına danışmanlık ve eğitim sağlanması öngörülmekteydi.

Bu atılıma bir destek güç de 1965 Swampscott Konferansından (Bennett ve ark., 1966) geldi. Bu konferans, klinik psikologların geleneksel ruh sağlığı hizmetlerinin yetersizliğinden kaynaklanan doyumsuzluklardan ve artık insan refahının, geniş anlamda iyileştirilmesi ve arttırılması için yeni, bağlayıcı programların yapılması gereksiniminden doğarak örgütlenmişti. Her ne kadar 1980'lerde ülkedeki hava özellikle bu tür çabalara elverişli değil idiyse de, Ulusal Akıl Sağlığı Enstitüsü (NIMH) destekli 5 Önleyici Müdahale Araştırma Merkezi, 1980'lerin sonlarında faaliyete geçmişti (Gesten ve Jason, 1987).

TOPLUM RUH SAĞLIĞININ AMAÇLARI

Bir toplum ruh sağlığı merkezinin temel amacı, bireyin kendi topluluğu içinde, ödeyebileceği bir ücret karşılığında, ayakta bakım almasını sağlamaktır. Umut edilen, bu gibi klinik hizmetlerin sağlanabilirliğinin artması ve daha az insanın hastaneye yatırılması sonucunu getirmesi; insanların, ailelerinin ve arkadaşlarının yanında ve yakınında kalarak, işine gücüne devam edebilmesi ve bu arada da haftada birkaç kez yerel bir ortamda terapi görebilmesi sonucuna ulaşmaktır. Toplum ruh sağlığı merkezi, aynı zamanda kısa süreli yatarak da bakım verebilmektedir. Bunu, daha çok, genel bir hastanenin, kişiyi, aile ve dostlarının kolayca ziyaret edebildikleri psikiyatri servisinde sağlamaktadır. Gerek duyulduğunda, gündüzleri ve bazen de

ODAK 19.4

TOPLUM PSİKOLOJİSİ VE TOPLUM RUH SAĞLIĞI İLİŞKİLİ AMA FARKLI

Her ne kadar aralarında ilişki varsa da, toplum psikolojisi ve toplum ruh sağlığı hareketi birbirinden ayırt edilmelidir. Topum psikolojisi, daha çok önleme, yani işlev bozuklukları belirgin olarak ortaya çıkmadan, müdahale üzerinde durur. Toplum psikolojisi bireylerle sosyal sistemleri kurumsal düzeyde değiştirmeye çalışmak ve hem uyuşmazlıklara neden olduğu düşünülen etkilerin azaltılmasıyla, hem de potansiyellerini fark etme olanağını tanımak için yaşayabilecekleri daha iyi ve farklı çevreler yaratmanın yoluyla ilgilenir. Toplum psikolojisi, tüm sosyal kurumlarda müdahale üzerinde durur. Buna mahkemeler, polis, okullar, kent-içi hizmetler ile planlama daireleri de dâhildir. Bu işlerin görülebilmesinde aslında klinikten çok politik beceriler gereklidir; esasen, göreli olarak daha büyük sosyal etkilerden dolayı mağdur olmuş bireyleri doğrudan ele almak için ayrılan ve harcanan zaman yeterli değildir.

Toplum ruh sağlığı ise, aksine, özellikle ruh sağlığı uzmanlarınca alışılagelmiş hizmetlerin hiç ulaştırılmamış olduğu, düşük gelirli, sorunlu kimselere yönelmektedir. Genelde yönelimi, 17 ve 18. Bölümlerde de tartışıldığı gibi, görüşme odasındaki bireysel terapi kadar bireyseldir. Ruh sağlığı merkezlerinde psikiyatrlar, klinik ve danışma psikologları ve sosyal çalışmacılar, bireysel ve grup tedavileri yapmak üzere çalışırlar. Toplum psikolojisi ve toplum ruh sağlığı hareketleri bazen birbirinin aynı olarak görülürse de, benzerlikleri kadar farklılıkları da önem taşımaktadır.

Düşük gelirli ailelere daha iyi konutlar sağlamak toplum psikolojisi faaliyetlerinin mükemmel bir gösterimidir.

gece için, psikiyatri servisinde kısmi hastaneye yatış olanaklıdır. 24 saat çalışan kriz servisi, acil danışmanlık hizmeti sunar ve toplumun üyeleri için çoğunlukla vurucu seanslar düzenler. Bölüm 14'te toplum ruh sağlığı merkezleri tarafından genelde verilen bir hizmet olan tecavüz krizi çalışmaları üzerinde durulmuştu.

Merkezlerde çalışan personel, psikiyatrlar, psikologlar, sosyal çalışmacılar, hemşireler ve bazen de, aynı semtte yaşayan, orta ve (yüksek-orta sınıfa dâhil meslektaşlar ile ruh sağlığı kavramı kendileri için hâlâ yabancı olan toplum üyeleri arasındaki boşluğu doldurmak için) meslekten olmayanlardan (paraprofesyonel) oluşur. Meslekten olmayanlarla gönüllüler, bütçeleri sınırlı olan merkezlerin personel gereksinimini karşılayabilirler. Meslekten olmayanların hizmet verme sürecine katılmaları, "yardım alanı" "yardım verene" döndürme (Riessman, 1990) biçiminde insan kaynaklarını zenginleştirmede etkili ve yararlı bir yol olarak ön plana çıkmıştır. Bazı gözlemciler başka başka iş ve meslekler den bu insanların belli koşullarda en az ruh sağlığı uzmanları kadar etkili olabileceklerine inanmaktadırlar (Christenen ve Jacobs, 1994). Toplumun yerli üyeleri sayılan meslekten olmayanlar, kültürel ve sosyal değişkenlere karşı özel bir anlayış içinde olabilirler. Bu da, hizmet götürülen insanların müdahaleleri kabulünü ve kavrama yakınlaşmalarını kolaylaştırabilir. Kendilerinden yararlanılan bu meslekten olmayan kişiler, yardım veren terapist konumunu, gereksinimi olanlara yardım etme sürecinde, yardımı sağlayanın da ruh sağlığının iyileşmesi biçiminde, kendi çıkarları doğrultusunda kullanırlar (Riessman, 1965, 1990). Bu karşılıklı yarar sağlayıcı alışveriş olanağı, toplumsal ruh sağlığı hareketinin en sağlam, en dayanıklı öğesi olarak yerini korumaktadır. Merkezlerin, konsültasyon (mesleki görüş alışverişi) ve eğitim başlığı altında geniş bir hizmet menzili bulunmaktadır. Öncelikle, meslekten olmayan diğer toplum çalışanları -öğretmen, katip ve polis-, önleyici ruh sağlığı ilkelerine göre ve yardımı kendi kendilerine nasıl götürecekleri konusunda eğitilmelidir (Odak 19.4'te, toplum psikolojisi ile toplum ruh sağlığı arasındaki farklılıklara bakınız).

TOPLUM RUH SAĞLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

1960'larda Kongre tarafından planlanan 2000 toplum ruh sağlığı merkezinin 800'den azı kurulabilmiş; 1980'lerdeki Reagan ve Bush yö-

netimleri sırasında, Birleşik Devletler genelinde siyasi destek kaybetmenin acısı çekilmiştir. Toplum ruh sağlığı merkezlerini desteklemek için ayrılan federal fonlar (Mosher ve Burti, 1989'a bkz.), 1980'lerin ortalarında ve sonlarına doğru kesilmiştir (Rappaport, 1992). İnsan, bu merkezlerin siyasete kurban gittiğini düşünebilir; hele, federal vakfın parayı, bu merkezlerin hizmetlerine artık gerek duyulmamasından değil; tutucu bir takım siyasilerin, sosyal sorun oluşturan başka bir olayın, madde-bağımlılığının, para, ilgi ve desteği daha çok hak ettiğine karar vermeleri sonucunda kestikleri düşünülürse! Bu yolla, Lyndon Johnson'ın 1960'lardaki *Yoksullukla Savaş* sosyal hareketi, 1980'lerde Ronald Reagan'ın *Uyuşturuculara Savaş'ına* dönüşmüş oldu (Humphrey ve Rappaport, 1993). Bunun da ötesinde, madde kötüye kullanımının, tutucu politika üretenler için, bireyin eksikliklerine ve toplum ruh sağlığı hareketi içinde pek de açıklık kazanmamış sosyo-çevresel bir boyut olan ahlâki yönüne dikkati çekmesi bakımından daha kabul edilebilir olduğu ileri sürülmüştür. Halen var olan toplum ruh sağlığı merkezleri aracılığıyla bireye hizmet götürmek destekleneceği yerde, siyasetçiler, madde kötüye kullanımının, soysal ve siyasi çevrelerden ziyade ahlâki ya da fiziksel kusurlardan kaynaklandığını varsayan içsel-bozukluk modelini benimsemişlerdir. Bundan böyle, madde bağımlıları da Nancy Reagan'ın ve diğerlerinin tekrar tekrar zorladığı doğrultuda "Yalnızca HAYIR!" diyebilmelilerdi. 1980'lerde Cumhuriyetçilerin başlıca girişimi olarak başlayan bu hareket, 1990'larda Demokratların desteğini çekmeyi sürdürmüştür.

Toplum ruh sağlığı merkezlerinin sorunları 25 yıl önce Ralph Nader'in *Center for Study of Responsive Law* tarafından oldukça çekişmeli bir eleştiri çerçevesinde incelenmişti (Holden, 1972). Bu rapora göre, merkezler, iyi ve övgüye değer fikirler üzerine kurulmuşlardı; ancak bu fikirlerin öngördüklerini yerine getirmede zafiyetler oluşmuştu. Yani yürütmekte pek başarılı olunamamıştır. Sorun, eski şarabın yeni şişeye konmasına benzemiştir. Nader grubu, merkezlerin, genellikle eğitimleri ve görüşleri bire-bir terapiye bağlı olan ve tipik olarak psikanalitik çizgideki psikiyatrlar tarafından kontrol edildiğini belirtmektedir. Tedavi ile merkezlerin başlıca danışanlarını oluşturan düşük-gelirli insanların sorunları arasındaki uyum genelde azdı. Hollica ve Millie (1986) tarafından Connecticut toplum ruh sağlığı merkezinde yürütülen bir çalışma, psikoterapi randevularının daha çok yüksek eğitimli ve iyi işleri olan yüksek sosyal sınıf hastalarına verildiğini belirtmiştir. Olumlu bir yön, düşük gelirli hastaların gerçekte de alkol ve madde kötüye kullanımı gibi belirgin sorunlara odaklaşan kategorik tedavi türünde uygulanan yatısız tedaviye başvurmayı artırdıkları bulgusudur.

PSİKOLOJİK MÜDAHALELERDE KÜLTÜREL VE IRKSAL FAKTÖRLER

Üç Bölümlük müdahaleye ilişkin inceleme ve tartışmamızı bitirirken, bu kitapta birçok kez değinilmiş olan kültürel çeşitlilik ve farklılık konusuna tekrar döneceğiz. Bu, özellikle, bünyesinde kültürel çeşitliliği fazlasıyla barındıran Birleşik Devletler ve Kanada gibi ülkeler için çok önemlidir. Ancak, başka ülkeler için de önemlidir; çünkü psikopatoloji ve müdahale üzerinde yaptığımız tartışma ve incelemelerin çoğu, batılı ve Avrupalı toplumlar bağlamında ve sınırlarında sunulmaktadır. Biyolojik etkenlerin zihinsel veya ruhsal bozuklukların doğasındaki rolünü ve birçok bozukluğu nasıl önleyeceğimize ve tedavi edeceğimize dair artan anlayışımıza karşın, sosyal koşullar sadece yüksek risk durumlarında ihmâl edilmektedir.

Çeşitli tarihsel ve sosyo-ekonomik nedenlerden dolayı Birleşik Devletlerdeki birçok azınlık grubu meslekten olmayan terapistler aracılığıyla ilk kez düşük ücretli ruh sağlığı merkezleri -yani ruh sağlığı sistemi- ile temas kurmuşlardır. Genelde meslekten olmayanlar, hizmeti talep edenlerle aynı ardalandan gelmektedirler. Bir miktar eğitimleri olmakla birlikte doğrudan ruh sağlığı çalışması yapmak için ehliyetleri yoktur. Baskın olan kanı, bu kişilerin, gereksinim duyanların durumunu daha iyi bilebilecekleri ve daha da önemlisi onlar tarafından onaylanma olasılıklarının daha yüksek oluşudur. Model alma üzerinde yapılan çok sayıda araştırma bu varsayımları doğrular niteliktedir. Gözlem yoluyla öğrenme çalışmalarına katılanların, saygın ve kendilerine benzeyen veya yakın buldukları modelleri gözlemlemeleri sonucunda daha çabuk öğrendikleri sonuçlarına varılmıştır. Yaş ve ardalan benzerliği, modelin, kişiye göre saygınlığında ve yakın bulunmasında önemli belirleyiciler olmaktadır (Rosenthal ve Bandura, 1978). Bu nedenle standart orta sınıf muayenehane

ücretine ve randevu almaya alışık olmayan bireylerin, kendileri gibi olan birilerinin tavsiyelerini ve davranışlarını daha kabul edici bulacaklarını umabiliriz.

Ancak, meslekten olmayanlar tarafından götürülen hizmetlerin, etnik ve ırksal azınlıklar için yeterince iyi olduğunu ya da bu ve önceki iki Bölümde gözden geçirilen, meslek içinden olan uzman müdahalelerinin azınlıklar için uygun olmadığını varsaymak yine de hata olur. Bir çok orta ya da üst sınıf azınlıklar ruh sağlığı profesyonellerinin hizmetlerinden kendilerini yararlandırmaktadırlar ve herkes olabilecek en iyi hizmeti almak istemektedir (Birleşik Devletlerde temel olarak Beyazlar tarafından sağlanan psikoterapide azınlıkların Beyazlardan daha az iyi oldukları gösterilememiştir. Sue, Zane & Young, 1994). Ayrıca terapist ve hastanın ırk ya da etnik köken açısından benzer olduğu durumlarda daha iyi sonuçların elde edildiği de gösterilememiştir (Beutler ve ark., 1994). Dahası, profesyonel yardıma ulaşamayanların çoğu azınlık kültürlerine aittir. İzleyen tartışma Bölüm 17 ve 18'de tartışılan geleneksel ortamlar kadar yukarıda değinilen toplum yönelimli çalışmalara ilişkindir. Azınlıklar, paraprofesyonellerin müşterileri arasında aşırı temsil edilirler ve toplum psikolojisi çalışanları tarihin ve ayrımcılığın bir kazasıdır.

Son bir konu da müdahalede ırksal faktörlerin tartışılması kalıp yargı geliştirme riskini taşır, çünkü bir grubun psikolojik yardıma tepki gösterme biçimleri hakkında uzmanların yaptıkları genellemeleri gözden geçirdik. Azınlık gruplarından kişiler, birbirlerinden, en az gruplarının diğer gruplardan farklılaştıkları kadar ayrılık gösterirler. Bununla beraber, grup özelliklerinin gözden geçirilmesi önemlidir ve azınlık ruh sağlığı olarak adlandırılan gelişen bir uzmanlığın bir alanıdır.

AFRİKA KÖKENLİ AMERİKALILAR VE PSİKOLOJİK MÜDAHALE

Afrika kökenli Amerikalı danışanlar, Afrika kökenli Amerikalı terapistlerle, beyaz terapistlerle olduğundan daha üst düzeyde iyi ilişki (rapport) kurabildiklerini, Afrika kökenli

Amerikalı terapistleri beyaz terapistlere tercih ettiklerini ve onlarla olan etkileşimlerinden daha çok doyum aldıklarını bildirmişlerdir (Atkinson, 1983, 1985). Bir çalışmada, Afrika kökenli Amerikalı danışanların, kendi ırklarından olan danışmanlarla görüşürken, kendini inceleme ve araştırmaya daha çok yöneldikleri bulunmuştur (Jackson, 1973). Araştırmalar, aynı zamanda, ırksal farklılıkların, danışman ile danışan arasındaki anlaşmayı engelleyici, aşılması güç engeller olmadığını göstermektedir (Beutler ve ark., 1994). Yeterli empatik anlayışa sahip terapistlerin, ırkları ne olursa olsun, danışanlar tarafından daha iyi yardım edenler olarak algılandıkları bilinmektedir.

Beyaz Amerikalıların değerlerini tamamen benimsemiş Afrika kökenli Amerikalılar genellikle beyazlara, diğer Afrika kökenli Amerikalılara olduğundan daha farklı davranmaktadırlar. Örneğin, Afrika kökenli Amerikalılarla daha açık ve doğal olabilirken; beyazlarla daha temkinli ve az konuşma eğilimindedirler (Gibbs, 1980; Ridley, 1984). Terapistlerin; Afrika kökenli Amerikalıların, gerçekten de ön yargı ve ırkçılıkla fiilen karşılaştıklarını; çoğunun, korkulan, öfke ve bazen de nefret duyulan bir azınlığın üyesi olarak büyümenin duygusal sonuçlarını anlamazlıktan, görmezlikten gelen duyarsız bir çoğunluk kültürüne karşı besleyebilecekleri kızgınlık, öfke ve hırs ile boğuştuklarını bildiren araştırmalar vardır (Hardy ve Laszloffy, 1995). Öte yandan Greene'in (1985) uyardığı gibi, terapistlerin sosyal zulme gösterecekleri duyarlılık, hiçbir şekilde kişisel yakınlık ve babacan tavırlarla karıştırılıp, Afrika kökenli Amerikalı bir danışanın terapi ilişkisindeki sorumluluk ve kişisel güç dengesi üzerine kurulu rol paylaşımını bozacak bir nitelik kazanmamalıdır.

LATİN AMERİKALILAR VE PSİKOLOJİK MÜDAHALE

Meksikalı Amerikalıların, Latin olmayan terapistlere nasıl tepki gösterdiklerine ilişkin bulgular karışıktır. Ancak, Lopez ve ark., (1991), kendi aralarında ilişkili üç iyi düzenlenmiş deneysel çalışmada, Meksika kökenli Amerikalıların, etnik benzerliği olan terapistleri, özellikle klinik sorunun etnik durumlarla (örn., bir kadının iş veya meslek sahibi olmasındansa Meksikalı baba tarafından evlenmeye zorlanması) ilgili olduğu zaman açıkça tercih ettiklerini bildirdiklerini rapor etmişlerdir. Daha az kültürleşmiş Latinlerin, etnik benzerliği olan danışmaların, Anglo danışmanlardan daha değerli yardım kaynağı olduklarını düşündükleri sonucuna varılmıştır (Ponce ve Atkinson, 1989). Latinlerle terapide, onların psikolojik sorunlarını dile getirmede yaşayabilecekleri zorluklar dikkatten uzak tutulmamalıdır. Özellikle erkekler, zayıflık ve korkularını ifade

etmekte, özgürlüklerini kazanan, maaşlı işlerde çalışan Latin kadınların bulunduğu etnik toplumlarında, zorluk yaşayabilirler.

Bilişsel davranışçı terapiler, geleneksel davranış ve tutum örüntüleri olan Latinlerde, içgörü yönelimli terapilere oranla daha başarılı olabilirler. Çünkü bilişsel davranışçı terapiler, belirtiden kurtarma, öneride ve rehberlikte bulunma ve yaşanılan anda önemli olan konular etrafındaki sorunları çözmeyi amaçlar. Bu özellikler, genellikle ırksal ya da etnik ayrım olmaksızın, düşük gelir düzeyindeki insanlar için uygulanabilirliği elverişli olan terapötik özelliklerdir. Bilişsel davranışçı terapinin didaktik tarzı, aynı zamanda terapi sürecini gizeminden çıkarmakta ve onu terapötik olmaktan çok eğitsel yapmaktadır. Böylece, "kafayı üşütmüş" misali damgalanma olasılığını da azaltmış olmaktadır (Organista ve Munoz, 1996).

ASYA KÖKENLİ AMERİKALILAR VE PSİKOLOJİK MÜDAHALE

Asya kökenli Amerikalılar bir düzine ayrı alt gruptan oluşurlar (örn., Filipinliler, Çinliler, Vietnamlılar, Japonlar..) ve İngilizceyi iyi konuşma, göç etmiş olup olmama veya ülkelerindeki savaş veya terörden kurtulmak için iltica edip etmeme, Birleşik Devletler doğumlu olmalarına karşın ana vatanlarıyla ve ebeveynleriyle kurdukları iletişim derecesi gibi boyutlarda farklılaşırlar (Yoshioka ve ark., 1981; Sue ve Sue, 1992'dan). Bu çeşitlilik akılda tutularak, terapistler, bu gruplar arasında, diğer beyaz gruplar arasında olduğundan daha fazla mesleki yardım arama atılganlığının azlığı (A.B.D standartlarına göre) ile birleşen duygusal sıkıntılardan utanma eğiliminin görülebileceğine karşı duyarlı olmalıdırlar.

Her şeyin ötesinde, Asya kökenli Amerikalılarla nasıl psikoterapi uygulamaları yapılacağına ilişkin birçok gösterge vardır. Sue ve Sue (1992), terapistlere, Asyalı mültecilerin çoğunun, kayıplarından dolayı yaşadıkları üzüntülere ve duyacakları strese, özellikle de bunu, onlar için son derece önemli olan aile bağları arasından görerek değerlendirmelerini ve duyarlı olmalarını tavsiye eder. Başka bir deyişle, bu ülkeye mülteci olarak gelen Asya kökenli Amerikalılarda, travma sonrası stresin rolü dikkate alınmalıdır. Terapistler, aynı zamanda, Asya kökenli Amerikalıların, "bedenselleştirmeye" eğilimli olduklarının; yani streslerini baş ağrısı, yorgunluk, bitkinlik gibi fiziksel belirtilerle ifade etme eğiliminde olduklarının da farkında olmalıdırlar. Onların değerleri, dâhil oldukları Birleşik Devletler çoğunluk kültürünün Batılı değerlerinden farklıdır. Örneğin -bireysel farklılıkları da göz ardı etmemek koşuluyla-, Asya kökenli Amerikalılar, kişilerarası ilişkilerde resmiyete ve yapılanmaya daha çok saygı göstermektedirler. Oysa batılı bir terapist için samimiyet ve daha az otorite tutumları daha önemlidir. Otoriteye saygı, terapist ne söylerse ve ne önerirse onaylama biçimini alabilir -ve belki de, bir sonraki görüşmeye gelmemeyle sonuçlanabilir. Psikoterapinin, stresle başa çıkmak için bir yol olarak kabul edilebilir olmasının oranı, duygusal sorunların irade gücüyle ve kişinin kendi kendisine halletmesi gereken bir şey olduğunu düşünme eğiliminde olan Asya kökenli Amerikalılar arasında, çok daha düşük olması beklenir (Kinzie, 1985). Asya kökenli Amerikalılar, bazı konuları (örn., evlilik ilişkisi ve cinsellik) bir terapistle görüşülebilecek konular arasında görmezler.

Birleşik Devletlerde doğan Asya kökenli Amerikalılar, çoğu zaman iki kültür arasında sıkışıp kalmışlardır. Bunun çözümlenmesinin bir yolu, büyük bir çaba harcayarak, çoğunluk kültürü ve değerleriyle özdeşleşmek; Asyalı olan her şeyi reddederek bir tür kendi ırkına nefret geliştirmektir. Çatışmalı sadakat duyguları içinde bocalayan diğerleri ise (az belli edilen) ayrımcı Batı kültürüne öfke duyar, fakat aynı zamanda da kendi Asyalı ardalanının bazı yönlerini sorgular. Sonuçta terapist, Asya kökenli Amerikalıların, yansıtıcı yönelimden çok yapılandırıcı yaklaşımdan yana tercih bildirmeleri de dikkate alındığında, terapide daha yönlendirici ve aktif olmalıdır (Atkinson, Maruyamave Matsui, 1978; Iwamasa, 1993).

AMERİKAN YERLİLERİ VE PSİKOLOJİK MÜDAHALE

Diğer azınlıklarda olduğu gibi Amerika Yerlileri de oldukça heterojen bir gruptur ve Birleşik Devletlerde 500 kadar kabile bulunmaktadır. Çoğunluk kültürüne olan kaynaşma derecesi gibi bireysel ayrılıkları unutmadan, terapötik yaklaşımlara ilişkin bazı genellemeler yapılabilmektedir (Sue ve Sue, 1992; Sue, Zane ve Young, 1994).

Amerikalı Yerlilerin çocuklarına çeşitli akrabalar tarafından evlerde bakılması nedeniyle, bir çocuğun veya genç yetişkinin, değişik evler arasında gidip - gelme örüntüsü, mutlaka bir sorun olduğunun işareti değildir. Çocuk veya

gencin, göz temasından kaçınması, saygının geleneksel bir ifadesi olmakla birlikte, kültüre yabancı biri tarafından yanlış anlaşılabilir ve üzerine gidilmesi gereken bir sorun olarak algılanabilir (Everett, Proctor ve Cartnell, 1989). Diğer azınlıklarla olduğu gibi, özdeşim ile ilgili yaşanan ciddi çatışmalar bunlarda da ciddi boyutlara ulaşabilir. Gençler, geleneksel değerlerle (daha ayrıcalıklı olduğuna karar verilmiş olan), genç Yerli Amerikalılar arasında yüksek oranlardaki madde bağımlılığı ve intiharın altını çizen çoğunluk kültürünün değerleri arasında bocalayabilirler (Red Horse, 1982). Madde kötüye kullanımı ve özellikle alkolizm bazı kabilelerde çok yaygın olup, sıklıkla aile içi çatışmalarda dikkate alınması gereken bir konu olarak çocuk istismarına yol açmaktadır. Kültürel farkındalığı az olan bir terapist tarafından, rekabet yerine iş birliği ve dayanışmaya verilen değer, güdü azlığı şeklinde yanlış yorumlanabilir. Aileye verilen önem kullanılarak, müdahalenin bütünleyici bir parçası olarak tedavinin evde, aile fertlerinin olduğu ortamda yapılması önerilebilir.

Amerika Yerlileri ile terapi konusunda çok az sayıda çalışma yapılmıştır (Sue ve ark., 1994). Bu grupları temsil eden insanlara mesleki ilgisizliğin en son işareti *Cognitive and Behavioral Practice* (Cilt 3, sayı 2, 1996) Dergisinde bulunabilir. Bu sayı (özel sayı olarak da kabul edilebilir), tümüyle bireysel davranışçı uygulamada etnik ve kültürel çeşitliliğe adanmıştır. Afrika kökenli Amerikalılar, Latinler, Japonlar, Ortodoks Yahudiler, eşcinseller ve yaşlılarla ilgili makaleler yer almaktayken, Amerikalı Yerlilerle ilgili tek bir yazı yoktur.

DAHA EKSİKSİZ BİR DAVRANIŞ BİLİMİNE DOĞRU

Terapistin, danışanla aynı ten renginde ya da etnik kökenden olup olmaması bir yana bırakılırsa, bir ruh sağlığı uzmanının danışanın sahip olabileceği farklı değer yapılarına ve yaşam deneyimlerine duyarlı bir bilinçlilik içinde olması önemlidir. Aynı şey, tutum ve davranışları etkileyebilecek, birçok yönden değişik olan her danışanın tedavisi için söylenebilir. Psikolojik müdahalede, etnik ve ırksal etkenlerle, onların, klinik değerlendirmede oynadıkları rollerin incelenmesi, insan davranışının çalışılmasında, bu değerlendirmelerin katılımının sosyal ve bilimsel önemini ifade etmektedir. Çeşitliliğin katılımı, insanları bilimsel anlamda daha iyi anlamamızı sağlayıcı rol oynayabilir (Betancourt ve Lopez, 1993; Rokeach, 1979). Eğer belirli bir alt kültürün üyesi olmak, örneğin, duygu ve heyecanın ne çabuklukta gösterildiği üzerinde bir rol oynuyorsa, bir değişken olarak o kültürü dışta bırakmak, bizim, psikolojide duygu ifadelerinin olası rolünü anlamamızı sınırlayacaktır. Böyle bir kısıtlılık, veri-tabanlı bilgilerimizi bozmakla kalmayacak, bizi sosyal sorumluluklarımızı yerine getirmekten de alıkoyacaktır. Kültür ve değerlerin, bir toplumun bilim yönünü yapılandırmasında anahtar etkenler olduğunun gittikçe daha çok farkına varılmaktadır. Bu kitapta baştan sona bilim paradigmalarına gösterdiğimiz duyarlık bu anlayışı yansıtmaktadır. En son bölümümüzde, bilimsel bilgi ile bu bilginin insan yaşamı üzerine kullanımı arasındaki etkileşim incelenecektir.

ÖZET

Terapi bazen gruplarda etkili bir şekilde bireysel tedavi götürmek için yapılsa da, grup terapisi genellikle gruba özel bazı unsurlardan yararlanır. Grup, değişme için güçlü bir sosyal baskı yapar. Grup üyeleri de ortak ilgi, sorun ve beklentileri paylaşmaktan yarar sağlar. Duyarlık eğitimi ve etkileşim grupları, insanların başkalarını etkilemesini ve onlardan etkilenmeyi öğrenmelerini sağlar. İnsanların dış dünyaya gösterdikleri sosyal maskelerin altındakileri keşfedip, başkalarıyla daha açık, dürüst ve etkili ilişkilere girmelerine çalışılır. Her türlü grup terapisinde, kontrollü sonuç ve süreç araştırmaları yapılmasına henüz başlanmıştır. Ancak birçok insanın grup terapisi yaşantısından yarar sağlayabileceğini söylemek doğru olacaktır.

Aile terapisinde, belirlenen bir hastanın sorunları ailedeki rahatsızlığın bir göstergesi sayılır. Aile fertleri, davranış ve tutumlarının birbirlerini nasıl etkilediğini; esnekliğin ve iletişim örüntüsünün değiştirilmesinin uyum getireceğini öğrenir. Evlilik ve çift terapisi, gergin çiftlerin, sürmekte olan ilişkileri içinde çözümsüz gibi gözüken çatışmaları çözmelerine yardımcı olur. Kullanılan tekniklerden biri, özel ilgi gösterme günlerini içerir. Sırayla eşlerden biri diğerine haz ve keyif vermeye odaklaşır ve onları saran düşmanlık ve mutsuzluk döngüsünü kırmaya çalışır. Tüm kuramsal yaklaşımlarda, çiftlerle çalışan terapistler, eşlerin birbirlerine olan gereksinimlerini ve beklentilerini geliştirmeye ve iletişim

kanallarını açmaya çalışır. Bir davranış, bir hareket iyi niyetli olabilir ancak sonucu kötü olabilir. Bunu açıkça konuşmak, gergin ilişki yaşayan birçok çiftin rahatlamasını sağlar. Aile ve çift terapisinde süren çalışmalar umut vericidir.

Toplum psikolojisi ve ona bağlı toplum ruh sağlığı hareketi, ruh hastalıklarının gelişmesini önlemeye, sorunlu insanları aramaya ve ekonomik anlamda karşılanabilir ücret karşılığı ruh sağlığı hizmetlerini sunmaya çalışır. Bunlara örnek olarak, intiharı önleme merkezleri, zarar verici yaşam tarzlarını değiştirmeye yönelik kitle iletişim kampanyaları, okullarda çocuklara problem çözme becerilerinin öğretilmesi ve çocuk istismarına eğilimli risk grubu oluşturan ailelerde ana-babalık becerilerinin öğretilmesi, sayılabilir. Kurumlaşmanın bırakılması (desentrilization) veya önlenmesi, eğer mümkünse ruh hastalarının evde veya küçük yaşama alanlarında yaşamaları yönelimi, hepsi bu hareketin parçasıdır. Ne var ki, bu insanların toplum tarafından kabul görecek şekilde yaşayabilecekleri, bakım görecekleri yeterli ve korunaklı yaşam alanlarının sağlanması ve düzenlenmesi için daha çok çalışma gerekmektedir. Önlemeyi kurumsallaştırmak zordur. Toplumun gereksinimlerini saptamak ve büyük insan kitlelerini değişime doğru hareketlendirebilmek için daha çok şeyin öğrenilmesi gereklidir.

Son olarak, hastaların veya danışanların, kültürel ve ırksal ardalanları, değişik birçok ilgi odağını gündeme taşımaktadır. Belli başlı konular: Afrika kökenli Amerikalıların, Latinlerin, Asya kökenli Amerikalıların ve Amerikalı Yerlilerin tedavisini; bu grupların sergileyebilecekleri sorunlar ile klinisyenlerin, saygı ve etkililik doğrultusunda bu azınlık gruplarından gelen hastalarla çalışabilmeleri için göstermeleri gerekli duyarlık ve dikkati, içermektedir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER

grup terapi
çift (evlilik) terapisi
aile terapisi
toplum psikolojisi
toplum ruh sağlığı
duyarlık eğitimi grubu (T-grup)
etkileşim grubu
aile sistemleri yaklaşımı
boşanma süreci
önleme

Robert Vickrey, "Polisler", 1988

20

YASAL VE ETİK KONULAR

Çeviri: Doç. Dr. Gülsen Erden

CEZAİ MAHKÛMİYET
- Delilik Savunması
- Yargılanma Yeterliği

SİVİL MAHKÛMİYET
- Önleyici Tutuklama ve Tehlikenin Yordanmasında Sorunlar
- Daha Fazla Koruma için Güncel Eğilimler
- Kurum Dışına Çıkarma, İnsan Hakları ve Ruh Sağlığı

TEDAVİ VE ARAŞTIRMADA ETİK İKİLEMLER
- Araştırmada Etik Kısıtlamalar
- Bilgilendirilmiş Onam
- Gizlilik ve Ayrıcalıklı İletişim
- Hasta ya da Müşteri Kimdir?
- Hedeflerin Seçimi Tekniklerin Seçimi
- Hatırlanan Anıların Etik ve Yasal Boyutları

ÖZET

Değişiklik 1 Kongre; dinin resmi olması ile ilgili, dini özgürlükleri yasaklayan, konuşma veya basın özgürlüğünü, halkın barış içinde toplanma ve hükümet hakkındaki yakınmaların giderilmesini talep etme hakkını kısıtlayan kanunlar yapmamalıdır.

Değişiklik 4 İnsanların, kendilerinin, evlerinin, mallarının, mülk ve belgelerinin güvencede olması hakları, aramalar ve tutuklamalar nedeniyle çiğnenmemelidir.

Değişiklik 5 Hiç kimse herhangi bir adli olayda, kendine karşı tanıklık yapmaya zorlanmaman, yaşamından, özgürlüğünden veya malından kanun dışı bir yolla mahrum edilmemelidir.

Değişiklik 6 Tüm adli davalarda, zanlı çabuk ve açık yargılanma hakkına sahiptir. Kendisine karşı olan tanıklarla yüzleşme, kendi çıkarına tanık toplama ve kendisini savunması için bir avukat edinme hakkına sahiptir.

Değişiklik 8 Aşırı kefalet ücreti istenemez. Aşırı para cezasına çarptırılamaz. Acımasız ve görülmemiş cezalar uygulanamaz.

Değişiklik 13 ABD içinde ya da ABD'nin hukuken etkin olduğu bölgelerde, işlediği suçun karşılığı olmaksızın kişiye kölelik yaptırılamaz ya da zorla çalıştırılamaz.

Değişiklik 14 Hiç bir Eyalet bir kimseyi yaşamından, özgürlüğünden veya malından kanun dışı olarak mahrum edemez ve yargılamada bir kimseyi kanunların eşit korumasından mahrum edemez.

Değişiklik 15 ABD vatandaşlarının seçme hakkı ırk, renk veya önceki hizmet durumu nedeniyle ABD veya herhangi bir Eyalet tarafından kısıtlanamaz.

Bu anlamlı ifadeler Amerikan vatandaşlarının ve Amerika'da yaşayan diğer insanların bazı haklarını açıklar ve korur. Bu haklar neye karşı korunuyor? Bu ifadelerin yürürlüğe konduğu koşulları göz önünde bulundurun. Anayasa Konseyi 1787'de hükümetin yetkisinin sınırlarını belirledikten sonra, 1789'da ilk Kongre belirlenmiş olanları değiştirmeyi ve federal hükümete belli sınırlamalar getirmeyi uygun gördü. O zamandan beri orijinal on değişiklikten fazlası eklendi. Ondördüncü Değişiklik, akıl hastalarının haklarını korumada giderek daha büyük rol oynayan eyaletlere yöneliktir. Amerikan hükümetinin felsefi ideali, toplumun düzenini korumakla tutarlı olarak, vatandaşlarına en geniş şekilde özgürlük sağlamaktır.

Son bölümü bu şekilde açıyoruz; çünkü yasal sistem ve akıl sağlığı sistemi sürekli, ama çoğunlukla ince bir şekilde ortaklaşa çalışarak, Amerikan halkının, önemli bir bölümünü temel sivil haklarından mahrum ediyorlar. Hâkimler, hastane yönetim kurulları, barolar ve ruh sağlığı alanında çalışan profesyoneller, en iyi niyetleriyle ve yıllar boyunca toplumu, kendilerine ve başkalarına zararlı olarak görülen ruhsal yönden hasta ya da özürlü kişilere karşı korumaya çalıştılar. Ama bunu yaparken, hem cezai mahkûmiyet hem de sivil mahkûmiyet almış binlerce insanın haklarını feshettiler. Yasalara uymayan veya uymadıkları iddia edilen akıl hastası bireyler **cezai mahkûmiyet** (criminal commitment) alırlar. Bu durumda, kişi ya mahkemeye çıkarılacak yeterliliğe sahip olup olmadığına karar verilmek üzere ya da delilik nedeniyle beraat ettikten sonra bir akıl hastanesi gözetimine sevk edilir. **Sivil mahkûmiyet** (civil commitment), ruhsal bozukluklara sahip ve tehlikeli bir kişinin, yasaları çiğnememiş olmasına rağmen elinden özgürlüklerinin alınması ve kişinin bir akıl hastalıkları hastanesine konmasını öngören bir süreçtir. Yürürlükteki iki mahkûmiyet şeklinde de insanlar hukukun normal işleyişinin dışında muaf tutulurlar. Bu bölümde, bu yasal süreçleri derinlemesine inceleyeceğiz. Daha sonra, araştırma ve terapiyle ilgili olduğundan, önemli etik konuların incelemesine geçeceğiz.

CEZAİ MAHKUMİYET

Önce, psikiyatri ve psikolojinin cezai hukuk sistemindeki rolünü inceleyeceğiz. "Suçlu zihin" veya "*mens rea"* kavramının ve "Kötü niyet olmadan suç olmaz" kavramının İngiliz Kanunlarında kabul edilmesine başlanmasından itibaren delilik de kavram olarak kabul edilmeye başlamıştır; çünkü dağınık bir zihin kötü bir amaçla bir suçu planlayamaz ve uygulayamaz (Morse, 1992). Başka bir deyişle, bozuk bir zihin suçlu bir zihin olamaz; çünkü sadece suçlu bir zihin cezayı gerektiren hareketlerde bulunabilir. Başlangıçta, delilik mahkemede geçerli bir savunma değildi ama kraliyet bazen, tamamen deli oldukları kanısına varılırsa, cinayetten mahkûm edilen kişileri affediyordu (A. A. Morris, 1968). I Edward'ın hükümdarlığı zamanında delilik mahkemede savunma olarak kullanılabiliyordu ve cezayı azaltabiliyordu. 14. Yüzyıl içinde, tamamen ve sürekli deli olduğu kanıtlanan bir kişinin, bu durumunun cezai bir suçlamaya karşı savunma olarak kullanılabileceği yasanın bir parçası oldu.

Günümüzün mahkemelerinde hâkimler ve avukatlar, sanığın özgür iradesi değil de ruhsal bozukluk durumundan kaynaklanan cezai davranışlarıyla ilgilenirken psikiyatr ve klinik psikologlardan yardım istiyorlar. Bu ruhsal bozuklukları olan suçlular, deli olmayan ama aynı suçu işleyen kişilerden daha az mı sorumlular? Bu şahıslar toplumun kanunlarını çiğnemek suçuyla mahkemeye getirilmeli midir? Delilik savunmasıyla sanığın affını veya korunmasını sağlamak ya da onların mahkemeye çıkacak yeterliliğe sahip olmadığını göstermek şüphesiz iyi niyetli hareketlerdir ama bu ilkelerin uygulanmasıyla birlikte sanık, özgürlüklerini büyük ölçüde kaybedebilir.

DELİLİK SAVUNMASI

Delilik savunması (insanity defence), sanığın ruhsal hastalığı veya başka her hangi bir durum sebebiyle mantıklı hareket edememesi ya da doğruyu yanlıştan ayıramaması yüzünden yaptığı yasadışı hareketlerden, sorumlu tutulmamasını isteyen yasal savunmadır. Davaların yüzde birinden bile azında kullanılmasına ve çoğu zaman başarılı olamamasına karşın, delilik savunması hakkında inanılmaz derecede yazı yazılmıştır (N. Morris 1968; Morse 1982b; Steadman 1979; Steadman ve ark., 1993). Harvard Üniversitesi'nden hukuk ve psikiyatri profesörü Alan A. Stone (1975), bazı insanları Delilik Nedeniyle Suçsuz Bulma konusundaki büyük ilgi hakkında ilginç bir gerekçe sundu. Cezai hukuk, insanların özgür iradeye sahip oldukları, yanlış bir hareketleri olursa bunu **isteyerek** yaptıkları ve bu yüzden suçlanıp cezalandırılmaları varsayımı üzerine kuruludur. Stone, delilik savunmasının özgür iradeye sahip olmayan bireyleri, yani delileri göstererek özgür irade kavramının güçlenmesini sağladığını iddia eder. Bu insanlar ruhsal bir sorun veya doğru ile yanlışı ayırmadaki yetersizlikleri yüzünden ya da her iki sebep yüzünden hareketlerinden tam olarak sorumlu kabul edilmezler. Onları yasal olarak suçlu saymak için gerekli derecede özgür iradeye sahip değillerdir. Dışlamaya göre, diğer herkes özgür iradeye sahiptir. "Delilik savunması, her yönüyle kuralı kanıtlayan bir istisnadır. Bu, mahkemelerin kalan herkesi 'iyi ve kötü arasında' seçim yapmış kişiler olarak görmesini sağlar" (Stone, 1975, s. 222).

DÖNÜM NOKTASI DAVALAR VE KANUNLAR

Modern Anglo-Amerikan ceza kanununda, mahkeme kararlarından ve yerleşmiş prensiplerden birkaçı yasal sorumluluk ve akıl hastalığı konularıyla ilgilidir. *Karşı konulmaz dürtü* kavramı 1834'de Ohio'da bir davada şekillenmiştir. Bu kavrama göre, eğer kişiyi suçu işlemeye iten, kişinin kontrol edemediği patolojik bir dürtü veya istek ise, delilik savunması tamamen yasaldır. Karşı konulmaz dürtü testi, daha sonra iki ayrı davada onaylanmıştır: *Parsons, Birleşik Devletlere karşı* ve *Davis, Birleşik Devletlere karşı*[1].

İyi bilinen ikinci kural, *M'Naghten* kuralıdır ve 1843'de İngiltere'de bir cinayet davasının sonucunda açıklanmıştır. Sanık Daniel M'Naghten, İngiliz başbakanı Sir Robert Peel'i öldürmeye çalışmış ama Peel'in sekreterini kendisiyle karıştırmıştır. M'Naghten "Tanrının Sesinin" kendisine Lord Peel'i öldürmesini söylediğini iddia etmiştir. Hâkimler şu karara varmıştır:

> Bir delilik savunmasına başvurulması için, suçun işlendiği zamanda suçlanan kişinin bir ruhsal bozukluğun veya ruhsal hastalığın etkisi altında hareket ettiği ve bu yüzden hareketlerinin içeriğinin ve niteliğinin farkında olmadığı; eğer farkındaysa hareketinin yanlış olduğunu bilmediği açıkça kanıtlanmalıdır.

Yirminci yüzyılın başlarında bu doğru-yanlış testi bütün federal mahkemelerde ve New Hampshire hariç bütün eyaletlerde uygulanmaya başlamıştı. 1980'lerin sonlarına doğru bu test on sekiz eyalette uygulanan tek testti ve diğer birkaçında da karşı konulmaz dürtü ile birlikte uygulanıyordu. Ama, Amerikan Psikiyatri Derneği'nden bir komite, doğru ve yanlış arasındaki farkı anlamanın modern delilik kavramının dışında olduğunu belirtti. Üçüncü önemli bir mahkeme kararına işte böyle bir ortamda varıldı.

1954'de, *Durham Birleşik Devletlere karşı*[2] davasında hâkim David Bazelon, "yasa dışı hareket, bir ruhsal bozukluğun veya ruhsal hastalığının sonucuysa, sanık bu hareketinden sorumlu değildir" kararına varmıştır. Bazelon, akıl hastalığına işaret ederek, psikiyatri alanını tüm bildiklerini uygulaması için serbest bıraktığına inanmıştı. Bundan sonra sadece dürtüleri veya doğru-yanlış ayrımını düşünmekle sınırlı kalmayacaktı. Bazelon kasten, Durham testi

---

[1] *Parsons Birleşik Devletlere karşı 2 So. 854, 866-67 (Ala. 1887); Davis Birleşik Devletlere karşı, 165 U. S. 373, 378 (1897).*

[2] *Durham Birleşik Devletlere karşı, 214 F.2d 862, 876 (D.C. Cir.1954).*

olarak adlandırılacak testin içinde zamanla geçersiz olabilecek bazı zihin bozukluklarını göstermedi. Psikiyatr, mahkemeye sanığın durumu hakkındaki değerlendirmesini iletme konusunda tamamen serbest bırakıldı. Jüriyi bu derecede uzmanın beyanına güvenmeye zorlamanın, uygulanması mümkün olmayan bir mahkeme hareketi olduğu ortaya çıktı. 1972'den beri hiçbir yargılamada Durham testi uygulanmadı ve Bazelon sonunda, uzman tanıklara çok hareket alanı sağladığını hissettiğinden, desteğini çekti.

1962'de Amerikan Hukuk Enstitüsü (AHE) halktan seçilen jüri üyeleri için, diğer testlere göre daha belirgin ve bilgilendirici olması amacıyla kendi kurallarını önerdi.

1- Eğer bir kişi, suçu işlediği sırada, ruhsal hastalık veya bozukluk gibi sebeplerden dolayı hareketlerinin suç olduğunu (yanlışlığını) veya yasalara uymadığını kavramak için yeterli kapasiteye sahip değilse, hareketlerinden sorumlu değildir.

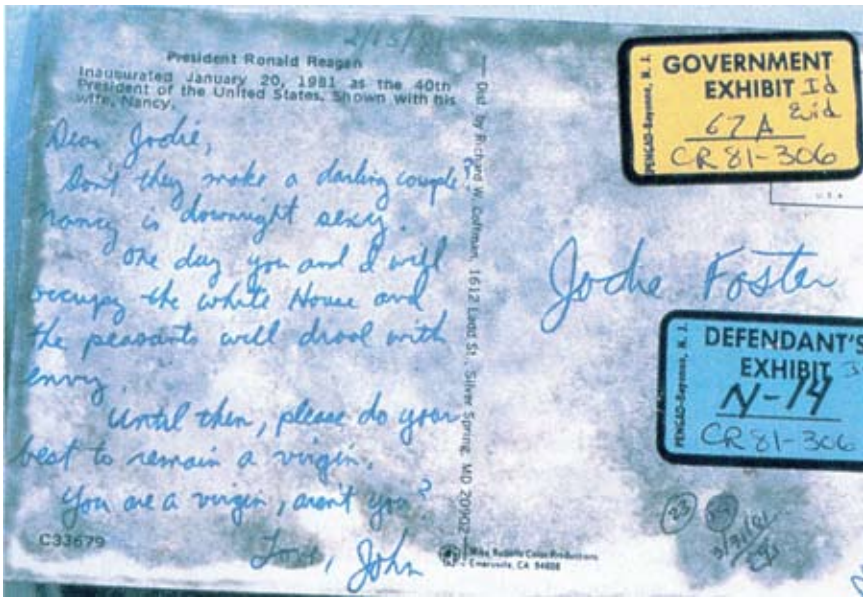
2- Kanun maddesinde kullanıldığı gibi, "ruhsal hastalık (mental disease) veya özür (defect)" terimleri, tekrarlanan suçlar veya antisosyal hareketler sonucu ortaya çıkan anormallikleri kapsamaz. (Amerikan Hukuk Enstitüsü, 1962, s. 66)

İlk AHE tüzük maddesi M'Naghten kuralı ve karşı konulmaz dürtü kavramlarını birleştirir, ikinci madde ise sürekli kanunla çatışanlarla ilgilidir; sürekli suç işledikleri için akıl hastası sayılmayacaklardır. Aslında birinci maddedeki "yeterli kavrama kapasitesi" ibaresi, delilik savunmasını sadece ileri derecede akıl hastalığı olanlarla sınırlamak için düzenlenmiştir. 1984'e kadar AHE testi eyaletlerin yarısından çoğunda ve bütün federal mahkemelerde kullanılıyordu. Ama bazı araştırmacılar *yeterli* ve *kavramak* gibi terimlerin yeterince açık olmadığını ve sanığın akli durumunun belirlenmesi ve delilik nedeniyle beraatına karar verilmesi sırasında uzman tanıklar ve jüri üyeleri arasında tartışma çıkarabileceğini savundu (Simon & Aaronson, 1988).

Amerika'da 1980'lerde, yasal delilik savunmasını açıklığa kavuşturmak için, Mart 1981'de başkan Ronald Reagan'a suikast girişiminde bulunan John Hinckley, Jr.'ın çok konuşulan ve tartışılan davasında, delilik nedeniyle sanığın beraatı kararına varılmasıyla da güçlenen büyük bir hareket başladı. Davaya bakan Hakim Parker, birçok kızgın vatandaştan, bir Amerikan başkanına suikast girişimde bulunan bir insanın bu suçu yüzünden sorumlu tutulmadığını, sadece akli dengesinin yerinde olduğu kanısına varılıncaya kadar akıl hastanesinde yatacağını ve sonra tekrar serbest kalacağını iddia eden mektuplar aldı. (Bunu 1997'nin ortalarında yazdığımızda Hinkley 16 yılı aşkın bir süredir Washington, D.C.'de bir akıl hastanesi olan St.Elizabeth hastanesinde tedavi görmektedir ama akli dengesinin yerine geldiği kararına varıldığında serbest kalabilir.)

Olayın halk tarafından çok yakından takip edilmesi ve delilik nedeniyle beraat kararı yüzünden delilik savunması birçok kesimin çok şiddetli ve bazen küfürlü eleştirilerine hedef oldu. Hâkim Parker'ın dediği gibi: "Çoğu kişi

Başkan Reagan'a saldırıda bulunan John Hinckley sinema sanatçısı Jodie Foster'a yazdığı bu mektupta onunla evlenme ve başkan olma rüyalarına ilişkin duygularını açıklamıştı.



için, bu savunma [Hinckley savunması], cezai hukuk sistemimizin açıkça yasaları çiğnemiş kişileri cezalandırmadaki başarısızlığının açık bir göstergesidir." (Simon & Aaronson, 1988, s. vii)

Suçluların üzerine daha çok gitmek için yapılan politik baskılar üzerine kongre Ekim 1984'de, delilik savunmasına ilk defa gönderme yapan Delilik Savunması Reform Yasasını kanunlaştırdı. Bütün federal mahkemelerde benimsenen bu kanun birkaç hüküm içerir.

• Kanun, AHE kurallarında bulunan ve kişinin akıl hastalığı veya bozukluğu sebebiyle yasalara uyamamasıyla ilgili karşı konulmaz dürtü kavramını ortadan kaldırmıştır. AHE'nün, kişinin irade ve davranışlarına bağlı kıldığı kurallar çok şiddetli bir şekilde eleştirilmişti; çünkü bütün suçlu davranışların kaynağı yasaya uymayı becerememe olarak gösterilip, bütün sanıklar cezai hukukun normal işleyişinden ayrılabilirdi.

• AHE'nün "kavrayacak kapasiteye sahip olamama"sını "kavrayamama" olarak değiştirmiştir. Yasanın bu kavramsal değişikliği, kişinin durumunu yanlış yargılamasından dolayı kullanılabilecek delilik savunması için kullanılan ölçütleri daha da belirginleştirmeyi amaçlamıştır.

• Yasa aynı zamanda ruhsal sorun veya bozukluğunun "ileri derecede" olması gerektiğini de söyler. Bunun amacı antisosyal kişilik bozuklukları gibi psikotik olmayan sorunlar durumunda kullanılan delilik savunmasını ortadan kaldırmaktır. (AHE kuralları da "yeterli" kelimesini kullanarak bunun gibi önlemler almayı denemiştir ama Hinckley'in beraatinden sonra bu önlemlerin yeterli olmadığı görülmüştür). Cezayı azaltmaya yönelik ve aşırı tutku ya da "geçici (temporary) delilik" gibi nedenlere dayandırılan "azalmış kapasite" ve "azalmış sorumluluk" gibi savunmalar da bu yasayla ortadan kaldırılmıştır.

• Kanıt bulma yükünü iddia makamından savunmaya aktarır. Davacının, suçu işlediği sırada akli dengesinin yerinde olduğunu kanıtlamaya çalışması yerine, (en katı ölçüt, aksi kanıtlanana kadar insanların suçsuz olacağını söyleyen anayasa maddesiyle tutarlıdır) sanığın suçu işlediği sırada akli dengesinin yerinde olmadığını kanıtlaması gerekecektir ve bunu "açık ve iknâ edici" delillerle yapması gerekir (daha az katı ama yine de zorlayıcı bir kanıtlama ölçüsü). Bu aktarmanın önemini şöyle anlayabiliriz; eğer davacı şüpheye meydan vermeyecek biçimde sanığın akli dengesinin yerinde olduğunu kanıtlamak zorunda bırakılırsa, sanığın tek yapması gereken ortaya deli olabileceğini işaret eden bir şey koymaktı ve böylece davacının bütün çabaları boşa gidecekti. Savunmanın üzerine yüklenen bu ağır yük, diğer maddeler gibi, bir kişinin yasal ve sosyal sorumluluklarından kurtulmasını zorlaştırmak için tasarlanmıştır[3]. • Son olarak yeni yasa, birçok kişinin yürürlükteki kanunların en sorunlu olduğunu hissettikleri yanına da yanıt verdi. Yürürlükteki yasaya göre, kişi normal bir mahkûmiyete göre daha kısa bir süre içinde serbest kalabiliyordu. Yeni yasaya göre, kişinin akıl hastalığından kurtulduğuna karar verilse bile, mahkûmiyeti, suçun asıl cezasının mahkûmiyet süresine kadar uzatılabiliyordu.

Bir düzinenin üzerinde eyalet, delilik nedeniyle suçsuz bulma kararının yanına bir de uzlaşmaya yönelik bir karar eklemiştir -suçlu ama akıl hastası. İlk önce 1975'de Michigan'da benimsenen bu ilke, kişinin yasal olarak suçlu bulunması -yani mahkûm olması şansını arttırır- ama aynı zamanda, suçu işlediği sırada akli dengesi yerinde değilse, psikiyatrik kararlara da yer verir. Böylece çok ciddi hastalar bile yasal olarak suçlu bulunabilir ama cezalandırılmak üzere normal bir hapishaneye gönderilmek yerine bir hastane hapishanesine veya diğer bir uygun psikiyatrik tesise gönderilebilir.

Bu uygulama hukuk ve ruh sağlığı uzmanlarının tedirginliğini yansıtır. Bu tedirginlik Thomas Szasz'ın deyimiyle tanımsal olarak suçtan sorumlu olan, yani suçu gerçekten işlemiş olan kişinin, istinaden, yani hükmen sorumlu olmaması ve kanuna karşı geldiği halde cezalandırılmamasından gelmektedir (bakınız Odak 20.1). Bu yasal değişiklik şunun gibi ironik bir durumu engeller; (1) bir kişinin suç işlediği belirlenmiştir, (2) kişinin suçu işlediği sırada akli dengesi yerinde olmamasından dolayı kişi yasal olarak sorumlu sayılmayacaktır -delilik nedeniyle beraat savunması-, (3) kişinin yargılanacağı zamandan önce akli dengesinin artık yerinde olduğu saptanır ve (4) kişi hapsedilmez (ya da suçun normal cezasından daha-az bir süre hapsedilir). 1960'da Szasz'ın önerisi olan suçlu ama akıl hastası kararı, suçun normal cezasının uygulanmasını engellemez ama aynı zamanda kişinin hapsi sırasında akıl hastalığının tedavisine

---

[3]Simon ve Aaronson'a göre (1988) bu koşul John Hincley Reagan ve üç kişiye ateş etme suçunu işlediğinde davacının (savcı) John'ın deliliğini ispat edememesi nedeniyle ortaya çıkmıştır. Jürinin birçok üyesi, mahkemeden sonra, bir Senato Hukuk Komitesinin bir alt komitesinde şahitlik yapmışlardır. İspatlama zorunluluğuna ilişkin yargıç ifadeleri onların delilik nedeniyle suçsuz bulmaya ilişkin heyet kararında etkili olmuştur. Saldırıdan önce, eyaletlerin yarısı savunma deliliği kanıtlamalıdır derken, sadece bir tanesi, Arizona, açık ve ikna edici bir standarda sahipti. Eyaletlerin 2/3 ü savunmayı ispatlama zorunluluğunu ispatın en hafif yasal standartları "kanıt çokluğu" ile kabul etmişlerdir.

Delilik hukuki yönüyle psikolojik ve ruhsal bozukluklar kavramından farklıdır. Bir paranoyak ve seri katil olan Jeffrey Dahmer açıkça psikopatolojiktir fakat deli olarak yargılanmamıştır çünkü doğruyu yanlıştan ayırabileceği ve davranışını kontrol edebileceği düşünülmüştür.

de izinverir[4]. Fakat bu zamana kadar kanıtlar "suçlu ama akıl hastası" kararıyla mahkum edilenlerin psikiyatrik tedavi almadıklarını gösteriyor (Fentiman, 1985; Steadman ve ark., 1993).

Genelde delilik savunması soyut bir ilkenin gerçek yaşam koşullarına uygulanmasını gerektirir. Hukukun bütün bölümlerinde olduğu gibi, terimler birçok şekilde tanımlanabilir -sanıklar, avukatlar, davacılar, hâkimler ve jüri üyeleri tarafından- ve ifadeler, sorguculların yeteneklerine ve tanıkların zekâlarına göre çok değişik şekillerde sunulabilir. Daha da önemlisi, sanığın *sadece suçu işlediği sıradaki* akli durumu tartışma konusu olduğundan, avukatlar, hakimler, jüri üyeleri ve psikiyatrlardan genelde geriye dönük ve spekülatif kararlar beklenir. Davalı ve davacı tarafların psikiyatrları ve psikologları arasındaki anlaşmazlık bir kuraldır ve hep vardır.

Son bir noktanın üzerinde durmak gerekir. Delilik ve akıl hastalığı veya özrü arasında önemli bir fark vardır. Bir kişinin akıl hastası olduğuna karar verilse de kişi hâlâ suçlu bulunabilir. *Delilik* (insanity), psikiyatrik veya psikolojik bir kavram değil, yasal bir kavramdır. Bu ayrım 15 Şubat 1992'de, Milwaukee, Wisconsin'da Jeffrey Dahmer'in hüküm giymesiyle açıkça gösterildi. Dahmer, onbeş çocuğu ve genci parçalamak, onların etlerini yemek ve cesetleriyle cinsel ilişkiye girmekle suçlandı ve suçunu itiraf etti. Suçlu ama akıl hastası olduğunu iddia eden Dahmer'in akli durumu, jürilerin, sanığın itiraf ettiği seri cinayetler sırasındaki akli dengesi hakkında çelişen raporlar dinlediği ilginç bir davanın odak noktası oldu. Onun doğru ve yanlışı ayırmasını veya hareketlerini kontrol etmesini engelleyen bir akıl hastalığının etkisi altında olup olmadığına karar vermeleri gerekiyordu. (AHE kurallarının, M'Nagthen'in ve karşı konulmaz dürtünün karışımına dikkat ediniz). Akıl hastası olduğu konusunda kararsızlık yaşanmamasına rağmen, Dahmer'in deli olmadığına ve bu korkunç cinayetlerden yasal olarak sorumlu olduğuna karar verildi. Hâkim tarafından onbeş yaşam süresi boyunca hapsine karar verildi (Associated Press, 1992).

BİRLEŞİK DEVLETLERE KARŞI JONES DAVASI

DAVA TANIMI Bir bireyin cezai bir davranış için deliliği savunma olarak kullanabilmesi durumunu açıklayabilmede ünlü bir-bazılarına göre kötü ünlü- üst mahkeme davası üzerinde düşünelim[5]. Michael Jones 1975'in 19 Eylül'ünde Washington DC'de mağazadan silahsız olarak ceket çalmaya teşebbüs ettiği için tutuklanmıştı. Ertesi gün en fazla bir yıl hapis cezası verilebilecek önemsiz hırsızlık, hatalı bir davranış ile suçlandı. Mahkeme St. Elizabeth hastanesine yargılanma yeterliğinin belirlenmesi için gönderilmesine karar verdi. 2 Mart 1976'da, suça teşebbüsten 6 ay sonra hastane psikoloğu Jones'in paranoid tip şizofreni tanısı almasına karşın yargılanma yeterliğine sahip olduğunu mahkemeye bildirdi. Psikolog ayrıca isnat edilen suçun Jones'un paranoid şizofreni durumundan kaynaklandığını belirtti. Bu not önemsizdi çünkü mahkeme ondan sadece Jones'in yeterli olup olmadığını sormuştu, suçu işlediği sıradaki akıl durumuna ilişkin bir düşünceyi sormamıştı. Jones daha sonra delilik nedeniyle suçu reddetmeye karar verdi. On gün sonra 12 Mart'ta mahkeme onu delilik nedeniyle suçsuz bularak St. Elizabeth hastanesinde akıl hastalığının tedavisi için tutulmasına resmen karar verdi.

[4] *Jones Birleşik Devletlere karşı davasında kısaca açıklandığı gibi, bazı şeyler kendi yolunda ilerler.*

[5] *Birleşik Devletlere Karşı Jones, 463 U.S. 354 (1983).*

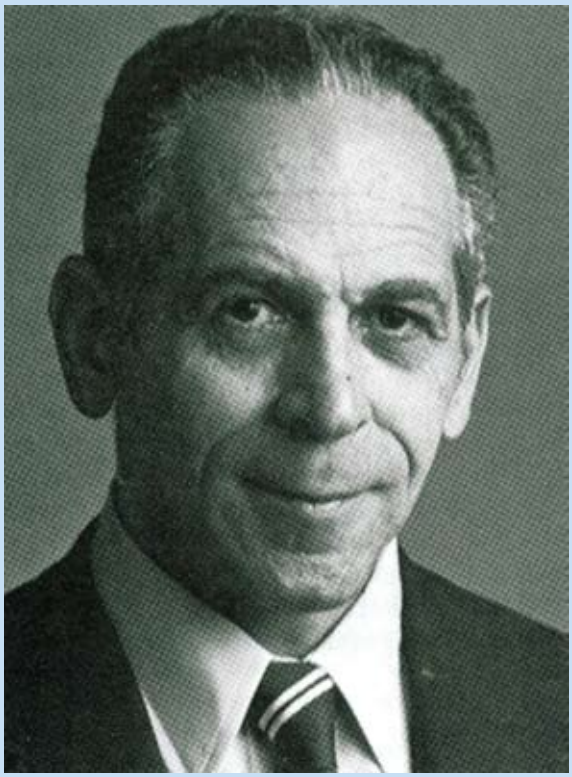
ODAK 20.1 THOMAS S. SZASZ VE ADLİ PSİKİYATRİ İLE PSİKOLOJİYE KARŞI OLAN DURUM

SZASZ'IN POLEMİĞİ

Şiddet eylemlerini zihinsel hastalığın göstergeleri olarak kabul ettiğimizde, kendimizi aşağı yukarı rasyonel ve amaç-odaklı yasal suçlarla uğraşma görevinden davranışın diğer durumlarından farklı olmayarak muaf tutmaktayız (Szasz, 1963, s. 141).

Thomas Szasz'ın en çok okunan kitaplarından alınmış bu cümle, psikiyatrlık mesleğinin yasal sistemde oynadığı önemli role karşı olan tartışmanın ana temasını açıkça ifade etmektedir. (Alıntının 1963 yılına ait olduğuna dikkat ediniz. Ruh sağlığı uzmanları artık davalarda çok daha önemli rol oynamaktadırlar.) Daha önceden Szasz'ın tanımlayıcı ve yükleyici (atfedici) sorumluluk arasındaki ayrımından bahsetmiştik. Bir kişiyi suçundan sorumlu tutmak, kişinin tam anlamıyla sorumlu olduğu bir eylem için yasal sorumluluk yüklemektir. Seçilmiş sosyal bir grup, bir suç eyleminden tam anlamıyla sorumlu olan kişinin suçla ilgili ceza alıp almayacağının kararını vermektedir. Szasz'ın işaret ettiği gibi, suçtan sorumlu olmak, insanın doğasında bulunan toplumun ortaya çıkardığı bir özellik değildir. Daha ziyade belirli bir zamanda ve belirli bir suçta, suçu işleyenin yasal olarak sorumlu tutulup tutulmayacağına ve ceza verilip verilmeyeceğine toplum karar vermektedir.

Szasz, insanların özellikle toplumu tehdit edici ya da mantıksızca hareket ettiği düşünüldüğü zaman suç davranışının açıklaması olarak ruhsal hastalığın kullanılmaya başlandığını ileri sürmektedir. Szasz'a göre, bu istisnai durumların hepsi üst tabakadaki insanlara karşı şiddeti içermektedir. 1724'te İngiliz soylusunun öldürülmesinde adı geçen Arnold'ın anlayışının "vahşi bir hayvan" kadar olduğuna inanılmıştır. James Hadfield adlı başka bir adam, 1800'de Kraliyet Tiyatrosundaki yerinde oturan Kral III. George'a suikast girişiminden dolayı aklını yitirmiş sayılmıştır. Ve üçüncü bir kişi, Oxford adlı bir adama 1840'ta Kraliçe Victorya'yı öldürmeye çalıştığı için deli (insane) olarak bakılmıştır. Herkes tarafından bilinen Sir Robert Peel'in özel sekreterini Peel ile karıştırıp yanlışlıkla öldüren David M'Naghten (1943) olayından metinde bahsedilmiştir. Amerika'nın da hukukunun temelini oluşturan İngiliz hukukundaki tüm bu durumlarda, düşük sosyal tabakadaki insanlar üst tabakadaki insanlara saldırmıştır. Szasz, "delilik konusunun mahkemelerde ortaya atılma sebebinin, suçların dramatize etmeye çalıştığı sosyal sorunları bulandırmak olmuş olabileceğine" inanmaktadır (1963, s. 128).



Tanınmış psikiyatr Thomas S. Szasz delilik savunmasının kullanılmasına şiddele karşıdır.

John ve Robert Kennedy, Güney Afrika'nın başbakanı Hendrik Verwoerd, Martin Luther King, Jr., ve John Lennon'ın suikastleri ve Ronald Reagan, Papa II. John Paul'un suikast girişimleri gibi burada ve diğer yerlerdeki diğer durumlar, bir dereceye kadar günün rahatsızlıklarını yansıtabilir. Dahası, eski Sovyetler Birliğindeki olaylar, suçlarda ve sivil mahkûmiyette (civil commitment) politikanın rolünün örneklerini göstermektedir. İyi tanınan Rus biyokimyacı Zhores Medvedev (1972) Delilik Sorusu (A Question of Madness) kitabında, devleti eleştirdiğinde susturulmak için, Sovyet psikiyatrlarının devletle nasıl işbirliği yaptıklarını anlatmıştır. Kendisi, paranoid sanrıları, çoğul kişilik bozukluğu ve toplumda bulunmasını tehlikeli kılacak diğer ruhsal hastalıkları var diye tanı almıştır.

Şüphesiz, Szasz tüm delilik savunmalarının, kurumun bazı sosyal sorunları örtbas etmeye ilişkin bir

25 Mayıs 1976 da, alışılmış 50 gün duruşması Jones'in hastanede bir süre daha kalıp kalmayacağına karar vermek üzere toplandı. Hastaneden bir psikolog Jones'in hâlâ paranoid şizofren oluğuna ve kendine ve başkalarına zarar verme olasılığına tanıklık etti. 22 Şubat 1977'de hastaneye yeterlik için ilk gelişinden 17 ay sonra ikinci duruşma yapıldı. Savunma bir yıllık mahkûmiyet süresinden uzun hastanede tutulma nedeniyle salıverilmesini talep etti,

çeşit sessiz komploları olduğunu iddia etmemektedir. Çünkü, delilik savunmalarının büyük bir çoğunluğu, çok daha sıradan olgular için yapılmaktadır. Onun temel ilgi noktası, geçerli ahlâki kurallardan sapma hakkını ve bireyin davranışı için sorumluluk yüklemesini içeren bireysel özgürlük ve sorumluluktur (Szasz'ın kişinin zorla intihar teşebbüsünden alıkonamayacağı tartışmasını hatırlayınız.). Antisosyal davranışlar için insanların daha az sorumlu tutulmasından çok, yasal sorumluluğun herkesi kapsaması gerektiğini savunmaktadır. Hatta eylemleri geleneksel sınırların o kadar ötesinde olup da davranışlarını akıl hastalığı açısından açıklayanları bile kapsamaktadır. Szasz'ın ayrıntılı yakınması şudur ki, sapkının onu yargılayanlardan farklı bir birey, fakat yine de onların saygılarına değer olarak görülmesi yerine, ilk olarak sorumlu bir insan gibi algılanmaması ve sonra da tedavi olarak tanımlanan ve kamufle edilen alçaltıcı bir cezaya tabi tutulmasıdır.*

SZASZ'IN KONUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Aşağıda kısaca açıklanacak olan sivil mahkûmiyette değişiklikler gibi 1984'deki delilik savunması reform kanunu da Szasz'ın 1960'lardan bu yana öne sürdüğü görüşlerle uyumludur. Ruhsal hastalığı olan kişileri sorumlu tutmaya, karşı yöneliş ve bu nedenle de medeni haklarının daha fazla korunmasının sağlanması büyük oranda, Szasz'ın hukuk ve ruh sağlığı uzmanları arasındaki ilişkiye amansız saldırılarının sonucudur.

Ancak Szasz, suçla ilgili davranışları ruhsal hastalıklara atfedilen kişilerle nasıl çalışılacağına, ne yapılacağına karar vermede önemli bir rolü psikolog ve psikiyatrların alması gerektiğine inananlar tarafından eleştirilmiştir. Szasz tarafından belgelenen istismar durumları, bazı kişilerin -biyolojik ve psikolojik nedenlerin birişmesiyle de olsa- başkaları veya kendileri için tehlikeli olabilecekleri gerçeğini görmemizi engellememelidir. Szasz ve başkalarının ruhsal hastalık açıklamasına karşı olmalarına rağmen, dünyada deliliğin (akıl hastalığının) olmadığını söylemek güçtür. İnsanlar bazen saldırganları imgeleyebilirler, zaman zaman güce karşı gelebilirler. Bazı insanlar varsanılar algılayabilirler ve tehlikeli davranışlarda bulunabilirler. Bireyin özgürlükleri yönünde, bizim ilgilendiğimiz başkalarının haklarını da gözetme ve kaynaştırma boyutudur.

Ama, deliliği nedeniyle beraat etmiş bir suçlunun rehabilitasyonu askıya alınarak bir kapalı hastaneye konması ona yardımcı olur mu? Yanıt kesin bir evet olamaz. Peki o zaman böyle bir kişi, hüküm giymiş herhangi bir suçlu gibi cezaevine mi yollansın? Normal hapishanelerde meydana gelebilecek ruhsal zararları da göz önünde bulundurursak, bu soruya evet cevabı vermek açısından da çok istekli olamayız. Ama bir hapis cezası genellikle sınırlı bir hapsedilme süresidir. Eğer kişilerin akıl hastanelerinde rehabilite olduklarını gösteremezsek, hapishanelerimize ve ceza uzmanlarımıza, bu kurumların durumlarını iyileştirmek ve mahkumların çıktıklarında anti-sosyal olmalarını engellemek için davranışlarını değiştirmelerine yardımcı olacak yollar bulmaları konusunda güvenmek de aynı hesaba gelir.

Pennsylvania Üniversitesi hukuk profesörü ve önde gelen adli kuramcılardan Stephen J. Morse da akıl hastası kişilere de sorumlu bireyler gibi davranılması ve buna bağlı olarak hapishane sisteminin iyileştirilmesi hakkında yazılar yazmıştır.

Eğer istek dışı mahkûmiyet kaldırılırsa, cezai hukuk sisteminde görülen hafif sapkınlık davalarının sayılarında ve hoş olmayan ve genelde korkunç hapishanelerde zaman geçirmesi gereken deli kişilerin sayısı artar. Ama eğer deli kişiler hemen hemen her zaman hareketlerinden sorumlu iseler ve eğer cezaevine hapsedilmeleri haklı görülürse, delilerin hapse girmemesi için bir neden yoktur. Bu sonuç aslında deli kişilerin sorumlu olmadıklarını ve "tamir edilmeleri" gerektiğini kabullenmek yerine, onların onurlarına ve özerkliklerine daha saygılı bir davranıştır. Hapishaneler ve kapalı hastaneler özgürlüklere getirilen çok büyük kısıtlamalardır. Hapishanelerin kötü yerler oldukları tartışmasına verilebilecek en iyi yanıt ki deli olsun veya olmasın bütün mahkûmlar için böyledir, onları temizlemektir. Hapishanelerden kaçmak için haksız yere hastaneye konmak –söz verdiklerinin sadece çok azını veya hiçbirini yerine getirmeyen bir başka hapsetme yöntemi– cezai hukukun sorunlarına mantıklı bir çözüm değildir, sadece bu sorunlardan kaçmamızı sağlar. (Morse, 1982a, s. 98)

**The Abuse Excuse başlıklı kışkırtıcı bir kitapta Harvard Üniversitesinden tanınmış bir hukuk profesörü olan Alan Dershowitz giderek daha fazla kanun çiğneyen kişilerin suç davranışları için sorumluluktan kaçınmak amacıyla geçmişlerinden bir ya da daha fazla zorluklarını bu hareketlerinin nedeni olarak göstermeye çalıştıklarını belirtmiştir (Dershowitz, 1994a). Bu özürlerden biri evlat edinilmiş çocuk sendromu olarak bilinir. Şöyle ki biyolojik ebeveynleri tarafından evlatlık olarak verildikleri için kendilerinin reddedilmiş çocuklar olduklarını ve dolayısıyla şimdi erişkinler olarak yaptıkları antisosyal davranışlardan sorumlu tutulamayacaklarını savunurlar. Bu yeni savunmayı devreye sokan bir avukat, müvekkilinin çoğu hayat kadını olan 17 kadını katletmesini, onu doğuran anne tarafından reddedilmiş olmasına bağlamıştır ve müvekkilinin bu reddedilmenin acısını yatıştırmak için tekrar tekrar kadınları öldürdüğünü savunmuştur (Dershowitz, 1994b).*

ceket çalmaktan suçlu bulunmuş ve ceza çekmişti. Mahkeme isteği reddetti ve o hastaneye döndü.

Columbia Bölgesi (D.C) Temyiz Mahkemesi de ilk mahkeme kararına uydu. Sonunda Kasım 1982'de hastaneye yatışından 7 yıl sonra Jones'in üst mahkemeye müracaatı oldu.

Mahkeme, 29 haziran 1983'de 4-5 saatte aldığı bir kararla ilk kararı onayladı. Jones St. Elizabeth hastanesinde kaldı. Onun avukatı daha

birçok yılını 1980'lerin sonunda toplum içinde bir süre yaşasa da sıklıkla geri dönüp hastanede geçirdiğini bildirdi (Harry Fulton, kişisel iletişim, 22 Nisan 1997).

ÜST MAHKEME KARARI Jones'un üst mahkemeye sorduğu esas soru, delilik nedeniyle suç davranışından beraat ettikten sonra akıl hastanesine konulan birinin, normalde tutukevinde kalması gereken zamandan daha fazla hastanede kaldığı için serbest bırakılmasının gerekip gerekmediğidir (*Jones Birleşik Devletlere karşı,* s. 700). Üst mahkeme olayı farklı değerlendirdi. (S. Rep No1170, 84th Cong, 1st Sess 13 [1955], *Jones Birleşik devletlere karşı* da aktarıldığı gibi).

> Delilik nedeniyle aklanma onun salıverilmesine yetki sağlamadı. Çünkü o mahkûm edilmiş olsaydı alacağı hapis cezasından çok daha uzun süre hastanede kaldı. Özel bir suçtan alacağı hapis cezası, cezalandırma, caydırıcılık ve rehabilitasyonu da içeren birçok faktöre dayalı olacaktı. Fakat delilik nedeniyle aklanmış biri suçlu bulunmadığı için cezalandırılmayabilir. Onun mahkûmiyetinde amaç akıl hastalığını tedavi etmek ve hem toplumu hem de onu kendisinin tehlike potansiyelinden koruma idi. Beraat edenin hipotetik hapis süresi ile iyileşme süresi arasında korelasyon olması gerekli değildir. (s. 700, italikler ek vurgudur)[6].

Sanık bir suça karşın delilik savunması yaptığında ve jüri bunu onayladığında gerçekte delilik suçun işlendiği sırada ordadır ve kabul edilebilir. Bu deliliğin bir kez ortaya çıktığında devam edeceğini, sanığın otomatik olarak tedaviye gönderilmesini ve iyileştiğinin gösterilmesini gerekli kılar (s. 705).

Bireyin iyileşmesinin ne kadar süreceği -ya da iyileşip iyileşemeyeceğinin- yordanamaması nedeniyle, kongre sivil mahkûmiyeti onaylayarak süreyi hastanın salıverilmeye uygunluğunun periyodik olarak gözden geçirilmesine dayalı olarak belirsiz bırakmıştır (s. 708).

Esas olarak üst mahkeme Jones'un mahkûmiyetini suçu nedeniyle cezalandırılamayacağı, cezalandırma için bireyin kabahatli olması gerektiği kararına bağladı. Jones'un deliliği onu yasal olarak masum kıldı. Çünkü o "mens rea" sunmuyordu ve suçlu zihin göstermemişti.

Onun hırsızlığa yönelmesi özgür iradesinin yerini bozuk akıl sağlığının alması şeklinde yorumlandı. Bu delilik savunmasının altında yer alan mantıktır. Bundan başka mahkemeye göre ceza, niyet olunan bireysel ya da toplumsal etkisini -rehabilitasyon, caydırma ve ceza- akıl sağlığı bozuk biri üzerinde göstermez. Jones'un normal bir hapis cezasından daha uzun tutulması konu dışıdır. Jones deliliği bahane etmese daha iyi durumda olacaktı.

ÜST MAHKEME KARARININ ELEŞTİRİSİ Bu davada, Jones tartışılan şeyi kanıtlamak durumundaydı. Normalde Birleşik Devletler adaletinde bireyi itham edenler onun suçluluğunu kanıtlamak zorundayken, o çok hasta olmadığı veya toplum için tehlikeli olmadığını ispatlamak durumundaydı. Bu durum ayrıca sivil mahkûmiyetten farklıdır. Orada kişi değil, hükümet kanıtlamak zorundadır. Jones ise bu medeni haktan yoksun bırakıldı.

Mahkeme Jones'un hastalığının tehlike yaratacağından endişe etti. Jones üst mahkemeye sunduğu dilekçesinde ceket çalmanın tehlikeli olmadığını, vahşi bir suç olmadığını tartıştı. Mahkeme bir suç fiilinde şiddet olduğunu, fiilin kendisinin tehlikeli olması gerekmediğini bildirdi. Şiddet içermeyen bir eşya hırsızlığının, bir saat çalma gibi, hırsız kaçmaya çalışırken, kurban eşyasını korumak isterken veya polis kaçan hırsızı yakalamak isterken şiddet içerebileceği daha önceki bir kararda belirtilmişti.[7]

Farklı görüşte olan savcılar, Jones gibi birinin, ne kadar uzun hastanede kalırsa, artık tehlikeli veya akıl hastası olmadığını göstermesinin o kadar zorlaşacağı yorumunu yaptılar. Uzatılmış hapsedilme büyük ihtimalle onun, hastaneyle ilişkisi olan tıbbi uzmanlardan başka uzmanlara yetecek parasının olmamasına ve akıl hastası olmayan biri gibi davranamamasına yol açacaktı.

> Psikolojik durumu düzenleyen ilaçlar... bir hastayı uysal kılabilir... ama onları "iyileştirmez" veya bu ilaçları almadıkları sürece saldırgan olmayacaklarını gösterme şansı vermez. Davalının Mayıs 1976 duruşmasında Hükümet, davalının iyileşmediği kararına varmak için (hastanenin akıl hastalıkları uzmanlarının) hastanın "her zaman olup bitene pozitif bir şekilde tepki vermediği" ve "koğuşta olup biten olaylarda aktif bir katılımcı olmadığı" şeklindeki raporlarına dayandı (s. 716).

Jones'un durumu garip, hatta Kafka'varidir. Çoğu delilik nedeniyle beraat kararları bir ceketi çalmaktan daha korkunç suçlar için verilir ama

---

[6]Suç davranışı ile hapiste kalma süresi arasında korelasyon başka bir işleyişe neden olur. Zanlının nasıl bir suç işlediği önemsizdir, eğer iyileşmişse 50 günde serbest kalabilir. (s. 708)

[7]Overholser O'Bearne'ye karşı, 302 F2d. 852, 861(D.C. Cir.1961).

Jones'un davası üst mahkemeye ulaştı ve delilik savunmasının, yasaların kurallarına ve insan haklarına değer veren bir toplum için hâlâ ne kadar tartışmalı ve duygusal yönden önemli bir konu olduğunu gösterdi.

YARGILANMA YETERLİĞİ

Delilik savunması zanlının *suç işlendiği sıradaki* akıl sağlığı ile ilgilidir. Ne çeşit bir savunma olmalıdır sorusundan önce *aslında* kişinin yargılanma yeterliği olup olmaması sorusu gelir. Bir kişi için yargılanma yeterliğine karar verilip, delilik nedeniyle beraat etmesi açıkça olasıdır.

Çok sayıda birey, cezaevi hastanesine yargılanma yetersizliklerine karar verilerek gönderilir, ardından yargılanır ve delilik nedeniyle beraat ederler. Birleşik Devletler yargı sistemine göre bireylerin itham edildikleri suçtan sorumlu tutulup tutulamayacaklarından önce, yargılama yeterliğine karar verilmelidir

Üst mahkeme olgusu Pate Robinson'a karşı[8] örneğinde, savunma avukatı, savcı veya jüri, akıl hastalığı sorusunu sanığın akli durumunun gelecek mahkemesini engelleme ihtimali olduğuna inansalardı ileri sürebilirlerdi. Yeterliğe bakmanın bir diğer yolu, mahkemelerin davaya bireyin getirilişinde "absentia" ("burda yok") olmasını istemeyişleridir. İngiliz kanunun eski kuralı, burada bireyin fiziksel varlığından değil akıl sağlığından söz etmektedir. İncelemeden sonra, davaya anlamlı bir şekilde katılmaya engel bir akıl hastalığı bulunursa, dava rutin olarak ertelenir ve sanık bir hapishane hastanesine uygun akıl işlevlerine kavuşması umudu ile hapsedilir. Bu, Jones'a yakalanmasının hemen ardında olandır.

Eğer bir mahkeme yargılanma yeterliğine ilişkin mantıklı bir şüphe oluştuğuna dair bir kanıt olduğunda bir celse düzenlemezse ya da yasal olarak yetersiz olan birini mahkûm ederse, uygun sürecin ihlâli söz konusudur[9]. Yargılanan kişinin akıl sağlığından şüphe edilmesi halinde mutlaka bunu tespit edecek bir muayeneden geçmesi gerekmektedir[10]. Bu tür bir tespit yapılırken kişinin bedensel özellikleri ile değil ama sadece zihinsel işlevleri ile ilgilenilmektedir. Tutuklamanın ardından, işlediği suçu kavrayabilecek bir zihinsel yeteneğe sahip olup olmadığı araştırılmaktadır[11]. Kişinin yargılanma yeterliği olup olmadığından şüphe edildiği takdirde, kişinin gerçekte yeterli mi olduğu, yoksa yargılanamayacak, kendini savunamayacak durumda mı olduğu araştırılmaktadır. Kişinin, var olan akıl hastalığı ise her zaman yargılanma için yetersizlik anlamı taşımaktadır[12]. Akıl sağlığında bozukluk olan birisi, örneğin bir şizofren de yasal süreci anlayabilmek durumunda olabilir ve bu nedenle de yargılanma için yeterliği bulunabilir (Winick, 1996).

Mahkemeye çıkacak yeterlilikte olmadığına karar verilmesi, bir kişi için çok önemli sonuçlar doğurabilir. Yeterlilik sorunu açılmadan önce normal olarak verilecekse bile kefaletle tahliye olasılığı otomatik olarak reddedilir. Davalı, mahkeme öncesi muayene için ruh hastası suçlulara ayrılan bir tesiste tutulur. Bu süre içinde davalının, onu mahkemeye çıkacak

yeterliliğe getirecek tedaviyi görmesi gerekir[13]. Bu sırada davalı işini kaybedebilir ve aylar veya yıllar boyunca ailesinden, arkadaşlarından ve tanıdık çevresinden ayrı kalması yüzünden travma geçirebilir. Bu yüzden de ruhsal durumu kötüye gidebilir ve mahkemeye çıkacak yeterliliği göstermesi zorlaşabilir. 1970'lere kadar çoğu insan, mahkemeye çıkacak yeterlilikte oldukları kararını beklerken kapalı hastanelerde hayatlarını geçirdiler.

1972'de bir üst mahkeme davası, *Jackson Indiana'ya karşı[14],* eyaletleri yetersizliğe daha hızlı karar vermeye zorladı. Bu dava zihinsel özürlü, sağır ve dilsiz bir adamla ilgiliydi. Bu kişi davaya çıkacak yeterliliğe sahip değildi ve hiçbir zaman da bu yeterliliğe ulaşacak gibi görünmüyordu. Mahkeme, dava öncesi kişinin tutukluluk süresinin, bu süre boyunca kişinin mahkemeye çıkacak yeterliliğe gelip gelemeyeceği kanısına varacak kadar olmasına karar verdi. Eğer davalı hiçbir zaman bu yeterliliğe sahip olamayacaksa, mahkeme bu sürenin sonunda ya sivil mahkûmiyet süreçlerini başlatmalı veya davalıyı serbest bırakmalıdır. Avukatların da, akıl sağlığı uzmanlarıyla beraber yeterlilik kararına katılmaları önerilmiştir; çünkü bilgili bir avukat, davalının mahkemeye çıkmak için tam olarak ne yapabilmesi gerektiğini bilir (Roesch ve Golding, 1980). Çoğu eyalette, mahkemeye çıkacak yeterliliğin en az gereksinimleri hakkında yasa-

---

[8]Pate Robinson'a karşı, 363 U S. 375 (1966).

[9]Birleşik Devletler White'a karşı, 887 F. 2d. 705 (6th Cir.1989); Wright Lachart'a karşı, 914 F. 2d. 1093, cert. Denied, 111 S.Ct. 1089 (1991).

[10]Birleşik Devletler Frank'e karşı, 956 F. 2d. 872 cert. Denied, 113 S. Ct. 363 (1992).

[11]Birleşik Devletler Frank'e karşı, Wright Lachart'a karşı,

[12]Birleşik Devletler Hemsi'ye karşı, 902 F. 2d. 293 (2d Cir.1990);Balfour Haws'a karşı, 892 902 F2d. 556(7 th Cir. 1989).

[13]Birleşik Devletler Shrman'a karşı ,912 F. 2d. 907(7 th Cir. 1990).

[14]Jackson Indiana'ya karşı, 406 U.S. 715 (1972).

ODAK 20.2

DİSSOSİYATİF KİŞİLİK BOZUKLUĞU VE 'DELİLİK SAVUNMASI'

Bir sabah kahvenizi yudumlarken, kapınızın çalındığını duyduğunuzu farz edin. Hızla kapıya koşuyorsunuz ve karşınızda iki polis size kötü gözlerle bakıyor. Polislerden biri sizin John Smith olup olmadığınızı soruyor ve siz 'evet' diye yanıtlıyorsunuz. Polis size hırsızlık ve Jane Doe cinayetinden tutuklu olduğunuzu söylüyor ve suçu üstlenmeye karşı Miranda haklarınızı okuyor ve sizi avukatınızı arama hakkınız olduğu yere karakola götürüyor.

Bu herkes için korkunç bir durumdur, fakat siz ve avukatınız için asıl korkutucu ve düşündürücü olan bir dedektifin size anlatacağı suçu işlediğinize dair hiçbir anınızın olmamasıdır. Cinayetin işlendiği zaman dilimi için hiçbir açıklama yapamamanız nedeniyle şaşkınlık içindesiniz –gerçekten de belleğiniz o bütün zaman dilimi için şaşırtıcı derecede 'boş'. Ve bu da yetmiyormuş gibi dedektif size bir soygun sırasında silahınızı banka veznedarına ateşlediğiniz bir kaset gösteriyor. Size "Bu kasetteki siz misiniz?" diye soruyor. Avukatınızla görüşüp kıyafetler de dâhil kesinlikle size benzediğini söylüyorsunuz fakat avukatınızın yönergeleri doğrultusunda herhangi bir şekilde herhangi bir şey kabullenmiyorsunuz.

Zaman olarak birkaç ay ileriye, duruşmanızın olduğu tarihe gidelim. Tanıklar geliyor ve şüphe götürmeyecek şekilde sizi teşhis ediyorlar. Ve sizin öğleden sonra banka soygununda ve cinayetin olduğu zaman başka bir yerde olduğunuzu kanıtlayabilecek kimseyi tanımıyorsunuz. Jürinin sizi, işlenmiş suçlar için Szasz'ın ifadesiyle, tamamıyla sorumlu bulacağı çok açık durumda. Fakat gerçekten de siz bankadaki veznedarı öldürdünüz mü? Dürüst ve açıkça kendinize ve jüriye veznedarı öldürmediğiniz konusunda ısrar ediyorsunuz ve hatta siz bile kasetteki kimsenin, soygunu yapan ve cinayeti işleyen kişinin siz olduğuna iknâ edilmiş durumdasınız.

Durumumuzun ilginç doğasından dolayı avukatınız sizi duruşmanıza yakın her ikisi de adli konuşmalarda tanınan ve uzman olan psikiyatr ve klinik psikologla görüştürüyor. Kapsamlı bir sorgulama sonucunda sizin dissosiyatif kimlik bozukluğuna (eski haliyle çoğul kişilik bozukluğu) sahip olduğunuza ve suçların sizin yani John Smith tarafından değil, "saldırgan alteriniz" olan Dick tarafından işlendiğine karar veriyorlar. Gerçekten, görüşmelerin biri sırasında Dick ortaya çıkmış ve suç ile övünmüş hatta sizin, yani John'un bu yüzden hapse gireceği gerçeğiyle dalga geçmiştir.

Bu kurgulanmış öykü zannettiğiniz kadar abartılmış değildir (7. Bölümdeki dissosiyatif kimlik bozukluğu tartışmasını hatırlayınız). Ruh sağlığı avukatları bir şekilde 'delilik savunması'nın farklı türleriyle uğraşmış oldukları gibi, bu tür senaryolarla çok ilgilenmişlerdir. Fakat bu savunmayı başarıyla kullanan insanların neredeyse tümü şizofreni (ya da daha genel olarak psikotik) tanısı almışlardır. Dissosiyatif kimlik bozukluğuna bir nevroz olarak sınıflanan dissosiyatif bozukluk olarak bakılabilir. Dissosiyatif kimlik bozukluğu, bir suç eylemi için mazeret olarak kabul edilebilir mi? John Smith, alter kişiliği Dick tarafından işlenmiş bir suç için tamamıyla suçlu bulunmalı mı? Dissosiyatif kimlik bozukluğu konusuna işaret eden 'Davalı Kim?' (Who's on trial?) (Appelbaum & Greer, 1994) makalesinin başlığında içinden çıkılması zor durum açıkça belirtilmektedir.

lar hazırlanmıştır ve bu sayede binlerce kişiyi olması gereken süreçlerden (Ondördüncü değişiklik) ve bir davanın hızlı ilerlemesini engelleyen (Altıncı değişiklik) mahrum eden serbestlik ortadan kalkmıştır. Bugün davalılar, yeterliliklerinin belirlenmesi için, haklarında istenen ceza süresinden fazla mahkûm edilemezler[15].

Modern tıbbın yeterlilik tartışması üzerinde oldukça fazla etkisi oldu. "Sentetik akıl sağlığı (sanity)" kavramı kullanılmaya başlanmıştır. Bu kavrama göre bir ilaç, mesela Thorazine, aslında deli bir davalıda bir miktar geçici mantıklılık yaratırsa dava devam edebilir. İlacın kesildiği durumda davalının tekrar yetersiz olabileceği ihtimali, onun mahkemeye çıkmasını engellemez[16]. Ama davalının kişisel haklarının zorlayıcı tedaviye karşı korunması gerekir, çünkü böyle bir yöntemin kişiyi mahkemeye çıkacak yeterliliğe getireceği kesin değildir ve kişiye zarar verebilir. Son zamanlardaki bir Üst Mahkeme kararı[17] bir davalının, onu mahkemeye çıkartacak yeterliliğe getirme çabası içinde psikolojik durumu düzenleyen ilaçlar almaya zorlanamayacağına karar verdi. Savcılardan biri ilaç almış bir davalının adil bir davaya sahip olamayacağının altını çizdi. Genelde mahkemeler, davalının

[15] *Birleşik Devletler De Bellis'e karşı, 649 F. 2d. 1(1 st Cir.1981); Birleşik Devletler Moore'a karşı, 467 N.W. 2d 201 (Wis. Ct. App. 1991).*

[16] *Birleşik Devletler Hampton'a karşı, 218 So. 2d 311 8la (1969); Birleşik Devletler Stacy'ye karşı, no. 446 (Crim. App., knoxville, Tenn. Ağustos 4, 1977), Birleşik Devletler Hayes'e karşı, 589 F. 2d. 811 81979).*

[17] *Riggins Nevada'ya karşı, 504 U S. 127 (1992).*

Temel Korku (Primal Fear) adlı film dissosiyatif kimlik bozukluğu vak'asıyla ilgili delilik savunmasını betimlemektedir.

Kişilerin herkes tarafından kabul edilmiş, sadece eğer suçlanabilir durumdalarsa, işledikleri suçtan sorumlu tutulabilecekleri yasal ilkesini düşünün. Bu bölümde bahsettiğimiz bazı dava sonuçları ve konularının hepsi bu ilkeye dayanmaktadır. Dissosiyatif kimlik bozukluğu literatürü ve adli uygulamaların yakın taramalarında Güney California Üniversitesi'nin Hukuk Merkezinden Elyn Saks (1992, 1997), dissosiyatif kimlik bozukluğuna ruh sağlığında özel bir durum olarak bakılması gerektiğini ve 'çoğul kişilik bozukluğu şeklinde görülen sorumsuzluk' ile ilgili yeni bir kanuni ilke oluşturulması gerektiğini ileri sürmektedir.

Saks'ın savunusunun çelişkili olmasının sebebi, bu savunusunun büyük bir bölümünü kişiliği tanımlamaya adamasıdır. Kişi (person) nedir? Kişi, bizim içine girdiğimiz bir beden midir? Çoğu zaman, bir kişi olarak kim olduğumuz bizim olarak ya da biz olarak bildiğimiz bedenle pek çatışmamaktadır. Fakat dissosiyatif kimlik bozukluğunda bir uyuşmazlık vardır. Bankada suçları işleyen beden John Smith'ti. Fakat suçu işleyen onun alteri Dick'ti. Saks, ilginç gelse de, konunun bedene kişinin taşıyıcısı olarak bakılması gerektiğini savunmaktadır. Suçlanabilecek olan beden değil, kişinin kendisidir. Neredeyse çoğu zaman beden ve kişi bir'dir ve aynı'dır; fakat dissosiyatif kimlik bozukluğu durumunda değillerdir. Bir açıdan, Dick, John'un bedenini kullanarak cinayeti işlemiştir.

O zaman, John suçlanabilir mi? John kişisi suçu işlememiştir, hatta hakkında hiçbir şey bilmemektedir. Saks, jürinin John'u ya da aslında o isim altında duruşma salonuna giden beden için kararının adil olamayacağını, çünkü John'un açıkça masum olduğunu savunmaktadır. John'u hapse yollamak kesinlikle Dick'i de cezalandıracaktır, çünkü ortaya çıktığı zaman kendini hapiste bulacaktır. Pekiyi ya John? Saks, son olarak John'u hapse yollayamayacağımızı çünkü suçlanabilir olmadığını; bunun yerine dissosiyatif kimlik bozukluğu yüzünden suçlu bulmayıp bozukluğun tedavisi için tekrar mahkemeye çıkarılması gerektiğini savunmuştur.*

Saks, dissosiyatif kimlik bozukluğu için terapinin etkililiği konusunda iyimserdir ve John / Dick gibi insanların bir kişilikte birleştirilebileceğine ve böylece topluma kazandırılabileceğine inanmaktadır. Saks, suçu işlememiş fakat tehlikeli olarak değerlendirilen dissosiyatif kimlik bozukluğuna sahip kişilerin korumaya yönelik gözaltıyla eş sayılsa da sivil mahkûmiyete tabi olmaları gerektiğini de söylemiştir. Bu şekilde gelecek suçlar engellenebilir.

**John'un Dick'in bilincinde olduğu yani John'ın Dick'in suç eylemleri sırasında ne yaptığının farkında olduğunda durumun farklı olup olmayacağı sorulabilir. Saks, eğer John'ın Dick'in caniyane davranışını önleyebileceği kanıtlanamazsa bunun fark etmeyeceğini savunmuştur.*

haklarını korumak için, alacağı ilaç, onu mahkemeye çıkacak yeterliliğe getirecekse bile, güçlü psikoaktif ilaçların kullanımında bazı korumalar getirmiştir[18]. Bu kararın hukuksal ve sivil haklara olan etkileri halen adli ruh sağlığı konusu kapsamında tartışılmaktadır (örn., Winick, 1993).

Son olarak, eğer davalı isterse, verilen ilacın etkileri jüriye açıklanmak zorundadır, aksi takdirde -eğer davalı delilik nedeniyle beraat talebinde bulunduysa- jüri onun şu anki ilaçla oluşturulmuş sakin ve mantıklı haline bakarak, davalının suçun işlendiği sırada da[19] deli olmadığına karar verebilir. Bu karar, belki davadan yıllar önce işlenmiş bir suç sırasında davalının akli durumuna, geçmişte toplanmış kanıtlara bakarak karar vermenin zorluğuyla ilgilidir. Bu yasal ilke, jürilerin, delilik yüzünden sorumluluk kararlarının, bir miktar da olsa davalının ***dava sırasındaki*** halinden etkilendiğini doğrular. Eğer davalı normal ***görünüyorsa*** jürinin, suçun özgür irade ürünü değil de bir akli dengesizliğin sonucu olduğuna inanması zorlaşır. Odak 20.2, cezai mahkûmiyetlerde dissosiyatif kimlik bozukluğu durumunda ortaya çıkan ilginç zorluğu tartışmaktadır.

[18] *Birleşik Devletler Waddel'e karşı, 687 F. Supp. 208 (1988).*
[19] *Birleşik Devletler Jojola'ya karşı, F.2d.1296 (N.MCt. App.1976).*

SİVİL MAHKUMİYET

Sivil mahkûmiyet kararları, cezai mahkûmiyetin etkilediği sayıdan çok daha fazla sayıda insanı etkiler. Eyaletlerin farklı sivil mahkûmiyet

kanunlarının ve tüzüklerinin ayrıntılı bir şekilde incelenmesi bu kitabın amaçlarının dışındadır; çünkü bunlar her eyalette farklıdır ve sürekli değişmektedir. Bizim amacımız, konuların temelini anlamaya yeten ve şu anki değişimlerin yönünü gösteren genel bir bakış sağlamaktır.

Nerdeyse her eyalette, bir kişi kendi isteğinin aksine, şu kararlara varıldığı takdirde psikiyatrik bir hastaneye yatırılabilir: (1) kişi akıl hastasıysa ve (2) kendine zarar verebilecek -yani yiyecek, giyecek ve barınak gibi temel ihtiyaçları karşılayamayacak- veya başkalarına zarar verebilecek durumda ise (Warren, 1982). Günümüzde, başkalarına zarar verebilecek durumda olmak, genelde ikinci ölçüt durumundadır ve son zamanlardaki mahkeme kararları *çok yakın* tehlikeliliğin ana ölçüt olduğuna işaret eder (örn. kişi şiddet içeren bir suç işlemenin eşiğindedir)[20]. Böyle bir durumdan kaynaklanan mahkûmiyet, kişi tehlikeli olduğu sürece devam etmelidir[21].

Tarihsel olarak, hükümetler vatandaşlarını zarardan koruma görevine sahiptirler. Devletin, bizi korumak adına özgürlüklerimizi sınırlama görevini ve buna hakkı olduğunu kabulleniriz. Örneğin çok az sayıda sürücü, devletin koyduğu, gitmek istedikleri halde onları durduran trafik sinyallerinin meşruluğunu tartışır. Çoğu insan, laboratuar hayvanlarında kansere yol açtığı görülünce, Gıda ve İlaç Dairesinin bazı maddelerin serbest kullanımını yasaklama kararlarına uyar, ama bazı insanlar kendi bedenleriyle alacakları risklere kendilerinin karar verme haklarının olduğu kanısındadır. Hükümetin, bizi kendimizden *-parens patriae,* "devletin gücü"- ve başkalarından korumaya - devletin polis gücü-, uzun süre önce yerleşmiş bir hakkı vardır ve bu aynı zamanda onun görevidir. Sivil mahkûmiyet de bu hakların bir diğer uygulamasıdır.

Özel mahkûmiyet süreçleri genellikle iki kategoriden birine girer, resmi veya gayri resmi. Resmi ya da adli mahkûmiyet bir mahkeme kararıyla gerçekleşir. Herhangi bir sorumlu vatandaş tarafından talep edilebilir; genelde polis, bir akraba veya bir arkadaş mahkûmiyeti ister. Eğer hâkim olayın takip edilmesi için iyi bir neden görürse, bir akli sağlık muayenesi emri verir. Kişinin, kendisini "belgeme" girişimlerine itiraz hakkı vardır ve kişinin mahkûmiyete karşı deliller sunabileceği bir duruşma ayarlanabilir.

Akıl hastası kişilerin gayri resmi ve acil mahkûmiyetleri, başlangıçta mahkemelere başvurmadan sağlanabilir. Örneğin, eğer bir hastane yönetim kurulu, taburcu olmayı talep eden bir hastanın durumunun serbest kalacak düzeyde olmadığına karar verirse geçici, gayri resmi bir mahkûmiyet kararıyla hastanın mahkûmiyeti devam ettirilebilir.

Çılgınca davranan herhangi bir kişi, polis tarafından anında bir akıl hastanesine götürülebilir. Belki de en sık rastlanan gayri resmi mahkûmiyet kararı 2DK, yani iki doktor kararıdır, (orijinali 2PC, two physicians' cetificate) Çoğu eyalette iki doktor, her zaman iki psikiyatr olması gerekmez, kişinin yirmi dört saat ile yirmi gün arasında değişebilen bir zaman dilimi için hapsedilmesini sağlayan bir sertifika imzalayabilirler. Kişinin bu zamandan fazla göz altında tutulması için resmi bir mahkûmiyet kararı gerekir.

ÖNLEYİCİ TUTUKLAMA VE TEHLİKELERİN YORDANMASINDA SORUNLAR

Akıl hastalarının tehlikeli olduğu ve onların çağdaş toplumu kuşatan şiddetin önemli bir oranından sorumlu oldukları kanısı yaygın olsa da, ABD de şiddetin sadece %3'ü akıl hastalığına bağlanmıştır (Monahan, 1992; Swanson ve ark., 1990). Üstelik, psikoz (birincil olarak şizofreni) tanısı almış olanların %90'ı da saldırgan değildir (Swanson ve ark., 1990). Akıl hastalığı olanlar, hatta DSM'ye göre psikoz tanısı almamış olsalar da, özellikle de onlu ve yirmili yaşlarda olan fakir ve erkek madde bağımlısı bireylerle karşılaştırıldıklarında, şiddetin çok küçük bir parçasından sorumludurlar (Mulvey, 1994). Akıl hastalığının toplumdaki tüm şiddet düzeyine katkısı önemsiz derecede azdır (Monahan, 1992).

Toplumun kafasında şiddet ve akıl hastalığı arasında güçlü bir bağlantı olduğu inancı vardır. Bu inanç, toplumun bir psikiyatri kurumunda hasta olma etiketi koymasının olduğu gibi (Link ve ark., 1987), "sivil mahkûmiyet" gerekçesinin de merkezidir (Monahah ve Shah, 1989).

Sivil mahkûmiyet önleyici tutuklamanın bir şeklidir. Akıl hastasının gelecekte tehlikeli davranışlar sergileyebileceği ve bu nedenle gözaltına alınması yordaması yapılır. Sıradan mahkûmlar, istatistiklere göre birçoğunun yeni suçlar işlemeye teşebbüs etme olasılığına karşın hapisten çıkarılmışlardır. Dahası mahkeme tarafından verilen hapis cezası, suçlular başkalarına bir zarar verdikten sonra olur (bazıları bu durumu atlar gürledikten sonra ahır kapılarının

[20] *Suzuki Yuen'e karşı, 617 F.2.d 173 (9th Cir. 1980).*
[21] *Birleşik devletler DeBellis'e karşı.*

açılmasına benzetirler). Fakat bizim tüm yasal sistemimiz insanları önleyici tutuklamadan korumak üzere düzenlenmiştir. Bir insan ciddi bir suç işlerken tanıklar tarafından görülmüş olsa bile, mahkemece suçu kanıtlanana kadar masum sayılır. Diğer insanları açık şekilde zarara uğratmaya çalışan biri; (örneğin her gün bir saat boyunca sokakta durup diğer insanları tehdit eden biri) başka bir konudur. Devlet sokaklarda insanları suç işleyene kadar beklemeli midir? Bunun yanıtı elbette ki hayırdır. Böyle bir durumda sivil mahkûmiyet işlemi devreye girmelidir. Kişinin başkaları için yakın bir tehlike olduğu kadar, akıl hastalığı olabileceği de varsayılsayılmalıdır (Schwitzgebel & Schwitzgebel, 1980). Akıl sağlığı uzmanlarının çoğu sokaktaki insanlarla aynı fikri paylaşır, bu şekilde davranan kişinin psikotik olduğunu düşünür.

Tehlikeli bir suça kalkışma olasılığı sivil mahkûmiyetle doğrudan ilgilidir, ancak tehlike kolayca yordanabilir mi? Bir kişinin tehlikeli bir davranışa kalkışacağının yordanmasının güvenirliğini sınayan ilk çalışmalar, bu yargıyı yapmada ruh sağlığı mesleklerinin zayıf olduğunu bulmuşlardır (örn., Kozol, Boucher & Garofalo, 1972; Monahan, 1973; 1976, Stone, 1975). Bazıları önleyici amaçlı tutuklamanın iptal edilmesi gerektiğini savunmuşlardır. Bununla beraber, Monahan (1978) bu çalışmaları dikkatlice taramış ve şiddeti yordamada profesyonelin yeteneğinin yeterli düzeyde değerlendirilmediği sonucuna varmıştır. Yapılan çalışmaların birçoğu şu yöntemsel örüntüyü izlemişlerdir:

• Kişiler akıl hastalıkları ve toplum için tehlike oluşturmaları nedeniyle kurum bakımına alınmışlardır.

• Bu kişiler hastanedeyken, bazılarının eğer topluma tekrar gönderilirlerse şiddet uygulayabileceği tekrar yordanmış.

• Bir süre sonra bu insanlar taburcu edilmişler ve sonuç olarak doğal bir deneysel durum oluşmuştur.

• Taburcu olan hastaların ileriki yıllarda yapılan kontrol muayenelerinde tehlikeli davranışları olmadığı saptanmıştır.

Bu tip araştırmalarda yanlış olan nedir? Monahan kurumsallaştırmanın kendisinin etkileyebileceği değişimlerin dikkate alınmadığına işaret etmiştir. Gözden geçirilen bu çalışmalara, hapis döneminin birkaç aydan 15 yıla kadar uzanan süreci dikkate alınmıştır. Zorunlu olarak uzatılan bu yatış süresi hastaları daha uysallaştırmaktadır. Bundan başka, yordanabilir şiddetin oluştuğu koşullar açık toplumlarda çok çeşitlilik gösterebilir. Dolayısıyla bu tip bir yordamanın sağlam geçerliği olabileceğini beklememeliyiz (Mischel, 1968).

Bu çalışmalar eksikliklerine karşın sivil mahkûmiyete karşı olan tartışmalarda kullanılmıştır. Henüz, bu çalışmalar ya da diğerleri bu özel Bölümde incelenmemiştir. Monahan, gerçek acil durumlarda tehlikeyi yordayabilmenin uzatılmış yatış süreci sonrasına göre daha kolay olacağını ileri sürmüştür. Acil mahkûmiyet arandığında insan kontrolden çıkmak üzere olabilir ve kendi odasında veya sokaktaki kişide olduğu gibi tehlikeli olabilir. Geçmişinde tehlikeli olmuş -bu gelecekteki tehlike için iyi bir yordayıcıdır- olabilir, elinde silahları ve kurbanları olabilir. Tehlikeli bir taşkınlık an meselesi olabilir. Böylece, topluma yönelik yordanan tehlikeye benzemeksizin, çalışmalarda, acil mahkûmiyet gerektiren şiddetin bilinen bir durumda aniden olması beklenmektedir. Sağduyumuz bize şiddete yönelik bu tahminlerin doğru olduğunu söylemektedir. Bu tür beklentilerin geçerliğini saptamak için hemen şiddet unsuru yaratacağı yordanan kişilerin yarısını serbest bırakmalı ve daha sonra acil durumlarda hapsedilmiş kişilerin davranışları ile karşılaştırmalıyız. Bu tip bir deney etik olarak sorumsuz olacaktır. Ruh sağlığı uzmanları mantıklı uygulamalar ile en tedbirli yargılamaları gerçekleştirmelidirler.

Önceki araştırmaların yeniden gözden geçirilmesi, tehlikenin yordanmasında daha doğru sonuçlar alınabilindiğini götermektdir (Monahan, 1984, Monahan ve Steadman, 1994). Şiddet tahminleri en çok aşağıdaki koşullarda doğrudur (durumsal faktörler ve zaman zaman kişisel farklılıklarla etkileşim göz önüne alınmalıdır), (örn., campbell, Stefan ve Loder, 1994).

• Eğer bir insan yakın geçmişte defalarca şiddet sergilemişse, davranışlarında ve çevresinde çok büyük değişiklikler olmadıkça yakın bir gelecekte de tehlike yaratabileceğini düşünmek zor değildir. Şöyle ki, eğer saldırgan bir kişi hapishane veya güvenliği sağlam bir psikiyatri kliniği benzeri kısıtlayıcı bir yere konursa, belirgin şekilde farklı olan bu çevrede saldırgan davranışlar sergileyemeyebilir.

• Şiddet insanın uzak geçmişinde yaşadığı, bir tek ama ciddi bir suç ise ve o insan bir süre hapsedildiyse bile dışarı çıktığında, eğer önceki kişiliği, fiziksel yetileri değişmediyse veya kişi daha önce şiddet sergilediği aynı çevreye dönüyorsa suç işlemesi tekrar beklenebilir.

• Hiçbir suç geçmişi olmasa da, insan bir suç olayına kenarından karıştığı için yargılanmışsa, onun suç işleyebileceği beklenebilir. Örneğin bir insan dolu bir silahı meskûn bir binaya doğrulttu ise.

• Ruh sağlığı uzmanlarının şiddeti yordama yetilerine ilişkin inandırıcı veriler elde edilmesi zordur. Ve bazı uzmanlar, hâlâ insanların tehlikeli olduklarını yordayarak hapsedilmelerine karşı yanılabilirlik olasılığından hareketle sıkı tedbirler almaktadırlar (Morse, 1996). Litwack (1975), çok az sosyal bilimcinin şiddeti yordamada yararlı olabilecek bilgi toplama araçlarına sahip olduklarını ileri sürmüştür. Örneğin, şiddet niyetlerini açan görüşme yöntemleri, kişinin geçmişinde şiddet davranışına katkıda bulunan kişilik özelliklerine halen sahip olduğunu belirleyen diğer değerlendirme araçları gibi. Akıl hastanesinden çıktıktan sonra insanların yaşadıkları yarıyol evleri gibi sosyal desteklerin suça meyilli kişileri belirgin şekilde engellediğine inanılmaktadır (Dvoskin ve Stead man, 1994).

Önleyici tutuklamaya bir örnek de kanunlarla 7 eyalette sağlanmıştır, bunlar, bazı tehlikeli tekrar tecavüz suçu işlemiş kişilerin, hapisten tahliye edilmelerine az bir süre kala akıl hastası kabul edilerek, belirsiz bir süre hapishane hastanesinde -yordanan hastalığa ilişkin tedavileri bitinceye kadar- tutulmalarını sağlar. Bu her ne kadar anayasaya aykırı görülse de -gelecekte işleyebileceği bir suç için bir kişiyi alıkoyma- cinsel tacizcileri toplum dışında tutmanın mantıklı olduğunu birçokları tartışmaktadır.

Bu yasaların taraftarlarına göre, seksüel saldırganlık olarak adlandırılan uzun öykülere sahip tecavüzcü, çocukları taciz etmiş olan insanlardır. Eğer mahkûmların geçmiş deneyimlerine ve kendi anlattıklarına dayalı (örneğin, biri, onu çocukları kurban etmekten alıkoymanın tek yolunun ya da kurtuluşunun kendisinin idamı olacağını söylemişti) olarak çıktıktan sonra çocuklara zarar verme olasılıkları yüksekse, bunu yapmaları önlenmeli midir? Aralık 1976'da Kansas eyaleti ve bir taciz mahkumu arasındaki tartışma Amerikan üst mahkemesine kadar gitmiştir (*Kansas Hendricks'e karşı).* Bu anayasal durum bizlerin yeniden saldırgan olacaklar diye bu kişileri başka suçlar işlememeleri için hapis yatmış olmalarına karşın alıkoymamızla ilgilidir. Fakat eğer bir insan ruhsal olarak hasta ve tehlikeli ise sivil mahkûmiyet olmalıdır. Sivil mahkûmiyet kanunlarının bu özelliği, cinsel suç işlemiş olanların kanun önüne çıkarılmasına izin vermektedir. Üst mahkeme kararının tartışılabilirliği sınırlıdır (Savage, 1976; Savage ve Dolan, 1996).

Bir yordama kişinin medeni haklarına uygun olması için ne kadar iyi olmalıdır? Bazıları "Mr. Jones kesin olmamakla birlikte serbest kalırsa başkalarına zarar verebilir" gibi gelecek suçla ilgili olası yordamaların etik olmayan bir duruma neden olmadığını tartışırlar (Grisso ve Appelbaum, 1992). Bir kez daha kişisel özgürlük ile hükümetin vatandaşı koruma zorunluluğu dengelenmiştir. Farklı yasa ve toplumsal amaçlar için farklı derecelerdeki kesinlik sağlanmalıdır. Örneğin üst mahkeme, *Addington Texas'a karşı* davasında[22] genişletilmiş sivil mahkûmiyeti haklı çıkarmak için, şiddet ve akıl hastalığı için inandırıcı ve kesin kanıt ister. Tahminen niteliği yetersiz bir kanıt kısa dönem acil mahkûmiyet için yeterli olabilir. Eğer tutukluluk kısa bir dönem içinse, kişisel alıkonma için alınan risk, sadece birkaç günlük özgürlük kaybı olacaktır. Oysaki toplumsal yararı birini zarar görmekten ya da cinayetten kurtarma olacaktır. Bu psikolojik ya da psikiyatrik bir karardan çok, yasal[23] ve ahlâki bir karardır (bkz. Odak 20.3).

DAHA FAZLA KORUMA İÇİN GÜNCEL EĞİLİMLER

Birleşik Devletler Anayasası olağanüstü bir belgedir. Seçilmiş federal görevlilerin temel görevlerini ortaya koyar ve bazı hakları garantiler. Ama çoğu zaman bir hakkın soyut şekillendirilmesi ile günden güne uygulanması arasında büyük fark vardır. Hatta hâkimler, bazı çağdaş sorunlara açıklık getirebilmesi için Anayasayı *yorumlamak* zorundadırlar. ABD demokrasisinin bir dönüm noktası olan bu belgede mahkum edilmiş akıl hastaları hakkında hiçbir bölüm olmadığından, avukatlar ve hâkimler, toplumun akıl sağlığı tartışılan kişilere ne yapacağı konusundaki düşüncelerini haklı çıkarmak için bu belgenin değişik bölümlerini yorumluyorlar.

1972'de akıl hastanelerine gönüllü başvurular gönülsüz başvurulardan fazla olmaya başladı. Ama hâlâ birçok insan kendi istekleri dışında buralarda tutulmaktadır ve gönüllü gelen kaç kişinin sivil mahkûmiyet tehdidinden kaçmak için geldiğini bilmek imkansızdır. Yapılan bir anket

---

[22]Addington v. Texas, 441 U.S. 418 (1979). Açık ve ikna edici kanıt standardı, hâlâ kişiyi suçluluk standardı olan kabul edilebilir şüpheden fazlası uygulamasından daha az korumaktadır. Suçluluk standardı –kabul edilebilir şüpheden fazlası– yüzde 90 kesinliğe karşılık gelir; açık ve ikna edici standart yüzde 75 kesinliktir.

[23]Birleşik Devletler Sahhar'a karşı, 917F.2d 1197, cert denied, 111S.Ct.1591 (1991)

ODAK 20.3 TARASOFF OLGUSU UYARI VE KORUMA GÖREVİ

Danışanın terapist ile olan özel görüşmesi –Bu görüşmede konuşulanların gizli kalması- danışanın yasal hakkıdır. Danışan için önemli bir korunmadır ama mutlak değildir. Toplum diğerlerine zarar verebileceği nedeniyle bir ilişkinin gizliliğinin sürdürülemeyeceğine dair bazı şartlar öngörmüştür. Ünlü bir California mahkemesi 1974 yılında bir terapistin hastası ile olan özel görüşmesinin gizliliğini ihlâl edebileceği hatta ihlâl etmesi gerektiği durumları tanımlamıştır. Öncelikle davadaki gerçeklere bir bakalım:

1968 yılının sonbaharında, California'daki Berkeley Üniversitesi'nde çalışmalarını sürdüren ve Hindistan'dan gelen Üniversite öğrencisi P. Poddar Halk Dansları sınıfında T. Tarasoff ile karşılaşır. Sonbahar süresince birbirlerini haftada bir defa görürler ve yeni yılın arifesinde Tarasoff Poddar'ı öper. Poddar bu öpme olayını resmi bir nişanlanmanın işareti olarak yorumlar; (bu onun üyesi olduğu Harijam veya Dokunulmazlar Kastının gelenekleri uyarınca bu şekilde yorumlanır) .Fakat Tanya ona hayatında başka kişilerin de olduğunu söyleyerek, onunla samimi bir ilişkiye girmeye istekli olmadığını hissetti.

Poddar bu ters cevabın sonucu olarak depresyona girdi, fakat yine de ilkbahar boyunca Tanya'yı birkaç kez gördü. (Poddar, Tanya'nın onu niçin sevmediğini anlamak için konuşmalarını arada sırada teybe kaydetti). Tanya, yaz tatilini geçirmek için Brezilya'ya gidince, Poddar, bir arkadaşının ısrarı üzerine psikoterapi için bir psikologa gitmesini öneren okulun sağlık Merkezindeki bir psikiyatr ile görüştü. Tanya 1969 yılının Ekim ayında Brezilya'dan döndüğü zaman Poddar terapiyi bırakmıştı. Poddar' ın bir silah satın almaya niyetlendiğini sezen psikolog, bu durumu hem yazılı hem de şifahi olarak Poddar'ın tehlikeli bir insan olabileceği ve psikiyatrik gözetim altında tutulması amacıyla Ruh ve Sinir Hastalıkları Merkezine yatırılması gerektiğini bildirir.

Kampüs polisi Poddar ile görüşür. Aklı başındaymış gibi görünen ve Tanya' dan uzak durmaya söz veren, Poddar'ı serbest bırakırlar ve Sağlık Merkezine bu durumu bildirirler. Poddar'ın hastaneye yatırılması konusunda daha fazla çaba gösterilmedi; Çünkü, psikiyatri şefi açıkça böyle bir tedaviye gerek duyulmadığını düşünüyordu ve gizliliğin sağlanması açısından hem polise verilen yazılı uyarının ve hem de terapi kayıtlarının yok edilmesini uygun gördü.

27 Ekim'de Poddar, Tanya'nın evine yanına bir pompalı tüfek ve bir mutfak bıçağı ile gitti. Tanya, Poddar ile konuşmayı reddetti. Poddar, onu pompalı tüfek ile vurdu. Tanya koşarak evden çıktı, Poddar onu takip etti, yakaladı defalarca ve öldüresiye bıçakladı. Bunun üzerine Poddar, birinci veya ikinci derece cinayetten çok taammüden adam öldürmekten suçlu bulundu. Üç psikiyatrın uzman tanıklığına dayanan savunmada, bu kişiler Poddar'ın ruhsal kapasitesinin gerilediği ve paranoid şizofren olduğunu; bu durumun birinci veya ikinci dereceden cinayet işlemek için gerekli olan kastı engellediği yönünde tanıklık etmişlerdir. Poddar hapis döneminden sonra Hindistan'a döndü ve kendi ifadesine göre mutlu bir evlilik yaptı (Scwitzgebel ve Scwitzgebel, 1980.s. 205).

California Eyaletinin özel görüşme yasası gereğince, danışma merkezi psikoloğu hastası ile arasında olan profesyonel ilişkinin gizliliğini yasalar uyarınca ihlâl etti ve Poddar'ın çok yakında muhtemel tehlikeli birine dönüşeceğine inandığından dolayı gözlem altında tutulması için çalıştı. Poddar, psikologa bir silah satın alma niyetinde olduğunu söyledi ve onu, diğer sözleri ve de davranışlarıyla da Tanya'ya zarar vermek için yeteri kadar gözü dönmüş olduğuna inandırmıştı. Psikoloğun yapmadığı, mahkemenin de yapması gerektiğine karar verdiği şey muhtemel kurbanı, yani Tanya Tarasoff'u eski arkadaşının bir silah aldığı ve bu silahı ona karşı kullanma ihtimali olduğu konusunda uyarmasıydı. Böyle bir uyarı doktorların bulaşıcı hastalıklar taşıyan insanları tedavi ederken, halkı buna karşı uyarmalarını ya da akıl hastanelerinin tehlikeli bir hasta kaçtığında halkı haberdar etmeleri gerektiğini öngören daha önce

Prosenjit Poddar Tatiana Tarasoff"u önceden tasarlamadan öldürmek suçuyla mahkûm edildi. Mahkeme Tatiana'ya zarar verebileceğine iknâ ettiği terapisti tehlikeden haberdar etmesine karar verdi.

verilmiş diğer mahkeme kararlarıyla sabittir. Ya da Tarasoff davasına bakan California Üst Mahkemesi tarafından belirtildiği gibi: "Eğer bir terapist gerçekten ya da uygulanabilir profesyonel standartlar uyarınca mantıklı bir biçimde karar verirse ve bu karar, hastanın diğer insanlara karşı şiddet uygulayacağı yönünde ciddi tehlike arz ediyorsa, bu, psikiyatrın muhtemel kurbanları tehlikeden korumak için önlem alması sorumlulukları arasındadır" Şu an diğer eyaletlerde de uygulanmakta olan Tarasoff davası kararları klinik psikologların gizliliği ihlâl etmeye karar verirken tehlikeli hastaların, tehlikeli olduklarını tahmin etme yeteneklerini kullanmaları gerekmektedir. Bu tahmin yeteneği mükemmel değildir (Yanlış bir tahminde de bulunabilirler).

Daha sonra bir California Üst Mahkemesi muhtemel kurbanların esas kurbanla yakın ilişki içinde olanları da içerdiği yönünde karar vermiştir. Bir örnekte, tehlikeli bir hasta tarafından tüfekle yaralanan bir annenin yanında, bu olay gerçekleştiğinde 7 yaşında olan oğlu da bulunmaktaydı. Çocuk, daha sonra duygusal travmanın yol açtığı zararlara karşı psikologları dava etti. Küçük bir çocuk doğal olarak annesinin yanında bulunacağı için Hedlung davasına bakan mahkeme, Tarasoff davası uyarınca çıkan yasanın söz konusu çocuğu da kapsamasına karar verdi.

Tarasoff kararını takip eden yıllarda doktorlar bu kararın psikoterapistler açısından negatif, hatta içler ürperten etkileri olup olmadığını merak ettiler. Eğer hastalar terapistleri ile yaptıkları konuşmaların gizliliği konusundaki sınırlamalardan haberdar edilirlerse, kızgın oldukları insanların terapistlerce uyarılacaklarını düşünerek aşırı kızgınlıklarını terapistlerine ifade etme konusunda çekingen davranabilirler. Hastalar terapistlerine karşı daha az samimi davranabilirler, belki de terapiden daha az yarar sağlayabilirler ve hatta öfkelerini kontrol etmenin ilk adımını oluşturan öfkeyi açığa çıkarma eylemini gerçekleştiremezler, bu yüzden de diğer insanlara zarar verme eğilimleri artar. Tarasoff kararının korumayı amaçladığı insanların sağlığı, kararın bizzat kendisi tarafından tehlikeye sokulabilir. Bu endişelerin, aslında sağlam temellere dayanıp dayanmadığı kesinlik kazanmamıştır.

Tarasoff mahkemesince alınan kararın kanuna dönüşmesinden hemen sonra California' da 1200'ün üzerinde psikolog ve psikiyatr üzerinde yapılan araştırmada Tarasoff kararının, psikolog ve psikiyatrların düşüncelerini ve eylemlerini etkilediği ortaya çıkmıştır. Ayrıca, bu psikologların üçte biri şiddet olan durumlarda meslektaşlarına daha sık danıştıklarını belirtmişlerdir. Bu uygulamanın hastanın yararına dönük olarak olumlu sonuçları da olabilir. Çünkü klinik psikolog böyle bir durumda meslektaşlarından karar verme aşamasında yardım almaktadır. Ayrıca, konsültasyon, klinik psikoloğun Tarasoff kararına bağlı kalmasını da sağlamaktadır ve hasta ileride başka birine zarar verirse, klinik psikoloğun yasal sorumluluğunu da azaltmaktadır. Fakat öte yandan, araştırmaya katılan klinik psikologların %20'si hastalarına şiddetle ilgili sorular sormaktan kaçındıklarını belirtmişlerdir. Bu tipik devekuşu davranışı, klinik psikologların önemli bilgilere ulaşmalarını engelleyebilir, fakat aynı zamanda hastanın başka bir insana zarar vermesi durumunda doktorun yasal sorumluluğunu azaltır. Çok sayıda terapist yine yasal sorumluluklarını azaltmak için daha az ayrıntılı kayıt tutuyorlardı. 20 yıl sonra gözümüz önünde belirginleşen tablo, Tarasoff kararının psikoterapi uygulamalarını aksatmadığını göstermektedir. Terapistler başka insanların haklarıyla hastalarıyla olan ilişkilerinin gizliliği arasındaki dengeyi sağlamış görünüyorlar. Başka ülkelerdeki psikoterapistler henüz bu tip yasalara uymak zorunda değiller. Örnek vermek gerekirse, İngiltere'de terapistlerin hastalarını uyarmalarını ya da korumalarını öngören yasalar yoktur, fakat bu değişebilir.

1983 yılında California Federal Mahkemesinin verdiği kararla Tarasoff kararları daha da genişletilmiştir. Mahkeme, Sosyal Güvenlik Kuruluşuna bağlı olarak çalışan psikiyatrın P. Jablonski adındaki yatısız tedavi edilen hastanın sevgilisini öldürmesi üzerine, her ne kadar hasta, terapist ile olan görüşmesinde kurbana yönelik açık bir tehditte bulunmadıysa da, öldürülen kızın muhtemel kurban olması dolayısıyla terapist tarafından daha önce uyarılması gerektiğine karar vermiştir.

Mahkeme, ayrıca hastane psikiyatrlarını Jablonski'nin daha önceki sağlık kayıtlarını ele geçirmek konusunda ihmalkarlıkla suçlamıştır. Bu kayıtlar hastanın geçmişinde zararla sonuçlanan şiddete yönelik davranışlarının olduğunu ve sevgilisinin tehdit edildiğine dair şikayetleri de göz önüne alındığında, hastanenin acil olarak hastayı gözlem altına alması için yeterli olduğunu göstermektedir. Mahkeme kurbanın öldürülmesinin muhtemel ya da birincil nedeninin daha önceden uyarılmamış olması olduğuna karar vermiştir. Yargıç, eğer psikiyatr hastanın sağlık kayıtlarını tam anlamıyla inceleseydi, Jablonski'nin diğer insanlar için gerçek bir tehlike olduğu ve hemen gözlem altına alınması gerektiği konusunda iknâ olacağını söylemiştir.

Muhtemel kurbanları uyarma ve koruma konusunda genişletilen sorumluluk California'daki Ruh Hastalıkları doktorlarını çok daha zor bir açmaza sürüklemektedir. Çünkü potansiyel olarak şiddete eğimli hasta özgül olarak kime zarar vereceğinden bahsetmeyebilir. Hastanın geçmiş ve şimdiki durumdan öğrenebildikleri kadarıyla kimlerin olası kurban olabileceğini saptamak tamamen terapiste kalmıştır. İronik olarak Jablonski'nin sevgilisi tehlikede olduğunu fark etmiş onunla birlikte yaşadığı daireyi terk etmiş ve kendi can güvenliğinden endişe duyduğunu rahibe ve sosyal güvenlik kuruluşundaki psikiyatra söylemiştir. Psikiyatrlardan biri ona en azından Jablonski'nin sağlık merkezindeki değerlendirme sürecinde Jablonski' yi terk etmesini tavsiye etmiştir. Fakat kurban "onu seviyorum" deyince psikiyatr kızın kendisini dinlemeyeceğini düşünerek daha fazla uyarmamıştır. Mahkeme bu uyarıyı "o koşullar içerisinde tam anlamıyla yeterli" bulmamıştır.(s. 398)

Tarasoff kararları Vermont Eyaleti Yüksek Mahkemesi kararı ile Peck danışma servisince (Peck V. Counseling Service Of Addison Country) daha da genişletilmiştir ve ruh sağlığı uzmanlarının eğer mala zarar gelme olasılığı varsa bile üçüncü kişiyi uyarmakla yükümlü olduklarına karar vermiştir. 29 yaşındaki bir erkek hasta babasıyla yaptığı hararetli bir tartışmadan sonra terapistine babasına bu yaptığını ödetmek istedi-

ğini ve bunu da babasının ahırını yakarak yapabileceğini söylemiştir. Ve bunu gerçekleştirmiştir. Yangında hiçbir hayvan ve insana zarar gelmemiştir ve ahırda hiçbir hayvan yoktur. Ayrıca da ahır evden 130 m. uzaktadır. Mahkemenin terapistin uyarıda bulunması gerektiğine dair kararı, kundakçılığın şiddet içeren bir eylem olması ve yangında diğer insanların ölüm tehlikesi bulunması gerçeğine dayanmaktadır. Bu yasa Hedlung mahkemesi kararının genişletilmesi olarak da görülebilir. Fakat Hedlung kararları ile Hedlung tehlikedeki kurbanın fiziksel olarak çevresinde bulunmakla tehlikeye giren insanlardan bahsederken, Peck cansız bir objeye yöneltilen bir tehditten dolayı zarar görebilecek insanlardan bahseder.

Çoğu mahkeme uyarma ve koruma görevini, çocuk tacizi kurbanlarını ve önceden saptanamayan kurbanları da kapsayacak şekilde arttırmıştır. Böyle olayların bir tanesinde, bir tıp öğrencisi psikanalist olması için gerekli bir eğitim analizine girdi. Terapi sırasında, çocuklara cinsel tacizde bulunduğunu itiraf etti. Daha sonra, eğitimi sırasında, psikiyatri stajının bir parçası olarak hastası, bir erkek çocuğu oldu ve çocuğa cinsel tacizde bulundu. Mahkeme, eğitim görevlisinin, öğrenci-hastasının "eğitiminin bir gereği olarak etkileşimde bulunacağı belli bir grup insan için tehlike oluşturduğunu" (s. 8) bilebilecek olanaklara sahip olduğuna karar verdi. Öğrenci durumunu açıkladığında çocuk hastalara bakıyor olmasa bile (yani eğitmenin uyaracağı ve korumaya çalışacağı kimse olmasa bile), gözetmenin –sadece terapisti değil, eğitmeni olarak- öğrencinin (özellikle çocuklarla çalışma isteğini engelleyecek kadar) profesyonel eğitimi ve çalışmaları üzerinde kontrolü olduğu kararına varıldı ve böylece Tarasoff kararı geçerli oldu. Mahkeme, görevlinin "öğrencinin kendine söylediklerinin gizliliğini bozmadan, onun profesyonel gelişimini yönlendirebileceğine ve yönlendirmesi gerektiğine" (s. 8) karar verdi. Bunun yerine söz konusu öğretim görevlisi ve fakültedeki konumu nedeniyle de çalıştığı üniversite, hasta-öğrencinin çocuk psikiyatrisinde çalışma isteğine izin verdiler ve bu da çocuk bir hastanın cinsel taciziyle sonuçlandı.

14. Bölümde, bir terapistin, HIV-pozitif bir hastasının, koruma olmadan ve partnerini uyarmadan gireceği cinsel ilişkiler sonucunda başkalarını tehlikeye atabileceğine inanmak için nedeni varsa Tarasoff'un uygulanıp uygulanamayacağını sorguladık. Şu ana kadar hiçbir yasal karar bu zor soruyla ilgilenmedi, ama bu durum yakında değişebilir, özellikle de ortada açıkça seçilebilir bir üçüncü kişi varsa, mesela bulaşıcı hastalığa sahip bir hastanın durumdan haberi olmayan bir partneri gibi (Sizemore, 1995). Hastanın akli yeterliliği önemli bir faktör olabilir. HIV-pozitif olan veya AIDS olan bazı kişilerde yargılama ve karar vermede bozukluklar olabilir, bu da onların bu durumlarının şırınga paylaşma veya korumasız seks aracılığıyla diğerleri için tehlike oluşturabileceğini farketmelerine engel olabilir. Böyle durumlarda sağlık personelinin Tarasoff'u uygulamaya yasal ve etik zorunlulukları olabilir (Searight & Pound, 1994). Hukuk araştırmacıları ve ruh sağlığı uzmanları bu meseleyi tartışmaya başladılar (örn., Daniolos ve Holmes, 1995; McGuire ve ark., 1995).

Her ne kadar Tarasoff ve onunla alakalı kararlar akıl sağlığı uzmanları açısından sorunlu olsa da durum başlangıçta göründüğü kadar üzücü değildi. 1974 Tarasoff kararları California Yüksek Mahkemesi tarafından tekrar kabul edildiğinde, muhtemel kurbanı uyarma yükümlülüğü, koruma yükümlülüğünü de içine alacak şekilde genişletilmiştir. (1976 kararından yapılan alıntıya bakınız) Ve bu görünüşte ufak olan değişiklik, doktorların gizliliği ihlâl etmeden, yani potansiyel kurbanı her zaman uyarmak zorunda kalmadan, Tarasoff kararlarına bağlı kalabilmektedirler. Appelbaum'un da (1985) belirttiği gibi klinik psikologlar hastalarıyla olan görüşme sıklığını arttıracak psikotropik medikasyon'da yenilikler ya da değişiklikler yaparak ve genel olarak hastayı daha yakın takibe alarak koruyucu önlemler alabilirler. Appelbaum, ayrıca bu tür önlemlerin mantıklı olduğuna karar verilirse hastanın başka bir kişiye tam anlamıyla zarar verdiğinde terapistin sorumlu tutulamayacağını ifade etmiştir.

Appelbaum tarafından anlatılan bir olayda 18 yaşında bir hastanın, oğlunun kendisiyle görüşmesine izin vermediği için ev sahibini tehdit etmesi aktarılmaktadır. Terapist, hasta hakkındaki diğer bilgileri de göz önüne alarak bu durumun Tarasoff kararlarına uygun olduğuna karar vermiştir. Hastasını karşısına alarak ona potansiyel kurbanı koruması yönündeki yasal sorumluluğunu ve aynı zamanda terapötik gizliliği bozmak istemediğini anlatmaya karar vermiştir. Hastaya hastaneye yatırılmak (hasta gerçekten de bazen psikotik davranışlar gösteriyordu) ve ev sahibinin uyarılması arasında tercih yapmasını söyledi. Hasta, hastaneye yatmamayı tercih etti ve terapistin görüşmek üzere ev sahibini çağırmasına karşı çıkmadı. Ev sahibi geldiğinde terapiste genç adamın kendisini daha önce de tehdit ettiğini ve kendini nasıl koruyacağını bildiğini söyledi. Diğer bir deyişle, kadın tehditleri pek de ciddiye almıyordu. Appelbaum hastanın tehditlerinin etkilemek amaçlı olduğunu fark etti. Bu sefer de terapistini kullanarak ev sahibini tehdit etmeyi (korkutmayı) başarmıştı. Fakat psikiyatr, hastanın hem karar vermesini hem de terapötik ilişkideki güveni korumayı sağlamıştır.

Tarasoff her ne kadar terapistleri huzursuz etse de, herhangi bir hasta tehditte bulunduğunda telefonu alıp olası kurbanları aramalarına neden olmamaktadır. Bunlardan başka seçenekler de vardır. Açıkça hastaya ya da hasta yakınlarına daha önce hastanın bu tip eylemlerde bulunup bulunmadığı sorulabilir ya da potansiyel olarak tehlikeli hastaların hastane kayıtları incelenebilir (Monahan, 1993).

---

[*] Tarasoff California Universitesi'nin naiplerine karşı, 529 P.2d 553 (Cal. 1974). Feshedilmiş, tekrarlanmış ve onaylanmış, 131 Cal. Rptr. 14,551 P.2d 334 (1976). 1976 California Üst Mahkemesi kararı 3 e karşı dört çoğunlukladır.

[**] White Birleşik Devletler'e karşı, 780 F.2d 97 (D.C. Cir. 1986); Soutear Birleşik Devletler'e karşı, 646 F. Supp. 524 (1986); Dunkle Food Services East Inc'e karşı, 582 A.2d. 1342 (1990); People Clark'a karşı, 50 Cal. 3d 583, 789 P.2d 127 (1990).

[***] Headlund Üst Mahkemeye karşı, 34 Cal. 3d 695 (1983).

[****] Jablonski by Pahls Birleşik Devletler'e karşı, 712 F.2d 391 (1983).

[*****] Peck Addison Şehri Danışma Servisine karşı, 499 A.2d 422 (Vt. 1985).

[******] Almonte New York Tıp Kolejine karşı, 851 F. Supp. 34, 40 (D. Conn. 1994) (özet yargılamayı reddeder)

(Gilboy ve Schmidt, 1971), Şikago'da, gönüllü olarak bir psikiyatri hastanesine yatan kişilerin % 40'ının aslında kendilerini oraya getiren polis memurları tarafından sivil mahkûmiyetle tehdit edildiğini ortaya çıkarmıştır. Hastaneye zorla yatırma meselesi hâlâ büyük bir sorun olarak görülmektedir. Psikiyatrlar, psikologlar, mahkemeler ve hastane personeli mahkûmiyetten giderek daha çok kaçınmaya çalışsa da, onbinlerce akıl hastası isteklerine karşın hastanelerdedir.

Demokratik bir toplumda bir vatandaşın başına gelebilecek en kötü şey özgürlüklerini kaybetmesidir. Normal vatandaşlara ve hatta suçlulara tanınan haklar, yavaş yavaş sivil mahkûmiyet tehdidi altında olanlar ve kendi isteği dışında hastanelere yatırılanlara da tanınıyor. Artık ruhsal tedavi görmek üzere kişinin özgürlüğünün alınması, kişiye diğer haklarını tanımamak için bir neden olarak görülmüyor.

Örneğin, 1976'da, *Lessard, Schmidt'e karşı*[24] davasında, Wisconsin'daki bir federal mahkeme kararı, sivil mahkûmiyet tehdidi altında olanlara bazı haklar tanır; davalardan önce zamanında ve yazılı duyuru, dava vekiliyle bir duruşma şansı, duruşmanın jüri tarafından karara bağlanmasını isteme hakkı, suçlamaya karşı beşinci değişiklik koruması, mahkûmiyete karar verilecek herhangi bir duruşmada hazır bulunma ve buna benzer, suç işlemiş insanlara tanınan diğer haklar[25]. Acil mahkûmiyet durumlarında bile bu haklar sağlanacaktır[26]. Daha önce de bahsedildiği ve yakın zamanlarda alt mahkeme kararlarında[27] da uygulandığı gibi, 1979'da, *Addington, Texas'a* karşı davasında üst mahkemenin kararı da, bir kişinin kendi isteği dışında bir psikiyatrik bir hastaneye kaldırılabilmesi için eyaletin, kişinin akıl hastası ve tehlikeli olduğunu açıkça ve iknâ edici bir şekilde kanıtlaması gerekir. 1980'de 9. Temyiz Mahkeme Dairesi bu tehlikenin çok yakın olması gerektiğini belirledi[28]. Açıkça görülüyor ki amaç eyaletlerin, akıl hastalığı sebebiyle kişisel hakları kısıtlamasını engellemektir. Akıl hastası kişilerin haklarının korunması sivil mahkemelerin ve eyaletlerdeki akıl hastanelerinin yüklerini büyük ölçüde arttırsa da, bu özgür bir toplumun ödemesi gereken bir bedeldir.

Amerikan vatandaşlarının depolanmasında kullanılan yasal mahkûmiyetin geçmişine bakılınca, bireylerin şimdiki ruh sağlığı sisteminde kullanılıp taciz edilmeyeceklerinden emin olmaları önemlidir. Ortalama bir vatandaş gecenin bir yarısı Büyük Sorgulayıcı tarafından çağrılıp hırsızlıkla suçlanınca, anında ve oracıkta, korkudan kendisini akli dengesinin yerinde olduğunu ispat edecek güçte hissetmeyebilir (Stone, 1975, s. 57).

EN AZ KISITLAYICI SEÇENEK

Daha öncede belirtildiği gibi, sivil mahkûmiyet, duruma göre değişen bir etken olan tehlikelilik derecesine dayanır. Böylece bir insan bir apartmanda yaşarken tehlikeli sayılabilir ama bir pansiyonda yaşarken ve her gün tıbbi gözetim altında kendisine verilen psikoaktif ilaçları alırken tehlikesiz sayılabilir. Özgürlüğü en az kısıtlayıcı seçenek, hastalıklı kişileri tedavi ederken ve onların kendilerine ve başkalarına zarar vermelerini engellemektir. Bir çok mahkeme kararı, sadece daha az kısıtlayıcı evlerde kendilerine bakılamayan akıl hastalarının hastanelere[29] kaldırılabileceğini gösterir. Yani mahkûmiyet artık bir kanun değildir; hatta bir kişinin gözetim altında bir pansiyonda veya benzeri bir konutta kalması istenebilir. Yani genel olarak, akıl sağlığı uzmanları, etkisini göstermek koşuluyla, hastanın özgürlüklerini en az kısıtlayacak tedavi yöntemini uygulamak zorundadırlar[30]. Kendi başına veya aile ve arkadaş çevresinin yardımıyla hayatını sürdürebilecek durumda olan akıl hastalarını hapsetmek kanunlara aykırıdır[31]. Tabii bu ilke, toplum uygun konutlar ve tedavi yöntemleri sunduğu sürece mümkündür ki, bu henüz gerçekleşmemiş bir durumdur.

Sivil mahkûmiyetin ilkelerinin gerçek hayatta nasıl uygulandığına dair düşündürücü bir araştırma sonucunda Turkheimer ve Parry (1992), tehlikelilik ölçütünün "ağır yetersizlik" kararından daha az kullanıldığı kanısına vardı. Bu son ölçüt, bir kişinin kendisine bakamaması ve böylece hapsedilmediği sürece topluma yük olması ihtimaliyle ilgilidir. Bu yetersizlik ölçütü sivil mahkûmiyet için yeterli *olmamalıdır* ama genelde yeterli kabul edilir.

En az kısıtlayıcı seçenekler 1970'de hapisten çıkarma hareketleri sırasında sunulmaya başlanacaktı ama 1980'de kamuya ait akıl hastalıkları merkezlerine ve diğer tesislere ayrılan federal bütçenin kesilmesiyle birlikte, toplum, giderek artan sayılarda, artık tehlikeli olmayan

[24] *Lesard, Schmidt'e karşı, 349 F. Supp.1078 (E.D. Wisc.1972 başka zeminlerde feshedildi ve geri gönderildi, 94 S Ct. 713 (1974) eski haline dönüldü 413 de F Supp.1318 (E.D. Wisc. 1976).*
[25] *İçinde Re:Lawaetz, 728 F 2d. 225 (3d Cir. 1984).*
[26] *Doremos, Farrell'e karşı, 407 F. Supp.509 (1975).*
[27] *Dautremont, Broadlawns Hastanesine karşı 827 F 2d. 291 (8th Cir. 1987).*
[28] *Suzuki, Yuen'e karşı.*
[29] *Lake, Kameron'a karşı; Lesard, Schmidt'e karşı.*
[30] *İçinde Re. Tarpley, 556 N.E. 2d 71, 581 n.E. 2d 1251 ile iptal edildi (1991).*
[31] *Project Release, Prevost'a karşı, 722 F 2d. 960 (2d cir.1983)*

ama bir hastane dışında sunulabileceğinden daha fazla bakıma ihtiyacı olan insanlarla karşılaşmıştır. Odak 20.4'de olabileceklerin canlı bir örneği ayrıntılı bir şekilde verilmiştir. Turkheimer ve Parry, az kısıtlayıcı seçeneklerin çok olmamasının, hakların korunmasında aksamalara (örn., avukatlar mahkûmiyete karşı şiddetli bir savunma yapmayabilirler) ve tehlikeli olmamalarına karşın, insanların mahkum edilmelerine neden olduğunu iddia ediyorlar.

TEDAVİ HAKKI

Mahkemelerin dikkatine sunulan sivil mahkûmiyetin bir başka yönü ilk kez Birnbaum (1960) tarafından bir ilke olarak ifade edilen tedavi hakkıdır. Eğer bir kişi ruhsal bozukluğa sahip olduğundan dolayı özgürlükten yoksunsa ve kendisine veya başkalarına bir tehlike unsuru ise, bu sorunları hafifletmek için tedavi sağlanması gerekmez mi? Kişiyi; ihtiyaç duyduğu yardımı sağlamadan hapsetmek anayasa dışı ve hatta ahlâk dışı değil midir? Bu önemli soru, Birnbaum bu konuyu işlediği ilk günden beri pek çok mahkemenin konusu olmuştur.

Tedavi hakkı 1960'lardan itibaren yasal statüsünü kazanmış ve eyalet davalarında işlenen tüm hastalara yayılmıştır (*Wyatt Stickney'e karşı)*[32]. Alabama Federal Mahkemesi hastaların sivil mahkûmiyetinin bir eyalet hastanesine devredilmesinin tek kabul şartı olacağını 1972 yılında yasallaştırmıştır. Hakim Frank Johnson tarafından belirtildiği gibi özgeci davranış kuramına göre bir vatandaşı insancıl veya terapötik nedenlerle hapsedip uygun tedaviyi sağlayamamak, temelde doğru olan bir yöntemin ana ilkelerini bozar. Ruhsal bozukluğu olan hastaların "kendilerine gerçek bir iyileştirme sağlayacak ya da ruhsal durumlarını geliştirebilecek bireysel terapi almaları anayasal haklarıdır." Bu kanun, en azından eyaletlerin hastaların en az derecedeki bakımını engelleyememelerini ve başvuruların kabulünü sağlar. Gerçekte, zihinsel gelişme geriliği olan hastaların (ruhsal hasta olduklarına karar verilenlere karşıt olarak) enstitüden ya da sağlık merkezlerinden taburcu edilmeleri; onların geçerli bir bakım ve güvenlik veya uygun eğitim almalarını sağlayacak olan görevlilerin anayasal görevlerini azaltmaz[33].

Sivil mahkûmiyet kişinin tehlikeli olduğunun varsayılmasını gerektirir. Ancak gerçek uygulamada bazı evsiz vak'alarda olduğu gibi bu karar ağır yeti yitimi yargısına dayalıdır.

Wyatt kanunlarının, önceden mahkemelerin ruhsal bozukluğu olan hastaların bakımının kendilerinin yetkileri dışında olduğunu ileri sürdükleri ve ruh sağlığı uzmanlarının psikopatolojiler ve tedavileri konularından özel bir bilgiye sahip olduklarını farz ettikleri için önemli bir yeri vardır. Suistimal konusunda tekrar tekrar yayınlanan raporlar Birleşik Devletler adli sistemini harekete geçirmiş ve sağlık enstitülerinde neler yapılacağını kanunlaştırmaya koyulmuşlardır. Wyatt kanunları özgül gereksinimler üzerinde durmuştur -40 metrekare büyüklüğünde odalar, en fazla 5 hastanın kalabileceği yatak odaları ve mahremiyeti sağlamak için ara perdeler, rahat bir yatak, 8 kişiye bir tuvalet, hastaya istediği tür giyinme hakkının, tehlikeli olmamak koşuluyla sağlanması, karşı cinsle iletişim kurma şansı vermek ve acil durumlar haricinde fiziksel kısıtlanmanın olmaması gibi.. Ayrıca, 7 gün 24 saat bakım, her 250 hasta için en az 2 psikiyatr, 3 ilave doktor, 12 hemşire, 90 görevli, 4 psikolog ve 7 sosyal çalışmacı gerekir. Wyatt

kanunları getirildiğinde Alabama Eyaletinin ruhsal imkânları 2000 hastaya 1 doktor gibi uç bir noktadaydı[34]. Wyatt kanunları hâlâ geçerli kurallardır ve benzer şekilde zihinsel geriliği olan hastaları korumak için yaygınlaşmaktadır[35].

Wyatt kanunlarının eğilimi, kendine ve başkalarına zarar vermesini engellemek üzere fiziksel olarak kısıtlanan, Nicholas Romeo adlı

---

[32]Wyat, Stickney'e karşı, 325 F Supp. 781 (M.D. Ala.1971), 334 F Supp. 1341 de uygulandı (M.D. Ala.1971), 344 F Supp. 373, 379 (M.D. Ala. 1972), aff'd sub nom Wyat Anderholt'a karşı, 503 F.2d 1305 (5th Cir.1974).

[33]Thomas S., Flaberty'e karşı, 902 F 2d. 250, cert. Reddedildi, 111 S. Ct. 373 (1990).

[34]Temel varsayım, sivil mahkûmiyet kararı ile akıl hastanelerinde bulunan hastaların uygun tedavi görecekleridir, fakat kanıtlar bu düzeyde bir tedavi için yetersizdir. Fazlasıyla ihmalci durumlar olsa bile, Alabama'da alınan Wyatt kararı, bugün nadir olanlardandır. Morse, (1982c) zoraki hastane yatışının hastanın yararına olup, olmadığını tartışmıştır. En azından, akıl hastaneleri, pek çok açıkta kalan hastanın sahip olamadığı yatak, yiyecek, güvenlik ve gözetimi sağlar .

[35]Feagley, Waddill'e karşı, 868 F2d. 1437 (5th Cir. 1989).

ODAK 20.4 İLGİNÇ BİLLİE BOGGS DAVASI

Vatandaş hakları ile hükümetin vatandaşa karşı sorumluluğu arasındaki uyuşmazlık 1980'lerin ortasında Billie Boggs davası ile ilginç bir şekilde ortaya çıkmıştı. Billie Boggs, 40 yaşında, Newyork'ta yaşayan evsiz bir kadındı. Gerçek adı Joyce Brown'du. Joyce Brown,1987'de New York belediye başkanı Edward Koch'un şehirdeki evsiz insanlar konusunda endişe duymasıyla ve muhtemelen ruh sağlığı bozuk olan bu insanları toplayıp kendileri istemese de hastaneye yatırma kararı alması sayesinde meşhur oldu. Başkan Koch, Manhattan'ın lüks gökdelenlerinin gölgesinde donmakta olan evsiz insanlarla ilgilenilmesi konusunda yoğun politik baskı altındaydı. Bu nedenle 1982'de HELP projesini başlattı. Fakat bu insanların hastaneye yatırılması bazı zorlukların çıkması ile engellendi. Brown'un içinde bulunduğu dava bir kanun maddesinin yeniden düzenlenmesi ile başladı. Avukatları Koch'a bu madde sayesinde ilerde başkasına zarar verebilecek olan insanları akıl hastanesine kapatabilme yetkisinin verildiğini anlattı.

Koch diğer memurlar ile birlikte şehri dolaşırken, ısıtma ızgarasının yanına uzanmış olan Brown'a yaklaştı. Brown'un çenesi şişmişti. Brown, onu götüremeyeceklerini söylediğinde Koch yanındaki memurlardan birine işaret etti. 'Deli olan sizsiniz' dedi Brown ve paranoid şizofren tanısı ile Bellevue Hastanesine zorla götürüldü. Bu tanı, gösterdiği bağırma, sokaktaki Afrika kökenli Amerikalılara küfretme, eteğini kaldırma, kaldırıma veya kıyafetlerine dışkılama, para yırtma ve yakma, kendi kendine konuşma ve tabi sokakta yaşama davranışlarına bakılarak konulmuştu.

Brown'un ailesi sıradan bir orta sınıf ailesiydi. Brown, liseden mezun olduktan sonra on yıl sekreter olarak çalıştı. 1979'da annesini kaybedene kadar onunla birlikte yaşadı. Liseden beri ciddi bir kokain ve eroin kullanıcısıydı. Ve sonunda 1983'de devamsızlık yapması ve hiçbir neden yokken insanlara bağırmak gibi garip davranışları yüzünden işini kaybetti. İşini kaybetmesiyle hayatı bozulmaya başladı. Sesler duyuyor ve kendi kendine konuşuyordu. Bir gün kız kardeşlerinden biriyle bir mağazaya girdi, gördüğü bir güvenlik görevlisine bağırarak küfretmeye başladı. Bu olay kardeşi tarafından anlatılmıştı. Ayrıca, Brown yakışıklı beyaz bir adamla evleneceğine dair fikirler geliştirmişti ve bu fikri doğrultusunda taciz edici telefon görüşmeleri yapmaya başlamıştı. Zaman zaman kız kardeşlerinden biri veya birkaçıyla birlikte yaşadı. 1985 de rahatsız edici davranışlarından dolayı New Jersey'deki sığınma evinden geri gönderildi. Brown birden fazla sayıda psikiyatr tarafından görülmüştü. "Thorozine" yazılmış fakat o bu ilacı almayı reddetmişti. Çok sayıda ruh sağlığı kliniği ile ilgisi olmuştu. Bu zaman içinde yerel bir kanaldaki bir talk-show programı sunucusu olan Billie Boggs'a aklını takmıştı (Billie Boggs ile ilgili obsesyon ortaya çıktı). Televizyon kanalını ziyaret etmiş, onunla konuşmak istemişti. Billie Boggs bu konuşmanın kendisi için anlamsız olduğu haberini yolladı. Bu olaydan sonra Brown adını değiştirdi. Kardeşleri onu birçok kez kendileri ile birlikte yaşaması veya kirası kendilerince karşılanacak olan bir apartman dairesine yerleşmesi için iknâ etmeye çalıştılar.

Brown, Koch'un emri ile götürülmesinden beş gün sonra hâkim karşısına çıkarıldı. Ve hâkim bir süre daha gözetim altında kalabileceği kararını verdi. Brown sakin bir şekilde ve açık ifadelerle garip davranışlarını açıkladı. Örneğin en yakın umumi tuvaletin çok uzak olması nedeniyle bazen pantolonuna dışkıladığını söyledi. Dört şehir psikiyatrı onun ruhsal hastalığa sahip olduğu kararını verdi. Fakat bu olgu ile ilgilenen Amerikan Vatandaş Hakları Birliği'nin (ACLU) avukatları tarafından getirilen üç psikiyatr ise Brown'u aklı başında bulduklarını bildirdiler. Brown'un kendisi hakkındaki değerlendirmesi ise aklı başında, sakin ve akıllı olduğuydu. Avukatları onun ruhsal hastalığı olmadığını göstermişlerdi, fakat şehir psikiyatrları ruhsal hastalığa sahip olmak sadece zihinsel gelişme geriliğine veya dengesiz hareketlere sahip olmak demek değildir görüşünü ileri sürmüştü.

Birbiriyle çelişkili olan bu sonuçlardan faydalanamayan hâkim, Brown'un mahkemedeki davranışlarına odaklandı. Zihinsel açıdan hastaysa bile, diğerleri için tehlikeli olmadığı kararını verdi. Dahası şunları söyledi: 'Sokaklarda yaşamak estetiğe aykırı da olsa, anayasa tarafından güvence altına alınmış olan özgürlük hepimizin hakkıdır'.

Bu karara şehir halkından itirazlar geldiği süre de Brown Bellevue'da alıkonulmuştu. ACLU ve diğer vatandaş hakları savunucuları şunu söylüyorlardı: 'Belediye başkanı sadece sokakları temizlemekle ilgileniyor. Böylece zengin seçmenler evsiz ve yoksul insanlarla karşılaşmayacaklar'. Koch ve diğerleri ise muhtaç insanlara yardım etmenin belediyenin görevi olduğunu söylüyorlardı. Brown'un avukatları Koch'a 'demagog', Koch ise onlara 'çılgınlar' diyerek hitap ediyordu. Bellevue'da kaldığı süre boyunca Brown, hiçbir tedavi programı için işbirliği yapmadı ve psikotropik ilaçla tedaviyi reddetti.

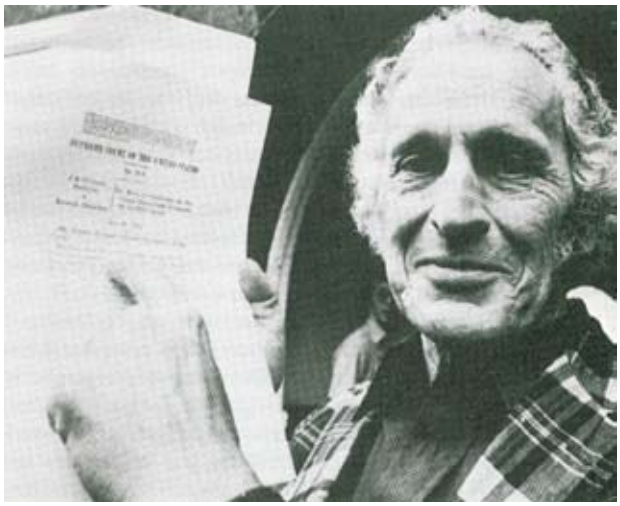
1988 Ocak'ında Brown Bellevue'dan salıverildi. Bu olay, hükümeti evsiz insanlara yeterli yerleşim ve kliniklerde ayakta tedavi olanakları sağlaması yönünde zorlayan kuvvetler için bir kutlama nedeniydi. Brown, CBS'deki '60 Dakika' da dâhil olmak üzere New York'taki pek çok yerel televizyon programına katıldı. İki hafta sonra 1988 Şubat ayında Harvard Hukuk Fakültesi forumundaydı. Sokaklardaydı yeniden, dileniyor ve Afrika kökenli Amerikalılara küfrediyordu.

zihinsel gelişme geriliği olan bir erkek çocuğunun tedavisine bakılarak, sonraki üst mahkemenin *Youngerberg Romeo'ya karşı*[36] kararı ile yumuşatılmış olabilir. Nicholas kendine ve başkalarına zarar verme olasılığına karşın fiziksel olarak kısıtlanmış bir erkek çocuğudur. Hastaların geçerli bakım ve güvenlik hakkı savunulurken, 1982'deki karar Nicholas'la ilgilenen uzmanların profesyonel hükmünü erteletmiştir, "mahkemeler nitelikli uzmanlar tarafından verilmiş hükme uymalıdır bir karar, eğer bir uzman tarafından verildiyse geçerlidir" (s. 322-323). Diğer yandan; 1990 *Thomas S. Flaherty'e karşı* davası kararı, profesyonel kararın, ruhsal bozukluğu olan hastaların hastaneye yatmalarıyla ilgili anayasal koruma söz konusu olduğundan, son söz olamayacağını belirtir. Durum değişmiş görünmektedir.

Ünlü bir dava; *O'Connor. Donaldson'a karşı*[37] davasında ruhsal bozukluğu olan bir hasta, 2 eyalet hastanesi doktorunu tahliye durumu ve maddi zararı nedeniyle dava etmiş, gerekçe olarak kendisine ya da başkalarına zarar vermediği ve hiçbir tedavi görmediği halde isteği olmadan 14 yıl hapsedildiğini söylemiştir. Oğlunun sanrılı dönemde olduğunu düşünen babasının verdiği dilekçe ile Kenneth Donaldson Ocak 1957 de 49 yaşında iken Florida eyalet hastanesine yatırılmıştır. Kısa süren yargılamada hakim, Donaldson'ın paranoid şizofreni olduğuna; bakım ve tedavi görmesi gerektiğine karar vermiştir.

1971'de Donaldson hastane denetleyicisi olan Dr. O'Connor ve psikiyatr Dr. Gumanis'e tahliyesi için dava açmıştır. Florida'da görülen davada sunulan kanıt, hastane ekibinin, Donaldson'ın tehlikeli olmadığına karar verilmesini izleyen herhangi bir zaman içinde onun tahliye edileceğini bildirmeleridir.

Tanıklıklar, Donaldson'ın hastanede yattığı süre içerisinde ne kendisine ne de başkalarına her hangi bir zarar vermediğini netliğe kavuşturmuştur. Dahası 1957'de hastaneye yatırılmadan önce Donaldson kendine bakabilmekte ve hayatını sürdürebilmekteydi. O'Connor, Donaldson'ın tahliye isteğini dışarıda adaptasyon sağlayıp sağlayamayacağına karar vermenin kendisinin görevi olduğunu düşünmesi gerekçesiyle defalarca reddetmiştir. Kararı Donaldson'ın bunu dışarıda başaramayacağıydı. Hastanın tehlikeli olup olmaması konusunda dışarıda ne kadar iyi



Kenneth Donaldson, Yüksek Mahkemenin tehlikeli olmayan hastaların sivil mahkûmiyet altında iradeleri dışında tutuklanamayacağını belirten görüşünün bir kopyasını gösteriyor.

olacağına bakıldığında O'Connor eyalet kanunlarından daha katı standartlar benimsemiştir.

Çoğu sorumlu kişi Donaldson'ın tahliyesini ona bakacaklarını garanti ederek talep etmişlerdir. 1964-1968 yılları arasında Donaldson'ın kolejden sınıf arkadaşı onun tahliyesi için dört kez başvuruda bulunmuş, ancak 1963'de Dr. O'Connor onun sadece ailesine teslim edilebileceğini ki, onların da fazlasıyla yaşlı oldukları gerekçesiyle bu başvuruları reddetmiştir.

Kanıtlar Donaldson'ın hastanede yattığı sürece sadece kapalı kalmasına yönelik bir bakım gördüğünü göstermiştir. Makul oranda hastalığını hafifletecek ya da iyileştirecek hiçbir tedavi uygulanmamıştır. O'Connor, Donaldson'ın 60 kişilik (ki çoğu suça meyilli) geniş bir odada çevre (milieu) terapi gördüğünü iddia etmiştir. Donaldson'ın hastanenin bahçesinde gezinmesine bile izin verilmemiştir. Donaldson'ın kendi hastane deneyimlerini içeren bir kitap yazma isteği için O'Connor, bunun da sanrısal olduğu varsayımında bulunmuştu (Donaldson salınmasından sonra bu kitabı yazmış ve bayağı iyi satmıştı).

İlk dava ve sonraki başvurular Donaldson'ın tehlikeli olmadığı ve tedavi hakkının elinden alındığı sonucunu içermektedir (5. Değişiklikle belirlenmiş). Açılan bu dava sonunda Donaldson'ın tehlikeli olmadığı ve ruhsal bozukluğu olmadığı bildirilmiştir. Ancak Donaldson'ın iddiasına bakıldığında ruhsal bozukluğu olsaydı bile, tedavi görmediği için tahliyesinin kabulü gerekirdi.

Yüksek mahkeme, 20 Ocak 1975'te, "Eyalet anayasal olarak tehlikeli olmayan bir hastayı, kendi kendine veya bir refakatçi ya da sorum-

[36] *Younberg, Romeo'ya karşı, 102 S Ct. 2452 (1982).*
[37] *O'Conner, Donaldson'a karşı, 95 S.Ct. 2486 (1973).*

lu aile üyeleri tarafından güvenliği sağlandıysa, sınırlandırılamaz" şeklinde bir karar çıkarmıştır. 1977'de Donaldson, Dr. Gumanis ve Dr. O'Connor'dan 20.000 Amerikan doları tazminat almıştır. O'Connor Donaldson davasının sonucu, bir hareketlilik yaratmış ve o zamandan beri ruhsal sağlık uzmanları hastaları alıkoyma konusunda engellenmiştir. Baş Yargıç Warren E. Burger tedavi hakkı konusunda bazı uyarılar bildirmiştir.

> Hastalık ve tedaviye ilişkin şu anki tıbbi bilgiyle, tehlikeli olabilecek birkaç şey dışında, bir eyaletin ruhsal hastalığa önlem alma gücüyle, böyle bir tedavi gerçekçi bir iyileşme fırsatı verir. Eyaletin kanuna uygun şekilde hastanın özgürlüğünü bazı tedavilerden yoksun bırakma hakkına sahip olması kabul edilir değildir. Bizim kavramlarımız bu tür gözden çıkarmaları tolere edemez (O'Conner v. Donaldson, s. 588-589)

Donaldson kararı ile, hastaların periyodik olarak gözetlenmesi önerilmektedir. Böylece psikiyatri hastanesinde tutulan ve iyileşen (değişen) kişilerin gözetimde tutulmalarına gerek kalmayabilir. Bu durum yeterince açık olmasına karşın gözden kaçırılmaktadır. Örneğin 1986'da ki bir davada zihinsel gelişme geriliği olan bir kadın hasta tüm yetişkinlik hayatını bir enstitüde geçirmiştir. 15 yaşında iken bu kuruma gönderilmiş ve 20 yıl boyunca hiçbir kontrolden geçirilmeden burada bırakılmıştır[38].

TEDAVİYİ REDDETME HAKKI

Eğer bir hasta uygun tedaviyi bekleme hakkına sahip ise özgürlüğünün kısıtlanmasıyla sonuçlanabilecek bir tedaviyi reddetme hakkına da sahip midir? Yanıt evettir, her ne kadar tedaviyi geri çevirmede bazı sınırlamalar olsa da, bu, tedavinin zorla kabul ettirilmesi anlamına gelmez (Schwitzgebel, 1980).

Bir eyalet hastanesinin güncel ilaç tedavisi ile grup terapisi sunabilecek uygun bir kadroya sahip olması gerekir, ancak uzman personel sayısı bireysel terapi için yetersiz kalabilir. Bir hastanın uygun seçenekleri reddedip, bireysel terapide direndiğini düşünün. Hasta istediği tedaviyi alamazsa hastaneyi dava edebilir mi? Eğer hastanın tedaviyi reddetme hakkı varsa, mahkeme eyaletlerin alternatifler üretmesini göz önüne alarak, gerçekçi bir biçimde bu hakla ilgili nasıl bir yargıya varabilecektir? Mahkeme uzman görüşünün, hastanın isteklerinden daha önemli olduğuna, özellikle de hasta psikotikse, ne zaman karar verebilecektir? Hastanın, bakımından sorumlu olanların planlarını reddedebilmesi her zaman onun yararına olur mu? (Stone, 1975; Winick, 1994). Özellikle bir suçlu, kendisine yargılanma yeterliği sağlayacak bir ilacı almayı redettiğinde ne olacaktır? (Winick, 1993). (Daha önce tartışılan *Riggins, Nevada'ya karşı* davasını hatırlayınız.). Tedaviyi reddetme hakkı, hastanın bu hakla istemediklerini özgürce çürütebileceği anlamına mı gelmektedir? (Appelbawn & Gutheil, 1980).

Mahkum hastaların psikotropik ilaçları geri çevirme durumları hâlâ tartışılmaktadır. Eelektrokonvulsif terapi ve psikocerrahi gibi somatik tedavilerin zaman zaman gözden geçiriliyor ve kontrol ediliyor olmalarına karşı, sadece son zamanlarda ruh sağlığı kurumlarında yatan hastaların kullandığı ilaçlara dikkat çevrilmiştir. Önemli yasal ve etik konular psikotropik ilaç tedavisini de kapsamaktadır; çoğu antipsikotik ilaçların yan etkileri hastaya itici gelmekte, bazen uzun süreli kullanımda hastaya zararlı ya da etkisiz olabilmektedir. İlaçlar her zaman hastanın psikososyal sorunlarına yardımcı olamayabilir (Negatif semptomlara ilişkin tartışmaya bkz. Bölüm 11). Bunun da ötesinde antipsikotik ilaçlar herhangi bir düzeni olmaksızın eyalet hastanelerinde çoğunlukla tek tedavi türü olarak kullanılmaktadır.

Bazı mahkeme kararları bu sıkıntılı konuları, tedaviyi reddetme hakkı tartışmaları ortaya çıktığında açığa çıkarmaktadır. İlaçların ciddi olumsuz yan etkilerini dikkate almaksızın, gerekçesiz çoklu ilaç, zorlama ve gözdağı kullanıldığının ifade edildiği bazı davalara ilişkin 1979 tarihli bir kararda, New Jersey Federal Bölge Mahkemesi yargıcı, ilaçların iyileşmeyi gerçekten önleyebileceğini ve bu yüzden de acil durumlar dışında, sivil mahkûmiyetteki bir hastanın bile, özel yaşam hakları (İlk değişiklik) ve normal süreç temelinde (14. Değişiklik)[39] ilacı almayı reddedebileceği kararına vardı. Yargı düzenlemesi tüm eyalet hastanelerinde koğuşa sevk edilen hastalara tedaviyi reddetme konusunda ve ilaçların tüm yan etkilerine ait listenin hastalara ulaşmasına ilişkin bir yardım yapılmasını sağlamıştır. Bu konuyla ilgili esas nokta; hastalar kendilerine ya da başkalarına zararlı ise başka bir ifadeyle, acil durumlarda sağlık uzmanının kararının, tedaviyi reddetme hakkının önünde olmasıdır[40].

[38] *Rennie Klien'a karşı, Sivil Hareket No: 77-2624, New Jersey Federal Bölge Mahkemesi*

[39] *Clark Cohen'e karşı, 794 F. 2d 79 cert. Reddedilmiş, 479 u.S. 962 (1986).*

[40] *Rennie Klein'a karşı, 720 F.2d 266 (3d Cir.1983).*

Yasal çevrelerde, ilaç almayı reddetme hakkına ilişkin olarak, gönüllü ve gönülsüz hastaların yararına olup olmadığı sorusu konuşulmaya devam etmektedir. Hastaların lehine olan kararlar çoğu kez hastane uzman ekibi tarafından verilmektedir. Yargılamalarda tutarsızlık olmasına rağmen, adli tabloda, hastalara psikotropik ilaçları reddetme konusunda düşünce özgürlüğü ve gizlilik hakkı temelinde kesin haklar tanındığı görülmektedir[41]. En az kısıtlayıcı tedavi ilkesinin bir uzantısı olarak, *Birleşik Devletler Charters'a karşı* davasında, hastanın bir gün tehlikeli olabileceği varsayımı ile hükümetin hastayı ilaç kullanmaya zorlamasının olanaksız olduğu kanunlaştırılmıştır. Kamu güvenliğine tehdit açık olmak zorundadır ve bu ilaçların getireceği risklerin ve kısıtlamaların haklı çıkarılmasına yakın olmalıdır. Diğer bir deyişle, zorla ilaç tedavisi taşıdığı fiziksel riskler yüzünden özgürlüğü sınırlamaktadır; hastayı özgürlük ve mahremiyet hakkından yoksun bırakmak için çok geçerli nedenler olmalıdır.

Sağlık uzmanlarının elleri bağlı değildir. Örneğin 1987'de hasta psikoaktif bir ilaca zorlandığı için anayasal hakkı bozulmuş kabul edilmedi, çünkü hasta ABD Başkanını öldürmekle tehdit etmekteydi ve kendi güvenliği için de tehlikeliydi, ciddi ruhsal bozukluğa ait iknâ edici kanıtlar görülüyordu[42]. Bununla beraber, sağlık profesyonellerinin kararı yargısal incelemeye konudur[43].

Tedaviyi reddetme hakkının karşıtları, hastanelerin hastalara uygulanan tedavinin kısıtlılığı yüzünden ambara dönüştüğü endişesindedirler. Psikiyatrlar, avukatların ya da mahkemenin, aşırı ruhsal bozukluğu varmış gibi görülen hastaların aslında mahkemede kendini inandırmak için ya da tedavi görmedikleri düşünülsün diye böyle göründüklerine inanmayacaklarından endişe etmektedir. Geçenlerde yayınlanan Amerika'nın Ruhsal Sağlık Krizi (America's Mental Health Crisis) adlı kitapta, psikiyatrist E. Fuller Torrey %90'ın üzerinde psikotik hastaların durumlarıyla ilgili hiç bir içgörüye sahip olmadıklarını ileri sürmüştür. Tedavi görmeleri gerektiğine inanmadıkları için, tedaviyi reddetme haklarıyla (ilaç tedavisi, terapiler ve hastane bakımı) durumları ümitsiz ve ürkütücü hale gelmiştir (Torrey, 1996). Hastanede yatmakta olan bir mahkum hastanın bu tedavi hakkında yazılı izin veremeyecek kadar ağır psikotik olduğuna inanıldığında, ruh sağlığı yasası bazen ikame yargı doktrinine başvurur. Bu, eğer karar alma yetersizliği olsaydı, hastanın alabileceği karar yerine geçecek yargıdır[44]. Bu ilke, çözebildiği kadar da sorun yaratır. Hastanın tedaviyi reddetmede yeterli olup olmadığına karar verebilme konusu, literatürdeki en anlaşılmaz konulardandır (Appelbaum & Grisso, 1995; Grisso & Appelbaum, 1995; Winick 1997).

KANUNLAR, ÖZGÜR İRADE VE ETİK

Ruh sağlığı yasası, birçok sosyal bilimcinin yaptığından farklı olarak gönüllülüğü yorumlar. Sosyal bilimciler paradigmalar içinde çalışırlar ki, onlar özgür seçime, kanuna göre daha az önem verme eğilimlidirler, bu fikre sonuna kadar sadıktırlar (Morse, 1993). Psikologların akıl hastanelerindeki güncel uygulamalarla tanışık olmaları gibi, biz, yatan hastalara (hatta kendi istekleriyle yatanlara bile) yapılabilen ince baskılara karşı duyarlayız. Yatan hasta profesyonel hastane personelinin tedavi önerilerini kabul etmesi için yoğun bir baskı altındadır ve iknâ objesidir. Bunun böyle olması gerektiği tartışılabilir ama "gönüllü" ve psikotropik tedavi veya başka bir tedavi rejimine katılacağı konusunda bilgilendirilerek karar almış kişiler bile sıklıkla özgür değildir. Bu konu daha karışık ve ruh sağlığı yasasının değerlendirmesinden daha sıkıntılıdır -ve uzmanların tartışmaları da karmaşıklığı ve sıkıntıyı gidermez.

Biz, bazen yasal tartışmalarla örtülen bu etik konuyla derinden ilgileniyoruz

Hastanın terapiyi reddetme hakkının olması görüşünün arkasındaki en önemli güç, tedaviyi değiştirme veya kabul etme kararının kazanımındaki riskler ve yararlarının ağırlığını kabul etmektir. Hangi risklerin kabul edilemez ve hangi yararların istenebilir olduğunun değerlendirmesinde kişisel tercihler rol oynar. Örneğin; doktorun, karşı çıkmasına rağmen bir hastayı, psikotropik ilaçlarla tedavi etme kararı "psikozdan özgür olmak" değer yargısını taşır. Bu doktorun, "psikozdan özgür olmak, hastanın isteklerine önem vermenin ve onu yan etkilere maruz bırakmanın maliyetine göre ağır basar" bakış açısını yansıtır. Bu, en azından doktor ve hastanın en iyi terapinin ne olduğu konusunda her zaman aynı fikirde olmadıkları anlamına gelir.....[Ayrıca, psikiyatristin sadece hastanın en iyi çıkarı için hareket ettiği söylemi] bir başkasının çıkarına karışabilmek için genel bir mazerettir. Toplum, bununla beraber, genellikle kişinin sadece kararlarını yönetmez. Çünkü nes-

[41]Birleşik Devletler Charters'a karşı, 829 F.2d 479 (1987); Birleşik Devletler Watson'a karşı, 893 F.2d 970 (1990).

[42]Dautremont Broadlawns hastanesine karşı.

[43]Birleşik Devletler Charters'a karşı, 863 F.2d 302, cert. Reddedilmiş, 494 U.S. 1016 (1990).

[44]Weedon'un vasiliği, 565 2d. 432409 Mas.196 (1991).

nel olarak hastanın iyiliği için olup olmadığını değerlendiremezler. İnsanların idamdan sigara içmeye kadar bütün tehlikeli aktivitelere katılma izni vardır (Clayton, 1988, s. 19-20).

Seçim özgürlüğü ile ilgili sorular Odak 20.5'de tartışılmıştır. Tedavi hakkı, tedaviyi reddetme hakkı ve en az kısıtlayıcı ortamda tedavi edilme; bunlar bağdaşabilir mi?

TEDAVİ HAKLARI, TEDAVİYİ REDDETME HAKKI VE EN AZ KISITLI ORTAMDA TEDAVİ OLABİLME UZLAŞTIRILABİLİR Mİ?

Yıllar boyunca geliştirilen, mahkemeleri ve ruh sağlığı profesyonellerini, sivil mahkûmiyete tabi tutulan ruh hastalarına karşı Anayasal sorumlulukları konusunda yönlendiren bazı yasal ilkeleri gözden geçirdik. Yine de yürütülen hareketlerin biri diğeriyle zıtlaşabilir. Temel sorun tedavi olma hakkı ve tedaviyi reddetme hakkı ile en az kısıtlayıcı tarzda tedavi edilme hakkının uyumunun sağlanabilirliğidir. 1970'lerde Paul ve Lentz (1977) tarafından, bir ruh sağlığı merkezindeki sosyal öğrenme ve çevre terapileri hakkındaki makalelerinde yaratıcı bir teklif öne sunulmuştur. Belli şartlar altında ruh hastası (mahkum ruh hastası) belli bir terapi programına zorlanabilir ve zorlanmalıdır. Hatta hasta katılmak istemediğini söylese bile. Bu şartlar Rennie ve Klein'ın istediği gibi aciliyetlerde de olmayabilir.

Paul ve Lentz, bazı hastanelerin asgari, diğerlerinin optimal hedefleri olduğunu ve kuruluşların hastaları asgari hedeflere doğru itmesi haklarının ve ödevlerinin olması gerektiğini öne sürdüler. Asgari hedeflerin başarısı (öz bakım, örneğin; sabah kalkmak, yıkanmak, yemek yemek vb; diğerleriyle en basit anlamda ilişki kurmak ve şiddet yoksunluğu), hastaların daha az kısıtlayıcı ikametine izin verir. Semptomatik davranışın ortadan kalkması asgari hedef olarak değerlendirilebilir (Eğer yerel toplum, hastaları en azından toplum standartlarına yakın şekilde rahat ettirebilirse)[45]. Paul ve Lentz eğer belli tedavilerin asgari hedefleri başardığı görgül kanıtlarla gösterilirse (onların çalışmasındaki sosyal öğrenme programı gibi), hastalar bunlara katılmaya zorlanabilir (hatta hastalar ve yasal koruyucuları istekli olmasalar da). Hastaların çıkarlarını korumak, bir kurumsal gözlem kurumunun (hastanenin tüm tedavi ve araştırma aktivitelerini gözden geçiren bir grup profesyonel ve kanun adamı) sorumluluğunda olmalıdır. Kurul hastaların hastaneden gitmelerini sağlayacak ve asgari hedefleri başaracak hangi tedaviyi alacaklarını hastalar için karar verecektir.

Eğer hastaların asgari seviyelerin üstünde olduğu görülürse optimal amaçları sağlayan hastaların (ses becerisi kazananlar, lise diploması alanlar ve hastanın yaşam kalitesini artıran diğer lüks şeyler) tedavileri reddetme hakkı olmalıdır. Paul ve Lentz'e göre hedefleri öyle hayati olmalıdır ki, hasta onlarla birlikte çalışmaya zorlanabilsin.

KURUM DIŞINA ÇIKARMA, İNSAN HAKLARI VE RUH SAĞLIĞI

Mahkeme kurallarının toplam etkisi, Wyatt, Stickney ve O'connor, Donaldson da olduğu gibi, ruh sağlığı profesyonellerinin dikkatini insanları kendi arzuları dışında ruh hastanelerine koyma konusunda daha dikkatli ve bağlı olmaya çekmeli ve hastaların ihtiyaçları için daha özgül tedavilerin geliştirilmesine eşlik etmelidir. Ruh sağlığı kuruluşlarındaki bakım kalitesinin yükseltilmesi için eyalet hükümetlerine baskı konmaktadır. Hastane bakımındaki suiistimallerin dokümantasyonu ışığında bunlar cesaret verici gelişmelerdir. Ama durum o kadar pembe değildir. Hâkimlere göre hasta bakımı asgari standartlarla buluşmalıdır, kazanç amaçlı hedeflere dönüşmemelidir. Para limitsiz bir kaynak değildir ve 1960'lardan beri ruh hastalarının bakımı hükümet için öncelikli değildir (sosyal ve davranışsal bilimler için araştırma desteği de öyle). Psikopatolojinin doğası, korunma ve tedavi hakkında öğrenme ihtiyacının ne kadar arttığı önemli bir noktadır.

1960'lardan beri birçok eyalet Ruh hastanelerinden birçok hastayı mümkün olduğunca çıkararak ve başvuranları cesaretlendirmeyerek kurum dışına çıkartma (deinstitualization) politikasına başladı. 50'lere ve 60'lara göre sivil mahkûmiyetin başarılması daha güçtür ve mahkum hastalar insan haklarına saygılı avukatların yardımıyla hastanelerdeki tedavilerin çoğunu reddedebiliyorlar. 1950'lerde eyalet ruh hastanesi nüfusu yarım milyon hastayla en üst düzeye ulaşmıştır. 1990'ların ortasında ise yüz binlere düşmüştür. Şimdiki slogan "onları toplum içinde tedavi et", herhangi bir şeyin kurumsallaşmaya göre tercih edilebileceğini farz eder.

---

[45]Birçok terapist hastaları toplum standartlarına uymaya zorlamakla suçlanır, bu da sorgulamaya açıktır. Burdaki temel sorun ruh hastalarının temiz ve kemerli bir pantolon giymesinden çok onların bir pantolon giyip giymemesidir.

Ama ya toplum onların taburcu edilmesine göre önceki gibi hastanede yatmalarını daha yararlı bulursa? Hastane dışındaki imkânlar bu hastalara uyumlu olmaya hazır değildir. Bölüm 19'da tarif edilen bazı umut verici programlar istisnadır, kural değildir. Yüzbinlerce kronik ruh hastasının yeterli iş eğitimi verilmeden ve onlara yardım edecek toplum servisleri olmadan salıverilmesi, istenmeyen sosyal krizlere yol açar. Bu kurum dışına çıkarmanın kronik ruhsal hastalık oranını düşüreceği çok şüphelidir. Gralnick'in (1987) tartıştığı gibi, akut hastalar genellikle ihmâl edilir. Çünkü kendilerine ve çevrelerine zarar vermeyecek durumda olmadıkça (ki, bunun oluşumu yıllar alabilir ve bu süre içinde sorunlar kronikleşir ve başa çıkmak zorlaşır), onlara uygulanması zordur. Buradaki ironi, kurum dışına çıkarmanın (azaltmak için tasarlandığı) kronik ruhsal hastalığı artırmasıdır.

Gerçekte kurum dışına çıkarma yanlış bir isim olabilir. Başka kurumlara aktarma *(trans'm*stitutionalization) daha uygun olabilir. Devlet akıl hastanelerindeki nüfusun *azalması,* hapishanelerde, bakım evleri ve psikiyatrik olmayan hastanelerin ruh hastalığı bölümlerindeki nüfusunun *artmasıyla* sonuçlanır (Kiesler, 1991). Ve bu yerler hastaların ihtiyaçlarını yeterince karşılayacak donanıma sahip değildir. Kurumsuzlaştırma hareketinden önce yeniden hastaneye başvurular %25 iken 1980'lerde %80'lere yükselmiştir (Paul & Menditto, 1992).

Ruh hastanelerinden çıkarılan hastaların çoğu Emekliler İdaresinden ve Sosyal Güvenlik Yetiyitimi Sigortasından yararlanabilir. Fakat büyük bir bölümü bunları almıyor. Evsiz insanların belli bir adresleri yoktur; uygunluğa ve bakacak yere başvurmak için yardıma ihtiyaçları vardır. New York'da eski ve saygı duyulan bir sosyal ajans olan *Comminity Service Society*'nin yaptığı bir çalışmada, psikiyatrik hastanelerden çıkarılan insanlar, caddelerde, tren ve otobüs terminallerinde, boşaltılmış binalarda, metroda, Büyük merkezi istasyondan kuzeye uzanan bulvarın kanalizasyon tünellerinde, toplum kuruluşları, kiliseler ve yardım kuruluşlarının barınaklarında yaşarken bulundular. Bu insanların yaşamları umutsuzdu ve bu rapor 1981'de yazıldığı halde durum değişmemiştir.

[Bir tren istasyonunda saat 23.00] Çalışanlar işi bırakınca kadınlar saklandıkları kovuklardan çıkıp tuvaletlere giderler. Orada soyunur kendilerini ve giysilerini yıkarlar. El kurutma makinesi önündeki kuyruk uzunluğuna göre, giysilerini kuruturlar, çantalarına koyarlar veya onları ıslak giyerler. Bir kadın her gece ülserli bacaklarını temizleyip kağıt havlularla sarar. En çok istenen şey tuvalet odacıklarını mahremiyet ve sıcaklık için gazetelerle kaplayıp rezervuar etrafında uyumaktır. Tuvaletler kapılınca, kalanlar duvar kenarlarında uyur, birisi el kurutma makinesi altındaki bir kutudadır. Böylece doğrudan ılık hava alabilir. Kadınlardan biri düzenli olarak yerleri lavabo ve tuvaletleri temizler. Böylece kullanıma ait izler kalmamış olur (Bonşoter & Hopper, 1981, s. 77).

Hiç kimse evsizlerin kaç tanesinin ruh hastanesinden çıkan hastalar olduğunu bilmiyor. Evsiz olmayanlar marjinal ve sağlıksız bir şekilde bakım evlerinde, hapishanelerde, çok kötü otellerde yaşar. Topluluğun görünür kısmı oldukları halde birçok başka insanın da işlevini kaybetmesi ve evlerinden atılmasıyla görünülebilirlikleri azalabilir. Hiç şüphesiz evsiz olma durumu bu ruh hastalarının duygusal acılarını artırmaktadır. Sayıları ne olursa olsun ruh hastaları evsizler topluluğunun özellikle savunmasız parçası olarak kalırlar.

Evsizlik ve ruh hastaları arasındaki ilişki Ulusal Bilim Akademisi'nin (National Academy of Sciences) bir komitesi tarafından sayılıp, analiz edildi. (NAS, evsiz insanlar için sağlık bakımı komitesi, 1988, Leeper' da özetlendi, 1988). Evsiz nüfusunun %25-40'ının alkolik olduğu hesaplandı. Bu oranlar şizofreni gibi bazı ruh hastalığı türleri için benzerdi. Bu sorunlar onların göçebe ve tehlikeli varoluşlarıyla ağırlaşmaktadır. Evsiz insanlar özellikle kadınlar, evsizler için yapılmış barınaklarda bile şiddet ve tecavüz kurbanlarıdır (D'Ercole & Struening, 1990). Evsizler arasında çocuklar da bulunmaktadır. Komite bunu "ulusal utanç" olarak tanımlamıştır; bu gençler gelişme dönemlerini kaotik ve tehlikeli ortamlarda ciddi stres altındaki ebeveynlerle gelişmeye zorlanırlar. Bir komite üyesi bir röportajda şunları belirtti. Birçok çocukta gelişme geriliği var. İki yaşında yürüyemeyen, altı aylık bebek ve anneleri onlara istedikleri bakımı vermediği için dört yaşında oldukları halde annelerine bir yaşındaymış gibi davranan çocuklar gördüm (Leeper, 1988, s. 8). Bu çocuklar sıklıkla okuldan uzaktırlar; kaygı, depresyon ve madde bağımlılığından muzdariptirler, ayrıca fiziksel ve cinsel istismara uğramaları bir sürpriz değildir.

1990'ların sonlarında olan bu tür olaylar kurum dışına çıkarma politikasını ters çevirmeyi haklı kılar mı? NAS komitesi öyle düşünmüyor; çünkü onlara göre sorun toplumun, bu kitapta daha önce bahsedildiği gibi uygun bir yaşam ve rehabilitasyon sağlamakta başarısız olmasıdır.

Bu hastaların yatkınlığı, ilk 1982 Ocağında, 61 yaşında eski bir psikyatrik hastanın bir New York sokağında karton bir kutuda ölü bulunmasıyla açıklığa kavuştu. Yeniden sertifikasyonu için belgeleri yanlışlıkla iptal edildiğinden beri, sekiz aydır o kutuda yaşıyordu. Onu yeniden yerleştirmeye çalışan çeşitli kurumların çabalarını reddetmişti. Onun bir hastaneye götürülmesiyle ilgili mahkeme kararı çıkmadan saatler önce de hipotermiden öldü.

Bu olay HELP (yardım) projesinin oluşturulmasına neden oldu. [Homeless Emergency Liaison Project (evsiz acil bağlantı projesi)]. Bu mobil psikiyatrik bir ekipti, psikiyatrik yardım ihtiyacı olan evsiz insanları tanımlıyor, yardım ve geliştirme için kendilerini irade dışı tehlikeye sokabilecek evsiz kişileri hastaneye götürmek için eyalet ve yerel yasaların otoritesine sahipti. (Comittee on Goverment Operations, 1985, s. 5)[46].

Şizofrenik bireylerin profesyonel bakım gereksinimi duyan hasta insanlardan çok, uyumsuz, ilaç bağımlısı ve dilenciler olarak görülmesinden korkulduğu ifade edilmiştir (Gralnick, 1986). Çoğu, ruh sağlığı kliniklerinden çok, hapishanelerde, barınaklarda ve kilise merdivenlerinde ölürler. Geniş tabanlı bir çalışmada (Teplin, 1984) polis memurlarının %20 oranında, tutuklamak için bir neden olmaksızın sadece ruh hastalığı belirtileri gösteren kişileri tutuklama eğiliminde oldukları bulunmuştur. Ayrıca bu kişilere verilebilecek her tedavi biyolojik ve ilaç bazlı olmalıydı. Çünkü bu tür bir tedavi daha ucuz ve doğrudandır ve herhangi bir psikoterapiye, yakın insanlar arası ilişkiye ihtiyaç duymaz (Gralnick, 1986). Psikolojik faktörler hariç tutularak biyolojik faktörler vurgulanır[47]. Bu nokta ciddi ruhsal hastalığın tamamıyla anlaşılmasını engeller ki, bu alanda çalışan çoğu kişi, biyolojik yatkınlıklar ve çevre stresörleri arasındaki karmaşık ilişkileri gözler. Gralnick, psikiyatrik hastanelerin restore dilerek önceki gibi şizofreninin tedavi ve araştırma merkezleri haline getirilmesini önerir. Ayrıca bu araştırmalar hastaları hastaneden taburcu edildikten sonraki bakımlarını da etkin bir şekilde izlemelidir.

[46]Kişinin kendisi ya da ailesi için gerçek tehdit oluşturmayıp sadece caddelerde evsiz dolaşması ve sefil yaşaması durumunda bile, ibrenin gönülsüz hastaneye yatırılmadan yana döndüğüne ilişkin belirtiler var. "Kendisine veya başkalarına zarar vermenin" yerine "sürekli ve akut yetersiz olma" durumu geçiyor. (Shogren, 1994). Kişilerin isteği dışında hastanede tutulmasını gitgide daha zorlaştıran mahkeme kuralları ve kanunların ışığında bu eğilimin nasıl gelişeceği görülecektir.

[47]Gralnick tanı, etiyoloji ve tedaviye biyolojik yaklaşımla ilgili büyük ilerlemelerin yapılmadığını tartışmıyor, -kişinin buna inanması için gerçekle bağını kopartması gerek.- Aslında, şizofrenik insanların kişisel çıkmazlarından uzaklaşıp, bilimsel olarak gereksiz ve sosyal olarak sorgulanabilir üzüntü verici yaşam koşullarının yok farzedilmesiyle, kurum dışına çıkarmanın yanlış yönetilmesine yönelmenin bilimsel avantajları arttırdığını belirtir olması ve bu araştırmanın taburcu edilen hastaların sonraki bakımları için iknâ edilmesi üzerinde yoğunlaşmasını tavsiye eder.

TEDAVİ VE ARAŞTIRMADA ETİK İKİLEMLER

Bu kitapta "ne olduğu" ve "ne olması düşünüldüğü" üzerine yoğunlaşan bir çok veri ve kuramı inceledik. Kanunlarımızda sıkça belirtilen etik ve değerler bir başka tartışma konusudur. "Ne olduğu" ile ilgili az şey yapıldığı için ne olması gerektiği ile ilgileniyorlar. Bu farkı anlamak çok önemlidir. Verilen bilimsel bir paradigma ile inandığımız şeyin gerçekliğini inceleyebiliriz. Felsefi ve etik çalışmaların ortaya çıkardığı gibi, yine de, insanların binlerce yıldır ne olması gerektiği ile ilgili tartışmaları ayrı bir konudur. "On Emir" böyle cümlelerdir. İnsan davranışlarıyla ilgili yasak reçetelerdir. Örneğin; sekizinci emir, çalmamalısın; çalmak sıklıkla olan bir şey olmadığı için, insani bir durumu tarif etmez. Bu, aslında insanların arzu etmesi gereken bir idealin seslendirilmesidir. Çalmayı yasaklamanın etik kodunun doğruluğu çalan insan oranı ile ilgili değildir. Ahlâk ve veri, ciddi söylemin (discourse) iki ayrı sahasıdır.

Bu Bölümde daha sonra gözden geçirilecek olan yasal eğilimler ruh sağlığı profesyonellerinin aktiviteleri üzerindedir. Bu yasal zorlamalar önemlidir. Çünkü, kanunlar hepimizi belli bir şekilde davranmaya yönlendirmede toplumun en önemli araçlarından biridir. Psikologlar ve psikiyatrlar mesleki ve etik kurallara tabidirler. Bütün meslek kuruluşları yapılması gerekenlerle, yapılmaması gerekenleri duyururlar. Talimatlar ve kurallarla, bir dereceye kadar, terapistlerin hastaları ile yapacaklarını sınırlarlar. Mahkemeler ise bu tür sorunların bazıları hakkında kararlar çıkarmışlardır. Çoğu zaman, etik olmadığına inandığımız şey, aynı zamanda yasal da değildir. Ancak bazen de var olan yasalar, bizim ahlâki değer yargılarımızla, doğru - yanlış duygumuzla çatışır. Şimdi psikolojik inceleme yapmanın ve başka insanların yaşamlarına yönelik müdahalenin etiğini gözden geçireceğiz.

ARAŞTIRMADA ETİK KISITLAMALAR

Bilimin doğasında, yapılabilecek bir şeyin denenmesi yatar. Eleştirilmeye en açık etik duyarsızlığının kanıtlarını, II. Dünya Savaşı sırasında toplama kamplarındaki esirlerle acımasız deneyler yapan Alman doktorları gösterdi. Örneğin bir deneyde, sürekli kafalarına ağır bir sopayla vurulduğunda insanların ne kadar

uzun yaşadığı sorgulanmıştır. Bu çeşit bir deneyden önemli bilgiler elde edilse bile (ki bu çok şüpheli görünüyor), böyle eylemler bizim terbiye ve ahlâk değerlerimize karşıdır. Savaştan sonra Müttefik Güçleri tarafından düzenlenen Nürnberg Mahkemeleri bu ve bunun gibi başka barbarlıkları açığa çıkardı ve bu tip eylemlerde bulunan veya eşlik eden askerleri, doktorları ve diğer Nazi görevlilerini, sadece emirlere itaat ettiklerini söylemelerine karşın çok ağır cezalara çarptırdı.

İnsan ahlâkının bu kadar büyük ölçüde ihlâlinin sadece Üçüncü Reich gibi cani devirlerde olduğunu söyleyebilmek rahatlatıcı olurdu ama ne yazık ki durum böyle değil. İşlerine olan hevesleriyle kör olan Amerika ve diğer ülkelerdeki araştırmacılar, insan denekleri ayıplanacak şekillerde kullanmışlardır[48].

Harvard Tıp Fakültesinden bir profesör, Henry K. Beecher, 1945'den bu yana tıbbi araştırmaları inceledi ve şunu buldu: "[deneylerde denek olarak kullanılan] çoğu hastaya hiçbir zaman riskler açıkça anlatılmamıştı ve... yüzlercesi, çok ciddi sonuçlarla karşılaşılmasına rağmen, bir deneyde kullanıldıklarını bilmemişlerdir." (1996, s. 1354). Bir deney ateşli romatizmanın tedavisi için penisilin ve bir plaseboyu (İlaç etkin maddesi taşımayan ancak ilaca benzer hap ya da sıvı) karşılaştırıyordu. Penisilinin zaten streptokok kökenli solunum hastalıkları olan kişilere ileride ateşli romatizma geçirmesini önlemek için verilen en iyi ilaç olduğu onaylanmıştı, ama 109 servis personeline bilgi ve izinleri olmadan plasebolar verildi. Penisilin verilen hastaların sayısı, plasebo verilenlerinkinden fazlaydı ama kontrol grubundan üç kişi çok ciddi hastalıklara yakalandı-iki tanesinde ateşli romatizma vardı ve birinde bir böbrek hastalığı olan (acute nephritis). Penisilin verilenlerin hiçbiri bu tip hastalıklara yakalanmadı.

Yarım asır sonra, Ocak 1994'de, konu üzerindeki araştırmacı gazeteciliği sayesinde Pulitzer Ödülü'ne layık görülen Eileen Welsome'in da desteğiyle, Amerikan Enerji Bakanlığı, 1950'lerle 1970'ler arasında gerçekleşmiş ve yüzlerce deneği -genellikle izin ve bilgileri haricinde- zararlı dozlarda radyasyona maruz bırakan birçok deneyi kamuoyuna sunmaya başladı. Olay büyük ilgi gördü, çünkü katılımcıların çok büyük bir kısmı sosyoekonomik düzeyleri düşük, azınlık gruplarının üyeleri, ruh hastaları, huzur evi sakinleri ya da mahkûmlardı. Araştırmaları çoğunlukla federal bütçelerle desteklenen bilim adamları, o zamanlarda radyasyonun zararlı etkilerinin çok az bilinmesine rağmen, tehlikelerin büyük olduğunu biliyorlardı ve bu sadece şu gerçekle gösterilebilirdi: "Fakir ve siyah insanlara yapıyorlardı. Mayo Clinic'de bunun yapıldığını göremezdiniz" (bazı denekler için açılan tazminat davasında konuşan bir avukat, Healy'den alındığı gibi, 1994). Bazı deneylerde, radyasyona maruz kalmanın güvenli miktarlarını belirlemek amacıyla kadınlara hamilelikleri nin son üç ayında radyoaktif bir karışım verilirdi veya sperm üretimini etkilemeye başlamadan önce personelin radyasyona ne kadar dayanabileceğini saptamak üzere testislere radyasyon verilirdi. Bu deneylerin Nürnberg Mahkemelerinden çok yıllar sonra gerçekleşmesi çok düşündürücüdür.

Bilim adamlarının eğitimi onları ilginç ve bazen önemli sorular yöneltme ve karışıklardan mümkün olduğunca uzak araştırmalar yürütme konusunda çok iyi hazırlar. Ama insanları ilgilendiren bir dizi sorunun takip edilip edilmemesine karar vermelerine yarayan özel bir nitelikleri yoktur. Toplumun bilgiye ihtiyacı vardır ve bir demokraside bir bilim adamının bu bilgiyi aramaya hakkı vardır. Ama deneylerde katılımcı olarak kullanılan sıradan vatandaşlar gereksiz zararlardan, risklerden, küçük düşmekten ve özel hayatlarına müdahaleden korunmalıdırlar[49].

Bazı uluslararası etik kanunları bilimsel araştırmaların yürütülmesiyle ilgilidir - Nazi savaş suçları mahkemelerinden sonra hazırlanan Nürnberg Kanunu, Helsinki Beyannamesi ve İngiliz Tıbbi Araştırma Komitesi'nden açıklamalar. 1970'lerin başlarında Amerikan Sağlık, Eğitim ve Refah Bakanlığı, insan denekleri içeren bilimsel araştırmalar için kurallar ve kısıtlamalar çıkarmaya başladı.

Ek olarak, bir mavi-kurdele paneli, Biyomedikal ve Davranış Araştırmalarındaki İnsan Deneklerini Koruma Ulusal Komisyonu, psikiyatrik enstitülerdeki hastalar, mahkûmlar ve çocuklar üzerinde yürütülecek araştırmalara, federal hükümetin getirebileceği kısıtlamaları tartışan oturumlar ve soruşturmalar düzenledi. Birkaç yıl boyunca, çoğu psikopatoloji ve terapi dallarında deney yapan davranışçı araştırmacıların önerileri, hastanelerde, üniversitelerde ve araştırma

[48] *Hayvanlar üzerinde araştırma yapan bilim adamları, zaman zaman deneklerine sebepsiz yere kaba davranırlar. APA'in laboratuar hayvanlarına rahatsız etmeksizin ve tehlike yaratmaksızın, nasıl davranılacağına ilişkin el kitabı vardır. Katı standartlar Ulusal Sağlık Enstitüsü tarafından da duyurulmuştur.*

[49] *Bu tümce görgül olmaktan çok etik bir tümcedir.*

enstitülerinde inceleme kurulları tarafından, güvenlik ve genel etiğe uygunluk açısından tartışıldı. Bu komiteler -ve burası çok önemlidir- sadece davranış bilimcileri içermez, yanlarında toplumdan başka vatandaşlar da vardır; avukatlar, öğrenciler ve birçok disiplinden uzmanlar, örneğin İngilizce, tarih ve din profesörleri. Topluca verdikleri kararlar aracılığıyla, katılımcıları çok büyük tehlikeye sokacaklarına inandıkları noktaların değiştirilmesini isteme veya araştırma önerisinin tamamen engellenmesini sağlama haklarına sahiptirler. Son zamanlarda bu tip komitelerin, önerilerin bilimsel başarıları hakkında karara varmaları da önerildi; önerinin arkasındaki mantık ise geçerli veri elde edilemeyecek bir çalışma için katılımcı alınmasının etik olmadığıdır (Rosenthal, 1995).

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM

Araştırmalardaki katılım, çok önemli bir nokta olan, bilgilendirilmiş onam (informed consent) kavramını ortaya çıkarır. Mahkum edilmiş ruh hastalarının tedaviyi reddetme haklarını kazanıyor olması gibi, herhangi bir kişi bir deneye katılmayı reddedebilir. Araştırmacı, insanların katılımcı olmakla beraber alacakları riskleri anlamaya ve katılıp katılmayacaklarına karar vermeye yetecek kadar bilgi vermelidir. Aday katılımcılar, yasal olarak izin verebilecek durumda olmalılar ve iznin alınmasında hiçbir hile veya baskı olmamalıdır. Örneğin, bir deneysel psikolog, resimlerin, üniversite öğrencilerinin bir kelimeyi başka bir kelimeyle ilişkilendirmelerine yardımcı olup olmadığını belirlemek isteyebilir. Bir grup öğrenciden, iki sözcüğü, akıllarında ikisini bağdaştıran canlı bir resim yaratarak ilişkilendirmeleri istenecektir, mesela bisiklete binen bir kedi. Aday bir katılımcı, deneyin sıkıcı olabileceğini düşünürse katılmayı reddedebilir; hatta herkes istediği zaman, ceza korkusu olmaksızın deneyden çekilebilir.

Yukarıda anlatıldığı gibi bir eşleştirme-ilişki deneyi zararsız olabilir, ama ya deney bir ilacı yutmak gibi gerçek riskler taşırsa? Ya aday katılımcı mahkûm edilmiş bir ruh hastasıysa ya da zihinsel özürlü bir çocuksa ve söylenenleri tam olarak anlayamıyorsa? Böyle bir kişi kendini özgür hissetmeyebilir, hatta katılmayı reddedebilecek durumda bile olamayabilir. Peki ya katılımcınınkiler kadar düşünülmeyen araştırmacının hakları ve yarım bırakılmış önemli araştırmaların topluma bedeli? İnceleme kurulları, katılımcılardan iznin alınmasını gereksiz şekilde sıkıntılı hale getirdikleri için, bilim adamları belli konularda çalışmalara başlamayacaklar mı?

Bir diğer zorluk ise, araştırmacının, katılımcının bilgilendirilmiş onamının aldığının gösterilmesinin kolay olmamasıdır. Epstein ve Lasagna (1969), deneylere gönüllü olarak katılanlardan yalnızca üçte birinin deneyin ne içerdiğini gerçekten anladığını buldular. Daha özenli bir çalışmada, Stuart (1978) çoğu üniversite öğrencisinin, kendilerine açıklandığı ve katılmayı onayladıkları halde, basit bir deneyi tam olarak anlatamadıklarını ortaya çıkardı. Bir onam formundaki imza, bilgilendirilmiş onamın alındığının kesin kanıtı değildir ve bu durum, insan deneklerin araştırmalarda yer almalarını düzenleyen yasaları korumaya çalışan soruşturmacılara ve inceleme kurullarına sorun çıkarır. Benzer bir sorun klinik ortamlarda da görülür; buradaki soru, hastaların, antipsikotik ilaçların doğasını anlayıp anlamadığıdır. Irwin ve ark. (1985), çoğu hastanın ilaçların yararlarını ve yan etkilerini anladıklarını *söylemelerine* karşın, kendilerine hakkında sorular sorulduğunda sadece dörtte birinin gerçekten anladığının görüldüğünü bulmuştur. Yazarlar, hastanelerdeki hastalara -özellikle de daha ciddi durumdakilere- sadece bilgilerin okunmasının, anladıklarının garantisi olmadığına, böylece *bilgilendirilmiş* onamın alındığının söylenemeyeceğine karar verdiler.

Genelde, tedaviyi reddetme hakkında olduğu gibi, kişinin ruh hastası olduğuna karar verilmesinin, -yani şizofreni teşhisi konulması ve hastaneye kaldırılması- kişinin rızasını vermesine engel olmadığı giderek daha geniş çevrelerce anlaşılıyor (Appelbaum & Gutheil, 1991; Grisso, 1986). Grisso ve Applebaum (1991) tarafından yürütülen bir deney, tedavi konularının şizofrenik hastalar tarafından, psikiyatrik olmayan hastalara göre daha az anlaşılmasına karşın, şizofrenik hastaların çok *farklı* şeyler anladığını ortaya çıkardı; bazıları psikiyatrik olmayan hastalar kadar iyi anlayabiliyordu. Bu sonuçlar, kişinin şizofreni yüzünden hastaneye kapatılmasına bakılarak izin veremeyeceğini kabul etmek yerine, kişilerin izin verebilecek beceride olup olmadığının saptanması için bireysel muayenelerin gerekli olduğuna işaret etti. Örneğin, New York eyaletindeki hastanelerde bir hasta onam vermeden önce, çalışma lisanslı bir psikolog veya psikiyatrın, hastanın bunu yapabileceğine karar vermesi gerekir. Yani, profesyonel karar gerekmesine ve bu yüzden hatalı olabilmesine

rağmen, bir kişinin ruh hastası olarak teşhisinin bilgilendirilmiş onam vermesine engel olmaması gerçek bir ihtimaldir.

GİZLİLİK VE AYRICALIKLI İLETİŞİM

Bir kişi bir doktora, bir psikiyatra veya bir klinik psikologa başvurduğu zaman, profesyonel etik kurallar tarafından, seansta olanların gizli kalacağı güvence altına alınır; **gizlilik** (confidentiality), hiçbir şeyin, diğer profesyoneller ya da hemşire veya tıbbi sekreter gibi tedaviyle yakından ilgili kişiler haricinde, üçüncü bir kişiye açıklanmaması demektir.

Ayrıcalıklı iletişim (privileged communication) biraz daha ileri gider. Gizlilik ilişkisi içindeki iki kişinin, kanun tarafından korunan iletişimidir. Böyle bir iletişim dâhilindeki biri, yasa tarafından bildiklerini tanık olarak anlatmaya zorlanamaz. Ayrıcalıklı iletişim hakkı, adli davalarda mahkemenin delillere ulaşabilmelerine bir istisnadır. Toplum, bazı profesyonellerle ve eşlerle olan iletişimin polisler, hâkimler ve avukatların göz ve kulaklarından uzak tutulduğunda, uzun vadede insanların menfaatlerine olacağına inanır. Bu ayrıcalık karı-koca, doktor-hasta, papaz-günah çıkaran, avukat-müvekkil ve psikolog-hasta gibi iletişimleri kapsar. Yasal açıklamaya göre "ayrıcalık hastadadır" yani sadece hasta diğer kişiyi, bildiklerini bir mahkemede kullanması için serbest bırakabilir.

Ama, hastanın ayrıcalıklı iletişim hakkının önemli sınırlamaları vardır. Örneğin, şu anki California psikoloji lisansı kanununa göre (diğer eyaletlerin yasalarında da benzer unsurlar vardır), bu hak aşağıdaki durumların herhangi birinde ortadan kalkar:

Hasta terapisti, görevi kötüye kullanmakla suçlarsa; başka bir deyişle terapist, hastasının başlatacağı herhangi bir yasal işlemde, kendini savunma amacıyla terapi hakkında bilgi verebilir.

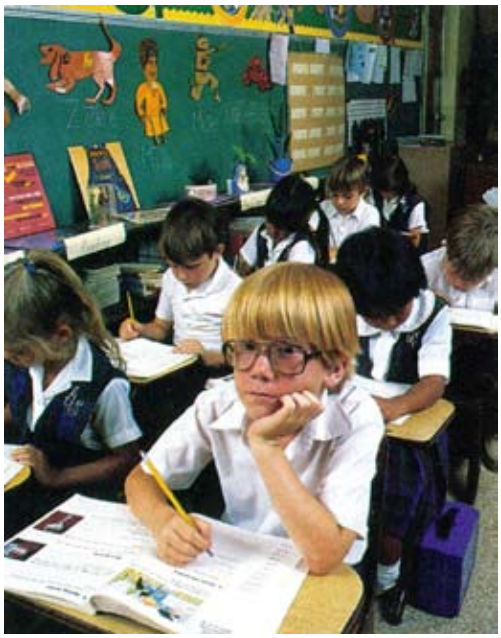
- Hasta on altı yaşından küçükse ve terapist, hastanın taciz gibi bir suçun kurbanı olduğuna inanıyorsa. Hatta psikolog, hastasının, cinsel taciz dahil, herhangi bir fiziksel saldırıya uğradığına dair şüphesi varsa, bunu otuz altı saat içinde polise veya bir çocuk kurumuna bildirmek zorundadır.
- Hasta, bir suç işledikten sonra veya işlemeyi planlarken, yasadan kaçmak için terapiyi başlattıysa.
- Terapist, hastanın kendine veya başkalarına bir tehdit oluşturabileceği kararına varırsa ve bilgilerin açıklanması bu tehlikeleri giderecekse (Odak 20.3'ü hatırlayın).

HASTA YA DA MÜŞTERİ KİMDİR?

Klinikçi için müşterinin kim olduğu her zaman açık mıdır? Kişisel terapide, bir yetişkin bir klinikçiye, yasal sistemle alakası olmayan özel bir sorunuyla ilgili, bir ücret karşılığı yardım almak üzere başvurduğunda, başvuran kişi açık bir şekilde müşteridir. Ama bir kişi, bir klinikçi tarafından mahkemeye çıkma yeterliliğini saptamak için muayene edilebilir ya da klinikçi kişinin ailesi tarafından, sivil mahkûmiyet davalarında yardımcı olması için tutulabilir. Belki klinikçi, bir ruh hastanesi tarafından kadrolu personel olarak işe alınmıştır ve belli bir hastayı, saldırgan dürtülerini kontrol etmesindeki sorunları yüzünden görüyordur. Böyle durumlarda klinikçinin birden çok müşteriye hizmet ettiği açık olmalıdır, ama genelde *değildir.* Hastanın yanında ailesine veya devlete de hizmet vermektedir ve bu durumu hastaya bildirmek zorundadır. Bu çifte sadakat, hastanın menfaatlerinin hiçe sayılacağını göstermez ama tartışmaların sonunda gizli kalamayacağını ve klinikçinin ileride, kişiyi mutlu etmeyecek şekilde hareket edebileceğini gösterir.

HEDEFLERİN SEÇİMİ

Terapi için ideal olan danışanın terapinin hedefini belirlemesidir, fakat pratikte bazılarının danışanın isteklerinin aksine terapist tarafından dayatılmadığını düşünmek saflık olur. Örneğin, bir okul sistemi öğrencilerine "sessiz, sakin ve uysal" olmayı öğretecekleri bir program oluşturmayı isteyebilirler (Winett & Winkler, 1972). Pek çok davranışçı terapist öğrencilerin uyumlu olması gerektiğini düşünür. Çünkü bu şekilde öğretmenler hem daha düzenli bir ders yürütebilirler, hem de bu şekilde öğrencilerin daha iyi öğrendikleri varsayılır. Fakat biz gerçekten daha etkili ve daha eğlenceli öğrenmenin çocukları sandalyelerinde sessiz kalmaya zorlayarak gerçekleşeceğini gerçekten biliyor muyuz? Bazı "açık sınıf" savunucuları, ilkokul çocuklarında merak ve girişimciliğin, en az akademik yeteneklerin kazanımı kadar önemli olduğuna inanmaktadırlar. Psikolojide genellikle olduğu gibi, güçlü dayatmalara ve ateşli bir şekilde savunulan görüşlere kıyasla kanıtlar daha azdır. Ancak, okul sistemi ile çalışan uzmanların, hedeflere ilişkin kendi kişisel yanlılıkları konusunda far-



Hangi çevre soldaki klasik sınıf mı yoksa sağdaki açık sınıf mı öğrenmeyi teşvik eder?

kındalık sahibi olmaları ve ebeveynler ile okul personelinin istekleri yönünde, farklı hedeflere yönelik çalışmaya hazırlıklı olmaları gerektiği açıktır. Herhangi bir terapist, danışanın hedefleri ve bu hedefler için öne sürdüğü gerekçeler kendi bakış açısına uygun değilse, bu danışan için çalışmama seçeneğine sahiptir.

Hedeflere ilişkin bu sorular özellikle ailede ve eş terapilerinde karmaşıktır (Margolin, 1982). Eğer eş zamanlı olarak danışan konumunda birden çok kişi bulunuyorsa -ki aile terapisinde kaçınılmaz olarak böyledir-, danışanlardan birinin ya da birkaçının lehine işleyecek müdahaleler diğerlerinin aleyhine işleyebilir. Eş terapisinde eşlerden biri gerçekten ilişkiyi bitirmek isterken, diğerinin terapiyi, ilişkiyi kurtarmak- için bir yol olarak görmesi durumunda bu gerçekleşebilir. Kişiler genellikle terapinin başında gerçek ilgi ve isteklerini ifade etmedikleri için, terapistler iki eşin de çatışan hedeflerini öğrenmeden önce zaten onların yaşamları içine derinlemesine girmiş durumdadırlar (Gurman & Kniskern, 1981).

Terapiste gönüllü olarak başvuran kişilerin durumları kötü olsa da, bu kişiler özgürlükleri kısıtlanmış olan yatan hastalarınki kadar hapsolmuş durumda değildirler, Bu konu terapistin yansızlığının bir efsane olduğunu ileri süren psikiyatr Seymour Halleck (1971) tarafından ele alınmıştır. Onun görüşüne göre, terapistler danışanlarını kullandıkları tarzla incelikle ve güçlü yollarla etkilerler.

İlk bakışta, kişilerin yapmak istedikleri şeyleri yapmayı öğrenmeleri konusunda yardım edilmesi tartışmasına dayanan psikiyatrik (ya da psikolojik) uygulama modeli; basit ve arzu edilebilir görünmektedir. Ancak bu uygulanamaz bir modeldir. Teknisyenlerden farklı olarak, bir psikiyatr (ya da psikolog) iletişim kurmaktan ve zaman zaman da kendi değerlerini danışanlarına aktarmaktan kaçınmaz. Danışan kişi genellikle davranışlarını ne şekilde değiştirebileceğini bulma konusunda güçlük yaşayabilir. Ancak psikiyatrı ile konuştukça istekleri ve gereksinimleri daha açık hale gelir. Gereksinimlerini bilgili ya da otoriter olarak algılanan bir kişinin karşısında tanımlama sürecinde danışan kişi oldukça etkilenir ve sonuçta psikiyatrın kendisi için gerekli gördüğü şeyleri istemeye başlar (s. 19).

Araştırmalar danışanların gerçekten terapistlerin değerleri ya da yargılarından etkilendikleri görüşünü desteklemektedirler (Rosenthal, 1955). İnsanlar yalnızca kendi tarzlarına uygun ve gereksinimlerini karşılayabileceğini düşündükleri bir terapist aramakla kalmaz, bazen terapistlerinin bazı ideallerini hatta onların yapmacık tavırlarını benimserler. Pek çok terapist, profesyonel rollerinin zaten ağır olan sorumluluğunu arttıran bu model alma durumunun farkındadır. “Terapötik müdahalede etik” konusunun önde gelen yazarlarından olan Perry London (1964, 1985) terapistlerin, danışanlarına “iyi bir yaşam” sürmeleri için gereken değer ve etik ilkeleri aktaran, çağdaş toplumların rahipleri olduklarını öne sürmektedir (Bkz. Odak 20.5).

TEKNİKLERİN SEÇİMİ

Ortaya çıkan sonuç kullanılan yöntemi haklı çıkarmaz. Bu ilkenin, özgür toplumların kendi yapısında zaten var olduğu söylenir. Yıllarca davranışsal tekniklerle ilgili sorular uzmanlar arasında tartışılmış ve mahkeme kurallarının konusu olmuştur. Belki de pek çok içgörü terapisi, doğrudan davranışı değiştirmeye yönelik

çabalara vurgu yapmadığından, ender olarak davranış terapisi gibi incelenirler. Davranışçı tekniklerin deneysel psikoloji ile ilişkisi kadar, davranışı değiştirmeye yönelik somutlukları, özgüllükleri ve yönlendiricilikleri dikkati çeken yanları olmuştur. Bazılarına göre insanları anlamak üzere farelerin ve güvercinlerin insanoğluyla benzer yanlarının kullanılması saldırgan bir tutumdur.

Terapi amacıyla acı vermenin etik boyutuna ilişkin olarak özel görüşler dile getirilmiştir. Bazılarına göre davranışçı terapi, Kubrick'in klasik filmi "Otomatik Portakal"da ki (Clockwork Orange) saldırgan baş aktör imgesini, göz kapakları arasına yerleştirilmiş işkence aleti ile saldırganlık sahnelerinin bir ekrana yansıtılması sırasında bir ilaç etkisiyle mide bulantısı hissettirilmesini çağrıştırmaktadır: İtici uyarıcılarla terapi programları hiçbir zaman zorlayıcı ve dramatik sınıra ulaşmamıştır. Ancak bu tür yöntemlerin hastayı rahatsız edeceği, hatta bazen son derece aşırı bir şekilde rahatsız edeceği kesindir. Kol ve ayaklara uygulanan elektrik şokunun acısıyla hastayı kusturmak ya da korkuyla sindirmek burada ismini anmaya değer iki itici uyaranlarla (aversive) terapi tekniğidir. Terapistlerin danışana acı çektirmesini haklı çıkaran herhangi bir koşul olabilir mi?

Aşağıdaki raporu kuvvetle "hayır" diye bağırmadan önce dikkatle okuyun.

Kusma tedavisi ve kronik yutamama şikâyetiyle üç aydır hastanede kalan 9 aylık bir bebek vardı. EEG çekildi, ek bir araştırmayla sağ böbreğindeki kist yok edildi, ama tanı testleri sonucu hiçbir biyolojik temel bulamadılar ve özel diyetleri de içeren çeşitli tedaviler başarısızlıkla sonuçlandı. Davranış terapisti olan Lang ve Malamed (1969) çocuğun kritik durumda olduğu ve doğrudan boğazdan midesine salınan tüple beslendiği sırada devreye girdiler. Eğer kusma durdurulamazsa bebeğin hayatının tehlikeye girmesinin çok yakın olduğunu söyleyerek, fiziksel durumun önemini dile getirdiler. Kurtarma müdahalesinin temel özelliği, kusmanın başlangıcında bebeğin baldırlarına 1 sn. süre uzunluğunda düzenli olarak elektrik şoklarının verilmesiydi. Seansları beslenme izledi ve bu 1 saate yakın bir zaman sonra sonlandırıldı. İki seans sonra, bebeğin kusmayı çabucak durdurup düzenli şoklardan kaçmayı öğrenmesiyle birlikte elektrik şoku çok nadiren gerekli oldu. Altıncı seansla birlikte, yedikten sonra derin olarak uyuyabildi. Hemşireler bebeğin seanslarda kusmayı durdurmayı öğrendiği gibi genellediğini, günün içinde dinlenme saatlerinde ve geceleri de kusmasının gitgide azaldığını bildirdiler. Yaklaşık iki hafta sonra aynı şeyi hastanede kalan bebeğin annesi bildirdi ve ondan kısa bir süre sonra hasta yaşamını tehdit eden davranışı tam olarak hayatından çıkararak hastaneden ayrıldı. Tedavinin 3. haftasında aralıksız yapılan gözlemlerde bebeğin sabit bir ağırlık kazandığı görüldü. Bir ay sonra çocuk 9,5 kilo oldu ve fiziksel durumunun tamamen iyileştiği gözlendi. Beş ay sonra 11,8 kilo oldu ve hem fiziksel hem de psikolojik olarak iyiydi.

İtici uyaranlarla terapinin kullanımı çok sıkı kurallara bağlıdır. Adli açıdan bu kadar dikkat çekmesinin nedenlerinden biri de itici uyaranlarla terapilerin standart terapilerden çok daha fazla araştırmalara konu olmasıdır. Bir terapötik yöntem (tıbbi ya da psikolojik) ne kadar oturmuşsa, bu yöntemin mahkemelerin ya da diğer devlet kuruluşlarının dikkatini çekme olasılığı o kadar düşer. Paul ve Lentz (1977)'in çok az sayıda saldırgan hastası vardı. Paul ve Lentz'in uygulamaya ilişkin sorunlarla ilgili aktardıkları görüş, yeni tekniklerin kullanımındaki sınırlılıklar nedeniyle hastaların çok daha aşırı yöntemlerle karşılaşabileceklerini ortaya koymaktadır.

> Orta şiddette elektrik şoklarının kullanımına ilişkin bazı sınırlamalar getirilmiştir.... Ancak bu tür yöntemlerin değerlendirilmesinden önce, izlenmesi gereken güvenlik önlemleri ve gözden geçirme işlemlerinin araştırılmasında bölüm yöneticisi itici koşullamanın politik hassaslığı olan bir durum olduğunu açıklamak için telefon görüşmeleri yaptı. Böylece genel öneriler, hazırlıklar, dokümanlar ve gerekli komite gözden geçirmesinden fazlası gerekecekti -bunun onanması yaklaşık 8 ayı bulacaktı-Yerine kasılma nöbeti (convulsive) şokları önerildi... ECT'nin tıbbi müdahale olarak kabulünden beri bu yöntem kullanılıyor. Bu seçeneklerle bizim seçimimiz veya elektrik şoku kullanımı terk edildi (s. 499).

Dikkat edileceklerden biri de kısa süreli elektrik şoku kullanımının bazen zekâ geriliği veya otizmi olan çocukların kendilerine zarar verici davranışlarını önlemede yardımcı olabileceğidir. Martin (1975) tarafından şu önerilmiştir;

> İtici uyaranlarla terapi diğer terapiler işe yaramadığında kişiyi akut veya süre giden kendine zarar verme davranışından korumak için, bu tedavi uygulanmadığında sürecek olan fiziksel kısıtlamalardan kurtarmak için, yalnızca bir kaç uygulama ile sınırlı ve başka itici olmayan terapilerin uygulanmasına olanak yaratacak durumlarda kullanılabilir. Bu tür itici programlar, kesinlikle veliden izin istenmesini ve her bir ayrı uygulama sonrasında bu uygulama sonuçlarının gözden geçirilmesini gerektirir. (s. 77)[50]

Böyle fazladan önlemler tedavi bir hastaya tedbirlice acı verici bir işlem uygularken gereklidir. Özellikle de hastadan bilgilendirilme ile onam alınma olanağı olmadığında önem taşır. Ancak ilgilenmemiz gereken sadece fiziksel acı mı? Sevdiğimiz birisi öldüğünde duyduğumuz keder psikolojik olarak acı vericidir. Hatta belki de 1500 mikroamperlik elektrik şokundan çok

[50] *Martin'in önerileri insancıl olmasının yanı sıra varolan yasal kuralla da uyumludur. Bu kural terapinin, hastanın özgürlüğüne asgari müdahale ve olası en az riskle karşılaştıran bir teknikle başlaması gerektiğidir (Morris, 1946).*

ODAK 20.5

OLABİLİR DEĞİL OLMALI: HOMOSEKSÜALİTE TEDAVİSİ ÜZERİNE BİR GÖRÜŞ

Pek çok psikolog homoseksüel bireyler üzerinde, heteroseksüel olmaları yönündeki sosyal baskıların, terapistlere eşcinsellikten heteroseksüelliğe doğru değişmek üzere, yapılan başvuruların kişilerin özgür seçimi olduğuna inanmayı zorlaştırdığını savunmaktadır (Begelman, 1975; Davison, 1974, 1976, 1991; Silverstein, 1972). Pek çok ülkede homoseksüel eylemler karşıtı olarak uygulanabilecek yasaları yürürlükten kaldırmış olsa da henüz homoseksüelliğe ilişkin yasal baskılar sürmektedir. Halen geçerli olan bir 1986 Amerikan üst mahkemesi kararı, yetişkin homoseksüel eylemlerine ilişkin mahremiyet haklarının anayasal korunmasını reddetmektedir. Bu yönde iki yetişkin arasında (onaylanmış) ve onlara özel gizlilik içinde olsa bile oral ve anal genital ilişkileri yasaklayan bir Georgia kanunu uygulanmaktadır. Araştırmalar homoseksüel kadınlar ve erkeklerin cinsel yönelimlerini değiştirmeleri üzerinde güçlü baskılar olduğuna işaret etmektedir. Lezbiyen kadınlar ve gay erkeklerin %90'ının tehdit edildiklerini ve çeşitli sözel tacizlere maruz kaldıklarını, %30'undan fazlasının homoseksüelliklerinden dolayı fiziksel şiddete maruz kaldıklarını göstermiştir(Adams, 1996; Fessinger, 1991).

Yönelim değiştirme programlarının homoseksüelliğe karşı gösterilen önyargıya hizmet ettiği ileri sürülmektedir. Klinisyenler teknikler geliştirmişler ve sadece bu tekniklerin odaklandığı sorunlarda etkililiğine bakmışlardır. Terapi ile ilgili literatürde bireyin cinsel yönelimini değiştirmeden, homoseksüel bireyler olarak gelişmelerine yardımcı olacak materyalden çok homoseksüel davranışı söndürme yerine, heteroseksüel örüntüleri yerine koymaya yönelik materyalin olduğunu görüyoruz. İtici uyaranlarla terapi en yaygın kullanılan davranışsal tekniktir (Davison ve Wilson, 1973; Henkel ve Lewis-Thome, 1976). Bir yandan anormal olmadıkları konusunda garanti verirken, diğer yandan normal olduğunu söylediğimiz duygu ve davranışlardan kurtulmalarını amaçlayan bazıları acı veren teknikler yığınını sunarak danışanlara gerçekte ne diyoruz?(Davison, 1976, s. 161)

Bu nedenlerle böyle bir tedavi yöntemi istenmiş olsa bile terapistlerin, homoseksüel danışanlarına heteroseksüel olmaları konusunda yardım etmemeleri gerekmektedir. Az ayıdaki klinisyen tarafından, savunulan bu radikal önerme, çok şiddetli tepkiler almıştır. Gay eylemci grupları bu öneriyi homoseksüelliğin tek başına ruhsal bozukluk olmadığı inancına somut bir destek olarak kabul etmişlerdir. Ancak pek çok psikolog ve psikiyatr terapiye başvuran kişiler için seçeneklerin kısıtlanması konusunda kaygı taşımaktadırlar. Neden bir terapist, potansiyel danışanı için ne tür seçeneklerin olası olabileceğine karar vermektedir? Danışanlar tarafından ifade edilen gereksinimlerin karşılanması terapistlerin sorumluluğu değil midir (Sturgis ve Adams, 1978)? Bu önemli eleştiriye verilecek yanıt terapistlerin, amaçları uyuşmayan kişileri danışan olarak kabul etmek istemediklerinde, olası terapiye karar verebilecekleri şeklinde olmalıdır. Bir danışanın belli bir terapi yöntemini istiyor olması bu tedavi yönteminin sağlanması yargısı için yeterli değildir (bkz. Davison, 1978). Terapistler etik bir yansızlık içinde çalışmazlar (London, 1964).

Devam eden araştırmaların, şu anda mevcut olanlardan çok daha etkili olan cinsel yeniden yönelim programlarının geliştirilmesine katkıda bulunacağı ileri sürülmektedir (Sturgis & Adams, 1978). Bu tür çalışmaların önünün kesilmesi bugünün homoseksüel hastalarını ümit verici terapilerden, yarının homoseksüel hastalarını da gelişmiş tedavilerden yoksun bırakabilir. Ancak bir şeyler yapabileceğimiz gerçeği, bunu mutlaka yapmamız gerektiği anlamına gelmez. Cinsel yeniden yönelim terapilerini reddeden yaklaşım özünde felsefi ve etiktir, fakat görgül değildir. Cinsel eğilimi değiştirip değiştirmeme kararı ahlâki temeller üzerine dayandırılmalıdır.

Cinsel yeniden yönelim seçeneğinin ortadan kaldırılması ile olumsuz etkilenecek kişiler var mıdır? Terapistlerin, cinsel yönelimleri değiştirmeye yardımcı olmamaları durumunda homoseksüel hastalar arasında intihar girişimlerinin artabileceğine dikkati çekenler olmuştur. Bunlar oldukça ciddi konulardır, ancak cinsel yeniden yönelim programlarının var olması nedeniyle çok daha fazla sayıda kişinin uzun zamandır olumsuz etkilenmiş olma olasılığının gözden kaçırıldığını söyleyenler de olacaktır. Daha önce belirtildiği gibi, bu tür tedavilerin varlığı homoseksüellere karşı sosyal yargılar ve ayrımcılıkla tutarlılık göstermektedir.

1975'ten bu yana, homoseksüellik eğilimi, heteroseksüel eğilime dönüştürmek için itici uyaranlarla terapi yöntemlerinin kullanımında dramatik bir azalma görülmüş (Rosen & Beck, 1988) ve ayrıca homoseksüelliği değiştirmek için kullanılan diğer yöntemlere ilişkin raporlarda da belirgin bir düşüş gözlemlenmiştir (Campos & Hathaway, 1993). Homoseksüelliğin bir yaşam biçimi olarak kabullenirliğinin artışına ilişkin diğer belirtiler; egodistonik homoseksüelliğin DSM'den çıkartılması, Amerikan Psikologlar Derneği bünyesinde lezbiyen ve gay psikologlar biriminin kurulması ve sosyal - etik sorumluluk kurulunun lezbiyen - gay sorunları komitesinin oluşturulmasıdır.

Cinsel yönelimi değiştirme programlarının sonlandırılmasını savunanlar, kendi önerilerinin çok daha olumlu sonuçlar getireceğine inanmaktadırlar. Böylelikle homoseksüel bireylere, kendileri hakkında daha iyi düşünebilmeleri için yardım edilmiş ve homoseksüellik konusundan çok, bireylerin yaşadıkları sorunlar üzerine dikkatler yöneltilmiş olacaktır.

Örneğin bir alkolik homoseksüelin cinsel yönelimi sorgulanmaksızın, "içme davranışının" azaltılması yönünde yardım alması daha iyi olacaktır. Ya da kişilerarası ilişkilerden korkan veya bu alanda başarısız olan bir homoseksüelin, terapistin sorununun kökeninde homoseksüelliğin yattığını varsaymaksızın yardım alması iyi olacaktır. Orgazm ya da ereksiyon sorunu olan homoseksüelin tıpkı bir heteroseksüel gibi cinsel tercihi ile ilgilenilmeksizin yardım alabilmesi iyi olurdu. Terapistlerin enerjilerini en açık görülen "uyumsuzluğa" kendi cinsiyetinden kişileri sevmeye yönlendirmek yerine, bu tür insani sorunlara odaklanılması umut edilmektedir (Davison, 1978; s. 171).

---

*Bowers Hardwick'e karşı 106 S.Ct. 2841 (1986).

daha acı vericidir. Kim bilebilir? Acının psikolojik olabileceğini kabul ettiğimize göre, bir Geştalt terapistinin hastasını yıllarca kaçındığı duygularla yüzleştirerek, ağlamasına neden olmasını yasaklamamız mı gerekir? Bir psikanalistin yıllarca bastırılmış çatışmaları açığa çıkarabilmek için oldukça acı veren bir içgörüye hastasını yönlendirmesini yasaklayabilecek miyiz?

HATIRLANAN ANILARIN ETİK VE YASAL BOYUTLARI

Bölüm 7'de hatırlanan anılar tanımıyla artan bilimsel tartışmaları inceledik. Çocuk istismarı ile ilgili raporların sağlamlığı ve gerçekliği ile ilgili tartışma büyüyor (terapideki yetişkinler akla uygun ve etik yasal ilgiyi üretiyor). Amerikan Psikiyatri Topluluğu'nca (1993) basılan en önemli el kitabı der ki, bir hasta istismarı bildiriyorsa, terapist nötr kalmalıdır. Çünkü verilen bir belirti örneğin seksüel ilişkiden kaçınma, birçok nedenden kaynaklanabilir. APA'ya göre ciddi kanıtlar olmadan bu tür belirtileri çocukluğun bastırılmış anılarına bağlamak etik değildir.

Odak 20.5'te araştırılan sorun terapistin nötr kalıp kalamayacağıdır. Ayrıca Bölüm 14'te belirtildiği gibi, bazı cinsel işlev bozukluğu uzmanı terapistler, hastaları, özellikle kadınlar seksle ilgilenmediklerini veya nefret ettiklerini belirttikleri zaman olası cinsel istismarı araştırıyor. Asıl sorun birçok terapistin kişisel düşünce veya kuramına göre psikolojik bozuklukların çoğunun arkasında cinsel istismarın yattığına inanmasıdır. Aynı görüşe göre travmatik anıların sıklıkla bastırıldığına inanmayan terapistler, olay vuku bulduğunda cinsel istismarı daha iyi değerlendirebileceğini düşünürler.

Bastırılmış cinsel istismarın anılarının yanlış tanısı sadece hastayı değil hastanın eskiden ona tecavüzle suçladığı kişiyi de zarara uğratır. Bazı yargılama mahkemelerinde, terapistlerin sadece hastalarına değil, psikoterapi sırasında açığa çıkan yanlışlıkla tecavüz (istismar) suçlamasıyla karşı karşıya kalan kişilere karşı da görevleri vardır[51].

Bu yasal durum istismarcıya karşı olan kişiye getirilen davalara kapı açar. İstismar olduktan 20 veya daha fazla yıl sonra dava açan istismar olduğuna inanan kişilere izin veren davalara bu kısıtlamalar uygulanabilir. Ancak, bu tür davalara karşı tepki oluşur, çünkü suçlanan ebeveynler şiddetle inkâr ederler ve bazı hastalar suçlamalarını geri alırlar. Olayların bu şekilde dönüşümü hem hastalar hem de suçlanan grupların terapistlere karşı çıkmasıyla sonuçlanır (MacNamara, 1993)

Sanırım en iyi bilinen yasal dava Gary Romona ile ilgilidir. Bir adam, sorumsuzca yapılan terapiyle, erişkin kızının aklına yalancı anılar nakledildiğinden şikâyetçi oldu. Kız babasını çocukken kendisine tecavüz etmekle suçladı ama baba, kızının terapistini, yanlış fikri kızının aklına koymakla suçladı ve yarım milyon dolara yakın tazminat aldı (kızın babaya karşı suçlaması düştükten sonra) (Kramer, 1995). Binlerce ebeveynin ve diğer 3. kişilerin terapistlere karşı dava açtığı veya açmayı planladığı tahmin ediliyor (Luzo,1995). Terapistlerin önyargısına ek olarak, iknâ edilebilirliği artıran hipnoz ve sodyum amytal (gerçek serumu) gibi bazı tedavilere de hassasiyet gösterilir.

Anıların bilimsel değeri çok tartışmalı olduğu için yasa akademisyenlere bu konuya çok dikkatli yaklaşılmasını tavsiye ediyorlar. Yanlış pozitif (istismar yokken var kararı vermek), yanlış negatif (istismar varken yok kararı vermek) kadar tehlikelidir.

Bu kitabın altını çizdiği nokta bilginin doğasıdır. Bir fenomeni anladığımıza nasıl karar veririz? Bilgi hakkındaki araştırma ve tanımları yöneten bilim kuralları test edilebilen kuramlara, tekrar edilebilen deneylere ve açık verilere gereksinim duyar. Ama anormal davranışların karmaşıklığı ve bilgisizliğin genişliği, bilim tarafından zaten haritalanmış sahalardan daha uzaktır; daha önce denendiği için hipotezler öne süren, önsezilerini takip eden, tahminler yapan kuramcılara ve klinisyenlere büyük saygımız var; hepsi gevşek verilere dayanıyordu ama bilimsel bilginin geleceğine dair söz veriyorlardı (Davidson ve Lazarus, 1995).

Bu son bölüm, kitabın en başlarında vurgulanan şeyleri yeniden açıklıyor ki tedavi ve araştırma yapan davranış bilimcileri ve ruh sağlığı profesyonelleri de sadece insanoğludur.

Onlar da uzman olmayanlarla aynı fobilere sahiptir. Bazen kanıtların doğrulanmadığı bir kesinlikle hareket ederler ve bazen disiplinlerinin geçici bulgularını uygular ve araştırırken kullandıkları yolların yasal ve ahlâki sonuçlarını tahmin edemezler. Toplum, uzman bilimsel görüş doğrultusunda büyük bir kesinlikle hareket ederken, bazen bu görüş kişinin haklarını yok sayıp diğerlerinkine saygı gösterirken; Szasz'ın

---

[51]Bakınız, örneğin, Montoya Bensee'ye karşı 761.P.2d 285(Colo.Ct.App. 1988); Peterson Walentiny'e karşı, No.93-C-399-K (N.D.Okla.Jan.6, 1995) (özet yargıyı reddetme harekti); Fakat, bkz. Bird W.C.W'ye karşı, 868 S.W.2d 767 (tex. 1994).

(1963) bize hatırlatmasına izin vermemiz doğru olabilir ki, bir İngiliz doktoru Sir Thomas Browne 1664'de bir İngiliz mahkemesinde cadıların varlığını "herkesin bildiği gibi" diyerek kanıtlamıştır.

Bizim konumuza aşkla bağlılığımızı ve daha önemlisi doğadan gelen bilgileri sorgulama ve şüphe etmeye bağlılığımızı bir ölçüde aktarabildiğimizi umuyoruz ve de yeni kuşak meslektaşlarımıza öncekilerin başarıları üzerine çok daha fazlasını inşa edebilmeleri için ürünler bıraktığımızı umut ediyoruz

ÖZET

Psikopatolojideki müdahale araştırma ve tedaviyle ilgili birçok yasal ve etik konu vardır. Ruh sağlığı profesyonelleri ve mahkemeler ruh hastalıklarının bireyin davranışının değerlendirilmesinde önemli rol oynadığına hükmettiklerinde bazı insan hakları rutin şekilde bir kenara atılabilmektedir.

Cezai mahkûmiyet, suç işlemeden de kişiyi hastaneye gönderebilir. Çünkü suç işleyebilir karan alınırsa veya delilik yüzünden beraat ederse de kişi hastaneye gidebilir. Anglo-Amerikan kanunlarında suç işleyen hangi kişilerin yasal sorumluluğu olmayacağına dair bilgi veren bazı örnek davalar vardır. Karşı konulamayan bir içgüdü varlığında bazı insanların doğru ve yanlışı ayırt edemeyeceğini (M. Naghten kuralı) ve kişi ruh hastası ise işlediği kanunsuz davranışlardan sorumlu tutulamayacağı ilkeleri (Durham ilkesi); bu kararları kapsar. Deliliğin savunması Reform Yasası (The insanity Defense Reform Act) suçlanan suçluların deliliğinin affedilebilir bir durum olup olmadığını tartışmayı zorlaştırır. Bugün Birleşik Devletler yasal sistemi bu bilgilerin birine veya fazlasına dayanır. Bazı eyaletler ise suçlu ama ruhsal hasta hükmünü verir. Bu yeni acil yasal doktrin, tanımsal olarak sorumlu oldukları halde insanların sorumlu tutulmamasıyla ilgili ruh sağlığı döngüsünü ve yasal zorlukları yansıtır. Delilik ve ruh hastalığı arasında önemli bir fark vardır. Delilik (cinnet) yasal bir durumdur. Bir kişi ruhsal hasta tanısı alabilir, yine de yargılanabilecek ve suçlu bulunabilecek kadar aklı olabilir.

Kendine ve çevresine tehlikeli ruhsal hasta tanısı alan bir kişi suç işlemese bile bir kuruma yatırılabilir. Şimdiki mahkeme kararları suçlanan tüm ruh hastalarına özellikle sivil mahkûmiyetlerde daha çok koruma sağlıyor. Yazılı ihbar, avukat tutma, kararla ilgili jüri kararı ve kendini suçlamaya karşı 5. Değişiklik koruması gibi hakları vardır; en az kısıtlayıcı tedavi hakkı, tedavi edilme hakkı ve (özellikle risk taşıyan) birçok durumda tedaviyi reddetme haklarına sahiptirler. Yine de, örneğin seksüel suçluların salıverildikten sonra bir başkasına tekrar zarar vermesi durumunda koruyucu tutuklama eğilimi vardır.

Terapi ve araştırmalarla ilgili birçok ahlâki konu vardır: araştırmalara karşı etik sınırlama, bilim adamlarının bilgilendirilmiş onam (izin) alma görevi, danışanların gizliliği hakkı, terapi amaçlarının belirlenmesi, tekniklerin seçimi ve kişi erişkinse psikoterapi sırasında çocukluktaki cinsel istismar anılarının iyileştirilmesi gibi.

ANAHTAR SÖZCÜKLER

cezai mahkûmiyet
sivil mahkûmiyet
delilik savunması
bilgilendirilmiş onam
gizlilik
ayrıcalıklı iletişim

SÖZLÜK

A tipi davranış örüntüsü A tipi kişilerin başarı ve ilerleme için yoğun ve rekabetçi güdüleri vardır ve abartılmış zaman baskısı duyusuve acele etme gereksinimi görülür; başkalarına karşı oldukça saldırgan ve düşmanca davranırlar. A Tipi kişiler işlerine aşırı düşkündürler, sıklıkla iki işi birden yapmaya kalkarlar ve bir işin iyi olması için o işi kendilerinin yapması gerektiğine inanırlar.

agorafobi (Yunanca pazar yeri anlamına gelen *agora* sözcüğünden) halka açık yerler üzerine odaklanan ve kaçmasını engelleyen ya da kişinin yetersiz kaldığı durumlarda yardım istemesini olanaksızlaştıran bir korku kümesidir.

ağrı bozukluğu tanısı, ağrının başlangıcı, şiddeti, süresi hastada önemli sıkıntı ve kısıtlılıklara yol açtığı ve uzun araştırmalardan sonra bile organik patoloji bulunmadığı durumlarda konulur.

aile yöntemi, kan bağı olan iki akrabanın paylaştığı ortalama gen sayısı bilindiği için, bir ailenin üyelerini karşılaştırmak için kullanılır.

akılcı-duygusal davranış terapisi (ADDT) (rational emotive behavior therapy = REBT) olarak (Ellis, 1993a, 1995) yeniden adlandırılan, Ellisin akılcı-duygusal terapisinin (ADT / RET) temel tezine göre, süregelen duygusal tepkilere, kişilerin kendi kendilerine tekrarladıkları içsel hükümler yol açar. Bu iç söylemler, bazen anlamlı bir yaşama yönelmek için gerekenlerle ilgili konuşulmayan varsayımları, mantıkdışı inançları, yansıtır. Bu terapinin amacı, kendini yenilgiye uğratan (self-defeating) inançların akılcı bir incelemeyle elenmesidir.

aktarım (transferans), analist-hasta ilişkisine uymayan; aksine hastanın geçmişinde önemli birine gösterdiği tutum ve davranışlarını terapistine aksettirdiği bir davranış örüntüsüdür.

aktarım nevrozu (transference neurosis) psikanalitik terapinin çekirdeğidir. Freud bazen hastaların kendisine duygu yüklü ve gerçekdışı bir biçimde davrandığına dikkat etti. Örneğin, Freud'dan çok daha yaşlı bir hasta bir terapi seansında çocuksu davranabilmektedir. Bu tepkiler genellikle, olumlu ve sevgi dolu iken, bazen oldukça olumsuz ve düşmanca olabilir. Bu duygular sürmekte olan terapi ilişkisinin niteliğine uymadığı için, Freud bunları hastanın çocukluğundaki önemli kişilere, çoğunlukla ebeveynlerine yönelik tutumlarının analiste aktarılmış kalıntıları olarak ele alınmıştır.

akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğundan farklıdır. Travmaya maruz kalan hemen hemen herkes, bazen de oldukça şiddetli stres yaşar. Bu normaldir. Eğer stres kaynağı sosyal ya da mesleki işlevsellikte bir bozulmaya neden olursa, akut stres bozukluğu tanısı konur.

alogi negatif bir düşünce bozukluğu sayılır ve bazı bileşenleri vardır. Konuşma fakirliğinde konuşmanın miktarı çok azalmıştır. Konuşmanın içeriğinin azalmasında konuşma miktarı yeterlidir ancak konuşma çok az bilgi içerir, belirsiz ve tekrarlayıcıdır.

Alzheimer hastalığında beyin dokusu geri döndürülemez şekilde bozulur ve ölüm genellikle semptomların başından itibaren on-on iki yıl sonra gerçekleşir. Alman nörolog Alois Alzheimer tarafından 1860 yılında tanımlanmıştır. Kişi ilk olarak yalnız dikkatini yoğunlaştırmakta, yeni öğrenilmiş bir şeyi hatırlamakta zorluk çekebilir, unutkan ve huzursuz olmuş gözükür, yetersizlikler birkaç yıl görmezden gelinse de kısa süre sonra bu günlük yaşama etki eder. Kişi sıklıkla kişisel başarısızlıkları için diğer kişileri suçlar ve yargılanma sanrıları yaşayabilir. Bellek gerilemeye devam eder, kişide giderek zihinsel karmaşa görülür ve bundan rahatsızlık duyar.

amfetaminler, ilk amfetamin olan Benzerdin 1927'de yapılmıştır. 1930'ların başında burun tıkanıklığını açmak için ticari olarak satışa sunulduğunda, halk uyarıcı etkilerini de keşfetti. Daha sonra doktorlar bu ilacı ve diğer amfetaminleri hafif düzeydeki depresyon ve iştahı kontrol etmek için kullandılar. II. Dünya Savaşı sırasında her iki tarafta bu ilacı yorgunluğu gidermek amacıyla askerlerine dağıttı. Bugün anfetaminler bazen hiperaktif çocukların tedavisinde kullanılmaktadır

amok, bir derin düşünme dönemini şiddetin ve bazan insan öldürmeyle sonuçlanan patlamaların izlediği dissosiyatif bir dönem. Dönem bir hakarete uğramayla başlama eğilimindedir ve esas olarak erkekler arasında bulunur. Kötülüğe uğradığına dair sanrılar genellikle vardır. Terim Malezyaca'dandır ve sözlükte "katletmeye ilişkin çılgınlık" olarak tanımlanmaktadır; okuyucu muhtemelen "amok koşusu" tümcesiyle de karşılaşmıştır.

anal dönem de çocuğun başlıca libidinal haz kaynağı, dışkısıyla, tutarak ya da salıvererek, meşgul olmasıdır.

analitik psikoloji Freud'dan radikal olarak farklı görüşler ileri süren Jung'un geliştirdiği ve Freud'çu psikoloji ile insancıl psikolojinin karması olan akım.

anhedoni, haz alma yaşantısının yokluğudur. Boş zaman aktivitelerine karşı ilgi azlığı, başkalarıyla yakın ilişki kuramama ve cinselliğe ilgi duymama şeklinde kendini gösterir.

anksiyolitik, sedatif, ya da trankilizan kaygıyı azaltan ilaçlara denmektedir.

anomik intihar bireyin toplumla ilişkisindeki ani değişiklikle tetiklenebilir. İflasla karşılaşan başarılı bir iş adamı anomi, yani bir tür yönelim bozukluğu duygusu yaşayabilir, çünkü inandığı normal yaşama şekli artık olası değildir.

anoreksiya nervoza, anoreksiya terimi, iştah kaybına, nervoza ise duygusal nedenlere işaret etmektedir. DSM'de bir tür yeme bozukluğuna işaret eder.

antisosyal kişilik bozukluğu olan yetişkin, sorumsuz ve antisosyal davranışları sürekli iş değiştirerek, kuralları çiğneyerek, asabi ve fiziksel saldırgan davranışlar sergileyerek, borçlarını zamanında ödemeyerek, düşüncesiz davranarak gösterir. Bu kişi dürtüseldir ve bir plan yapıp ona uymayı başaramaz; yalanlarının ve suçlarının farkındadır ancak ne doğrulara aldırış eder ne de pişmanlık duyar. *Psikopati,* bazı kavramsal farklar da yüklense temelde bu bozukluğa işaret eder.

arındırma (detoxification), alkolün vücuttan atılması, hem fiziksel hem de psikolojik olarak zor olabilir ve genellikle bir ay sürer. Bazen alkolün vücuttan atılma sürecinde görülen genel rahatsızlık ve kaygıyı azaltmak amacıyla sakinleştirici ilaçlar kullanılır. Alkolü kötüye kullanan bazı kişilerin sakinleştirici ilaçları yanlış kullanımı nedeniyle, bazı klinikler alkolü aniden kesmek yerine, sakinleştirici ilaçlar vermeden yavaş yavaş kademeli olarak kesmeyi tercih etmektedirler.

aritmetik bozukluğunda çocuk, sayısal sembolleri tanımada, eldeli sayılarda eklemeyi hatırlamakta, nesneleri saymakta ya da aritmetiksel silsileyi izlemekte güçlük çeker. Aritmetikteki düşük başarı, en az düşük okuma ve heceleme başarısı kadar olağandır.

atılganlık eğitimi, insanlara, ilişkilerinde veya başkalarının yanında olumlu ve olumsuz duygu ve düşüncelerini açıkça ifade etmeleri öğretilir ve insanlar bu yönde cesaretlendirilir.

avolisyon, enerjinin olmaması ve genellikle günlük faaliyetlere ilgisizlik olarak görülür. Hastalar kendilerine ve temizliklerine bakmazlar, kirli tırnaklar, taranmamış saçlar, fırçalanmamış dişler ve bakımsız elbiselerle dolaşırlar. İşte, okulda ya da ev işlerinde sebat göstermekte güçlükleri vardır ve zamanlarının çoğunu hiçbir şey yapmadan geçirirler.

ayırdedici uyarıcı, organizmaya, belirli bir davranışı yaptığı takdirde onu belli bir sonucun izleyeceği mesajını veren dışsal olayları tanımlar.

ayrılık kaygısı bozukluğu, bağlılık yaşadığı kişilerden ya da evden ayrılmada işlev bozacak ya da rahatsızlık yaratacak şekilde yaygın kaygı sergileme.

ayrışmamış ve **rezidüel (kalıntı) şizofreni,** ayrışmamış şizofreni tanısı şizofreni tanı ölçütlerini karşılayan, ancak diğer tiplere girmeyenler içindir. Rezidüel şizofreni tanısı, hasta artık şizofreni ölçütlerine tam uymadığı ama bazı belirtileri gösterdiği zaman kullanılır.

ayrı-yumurta ikizleri (dizygotic twins) -ya da özdeş olmayan ikizler - ayrı ayrı döllenen iki yumurtadan gelişirler ve genetik olarak %50 lik bir benzerlik gösterirler.

azalmış (hipoaktif) cinsel istek bozukluğu, cinsel fantezi ve etkinliklerde bulunma isteğinin eksikliği ya da hiç olmaması şeklinde tanımlanmaktadır.

bağımlı değişken üzerinde ölçüm alınan, bağımsız değişken üzerindeki değişimlemelere bağlı olarak ya da onlarla birlikte değişmesi beklenen değişkendir.

bağımlı kişilik bozukluğu olan hastaların kendine güvenleri yoktur. Bu kişiler pasif bir şekilde, nerede yaşayacaklarına, ne iş yapmaları gerektiğine, kiminle arkadaşlık edeceklerine vb. karar verme sorumluluğunu eşlerine ya da sevgililerine bırakırlar. Karşı tarafın onayını kaybetmekten korktukları için, hatalı olduğunu bildikleri halde onun fikrine katılırlar. Kendi başlarına bir eyleme başlama ya da karar vermekte güçlük çekerler. Birisi tarafından korunup bakılmaya olan şiddetli ihtiyaçları, yalnız kaldıklarında bu kişilerin sıklıkla kendilerini rahatsız hissetmelerine neden olur. Zihinleri sürekli yalnız bırakılıp kendi kendilerine bakmak zorunda kalacakları ile

ilgili korkularla meşguldür. Başkalarından taleplerde bulunamazlar ve kurdukları koruyucu ilişkilerin bozulmamasını garanti altına almak için kendi ihtiyaçlarını göz ardı ederler. Yakın bir ilişkileri bittiği zaman, onun yerine koymak için telaşla başka bir ilişki ararlar.

bağımsız değişken, araştırmacı, değişimleyebileceği bir değişken seçer. Bu değişkenler, deneycinin kontrolü altında olacak olan faktörlerdir.

bağlantı analizi (linkage analysis), bu teknikte duygudurum bozukluklarının ortaya çıkması bir ailede bir kaç kuşak boyunca incelenmekte ve eş zamanlı şekilde kalıtsal mekanizması tam olarak bilinen bir başka özellik -kalıtsal marker- değerlendirilmektedir (örneğin, kırmızı-yeşil renk körlüğünün X kromozomundaki bir mutasyondan olduğu bilinmektedir).

barbituratlar, gevşeme ve uykuya yardımcı olmak amacıyla geliştirilmişlerdir. Bu ilaçlar başlangıçta çok etkili bulunmuş ve sıklıkla reçetelere yazılmıştır. Bağımlılık yapıcı etkisi keşfedildiğinden, 1940'larda bu ilaçlara karşı bir kampanya başlatılmış ve doktorlar barbituratları reçetelerine daha az yazmaya başlamışlardır. Günümüzde Valyum gibi benzodiazepinler sıklıkla kullanılmakta ve istismar edilmektedir.

bastırma (repression), egoya yabancı olan ya da onun tarafından kabul edilemez olan içtepi /dürtü ve düşünceleri bilinçdışına itme. Bastırma, yalnız gömülen bu arzuların bilince çıkmasını önlemekle kalmaz, onların büyümesine de engel olur.

bebeklik ve erken çocukluk döneminde tepkisel bağlanma bozukluğu, beş yaşından önce başlayan, ana babalar ya da diğer bakıcılar tarafından büyük ölçüde patolojik bakım görme ile ilişkili ve çoğu alanda belirgin biçimde bozulmuş ve gelişimsel olarak yetersiz sosyal ilişkiler.

bebeklik ve erken çocukluk döneminin beslenme ve yeme bozuklukları, belirgin kilo kaybı ya da kilo alma güçlüğü ile yansıtılan, besleyici olmayan maddeleri yeme (pika), yiyeceklerin yeniden çiğnenmesi ya da kusulması (ruminasyon bozukluğu), ya da yeterli miktarda yeme güçlüğü gibi sürekli beslenme ve yeme bozukluğunu (bebeklik ve erken çocukluk dönemi beslenme bozukluğu) kapsar.

beden dismorfik bozukluğu olan bir kişinin zihni, görünüşüyle ilgili imgelediği ya da abarttığı bir kusurla, (örn. kırışıklıklar, yüzde kıllanma, burnun büyüklüğü ya da şekli vb) aşırı düzeyde meşguldür.

beyin yorgunluğu (brain fag), köken olarak Batı Afrikaya aittir, bu terim lise ya da üniversite öğrencilerinin akademik baskıya tepki vermede tanımladıkları bir koşulu anlatır. Semptomlar yorgunluğu, kafada ve boyunda gerginliği, görmenin bulanmasını içerir. Bu sendrom belli kaygı, depresif ve somatoform bozukluklarına benzer.

biçimlendirme, istenen tepki veya davranışa, her seferinde daha çok benzeyen tepki ve davranışların *kademeli yaklaşımlar* şeklinde ödüllendirilmesi.

biçimsel (formel) düşünce bozukluğu olarak da bilinen **konuşmada düzensizlik** (dezorganize konuşma / disorganized speech), düşünce ve konuşmanın organizasyonundaki sorunlarla belirlenir böylece dinleyen konuşmayı anlayamaz.

bilinçdışı, Freud'un, davranışın büyük ölçüde kaynaklandığını düşündüğü etkenleri oluşturan, kişinin farkında olmadığı bilince ait katman.

biliş; algılama, tanıma, kavrama, yargılama ve muhakeme gibi zihinsel süreçleri birarada gruplayan bir terimdir.

bilişsel paradigma, insanların (hatta hayvanların da) yaşantılarını nasıl yapılandırdıkları, onları nasıl anlamlandırdıkları ve şimdiki yaşantılarını nasıl bellekte saklanan geçmiş yaşantılarla ilişkilendirdikleri üzerinde odaklaşır.

bilişsel terapi, işlevsel olmayan inançlar veya olumsuz şemalar, seçici soyutlama veya keyfi çıkarsama gibi bir veya daha fazla önyargı veya mantık hatasıyla sürer. Beck'in bilişsel terapisinin amacı hastayı danışma odasının hem içinde hem de dışında olumsuz şemaları uygun şekilde değiştirecek deneyimlere hazırlamaktır. Böylece, beceriksizlik şemasında, rostoyu yaktığı için beceriksizliğinden yakınan bir hasta, bu başarısızlığı üzücü bulmaya, ancak genele mal etmemeye (bilişsel ön yargılardan biri) ve umutsuzluk şemasında ilerdeki fırsatları iyi değerlendiremeyeceği sonucuna varmamaya teşvik edilir. Terapist mantıksızlığı tetikleyen olumsuz şemanın, şemayı tetikleyen olumsuz kısırdöngüsünü kırmaya çalışır.

bilişsel yeniden yapılandırma (cognitive restructuring), rahatsızlık veren duygu veya davranışa yol açtığı varsayılan düşünce şeklinin değiştirilmesiyle ilgili genel bir terimdir. Bilişsel davranış terapistleri tarafından çeşitli şekillerde uygulanmaktadır.

bireysel psikoloji, Adler'in çalışmalarında en önemli anahtar öğe, kişiyi anlamada onun fenomenolojisini ya da bireysel psikolojisini anlamaktır.

birincil süreç (primary process) tarzı düşünce, arzulanan şeyin hayalini kurmak, imge üretmektir. Annesinin sütünü isteyen bebek, annesinin memesini hayal eder ve böylelikle kısa süreli de olsa açlık dürtüsünü, arzu doyurucu fantezi ya da hayalini kurma yoluyla doyurur.

birlikte görülme (komorbidite), çoğu zaman bir bozukluğu olan kişi başka bir bozukluğun tanısal ölçütlerini de karşılar. Bu duruma, birlikte görülme denmektedir.

biyolojik geribildirim hastaların, kalp atımı, kan basıncı, beyin dalgaları, cilt ısısı, ve diğer beden işlevleri hakkında, başka türlü sağlanamayan, anında ve tam olarak bilgilendirildikleri, aynı zamanda bir davranışsal tıp alanı işlemidir.

biyolojik paradigma somatogenik hipotezin devamıdır, ruhsal bozukluklara, yanlış somatik, biyolojik ya da bedensel süreçlerin neden olduğunu savunur. Bu paradigma çoğunlukla **tıbbi model** veya **hastalık modeli** olarak da anılır.

boylamsal (longitudinal) araştırmalarda, araştırmacı belirli bir zaman örneğin -1999 sınıfıve düzenli olarak onu her yıl aynı ölçüyle yeniden teste tabi tutar. Bu tasarım zaman içinde tutarlık ve değişiklik konusunda bireylerin özelliklerini-kuşak etkileri-izlememize olanak sağlar, bunun amacı yaşamın erken döneminin ileri yaştaki davranışla ilişkisini analiz etmektir.

boyutsal sınıflandırmada, sınıflandırılan nesneler ya da bütünlükler niceliksel bir boyutta (örn., bir kaygı ölçeğinde 1'den 10'a; 1 en düşük, 10 ise en yüksek kaygıyı göstermek üzere) derecelendirilmektedir. Kategorik sınıflamanın aksine hastanın ilgili boyutlarda değerlendirilmesini ve belki de, bir koordinatlar sistemi içinde her bir boyuttaki yerinin belirlenmesini kapsar.

bulimia nervoza, anoreksiya nervoza gibi, olumsuz fiziksel sorunların eşlik ettiği oldukça ciddi bir bozukluktur. Anoreksiyada olduğu gibi, bulimiada da iki ayrı tip tanımlanmıştır: *Çıkartma tipi* (purging type) ve ödünleyeci davranışların aç kalma ve aşırı egzersiz yapma biçiminde olduğu *çıkartma olmayan tip* (non-purging type).

cezai mahkumiyet (criminal commitment), Bu durumda, kişi ya mahkemeye çıkarılacak yeterliliğe sahip olup olmadığına karar verilmek üzere ya da delilik nedeniyle beraat ettikten sonra bir akıl hastanesi gözetimine sevkedilir.

cinsel kimlik (gender identity), yani kendimizi bir kadın ya da erkek olarak hissetmek, çok erken çocukluk yaşantıları sırasında o kadar kökleşir ki, farklı dönemlerde stres yaşansa bile, pek çok kişi kendi cinsel kimliği konusunda herhangi bir kuşku yaşamaz.

cinsel mazoşizmin anahtar **özelliği ise cinsel** doyumun olabilmesi ya da artırılabilmesi için kişinin acı ya da aşağılanmaya boyun eğmeyi tercih etmesidir.

cinsel sadizmin anahtar özelliği cinsel doyumun olabilmesi veya arttırılabilmesi için diğer kişiye acı ya da psikolojik ıstırap (aşağılama gibi) çektirmenin tercih edilmesidir.

cinsel tiksinti bozukluğu kişinin cinsel temastan neredeyse tamamen kaçındığı ciddi bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır.

çağrışımlarda gevşeklik (loose associations) ya da **düşüncenin rayından çıkması** (derailment), hastanın kendini ifade etmede bir konuda kalması güçtür. Geçmişteki bir fikrin uyardığı çağrışımlar arasında sürüklenir.

çekingen kişilik (bazen "kaçıngan") bozukluğu tanısı eleştirilme, reddedilme ya da kabul görmeme ihtimaline karşı aşırı duyarlı olan ve karşı tarafın ondan hoşlanacağından emin olmadan ilişkiye girmekten çekinen kişilere konulmaktadır. Karşı tarafın ondan hoşlandığını ifade ettiği durumlarda, çekingen kişi onun samimiyetinden kuşku duyma eğilimindedir. Aptalca bir şey söylemekten ya da yüzünün kızarması veya başka bir kaygı belirtisi yüzünden mahcup duruma düşmekten aşırı korktukları için sosyal ortamlarda zorluk çekerler. Başkalarına karşı yetersiz ve aciz olduklarına inanırlar; tipik bir şekilde riskleri, tehlikeleri ve her zamankinin dışında bir şeyler yaptıklarında zorlukları abartırlar.

çift (evlilik) ve aile terapisinde görüşmeye eşler ve bazen de çocuklar birlikte katılırlar. Bazı çiftler, bilerek veya bilinçsizce, ilişkilerinde hiç çatışma ve anlaşmazlık yokmuş gibi davranmaktadırlar. İlişkilerinin iyiye gitmediğini gösteren en ufak bir işaretten bile tehdit olur-

lar ve bunu görmemezlikten gelirler. Bu tür tavırlar kısa vadede barışı sağlayabilir ama uzun vadede ciddi bozukluklara yol açar. Giderek tatminsizlik ve öfke ortaya çıkar ve gün geçtikçe bunlar daha da artar. Bu tür çiftler tartışmadıkları için dışarıdan mükemmel bir çiftmiş gibi görünseler de, aralarında iletişim olmadığı için duygusal olarak birbirlerinden uzaklaşırlar. Çift terapisi bu gibi durumlara uygulanır.

çift körlemesine işlem (double-blind procedure), araştırmacı, sonuçlar kendi beklentilerinden etkilenecek korkusuyla tetikte olmalıdır. Bu tip bir yanlılıktan kaçınmak için hangi gruba hangi işlemin uygulandığını bilmemesi gerekir. Katılımcının da araştırmada neyin çalışıldığına dair bilgisi olmaması, beklentileriyle hareket ederek yanlılık yaratmasını önler.

çok yaklaşımlı terapi (multimodal therapy) Rutgers Üniversitesi psikologlarından Arnold Lazarus (1989, 1977) tarafından önerilen bilişsel-davranışçı bir yaklaşımdır.

danışan-merkezli terapi insan doğası ve onu anlama çabalarımızın yolları üzerine bazı varsayımlara dayanmaktadır. Rogers'a göre, önderliği danışan üstlenmeli, seansın ve konuşmanın akışını o belirlemelidir. Terapistin görevi, danışanın, birlikte oldukları süre içinde, bir kez daha kendi temel doğasına dönmesinin ve nasıl bir hayat tarzının içgüdüsel olarak onu tatmin edeceğini bulmasının koşullarını yaratmaktır. Terapistin üç tane temel özelliği olmalıdır: içtenlik, koşulsuz olumlu kabul ve empatik anlayış.

davranım (conduct) bozukluğu terimi bir çok kontrolsüz davranışı içine alır. DSM-IV diğerlerinin temel haklarını ve başlıca toplumsal normları ihlâl eden davranışlara odaklanır. Bu davranışların hemen tamamı aynı zamanda yasadışıdır. Davranım bozukluğunun belirtileri olarak görülen davranışların çeşitleri, insanlara ya da hayvanlara yönelik saldırganlık, mülkiyete hasar verme, yalan söyleme ve hırsızlık yapma olarak sayılabilir. Davranım bozukluğu, cocuklar ve ergenler arasında yaygın olan hatalı davranışların ve kötü şakaların ötesine geçen davranışların sık ve şiddetli olmasına işaret eder. Sıklıkla aldırış etmeme, tehlike yaratma, vicdan azabı yokluğu gibi belirtiler bu bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu ya da psikopatinin bir ölçütü yapar.

davranış genetiği, kısmen kalıtsal düzen farklılığına atfedilebilecek, davranışlardaki bireysel farlılıkların incelenmesidir.

davranış terapisi, başlangıçtaki haliyle, klinik sorunların değiştirilmesi için klasik ve edimsel koşullamaya dayanan işlemleri kullanmıştır. Bazen *davranış değiştirme* terimi de kullanılmaktadır, bu terim daha çok tedavi için edimsel koşullama yöntemini kullanan terapistler tarafından tercih edilmektedir. Davranış terapisi bugün daha çok epistemolojik tutumu -belirli kavramlara bağlılıktan çok, kanıtların titiz standartlarını araştırması ile karakterize edilmektedir. **davranışçılık,** doğrudan gözle görülemez zihinsel süreçler yerine, gözle görülebilir davranışların incelenmesine odaklaşan yaklaşım.

davranışsal gözlemde gözlemci, davranış bölünmelerini gerekli yerlerde göstererek öğrenme çerçevesinde ilgili, uygun terimlerle tanımlamaya çalışır.

davranışsal pediatri çocuklardaki bozuklukların üstesinden gelmek için davranış terapisi ve pediatrisini birleştiren disiplinler arası bir çalışmadır. Ana baba-çocuk, okul-çocuk ve tedavi ekibi-çocuk ilişkileriyle ilgilenir.

davranışsal tekrar işleminde hastaya bir durumun çeşitli ele alınış şekilleri gösterilir ve daha sonra terapi seanslarında onları taklit etmesi istenir.

davranışsal tıp "davranışsal ve biyomedikal bilim, bilgi; sağlık ve hastalığı anlayışıyla ilgili teknikler; bu bilginin ve bu tekniklerin rehabilitasyon, tedavi, tanı ve önleme amacıyla uygulanması ile ilgilenen *disiplinler arası* bir alandır." Bu tanımda dikkate değer olan, alanın yapısını açıkça yansıtan, yaklaşımın disiplinler arası olmasıdır. *Davranışsal tıp* ve

sağlık psikolojisi gibi alanlar psikolojik faktörlerin sağlık ve hastalıktaki yaygın rolünün gösterilmesiyle ortaya çıkmıştır. 1970'lerden beri bu yeni alanlar sağlık ve hastalığın her yönündeki psikolojik faktörlerin rolünü incelemektedirler.

değerlendiriciler arası güvenirlik iki değerlendiricinin bir olay hakkında vardıkları görüşbirliğinin derecesidir.

Delilik Savunması (insanity defence), sanığın ruhsal hastalığı veya başka her hangi bir durum sebebiyle mantıklı hareket edememesi ya da doğruyu yanlıştan ayıramaması yüzünden yaptığı yasadışı hareketlerden, sorumlu tutulmamasını isteyen yasal savunmadır.

delirium tremens (DTs) bazı alkol kullananlarda, hoş olmayan ve çok canlı yaratıklar-yılanlar, hamam böcekleri, örümcekler vb.- duvarda ya da kişinin üzerinde sürünebilir veya bütün odayı doldurabilir. Bu halüsinasyonlar sonucunda uyumu bozulan ve korkuya kapılan kişi, bu yaratıkları üzerinden atmak için vücudunu tırmalayabilir veya bu fantastik hayvanların istilasından kaçmak için odada bir köşeye büzülüp oturabilir.

demans, sosyal ve mesleksel işleyişte bozulma noktasına kadar giden zihinsel yeteneklerin aşamalı olarak gerilemesidir. Demansın en belirgin semptomu hatırlamakta, özellikle de yakın geçmişte olan şeyleri hatırlamakta zorluk çekilmesidir.

dementia praecox (erken bunama), Kraepelin ilk olarak şizofreninin ilk ismi olan bu kavramı 1898'de öne sürmüştür. İki temel endojen (içsel nedenli) psikoz grubu ayrıştırılmıştır: Manik-depresif hastalık ve erken bunama. Erken bunama (dementia praecox), çeşitli tanısal kavramları -dementia paranoides, katatoni ve hebefreni-içeriyordu.

deneysel hipotez, araştırmacının belli bir değişkeni değişimlediği zaman olacağını varsaydığı durumu tanımlayan ifadedir.

depersonalizasyon bozukluğu bireyin benliğine ilişkin algısının ya da yaşantısının altüst edici ve yıkıcı şekilde değiştiği, DSM-IV'de dissosiyatif bozukluk olarak sınıflanan bir bozukluktur.

depresyon, büyük bir üzüntü, endişe, suçluluk ve değersiz hissetme, başkalarından uzaklaşma, uyku, iştah, cinsel istek kaybı ya da her zamanki faaliyetlere karşı ilgisizlikle belirginleşen duygudurumudur.

derealizasyon dünyanın gerçek olmadığı duygusu.

dezorganize (dağınık) şizofreni, bunda konuşma dağınıktır ya da konuşulanların takibi güçtür. Hasta aynı sözcüklerle ya da tutarsızca konuşabilir, bazen kahkaha atabilir. Duygulanım düz ya da çok değişkendir, anlaşılamayan gülme ya da ağlama nöbetleri görülür. Hastanın davranışları tümüyle çok düzensizdir.

dhat Hindistan'da meni boşalmasıyla bağlantılı aşırı kaygı ve hipokondriye işaret etmek üzere kullanılır.

dış geçerlik bir araştırmanın sonuçlarının, o deneyin dışına genellenebilme derecesine denir.

dışa atım bozuklukları, dört yaşından sonra uygun olmayan yerlerde yineleyici dışkılama (enkopresis) ya da 5 yaşından sonra yatağa ya da giysilerine çiş kaçırma (enuresis).

dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğu (DEHB), *hiperaktivite* terimi çoğu kişi, özellikle ana babalar ve öğretmenler için tanıdıktır. Sürekli hareket halinde olan, elini oynatan, ayağını sallayan, görünür nedeni olmaksızın diğerlerini itekleyen, sırasını beklemeden konuşan ve yerinde duramayan çocuklara sıklıkla hiperaktif denir. Bu çocuklar, bilenen deyimi ile ana baba ve öğretmenleri çıldırtır. DSM son kullandığı bu tanı terimi ile odaklaştığı noktayı hiperaktiviteden, uygun zamanda elindeki işe dikkatini yoğunlaştırma güçlüğüne ve amaç yönelimli olmayan hareketliliğe kaydırmıştır.

dilin ifade bozukluğunda (expressive language disorder) çocuk kendini konuşarak ifade etmekte güçlük çeker. Çocuk, iletişim kurmaya isteklidir ama doğru kelimeleri bulmakta olağandışı bir zorluk yaşar.

direnç, serbest çağrışımda, dizginlerinden kurtulduğu kabul edilen düşüncelerin arasına kendilerini sokuşturan bloklar ortaya çıkar. Hastalar aniden konuyu değiştirebilir veya bir olayın ne kadar önce olduğunu hatırlamayabilir. Seansı kesmek için her türlü taktiği (sessiz kalmak, divandan kalkmak, pencereden bakmak, şaka yapmak ya da analiste kişisel yorumlarda bulunmak gibi) deneyebilir. Hastalar geç gelebilir veya randevuyu tümden "unutabilir". Tüm bunlar direnç olarak adlandırılır.

dissosiyatif bozukluklarda, bireyin bilinç, bellek ve kimliğinde aksaklıklar gözlenir. Genelde konversiyonla birlikte her ikisinin de başlangıcı kaygıyı içeren stresli yaşam olaylarına dayanır. Bu bozuklukların bir arada görülmeleri seyrek değildir.

dissosiyatif kaçış (fug) da, bellek kaybı daha yoğundur. Kişi sadece tamamen amnezik olmaz, aynı zamanda aniden evinden ve işinden uzaklaşır ve yeni bir kimlik benimser.

disparoni tanısı cinsel ilişki öncesinde, sırasında ya da sonrasında yineleyen ya da sürekli genital ağrı olması halinde konulur. Kadınlarda ağrının vajinal ıslanmanın olmamasına bağlı olduğu düşünülüyorsa (ki böyle bir durumda cinsel uyarılma bozukluğu tanısı konulmalıdır), veya ağrı ikinci bir ağrı bozukluğuna yani vajinismusa bağlı olarak ortaya çıkıyorsa disparoni tanısı konulmamalıdır.

dissosiyatif amnezisi olan bir kişi, genellikle stres verici bir olaydan sonra aniden önemli kişisel bilgileri hatırlayamaz. Bilgi tamamen kaybolmaz ancak amnezi dönemi boyunca hatırlanamaz. Bellekteki boşluklar günlük unutkanlıkla açıklanamayacak kadar büyüktür.

dissosiyatif kimlik bozukluğu (DKB) ya da çoğul kişilik tanısı koyabilmek için kişinin en az iki ayrı ego durumunun bulunması, belirli zamanlarda birinin öne çıkması, bu ego durumlarının, kontrolü ele aldığı birbirlerinden bağımsız oluş, düşünüş ve varoluş şekillerinin olması gerekmektedir.

distimik bozukluk tanısı olan kişiler kronik olarak depresyon içindedirler. Kendilerini üzgün hissetme ve her zamanki faaliyetlerden hoşlanmamanın yanı sıra uykusuzluk ya da çok uyuma, yetersiz hissetme, enerji kaybı, kötümserlik, dikkati toplayamama ve açık düşünememe, başkalarından kaçınma gibi depresyon belirtilerini gösterirler.

Down Sendromu ya da **trisomy 21,** Down Sendromlu kişiler, kısa boy; oval, yukarıya çekik gözler; gözün iç köşesinin üzerinden göz kapağının yukarısına doğru uzanan bir kıvrım; seyrek, ince, düz saç; geniş ve yassı bir burun köprüsü; kare şeklinde kulaklar; ağzın küçük ve damağın alçak olmasından ötürü dışarı çıkan büyük kırışık bir dil; ve kısa, kalın parmaklarla, kısa, geniş eller gibi, sendromun kendine özgü fiziksel belirtileri kadar, orta dereceden ağır dereceye kadar uzanan geriliğe sahiptirler.

DSM-IV olarak adlandırılan ve açık adı **Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel Elkitabı** olan sınıflama sistemi, ruh sağlığı profesyonelleri arasında yaygın kabul gören resmi tanı sistemidir ve Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanmıştır.

duygulanım küntlüğü olan hastalarda hemen hemen hiç bir uyarıcı duygusal tepkiye yol açmaz. Hasta boş boş bakabilir, yüz kasları sarkık, gözleri cansızdır. Hitap edildiği zaman düz ve tonlaması olmayan bir sesle cevap verir.

ecstasy kimyasal olarak mescaline ve amfetaminlere benzemektedir. Günümüzde bazı üniversite kampuslarında yaygındır. Kullanıcılar maddenin yakınlığı ve içgörüyü arttırdığını, kişilerarası ilişkileri geliştirdiğini, duygu durumunu yükselttiğini ve estetik farkındalığı arttırdığını belirtmektedirler. Bu madde ayrıca, kaslarda gerginliği arttırmakta hızlı göz hareketleri, mide bulantısı, halsizlik, titreme, terleme, kaygı, depresyon ve dağınıklığa yol açabilmektedir.

edimsel (operant) koşullama B. F. Skinner (1904-1990) tarafından tanımlanan öğrenme şekline verilen ad. Davranış, çevre üzerinde etki yaratmaktadır. Etki yasası, uyarıcı-davranış bağlantılarına odaklaşmadan, davranışlar ve sonuçları (izleyenleri) arasındaki ilişkiye vurgu yapar.

ego analistleri bir grup çağdaş psikanalistler olup, Freud'un egoya verdiği göreli zayıf rolü tartışırlar.

ego analizinin savunucuları, kişinin çevreyi kontrol becerisine ve belirli içgüdüsel dürtülerin doyurulması için araçların ve zamanın seçimine daha çok önem verirler. Temel görüşleri, bireyin id olduğu kadar ego da olduğu biçimindedir. Ayrıca, bireyin davranışının tarihsel nedenlerine yönelik derin araştırmaları bazen savundukları olsa da, güncel yaşam koşullarına, Freud'dan daha çok odaklanmışlardır.

ego, İd'den farklı olarak **bilinci** ifade eder ve doğumdan sonraki ikinci 6 ay boyunca id'den kaynaklanarak gelişir. İd, gerekirse hayal işlemini kullanırken, ego'nun görevi, gerçekle uğraşmaktır.

egoist intihar bireyin toplumla çok az bağı kaldığı zaman gerçekleştirir. Bu insanlar sosyal varlıklar olarak işlev görmelerini sağlayan sosyal desteklerden koparak başkalarına yabancılaşırlar.

eklektisizm, terapistlerin çoğunun onaylayıp benimsedikleri çeşitli terapi yaklaşımlarına ait görüş ve teknikleri kullanmaları.

elektra kompleks kız çocukta babaya karşı aşk, anneye karşı nefret duygularının yaşandığı karmaşa.

elektrokonvulsif tedavi (EKT) genelde hastane ortamlarında hem şizofreni hastalarında hem de psikotik olan depresyon hastalarında kullanılır. Günümüzde EKT'nin kullanımı, ağır depresyon vak'alarıyla sınırlıdır. EKT'de hastanın kafasından 70 ila 130 volt arasındaki bir akım geçirilerek bilerek bir nöbet başlatılır ve kısa süreli bir bilinçsizlik olur. EKT'nin çalışmasını sağlayan mekanizma bilinmemektedir. Genel olarak, metabolik hareketi ve beyine giden kan dolaşımını azaltmakta ve normal dışı beyin aktivasyonunu engellemektedir.

elsever (alturistik) intihar Durkheim tarafından sosyal taleplere karşı bir cevap olarak algılanır. İntihar eden bazı kişiler kendilerini sosyal bir grubun bir parçası olarak hissederler ve

kendilerini toplumun yararına feda ederler. Vietnam savaşı sırasında Budist keşişlerin kendilerini kurban etmeleri bu çeşit intihara bir örnektir.

enürezis, dışa atım bozukluklarından biri olup yatak ıslatma sorununa işaret eder; noktürnal enürezis gece yatak ıslatmadır. Gece gündüz ıslatanlar (diurnal enuresis) bir diğer alt kategoridir.

epidemiyoloji, bir bozukluğun belli bir nüfus içerisindeki görülme sıklığı ve dağılımıyla ilgili çalışma alanıdır.

erkekte erektil bozukluk (sertleşme bozukluğu) cinsel aktivitenin tamamlanabilmesi için gerekli olan sertleşmenin sürekli olarak sağlanamaması veya sürdürülememesi gerekir. *Empotans* (iktidarsızlık) bu sorunun eski adıdır.

erken boşalma erkeklerde en yaygın olarak görülen işlev bozukluğudur ve erkeklerin %40 ı yaşamlarının bir döneminde böyle bir sorun yaşarlar. Laboratuar çalışmaları erken boşalma sorunu olan erkeklerin cinsel uyarılma eşiklerinin düşük olduğunu ve tam bir orgazma ulaştıkları cinsel yaşantıları arasında geçen sürelerin erken boşalma sorunu olmayan erkeklere nazaran daha uzun olduğunu göstermektedir. Erken boşalma genellikle belirgin derecede kaygı ile birlikte görülür. Bazen vajene girmeden boşalma ortaya çıkabilir, ama daha sık rastlanan durum boşalmanın girişten birkaç saniye sonra olmasıdır.

eroin, araştırmacılar morfinin, çok güçlü bir ağrı kesici olan ve eroin olarak adlandırılan başka bir ilaca dönüştürülebileceğini buldular. Eroin başlangıçta morfin bağımlılığını tedavi etmek için kullanıldı; öksürük şuruplarında ve patentli diğer ilaçlarda morfinin yerini aldı. Ancak, eroinin morfinden daha kuvvetli ve daha çok bağımlılığa yol açan bir madde olduğu ve de etkisinin daha yoğun ve çabuk olduğu ortaya çıktı.

eş-değer form güvenirliği, bazen psikologlar bir testi, belki de kişinin birincil testi alırken verdiği yanıtları hatırlayabileceği endişesinden, iki kez tekrarlamak yerine, bir testin iki ayrı formunu uygularlar. Bu durumda testin her iki formunun aynı ölçümü yaptığının bilinmesi gerekir.

etiketleme kuramı (labeling theory) olarak bilinen yaklaşımda, Scheff'e göre, şizofrenideki ana etken, kişiye tanıyı içeren bir etiket yapıştırmaktır. Bu etiket, kişinin daha sonra akıl hastalığı kalıpyargılarına dayalı olarak davranmasına neden olur. Bunun da ötesinde, diğer kişilerin hastaya nasıl davranacaklarını da etkiler. Dolayısıyla *sosyal rol,* etiketleme yoluyla hastalığın *kendisi* olur.

etiyolojik geçerlik, bir tanı grubunu oluşturan kişilerde aynı nedensel etkenlerin gösterilmiş olması sistemin etiyolojik geçerliğine işaret eder.

etki yasası, bir davranışın neden olduğu sonuçlar eğer organizmaya doyum veriyorsa, o davranışın tekrarlanma olasılığı yüksek olacaktır. Eğer davranışın neden olduğu sonuçlar organizma üzerinde nahoş etkiler yaratıyorsa, o davranışın tekrarlanma olasılığı ve sıklığı azalacaktır.

etkilenme (referans) fikirleri önemsiz olayları sanrısal bir çerçeve içine koyup başkalarının ufak tefek davranışlarından kişisel anlamlar çıkarmadır.

fallik dönem, 3 yaşından 5-6 yaşına kadar ki dönemdir. Bu dönemde id'in başlıca haz veya doyum kaynağı genital uyarılmalardır.

fenilketonüri de **(PKU)** bebek normal doğar, hemen sonra karaciğer enzimi fenilalanin hidroksilaz eksikliğinden yakınılır. Bu enzimin, epinefrin gibi hormonların gelişiminde esas olan bir aminoasite, fenilalanine dönüştürülmesi gerekmektedir. Bu enzim yetersizliğinden dolayı, fenilalanine ve bunun türevi fenil prüvik asit yıkıma uğramaz ve bunun yerine vücut sıvılarına yerleşir, en sonunda geriye dönüşü olmayan beyin hasarlarına yol açar.

fenotip (fenotype) kaygı derecesi gibi gözlenebilir özelliklerin atfedildiği yapı.

fetal alkol sendromu hamilelik döneminde yoğun alkol kullanımı, zekâ geriliğinin bilinen bir nedenidir. Fetüsün gelişimi yavaşlar, kafa, yüz, kol ve bacaklarda anormallikler oluşur.

fetişizmde cinsel uyarılmaya yol açan vücudun belli kısımları değil cansız nesnelerdir. Hemen hepsi erkek olan fetişistler, örneğin kadın ayakkabısı gibi fetişlere yani cansız tutku nesnelerine karşı tekrarlayan ve yoğun bir cinsel dürtü hissederler. Cinsel uyarılmanın olabilmesi için tutku nesnesinin var olması tercih edilir, hatta bu zorunludur.

fobi, bir nesne ya da durumla ilgili, tehlikeyle orantılı olmayan ve onu yaşayan tarafından anlamsız olarak tanınan engelleyici, korkunun aracılık ettiği kaçınma olarak tanımlanır.

fonolojik bozukluğu olan gençler önemli bir kelime dağarcığını anlayabilir ve kullanabilirler, ancak konuşmaları bebek konuşması-

nı andırır gibidir. Örneğin İngilizcede "blue", "bu" gibi çıkar; "rabbit", "wabbit" gibi duyulur. Sonradan kazanılan konuşma seslerinin telaffuzunu öğrenmemişlerdir "r, sh, th, f, z ve ch" gibi.

frajil X sendromu, Bazı kişilerde X kromozomu ikiye ayrılabilir. Frajil (kırılgan) X ile ilişkili fiziksel semptomlar, büyük az gelişmiş kulaklar, uzun, zayıf bir yüz, geniş bir burun kökü gibi yüz özellikleri ve erkeklerde büyük testisleri içermektedir.

geçerlik testi, bir tanı kategorisi oluşturulduktan sonra, bu kategori hakkında kesin ifadeler ve yordamalarda bulunup bulunamama sınıflama sisteminin geçerliğini oluşturur. Geçerlik ile güvenirlilik arasında özel bir ilişki vardır: bir kategorinin güvenilirliği azaldıkça, bu kategori hakkında geçerli ifadeler kullanmak daha zorlaşır. Bir tanının güvenirliği tümüyle yeterli değil ise, geçerliğinin de yeterli olmayacağını bekleriz.

gelişimin psikososyal dönemleri her birinde, onu karakterize eden bir krizin var olduğu ve Eric Erikson'un öngördüğü dönemler.

genel adaptasyon (uyum) sendromu (GAS) 1936'da doktor Hans Selye, uzun süren şiddetli strese karşı biyolojik tepkileri tanımlayan bir model olan olarak bu sendromu önerdi. Modelde üç dönem tanımlanmaktadır: alarm reaksiyonu, direnç, tükenme.

genel felç, bazı ruh hastaları ilerleyen bir felç ile büyüklük sanrılarını da içeren hem fiziksel hem de ruhsal yeteneklerin kalıcı bir bozulması ile belirgin bir sendromu gösteriyorlardı.

genellenmiş kaygı bozukluğu (GKB) olan kişi çoğu kez önemsiz şeylerle ilgili olarak sürekli bir kaygı içindedir. Her çeşit konuda kronik ve kontrol edilemez bir endişe GKB'nin temel özelliğidir.

genital dönem en son yetişkinlik dönemidir. Bu dönemde heteroseksüel ilgiler baskındır.

genotip (genotype) bireyin, kalıtımla geçen genlerini kapsayan kalıtsal yapısına veya düzenine denir. Bireyin genotipi, onun, gözlenemez, fizyolojik yapı veya bünyesidir.

gerçek kaygı bir kimsenin yaşamı tehlike altındayken oluşan kaygı. Freud'a göre bu, ego'nun, dış dünyadan gelebilecek tehlikelere karşı gösterdiği bir tepkidir.

gerçeklik ilkesi, egonun, gerçeğin talepleri ve id'in, anında doyum arzuları arasında denge kurarak çalışmasına aracılık eder.

geri alım sinapsta nörotransmitterin sinaps öncesi hücrenin içine geri pompalandığı süreç.

gerileme (regression), saplanmayla bağlantılı olarak daha önceki bir dönemin veya yaşın davranış örüntülerine geri dönmektir.

Geştalt terapinin temel amacı hastaların ihtiyaçlarını, arzularını ve korkularını anlamalarına ve kabullenmelerine ve kendilerini bu amaçlarına ulaşma ve ihtiyaçlarını doyurma konusunda nasıl bloke ettiklerini fark etmelerine yardımcı olmaktır. Temel bir varsayım, hepimizin ihtiyaçlarımızı ve isteklerimizi her türlü durumda dışa vurduğumuz biçimindedir.

gizli dönem 6 ve 12 yaşları arasında çocuğun içinden geçtiği dönemdir. Bu yıllarda id'e ait içtepiler, davranışı güdülemede başlıca rolü oynamazlar.

gözetlemek (röntgenlemek) Bir erkek bazen tesadüfen karşılaştığı bir durumda, o kişinin haberi olmaksızın bir kadını çıplak iken izleyebilir. Eğer bu erkek temelde geleneksel bir cinsel yaşama sahip ise, davranışı gözetlemek (röntgenlemek) olarak adlandırılsa da, genellikle böyle bir kişi gözetlemeci olarak değerlendirilmeyebilir. Gözetlemecilik cinsel doyuma ulaşabilmek amacıyla başkalarını soyunukken veya cinsel ilişki sırasında gözetlemek demektir.

grup terapisinde belli sayıdaki hastalara aynı zamanda yardım verilir. Grup üyeleri, dikkat bir başka üyenin üzerinde yoğunlaştığında daha da çabuk öğrenebilirler. Gruplarda şaşırtıcı biçimde güçlü bir sosyal baskı vardır. Bireysel terapide terapist danışanına davranışının düşmanca göründüğünü (böyle bir amaçla yapılmamış olsa da) söylediğinde danışan bu mesajı reddedebilir ama grup terapisinde eğer terapistin bu yorumu 3-4 kişi tarafından da onaylanırsa, danışanın bu mesajı göz ardı etmesi daha zor olur.

güvenirlik derecesi, bir tanı sisteminin ya da bir testin ya da herhangi bir ölçümün her uygulamada aynı bilimsel gözlem sonucunu verme derecesidir.

güzel aldırmazlık Bu olgu, belirtinin şiddetini ve uzun dönemli sonuçlarını hafife alan bir tutum sergilemek ve endişelenmemek davranışlarıyla karakterizedir.

haşhaş, marihuanadan daha kuvvetli olan haşhaş, iyi kaliteli kannabis bitkisinin reçinesinin çıkartılıp kurutulması ile elde edilir. Marihuana, *Kannabis sativa* denilen bir bitkinin kurutulmuş ve ufalanmış yaprak ve çiçek uçların-

dan oluşur. Sıklıkla sigara gibi içilir fakat aynı zamanda çiğnenebilir, çay gibi hazırlanarak içilebilir veya kurabiyelerin içine konabilir.

hayalet hastalık (ghost sickness) Bazı Amerikan yerli kabileleri erkeklerinde görülen ölümle ve ölmüş kişilerle aşırı zihin meşguliyeti.

hemzaman ya da **betimsel geçerlik** denen geçerlik tipi, bir ölçü aracından alınan puanların, aşağı-yukarı aynı zamanda değerlendirilen bir psikolojik özelliğe ait bir ölçümle aralarında ne dereceye kadar korelasyon olduğuyla ilgilidir.

hipokondri, tıbbi kanıtlar aksine olsa da, bireylerin ciddi bir hastalıkları olmasından endişe ettikleri bir somatoform bozukluktur.

histeri şimdi konversiyon dediğimiz bozukluk daha önceleri böyle adlandırılıyordu. Histeri sözcüğünün tarihçesi anormal davranışlar üzerindeki ilk yazılara kadar gitmektedir. Hipokrat konversiyonu sadece kadınlarda olan ve rahmin bedende gezmesine bağlı olarak ortaya çıkan bir hastalık şeklinde algılamıştı. Yunanca *hystera* sözcüğü rahim anlamına gelmektedir.

histriyonik kişilik tanısı, aşırı dramatik ve dikkat çekmeye çalışan insanlar için kullanılmaktadır. Bu kişiler dikkatleri kendi üzerlerine çekmek için çoğunlukla farklı elbiseler, makyaj, saç rengi gibi fiziksel görünüşleriyle ilgili özellikleri kullanırlar. Fazla duygusal görünmelerine rağmen, aslında duygusal olarak yüzeysel oldukları izlenimi edinilir. Benmerkezcidirler, fiziksel çekicilikleriyle aşırı ilgilidirler ve dikkat odağı olmadıkları zaman rahatsız olurlar. Uygunsuz derecede cinsel olarak tahrik edici ve baştan çıkarıcıdırlar ve başkaları tarafından kolayca etkilenirler.

iç geçerlik, elde edilen etkinin nedeni, bağımsız değişkenin değişimlenmesine güvenli bir biçimde yüklenebildiği zaman, araştırmanın iç geçerliği vardır.

içe-bakış, iç gözlem ve zihinsel süreçlerin bildirimi gibi işlemlerle denekler, yaşantı bloklarını kaldırmaya ve bilincin yapısını görmeye çalışırlar.

içgörü (insight) terapisi, duyguların (emotion) ve düşüncelerin insanların, özellikle ihtiyaçları ve dürtüleri çatıştığında, kendilerini neyin güdülediğini uygun bir şekilde anlamadıkları için bozulduğunu varsaymaktadır. İçgörü tedavisi insanların davranışları ve düşüncelerinin gerçek nedenlerini keşfetmelerine yardımcı olmaya çalışır. Burada, temel önerme, güdülenmelerin daha çok farkına varılmasının düşünce, duygu ve davranışlar üzerinde daha çok kontrole ve ardından gelişmeye yol açacağı biçimindedir.

iç-tutarlık güvenirliği, bir testteki maddelerin birbiriyle ilgili olup olmadıklarını değerlendirir.

iki uçlu (bipolar) I bozukluk DSM-IV'de mani dönemi ve hem mani hem depresyon belirtilerini kapsayan karışık dönem olarak tanımlanmaktadır. İki uçlu I bozukluğu olan kişilerin çoğu aynı zamanda depresyon dönemi de yaşamaktadırlar. İki uçlu bozukluğun kritik belirtileri, maninin taşkın ya da sinirli duygudurumu, konuşkanlık ve aşırı hareketliliği ve ek olarak depresyon dönemleridir.

ikincil süreç düşünce (secondary process), planlama ve karar verme işlevleri yoluyla, egonun, id'in yapmak isteyeceği gibi hemen her zaman haz ilkesine göre çalışmanın, yaşamı sürdürmenin etkili ve yeterli bir yolu olmadığını fark etmesi ve gerçeği esas alması.

ikiz yönteminde hem tek yumurta ikizleri, hem de ayrı-yumurta ikizleri belli özellikleri açısından karşılaştırılırlar.

iletişim bozukluğu, ifade edici ve /ya da anlayıcı konuşmada sorunlara işaret eder.

ilişkinin yönü sorunu, (directionality problem) pek çok korelasyonel araştırma deseninde ortaya çıkmaktadır. Çok kullanılan bir sözle özetlersek "İlişkili olma, biri diğerinin nedenidir anlamına gelmez".

indeks - işaret vak'alar, araştırmalarda başlangıç noktası, araştırma konusu tanıya uyan kişilerin örneklem için biraraya getirilmelerinde bu katılımcılara verilen ad.

işlevsel sosyal destek ise daha çok bireyin ilişkilerinin *kalitesiyle* ilgili bir tanımlamadır. Örneğin, birey gereksinim duyduğu anda yardım isteyebileceği yakınlıkta bir arkadaşının varlığına inanmakta mıdır?

itici uyarıcılarla terapi adlı yöntem duyarsızlaştırmaya benzer olmakla beraber, olumlu tepki yerine yeni bir kaygı ya da tiksindirme (aversion) tepkisi koymayı amaçlamasıyla, ona karşıttır. İtici uyarıcılarla terapiyle tedavi edilen sorunlar arasında aşırı alkol ve sigara tüketimi, travestilik, teşhircilik ve aşırı yeme sayılabilir.

kaçınma koşullamasında(1) hayvan, klasik koşullama yoluyla KŞLU'dan korkmayı öğrenmiştir ve (2) hayvan edimsel koşullama yoluyla KŞLU'dan kendisini kurtarmak ve dolayısıyla araya giren korku tepkisini azaltmak için, açık bir davranış öğrenmiştir.

kadında cinsel uyarılma bozukluğu Cinsel uyarılma bozukluğu tanısının konulabilmesi için kadınlarda birleşmenin rahat bir şekilde tamamlanabilmesi için gerekli olan vajinal ıslanmanın sürekli olarak yetersiz olması gerekir. *Frijidite* (cinsel soğukluk) bu sorunun eski adıdır.

karışık desende, birbirleriyle ortak özellikleri olmayan iki (ya da daha fazla sayıdaki) farklı nüfustan gelen denekler, birer deney koşuluna atanırlar. İki farklı tipteki nüfus (evren), örneğin şizofren hastalar ile fobik hastalar, bir sınıflayıcı değişken teşkil ederler. Yani şizofreni ve fobi değişkenleri araştırmacı tarafından değişimlenmemiş veya yaratılmamışlardır. Bu değişkenler değişimlenen koşullarla, yani gerçek deneysel değişkenlerle, yalnızca ilişki gösterebilirler.

karıştırıcılar (confounds), birinin yaşam durumundaki bir değişiklik ya da zamanın geçmesi gibi değişkenlerdir. Bunların etkileri ile bağımsız değişkenlerin etkileri birbiri içine karışır ve aynı korelasyonel çalışmalardaki üçüncü değişkenler gibi, sonuçları değerlendirmeyi güçleştirir ya da imkânsız hale getirirler.

karşı aktarım (countertransference), psikanalistin hastaya karşı duygularıdır. Bir psikanaliz yazarı, karşı aktarımı "çarpık empati" diye tanımlar.

karşıt olma-karşıt gelme bozukluğu (KOK-GB) (Oppositional Defiant Disorder) tanısı, bir çocuğa davranım bozukluğu tanısı konulamadığında -aşırı fiziksel saldırganlık ölçütü karşılanamadığındaama huysuzluk yaptığı, yetişkinlerle tartıştığı, yetişkinlerin isteklerine uymayı tekrar tekrar reddettiğinde, kasten başkalarını kızdıracak şeyler yaptığında ve öfkeli, kinci, alıngan ya da intikamcı olduğunda konur.

karşıt tepki geliştirme (reaction formation) mekanizması, bir duyguyu, örneğin nefreti, onun aksine çevirmektir.

karşıt-koşullama, belirli bir uyarıcıya karşı yeni bir tepkinin çıkarılması ile gerçekleşen bir yeniden öğrenmedir.

katartik yöntem önceki bir felaket yaşantısının açığa çıkarılması ve daha önce unutulmuş olayla ilgili düşüncelerin ürettiği gerilimin giderilmesi (*katarsis*). Breuer'in yöntemi olarak da bilinir.

katatonik hareketsizlik, donakalım durumunda hastalar uzun süre garip duruşlar alıp bunu sürdürürler. Hasta tek ayağının üzerinde durarak diğer bacağını kalçaya doğru kıvırıp bütün bir gün öyle kalabilir.

katatonik şizofreninin en önde gelen belirtileri hareket alanındadır. Bu kişiler katatonik hareketsizlik ve aşırı hareketlilik ve heyecan arasında gidip gelebilirler ancak her iki durumda da motor belirtiler ön plandadır.

kategorik sınıflandırmada, bir "evet-hayır" yaklaşımı söz konusudur. Birey şizofreni hastası mıdır değil midir? Ayrık tanı bütünlükleri önerdiği için, bu tür bir sınıflandırmanın normal ve anormal davranış arasında dikkate alınması gereken sürekliliğe boyutsal sınıflandırmadaki gibi izin vermediği öne sürülür.

kaygı (anksiyete), korku ve endişenin egemen olduğu bir duygu durumu olup, birçok psikopatolojide ortaya çıkabilen ve bir çoğunun da temelini oluşturan bir duygu durumudur.

kaygı bozukluğu tanısı, kişisel olarak yaşanan kaygının bulunduğu durumlarda konur. DSM-IV'de altı temel kategori vardır: Fobiler, panik bozukluk, genellenmiş kaygı bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu.

kekelemelik bir iletişim bozukluğu olup, aşağıdaki konuşma örüntülerinden bir ya da birden fazlasıyla karakterize edilmiş, söz akıcılığındaki kesintilerdir. Konuşma örüntüleri: seslerin sık tekrarı ya da uzatılması, kelimeler arasında uzun duraklamalar, telaffuzu zor kelimelerin yerine kolay kelimeleri koymak (belli sesiz harflerle başlayan kelimeler gibi) ve bütün kelimeyi tekrar etmek (sadece bir "go" yerine "go-go-go-go"demek gibi).

kendine yeterlik, Albert Bandura (1977) tarafından tanımlanan, değişik terapilerin insanların, (istenen, arzulanan amaç ve hedeflere ulaşabileceğine dair inanç) duygularını arttırmak yoluyla gelişme ve iyileşme kaydettiklerini ileri sürerek formüle ettikleri kavram.

kendini-izleme (self-monitoring), bir dönem de davranışçı terapistler ve araştırmacılar, insanların kendi davranışlarını gözlemlemesini ve çeşitli davranış veya tepki kategorilerini izlemelerini istemişlerdir.

kesitsel (cross-sectional) araştırmalarda, araştırmacı aynı zaman diliminde aynı anda farklı yaş guruplarını belirli bir değişken yönünden karşılaştırır.

kimlik krizi Erikson'ı meşhur eden kavram. Erikson'ın 12 ile 20 yaşları arasında ortaya çıktığını söylediği kimlik krizi, çocukluktan yetişkinliğe geçişi yansıtır. Bu zaman aralığında hepimiz bir çeşit benlik-duygusu yaratırız.

Kişilerarası Terapi (IPT; Interpersonal Therapy) (Klerman ve ark., 1984). Bu terapi güncel kişilerarası sorunlara odaklanır ve başkalarıyla daha iyi ilişki kurmayı hastayla tartışarak, hatta doğrudan öğreterek işler. Klasik psikanalizde araştırılan büyük davranış değişiklikleri IPT'nin amacı değildir. IPT hem psikodinamik hem de bilişsel davranışçı terapilerden stratejiler içerir. Temel odağı, çocukluk dönemi ve gelişimsel konulardan çok, şimdi-ve-burada sorunlarıdır.

kişiliğin dinamiği kişiliği oluşturan güçler arasındaki etkileşmeye denir. Freud'un görüşlerini ve düşüncelerini izleyen kuramcılara da psikodinamik kuramcılar denir.

kişilik bozuklukları heterojen bir gruptur. DSM'de II. Eksen'de kodlanırlar ve kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden sapan ve kişinin sosyal ve iş yaşantısındaki işlevselliğini bozan, çok eskiden beri varolan, yayılgan, esnemeyen davranış örüntüleri ve içsel yaşantılar olarak görülürler. Hepsi değil ama bazıları duygusal rahatsızlıklara neden olabilirler.

klasik koşullanma tipi öğrenme, bu yüzyılın başında, neredeyse tesadüfen Rus fizyolog Ivan Pavlov (1849-1936) tarafından keşfedildi. Köpeğin arkasında çalınan bir zilin hemen ardından ağzına et tozu konur. Bu işlem bir kaç kez tekrarlandıktan sonra, köpek, et tozunu almadan önce daha zil sesini duyar duymaz salya çıkarmaya başlar.

klinik görüşmenin, günlük konuşmadan ya da anketten ayrıldığı bir yön belki de görüşmecinin, yanıtlayan kişinin soruları *nasıl* yanıtladığına ya da yanıtlamadığına dikkat etmesidir.

kokain alkoloidi, 1844'de elde edildi ve o yıldan beri de lokal anestezik olarak kullanıldı. Ağrı azaltıcı etkisinin yanı sıra, kokain beyinde hızla yayılır, dopamin geri alımını engeller ve sonuçta duyusal farkındalığı arttırarak aşırı coşku yaratır. Cinsel istek kamçılanır, kendine güven, kendini iyi hissetme ve hiç yenilemezlik duygusu artar. Aşırı doz, titreme, bulantı ve uykusuzluk yapabilir. Ayrıca paranoid dağılma ve deri altında gezen böcekler gibi dehşet verici sanrılara neden olabilir. Kronik kullanımı sıklıkla gittikçe artan sinirlilik, sosyal ilişkilerin bozulması, paranoid düşünme gibi kişilik ile ilgili değişikliklere ve de yeme ve uyku düzeninde bozulmalara neden olabilir

kolektif (ortak) bilinçdışı Jung'un kuramında insanlığın sosyal tarihçesine ait bilgileri kapsayan bilinçdışı alanı.

kompulsiyon, sıkıntıyı azaltmak ya da bir felaketin olmasını önlemek için kişinin yapmaya zorunlu hissettiği tekrarlayıcı davranıştır.

kontrol grubu, deneysel bir desenin önemli bir özelliği, deneysel muameleye (bağımsız değişkene) maruz kalmayan en az bir tane grubun bulunmasıdır. Eğer bir deneydeki sonuçlar, bağımsız değişkendeki değişimlenmelere bağlanacaksa, bir kontrol grubu şarttır.

konuşmada dağınıklık (enkoherans / incoherence), hasta temel bir tema ya da fikre dönmesine rağmen imgeler ve düşünce parçacıkları birbirine bağlı değildir.

konversiyon bozukluğunda, aniden görme kaybı ya da felç gibi duyusal veya motor belirtiler nörolojik türde bir hasarı akla getirse de, organlar ve sinir sistemi iyi durumdadır. Bu bireyler, fizyolojik olarak normal olsalar da, anesteziler adı verilen, kol ve bacaklarda kısmi ya da tam felç; bayılma nöbetleri ve denge kusuru olabilir; deride batma, uyuşma, karıncalanma hissi görülebilir.

korelasyon katsayısı *r* sembolü ile temsil edilir. Bu istatistik, -1.00 ile +1.00 arasında bir değer alabilir ve bir ilişkinin hem büyüklüğünü hem de yönünü gösterir. +1.00 ya da -1.00 olan bir *r,* en yüksek olasılığa sahip veya mükemmel bir ilişkiyi işaret eder. Buna karşılık, .00 olan bir r değeri, değişkenlerin ilişkisiz olduğunu gösterir. Eğer r'nin işareti artı ise iki değişken birbiriyle pozitif ilişkilidir.

koro Güney ve doğu Asya'da da bildirilen ve penisin ya da memelerin vücutta tersine dönmüş olduğu ve muhtemelen ölüme yol açacağı olasılığına dair yoğun bir kaygı dönemi

kuram, bir olgu kümesini açıklamaya yarayan düzenli önermeler bütünüdür.

libido, psikanalitik kurama göre yeni doğan bebeğin büyümesi ve gelişmesiyle birlikte psişik enerjiye dönüşen ve kişilik sisteminin işlemesine güç sağlayan biyolojik enerji.

LSD, bu ilaç psikoz belirtilerine benzeyen etkiler yarattığı düşüncesi ile bir psychotomimetic olarak kabul edildi. *Psychedelic* terimi "ruh" ve "açığa çıkarmak" anlamına gelen Yunanca bir kelimeden türemiş; LSD kullanıcılarının rapor etmiş oldukları bilincin yayılmasına ilişkin sübjektif deneyimlerden uyarlanmıştır. Günümüzde kullanılan terim ise **halüsinojen** terimidir. Bu tür ilaçların temel etkilerinden biri olan halüsinasyon (varsam) üretme etkisinden esinlenilerek adlandırılmıştır.

mani, sinirlilik, aşırı hareketlilik, konuşkanlık, fikir uçuşması, dikkatte dağılma, uygulanamayacak büyük planlar, zaman zaman amaçsız faaliyetlerle kendini gösteren temelsiz aşırı bir coşku durumudur.

mantığa bürünme ya da **rasyonalizasyon,** akla mantığa uymayan bir davranış veya tutuma akla yakın, mantıklı bir gerekçe uydurmaktır.

methadone ve methodyl acetate eroinin yerini alması için tasarlanmış olan sentetik uyuşturuculardır. Bu maddelerin kendileri bağımlılık yapıcı maddeler oldukları için, başarılı bir tedavi yalnızca eroin bağımlılığını methadone bağımlılığına dönüştürür. Bu dönüşümün nedeni methadone'un, eroin'in *çapraz-bağımlılık* maddesi olmasıdır. Yani; benzer merkezi sinir sistemi alıcılarının aktive edilmesi ile methadone orijinal bağımlılığın yerini alır.

model alma, gerçek yaşamda, pekiştiriciler olmadan da öğrenme olmakta, başkalarını izleyerek ve taklit ederek, model alarak öğrenmekteyiz.

Monoamin Oksidaz (MAO) engelleyicileri, monoamin oksidaz enziminin nörotransmitterlerin aktivasyonlarını sonlandırmasını engelleyen bir grup antidepresif ilaçtır.

Moral tedavi yaklaşımında, hastalar görevlilerle yakın temastaydılar ve onlarla konuşuyor, onlara okuyor ve onları amaçlı faaliyetlere cesaretlendiriyorlardı.

morfin alkoloidi, ismini Yunan Düş Tanrısı Morpheusdan alan morfin alkoloidi, ham afyondan ayrıştırılmıştır. Acı bir tada sahip olan bu toz, çok kuvvetli bir yatıştırıcı ve ağrı kesicidir. Alışkanlık yapıcı etkisi keşfedilmeden önce, patentli birçok ilaçta kullanılıyordu.

motor beceri bozukluklarında, gelişimsel koordinasyon bozukluğu olarak da bilinir, çocuk motor koordinasyonunda, zekâ geriliği ya da serebral palsi gibi, bilinen bir fiziksel bozuklukla açıklanamayacak belirgin bir bozulma gösterir. Çocuk ayakkabılarını bağlamakta, düğmelerini iliklemekte ve büyüdüğünde ise maket yapmak, top oynamak, kitap harfi ya da el yazısı yazmakta zorluk çekebilir.

mum esnekliği (waxy flexibility) denen durumda bir başkası hastanın kolunu garip bir duruma getirdiği zaman hasta o duruşu sürdürür.

narsisistik kişiliği olan insanlar, kendi benzersizliklerini ve yetilerini büyüklenmeci (grandiyöz) bir gözle görürler. Sürekli büyük başarılarla ilgili hayallerle meşguldürler. Onların benmerkezci olduklarını söylemek bile durumu azımsamak olur. Her zaman sürekli bir dikkat odağı olmaya ve her koşulda kabul edilmeye gereksinim duyarlar. Ancak özel ve yüksek statülü insanların onları anlayabileceğine inanırlar. Empati yokluğu, çekemezlik duyguları, kibir, bir takım haklara ve avantajlara sahip olma duyguları yüzünden kişilerarası ilişkileri bozuktur. Başkalarından özel muamele beklerler, ancak kendilerini bunun karşılığını vermek zorunda görmezler.

negatif belirtiler avolisyon (istek ve enerji azalması), alogi (düşünce ve konuşma fakirliği), anhedoni (zevk alamama), duygularda küntleşme gibi normalde olması gereken bazı özelliklerin bulunmaması türünden davranışsal sorunlardan oluşur.

nevroz oldukça uzun bir zaman gerçekdışı kaygı ve ilişkili sorunlarla tanımlanan geniş bir bozukluk grubudur.

nikotin tütünün temel alkoloidi ve alışkanlık yapan etkenidir. Nikotin reseptörleri adı verilen ve beynin haz merkezinde bulunan reseptörleri uyarır. Tütünün bağımlılık yapma özelliği, insanların onu elde etmek için ne denli fedakarlıklar yaptıklarına bakılarak anlaşılabilir.

nörolog, kas distrofisi ya da serebral palsy gibi, sinir sistemini etkileyen tıbbi hastalıklar üzerinde uzmanlaşan hekimdir.

nöron dört ana kısımdan oluşan sinir hücresi: (1) hücre gövdesi, (2) birkaç dendrit; kısa ve kalın lifler, (3) bir veya daha fazla akson, ama genellikle sadece bir tek, uzun ve ince, hücre gövdesinden çıkarak epey uzayan akson; ve (4) aksonun bir çok bitiş dalındaki sonlanım düğmeleri.

Nöropsikolog, beyinde yer alan işlev bozukluklarının düşünmeyi, hissetmeyi, duygu ve davranışları nasıl etkilediğini inceleyen psikologtur. Bu terimin de imâ ettiği gibi, bir nöropsikolog, düşünce, duygu, heyecan, davranışla ilgilenen; ancak beyin anormalliklerinin davranışları çeşitli şekillerde nasıl etkilediğine odaklaşmak üzere eğitilmiş olan psikologdur.

nöropsikolojik testler organik beyin işlev bozukluklarının neden olduğu davranış bozukluklarını değerlendirmek üzere bazı testlerdir.

nörotik kaygı gerçek bir tehdit veya tehlike unsuruyla ilgisi olmayan, gerçekçi olmayan bir duygu olarak tanımlanır.

nörotransmiterler, sinir akımını bir nörondan diğerine taşımada önemi olan kimyasal maddeler.

numara yapma (malingering) Bu durumda birey iş sorumluluğu ya da askerlik görevinden vb'den kaçabilmek veya sigortadan büyük miktarda ödenek alabilmek gibi amaçlara ulaşmak için bir acizliği taklit eder.

obsesif kompulsif kişilik mükemmeliyetçidir, zihni ayrıntılar, kurallar, programlar ve bunun gibi şeylerle sürekli meşguldür. Bu kişiler genellikle ayrıntılara çok fazla dikkat ayırırlar ve bu yüzden asla projelerini bitiremezler. Bunlar haz yönelimliden çok iş yönelimli kişilerdir ve karar vermede (hata yapmasınlar diye) ve zaman yönetiminde (yanlış şeye zaman ayırmasınlar diye) aşırı güçlük çekerler. Kişilerarası ilişkileri sıklıkla fakirdir, çünkü bu kişiler inatçı ve ısrarcıdırlar ve karşı taraftan her şeyin kendi istedikleri gibi yapılmasını talep ederler. Genellikle ciddi, katı, resmidirler ve esneklik gösteremezler, özellikle de ahlâki konularda. Ömrünü doldurmuş ve işe yaramaz nesneleri atamazlar, hatta bunların hiçbir duygusal değeri olmasa bile. Bu kişiler cimri ve üç kuruşun hesabını yapan biri gibi davranırlar.

obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), çok sıkıntı yaratan ve gündelik işlevleri kısıtlayan, aklın ısrarlı ve kontrol edilemeyen düşüncelerle dolduğu ya da kişinin bazı davranışları tekrar tekrar yapmaya zorunlu hissettiği bir kaygı bozukluğudur.

obsesyonlar davetsiz olarak akla gelen girici, tekrarlayan düşünceler, itkiler ve imgelerdir.

odipal kompleks, erkek çocukta anneye karşı aşk, babaya karşı nefret duygularının yaşandığı karmaşa.

okul fobisi, genç için aşırı engelleyici olabilir ve ciddi akademik ve sosyal sonuçlara sahiptir. İki tip okul fobisi tanımlanmıştır. Ayrılma kaygısıyla ilişkili olan en yaygın tipte, çocuk ebeveynlerinden uzak olduğunda kendinin ya da ebeveynlerinin başına bir zarar geleceğinden sürekli olarak endişelenir. İkinci önemli tip okul reddi, okula karşı varolan gerçek bir fobiyle ilişkilidir; korku özgül olarak okula karşıdır ya da daha genel bir sosyal fobiyle ilişkilidir.

okuma güçlüğü olan çocuklar, daha iyi bilindiği şekliyle **disleksi,** kelime tanıma, okuduğunu anlama ve tipik olarak da yazarken harf karıştırma konularında belirgin güçlük yaşarlar. Sözlü olarak okuduklarında yaşıyla uyumlu olmayan bir biçimde kelimelerin okunuşlarında çarpıtma, ekleme ve eksiklikler yaparlar. Erişkinlikte, akıcı sözlü okuma, anlama ve yazarken harf karıştırma sorunları sürer.

olumlu pekiştirme, bir tepki veya davranışın ardından, olumlu pekiştirici denen hoş bir olayın sunulması, gerçekleşmesi sonucunda, davranışın yapılması olasılığının artması, güçlenmesidir.

olumsuz pekiştirme, bir tepki veya davranışı güçlendirir, fakat bu davranışın sonucunda yer alan olumsuz, itici olayın *kaldırılması* ile gerçekleşir.

opiyatlar, az miktarlarda kullanıldığında ağrı giderici ve rahatlatıcı olan bir grup yatıştırıcıyı temsil ederler. Opiyatların en önemlilerinden biri, M.Ö. 7000 yılında Sümerliler tarafından da bilinen ve başlangıçta uluslararası uyuşturucu trafiğinin temel maddesi olan **afyon** (opium) dur. Sümerliler bu maddeyi sağlayan *poppy* bitkisine, günümüzde de hala bilinen "mutluluk bitkisi" adını vermişlerdir.

oral dönem psikoseksüel dönemlerin ilkidir. Doğumdan 18. aya kadar yeni doğan bebeğin id talepleri birincil olarak beslenme, emme ve onlara eşlik eden ısırma ile doyuma ulaşır.

Ortam tedavisi (milieu therapy) tüm hastanenin "terapötik bir topluluğu" oluşturduğu ve süre giden tüm faaliyetlerle tüm personelin tedavi programının parçası olduğu yaklaşım.

otizm, yaygın gelişimsel bir bozukluk olan otizm 2, 5 yaşından önce başlamaktadır. Otizmin temel belirtileri uç noktada otistik yalnızlık, insanlarla ilişki kurmada başarısızlık, iletişim sorunları, dil öğrenmede başarısizlik ya da ekolali ya da uygunsuz zamir kullanma gibi konuşma başarısızlıkları, aynılığı sürdürme,

günlük rutinlerini, çevreyi aynı tutma konusunda obsesif istekler duyma olarak tanımlanabilir. Otizmin biyolojik bir temeli olduğuna ilişkin kesin bulgular olmamakla birlikte otizmin biyolojik bir yönü olduğunu gösteren pek çok neden bulunmaktadır: başlangıcı çok erkendir, ikiz ve aile çalışmaları kalıtsal bir yatkınlığı olduğunu desteklemektedir; otistik çocukların beyinlerinde anormallikler bulunmuştur; menenjitin ve ensefalitin ardından otizme benzer bir sendrom görülebilir; pek çok otistik çocuğun düşük zekâ düzeyi beyin işlevsizlikleri ile bağlantılıdır.

otonom oynaklık oynak kişiler, otonom sistemleri çok sayıda uyarıcı tarafından uyarılabilenlerdir. Açıkça, korkuda ve fobik davranışlarda otonom sinir sisteminin rolü olduğu için bu boyutun önemi anlaşılabilir.

ödül biriktirme tekniği (token economy), edimsel gelenekteki ilk çalışmalara örnek olarak, istenilen davranışlar için jetonların (poker çipleri veya plastik markalar) daha sonra istenilen aktiviteler veya eşyalar için kullanılmak üzere verildiği bir davranış değiştirme tekniğidir.

öğrenme yetersizlikleri, akademik, dil, konuşma ya da motor beceriler gibi özel alandaki yetersiz gelişme ile belirlenir ki, bunlar zekâ geriliğine, otizme, belirgin fiziksel ya da nörolojik bozukluğa ya da eğitimde fırsat aksaklığına bağlı değildir. Bu bozukluğu olan insanlar, normal ya da normal üstü zekâya sahiptir, fakat bir çocuk olarak bazı özel becerileri öğrenmekte güçlük çekerler (örn, aritmetik ya da okuma) ve böylece okul başarısı bozulur.

öğrenmenin aracı kuramına göre açık davranışı çevresel bir uyarıcı doğrudan başlatmamakta; daha çok bir takım **araya girici (mediator)** süreçlerle bunu yapmaktadır.

ölçüm zamanının etkileri zamanın belirli bir noktasındaki olayların, zaman içinde üzerinde araştırma yapılan bir değişkende özel bir etki bırakmasından oluşan etkilerdir.

önleme (prevention), halen mevcut olan bozukluk veya vak'alarına odaklaşmak yerine, nüfusta yeni görülen sosyal ve duygusal sorunların veya bunların görülme sıklığının azaltılmasına yönelir. Daha önceleri *birincil önleme* diye anılan bu çabalar, bir bozukluk ya da rahatsızlığın ortaya çıkmasından önce yer alırlar. Tedavi, mevcut bir ruh sağlığı sorunu için yardım almak üzere sevk edilen veya kendileri başvuran bireylere (veya küçük gruplara) tipik olarak sağlanırken, önleme, okullar gibi çoğunlukla klinik yapısı olmayan çok daha geniş sosyal ortamlarda yer alır.

özgül-reaksiyon kuramına göre bireyler strese kendilerine özgü şekillerde cevap verirler ve en tepkili beden sistemi daha sonraki psikofizyolojik bozukluklar için olası bir odak teşkil eder. Örneğin, strese artmış kan basıncıyla cevap veren bir kişi esansiyel (esas) yüksek tansiyon geliştirmeye daha yatkın olabilir.

panik bozuklukta ani ve açıklanamayan belirtiler nöbeti vardır. Bunlar, nefes almada güçlük, kalp çarpıntısı, göğüs ağrısı, boğulma hissi, mide bulantısı, baş dönmesi, terleme, titreme ve korkunç bir şey olacakmış hissidir.

paradigma Kuhn'un görüşlerinde bilimsel ilkelerin herhangi bir uygulamasında merkezi kavram olan, bilim insanının içinde çalıştığı kavramsal bir çerçeve ya da yaklaşımdır. Kuhn'a göre bir paradigma, verileri toplayıp yorumlamada kullanılabilecek yöntemleri olduğu kadar, yasal olarak değerlendirilen kavramları belirleyen bilimsel sorgulamanın kısmî evreninin ana hatlarını oluşturan temel varsayımlar grubudur.

paradoksal müdahalelerde değişimi etkilemeye yönelik bu uğraşlarda ortak olarak terapistin, sorunu sürdürmesi veya şiddetini ve sıklığını artırması yönünde, hastadan isteği veya hastaya yazmış olduğu bir reçete bulunur. Kişi uyuyamıyorsa uyanık kalması istenir. Hasta rahatsız eden bir olayı düşünmeden yapamıyorsa, daha sık düşünmesi istenir. Belirgin bir neden olmadan kaygılanırsa, kendi kendini kaygılandırması istenir.

parafililer (cinsel sapkınlıklar) olağandışı nesne veya cinsel aktivitelerin cinsel açıdan çekici bulunması ile ilgili bozuklar olarak tanımlanmaktadır. Başka bir deyişle parafililerde kişinin çekici bulduğunda *(philia)* bir sapma (para) söz konusudur.

parafreni şizofreninin yaşlı erişkinlerde ilk kez nadiren ortaya çıktığında, genellikle adlandırılış şeklidir. Semptomlar şizofrenin erken başlangıcında görülenlerden farklılık gösterir; parafreni tipik olarak daha fazla varsam ve paranoyaya dayalı kaygı içerir.

paranoid kişilik, insanlardan şüpheciliktir. Kişi diğerlerinden kötü muamele göreceği ya da başkaları tarafından kullanılacağı beklentisi içindedir. Bu yüzden de kendini dışarıya kapatır ve sürekli kendisine oynanacak oyunların ya da yapılacak istismarın olası ipuçlarını

arar. Sıklıkla düşmanlık besler ve kendini küçük düşürücü olarak algıladığı şeylere karşı öfkeyle tepkide bulunur.

paranoid şizofreni tanısı, belirgin sanrıların olması bu tanıda anahtar rolü oynar. Genellikle kötülük görme (perseküsyon) sanrıları vardır ancak bazen **büyüklenme (grandiyöz) sanrıları** gözlenebilir. Burada bireyler kendilerine verdikleri önemi, kudreti, bilgilerini, kimliklerini abartırlar.

pedofili *(pedos* Yunanca çocuk demektir) polis kayıtlarına göre genellikle yetişkin erkeklerde görülür. Bunlar cinsel açıdan tatmin olabilmek için ergenleşmemiş çocuklarla fiziksel ve genellikle de cinsel temas kurarlar. DSM-IV'e göre bu tanının konulabilmesi için kişinin en az 16 yaşında olması ve temas kurduğu çocuktan en az 5 yaş büyük olması gerekir. Pedofili aynı cinse ya da karşıt cinse yönelik olabilir.

plasebo etkisi, tedavideki herhangi etkin bir bileşenden çok hastanın yardım beklentilerine atfedilebilecek fiziksel ya da psikolojik durumdaki bir gelişmeye işaret etmektedir.

pozitif belirtiler konuşmada düzensizlik, varsanılar, sanrılar ve garip davranışlar gibi normalde olması beklenmeyen aşırılıklardan oluşur.

projektif test, kişiye standart uyarıcıların sunulduğu psikolojik değerlendirme aracıdır. Bir mürekkep lekesi ya da çizim şeklinde olabilen bu uyarıcılar, standart tepkilere yol açmayan, değişik ve kişisel tepkilerin verilmesine olanak tanıyan belirsiz uyarıcılardır. **Rorschach Mürekkep Lekesi Testi** ve **Tematik Algı Testi,** projektif teknikler arasında en bilinen iki tanesidir. **psikanalitik** ya da **psikodinamik** paradigmanın ana sayıltısı, psikopatolojinin bilinçdışı çatışmalarından kaynaklandığıdır.

psikoaktif ilaçlar insanların nasıl hissettiklerini ve düşündüklerini etkileyebilen kimyasal bileşikler.

psikofizyoloji disiplini, psikolojik olaylara eşlik eden veya kişinin psikolojik özellikleriyle ilgili bedensel değişmeleriyle ilgilenir.

psikofizyolojik bozukluklar, duygusal faktörlerle oluşan ya da daha kötüye giden gerçek fiziksel belirtilerle karaterizedir. *Psikofizyolojik bozukluklar terimi,* belki daha iyi tanınan *psikosomatik bozukluklar* terimine tercih edilmektedir, çünkü *psikosomatik* terimi, bu bozukluğun temel özelliklerini daha iyi ifade etmesine karşın, ruh (psyche) ya da zihnin (mind), soma ya da beden üzerindeki dolaylı etkisine işaret etmektedir.

psikogenez, rahatsızlığın psikolojik kökenleri bulunduğu inancı.

psikopatoloji anormal davranışın, düşüncelerin ve duyguların gelişimi ve doğasıyla ilgili alan.

psikoseksüel dönem, kişiliğin gelişmesi için sırasıyla içinden geçilen dönem. Her bir dönemde bedenin değişik bir bölgesi cinsel uyarılmaya çok duyarlı olup id'in libidinal doyumunu sağlar.

psikoterapi, eğitimli bir profesyonelin başka bir kişiye (danışan ya da hasta) daha farklı davranması ya da hissetmesi için yardım etmeye çalıştığı sosyal bir ilişkidir. Bir diğer deyişle, tedirgin bireylerin stresin olumsuz sonuçlarını azaltmaları ve daha fazla yaşam doyumunu başarmaları için düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını, değiştirmelerinde birincil olarak sözel bir yardım etme yöntemidir.

rol oynama bazı davranışçı terapistlerin hastalarına, kendi davranışlarından daha etkili olabilecek değişik davranış örüntülerini göstermeleri.

rüya analizi, psikanalitik kuram, ego savunmalarının uyku sırasında gevşediklerini ve normalde bastırılmış olan malzemenin uyurken bilince çıkmasına izin verdiklerini ileri sürer. Bu malzeme çok tehdit edici olduğundan, bilince, gerçekte olduğundan farklı girebilir. Yani, bastırılmış materyal kılık değiştirmek yoluyla gizlenmiştir. İşte bu nedenle rüyaların sembolik kapsamı çok yüklüdür.

sanrılar (hezeyanlar), gerçeğe aykırı olduğu halde inanılan düşüncelerdir ve şizofreninin sık görülen pozitif belirtileridir. Basit kötülük görme (persecutary) sanrıları en bilinen türü iken, sanrılar başka şekiller de alabilir.

sanrısal bozukluk, sanrısal bozukluktaki bir kişi kötülük görme sanrılarından veya sanrısal kıskançlıktan (yani eşinin veya sevgilisinin aldattığına yönelik kanıtlanmamış inançlardan) rahatsızlık duymaktadır. Sanrı başka içeriklerde de olabilir.

saplantı herhangi bir psikoseksüel gelişim döneminde gelişimin durması, o döneme özgü karmaşanın çözümlenemeden kalmasıdır. Örneğin, anal dönemde olan kişi, yetersiz ya da aşırı doyum yaşamışsa, tabi olduğu tuvalet eğitimi işlemine göre, bu döneme saplanma geliştirecek ve ne zaman bir stres durumuna girecek olsa bu döneme gerileme eğilimi gösterecektir.

savunma mekanizması, egoyu kaygıdan korumak için, bilinçsiz olarak devreye sokulan bir stratejidir.

seçici konuşmazlık (mutizm), başka durumlarda (örn. ana babasıyla) konuşuyor olmasına karşın özel sosyal ortamlarda (örn. okulda) konuşmada sürekli güçlük.

seçkisiz atama (random assignment), araştırmadaki her bir deneğin her gruba atanma şansının eşit olmasını garanti eden bir tekniktir.

sendrom, tıpkı belli bir tıbbi hastalıkta olduğu gibi, altta yatan fiziksel bir nedeni bulunduğunu düşünmeye yetecek şekilde, düzenli olarak birlikte görülen belli bir grup belirti.

serbest çağrışımda, hasta bir divanda yatarak düşünce ve duygularının dizginlerini serbest bırakmaya ve zihnine gelen her şeyi söze dökmeye yüreklendirilir. Yeterli egzersiz yapıldıktan sonra, serbest çağrışımın bilinçdışı materyalin ortaya çıkartılmasını kolaylaştıracağı varsayılmaktadır.

sıklık (insidans), belirli bir zaman diliminde, genellikle de bir yıllık bir dönemde, o bozukluğun ortaya çıktığı yeni vak'aların sayısıdır.

sınır kişilik tanısı alan kişi ilişkilerinde, duygu durumunda ve benlik imgesinde sabit kalamaz. Örneğin, diğer insanlara yönelik tutumlar ve duygular kısa bir süre sonra dikkat çekici derecede ve açıklanamaz biçimde değişebilir. Duygular kararsızdır ve birden bire, özellikle de tutkulu bir idealleştirmeden hor gören bir öfkeye doğru yer değiştirebilirler. Sınır kişilik bozukluğu olan hastalar tartışmacı, çabuk sinirlenen, aşağılayıcı şekilde alaycı, hemen küsüveren, beraber yaşanması çok zor olan kişilerdir.

siklotimik bozuklukta bireyin sık depresyon ve hipomani dönemleri vardır. Bu dönemler karışık olabilir, birbirini takip edebilir ya da arada iki ay kadar normal ruh hali görülebilir. Siklotimik bozukluğu olanlar, hipomani ve depresyon dönemlerinde çiftli belirtiler gösterirler.

simgesel ödül biriktirme bir tür edimsel koşullamaya dayalı bir tedavidir. Ödül kazanmak, bilet, para fişi gibi simgesel aracı malzemeler edinmek için bir takım kesin kurallar geliştirilir. Hastalar davranışlarına bağlı olarak kazandıkları fişlerini daha önceden belirlenen düzenli zaman aralıklarında gerçek ödüle çevirirler.

sinir akımı (nerve impulse), bir nöron uygun bir biçimde hücre gövdesi içinde veya dendritleri yoluyla uyarıldığında, hücrenin elektrik potansiyelinde bir değişme olan sinir akımı, akson boyunca terminal uçlara doğru yol alır.

sistematik duyarsızlaştırma (desensitization), yetişkinlerin korktukları şeyleri hayal etmelerinin daha akılcı olacağının düşünülmesiyle, kişinin hayal ettiği korkularına eşlik eden derin gevşemeye dayalı bir tekniktir. Dayandığı ilke karşıt-koşullama ilkesidir. Wolpe ve daha birçok klinisyen tarafından belgelendiğine göre, gerilimli hayallere katlanma yeteneğinin artmasını, genellikle gerçek yaşamda karşılaşılan benzer durumlarda duyulan kaygının azalması izlemiştir.

Sivil mahkumiyet (civil commitment), ruhsal bozukluklara sahip ve tehlikeli bir kişinin, yasaları çiğnememiş olmasına rağmen elinden özgürlüklerinin alınması ve kişinin bir akıl hastalıkları hastanesine konmasını öngören bir süreçtir.

somatik-zayıflık kuramına göre stres ve belirgin psikofizyolojik bozukluk arasındaki ilişki belirgin beden organındaki zayıflıktır. Örneğin doğuştan zayıf bir solunum sistemi bireyi astıma yatkın kılar.

somatizasyon bozukluğu tıbbın ilgi alanına giren, ancak belirgin fiziksel bir nedeni görünmeyen, süreğen, çoklu somatik yakınmalar bu bozukluğun temelini oluşturur. Tanı ölçütlerini karşılamak için dört ağrı belirtisi (örn. Baş, sırt, eklem), iki gastrointestinal sistem belirtisi (örn., İshal, bulantı), ağrıdan farklı olarak bir cinsel sorun belirtisi (örn., Cinsel ilgi kaybı, erektil işlev bozukluğu) ve bir psödonörolojik belirti (konversiyon bozukluğunda olanlar gibi) olması gerekmektedir.

somatoform bozukluklarda, bireyin bedensel eksiklik ya da hastalığı andıran bedeniyle ilgili belirtileri vardır. Bu belirtilerin bazısı çok dramatik olsa da fiziksel bir neden bulunamaz.

somatogenez -bedende *(soma)* yanlış giden bir şeylerin düşünce ve hareketleri de bozacağı düşüncesi-, en erken savunuculardan birinin Hipokrat olduğu değerlendirilir.

sonuç araştırmaları belirli bir müdahalenin ne kadar işe yaradığını bildiren araştırmalardır.

sosyal problem çözümlemesi, danışanların bu konuda eğitimi bir dizi aşama içerir. Önce sıkıntılarına çözülmemiş sorunlara karşı tepki gözüyle bakmaları, hatta sorunlara tehdit yerine meydan okuma veya fırsat gözüyle bakmaları öğretilir. Sonra sorunların ne olabileceği öğretilir. Beyin fırtınasını, yapılabi-

lirliği veya olası etkisini değerlendirmeden olabildiğince çok alternatif çözüm üretmeyi, her çözümün beklenilen sonuçlarını değerlendirmeyi, bir kararı uygulamayı ve amaçlarına ulaşmak için etkinliğini değerlendirmeyi öğrenirler.

sosyal-eleme kuramı, şizofreni ve düşük sosyal sınıf arasındaki ilişkiyi açıklayan sosyojenik hipotezden başka bir kuram da budur. Şizofrenler, psikozları geliştiği süre boyunca şehrin fakirlik yüklü bölgelerine kayabilirler. Bu kişilerin artan güdüsel ve bilişsel sorunları para kazanma yeteneklerini çok azaltabilir, böylece en fakir alanlarda yaşamaktan başka çareleri kalmayabilir. Ya da kendi seçimleriyle sosyal baskının en az olacağı ve yoğun sosyal ilişkilerden kaçabilecekleri alanlara taşınırlar.

sosyojenik hipotez, bazıları düşük sosyal sınıfta olmanın şizofreni nedeni olduğunu düşünmektedirler. Bu düşünceye sosyojenik hipotez denmektedir. Kişinin başkalarından aşağılayıcı muamele görmesi, düşük eğitim düzeyi, fırsat ve ödüllerin olmayışı, en düşük sosyal sınıfa üye olma, çok yoğun bir strese yol açabilir ve kişi bu nedenle şizofreni geliştirebilir. Ancak buna alternatif olarak, en düşük sosyal sınıfa üye olan kişilerin karşılaştığı stresörler biyolojik de olabilir. Örneğin, gebelik döneminde kötü beslenen annelerin çocukları, şizofreninin görülebilmesi açısından diğerlerine göre daha fazla risk altında olabilirler.

stres yönetimi, tansiyon, baş ağrısı, kanser, yüksek tansiyon ve kronik ağrı gibi diğer pek çok hastalıkta da başarıyla kullanılmaktadır. Stres yönetiminde çeşitli teknikler yer almakta ve bir uygulama sürecinde, genellikle birden fazla teknik bir arada kullanılmaktadır: Uyarılmanın azaltılması, bilişsel yeniden yapılandırma, davranışsal beceri eğitimi, çevresel değişim yaklaşımı.

süperego, id ve ego'dan sonra ortaya çıkan sonuncu ruhsal yapıdır, vicdani işlevleri temsil eder ve çocukluk süresince gelişir. Freud'a göre süperego, ego'nun id'den gelişmesi gibi, ego'dan gelişmektedir.

süreç araştırmaları belirli bir sonucun nasıl ortaya çıktığını, yani, terapötik değişimin altında yattığına inanılan süreçlerin ne olduğunu bildiren araştırmalardır.

şeytan çıkarma (exorcism), kötü ruhların törensel mâniler söyleyerek ya da işkence yaparak dışarıya çıkarılması.

şeytancılık (demonology) bir kişinin içinde yaşayabilen ve onun zihnini ve bedenini kontrolü altında tutabilen şeytan gibi kötü bir varlığın var olduğu öğretisi.

şizofreni, düşünce, duygu ve davranışlarda temel bozukluklarla kendini gösteren bir grup psikotik bozukluktur. Bozuk düşüncede fikirler mantıksal olarak bağlı değildir, algı ve dikkat bozuktur. Motor faaliyetlerde garip bozukluklar vardır, uygunsuz ya da donuk duygulanım görülür. Hastanın diğer insanlardan ve gerçeklerden sıklıkla varsam (halüsinasyon) ve sanrılara (hezeyan) kaçmasına neden olur.

şizoid kişilik bozukluğu olan hasta, sosyal ilişkileri istemez ya da bunlardan hoşlanmaz ve genellikle yakın arkadaşları yoktur. Donuk, yavan ve uzak görünür ve diğer insanlara karşı sıcak, içten duyguları yoktur. Bu hastalar çok ender olarak güçlü duygulardan bahsederler, cinselliğe karşı ilgisizdirler ve zevk aldıkları çok az sayıda uğraş vardır. Övülmeye, eleştirilmeye ve başkalarının duygularına karşı ilgisizdirler.

şizotipal kişilik bozukluğu olan hastalar genellikle şizoid kişiliğin kişilerarası ilişki güçlüklerine ve tanıdık olmakla bile azalmayan aşırı bir sosyal kaygıya sahiptirler. Buna ek olarak şizotipal kişilik bozukluğunda pek çok tuhaf belirti ortaya çıkar. Bu belirtiler bir şizofreni tanısı koymaya yetecek kadar şiddetli olmamalarına rağmen, temel olarak şizofreninin başlangıç ve kalıntı dönemlerindeki belirtilerin aynısıdırlar. Şizotipal kişilik bozukluğu olan hastalar *tuhaf inançlara* ve *büyüsel düşüncelere* sahip olabilirler. Bunlar, gözle görülmeyen şeyleri görme ve telepati gibi doğaüstü inançlardır. Aynı zamanda bu hastalar tekrarlayan algı yanılsamaları yaşarlar. Gerçekte orada olmayan bir gücün ya da kişinin orada olduğu hissine kapılabilirler. Konuşurken, alışılmamış ve net olmayan kelimeler kullanabilirler.

tanı bir hastanın belli bir bozukluğu gösteren sorunlarını ve belirtilerini belirlemek için gereken becerilerin kullanımıyla ulaşılan sonuç.

Taşırma (Flooding), hastanın fobi kaynağıyla bütün şiddetiyle yüzleştirildiği terapötik bir tekniktir.

tek denekli deneysel desenlerde, her araştırmada bir kişiyle çalışılır ve denekler değişimlenen bir değişkene maruz bırakılırlar.

tek uçlu (unipolar) depresyon denen *majör depresyon* un belirtileri aşırı elemli bir duygudurum ve iştah, kilo, uyku ve faaliyet düzeyi bozukluklarıdır.

tek yumurta ikizleri (monozygotic twins) -veya özdeş ikizler, döllenen tek bir yumurtadan gelişirler ve genetik olarak tıpatıp aynıdırlar.

tepkime (reactivity) davranışın, kendini izleme olgusuna bağlı olarak değişebileceğini belirtmektedir.

test-tekrar test güvenirliği, araya giren bir kaç hafta veya ay sonra ikinci kez gözlenen ya da almış olduğu testi ikinci kez alan birinin genelde ne derece aynı veya en yakın puanı aldığını ölçer. Bu tür güvenirlik, kuramımız sadece insanların, konu olan değişken üzerinde testler ya da ölçümler arasında anlamlı olarak değişme göstermeyeceğini varsaydığı zaman bir anlam taşır.

teşhircilik, cinsel doyuma ulaşabilmek amacıyla kişinin cinsel organını, onu görmeye istekli olmayan bir yabancıya gösterme ihtiyacının tekrarlayan bir biçimde ortaya çıkmasıdır. Gözetlemecilikte olduğu gibi teşhircilikte de, cinsel organın gösterildiği kişi ile cinsel temasta bulunulması çok nadir rastlanılan bir durumdur. Cinsel uyarılmanın olabilmesi için teşhirci ya cinsel organını gösterdiğini hayal eder ya da gerçekten gösterir ve bu hayali ya da gerçek gösterme sırasında mastürbasyon yapar. Birçok vak'ada cinsel organını gösterdiği kişiyi şaşırtma veya utandırma isteği söz konusudur.

T-grupları ve etkileşim grupları kişilerin savunmaya geçmeden, dürüst bir biçimde davranmalarının desteklendiği bir ortam yaratırlar. Böyle bir ortamda grup üyelerinin geribildirim vermelerine ve almalarına, diğerlerinden nasıl etkilendiklerini ve onları nasıl etkilediklerini görebilmelerine, kendi ve diğerlerinin davranışları ile ilgili neler hissettiklerini inceleyebilmelerine yardımcı olunur. Sonuçta kendilerinin ve diğerlerinin daha fazla farkına varmaları ve kabul etmeleri beklenir.

tıkanırcasına yeme bozukluğu, DSM-IV'de resmi bir tanı olmaktan çok araştırılması gerekli bir kategori olarak yer almaktadır. Tıkanırcasına yeme bozukluğu, yineleyen tıkanırcasına yeme örüntüsü, bu sırada kendini kontrol etmede güçlük çekmek, tıkanırcasına yeme örüntüsünden rahatsızlık duymak, hızlı ve tek başına yeme gibi diğer özellikleri de içermektedir.

tımarhane (asylums), akıl hastalarının hapsedilme ve bakımları için ayrılan yer.

tik bozukluğu (örn. Tourette), ani, hızlı, yineleyici, ritmik olmayan, kalıplaşmış motor davranımlar ya da sesler çıkarma ile belirgindir.

tolerans geliştirme, (a) aynı etkiyi elde etmek için maddenin daha yüksek dozlarda kullanımı veya (b) aynı dozda alınıyorsa etkisinin giderek azalması.

toplumsal psikoloji hastalıkların ve davranış problemlerinin başlamasını önlemek amacıyla toplumun çeşitli kesimlerine müdahalelerde bulunur ve *toplumsal ruh sağlığı* ise ekonomik açıdan daha dar gelirli kişilerin ruh sağlığı hizmetlerine (yatısız veya yatılı) daha kolay ve daha ekonomik bir şekilde ulaşabilmelerine yardımcı olur.

travestik fetişizm Eğer bir erkek kadın giysileri giyerek cinsel olarak uyarılabiliyorsa, kendini bir erkek olarak görse de, travestik fetişizm veya travestizm söz konusudur. Bir travesti sosyal yaşamda bir kadın gibi görünmekten hoşlanabilir. Bazıları gece klüplerinde kadınları taklit ederek ve kadınlara özgü kıyafetlerle seyircileri eğlendirirler. Ancak kadın giysileri giymek cinsel uyarılmaya yol açmadıkça, bir kadın gibi giyinerek kadınları taklit edenleri travesti olarak değerlendirmemek gerekir.

travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), büyük bir stres karşısında, artmış kaygı, travmayla ilgili uyarıcılardan kaçınma ve duygusal tepkilerin azalması gibi aşırı tepkileri yansıtır.

trisiklikler antidepresif ilaçlardan bir grup olan maddeler, bu ismi moleküllerinde birbirine girmiş üç halka içerdikleri için almışlardır.

uygunsuz duygulanım hastanın duygusal tepkileri bağlamla ilgili değildir. Hasta annesinin öldüğünü yeni duyduğu zaman gülebilir ya da yeni elbise üstüne uygun mu gibi basit bir soru karşısında öfkeye kapılabilir.

uykuda solunum yokluğu (sleep apnea) gece boyunca on ve üzeri bir saniyelik zaman dilimi boyunca solumanın yineleyici olarak durduğu bir solunum bozukluğudur. Normal uykuyu ciddi şekilde bozar ve zamanla yorgunluğa, kas ağrılarına ve kan basıncının yükselmesine neden olur.

üçüncü değişken sorunu, iki değişken arasındaki ilişkinin, önceden görülemeyen bir üçüncü değişken tarafından sağlanıyor olabileceğini anlatır.

vajinismus vajenin dış üçte birindeki kaslarda birleşmeyi engelleyecek biçimde yineleyen ya da sürekli istem dışı spazmın oluşmasıdır.

varsanılar (halüsinasyonlar) çevreden gelen uyarıcı olmadığı halde duyusal yaşantıların olmasıdır. En sıklıkla işitsel, daha az sıklıkla görsel alanda görülürler.

vekâleten (vicarious) öğrenme tepkilerin başkalarını gözleyerek öğrenilmesi olarak tanımlanır.

yansıtma (projeksiyon) paranoid bozukluklarda önemi olan savunma mekanizmasıdır. Yansıtma, bireyin bilinçli farkındalığının kabul etmeyeceği ama yine de sahip olduğu bazı özelliklerinin ya da arzularının, onlar sanki kendisine ait değiller de başkasına aitlermiş gibi, o başkasına atfedilmesidir.

yapay (factitious) bozuklukta hasta amaçlı olarak fiziksel bir belirti ortaya çıkarır (bazen de psikolojik bir belirti). Hastalar belirtileri kendileri yaratırlar. Örneğin akut bir ağrı, ya da ağrı veren bir yaralanma. Numara yapmadan farklı olarak belirtiler tahmin edilebilir bir amaç ile daha az bağlantılıdır; yapay bozuklukta fiziksel ya da psikolojik belirtilerin neye hizmet ettiği pek belli değildir.

yapı geçerliği, kaygıyı ölçen testte olduğu gibi, bir testten alınan puanların, bir başka değişken grubuna beklenen şekillerde uyup uymadıklarıyla ilgilidir.

yapısal sosyal destek, bireyin sosyal ilişkilerindeki temel ağı ifade eder (örn., evlilik durumu ve arkadaşların sayısı).

yapısalcılık, zihinsel işlevler ve zihinsel yapı (aklın yapısı) üzerindeki çalışmaları temsil eden akımdır.

yasaksevi (ensest) ile evliliğin yasak olduğu yakın akrabalar arasındaki cinsel ilişkiler kastedilir.

yaş etkileri, araştırmalarda belirli bir takvim yaşında olmanın etkileridir, **kuşağa özgü (cohort) etkiler,** belirli bir yılda doğma, kendine özgü baskılar, sorunlar, tehditler ve olanakları içeren belirli bir zaman diliminde yetişmiş olmanın araştırmalardaki etkileridir.

yaşam boyu yaygınlık oranı, bozuklukların belli bir zaman dilimi yerine yaşam boyunca herhangi bir zamanda görülmesini saptayan orandır.

yaşantısal (experiential) terapiler diye de adlandırılan, **insancıl** ve **varoluşçu** terapiler de psikanalitik terapiler gibi, içgörü odaklıdır. Bunlar, davranışların, en iyi şekilde, kişinin güdülenmeleri ve gereksinmeleri konusundaki farkındalığının arttırılması ile değiştirilebileceği temel varsayımına dayanırlar.

yatıştırıcılar (sedatifler), sıklıkla sakinleştiriciler olarak da anılır, bedenin aktivitesini yavaşlatırlar ve tepkilerini azaltırlar. Bu grup ilaçlar opiyatlar -opium ve ondan türetilen morfin, eroin ve kodein-, sentetik barbituratlar ve sekobarbital (Seconal) gibi sakinleştiricilerden (tranklizan) oluşur.

yatkınlık-stres paradigması, biyolojik, psikolojik ve çevresel etkenleri birbirine bağlar ve öğrenme, bilişsel ya da psikodinamik gibi belirli bir düşünce akımı ile sınırlı değildir. Bu paradigma, hastalığa yatkınlık, kalıtsal yatkınlık, ve çevresel ya da yaşamsal rahatsızlıklar - stres - arasındaki etkileşim üzerinde odaklaşır.

yaygın gelişimsel bozukluklarda, diğer kişilerle etkileşim ve iletişimi de içeren gelişimin pek çok alanında ciddi ve yaygın bozulmalar ve yineleyici davranışlar sergilenir.

yaygınlık (prevelans), bir bozukluğun belirli bir anda ya da zaman dilimi içerisinde belli bir nüfusta görülme oranıdır.

yazılı ifade bozukluğu, yazılı kelimeleri (heceleme hataları; gramer ve noktalama hataları ya da kötü el yazısı gibi) bütünleştirme yeteneğindeki bozulma ile tanımlanır, bu yazma becerisi gerektiren günlük işlerde ya da akademik başarıda yeterince bir ciddi olumsuz etkidir.

yer değiştirme (displacement), heyecansal tepkiyi olası tehlikeli nesnenin aslından başkasına yöneltmektir.

yoksunluk (withdrawal) belirtileri, kişi madde alımını kestiği ya da azalttığı zaman olumsuz fiziksel ve psikolojik etkiler gelişir. Kişi ayrıca maddeyi yoksunluk belirtilerini önlemek ya da azaltmak amacıyla da kullanabilir.

yordayıcı geçerlik belli bir bozukluğu bulunanların gelecekteki davranışlarına işaret etmektedir. Bozukluğun özgül bir sonucu ya da gidişi olabilir; örneğin, yüksek oranda iyileşme ya da sorunların pek değişmeden sürmesi beklenebilir. Ayrıca, bu tanı grubundakilerin belirli bir tedaviye benzer yanıtlar vermeleri beklenebilir.

yüceltme (sublimation), cinsel veya saldırgan dürtülerin, toplum tarafından beğenilen, değer verilen sosyal davranışlara dönüştürülmesidir.

yüksek risk yönteminde, örneklem olarak, örneğin sadece yetişkinler arasından şizofreni olma riski ortalamadan yüksek olan kişiler seçilir.

zekâ geriliği, zekâ işlevlerinin belirgin biçimde ortalamanın altında oluşu, uyum işlevlerinde varolan bozuklukların eşlik etmesi, 18 yaşından önce fark edilmesi durumudur.

zihinsel yetenek testi veya IQ testi de denen **zekâ testi,** kişinin mevcut zihinsel yeteneğini değerlendirmek için geliştirilen standart ölçü aracıdır.

KAYNAKLAR

Abel, G.G., Mittelman, M.S., & Becker, J.V. (1985). Sexual offenders: Results of assessment and recommendations for treatment. In M.H. Ben-Aron, S.J. Hucker, & C.D. Webster (Eds.), *Clinical criminology: The assessment and treatment of criminal behavior*. Toronto: M & M Graphics.

Abrams, R., Swartz, C.M., & Vedak, C. (1991). Antidepressant effects of high-dose right unilateral electroconvulsive therapy. *Archives of General Psychiatry, 48,* 746- 748.

Abramson, L.V., Metalsky, G.I., & Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review, 96,* 358 -372.

Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., & Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *journal of Abnormal Psychology, 87,* 49 -74.

Achenbach, T.M., & Edelbrock, C.S. (1978). The classification of child psychopathology: A review of empirical efforts. *Psychological Bulletin, 85,* 1275-1301.

Ackerman, N.W. (1966). *Treating the troubled family*. New York: Basic Books.

Adams, H.E., Wright, L.W., Jr., & Lohr, B.A. (1996). Is homophobia associated with homosexual arousal? *Journal of Abnormal Psychology, 105,* 440-445.

Adams, K.M. (1980). In search of Luria's battery: A false start. *journal of Consulting and Clinical Psychology, 48,* 511-516.

Addis, M.E. (1997). Evaluating the treatment manual as a means of disseminating empirically validated psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice,* 4, 1-11.

Adelmann, P.K. (1994). Multiple roles and psychological well-being in a national sample of older adults. *journal of Gerontology, 49,* S277-S285.

Adler, A. (1929). *Problems of neurosis*. New York: Harper & Row.

Agras, W.S., Rossiter, E.M., Arnow, B., Schneider, J.A., Telch, C.F., Raeburn, S.D., Bruce, B., Perl, M., & Koran, L.M. (1). Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison. *American Journal of Psychiatry, 149,* 82-87.

Akbarian, S., Kim, J.J., Potkin, S.G., Hagman, J.O., Tafazzoli, A., et al. (1995). Gene expression for glutamic acid decarboxylase is reduced without loss of neurons in prefrontal cortex of schizophrenics. *Archives of General Psychiatry,* 52, 258-266.

Akillas, E., & Efran, J.S. (1995). Symptom prescription and reframing: Should they be combined? *Cognitive Therapy and Research, 19,* 263-279.

Albano, A.M., Marten, P.A., Holt, C.S., Heimberg, R.G., et al. (1995). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents: A preliminary study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 183,* 649-656.

Albee, G.W., Lane, E.A., & Reuter, J.M. (1964). Childhood intelligence of future schizophrenics and neighborhood peers. *Journal of Psychology, 58,* 141-144.

Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration. (1996). Reports of the Secretary's Task Force on Youth Suicide. *Vols. 1-4,* Washington, DC. U.S. Government Printing Office.

Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine*. New York: Norton.

Alexander, F., & French, T.M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Ronald Press.

Alexander, J.F., Holtzworth-Munroe, A., & Jameson, P. (1994). The process and outcome of marital and family therapy: Research review and evaluation. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Fourth edition (pp. 595-630). New York: Wiley.

Alexander, P.C., & Lupfer, S.L. (1987) Family characteristics and long-term consequences associated with sexual abuse. *Archives of Sexual Behavior, 16,* 235-245.

Allderidge, P. (1979). Hospitals, mad houses, and asylums: Cycles in the care of the insane. *British journal of Psychiatry, 134,* 321-324.

Allen, G.J., Chinsky, J.M., Larsen, S.W., Lockman, J.E., & Selinger, H.V. (1976). *Community psychology and the schools: A behaviorally oriented multilevel preventive approach*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Allen, M.G. (1976). Twin studies of affective illness. *Archives of General Psychiatry, 33,* 1476-1478.

Allison, R.B. (1984). Difficulties diagnosing the multiple personality syndrome in a death penalty case. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 32,* 102-117.

Alloy, L.B., Kelly, K.A., Mineka, S., & Clements, C.M. (1990). Comorbidity in anxiety and depressive disorders: A helplessness/hopelessness perspective. In J.D. Maser & C.R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity in anxiety and mood disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Allport, G.W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Allport, G.W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Almada, S.J. (1991). Neuroticism and cynicism and risk of death in middle aged men: The Western Electric study. *Psychosomatic Medicine, 53,* 165-175.

Altman, D.G., Flora, J.A., & Farquhar, J.W. (1986, August). *Institutionalizing community-based health promotion programs*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Washington, DC. As cited in Maccoby & Altman (1988).

Altshuler, L.L., Post, R.M., Leverich, G.S., Mikalauskas, K., Rusoff, A., & Ackerman, L. (1995). Antidepressant-induced mania and cycle acceleration: A controversy revisited. *American Journal of Psychiatry, 152,* 1130-1138.

Amador, X.F., Flaum, M., Andreasen, N.C., Strauss, D.H., Yale, S.A., et al. (1994). Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorder. *Archives of General Psychiatry, 51,* 826-836.

Aman, M.G., & Kern, R.A. (1989). Review of fenfluramine in the treatment of the developmental disabilities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28,* 549-565.

American Association of Mental Retardation. (1992). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of support*. Washington, DC: Author.

American Law Institute. (1962). *Model penal code: Proposed official draft*. Philadelphia: Author.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition (DSM-IV). *Washington, DC: Author.*

American Psychiatric Association Board of Trustees. (1993). *Statement on memo-*

ries of sexual abuse. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1992). AIDS policy: Guidelines for outpatient psychiatric services. *American Journal of Psychiatry, 149,* 721.

American Psychiatric Association. (1993). Practice guidelines for major depressive disorder in adults. *American Journal of Psychiatry, 150,* All.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. First edition, 1952; second edition, 1968; third edition, 1980; revised, 1987. Washington, DC: Author.

Ames-Frankel, J., Devlin, M.J., Walsh, B.T., Strasser, T.J., & Sadick, C. (1992). Personality disorder diagnoses in patients with bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry, 53,* 90-96.

Amoss, P.T., & Harrell, S. (1981). Introduction: An anthropological perspective on aging. In P.T. Amoss & S. Harrell (Eds.), *Other ways of growing old* (pp. 1-24). Stanford, CA: Stanford University Press.

Anastasi, A. (1990). *Psychological testing* (6th ed.). New York: Macmillan.

Anderson, B.J., & Wolf, F.M. (1986). Chronic physical illness and sexual behavior: Psychological issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,* 168-175.

Anderson, B.L. (1983). Primary orgasmic dysfunction: Diagnostic considerations and review of treatment. *Psychological Bulletin, 93,* 105-136.

Anderson, B.L. (1992). Psychological interventions for cancer patients to enhance quality of life. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 552-568.

Anderson, C.A. (1991). How people think about causes: Examination of the typical phenomenal organization of attributions for success and failure. *Social Cognition, 9,* 295-329.

Anderson, G.M., & Hoshino, Y. (1987). Neurochemical studies of autism. In D.J. Cohen, A.M. Donnellan, & R. Paul (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 166-191). New York: Wiley.

Anderson, J.C., Williams, S., McGee, R., & Silva, A. (1987). DSM-III disorders in pre-adolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry, 44,* 69 - 76.

Anderson, L.T., Campbell, M., Adams, P., Small, A.M., Perry, R., & Shell, J. (1989). The effects of haloperidol on discrimination learning and behavioral symptoms in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 19,* 227-239.

Andreasen, N.C. (1979). Thought, language, and communication disorders: 2. Diagnostic significance. *Archives of General Psychiatry, 36,* 1325-1330.

Andreasen, N.C., & Olsen, S.A. (1982). Negative versus positive schizophrenia. Definition and validation. *Archives of General Psychiatry, 39,* 789-794.

Andreasen, N.C., Flaum, M., Swayze, V.W., Tyrrell, G., & Arndt, S. (1990). Positive and negative symptoms in schizophrenia: A critical reappraisal. *Archives of General Psychiatry, 47,* 615-621.

Andreasen, N.C., Olsen, S.A., Dennert, J.W., & Smith, M.R. (1982). Ventricular enlargement in schizophrenia: Relationship to positive and negative symptoms. *American Journal of Psychiatry, 139,* 297-302.

Andreasen, N.C., Rice, J., Endicott, J., Coryell, W., Grove, W.W., & Reich, T. (1987). Familial rates of affective disorder. *Archives of General Psychiatry, 44,* 461-472.

Andreasen, N.C., Swayze, V.W., Flaum, M. et al. (1990). Ventricular enlargement in schizophrenia evaluated with computed tomographic scanning: Effects of gender, age, and stage of illness. *Archives of General Psychiatry, 47,* 1008-1015.

Andress, V.R., & Corey, D.M. (1978). Survivor-victims: Who discovers or witnesses suicide? *Psychological Reports, 42,* 759-764.

Angold, A., & Rutter, M. (1992). Effects of age and pubertal status on depression in a large clinical sample. *Development and Psychopathology, 4,* 5-28.

Angrist, B., Lee, H.K., & Gershon, S. (1974). The antagonism of amphetamine-induced symptomatology by a neuroleptic. *American Journal of Psychiatry, 131,* 817-819.

Anthony-Bergstone, C., Zarit, S.H., & Gatz, M. (1988). Symptoms of psychological distress among caregivers of dementia patients. *Psychology and Aging, 3,* 245-248.

Antoni, M.H., Baggett, L., Ironson, G., LaPerriere, A., August, S., Klimas, N., Schneiderman, N., & Fletcher, M.A. (1991). Cognitive-behavioral stress management intervention buffers distress responses and immunologic changes following notification of HIV-1 seropositivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 906-915.

Antoni, M.H., Schneiderman, N., Fletcher, M.A., Goldstein, D.A., Ironson, G., & Laperriere, A. (1990) Psychoneuroimmunology and HIV-1. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,* 38-49.

Antonovsky, H., Sadowsky, M., & Maoz, B. (1990). Sexual activity of aging men and women: An Israeli study. *Behavior, Health, and Aging, 1,* 151-161.

Apfelbaum, B. (1989). Retarded ejaculation: A much-misunderstood syndrome. In S.R. Leiblum & R.C. Rosen (Eds.), *Principles and practice of sex therapy: Update for the 1990s* (pp. 168 -206). New York: Guilford.

Appel, L.J., Moore, T.J., Obarzanek, E., Vollmer, W.M., Svetkey, L.P., Sacks, F.M., Bray, G.A., Vogt, T.M., Cutler, J.A., Windhauser, M.M., Lin, P-H, Karanja, N., for the DASH Collaborative Research Group. (1997). A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. *New England Journal of Medicine, 336,* 1117-1124.

Appelbaum, P.S. (1985). *Tarasoff* and the clinician: Problems in fulfilling the duty to protect. *American Journal of Psychiatry, 142,* 425-429.

Appelbaum, P.S., & Greer, A. (1994). Who's on trial? Multiple personalities and the insanity defense. *Hospital and Community Psychiatry, 45,* 965-966.

Appelbaum, P.S., & Grisso, T. (1995). The MacArthur Treatment Competence Study: 1. Mental illness and competence to consent to treatment. *Law and Human Behavior, 19,* 105-126.

Appelbaum, P.S., & Gutheil, T. (1980). The Boston State Hospital case: "Involuntary mind control, " the Constitution, and the "right to rot." *American Journal of Psychiatry, 137,* 720-727.

Appelbaum, P.S., & Gutheil, T. (1991). *Clinical handbook of psychiatry and the law*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Appleby, P.R. (1995). *Rationalizing risk: Sexual behavior of gay male couples*. Unpublished masters thesis, University of Southern California.

Apt, C., & Hurlbert, D.H. (1994). The sexual attitudes, behavior, and relationships of women with histrionic personality disorder. *Journal of Sex and Marital Therapy, 20,* 125-133.

Arbuthnot, J., & Gordon, D.A. (1986). Behavioral and cognitive effects of a moral reasoning development intervention for high-risk behavior disordered adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,* 208-216.

Ard, B.N., Jr. (1977). Sex in lasting marriages: A longitudinal study. *Journal of Sex Research, 13,* 274-285.

Arentewicz, G., & Schmidt, G. (1983). The treatment of sexual disorders: Concepts and techniques of couple therapy. *New York: Basic Books*.

Arieti, S. (1979). New views on the psychodynamics of phobias. *American Journal of Psychotherapy,* 33, 82- 95.

Arkowitz, H. (1989). The role of theory in psychotherapy integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy, 8,* 8-16.

Arkowitz, H. (1992). Integrative theories of therapy. In D. Freedheim (Ed.), *The history of psychotherapy: A century of change*. Washington, DC: American Psychological Association.

Arndt, I.O., Dorozynsky, L., Woody, G.E., McLellan, A.T., & O'Brien, C.P. (1992).

Desipramine treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients. *Archives of General Psychiatry, 49,* 888-893.

Arnow, B., Kenardy, J., & Agras, W.S. (1992). Binge eating among the obese. *Journal of Behavioral Medicine, 15,* 155-170.

Aronson, E. (1972). *The social animal*. San Francisco: Freeman.

Aronson, E., & Carlsmith, J.R. (1968). Experimentation in social psychology. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *The handbook of social psychology: Vol 2. Research methods*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

Artiles, A.J., & Trent, S.C. (1994). Overrepresentation of minority students in special education: A continuing debate. *Journal of Special Education,* 27, 410-437.

Ascher, L.M., & Turner, R.M. (1979). Paradoxical intention and insomnia: An experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy, 17,* 408-411.

Associated Press. (1996, October 5). Congress adds to penalty for using "date-rape" drugs. *Los Angeles Times,* p. A3.

Asthana, S., Craft, S., Baker, L.D., Raskind, M.A., Avery, E., Lofgreen, C., Wilkinson, C.W., Falzgraf, S., Veith, R.C., & Plymate, S.R. (1996). Transdermal estrogen improves memory in women with Alzheimer's Disease. Annual meeting of the Society for Neuroscience, November (abstract).

Atchley, R. (1980). Aging and suicide: Reflection of the quality of life. In S. Haynes & M. Feinleib (Eds.), *Proceedings of the Second Conference on the Epidemiology of Aging*. National Institute of Health, Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Atkeson, B.M., Calhoun, K.S., Resick, P.A., & Ellis, E.M. (1982). Victims of rape: Repeated assessment of depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50,* 96-102.

Atkinson, D. (1985). Karl Marx and group therapy. *Counseling and Values, 29,* 183-184.

Atkinson, D.R., Maruyama, M., & Matsui, S. (1978). The effects of counselor race and counseling approach on Asian Americans' perception of counselor credibility and utility. *Journal of Counseling Psychology, 25,* 76-83.

Austin, L.S., Lydiard, R.B., Forey, M.D., & Zealberg, J.J. (1990). Panic and phobic disorders in patients with obsessive personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 51,* 456-458.

Awad, G.A., & Saunders, E. (1989). Adolescent child molesters: Clinical observations. *Child Psychiatry and Human Development, 19,* 195-206.

Ayllon, T., & Azrin, N.H. (1968). The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation. New York: Appleton-Century-Crofts.

Azrin, N.H., Sisson, R.W., Meyers, R., & Godley, M. (1982). Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 13,* 105- 112.

Azrin, N.H., Sneed, T.J., & Foxx, R.M. (1973). Dry bed: A rapid method of eliminating bedwetting (enuresis) of the retarded. *Behaviour Research and Therapy, 11,* 427-434.

Bach, G.R. (1966). The marathon group: Intensive practice of intimate interactions. *Psychological Reports, 181,* 995-1002.

Bachrach, H., Galatzer-Levy, R., Skolnikoff, A., & Waldron, S. (1991). On the efficacy of psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 39,* 871-916.

Badeau, D. (1995). Illness, disability and sex in aging. *Sexuality and Disability, 13,* 219-237.

Badian, N.A. (1983). Dyscalculia and nonverbal disorders of learning. In H.R. Myklebust (Ed.), *Progress in learning disabilities* (Vol. 5). New York: Grune & Stratton.

Baer, J.S., & Lichtenstein, E. (1988). Cognitive assessment. In D.M. Donovan & G.A. Marlatt (Eds.), *Assessment of addictive behaviors* (pp. 189-213). New York: Guilford.

Baer, L., Jenike, M.A., Ricciardi, J.N., Holland, A.D., Seymour, R.J., et al. (1990). Standardized assessment of personality disorders in obsessive compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry, 47,* 826-831.

Baer, L., & Jenike, M.A. (1992). Personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 15,* 803-812.

Baer, L., Rauch, S.L., Ballantine, H.T., Martuza, R., Cosgrove, R., et al. (1995). Cingulatomy for intractable obsessive-compulsive disorder. *Archives of General*

Psychiatry, 52, *384-392*.

Bailey, A., LeCouteur, A., Gottesman, I., Bolton, P., Simonoff, E., Yuzda, E., & Rutter, M. (1995). Autism as a strongly genetic disorder: Evidence from a British twin study. *Psychological Medicine, 25,* 63- 77.

Baker, T., & Brandon, T.H. (1988). Behavioral treatment strategies. In *A report of the Surgeon General: The health consequences of smoking: Nicotine addiction*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Bakwin, H. (1973). The genetics of enuresis. In J. Kolvin, R.C. MacKeith, & S.R. Meadow (Eds.), *Enuresis and encopresis*. Philadelphia: Lippincott.

Ball, J.C., & Chambers, C.D. (Eds.). (1970). *The epidemiology of opiate addiction in the United States*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Ball, J.C., & Ross, A. (1991). The effectiveness of methadone maintenance treatment. *New York: Springer-Verlag*.

Ball, S.A., Carroll, K.M., & Rounsaville, B.T. (1994). Sensation seeking, substance abuse, and psychopathology in treatment-seeking and community cocaine abusers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 1053-1057.

Ball-Rokeach, S.J., Rokeach, M., & Grube, J.W. (1984). *The great American values test*. New York: Free Press.

Ballard, E.L. (1995). Attitudes, myths, and realities: Helping family and professional caregivers cope with sexuality in the Alzheimer's patient. *Sexuality and Disability, 13,* 255-270.

Ballenger, J.C., Burrows, G.O., DuPont, R.L., Lesser, M., Noyes, R.C., Pecknold, J.C., Rifkin, A., & Swinson, R.P. (1988). Alprazolam in panic disorder and agoraphobia, results from multicenter trial. *Archives of General Psychiatry, 45,* 413-421.

Baltes, M.M. (1988). The etiology and maintenance of dependency in the elderly: Three phases of operant research. *Behavior Therapy, 19,* 301-319.

Bancroft, J. (1988). Sexual desire and the brain. *Sexual and marital therapy, 3,* 11-29.

Bancroft, J.H. (1989). *Human sexuality and its problems* (2nd ed.). Edinburgh: Churchill Livingston.

Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84,* 191-215.

Bandura, A. (1982). The psychology of chance encounters. *American Psychologist, 37,* 747- 755.

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. *Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall*.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. *New York: Freeman*.

Bandura, A., & Menlove, F.L. (1968). Factors determining vicarious extinction of avoidance behavior through symbolic modeling. *Journal of Personality and Social Psychology, 8,* 99-108.

Bandura, A., & Perloff, B. (1967). Relative efficacy of self-monitored and externally imposed reinforcement systems. *Journal of Personality and Social Psychology, 7,* 111-116.

Bandura, A., & Rosenthal, T.L. (1966). Vicarious classical conditioning as a func-

tion of arousal level. *Journal of Personality and Social Psychology,* 3, 54-62.

Bandura, A., & Walters, R.H. (1963). *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Bandura, A., Blanchard, E.B., & Ritter, B. (1969). Relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes. *Journal of Personality and Social Psychology, 13,* 173-199.

Bandura, A., Grusec, J.E., & Menlove, F.L. (1967). Vicarious extinction of avoidance behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 5,* 16-23.

Bandura, A., Jeffrey, R.W., & Bachicha, D.L. (1974). Analysis of memory codes and cumulative rehearsal in observational learning. *Journal of Research in Personality,* 7, 295 - 305.

Banis, H.T., Varni, J.W., Wallander, J.L., Korsch, B.M., Jay, S.M., Adler, R., Garcia-Temple, E., & Negrete, V. (1988). Psychological and social adjustment of obese children and their families. *Child: Care, Health, and Development, 14,* 157-173.

Bank, L., Marlowe, J.H., Reid, J.B., Patterson, G.R., & Weinrott, M.R. (1991). A comparative evaluation of parent-training interventions for families of chronic delinquents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 19,* 15-33.

Barabee, H.E., Marshall, W.L., Yates, E., & Lightfoot, L. (1983). Alcohol intoxication and deviant sexual arousal in male social drinkers. *Behaviour Research and Therapy, 21,* 365 -373.

Barbarin, O.A., & Soler, R.E. (1993). Behavioral, emotional, and academic adjustment in a national probability sample of African-American children: Effects of age, gender, and family structure. *Journal of Black Psychology, 19,* 423 -446.

Barber, T.X., & Silver, M.J. (1968). Fact, fiction, and the experimenter bias effect. *PsychologicalBulletin,MonographSupplement, 70,* 1-29.

Barclay, D.R., & Houts, A.C. (1995). Childhood enuresis. In C. Schaefer (Ed.), *Clinical handbook of sleep disorders in children* (pp. 223-252). Northvale, NJ: Jason Aronson.

Barefoot, J.C., Dahlstrom, G., & Williams, R.B. (1983). Hostility, CHD incidence, and total mortality: A 25-year follow-up study of 255 physicians. *Psychosomatic Medicine, 45,* 59-63.

Barefoot, J.C., Peterson, B.L., Dahlstrom, W.G., Siegler, I.C., Anderson, N.B., et al. (1991). Hostility patterns and health implications: Correlates of Cook-Medley hostility scale scores in a national survey. *Health Psychology, 10,* 18-24.

Barkley, R.A. (1981). Hyperactive children: A handbook for diagnosis and treatment. *New York: Guilford.*

Barkley, R.A. (1990). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. *New York: Guilford.*

Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive function: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin, 121,* 65-94.

Barkley, R.A., Copeland, A.P., & Sivage, C. (1980). A self-control classroom for hyperactive children. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 10,* 75-89.

Barkley, R.A., DuPaul, G.J., & McMurray, M.B. (1990). A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,* 775 - 789.

Barkley, R.A., Fischer, M., Edelbrock, C.S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: 1. An 8 year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29,* 546-557.

Barkley, R.A., Grodzinsky, G., & DuPaul, G.J. (1992). Frontal lobe functions in attention deficit disorder with and without hyperactivity: A review and research report. *Journal of Abnormal Child Psychology, 20,* 163-188.

Barkley, R.A., Karlsson, J., & Pollard, S. (1985). Effects of age on the mother-child interactions of hyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 13,* 631-638.

Barlow, D.H. (1988). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. *New York: Guilford.*

Barlow, D.H., Abel, G.G., & Blanchard, E.B. (1979). Gender identity change in transsexuals. *Archives of General Psychiatry, 36,* 1001-1007.

Barlow, D.H., Becker, R., Leitenberg, H., & Agras, W.S. (1970). A mechanical strain gauge for recording penile circumference. *Journal of Applied Behavior Analysis, 3,* 73-76.

Barlow, D.H., Blanchard, E.B., Vermilyea, J.A., Vermilyea, B.B., & DiNardo, P.A.

(1). Generalized anxiety and generalized anxiety disorder: Description and reconceptualization. *American Journal of Psychiatry, 143,* 40-44.

Barlow, D.H., Cohen, A.B., Waddell, M.T., Vermilyea, B.B., Klosko, J.S., Blanchard, E.B., & DiNardo, P.A. (1984). Panic and generalized anxiety disorders: Nature and treatment. *Behavior Therapy, 15,* 431-449.

Barlow, D.H., Craske, M.G., Cerny, J.A., & Klosko, J.S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy, 26,* 261-282.

Barlow, D.H., Reynolds, E.J., & Agras, W.S. (1973). Gender identity change in a transsexual. *Archives of General Psychiatry, 29,* 569 -576.

Barlow, D.H., et al. (1985). The phenomenon of panic. *Journal of Abnormal Psychology, 94,* 320- 328.

Baron, M., Risch, N., Levitt, M., & Gruen, R. (1985). Familial transmission of schizotypal and borderline personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 1*42, 927-934.

Barr, L.C., Goodman, W.K., McDougle, C.J., Delgado, P.L., Heninger, G.R., et al. (1994). Tryptophan depletion in patients with obsessive-compulsive disorder who respond to serotonin reuptake blockers. *Archives of General Psychiatry, 51,* 309 -317.

Barsky, A.J., Brener, J., Coeytaux, R.R., & Cleary, P.D. (1995). Accurate awareness of heartbeat in hypochondriacal and nonhypochondriacal patients. *Journal of Psychosomatic Research, 39,* 489 -487.

Bartholomew, K., & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61,* 226 -244.

Bartlett, F. (1932). *Remembering*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bartlett, J. (1992). Familiar quotations: A collection of passages, phrases and proverbs traced to their sources in ancient and modern literature. *Boston: Little, Brown and Company.*

Bartlett, J.G. (1993). The Johns Hopkins Hospital guide to medical care of patients with HIV infection. *Baltimore: Williams & Wilkins.*

Bartzokis, G., Liberman, R.P., & Hierholzer, R. (1990). Behavior therapy in groups. In I.L. Kutash & A. Wolf (Eds.), *The group psychotherapist's handbook: Contemporary theory and technique*. New York: Columbia University Press.

Basco, M R., & Rush, A J. (1996). Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder. *New York: Guilford.*

Bass, E., & Davis, L. (1994). The courage to heal: A guide for women survivors of child sexual abuse. *New York: Harper Collins.*

Bastani, B., Nash, J.F., & Meltzer, H.Y. (1990). Prolactin and **Cortisol** responses to MK-212, a serotonin agonist, in obsessive compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry, 47,* 833-839.

Bates, G.W. (1990). Social anxiety and self-presentation: Conversational behaviours and articulated thoughts of heterosexually anxious males. *Unpublished doctoral dissertation, University of Melbourne, Australia.*

Bates, G.W., Campbell, T.M., & Burgess, P.M. (1990). Assessment of articulated thoughts in social anxiety: Modification

of the ATSS procedure. *British Journal of Clinical Psychology, 29,* 91 -98.

Baucom, D., Epstein, N., & Rankin, L. (1995). Integrative couple therapy. In N.S. Jacobson & A.S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 65-90). New York: Guilford.

Baucom, D.H., Epstein, N., Sayers, S.L., & Sher, T.G. (1989). The role of cognitions in marital relationships: Definitional, methodological, and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 31-38.

Baucom, D.H., & Hoffman, J.A. (1986). The effectiveness of marital therapy: Current status and application to the clinical setting. In N.S. Jacobson & A.S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy* (pp. 597-620). New York: Guilford.

Baumeister, A.A., Kupstas, F.D., & Klindworth, L.M. (1991). The new morbidity: A national plan of action. *American Behavioral Scientist, 34,* 468-500.

Baumeister, R.F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review, 97,* 90-113.

Baumgartner, G.R., & Rowen, R.C. (1987). Clonidine vs. chlordiazepoxide in the management of acute alcohol withdrawal. *Archives of Internal Medicine, 147,* 1223-1226.

Baxter, E., & Hopper, K. (1981). Private lives/public places: Homeless adults on the streets of New York City. *New York: Community Service Society.*

Baxter, L.R., Schwartz, J.M., Bergman, K.S., Szuba, M.P., Guze, B.H., Mazziotta, J.C., Alazraki, A., Selin, C.E., Ferng, H., Munford, P., & Phelps, M.E. (1992). Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry, 49, 681*-689.

Beach, S.R.H., & O'Leary, K.D. (1986). The treatment of depression occurring in the context of marital discord. *Behavior Therapy, 17,* 43 -49.

Beach, S.R.H., Sandeen, E.E., & O'Leary, K.D. (1990). *Depression in marriage.* New York: Guilford.

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

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

Beck, A.T. (1986a). Cognitive therapy: A sign of retrogression or progress. *The Behavior Therapist, 9,* 2-3.

Beck, A.T. (1986b). Hopelessness as a predictor of eventual suicide. In J.J. Mann & M. Stanley (Eds.), *Psychobiology of suicidal behavior.* New York: New York Academy of Sciences.

Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, *1,* 5-37.

Beck, A.T., & Ward, C.H. (1961). Dreams of depressed patients: Characteristic themes in manifest content. *Archives of General Psychiatry, 5,* 462-467.

Beck, A.T., Brown, G., Berchick, R.J., Stewart, B.L., & Steer, R.A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry, 147,* 190-195.

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., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *Journal of the American Medical Association, 234,* 1146-1149.

Beck, A.T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal ideation: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47,* 343 -352.

Beck, A.T., Schuyler, D., & Herman, I. (1974). Development of suicidal intent scales. In A.T. Beck, H.L.P. Resnik, & D.J. Lettieri (Eds.), *The prediction of suicide.* Bowie, MD: Charles Press.

Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry, 142,* 559-563.

Beck, J.G. (1995). Hypoactive sexual desire disorder: An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 919-927.

Beck, J.G., & Bozman, A. (1995). Gender differences in sexual desire: The effects of anger and anxiety. *Archives of Sexual Behavior, 24,* 595-612.

Beck, M. (1979, November 12). Viet vets fight back. *Newsweek,* pp. 44 -49.

Becker, J.V. (1990). Treating adolescent sexual offenders. *Professional Psychology: Research and Practice, 21,* 362-365.

Becker, J.V., Kaplan, M.S., Cunningham-Rathner, J., & Kavoussi, R.J. (1986). Characteristics of adolescent incest sexual perpetrators: Preliminary findings. *Journal of Family Violence, 1,* 85-97.

Becker, J.V., Kaplan, M.S., Tenke, C.E., & Tartaglini, A. (1991). The incidence of depressive symptomatology in juvenile sex offenders with a history of abuse. *Child Abuse and Neglect, 15,* 531 -536.

Becker, J.V., Skinner, L.J., Abel, G.G., & Cichon, J. (1986). Level of postassault sexual functioning in rape and incest victims. *Archives of Sexual Behavior, 15,* 37-49.

Bedell, J.R., Archer, R.P., & Marlow, H.A. (1980). A description and evaluation of a problem-solving skills training program. In D. Upper & S.M. Ross (Eds.), *Behavioral group therapy: An annual review* (pp. 3-35). Champaign, IL: Research Press.

Bednar, R.L., & Kaul, T.J. (1994). Experiential group research: Can the canon fire? In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th edition.) New York: Wiley.

Beecher, H.K. (1966). Ethics and clinical research. *New England Journal of Medicine, 274,* 1354-1360.

Begelman, D.A. (1975). Ethical and legal issues of behavior modification. In M. Hersen, R. Eisler, & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification.* New York: Academic Press.

Beidel, D.C. (1991). Social phobia and overanxious disorder in school-age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30,* 545-552.

Bell, J.E. (1961). *Family group therapy.* Washington, DC: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.

Bellack, A.S., & Mueser, K.T. (1993). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 19,* 317-336.

Bellack, A.S., Hersen, M., & Turner, S.M. (1976). Generalization effects of social skills training in chronic schizophrenics: An experimental analysis. *Behavior Research and Therapy, 14,* 391-398.

Bellack, A.S., Morrison, R.L., & Mueser, K.T. (1989). Social problem solving in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 15,* 101-116.

Ben-Porath, Y.S., & Butcher, J.N. (1989). The comparability of MMPI and MMPI-2 scales and profiles. *Psychological* Assessment, 1, 345 -347.

Ben-Tovim, M.V., & Crisp, A.H. (1979). Personality and mental state within anorexia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research, 23,* 321-325.

Benes, F.M., McSparren, J., Bird, T.D., San-Giovanni, J.P., Vincent, S.L., et al. (1991). Deficits in small interneurons in prefrontal and cingulate cortices of schizophrenic and schizoaffective patients. *Archives of General Psychiatry, 48,* 986-1001.

Benkelfat, C., Ellenbogen, M.A., Dean, P., Palmour, R.M., & Young, S.N. (1994b). Mood-lowering effect of tryptophan depletion: Enhanced susceptibility in young men at genetic risk for major affective disorders. *Archives of General Psychiatry, 51,* 687-700.

Bennett, C.C., Anderson, L.S., Cooper, S., Hassol, L., Klein, D.C., & Rosenblum, G. (Eds.). (1966). *Community psychology: A report of the Boston Conference on the educatiori of psychologists for community*

mental health. Boston: Boston University Press.

Bennett, I. (1960). *Delinquent and neurotic children.* London: Tavistock.

Bennett, V. (1997, February 22). Russia's forgotten children. *Los Angeles Times,* pp. Al, A10.

Benson, H., Beary, J.F., & Carl, M.P. (1974). The relaxation response. *Psychiatry, 37,* 37.

Berger, K.S., & Zarit, S.H. (1978). Late life paranoid states: Assessment and treatment. *American journal of Orthopsychiatry, 48,* 528-537.

Bergin, A.E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis.* New York: Wiley.

Bergin, A.E., & Garfield, S.L. (Eds.). (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change.* Fourth edition. New York: Wiley.

Bergin, A.E., & Lambert, M.J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed.). New York: Wiley.

Berlin, F.S., & Meinecke, C.F. (1981). Treatment of sex offenders with antiandrogenic medication: Conceptualization, review of treatment modalities, and preliminary findings. *American journal of Psychiatry, 138,* 601-607.

Berman, A.L., & Jobes, D.A. (1996). *Adolescent suicide: Assessment and intervention.* Washington, DC: American Psychological Association.

Berman, E.M., & Lief, H.I. (1976). Sex and the aging process. In W.W. Oaks, G.A. Melchiode, & I. Ficher (Eds.), *Sex and the life cycle.* New York: Grune & Stratton.

Berman, J.S., & Norton, N.C. (1985). Does professional training make a therapist more effective? *Psychological Bulletin, 98,* 401-407.

Bernstein, D.A., & Nietzel, M.T. (1980). *Introduction to clinical psychology.* New York: McGraw-Hill.

Bernstein, D.P., Useda, D., & Siever, L.J. (1993). Paranoid personality disorder: Review of the literature and recommendations. *Journal of Personality Disorders,* 7, 53-62.

Berrettini, W.H., Goldin, L.R., Gelernter, J., Geiman, P.Z., Gershon, E., et al. (1990). X-chromosome markers and manic-depressive illness: Rejection of linkage to Xq28 in nine bipolar pedigrees. *Archives of General Psychiatry, 47,* 366-373.

Berry, J.C. (1967). *Antecedents of schizophrenia, impulsive character and alcoholism in males.* Paper presented at the 75th Annual Convention of the American Psychological Association, Washington, DC.

Besdine, R.W. (1980). Geriatric medicine: An overview. In C. Eisodorfer (Ed.), *Annual review of gerontology and geriatrics.* New York: Springer.

Betancourt, H., & Lopez, S. (1993). The study of culture, ethnicity, and race in American psychology. *American Psychologist, 48,* 629-637.

Bettelheim, B. (1967). *The empty fortress.* New York: Free Press.

Bettelheim, B. (1973). Bringing up children. *Ladies Home Journal, 90,* 28.

Bettelheim, B. (1974). *A home for the heart.* New York: Knopf.

Beutler, L.E. (1979). Toward specific psychological therapies for specific conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47,* 882-897.

Beutler, L.E. (1983). Eclectic psychotherapy: A systematic approach. *New York: Pergamon.*

Beutler, L.E. (1991). Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky et al.'s verdict, *journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 226-232.

Beutler, L.E. (1997). The psychotherapist as a neglected variable in psychotherapy: An illustration by reference to the role of therapist experience and training. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4,* 44-52.

Beutler, L.E., & Davison, E.H. (1995). What standards should we use? In S.C. Hayes, V.M. Follette, R.M. Dawes, & K.E. Grady (Eds.), *Scientific standards of psychological practice: Issues and recommendations* (pp. 11-24). Reno, NV: Context Press.

Beutler, L.E., & Harwood, T.M. (1995). Prescriptive psychotherapies. *Applied and Preventive Psychology, 4,* 89-100.

Beutler, L.E., Crago, M., & Arizmendi, T.G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.). New York: Wiley.

Beutler, L.E., Machado, P.P.P., & Neufeldt, S.A. (1994). Therapist variables. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change.* Fourth edition (pp. 229 -269). New York: Wiley.

Beutler, L.E., Scogin, F., Kirkish, P., Schretlen, D., Corbishley, A., Hamblin, D., Meredith, K., Potter, R., Bamford, C.R., & Levenson, A.I. (1987). Group cognitive therapy and alprazolam in the treatment of depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 550-556.

Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S.

(1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, and other disorders. *American Journal of Psychiatry, 148,* 564-577.

Biederman, J., Rosenbaum, J., Hirschfeld, D., Faraone, S., Bolduc, E., & et al. (1990). Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry. 47,* 21-26.

Billings, A. (1979). Conflict resolution in distressed and nondistressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47,* 368-376.

Billings, A.G., Cronkite, R.C., & Moos, R.H. (1983). Social-environmental factors in unipolar depression: Comparisons of depressed patients and nondepressed controls. *Journal of Abnormal Psychology, 92,* 119-133.

Bion, W. (1959). *Experiences in groups.* New York: Basic Books.

Birbaumer, H. (1977). Biofeedback training: A critical review of its clinical applications and some possible future directions. *European Journal of Behavioral Analysis and Modification, 4,* 235-251.

Birnbaum, M. (1960). The right to treatment. *American Bar Association Journal, 46,* 499-505.

Birren, J.E., & Schaie, K.W. (Eds). (1996). *Handbook of the psychology of aging.* Fourth edition. San Diego, CA: Academic Press.

Bisette, G., Smith, W.H., Dole, K.C., Crain, B., Ghanbari, B., Miller, B., & Nemeroff, C.B. (1991). Alterations in Alzheimer's disease-associated protein in Alzheimer's disease frontal and temporal cortex. *Archives of General Psychiatry, 48,* 1009-1011.

Blackburn, I.M., Eunson, K.M., & Bishop, S. (1986). A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy, and a combination of both. *Journal of Affective Disorders, 10,* 67-75.

Blake, W. (1973). The influence of race on diagnosis. *Smith College Studies in Social Work, 43,* 184-192.

Blanchard, E.B. (1994). Behavioral medicine and health psychology. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change.* Fourth edition (pp. 701-733). New York: Wiley.

Blanchard, E.B., Andrasik, F., Neff, D.F., Arena, J.G., Ashles, T.A., Jurish, S.E., Pallmeyer, T.P., Saunders, N.L., & Teders, S.J. (1982). Biofeedback and relaxation training with three kinds of headache: Treatment effects and their prediction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50,* 562-575.

Blanchard, E.B., Miller, S.T., Abel, G.G., Haynes, M.R., & Wicker, R. (1979). Evaluation of biofeedback in the treatment of borderline essential hypertension.

Journal of Applied Behavior Analysis, 12, 99-109.

Blaske, D.M., Borduin, C.M., Hengeler, S.W., & Mann, B.J. (1989). Individual, family, and peer characteristics of adolescent sex offenders and assaultive offenders. *Developmental Psychology,* 25, 846-855.

Blatt, B. (1966). The preparation of special educational personnel. *Review of Educational Research, 36,* 151 -161.

Blau, Z.S., Oser, G.T., & Stephens, R.C. (1979). Aging, social class, and ethnicity: A comparison of Anglo, Black, and Mexican-American Texans. *Pacific Sociological Review, 22,* 501-525.

Blazer, D., George, L.K., & Hughes, D. (1991). The epidemiology of anxiety: An age comparison. In C. Salzman & B.D. Lebovitz (Eds.), *Anxiety in the elderly*. New York: Springer.

Blazer, D., Hughes, D., & George, L.K. (1987). Stressful life events and the onset of a generalized anxiety syndrome. *American Journal of Psychiatry, 144,* 1178-1183.

Blazer, D.G. (1982). *Depression in late life*. St. Louis: Mosby.

Blazer, D.G., & Williams, C.D. (1980). Epidemiology of dysphoria and depression in the elderly population. *American Journal of Psychiatry, 137,* 439-444.

Blazer, D.G., Bachar, J R., & Manton, K.G. (1986). Suicide in late life: Review and commentary. *Journal of the American Geriatrics Society, 34,* 519-525.

Blazer, D.G., Kessler, R.C., & McGonagle, K.A. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry, 151,* 979- 986.

Blechman, E.A., McEnroe, M.J., Carella, E.T., & Audette, D.P. (1986). Childhood competence and depression. *Journal of Abnormal Psychology, 95,* 223- 227.

Blehar, M.C., & Rosenthal, N.E. (1989). Seasonal affective disorders and phototherapy: Report of a National Institute of Mental Health-sponsored workshop. *Archives of General Psychiatry, 46,* 469-474.

Blenker, M. (1967). Environmental change and the aging individual. *Gerontologist, 7,* 101-105.

Bliss, E.L. (1980). Multiple personalities: A report of 14 cases with implications for schizophrenia and hysteria. *Archives of General Psychiatry, 37,* 1388-1397.

Bliss, E.L. (1983). Multiple personalities, related disorders, and hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis, 26,* 114-123.

Bliwise, D., Carskadon, M., Carey, E., & Dement, W. (1984). Longitudinal development of sleep-related respiratory disturbance in adult humans. *Journal of Gerontology, 39,* 290-293.

Block, A.P. (1990). Rape trauma syndrome as scientific expert testimony. *Archives of Sexual Behavior, 19,* 309-323.

Block, J. (1971). *Lives through time*. Berkeley, CA: Bancroft Books.

Bloomfield, H.H. (1973). Assertive training in an outpatient group of chronic schizophrenics: A preliminary report. *Behavior Therapy, 4,* 277-281.

Blumstein, A., & Cohen, J. (1987). Characterizing criminal careers. *Science, 237,* 985-991.

Bockhoven, J. (1963). *Moral treatment in American psychiatry*. New York: Springer.

Bohart, A.C., & Greenberg, L.S. (1997) (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Bolger, N., Foster, M., Vinokur, A.D., & Ng, R. (1996). Close relationships and adjustment to a life crisis: The case of breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology, 70,* 283-294.

Boll, T.J. (1985). Developing issues in clinical neuropsychology. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 7,* 473 -485.

Bolton, P., MacDonald, H., Pickles, A., Rios, P., Goode, S., Crowson, M., Bailey, A., & Rutter, M. (1994). A case-control family history study of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35,* 877- 900.

Bond, I.K., & Hutchinson, H.C. (1960). Application of reciprocal inhibition therapy to exhibitionism. *Canadian Medical Association Journal, 83,* 23 -25.

Bootzin, R.R., & Engle-Friedman, M. (1987). Sleep disturbances. In L.L. Carstensen & B.A. Edelstein (Eds.), *Handbook of clinical gerontology*. New York: Pergamon.

Bootzin, R.R., Engle-Friedman, M., & Hazel wood, L. (1983). Sleep disorders and the elderly. In P.M. Lewinsohn & L. Teri (Eds.), *Clinical geropsychology: New directions in assessment and treatment*. New York: Pergamon.

Borduin, C.M., Mann, B.J., Cone, L.T., Henggeler, S.W., Fucci, B.R., Blaske, D.M., & 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.

Borkovec, T.D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 611-619.

Borkovec, T.D., & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy, 28,* 153-158.

Borkovec, T.D., & Mathews, A. (1988). Treatment of nonphobic anxiety disorders: A comparison of nondirective, cognitive and coping desensitization therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 877-884.

Borkovec, T.D., & Roemer, L. (1994). Generalized anxiety disorder. In M. Hersen & R.T. Ammerman (Eds.), *Handbook of prescriptive treatments for adults* (pp. 261-281). New York: Plenum.

Borkovec, T.D., & Whisman, M.A. (1996). Psychosocial treatment for generalized anxiety disorder. In M. Mavissakalian & R.E. Prien (Eds.), *Long-term treatment of anxiety disorders* (pp. 171-199). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Borkovec, T.D., Roemer, L., & Kinyon, J. (1995). Disclosure and worry: Opposite sides of the emotional processing coin. In J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health*. Washington, DC: American Psychological Association.

Bornstein, P.E., Clayton, P.J., Halikas, J.A., & Robins, E. (1973). The depression of widowhood after thirteen months. *British Journal of Psychiatry, 122,* 561-566.

Bornstein, R.F., Leone, D.R., & Galley, D.J. (1987). The generalizability of subliminal mere exposure effects: Influence of stimuli perceived without awareness on social behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 53,* 1070-1079.

Botvin, G.J., & Tortu, S. (1988). Peer relationships, social competence, and substance abuse prevention: Implications for the family. *Journal of Chemical Dependency Treatment, 1,* 245-273.

Bouchard, T.J., Lykken, D.T., McGue, M., Segal, N.L., & Tellegen, A. (1990). Sources of human psychological differences: The Minnesota Study of Twins Reared Apart. *Science, 250,* 223-228.

Boudreaux, R. (1996, September 29). HIV now haunts streets of former Soviet model city. *Los Angeles Times,* pp. A1, A14.

Bowers, J., Jorm, A.F., Henderson, S., & Harris, P. (1990). General practitioners' detection of depression and dementia in elderly patients. *The Medical Journal of Australia, 153,* 192-196.

Bowers, K.S., & Meichenbaum, D. (Eds.). (1984). *The unconscious reconsidered*. New York: Praeger.

Bowers, M.B., Jr. (1974). Central dopamine turnover in schizophrenic syndromes. *Archives of General Psychiatry, 31,* 50 -54

Bowers, M.K., Brecher-Marer, S., Newton, B.W., Piotrowski, Z., Spyer, T.C., Taylor, W.S., & Watkins, J.G. (1971). Therapy of multiple personality. *International Jour-*

nal of Clinical and Experimental Hypnosis, 19, 57-65.

Bowlby, J. (1980). Attachment and loss: Sadness and depression. *New York: Basic Books.*

Boxall, B. (1995, September 3). Young gays stray from safer sex, new data shows. *Los Angeles Times,* pp. Al, A24.

Boyle, M. (1991). *Schizophrenia: A scientific delusion*? New York: Routledge.

Bozman, A., & Beck, J.G. (1991). Covariation of sexual desire and sexual arousal: The effects of anger and anxiety. *Archives of Sexual Behavior, 20,* 47-60.

Bradley, B.P., Mogg, K., Millar, N., & White, J. (1995). Selective processing of negative information: Effects of clinical anxiety, concurrent depression, and awareness. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 532-536.

Bradley, L., & Bryant, P.E. (1985). *Rhyme and reason in reading and spelling.* Ann Arbor: University of Michigan Press.

Brady, E., & Kendall, P. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin, 111,* 244 -255.

Brady, J.P., Davison, G.C., DeWald, P.A., Egan, G., Fadiman, J., Frank, J.D., Gill, M.M., Hoffman, I., Kempler, W., Lazarus, A.A., Raimy, V., Rotter, J.B., & Strupp, H.H. (1980). Some views on effective principles of psychotherapy. *Cognitive Therapy and Research, 4,* 269-306.

Brandon, Y.H., Zelman, D.C., & Baker, T.B. (1987). Effects of maintenance sessions on smoking relapse: Delaying the inevitable? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 780-782.

Brandt, J., Buffers, N., Ryan, C., & Bayog, R. (1983). Cognitive loss and recovery in chronic alcohol abusers. *Archives of General Psychiatry, 40,* 435 - 442.

Bransford, J.D., & Johnson, M.K. (1973). Considerations of some problems of comprehension. In W.G. Chase (Ed.), *Visual information processing.* New York: Academic Press.

Braswell, L., & Kendall, P.C. (1988). Cognitive-behavioral methods with children. In K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies.* New York: Guilford.

Brecher, E.M., & the Editors of *Consumer Reports.* (1972). *Licit and illicit drugs.* Mount Vernon, NY: Consumers Union.

Breen, M.J. (1989). Cognitive and behavioral differences in ADHD boys and girls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30,* 711-716.

Brehm, J.W. (1966). A theory of psychological

reactance. New York: Academic Press.

Brehm, S.S., & Brehm, J.W. (1981). *Psychological reactance: A theory of freedom and control.* New York: Academic Press.

Breier, A., Charney, D.S., & Heninger, G.R. (1986). Agoraphobia with panic attacks. *Archives of General Psychiatry, 43,* 1029-1036.

Breier, A., Schreiber, J.L., Dyer, J., & Pickar, D. (1991). National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia: Prognosis and predictors of outcome. *Archives of General Psychiatry, 48,* 239-246.

Bremner, J.D., Southwick, S.M., Darnell, A., & Charney, D.S. (1996). Chronic post-traumatic stress disorder in Vietnam combat veterans: Course of illness and substance abuse. *American Journal of Psychiatry, 153,* 369 -375.

Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, D., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population. *Archives of General Psychiatry, 48,* 216-222.

Bretschneider, J.G., & McCoy, N.L. (1988). Sexual interest and behavior in healthy 80 to 102-year-olds. *Archives of Sexual Behavior, 17,* 109-129.

Brettle, R.P., & Leen, L.S. (1991). The natural history of HIV and AIDS in women. *AIDS, 5,* 1283-1292.

Breuer, J., & Freud, S. (1982). *Studies in hysteria.* (J. Strachey, Trans, and Ed., with the collaboration of A. Freud). New York: Basic Books. (Original work published 1895)

Brewerton, T.D., Lydiard, B.R., Laraia, M.T., Shook, J.E., & Ballenger, J.C. (1992). CSF Beta-endorphin and dynorphin in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 149,* 1086-1090.

Brickel, C.M. (1984). The clinical use of pets with the aged. *Clinical Gerontologist, 2,* 72 - 75.

Brickman, A.S., McManus, M., Grapentine, W.L., & Alessi, N. (1984). Neuropsychological assessment of seriously delinquent adolescents. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 23,* 453-457.

Bridge, T.B., & Wyatt, R.J. (1980). Paraphrenia: Paranoid states of late life. 2. American research. *Journal of the American Geriatrics Society, 28,* 205-210.

Bridger, W.H., & Mandel, I.J. (1965). Abolition of the PRE by instructions in GSR conditioning. *Journal of Experimental Psychology, 69,* 476-482.

Brody, N. (1985). The validity of tests of intelligence. In B.B. Wolman (Ed.), *Handbook of intelligence* (pp. 353-389). New York: Wiley.

Brookoff, D., Cook, C.S., Williams, C., & Mann, C.S. (1994). Testing reckless drivers for cocaine and marijuana. *The New*

England Journal of Medicine, 331. *518-522.*

Brown, G.L., & Goodwin, F.K. (1986). Cerebrospinal fluid correlates of suicide attempts and aggression. *Annals of the New York Academy of Science, 487,* 175-188.

Brown, G.P., Hammen, C.L., Craske, M.G., & Wickens, T.D. (1995). Dimensions of dysfunctional attitudes as vulnerabilities to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 431-435.

Brown, G.W., & Birley, J.L.T. (1968). Crises and life changes and the onset of schizophrenia. *Journal of Health and Social Behavior, 9,* 203-214.

Brown, G.W., & Harris, T.O. (1978). *Social origins of depression.* London: Tavistock.

Brown, G.W., Bone, M., Dalison, B., & Wing, J.K. (1966). *Schizophrenia and social care.* London: Oxford University Press.

Brown, H.D., Kosslyn, S.M., Breiter, H.C., Baer, L., & Jenike, M.A. (1994). Can patients with obsessive-compulsive disorder discriminate between percepts and mental images? A signal detection analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 103,* 445 -454.

Brown, S.A., Vik, P.W., McQuaid, J.R., Patterson, T.L., Irwin, M.R., et al. (1990). Severity of psychosocial stress and outcome of alcoholism treatment. *Journal of Abnormal Psychology, 99,* 344 - 348.

Brown, T.A., & Barlow, D.H. (1995). Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Clinical predictors and alternative strategies for assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 754- 765.

Brown, T.A., Barlow, D.H., & Liebowitz, M.R. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry, 151,* 1272-1280.

Brownell, K.D., & Rodin, J. (1994). The dieting maelstrom: Is it possible or advisable to lose weight? *American Psychologist, 49,* 781-791.

Brownell, K.D., & Wadden, T.A. (1992). Etiology and treatment of obesity: Toward understanding a serious, prevalent, and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 505-517.

Brownell, K.D., Hayes, S.C., & Barlow, D.H. (1977). Patterns of appropriate and deviant sexual arousal: The behavioral treatment of multiple sexual deviations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45,* 1144-1155.

Brownell, K.D., Stunkard, A.J., & Albaum, J.M. (1980). Evaluation and modification of exercise patterns in the natural

environment. *American Journal of Psychiatry, 137,* 1540-1545.

Brownmiller, S. (1975). *Against our will: Men, women and rape*. New York: Simon & Schuster.

Bruch, H. (1980). Preconditions for the development of anorexia nervosa. *American Journal of Psychoanalysis, 40,* 169-172.

Bruck, M. (1987). The adult outcomes of children with learning disabilities. *Annals of Dyslexia,* 37, 252-263.

Bryant, R.A. (1995). Autobiographical memory across personalities in dissociative identity disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 4,* 625-632.

Bryant, R.A., & McConkey, K.M. (1989). Visual conversion disorder: A case analysis of the influence of visual information. *Journal of Abnormal Psychology, 98,* 326-329.

Buchsbaum, M.S., Kessler, R, King, A., Johnson, J., & Cappelletti, J. (1984). Simultaneous cerebral glucography with positron emission tomography and topographic electroencephalography. In G. Pfurtscheller, E.J. Jonkman, & F.H. Lopes da Silva (Eds.), *Brain ischemia: Quantitative EEG and imaging techniques*. Amsterdam: Elsevier.

Buckley, P.F., Buchanan, R.W., Schulz, S.C., & Tamminga, C.A. (1996). Catching up on schizophrenia: The Fifth International Congress on Schizophrenia Research, Warm Springs, VA, April 8-12, 1995. *Archives of General Psychiatry, 53,* 456-462.

Bulfinch's mythology. (1979). New York: Avenel Books.

Burmey, W.E., Goodwin, F.K., & Murphy, D.L. (1972). The "Switch Process" in manic-depressive illness. *Archives of General Psycltiatry,* 27, 312-317.

Bunney, W.E., Murphy, D.L., Goodwin, F.K., & Borge, G.F. (1970). The switch process from depression to mania: Relationship to drugs which alter brain amines. *Lancet, 1,* 1022.

Burgess, A.W., & Holmstrom, L.L. (1974). *Rape: Victim of crisis*. Bowie, MD: Robert J. Brady Company.

Burgio, L.D., Burgio, K.L., Engel, B.T., & Tice, L.M. (1986). Increasing distance and independence of ambulation in elderly nursing home residents. *Journal of Applied Behavior Analysis, 19,* 357-366.

Burnam, M.A., Stein, J.A., Golding, J.M., Siegel, J.M., Sorenson, S.B., Forsythe, A.B., & Telles, C.A. (1988). Sexual assault and mental disorders in a community population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 843-850.

Burns, A. (1991). Affective symptoms in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 6,* 371-376.

Buss, A.H. (1966). *Psychopathology*. New York: Wiley.

Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A., & Kraemer, B. (1989).

Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2: Manual for administration and scoring. *Minneapolis: University of Minnesota Press*.

Butler, G., & Mathews, A. (1983). Cognitive processes in anxiety. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 5,* 51-62.

Butler, L., Miezitis, S., Friedman, R., & Cole, I.D. (1980). The effect of two school-based intervention programs on depressive symptoms. *American Educational Research Journal, 17,* 111-119.

Butler, L.D., Duran, E.F., Jasinkaitis, P., Koopman, C., & Spiegel, D. (1996). Hypnotizability and traumatic experience: A diathesis-stress model of dissociative symptomatology. *American Journal of Psychiatry, 153,* 42-63.

Butler, R.N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry, 119,* 721-728.

Butler, R.N., & Lewis, M.I. (1982). *Aging andmentalhealth:Positivepsychosocialapproaches* (3rd ed.). St. Louis: Mosby.

Butterfield, E.C., & Belmont, J.M. (1977). Assessing and improving the cognitive functions of mentally retarded people. In I. Bialer & M. Sternlicht (Eds.), *The psychology of mental retardation: Issues and approaches*. New York: Psychological Dimensions.

Caccioppo, J.T., Glass, C.R., & Merluzzi, T.V. (1979). Self-statements and self-evaluations: A cognitive-response analysis of heterosexual social anxiety. *Cognitive Therapy and Research, 3,* 249-262.

Caddy, G.R. (1983). Alcohol use and abuse. In B. Tabakoff, P.B. Sutker, & C.L. Randell (Eds.), *Medical and social aspects of alcohol use*. New York: Plenum.

Caddy, G.R. (1985). Cognitive behavior therapy in the treatment of multiple personality. *Behavior Modification, 9,* 267-292.

Cadoret, R.J. (1978). Evidence for genetic inheritance of primary affective disorder in adoptees. *American Journal of Psychiatry, 135,* 463-466.

Cadoret, R.J., & Stewart, M.A. (1991). An adoption study of attention deficit/aggression and their relationship to adult antisocial personality. *Archives of General Psychiatry, 47,* 73 - 82.

Cadoret, R.J., Yates, W.R., Troughton, E., Woodworth, G., & Stewart, M.A. (1995a). Adoption study demonstrating two genetic pathways to drug abuse. *Archives of General Psychiatry, 52,* 42-52.

Cadoret, R.J., Yates, W.R., Troughton, E., Woodworth, G., & Stewart, M.A. (1995b). Genetic-environment interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders. *Archives of General Psychiatry, 52,* 916-924.

Calhoun, J.B. (1970). Space and the strategy of life. *Ekistics, 29,* 425-437.

Calhoun, K.S., & Atkeson, B.M. (1991). *Treatment of rape victims*. Elmsford, NY: Pergamon.

Calhoun, K.S., Atkeson, B.M., & Resick, P.A. (1982). A longitudinal examination of fear reactions in victims of rape. *Journal of Counseling Psychology, 29,* 655-661.

Cameron, D.J., Thomas, R.I., Mulvhill, M., & Bronheim, H. (1987). Delirium: A test of the Diagnostic and Statistical Manual III criteria on medical inpatients. *Journal of the American Geriatrics Society, 35,* 1007-1010.

Cameron, N. (1959). The paranoid pseudocommunity revisited. *American Journal of Sociology, 65,* 52-58.

Cameron, N., & Magaret, A. (1951). *Behavior pathology*. Boston: Houghton Mifflin.

Campbell, J., Stefan, S., & Loder, A. (1994). Putting violence in context. *Hospital and Community Psychiatry, 45,* 633.

Campbell, M., Anderson, L.T., & Small, A.M. (1990). Pharmacotherapy in autism: A summary of research at Bellevue/New York University. *Brain Dysfunction, 3,* 299-307.

Campbell, M., Anderson, L.T., Small, A.M., Adams, P., Gonzales, N.M., & Ernst, M. (1993). Naltrexone in autistic children: Behavioral symptoms and attentional learning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32,* 1283-1291.

Campbell, M., Rosenbloom, S., Perry, R., George, A.E., Kercheff, I.I., Anderson, L., Small, A.M., & Jennings, S.J. (1982). Computerized axial tomography in young autistic children. *American Journal of Psychiatry, 139,* 510-512.

Campbell, S.B. (1990). Behavioral problems in preschoolers: Clinical and developmental issues. *New York: Guilford*.

Camper, P.M., Jacobson, N.S., Holtzworth-Munroe, A., & Schmaling, K.B. (1988). Causal attributions for interactional behaviors in married couples. *Cognitive Therapy and Research, 12,* 195 - 209.

Campos, P.E., & Hathaway, B.E. (1993). Behavioral research on gay issues 20 years after Davison's ethical challenge. *The Behavior Therapist, 16,* 193-197.

Canetto, S.S. (1992). Gender and suicide in the elderly. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 22,* 80-97.

Cangelosi, A., Gressard, C.F., & Mines, R. A. (1980). The effects of a rational thinking group on self-concepts in ado-

lescents. *The School Counselor,* 27, 357-361.

Cannon, D.S., Baker, T.B., Gino, A., & Nathan, P.E. (1986). Alcohol-aversion therapy: Relation between strength of aversion and abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,* 825-830.

Cannon, T.D., Mednick, S.A., & Parnas, J. (1990). Antecedents of predominantly negative and predominantly positive-symptom schizophrenia in a high-risk population. *Archives of General Psychiatry, 47,* 622-632.

Cannon, T.D., Mednick, S.A., Parnas, J., Schulsinger, F., Praestholm, J., & Ves tergaard, A. (1994). Developmental brain abnormalities in the offspring of schizophrenic mothers: 2. Structural brain characteristics of schizophrenia and schizotypal personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 51,* 955-962.

Cannon, T.D., Zorilla, L.E., Shtasel, D., Gur, R.E., Gur, R.C., et al. (1994). Neuropsychological functioning in siblings discordant for schizophrenia and healthy volunteers. *Archives of General Psychiatry, 51,* 651-661.

Cantor, N., Markus, H., Niedenthal, P., & Nurius, P. (1986). On motivation and the self-concept. In R.M. Sorrentino & E.T. Higgins (Eds.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior* (pp. 96-121). New York: Guilford.

Cantos, A.L., Neidig, P.H., & O'Leary, K.D. (1994). Injuries of women and men in a treatment program for domestic violence. *journal of Family Violence, 9,* 113-124.

Cantwell, D.P., Baker, L., & Rutter, M. (1978). Family factors. In M. Rutter & E. Schopler (Eds.), *Autism: A reappraisal of concepts and treatment*. New York: Plenum.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.

Çaplan, M., Weissberg, R.P, Grober, J.S., Sivo, P.J., et al. (1992). Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents: Effects on social adjustment and alcohol use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 56-63.

Cardon, L.R., Smith, S.D., Fulker, D.W., Kimberling, W.J., Pennington, B.F., & DeFries, J.C. (1994). Quantitative trait locus for reading disability on chromosome 6. *Science, 266,* 276-279.

Carey, G., & Gottesman, I.I. (1981). Twin and family studies of anxiety, phobic, and compulsive disorders. In D.F. Klein & J.G. Rabkin (Eds.), *Anxiety: New research and changing concepts*. New York: Raven.

Carnelly, K.B., Pietomonaco, P.R., & Jaffe, K. (1994). Depression, working models of others and relationship functioning. *Journal of Personality and Social Psychology, 66,* 127-141.

Carney, R.M., Freedland, K.E., Rich, M.W., & Jaffe, A.S. (1995). Depression as a risk factor for cardiac events in established coronary heart disease: A review of possible mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine, 17,* 142-149.

Carone, B.J., Harrow, M., & Westermeyer, J.F. (1991). Posthospital course and outcome in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 48,* 247-253.

Carr, A.T. (1971). Compulsive neurosis: Two psychophysiological studies. *Bulletin of the British Psychological Society, 24,* 256-257.

Carr, E.G., Schreibman, L., & Lovaas, O.I. (1975). Control of echolalic speech in psychotic children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 3,* 331-351.

Carroll, B.J. (1982). The dexamethasone suppression test for melancholia. *British Journal of Psychiatry, 140,* 292-304.

Carroll, J.M., Touyz, S.M., & Beumont, P.J. (1996). Specific comorbidity between bulimia nervosa and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders, 19,* 159-170.

Carroll, K.M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 4,* 46-54.

Carroll, K.M., Rounsaville, B.J., Gordon, L.T., Nich, C., Jatlow, P., Bisighini, R.M., & Gawin, F.H. (1994). Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry, 51,* 177-187.

Carroll, K.M., Rounsaville, B.J., Nich, C., Gordon, L.T., & Gawin, F. (1995). Integrating psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Results from a randomized clinical trial. In L.S. Onken, J.D. Blaine & J.J. Boren (Eds.), *Integrating behavioral therapies with medications in the treatment of drug dependence* (pp. 19-36). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Carroll, K.M., Rounsaville, B.J., Nich, C., Gordon, L.T., Wirtz, P.W., & Gawin, F. (1994). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry, 51,* 989-997.

Carstensen, L.L. (1996). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science, 4,* 151-156.

Carter, M.M., Hollon, S.D., Carson, R., & Shelton, R.C. (1995). Effects of a safe person on induced distress following a biological challenge in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 156-163.

Carver, C.S., Pozo, C., Harris, S.D., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffat, F.L., & Clark, K. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer.

Journal of Personality and Social Psychology, 65, *375 - 390.*

Cashman, J.A. (1966). *The LSD story*. Greenwich, CT: Fawcett.

Casriel, D. (1971). The dynamics of Synanon. In R.W. Siroka, E.K. Siroka, & G.A. Schloss (Eds.), *Sensitivity training and group encounter*. New York: Grosset & Dunlap.

Castellanos, F.X., Giedd, J.N., Marsh, W.L., Hamburger, S.D., Vaituzis, A.C., Dickstein, D.P., Sarfatti, S.E., Vauss, Y.C., Snell, J.W., Lange, N., Kaysen, D., Krain, A.L., Ritchie, G.F., Rajapaske, J.C., & Rapoport, J.L. (1996). Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry, 53,* 607-616.

Castle, D.J., & Murray, R.M. (1993). The epidemiology of late-onset schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 19,* 691-700.

Catania, J.A., Turner, H., Kegeles, S.M., Stall, R., et al. (1989). Older Americans and AIDS: Transmission risks and primary prevention research needs. *Gerontologist, 29,* 373 -381.

Cautela, J R. (1966). Treatment of compulsive behavior by covert sensitization. *Psychological Record, 16,* 33-41.

Caven, R.S. (1973). Speculations on innovations to conventional marriage in old age. *The Gerontologist, 13,* 409-411.

Centers for Disease Control. (1994). *HIV/AIDS surveillance report*. Atlanta: Centers for Disease Control.

Cerny, J.A., Barlow, D.H., Craske, M.G., & Himadi, W.G. (1987). Couples treatment of agoraphobia: A two year follow-up. *Behavior Therapy, 18,* 401-415.

Chambers, K.C., & Bernstein, I.L. (1995). Conditioned flavor aversions. In R.L. Doty (Ed.), *Handbook of olfaction and gustation* (pp. 745-773). New York: Marcel Dekker.

Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Sholham, V., Johnson, S.B., Pope, K.S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S.R., Sue, S., Beutler, L.E., Williams, D.A., & McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist, 49,* 5-18.

Chambliss, C.A., & Murray, E.J. (1979). Efficacy attribution, locus of control, and weight loss. *Cognitive Therapy and Research, 3,* 349-353.

Chaney, E.F., O'Leary, M.R., & Marlatt, G.A. (1978). Skills training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46,* 1092-1104.

Chapman, L.J., & Chapman, J.P. (1969). Illusory correlation as an obstacle to the use of valid psychodiagnostic signs.

Journal of Abnormal Psychology, 74, 271-287.

Charney, D.S., Woods, S.W., Goodman, W.K., & Heninger, G.R. (1987). Neurobiological mechanisms of panic anxiety: Biochemical and behavioral correlates of yohimbine-induced panic attacks. *American Journal of Psychiatry, 144,* 1030-1036.

Chassin, L., Curran, P.J., Hussong, A.M., & Colder, C. R. (1996). The relation of parent alcoholism to adolescent substance abuse: A longitudinal follow-up. *Journal of Abnormal Psychology, 105,* 70-80.

Chelune, G.J., Ferguson, W., Koon, R., & Dickey, T.O. (1986). Frontal lobe disinhibition in attention deficit disorder. *Child Psychiatry and Human Development, 16,* 264-281.

Chemtob, C., Roitblat, H.C., Hamada, R.S., Carlson, J.G., & Twentyman, C.T. (1988). A cognitive action theory of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 2,* 253-275.

Cherner, J. (1990). *A smoke-free America*. New York: Smokefree Educational Services.

Chernoff, R., & Davison, G. C. (1997, August). Values and their relationship to HIV/AIDS risk behavior. Paper presented at the annual convention of the American Psychological Association, Chicago.

Chesney, M.A., & Folkman, S. (1994). Psychological impact of HIV disease and implications for intervention. *Psychiatric Clinics of North America, 17,* 163-182.

Chiariello, M.A., & Orvaschel, H. (1995). Patterns of parent-child communication: Relationship to depression. *Clinical Psychology Review, 15,* 395-407.

Christensen, A., & Heavey, C.L. (1990). Gender and social structure in the demand/withdraw pattern of marital interaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 59,* 73 - 81.

Christensen, A., & Jacobson, N.S. (1993). Who or what can do psychotherapy? *Psychological Science, 5,* 8-14.

Christensen, A., Jacobson, N.S., & Babcock, J.C. (1995). Integrative behavioral couples therapy. In N.S. Jacobson & A.S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couples therapy* (pp. 31-64). New York: Guilford.

Christensen, A., & Shenk, J.L. (1991). Communication, distress, and psychological distance in nondistressed, clinic, and divorcing couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 458-463.

Christie, A.B. (1982). Changing patterns in mental illness in the elderly. *British Journal of Psychiatry, 140,* 154-159.

Chua, S.T., & McKenna, P.T. (1995). Schizophrenia-A brain disease? *British Journal of Psychiatry, 166,* 563-582.

Churchill, D.W. (1969). Psychotic children and behavior modification. *American Journal of Psychiatry, 125,* 1585-1590.

Cimons, M. (1992, May 22). Record number of Americans stop smoking. *Los Angeles Times,* p. A4.

Cimons, M. (1995, December 16). Smoking, illegal drug use still rising among teens, national survey shows. *Los Angeles Times,* p. A25.

Cimons, M. (1996, March 19). Firm adjusted nicotine in cigarettes, affidavits say. *Los Angeles Times,* pp. Al, A13.

Cinciripini, P.M., Lapitsky, L., Seay, S., Wallfisch, A., Kitchens, K., & Van Vunakis, H. (1995). The effect of smoking schedules on cessation outcome: Can we improve on common methods of gradual and abrupt nicotine withdrawal? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 388-399.

Cinciripini, P.M., Lapitsky, L.G., Wallfisch, A., Mace, R., Nezami, E., & Van Vunakis, H. (1994). An evaluation of a multicomponent treatment program involving scheduled smoking and relapse prevention procedures: Initial findings. *Addictive Behaviors, 19,* 13-22.

Clark, D.F. (1988). The validity of measures of cognition: A review of the literature. *Cognitive Therapy and Research, 12,* 1-20.

Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behavior Research and Therapy, 24,* 461-470.

Clark, L.A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103,* 92-102.

Clark, R.F., & Goate, A.M. (1993). Molecular genetics of Alzheimer's disease. *Archives of Neurology, 50,* 1164-1172.

Clarke, G., Hops, H., Lewinsohn, P.M., Andrews, J., Seeley, J.R., & Williams, J. (1992). Cognitive-behavioral group treatment of adolescent depression: Prediction of outcome. *Behavior Therapy, 23,* 341-354.

Clarke, K., & Greenberg, L. (1986). Differential effects of the gestalt two chair intervention and problem solving in resolving decisional conflict. *Journal of Counseling Psychology, 33,* 48-53.

Clarkin, J.F., Marziali, E., & Munroe-BIum, H. (Eds.). (1992). *Borderline personality disorder: Clinical and empirical perspectives*. New York: Guilford.

Clausen, J.A., & Kohn, M.L. (1959). Relation of schizophrenia to the social structure of a small city. In B. Pasamanick (Ed.), *Epidemiology of mental disorder*. Washington, DC: American Association for the Advancement of Science.

Clayton, E.W. (1988). From Rogers to Rivers: The rights of the mentally ill to refuse medications. *American Journal of*

Law and Medicine, 13, *7-52*.

Clayton, P.J. (1973). The clinical morbidity of the first year of bereavement: A review. *Comparative Psychiatry, 14,* 151-157.

Clayton, R.R., Catterello, A., & Walden, K.P. (1991). Sensation seeking as a potential mediating variable for school-based prevention intervention: A two-year follow-up of DARE. *Health Communication, 3,* 229-239.

Cleckley, H. (1976). *The mask of sanity* (5th ed.). St. Louis: Mosby.

Climko, R.P., Roehrich, H., Sweeney, D.R., & Al-Razi, J. (1987). Ecstasy: A review of MDMA and MDA. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 16,* 359 -372.

Clomipramine Collaborative Study Group. (1991). Clomipramine in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry, 48,* 730 - 738.

Cloninger, R.C., Bohman, M., & Sigvardsson, S. (1981). Inheritance of alcohol abuse: Cross-fostering analysis of adopted men. *Archives of General Psychiatry, 38,* 861-868.

Cloninger, R.C., Martin, R.L., Guze, S.B., & Clayton, P.L. (1986). A prospective follow-up and family study of somatization in men and women. *American Journal of Psychiatry, 143,* 713-714.

Clunies-Ross, G.G. (1979). Accelerating the development of Down's syndrome infants and young children. *The Journal of Special Education, 13,* 169-177.

Coates, S., & Person, E.S. (1985). Extreme boyhood femininity: Isolated behavior or pervasive disorder? *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 24,* 702-709.

Cody, M., Wendt, P., Dunn, D., Ott, J., Pierson, J., & Pratt, L. (1997) Friendship formation and community development on the Internet. International Communication Association Meeting, Montreal, May.

Cohen, D., Eisdorfer, C., Prinz, P., Breen, A., Davis, M., & Gadsby, A. (1983). Sleep disturbances in the institutionalized aged. *Journal of the American Geriatrics Society, 31,* 79-82.

Cohen, D.J., Solnit, A.J., & Wohlford, P. (1979). Mental health services in Head Start. In E. Zigler & J. Valentine (Eds.), *Project Head Start*. New York: Free Press.

Cohen, L.J., & Roth, S. (1987). The psychological aftermath of rape: Long-term effects and individual differences in re-

covery. *Journal of Social and Clinical Psychology, 5,* 525-534.

Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C.N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J., & Streuning, E.L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: 1. Age and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34, 851-867.*

Cohen, S., & Herbert, T.B. (1996). Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. In J.T. Spence, J.M. Darley, & D.J. Foss (Eds.), *Annual review of psychology* (pp. 123-142). Stanford, CA: Stanford University Press.

Cohen, S., & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering process. *Psychological Bulletin, 98,* 310-357.

Cohen, S., Tyrell, D.A.J., & Smith, A.P. (1991). Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New England Journal of Medicine, 325,* 606-612.

Cole, D., & Turner, J., Jr. (1993). Models of cognitive mediation and moderation in child depression. *Journal of Abnormal Psychology, 102,* 271-281.

Cole, D.A., Martin, J.M., Powers, B., & Truglio, R. (1990). Modeling causal relations between academic and social competence and depression: A multitrait-multimethod longitudinal study of children. *Journal of Abnormal Psychology, 105,* 258 - 270.

Cole, J., Watt, N., West, S., Hawkins, J., Asarnow, J., Markman, H., Ramey, S., Shure, M., & Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist, 48,* 1013-1022.

Cole, J.D. (1988). Where are those new anti-depressants they promised us? *Archives of General Psychiatry, 45,* 193-194.

Cole, K.C. (1996, November 22). Trying to solve the riddle of the rock. *Los Angeles Times,* pp. Al, A29.

Collaborative study of children treated for phenylketonuria, preliminary report 8. (1975, February). R. Koch, principal investigator. Presented at the Eleventh General Medicine Conference, Stateline, NV.

Colletti, G., & Kopel, S.A. (1979). Maintaining behavior change: An investigation of three maintenance strategies and the relationship of self-attribution to the long-term reduction of cigarette smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47,* 614-617.

Collins, L.F., Maxwell, A.E., & Cameron, C. (1962). A factor analysis of some child psychiatric clinic data. *Journal of Mental Science, 108,* 274-285.

Collins, S., & King, M. (1996). Ten year follow-up of 50 patients with bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry, 110,* 86-108.

Combs, G., Jr., & Ludwig, A.M. (1982). Dissociative disorders. In J.H. Greist,

J.W. Jefferson, & R.L. Spitzer (Eds.), *Treatment of mental disorders*. New York: Oxford University Press.

Comfort, A. (1980). Sexuality in later life. In J.E. Birren & R.B. Sloane (Eds.), *Handbook of mental health and aging*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Comfort, A. (1984). Sexuality and the elderly. In J.P. Abrahams & V. Crooks (Eds.), *Geriatric mental health*. Orlando, FL: Grune & Stratton.

Committee on Government Operations. (1985). *The federal response to the homeless crisis*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Committee on Health Care for Homeless People. (1988). *Homelessness, health, and human needs*. Washington, DC: National Academic Press.

Compas, B.E., Ey, S., & Grant, K.E. (1993). Taxonomy, assessment and diagnosis of depression during adolescence. *Psychological Bulletin, 144,* 323 - 344.

Compton, D.R., Dewey, W.L., & Martin, B.R. (1990). Cannabis dependence and tolerance production. *Advances in Alcohol and Substance Abuse, 9,* 129-147.

Condelli, W.S., Fairbank, J.A., Dennis, M.L., & Rachal, J.V. (1991). Cocaine use by clients in methadone programs: Significance, scope, and behavioral interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment, 8,* 203-212.

Conger, J.J. (1951). The effects of alcohol on conflict behavior in the albino rat. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 12,* 129.

Connelly, M. (1992, March 7). 3 found dead after inhaling laughing gas. *Los Angeles Times,* pp. Al, A23.

Conners, C.K. (1969). A teacher rating scale for use in drug studies with children. *American Journal of Psychiatry, 126,* 884 -888.

Conners, F.A., Caruso, D.R., & Detterman, D.K. (1986). Computer-assisted instruction for the mentally retarded. In N.R. Ellis & N.W. Bray (Eds.), *International review of research in mental retardation* (Vol. 14). New York: Academic Press.

Conoley, C.W., Conoley, J.C., McConnell, J.A., & Kimzey, C.E. (1983). The effect of the ABCs of rational emotive therapy and the empty-chair technique of Gestalt therapy on anger reduction. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 20,* 112-117.

Consumer Reports. (1995, November). Mental health: Does therapy help? *Consumer Reports,* pp. 734- 739.

Conwell, Y. (1994). Suicide in elderly patients. In L.S. Schneider, C.F. Reynolds, III, B.D. Lebowitz, & A.J. Friedhoff (Eds.), *Diagnosis and treatment of depression in late life* (pp. 397-418). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Cook, B., Blatt, S.J., & Ford, R.Q. (1995). The prediction of therapeutic response to long-term intensive treatment of seriously disturbed young adult inpatients. *Psychotherapy Research, 5,* 218-230.

Cook, M., & Mineka, S. (1989). Observational conditioning of fear to fear-relevant versus fear-irrelevant stimuli in rhesus monkeys. *Journal of Abnormal Psychology, 98,* 448 -459.

Coons, P.M., & Milstein, V. (1992). Psychogenic amnesia: A clinical investigation of 25 cases. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders, 5,* 73-79.

Cooper, A.F., Garside, R.F., & Kay, D.W.K. (1976). A comparison of deaf and non-deaf patients with paranoid and affective psychoses. *British Journal of Psychiatry, 129,* 532-538.

Cooper, A.F., Kay, D.W.K., Curry, A.R., Garside, R.F., & Roth, M. (1974). Hearing loss in paranoid and affective psychoses of the elderly. *Lancet, 2,* 851-854.

Cooper, J.E., Kendell, R.E., Gurland, B.J., Sharpe, L., Copeland, J.R.M., & Simon, R. (1972). *Psychiatric diagnosis in New York and London*. London: Oxford University Press.

Cooper, M.L., Frone, M.R., Russell, M., & Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotion: A motivational model of alcoholism. *Journal of Personality and Social Psychology, 69,* 961-974.

Cooper, P.J., Coker, S., & Fleming, C. (1994). Self-help for bulimia nervosa: A preliminary report. *International Journal of Eating Disorders, 16,* 401-404.

Coppen, A., Prange, A.J., Whybrow, PC., & Noguera, R. (1972). Abnormalities in indoleamines in affective disorders. *Archives of General Psychiatry, 26,* 474-478.

Corbitt, E.M., & Widiger, T.A. (1995). Sex differences in the personality disorders: An exploration of the data. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2,* 225-238.

Cordova, J.V., & Jacobson, N.S. (1993). Couple distress. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2nd ed., pp. 461-512). New York: Guilford.

Cornblatt, B., & Erlenmeyer-Kimling, L.E. (1985). Global attentional deviance in children at risk for schizophrenia: Specificity and predictive validity. *Journal of Abnormal Psychology, 94,* 470-486.

Cornelius, J.R., Salloum, I.M., Mezzich, J., Cornelius, M.D., Fabrega, H., & et al. (1995). Disproportionate suicidability in patients with comorbid major depres-

sion and alcoholism. *American Journal of Psychiatry, 152,* 358 - 364.

Corwin, M. (1996). Heroin's new popularity claims unlikely victims. *Los Angeles Times*.

Coryell, W., Leon, A., Winokur, G., Endicott, J., Keller, M., et al. (1996). Importance of psychotic features to long-term course in major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry, 153,* 483-489.

Coryell, W., Winokur, G., Shea, T., Maser, J.W., Endicott, J., & Akiskal, H.S. (1994). The long-term stability of depressive subtypes. *American Journal of Psychiatry, 151,* 199 - 204.

Costa, P.T., Jr., & McCrae, R.R. (1992). *SEO-PI-R*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Costa, P.T., Jr., & McCrae, R.R. (1988). Personality in adulthood: A six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology, 54,* 853-863.

Costa, P.T., Jr., Zonderman, A.B., McCrae, R.R., Cornoni-Huntley, J., Locke, B.Z., & Barbano, H.E. (1987). Longitudinal analyses of psychological well-being in a national sample: Stability of mean levels. *Journal of Gerontology, 42,* 50-55.

Costello, E.J., Costello, A.J., Edelbrock, C., Burns, B.J., Dulcan, M.K., Brent, D., & Janiszewski, S. (1988). Psychiatric disorders in pediatric primary care. *Archives of General Psychiatry, 45,* 1107-1116.

Courchesne, E., Yeung-Courchesne, R., Press, G.A., Hesselink, J.R., & Jernigan, T.L. (1988). Hypoplasia of cerebellar vermal lobules VI and VII in autism. *New England Journal of Medicine, 318,* 1349-1354.

Covi, L., Lipman, R.S., Derogatis, L.R., Smith, J.E., & Pattison, J.H. (1974). Drugs and group psychotherapy in neurotic depression. *American Journal of Psychiatry, 131,* 191-197.

Cox, A., Rutter, M., Newman, S., & Bartak, L. (1975). A comparative study of infantile autism and specific developmental language disorders: 2. Parental characteristics. *British Journal of Psychiatry, 126,* 146-159.

Cox, D.J., Freundlich, A., & Meyer, R.G. (1975). Differential effectiveness of electromyographic feedback, verbal relaxation instructions, and medication placebo with tension headaches. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43,* 892-898.

Coyne, J.C. (1976). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology, 85,* 186-193.

Craft, M.J. (1969). The natural history of psychopathic disorder. *British Journal of Psychiatry, 115,* 39-44.

Craig, M.M., & Glick, S.J. (1963). Ten years' experience with the Glueck social prediction table. *Crime and Delinquency, 9,* 249-261.

Craighead, L.W., & Agras, W.S. (1991). Mechanisms of action in cognitive-behavioral and pharmacological interventions for obesity and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 115-125.

Craighead, W.E., Evans, D.D., & Robins, C.J. (1992). Unipolar depression. In S.M. Turner, K.S. Calhoun, & H.E. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy* (2nd ed., pp. 99-116). New York: Wiley.

Craske, M.G., Brown, A.T., & Barlow, D.H. (1991). Behavioral treatment of panic disorder: A two-year follow-up. *Behavior Therapy, 22,* 289-304.

Craske, M.G., Maidenberg, E., & Bystritsky, A. (1995). Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, 26,* 113-120.

Craske, M.G., Rapee, R.M., & Barlow,

D.H. (1992). Cognitive-behavioral treatment of panic disorder, agoraphobia, and generalized anxiety disorder. In S.M. Turner, K.S. Calhoun, & H.E. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy* (2nd ed. pp. 39-65). New York: Wiley.

Creer, T.L. (1982). Asthma. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, *912-921.*

Creer, T.L., Renna, C.M., & Chai, H. (1982). The application of behavioral techniques to childhood asthma. In D.C. Russo & J.W. Varni (Eds.), *Behavioral pediatrics: Research and practice*. New York: Plenum.

Crick, N.R., & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin, 115,* 74-101.

Crisp, A.H., Callender, J.S., Haleck, C., & Hsu, L.K.G. (1992). Long-term mortality in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry, 161,* 104-107.

Crits-Christoph, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 149,* 151-158.

Cronan, T.A., Cruz, S.G., Arriaga, R.I., & Sarkin, A.J. (1996). The effects of a community-based literacy program on young children's language and conceptual development. *American Journal of Community Psychology, 24,* 251-272.

Crow, T.J. (1980). Molecular pathology of schizophrenia: More than one disease process? *British Medical Journal, 280,* 784-788.

Crowe, R.R., Noyes, R., Pauls, D.I., & Slyman, D.J. (1983). A family study of panic disorder. *Archives of General Psychiatry, 40,* 1065-1069.

Crowe, R.R., Noyes, R., Wilson, A.F., Elston, R.C., et al. (1987). A linkage study of panic disorder. *Archives of General Psychiatry, 44,* 933-937.

Culter, S.E., & Nolen-Hoeksema, S. (1991). Accounting for sex differences in depression through female victimization: Childhood sexual abuse. *Sex Roles, 24,* 425-438.

Cummings, E.M., Davies, P.T., & Simpson, K.S. (1994). Marital conflict, gender, and children's appraisals and coping efficacy as mediators of child adjustment. *Journal of Family Psychology, 8,* 141 -149.

Cunningham, P.J., & Mueller, C.D. (1991). Individuals with mental retardation in residential facilities: Findings from the 1987 National Medical Expenditure Survey. *American Journal on Mental Retardation, 96,* 109-117.

D'Amicis, L., Goldberg, D., LoPiccolo, J., Friedman, J., & Davies, L. (1985). Clinical follow-up of couples treated for sexual dysfunction. *Archives of Sexual Behavior, 14,* 461-483.

D'Ercole, A., & Struening, E. (1990). Victimization among homeless women: Implications for service delivery. *Journal of Community Psychology, 18,* 141-152.

D'Zurilla, T.J. (1986). Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention. *New York: Springer*.

D'Zurilla, T.J. (1990). Problem-solving training for effective stress management and prevention. J*ournal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 4,* 327-355.

D'Zurilla, T.J., & Goldfried, M.R. (1971). Problem-solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology, 78,* 107-126.

D'Zurilla, T.J., & Sheedy, C.F. (1991). Relation between social problem-solving ability and subsequent level of psychological stress in college students. *Journal of Personality and Social Psychology, 61,* 841-846.

D'Zurilla, T.J., & Sheedy, C.F. (1992). The relation between social problem-solving ability and subsequent level of academic competence in college students. *Cognitive Therapy and Research, 16,* 589-599.

Dackis, C.A., & Gold, M.S. (1985). Pharmacological approaches to cocaine addiction. *Journal of Substance Abuse Treatments,* 139-145.

DaCosta, M., & Halmi, K.A. (1992). Classifications of anorexia nervosa: Question of subtypes. *International Journal of Eating Disorders, 11,* 305-313.

Daneman, E.A. (1961). Imipramine in office management of depressive reac-

tions (a double-blind study). *Diseases of the Nervous System, 22,* 213-217.

Daniolos, P.T., & Holmes, V.F. (1995). HIV public policy and psychiatry: An examination of ethical issues and professional *guidelines*. Psychosomatics, 36, *12-21*.

Dare, C., LeGrange, D., Eisler, I., & Rutherford, J. (1994). Redefining the psychosomatic family: Family process of 26 eating disordered families. *International Journal of Eating Disorders, 16,* 211-226.

Davies, P.T., & Cummings, E.M. (1994). Marital conflict and child adjustment: An emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin, 116,* 387-411.

Davila, J., Hammen, C.L., Burge, D., Paley, B., & Daley, S.E. (1995). Poor interpersonal problem solving as a mechanism of stress generation in depression among adolescent women. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 592 - 600.

Davis, J.M. (1978). Dopamine theory of schizophrenia: A two-factor theory. In L.C. Wynne, R.L. Cromwell, & S. Matthysse (Eds.), *The nature of schizophrenia*. New York: Wiley.

Davis, K.L., Kahn, R.S., Ko, G., & Davidson, M. (1991). Dopamine and schizophrenia: A review and reconceptualization. *American Journal of Psychiatry, 148,* 1474-1486.

Davison, E.H. (1996). Women and aging. Unpublished manuscript, University of California at Santa Barbara.

Davison, G.C. (1964). A social learning therapy programme with an autistic child. *Behaviour Research and Therapy, 2,* 146-159.

Davison, G.C. (1966). Differential relaxation and cognitive restructuring in therapy with a "paranoid schizophrenic" or "paranoid state." *Proceedings of the 74th Annual Convention of the American Psychological Association*. Washington, DC: American Psychological Association.

Davison, G.C. (1968a). Elimination of a sadistic fantasy by a client-controlled counterconditioning technique. *Journal of Abnormal Psychology, 73,* 84-90.

Davison, G.C. (1968b). Systematic desensitization as a counterconditioning process. *Journal of Abnormal Psychology, 73,* 91-99.

Davison, G.C. (1973). Counter countrol in behavior modification. In L.A. Hamerlynck, L.C. Handy, & E.J. Mash (Eds.), *Behavior change: Methodology, concepts and practice*. Champaign, IL: Research Press.

Davison, G.C. (1974). *Homosexuality: The ethical challenge*. Presidential address to the Eighth Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago.

Davison, G.C. (1976). Homosexuality: The ethical challenge. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44,* 157-162.

Davison, G.C. (1978). Not can but ought: The treatment of homosexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46,* 170-172.

Davison, G.C. (1991). Constructionism and therapy for homosexuality. In J. Gonsiorek & J. Weinrich (Eds.), *Homosexuality: Research findings for public policy*. Newbury Park, CA: Sage.

Davison, G.C., & Darke, L. (1991). Managing pain. In R. Bjork & D. Druckman (Eds.), *In the mind's eye: Understanding the basis of human performance*. Washington, DC: National Academy Press.

Davison, G.C., & Lazarus, A.A. (1995). The dialectics of science and practice. In S.C. Hayes, V.M. Follette, T. Risley, R.D. Dawes, & K. Grady (Eds.), *Scientific standards of psychological practice: Issues and recommendations* (pp. 95-120). Reno, NV: Context Press.

Davison, G.C., & Neale, J.M. (1996). *Abnormal psychology*. Revised sixth edition. New York: Wiley.

Davison, G.C., & Rosen, R.C. (1972). Lobeline and the reduction of cigarette smoking. *Psychological Reports, 31,* 443-456.

Davison, G.C., & Thompson, R.F. (1988). Stress management. In D. Druckman & J.A. Swets (Eds.), *Enhancing human performance: Issues, theories, and techniques*. Washington, DC: National Academic Press.

Davison, G.C., & Valins, S. (1969). Maintenance of self-attributed and drug-attributed behavior change. *Journal of Personality and Social Psychology, 11,* 25-33.

Davison, G.C., & Wilson, G.T. (1973). Attitudes of behavior therapists toward homosexuality. *Behavior Therapy, 4,* 686-696.

Davison, G.C., & Zighelboim, V. (1987). Irrational beliefs in the articulated thoughts of college students with social anxiety. *Journal of Rational-Emotive Therapy, 5,* 238-254.

Davison, G.C., Feldman, P.M., & Osborn, C.E. (1984). Articulated thoughts, irrational beliefs, and fear of negative evaluation. *Cognitive Therapy and Research, 8,* 349-362.

Davison, G.C., Haaga, D.A., Rosenbaum, J., Dolezal, S.L., & Weinstein, K.A. (1991). Assessment of self-efficacy in articulated thoughts: "States of Mind" analysis and association with speech anxious behavior. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 5,* 83-92.

Davison, G.C., Navarre, S.G., & Vogel, R.S. (1995). The articulated thoughts in simulated situations paradigm: A think-aloud approach to cognitive assessment. *Current Directions in Psychological Science, 4,* 29-33.

Davison, G.C., Robins, C., & Johnson, M.K. (1983). Articulated thoughts during simulated situations: A paradigm for studying cognition in emotion and behavior. *Cognitive Therapy and Research, 7,* 17-40.

Davison, G.C., Tsujimoto, R.N., & Glaros, A.G. (1973). Attribution and the maintenance of behavior change in falling asleep. *Journal of Abnormal Psychology, 8*2, 124-133.

Davison, G.C., Williams, M.E., Nezami, E., Bice, T.L., & DeQuattro, V. (1991). Relaxation, reduction in angry articulated thoughts, and improvements in borderline essential hypertension and heart rate. *Journal of Behavioral Medicine, 14,* 453-468.

Dawes, R.M. (1994). House of cards: Psychology and psychotherapy built on myth. *New York: Free Press*.

Dawson, G., & Lewy, A. (1989). Reciprocal subcortical-cortical influences in autism. In G. Dawson (Ed.), *Autism: Nature, diagnosis, and treatment* (pp. 144-173). New York: Guilford.

Dawson, M.E., Schell, A.M., & Banis, H.T. (1986). Greater resistance to extinction of electrodermal responses conditioned to potentially phobic CSs: A noncognitive process? *Psychophysiology, 23,* 552-561.

Deacon, S., Minichiello, V., & Plummer, D. (1995). Sexuality and older people: Revisiting the assumptions. *Educational Gerontology, 21,* 497-513.

Dejong, W., & Kleck, R.E. (1986). The social psychological effects of overweight. In C.P. Herman, M.P. Zarına, & E.T. Higgins (Eds.), *Physical appearance, stigma, and social behavior*. Hillside, NJ: Erlbaum.

Delgado, PL., Charney, D.S., Price, L.H., Aghajanian, G.K., Landis, H., et al. (1990). Serotonin function and the mechanism of antidepressant action: Reversal of antidepressant induced remission by rapid depletion of plasma tryptophan. *Archives of General Psychiatry, 47,* 411-418.

deLint, J. (1978). Alcohol consumption and alcohol problems from an epidemiological perspective. *British Journal of Alcohol and Alcoholism, 17,* 109-116.

Dement, W.C., Laughton, E., & Carskadon, M.A. (1981). "White paper" on sleep and aging. *Journal of the American Geriatrics Society, 30,* 25-50.

DeMyer, M. (1975). The nature of the neuropsychological disability of autistic children, *journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 5,* 109-127.

Depression Guideline Panel. (1997). *Depression in primary care: Detection and diagnosis*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

Depue, R.A., & Monroe, S.M. (1978). Learned helplessness in the perspective

of the depressive disorders: Conceptual and definitional issues. *Journal of Abnormal Psychology, 87,* 3-20.

Dershowitz, A. (1994a, May 15). "Abuse Excuse" du jour victimizes many. *Los Angeles Times*.

Dershowitz, A. (1994b). The abuse excuse: And other cop-outs, sob stories, and evasions of responsibility. *Boston: Little Brown*.

DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., Evans, M.D., & Bemis, K.M. (1982). Can psychotherapies for depression be discriminated? A systematic investigation of cognitive therapy and interpersonal therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50,* 744 - 760.

Detterman, D.K. (1979). Memory in the mentally retarded. In N.R. Ellis (Ed.), *Handbook of mental deficiency, psychological theory and research* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Deutsch, A. (1949). *The mentally ill in America*. New York: Columbia University Press.

Devanand, D.P., Dwork, A.J., Hutchinson, E.R., Bolwig, T.G., & Sackeim, H.A. (1994). Does ECT alter brain structure?

American Journal of Psychiatry, 151, *957-970*.

Devanand, D.P., Sano, M., Tang, M., Taylor, S., Gurland, B., et al. (1996). Depressed mood and the incidence of Alzheimer's disease in the elderly living in the community. *Archives of General Psychiatry, 53,* 148-158.

Devine, V., Adelson, R., Goldstein, J., Valins, S., & Davison, G.C. (1974). Controlled test of the analgesic and relaxant properties of nitrous oxide. *Journal of Dental Research, 53,* 486-490.

DeVries, H.A. (1975). Physiology of exercise and aging. In D.S. Woodruff & J.E. Birren (Eds.), *Aging: Scientific perspectives and social issues*. New York: Van Nostrand-Reinhold.

Dew, M.A., Bromet, E.J., Brent, D., & Greenhouse, J.B. (1987). A quantitative literature review of the effectiveness of suicide prevention centers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 239-244.

Dewys, W.D., Begg, C., & Lavin, P.T. (1980). Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. *American Journal of Medicine, 69,* 491-497.

Diamond, S., Baldwin, R., & Diamond, R. (1963). *Inhibition and choice*. New York: Harper & Row.

DiClemente, C.C. (1993). Changing addictive behaviors: A process perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 2, 101-106.

Didion, J. (1979). *The white album*. New York: Simon & Schuster.

Dietz, P.E., Hazelwood, R.R., & Warren, J. (1990). The sexually sadistic criminal and his offenses. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 18,* 163-178.

DiFranza, J.R., Richards, J.W., Paulman, P.M., Wolf-Gillespie, N., Fletcher, C., et al. (1991). RJR Nabisco's cartoon camel promotes Camel Cigarettes to children. *Journal of the American Medical Association, 266,* 3149-3153.

DiMascio, A., Weissman, M.M., Prusoff, B.A., Neu, C., Zwilling, M., & Klerman, G.L. (1979). Differential symptom reduction by drugs and psychotherapy in acute depression. *Archives of General Psychiatry, 36,* 1450-1456.

DiNardo, P.A., Guzy, L.T., Jenkins, J.A., Bak, R.M., Tomasi, S.F., & Copland, M. (1988). Etiology and maintenance of dog fears. *Behaviour Research and Therapy, 26,* 241-244.

DiNardo, P.A., O'Brien, G.T., Barlow, D.H., Waddell, M.T., & Blanchard, E.B. (1993). Reliability of the DSM-III-R anxiety disorders categories using the Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R). *Archives of General Psychiatry, 50,* 251-256.

Dobson, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 414-419.

Dobson, K.S., & Jackman-Cram, S. (1996). Common change processes in cognitive-behavioral therapies. In K.S. Dobson & K.D. Craig (Eds.), *Advances in cognitive-behavioral therapy,* (pp. 63 -82). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Dobson, K.S., & Shaw, B.F. (1986). Cognitive assessment with major depressive disorders. *Cognitive Therapy and Research, 10,* 13-29.

Dodge, K.A., & Coie, J.D. (1987). Social information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology, 53,* 1146-1158.

Dodge, K.A., & Frame, C.L. (1982). Social cognitive biases and deficits in aggressive boys. *Child Development, 53,* 620-635.

Doerfler, L.A., Moran, P.W., Barriera, P., Chaplin, M., & Brown, L. (in press). Marital satisfaction and marital communication in depressed, manic, and normal couples. *Behavior Therapy*.

Doerr, P., Fichter, M., Pirke, K.M., & Lund, R. (1980). Relationship between weight gain and hypothalamic-pituitary-adrenal function in patients with anorexia nervosa. *Journal of Steroid Biochemistry, 13,* 529-537.

Dohrenwend, B.P., Levav, P.E., Schwartz, S., Naveh, G., Link, B.G., Skodol, A.E., & Stueve, A. (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorders: The causation-selection issue. *Science, 255,* 946-952.

Dolan, B. (1991). Cross-cultural aspects of anorexia and bulimia: A review. *International Journal of Eating Disorders, 10, 67- 78*.

Dollard, J., & Miller, N.E. (1950). *Personality and psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.

Doran, A.R., Pickar, D., Boronow, J., et al. (1985). *CT scans in schizophrenics, medical and normal controls*. Annual meeting of the American College of Neuropsy-chopharmacology, Maui, HI.

Dougher, M.J. (1988). Clinical assessment of sex offenders. In B.K. Schwartz (Ed.), *A practitioner's guide to treating the incarcerated male sex offender* (pp. 77-84). Washington, DC: U.S. Department of Justice.

Dowd, J.J., & Bengston, V.L. (1978). Aging in minority populations: An examination of the double jeopardy hypothesis. *Journal of Gerontology, 33,* 427-436.

Dowson, J.H. (1992). Associations between self-induced vomiting and personality disorder in patients with a history of anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 86,* 399-404.

Draguns, J.G. (1989). Normal and abnormal behavior in cross-cultural perspective: Specifying the nature of their relationships. In J.J. Berman (Ed.), *Nebraska symposium on motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press.

Dubbert, P. (1995). Behavioral (life style) modification in the prevention and treatment of hypertension. *Clinical Psychology Review, 15,* 187-216.

Duck, S. (1984). A perspective on the repair of personal relationships. In S. Duck (Ed.), *Personal relationships: 5. Repairing personal relationships*. New York: Academic Press.

Duggan, C.E., Marks, I., & Richards, D. (1993). Clinical audit of behavior therapy training of nurses. *Health Trends, 25,* 25-30.

Duggan, C.F., Lee, A.S., & Murray, R.M. (1991). Do different subtypes of hospitalized depressives have different long term outcomes? *Archives of General Psychiatry, 48,* 308-312.

Duke, M.P. (1994). Chaos theory and psychology: Seven propositions. *Genetic, Social, & General Psychology Monographs, 120,* 267-286.

Dunham, H.W. (1965). Community and schizophrenia: An epidemiological analysis. *Detroit: Wayne State University Press*.

DuPaul, G.J. (1991). Parent and teacher ratings of ADHD symptoms: Psychometric properties in a community-based sample. *Journal of Clinical Child Psychology, 20,* 245 - 253.

Dura, J.R., Stukenberg, K.W., & Kiecolt-Glaser, J.K. (1991). Anxiety and depressive disorders in adult children caring

for demented parents. *Psychology and Aging, 6,* 467-473.

Durkheim, E. (1951). *Suicide*. (J.A. Spaulding & G. Simpson, Trans.). New York: Free Press. (Original work published 1897; 2nd ed., 1930)

duVerglas, G., Banks, S.R., & Guyer, K.E. (1988). Clinical effects of fenfluramine on children with autism: A review of the research. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 18,* 297-308.

Dvoskin, J.A., & Steadman, H.J. (1994). Using intensive case management to reduce violence by mentally ill persons in the community. *Hospital and Community Psychiatry, 45,* 679 - 684.

Dworkin, R.H., & Lenzenwenger, M.F. (1984). Symptoms and the genetics of schizophrenia: Implications for diagnosis. *American journal of Psychiatry, 141,* 1541-1546.

Dworkin, R.H., Lenzenwenger, M.F., & Moldin, S.O. (1987). Genetics and the phenomenology of schizophrenia. In P.D. Harvey and E.F. Walker (Eds.), *Positive and negative symptoms of psychosis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Dykens, E., Leckman, J., Paul, R., & Watson, M. (1988). Cognitive, behavioral, and adaptive functioning in fragile X and non-fragile A retarded men. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 18,* 41-52.

Dysken, M.W. (1979). Clinical usefulness of sodium amobarbital interviewing. *Archives of General Psychiatry, 36,* 789 - 794.

Eagles, J.M., Johnston, M.I., Hunter, D., Lobban, M., & Millar, H.R. (1995). Increasing incidence of anorexia nervosa in the female population of northeast Scotland. *American Journal of Psychiatry, 1*52, 1266-1271.

Eaker, E.D., Pinsky, J., & Castelli, W.P. (1992). Myocardial infarction and coronary death among women: Psychosocial predictors from a 20 year follow-up of women in the Framingham study. *American Journal of Epidemiology, 135,* 854-864.

Earleywine, M., & Gann, M.K. (1995). Challenging recovered memories in the courtroom. In J. Ziskin (Ed.), *Coping with psychiatric and psychological testimony* (pp. 1100-1134). Los Angeles: Law and Psychology Press.

Eastwood, M.R., Corbin, S., Reed, M., Nobbs, H., & Kedward, M.B. (1985). Acquired hearing loss and psychiatric illness: An estimate of prevalence and comorbidity in a geriatric setting. *British Journal of Psychiatry, 147,* 552.

Eaton, W.W., Kramer, M., Anthony, J.C.,

Dryman, A., Shapiro, S., et al. (1989). The incidence of specific DIS/DSM-III mental disorders: Data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Programs. *Acta Psychiatrica Scandinavaica,* 79, 163-178.

Eckhardt, C.I., Barbour, K.A., & Davison, G.C. (1997). Articulated thoughts of maritally violent and nonviolent men during anger arousal. Unpublished manuscript, University of North Carolina, Wilmington.

Eckhardt, C.I., Barbour, K.A., & Stuart, G.L. (in press). Anger and hostility in maritally violent men: Conceptual distinctions, measurement issues, and literature review. *Clinical Psychology Review*.

Egan, G. (1975). *The skilled helper*. Monterey, CA: Brooks/Cole.

Egan, T. (1990). As memory and music faded, Alzheimer patient met death. *The New York Times, 89,* pp. Al, A16.

Egeland, J.A., Gerhard, D.S., Pauls, D.L., Sussex, J.N., Kidd, K.K., Allen, C.R., Hosterer, A.M., & Housman, D.E. (1987). Bipolar affective disorders linked to DNA markers on chromosome 11. *Nature, 325,* 783-787.

Ehrhardt, A., & Money, J. (1967). Progestin-induced hermaphroditism: IQ and psychosexual identity in a study of ten girls. *Journal of Sex Research,* 3, 83-100.

Eiberg, H., Berendt, I., & Mohr, J. (1995). Assignment of dominant inherited nocturnal enuresis to chromosome 13Q. *Nature Genetics, 10,* 354-356.

Eiser, C, Eiser, R.J., Town, C., & Tripp, J. (1991). Discipline strategies and parental perceptions of preschool children with asthma. *British journal of Medical Psychology, 64,* 45-53.

Eisler, R.M., & Blalock, J.A. (1991). Masculine gender role stress: Implications for the assessment of men. *Clinical Psychology Review, 11,* 45 - 60.

Elias, M., & Clabby, J.F. (1989). Social decision making skills: A curriculum for the elementary grades. *Rockville, MD: Aspen Publishers*.

Elkin, I. (1994). Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Fourth edition (pp. 114-139). New York: Wiley & Sons.

Elkin, I., Gibbons, R.D., Shea, M.T., & Shaw, B.F. (1996). Science is not a trial (but it can sometimes be a tribulation). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 92-103.

Elkin, I., Gibbons, R.D., Shea, M.T., Sotsky, S.M., Watkins, J.T., Pilkonis, P.A., & Hedeker, D. (1995). Initial severity and differential treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 841-847.

Elkin, I., Parloff, M.B., Hadley, S.W., & Autry, J.H. (1985). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry, 42,* 305-316.

Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, DR., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P, Fiester, S.J., & Parloff, M.B. (1989). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: 1. General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry, 46,* 971-983.

Elkin, J., Shea, T., Imber, S., Pilkonis, P., Sotsky, S., Glass, D., Watkins, J., Leber, W., & Collins, J. (1986). *NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Initial outcome findings*. Paper presented to the American Association for the Advancement of Science.

Elkis, H., Friedman, L., Wise, A., & Meltzer, H.T. (1995). Meta-analysis of studies of ventricular enlargement and cortical sulcal prominence in mood disorders. *Archives of General Psychiatry, 52,* 735 - 746.

Ellenberger, H.F. (1972). The story of "Anna O": A critical review with new data. *Journal of the History of the Behavior Sciences, 8,* 267-279.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.

Ellis, A. (1984). Rational-emotive therapy. In R.J. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies* (3rd ed.). Itasca, IL: Peacock Press.

Ellis, A. (1991). The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET). *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 9,* 139-172.

Ellis, A. (1993a). Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). *The Behavior Therapist, 16,* 257-258.

Ellis, A. (1993b). Fundamentals of rational-emotive therapy for the 1990s. In W. Dryden & L. Hill (Eds.), *Innovations in rational-emotive therapy*. Newbury Park, CA: Sage.

Ellis, A. (1995). Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 13,* 85 -89.

Ellis, H. (1906). *Studies in the psychology of sex*. New York: Random House.

Ellis, H. (1910). *Studies in the psychology of sex*. Philadelphia: FA Davis.

Ellis, N.R., Deacon, J.R., & Wooldridge, P.W. (1985). Structural memory deficits of mentally retarded persons. *American* Journal of Mental Deficiency, 89, *393-402*.

Elmore, A.M., & Tursky, B. (1978). The biofeedback hypothesis: An idea in search of a theory and method. In A.A. Sugerman & R.E. Tarter (Eds.), *Expand-*

ing dimensions of consciousness. New York: Springer.

Elmore, J.L., & Sugerman, A.A. (1975). Precipitation of psychosis during electroshock therapy. *Diseases of the Nervous System, 3,* 115-117.

Emery, R.E., & O'Leary, K.D. (1979). *Children'sperceptionsofmaritaldiscordandbehavior problems of boys and girls*. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Francisco.

Emmelkamp, P.M.G. (1986). Behavior therapy with adults. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.). New York: Wiley.

Emmelkamp, P.M.G., Visser, S., & Hoekstra, R.J. (1988). Cognitive therapy versus exposure *in vivo* in the treatment of obsessive-compulsives. *Cognitive Therapy and Research, 12,* 103-114.

Emmons, R.A., & Diener, E. (1986). Situation selection as a moderator of response consistency and stability. *Journal of Personality and Social Psychology, 51,* 1013-1019.

Emory, L.E., Williams, D.H., Cole, C.M., Amparo, E.G., & Meyer, W.J. (1991). Anatomic variation of the corpus callosum in persons with gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior, 20,* 409 -417.

Emrick, C.D., Tonigan, J.S., Montgomery, H., & Little, L. (1993). Alcoholics Anonymous: What is currently known? In B.S. McCrady & W.R. Miller (Eds.), *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives* (pp. 41-76). New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies.

English, H.B. (1929). Three cases of the "conditioned fear response." *Journal of Abnormal and Social Psychology, 34,* 221-225.

Enright, J.B. (1970). An introduction to Gestalt techniques. In J. Fagan & I.L. Shepherd (Eds.), *Gestalt therapy now: Theory, techniques, applications*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.

Epping-Jordan, J.E., Compas, B.E., & Howell, D.C. (1994). Predictors of cancer progression in young adult men and women: Avoidance, intrusive thoughts, and psychological symptoms. *Health Psychology, 13,* 539-547.

Epstein, L.C., & Lasagna, L. (1969). Obtaining informed consent. *Archives of Internal Medicine, 123,* 682- 688.

Epstein, L.H., Beck, S., Figueroa, J., Farkas, G., Kazdin, A.E., Danema, D., & Becker, D. (1981). The effects of point economy and parent management on urine glucose and metabolic control in children with insulin dependent diabetes. *Journal of Applied Behavior Analysis, 14,* 365- 375.

Epstein, L.H., Masek, B.J., & Marshall, W.R. (1978). A nutritionally based school program for control of eating in obese children. *Behavior Therapy, 9,* 766-788.

Epstein, L.H., Wing, R.R., Thompson, J.K., & Griffen, W. (1980). Attendance and fitness in aerobics exercise: The effects of contract and lottery procedures. *Behavior Modification, 4,* 465-479.

Epstein, S. (1979). The stability of behavior: On predicting most of the people much of the time. *Journal of Personality and Social Psychology, 37,* 1097-1126.

Erdberg, P., & Exner, J.E., Jr. (1984). Rorschach assessment. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment*. New York: Pergamon.

Erikson, E.H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.

Erikson, E.H. (1959). *Identity and the life cycle. Selected papers*. New York: International Universities Press.

Erikson, E.H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.

Erlenmeyer-Kimling, L.E., & Cornblatt, B. (1987). The New York high-risk project: A follow-up report. *Schizophrenia Bulletin, 13,* 451-461.

Ernst, M., Liebenauer, L.L., King, A.C., Fitzgerald, G.A., Cohen, R.M., & Zametkin, A.J. (1994). Reduced brain metabolism in hyperactive girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33,* 858 - 868.

Escobar, J.I., Burnam, M.A., Karno, M., Forsythe, A., Golding, J.M., et al. (1987). Somatization in the community. *Archives of General Psychiatry, 44,* 713-720.

Esler, J., Julius, S., Sweifler, A., Randall, O., Harburg, E., Gardiner, H., & DeQuattro, V. (1977). Mild high-renin essential hypertension: A neurogenic human hypertension. *New England Journal of Medicine, 296,* 405 -411.

Estes, C.L. (1995). Mental health services for the elderly: Key policy elements. In M. Gatz (Ed.), *Emerging issues in mental health and aging* (pp. 303 -327). Washington, DC: American Psychological Association.

Etringer, B.D., Gregory, V.R., & Lando, H.A. (1984). Influence of group cohesion on the behavioral treatment of smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52,* 1080-1086.

Evans, M.D., Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Piasecki, J.M., Grove, W.M., et al. (1992). Differential relapse following cognitive therapy, pharmacotherapy, and combined cognitive-pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry, 49,* 802 -808.

Evans, P.D., & Edgerton, N. (1990). Life events as predictors of the common cold. *British Journal of Medical Psychology, 64,* 35-44.

Evans, R.I., Rozelle, R.M., Maxwell, S.E., Raines, B.E., Dill, C.A., Guthrie, T.J., Henderson, A.H., & Hin, P.C. (1981). Social modelling films to deter smoking in adolescents: Results of a three-year field investigation. *Journal of Applied Psychology, 66,* 399-414.

Everett, F., Proctor, N., & Cartmell, B. (1989). Providing psychological services to American Indian children and families. In D.R. Atkinson, G. Morten, & D.W. Sue (Eds.), *Counseling American minorities* (3rd ed.). Dubuque, IA: W.C. Brown.

Everill, J.T., & Waller, G. (1995). Reported sexual abuse and eating psychopathology: A review of the evidence for a causal link. *International Journal of Eating Disorders, 18,* 1-11.

Exner, J.E. (1978). The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 2. Current research and advanced interpretation. *New York: Wiley*.

Exner, J.E., Jr. (1986). The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 1. Basic foundations *(2nd ed.). New York: Wiley*.

Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16,* 319-324.

Eysenck, H.J. (1975). Crime as destiny. *New Behaviour, 9,* 46-49.

Fairbank, J.A., & Brown, T.A. (1987). Current behavioral approaches to the treatment of posttraumatic stress disorder. *The Behavior Therapist, 3,* 57-64.

Fairbank, J.A., DeGood, D.E., & Jenkins, C.W. (1981). Behavioral treatment of a persistent post-traumatic startle response. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 12,* 321-324.

Fairburn, C., Jones, R., Peveler, R., Hope, R., & O'Connor, M. (1993). The longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive therapy. *Archives of General Psychiatry, 50,* 419 -428.

Fairburn, C.G. (1985). Cognitive-behavioral treatment for bulimia. In D.M. Garner, & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (pp. 160-192). New York: Guilford.

Fairburn, C.G., Agras, W.S., & Wilson, G.T. (1992). The research on the treatment of bulimia nervosa: Practical and theoretical implications. In G.H. Anderson & S.H. Kennedy (Eds.), *The biology of feast and famine: Relevance to eating disorders*. New York: Academic Press.

Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Carr, S.J., Solomon, R.A., O'Connor, M.E., Burton, J., & Hope, R.A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 48,* 463-469.

Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Hope, R.A., & O'Connor, ME. (1993).

Psychotherapy and bulimia nervosa: The longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive therapy. *Archives of General Psychiatry, 50,* 419-428.

Fairburn, C.G., Marcus, M.D., & Wilson, G.T. (1993). Cognitive behaviour therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. New York: Guilford.

Fairburn, C.G., Norman, P.A., Welch, S.L., O'Connor, M.E., Doll, H.A., & Peveler, R.C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry,* 52, 304-312.

Fairburn, C.G., Peveler, R.C., Jones, R., Hope, R.A., & Doll, H.A. (1993). Predictors of twelve-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 696-698.

Fairburn, C.G., Welch, S.L., & Hay, P.J. (1993). The classification of recurrent overeating: The "binge eating disorder" proposal. *International Journal of Eating Disorders, 13,* 155-159.

Fairburn, C.G., Welch, S.L., Norman, P.A., O'Conner, M.E., & Doll, H.E. (1996). Bias and bulimia nervosa: How typical are clinic cases? *American Journal of Psychiatry, 153,* 386-391.

Fairweather, G.W. (Ed.). (1964). Social psychology in treating mental illness: An experimental approach. *New York: Wiley*.

Fairweather, G.W., Sanders, D.H., Maynard, H., & Cressler, D.L. (1969). *Community life for the mentally ill: An alternative to institutional care*. Chicago: Aldine-Atherton.

Falkner, B., Kusher, H., Oresti, G., & Angelakus, E.T. (1981). Cardiovascular characteristics in adolescents who develop essential hypertension. *Hypertension,* 3, 496-505.

Falloon, I.R.H., Boyd, J.L., McGill, C.W., Razani, J., Moss, H.B., & Gilderman, A.N. (1982). Family management in the prevention of exacerbation of schizophrenia: A controlled study. *New England Journal of Medicine, 306,* 1437-1440.

Falloon, I.R.H., Boyd, J.L., McGill, C.W., Williamson, M., Razani, J., Moss, H.B., Gilderman, A.M., & Simpson, G.M. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Archives of General Psychiatry, 42, *887-896*.

Faraone, S.V., Biederman, J., Chen, W.J., Milberger, S., Warburton, R., & Tsuang, M.T. (1995). Neuropsychological functioning among the nonpsychotic relatives of schizophrenic patients: A diagnostic efficiency anaylsis. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 286-304.

Faraone, S.V., Kremen, W.S., & Tsuang, M.T. (1990). Genetic transmission of affective disorders: Quantitative models and linkage analysis. *Psychological Bulletin, 108,* 109-127.

Farina, A. (1976). *Abnormal psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall.

Farkas, G., & Rosen, R.C. (1976). The effects of alcohol on elicited male sexual response. *Studies in Alcohol, 37,* 265-272.

Farquhar, J.W. (1991). The Stanford cardiovascular disease prevention programs. *Annals of the New York Academy of Sciences, 623,* 327-331.

Farquhar, J.W., Fortmann, S.P., Flora, J.A., & Maccoby, N. (1990). Methods of communication to influence behaviour. In W. Holland, R. Detels, & G. Knox (Eds.), *Oxford textbook of public health* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

Farquhar, J.W., Fortmann, S.P., Flora, J.A., Taylor, B., Haskell, W.L., Williams, P.T., Maccoby, N., & Wood, P.D. (1990). Effects of communitywide education on cardiovascular disease risk factors: The Stanford Five-City Project. *Journal of the American Medical Association, 264,* 359-365.

Farris, E.J., Yeakel, E.H., & Medoff, H. (1945). Development of hypertension in emotional gray Norway rats after air blasting. *American Journal of Physiology, 144,* 331-333.

Fassinger, R. (1991). The hidden minority: Issues and challenges in working with lesbian women and gay men. *Counseling Psychologist, 19,* 157-176.

Fawcett, J., Epstein, P., Fiester, S.J., Elkin, I., & Autry, J.H. (1987). Clinical Management —Imipramine/placebo administration manual: NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychopharmacology Bulletin, 23,* 309-324.

Fedora, O., Reddon, J.R., & Yeudall, L.T. (1986). Stimuli eliciting sexual arousal in genital exhibitionists: A possible clinical application. *Archives of Sexual Behavior, 15,* 417-427.

Fein, D., Pennington, B., Markowitz, P., Braverman, M., & Waterhouse, L. (1986). Toward a neuropsychological model of infantile autism: Are the social deficits primary? *Journal of the American*

Academy of Child Psychiatry, 25, *198-212*.

Feingold, B.F. (1973). *Introduction to clinical allergy*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Feinsilver, D.B., & Gunderson, J.G. (1972). Psychotherapy for schizophrenics—Is it indicated? *Schizophrenia Bulletin, 1,* 11-23.

Feldman, H.A., Goldstein, I., Hatzichristou, G., Krane, R.J., & McKinlay, J.B. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts male aging study. *Journal of Urology, 151,* 54-61.

Felner, R.D., Farber, S.S., & Prima vera, J. (1983). Transition and stressful events: A model for primary prevention. In R.A. Felner, L.A. Jason, J.N. Mortisugu, & S.S. Farber (Eds.), *Preventive psychology: Theory, research, and, practice* (pp. 199-229). New York: Pergamon.

Fenigstein, A. (1979). Self-consciousness, self-attention, and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 37,* 75-86.

Fenigstein, A., Scheier, M.F., & Buss, A.H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43,* 522-527.

Fentiman, L.C. (1985). Guilty but mentally ill: The real verdict is guilty. *Boston College Law Review, 26,* 601 -653.

Ferguson, K.J., & Spitzer, R.L. (1995). Binge eating disorder in a community-based sample of successful and unsuccessful dieters. *International Journal of Eating Disorders, 18,* 167-172.

Ferster, C.B. (1961). Positive reinforcement and behavioral deficits of autistic children. *Child Development, 32,* 437-456.

Fillmore, K.M. (1987). Prevalence, incidence and chronicity of drinking patterns and problems among men as a function of age: A longitudinal and cohort analysis. *British Journal of Addiction, 82,* 77-83.

Fillmore, K.M., & Caetano, R. (1980, May 22). *Epidemiology of occupational alcoholism*. Paper presented at the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism's Workshop on Alcoholism in the Workplace, Reston, VA.

Fils-Aime, M.L., Eckardt, M.J., George, D.T., Brown, G.L., Mefford, I., & Linnoila, M. (1996). Early-onset alcoholics have lower cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid levels than late-onset alcoholics. *Archives of General Psychiatry,* 53, 211-216.

Finkelhor, D. (1979). *Sexually victimized children*. New York: Free Press.

Finkelhor, D. (1983). Removing the child—Prosecuting the offender in cases of sexual abuse: Evidence from the national reporting system for child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect, 7, 195-205*.

Finkelhor, D. (1993). Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect, 17, 67-70*.

Finkelhor, D., & Araji, S. (1986). Explanations of pedophilia: A four-factor model. *Journal of Sex Research, 22,* 145-161.

Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I.A., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women:

Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse and Neglect, 14,* 19-28.

Finn, S.E. (1982). Base rates, utilities, and DSM-III: Shortcomings of fixed-rule systems of psychodiagnosis. *Journal of Abnormal Psychology, 91,* 294-302.

Fiore, J., Becker, J., & Coppel, D.B. (1983). Social network interactions: A buffer or a stress? *American Journal of Community Psychology, 11,* 423-439.

Fiore, M.C., Novotny, T.F., Pierce, J.P., Giovino, G.A., Hatziandreu, E.J., Newcomb, P.A., Surawicz, T.S., & Davis, R.M. (1990). Methods used to quit smoking in the United States: Do cessation programs help? *Journal of the American Medical Association, 263,* 2760-2765.

Fiore, M.C., Smith, S.S., Jorenby, D.E., & Baker, T.B. (1994). The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association, 271,* 1940-1947.

Fischer, M. (1971). Psychoses in the offspring of schizophrenic monozygotic twins and their normal co-twins. *British Journal of Psychiatry, 118,* 43 -52.

Fischetti, M., Curran, J.P., & Wessberg, H.W. (1977). Sense of timing. *Behavior Modification, 1,* 179-194.

Fishbain, D.A., & Goldberg, M. (1991). The misdiagnosis of conversion disorder in a psychiatric emergency service. *General Hospital Psychiatry, 13,* 177-181.

Fisher, J.E., & Noll, J.P. (1996). Anxiety disorders. In L.L. Carstensen, B.A. Edelstein, & L. Dornbrand (Eds.), *The practical handbook of clinical gerontology* (pp. 304-323). Thousand Oaks: Sage.

Fisher, J.E., Goy, E.R., Swingen, D.N., & Szymanski, J. (1994, November). The functional context of behavioral disturbances in Alzheimer's disease patients. Paper presented at the annual convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy.

Fishier, K., Azen, C.G., Henderson, R., Friedman, E.G., & Koch, R. (1987). Psychoeducational findings among children treated for phenylketonuria. *American Journal of Mental Deficiency, 92,* 65 -73.

Fishman, D.B., Rodgers, F., & Franks,

C.M. (Eds.). (1988). *Paradigms in behavior therapy: Present and promise* (pp. 254-293). New York: Springer.

Fitts, S.N., Gibson, P., Redding, C.A., & Deiter, P.J. (1989). Body dysmorphic disorder: Implications for its validity as a DSM-III-R clinical syndrome. *Psychological Reports, 64,* 655 - 658.

Fitzgerald, R.V. (1973). *Conjoint marital therapy*. New York: Jason Aronson.

Fleming, J.E., & Offord, D.R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29,* 571 -580.

Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group. (1992). Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa: A multicenter, placebo-controlled, double blind trial. *Archives of General Psychiatry, 49,* 139-147.

Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99,* 20-35.

Foa, E.B., Feske, U., Murdock, T. B., Kozak, M.J., & McCarthy, PR. (1991). Processing of threat-related information in rape victims. *Journal of Abnormal Psychology, 100,* 156-165.

Foa, E.B., Kozak, M.J., Steketee, G.S., & McCarthy, P.R. (1992). Treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms in OCD by imipramine and behavior therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 31,* 279 - 292.

Foa, E.B., Steketee, G.S., & Ozarow, B.J. (1985). Behavior therapy with obsessive-compulsives: From theory to treatment. In M. Mavissakalian, S.M. Turner, & L. Michelson (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Psychological and pharmacological treatment*. New York: Plenum.

Foa, E.B., Zinbarg, R., & Rothbaum, B.O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin, 112,* 218-238.

Fodor, I. (1978). Phobias in women: Therapeutic approaches. In *Helping women change: A guide for professional counseling*. New York: BMA Audio Cassette Program.

Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotions and coping during 3 stages of college examination. *Journal of Personality and Social Psychology, 48,* 150-170.

Folkman, S., Bernstein, L., & Lazarus, R.S. (1987). Stress processes and the misuse of drugs in older adults. *Psychology and Aging, 2,* 366-374.

Folks, D.G., Ford, C.V., & Regan, W.M. (1984). Conversion symptoms in a general hospital. *Psychosomatics, 25,* 285-295.

Follette, V.M. (1994). Acceptance and commitment in the treatment of incest survivors: A contextual approach. In S.C. Hayes, N.S. Jacobson, V.M. Follette, & M. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*. Reno, NV: Context Press.

Folstein, S., & Rutter, M. (1977a). Genetic influences and infantile autism. *Nature, 265,* 726 - 728.

Folstein, S., & Rutter, M. (1977b). Infantile autism: A genetic study of 21 twin pairs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 18,* 291 -321.

Ford, C.S., & Beach, F.A. (1951). *Patterns of sexual behavior*. New York: Harper.

Ford, C.V. (1995). Dimensions of somatization and hypochondriasis. Special Issue: Malingering and conversion reactions. *Neurological Clinics, 13,* 241-253.

Ford, C.V., & Folks, D.G. (1985). Conversion disorders: An overview. *Psychosomatics, 26,* 371-383.

Ford, D.H., & Urban, H.B. (1963). *Systems of psychotherapy: A comparative study*. New York: Wiley.

Fordyce, W.E. (1994). Pain and suffering: What is the unit? Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care, and Rehabilitation, 3, *S51-S56*.

Fordyce, W.E., Brockway, J.A., Bergman, J.A., & Spengler, D. (1986). Acute back pain: A control-group comparison of behavioral vs. traditional methods. *Journal of Behavioral Medicine, 9,* 127-140.

Foreyt, J.P. (1990). Behavioral medicine. In C.M. Franks, G.T. Wilson, P.C. Kendall, & J.P. Foreyt (Eds.), *Annual review of behavior: Theory and practice* (Vol. 12). New York: Guilford.

Forsythe, W.I., & Redmond, A. (1974). Enuresis and spontaneous cure rate: Study of 1129 enuretics. *Archives of Disease in Childhood, 49,* 259 - 263.

Forth, A.E., & Hare, R.D. (1989). The contingent negative variation in psychopaths. *Psychophysiology, 26,* 676 - 682.

Foucault, M. (1965). *Madness and civilization*. New York: Random House.

Foulkes, S.H. (1964). *Therapeutic group analysis*. New York: International Universities Press.

Foy, D.W., Resnick, H.S., Carroll, E.M., & Osato, S.S. (1990). Behavior therapy. In A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Handbook of comparative treatments for adult disorders* (pp. 302-315). New York: Wiley.

Foy, D.W., Resnick, H.S., Sipprelle, R.C., & Carroll, E.M. (1987). Premilitary, military, and postmilitary factors in the development of combat-related posttraumatic stress disorder. *The Behavior Therapist, 10,* 3-9.

Frame, C., Matson, J.L., Sonis, W.A., Fialkov, M.]., & Kazdin, A.E. (1982). Behavioral treatment of depression in a prepubertal child, *journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry,* 3, 239-243.

Frances, A., Pincus, H.A., Widiger, T.A., Davis, W.W., & First, M.B. (1990). DSM-IV: Work in progress. *American Journal of Psychiatry, 147,* 1439-1448.

Frances, R., Franklin, J., & Flavin, D. (1986). Suicide and alcoholism. *Annals*

of the New York Academy of Science, 287, 316-326.

Frank, E., & Kupfer, D.J. (1994). Maintenance therapy in depression: In reply. *Archives of General Psychiatry, 51,* 504-505.

Frank, E., & Spanier, C. (1995). Interpersonal psychotherapy for depression: Overview, clinical efficacy, and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2,* 349-369.

Frank, E., Anderson, C., & Kupfer, D.J. (1976). Profiles of couples seeking sex therapy and marital therapy. *American Journal of Psychiatry, 133,* 559-562.

Frank, E., Anderson, C., & Rubenstein, D. (1978). Frequency of sexual dysfunctions in "normal" couples. *New England Journal of Medicine, 299,* 111-115.

Frank, E., Kupfer, D.J., Perel, J.M., Cornes, C, Jarrett, D.B., et al. (1990). Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry, 47,* 1093-1099.

Frank, E., Kupfer, D.J., Wagner, E.F., McEachran, A.B., & Cornes, C. (1991). Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression: Contributing factors. *Archives of General Psychiatry, 48,* 1053-1059.

Frank, J.D. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. Second edition, 1973; third edition, 1978.

Frank, J.D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 25,* 350-361.

Frank, J.D. (1976). Psychotherapy and the sense of mastery. In R.L. Spitzer & D.F. Klein (Eds.), *Evaluation of psychotherapies: Behavioral therapies, drug therapies and their interactions*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Frank, J.D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J.H. Harvey & M.M. Parks (Eds.), *The Master Lecture Series: Vol. 1. Psychotherapy research and behavior change* (pp. 73-122). Washington, DC: American Psychological Association.

Frankenhaeuser, M.U., Lundberg, M., Fredriksson, B., Melin, M., Thomisto, A., et al. (1989). Stress on and off the job as related to sex and occupational status in whitecollar workers. *Journal of Organizational Behavior, 10,* 321-346.

Frankl, V. (1959). From death camp to existentialism. *Boston: Beacon*.

Frankl, V. (1963). *Man's search for meaning*. New York: Washington Square.

Frankl, V. (1967). *Psychotherapy and existentialism*. New York: Simon & Schuster.

Franklin, J.C., Schiele, B.C., Brozerk, J., & Keys, A. (1948). Observations on human behavior in experimental semistarvation and rehabilitation. *Journal of Clinical Psychology, 4,* 28-45.

Franks, C.M., Wilson, G.T., Kendall, P.C., & Foreyt, J.P. (1990). *Review of behavior therapy: Theory and practice*. New York: Guilford.

Frazier, P.A. (1990). Victim attributions and post-rape trauma. *Journal of Personality and Social Psychology, 59,* 298 -304.

Frederickson, B.L., & Carstensen, L.L. (1990). Choosing social partners: How old age and anticipated endings make people more selective. *Psychology and Aging, 5,* 335-347.

Freeman, A., & Reinecke, M.A. (1995). Cognitive therapy. In A.S. Gurman & S.B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and practice*. New York: Guilford.

Fremouw, W.J., Perczel, W.J., & Ellis, T.E. (1990). *Suicide risk: Assessment and response guidelines*. Elmsford, NY: Pergamon.

Freud, A. (1946). *The ego and mechanisms of defense*. New York: International Universities Press.

Freud, A. (1966). *The ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities Press.

Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. In *Collected papers* (Vol. 4). London: Hogarth and the Institute of Psychoanalysis, 1950.

Freud, S. (1937). Analysis terminable and interminable. *International Journal of Psychoanalysis, 18,* 373 -391.

Freud, S. (1955). Lines of advance in psychoanalytic therapy. In *The complete psychological works of Sigmund Freud*. J. Strachey (Ed. and Trans.) London: Hogarth and the Institute of Psychoanalysis. (Original work published 1918)

Freud, S. (1956). Analysis of a phobia in a five-year-old boy. In *Collected works of Sigmund Freud* (Vol. 10). London: Hogarth. (Original work published 1909)

Freund, K., & Kuban, M. (1994). The basis of the abused abuser theory of pedophilia: A further elaboration on an earlier study. *Archives of Sexual Behavior, 23,* 553-563.

Friedman, J.M. (1978). Sexual adjustment of the postcoronary male. In J. LoPiccolo & L. LoPiccolo (Eds.), *Handbook of sex therapy*. New York: Plenum.

Friedman, J.M., & Hogan, D.R. (1985). Sexual dysfunction: Low sexual desire. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Guilford.

Friedman, M., & Ulmer, D. (1984). *Treating type A behavior and your heart*. New York: Fawcett Crest.

Friedman, M., Thoresen, C.E., Gill, J.J., Powell, L.H., Ulmer, D., Thompson, L., Price, V.A., Rabin, D.D., Breall, W.S., Dixon, T., Levy, R., & Bourg, E. (1984). Alteration of type A behavior and reduction in cardiac recurrences in postmyocardial infarction patients. *American Heart Journal, 108,* 237-248.

Friedman, M., Thoresen, C.E., Gill, J.J., Ulmer, D., Thompson, L., Powell, L., Price, A., Elek, S.R., Rabin, D.D., Breall, W.S., Piaget, G., Dixon, T., Bourg, E., Levy, R., & Tasto, D.I. (1982). Feasibility of altering type A behavior pattern after myocardial infarction. *Circulation, 66,* 83-92.

Friedman, M. (1969). *Pathogenesis of coronary artery disease*. New York: McGraw-Hill.

Friedman, R., & Dahi, L.K. (1975). The effects of chronic conflict on the blood pressure of rats with a genetic susceptibility to experimental hypertension. *Psychosomatic Medicine, 37,* 402-416.

Frisch, M.B., & Higgins, R.L. (1986). Instructional demand effects and the correspondence among role-play, self-report, and naturalistic measures of social skill. *Behavioral Assessment, 8,* 221-236.

Frith, U. (1989). *Autism: Explaining the enigma*. Cambridge, MA: Basil Blackwell.

Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry, 11,* 263-273.

Fromm-Reichmann, F. (1952). Some aspects of psychoanalytic therapy with schizophrenics. In E. Brady & F.C. Redlich (Eds.), *Psychotherapy with schizophrenics*. New York: International Universities Press.

Frude, N. (1982). The sexual nature of sexual abuse: A review of the literature. *Child Abuse and Neglect, 6,* 211-223.

Fuller, R.K. (1988). Disulfiram treatment of alcoholism. In R.M. Rose & J.E. Barrett (Eds.), *Alcoholism: Treatment and outcome*. New York: Raven.

Fuller, R.K., Branchey, L., Brightwell, D.R., Derman, R.M., Emrick, C.D., Iber, F.L., James, K.E., & Lacoursiere, R.B. (1986). Disulfiram treatment of alcoholism: A Veterans Administration cooperative study. *Journal of the American Medical Association, 256,* 1449-1455.

Furnham, A., & Baguma, P. (1994). Cross-cultural differences in the evaluation of male and female body shapes. *International Journal of Eating Disorders, 15, 81-89*.

Fyer, A.J., Mannuzza, S., Chapman, T.F., ' Martin, L.Y., & Klein, D.F. (1995). Specificity in familial aggregation of phobic disorders. *Archives of General Psychiatry, 52,* 564-573.

Fver, A.J., Sandberg, D., & Klein, D.F. (1991). The pharmacological treatment of panic disorder and agoraphobia. In J.R. Walker, G.R. Norton, & C.A. Ross (Eds.), *Panic disorder and agoraphobia: A comprehensive guide for the practi-*

tioner (pp. 211-251). Belmont, CA: Brooks/Cole.

Gabbay, F.H. (1992). Behavior genetic strategies in the study of emotion. *Psychological Science, 3,* 50-55.

Gagnon, J.H. (1977). *Human sexualities*. Chicago: Scott, Foresman.

Gaines, J. (1974). The founder of Gestalt therapy: A sketch of Fritz Perls. *Psychology Today, 8,* 117-118.

Galaburda, A.M. (1989). Ordinary and extraordinary brain development: Anatomical variation in developmental dyslexia. *Annals of Dyslexia, 39,* 67-80.

Galaburda, A.M. (1993). Neuroanatomical basis of developmental dyslexia. *Neurologic Clinics, 11,* 161-173.

Galanter, M., & Castaneda, R. (1985). Self-destructive behavior in the substance abuser. *Psychiatric Clinics of North America, 8,* 251-261.

Galin, D., Diamond, R., & Braff, D. (1977). Lateralization of conversion symptoms: More frequent on the left. *American Journal of Psychiatry, 134,* 578-580.

Gallagher, D., & Thompson, L.W. (1982). Elders' maintenance of treatment benefits following individual psychotherapy for depression: Results of a pilot study and preliminary data from an ongoing replication study. *Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.*

Gallagher, D., & Thompson, L.W. (1983). Cognitive therapy for depression in the elderly. A promising model for treatment and research. In L.D. Breslau & M.R. Haug (Eds.), *Depression and aging: Causes, care and consequences*. New York: Springer.

Gallagher, D., Breckenridge, J.N., Thompson, L.W., Dessonville, C., & Amaral, P. (1982). Similarities and differences between normal grief and depression in older adults. *Essence,* 5, 127-140.

Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L.W. (1995a). Efficacy of psychotherapeutic interventions with older adults. *The Clinical Psychologist, 48,* 24-30.

Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L.W. (1995b). Psychotherapy with older adults in theory and practice. In B. Bongar & L.E. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (pp. 359-379). New York: Oxford University Press.

Gann, M.K. (1995). Challenging personality testing: 2. The Rorschach and other projective methods. In J. Ziskin (Ed.), *Coping with psychiatric and psychological testimony*. Los Angeles: Law & Psychology Press.

Garber, J., Kriss, M.R., Koch, M., & Lindholm, L. (1988). Recurrent depression in adolescents: A follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27,* 49-54.

Garber, J., Weiss, B., & Shanley, N. (1993). Cognitions, depressive symptoms, and development in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 102,* 47-57.

Garbutt, J.C., Mayo, J.P., Little, K.Y., Gillette, G.M., Mason, G.A., et al. (1994). Dose-response studies with protirelin. *Archives of General Psychiatry, 51,* 875-883.

Garcia, J., McGowan, B.K., & Green, K.F. (1972). Biological constraints on conditioning. In A.H. Black & W.F. Prokasy (Eds.), *Classical conditioning: 2. Current research and theory*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Gardner, H. (1997, January 19). [Review of "The Creation of Dr. B."] *Los Angeles Times,* Book Review, p. 3.

Garfield, S.L. (1978). Research on client variables in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed.). New York: Wiley.

Garfield, S.L., & Bergin, A.E. (1986b). Introduction and historical overview. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.). New York: Wiley.

Garfield, S.L., & Bergin, A.E. (Eds.). (1986a). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.). New York: Wiley.

Garland, R.J., & Dougher, M.J. (1991). Motivational interviewing in the treatment of sex offertders. In W.R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivating interviewing: Preparing people to change addictive behavior* (pp. 303-313). New York: Guilford.

Garner, D.M., & Wooley, S.C. (1991). Confronting the failure of behavioral and dietary treatments of obesity. *Clinical Psychology Review, 11,* 729-780.

Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D., & Thompson, M. (1980). Cultural expectation of thinness in women. *Psychological Reports, 47,* 483-491.

Garner, D.M., Olmsted, M.P., & Polivy, J. (1981). The Eating Disorder Inventory: A measure of cognitive-behavioral dimensions of anorexia nervosa and bulimia. In P.L. Darby, P.E. Garfinkel, D.M.

Garner, & D.V. Coscina (Eds.), Anorexia nervosa: Recent developments in research. *New York: Liss.*

Garner, D.M., Olmsted, M.P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multi-dimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders, 2,* 15-34.

Garner, D.M., Rockert, W., Davis, R., Garner, M.V., Olmsted, M.P., & Eagle, M. (1993). Comparison between cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 150,* 37-46.

Garrison, C.Z., McKeown, R.E., Valois, R.F., & Vincent, M.L. (1993). Aggression, substance use, and suicidal behaviors in high school students. *American Journal of Public Health, 83,* 179-184.

Garssen, B., Buikhuisen, M., & Van Dyck, R. (1996). Hyperventilation and panic attacks. *American Journal of Psychiatry, 153,* 513-518.

Gatchel, R.J., Baum, A., & Krantz, D.S. (1989). *An introduction to health psychology* (2nd ed.). New York: Random House.

Gatz, M., & Pearson, C.G. (1988). Ageism revised and the provision of psychological services. *American Psychologist, 43,* 184-188.

Gatz, M., & Smyer, M.A. (1992). The mental health system and older adults in the 1990s. *American Psychologist, 47,* 741-751.

Gatz, M., Bengtson, V.L., & Blum, M.J. (1990). Caregiving families. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging*. (3rd ed., pp. 404 -426). New York: Academic Press.

Gatz, M., Kasl-Godley, J.E., & Karel, M.J. (1996). Aging and mental disorders. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* San Diego: Academic Press.

Gatz, M., Pearson, C., & Fuentes, M. (1984). Older women and mental health. In A.U. Rickel, M. Gerrard, & I. Iscoe (Eds.), *Social and psychological problems of women: Prevention and crisis intervention*. Washington, DC: Hemisphere.

Gauthier, Y., Fortin, C., Drapeau, P., Breton, J., Gosselin, J., Quintal, L., Weisnagel, J., & Lamarre, A. (1978). Follow-up study of 35 asthmatic preschool children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 17,* 679-694.

Gauthier, Y., Fortin, C., Drapeau, P., Breton, J., Gosselin, J., Quintal, L., Weisnagel, J., Tetreault, L., & Pinard, G. (1977). The mother-child relationship and the development of autonomy and self-assertion in young (14-30 months) asthmatic children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 16,* 109-131.

Gebhard, P.H., Gagnon, J.H., Pomeroy, W.B., & Christenson, C.V. (1965). *Sex offenders*. New York: Harper & Row.

Geer, J.H., Davison, G.C., & Gatchel, R.I. (1970). Reduction of stress in humans through nonveridical perceived control of aversive stimulation. *Journal of Personality and Social Psychology, 16,* 731-738.

Geer, J.H., Heiman, J., & Leitenberg, H. (1984). *Human sexuality*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. '

Gelernter, C.S., Uhde, T.W., Cimbolic, P., Arnkoff, D.B., Vittone, B.J., et al. (1991). Cognitive behavioral and pharmacolog-

ical treatments of social phobia: A controlled study. *Archives of General Psychiatry, 48,* 938-945.

Gendlin, E.T. (1962). Experiencing and the creation of meaning: A philosophical and psychological approach to the subject. *New York: Free Press.*

General Register Office. (1968). *A glossary of mental disorders*. London: Author.

George, L.K. (1980). *Role transitions in later life*. Monterey, CA: Brooks/Cole.

George, L.K. (1994). Social factors and depression in late life. In L.S. Schneider, C.F. Reynolds, III, B.D. Lebowitz, & A.J. Friedhoff (Eds.), *Diagnosis and treatment of depression in late life* (pp. 131-153). Washington, DC: American Psychiatric Press.

George, L.K., & Weiler, S.J. (1981). Sexuality in middle and late life: The effects of age, cohort, and gender. *Archives of General Psychiatry, 38,* 919 -923.

George, L.K., Landoman, R., Blazer, D.G., & Anthony, J.C. (1991). Cognitive impairment. In L.N. Robins & D.A. Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America*. New York: Free Press.

Gerber, L.M. (1983). Ethnicity still matters: Socio-demographic profiles of the ethnic elderly in Ontario. *Canadian Ethnic Studies, 15,* 60-80.

Gergen, K.J. (1982). Toward transformation in social knowledge. *New York: Plenum.*

Gerin, W., Rosofsky, M., Pieper, C., & Pickering, T.G. (1994). A test of generalizability of cardiovascular reactivity using a controlled ambulatory procedure. *Psychosomatic Medicine, 56,* 360-368.

Gershon, E.S. (1990). Genetics. In F.K. Goodwin & K.R. Jamison (Eds.), *Manic depressive illness*. New York: Oxford University Press.

Gesten, E.L., & Jason, L.A. (1987). Social and community interventions. *Annual Review of Psychology, 38,* 427-460.

Ghoneim, M.M., & Mewaldt, S.P. (1990). Benzodiazepines and human memory: A review. *Anesthesiology,* 72, 926-938.

Gibbons, D.C. (1975). *Delinquent behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Gibbs, J.T. (1980). The interpersonal orientation in mental health consultation: Toward a model of ethnic variations in consultation. *American Journal of Orthopsychiatry, 45,* 430-445.

Gibson, D., & Harris, A. (1988). Aggregated early intervention effects for Down's syndrome persons: Patterning and longevity of benefits. *Journal of Mental Deficiency Research, 32,* 1-17.

Gielen, A.C., Faden, R.R., O'Campo, P., Kass, N., & Anderson, J. (1994). Women's protective sexual behaviors: A test of the health belief model. *AIDS Education and Prevention,* 6, 1 -11.

Gilbert, F.S. (1991). Development of a "steps questionnaire." *Journal of Studies on Alcohol, 52,* 353-360.

Gilboy, J.A., & Schmidt, J.R. (1971). "Voluntary" hospitalization of the mentally ill. *Northwestern University Law Review,* 66, 429-439.

Gillberg, C. (1991). Outcome in autism and autistic-like conditions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30,* 375-382.

Gillberg, C., & Steffenburg, S. (1987). Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions: A population-based study of 46 cases followed through puberty. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 17,* 273-287.

Gillberg, C., & Svendsen, P. (1983). Childhood psychosis and computed tomographic brain scan findings. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 13,* 19-32.

Ginsburg, A.B., & Goldstein, S.G. (1974). Age bias in referral to psychological consultation. *Journal of Gerontology, 29,* 410-415.

Ginzburg, H.M. (1986). Naltrexone: Its clinical utility. In B. Stimmel (Ed.), *Advances in alcohol and substance abuse* (pp. 83-101). New York: Haworth.

Gitlin, M.J. (1993). Pharmacotherapy of personality disorders: Conceptual framework and clinical strategies. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 13,* 343 -353.

Gittelman, R., Abikoff, H., Pollack, E., Klein, D., Katz, F., & Mattes, J. (1980). A controlled trial of behavior modification and methylphenidate in hyperactive children. In C. Whalen & B. Henker (Eds.), *Hyperactive children: The social ecology of identification and treatment* (pp. 221-246). New York: Academic Press.

Gittelman, R., Mannuzza, S., Shenker, R., & Bonagura, N. (1985). Hyperactive boys almost grown up. *Archives of General Psychiatry, 42,* 937-947.

Gladue, B.A. (1985). Neuroendocrine response to estrogen and sexual orientation. *Science, 230,* 961.

Gleaves, D.H., & Eberenz, K.R (1994). Sexual abuse histories among treatment-resistant bulimia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders, 15,* 227-231.

Gleick, J. (1987). *Chaos: Making a new science*. New York: Penguin Books.

Goff, D.C., & Simms, C.A. (1993). Has multiple personality disorder remained consistent over time? A comparison of past and present cases. *Journal of Nervous and Mental Disease, 181,* 595-600.

Goldberg, E.M., & Morrison, S.L. (1963). Schizophrenia and social class. *British Journal of Psychiatry, 109,* 785 -802.

Goldbloom, D.S., Garfinkel, P.E., & Shaw,

B.F. (1991). Biochemical aspects of bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research, 35,* 11-22.

Golden, C.J. (1981a). The Luria-Nebraska Children's Battery: Theory and formulation. In G.W. Hynd & J.E. Obrzut (Eds.), *Neuropsychological assessment and the school-age child: Issues and procedures*. New York: Grune & Stratton.

Golden, C.J. (1981). A standardized version of Luria's neuropsychological tests: A quantitative and qualitative approach to neuropsychological evaluation. In S.B. Filskov & T.J. Boil (Eds.), *Handbook of clinical neuropsychology*. New York: Wiley.

Golden, C.J., Hammeke, T., & Purisch, A. (1978). Diagnostic validity of a standardized neuropsychological battery derived from Luria's neuropsychological test. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46,* 1258-1265.

Goldfried, M.R. (1971). Systematic desensitization as training in self-control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37,* 228-234.

Goldfried, M.R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist, 35,* 991-999.

Goldfried, M.R. (1991). Research issues in psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 1,* 5-25.

Goldfried, M.R., & D'Zurillia, T.J. (1969). A behavioral-analytic model for assessing competence. In C.D. Speilberger (Ed.), *Current topics in clinical and community psychology* (Vol. 1). New York: Academic Press.

Goldfried, M.R., & Davison, G.C. (1994). *Clinical behavior therapy*. Expanded edition. New York: Wiley.

Goldfried, M.R., Greenberg, L.S., & Marmar, C. (1990). Individual psychotherapy: Process and outcome. *Annual Review of Psychology, 41,* 659- 688.

Goldfried, M.R., Padawer, W., & Robins,

C. (1984). Social anxiety and the semantic structure of heterosocial interactions. *Journal of Abnormal Psychology, 93,* 87-97.

Golding, J.M., Smith, G.R., & Kashner, T.M. (1991). Does somatization disorder occur in men? Clinical characteristics of women and men with unexplained so-

matic symptoms. *Archives of General Psychiatry, 48,* 231-235.

Goldmeier, J. (1988). Pets or people: Another research note. *The Gerontologist, 26,* 203-206.

Goldstein, A. (1994). *Addiction: From biology to drug policy*. New York: W.H. Freeman.

Goldstein, A.J., & Chambless, D.L. (1978). A reanalysis of agoraphobic behavior. *Behavior Therapy, 9,* 47-59.

Goldstein, M.J., & Rodnick, E. (1975). The family's contribution to the etiology of schizophrenia: Current status. *Schizophrenia Bulletin, 14,* 48-63.

Goldstein, R.B., Weissman, MM., Adams, P.B., Horwath, E., Lish, J.D., et al. (1994). Psychiatric disorders in relatives of probands with panic disorder or major depression. *Archives of General Psychiatry, 51,* 383-394.

Goldstein, S.E., & Birnbom, F. (1976). Hypochondriasis and the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society, 24,* 150-154.

Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam.

Gomez, F.C., Piedmont, R.L., & Fleming, M.Z. (1992). Factor analysis of the Spanish version of the WAIS: The Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos (EIWA). *Psychological Assessment, 4,* 317-321.

Goodenow, C., Reisine, S.T., & Grady, K.E. (1989). Quality of social support and associated social and psychological functions in women with rheumatoid arthritis. *Health Psychology, 9,* 266-284.

Goodman, L.A., Koss, M.P., Fitzgerald, L.F., Russo, N.F., et al (1993). Male violence against women: Current research and future directions. *American Psychologist, 48,* 1054-1058.

Goodman, R., & Stevenson, J. (1989). A twin study of hyperactivity: 2. The aetiological role of genes, family relationships, and perinatal adversity, *journal of Child Psychology and Psychiatry, 30,* 691-709.

Goodwin, D.W. (1979). Alcoholism and heredity: A review and hypothesis. *Archives of General Psychiatry, 36,* 57-61.

Goodwin, D.W. (1982). Substance induced and substance use disorders: Alcohol. In J.H. Griest, I.W. Jefferson, & R.L Spitzer (Eds.), *Treatment of mental disorders*. New York: Oxford University Press.

Goodwin, D.W., & Guze, S.B. (1984). *Psychiatric diagnosis* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.

Goodwin, D.W., Schulsinger, F., Hermansen, L., Guze, S.B., & Winokur, G.A.

(1973). Alcohol problems in adoptees raised apart from alcoholic biological parents. *Archives of General Psychiatry, 128,* 239-243.

Goodwin, F., & Jamison, K. (1990). *Manic-depressive illness*. New York: Oxford University Press.

Gorenstein, E.E. (1991). A cognitive perspective on antisocial personality. In P.A. Magaro (Ed.), *Cognitive* bases *of mental disorders*. Newbury Park, CA: Sage.

Gorenstein, E.E., & Newman, J.P. (1980). Disinhibitory psychopathology: A new perspective and a model for research. *Psychological Review, 87,* 301-315.

Gorman, J.M. (1994). New and experimental pharmacological treatments for panic disorder. In B.E. Wolfe & J.D. Maser (Eds.), *Treatment of panic disorder: A consensus development conference* (pp. 83 - 90). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gorman, J.M., Fyer, M.R., Goetz, R., Askanazi, J., Leibowitz, M.R., Fyer, A.J., Kinney, J., & Klein, D.F. (1988). Ventilatory physiology of patients with panic disorder. *Archives of General Psychiatry, 45,* 53-60.

Gotesdam, K.G., & Agras, W.S. (1995). General population-based epidemiological survey of eating disorders in Norway. *International journal of Eating Disorders, 18,* 119-126.

Gotlib, l.H. (1982). Self-reinforcement and depression in interpersonal interaction: The role of performance level, *journal of Abnormal Psychology, 93,* 19 - 30.

Gotlib, l.H., & Asarnow, R.F. (1979). Interpersonal and impersonal problem-solving skills in mildly and clinically depressed students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47,* 86-95.

Gotlib, I.H., Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., Rohde, P., & Rednew, J.E. (1993). Negative cognitions and attributional style in depressed adolescents: An examination of stability and specificity. *Journal of Abnormal Psychology. 102,* 607-615.

Gotlib, l.H., ' & Robinson, L.A. (1982). Responses to depressed individuals: Discrepancies between self-report and observer-rated behavior. *Journal of Abnormal Psychology, 91,* 231-240.

Gottesman, I., & Shields, J. (1972). *Schizophrenia and genetics: A twin study vantage point*. New York: Academic Press.

Gottesman, I.I., & Goldsmith, H.H. (1994). Developmental psychopathology of antisocial behavior: Inserting genes into its ontogenesis and epigenesis. In C.A. Nelson (Ed.), *Threats to optimal development*. Hillside, NJ: Erlbaum.

Gottesman, I.I., McGuffin, P., & Farmer, A.E. (1987). Clinical genetics as clues to the "real" genetics of schizophrenia.

Schizophrenia Bulletin, 13, *23-47.*

Gottlieb, J. (1990). Mainstreaming and quality education. *American Journal on Mental Retardation, 95, 16.*

Gottman, J.M. (1979). Marital interaction: Experimental investigations. *New York: Academic Press.*

Gottman, J.M., Notarius, C., Gonso, J., & Markman, H. (1976). *A couple's guide to communication*. Champaign, IL.: Research Press.

Gottman, J.M., & Krokoff, L.J. (1989). Marital interaction and satisfaction: A longitudinal view, *journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 47-52.

Gould, M.S., Wallenstein, S., & Kleinman, M.H. (1990). Time-space clustering of teenage suicide. *American journal of Epidemiology, 131,* 71 -78.

Gove, W.R. (1970). Societal reaction as an explanation of mental illness: An evaluation. *American Sociological Review, 35,* 873 - 884.

Gove, W.R., & Fain, T. (1973). The stigma of mental hospitalization. *Archives of General Psychiatry, 28,* 494-500.

Goyer, P., Andreason, P.J., Semple, W.E., Clayton, A.H., et al. (1994). Positron-emission tomography and personality disorders. *Neuropsychopharıacology, 10,* 21-28.

Goyette, C.H., & Conners, C.K. (1977). *Food additives and hyperkinesis*. Paper presented at the 85th Annual Convention of the American Psychological Association.

Graham, J.R. (1988). *Establishing validity of the revised form of the MMPI*. Symposium presentation at the 96th Annual Convention of the American Psychological Association, Atlanta.

Graham, J.R. (1990). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology*. New York: Oxford University Press.

Graham, J.W., Johnson, C.A., Hansen, W.B., Flay, B.R., & Gee, M. (1990). Drug use prevention programs, gender, and ethnicity: Evaluation of three seventh-grade Project SMART cohorts. *Preventive Medicine, 19,* 305-313.

Graham, P.J., Rutter, M.L., Yule, W., & Pless, I.B. (1967). Childhood asthma: A psychosomatic disorder? Some epidemiological considerations. *British Journal of Preventive Medicine, 21,* 78-85.

Gralnick, A. (1986). Future of the chronic schizophrenic patient: Prediction and

recommendation. *American journal of Psychotherapy, 40,* 419-429.

Grandin, T. (1986). *Emergence: Labeled autistic*. Novato, CA: Arena Press.

Grandin, T. (1995). *Thinking in pictures*. New York: Doubleday.

Gratzer, T., & Bradford, J.M.W. (1995). Offender and offense characteristics of sexual sadists: A comparative study. journal of Forensic Sciences, 40, *450-455*.

Gray, E.B. (1983). Final report: Collaborative research of community and minority group action to prevent child abuse and neglect: Vol. *3*. Public awareness and education using the creative arts. *Chicago: National Committee for Prevention of Child Abuse*.

Green, R. (1969). Mythological, historical and cross-cultural aspects of transsexualism. In R. Green & J. Money (Eds.), *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Green, R. (1974). Sexual identity conflict in children and adults. *New York: Basic Books*.

Green, R. (1976). One hundred ten feminine and masculine boys: Behavioral contrasts and demographic similarities. *Archives of Sexual Behavior, 5,* 425-446.

Green, R. (1985). Gender identity in childhood and later sexual orientation: Follow-up of 78 males. *American Journal of Psychiatry,* 342, 339-341.

Green, R. (1987). The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality. *New Haven: Yale University Press*.

Green, R. (1992). *Sexual science and the law*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Green, R., & Blanchard, R. (1995). Gender identity disorders. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry,* (pp. 1347-1360). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Green, R., & Fleming, D.T. (1990). Transsexual surgery follow-up: Status in the 1990s. In J. Bancroft, C. Davis, & D. Weinstein (Eds.), *Annual review of sex research* (pp. 163-174).

Green, R., & Money, J. (1969). *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Greenberg, J. (1996, August 21). Teen drug use has doubled in 4 years, U.S. says. *Los Angeles Times,* pp. Al, A17.

Greenberg, L., Elliott, R., & Lietaer, G. (1994). Research on experiential therapies. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 509-539). New York: Wiley.

Greenberg, L., Fine, S.B., Cohen, C., Larson, K., Michaelson-Baily, A., Rubinton, P., & Glick, I D. (1988). An interdisciplinary psychoeducation program for schizophrenic patients and their families in an acute care setting. *Hospital and Community Psychiatry, 39,* 277-281.

Greenberg, L.S., & Johnson, S.M. (1988). Curative principles in marital therapy: A response to Wile. *Journal of Family Psychology, 2,* 28-31.

Greenberg, L.S., & Johnson, S.M. (1988). *Emotionally focussed couples therapy*. New York: Guilford.

Greenberg, L.S., & Rice, L.N. (1981). The specific effects of a gestalt intervention. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 18,* 31-37.

Greenberg, L.S., & Safran, J. (1984). Integrating affect and cognition: A perspective on the process of therapeutic change. *Cognitive Therapy and Research, 8,* 559-578.

Greenblatt, M., Solomon, M.H., Evans, A.S., & Brooks, G.W. (Eds.). (1965). *Drugs and social therapy in chronic schizophrenia*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Greene, B.A. (1985). Considerations in the treatment of black patients by white therapists. *Psychotherapy, 22,* 115-122.

Greene, B.L. (1960). Marital disharmony: Concurrent analysis of husband and wife. *Diseases of the Nervous System, 21,* 1-6.

Greer, S., Morris, T., & Pettigale, K.W. (1979). Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *Lancet, 2,* 785-787.

Gregerson, H.B., & Sailer, L. (1993). Chaos theory and its implications for social science. *Human Relations, 46,* 777-802.

Grigorenko, E.L., Wood, F.B., Meyer, M.S., Hart, L.A., Speed, W.C., Shuster, A., & Pauls, D.L. (in press). Susceptibility loci for distinct components of developmental dyslexia on chromosome 6 and 15. *American journal of Human Genetics*.

Grilo, C.M., Shiftman, S., & Carter-Campbell, J.T. (1994). Binge eating antecedents in normal weight nonpurging females: Is there consistency? *International journal of Eating Disorders, 16,* 239-249.

Grings, W.W., & Dawson, M.E. (1978). Emotions and bodily responses: A psychophysiological approach. *New York: Academic Press*.

Grinker, R.R., & Spiegel, J.P. (1944). Management of neuropsychiatry casualties in the zone of combat: Manual of military neuropsychiatry. *Philadelphia: W.B. Saunders*.

Grinker, R.R., & Spiegel, J.P. (1979). *War neuroses*. New York: Arno Press.

Grinspoon, L., & Bakalar, J.B. (1995). Marijuana as medicine: A plea for reconsideration. *Journal of the American Medical Association,* 273, 1875-1876.

Grisso, T. (1986). Evaluating competencies: Forensic assessments and instruments. *New York: Plenum*.

Grisso, T., & Appelbaum, P.S. (1991). Mentally ill and non-mentally ill patients' abilities to understand informed consent disclosures for medication: Preliminary data. *Law and Human Behavior, 15,* 377-388.

Grisso, T., & Appelbaum, P.S. (1992). Is it unethical to offer predictions of future violence? *Law and Human Behavior,* 36, 621-633.

Grisso, T., & Appelbaum, P.S. (1995). The MacArthur Treatment Competence Study: 3. Abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. *Law and Human Behavior, 19,* 149-174.

Gross, M.D. (1984). Effects of sucrose on hyperkinetic children. *Pediatrics, 74,* 876 - 878.

Grosz, H.J., & Zimmerman, J. (1970). A second detailed case study of functional blindness: Further demonstration of the contribution of objective psychological laboratory data. *Behavior Therapy,* 3, 115-123.

Groth, N.A., & Burgess, A.W. (1977). Sexual dysfunction during rape. *New England journal of Medicine, 297,* 764-766.

Groth, N.A., Hobson, W.F., & Guy, T.S. (1982). The child molester: Clinical observations. In J. Conte & D.A. Shore (Eds.), *Social work and child sexual abuse*. New York: Haworth.

Grove, W.R., Eckert, E.D., Heston, L., Bouchard, T., et al. (1990). Heritability of substance abuse and antisocial behavior in monozygotic twins reared apart. *Biological Psychiatry, 27,* 1293-1304.

Grych, J.H., & Fincham, F.D. (1990). Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychological Bulletin, 108,* 267-290.

Guerra, N., & Slaby, R. (1990). Cognitive mediators of aggression in adolescent offenders: 2. Intervention. *Developmental Psychology, 26,* 269-277.

Guidano, V.F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.

Gunderson, J.G., Kolb, J.E., & Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderline patients. *American Journal of Psychiatry, 138,* 896-903.

Gunn, J. (1993). Castration is not the answer. *British Medical Journal, 307,* 790-791.

Gur, R.E., & Pearlson, G.D. (1993). Neuroimaging in schizophrenia research. *Schizophrenia Bulletin, 19,* 337-353.

Gurian, B., & Miner, J.H. (1991). Clinical presentation of anxiety in the elderly. In C. Salzman & B.D. Lebowitz (Eds.),

Anxiety in the elderly. New York: Springer.

Gurland, B. (1991). Epidemiology of psychiatric disorders. In J. Sadavoy, L.W. Lazarus, & L.F. Jarvik (Eds.), *Comprehensive review of geriatric psychiatry* (pp. 25-40). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gurland, B.J., & Cross, P.S. (1982). Epidemiology of psychopathology in old age. In L.F. Jarvik & G.W. Small (Eds.), *Psychiatric Clinics of North America*. Philadelphia: Saunders.

Gurman, A.S., & Kniskern, D.P. (1978). Research on marital and family therapy: Progress, perspective, and prospect. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed.). New York: Wiley.

Gurman, A.S., & Kniskern, D.P. (1981). Family therapy outcome research: Knowns and unknowns. In A.S. Gurman & D.P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Gurman, A.S., Kniskern, D.P, & Pinsoff, W.M. (1986). Research on the process and outcome of marital and family therapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.). New York: Wiley.

Gustafson, Y., Berggren, D., Bucht, B., Norberf, A., Hansson, L.I., & Winblad, B. (1988). Acute confusional states in elderly patients treated for femoral neck fracture. *Journal of the American Geriatrics Society, 36,* 525-530.

Guze, S B. (1967). The diagnosis of hysteria: What are we trying to do? *American journal of Psychiatry, 124,* 491-498.

Guze, S.B. (1993). Genetics of Briquet's syndrome and somatization disorder: A review of family, adoption, and twin studies. *Annals of Clinical Psychiatry, 5,* 225-230.

Gwynther, L.P., & George, L.K. (1986). Caregivers for dementia patients: Complex determinants of well-being and burden. *The Gerontologist, 26,* 245-247.

Haaga, D.A. (1987a). *Smoking schemata revealed in articulated thoughts predict early relapse from smoking cessation*. Paper presented at the 21st Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston.

Haaga, D.A. (1987b). Treatment of the type A behavior pattern. *Clinical Psychology Review,* 7, 557-574.

Haaga, D.A. (1988). *Cognitive aspects of the relapse prevention model in the prediction of smoking relapse*. Paper presented at the 22nd Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York.

Haaga, D.A., & Davison, G.C. (1989). Outcome studies of rational-emotive therapy. In M.E. Bernard & R. DiGiuseppe (Eds.), *Inside rational-emotive therapy*. New York: Academic Press.

Haaga, D.A.F. (1989). Articulated thoughts and endorsement procedures for cognitive assessment in the prediction of smoking relapse. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1,* 112-117.

Haaga, D.A.F. (1990). Issues in relating self-efficacy to smoking relapse: Importance of an "Achilles' Heel" situation and of prior quitting experience. *Journal of Substance Abuse, 2,* 191 -200.

Haaga, D.A.F., & Davison, G.C. (1991). Cognitive change methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (4th ed.). Elmsford, NY: Pergamon.

Haaga, D.A.F., & Davison, G.C. (1992). Disappearing differences do not always reflect healthy integration: An analysis of cognitive therapy and rational-emotive therapy. *Journal of Psychotherapy Integration,* 2, 287-303.

Haaga, D.A.F., Dyck, M.J., & Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin, 110,* 215-236.

Haas, G.L., Glick, I.D., Clarkin, J.F., Spencer, J.H., & Lewis, A.B. (1990). Gender and schizophrenia outcome: A clinical trial of an outpatient intervention. *Schizophrenia Bulletin, 16,* 277-292.

Hafner, R.J. (1982). Marital interaction in persisting obsessive-compulsive disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 16,* 171-178.

Hafner, R.J., Gilchrist, P., Bowling, J., & Kalucy, R. (1981). The treatment of obsessional neurosis in a family setting. *Australian and New Zealand journal of Psychiatry, 15,* 145-151.

Hagerman, R.J. (1995). Molecular and clinical correlations in Fragile X syndrome. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 1,* 276-280.

Hahlweg, K., & Markman, H.J. (1988). The effectiveness of behavioral marital therapy: Empirical status of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 440-447.

Hale, A.S. (1993). New antidepressants: Use in high-risk patients. *Journal of Clinical Psychiatry, 54,* 61 -70.

Haley, S.A. (1978). Treatment implications of post-combat stress response syndromes for mental health professionals. In C.R. Figley (Ed.), *Stress disorders among Vietnam veterans*. New York: Brunner/Mazel.

Haley, W.E., Levine, E.G., Brown, S.L., Berry, J.W., & Hughes, G.H. (1987). Psychological, social, and health consequences of caring for a relative with senile dementia. *Journal of the American Geriatrics Society, 35,* 405 -411.

Hall, C.S., Lindzey, G., Loehlin, J.C., & Manosevitz, M. (1985). *Introduction to theories of personality*. New York: Wiley.

Hall, G.C., Hirschman, R., & Oliver, L.L. (1995). Sexual arousal and arousability to pedophilic stimuli in a community sample of normal men. *Behavior*

Therapy, 26, *681-694*.

Hall, S.M., Munoz, R.F., & Reus, V.I. (1994). Cognitive-behavioral intervention increases abstinence rates for depressive-history smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 141-146.

Hall, S.M., Munoz, R.F., Reus, V.I., Sees, K.L., Duncan, C., Humfleet, G.L., & Hartz, D.T. (1996). Mood management and nicotine gum in smoking treatment: A therapeutic contract and placebo-controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 1003-1009.

Halleck, S.L. (1971). *The politics of therapy*. New York: Science House.

Hamilton, E.W., & Abramson, L.Y. (1983). Cognitive patterns and major depressive disorder: A longitudinal study in a hospital setting. *Journal of Abnormal Psychology, 92,* 173-184.

Hammen, C., & Compas, B.E. (1994). Unmasking unmasked depression in children and adolescents: The problem of comorbidity. *Clinical Psychology Review, 14,* 585-603.

Hammen, C.L. (1980). Depression in college students: Beyond the Beck Depression Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48,* 126-128.

Hammen, C.L. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100,* 555-561.

Hammen, C.L., & Cochran, S.D. (1981). Cognitive correlates of life stress and depression in college students. *Journal of Abnormal Psychology, 90,* 23- 27.

Hampe, E., Noble, H., Miller, L.C., & Barrett, C.L. (1973). Phobic children one and two years posttreatment. *Journal of Abnormal Psychology, 82,* 446-453.

Hannappel, M., Calsyn, R.J., & Allen, G. (1993). Does social support alleviate the depression of caregivers of dementia patients? *Journal of Gerontological Social Work, 20, 35-51*.

Hansen, W.B. (1992). School-based substance abuse prevention: A review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Education Research: Theory and Practice, 7,* 403-430.

Hansen, W.B. (1993). School-based alcohol prevention programs. *Alcohol Health and Research World, 18,* 62-66.

Hansen, W.B., & Graham, J.W. (1991). Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents: Peer pres-

sure resistance training versus establishing conservative norms. *Preventive Medicine, 20,* 414-430.

Hansen, W.B., Johnson, C.A., Flay, B.R., Graham, J.W., & Sobel, J. (1988). Affective and social influence approaches to the prevention of multiple substance abuse among seventh grade students. *Preventive Medicine, 17,* 135-154.

Hanusa, B.H., & Schulz, R. (1977). Attributional mediators of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology,* 35, 602-611.

Haracz, J.L. (1982). The dopamine hypothesis: An overview of studies with schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin, **8,*** 438-469.

Hardy, B.W., & Waller, D.A. (1988). Bulimia as substance abuse. In W.G. Johnson (Ed.), *Advances in eating disorders*. New York: JAI.

Hardy, J. (1993). Genetic mistakes point the way to Alzheimer's disease. *Journal of NIH Research, 5,* 46-49.

Hardy, K.V., & Laszloffy, T.A. (1995). Therapy with African Americans and the phenomenon of rage. *In Session: Psychotherapy in Practice, 1,* 57-70.

Hare, E. (1969). Triennial statistical report of the Royal Maudsley and Bethlem Hospitals. *London: Bethlem and Maudsley Hospitals*.

Hare, R.D. (1978). Electrodermal and cardiovascular correlates of sociopathy. In R.D. Hare & D. Schalling (Eds.), *Psychopathic behaviour: Approaches to research*. New York: Wiley.

Hare, R.D., Harpur, T.J., Hakstian, R.A., Forth, A.E., Hart, S.D., et al. (1990). The revised Psychopathy Checklist: Reliability and factor structure. *Psychological Assessment, 2,* 338-341.

Hare, R.D., Hart, S.D., & Harpur, T.J. (1991). Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 100,* 391-398.

Harpur, T.J., & Hare, R.D. (1990). Psychopathy and attention. In J. Enns (Ed.), *The development of attention: Research and theory*. Amsterdam: New Holland.

Harris, M.J., & Jeste, D.V. (1988). Late-onset schizophrenia: A review. *Schizophrenia Bulletin, 14,* 39-55.

Harrison, J., Chin, J., & Ficarrotto, T. (1989). Warning: Masculinity may be dangerous to your health. In M.S. Kimmel & M.A. Messner (Eds.), *Men's lives* (pp. 296 - 309). New York: Macmillan.

Hart, S.D., & Hare, R.D. (1989). Discriminant validity of the Psychopathy Checklist in a forensic psychiatric population. *Psychological Assessment, 1,* 211-218.

Hartley, D.E., & Strupp, H.H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In J. Masling (Ed.), *Empirical studies of psychoanalytical theories* (Vol. 1). Hillsdale, NJ: Analytical Press.

Hartmann, H. (1958). *Ego psychology and the problem of adaptation*. New York: International Universities Press.

Harvard Mental Health Letter. (1995). Schizophrenia update, Pt. 2. *Harvard Mental Health Letter, 12,* 1-5.

Harvard Mental Health Letter. (1996a). Pt. 1. *Harvard Mental Health Letter, 13,* 1-4.

Harvard Mental Health Letter. (1994a, July). Borderline personality—Part III,

11, 1-3.

Harvard Mental Health Letter. (1994b, July). Borderline personality—Part I and II, *Special Supplement,* 22, 1-3.

Harvard Mental Health Letter. (1995, July). Schizophrenia update—Part II, 22, 1-5.

Harvard Mental Health Letter. (1996a, August). Treatment of alcoholism—Part I, 23, 1-4.

Harvard Mental Health Letter. (1996b, February). Personality disorders: The anxious cluster—Part 1, 22, 1-3.

Harvard Mental Health Letter. (1996c, March). Personality disorders: The anxious cluster—Part II, *12,* 1-3.

Hastrup, J.L., Light, K.C., & Obrist, P.A. (1982). Parental hypertension and cardiovascular response to stress in healthy young adults. *Psychophysiology, 19,* 615-622.

Hathaway, S.R., & McKinley, J.C. (1943). *MMPI manual*. New York: Psychological Corporation.

Hawton, K., Catalan, J., & Fagg, J. (1992). Sex therapy for erectile dysfunction: Characteristics of couples, treatment outcome, and prognostic factors. *Archives of Sexual Behavior, 21,* 161-176.

Hawton, K., Catalan, J., Martin, P., & Fagg, J. (1986). Long-term outcome of sex therapy. *Behaviour Research and Therapy, 24,* 665-675.

Hay, D.P. (1991). Electroconvulsive therapy. In J. Sadavoy, L.W. Lazarus, & L.F. Jarvik (Eds.), *Comprehensive review of geriatric psychiatry* (pp. 469-485). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Hayashi, K., Toyama, B., & Quay, H.C. (1976). Across-cultural study concerned with differential behavioral classification: 1. The Behavior Checklist. *Japanese Journal of Criminal Psychology, 2,* 21-28.

Hayes, R.L., Halford, W.K., & Varghese, F.T. (1995). Social skills training with chronic schizophrenic patients: Effects on negative symptoms and community functioning. *Behavior Therapy, 26,* 433-449.

Hayes, S.C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N.S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives*. New York: Guilford.

Haynes, S.N., & Horn, W.F. (1982). Reactivity in behavioral observation: A review. *Behavioral Assessment, 4,* 369-385.

Hazelrigg, M.D., Cooper, H.M., & Borduin, C.M. (1987). Evaluating the effectiveness of family therapies: An integrative review and analysis. *Psychological Bulletin, 101,* 428-442.

Healy, M. (1994, January 8). Science of power and weakness. *Los Angeles Times,* pp. A1, A12.

Heatherton, T.F., & Baumeister, R.F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin, 110,* 86-108.

Heatherton, T.F., Herman, C.P., & Polivy, J. (1991). Effects of physical threat and ego threat on eating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 60,* 138-143."

Heatherton, T.F., Nichols, P., Mahamedi, F., & Keel, P. (1995). Body weight, dieting, and eating disorder symptoms among college students, 1982 to 1992. *American Journal of Psychiatry, 152,* 1623-1630.

Hechtman, L., Weiss, G., & Perlman, T. (1984). Hyperactives as young adults: Past and current substance abuse and antisocial behavior. *American Journal of Orthopsychiatry, 54,* 415-425.

Hecker, M.H.L., Chesney, M., Black, G.W., & Frautsch, N. (1988). Coronary-prone behavior in the Western Collaborative Group Study. *Psychosomatic Medicine, 50,* 153-164.

Heidrich, S.M. (1993). The relationship between physical health and psychological well-being in elderly women: A developmental perspective. *Research in Nursing and Health, 16,* 123-130.

Heilman, K.M., Voeller, K.K., & Nadeau,

5. E. (1991). A possible pathophysiologic substrate of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Neurology,*

6, S76-S81.

Heiman, J.R., & Verhulst, J. (1990). Sexual dysfunction and marriage. In F.D. Fincham, & T.N. Bradbury (Eds.), *The psychology of marriage: Basic issues and applications* (pp. 299-322). New York: Guilford.

Heiman, J.R., Rowland, D.L., Hatch, J.P., & Gladue, B.A. (1991). Psychophysiological and endocrine responses to sexual arousal in women. *Archives of Sexual Behavior, 20, 171-186*.

Heimberg, R.G., & Juster, H.R. (1994). Treatment of social phobia in cognitive-behavioral groups. *Journal of Clinical Psychiatry, 55,* 38-46.

Heimberg, R.G., Salzman, D.G., Holt, C.S., & Blendell, K. (1993). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year follow-up.

Cognitive Therapy and Research, 17, 325-339.

Heller, J. (1966). *Something happened*. New York: Knopf.

Heller, K.A., Holtzman, W.H., & Messick, *S. (Eds.). (1982).* Placing children in special education: A strategy for equity. *Washington, DC: National Academy Press*.

Helzer, J.E., Burnam, A., & McEvoy, L.T. (1991). Alcohol abuse and dependence. In L. Robins & D. Reiger (Eds.), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study* (pp. 9-38). New York: Free Press.

Helzer, J.E., Robins, L.N., & McEvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population. *New England Journal of Medicine, 317,* 1630-1634.

Hembree, W.C., Nahas, G.G., & Huang, H.F.S. (1979). Changes in human spermatozoa associated with high dose marihuana smoking. In G.G. Nahas & W.D.M. Paton (Eds.), *Marihuana: Biological effects*. Elmsford, NY: Pergamon.

Hendin, H. (1982). *Suicide in America*. New York: Norton.

Henkel, H., & Lewis-Thome, J. (1976). *Verhaltenstherapie bei mannlichen Homosexuellen*. Diplomarbeit der Studierenden der Psychologie. University of Marburg, Germany.

Henry, J.P., Ely, D.L., & Stephens, P.M. (1972). Changes in catecholamine-controlling enzymes in response to psychosocial activation of defense and alarm reactions. In *Physiology, emotion, and psychosomatic illness*. Ciba Symposium 8. Amsterdam, Netherlands: Associated Scientific Publishers.

Henry, R.M. (1996). Psychodynamic group therapy with adolescents: Exploration of HIV-related risk taking. *International Journal of Group Psychotherapy,* 46, 229-253.

Henry, W.P., & Strupp, H.H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A. Horvath & L. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 51-84). New York: Guilford.

Henry, W.P., Strupp, H.H., Schacht, T.E., & Gaston, L. (1994). Psychodynamic approaches. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Fourth edition (pp. 467-508). New York: Wiley.

Herbert, J.D. (1995). An overview of the current status of social phobia. *Applied and Preventive Psychology, 4,* 39-51.

Herbert, M. (1982). Conduct disorders. In B.B. Lahey & A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 5). New York: Plenum.

Herman, C.P., & Polivy, J. (1980). Restrained Eating. In A. Stunkard (Ed.), *Obesity*. Philadelphia: Sanders.

Herman, C.P., Polivy, J., Lank, C., & Heatherton, T.F. (1987). Anxiety, hunger, and eating. *Journal of Abnormal Psychology, 96,* 264-269.

Hersen, M., & Barlow, D.H. (1976). Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change. New York: Pergamon.

Hersen, M., & Van Hasselt, V.B. (1992). Behavioral assessment and treatment of anxiety in older adults. *Clinical Psychology Review, 12,* 619-640.

Hersen, M., Bellack, A.S., Himmelhoch, J.M., & Thase, M.E. (1984). Effects of social skill training, amitriptyline, and psychotherapy in unipolar depressed women. *Behavior Therapy, 15,* 21 -40.

Hester, R.K., & Miller, W.R. (1989). Self-control training. In R.K. Hester & W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaces: Effective alternatives* (pp. 141-149). New York: Pergamon.

Heston, L.L. (1966). Psychiatric disorders in foster home reared children of schizophrenic mothers. *British Journal of Psychiatry, 112,* 819-825.

Heston, L.L. (1987). The paranoid syndrome after mid-life. In N.E. Miller & G.D. Cohen (Eds.), *Schizophrenia and aging* (pp. 249-257). New York: Guilford.

Heston, L.L., & White, J.A. (1991). *The vanishing mind*. New York: Freeman.

Hewett, F.M. (1965). Teaching speech to an autistic child through operant conditioning. *American Journal of Orthopsychiatry,* 33, 927-936.

Hewitt, P.L., Flett, G.L., & Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 105,* 276-280.

Heyd, D., & Bloch, S. (1981). The ethics of suicide. In S. Bloch & P. Chodoff (Eds.), *Psychiatric ethics*. New York: Oxford University Press.

Hietala, J., Syvalahti, E., Vuorio, K., Nagren, K., Lehikoinen, P., et al. (1994). Striatal D2 dopamine receptor characteristics in drug-naive schizophrenic patients studied with positive emission tomography. *Archives of General Psychiatry, 51,* 116-123.

Hill, C.E., O'Grady, K.E., & Elkin, I. (1992). Applying the Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale to rate therapist adherence to cognitive-behavior therapy, interpersonal therapy, and clinical management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 73 -79.

Hill, J.H., Liebert, R.M., & Mott, D.E.W. (1968). Vicarious extinction of avoidance behavior through films: An initial test. *Psychological Reports, 12,* 192.

Hill, S.Y. (1980). Introduction: The biological consequences. In *Alcoholism and alcohol abuse among women: Research issues*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Himadi, W.G., Cerny, J.A., Barlow, D.H., Cohen, S., & O'Brien, G.T. (1986). The relationship of marital adjustment to agoraphobia treatment outcome. *Behaviour Research and Therapy, 24,* 107-115.

Hinshaw, S.P. (1987). On the distinction between attentional deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology. *Psychological Bulletin, 101,* 443-463.

Hinshaw, S.P. (1991). Stimulant medication and the treatment of aggression in children with attentional deficits. *Journal of Clinical Child Psychology, 20,* 301-312.

Hinshaw, S.P., Henker, B., & Whalen, C.K. (1984). Cognitive-behavioral and pharmacologic interventions for hyperactive boys: Comparative and combined effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52,* 739- 749.

Hinshaw, S.P, Henker, B., & Whalen, C.K. (1984). Self-control in hyperactive boys in anger-inducing situations: Effects of cognitive-behavioral training and of methylphenidate. *Journal of Abnormal Child Psychology, 12,* 55-77.

Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley, CA: University of California Press.

Hite, S. (1976). The Hite Report: A nationtvide study of female sexuality. *New York: Dell*.

Hobbs, S.A., Beck, S.J., & Wansley, R.A. (1984). Pediatric behavioral medicine: Directions in treatment and prevention. In M. Hersen, R.M. Eisler, & P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 16). New York: Academic Press.

Hobfoll, S.E., Spielberger, C.D., Breznitz, S., Figley, C., Folkman, S., Lepper-Green, B., Meichenbaum, D., Milgram, N.A., Sandler, I., Sarason, I., & van der Kolk, B. (1991). War-related stress: Addressing the stress of war and other traumatic events. *American Psychologist, 46,* 848-855.

Hodges, L.F., Rothbaum, B.O., Kooper, R., Opdyke, D., Meyer, T., de Graff, J.J., & Williford, J.S. (1994). Presence as the defining factor in a VR application: Virtual reality graded exposure in the treatment of acrophobia. *Tech Rep GIT-GVU-94 -96,* Georgia Institute of Technology.

Hodgson, R.J., & Rachman, S.J. (1972). The effects of contamination and washing on obsessional patients. *Behaviour Research and Therapy, 10,* 111-117.

Hodson, D.S., & Skeen, P. (1994). Sexuality and aging: The hammerlock of myths. *Journal of Applied Gerontology, 13,* 219-235.

Hoebel, B.G., & Teitelbaum, P. (1966). Weight regulation in normal and hypothalamic hyperphagic rats. *Journal of Comparative and Physiological Psychology, 61,* 189-193.

Hoffman, M.L. (1970). Moral development. In P.H. Mussen (Ed.), *Carmichael's*

manual of child psychology. London: Wiley.

Hofmann, S.G., Newman, M.G., Ehlerr, A., & Roth, W. (1995). Psychophysiological differences between subgroups of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 224 -231.

Hogan, D. (1978). The effectiveness of sex therapy: A review of the literature. In J. LoPiccolo & L. LoPiccolo (Eds.), *Handbook of sex therapy*. New York: Plenum.

Hogarty, G.E. (1993). Prevention of relapse in chronic schizophrenic patients. *Journal of Clinical Psychiatry, 54,* 18- 23.

Hogarty, G.E., Anderson, C.M., Reiss, D.J., Kornblith, S.J., Greenwald, D.P., et al. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: 1. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry, 43,* 633-642.

Hogarty, G.E., Anderson, C.M., Reiss, D.J., Kornblith, S.J., Greenwald, D.P., Ulrich, R.F., Carter, M., & The Environmental-Personal Indicators in the Course of Schizophrenia (EPICS) Research Group. (1991). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 48,* 340-347.

Hogarty, G.E., McEvoy, J.P., Ulrich, R.F., DiBarry, A.L., Bartone, P., et al. (1994). Pharmacotherapy of impaired affect in recovering schizophrenic patients. *Archives of General Psychiatry, 52,* 29-41.

Hokanson, J.E., & Burgess, M. (1962). The effects of three types of aggression on vascular processes. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 65,* 446-449.

Hokanson, J.E., Burgess, M., & Cohen, M.F. (1963). Effects of displaced aggression on systolic blood pressure. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 67,* 214-218.

Hokanson, J.E., Willers, K.R., & Koropsak, E. (1968). Modification of autonomic responses during aggressive interchange. *Journal of Personality, 36,* 386-404.

Holden, C. (1972). Nader on mental health centers: A movement that got bogged down. *Science, 177,* 413-415.

Holder, H., Longabaugh, R., Miller, W.R., & Rubonis, A.V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol, 52,* 517 - 540.

Holinger, P.C. (1987). *Violent deaths in the United States*. New York: Guilford.

Hollander, E., Cohen, L.J., & Simeon, D. (1993). Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals, 23,* 359-364.

Hollander, E., DeCaria, C.M., Nitescu, A.,

Gully, R., Suckow, R.F., et al. (1992). Serotonergic function in obsessive-compulsive disorder: Behavioral and neuroendocrine responses to oral m-chlorophenylpiperazine and fenfluramine in patients and healthy volunteers. *Archives of General Psychiatry, 49,* 21-27.

Hollander, E., Stein, D.J., Decaria, D.M., Cohen, L.J., Saond, J.B., et al. (1994). Serotonergic sensitivity in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 151,* 277-280.

Hollifield, M., Katon, W., Spain, D., & Pule, L. (1990). Anxiety and depression in a village in Lesotho, Africa: A comparison with the United States. *British Journal of Psychiatry, 156,* 343-350.

Hollingshead, A.B., & Redlich, F.C. (1958). *Social class and mental illness: A community study*. New York: Wiley.

Hollon, S.D., & Beck, A.T. (1986). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.). New York: Wiley.

Hollon, S.D., & Beck, A.T. (1994). Cognitive and cognitive behavioral therapies. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Fourth edition (pp. 428 -466). New York: Wiley.

Hollon, S.D., & Kendall, P.C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research, 4,* 383-395.

Hollon, S.D., De Rubeis, R.J., & Evans, M.D. (1996). Cognitive therapy in the treatment and prevention of depression. In P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 293-317). New York: Guilford.

Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., & Seligman, M.E.P. (1992). Cognitive therapy and the prevention of depression. *Applied and Preventive Psychology, 1,* 89-95.

Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Evans, M.D., Wiemer, J.J., Garvey, J.G., Grove, W.M., & Tuason, V.B. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry, 49,* 774-781.

Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Tuason, V.B., Weimer, M.J., Evans, M.D., & Garvey, M.J. (1989). *Cognitive therapy, pharmacotherapy, and combined cognitive-pharma-cotherapy in the treatment of depression: 1. Differential outcome*. Unpublished manuscript, Vanderbilt University, Nashville, TN.

Holm, V.A., & Varley, C.K. (1989). Pharmacological treatment of autistic children. In G. Dawson (Ed.), *Autism: Nature, diagnosis, and treatment* (pp.

386-404). New York: Guilford.

Holme, I. (1990). An analysis of randomized trials on cholesterol reduction on total mortality and coronary heart disease risk. *Circulation, 82,* 1916-1924.

Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research, 11,* 213-218.

Holmes, T.S., & Holmes, T.H. (1970). Short-term intrusions into the life style routine. *Journal of Psychosomatic Research, 14,* 121-132.

Holroyd, K., Penzien, D., Hursey, K., Tobin, D., Rogen, L., Holm, J., Marcille, P., Hall, J., & Chila, A. (1984). Change mechanisms in EMG biofeedback training: Cognitive changes underlying improvements in tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 52, 1039-1053.

Holtzworth-Munroe, A., Markman, H., O'Leary, K.D., Neidig, P., Leber, D., Heyman, R., Hulbert, D., & Smutzler, N. (1995). The need for marital violence prevention efforts: A behavioral cognitive secondary prevention program for engaged and newly married couples. *Applied and Preventive Psychology, 4,* 77-88.

Holzman, P.S. (1985). Eye movement dysfunctions and psychosis. *Review of Neurobiology, 27,* 179-205.

Honigfeld, G., & Howard, A. (1978). *Psychiatric drugs: A desk reference* (2nd ed.). New York: Academic Press.

Hooley, J.M., & Teasdale, J.D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology, 98,* 229 -235.

Hoon, E.F., & Hoon, P.W. (1978). Styles of sexual expression in women: Clinical implications of multivariate analyses. *Archives of Sexual Behavior,* 7, 105-116.

Hope, D.A., Heimberg, R.G., & Bruch, M.A. (1995). Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 33,* 637- 650.

Horn, A.S., & Snyder, S.H. (1971). Chlorpromazine and dopamine: Confirmational similarities that correlate with the anti-psychotic activity of phenothiazine drugs. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 68,* 2325- 2328.

Horn, W.F., Wagner, A.E., & Ialongo, N. (1989). Sex differences in school-aged children with pervasive attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 17,* 109-125.

Hornblower, M., & Svoboda, W. (1987, November 23). Down and out—But determined: Does a mentally disturbed

woman have the right to be homeless? *Time,* p. 29.

Horney, K. (1939). New ways in psychoanalysis. New York: International Universities Press.

Horney, K. (1942). *Self-analysis*. New York: Norton.

Horovitz, B. (1992, March 10). Cigarette ads under fire. *Los Angeles Times,* pp. D1, D6.

Horowitz, M.J. (1975). Intrusive and repetitive thoughts after experimental stress. *Archives of General Psychiatry, 32,* 223-228.

Horowitz, M.J. (1986). *Stress response syndromes*. Northvale, NJ: Aronson.

Horowitz, M.J. (1988). Introduction to psychodynamics: A new synthesis. *New York: Basic Books*.

Horowitz, M.J. (1990). Psychotherapy. In A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Handbook of comparative treatments for adult disorders* (pp. 289-301). New York: Wiley.

Horwath, E., Wolk, S.I., Goldstein, R.B., Wickramaratne, P., Sobin, C., et al. (1995). Is the comorbidity between social phobia and panic disorder due to familial cotransmission or other factors? *Archives of General Psychiatry, 52,* 574-581.

Horwitz, L. (1974). *Clinical prediction in psychotherapy*. New York: Jason Aronson.

House, J.S., Landis, K.R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science, 241,* 540-544.

Houston, B.K., & Vavak, C.R. (1991). Cynical hostility: Developmental factors, psychosocial correlates, and health behaviors. *Health Psychology, 10,* 9-17.

Houts, A.C. (1991). Nocturnal enuresis as a biobehavioral problem. *Behavior Therapy, 22,* 133-151.

Houts, A.C., Berman, J., & Abramson, H. (1994). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for nocturnal enuresis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 737-745.

Houts, P.S., & Serber, M. (Eds.). (1972). After the turn-on, what? Learning perspectives on humanistic groups. *Champaign, IL: Research Press*.

Howard, K.I., Orlinsky, D.E., Saunders, S.M., Bankoff, E., Davidson, C., & O'Mahoney, M. (1991). Northwestern University-University of Chicago Psychotherapy Research Program. In L. Beutler & M. Crago (Eds.), *Psychotherapy research*. Washington, DC: American Psychological Association.

Howard, R., Almeida, O.P., & Levy, R. (1993). Schizophrenic symptoms in late paraphrenia. *Psychopathology, 26,* 95-101.

Howard, R., Castle, D., O'Brien, J., Almeida, O., & Levy, R. (1991). Permeable walls, floors, ceilings, and doors: Partition delusions in late paraphrenia.

International Journal of Geriatric Psychiatry, 7, *719- 724*.

Howard, R., Castle, D., Wessely, S., & Murray, R. (1993). A comparative study of 470 cases of early-onset and late-onset schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 163,* 352-357.

Howes, J.L., & Vallis, T.M. (1996). Cognitive therapy with nontraditional populations: Application to post-traumatic stress disorder and personality disorders. In K.S. Dobson & K.D. Craig (Eds.), *Advances in cognitive-behavioral therapy* (pp. 237-272). Thousand Oaks, CA: Sage.

Howitt, D. (1995). Pornography and the paedophile: Is it criminogenic? *British Journal of Medical Psychology, 68,* 15-27.

Hser, Y., Anglin, M.D., & Powers, K. (1993). A 24-year follow-up of California narcotics addicts. *Archives of General Psychiatry, 50,* 577-584.

Hsu, L.K.G. (1990). *Eating disorders*. New York: Guilford.

Hudson, J.I., Pope, H.G., Yurgelun-Todd, D., Jonas, J.M., & Frankenburg, F.R. (1987). A controlled study of lifetime prevalence of affective and other psychiatric disorders in bulimic patients. *American Journal of Psychiatry, 144,* 1283-1287.

Huesmann, L.R., & Miller, L.S. (1994). Long-term effects of repeated exposure to media violence in childhood. In L.R. Huesmann (Ed.), *Aggressive behavior: Current perspectives* (pp. 153-186). New York: Plenum.

Hughes, J.R., & Hatsukami, D.K. (1992). The nicotine withdrawal syndrome: A brief review and update. *International Journal of Smoking Cessation, 1,* 21-26.

Hughes, J.R., Higgins, S.T., Bickel, W.K., Hunt, W.K., & Fenwick, J.W. (1991). Caffeine self-adminstration, withdrawal, and adverse effects among coffee drinkers. *Archives of General Psychiatry,* 45, 611-617.

Hughes, J.R., Higgins, S.T., & Hatsukami, D.K. (1990). Effects of abstinence from tobacco: A critical review. In L.T. Kozlowski, H. Annis, H.D. Cappell, F. Glaser, M. Goodstadt, Y. Israel, H. Kalant, E.M. Sellers, & J. Vingilis (Eds.), *Research advances in alcohol and drug problems*. New York: Plenum.

Humphrey, L.L. (1986). Family relations in bulimic-anorexic and nondistressed families. *International Journal of Eating Disorders, 5,* 223-232.

Humphreys, K., & Rappaport, J. (1993). From the community mental health movement to the war on drugs: A study in the definition of social problems. *American Psychologist,* 892-901.

Hunt, W.A., & Bespalec, D.A. (1974). An evaluation of current methods of modifying smoking behavior. *Journal of Clinical Psychology, 30,* 431 -438.

Hunter, J.E. (1986). Cognitive ability, cognitive aptitudes, job knowledge, and job performance. *Journal of Vocational Behavior, 29,* 340-362.

Hurst, J. (1992, March). Blowing smoke. *Los Angeles Times,* pp. A3, A29.

Hussian, R.A., & Lawrence, P.S. (1980). Social reinforcement of activity and problem-solving training in the treatment of depressed institutionalized elderly patients. *Cognitive Therapy and Research, 5,* 57-69.

Hutt, C., Hutt, S.J., Lee, D., & Ountsted, C. (1964). Arousal and childhood autism. *Nature, 204,* 908-909.

Hyland, M.E. (1990). The mood-peak flow relationship in adult asthmatics: A pilot study of individual differences and direction of causality. *British Journal of Medical Psychology, 63,* 379 -384.

Iacono, W.G., Morean, M., Beiser, M., Fleming, J. A., et al. (1992). Smooth pursuit eye-tracking in first episode psychotic patients and their relatives. *Journal of Abnormal Psychology, 101,* 104-116.

Imber, S.D., Elkin, İ., Watkins, J.T., Collins, J.F., Shea, M.T., Leber, W.R., & Glass, D.R. (1990). Mode-specific effects among three treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,* 352-359.

Ingram, C. (1996, September 26). Bill signed to let police tell of sex offenders' whereabouts. *Los Angeles Times,* pp. A3, A19.

Ingram, R.E., & Kendall, P.C. (1987). The cognitive side of anxiety. *Cognitive Therapy and Research, 11,* 523 -536.

Insell, T.R. (1986). The neurobiology of anxiety. In B.F. Shaw, Z.V. Segal, T.M. Wallis, & F.E. Cashman (Eds.), *Anxiety disorders*. New York: Plenum.

Institute of Medicine. (1990a). Matching. In *Broadening the base of treatment for alcohol problems* (pp. 279-302). Washington, DC: National Academy Press.

Institute of Medicine. (1990b). *Treating drug problems*. Washington, DC: National Academy Press.

Insull, W. (Ed.). (1973). *Coronary risk handbook*. New York: American Heart Association.

Irwin, M., Lovitz, A., Marder, S.R., Mintz, J., Winslade, W.J., Van Putten, T., & Mills, M.J. (1985). Psychotic patients' understanding of informed consent. *American Journal of Psychiatry, 142,* 1351-1354.

Isen, A.M., Shaiken, T.F., Clark, M., & Karp, L. (1978). Affect, accessibility of material in memory, and behavior: A cognitive loop? *Journal of Personality and Social Psychology, 36,* 1-12.

Issidorides, M.R. (1979). Observations in chronic hashish users: Nuclear aberra-

tions in blood and sperm and abnormal acrosomes in spermatozoa. In G.G. Nahas & W.D.M. Paton (Eds.), *Marihuana: Biological effects*. Elmsford, NY: Pergamon.

Istvan, J., & Matarazzo, J.D. (1984). Tobacco, alcohol and caffeine use: A review of their interrelationships. *Psychological Bulletin, 95,* 301-326.

Ivanoff, A., Jang, S.J., Smyth, N.J., & Linehan, M.M. (1994). Fewer reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Brief Reasons for Living Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 16,* 1-13.

Iwamasa, G.Y. (1993). Asian Americans and cognitive behavioral therapy. *The Behavior Therapist, 16,* 233-235.

Jablensky, A., Sartorius, N., Cooper, J.E., Anker, A., Korten, A., & Bertelson, A. (1994). Culture and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 165,* 434-436.

Jackson, A.M. (1973). Psychotherapy: Factors associated with the race of the therapist. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 10,* 273-277.

Jackson, C., Winkleby, M.A., Flora, J.A., & Fortmann, S.P. (1991). Use of educational resources for cardiovascular risk reduction in the Stanford Five- City Project. *American Journal of Preventive Medicine,* 7, 82-88.

Jackson, R.L., & Weinstein, H. (1996, March 16). Liggett agrees to pay 5 states for tobacco illnesses. *Los Angeles Times,* pp. Al, A15.

Jacobs, M., Jacobs, A., Gatz, M., & Schaible, T. (1973). Credibility and desirability of positive and negative structured feedback in groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 40,* 244-252.

Jacobson, A., & Herald, C. (1990). The relevance of childhood sexual abuse to adult psychiatric inpatient care. *Hospital and Community Psychiatry, 41,* 154-158.

Jacobson, A., & McKinney, W.T. (1982). Affective disorders. In J.H. Griest, J.W. Jefferson, & R.L. Spitzer (Eds.), *Treatment of mental disorders*. New York: Oxford University Press.

Jacobson, E. (1929). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.

Jacobson, N.A., Dobson, K.S., Truax, P.A., Addis, M.E., Koemer, K., Gollan, J.K., Gortner, E., & Prince, S.E. (1996). A component analysis of cognitive behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 285-304.

Jacobson, N.S. (1984). A component analysis of behavioral marital therapy: The relative effectiveness of behavior exchange and problem solving training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52,* 295-305.

Jacobson, N.S. (1992). Behavioral couple therapy: A new beginning. *Behavior Therapy, 23,* 493-506.

Jacobson, N.S., & Addis, M.E. (1993). Research on couples and couple therapy: What do we know? Where are we going? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 85-93.

Jacobson, N.S., & Christensen, A. (1996). Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change. *New York: Norton*.

Jacobson, N.S., Gottman, J.M., Waltz, J., Rushe, R., Babcock, J., & Holtzworth-Munroe, A. (1994). Affect, verbal content, and psychophysiology in the arguments of couples with a violent husband. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 982-988.

Jacobson, N.S., & Hollon, S.D. (1996). Cognitive-behavior therapy versus pharmacotherapy: Now that the jury's returned its verdict, it's time to present the rest of the evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64,* 74-80.

Jacobson, N.S., & Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning*. New York: Brunner/Mazel.

Jacobson, N.S., Dobson, K., Fruzzetti, A.E., Schmaling, K.B., & Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 547-557.

Jacobson, N.S., Follette, W.C., & Pagel, N. (1986). Predicting who will benefit from behavioral marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,* 518-522.

Jacobson, N.S., Follette, W.C., Revenstorf, D., Baucom, D.H., Hahlweg, K., & Margolin, G. (1984). Variability of outcome and clinical significance of behavioral marital therapy: A reanalysis of outcome data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52,* 497-504.

Jacobson, N.S., Fruzzetti, A.E., Dobson, K., Whisman, M., & Hops, H. (1993). Couple therapy as a treatment for depression. 2: The effects of relationship quality and therapy on depressive relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 516-519.

Jacobson, N.S., Holzworth-Munroe, A., & Schmaling, K.B. (1989). Marital therapy and spouse involvement in the treatment of depression, agoraphobia, and alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 5-10.

Jacobson, N.S., Schmaling, K.B., & Holtzworth-Munroe, A. (1987). Component analysis of behavioral marital therapy: Two-year follow-up and prediction of relapse. *Journal of Marital and Family Therapy, 13,* 187-195.

Jacobson, N.S., Waldron, H., & Moore, D. (1980). Toward a behavioral profile of marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48,* 696-703.

Jaffe, J.H. (1985). Drug addiction and drug abuse. In Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutic behavior. *New York: Macmillan*.

James, N., & Chapman, J. (1975). A genetic study of bipolar affective disorder. *British Journal of Psychiatry, 126,* 449 -456.

Jamison, K.R. (1979). Manic-depressive illness in the elderly. In O.J. Kaplan (Ed.), *Psychopathology of aging*. New York: Academic Press.

Jamison, K.R. (1992). Touched with fire: Manic depressive illness and the artistic temperament. *New York: Free Press*.

Jampole, L., & Weber, M.K. (1987). An assessment of the behavior of sexually abused and nonsexually abused children with anatomically correct dolls. *Child Abuse and Neglect, 11,* 187-192.

Jandorf, L., Deblinger, E., Neale, J.M., & Stone, A.A. (1986). Daily vs. major life events as predictors of symptom frequency. *Journal of General Psychology, 113,* 205-218.

Janicak, P.G., Davis, J.M., Preskorn, S.H., & Ayd, F.J. (1993). *Principles and practicc of psychopharmacological therapy*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Janoff-Bulman, R. (1992). Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma. *New York: Free Press*.

Jansen, M.A., Arntz, A., Merckelbach, H., & Mersch, P.P.A. (1994). Personality disorders and features in social phobia and panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 103, 391-395*.

Jansen, M.A., Glynn, T., & Howard, J. (1996). Prevention of alcohol, tobacco and other drug abuse. *American Behavioral Scientist, 39,* 790- 807.

Jarrell, M.P., Johnson, W.G., & Williamson. D.A. (1986). *Insulin and glucose response in the binge purge episode of bulimic women*. Paper presented at the annual convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Chicago.

Jarvelin, M.R., Moilanen, I., Vikevainen-Tervonen, L., & Huttunen, N.P. (1990) Life changes and protective capacities in enuretic and non-enuretic children *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 31,* 763- 774.

Jary, M.L., & Stewart, M.A. (1985). Psychiatric disorder in the parents of adopted children with aggressive conduct disorder. *Neuropsychobiology, 13,* 7-11.

Jasnoski, M.L., & Kugler, J. (1987). Relaxation, imagery, and neuroimmunomodulation. *Annals of the New York Academy of Sciences, 496, 722-730*.

Jay, S.M., Elliott, C.H., Ozolins, M., & Olson, R.A. (1982). *Behavioral management of children's distress during painful medical procedures*. Paper presented at the an-

nual meeting of the American Psychological Association, Washington, DC.

Jay, S.M., Elliott, C.J., Woody, P.D., & Siegel, S. (1991). An investigation of cognitive-behavioral therapy combined with oral Valium for children undergoing painful medical procedures. *Health Psychology, 10,* 317-322.

Jeans, R.F.I. (1976). An independently validated case of multiple personality. *Journal of Abnormal Psychology, 85,* 249-255.

Jeffrey, D.B. (1974). A comparison of the effects of external control and self-control on the modification and maintenance of weight, *journal of Abnormal Psychology, 83,* 404-410.

Jeffrey, R.W. (1991). Weight management and hypertension. *Annals of Behavioral Medicine, 13,* 18-22.

Jeffrey, R.W., Forster, J.L., & Schmid, T.L. (1989). Worksite health promotion: Feasibility testing of repeated weight control and smoking cessation classes. *American journal of Health Promotion, 3,* 11-16.

Jellinek, E.M. (1952). Phases of alcohol addiction. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 13,* 673-684.

Jenike, M.A. (1986). Theories of etiology. In M.A. Jenike, L. Baer, & W.E. Minichiello (Eds.), *Obsessive-compulsive disorders*. Littleton, MA: PSG Publishing.

Jenike, M.A. (1990). Psychotherapy. In A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Handbook of comparative treatments for adult disorders* (pp. 245-255). New York: Wiley.

Jenike, M.A., & Rauch, S.L. (1994). Managing the patient with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: Current strategies. *Journal of Clinical Psychiatry,* 55, 11-17.

Jenike, M.A., Baer, L., & Minichiello, W.E. (1986). *Obsessive-compulsive disorders: Theory and management*. Littleton, MA: PSG Publishing.

Jenkins, C.D. (1976). Recent evidence supporting psychologic and social risk factors for coronary disease. *New England journal of Medicine, 294,* 987-994, 1033-1038.

Jenkins, J.M., & Smith, M.A. (1991). Marital disharmony and children's behaviour problems: Aspects of a poor marriage that affect children adversely. *journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 32,* 793 -810.

Jensen, J.P., Bergin, A.E., & Greaves, D.W. (1990). The meaning of eclecticism:

New survey and analysis of components. Professional Psychology: Research and Practice, 21, *124-130*.

Jeste, D.V., Harris, M.J., Pearlson, G.D., Rabins, P.V., Lesser, I., Miller, B., Coles, C., & Yassa, R. (1988). Late-onset schizophrenia: Studying clinical validity. *Psychiatric Annals of North America, 11,* 1-13.

Jeste, D.V., Lacro, J.P., Gilbert, P.L., Kline, J., & Kline, N. (1993). Treatment of late-life schizophrenia with neuroleptics. *Schizophrenia Bulletin, 19,* 817-830.

Jeste, D.V., Manley, M., & Harris, M.J. (1991). Psychoses. In J. Sadavoy, L.W. Lazarus, & L.F. Jarvik (Eds.), *Comprehensive review of geriatric psychiatry* (pp. 353-368). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Jimerson, D.C., Lesem, M.D., Kate, W.H., & Brewerton, T.D. (1992). Low serotonin and dopamine metabolite concentrations in cerebrospinal fluid from bulimic patients with frequent binge episodes. *Archives of General Psychiatry, 49,* 132-138.

Johnson, B.A. (1991). Cannabis. In I.B. Glass (Ed.), *International handbook of addiction behavior*. London: Tavistock/ Routledge.

Johnson, C.L., Rifkind, B.M., & Sempos, C.T., et al. (1993). Declining serum total cholesterol levels among U.S. adults. *Journal of the American Medical Association, 269,* 3002-3008.

Johnson, D.R. (1987). The role of the creative arts therapist in the diagnosis and treatment of psychological trauma. *The Arts in Psychotherapy, 14,* 7-13.

Johnson, J., Horvath, E., & Weissman, M.M. (1991). The validity of depression with psychotic features based on a community study. *Archives of General Psychiatry, 48,* 1075-1081.

Johnson, J., Weissman, M.M., & Klerman, G.L. (1990). Panic disorder, comorbidity, and suicide attempts. *Archives of General Psychiatry, 47,* 805-808.

Johnson, L. (1995). Psychotherapy in the age of accountability. *New York: Norton*.

Johnson, M.K., & Raye, C.L. (1981). Reality monitoring. *Psychological Review, 88,* 67-85.

Johnson, S.M., & Greenberg, L.S. (1985). Differential effects of experiential and problem-solving interventions in resolving marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53,* 175-184.

Johnson, S.M., & Greenberg, L.S. (1987). Emotionally focused marital therapy: An overview. *Psychotherapy, 24,* 552-560.

Johnston, M.B., Whitman, T.L., & Johnson, M. (1980). Teaching addition and subtraction to mentally retarded children:

A self-instructional program. Applied Research in Mental Retardation, 1, *141-160*.

Joiner, T.E. (1995). The price of soliciting and receiving negative feedback: Self-verification theory as a vulnerability to depression theory, *journal of Abnormal Psychology, 104,* 364 -372.

Joiner, T.E., & Metalsky, G.I. (1995). A prospective test of an integrative interpersonal theory of depression: A naturalistic study of college roommates. *journal of Personality and Social Psychiatry, 69,* 778 - 789.

Joiner, T.E., Alfano, M.S., & Metalsky, G.l. (1992). When depression breeds contempt: Reassurance seeking, self-esteem, and rejection of depressed college students by their roommates. *Journal of Abnormal Psychology, 101,* 165-173.

Jones, M. (1953). *The therapeutic community*. New York: Basic Books.

Jones, M.C. (1924). A laboratory study of fear: The case of Peter. *Pedagogical Seminary, 31,* 308-315.

Jones, R.T. (1980). Human effects: An overview. In *Marijuana research findings*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Julkunen, J.T., Salonen, R., Kaplan, G.A., Chesney, M.A., & Salonen, J.T. (1994). Hostility and the progression of carotid atherosclerosis. *Psychosomatic Medicine, 56,* 519-525.

Junginger, J., Barker, S., & Coe, D. (1992). Mood theme and bizarreness of delusions in schizophrenia and mood psychosis. *Journal of Abnormal Psychology, 101,* 287-292.

Jutai, J.W., & Hare, R.D. (1983). Psychopathy and selective attention during performance of a complex perceptual-motor task. *Psychophysiology, 20,* 140-151.

Kagan, J., & Snidman, N. (1991a). Infant predictors of inhibited and uninhibited profiles. *Psychological Science, 2,* 40-44.

Kahana, R.J. (1987). Geriatric psychotherapy: Beyond crisis management. In J. Sadavoy & M. Leszcz (Eds.), *Treating the elderly with psychotherapy*. Madison, CT: International Universities Press.

Kahn, R.L., Zarit, S.H., Hilbert, N.M., & Niederehe, G. (1975). Memory complaint and impairment in the aged: The effect of depression and altered brain function. *Archives of General Psychiatry, 32,* 1569-1573.

Kahneman, D. (1973). *Attention and effort*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Kaiser, F.E., Viosca, S.P, Morley, J.E., Mooradian, A.D., Davis, S.S., & Korenman, S.G. (1988). Impotence and aging: Clinical and hormonal factors. *Journal of the American Geriatrics Society, 36,* 511-519.

Kalichman, S.C. (1991). Psychopathology and personality characteristics of criminal sexual offenders as a function of victim age. *Archives of Sexual Behavior, 20,* 187-198.

Kalichman, S.C. (1995). *Understanding AIDS: A guide for menial health profession-*

als. Washington, DC: American Psychological Association.

Kalichman, S.C. (1996). *Answering your questions about AIDS*. Washington, DC: American Psychological Association.

Kalichman, S.C., Sikkema, K., & Somlai, A. (1995). Assessing persons with human immunodeficiency virus (HIV) infection using the Beck Depression Inventory: Disease processes and other potential confounds. *Journal of Personality Assessment, 64,* 86-100.

Kamarck, T.W., Annunziato, B., & Amateau, L.M. (1995). Affiliations moderate the effects of social threat on stress-related cardiovascular responses: Boundary conditions for a laboratory model of social support. *Psychosomatic Medicine, 57,* 183-194.

Kammen, D.P. van, Bunney, W.E., Docherty, J.P., Jimerson, J.C., Post, R.M., et al. (1977). Amphetamine induced catecholamine activation in schizophrenia and depression. *Advances in Biochemical Psychopharmacology,* 16, 655-659.

Kandel, D.B. (1984). Marijuana users in young adulthood. *Archives of General Psychiatry, 41,* 200-209.

Kandel, D.B., & Andrews, K. (1987). Processes of socialization by parents and peers. *International Journal of the Addictions, 22,* 319-342.

Kandel, D.B., Davies, M., Karus, D., & Yamaguchi, K. (1986). The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement. *Archives of General Psychiatry, 43,* 746 - 754.

Kandel, D.B., Murphy, D., & Karus, D. (1985). National Institute on Drug Abuse Research Monograph Series 61. *Washington, DC: NIDA*.

Kane, J., Honigfeld, G., Singer, J., Meltzer, H., and the Clozapine Collaborative Study Group. (1988). Clozapine for treatment resistant schizophrenics. *Archives of General Psychiatry, 45,* 789 - 796.

Kane, J.M., Woerner, M., Weinhold, P., Wegner, J., Kinon, B., & Bernstein, M. (1986). Incidence of tardive dyskinesia: Five-year data from a prospective study. *Psychopharmacology Bulletin, 20,* 387-389.

Kane, R.L., Parsons, D.A., & Goldstein, G. (1983). Statistical relationships and discriminative accuracy of the Halstead-Reitan, Luria-Nebraska, and Wechsler IQ scores in the identification of brain damage. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 7,* 211-223.

Kanfer, F.H., & Busenmeyer, J.R. (1982). The use of problem-solving and decision making in behavior therapy. *Clinical Psychology Review, 2,* 239-266.

Kanfer, F.H., & Phillips, J.S. (1970). *Learning foundations of behavior therapy*. New York: Wiley.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child, 2,* 217-250.

Kanner, L., & Eisenberg, L. (1955). Notes on the follow-up studies of autistic children. In P. Hoch & J. Zubin (Eds.), *Psychopathology of childhood*. New York: Grune & Stratton.

Kanter, J., Lamb, R., & Loeper, G. (1987). Expressed emotions in families: A critical review. *Hospital and Community Psychiatry, 38,* 374-380.

Kantorovich, N.V. (1930). An attempt at associative-reflex therapy in alcoholism. *Psychological Abstracts, 4,* 493.

Kaplin, H.I., & Sadock, B.J. (1991), Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry. *Baltimore: Williams & Williams*.

Kaplan, H.S. (1974). *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Kaplan, H.S. (1991). Sex therapy with older patients. In W.A. Myers (Ed.), *New techniques in the psychotherapy of older patients* (pp. 21-37). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science, 24,* 285-308.

Karasu, T.B., Stein, S.P., & Charles, E.S. (1979). Age factors in the patient-therapist relationship. *Journal of Nervous and Mental Disease, 167,* 100-104.

Karno, M., & Golding, J.M. (1991). Obsessive-compulsive disorder. In L.N. Robinson & D.A. Regier (Eds.), *Psychiatric disorders in America*. New York: Free Press.

Kasanin, J. (1933). The acute schizoaffective psychoses. *American Journal of Psychiatry, 13,* 97-123.

Kashani, J.H., Beck, N.C., Hoeper, E.W., Fallahi, C., Corcoran, C.M., McAllister, J.A., Rosenberg, T.K., & Reid, J.C. (1987). Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry, 144,* 584 -589.

Kashani, J.H., & Carlson, G.A. (1987). Seriously depressed preschoolers. *American Journal of Psychiatry, 144,* 348 - 350.

Kashani, J.H., Holcomb, W.R., & Orvaschel, H. (1986). Depression and depressive symptoms in preschool children from the general population. *American Journal of Psychiatry, 143,* 1138-1143.

Kashani, J.H., Orvaschel, H., Rosenberg, T.K., & Reid, J.C. (1989). Psychopathology in a community sample of children and adolescents: A developmental perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 28, 701-706.

Kasindorf, J. (1988, May 2). The real story of Billie Boggs: Was Koch right—Or the civil libertarians? *New York,* pp. 36 - 44.

Kasl, S.V., & Cobb, S. (1970). Blood pressure changes in men undergoing job loss: A preliminary report. *Psychosomatic Medicine, 32,* 19-38.

Kaslow, N.J., & Racusin, G.R. (1990). Childhood depression: Current status and future directions. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.), *International handbook of behavior modification and therapy* (2nd ed.). New York: Plenum.

Kaslow, N.J., Stark, K.D., Printz, B., Livingston, R., & Tsai, Y. (1992). Cognitive Triad Inventory for Children: Development and relationship to depression and anxiety. *Journal of Clinical Child Psychology, 21,* 339-347.

Kasprowicz, A.L., Manuck, S.B., Malkoff, S., & Kranz, D.S. (1990). Individual differences in behaviorally evoked cardiovascular response: Temporal stability and hemodynamic patterning. *Psychophysiology, 27,* 605-619.

Kaszniak, A.W., Nussbaum, P.D., Berren, M.R., & Santiago, J. (1988). Amnesia as a consequence of male rape: A case report. *Journal of Abnormal Psychology, 97,* 100-104.

Katz, E.R. (1980). Illness impact and social reintegration. In J. Kellerman (Ed.), *Psychological aspects of childhood cancer*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Katz, E.R., Kellerman, J., & Siegel, S.E (1980). Behavioral distress in children with leukemia undergoing bone marrow aspirations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48,* 356-365.

Katz, R.C., Gipson, M.T., Kearl, A., & Kriskovich, M. (1989). Assessing sexual aversion in college students: The Sexual Aversion Scale. *Journal of Sex and Marital Therapy, 15,* 135-140.

Kaufmann, P.G., Jacob, R.G., Ewart, C.K Chesney, M.A., Muenz, L.R., Doub, N. Mercer, W., & HIPP Investigators (1988). Hypertension intervention pooling project. *Health Psychology,* 209 - 224.

Kay, D.W.K., Cooper, A.F., Garside, R.F., & Roth, M. (1976). The differentiation of paranoid from affective psychoses by patient's premorbid characteristics *British Journal of Psychiatry, 129* 207-215.

Kaye, W.H., Weltzin, T.E., Hsu, L.K.G., & Bulik, C.M. (1991). An open trial of fluoxetine in patients with anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry, 51* 464 -471.

Kazdin, A.E. (1985). Treatment of antisocial behavior in children and adolescents. *Homewood, IL: Dorsey Press*.

Kazdin, A.E. (1986). Research designs and methodology. In S.L. Garfield & A.E.

Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.). New York: Wiley.

Kazdin, A.E. (1994). Psychotherapy for children and adolescents. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Fourth edition (pp. 543 -594). New York: Wiley.

Kazdin, A.E., & Kagan, J. (1994). Models of dysfunction in developmental psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1,* 35-52.

Keane, T.M. (in press). The role of exposure therapy in the psychological treatment of PTSD. *PTSD Clinical Quarterly*.

Keane, T.M., & Wolfe, J. (1990). Co-morbidity in post-traumatic stress disorder: An analysis of community and clinical studies. *Journal of Applied Social Psychology, 20,* 1776-1788.

Keane, T.M., Fairbank, J.A., Caddell, J.M., & Zimering, R.T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy, 20,* 245-260.

Keane, T.M., Fisher, L.M., Krinsley, K.E., & Niles, B.L. (1994). Posttraumatic stress disorder. In M. Hersen & R.T. Ammerman (Eds.), *Handbook of prescriptive treatments for adults* (pp. 237-260). New York: Plenum.

Keane, T.M., Foy, D.W., Nunn, B., & Rychtarik, R.G. (1984). Spouse contracting to increase Antabuse compliance in alcoholic veterans. *Journal of Clinical Psychology, 40,* 340-344.

Keane, T.M., Gerardi, R.J., Quinn, S.J., & Litz, B.T. (1992). Behavioral treatment of post-traumatic stress disorder. In S.M. Turner, K.S. Calhoun, & H.E. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy* (2nd ed., pp. 87-97). New York: Wiley.

Keane, T.M., Zimering, R.T., & Caddell, J. (1985). A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *The Behavior Therapist,* 8, 9-12.

Keefe, F.J., & Gil, KM. (1986). Behavioral concepts in the analysis of chronic pain syndromes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,* 776 - 783.

Keith, J. (1982). *Old people as people*. Boston: Little, Brown.

Keller, M.B., Beardslee, W., Lavori, P.W., Wunder, J., Dils, D.L., & Samuelson, H. (1988). Course of major depression in non-referred adolescents: A retrospective study. *Journal of Affective Disorders, 15,* 235-243.

Keller, M.B., Shapiro, R.W., Lavori, P.W., & Wolpe, N. (1982). Relapse in major depressive disorder: Analysis with the life table. *Archives of General Psychiatry, 39,* 911-915.

Kellerman, J. (1989). *Silent partner*. New York: Bantam Books.

Kellerman, J., & Varni, J.W. (1982). Pediatric hematology/oncology. In D.C. Russo & J.W. Varni (Eds.), *Behavioral pediatrics: Research and practice*. New York: Plenum.

Kellner, R. (1982). Disorders of impulse control (not elsewhere classified). In J.H. Griest, J.W. Jefferson, & R.L. Spitzer (Eds.), *Treatment of mental disorders*. New York: Oxford University Press.

Kelly, G.A. (1955). The psychology of personal constructs. *New York: Norton*.

Kelly, J.A. (1985). Group social skills training. *The Behavior Therapist, 8,* 93-95.

Kelly, J.A. (1995). Changing HIV risk behavior: Practical strategies. *New York: Guilford*.

Kelly, J.A., & St. Lawrence, J.S. (1988a). The AIDS health crisis: Psychological and social interventions. *New York: Plenum*.

Kelly, J.A., & St. Lawrence, J.S. (1988b). AIDS prevention and treatment: Psychology's role in the health crisis. *Clinical Psychology Review, 8,* 255-284.

Kelly, J.A., Murphy, D., Sikkema, K., & Kalichman, S.C. (1993). Psychological interventions are urgently needed to prevent HIV infection: New priorities for behavioral research in the second decade of AIDS. *American Psychologist, 48,* 1023-1034.

Kelly, J.A., St. Lawrence, J.S., Betts, R., Brasfield, T., & Hood, H. (1990). A skills training group intervention model to assist persons in reducing risk behaviors for HIV infection. *AIDS Education and Prevention,* 2, 24 -35.

Kelly, J.A., St. Lawrence, J.S., Hood, H., & Brasfield, T. (1989). Behavioral intervention to reduce AIDS risk activities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 60-67.

Kempster, N. (1996, August 25). Clinton orders tracking of sex offenders. *Los Angeles Times,* p. A20.

Kendall, P., Haaga, D.A.F., Ellis, A., Bernard, M., DiGiuseppe, R., & Kassinove, H. (1995). Rational-emotive therapy in the 1990s and beyond: Current status, recent revisions, and research questions. *Clinical Psychology Review, 15,* 169-185.

Kendall, PC. (1990). Cognitive processes and procedures in behavior therapy. In C.M. Franks, G.T. Wilson, P.C. Kendall, & J.P. Foreyt (Eds.), *Review of behavior therapy: Theory and practice* (Vol. 12, pp. 103-137). New York: Guilford.

Kendall, P.C., & Braswell, L. (1985). *Cognitive-behavioral therapy for impulsive children*. New York: Guilford.

Kendall, P.C., & Ingram, R.E. (1989). Cognitive-behavioral perspectives: Theory and research on depression and anxiety. In P.C. Kendall & D. Watson (Eds.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features* (pp. 27-54). New York: Academic Press.

Kendell, R.E. (1975). *The role of diagnosis in psychiatry*. London: Blackwell.

Kendler, K., Pedersen, N., Johnson, L., Neale, M.C., & Mathe, A. (1993). A Swedish pilot twin study of affective illness, including hospital and population-ascertained subsamples. *Archives of General Psychiatry, 50,* 699 - 706.

Kendler, K.S. (1993). Twin studies of psychiatric illness: Current status and future directions. *Archives of General Psychiatry, 50,* 905-914.

Kendler, K.S., & Diehi, S.R. (1993). The genetics of schizophrenia: A current, genetic-epidemiologic perspective. *Schizophrenia Bulletin, 19,* 87-113.

Kendler, K.S., & Gruenberg, A.M. (1984). Independent analysis of Danish adoption study of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 41,* 555-562.

Kendler, K.S., Neale, M.C., Kessler, R.C., Heath, A.C., & Eaves, L.J. (1992). Generalized anxiety disorder: Same genes, (partly) different environments. *Archives of General Psychiatry, 49,* 716-722.

Kennedy, E., Spence, S.H., & Hensley, R. (1989). An examination of the relationship between childhood depression and social competence amongst primary school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30,* 561-573.

Kennedy, M., & Jones, E. (1995). Violence from patients in the community: Will UK courts impose a duty of care on mental health professionals? *Criminal Behaviour and Mental Health, 5,* 209 -217.

Kennedy, S.H., & Garfinkel, P.E. (1992). Advances in the diagnosis and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Canadian Journal of Psychiatry, 37,* 309-315.

Kent, J.S., & Clopton, J.R. (1992). Bulimic women's perceptions of their family relationships. *Journal of Clinical Psychology, 48, 281-292*.

Kent, R.N., O'Leary, K.D., Diament, C., & Dietz, A. (1974). Expectation biases in observational evaluation of therapeutic change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42,* 774-780.

Kernberg, O.F. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Kerr, S.L., & Neale, J.M. (1993). Emotion perception in schizophrenia: Specific deficit or further evidence of general-

ized poor performance? *journal of Abnormal Psychology, 102, 312-326*.

Kessel, N., & Grossman, G. (1961). Suicide in alcoholics. *British Medical Journal, 2,* 1671-1672.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Shanyang, Z., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., & Kendler, K. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry, 51,* 8-19.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence rates of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51,* 8-19.

Kety, S.S., Rosenthal, D., Wender, P.H., & Schulsinger, E (1968). The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. In D. Rosenthal & S.S. Kety (Eds.), *The transmission of schizophrenia*. Elmsford, NY: Pergamon.

Kety, S.S., Rosenthal, D., Wender, P.H., & Schulsinger, R (1975). Mental illness in the adoptive and biological families of adopted individuals who have become schizophrenic. In R.R. Fieve, D. Rosenthal, & H. Brill (Eds.), *Genetic research in psychiatry*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Kety, S.S., Wender, P.H., Jacobsen, B., Ingraham, L.T., Jansson, L., et al. (1994). Mental illness in the biological and adoptive relatives of schizophrenic adoptees: Replication of the Copenhagen study in the rest of Denmark. *Archives of General Psychiatry, 51,* 442-468.

Keys, A., Taylor, H.L., et al. (1971). Mortality and coronary heart disease in men studied for 23 years. *Archives of Internal Medicine, 128,* 201-214.

Kidder, T. (1978). Soldiers of misfortune. *The Atlantic Monthly, 241,* 41 -52.

Kiecolt-Glaser, J., Dura, J.R., Speicher, C.E., & Trask, O. (1991). Spousal caregivers of dementia victims: Longitudinal changes in immunity and health. *Psychosomatic Medicine, 54,* 345-362.

Kiecolt-Glaser, J., Glaser, R., Strain, E., Stout, J.C., Tarr, K.L., Holliday, J.E., & Speicher, C.E. (1986). Modulation of cellular immunity in medical students. *Journal of Behavioral Medicine, 9,* 5-21.

Kiecolt-Glaser, J.K., Garner, W., Speicher, C.E., Penn, G.M., Holliday, J., & Glaser, R. (1984). Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students. *Psychosomatic Medicine, 46,* 7-14.

Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R., Williger, D., Stout, J., Messick, G., Sheppard, S.,

Ricker, D., Romischer, S.C., Briner, W., Bonnell, G., & Donnerberg, R. (1985). Psychosocial enhancement of immunocompetence in a geriatric population. *Health Psychology, 4,* 25-41.

Kiesler, C.A. (1991). Changes in general hospital psychiatric care. *American Psychologist, 46,* 416-421.

Kihlstrom, J.F., & Tataryn, D. J. (1991). Dissociative disorders. In P.B. Sutker & H.E. Adams (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (2nd ed.). New York: Plenum.

Kihlstrom, J.F. (1994). Dissociative and conversion disorders. In D.J. Stein & J.E. Young (Eds.), *Cognitive science and clinical disorders*. San Diego, CA. Academic Press.

Kihlstrom, J.F. (1997). Exhumed memory. In S.J. Lynn, K.M. McConkey, & N.P. Spanos (Eds.), *Truth in memory*. New York: Guilford.

Killen, J.D., Fortmann, S.P., Newman, B., & Varady, A. (1990). Evaluation of a treatment approach combining nicotine gum with self-guided behavioral treatments for smoking relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,* 85-92.

Killen, J.D., Taylor, C.B., Hayward, C., Wilson, D.M., Haydel, K.F., et al. (1994). Pursuit of thinness and onset of eating disorders in a community sample of adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders, 16,* 227-238.

Killen, J.D., Taylor, C.B., Telch, M.J., Saylor, K.E., Maron, D.J., & Robinson, T.N. (1986). Self-induced vomiting and laxative and diuretic use among teenagers: Precursors of the binge-purge syndrome. *Journal of the American Medical Association, 255,* 1447-1449.

Kilpatrick, D.G., & Best, C.L. (1990, April). *Sexual assault victims: Data from a random national probability sample*. Paper presented at the annual convention of the Southeastern Psychological Association, Atlanta.

Kilpatrick, D.G., Best, C.L., Veronen, L.J., Amick, A.E., Villeponteaux, L.A., & Ruff, G.A. (1985). Mental health correlates of criminal victimization: A random community survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 53, 866-873.

Kilpatrick, D.G., Edmunds, C.N., & Seymour, A.K. (1992). *Rape in America: A report to the nation*. Arlington, VA: National Victim Center.

Kimble, G.A., Garmezy, N., & Zigler, E. (1980). *Principles of general psychology*. New York: Wiley.

King, D.W., King, L.A., Gudanowski, D.M., & Vreven, D.L. (1995). Alternative representations of war zone stressors: Relationship to posttraumatic stress disorder in male and female Vietnam veterans. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 184-196.

King, M.B. (1990). Sneezing as a fetishistic stimulus. *Sexual and Marital Therapy, 5,* 69 - 72.

Kingsley, L.A., Kaslow, R., Rinaldo, C.R., Detre, K., Odaka, N., Van-Raden, M., Detels, R., Polk, B.F., Chmiel, J., Kelsey, S.F., Ostrow, D., & Visscher, B. (1987). Risk factors for seroconversion to human immunodeficiency virus among male homosexuals. *Lancet, 1,* 345-348.

Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., & Martin,

C.E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: Saunders.

Kinsey, A.C., Pomeroy, W.B., Main, C.E., & Gebhard, P.H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Philadelphia: Saunders.

Kinsman, R.A., Spector, S.L., Shucard,

D.W., & Luparello, T.J. (1974). Observations on patterns of subjective symptomatology of acute asthma. *Psychosomatic Medicine, 36,* 129-143.

Kinzie, J.D. (1985). Overview of clinical issues in the treatment of Southeast Asian refugees. In T.C. Owan (Ed.), *Southeast Asian mental health treatment, prevention services, training, and research*. Washington, DC: National Institute of Mental Health.

Kipke, M.D., Montgomery, S., & MacKenzie, R.G. (1993). Substance use among youth who attend community-based health clinics. *Journal of Adolescent Health, 14,* 289-294.

Kirmayer, L.J., Robbins, J.M., & Paris, J. (1994). Somatoform disorders: Personality and social matrix of somatic distress. *Journal of Abnormal Psychology, 103,* 125-136.

Kivlighan, D.M., & Mullison, D. (1988). Participants' perception of therapeutic factors in group counseling: The role of interpersonal style and stage of group development. *Small Group Development, 19,* 452-468.

Kleeman, S.T. (1967). Psychiatric contributions in the treatment of asthma. *Annals of Allergy, 25,* 611-619.

Klein, D. (1992, April 1). The empty pot. *Los Angeles Times,* pp. A3, A14.

Klein, D.F. (1993). False suffocation alarms, spontaneous panics, and related conditions: An integrative hypothesis. *Archives of General Psychiatry, 50,* 306 -317.

Klein, D.F. (1996). Preventing hung juries about therapy studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*. 81-87.

Klein, D.F., & Ross, D.C. (1993). Reanalysis of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program general effec-

tiveness report. *Neuropsychopharmacology, 8, 241-251.*

Klein, D.N., Taylor, E.B., Dickstein, S., & Harding, K. (1988). Primary early-onset dysthymia: Comparison with primary nonbipolar nonchronic major depression on demographic, clinical, familial, personality, and socioenvironmental characteristics and short-term outcome. *Journal of Abnormal Psychology, 97,* 387-398.

Klerman, G.L. (1983). Problems in the definition and diagnosis of depression in the elderly. In M. Hauge & L. Breslau (Eds.), *Depression in the elderly: Causes, care, consequences*. New York: Springer.

Klerman, G.L. (1988). Depression and related disorders of mood (affective disorders). In A.M. Nicholi, Jr. (Ed.), *The new Harvard guide to psychiatry*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Klerman, G.L. (1988). The current age of youthful melancholia. *British Journal of Psychiatry, 152,* 4-14.

Klerman, G.L. (1990). Treatment of recurrent unipolar major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry, 47,* 1158-1162.

Klerman, G.L., & Weissman, M.M. (Eds.), (1993). *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Klerman, G.L., Weissman, M.M., Markowitz, J.C., Glick, I., Wilner, P.J., Mason, B., & Shear, M.K. (1994). Medication and psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Fourth edition (pp. 734 - 782). New York: Wiley.

Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J., & Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.

Klinnert, M.D., Mrazek, P.J., & Mrazek, D.A. (1994). Early asthma onset: The interaction between family stressors and adaptive parenting. *Psychiatry, 57,* 51-61.

Klosko, J.S., Barlow, D.H., Tassinari, R., & Cerny, J.A. (1990). A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,* 77-84.

Kluft, R.P. (1984a). An introduction to multiple personality disorder. *Psychiatric Annals, 7,* 19-24.

Kluft, R.P. (1984b). Multiple personality in childhood. *Psychiatric Clinics of North America, 7,* 121-134.

Kluft, R.P. (1984c). Treatment of multiple personality disorder: A study of 33 cases. *Psychiatric Clinics of North America, 7,* 929.

Kluft, R.P. (1985). The treatment of multiple personality disorder (MPD): Current concepts. In F.F. Flach (Ed.), *Directions in psychiatry*. New York: Hatherleigh.

Knapp, S., & Vandecreek, L. (1982). Tarasoff: Five years later. *Professional Psychology, 13,* 511-516.

Knaus, W., & Bokor, S. (1975). The effect of rational-emotive education lessons on anxiety and self-concept in sixth grade students. *Rational Living, 10,* 7-10.

Knight, B. (1983). An evaluation of a mobile geriatric team. In M.A. Smyer & M. Gatz (Eds.), *Mental health and aging: Programs and evaluations*. Beverly Hills, CA: Sage.

Knight, B.G. (1996). *Psychotherapy with older adults*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage.

Knight, B. G., Kelly, M., & Gatz, M. (1992). Psychotherapy and the older adult. In D.K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 528-551). Washington, DC: American Psychological Association.

Knight, B.G., Lutzky, S.M., & Olshevski, J.L. (1992). A randomized comparison of stress reduction training to problem solving training for dementia caregivers: Processes and outcomes. Unpublished manuscript, University of Southern California, Los Angeles.

Knopp, E.H. (1984). *Retraining adult sex offenders*. New York: Safer Society Press.

Kobak, K.A., Rock, A.L., & Greist, J.H. (1995). Group behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal for Specialists in Group Work, 20,* 26-32.

Koegel, R.L., Schreibman, L., Britten, K.R., Burkey, J.C., & O'Neill, R.E. (1982). A comparison of parent training to direct child treatment. In R.L. Koegel, A. Rincover, & A.L. Egel (Eds.), *Educating and understanding autistic children*. San Diego, CA: College-Hill.

Koenig, H.G., & Blazer, D.G. (1992). Mood disorders and suicide. In J.E. Birren, R.B. Sloane, & G.D. Cohen (Eds.), *Handbook of mental health and aging* (pp. 379 -407). San Diego: Academic Press.

Koenig, K., & Masters, J. (1965). Experimental treatment of habitual smoking. *Behaviour Research and Therapy, 3,* 235-243.

Koenigsberg, H.W., & Handley, R. (1986). Expressed emotion: From predictive index to clinical construct. *American Journal of Psychiatry, 143,* 1361-1373.

Kohn, M.L. (1968). Social class and schizophrenia: A critical review. In D. Rosenthal & S.S. Kety (Eds.), *The transmission of schizophrenia*. Elmsford, NY: Pergamon.

Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.

Kohut, H. (1977). The restoration of the self. New York: International Universities Press.

Kohut, H., & Wolf, E.S. (1978). The disorders of the self and their treatment: An outline. *International Journal of Psychoanalysis, 59,* 413 - 425.

Kolden, G.G. (1991). The generic model of psychotherapy: An empirical investigation of patterns of process and outcome relationships. *Psychotherapy Research, 1,* 62 - 73.

Kolmen, B.K., Feldman, H.E., Handen, B.L., & Janosky, J.E. (1995). Naltrexone in young autistic children: A double-blind, placebo-controlled crossover study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34,* 223-231.

Kolvin I., McKeith, R.C., & Meadows, S.R. (1973). *Bladder control and enuresis*. Philadelphia: Lippincott.

Konig, P., & Godfrey, S. (1973). Prevalence of exercise-induced bronchial liability in families of children with asthma. *Archives of Diseases of Childhood, 48,* 518.

Korchin, S.J. (1976). *Modern clinical psychology*. New York: Basic Books.

Kornetsky, C. (1976). Hyporesponsivity of chronic schizophrenic patients to dextroamphetamine. *Archives of General Psychiatry, 33,* 1425-1428.

Koss, M.P. (1985). The hidden rape victim: Personality, attitudinal, and situational characteristics. *Psychology of Women Quarterly, 9,* 193-212.

Koss, M.P., & Butcher, J.N. (1986). Research on brief psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.). New York: Wiley.

Koss, M.P., & Shiang, J. (1994). Research of brief psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Fourth edition (pp. 664 - 700). New York: Wiley.

Kösten, T.R., Mason, J.W., Giller, E.L., Ostroff, R., & Harkness, I. (1987). Sustained urinary norepinephrine and epinephrine elevation in posttraumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology, 12,* 13-20.

Kösten, T.R., Morgan, C.M., Falcione, J., & Schottenfeld, R.S. (1992). Pharmacotherapy for cocaine-abusing methadone-maintained patients using amantadine or desipramine. *Archives of General Psychiatry, 49,* 894-898.

Kovacs, M. (1990). Comorbid anxiety disorders in childhood-onset depressions. In J.D. Maser & C.R. Cloninger (Eds.), *Co-*

morbidity of mood and anxiety disorders (pp. 272-281). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Kovacs, M., Feinberg, T.L., Crouse-Novack, M.A., Paulauskas, S.L., & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood: 1. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Archives of General Psychiatry, 41,* 229-237.

Kovacs, M., Feinberg, T.L., Crouse-Novak, M.A., Paulauskas, S.L., Pollack, M., & Finkelstein, R. (1984). Depressive disorders in childhood: 4. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry, 41,* 776 - 782.

Kovacs, M., Rush, A.J., Beck, A.T., & Hollon, S.D. (1981). Depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy: A one-year follow-up. *Archives of General Psychiatry, 38,* 33-39.

Kowalik, D.L., & Gotlib, I.H. (1987). Depression and marital interation: Concordance between intent and perception of communication. *Journal of Abnormal Psychology, 96,* 127-134.

Kowall, N.K., & Beal, M.F. (1988). Cortical somatostatin, neuropeptide Y, and NADPH diphorase neurons: Normal anatomy and alterations in Alzheimer's disease. *Annals of Neurology, 23,* 105-113.

Kozel, N.J., & Adams, E.H. (1986). Epidemiology of drug abuse: An overview. *Science, 234,* 970 -974.

Kozel, N.J., Crider, R.A., & Adams, E.H. (1982). National surveillance of cocaine use and related health consequences. *Morbidity and Mortality Weekly Report 31, 20,* 265 - 273.

Kozlowski, L.T., Skinner, W., Kent, C., & Pope, M. (1989). Prospects for smoking treatment in individuals seeking treatment for alcohol and other drug problems. *Addictive Behaviors, 14, 273-279.*

Kozol, H., Boucher, R., & Garofalo, R. (1972). The diagnosis and treatment of dangerousness. *Crime and Delinquency, 18,* 37-92.

Kraepelin, E. (1981). *Clinical psychiatry*. (A.R. Diefendorf, Trans.). Delmar, NY: Scholars' Facsimiles and Reprints. (Original work published 1883)

Kramer, E.F. (1995). Controversial litigation issue may be shifting our focus away from a more serious problem. *Res Gestae,* 12.

Krantz, S., & Hammen, C.L. (1979). Assessment of cognitive bias in depression. *Journal of Abnormal Psychology, 88,* 611-619.

Kranzler, H.R., Burleson, J.A., Del Boca, F.K., Babor, T.F., Korner, P., et al. (1994). Busipirone treatment of anxious alcoholics: A controlled trial. *Archives of General Psychiatry, 51,* 720- 731.

Kring, A.M., & Neale, J.M. (1996). Do schizophrenics show a disjunctive relationship among expressive, experiential and physiological components of emotion? *Journal of Abnormal Psychology,*

105, 249 -257.

Kringlen, E. (1970). Natural history of obsessional neurosis. *Seminars in Psychiatry, 2,* 403-419.

Krystal, J.H., Karper, L.P., Seibyl, J.P., Freeman, G.K., Delaney, R., et al. (1995). Subanesthetic effects of the non-competitive NMDA antagonist, ketamine, in humans: Psychotomimetic, perceptual, cognitive, and neuroendocrine effects. *Archives of General Psychiatry, 51,* 199-214.

Krystal, J.H., Kösten, T.R., Southwick, S., Mason, J.W., Perry, B.D., & Giller, E.L. (1989). Neurobiological aspects of PTSD: Review of Clinical and preclinical studies. *Behavior Therapy, 20,* 177-198.

Kucharski, L.T., White, R.M., & Schratz, M. (1979). Age bias, referral for psychological assistance and the private physician. *Journal of Gerontology, 34,* 423 -428.

Kuhn, T.S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.

Kundera, M. (1991). *Immortality*. New York: Grove Press.

Kunst-Wilson, W.R., & Zajonc, R.B. (1980). Affective discrimination of stimuli that cannot be recognized. *Science, 207,* 557-558.

Kuriansky, J.B., Deming, W.E., & Gurland, B.J. (1974). On trends in the diagnosis of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry,* 131, 402-407.

Kutchinsky, B. (1970). *Studies on pornography and sex crimes in Denmark*. Copenhagen: New Social Science Monographs.

Lacey, J.I. (1967). Somatic response patterning and stress: Some revisions of activation theory. In M.H. Appley & R. Trumball (Eds.), *Psychological stress*. New York: McGraw-Hill.

Ladd, G.W. (1981). Effectiveness of a social learning method for enhancing children's social interaction and peer acceptance. *Child Development, 52,* 171-178.

Lahey, B.B., Piacentini, J.C., McBurnett, K., Stone, P., Hartdagen, S., & Hynd, G. (1988). Psychopathology in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27,* 163-170.

Lam, R.W., Zis, A.P., Grewal, A., Delgado, PL., Charney, D.S., & Krystal, J.H. (1996). Effects of rapid tryptophan depletion in patients with seasonal affective disorder in remission after light therapy. *Archives of General Psychiatry, 53,* 41-46.

Lambert, M.J., & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Fourth edition (pp. 143-189). New York: Wiley.

Lambert, M.J., Bergin, A.E., & Collins, J.L. (1977). Therapist-induced deterioration in psychotherapy. In A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research*. Elmsford, New York: Pergamon.

Lambert, M.J., Shapiro, D.A., & Bergin, A.E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.). New York: Wiley.

Landman, J.T., & Dawes, R. (1982). Psychotherapy outcome: Smith and Glass's conclusions stand up under scrutiny. *American Psychologist, 37,* 504-516.

Lando, H.A. (1977). Successful treatment of smokers with a broad-spectrum behavioral approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45,* 361 -366.

Lane, E.A., & Albee, G.W. (1965). Childhood intellectual differences between schizophrenic adults and their siblings. *American Journal of Orthopsychiatry, 35,* 747- 753.

Lang, A.R., Goeckner, D.J., Adessor, V.J., & Marlatt, G.A. (1975). Effects of alcohol on aggression in male social drinkers. *Journal of Abnormal Psychology, 84,* 508-518.

Lang, P.J., & Lazovik, A.D. (1963). Experimental desensitization of a phobia. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 66,* 519-525.

Lang, P.J., & Melamed, B.G. (1969). Case report: Avoidance conditioning therapy of an infant with chronic ruminative vomiting. *Journal of Abnormal Psychology, 74,* 1-8.

Lange, A.J., & Jakubowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior*. Champaign, IL: Research Press.

Langeluddeke, A. (1963). *Castration of sexual criminals*. Berlin: de Gruyter.

Langenbucher, J.W., & Chung, T. (1995). Onset and staging of DSM-IV alcohol dependence using mean age and survival hazard methods. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 346 -354.

Langer, E.J. (1981). Old age: An artifact? In J. McGaugh & S. Kiesler (Eds.), *Aging: Biology and behavior*. New York: Academic Press.

Langer, E.J. (1989). *Mindfulness*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Langer, E.J., & Abelson, R.P. (1974). A patient by any other name . . . : Clinician group difference in labelling bias. *Jour-*

nal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 4-9.

Langer, E.J., & Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged. *Journal of Personality and Social Psychology, 34,* 191-198.

Lanyon, R.I. (1986). Theory and treatment of child molestation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,* 176-182.

Lara, M.E., & Klein, D.N. (in press). Processes underlying chronicity in depression.

LaRue, A. (1992). Aging and neuropsychological assessment. *New York: Plenum.*

LaRue, A., Dessonville, C., & Jarvik, L.R (1985). Aging and mental disorders. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of psychology of aging* (2nd ed.). New York: Van Nostrand-Reinhold.

Lassano, D., del Buono, G., & Latapano, P. (1993). The relationship between obsessive-compulsive personality and obsessive-compulsive disorder: Data obtained by the personality disorder examination. *European Psychiatry, 8,* 219-221.

Last, C.G., & Strauss, C.C. (1990). School refusal in anxiety-disordered children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29, 31-35.*

Laub, J.H., & Sampson, R.J. (1995). The long term effects of punitive discipline. In J. McCord (Ed.), *Coercion and punishment in long-term perspective* (pp. 247-258). Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Laumann, E.O., Gagnon, J.H., Michael, R.T., & Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality*. Chicago: University of Chicago Press.

Lavelle, T.L., Metalsky, G.I., & Coyne, J.C. (1979). Learned helplessness, test anxiety, and acknowledgment of contingencies. *Journal of Abnormal Psychology, 88,* 381-387.

Law, M., & Tang, J.L. (1995). An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Archives of Internal Medicine, 155,* 1933-1941.

Lawler, B.A., Sunderland, T., Mellow, A.M., Hill, J.L., Molchan, S.E., et al. (1989). Hyperresponsivity to the serotonin agonist m-chlorophenylpiperazine in Alzheimer's disease. *Archives of General Psychiatry, 46,* 542-548.

Layne, C. (1986). Painful truths about depressives' cognitions. *Journal of Clinical Psychology, 39,* 848-853.

Lazar, I. (1979). Social services in Head Start. In E. Zigler & J. Valentine (Eds.), *Project Head Start*. New York: Free Press.

Lazarus, A.A. (1961). Group therapy of phobic disorders by systematic desensitization. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 63,* 504 -510.

Lazarus, A.A. (1965). Behavior therapy, incomplete treatment, and symptom substitution. *Journal of Nervous and Mental Disease, 140,* 80-86.

Lazarus, A.A. (1968a). Behavior therapy in groups. In G.M. Gazda (Ed.), *Basic approaches to group psychotherapy and counseling*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Lazarus, A.A. (1968b). Learning theory and the treatment of depression. *Behavior Research and Therapy, 6,* 83-89.

Lazarus, A.A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, A.A. (1973). Multimodal behavior therapy: Treating the basic ID. *Journal of Nervous and Mental Disease, 156,* 404-411.

Lazarus, A.A. (1989). *The practice of multimodal therapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Lazarus, A.A. (1997). Brief but comprehensive psychotherapy: The multimodal way. *New York: Springer.*

Lazarus, A.A., & Davison, G.C. (1971). Clinical innovation in research and practice. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*. New York: Wiley.

Lazarus, A.A., & Messer, S.B. (1991). Does chaos prevail? An exchange on technical eclecticism and assimilative integration. *Journal of Psychotherapy Integration,* 1, 143-158.

Lazarus, A.A., Davison, G.C., & Polefka, D. (1965). Classical and operant factors in the treatment of school phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 70,* 225 -229.

Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lazo, J. (1995). True or false: Expert testimony on repressed memory. *Loyola of Los Angeles Law Review, 28,* 1345-1413.

Leach, S., & Roy, S.S. (1986). Adverse drug reactions: An investigation on an acute geriatric ward. *Age and Ageing, 15* 241-246.

Lebow, J.L., & Gurman, A.S. (1995). Research assessing couple and family therapy. *Annual Review of Psychology, 46,* 27-57.

Lee, D., DeQuattro, V., Cox, T., Pyter, L., Foti, A., Allen, J., Barndt, R., Azen, S., & Davison, G.C. (1987). Neurohormonal mechanisms and left ventricular hypertrophy: Effects of hygienic therapy. *Journal of Human Hypertension, 1,* 147-151.

Lee, S. (1994). The Diagnostic Interview Schedule and anorexia nervosa in Hong Kong. *Archives of General Psychiatry, 51,* 251-252.

Lee, V.E., Brooks-Gunn, J., & Schnur, E. (1988). Does Head Start work? A 1-year follow-up comparison of disadvantaged children attending Head Start, no preschool, and other preschool programs. *Developmental Psychology, 24,* 210-222.

Leenaars, A.A., & Lester, D. (1995). Impact of suicide prevention centers on suicide in Canada. *Crisis, 16,* 39.

Leeper, P. (1988). Having a place to live is vital to good health. *News Report, 38,* 5-8.

Leff, J.P. (1976). Schizophrenia and sensitivity to the family environment. *Schizophrenia Bulletin, 2,* 566-574.

Legido, A., Tonyes, L., Carter, D., Schoemaker, A., DiGeorge, A., & Grover, W.D. (1993). Treatment variables and intellectual outcome in children with classic phenylketonuria: A single-center-based study. *Clinical Pediatrics, 32,* 417-425.

Lehrer, P.M., & Woolfolk, R.L. (1993) *Principles and practice of stress management* (2nd ed.). New York: Guilford.

Lehrer, P.M., Hochron, S.M., Mayne, T., Isenberg, S., & et al. (1994). Relaxation and music therapies for asthma among patients prestabilized on asthma medication. *Journal of Behavioral Medicine, 17,* 1-24.

Lehrer, P.M., Isenberg, S., & Hochron, S.M. (1993). Asthma and emotion: A review. *Journal of Asthma, 30,* 5-21.

Leiblum, S.R., & Rosen, R.C. (Eds.). (1988). *Sexual desire disorders*. New York: Guilford.

Leitenberg, H., Gross, H., Peterson, H., & Rosen, J.C. (1984). Analysis of an anxiety model in the process of change during exposure plus response prevention treatment of bulimia nervosa. *Behavior Therapy, 15,* 3-20.

Leland, J. (1995). A risky Rx for fun. *Newsweek,* p. 74.

Lenane, M.C., Swedo, S.F., Leonard, H., Pauls, D.L., Sceery, W., et al. (1990). Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29,* 407-412.

Lenzenwenger, M.F., Dworkin, R.H., & Wethington, E. (1991). Examining the underlying structure of schizophrenic phenomenology: Evidence for a 3-process model. *Schizophrenia Bulletin, 17,* 515-524.

Leon, G.R., Fulkerson, J.A., Perry, C.L., & Early-Zald, M.B. (1995). Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in

the later development of disordered eating, *journal of Abnormal Psychology, 104,* 140-149.

Lerer, B., Bleich, A., Kotler, M., Garb, R., Hertzberg, M., & Levin, B. (1987). Post-traumatic stress disorder in Israeli combat veterans. *Archives of General Psychiatry, 44,* 976 -981.

Lerman, C., & Glanz, K. (1997). Stress, coping, and health behavior. In K. Glanz, F. Lewis, & B. Rimer (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research and practice* San Francisco: Jossey-Bass.

Lerman, C., Schwartz, M.D., Miller, S.M., Daly, M., Sands, C., & Rimer, B.K. (1996). A randomized trial of breast cancer risk counseling: Interacting effects of counseling, educational level, and coping style. *Health Psychology, 15,* 75 - 83.

Lerner, H.R (1983). Contemporary psychoanalytic perpectives on gorge-vomiting: A case illustration. *International Journal of Eating Disorders,* 3, 47-63.

Lesage, A., & Lamontagne, Y. (1985). Paradoxical intention and exposure *in vivo* in the treatment of psychogenic nausea: Report of two cases. *Behavioral Psychotherapy, 13,* 69-75.

Lesperance, F., Frasure-Smith, N., & Talajic, M. (1996). Major depression before and after myocardial infarction: Its nature and consequences. *Psychosomatic Medicine, 58,* 99-110.

Lester, D. (1991). Do suicide prevention centers prevent suicide? *Homeostasis in Health and Disease, 33,* 190-194.

Leuchter, A.F. (1985). Assessment and treatment of the late-onset psychoses. *Hospital and Community Psychiatry, 36,* 815-818.

Levenson, M. (1972). *Cognitive and perceptual factors in suicidal individuals*. Unpublished doctoral dissertation, University of Kansas, Lawrence.

Levin, R.L. (1992). The mechanisms of human female sexual arousal. *Annual Review of Sex Research, 3,* 1-48.

Levine, S.B., & Yost, M.A. (1976). Frequency of sexual dysfunction in a general gynecological clinic: An epidemiological approach. *Archives of Sexual Behavior, 5,* 229-238.

Levitsky, A., & Perls, F.S. (1970). The rules and games of Gestalt therapy. In J. Fagan & I.L. Shepherd (Eds.), *Gestalt therapy now: Theory, techniques, applications*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.

Levy, S.M., Herberman, R.B., Whiteside, T., Sanzo, K., Lee, J., & Kirkwood, J. (1990). Perceived social support and tumor estrogen/progesterone receptor status as predictors of natural killer cell activity in breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine, 52,* 73 - 85.

Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioral approach to depression. In R.J. Friedman and M.M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Washington, DC: Winston-Wiley.

Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., Hops, H., & Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy, 21,* 385-401.

Lewinsohn, P.M., Hops, H., Roberts, R.E., Seeley, J.R., & Andrews, J.A. (1993). Adolescent psychopathology: 1. prevalence and incidence of depression and other DSM-III disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology, 102,* 133-144.

Lewinsohn, P.M., Mischef, W., Chapion, W., & Barton, R. (1980). Social competence and depression: The role of illusory self-perceptions. *Journal of Abnormal Psychology, 89,* 203-212.

Lewinsohn, P.M., Roberts, R.E., Seeley, J.R., Rohde, P., Gotlib, I.H., & Hops, H. (1994). Adolescent psychopathology: 2. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology, 103,* 302-315.

Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Fischer, S.A., & Seeley, J.R. (1991). Age and depression: Unique and shared effects. *Psychology and Aging, 6,* 247-260.

Lewinsohn, P.M., Steimetz, J.L., Larsen, D.W., & Franklin, J. (1981). Depression related cognitions: Antecedent or consequences? *Journal of Abnormal Psychology, 90,* 213-219.

Lewinsohn, P.M., Weinstein, M., & Alper, T. (1970). A behavioral approach to the group treatment of depressed persons: A methodological contribution. *Journal of Clinical Psychology, 26,* 525-532.

Ley, R. (1987). Panic disorder: A hyperventilation interpretation. In L. Michelson & L.M. Asher (Eds.), *Anxiety and stress disorders*. New York: Guilford.

Li, T-K., Lumeng, L., McBride, W.J., & Waller, M.B. (1981). Indiana selection studies on alcohol related behaviors. In R.A. McClearn, R.A. Deitrich, & V.G. Erwin (Eds.), *Development of animal models as pharmacogenetic tools*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Liberman, R.P. (1972). Reinforcement of social interaction in a group of chronic mental patients. In R. Rubin et al., *Advances in behavior therapy*. New York: Academic Press.

Liberman, R.P. (1994). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 57,* 104-114.

Liberman, R.P. (Ed). (1992). *Handbook of psychiatric rehabilitation*. New York: Macmillan.

Liberman, R.P., DeRisi, W.J., & Mueser, K.T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. Elmsford, NY: Pergamon.

Liberto, J.G., Oslin, D.W., & Ruskin, P.E. (1996). Alcoholism in the older population. In L.L. Carstensen, B.A. Edelstein, & L. Dornbrand (Eds.), *The practical handbook of clinical gerontology* (pp.

324-348). Thousand Oaks, CA: Sage.

Liebenluft, E. (1996). Women with bipolar illness: Clinical and research issues. *American Journal of Psychiatry, 153,* 163-173.

Lieberman, M.A., Yalom, J.D., & Miles, M.B. (1973). *Encounter groups: First facts*. New York: Basic Books.

Liebert, R.M., Neale, J.M., & Davidson, E.S. (1973). *The early window*. Elmsford, NY: Pergamon.

Liebson, I. (1967). Conversion reaction: A teaming theory approach. *Behaviour Research and Therapy, 7,* 217-218.

Lief, H.I. (1988). Foreword. In S.R. Leiblum & R.C. Rosen (Eds.), *Sexual desire disorders*. New York: Guilford.

Lief, H.I., & Hubschman, L. (1993). Orgasm in the postoperative, transsexual. *Archives of Sexual Behavior, 22,* 145-155.

Lifton, R.J. (1976). Advocacy and corruption in the healing profession. In N.L. Goldman & D.R. Segal (Eds.), *The social psychology of military service*. Beverly Hills, CA: Sage.

Light, E., & Lebowitz, B.D. (Eds). (1991). *The elderly with chronic mental illness*. New York: Springer.

Light, K.C., Dolan, C.A., Davis, M.R., & Sherwood, A. (1992). Cardiovascular responses to an active coping challenge as predictors of blood pressure patterns 10 to 15 years later. *Psychosomatic Medicine, 54,* 217-230.

Light, L.L. (1990). Interactions between memory and language in old age. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 275-290). San Diego: Academic Press.

Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry, 101,* 141-148.

Linehan, M.M. (1985). The reasons for living inventory. In P. Keller & L. Ritt (Eds.), *Innovations in clinical practice: A sourcebook* (pp. 321-330). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

Linehan, M.M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic, 51,* 261-276.

Linehan, M.M. (1993a). Behavioral skills training manual for treating borderline personality disorder. *New York: Guilford Press.*

Linehan, M.M. (1993b). Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder: The dialectics of effective treatment. *New York: Guilford.*

Linehan, M.M., & Shearin, E.N. (1988). Lethal stress: A social-behavioral model of suicidal behavior. In S. Fisher & J.

Reason (Eds.), *Handbook of life stress, cognition, and health*. New York: Wiley,

Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez A., Allmon, D., & Heard, H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry, 48,* 1060-1064.

Linehan, M.M., Camper, P., Chiles, J.A., Strosahl, K., & Shearin, E.N. (1987). Interpersonal problem-solving and parasuicide. *Cognitive Therapy and Research, 11,* 1-12.

Linehan, M.M., Goodstein, J.L., Nielsen, S.L., & Chiles, J.A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself, *journal of Consulting and Clinical Psychology, 51,* 276-286.

Linehan, M.M., Heard, H.L., & Armstrong, H.E. (1992). *Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients*. Unpublished manuscript, University of Washington, Seattle.

Link, B., Cullen, F., Frank, J., & Wozniak, J. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology, 92,* 1401-1500.

Linney, J.A. (1989). Optimizing research strategies in the schools. In L.A. Bond & B.E. Compas (Eds.), *Primary prevention and promotion in the schools* (pp. 50 - 76). Newbury Park, CA: Sage.

Lion, J.R. (1978). Outpatient treatment of psychopaths. In W.H. Reid (Ed.), *The psychopath: A comprehensive study of antisocial disorders and behaviors*. New York: Brunner/Mazel.

Lipowski, C.J. (1990). *Acute confusional states*. New York: Oxford University Press.

Lipowski, P., Kerkhofs, M., VanOnderbergen, A., Hubain, P., Copinschi, G., & et al. (1994). The 24 hour profiles **of Corti**sol, prolactin, and growth hormone secretion in mania. *Archives of General Psychiatry, 51,* 616-624.

Lipowski, Z.J. (1980). *Delirium: Acute brain failure in man*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Lipowski, Z.J". (1983). Transient cognitive disorders (delirium and acute confusional states) in the elderly. *American journal of Psychiatry, 140,* 1426-1436.

Liskow, B. (1982). Substance induced and substance use disorders: Barbiturates and similarly acting sedative hypnotics. In J.H. Greist, J.W. Jefferson, & R.L. Spitzer (Eds.), *Treatment of mental disorders*. New York: Oxford University Press.

Liston, E.H. (1982). Delirium in the aged. In L.E. Jarvik & G.W. Small (Eds.), *Psychiatric clinics of North America*. Philadelphia: Saunders.

Litwack, T.R. (1985). The prediction of violence. *The Clinical Psychologist, 38,* 87-90.

Livesley, W.J., Schroeder, M L., & Jackson,

D.N. (1990). Dependent personality and attachment problems. *Journal of Personality Disorders, 4,* 131-140.

Livesley, W.J., Schroeder, M.L., Jackson, D.N., & Jung, K.L. (1994). Categorical distinctions in the study of personality disorder: Implications for classification. *Journal of Abnormal Psychology, 103,* 6-17.

Lobitz, W.C., & Post, R.D. (1979). Parameters of self-reinforcement and depression. *journal of Abnormal Psychology, 88,* 33-41.

Loeber, R., & Keenan, K. (1994). Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: Effects of age and gender. *Clinical Psychology Review, 14,* 497-523.

Loeber, R., Lahey, B., & Thomas, C. (1991). Diagnostic conundrum of oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 100,* 379-390.

Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Van Kammen, W., & Farrington, D.P. (1989). Development of a new measure of self-reported antisocial behavior for young children: Prevalence and reliability. In M. Klein (Ed.), *Cross-national research in self-reported crime and delinquency* (pp. 203-226). Boston: Kluwer-Nijhoff.

Loftus, E.F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist, 48,* 518-537.

Loftus, E.F., & Ketchum, K. (1994). The myth of repressed memory: False memories and allegations of sexual abuse. *New York: St. Martin's Press*.

London, P. (1964). *The modes and morals of psychotherapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

London, P. (1986). *The modes and morals of psychotherapy* (2nd ed.). New York: Hemisphere.

Loney, J., Langhorne, J.E., Jr., & Paternite, C.E. (1978). An empirical basis for subgrouping the hyperkinetic-minimal brain dysfunction syndrome. *Journal of Abnormal Psychology, 87,* 431 -441.

Long, W.R. (1995, November 24). A changing world proves deadly to Brazil Indians. *Los Angeles Times,* pp. Al, A47, A48.

Looman, J. (1995). Sexual fantasies of child molesters. *Canadian Journal of Behavioural Science, 27,* 321-332.

Lopez, S.R. (1989). Patient variable biases in clinical judgment: Conceptual overview and methodological considerations. *Psychological Bulletin, 106,* 184-203.

Lopez, S.R. (1994). Latinos and the expression of psychopathology: A call for direct assessment of cultural influences. In C. Telles & M. Karno (Eds.), *Latino mental health: Current research and policy perspectives*. Los Angeles: UCLA.

Lopez, S.R. (1996). Testing ethnic minority children. In B.B. Wolman (Ed.), *The encyclopedia of psychology, psychiatry, and psychoanalysis*. New York: Henry Holt.

Lopez, S.R., & Hernandez, P. (1986). How culture is considered in evaluations of psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease, 176,* 598 - 606.

Lopez, S.R., & Romero, A. (1988). Assessing the intellectual functioning of Spanish-speaking adults: Comparison of the EIWA and the WAIS. *Professional Psychology: Research and Practice, 19,* 263 -270.

Lopez, S.R., & Taussig, I.M. (1991). Cognitive-intellectual functioning of Spanish-speaking impaired and nonimpaired elderly: Implications for culturally sensitive assessment. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3,* 448 -454.

Lopez, S.R., Lopez, A.A., & Fong, K.T. (1991). Mexican Americans' initial preferences for counselors: The role of ethnic factors. *Journal of Counseling Psychology, 38,* 487-496.

LoPiccolo, J. (1977). Direct treatment of sexual dysfunction in the couple. In J. Money & H. Musaph (Eds.), *Handbook of sexology*. New York: Elsevier/North-Holland.

LoPiccolo, J. (1991). Counseling and therapy for sexual problems in the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine, 7,* 161-179.

LoPiccolo, J. (1992a). Post-modern sex therapy for erectile failure. In R.C. Rosen & S.R. Leiblum (Eds.), *Erectile failure: Assessment and treatment*. New York: Guilford.

LoPiccolo, J. (1992b). Psychological evaluation of erectile failure. In R. Kirby, C. Carson, & G. Webster (Eds.), *Diagnosis and management of male erectile failure dysfunction*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

LoPiccolo, J. (in press). Sex therapy: A post-modern model. In S.J. Lynn & J.P. Garske (Eds.), *Contemporary psychotherapies: Models and methods*. New York: Merrill.

LoPiccolo, J., & Friedman, J. (1988). Broad-spectrum treatment of low sexual desire: Integration of cognitive, behavioral, and systemic therapy. In S. Leiblum & R.C. Rosen (Eds.), *Sexual desire disorders*. New York: Guilford.

LoPiccolo, J., & Friedman, J.M. (1985). Sex therapy: An integrated model. In S.J. Lynn & J.P. Garskee (Eds.), *Contempo-*

rarypsychotherapies: Models and methods. New York: Merrill.

LoPiccolo, J., & Hogan, D.R. (1979). Multidimensional treatment of sexual dysfunction. In O.F. Pomerleau & J.P. Brady (Eds.), *Behavioral medicine: Theory and practice*. Baltimore: Williams & Wilkins.

LoPiccolo,]., & Stock, W.E. (1987). Sexual function, dysfunction, and counseling in gynecological practice. In Z. Rosenwaks, F. Benjamin, & M.L. Stone (Eds.), *Gynecology*. New York: Macmillan.

LoPiccolo, J., Heiman, J., Hogan, D., & Roberts, C. (1985). Effectiveness of single therapists vs. co-therapy teams in sex therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53,* 287-294.

Loranger, A., Oldham, J., Russakoff, L.M. & Susman, V. (1987). Structured interviews and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 41,* 565-568

Loranger, A.W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchleim, P., et al. (1994). The International Personality Disorders Examination: The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry, 51,* 215 -223.

Lotter, V. (1974). Factors related to outcome in autistic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 4, 263-277.*

Lotter, V. (1978). Follow-up studies. In M. Rutter & E. Schopler (Eds.), *Autism: A reappraisal of concepts and treatment*. New York: Plenum.

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.

Lovaas, O.I., Berberich, J.P., Perloff, B.F., & Schaeffer, B. (1966). Acquisition of imitative speech by schizophrenic children. *Science, 151,* 705-707.

Lovaas, O.I., Freitag, G., Gold, V.J., & Kassoria, I.C. (1965). Experimental studies in childhood schizophrenia: Analysis of self-destructive behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis, 6,* 131-166.

Lovaas, O.I., Newsom, C., & Hickman, C. (1987). Self-stimulatory behavior and perceptual reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis, 20,* 45-68.

Lovass, O.I., Schreibman, L., Koegel, R., & Rehm, R. (1971). Selective responding by autistic children to multiple sensory input. *Journal of Abnormal Psychology, 77,* 221-222.

Lubin, B. (1983). Group therapy. In I.B. Weiner (Ed.), *Clinical methods in psychology* (2nd ed.). New York: Wiley.

Luborsky, L., & Spence, D.P. (1978). Quantitative research on psychoanalytic therapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed.). New York: Wiley.

Luborsky, L., Barber, J.P., & Crits-Christoph, P. (1990). Theory-based research for understanding the process of dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,* 281-287.

Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Melon, J., & Auerbach, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy: Predicting therapeutic outcomes*. New York: Basic Books.

Luepnitz, R.R., Randolph, D.L., & Gutsch, K.U. (1982). Race and socioeconomic status as confounding variables in the accurate diagnosis of alcoholism. *Journal of Clinical Psychology, 38,* 665 -669.

Lykken, D.T. (1957). A study of anxiety in the sociopathic personality. *Journal of Abnormal and Social Psychology,* 55, 6-10.

Lynam, D.R. (1996). Early identification of chronic offenders: Who is the fledgling psychopath? *Psychological Bulletin, 120,* 209 -234.

Lyon, G.R., & Moats, L.C. (1988). Critical issues in the instruction of the learning disabled. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 830-835.

Lyons, M.J., True, W.S., Eisen, A., Goldberg, J., Meyer, J.M., et al. (1995). Differential heritability of adult and juvenile antisocial traits. *Archives of General Psychiatry, 52,* 906 -915.

Lystad, M.M. (1957). Social mobility among selected groups of schizophrenics. *American Sociological Review, 22,* 288 -292.

Maccoby, N., & Alexander, J. (1980). Use of media in lifestyle programs. In P.O. Davidson & S.M. Davidson (Eds.), *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*. New York: Brunner/Mazel.

Maccoby, N., & Altman, D.G. (1988). Disease prevention in communities: The Stanford Heart Disease Prevention Program. In R.H. Price, E.L. Cowen, R.P. Lorion, & J. Ramos-McKay (Eds.), *14 ounces of prevention: A casebook for practitioners* (pp. 165-174). Washington, DC: American Psychological Association.

Maccoby, N., Farquhar, J.W., Wood, P.D., & Alexander, J. (1977). Reducing the risk of cardiovascular disease: Effects of a community-based campaign on knowledge and behavior. *Journal of Community Health,* 3, 100-114.

MacLeod, C., & Hemsley, D.R. (1985). Visual feedback of vocal intensity in the treatment of hysterical aphonia. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 4,* 347-353.

MacLeod, C., Mathews, A., & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 95,* 15 -20.

MacNamara, M. (1993). Fade away: The rise and fall of the repressed memory theory in the courtroom. *California Lawyer, 15,* 36-41.

Madonna, P.G., Van Scoyk, S., & Jones, D.B. (1991). Family interactions within incest and nonincest families. *American Journal of Psychiatry, 148,* 46-49.

Magee, W.J., Eaton, W.W., Wittchern, H.U., McGonagle, K.A., & Kessler, R.C. (1996). Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 53,* 159-168.

Maher, B.A. (1966). Principles of psychopathology: An experimental approach. *New York: McGraw-Hill.*

Maher, B.A. (1974). Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, *1-3 [Editorial],*

Mahoney, L.J. (1977). Early diagnosis of breast cancer: The breast self-examination problem. *Progress in Clinical and Biological Research, 12,* 203-206.

Mahoney, M.J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger.

Mahoney, M.J. (1982). Psychotherapy and human change processes. In *Psychotherapy research and behavior change* (Vol. 1). Washington, DC: American Psychological Association.

Mahoney, M.J. (1991). Human change processes: Notes on the facilitation of human development. *New York: Basic Books.*

Mahoney, M.J. (1991). Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy. *New York: Basic Books.*

Mahoney, M.J. (1993). Theoretical developments in the cognitive psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 7,* 138-157.

Mahoney, M.J., & Moes, A.J. (1997). Complexity and psychotherapy: Promising dialogues and practical issues. In F. Masterpasque & A. Perna (Eds.), *The psychological meaning of chaos: Self-organization in human development and psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Malamuth, N.M., & Check, J.V.P. (1983). Sexual arousal to rape depictions: Individual differences. *Journal of Abnormal Psychology, 92,* 55 -67.

Mala testa, C.Z., & Izard, C.E. (1984). The facial expression of emotion: Young, middle-aged, and older adult expressions. In C.Z. Malatesta & C.E. Izard (Eds.), *Emotion in adult development* (pp. 253-273). Beverly Hills, CA: Sage.

Maletzky, B.M. (1991). *Treating the sexual offender*. Newbury Park, CA: Sage.

Mandler, G. (1966). Anxiety. In D.L. Sills (Ed.), *International encyclopedia of the social sciences*. New York: Macmillan.

Mandler, G. (1972). Helplessness: Theory and research in anxiety. In C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in*

theory and research. New York: Academic Press.

Mangalmurti, V.S. (1994). Psychotherapists' fear of *Tarasoff:* All in the mind? *Journal of Psychiatry and Law, 22,* 379-409.

Manji, H.K., Chen, G., Shimon, H., Hsiao, J.K., Potter, W.Z., & Belmaker, R.H. (1995). Guanine nucleotide-binding proteins in bipolar affective disorder: Effects of long-term lithium treatment. *Archives of General Psychiatry, 52,* 135-144.

Mann, V.A., & Brady, S. (1988). Reading disability: The role of language deficiencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 811-816.

Mannuzza, S., Klein, R.G., Bonagura, N., Malloy, P., Giampino, T.L., & Addalli, K.A. (1991). Hyperactive boys almost grown up: 5. Replication of psychiatric status. *Archives of General Psychiatry, 48,* 77-83.

Mannuzza, S., Schneier, F.R., Chapman, T.F., Leibowitz, M.R., Klein, D.F., & Fyer, A.J. (1995). Generalized social phobia: Reliability and validity. *Archives of General Psychiatry, 52,* 230-237.

Manos, N., Vasilopoulou, E., & Sotiriou, M. (1987). DSM-III diagnoses of borderline disorder and depression. *Journal of Personality Disorders, 1,* 263-268.

Manton, K.G., Blazer, D.G., & Woodbury, M.A. (1987). Suicide in middle age and later life: Sex and race specific life table and cohort analyses. *Journal of Gerontology, 42, 219-227.*

Manuck, S.B., Kaplan, J.R., Adams, M.R., & Clarkson, T.B. (1989). Behaviorally elicited heart rate reactivity and atherosclerosis in female cynomolgus monkeys*(Macacafascicularis).Psychosomatic Medicine, 51,* 306 -318.

Manuck, S.B., Kaplan, J.R., & Clarkson, T.B. (1983). Behaviorally induced heart rate reactivity and atherosclerosis in cynomolgus monkeys. *Psychosomatic Medicine, 49,* 95-108.

March, J.S. (1995). Cognitive-behavioral psychotherapy for children and adolescents with OCD: A review and recommendations for treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 34,* 7-18.

Marcus, J., Hans, S.L., Nagier, S., Auerbach, J.G., Mirsky, A.F., & Aubrey, A. (1987). Review of the NIMH Israeli Kibbutz-City and the Jerusalem infant development study. *Schizophrenia Bulletin, 13,* 425 -438.

Marder, S.R., & Meibach, R.C. (1994). Risperidone in the treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 151,* 825 -836.

Marder, S.R., Wirshing, W.C., Mintz, J., McKenzie, J., Johnston, K, et al. (1996). Two-year outcome of social-skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 153,* 1585-1592.

Marder, S.R., Wirshing, W.C., VanPutten, T., Mintz,]., McKenzie, R.N., et al. (1994). Fluphenazine vs. placebo supplementation for prodromal sign of relapse in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 51,* 280-287.

Marengo, J., & Westermeyer, J.F. (1996). Schizophrenia and delusional disorder. In L.L. Carstensen, B.A. Edelstein, & L. Dornbrand (Eds.), *The practical handbook of clinical gerontology* (pp. 255 -273). Thousand Oaks, CA: Sage.

Margolin, G. (1981). Behavior exchange in happy and unhappy marriages: A family cycle perspective. *Behavior Therapy,* 12, 329-343.

Margolin, G. (1982). Ethical and legal considerations in marital and family therapy. *American Psychologist, 37,* 788-801.

Margolin, G., & Burman, B. (1993). Wife abuse vs. marital violence: Different terminologies, explanations, and solutions. *Clinical Psychology Review, 13,* 59 - 73.

Margolin, G., & Fernandez, V. (1985). Marital dysfunction. In M. Hersen & A.S. Bellack (Eds.),*Handbook of clinical behavior therapy with adults*. New York: Plenum.

Margolin, G., & Wampold, B.F. (1981). Sequential analysis of conflict and accord in distressed and non-distressed marital partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49,* 554-567.

Marijuana research findings. (1980). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Margraf, J., Ehlers, A., & Roth, W.T. (1986). Sodium lactate infusions and panic attacks: A review and critique. *Psychosomatic Medicine, 48,* 23-51.

Markman, H.J., Floyd, F.J., Stanley, S.M., & Storaasli, R.D. (1989). Prevention of marital distress: A longitudinal investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 210-217.

Markman, H.J., Silvern, L., Clements, M., & Kraft-Hanak, S. (1993). Men and women dealing with conflict in heterosexual relationships. *Journal of Social Issues, 49,* 107-125.

Markovitz, J.H., Matthews, K.A., Kiss, J., & Smitherman, T.C. (1996). Effects of hostility on platelet reactivity to stress in coronary heart disease patients and in healthy controls. *Psychosomatic Medicine, 58,* 143-149.

Markowitz, J.C., Rabkin, J., & Perry, S. (1994). Treating depression in HIV-positive patients. *AIDS, 8,* 403-412.

Marks, I.M. (1969). *Fears and phobias*. New York: Academic Press.

Marks, I.M. (1995). Advances in behavioral-cognitive therapy of social phobia.

Journal of Clinical Psychiatry, 56, *25-31.*

Marks, I.M., & Gelder, M.G. (1967). Transvestism and fetishism: Clinical and psychological changes during faradic aversion. *British Journal of Psychiatry, 113,* 711-729.

Marks, I.M., Gelder, M.G., & Bancroft, J. (1970). Sexual deviants two years after electrical aversion. *British Journal of Psychiatry, 117,* 73-85.

Marlatt, G.A. (1983). The controlled drinking controversy: A commentary. *American Psychologist, 38,* 1097-1110.

Marlatt, G.A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In G.A. Marlatt & J. Gordon (Eds.), *Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behavior change*. New York: Guilford.

Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (1985). (Eds.), Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. *New York: Guilford.*

Marmar, C., & Horowitz, M.J. (1988). Diagnosis and phase-oriented treatment of post-traumatic stress disorders. In J. Wilson (Ed.), *Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam*. New York: Brunner/Mazel.

Marmor, J. (1962). Psychoanalytic therapy as an educational process: Common denominators in the therapeutic approaches of different psychoanalytic schools. In J.H. Masserman (Ed.), *Science and psychoanalysis: Vol.5. Psychoanalytic education*. New York: Grune & Stratton.

Marmor, J. (1971). Dynamic psychotherapy and behavior therapy: Are they irreconcilable? *Archives of General Psychiatry, 24,* 22-28.

Marrazzi, M.A., & Luby, E.D. (1986). An auto-addiction model of chronic anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 5,* 191-208.

Marsh, B. (1996, July 7). Meth at work: In virtually every industry, use among employees is on the rise [editorial], *Los Angeles Times,* pp. D1-D4.

Marshall, W.L., Barabee, H.E., & Christophe, D. (1986). Sexual offenders against female children: Sexual preferences for age of victims and type of behavior. *Canadian Journal of Behavioural Science, 18,* 424-439.

Marshall, W.L., Jones, R., Ward, T., Johnston, P., & Barabee, H.E. (1991). Treatment outcomes with sex offenders. *Clinical Psychology Review, 11,* 465-485.

Martin, J.E., Dubbert, P.M., & Cushman, W.C. (1991). Controlled trial of aerobic exercise in hypertension. *Circulation, 81,* 1560-1567.

Martin, P.A., & Bird, H.W. (1953). An approach to the psychotherapy of marriage partners—The stereoscopic technique. *Psychiatry, 16, 123-127.*

Martin, R. (1975). Legal challenges to behavior modification: Trends in schools, correc-

tions, and mental health. *Champaign, IL.: Research Press*.

Maruish, M.E., Sawicki, R.E, Franzen, M.D., & Golden, C.J. (1984). Alpha coefficient reliabilities for the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery summary and localization scales by diagnostic category. *The International Journal of Clinical Neuropsychology, 7,* 10-12.

Marziali, E. (1984). Prediction of outcome of brief psychotherapy from therapist interpretive interventions. *Archives of General Psychiatry, 41,* 301-304.

Masling, J. (1960). The influences of situational and interpersonal variables in projective testing. *Psychological Bulletin, 57,* 65-85.

Maslow, A.H. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: Van Nostrand-Reinhold.

Masson, J.M. (1984). The assault on truth: Freud's suppression of the seduction theory. *New York: Farrar, Strauss, Giroux*.

Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.

Masters, W.H., & Johnson, V.E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.

Masters, W.H., Johnson, V.E., & Kolodny, R.C. (1988). *Human sexuality* (3rd ed.). Boston: Little Brown.

Mathe, A., & Knapp, P. (1971). Emotional and adrenal reactions of stress in bronchial asthma. *Psychosomatic Medicine, 33,* 323-329.

Mathews, A., & MacLeod, C. (1994). Cognitive approaches to emotion and emotional disorders. In L.W. Porter & M.R. Rosenzweig (Eds.), *Annual Review of Psychology* (pp. 25-50). Stanford, CA: Stanford University Press.

Matsumoto, A., Murakami, S., & Arai, Y. (1988). Neurotropic effects of estrogen on the neonatal preoptic area grafted into the adult rat brain. *Cell and Tissue Research, 252,* 33-37.

Matthews, K.A. (1982). Psychological perspectives on the type A behavior pattern. *Psychological Bulletin, 91,* 293-323.

Matthews, K.A., & Rakaczky, C.J. (1987). Familial aspects of type A behavior and physiologic reactivity to stress. In T. Dembroski & T. Schmidt (Eds.), *Behavioral factors in coronary heart disease*. Heidelberg: Springer-Verlag.

Matthews, K.A., Meilan, E., Küller, L.M., Kelsey, S.F., Caggiula, A., et al. (1989). Menopause and risk factors in coronary heart disease. *New England Journal of Medicine, 321,* 641-646.

Matthews, K.A., Glass, D.C., Rosenman, R.H., & Bonner, R.W. (1977). Competitive drive, pattern A, and coronary heart disease: A further analysis of some data from the Western Collaborative Group Study. *Journal of Chronic Diseases, 30,* 489-498.

Matthews, K.A., Woodall, K.L., Jacob, T., & Kenyon, K. (1995). Negative family environment as a predictor of boy's future status on measures of hostile attitudes, interview behavior, and anger expression. *Health Psychology, 15,* 30-37.

Mattick, R.P., & Andrews, G. (1994). Social phobia. In M. Hersen & R.T. Ammerman (Eds.), *Handbook of prescriptive treatments for adults* (pp. 157-177). New York: Plenum.

Mattson, M.E., Allen, J.P., Longabaugh, R., Nickless, C.J., Connors, G.J., & Kadden, R.M. (1994). A chronological review of empirical studies matching alcoholic clients to treatment. *Journal of Studies on Alcohol,* 55, 16-29.

Maugh, T.H.I. (1996a, July 10). AIDS forum addresses ways to help women. *Los Angeles Times,* p. A6.

Maugh, T.H. (1996b, July 7). Experts alarmed by HIV spread, hopeful on prevention. *Los Angeles Times,* p. A6.

Maugh, T.H. (1996c, July 4) New AIDS drug therapies could check epidemic. *Los Angeles Times,* pp. Al, A24.

Maugh, T.H. (1996d, July 11). New AIDS test may predict disease's course. *Los Angeles Times,* pp. Al, A8.

Mavissikalian, M., Hammen, M.S., & Jones, B. (1990). DSM-III personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry, 31,* 432-437.

Mays, D.T., & Franks, C.M. (1980). Getting worse: Psychotherapy or no treatment-The jury should still be out. *Professional Psychology, 11,* 78-92.

McArthur, D.S., & Roberts, G.E. (1982). *Roberts Apperception Test for Children Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.

McBride, P.A., Anderson, G.M., & Shapiro, T. (1996). Autism research: Bringing together approaches to pull apart the disorder. *Archives of General Psychiatry, 53,* 980-983.

McCarthy, B.W. (1986). A cognitive-behavioral approach to understanding and treating sexual trauma. *Journal of Sex and Marital Therapy, 12,* 322-329.

McConaghy, N. (1990). Sexual deviation. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.), *International handbook of behavior modification and therapy* (2nd ed., pp. 565-580). New York: Plenum.

McConaghy, N. (1994). Paraphilias and gender identity disorders. In M. Hersen & R.T. Ammerman (Eds.), *Handbook of prescriptive treatments for adults* (pp.

317-346). New York: Plenum.

McConaghy, N., Blaszczynski, A., & Kidson, W. (1988). Treatment of sex offenders with imaginal desensitization and/or medroxyprogesterone. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 77,* 199-206.

McCord, W., & McCord, J. (1964). *The psychopath: An essay on the criminal mind*. New York: Van Nostrand-Reinhold.

McCrady, B.S. (1985). Alcoholism. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Guilford.

McCrady, B.S., Noel, N.E., Abrams, D.B., Stout, R.L., Nelson, H.F., & Hay, W.M. (1986). Comparative effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol, 47,* 459-467.

McCrady, B.S., Stout, R., Noel, N., Abrams, D., & Nelson, H.F. (1991). Effectiveness of three types of spouse-involved behavioral alcoholism treatment. *British Journal of the Addictions, 86,* 1415-1424.

McCrady, B.S., Stout, R.L., Noel, N.E., Abrams, D.B., & Nelson, H.F. (in press). Comparative effectiveness of three types of spouse involved behavioral alcoholism treatment: Outcomes 18 months after treatment. *British Journal of Addictions*.

McCrae, R.R., & Costa, P.T., Jr. (1990). *Personality in adulthood*. New York: Guilford. '

McCutchan, J.A. (1990). Virology, immunology, and clinical course of HIV infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,* 5-12.

McDougle, C.J., Black, J.E., Malison, R.T., Zimmerman, R.C., Kösten, T.R., et al. (1994). Noradrenergic dysregulation during discontinuation of cocaine rise in addicts. *Archives of General Psychiatry, 51,* 713-719.

McDougle, C.J., Goodman, W.K., Leckman, J.F., Lee, N.C., Heninger, G.R., & Price, L.H. (1994). Haloperidal addition in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder: A double-blind, placebo controlled study in patients with and without tics. *Archives of General Psychiatry, 51,* 302-308.

McDougle, C.J., Naylor, S.T., Volkmar, F.R., Heninger, G.R., & Price, L.H. (1996). A double-blind placebo-controlled study of fluvoxamine in adults with autistic disorder. *Archives of General Psychiatry, 53,* 1001-1008.

McEachin, J.J., Smith, T., & Lovaas, O.I. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *American Journal on Mental Retardation, 97,* 359-372.

McElroy, S.L., Phillips, K.A., Keck, P.E., Hudson, J.I., & Pope, H.G. (1993). Body dysmorphic disorder: Does it have a psychiatric subtype? *Journal of Clinical Psychiatry, 54,* 389-395.

McFall, R.M., & Hammen, C.L. (1971). Motivation, structure, and self-monitoring: Role of nonspecific factors in smok-

ing reduction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37,* 80-86.

McFall, R.M., & Lillesand, D.B. (1971). Behavior rehearsal with modeling and coaching in assertion training. *Journal of Abnormal Psychology, 77,* 313-323.

McGee, R., & Feehan, M. (1991). Are girls with problems of attention underrecognized? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 13,* 187-198.

McGee, R., & Williams, S. (1988). A longitudinal study of depression in nine-year-old children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 27, 49-54.

McGee, R., Williams, S., & Silva, P. (1987). A comparison of girls and boys with teacher-identified problems of attention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 26,* 711-717.

McGhie, A., & Chapman, I.S. (1961). Disorders of attention and perception in early schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology, 34,* 103-116.

McGlynn, F.D. (1994). Simple phobia. In M. Hersen & R.T. Ammerman (Eds.), *Handbook of prescriptive treatments for adults* (pp. 179-196). New York: Plenum.

McGrady, A.V., & Bernal, G.A.A. (1986). Relaxation-based treatment of stress induced syncope. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 17,* 23-27.

McGue, M., Pickens, R.W., & Svikis, D.S. (1992). Sex and age effects on the inheritance of alcohol problems: A twin study. *Journal of Abnormal Psychology, 101,* 3-17.

McGuffin, P., Katz, R., Watkins, S., & Rutherford, J. (1996). A hospital-based twin registry study of the heritability of DSM-IV unipolar depresson. *Archives of General Psychiatry, 53,* 129-136.

McGuiness, D. (1981). Auditory and motor aspects of language development in males and females. In A. Ansara (Ed.), *Sex differences in dyslexia*. Towson, MD: The Orton Dyslexia Society.

McGuire, J., Nieri, D., Abbott, D., Sheridan, K., et al. (1995). Do *Tarasoff* principles apply in AIDS-related psychotherapy? Ethical decision making and the role of therapist homophobia and perceived client dangerousness. *Professional Psychology: Research and Practice, 26,* 608-611.

McGuire, R.J., Carlisle, J.M., & Young,

B.G. (1965). Sexual deviations as conditioned behaviour: A hypothesis. *Behaviour Research and Therapy, 2,* 185-190.

Mcintosh, J.L. (1995). Suicide prevention in the elderly (65-99). In M.M. Silverman & R.W. Maris (Eds.), *Suicide prevention toward the year 2000* (pp. 180-192). New York: Guilford.

Mcintosh, J.L., Santos, J.F., Hubbard, R.W., & Overholser, J.C. (1994). *Elder suicide: Research, theory, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Mclntyre-Kingsolver, K., Lichtenstein, E., & Mermelstein, R.J. (1986). Spouse training in a multicomponent smoking-cessation program. *Behavior Therapy, 17,* 67-74.

McKeon, P., & Murray, R. (1987). Familial aspects of obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry, 151,* 528-534.

McKibben, A., Proulx, J., & Lusignan, R. (1994). Relationships between conflict, affect, and deviant sexual behaviors in rapists and pedophiles. *Behaviour Research and Therapy, 32,* 571-575.

McKim, W.A. (1991). Drugs and behavior: An introduction to behavioral pharmacology. *Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.*

McLarnon, L.D., & Kaloupek, D.G. (1988). Psychological investigation of genital herpes recurrence: Prospective assessment and cognitive-behavioral intervention for a chronic physical disorder. *Health Psychology, 7,* 231 -249.

McMullen, S., & Rosen, R.C. (1979). Self-administered masturbation training in the treatment of primary orgasmic dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47,* 912-918.

McNally, R.J. (1987). Preparedness and phobias: A review. *Psychological Bulletin, 101,* 283-303.

McNally, R.J. (1994). *Panic disorder: A critical analysis*. New York: Guilford.

McNally, R.J., Caspi, S.P., Riemann, B.C., & Zeitlin, S.B. (1990). Selective processing of threat cues in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 99,* 398-406.

McNeal, E.T., & Cimbolic, P. (1986). Antidepressants and biochemical theories of depression. *Psychological Bulletin, 99,* 361-374.

McNeil, E. (1967). *The quiet furies*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Mednick, S.A., & Schulsinger, F. (1968). Some premorbid characteristics related to breakdown in children with schizophrenic mothers. In D. Rosenthal & S.S. Kety (Eds.), *The transmission of schizophrenia*. Elmsford, NY: Pergamon.

Mednick, S.A., Gabrielli, W.F., & Hutchings, B. (1984). Genetic influences in criminal convictions: Evidence from an adoption cohort. *Science, 224,* 891-894.

Mednick, S.A., Huttonen, M.O., & Machon, R.A. (1994). Prenatal influenza infections and adult schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 20,* 263-268.

Mednick, S.A., Machon, R., Hottunen, M.O., & Bonett, D. (1988). Fetal viral infection and adult schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 45,* 189-192.

Medvedev, Z. (1972). *A question of madness*. New York: Knopf.

Meehl, P.E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist, 17,* 827-838.

Meehl, P.E. (1986). Diagnostic taxa as open concepts: Methodological and statistical questions about reliability and construct validity in the grand strategy of nosological revision. In T. Millon & G.L. Klerman (Eds.), *Contemporary directions in psychopathology*. New York: Wiley.

Meichenbaum, D.H. (1971). Examination of model characteristics in reducing avoidance behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 17,* 298-307.

Meichenbaum, D.H., & Asarnow, J. (1979). Cognitive-behavioral modification and metacognitive development: Implications for the classroom. In P.C. Kendall & S.D. Hollon (Eds.), *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures*. New York: Academic Press.

Melamed, B.G., & Siegel, L.J. (1975). Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43,* 511 -521.

Melamed, B.G., Hawes, R.R., Heiby, E., & Glick, J. (1975). Use of filmed modeling to reduce uncooperative behavior of children during dental treatment. *Journal of Dental Research, 54,* 797-801.

Mellinger, G.D., Baiter, M.B., & Uhlenhuth, E.H. (1985). Insomnia and its treatment. *Archives of General Psychiatry, 42,* 225-232.

Mello, N.K., & Mendelson, J.H. (1970). Experimentally induced intoxication in alcoholics: A comparison between programmed and spontaneous drinking. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapy, 173,* 101.

Mellor, C.S. (1970). First rank symptoms of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 117,* 15-23.

Meltzer, H.Y., Cola, P., & Way, L.E. (1993). Cost effectiveness of clozapine in neuroleptic-resistant schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 150,* 1630-1638.

Mendels, J. (1970). *Concepts of depression*. New York: Wiley.

Mendels, J., Stinnett, J.L., Burns, D., & Frazer, A. (1975). Amine precursors and depression. *Archives of General Psychiatry, 32, 22-30.*

Mendlewicz, J., & Rainer, J.D. (1977). Adoption study supporting genetic transmission in manic-depressive illness. *Nature, 268,* 327-329.

Merzenich, M.M., Jenkins, W.M., Johnson, P., Schreiner, C, Miller, S.L., & Tallal, P. (1996). Temporal processing deficits of language-learning impaired children

ameliorated by training. *Science, 271,* 77-81.

Meschino, W., & Lennox, A. (1994). Workshop report: Genetic testing programs for familial Alzheimer's disease. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders, 8,* 68 - 70.

Messer, S.B., Sass, L.A., & Woolfolk, R.L. (Eds.). Hermeneutics and psychological theory: Integrative perspectives on personality, psychotherapy and psychopathology. *New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.*

Metalsky, G.I., Halberstadt, L.J., & Abramson, L.Y. (1987). Vulnerability and invulnerability to depressive mood reactions: Toward a more powerful test of the diathesis-stress and causal mediation components of the reformulated theory of depression, *journal of Personality and Social Psychology, 52,* 386-393.

Meyer, J.J. (1988). Impotence: Assessment in the private-practice office. *Postgraduate Medicine, 84, 87-91.*

Meyer, J.J., & Reter, D.J. (1979). Sex reassignment follow-up. *Archives of General Psychiatry, 36,* 1010-1015.

Meyer, J.K. (1995). Paraphlias. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 1334-1347). Baltimore: Williams & Wilkins.

Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy, 4,* 273-280.

Meyer, V., & Chesser, E.S. (1970). *Behavior therapy in clinical psychiatry.* Baltimore: Penguin.

Meyer-Bahlburg, H. (1979). Sex hormones and female homosexuality: A critical examination. *Archives of Sexual Behavior, 8,* 101-119.

Meyerowitz, B.E., & Chaiken, S. (1987). The effect of message framing on breast self-examination attitudes, intentions, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 52,* 500- 510.

Mezzich, A.C., Moss, H., Tarter, R.E., Wolfenstein, M., et al. (1994). Gender differences in the pattern and progression of substance use in conduct disordered adolescents. *American Journal on Addiction, 3,* 289-295.

Michelson, L., Mavissakalian, M., & Marchione, K. (1985). Cognitive and behavioral treatments of agoraphobia: Clinical, behavioral, and psychophysiological treatments of agoraphobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53,* 913-925.

Michelson, L., Sugai, D.P., Wood, R.P., & Kazdin, A.E. (1983). Social skills assessment and training with children: An empirically based handbook. *New York: Plenum.*

Mikhliner, M., & Solomon, Z. (1988). Attributional style and post-traumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 97,* 308-313.

Miklich, D.R., Rewey, H.H., Weiss, J.H., & Kolton, S. (1973). A preliminary investigation of psychophysiological responses to stress among different subgroups of asthmatic children. *Journal of Psychosomatic Research, 17,* 1-8.

Miklowitz, D.J. (1985). *Family interaction and illness outcome in bipolar and schizophrenic patients.* Unpublished Ph.D. thesis, University of California at Los Angeles.

Miklulineen, M., & Solomon, Z. (1988). Attributional style and posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 97,* 308-313.

Miles, L.E., & Dement, W.C. (1980). Sleep and aging. *Sleep, 3,* 119-220.

Miller, H.R. (1981). Psychiatric morbidity in elderly surgical patients. *British Journal of Psychiatry, 128,* 17-20.

Miller, N.E. (1948). Studies of fear as an acquirable drive: I. Fear as motivation and fear-reduction as reinforcement in the learning of new responses. *Journal of Experimental Psychology, 38,* 89-101.

Miller, N.E. (1959). Liberalization of basic S-R concepts: Extensions to conflict behavior, motivation, and social learning. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science* (Vol. 2). New York: McGraw-Hill.

Miller, N.S. (1995). History and review of contemporary addiction treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly, 12,* 1-22.

Miller, S.B. (1994). Parasympathetic nervous system control of heart rate responses to stress in offspring of hypertensives. *Psychophysiology, 31,* 11-16.

Miller, S.M., Shoda, Y., & Hurley, K. (1996). Applying cognitive-social theory to health-protective behavior: Breast self-examination in cancer screening. *Psychological Bulletin, 119,* 70-94.

Miller, S.O. (1989). Optical differences in cases of multiple personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 177,* 480-487.

Miller, T.Q., Markides, K.S., Chiriboga, D.A., & Ray, L.A. (1995). A test of the psychosocial and health behavior models of hostility: Results from an 11-year follow-up of Mexican Americans. *Psychosomatic Medicine, 57,* 572-581.

Miller, W.R., & Rollnick, S.(Eds). (1991).

Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. *New York: Guilford.*

Miller, W.R., Zweben, A., DiClemente,

C.C., & Rychtarik, R.G. (1992). Motivational Enhancement Therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. *NIAA Project MATCH Monograph, Vol. 2,* DHHS Publication No. (ADM) 92-1894.

Millon, T. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond.* (2nd ed.). New York: Wiley.

Millsaps, C.L., Azrin, R.L., & Mittenberg, W. (1994). Neuropsychological effects of chronic cannabis use on the memory and intelligence of adolescents. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, 3,* 47-55.

Milton, F., & Hafner, J. (1979). The outcome of behavior therapy for agoraphobia in relation to marital adjustment. *Archives of General Psychiatry, 36,* 807-811.

Mineka, S. (1985). Animal models of anxiety-based disorders: Their usefulness and limitations. In A.H. Tuma & J.D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Mineka, S. (1992). Evolutionary memories, emotional processing, and the emotional disorders. In D. Medin (Ed.), *The psychology of learning and motivation* (Vol. 28). New York: Academic Press.

Mineka, S., Davidson, M., Cook, M., & Keir, R. (1984). Observational conditioning of snake fear in rhesus monkeys. *Journal of Abnormal Psychology, 93,* 355-372.

Mintz, E. (1967). Time-extended marathon groups. *Psychotherapy, 4,* 65-70.

Mintz, J. (1983). Integrating research evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51,* 71-75.

Mintz, M. (1991). Tobacco roads: Delivering death to the third world. *Progressive, 55,* 24 -29.

Mintz, R.S. (1968). Psychotherapy of the suicidal patient. In H.L.P. Resnik (Ed.), *Suicidal behaviors.* Boston: Little, Brown.

Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B.L., Lieberman, R., Milman, L., & Todd, T.C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Archives of General Psychiatry, 32,* 1031-1038.

Mirenda, P.L., Donnellan, A.M., & Yoder,

D.E. (1983). Gaze behavior: A new look at an old problem. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 13,* 397-409.

Mischel, W. (1968). *Personality and assessment.* New York: Wiley.

Mischel, W. (1977). On the future of personality assessment. *American Psychologist, 32,* 246-254.

Mishkind, M.E., Rodin, J., Silberstein, L.R., & Striegel-Moore, R.H. (1986). The embodiment of masculinity: Cultural, psychological, and behavioral dimensions. *American Behavioral Scientist, 29,* 545 -562.

Mitchell, J., McCauley, E., Burke, P.M., & Moss, S.J. (1988). Phenomenology of depression in children and adolescents.

Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27, 12-20.

Mitchell, J.E. (1992). Subtyping of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 11,* 327-332.

Mitchell, J.E., & Pyle, R.L. (1985). Characteristics of bulimia. In J.E. Mitchell (Ed.), *Anorexia nervosa and bulimia: Diagnosis and treatment*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Mittleman, M.A., Madure, M., Sherwood, J.B., Murly, R.P., Tofler, G.A., et al., (1997). Triggering of acute myocardial infarction onset by episodes of anger. *Circulation, 92,* 1720-1725.

Modestin, J. (1987). Quality of interpersonal relationships: The most characteristic DSM-III BPD characteristic. *Comprehensive Psychiatry, 28,* 397-402.

Modestin, J. (1992). Multiple personality disorder in Switzerland. *American Journal of Psychiatry, 149,* 88 - 92.

Moffatt, M.E.K., Kato, C., & Pless, I.B. (1987). Improvements in self-concept after treatment of nocturnal enuresis: Randomized controlled trial. *The Journal of Pediatrics, 110,* 647 - 652.

Moffitt, T.E. (1990). Juvenile delinquency and attention deficit disorder: Boys' developmental trajectories from age 13 to 15. *Child Development, 61,* 893-910.

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

Moffitt, T.E., Lynam, D., & Silva, P.A. (1994). Neuropsychological tests predict persistent male delinquency. *Criminology, 32,* 101-124.

Mohr, D.C., & Beutler, L.E. (1990). Erectile dysfunction: A review of diagnostic and treatment procedures. *Clinical Psychology Review, 10,* 123-150.

Mohr, D.C., & Beutler, L.E. (1990). Erectile dysfunction: A review of diagnostic and treatment procedures. *Clinical Psychology Review, 10,* 123-150.

Mohr, J.W., Turner, R.E., & Jerry, M.B. (1964). *Pedophilia and exhibitionism*. Toronto: University of Toronto Press.

Molgaard, C.A., Nakamura, C.M., Stanford, E.P., Peddecord, K.M., & Morton, D.J. (1990). Prevalence of alcohol consumption among older persons. *Journal of Community Health, 15,* 239-251.

Monahan, J. (1973). The psychiatrization of criminal behavior. *Hospital and Community Psychiatry, 24,* 105-107.

Monahan, J. (1976). The prevention of violence. In J. Monahan (Ed.), *Community mental health and the criminal justice system*. Elmsford, NY: Pergamon.

Monahan, J. (1978). Prediction research and the emergency commitment of dangerous mentally ill persons: A reconsideration. *American journal of Psychiatry, 135,* 198-201.

Monahan, J. (1984). The prediction of violent behavior: Toward a second generation of theory and policy. *American Journal of Psychiatry, 141,* 10-15.

Monahan, J. (1992). Mental disorder and violent behavior: Perceptions and evidence. *American Psychologist, 47,* 511-521.

Monahan, J. (1993). Limiting therapist exposure to *Tarasoff* liability: Guidelines for risk containment. *American Psychologist, 48,* 242-250.

Monahan, J., & Shah, S. (1989). Dangerousness and commitment of the mentally disordered in the United States. *Schizophrenia Bulletin, 15,* 541-553.

Monahan, J., & Steadman, H. (1994). Toward a rejuvenation of risk assessment research. In J. Monahan & H. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*. Chicago: University of Chicago Press.

Moniz, E. (1936). Tentatives operatoires dans le traitement de certaines psychoses. *Paris: Mason*.

Monroe, S.M., & Simons, A.D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin, 110,* 406 -425.

Moran, M. (1991). Psychological factors affecting pulmonary and rheumatological diseases: A review. *Psychosomatics, 32,* 14-23.

Moreau, D., Mufson, L., Weissman, M.M., & Klerman, G.L. (1992). Interpersonal psychotherapy for adolescent depression: Description of modification and preliminary application. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30,* 642-651.

Morenz, B., & Becker, J.V. (1995). The treatment of youthful sexual offenders. *Applied and Preventive Psychology, 4,* 247-256.

Morey, L.C. (1988). Personality disorders in DSM-III and DSM-IIIR: Convergence, coverage, and internal consistency. *American Journal of Psychiatry, 145,* 573-577.

Morgan, C.A., Grillon, C., Southwick, S.M., Davis, M., & Charney, D.S. (1996). Exaggerated acoustic startle reflex in Gulf War veterans with post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 153,* 64-68.

Morgan, K. (1992). Sleep, insomnia, and mental health. *Reviews in Clinical Gerontology, 2,* 246-253.

Morin, C.M., & Azrin, N.H. (1988). Behavioral and cognitive treatments of geriatric insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 748 - 753.

Morokoff, P., & Gilliland, R. (1993). Stress, sexual functioning, and marital satisfaction. *Journal of Sex Research, 30,* 43-53.

Morokoff, P.J. (1988). Sexuality in perimenopausal and postmenopausal women. *Psychology of Women Quarterly, 12,* 489-511.

Morris, A.A. (1968). Criminal insanity. *Washington Review, 43,* 583 -622.

Morris, N. (1966). Impediments to legal reform. *University of Chicago Law Review, 33,* 627-656.

Morris, N. (1968). Psychiatry and the dangerous criminal. *Southern California Law Review, 41,* 514-547.

Morse, R.M. (1988). Substance abuse among the elderly. *Bulletin of the Menninger Clinic, 52,* 259-268.

Morse, S.J. (1982a, June 23). In defense of the insanity defense. *Los Angeles Times*.

Morse, S.J. (1982b). Failed explanation and criminal responsibility: Experts and the unconscious. *Virginia Law Review, 678,* 971-1084.

Morse, S.J. (1982c). A preference for liberty: The case against involuntary commitment of the mentally disordered. *California Law Review, 70,* 54-106.

Morse, S.J. (1992). The "guilty mind": Mens rea. In D.K. Kagehiro & W.S. Laufer (Eds.), *Handbook of psychology and law* (pp. 207-229). New York: Springer-Verlag.

Morse, S.J. (1996). Blame and danger: An essay on preventive detention. *Boston University Law Review,* 76, 113-155.

Moscicki, E.K. (1995). Epidemiology of suicidal behavior. In M.M. Silverman & R.W. Maris (Eds.), *Suicide prevention: Toward the year 2000* (pp. 22-35). New York: Guilford.

Moser, C., & Levitt, E.E. (1987). An exploratory-descriptive study of a sadomasochistically oriented sample. *The Journal of Sex Research, 23,* 322-337.

Moser, P.W. (1989, January). Double vision: Why do we never match up to our mind's ideal? *Self Magazine,* pp. 51-52.

Moses, J.A. (1983). Luria-Nebraska Neuropsychological Battery performance of brain dysfunctional patients with positive or negative findings on current neurological examination. *International Journal of Neuroscience, 22,* 135-146.

Moses, J.A., & Schefft, B.K. (1984). Interrater reliability analyses of the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery. *The International Journal of Clinical Neuropsychology, 7,* 31-38.

Mosher, L.R., & Burti, L. (1989). *Community mental health: Principles and practice. New York: Norton*.

Mosher, L.R., Kresky-Wolff, M., Mathews, S., & Menn, A. (1986). Milieu therapy in the 1980s: A comparison of two residential alternatives to hospitalization. *Bul-*

letin of the Menninger Clinic, 50, 257-268.

Moss, H.B. (1990). Pharmacotherapy. In A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Handbook of comparative treatments for adult disorders* (pp. 506-520). New York: Wiley.

Mowrer, O.H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review, 46,* 553-565.

Mowrer, O.H. (1947). On the dual nature of learning—A reinterpretation of "conditioning" and "problem-solving." *Harvard Educational Review, 17,* 102-148.

Mowrer, O.H. (1950). *Learning theory and personality dynamics*. New York: Ronald Press.

Mowrer, O.H., & Mowrer, W.M. (1938). Enuresis: A method for its study and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry, 8,* 436-459.

Mrazek, P.J., & Haggerty, R.J. (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. *Washington, DC: National Academy Press*.

Mueser, K., Bellack, A.S., & Blanchard, J.J. (1992). Co-morbidity of schizophrenia and substance abuse: Implications for treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 845-856.

Mueser, K.T., & Liberman, R.P. (1995). Behavior therapy in practice. In B. Bongar & L.E. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (pp. 84-110). New York: Oxford University Press.

Mulligan, T., & Palguta, R.F. (1991). Sexual interest, activity, and satisfaction among male nursing home residents. *Archives of Sexual Behavior, 20,* 199-204.

Mulligan, T., Retchin, S.M., Chinchilli, V.M., & Bettinger, C.B. (1988). *Journal of the American Geriatrics Society, 36,* 520-524.

Mulvey, E.P. (1994). Assessing the evidence of a link between mental illness and violence. *Hospital and Community Psychiatry, 45,* 663-668.

Mumford, D.B., Whitehouse, A.M., & Choudry, I.Y. (1992). Survey of eating disorders in English-medium schools in Lahore, Pakistan. *International Journal of Eating Disorders, 11,* 173-184.

Munjack, D.J. (1984). The onset of driving phobias. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 15, *305-308*.

Murdoch, D., Pihl, R.O., & Ross, D. (1990). Alcohol and crimes of violence: Present issues. *International Journal of Addiction, 25,* 1059-1075.

Murphy, J. (1976). Psychiatric labeling in cross-cultural perspective. *Science, 191,* 1019-1028.

Murphy, J.K., Stoney, C.M., Alpert, B.S., & Walker, S.S. (1995). Gender and ethnicity in children's cardiovascular reactivity: 7 years of study. *Health Psychology, 14,* 48-55.

Muscettola, G., Potter, W.Z., Pickar, D., & Goodwin, F.K. (1984). Urinary 3-methoxy-4-hydroxyphenyl glycol and major affective disorders. *Archives of General Psychiatry, 41,* 337-342.

Muse, M. (1986). Stress-related, posttraumatic chronic pain syndrome: Behavioral treatment approach. *Pain, 25,* 389-394.

Musetti, L., Perugi, G., Soriani, A., Rossi, V.M., Cassano, G.B., & Akiskal, H.S. (1989). Depression before and after age 65: A re-examination. *British Journal of Psychiatry, 155,* 330-336.

Myers, J.K., Weissman, M.M., Tischler,

G.L., Holzer, C.E., Leaf, P.J., Orvaschel,

H.A., Anthony, J.C., Boyd, J.H., Burke, J.E., Kramer, M., & Stoltzman, R. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980-1982. *Archives of General Psychiatry, 41,* 959-967.

Nagy, Z., Esiri, M.M., Jobst, K.A., Morris, J.H., et al. (1995). Relative roles of senile plaques and tangles in the dementia of Alzheimer's disease: Correlations using three sets of neuropathological indicators. *Dementia, 6,* 21-31.

Nahas, G.G., & Manger, W.M. (1995). Marijuana as medicine: In reply. *Journal of the American Medical Association, 274,* 1837-1838.

National Cancer Institute. (1977). *The smoking digest: Progress report on a nation kicking the habit*. Washington, DC: U.S. Department of Health, Education and Welfare.

National Center for Child Abuse and Neglect. (1988). *Study of national incidence and prevalence of child abuse and neglect, 1988*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

National Center for Health Statistics (1989). *National nursing home survey* (DHHS Publication No. PHS 89-1758, Series 13, No. 97). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

National Center for Health Statistics. (1988). Advance report of final mortality statistics, 1986. *NCHS Monthly Vital Statistics Report, 37* (Suppl. 6).

National Center for Health Statistics. (1994). Advance report of final mortality statistics, 1991. *Monthly Vital Statistics Report, 42*.

National Institute on Drug Abuse. (1979). *National Survey on Drug Abuse*. Washington, DC: Author.

National Institute on Drug Abuse. (1982). *National Survey on Drug Abuse*. Washington, DC: Author.

National Institute on Drug Abuse. (1983a). *National Survey on Drug Abuse: Main Findings 1982* (DHHS Publication No. ADM 83-1263). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

National Institute on Drug Abuse. (1983b). Population projections, based on the National Survey on Drug Abuse, 1982. *Rockville, MD: Author*.

National Institute on Drug Abuse. (1988). *National household survey on drug abuse: Main findings 1985*. Washington, DC: Department of Health and Human Services.

National Institute on Drug Abuse. (1991). National Household Survey on Drug Abuse: Population Estimates, 1991. *Washington, DC*.

Nauss, D.W. (1996, March 9). Kevorkian found not guilty of aiding two suicides. *Los Angeles Times,* pp. Al, A15.

Nawas, M.M., Fishman, S.T., & Pucel, J.C. (1970). The standardized densensitization program applicable to group and individual treatment. *Behaviour Research and Therapy, 6,* 63-68.

Neale, J.M., & Liebert, R.M. (1986). *Science and behavior: An introduction to methods of research* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Neale, J.M., & Oltmanns, T. (1980). *Schizophrenia*. NY: Wiley.

Neisser, U. (1976). *Cognition and reality*. San Francisco: Freeman.

Neisser, U., & Harsch, N. (1991). Phantom flashbulbs: False recognitions of hearing the news about *Challenger*. In E. Winograd & U. Neisser (Eds.), *Affect and accuracy of recall: Studies of "flashbulb" memories*. New York: Cambridge University Press.

Nelson, R.E., & Craighead, W.E. (1977). Selective recall of positive and negative feedback, self-control behaviors, and depression. *Journal of Abnormal Psychology, 86,* 379-388.

Nelson, R.O., Lipinski, D.P., & Black, J.L. (1976). The reactivity of adult retardates' self-monitoring: A comparison among behaviors of different valences, and a comparison with token reinforcement. *Psychological Record, 26,* 189-201.

Nemeroff, C.F., Stein, R.I., Diehl, N.S., & Smilack, K.M. (1994). From the Cleavers to the Clintons: Role choices and body orientation as reflected in magazine article content. *International journal of Eating Disorders, 16,* 167-176.

Nemeroff, C.J., & Karoly, P. (1991). Operant methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (4th ed.) Elmsford, NY: Pergamon.

Nemetz, G.H., Craig, K.D., & Reith, G. (1978). Treatment of female sexual dysfunction through symbolic modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46,* 62 - 73.

Neron, S., Lacroix, D., & Chaput, Y. (1995). Group vs. individual cognitive behaviour therapy in panic disorder: An open

clinical trial with a six month follow-up. *Canadian Journal of Behavioural Science,* 27, 379-392.

Nestadt, G., Romanoski, A., Chahal, R., Merchant, A., et al. (1990). An epidemiological study of histrionic personality disorder. *Psychological Medicine, 20,* 413-422.

Nettelbeck, T. (1985). Inspection time and mild mental retardation. In N.R. Ellis & N.W. Bray (Eds.), *International review of research in mental retardation* (Vol. 13). New York: Academic Press.

Neugarten, B.L. (1977). Personality and aging. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 626-649). New York: Van Nostrand.

Neugebauer, R. (1979). Mediaeval and early modern theories of mental illness. *Archives of General Psychiatry, 36,* 477-484.

Neuringer, C. (1964). Rigid thinking in suicidal individuals. *Journal of Consulting Psychology, 28,* 54-58.

Newlin, D.B., & Thomson, J.B. (1990). Alcohol challenge with sons of alcoholics: A critical review and analysis. *Psychology Bulletin, 108,* 383-402.

Newman, J.P., Patterson, C.M., & Kosson, D.S. (1987). Response perseveration in psychopaths. *Journal of Abnormal Psychology, 96,* 145-149.

Nezu, A.M. (1986). Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,* 196-202.

Nezu, A.M., Nezu, C.M., D'Zurilla, T.J., & Rothenberg, J.L. (1996). Problem-solving therapy. In J.S. Kantor (Ed.), *Clinical depression during addiction recovery* (pp. 187-219). New York: Marcel Dekker.

Nezworski, M.T., & Wood, J.M. (1995). Narcissism in the Comprehensive System for the Rorschach. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2,* 179-199.

Nicholson, R.A., & Berman, J.S. (1983). Is' follow-up necessary in evaluating psychotherapy? *Psychological Bulletin, 93,* 261-278.

Nietzel, M.T., & Harris, M.J. (1990). Relationship of dependency and achievement/autonomy to depression. *Clinical Psychology Review, 10,* 279-297.

Nigg, J.T., & Goldsmith, H.H. (1994). Genetics of personality disorders: Perspectives from personality and psychopathology research. *Psychological Bulletin, 115,* 346-380.

Nihira, K., Foster, R., Shenhaas, M., & Leland, H. (1975). *AAMD-Adaptive Behavior Scale*. Washington, DC: American Association on Mental Deficiency.

Nisbett, R.E., & Wilson, T.D. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review, 84, 231-259*.

Nobler, M.S., Sackeim, H.A., Prohovnik, I., Moeller, J.R., Mukherjee, S., et al. (1994). Regional cerebral blood flow in mood disorders, 3. Treatment and clinical response. *Archives of General Psychiatry, 51,* 884-896.

Nocks, B.C., Learner, R.M., Blackman, D., & Brown, T.E. (1986). The effects of a community-based long term care project on nursing home utilization. *The Gerontologist, 26,* 150-157.

Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J.S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin, 115,* 424-443.

Norgaard, J.P. (1989a). Urodynamics in enuretics: 1. Reservoir function. *Neurourology and Urodynamics, 8,* 199-211.

Norgaard, J.P. (1989b). Urodynamics in enuretics: 2. A pressure/flow study. *Neurourology and Urodynamics, 8,* 213-217.

North, A.F. (1979). Health services in Head Start. In E. Zigler & J. Valentine (Eds.), *Project Head Start*. New York: Free Press.

Norton, J.P. (1982). Expressed emotion, affective style, voice tone and communication deviance as predictors of offspring schizophrenia spectrum disorders. *Unpublished doctoral dissertation, University of California at Los Angeles*.

Noshirvani, H.F., et al. (1991). Gender-divergent factors in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry, 158,* 260-263.

Nottelmann, E.D., & Jensen, P.S. (1995). Comorbidity of disorders in children and adolescents: Developmental perspectives. *Advances in Clinical Child Psychology, 17,* 109-155.

Nowlan, R., & Cohen, S. (1977). Tolerance to marijuana: Heart rate and subjective "high." *Clinical Pharmacology Therapeutics, 22,* 550-556.

Noyes, R., Reich, J., Christiansen, J., Suelzer, M., Pfohl, B., et al. (1990). Outcome of panic disorder: Relationship to diagnostic subtypes and comorbidity. *Archives of General Psychiatry, 47,* 809-818.

Noyes, R., Kathol, R.G., Fisher, M.M., Phillips, S.B., & Suezer, M.T. (1994). Psychiatric comorbidity among patients with hypochondriasis. *General Hospital Psychiatry, 16,* 78 - 87.

Noyes, R., Woodman, C., Garvey, M.J., Cook, B.C., Suezer, M., & et al. (1992). Generalized anxiety disorder versus panic disorder: Distinguishing characteristics and patterns of comorbidity. *Journal of Nervous and Mental Disease, 180,* 369-379.

Nunn, R.G., Newton, K.S., & Faucher, P. (1992). 2.5 year follow-up of weight and body mass index values in the weight control for life program. *Addictive Behaviors, 17,* 579 -585.

Nyth, A.L., Gottfries, C.G., Blennow, F., Brane, G., & Wallin, A. (1991). Heterogeneity in the course of Alzheimer's disease: A differentiation of subgroups. *Dementia, 2,* 18-24.

O'Conner, M.C. (1989). Aspects of differential performance by minorities on standardized tests: Linguistic and sociocultural factors. In B.R. Gifford (Ed.), *Test policy and test performance: Education, language, and culture* (pp. 129-181). Boston: Kluwer Academic Publishers.

O'Connor, D.W., Pollitt, P.A., Roth, M., Brook, P.B., & Reiss, B.B. (1990). Memory complaints and impairment in normal, depressed, and demented elderly persons identified in a community survey. *Archives of General Psychiatry, 47,* 224-227.

O'Connor, R.D. (1969). Modification of social withdrawal through symbolic modeling. *Journal of Applied Behavior Analysis, 2,* 15-22.

O'Donohue, W., & Plaud, J.J. (1994). The conditioning of human sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior, 23,* 321-344.

O'Donohue, W.T. (1987). The sexual behavior and problems of the elderly. In L.L. Carstensen & B.A. Edelstein (Eds.), *Handbook of clinical gerontology*. New York: Pergamon.

O'Leary, K.D., & Beach, S.R.H. (1990). Marital therapy: A viable treatment for depression and marital discord. *American Journal of Psychiatry, 147,* 183-186.

O'Leary, K.D., Pelham, W.E., Rosenbaum, ' A., & Price, G.H. (1976). Behavioral treatment of hyperkinetic children: An experimental evaluation of its usefulness. *Clinical Pediatrics, 15,* 510-515.

O'Leary, K.D., & Wilson, G.T. (1987). *Behavior therapy: Application and outcome*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

O'Malley, S.S., Jaffe, A.J., Chang, G., Rode, S., Schottenfeld, R., et al. (1996). Six month follow-up of naltrexone and psychotherapy for alcohol dependence. *Archives of General Psychiatry, 53,* 217-224.

O'Neal, J.M. (1984). First person account: Finding myself and loving it. *Schizophrenia Bulletin, 10,* 109-110.

O'Neil, P.M., & Jarrell, M.P. (1992). Psychological aspects of obesity and dieting. In T.A. Wadden & T.B. Vanltallie (Eds.), *Treatment of the seriously obese patient* (pp. 231-251). New York: Guilford.

Obrist, P.A., Gaebelein, C.J., Teller, E.S., Langer, A.W., Grignolo, A., Light, K.C., & McCubbin, J.A. (1978). The relationship among heart rate, carotid *dP/dt,* and blood pressure in humans as a

function of the type of stress. *Psychophysiology, 15,* 102-115.

Ochitil, H. (1982). Conversion disorder. In J.H. Greist, J.W. Jefferson, & R.L. Spitzer (Eds.), *Treatment of mental disorders*. New York: Oxford University Press.

Offord, D.R., Boyle, M.H., Szatmari, P., Rae-Grant, N.I., Links, P.S., Cadman,

D.T., Byles, J.A., Crawford, J.W., Blum, H.M., Byrne, C., Thomas, H., & Woodward, C.A. (1987). Ontario Child Health Study: 2. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry, 44,* 832-836.

Ogilvie, D.M., Stone, P.J., & Shneidman,

E.S. (1983). A computer analysis of suicide notes. In E.S. Shneidman, N. Farberow, & R. Litman (Eds.), *The psychology of suicide* (pp. 249-256). New York: Jason Aronson.

Ogloff, J.R., & Wong, S. (1990). Electrodermal and cardiovascular evidence of a coping response in psychopaths. *Criminal Justice and Behavior, 17,* 231-245.

Öhman, A., Erixon, G., & Loftberg, I. (1975). Phobias and preparedness: Phobic versus neutral pictures as conditional stimuli for human autonomic responses. *Journal of Abnormal Psychology, 84,* 41-45.

Öhman, A., & Soares, J.J.F. (1994). "Unconscious anxiety": Phobic responses to masked stimuli. *Journal of Abnormal Psychology, 103,* 231-240.

Olds, D.L. (1984). *Final report: Prenatal/ early infancy project*. Washington, DC: Maternal and Child Health Research, National Institute of Health.

Olivardia, R., Pope, H.G., Mangweth, B., & Hudson, J.I. (1995). Eating disorders in college men. *American Journal of Psychiatry, 152,* 1279-1284.

Oltmanns, T.F., Broderick, J.E., & O'Leary, K.D. (1976). *Marital adjustment and the efficacy of behavior therapy with children*. Paper presented at the Association for the Advancement of Behavior Therapy, New York.

Oltmanns, T.F., Neale, J.M., & Davison, G.C. (1995). *Case studies in abnormal psychology*. Fourth edition. New York: Wiley.

Organista, K.C., & Munoz, R.F. (1996). Cognitive behavioral therapy with Latinos. *Cognitive and Behavioral Practice,* 3, 255-270.

Orleans, C.T., Schoenbach, V.J., Wagner, E.H., Quade, D., Salmon, M.A., Pearson, D.C., Fiedler, J., Porter, C.Q., & Kaplan, B.H. (1991). Self-help quit smoking interventions: Effects of self-help materials, social support instructions, and telephone counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 439-448.

Orne, M.T., Dinges, D.F., & Orne, E.C. (1984). The differential diagnosis of multiple personality in the forensic court. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis,* 32, 118-169.

Ornitz, E. (1973). Childhood autism: A review of the clinical and experimental literature. *California Medicine, 118,* 21-47.

Ornitz, E.M. (1989). Autism at the interface between sensory and information processing. In G. Dawson (Ed.), *Autism: Nature, diagnosis, and treatment* (pp. 174-207). New York: Guilford.

Orr, S.P., Lasko, N.B., Shalev, A.Y., & Pitman, R.K. (1995). Physiological responses to loud tones in Vietnam veterans with post-traumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 75 - 82.

Orth-Gomer, K., & Unden, A.L. (1990). Type A behavior, social support, and coronary risk: Interaction and significance for mortality in cardiac patients. *Psychosomatic Medicine, 52,* 59 -72.

Ost, L-G. (1987a). Age of onset in different phobias. *Journal of Abnormal Psychology, 96,* 223 -229.

Ost, L-G. (1987b). Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy, 25,* 397-409.

Ost, L-G. (1992). Blood and injection phobia: Background and cognitive, physiological, and behavioral correlates. *Journal of Abnormal Psychology, 101,* 68- 74.

Ost, L-G., Fellenius, J., & Sterner, U. (1991). Applied tension, exposure in vivo, and tension-only in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy, 29,* 561-574.

Ouimette, P.C., Finney, J.W., & Moos, R.H. (1997). Twelve-step and cognitive-behavioral treatment for substance abuse: A comparison of treatment effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65,* 230-240.

Overholser, J.C., & Beck, S. (1986). Multimethod assessment of rapists, child molesters, and three control groups on behavioral and psychological measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,* 682-687.

Page, A.C. (1994). Blood-injection phobia. *Clinical Psychology Review, 14,* 443-461.

Pahkala, K. (1990). Social and environmental factors and atypical depression in old age. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 5,* 99-113.

Palmer, T. (1984). Treatment and the role of classification: Review of basics. *Crime and Delinquency, 30,* 245 -267.

Paris, J., Zweig, F.M., & Guzder, J. (1994). Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. *Comprehensive Psychiatry, 35,* 301-305.

Parker, K.C.H., Hanson, R.K., & Hunsley, J. (1988). MMPI, Rorschach, and WAIS: A meta-analytic comparison of reliability, stability, and validity. *Psychological Bulletin, 103,* 367-373.

Parker, S.R., Mellins, R.B., & Sogn, D.D. (1989). Asthma education: A national strategy. *American Journal of Respiratory Disease, 140,* 848- 853.

Parkes, C.M., & Brown, R.J. (1972). Health after bereavement: A controlled study of young Boston widowers. *Psychosomatic Medicine, 34,* 49-461.

Parkinson, L., & Rachman, S. (1981). Intrusive thoughts: The effects of an uncontrived stress. *Advances in Behavior Research and Therapy, 3,* 111-118.

Parks, C.V., Jr., & Hollon, S.D. (1988). Cognitive assessment. In A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Behavioral assessment* (3rd ed.). Elmsford, NY: Pergamon.

Parsons, O.A. (1975). Brain damage in alcoholics: Altered states of consciousness. In M.M. Gross (Ed.), *Alcohol intoxication and withdrawal*. New York: Plenum.

Patel, C, Marmot, M.G., Terry, D.J., Carruthers, M., Hunt, B., & Patel, M. (1985). Trial of relaxation in reducing coronary risk: Four year follow-up. *British Medical Journal, 290,* 1103-1106.

Pato, M.T., Zohar-Kadouch, R., Zohar, J., & Murphy, D.L. (1988). Return of symptoms after discontinuation of clomipramine and patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 145,* 1521-1525.

Patrick, C.J. (1994). Emotion and psychopathy: Some startling new insights. *Psychophysiology, 31,* 319-330.

Patrick, M., Hobson, R.P., Dastie, D., Howard, R., et al. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology, 6,* 375-388.

Patterson, C.M., & Newman, J.P. (1993). Reflectivity and learning from aversive events: Toward a psychological mechanism for the syndromes of disinhibition. *Psychological Review, 100,* 716 -736.

Patterson, G., & Chamberlain, P. (1992). A functional analysis of resistance (a neobehavioral perspective). In H. Arkowitz (Ed.), *Why people don't change: New perspectives in resistance and noncompliance*. New York: Guilford.

Patterson, G.R. (1974). A basis for identifying stimuli which control behaviors in natural settings. *Child Development, 45,* 900 -911.

Patterson, G.R., Crosby, L., & Vuchinich, S. (1992). Predicting risk for early police arrest. *Journal of Quantitative Criminology, 8,* 335-355.

Patterson, G.R., Ray, R.S., Shaw, D.A., & Cobb, J.A. (1969). *Manual for coding*

of family interactions. New York: ASIS/NAPS, Microfiche Publications.

Paul, G.L. (1966). *Insight vs. desensitization in psychotherapy*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Paul, G.L. (1969). Chronic mental patient: Current status-future directions. *Psychological Bulletin,* 73, 81-94.

Paul, G.L., & Lentz, R.J. (1977). Psychosocial treatment of chronic mental patients: Milieu versus social learning programs. *Cambridge, MA: Harvard University Press*.

Paul, G.L., & Menditto, A.A. (1992). Effectiveness of inpatient treatment programs for mentally ill adults in public psychiatric facilities. *Applied and Preventive Psychology: Current Scientific Perspectives, 1,* 41-63.

Paul, G.L., & Shannon, D.T. (1966). Treatment of anxiety through systematic desensitization in therapy groups. *Journal of Abnormal Psychology, 71,* 124-135.

Paul, G.L., Stuve, P., & Cross, J.V. (in press). Real-world inpatient programs: Shedding some light. *Applied and Preventive Psychology*.

Paul, G.L., Stuve, P., & Menditto, A.A. (in press). Social-learning program (with token economy) for adult psychiatric inpatients. *The Clinical Psychologist*.

Paul, R. (1987). *Communication*. In D.J. Cohen, A.M. Donnellan, & R. Paul (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 61-84). New York: Wiley.

Paykel, E.S., Brayne, L., Huppert, F.A., Gill, C., Barkley, L., et al. (1994). Incidence of dementia in a population older than 75 years in the United Kingdom. *Archives of General Psychiatry, 51,* 325-332.

Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J., & Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist, 30,* 583- 594.

Pearlson, G.D., & Rabins, P.V. (1988). The late-onset psychoses: Possible risk factors. *Psychiatric Clinics of North America, 11,* 15-32.

Pearlson, G.D., Wong, D.F., Tune, L.E., Ross, C.A., Chase, G.A., et al. (1995). In vivo D2 dopamine receptor density in psychotic and non-psychotic patients with bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry, 52,* 471 -477.

Pearson, C., & Gatz, M. (1982). Health and mental health in older adults: First steps in the study of a pedestrian complaint. *Rehabilitation Psychology, 27,* 37-50.

Pedro-Carroll, J.L., & Cowen, E.L. (1985). The children of divorce intervention program: An investigation of the efficacy of a school-based prevention program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53,* 603-611.

Pedro-Carroll, J.L., Cowen, E.L., Hightower, A.D., & Guare, J.C. (1986). Preventive intervention with latency-aged children of divorce: A replication study. *American Journal of Community Psychology, 14,* 277- 290.

Pelham, W.E., Carlson, C., Sams, S.E., Vallano, G., Dixon, M.J., & Hoza, B. (1993). Separate and combined effects of methylphenidate and behavior modification on boys with attention deficit/hyperactivity disorder in the classroom. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 506-515.

Pelham, W.E., McBurnett, K., Harper, G.W., Milich, R., Murphy, D.A., Clinton, J., & Thiele, C. (1990). Methylphenidate and baseball playing in ADHD children: Who's on first? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58,* 130-133.

Penn, D.L., & Mueser, K.T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 153,* 607-617.

Pennebaker, J., Kiecolt-Glaser, J.K., & Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 239 - 245.

Pennebaker, J.W. (1990). *Opening up: The healing power of confiding in others*. New York: William Morrow & Co.

Pennington, B.F. (1995). Genetics of learning disabilities. *Journal of Child Neurology, 10,* S69-S77.

Pentoney, P. (1966). Value change in psychotherapy. *Human Relations, 19,* 39-46.

Peplau, L.A., & Cochran, S.D. (1988). Value orientations in the intimate relationships of gay men. In J. De Cecco (Ed.), *Gay relationships* (pp. 195-216). New York: Harrington Park Press.

Perkins, D.D. (1995). Speaking truth to power: Empowerment ideology as social intervention and policy. *American Journal of Community Psychology, 23,* 765 - 794.

Perley, M.J., & Guze, S.B. (1962). Hysteria—The stability and usefulness of clinical criteria. *New England Journal of Medicine, 266,* 421-426.

Perls, F.S. (1947). *Ego, hunger, and aggression*. New York: Vintage.

Perls, F.S. (1969). Gestalt therapy verbatim.

Moab, UT: Real People Press.

Perls, F.S. (1970). Four lectures. In J. Fagan & I.L. Shepherd (Eds.), *Gestalt therapy now: Therapy, techniques, applications*. Palo Alto, CA: Science & Behavior Books.

Perls, F.S., Hefferline, R.F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. New York: Julian Press.

Perry, R., Campbell, M., Adams, P., Lynch, N., Spencer, E.K., Curren, E.L., & Overall, J.E. (1989). Long-term efficacy of haloperidol in autistic children: Continuous versus discontinuous administration. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28,* 87-92.

Persons, J. *(1989).* Cognitive therapy in practice: A case formulation approach. *New York: Norton*.

Persons, J.B., Thase, M.E., & Crits-Christoph, P. (1996). The role of psychotherapy in the treatment of depression: Review of two practice guidelines. *Archives of General Psychiatry, 53,* 283-290.

Peters, M. (1977). Hypertension and the nature of stress. *Science, 198,* 80.

Peterson, C., & Seligman, M.E.P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review, 91,* 347- 374.

Peterson, D. (1995). The reflective educator. *American Psychologist, 50,* 975-984.

Pfeiffer, E. (1977). Psychopathology and social pathology. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of psychology and aging*. New York: Van Nostrand- Reinhold.

Pfeiffer, E., Verwoerdt, A., & Wang, H.H. (1969). The natural history of sexual behavior in a biologically advantaged group of aged individuals. *Journal of Gerontology, 24,* 193-198.

Pfeiffer, E., Verwoerdt, A., & Wang, H.S. (1968). Sexual behavior in aged men and women: 1. Observations on 254 community volunteers. *Archives of General Psychiatry, 19,* 753- 758.

Phares, E.J., & Trull, T.J. (1997). *Clinical psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Phelps, L., Wallace, D., & Waigant, A. (1989, August). *Impact of sexual assault: Post assault behavior and health status*. Paper presented at the annual convention of the American Psychological Association, New Orleans. As cited in Calhoun & Atkeson (1991).

Phillips, D.P. (1974). The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review, 39,* 340-354.

Phillips, D.P. (1977). Motor vehicle fatalities increase just after publicized suicide stories. *Science, 196,* 1464-1465.

Phillips, D.P. (1985). The found experiment: A new technique for assessing impact of mass media violence on real-world aggressive behavior. In G. Comstock (Ed.), *Public communication and be-*

havior (Vol. 1). New York: Academic Press.

Phillips, K.A., McElroy, S.L., Keck, P.E., Pope, H.G., & Hudson, J.L. (1993). Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry, 150,* 302-308.

Phillips, L. (1953). Case history data and prognosis in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease, 117,* 515-525.

Pigott, T.A., Pato, M.T., Bernstein, S.E., Grover, G.N., Hill, J.L., et al. (1990). Controlled comparison of clomipramine and fluoxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry, 47,* 926-932.

Pilowsky, I. (1970). Primary and secondary hypochondriasis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 46,* 273-285.

Pinel, P. (1962). *A treatise on insanity, 1801.* English (D.D. Davis, Trans.). New York: Hafner.

Pinkston, E., & Linsk, N. (1984). Behavioral family intervention with the impaired elderly. *The Gerontologist, 24,* 576-583.

Piper, W.E., Azim, F.A., Joyce, S.A., McCallum, M., Nixon, G., & Segal, P.S. (1991). Quality of object relations vs. interpersonal functioning as predictors of alliance and outcome. *Archives of General Psychiatry, 48,* 946-953.

Piran, N., Kennedy, S., Garfinkel, P.E., & Owens, M. (1985). Affective disturbance in eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease, 173,* 395 -400.

Pirsig, R.M. (1974). Zen and the art of motorcycle maintenance: An inquiry into values. *New York: Morrow.*

Pitman, R.K., Orr, S.P., Forgue, D.F., Altman, B., deJong, J.B., et al. (1990). Psychophysiologic responses to combat imagery of Vietnam veterans with post-traumatic stress disorder vs. other anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 99,* 49-54.

Piven, J., Arndt, S., Bailey, J., Havercamp, S., Andreasen, N.C., & Palmer, P. (1995). An MRI study of brain size in autism. *American Journal of Psychiatry, 152,* 1145-1149.

Pliner, P., & Haddock, G. (1996). Perfectionism in weight-concerned and unconcerned women: An experimental approach. *International Journal of Eating Disorders, 19,* 381-389.

Plotkin, D.A., Mintz, J., & Jarvik, L.F. (1985). Subjective memory complaints in geriatric depression. *American Journal of Psychiatry, 142,* 1103-1105.

Pokorny, A.D. (1968). Myths about suicide. In H.L.P. Resnik (Ed.), *Suicidal behaviors.* Boston: Little, Brown.

Polich, J.M., Armor, D.J., & Braiker, H.B. (1980). Patterns of alcoholism over four years. *Journal of Studies on Alcohol, 41,* 397-415.

Polivy, J. (1976). Perception of calories and regulation of intake in restrained and unrestrained eaters. *Addictive Behaviors,* 1, 237-244.

Polivy, J., & Herman, C.P. (1985). Dieting and binging: A causal analysis. *American Psychologist, 40,* 193-201.

Polivy, J., Heatherton, T.F., & Herman, C.P. (1988). Self-esteem, restraint and eating behavior. *Journal of Abnormal Psychology, 97,* 354-356.

Polivy, J., Herman, C.P., & Howard, K. (1980). The Restraint Scale. In A. Stunkard (Ed.), *Obesity.* Philadelphia: Saunders.

Polivy, J., Herman, C.P., & McFarlane, T. (1994). Effects of anxiety on eating: Does palatability moderate distress-induced overeating in dieters? *Journal of Abnormal Psychology, 103,* 505-510.

Pollak, M.H. (1994). Heart rate reactivity to laboratory tests and in two daily life settings. *Psychosomatic Medicine, 56,* 271-276.

Pollak, R. (1997). *The creation of Dr. B.* New York: Simon & Schuster.

Pollard, C.A., Pollard, H.J., & Corn, K.J. (1989). Panic onset and major events in the lives of agoraphobics: A test of contiguity. *Journal of Abnormal Psychology, 98,* 318-321.

Polusny, M.A., & Follette, V.M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied and Preventive Psychology, 4,* 143-166.

Ponce, F., & Atkinson, D. (1989). Mexican-Americans and acculturation, counselor ethnicity, counseling style, and perceived counselor credibility. *Journal of Counseling Psychology, 36,* 203-208.

Pope, K.S. (1995). What psychologists better know about recovered memories, research, lawsuits, and the pivotal experiment: A review of "The Myth of Repressed Memory: False Memories and Allegations of Sexual Abuse, " by Elizabeth Loftus and Katherine Ketcham. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2,* 304-315.

Posner, M.I. (1992). Attention as a cognitive and neural system. *Current Directions in Psychological Science, 1,* 11-14.

Post, F. (1978). The functional psychosis. In A.D. Isaacs & F. Post (Eds.), *Studies in geriatric psychiatry.* Chichester, England: Wiley.

Post, F. (1980). Paranoid, schizophrenia-like and schizophrenic states in the aged. In J.E. Birren & R.B. Sloane (Eds.), *Handbook of mental health and aging.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Post, F. (1987). Paranoid and schizophrenic disorders among the aging. In L.L. Carstensen & B.A. Edelstein (Eds.), *Handbook of clinical gerontology.* New York: Pergamon.

Post, S.G. (1994). Genetics, ethics, and Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society, 42,* 782 - 786.

Poster, D.S., Penta, J.S., Bruno, S., & Macdonald, J.S. (1981). Delta 9-tetrahydrocannabinol in clinical oncology. *Journal of the American Medical Association, 245,* 2047-2051.

Potashnik, S., & Pruchno, R. (1988, November). *Spouse caregivers: Physical and mental health in perspective.* Paper presented at the meeting of the Gerontological Society of America, San Francisco.

Powell, L.H., Friedman, M., Thoresen,

C.E., Gill, J.J., & Ulmer, D.K. (1984). Can the type A behavior pattern be altered after myocardial infarction? A second year report from the Recurrent Coronary Prevention Project. *Psychosomatic Medicine, 46,* 293-313.

Praderas, K., & MacDonald, M.L. (1986). Telephone conversational skills training with socially isolated impaired nursing home residents. *Journal of Applied Behavior Analysis, 19,* 337-348.

Premack, D. (1959). Toward empirical behavior laws: 1. Positive reinforcement. *Psychological Review, 66,* 219-233.

Pressman, B., & Sheps, A. (1994). Treating wife abuse: An integrated model. *International Journal of Group Psychotherapy, 44,* 477-498.

Price, L.H., Charney, D.S., Rubin, A.L., & Heninger, G.R. (1986). Alpha-2 adrenergic receptor function in depression. *Archives of General Psychiatry, 43,* 849-860.

Price, R.A., Cadoret, R.J., Stunkard, A.J., & Troughton, E. (1987). Genetic contributions to human fatness: An adoption study. *American Journal of Psychiatry, 144,* 1003-1008.

Price, V.A. (1982). Type A behavior pattern: A model for research and practice.. *New York: Academic Press.*

Prien, R.F., & Potter, W.Z. (1993). Maintenance treatment for mood disorders. In

D.L. Dunner (Ed.), *Current psychiatric therapy.* Philadelphia: Saunders.

Prieto, S.L., Cole D.A., & Tageson, C.W. (1992). Depressive self-schemas in clinic and nonclinic children. *Cognitive Therapy and Research, 16,* 521-534.

Prinz, P., & Raskind, M. (1978). Aging and sleep disorders. In R. Williams & R. *Karacan (Eds.),* Sleep disorders: Diagnosis and treatment. *New York: Wiley.*

Prioleau, L., Murdock, M., & Brody, N. (1983). An analysis of psychotherapy

versus placebo studies. *The Behavioral and Brain Sciences,* 6, 275-310.

Prochaska, J.O. (1984). *Systems of psychotherapy* (2nd ed.). Homewood, IL: Dorsey Press.

Project Match Research Group. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol, 58,* 7-29.

Pryor, T., Wiederman, M.W., & McGilley, B, (1996). Clinical correlates of anorexia subtypes. *International Journal of Eating Disorders, 19,* 371-379.

Pu, T., Mohamed, E., Imam, K, & El-Roey, A.M. (1986). One hundred cases of hysteria in eastern Libya. *British Journal of Psychiatry, 148,* 606-609.

Puig-Antich, J., Goetz, D., Davies, M., Kaplan, T., Davies, S., Ostrow, L., Asnis, L., Twomey, J., Iyengar, S., & Ryan, N.D. (1989). A controlled family history study of prepubertal major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry, 46,* 406-418.

Puig-Antich, J., Kaufman, J., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Dahi, R.E., Lukens, E., Todak, G., Ambrosini, P., Rabinovich, H., & Nelson, B. (1993). The psychosocial functioning and family environment of depressed adolescents. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32,* 244-253.

Puig-Antich, J., Lukens, E., Davies, M., Goetz, D., Brennan-Quattrock,]., & Todak, G. (1985). Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders: 1. Interpersonal relationships during the depressive period. *Archives of General Psychiatry, 42,* 500-507.

Puig-Antich, J., Perel, J.M., Lupatkin, W., Chambers, W.J., Tabrizi, M.A., King,]., Goetz, R., Davies, M., & Stiller, R.L. (1987). Imipramine in prepubertal major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry, 44,* 81-89.

Purcell, K., & Weiss, J.H. (1970). Asthma. In C.G. Costello (Ed.), *Symptoms of psychopathology: A handbook*. New York: Wiley.

Purdie, F.R., Honigman, T.B., & Rosen, P. (1981). Acute organic brain syndrome: A view of 100 cases. *Annals of Emergency Medicine,* 20, 455-461.

Putnam, F.W., Guroff, J.J., Silberman, E.K., Barban, L., & Post, R.M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 recent cases. *Journal of Clinical Psychiatry, 47,* 285-293.

Putnam, F.W., Post, R.M., & Guroff, J J, (1983). *100 cases of multiple personality disorder*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychiatric Association, New York.

Putnam, F.W., Zahn, T.P., & Post, R.M. (1990). Differential autonomic nervous system activity in multiple personality disorder. *Psychiatry Research, 31,* 251-260.

Quay, H.C. (1979). Classification. In H.C. Quay & J.S. Werry (Eds.), *Psychopathological disorders of childhood* (2nd ed.). New York: Wiley.

Quay, H.C., & Parskeuopoulos, I.N. (1972, August). *Dimensions of problem behavior in elementary school children in Greece, Iran, and Finland*. Paper presented at the 20th International Congress of Psychology, Tokyo.

Rabavilas, A., & Boulougouris, J. (1974). Physiological accompaniments of ruminations, flooding and thought-stopping in obsessional patients. *Behaviour Research and Therapy, 12,* 239-244.

Rabins, P.V., & Folstein, M.F. (1982). Delirium and dementia: Diagnostic criteria and fatality rates. *British Journal of Psychiatry, 140,* 149-153.

Rabkin, J.G. (1974). Public attitudes toward mental illness: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin,* 9-33.

Raboch, J., & Faltus, F. (1991). Sexuality of women with anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 84,* 9-11.

Rachman, S.J. (1966). Sexual fetishism: An experimental analogue. *Psychological Record, 16,* 293-296.

Rachman, S. & deSilva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy, 16,* 233-248.

Rachman, S.J., & Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Rachman, S.J., & Wilson, G.T. (1980). *The effects of psychological therapy* (2nd ed.). Elmsford, NY: Pergamon.

Rahe, R.H., & Lind, E. (1971). Psychosocial factors and sudden cardiac death: A pilot study. *Journal of Psychosomatic Research, 15,* 19-24.

Raj, B.A., Corvea, M.H., & Dagon, E.M. (1993). The clinical characteristics of panic disorder in the elderly: A retrospective study. *Journal of Clinical Psychiatry, 54,* 150-155.

Ramsey, J.M., Andreason, P., Zametkin, A.J., Aquino, T., King, A.C., Hamburger, S.D., Pikus, A., Rapoport, J.L., & Cohen, R.M. (1992). Failure to activate the left tempoparietal cortex in dyslexia: An oxygen 15 positron emission tomographic study. *Archives of Neurology, 49,* 527-534.

Ramsey, J.M., Zametkin, A.J., Andreason, P., Hanahan, A.P., Hamburger, S.D., Aquino, T., King, A.C., Pikus, A., & Cohen, R.M. (1994). Normal activation of frontotemporal language cortex in dyslexia, as measured with oxygen 15 positron emission tomography. *Archives of Neurology, 51,* 27-38.

Rapaport, D. (1951). *The organization and pathology of thought*. New York: Columbia University Press.

Rapp, S.R., Parisi, S.A., & Walsh, D.A. (1988). Psychological dysfunction and physical health among elderly medical inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 851-855.

Rapp, S.R., Parisi, S.A., Walsh, D.A., & Wallace, C.E. (1988). Detecting depression in elderly medical impatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 509-513.

Rappaport, J. (1977). *Community psychology: Values, research, and action*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Rappaport, J., & Chinsky, J.M. (1974). Models for delivery of service from a historical and conceptual perspective. *Professional Psychology, 5,* 42-50.

Raskin, F., & Rae, D.S. (1981). Psychiatric symptoms in the elderly. *Psychopharmacology Bulletin, 17,* 96-99.

Raskind, M.A., Carta, A., & Bravi, D. (1995). Is early-onset Alzheimer disease a distinct subgroup within the Alzheimer disease population? *Alzheimer Disease and Associated Disorders, 9,* S2-S6.

Rasmussen, D.X., Brandt, J., Martin, D.B., & Folstein, M.F. (1995). Head injury as a risk factor in Alzheimer's disease. *Brain Injury, 9,* 213-219.

Rather, B.C., Goldman, M.S., Roehrich, L., & Brannick, M. (1992). Empirical modeling of an alcohol expectancy memory network using multidimensional scaling. *Journal of Abnormal Psychology, 101,* 174-183.

Rauch, S.L., & Jenike, M.A. (1993). Neurobiological models of obsessive-compulsive disorder. *Psychosomatics, 34,* 20-30.

Rauch, S.L., Jenike, M.A., Alpert, N.M., Baer, L., Breiter, H.C.R., et al. (1994). Regional cerebral blood flow measured during symptom provocation in obsessive-compulsive disorder using oxygen-15 labeled carbon dioxide and positron emission tomography. *Archives of General Psychiatry, 51,* 62-70.

Red Horse, Y. (1982). A cultural network model: Perspectives for adolescent services and paraprofessional training. In S. Manson (Ed.), *New directions in prevention among American Indians and Alaskan Native communities*. Portland: Oregon Health Sciences University.

Redmond, D.E. (1977). Alterations in the function of the nucleus locus coeruleus. In I. Hanin & E. Usdin (Eds.), *Animal models in psychiatry and neurology*. New York: Pergamon.

Reed, S.D., Katkin, E.S., & Goldband, S. (1986). Biofeedback and behavioral medicine. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A*

textbook of methods (3rd ed.). Elmsford, NY: Pergamon.

Rees, L. (1964). The importance of psychological, allergic and infective factors in childhood asthma, *journal of Psychosomatic Research,* 7, 253-262.

Regier, D.A., Boyd, J.H., Burke, J.D., Jr., Rae, D.S., Myers, J.K., Kramer, M., Robins, L.N., George, L.K., Karno, M., & Locke, B.Z. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry, 45,* 977-1986.

Reich, J. (1990). Comparison of males and females with DSM-III dependent personality disorder. *Psychiatry Research, 33,* 207- 214.

Reifler, B.V. (1994). Depression: Diagnosis and comorbidity. In L.S. Schneider, C.F. Reynolds, III, B.D. Lebowitz, & A.J. Friedhoff (Eds.), *Diagnosis and treatment of depression in late life* (pp. 55-59). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Reifler, B.V., Larson, E., & Hartley, R. (1982). Coexistence of cognitive impairment and depression in geriatric outpatients. *American journal of Psychiatry, 139,* 623-626.

Reiss, D., Heatherington, E.M., Plomin, R., Howe, G.W., Simmens, S.J., et al. (1995). Genetic questions for environmental studies: Differential parenting and psychopathology in adolescence. *Archives of General Psychiatry, 52,* 925-936.

Reiss, I.L., & Leik, R.K. (1989). Evaluating strategies to avoid AIDS: Number of partners vs. use of condoms. *The Journal of Sex Research, 26,* 411-433.

Rekers, G.A., & Lovaas, O.I. (1974). Behavioral treatment of deviant sex role behaviors in a male child, *journal of Applied Behavioral Analysis, 7,* 173-190.

Renshaw, D.C. (1988). Profile of 2376 patients treated at Loyola Sex Clinic between 1972 and 1987. *Sexual and Marital Therapy, 3,* 111-117.

Renvoize, E.B., & Beveridge, A.W. (1989). Mental illness and the late Victorians: A study of patients admitted to three asylums in York, 1880-1884. *Psychological Medicine, 19,* 19-28.

Reppucci, N.D., & Haugaard, J.J. (1989). Prevention of child sexual abuse: Myth or reality. *American Psychologist, 44,* 1266-1275.

Reppucci, N.D., Jones, L.M., & Cook, S.L. (1994). Involving parents in child sexual abuse prevention programs. *Journal of Child and Family Studies, 3,* 137-142.

Rescorla, R.A. (1988). Pavlovian conditioning: It's not what you think it is. *American Psychologist, 43,* 151-160.

Resick, P.A. (1992). Cognitive treatment of crime-related post-traumatic stress disorder. In R. Peters, R. McMahon, & V. Quinsey (Eds.), *Aggression and violence throughout the life span*. (pp. 171-191). Newbury Park, CA: Sage.

Resick, P.A. (1993). The psychological impact of rape. *Journal of Interpersonal Violence, 8,* 223-255.

Resick, P.A., & Schnicke, M.K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 748 - 756. .

Resick, P.A., Veronen, L.J., Calhoun, K.S., Kilpatrick, D.G., & Atkeson, B.M. (1986). Assessment of fear reactions in sexual assault victims: A factor-analytic study of the Veronen-Kilpatrick Modified Fear Survey. *Behavioral Assessment, 8,* 271-283.

Reynolds, C.R., Chastain, R.L., Kaufman, A.S., & McLean, J.E. (1997). Demographic characteristics and IQ among adults: Analysis of the WAIS-R standardization sample as a function of the stratification variables. *Journal of School Psychology, 25,* 323-342.

Riccardi, N., & Leeds, J. (1997, February 24). Megan's law calling up old, minor offenses. *Los Angeles Times,* pp. Al, A16.

Richardson, J.L., Dwyer, K.M., McGuigan, K., Hansen, W.B., Dent, C.W., Johnson, C.A., Sussman, S.Y., Brannon, B., & Flay, B. (1989). Substance use among eighth grade students who take care of themselves after school. *Pediatrics, 84,* 556-566.

Richman, D.D. (1996). HIV therapeutics. *Science, 272,* 1886-1888.
Ricks, D.M. (1972). *The beginning of vocal communication in infants and autistic children*. Unpublished doctoral dissertation, University of London.

Ridley, C.R. (1984). Clinical treatment of the nondisclosing black client. *American Psychologist, 39,* 1234-1244.

Rieder, R.O., Mann, L.S., Weinberger, D.R., van Kammen, D.P., & Post, R.M. (1983). Computer tomographic scans in patients with schizophrenia, schizoaffective, and bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry, 40,* 735 - 739.

Riesmann, F. (1990). Restructuring help: A human services paradigm for the 1990s. *American Journal of Community Psychology, 18, 221-231.*

Riggs, D. et al. (1991). Post-traumatic stress disorder following rape and nonsexual assault: A predictive model. Unpublished manuscript.
Rimland, B. (1964). *Infantile autism*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Ringwalt, C., Ennett, S.T., & Holt, K.D. (1991). An outcome evaluation of Project DARE (Drug Abuse Resistance Education). *Health Education Research, 6,* 327-337.

Ritter, B. (1968). The group treatment of children's snake phobias, using vicarious and contact desensitization procedures. *Behaviour Research and Therapy, 6,* 1-6.

Rittig, S., Knudsen, U.B., Norgaard, J.P., Pedersen, E.B., & Djurhuus, J.C. (1989). Abnormal diurnal rhythm of plasma vasopressin and urinary output in patients with enuresis. *American Journal of Physiology, 256,* 664-671.

Ritvo, E.R., Freeman, B.J., Geller, E., & Yuwiler, A. (1983). Effects of fenfluramine on 14 outpatients with the syndrome of autism. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 22,* 549-558.

Roan, S. *(1992,* October 15). Giving up coffee tied to withdrawal symptoms. *Los Angeles Times,* p. A26.

Roberts, M.C., Wurtele, S.K., Boone, R.R., Ginther, L.J., & Elkins, P.D. (1981). Reduction of medical fears by use of modeling: A preventive application in a general population of children. *Journal of Pediatric Psychology, 6,* 293-300.

Robins, L.N. (1966). *Deviant children grown up*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Robins, L.N. (1978). Sturdy childhood predictors of adult antisocial behavior: Replications from longitudinal studies. *Psychological Medicine, 8,* 611-622.

Robins, L.N., Helzer, J.E., Przybec, T.R., & Regier, D.A. (1988). Alcohol disorders in the community: A report from the Epidemiologic Catchment Area. In R.M. Rose & J.E. Barrett (Eds.), *Alcoholism: Origins and outcome*. NY: Raven.

Robins, L.N., Helzer, J.E., Weissman, M.M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J.D., & Reiger, D.A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry, 41,* 942-949.

Robinson, N.M., & Robinson, H.B. (1976). *The mentally retarded child* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.

Robinson, N.S., Garber, J., & Hillsman, R. (1995). Cognitions and stress: Direct and moderating effects on depression versus externalizing symptoms during the junior high school transition. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 453-463.

Rodin, J. (1980). Managing the stress of aging: The control of control and coping. In H. Ursin & S. Levine (Eds.), *Coping and health*. New York: Academic Press.

Rodin, J. (1983). Behavioral medicine: Beneficial effects of self-control training in aging. *International Review of Applied Psychology, 32,* 153-181.

Rodin, J. (1986). Aging and health: Effects of the sense of control. *Science, 233,* 1271-1276.

Rodin, J., & Ickovics, J.R. (1990). Women's health: Review and research agenda as we approach the 21st century. *American Psychologist, 45,* 1018-1034.

Rodin, J., & Langer, E.J. (1977). Long-term effects of a control-relevant intervention

with the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology,* 35, 897-902.

Rodin, J., McAvay, G., & Timko, C. (1988). A longitudinal study of depressed mood and sleep disturbances in elderly adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 43,* 45-53.

Roesch, R., & Golding, S.L. (1980). *Competency to stand trial*. Urbana: University of Illinois Press.

Rogers, C.R. (1942). Counseling and psychotherapy: New concepts in practice. *Boston: Houghton Mifflin.*

Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C.R. (1961). On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. *Boston: Houghton Mifflin.*

Rogers, C.R. (1970). *Carl Rogers on encounter groups*. New York: Harper & Row.

Rogers, J.H., Widiger, T.A., & Krupp, A. (1995). Aspects of depression associated with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 152,* 288-290.

Rogler, L.H., & Hollingshead, A.B. (1985). *Trapped: Families and schizophrenia* (3rd ed.). Maplewood, NJ: Waterfront Press.

Rohde, P., Lewinsohn, P.M., & Seeley, J.R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: 2. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology, 54,* 653-660.

Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: Free Press.

Rokeach, M. (1979). Some unresolved issues in theories of beliefs, attitudes, and values. *Proceedings of the Nebraska Symposium on Motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press.

Romanczyk, R.G., Diament, C., Goren, E.R., Trundeff, G., & Harris, S.L. (1975). Increasing isolate and social play in severely disturbed children: Intervention and postintervention effectiveness. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 43,* 730- 739.

Romero, D. (1992, March 7). Two drugs crash the party scene. *Los Angeles Times,* pp. Al, A22-23.

Ronningstam, E., & Gunderson, J.G. (1990). Identifying criteria for narcissistic personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 147,* 918-922.

Root, M.P. (1990). Disordered eating in women of color. *Sex Roles, 22,* 525-536.

Rooth, F.G. (1973). Exhibitionism, sexual violence, and pedophilia. *British Journal of Psychiatry, 122,* 705-710.

Rorsman, B., Hagnell, O., & Lanke, J. (1986). Prevalence and incidence of senile and multi-infarct dementia in the Lundby Study: A comparison between time periods 1947-1957 and 1957-1972. *Neuropsychobiology, 15,* 122-129.

Rorty, M., Yager, J., & Rossotto, E. (1994). Childhood sexual, physical, and psychological abuse in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 151,* 1122-1126.

Rose, D.T., Abramson, L.Y., Hodulik, C.J., Halberstadt, L., & Gaye, L. (1994). Heterogeneity of cognitive style among depressed inpatients. *Journal of Abnormal Psychology, 103,* 419 -429.

Rose, J. (1996). Anger management: A group treatment program for people with mental retardation. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 8,* 133-149.

Rose, S.D. (1986). Group methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (3rd ed.). Elmsford, NY: Pergamon.

Rosen, E., Fox, R., & Gregory, I. (1972). *Abnormal psychology* (2nd ed.). Philadelphia: Saunders.

Rosen, R.C. (1991). Alcohol and drug effects on sexual response: Human experimental and clinical studies. *Annual Review of Sex Research, 2,* 119-180.

Rosen, R.C., & Beck, J.G. (1988). Patterns of sexual arousal: Psychophysiological processes and clinical applications. *New York: Guilford.*

Rosen, R.C., & Hall, E. (1984). *Sexuality*. New York: Random House.

Rosen, R.C., & Leiblum, S.R. (1995). Treatment of sexual disorders in the 1990s: An integrated approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63,* 877-890.

Rosen, R.C., & Rosen, L. (1981). *Human sexuality*. .New York: Knopf.

Rosen, R.C., Leiblum, S.R., & Spector, I. (1994). Psychologically based treatment for male erectile disorder: A cognitive-interpersonal model. *Journal of Sex and Marital Therapy, 20,* 67-85.

Rosenbaum, M. (1980). The role of the term schizophrenia in the decline of diagnoses of multiple personality. *Archives of General Psychiatry, 37,* 1383-1385.

Rosenberg, M.S., & Reppucci, N.D. (1985). Primary prevention of child abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53,* 576-585.

Rosenfarb, I.S., . Goldstein, M.J., Mintz, J., & Neuchterlein, K.H. (1994). Expressed emotion and subclinical psychopathology observable within transactions between schizophrenics and their family members. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 259-267.

Rosenman, R.H., Brand, R.J., Jenkins, C.D., Friedman, M., Straus, R., & Wurm, M. (1975). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 8 years. *Journal of the American Medical Association, 233,* 872-877.

Rosenman, R.H., Friedman, M., Straus, R., Wurm, M., Kositichek, R., Hahn, W., & Werthessen, N.T. (1964). A predictive study of coronary heart disease. *Journal of the American Medical Association, 189,* 103-110.

Rosenthal, D. (1955). Changes in some moral values following psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 19,* 431-436.

Rosenthal, D. (1970). *Genetic theory and abnormal behavior*. New York: McGraw-Hill.

Rosenthal, N.E., Carpenter, C.J., James, S.P., Parry, B.L., Rogers, S.L.B., & Wehr, T.A. (1986). Seasonal affective disorder in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry, 143,* 356 -358.

Rosenthal, R. (1966). *Experimenter bias in behavioral research*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Rosenthal, R. (1995). Critiquing Pygmalion: A 25 year perspective. *Current Directions in Psychological Science, 4,* 171-172.

Rosenthal, T.L., & Bandura, A. (1978). Psychological modeling: Theory and practice. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2nd ed.). New York: Wiley.

Rosenzweig, R., & Fillit, H. (1992). Probable heterosexual transmission of AIDS in an aged woman. *Journal of the American Geriatric Society, 40,* 1261-1264.

Rosman, B.L., Minuchin, S., & Liebman, R. (1975). Family lunch session: An introduction to family therapy in anorexia nervosa. *American Journal of Orthopsychiatry, 45,* 846 -852.

Rosman, B.L., Minuchin, S., & Liebman, R. (1976). Input and outcome of family therapy of anorexia nervosa. In J.L. Claghorn (Ed.), *Successful psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

Ross, C.A. (1989). Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment. *New York: Wiley.*

Ross, C.A. (1991). Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America, 14,* 503-517.

Ross, C.A., Miller, S.D., Reagor, P., Bjornson, L., & Fraser, G.A. (1990). Structured interview data on 102 cases of multiple personality from four centers. American Journal of Psychiatry, 147, *596-600.*

Ross, D.M., & Ross, S.A. (1982). *Hyperactivity: Research, theory, and action*. New York: Wiley.

Roth, D., & Rehm, L.P. (1980). Relationships among self-monitoring processes,

memory, and depression. *Cognitive Therapy and Research, 4,* 149-157.

Roth, M. (1955). The natural nistory of mental disorder in old age. *Journal of Mental Science, 99,* 439-450.

Roth, M., & Kay, D.W.K. (1956). Affective disorder arising in the senium: 2. Physical disability as an etiological factor. *Journal of Mental Science, 102,* 141-150.

Rothbaum, B.O., & Foa, E.B. (1992). Exposure therapy for rape victims with post-traumatic stress disorder, *the Behavior Therapist, 15,* 219-222.

Rothbaum, B.O., Foa, E.B., Murdock, T., Riggs, D.S., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 5,* 455-475.

Rothbaum, B.O., Hodges, L., Watson, B.A., Kessler, G.D., et al. (1996). Virtual reality exposure therapy in the treatment of fear of flying: A case report. *Behaviour Research and Therapy, 34,* 477-481.

Rothbaum, B.O., Hodges, L.F., Kooper, R., Opdyke, D., Williford, J.S., & North, M. (1995a). The efficacy of virtual reality graded exposure in the treatment of acrophobia. *American Journal of Psychiatry, 152,* 626 - 628.

Rothbaum, B.O., Hodges, L.F., Kooper, R., Opdyke, D., Williford, J.S., & North, M. (1995b). Virtual reality graded exposure in the treatment of acrophobia. A case report. *Behavior Therapy, 26,* 547-554.

Rounsaville, B.J., Chevron, E.S., & Weissman, M.M. (1984). Specification of techniques in interpersonal psychotherapy. In J.B.W. Williams & R.L. Spitzer (Eds.), *Psychotherapy research: Where are we and where should we go?* New York: Guilford.

Rovner, B.W., Kafonek, S., Filipp, L., Lucas, M.J., & Folstein, M.F. (1986). Prevalence of mental illness in a community nursing home. *American Journal of Psychiatry, 143,* 1446-1449.

Rowston, W.M., & Lacey, H.J. (1992). Stealing in bulimia nervosa. *International Journal of Social Psychiatry, 38,* 309-313.

Roy, A. (1982). Suicide in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 141,* 171-180.

Roy, A. (1994). Recent biologic studies on suicide. *Suicide and Life Threatening Behaviors, 24,* 10-24.

Roy, A. (1995). Suicide. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 1739-1752). Baltimore: Williams & Wilkins.

Roy, A., & Linnoila, M. (1986). Alcoholism and suicide. *Suicide and Life Threatening Behaviors, 16,* 244-259.

Roy, A., Everett, D., Pickar, D., & Paul, S.M. (1987). Platelet tritiated imipramine binding and serotonin uptake in depressed patients. *Archives of General Psychiatry, 44,* 320-327.

Roy, A., Segal, N., Centerwall, B., & Robinette, D. (1991). Suicide in twins. *Archives of General Psychiatry, 48,* 29-36.

Ruberman, W., Weinblatt, E., Goldberg, J.D., & Chaudhary, B.S. (1984). Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *New England Journal of Medicine, 311,* 552-559.

Rubin, P., Holm, S., Madsen, R.L., Friberg, L., et al. (1993). Regional cerebral blood flow in newly diagnosed schizophrenic and schizophreniform disorders. *Psychiatry Research, 53,* 57 - 75.

Rubin, R.T., Phillips, J.J., Sadow, T.F., & McCracken, J.T. (1995). Adrenal gland volume in major depression: Increase during the depressive episode and decrease with successful treatment. *Archives of General Psychiatry, 52,* 213-218.

Ruch, L.O., & Leon, J.J. (1983). Sexual assault trauma and trauma change. *Women and Health, 8,* 5-21.

Rush, A.J., Beck, A.T., Kovacs, M., & Hollon, S.D. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research,* 7, 17-39.

Rush, A.J., Beck, A.T., Kovacs, M., Weissenberger, J., & Hollon, S.D. (1982). Comparison of the effects of cognitive therapy on hopelessness and self-concept. *American Journal of Psychiatry, 139,* 862-866.

Russell, M.A.H., Feyerabend, C., & Cole, P.V. (1976). Plasma nicotine levels after cigarette smoking and chewing nicotine gum. *British Medical Journal, 290,* 1043-1046.

Russo, D.C., & Varni, J.W. (1982). Behavioral pediatrics. In D.C. Russo & J.W. Varni (Eds.), *Behavioral pediatrics: Research and practice*. New York: Plenum.

Rutter, M. (1967). Psychotic disorders in early childhood. In A.J. Cooper (Ed.), Recent developments in schizophrenia [Special publication], *British Journal of Psychiatry*.

Rutter, M. (1971). Parent-child separation: Psychological effects on the children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 12,* 233-260.

Rutter, M., & Schopler, E. (1987). Autism and pervasive developmental disorders: Concepts and diagnostic issues.

Journal of Autism and Developmental Disorders, 17, *159-186*.

Ryall, R. (1974). Delinquency: The problem for treatment. *Social Work Today, 15,* 98-104.

Ryan, W. (1971). *Blaming the victim*. New York: Random House.

Rybstein-Blinchik, E. (1979). Effects of different cognitive strategies on chronic pain experience. *Journal of Behavioral Medicine, 2,* 93-101.

Sabin, J.E. (1975). Translating despair. *American Journal of Psychiatry, 132,* 197-199.

Sachs, J.S. (1983). Negative factors in brief psychotherapy: An empirical assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51,* 557-564.

Sackeim, H.A., Nordlie, J.W., & Gur, R.C. (1979). A model of hysterical and hypnotic blindness: Cognition, motivation and awareness. *Journal of Abnormal Psychology, 88,* 474-489.

Sacks, O. (1985). The twins. In The man who mistook his wife for a hat and other clinical tales. *New York: Harper & Row*.

Sacks, O. (1995). *An anthropologist on Mars*. New York: Knopf.

Safer, D.J., & Krager, J.M. (1988). A survey of medication treatment for hyperactive/inattentive students. *Journal of the American Medical Association, 260,* 2256-2258.

Saffer, H. (1991). Alcohol advertising bans and alcohol abuse: An international perspective. *Journal of Health Economics, 10,* 65 - 79.

Safran, J.D., Vallis, T.M., Segal, Z.V., & Shaw, B.F. (1986). Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research, 10,* 509-526.

Sager, C.J. (1990). Foreword. In I.L. Kutash & A. Wolf (Eds.), *The group psychotherapist's handbook: Contemporary theory and technique*. New York: Columbia University Press.

Sakel, M. (1938). The pharmacological shock treatment of schizophrenia. *Nervous and Mental Disease Monograph, 62*.

Saks, E. (1997). *Jekyll on trial: MPD and criminal law*. New York: New York University Press.

Salan, S.E., Zinberg, N.E., & Frei, E. (1975). Antiemetic effect of delta-9-THC in patients receiving cancer chemotherapy. *New England Journal of Medicine, 293,* 795 - 797.

Salovey, P., & Singer, J.A. (1991). Cognitive behavior modification. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people*

change: A textbook of methods (4th ed.). Elmsford, NY: Pergamon.

Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy*. New York: Farrar, Straus.

Saltzman, D. (1995). The jester has lost his *jingle*. Palos Verdes Estates, CA: The Jester Company.

Salzman, L. (1980). Psychotherapy of the obsessive personality. *New York: Jason Aronson*.

Salzman, L. (1985). Psychotherapeutic management of obsessive-compulsive patients. *American Journal of Psychotherapy, 39,* 323-330.

Sanday, P.R. (1981). The socio-cultural context of rape: A cross-cultural study. *The Journal of Social Issues, 37,* 5-27.

Sanderson, W.C., DiNardo, P.A., Rapee, R.M., & Barlow, D.H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-IIIR anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 99,* 308-312.

Sanderson, W.C., Rapee, R.M., & Barlow, D.H. (1989). The influence of an illusion of control on panic attacks induced via inhalation of 5.5% carbon dioxide-enriched air. *Archives of General Psychiatry, 46,* 157-162.

Sandler, J. (1986). Aversion methods. In EH. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (3rd ed.). Elmsford, NY: Pergamon.

Sandler, J. (1991). Aversion methods. In F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods*. Elmsford, NY: Pergamon.

Sano, M., Ernesto, C., Thomas, R. G., Klauber, M. R., Schafer, K., Grundman, M., Woodbury, P., Growdon, J., Cotman,

C. W., Pfeiffer, E., Schneider, L. S., Thai, L. J., for the Members of the Alzheimer's Disease Cooperative Study. (1997). A controlled trial of selegiline, alpha-tocopherol, or both as treatment for Alzheimer's disease. *New England Journal of Medicine, 336,* 1216-1222.

Sartorius, N., Shapiro, R., & Jablonsky, A. (1974). The international pilot study of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 2,* 21-35.

Saunders, E.A. (1991). Rorschach indicators of chronic childhood sexual abuse in female borderline patients. *Bulletin of the Menninger Clinic,* 55, 48 - 71.

Savage, D.G. (1996, December 11). High court debates sexual predator law. *Los Angeles Times,* p. A26.

Savage, D.G., & Dolan, M. (1996, December 12). Sex predator law faces high court challenge. *Los Angeles Times,* pp. Al, A22.

Sayette, M.A., & Wilson, G.T. (1991). Intoxication and exposure to stress: Effects of temporal patterning. *Journal of Abnormal Psychology, 100,* 56-62.

Sbrocco, T., Weisberg, R.B., & Barlow,

D.H. (1995). Sexual dysfunction in the older adult: Assessment of psychosocial factors. *Sexuality and Disability, 13,* 201-218.

Scarborough, H.S. (1990). Very early language deficits in dyslexic children. *Child Development, 61,* 128-174.

Scarlett, W. (1980). Social isolation from age-mates among nursery school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 21,* 231-240.

Schaie, K.W., & Hertzog, C. (1982). Longitudinal methods. In B.B. Wolman (Ed.), *Handbook of developmental psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall.

Schall, PL., Landsbergis, P.A., & Baker, D. (1994). Job strain and cardiovascular disease. *Annual Review of Public Health, 15,* 381-411.

Scharff, J.S. (1995). Psychoanalytic marital therapy. In N.S. Jacobson & A.S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy*. New York: Guilford.

Schatzberg, A.F. (1991). Overview of anxiety disorders: Prevalence, biology, course, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry, 52,* 5-9.

Scheerer, M., Rothman, E., & Goldstein, K. (1945). A case of "idiot savant": An experimental study of personality organization. *Psychological Monographs, 58* (Whole No. 269).

Scheff, T.J. (1966). Being mentally ill: A sociological theory. *Chicago: Aidine*.

Schellenberg, G.D., Bird, T.D., Wijsman, E.M., Moore, D.K., Boehkne, E.M., Bryant, E.M., Lampe, T.H., Nochlin, D., Sumi, S.M., Deeb, S.S., Bayreuther, K., & Martin, G.M. (1988). Absence of linkage of chromosome 21q21 markers to familial Alzheimer's disease. *Science, 241,* 1507-1510.

Schinke, S.P., & Gilchrist, L.D. (1985). Preventing substance abuse with children and adolescents. *Journal of Consulting arid Clinical Psychology, 53,* 596-602.

Schleifer, M. (1995). Should we change our views about early childhood education? *Alberta Journal of Educational Research, 41,* 355-359.

Schlundt, D.G., & Johnson, W.G. (1990). *Eating disorders: Assessment and treatment*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Schmitt, B.D. (1982). Nocturnal enuresis: An update on treatment. *Pediatric Clinics of North America, 29,* 21 -37.

Schnall, PL., Landsbergis, P.A., & Baker, D. (1994). Job Strain and cardiovascular disease. *Annual Review of Public Health, 15,* 381-411.

Schneider, J. (1996). Geriatric psychopharmacology. In L.L. Carstensen, B.A. Edelstein, & L. Dornbrand (Eds.), *The practical handbook of clinical gerontology* (pp. 481-542). Thousand Oaks, CA: Sage.

Schneider, K. (1959). *Clinical psychopathology*. New York: Grune & Stratton.

Schneider, N.G. (1987). Nicotine gum in smoking cessation: Rationale, efficacy, and proper use. *Comprehensive Therapy,*

13, 32-37.

Schoenbach, V., Kaplan, B.H., Fredman, L., & Kleinaum, D.G. (1986). Social ties and mortality in Evans County, Georgia. *American Journal of Epidemiology, 123,* 577-591.

Schoeneman, T.J. (1977). The role of mental illness in the European witch-hunts of the sixteenth and seventeenth centuries: An assessment. *Journal of the History of the Behavioral Sciences, 13,* 337-351.

Schofield, W. (1964). *Psychotherapy: The purchase of friendship*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Schooler, C., Flora, J.A., & Farquhar, J.W. (1993). Moving toward synergy: Media supplementation in the Stanford Five-City Project. *Communication Research, 26,* 587-610.

Schopler, E., Short, B., & Mesibov, G.B. (1989). Comments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 157,* 162-167.

Schuckit, M.A. (1983). The genetics of alcoholism. In B. Tabakoff, P.B. Sulker, & C.L. Randall (Eds.), *Medical and social aspects of alcohol use*. New York: Plenum.

Schuckit, M.A. (1994). Low level of response to alcohol as a predictor of future alcoholism. *American Journal of Psychiatry, 151,* 184-189.

Schuckit, M.A., & Smith, T.L. (1996). An 8-year follow-up of 450 sons of alcoholic and control subjects. *Archives of General Psychiatry, 53,* 202-210.

Schultz, J. (1991). Smoking-attributable mortality and years of potential life lost: U.S., 1988. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 40,* 63-71.

Schultz, R., & Brenner, G. (1977). Relocation of the aged: A review and theoretical analysis. *Journal of Gerontology, 32,* 323-333.

Schulz, R. (1982). Emotionality and aging: A theoretical and empirical analysis. *Journal of Gerontology, 37,* 42-51.

Schulz, R., & Williamson, G.M. (1991). A 2-year longitudinal study of depression among Alzheimer's caregivers. *Psychology and Aging, 6,* 569-578.

Schwalberg, M.D., Barlow, D.H., Alger, S.A., & Howard, L.J. (1992). Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individuals with panic disorders on comorbidity across DSM-III anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 101,* 675-681.

Schwartz, ' G.E. (1973). Biofeedback as therapy: Some theoretical and practical

issues. *American Psychologist, 28,* 666 - 673.

Schwartz, G.E., & Weiss, S. (1977). What is behavioral medicine? *Psychosomatic Medicine, 36,* 377-381.

Schwartz, J.E., Warren, K., & Pickering, T.G. (1994). Mood, location, and physical posture as predictors of ambulatory blood pressure: Application of a multilevel random effects model. *Annals of Behavioral Medicine, 16,* 210-220.

Schwartz, M.S. (1946). The economic and spatial mobility of paranoid schizophrenics. Unpublished master's thesis, University of Chicago.

Schwartz, R., & Schwartz, L.J. (1980). *Becoming a couple*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Schwartz, R.M., & C.ottman, J.M. (1976). Toward a task analysis of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44,* 910-920.

Schwartz, S.H., & Inbar-Saban, N. (1988). Value self-confrontation as a method to aid in weight loss. *Journal of Personality and Social Psychology, 54,* 396-404.

Schwarz, J.R. (1981). *The Hillside Strangler: A murderer's mind*. New York: New American Library.

Schweizer, E., et al. (1990). Long-term therapeutic use of benzodiazapines: Effects of gradual taper. *Archives of General Psychiatry, 47,* 908-915.

Schwitzgebel, R.L., & Schwitzgebel, R.K. (1980). *Law and psychological practice*. New York: Wiley.

Scientific perspectives on cocaine abuse. (1987). *Pharmacologist,* 29, 20-27.

Scoggin, F., & McElreath, L. (1994). Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 69 - 74.

Searight, H.R., & Pound, P. (1994). The HIV-positive psychiatric patient and the duty to protect: Ethical and legal issues. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 24,* 259-270.

Seeman, P., & Nizik, H.B. (1990). Dopamine receptors and transporters in Parkinson's disease and schizophrenia. *Federation of Associated Society of Experimental Biology, 4,* 2737-2744.

Seeman, T.E., & Syme, S.L. (1987). Social networks and coronary artery disease: A comparison of the structure and function of social relations as predictors of disease. *Psychosomatic Medicine, 49,* 381-406.

Segal, Z.V., & Shaw, B.F. (1988). Cognitive assessment: Issues and methods. In K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapies* (pp. 39-81). New York: Guilford.

Segal, Z.V., Gemar, M., Truchon, C., Guirguis, M., & Horowitz, L.M. (1995). A priming methodology for studying self-representation in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 205- 213.

Segraves, K.B., & Segraves, R.T. (1991). Hypoactive sexual desire disorder: Prevalence and comorbidity in 906 subjects. *Journal of Sex and Marital Therapy,* 27, 55-58.

Segraves, R.T. (1990). Theoretical orientations in the treatment of marital discord. In F.D. Fincham & T.N. Bradbury (Eds.), *The psychology of marriage: Basic issues and applications* (pp. 281-298). New York: Guilford.

Segraves, R.T., & Segraves, K.B. (1995). Human sexuality and aging. *Journal of Sex Education and Therapy,* 21, 88-102.

Selemon, L.D., Rajkowska, G., & Goldman-Rakic, P.S. (1995). Abnormally high neuronal density in the •schizophrenic cortex: A morphometric analysis of prefrontal area 9 and occipital area 17. *Archives of General Psychiatry, 52,* 805-818.

Seligman, L. (1990). Selecting effective treatments: A comprehensive, systematic guide to treating adult mental disorders. *San Francisco: Jossey- Bass*.

Seligman, M.E.P. (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy, 2,* 307-320.

Seligman, M.E.P. (1974). Depression and learned helplessness. In R.J. Friedman & M.M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Washington, DC: Winston-Wiley.

Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist, 50,* 965-974.

Seligman, M.E.P. (1996). Science as an ally of practice. *American Psychologist, 51,* 1072-1079.

Seligman, M.E.P, Abramson, L.V., Semmel, A., & Von Beyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology, 88,* 242-247.

Seligman, M.E.P, & Binik, U. (1977). The safety signal hypothesis. In H. Davis & H. Horowitz (Eds.), *Operant-Pavlovian interaction*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Seligman, M.E.P., Castellon, C., Cacciola, J., Schulman, P., Luborsky, L., Ollove, M., & Downing, R. (1988). Explanatory style change during cognitive therapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 97,* 13-18.

Selling, L.S. (1940). *Men against madness*. New York: Greenberg.

Seltzer, L.F. (1986). Paradoxical strategies in psychotherapy: A comprehensive overview and guidebook. *New York: Wiley*.

Selye, H. (1950). The physiology and pathology of exposure to stress. *Montreal: Acta*.

Settin, J.M. (1982). Clinical judgment in geropsychology practice. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19,* 397-404.

Shader, R.I., & DiMascio, A. (1970). Psychotropic drug side-effects: Clinical and theoretical perspectives. *Baltimore: Williams & Wilkins*.

Shalev, A.Y., Peri, T., Canetti, L., &

Schreiber, S. (1996). Predictors of posttraumatic stress disorder in injured trauma survivors: A prospective study. *American Journal of Psychiatry, 153,* 219-225.

Sham, PC., Jones, P., Russell, A., Gilvarry, K., Bebbington, P., et al. (1994). Age of onset, sex and familial psychiatric morbidity in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 165,* 466-473.

Shaper, A.G. (1990). Alcohol and mortality: A review of prospective studies. *British Journal of Addiction, 85,* 837-847.

Shapiro, D., Goldstein, I.B., & Jamner, L.D. (1995). Effects of anger and hostility, defensiveness, gender and family history of hypertension on cardiovascular reactivity. *Psychophysiology, 32,* 425-435.

Shapiro, D., Jamner, L.D., & Goldstein, I.B. (1993). Ambulatory stress psychophysiology: The study of "compensatory and defensive counterforces" and conflict in a natural setting. *Psychosomatic Medicine, 55,* 309-323.

Shapiro, D., Tursky, B., & Schwartz, G.E. (1970). Control of blood pressure in man by operant conditioning. *Circulation Research, 26,* 127-132.

Shapiro, D.A., & Shapiro, D. (1983). Comparative therapy outcome research: Methodological implications of meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51,* 42-53.

Shaw, B.F. (1977). Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45,* 543- 551.

Shaw, B.F. (1984). Specification of the training and evaluation of cognitive therapists for outcome studies. In J.B.W. Williams & R.L. Spitzer (Eds.), *Psychotherapy research: Where are we and where should we go?* New York: Guilford.

Shaywitz, S.E., Shaywitz, B.A., Fletcher, J.M., & Escobar, M.D. (1990). Prevalence of reading disability in boys and girls. *Journal of the American Medical Association, 264,* 998-1002.

Shea, M.T., Elkin, I., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Watkins, J.T., Collins, J.F., Beckham, E., Glass, D.R., Dolan, R.T., & Parloff, M.B. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry, 49,* 782 - 787.

Shea, M.T., Pilkonis, P.A., Beckham, E., Collins, J.F., Elkin, I., Sotsky, S.M., & Docherty, J.P. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collab-

orative Research Program. *American journal of Psychiatry, 147,* 711-718.

Shekelle, R.B., Honey, S.B., Neaton, J., Billings, J., Borlani, N., Gerace, T., Jacobs, D., Lasser, N., & Stander, J. (1983). Type A behavior pattern and coronary death in MRFIT. *American Heart Association Cardiovascular Disease Newsletter, 33,* 34.

Sher, K.J., & Levenson, R.W. (1982). Risk for alcoholism and individual differences in the stress-response-dampening effects of alcohol. *Journal of Abnormal Psychology, 91,* 350-367.

Sher, K.J., Frost, R.O., Kushner, M., Crew, T.M., & Alexander, J.E. (1989). Memory deficits in compulsive checkers in a clinical sample. *Behaviour Research and Therapy,* 27, 65-69.

Sher, K.J., & Otto, R. (1983). Cognitive deficits in compulsive checkers: An exploratory study. *Behaviour Research and Therapy, 21,* 357-363.

Sher, K.J., Walitzer, K.S., Wood, P.K., & Brent, E.F. (1991). Characteristics of children of alcoholics: Putative risk factors, substance use and abuse, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 100,* 427-448.

Sherwin, B.B. (1991). The psychoendocrinology of aging and female sexuality. *Annual Review of Sex Research. 2.* 181-198.

Shneidman, E.S. (1973). Suicide. In *Encyclopedia Britannica*. Chicago: Encyclopedia Britannica.

Shneidman, E.S. (1976). A psychological theory of suicide. *Psychiatric Annals,* 6, 51-66.

Shneidman, E.S. (1985). *Definition of suicide*. New York: Wiley.

Shneidman, E.S. (1987). A psychological approach to suicide. In G.R. VandenBos & B.K. Bryant (Eds.), *Cataclysms, crises, and catastrophes: Psychology in action*. Washington, DC: American Psychological Association.

Shneidman, E.S., & Farberow, N.L. (1970). A psychologioal approach to the study of suicide notes. In E.S. Shneidman, N.L. Farberow, & R.E. Litman (Eds.), *The psychology of suicide*. New York: Jason Aronson.

Shneidman, E.S., Farberow, N.L., & Litman, R.E. (Eds.). (1970). *The psychology of suicide*. New York: Jason Aronson.

Shoda, Y., Mischel, W., & Wright, J.C. (1994). Intraindividual stability in the organization and patterning of behavior: Incorporating psychological situations into the idiographic analysis of personality. *Journal of Personality and Social Psychology, 67,* 674-687.

Shogren, E. (1994, August 18). Treatment against their will. *Los Angeles Times,* pp. Al, A16.

Shoham, V., Bootzin, R.R., Rohrbaugh, M., & Urry, H. (1995). Paradoxical versus relaxation treatment for insomnia: The moderating role of practice. *Sleep Research, 25a,* 365.

Shoham, V., Rohrbaugh, M., & Patterson, J. (1995). Problem- and solution-focused couple therapies: The MRI and Milwaukee models. In N.S. Jacobson & A.S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 142-163). New York: Guilford.

Shoham-Salomon, V., & Rosenthal, R. (1987). Paradoxical interventions: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 22 -27.

Shoham-Salomon, V., Avner, R., & Neeman, R. (1989). You're changed if you do and changed if you don't: Mechanisms underlying paradoxical interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 590-598.

Shontz, F.C., & Green, P. (1992). Trends in research on the Rorschach: Review and recommendations. *Applied and Preventive Psychology, 1,* 149-156.

Shopsin, B., Friedman, E., & Gershon, S. (1976). Parachlorophenylalanine reversal of tranylcypromine effects in depressed patients. *Archives of General Psychiatry, 33,* 811-819.

Shulman, K.I. (1993). Mania in the elderly. *International Review of Psychiatry, 5,* 445 -453.

Shure, M., & Spivack, G. (1988). Interpersonal cognitive problem-solving. In R. Price, E. Cowen, R. Lorion, & X. Ramos-McKay (Eds.), *14 ounces of prevention* (pp. 111-122). Washington, DC: American Psychological Association.

Siegel, J.M., Sorenson, S.B., Golding, J.M., Burnam, M.A., & Stein, J.A. (1987). The prevalence of childhood sexual assault: The Los Angeles Epidemiological Catchment Area Project. *American Journal of Epidemiology, 126,* 1141-1153.

Siegel, R.K. (1982). Cocaine smoking. *Journal of Psychoactive Drugs, 14,* 277-359.

Siegler, I.C., & Costa, P.T., Jr. (1985). Health behavior relationships. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2nd ed.). New York: Van Nostrand-Reinhold.

Siever, L.J., Amin, P., Coccaro, E.P., Trestman, R., Silverman, J., et al. (1993). CSF homovanillic acid in schizotypal personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 150,* 149-151.

Sifton, D.W. (1988). *PDR drug interactions and side effects index*. Oradell, NJ: Medical Economics.

Sigman, M., Ungerer, J.A., Mundy, P., & Sherman, T. (1987). Cognition in autistic children. In D.J. Cohen, A.M. Donnellan, & R. Paul (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 103-120). New York: Wiley.

Silk, K.R., Lee, S., Hill, E.M., & Lohr, N.

(1995). Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *American Journal of Psychiatry, 152,* 1053-1057.

Silverman, J.M., Li, G., Zaccario, M.L., Smith, C., Schmeidler, J., et al. (1994). Patterns of risk in first-degree relatives with Alzheimer's disease. *Archives of General Psychiatry, 51,* 568-576.

Silverman, K., Evans, S.M., Strain, E.C., & Griffiths, R.R. (1992). Withdrawal syndrome after the double-blind cessation of caffeine consumption. *New England Journal of Medicine, 327,* 1109-1114.

Silverstein, B., Feld, S., & Kozlowski, L.T. (1980). The availability of low-nicotine cigarettes as a cause of cigarette smoking among teenage females. *Journal of Health and Social Behavior, 21,* 383-388.

Silverstein, C. (1972). *Behavior modification and the gay community*. Paper presented at the annual convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New York.

Simeons, A.T.W. (1961). Man's presumptuous brain: An evolutionary interpretation of psychosomatic disease. *New York: Dutton.*

Simon, R.J., & Aaronson, D.E. (1988). The insanity defense: A critical assessment of law and policy in the post-Hinckley era. *New York: Praeger.*

Simons, A.D., Garfield, S.L., & Murphy, G.E. (1984). The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Changes in mood and cognition. *Archives of General Psychiatry, 41,* 45-51.

Simons, A.D., Lustman, P.J., Wetzel, R.D., & Murphy, G.E. (1985). Predicting response to cognitive therapy of depression: The role of learned resourcefulness. *Cognitive Therapy and Research, 9,* 79- 89.

Simons, A.D., Murphy, G.E., Levine, J.L., & Wetzel, R.D. (1985). Sustained improvement one year after cognitive and/or pharmacotherapy of depression. *Archives of General Psychiatry, 43,* 43- 48.

Simons, M. (1996, June 28). For first time, court defines rape as war crime. *New York Times,* p. 1.

Sinclair, J.J., Larzelere, R.E., Paine, M., Jones, P., et al. (1995). Outcome of group treatment for sexually abused adolescent females living in a group home setting: Preliminary findings. *Journal of Interpersonal Violence, 10,* 533-542.

Singer, J.L. (1984). The private personality. *Personality and Social Psychology Bulletin, 10,* 7-30.

Singer, M., & Wynne, L.C. (1963). Differentiating characteristics of the parents

of childhood schizophrenics. *American Journal of Psychiatry, 120,* 234-243.

Sinnott, J.D. (1986). Sex roles and aging: Theory and research from a systems perspective. *Basel, Switzerland: Karger*.

Sintchak, G.H., & Geer, J.H. (1975). A vaginal plethysmograph system. *Psychophysiology,* 22, 113-115.

Siris, S.G., Bermanzohn, P.C., Mason, S.E., & Shuwall, M.A. (1994). Maintenance imipramine therapy for secondary depression in schizophrenia: A controlled trial. *Archives of General Psychiatry, 51,* 109-115.

Sisson, R.W., & Azrin, N.H. (1989). The community reinforcement approach. In R.K. Hester & W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcohol treatment approaches: Effective alternatives*. Elmsford, NY: Pergamon.

Sisson, R.W., & Azrin, N.H. (1989). The community-reinforcement approach. In R.K. Hester & W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (pp. 242-258). New York: Pergamon.

Sizemore, C.C., & Pittillo, E.S. (1977). *I'm Eve*. Garden City, NY: Doubleday.

Sizemore, J.P. (1995). Alabama's confidentiality quagmire: Psychotherapists, AIDS, mandatory reporting, and *Tarasoff. Law and Psychology Review, 19,* 241-257.

Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.

Sklar, L.A., & Anisman, H. (1979). Stress and coping factors influence tumor growth. *Science, 205,* 513-515.

Slater, E. (1961). The thirty-fifth Maudsley lecture: Hysteria 311. *Journal of Mental Science, 107,* 358-381.

Slater, E., & Glithero, E. (1965). A follow-up of patients diagnosed as suffering from hysteria. *Journal of Psychosomatic Research, 9,* 9-13.

Slavson, S.R. (1950). Analytic group psychotherapy with children, adolescents and adults. *New York: Columbia University Press*.

Sloane, R.B. (1980). Organic brain syndrome. In J.E. Birren & R.B. Sloane (Eds.), *Handbook of mental health and aging*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Small, G.W., & Jarvik, L.F. (1982). The dementia syndrome. *Lancet,* 1443-1446.

Small, G.W., Komanduri, R., Gitlin, M., & Jarvik, L.F. (1986). The influence of age on guilt expression in major depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 1,* 121-126.

Small, G.W., Kuhl, D.E., Riege, W.H., Fujikawa, D.G., Ashford, J.W., et al. (1989). Cerebral glucose metabolic patterns in Alzheimer's disease: Effects of gender and age at dementia onset. *Archives of General Psychiatry, 46,* 527-533.

Small, J.C., Klapper, M.H., Milstein, V., Kellans, J.J., Miller, M.J., et al. (1991). Carbamazapine compared with lithium in the treatment of mania. *Archives of General Psychiatry, 48,* 915-921.

Smith, D. (1982). Trends in counseling and psychotherapy. *American Psychologist, 37,* 802-809.

Smith, D.W., Bierman, E.L., & Robinson, N.M. (1978). *The biologic ages of man: From conception through old age*. Philadelphia: Saunders.

Smith, G.T., Goldman, M.S., Greenbaum, P.E., & Christiansen, B.A. (1995). Expectancy for social facilitation from drinking: The divergent paths of high expectancy and iow expectancy adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 32-40.

Smith, J., Frawley, P.J., & Polissar, L. (1991). Six- and twelve-month abstinence rates in inpatient alcoholics treated with aversion therapy compared with matched inpatients from a treatment registry. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 15,* 862-870.

Smith, K.F., & Bengston, V.L. (1979). Positive consequences of institutionalization: Solidarity between elderly parents and their middle aged children. *The Gerontologist, 5,* 438-447.

Smith, M.L., Glass, G., & Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Smith, P.B. (1975). Controlled studies of the outcome of sensitivity training. Psychological Bulletin, *82,* 597-622.

Smith, S.S., & Newman, J.P. (1990). Alcohol and drug dependence in psychopathic and nonpsychopathic criminal offenders. *Journal of Abnormal Psychology, 99,* 430-439.

Smith, T., Snyder, C.R., & Perkins, S.C. (1983). Self-serving function of hypochondriacal complaints: Physical symptoms as self-handicapping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology, 44,* 787-797.

Smith, T.W. (1983). Change in irrational beliefs and the outcome of rational-emotive psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51,* 156-157.

Smolowe, J. (1996, Fall). Older, longer. *Time, 148 (Special Issue),* 76-80.

Smyer, M.A., & Gatz, M. (1995). The public policy context of mental health care for older adults. *The Clinical Psychologist, 48,* 31-36.

Smyer, M.A., Zarit, S.H., & Quails, S.H. (1990). Psychological interventions with the aging individual. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (3rd ed., pp. 375-403). New York: Academic Press.

Smyth, C., Kalsi, G., Brynjofsson, J., O'Neill, J., Curtis, D., et al. (1996). Further tests for linkage of bipolar affective disorder to the tyrosine hydroxylase gene of chromosome 11p15 in a new series of multiplex British affective disorder pedigrees. *American Journal of Psychiatry, 153,* 271-274.

Snyder, D.K., & Wills, R.M. (1989). Behavioral versus insight-oriented marital therapy: Effects of individual and interspousal functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 39-46.

Snyder, D.K., Wills, R.M., & Grady-Fletcher, A. (1991). Long-term effectiveness of behavioral vs. insight-oriented marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 1.38-141.

Snyder, M. (1983). The influence of individuals on situations: Implications for understanding the links between personality and social behavior. *Journal of Personality, 51,* 497-516.

Snyder, M., & White, E. (1982). Moods and memories: Elation, depression, and remembering the events of one's life. *Journal of Personality, 50,* 149-167.

Snyder, S.H. (1974). *Madness and the brain*. New York: McGraw-Hill.

Sobell, L.C., Toneatto, A., & Sobell, M.B. (1990). Behavior therapy. In A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Handbook of comparative treatments for adult disorders* (pp. 479 - 505). New York: Wiley.

Sobell, M.B., & Sobell, L.C. (1976). Second-year treatment outcome of alcoholics treated by individualized behavior therapy: Results. *Behaviour Research and Therapy, 14,* 195-215.

Sobell, M.B., & Sobell, L.C. (1993). *Problem drinkers: Guided self-change treatment*. New York: Guilford.

Society of Behavioral Medicine. (1989). *Bylaws of the Society of Behavioral Medicine*. Washington, DC: Author.

Solomon, Z., Mikulincev, M., & Flum, H. (1988). Negative life events, coping response, and combat-related psychopathology: A prospective study. *Journal of Abnormal Psychology, 97,* 302-307.

Sonda, P., Mazo, R., & Chancellor, M B (1990). The role of yohimbine for the treatment of erectile impotence. *Journal of Sex and Marital Therapy, 16,* 15-21.

Sorenson, S.B., & Brown, V.B. (1990). Interpersonal violence and crisis intervention on the college campus. *New Directions for Student Services, 49,* 57-66.

Soueif, M.I. (1976). Some determinants of psychological deficits associated with chronic cannabis consumption. *Bulletin of Narcotics, 28,* 25-42.

Southwick, S.M., Krystal, J.H., Morgan, C.A., Johnson, D., Nagy, L.M., & et al. (1993). Abnormal noradrenergic function in posttraumatic stress disorder *Archives of General Psychiatry, 50* 266-274.

Spacapan, S., & Oskamp, S. (1989). Introduction to the social psychology of aging. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.),

The social psychology of aging (pp. 9-24). Newbury Park, CA: Sage.

Spanos, N.P., Weekes, J.R., & Bertrand, L.D. (1985). Multiple personality: A social psychological perspective. *Journal of Abnormal Psychology, 94,* 362 -376.

Spar, J.E., & LaRue, A. (1990). *Geriatric psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Sparrow, S.S., Ballo, D.A., & Cicchetti, D.V. (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines, MI: American Guidance Service.

Spector, I.P., & Carey, M.P. (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature. *Archives of Sexual Behavior, 19,* 389-408.

Spencer, G. (1989). Projections of the population of the United States, by age, sex, and race: 1988 to 2080. *Washington, DC: U.S. Department of Commerce*.

Spengler, A. (1977). Manifest sadomasochism of males: Results of an empirical study. *Archives of Sexual Behavior,* 6, 441-456.

Spiegel, D. (1990). Can psychotherapy prolong cancer survival? *Psychosomatics,* 32, 361-366.

Spiegel, D., Bloom, J.R., & Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer: A randomized prospective outcome study. *Archives of General Psychiatry, 38,* 527-534.

Spiegel, D., Bloom, J.R., Kraemer, H.C., & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet, 2,* 888-891.

Spiers, P.A. (1982). The Luria-Nebraska Neuropsychological Battery revisited: A theory in practice or just practicing? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50,* 301-306.

Spiess, W.F.J., Geer, J.H., & O'Donohue, W.T. (1984). Premature ejaculation: Investigation of factors in ejaculatory latency. *Journal of Abnormal Psychology, 93,* 242-245.

Spinetta, J.J. (1980). Disease-related communication: How to tell. In J. Kellerman (Ed.), *Psychological aspects of childhood cancer*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Spitzer, R.L., Endicott, J., & Gibbon, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 36,* 17-24.

Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (1986). *Structured clinical interview of DSM-IV Axis 1 disorders*. New York: N.Y. State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.

Spitzer, R.L., Skodol, A.E., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (1981). *DSM-III casebook*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Spitzer, R.M., Stunkard, A., Yanovski, S., Marcus, M.D., Wadden, T., et al. (1993). Binge eating disorders should be included in DSM-IV. *International Journal of Eating Disorders, 13,* 161-169.

Sprague, R.L., & Gadow, K.D. (1976). The role of the teacher in drug treatment. *School Review, 85,* 109-140.

Sprenkle, D.H., & Storm, C.L. (1983). Divorce therapy outcome research: A substantive and methodological review. *journal of Marital and Family Therapy, 9,* 239-258.

Spunt, B., Goldstein, P., Brownstein, H., & Fendrich, M. (1994). The role of marijuana in homicide. *International Journal of the Addictions, 29,* 195-213.

Squires-Wheeler, E., Skodal, A., Agamo, O.M., Bassett, A.S., et al. (1993). Personality features and disorder in the subjects in the New York High-Risk Project. *Journal of Psychiatric Research,* 27, 379-393.

Srole, L., Langner, T.S., Michael, S.T., Opler, MX, & Rennie, T.A.C. (1962). *Mental health in the metropolis: The midtown Manhattan study*. New York: McGraw-Hill.

St. Lawrence, J., Jefferson, K.W., Banks, P.G., Cline, T.R., et al. (1994). Cognitive-behavioral group intervention to assist substance-dependent adolescents in lowering HIV infection. *AIDS Education and Prevention, 6,* 425-435.

St. Lawrence, J.S., & Madakasira, S. (1992). Evaluation and treatment of premature ejaculation: A critical review. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 22,* 77-97.

Staats, A.W., & Staats, C.K. (1963). *Complex human behavior*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Stacy, A.W., Newcomb, M.D., & Bentler, P.M. (1991). Cognitive motivation and drug use: A 9-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 100,* 502-515.

Stacy, A.W., Sussman, S., Dent, C.W., Burton, D., & Flay, B.R. (1992). Moderators of peer social influence in adolescent smoking. *Personality and Social Psychology Bulletin, 18,* 163-172.

Stall, R.D., McKusick, L., Wiley, J., Coates, T., & Ostrow, D. (1986). Alcohol and drug use during sexual activity and compliance with safe sex guidelines for AIDS: The AIDS Behavioral Research Project. *Health Education Quarterly, 13,* 359-371.

Stampfer, M.J., Colditz, G.A., Willett, W.C., Speizer, F.E., & Hennekens, C.H. (1988). A prospective study of moderate alcohol consumption and risk of coronary disease and stroke in women. *New England Journal of Medicine, 319,* 267-273.

Stanley, M.A., & Turner, S.M. (1995). Current status of pharmacological and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy, 26,* 163-186.

Stanley, M.A., Beck, J.G., & Glassco, J.D. (1997). Treatment of generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary comparison of cognitive-behavioral and supportive approaches. *Behavior Therapy, 27,* 565-581.

Stansfield, J.M. (1973). Enuresis and urinary tract infection. In I. Kolvin, R.C. MacKeith, & S.R. Meadow (Eds.), *Bladder control and enuresis* (pp. 102-103). London: William Heinemann.

Stanton, A.H., Gunderson, J.G., Knapp, P.H., Frank, A.E., Vanicelli, M.L., Schnitzer, R., & Rosenthal, R. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 10,* 520-563.

Stanton, A.L., & Snider, P. (1993). Coping with breast cancer diagnosis: A prospective study. *Health Psychology, 12,* 16-23.

Stanton, M.D., & Bardoni, A. (1972). Drug flashbacks: Reported frequency in a military population. *American Journal of Psychiatry, 129,* 751-755.

Starfield, B. (1972). Enuresis: Its pathogenesis and management. *Clinical Pediatrics, 11,* 343-350.

Stark, K.D., Kaslow, N.J., & Reynolds, W.M. (1987). A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 15,* 91-113.

Stark, K.D., Linn, J.D., MacGuire, M., & Kaslow, N.J. (in press). The social functioning of depressed and anxious children: Social skills, social knowledge, automatic thoughts, and physical arousal. *Journal of Clinical Child Psychology*.

Stark, K.D., Napolitano, S., Swearer, S., Schmidt, K., Jaramillo, D., & Hoyle, J. (1996). Issues in the treatment of depressed children. *Applied and Preventive Psychology, 5,* 59-83.

Stark, K.D., Schmidt, K, Joiner, T.E., & Lux, M.G. (in press). Depressive cognitive triad: Relationship to severity of depressive symptoms in children, parents' cognitive triad, and perceived parental messages about the child him or herself, the world, and the future. *Journal of Abnormal Child Psychology*.

Starr, B.D., & Weiner, M.B. (1981). The Starr-Weiner report on sex and sexuality in the mature years. *New York: Stein & Day*.

Steadman, H.J. (1979). Beating a rap: Defendants found incompetent to stand trial. Chicago: University of Chicago Press.

Steadman, H.J., McGreevy, M.A., Morrissey, J.P., Callahan, L.A., Robbins, P.C., & Cirincione, C. (1993). *Before and after*

Hinckley: Evaluating insanity defense reform. New York: Guilford.

Steele, C.M., & Josephs, R.A. (1988). Drinking your troubles away: 2. An attention-allocation model of alcohol's effects on psychological stress. *Journal of Abnormal Psychology, 97,* 196-205.

Stephens, B.J. (1985). Suicidal women and their relationships with husbands, boyfriends, and lovers. *Suicide and Life-Threatening Behavior,* 25, 77-89.

Stephens, J.H., & Kamp, M. (1962). On some aspects of hysteria: A clinical study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 134,* 305-315.

Stephens, R.S., Roffman, R.A., & Simpson, E.E. (1993). Adult marijuana users seeking treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psycology, 61,* 1100-1104.

Stern, D.B. (1977). Handedness and the lateral distribution of conversion reactions. *Journal of Nervous and Mental Disease, 164, 122-128*.

Stern, R.S., & Cobb, J.P. (1978). Phenomenology of obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry, 132,* 233-234.

Sternberger, R.T., Turner, S.M., Beidel, D.C., & Calhoun, K.S. (1995). Social phobia: An analysis of possible developmental pathways. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 526-531.

Stets, J.E., & Straus, MA. (1989). The marriage license as a hitting license: A comparison of assaults in dating, cohabiting, and married couples. *Journal of Family Violence, 4,* 161-180.

Steuer, J.L. (1982). Psychotherapy with older women: Ageism and sexism in traditional practice. *Psychotherapy: Theory, research and practice, 19,* 429-436.

Stevenson, J., & Jones, I.H. (1972). Behavior therapy technique for exhibitionism: A preliminary report. *Archives of General Psychiatry, 27,* 839-841.

Stevenson, J.S., & Topp, R. (1990). Effects of moderate and low intensity long-term exercise by older adults. *Research in Nursing and Health, 13,* 209-213.

Stewart, B.D., Hughes, C., Frank, E., Anderson, B., Kendall, K, & West, D. (1987). Profiles of immediate and delayed treatment seekers. *Journal of Nervous and Mental Disease, 175,* 90 - 94.

Stinson, F.S., & DeBakey, S.F. (1992). Alcohol-related mortality in the United States 1979-1988. *British Journal of Addiction, 87,* 777-783.

Stolbach, L.L., Brandt, U.C., Borysenko, J.Z., Benson, H., Maurer, S.N., Lesserman, J., Albright, T.E., & Albright, N.L. (1988, April). *Benefits of a mind/body group program for cancer patients*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Behavioral Medicine, Boston.

Stolberg, A.L., & Garrison, K.M. (1985). Evaluating a primary prevention program for children of divorce. *American Journal of Community Psychology, 13,* 111-124.

Stolberg, S. (1996a, August 24). Clinton imposes wide crackdown on tobacco firms. *Los Angeles Times,* pp. Al, A10.

Stolberg, S. (1996b, October 1). Ending life on their own terms. *Los Angeles Times,* pp. Al, A14.

Stoller, E.P., & Gibson, R.C. (1994). *Worlds of difference: Inequality in the aging experience*. Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.

Stoller, F.H. (1968). Accelerated interaction: A time-limited approach based on the brief intensive group. *International Journal of Group Psychotherapy, 18,* 220-235.

Stom, M., French, S.A., Resnick, M.D., & Blum, R.W. (1995). Ethnic/racial and socioeconomic differences in dieting behaviors and body image perceptions in adolescents. *International Journal of Eating Disorders, 18,* 173-179.

Stone, A.A. (1975). *Mental health and law: A system in transition*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.

Stone, A.A., & Neale, J.M. (1982). Development of a methodology for assessing daily experiences. In A. Baum and J. Singer (Eds.), *Environment and health*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Stone, A.A., & Neale, J.M. (1984). The effects of "severe" daily events on mood. *journal of Personality and Social Psychology,* 46, 137-144.

Stone, A.A., Bovbjerg, D.H., Neale, J.M., Napoli, A., Valdimarsdottir, H., et al. (1992). Development of common cold symptoms following experimental rhinovirus infection is related to prior stressful life events. *Behavioral Medicine, 18,* 115-120.

Stone, A.A., Cox, D.S., Valdimarsdottir, H., Jandorf, L., & Neale, J.M. (1987). Evidence that secretory IgA antibody is associated with daily mood. *Journal of Personality and Social Psychology, 52,* 988-993.

Stone, A.A., Reed, B.R., & Neale, J.M. (1987). Changes in daily event frequency precede episodes of physical symptoms. *Journal of Human Stress, 13,* 70- 74.

Stone, G. (1982). *Health psychology,* a new journal for a new field. *Health Psychology, 1,* 1-6.

Stone, L.J., & Hokanson, J.E. (1967). Arousal reduction via self-punitive behavior. *Journal of Personality and Social*

Psychology, 12, *72 - 79*.

Stone, M.H. (1986). Exploratory psychotherapy in schizophrenia-spectrum patients: A reevaluation in the light of long-term follow-up of schizophrenic and borderline patients. *Bulletin of the Menninger Clinic, 50,* 287-306.

Stone, M.H. (1987). Psychotherapy of borderline patients in light of long-term follow-up. *Bulletin of the Menninger Clinic,* 52, 231-247.

Stone, M.H. (1993). Abnormalities of personality. Within and beyond the realm of treatment. *New York: Norton*.

Stone, S.V., & Costa, P.T. (1990). Disease-prone personality or distress-prone personality? The role of neuroticism in coronary heart disease. In H.S. Friedman (Ed.), *Personality and Disease*. New York: Wiley.

Stormer, S.M., & Thompson, J.K. (1996). Explanations of body image disturbance: A test of maturational status, negative verbal commentary, and sociological hypotheses. *International Journal of Eating Disorders, 19,* 193-202.

Story, M., French, S.A., Resnick, M.D., & Blum, R.W. (1995). Ethnic/racial and socioeconomic differences in dieting behaviors and body image perceptions in adolescents. *International journal of Eating Disorders, 18,* 173-179.

Strauss, J.S., Carpenter, W.T., & Bartko, J.J. (1974). The diagnosis and understanding of schizophrenia: Part 3. Speculations on the processes that underlie schizophrenic signs and symptoms. *Schizophrenia Bulletin, 1,* 61-69.

Strauss, M.E., & Ogrocki, P.K. (1996). Confirmation of an association between family history of affective disorder and the depressive syndrome in Alzheimer's disease. *American Journal of Psychiatry, 153,* 1340-1342.

Stringer, A.Y., & Josef, N.C. (1983). Methylphenidate in the treatment of aggression in two patients with antisocial personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 140,* 1365-1366.

Strober, M., Morrell, B., Burroughs, J., Salkin, B., & Jacobs, C. (1985). A controlled family study of anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research, 19,* 239-246.

Strober, M., Salkin, B., Burroughs, J., & Morrell, W. (1982). Validity of the bulimia-restrictor distinction in anorexia nervosa, *journal of Nervous and Mental Disease, 170,* 345-351.

Strong, R, Huang, J.S., Huang, S.S., Chung, H.D., Hale, C, et al. (1991). Degeneration of the cholinergic innervation of the locus ceruleus in Alzheimer's disease. *Brain Research, 542,* 23-28.

Strub, R.L., & Black, F.W. (1981). *Organic brain syndromes: An introduction to neurobehavioral disorders. Philadelphia: F.A. Davis*.

Strunin, L., & Hingson, R. (1987). Acquired immunodeficiency syndrome: Knowledge, beliefs, attitudes, and behaviors. *Pediatrics, 79,* 825 - 828.

Strupp, H.H. (1989). Psychotherapy: Can the practitioner learn from the re-

searcher? *American Psychologist, 44,* 717-724.

Strupp, H.H., Hadley, S.W., & Gomes-Schwartz, B. (1977). *Psychotherapy for better or worse: An analysis of the problem of negative effects*. New York: Jason Aronson.

Stuart, I.R., & Greer, J.G. (Eds.). (1984). *Victims of sexual aggression: Treatment of children, women and men*. New York: Van Nostrand-Reinhold.

Stuart, R.B. (1976). An operant interpersonal program for couples. In D.H.L. Olson (Ed.), *Treating relationships*. Lake Mills, IA: Graphic Publishing.

Stuart, R.B. (1978). Protection of the right to informed consent to participate in research. *Behavior Therapy, 9,* 73 -82.

Stunkard, A.J., & Rush, J. (1974). Dieting and depression reexamined: A critical review of reports of untoward responses during weight reduction for obesity. *Annals of Internal Medicine. 81.* 526-533.

Sturgis, E.T., & Adams, H.E. (1978). The right to treatment: Issues in the treatment of homosexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. 46,* 165-169.

Suddath, R.L., Christison, G.W., Torrey, E.F., Cassonova, M.F., Weinberger, D R. et al. (1990). Anatomical abnormalities in the brains of monozygotic twins discordant for schizophrenia. *New England Journal of Medicine, 322,* 789- 793.

Sue, D.W., & Sue, D. (1992). *Counseling the culturally different* (2nd ed.). New York: Wiley.

Sue, S., Zane, N., & Young, K. (1994). Research on psychotherapy with culturally diverse populations. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Fourth edition (pp. 783-820). New York: Wiley.

Suinn, R.M., & Richardson, R. (1971). Anxiety management training: A nonspecific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy, 2,* 498-510.

Sukhai, R.N., Mol, J., & Harris, A.S. (1989). Combined therapy of enuresis alarm and desmopressin in the treatment of nocturnal enuresis. *European Journal of Pediatrics, 148,* 465-467.

Sullivan, H.S. (1953). The interpersonal theory of psychiatry. *New York: Norton.*

Sullivan, P.F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 152,* 1073-1075.

Suls, J., & Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology, 4,* 249-288.

Sultenfuss, J., & Geczy, B., Jr. (1996). Group therapy on state hospital chronic wards: Some guidelines. *International Journal of Group Psychotherapy, 46,* 163-176.

Sundin, O., Ohman, A., Palm, T., & Strom, G. (1995). Cardiovascular reactivity, Type A behavior, and coronary heart disease: Comparisions between myocardial infarction patients and controls during laboratory-induced stress. *Psychophysiology,* 32. 28-35.

Suppes, T., Baldessarini, R.J., Faedda, G.L., & Tohen, M (1991). Risk of recurrence following discontinuation of lithium treatment in bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry, 48,* 1082-1087.

Susser. E.. & Wanderling, J. (1994). Epidemiology of nonaffective acute remitting psvehosis versus schizophrenia: Sex and sociocultural setting. *Archives of General Psychiatry, 51,* 294-301.

Susser E Neugebauer, R., Hoek, H.W., Brown. AS., Lin, S., et al. (1996). Schizophrenia after prenatal famine: Further evidence. *Archives of General Psychiatry, 53* 25-31.

Sussman. S. (1996). Development of a school-based drug abuse prevention curriculum for high-risk youth. *Journal of Psychoactive Drugs, 28,* 169-182.

Sussman, S., Dent, C.W., Burton, D., Stacy, A.W., & Flay, B.R. (1995). *Developing school-based tobacco use prevention and cessation programs*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Sussman, S., Dent, C.W., McAdams, L., Stacy, A.W., Burton, D., & Flay, B.R. (1994). Group self-identification and adolescent cigarette smoking: A 1-year prospective study. *Journal of Abnormal Psychology, 103,* 576 - 580.

Sussman, S., Dent, C.W., Simon, T.R., Stacy, A.W., Galaif, E.R., Moss, M.A., Craig, S., & Johnson, C.A. (1995). Immediate impact of social influence-oriented substance abuse prevention curricula in traditional and continuation high schools. *Drugs and Society, 8,* 65-81.

Sussman, S., Stacy, A.W., Dent, C.W., Simon, T.R., & Johnson, C.A. (in press). Marijuana use: Current issues and new research directions. *The Journal of Drug Issues*.

Sussman, S., Dent, C.W., Stacy, A.W., Burciage, C., Raynor, A., et al. (1990). Peer-group association and adolescent tobacco use. *Journal of Abnormal*

Psychology, 99, *349-352*.

Sutcliffe, J.P., & Jones, J. (1962). Personal identity, multiple personality, and hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 10,* 231-269.

Sutker, P.B., Davis, J.M., Uddo, M., & Ditta, A. (1995). Warzone stress, personal resources, and post-traumatic stress disorder in Persian Gulf War returnees. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 444-453.

Svartberg, M., & Stiles, T.C. (1991). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 704-714.

Swain, A., & Suls, J. (1996). Reproducibility of blood pressure and heart rate reactivity: A meta-analysis. *Psychophysiology, 33,* 162-174.

Swan, N. (1994). Marijuana, other drug use among teens continues to rise. *NIDA Notes: National Institute on Drug Abuse, 10,* 8-9.

Swann, W.B., Jr. (1996). Self-traps: The elusive quest for higher self-esteem. *New York: W.H. Freeman.*

Swanson, J.W., Holzer, C.E., Ganju, V.K., & Jono, R.T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiological Catchment Area surveys. *Hospital and Community Psychiatry, 41,* 761-770.

Swartz, M., Blazer, D., George, L., & Landerman, R. (1986). Somatization disorder in a community population. *American Journal of Psychiatry, 143,* 1403-1408.

Swartz, M., Blazer, D., George, L., & Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality in the community. *Journal of Personality Disorders, 1990,* 257- 272.

Sweet, J.J., Carr , M.A., Rossini, E., & Kasper, C. (1986). Relationship between the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery and the WISC-R: Further examination using Kaufman's factors. *International Journal of Clinical Neuropsychology, 8,* 177-180.

Sweet, R.A., Mulsant, B.H., Gupta, B., Rifai, A.H., Pasternak, R.E., et al. (1995). Duration of neuroleptic treatment and prevalence of tardive dyskinesia in late life. *Archives of General Psychiatry, 52,* 478-486.

Sweeting, H.W. (1995). Family life and health in adolescence. *Social Science and Medicine, 40,* 163-175.

Syndulko, K. (1978). Electrocortical investigations of sociopathy. In R.D. Hare & D. Schalling (Eds.), *Psychopathic behaviour: Approaches to research*. New York: Wiley.

Szasz, T. (1986). The case against suicide prevention. *American Psychologist, 41,* 806-812.

Szasz, T.S. (1963). *Law, liberty, and psychiatry*. New York: Macmillan.

Szasz, T.S. (Ed.). (1974). The age of madness: The history of involuntary hospitalization. *New York: Jason Aronson.*

Szatmari, P., Offord, D R., & Boyle, M.H. (1989). Ontario child health study: Prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity, *journal of Child Psychology and Psychiatry, 30,* 219-230.

Tallal, P., Miller, S.L., Bedi, G., Byma, G., Wang, X., Nagarajan, S.S., Schreiner, C., Jenkins, W.M., & Merzenich, M.M. (1996). Language comprehension in lan-

guage-learning impaired children improved with acoustically modified speech. *Science, 271,* 81-84.

Tallmadge, J., & Barkley, R.A. (1983). The interactions of hyperactive and normal boys with their mothers and fathers. *Journal of Abnormal Child Psychology, 11,* 565-579.

Tanzi, R.E., Gusella, R, Watkins, P.C., Bruns, G.A.P., St. George-Hyslop, P., Van Keunen, M.L., et al. (1987). Amyloid B protein gene: cDNA, mRNA distribution, and genetic linkage near the Alzheimer locus. *Science, 235,* 880-884.

Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist, 48,* 3-23.

Tate, B.G., & Baroff, G.S. (1966). Aversive control of self-injurious behavior in a psychotic boy. *Behaviour Research and Therapy, 4,* 281 -287.

Taylor, C.B. (1983). DSM-III and behavioral assessment. *Behavioral Assessment,* 5, 5-14.

Taylor, S.E., & Brown, J.D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin, 103,* 193-210.

Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Aspinwall, L.G., Schneider, S.G., Rodriguez, R., & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Journal of Personality and Social Psychology, 63,* 460 - 473.

Teasdale, J.D., Fennell, M.J.V., Hibbert, G.A., & Amies, P.L. (1984). Cognitive therapy for major depressive disorder in primary care. *British journal of Psychiatry, 44,* 400-406.

Telch, C.F., & Telch, M.J. (1986). Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: A comparison of strategies, *journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,* 802-808.

Telch, M.J., & Harrington, P.J. (in press). Anxiety sensitivity and expectedness of arousal in mediating affective response to 35% carbon dioxide inhalation.

Teplin, L.A. (1984). Criminalizing mental disorder: The comparative arrest rate of the mentally ill. *American Psychologist, 29,* 794 - 803.

Teri, L., & Lewinsohn, P.M. (1986). Individual and group treatment of unipolar depression: Comparison of treatment outcome and identification of predictors of successful treatment outcome. *Behavior Therapy, 17,* 215-228.

Teri, L., & Logsdon, R.G. (1992). The future of psychotherapy with older adults. *Psychotherapy, 29,* 81-87.

Teri, L., & Reifler, B.V. (1987). Depression and dementia. In L.L. Carstensen & B.A. Edelstein (Eds.), *Handbook of clinical gerontology*. New York: Pergamon.

Terman, L.M. (1995). *Genetic studies of genius*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Theodor, L.H., & Mandelcorn, M.S. (1973). Hysterical blindness: A case report using a psychophysical technique. *Journal of Abnormal Psychology, 82,* 552-553.

Thibaut, J.W., & Kelley, H.H. (1959). *The social psychology of groups*. New York: Wiley.

Thigpen, C.H., & Cleckley, H. (1954). *The three faces of Eve*. Kingsport, TN: Kingsport Press.

Thomas, S., Gilliam, A., & Iwrey, C. (1989). Knowledge about AIDS and reported risk behaviors among black college students. *Journal of American College Health,* 32, 61-66.

Thompson, G.O.B., Raab, G.M., Hepburn, W.S., Hunter, R., Fulton, M., & Laxen, D.P.H. (1989). Blood-lead levels and children's behaviour—Results from the Edinburgh lead study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30,* 515-528.

Thompson, L.W., Gallagher, D., & Breckenridge, J.S. (1987). Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 385-390.

Thoresen, C.E., Friedman, M., Powell, L.H., Gill, J.J., & Ulmer, D.K. (1985). Altering the type A behavior pattern in postinfarction patients. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation, 5,* 258-266.

Thyer, B.A., & Curtis, G.C. (1984). The effects of ethanol on phobic anxiety. *Behaviour Research and Therapy, 22,* 599-610.

Tiefer, L., Pedersen, B., & Melman, A. (1988). Psychosocial follow-up of penile prosthesis implant patients and partners. *Journal of Sex and Marital Therapy,* 34, 184-201.

Tienari, P. (1991). Interaction between genetic vulnerability and family environment: The Finnish adoptive family study of schizophrenia. *Acta Psychiatrica*

Scandinavica, 84, *460-465*.

Tillich, P. (1952). *The courage to be*. New Haven, CT: Yale University Press.

Tollefson, D.J. (1972). *The relationship between the occurrence of fractures and life crisis events*. Unpublished Master of Nursing thesis, University of Washington, Seattle.

Tollefson, G.D., Rampey, A.H., Jr., Potvin, J.H., Jenike, M.A., Rush, A.J., et al. (1994). A multicenter investigation of fixed-dose fluoxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry, 51,* 552-558.

Tomasson, K., Kent, D., & Coryell, W. (1991). Somatization and conversion disorders: Comorbidity and demographics at presentation. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 84,* 288-293.

Toran-Allerand, C.D. (1976). Sex steroids and the development of the newborn mouse hypothalamus and preoptic area in vitro: Implications for sexual differentiation. *Brain Research, 106,* 407-412.

Torgersen, S. (1983). Genetic factors in anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry, 40,* 1085-1089.

Torgersen, S. (1986). Genetics of somatoform disorder. *Archives of General Psychiatry, 43,* 502 - 505.

Torrey, E.F. (1996). Out of the shadows: Confronting America's mental health crisis. *New York: Wiley.*

Torrey, E.F., Taylor, E., Bowler, A., & Gottesman, 1. (1994). Schizophrenia and manic depressive disorder. The biological roots of mental illness as revealed by the landmark study of identical twins. *New York: Basic Books.*

Tramontana, J., & Stimbert, V. (1970). Some techniques of behavior modification with an autistic child. *Psychological Reports, 27,* 498.

Traskman, L., Asberg, M., Bertilsson, L., & Sjostrand, L. (1981). Monoamine metabolites in CSF and suicidal behavior. *Archives of General Psychiatry, 38,* 631-639.

Treffert, D.A., McAndrew, J.B., & Dreifuerst, P. (1973). An inpatient treatment program and outcome for 57 autistic and schizophrenic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 3,* 138-153.

Trickett, P.K., & Putnam, F.W. (1993). Impact of child sexual abuse on females: Toward a developmental, psychobiological integration. *Psychological Science, 4,* 81-87.

True, W.R., Rice, J., Eisen, S.A., Heath, A.C., Goldberg, J., et al. (1993). A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry, 50,* 257-264.

Truett, J., Cornfield, J., & Kannel, W. (1967). Multivariate analysis of the risk of coronary heart disease in Framingham. *Journal of Chronic Disease, 20,* 511-524.

Trull, T.J., Widiger, T.A., & Frances, A. (1987). Covariation of criteria for avoidant, schizoid, and dependent personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 144,* 767- 771.

Tsai, G., Parssani, L.A., Slusher, B.S., Carter, R., Baer, L., et al. (1995). Abnormal excitatory neurotransmitter metabolism in schizophrenic brains. *Archives of General Psychiatry, 52,* 829-836.

Tsoi, W.F. (1990). Developmental profile of 200 male and 100 female transsexuals in

Singapore. *Archives of Sexual Behavior, 19,* 595-605.

Tsuang, M.T., & Faraone, S.V. (1990). *The genetics of mood disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Tucker, J.A., Vuchinich, R.E., & Downey, K.K. (1992). Substance abuse. In S.M. Turner, K.S. Calhoun, & H.E. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy* (pp. 203- 223). New York: Wiley.

Tune, L.E., Wong, D.F., Pearlson, G.D., Strauss, M.E., Young, T., et al. (1993). Dopamine D2 receptor density estimates in schizophrenia: A positron-emission tomography study with "C-methylspiperone." *Psychiatry Research 49,* 219-237.

Tuomilehto, J., Geboers, J., Salonen. I T Nissinen, A., Kuulasman, K., & Puska, P. (1986). Decline in cardiovascular mortality in North Karelia and other parts of Finland. *British Medical Journal. 295.* 1068-1071.

Turk, D.C. (1996). Cognitive factors in chronic pain and disability. In K.S. Dobson & K.D. Craig (Eds.), *Advances in cognitive-behavioral therapy* (pp. 83-115). Thousand Oaks, CA: Sage.

Turk, D.C., Meichenbaum, D.H., & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive, behavioral perspective*. New York: Guilford.

Turk, D.C., Wack, J.T., & Kerns, R.D. (1985). An empirical examination of the "pain behavior" construct. *Journal of Behavioral Medicine, 8,* 119-130.

Turk-Charles, S., Rose, T., & Gatz, M. (1996). The significance of gender in the treatment of older adults. In L.L. Carstensen, B.A. Edelstein, & L. Dornbrand (Eds.), *The practical handbook of clinical gerontology* (pp. 107-128). Thousand Oaks, CA: Sage.

Turkat, I.D., & Maisto, S.A. (1985). Personality disorders: Application of the experimental method to the formulation and modification of personality disorders. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Guilford.

Turkewitz, H., & O'Leary, K.D. (1977). *A comparison of communication and behavioral marital therapy*. Paper presented at the Eleventh Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Atlanta.

Turkheimer, E. (in press). Heritability and biological explanation.

Turkheimer, E., & Parry, C.D. (1992). Why the gap? Practice and policy in civil commitment hearings. *American Psychologist, 47,* 646-655.

Turner, B.F., & Adams, C.G. (1988). Reported change in preferred sexual activity. *The Journal of Sex Research, 25,* 289-303.

Turner, L.A., Althof, S.E., Levine, S.B., Risen, C.B.. Bodner, D.R., Kursh, E.D., & Resnick, M.I. (1989). Self-injection of papaverine and phentolamine in the treatment of psvchogenic impotence. *Journal of Sex and Marital Therapy, 15,* 163-176.

Turner, R.J., & Sternberg, M.P. (1978). Psychosocial factors in elderly patients admitted to a psychiatric hospital. *Age and Aging. 7,* 171-177.

Turner, R.J., & Wagonfeld, M.O. (1967). Occupational mobility and schizophrenia. *American Sociological Review, 32,* 104-113.

Turner, R.M. (1993). Dynamic-cognitive-behavior therapy. In T. Giles (Ed.), *Handbook of effective psychotherapy* (pp. 437-454). New York: Plenum.

Turner, R.M. (1994). Borderline, narcissistic, and histrionic personality disorders. In M. Hersen & R.T. Ammerman (Eds.), *Handbook of prescriptive treatments for adults* (pp. 393-420). New York: Plenum.

Turner, S.M., Beidel, D.C., & Cooley-Quille, M.R. (1995). Two-year follow-up of social phobics treated with Social Effectiveness Therapy. *Behaviour Research and Therapy, 33,* 553-555.

Turner, S.M., Beidel, D.C., & Townsley, R.M. (1992). Behavioral treatment of social phobia. In S.M. Turner, K.S. Calhoun, & H.E. Adams (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy* (2nd ed., pp. 13-37). New York: Wiley.

Tuschen, B., & Bent, H. (1995). Intensive brief inpatient treatment of bulimia nervosa. In K.D. Brownell & C.G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehsive handbook*. New York: Guilford.

Twentyman, C.T., & McFall, R.M. (1975). Behavioral training of social skills in shy males. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43,* 384-395.

Tye, J. (1991). *Stop teenage addiction to tobacco*. Springfield, MA: Stop Teenage Addiction to Tobacco.

Tykra, A.R., Cannon, T.D., Haslam, N., Mednick, S.A, Schulsinger, F., et al.

(1995). The latent structure of schizotypy. I. Premorbid indicators of a taxon of individuals at risk for schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 173-184.

U. S. Department of Health and Human Services (1991). *Health United States: 1990*. Washington, DC. U.S. Government Printing Office.

U.S. Bureau of the Census (1990). *Statistical abstract of the United States*. Washington, DC.

U.S. Bureau of the Census. (1986). *Statistical brief*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

U.S. Department of Health and Human Services, National Center for Health Statistics. (1990a, August 30). *Monthly vital statistics*.

U.S. Department of Health and Human Services. (1982). Prevention in adulthood: Self-motivated quitting. In *Cancer: The health consequences of smoking, a report of the Surgeon General*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

U.S. Department of Health and Human Services. (1989). *Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General, Executive summary* (DHHS Publication No. CDC 89-8411). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

U.S. Department of Health and Human Services. (1990b). *The health benefits of smoking cessation: A report of the surgeon general*. Alexandria, VA: Author.

U.S. Department of Health and Human Services. (1993). *Eighth special report to the U.S. Congress on alcohol and health*. Alexandria, VA: Author.

U.S. Department of Health and Human Services. (1994). *National survey results on drug use from the Monitoring the Future Study, 1975-1993*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

U.S. Department of Health and Human Services. (1997). *Alcohol and health*. Washington, DC: NIH.

Ullmann, L., & Krasner, L. (1975). A *psychological approach to abnormal behavior* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Upper, D., & Ross, S.M. (Eds.). (1980). *Behavioral group therapy 1980: An annual review*. Champaign, IL: Research Press.

Vaillant, G.E. (1979). Natural history of male psychologic health: Effects of mental health on physical health. *New England Journal of Medicine, 301,* 1249-1254.

Vaillant, G.E. (1983). The natural history of alcoholism: Causes, patterns, and paths to recovery. *Cambridge, MA: Harvard University Press.*

Vaillant, G.E. (1996). A long-term followup of male alcohol abuse. *Archives of General Psychiatry, 53,* 243-250.

Valdes, M., Garcia, L., Treserra, J., & et al. (1989). Psychogenic pain and depressive disorders: An empirical study. *Journal of Affective Disorders, 16,* 21-25.

van Broeckhoven, C.L. (1995). Molecular genetics of Alzheimer disease: Identification of genes and gene mutations. *European Neurology, 35,* 8-19.

van den Broucke, S., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1995). Marital Communication in Eating Disorders: A Controlled Observational Study. *International Journal of Eating Disorders, 17,* 1-23.

Van der Kolk, B., Greenberg, M., Boyd, H., & Krystal, J.H. (1985). Inescapable shock, neurotransmitters, and addiction to trauma: Toward a psychobiology of

posttraumatic stress. *Biological Psychiatry, 20,* 314-325.

van der Kolk, B.A., Dreyfuss, D., Michaels, M., Shera, D., Berkowitz, R., et al. (1994). Fluoxetine in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 15,* 517-523.

van Egeren, L.F., & Madarasmi, S. (1987). A computerized diary for ambulatory blood pressure monitoring. In N. Schneiderman (Ed.), *Handbook on methodsandmeasurementsincardiovascularbehavioral medicine*. New York: Plenum,

van Praag, H., Plutchik, R., & Apter, A. (Eds.), (1990). *Violence and suicidality*. New York: Brunner/Mazel.

van Reekum, R., Conway, C.A., Gansler, D., & White, R. (1993). Neurobehavioral study of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 18,* 121-129.

vanKammen, D.P., Bunney, W.E., Docherty, J.P., Jimerson, D.C., Post, R.M., Sivis, S., Ebart, M., & Gillin, J.C. (1977). Amphetamine-induced catecholamine activation in schizophrenia and depression. *Advances in Biochemical Psychopharmacology, 16,* 655-659.

vanKammen, D.P., Hommer, D.W., & Malas, K.L. (1987). Effects of pimozide on positive and negative symptoms in schizophrenic patients: Are negative symptoms state dependent? *Neuropsychobiology, 18,* 113-117.

vanKammen, W.B., Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (1991). Substance use and its relationship to conduct problems and delinquency in young boys. *Journal of Youth and Adolescence, 20,* 399-413.

Vanzi, M. (1996, August 31). Drug castration bill passes, goes to Gov. Wilson. *Los Angeles Times,* pp. Al, A26.

Vardaris, R.M., Weisz, D.J., Fazel, A., & Rawitch, A.B. (1976). Chronic administration of delta-9-tetrahydrocannabinol to pregnant rats: Studies of pup behavior and placental transfer. *Pharmacology and Biochemistry of Behavior, 4,* 249-254.

Varner, R.V., & Gaitz, C.M. (1982). Schizophrenic and paranoid disorders in the aged. In L.F. Jarvik & G.W. Small (Eds.), *Psychiatric Clinics of North America*. Philadelphia: Saunders.

Varni, J.W. (1981). Self-regulation techniques in the management of chronic arthritic pain in hemophilia. *Behavior Therapy, 12,* 185-194.

Varni, J.W., & Bernstein, B.H. (1991). Evaluation and management of pain in children with rheumatoid diseases. *Pediatric Rheumatology, 17,* 985-1000.

Varni, J.W., & Dietrich, S.L. (1981). Behavioral pediatrics: Towards a reconceptualization. *Behavioral Medicine Update, 3,* 5-7.

Varni, J.W., & Wallander, J.L. (1984). Adherence to health-related regimens in pediatric chronic disorders. *Clinical Psychology Review, 4,* 585-596.

Varni, J.W., Blount, R.L., Waldron, S.A., & Smith, A.J. (1997). Management of pain and distress. In M.C. Roberts (Ed.), *Handbook of pediatric psychology*. New York: Guilford.

Vaughn, C.E., & Leff, J.P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry, 129,* 125-137.

Ventura, J., Neuchterlein, K.H., Lukoff, D., & Hardesty, J.D. (1989). A prospective study of stressful life events and schizophrenic relapse. *Journal of Abnormal Psychology, 98,* 407-411.

Vernberg, E.M., LaGreca, A.M., Silverman, W.K., & Prinstein, M.J. (1996). Prediction of post-traumatic stress symptoms in children after hurricane Andrew. *Journal of Abnormal Psychology, 105,* 237-249.

Viederman, M. (1986). Somatoform and factitious disorders. In A.M. Cooper, A.J. Frances, & M.H. Sacks (Eds.), *The personality disorders and neuroses*. Philadelphia: Lippincott.

Vinogradov, S., & Yalom, I. (1989). *Group therapy*. Washington, EXT: American Psychiatric Press.

Vitousek, K, & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology, 103,* 137-147.

Vogel, V.G., Graves, D.S., Vernon, S.W., Lord, J.A., Winn, R.J., & Peters, G.N. (1990). Mammography screening of women with increased risk of breast cancer. *Cancer, 66,* 1613-1620.

Volpicelli, J.R., Watson, N.T., King, A.C., Shermen, C.E., & O'Brien, CP. (1995). Effects of naltrexone on alcohol "high" in alcoholics. *American Journal of Psychiatry, 152,* 613-617.

von Krafft-Ebing, R. (1902). *Psychopathia sexualis*. Brooklyn, NY: Physicians and Surgeons Books.

Vygotsky, L.S. (1978). *Mind in society: The development of higher psyhological processes* (M. Cole, V. John-Steiner, S. Scribner, & E. Souberman, Eds. and Trans.). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Wachtel, E.F., & Wachtel, P.L. (1986). Family dynamics in individual psychotherapy: A guide to clinical strategies. *New York: Guilford.*

Wachtel, P.L. (1977). Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration. *New York: Basil; Books.*

Wachtel, P.L. (1982). Vicious circles: The self and the rhetoric of emerging and unfolding. *Contemporary Psychoanalysis, 18,* 259-273.

Wachtel, P.L. (1993). Therapeutic communication: Principles and effective practice. *New York: Guilford.*

Wachtel, P.L. (1997). *Psychoanalysis, behavior therapy and the relational world*. Washington, DC: American Psychological Association.

Wahl, O.F. & Harrman, C.R. (1989). Family views of stigma. *Schizophrenia Bulletin, 15,* 131-139.

Wakefield, H., & Underwager, R. (1994). *Return of the furies: An investigation into recovered memory therapy*. Chicago: Open Court Publishing.

Wakefield, J. (1992). Disorder as dysfunction: A conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychological Review, 99,* 232-247.

Walco, G.A., Varni, J.W., & Ilowite, N.T. (1992). Cognitive-behavioral pain management in children with juvenile rheumatoid arthritis. *Pediatrics, 89,* 1075-1079.

Waldenger, R.J., & Frank, A.E. (1989). Clinicians' experiences in combining medication and psychotherapy in the treatment of borderline patients. *Hospital and Community Psychiatry, 40,* 712-718.

Waldron, I. (1976). Why do women live longer than men? *Journal of Human Stress,* 2, 1-13.

Walen, S., Hauserman, N.M., & Lavin, P.J. (1977). *Clinical guide to behavior therapy*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Walitzer, K.S., & Connors, G.J. (1994). Psychoactive substance use disorders. In M. Hersen & R.T. Ammerman (Eds.), *Handbook of prescriptive treatments for adults* (pp. 53-71). New York: Plenum.

Walker, E.F., Davis, D.M., & Savoie, T.D. (1994). Neuromotor precursors of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 20,* 441-451.

Walker, E.F., Grimes, K.E., Davis, D.M., & Adina, J. (1993). Childhood precursors of schizophrenia: Facial expressions of emotion. *American Journal of Psychiatry, 150,* 1654-1660.

Walker, J.L., Lahey, B.B., Russo, M.F., Frick, *P.J.,* Christ, M.A.G., McBurnett, K., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., & Green, S.M. (1991). Anxiety, inhibition, and conduct disorder in children: 1. Relations to social impairment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30,* 187-191.

Wallace, C.J., Boone, S.E., Donahoe, C.P., & Foy, D.W. (1985). The chronically mentally disabled: Independent living skills training. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Guilford.

Waller, D.A., Kiser, S., Hardy, B.W., Fuchs, I., & Feigenbaum, L.P. (1986). Eating behavior and plasma beta-endorphin in

bulimia. *American Journal of Clinical Nutrition, 4,* 20-23.

Wallerstein, R.S. (1986). Forty-tivo lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy. *New York: Guilford.*

Wallerstein, R.S. (1989). The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation: An overview. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57,* 195-205.

Walling, M., Anderson, B.L., & Johnson, S.R. (1990). Hormonal replacement therapy for postmenopausal women: A review of sexual outcomes and related gynecologic effects. *Archives of Sexual Behavior, 19,* 119-137.

Walsh, D.C., & Hingson, R.W. (1991). A randomized trial of treatment for alcohol abusing workers. *New England Journal of Medicine, 325,* 775 - 782.

Walters, E., & Kendler, K.S. (1994). Anorexia nervosa and anorexia-like symptoms in- a population based twin sample. *American Journal of Psychiatry, 152,* 62-71.

Walters, E.E., Neale, M.C., Eaves, L.J., Lindon, J., & Heath, A.C. (1992). Bulimia nervosa and major depression: A study of common genetic and environmental factors. *Psychological Medicine, 22,* 617-622.

Ward, C.H., Beck, A.T., Mendelson, M., Mock, E., & Erbaugh, J.K. (1962). The psychiatric nomenclature: Reasons for diagnostic disagreement. *Archives of General Psychiatry, 7,* 198-205.

Warren, C.A.B. (1982). *The court as last resort: Mental illness and the law.* Chicago: University of Chicago Press.

Wartenberg, A.A., Nirenberg, T.D., Liepman, M.R., Silvia, L.Y., Begin, A.M., & Monti, P.M. (1990). Detoxification of alcoholics: Improving care by symptom-triggered sedation. *Alcoholism: Clinical*

and Experimental Research, 14, *71-75.*

Waskow, I.E. (1984). Specification of the technique variable in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. In J.B.W. Williams & R.L. Spitzer (Eds.), *Psychotherapy research: Where are we and where should we go?* New York: Guilford.

Watkins, J.G. (1984). The Bianchi (L.A. Hillside Strangler) case: Sociopath or multiple personality? *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 32,* 67-101.

Watson, D., & Pennebaker, J.W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review, 96,* 234-254.

Watson, G.C., & Buranen, C. (1979). The frequency and identification of false positive conversion reactions. *Journal of Nervous and .Mental Disease, 167,* 243-247.

Watson, J.B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review, 20,* 158-177.

Watson, J.B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology, 3,* 1-14.

Watt, N.F. (1974). Childhood and adolescent roots of schizophrenia. In D. Ricks, A. Thomas, & M. Roll (Eds.), *life history research in psychopathology* (Vol. 3). Minneapolis: University of Minnesota Press.

Watt, N.F., Stolorow, R.D., Lubensky, A.W., & McClelland, D.C. (1970). School adjustment and behavior of children hospitalized for schizophrenia as adults. *American Journal of Orthopsychiatry, 40,* 637-657.

Wattis, J.P. (1990). Diagnostic issues in depression in old age. *International Clinical Psychopharmacology,* 5, 1-6.

Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D.D. (1967). Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes. *New York: Norton.*

Weaver, T.L., & Clum, G.A. (1993). Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 1068-1075.

Webb, W.B., & Campbell, S.S. (1980). Awakenings and the return to sleep in an older population. *Sleep, 3,* 41-66.

Weber, T. (1996, December 2). Tarnishing the golden years with addiction. *Los Angeles Times,* pp. Al, A37.

Wechsler, D. (1968). *Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos.* New York: Psychological Corporation.

Wechsler, H., Davenport, A., Dowdell, G., Moeykens, B., & Castillo, S. (1994).

Health and behavioral consequences of binge drinking in college: A national survey of students at 140 campuses. *Journal of the American Medical Association, 272,* 1672-1677.

Wechsler Intelligence Scale for Children. Third Edition. (1991). San Antonio: The Psychological Corporation.

Weg, R.B. (Ed.). (1983). *Sexuality in the later years: Roles and behavior.* New York: Academic Press.

Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter, S.R., & White, T.L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology, 53,* 5-13.

Wegner, D.M., Schneider, D.J., Knutson, B., & McMahon, S.R. (1991). Polluting the stream of consciousness: The effect of thought suppression on the mind's environment. *Cognitive Therapy and Research, 15,* 141-152.

Weicz, J R., Suwanlert, S., Chaiyasit, W., & Walter, B.R. (1987). Over-and undercontrolled referral problems among children and adolescents from Thailand and the United States: The *wat* and *wai* of cultural differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 719-726.

Weidner, G., & Collins, R.L. (1993). Gender, coping, and health. In H.W. Krohne (Ed.), *Attention and avoidance.* New York: Springer-Verlag.

Weidner, G., & Griffin, K.W. (1995). Psychological aspects of cholesterol-lowering. *Cardiovascular Risk Factors, 5,* 1-7.

Weidner, G., Connor, S.L., Hollis, J.F., & Connor, W.E. (1992). Improvements in hostility and depression in relation to dietary change and cholesterol lowering. *Annals of Internal Medicine, 117,* 820-823.

Weidner, G., Sexton, G., McLellarn, R., Connor, S.L., & Matarazzo, J.D. (1987). The role of Type A behavior and hostility in the elevation of plasma lipids in adult women and men. *Psychosomatic Medicine, 49,* 136-146.

Weidner, G., Friend, R., Ficarroto, T.J., & Mendell, N.R. (1989). Hostility and cardiovascular reactivity to stress in women and men. *Psychosomatic Medicine,* 51, 36-45.

Weikel, D. (1996, April 7). Meth labs: How young lives are put in peril. *Los Angeles Times,* pp. Al, A18.

Weiler, P.G., Mungas, D., & Pomerantz, S. (1988). AIDS as a cause of dementia in the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society, 36,* 139-141.

Weinberger, D.R. (1987). Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 44,* 660- 669.

Weinberger, D.R., Berman, K.F., & Illowsky, B P. (1988). Physiological dysfunction of dorsolateral prefrontal cortex in schizophrenia: 3. A new cohort and evidence for a monoaminergic mechanism. *Archives of General Psychiatry, 45,* 609-615.

Weinberger, D.R., Cannon-Spoor, H.E., Potkin, S.G., & Wyatt, R.J. (1980). Poor premorbid adjustment and CT scan abnormalities in chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 137,* 1410-1413.

Weinberger, D.R., Wagner, R.L., & Wyatt, R.J. (1983). Neuropathological studies of schizophrenia: A selective review. *Schizophrenia Bulletin, 9,* 193-212.

Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion.* Unpublished manuscript, University of California at Los Angeles.

Weiner, B., Frieze, L., Kukla, A., Reed, L., Rest, S., & Rosenbaum, R.M. (1971). *Per-*

ceiving the causes of success and failure. New York: General Learning Press.

Weiner, H. (1977). *Psychobiology and human disease*. New York: Elsevier.

Weingartner, H., & Silverman, E. (1982). Models of cognitive impairment: Cognitive changes in depression. *Psychopharmacology Bulletin, 18,* 27-42.

Weinstein, H. (1996, March 7). Assisted deaths ruled legal: 9th Circuit lifts ban of doctor-aided suicide. *Los Angeles Times,* pp. Al, A16.

Weinstein, H., & Groves, M. (1996, March 14). Tobacco firm agrees to settle a health suit. *Los Angeles Times,* pp. Al, A12.

Weinstein, K.A., Davison, G.C., DeQuattro, V., & Allen, J.W. (1986). *Type ^ behavior and cognitions: Is hostility the bad actor?* Paper presented at the 94th Annual Convention of the American Psychological Association, Washington, DC.

Weintraub, S., Liebert, D.E., & Neale, J.M. (1975). Teacher ratings of children vulnerable to psychopathology. *American Journal of Orthopsychiatry, 45,* 838-845.

Weintraub, S., Prinz, R., & Neale, J.M. (1978). Peer evaluations of the competence of children vulnerable to psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology, 6,* 461-473.

Weiss, B., Weisz, J.R., & Bromfield, R. (1986). Performance of retarded and nonretarded persons on information-processing tasks: Further tests of the similar structure hypothesis. *Psychological Bulletin, 100,* 157-175.

Weiss, G. (1983). Long-term outcome: Findings, concepts, and practical implications. In M. Rutter (Ed.), *Developmental neuropsychiatry*. New York: Guilford.

Weiss, G., & Hechtman, L. (1986). *Hyperactive children grown up*. New York: Guilford.

Weiss, R.L., & Cerreto, M.C. (1980). The Marital Status Inventory: Development of a measure of dissolution potential. *American Journal of Family Therapy, 8,* 80-85.

Weiss, S. (1986). Introduction and overview. In K.A. Matthews, S.J. Weiss, T. Detre, T.M. Dembroski, B. Falkner, S.B. Manuck, & R.B. Williams (Eds.), *Handbook of stress, reactivity, and cardiovascular disease*. New York: Wiley.

Weissberg, R.P., Çaplan, M., & Harwood, R.L. (1991). Promoting competent young people in competence-enhancing environments: A systems-based perspective on primary prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 830-841.

Weissberg, R.P., Gesten, E.L., Rapkin, B.D., Cowen, E.L., Davidson, E., deApodaca, R.F., & McKim, B.J. (1981). Evaluation of a social-problem-solving training program for suburban and inner-city third-grade children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49,* 251-261.

Weissman, A.N., & Beck, A.T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, Toronto.

Weissman, M.M. (1993). The epidemiology of personality disorders: A 1990 update. *Journal of Personality Disorders, 7,* 44-61.

Weissman, M.M. (1995). Mastering depression: A patient's guide to interpersonal psychotherapy. *New York: Graywind.*

Weissman, M.M., & Markowitz, J.C. (1994). Interpersonal psychotherapy: Current status. *Archives of General Psychiatry, 51,* 599-605.

Weissman, M.M., Klerman, G.L., & Paykel, E.S. (1971). Clinical evaluation of hostility in depression. *American Journal of Psychiatry, 128,* 261 -266.

Weissman, M.M., Klerman, G.L., Paykel, E.S., Prusoff, A., & Hanson, B. (1974). Treatment effects on the social adjustment of depressed patients. *Archives of General Psychiatry, 30,* 771-778.

Weissman, M.M., Prusoff, B.A., DiMascio, A., New, C., Goklaney, M., & Klerman, G.L. (1979). The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *American Journal of Psychiatry, 36,* 555-558.

Weisz, J.R., & Weiss, B. (1991). Studying the "referability" of child clinical problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 266-273.

Weisz, J.R., & Yeates, K.D. (1981). Cognitive development in retarded and nonretarded persons: Piagetian tests of the similar structure hypothesis. *Psychological Bulletin, 90,* 153-178.

Weisz, J.R., Suwanlert, S., Chaiyasit, W., Weiss, B., Walter, B.R., & Anderson, W.W. (1988). Thai and American perspectives on over- and undercontrolled child behavior problems: Exploring the threshold model among parents, teachers, and psychologists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 601-609.

Weitzenhoffer, A.M., & Hilgard, E.R. (1959). *Stanford hypnotic susceptibility scale, Forms A and B*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Welch, S.L., & Fairburn, C.G. (1994). Sexual abuse and bulimia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *American Journal of Psychiatry, 151,* 402-407.

Wells, C.E., & Duncan, G.W. (1980). *Neurology for psychiatrists*. Philadelphia: F.A. Davis.

Wender, PH., Kety, S.S., Rosenthal, D., Schulsinger, F., Ortmann, J., & Lunde, I. (1986). Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. *Archives of General Psychiatry, 43,* 923-929.

Wenzlaff, R.M., Wegner, D.M., & Klein, S.B. (1991). The role of thought suppression in the bonding of thought and affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 60,* 500-508.

West, D.J. (1977). *Homosexuality re-rexamined*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Wester, P., Eriksson, S., Forsell, A., Puu, G., & Adolfsson, R. (1988). Monoamine metabolite concentrations and cholinesterase activities in cerebrospinal fluid of progressive dementia patents: Relation to clinical parameters. *Acta Neurologica Scandinavica, 77,* 12-21.

Whalen, C.K. (1983). Hyperactivity, learning problems, and the attention deficit disorders. In T.H. Ollendick & M. Hersen (Eds.), *Handbook of child psychopathology*. New York: Plenum.

Whalen, C.K., & Henker, B. (1985). The social worlds of hyperactive (ADDH) children. *Clinical Psychology Review, 5,* 447-478.

Whalen, C.K., & Henker, B. (1991). Therapies for hyperactive children: Comparisons, combinations, and compromises. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 126-137.

Whalen, C.K., Henker, B., Hinshaw, S.P., Heller, T., & Huber-Dressler, A. (1991). Messages of medication: Effects of actual versus informed medication status on hyperactive boys' expectancies and self-evaluations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59,* 602 -606.

White, J., Davison, G.C., Haaga, D.A.F., & White, K. (1992). Articulated thoughts and cognitive distortion in depressed and nondepressed psychiatric patients. *journal of Nervous and Mental Disease, 180,* 77-81.

White, K., & Cole, J.O. (1990). Pharmacotherapy. In A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Handbook of comparative treatments for adult disorders* (pp. 266 - 284). New York: Wiley.

White, P.F. (1986). Patient-controlled analgesia: A new approach to the management of postoperative pain. *Seminars in Anesthesia, 4,* 255-266.

Whitehead, W.E., Burgio, K.L., & Engel, B.T. (1985). Biofeedback treatment of fecal incontinence in geriatric patients. *Journal of the American Geriatrics Society, 33,* 320-324.

Whitford, R., & Parr, V. (1995). Use of rational emotive behavior therapy with juvenile sex offenders. *Journal of Ratio-*

nal-Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 13, 273 -282.

Whitlock, F.A. (1967). The aetiology of hysteria. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 43,* 144-162.

Whitman, T.L. (1990). Self-regulation and mental retardation. *American Journal on Mental Retardation, 94,* 347-362.

Whyte, S., Bayreuther, K., & Masters, C.L. (1994). Rational therapeutic strategies for Alzheimer's disease. In D.B. Calne (Ed.), *Neurodegenerative diseases*. Philadelphia: Saunders.

Wickens, D.D., Allen, C.K., & Hill. FA (1963). Effects of instruction on extinction of the conditioned GSR. *Journal of Experimental Psychology, 66,* 235-240.

Widiger, T.A., & Costa, P.T., Jr. (1994). Personality and personality disorders, *journal of Abnormal Psychology, 95,* 43-51.

Widiger, T.A., Frances, A., & Trull, T.J. (1987). A psychometric analysis of the social-interpersonal and cognitive-perceptual items for the schizotypal personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 44,* 741 -745.

Widiger, T.A., Frances, A., Spitzer, R.L., & Williams, J.B.W. (1988). The DSM-III personality disorders: An overview. *American Journal of Psychiatry, 145,* 786 - 795.

Wig, N.N., & Varma, V.K. (1977). Patterns of long-term heavy cannabis use in North India and its effects on cognitive functions. A preliminary report. *Drug and Alcohol Dependence,* 2, 211 -219.

Wigdor, B., & Morris, G. (1977). A comparison of twenty-year medical histories of individuals with depressive and paranoid states. *Journal of Gerontology, 32,* 160-163.

Wilder, A. (1980). Opioid dependence: Mechanisms and treatment. *NY: Plenum*.

Willi, J., & Grossman, S. (1983). Epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *American Journal of Psychiatry, 140,* 564-567.

Williams, D.A., Compas, B., Leitenberg, H., & Haaga, D.A.F. (in press). Empirically supported psychological treatments: A sampling from health psychology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

Williams, H., & McNicol, K.N. (1969). Prevalence, natural history and relationship of wheezy bronchitis and asthma in children: An epidemiological study. *British Medical Journal, 4,* 321-325.

Williams, J.B.W., Gibbon, M., First, M.B., Spitzer, R.L., Davies, M., et al. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): 2. Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry. 49,* 630-636.

Williams, J.M., Little, M.M., Scates, S., & Blackman, N. (1987). Memory complaints and abilities among depressed older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55,* 595-598.

Williams, K., Goodman, M., & Green, R. (1985). Parent-child factors in gender role socialization in girls. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 26,* 720 - 731.

Williams, L.M. (1995). Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62,* 1167-1176.

Williams, M.E., Davison, G.C., Nezami, E., & DeQuattro, V. (1992). Cognitions of type A and type B individuals in response to social criticism. *Cognitive Therapy and Research, 16,* 19-30.

Williams, R.B. (1987). Psychological factors in coronary artery disease: Epidemiological evidence. *Circulation, 76,* 117-123.

Williams, R.B., Barefoot, J.C., Haney, T.H., Harrell, F.E., Blumenthal, J., Pryor, D.B., & Peterson, B. (1986). *Type behavior andangiographicallydocumentedcoronary atherosclerosis in a sample of 2, 289 patients*. Paper presented at the annual meeting of the Psychosomatic Society.

Williams, S.L., & Rappoport, A. (1983). Cognitive treatment in the natural environment for agoraphobics. *Behavior Therapy, 14,* 299-313.

Williamson, D.A., Goreczny, A.J., Davis, C.J., Ruggiero, L., & MacKenzie, S.L. (1988). Psychophysiological analysis of the anxiety model of bulimia nervosa. *Behavior Therapy, 19,* 1-9.

Wills, T.A., DuHamel, K., & Vaccaro, D. (1995). Activity and mood temperament as predictors of adolescent substance use: Test of a self-regulation model. *Journal of Personality and Social Psychology,* 68, 901-916.

Wilsnak, S.C. (1984). Drinking, sexuality, and sexual dysfunction in women. In S.C. Wilsnak & L.J. Beckman (Eds.), *Alcohol problems in women: Antecedents, consequences, and intervention* (pp. 189-227). New York: Guilford.

Wilson, G. T. (in press). Manual-based treatment and clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*.

Wilson, G.T. (1991). Chemical aversion conditioning in the treatment of alcoholism: Further comments. *Behaviour Research and Therapy, 29,* 405-420.

Wilson, G.T. (1995). Empirically validated treatments as a basis for clinical practice: Problems and prospects. In S.C. Hayes, V.M. Follette, R.M. Dawes, & K.E. Grady (Eds.), *Scientific standards of psychological practice: Issues and recommendations*. Reno, NV: Context Press.

Wilson, G.T. (1996). Manual-based treatments: The clinical application of research findings. *Behaviour Research and Therapy, 34,* 295-314.

Wilson, G.T., & Davison, G.C. (1971). Processes of fear reduction in systematic desensitization. Animal studies. *Psychological Bulletin, 76,* 1-14.

Wilson, G.T., & Lawson, D.M. (1976). The effects of alcohol on sexual arousal in women. *Journal of Abnormal Psychology, 85,* 489 -497.

Wilson, G.T., & Pike, K.M. (1993). Eating disorders. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (pp. 278-317). New York: Guilford.

Wilson, G.T., & Rachman, S. (1983). Meta-analysis and the evaluations of psychotherapy outcome: Limitations and liabilities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51,* 54-64.

Wilson, G.T., Eldredge, K.L., Smith, D., & Niles, B. (1991). Cognitive-behavioural treatment with and without response prevention for bulimia. *Behaviour Research and Therapy, 29,* 575 -583.

Wilson, T.D., Goldin, J.C., & Charbonneau-Powis, M. (1983). Comparative efficacy of behavioral and cognitive treatments of depression. *Cognitive Therapy and Research, 7,* 111-124.

Wilson, W.R. (1975). *Unobtrusive induction of positive attitudes*. Unpublished doctoral dissertation, University of Michigan.

Winchel, R.M., Stanley, B., & Stanley, M. (1990). Biochemical aspects of suicide. In S.J. Blumenthal & D.J. Kupfer (Eds.), *Suicide over the life cycle: Risk factors, assessment and treatment of suicidal patterns* (pp. 97-126). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Wincze, J.P., & Carey, M.P. (1991). Sexual dysfunction: A guide for assessment and treatment. *New York: Guilford*.

Winett, R.A., & Winkler, R.C. (1972). Current behavior modification in the classroom: Be still, be quiet, be docile. *Journal of Applied Behavior Analysis, 5,* 499-504.

Wing, L. (1976). Diagnosis, clinical description, and prognosis. In L. Wing (Ed.), *Early childhood autism: Clinical, educational, and social aspects*. New York: Pergamon.

Wing, L., & Attwood, A. (1987). Syndromes of autism and atypical development. In D.J. Cohen, A.M. Donnellan, & R. Paul (Eds.), *Handbook of autism and pervasive developmental disorders* (pp. 3-19). New York: Wiley.

Winick, B.J. (1993). Psychotropic medication in the criminal trial process: The constitutional and therapeutic implications of *Riggins v. Nevada*. *New York Law School Journal of Human Rights, 10,* 637-709.

Winick, B.J. (1994). The right to refuse mental health treatment: A therapeutic jurisprudence analysis. *International Journal of Law and Psychiatry, 17,* 99-117.

Winick, B.J. (1996). The MacArthur Treatment Competence Study: Legal and

therapeutic implications. *Psychology, Public Policy, and Law,* 2, 137-166.

Winick, B.J. (1997) *The right to refuse mental health treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Winick, C. (1962). Maturing out of narcotic addiction. *Bulletin on Narcotics, 14,* 1-7.

Winkler, R. (1977). What types of sex-role behavior should behavior modifiers promote? *Journal of Applied Behavior Analysis, 10,* 549-552.

Winters, K.C., & Neale, J.M. (1985). Mania and low self-esteem. *Journal of Abnormal Psychology, 94,* 282 -290.

Winters, K.C., Weintraub, S., & Neale, J.M. (1981). Validity of MMPI code types in identifying DSM-III schizophrenics, unipolars and bipolars. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49,* 486-487.

Wirz-Justice, A., Graw, P., Krauchi, K., Gisin, B., Jochum, A., et al. (1993). Light therapy in seasonal affective disorder is independent of time of day or circadian Phase. *Archive of General Psychiatry, 50,* 927-940.

Wischik, C. (1994). Molecular neuropathology of Alzheimer's disease. In C.L.A. Katona (Ed.), *Dementia disorders: Advances and prospects*. London: Chapman and Hall.

Wise, T. (1978). Where the public peril begins: A survey of psychotherapists to determine the effects of Tarasoff. *Stanford Law Review, 31,* 165-190.

Wiseman, C.V., Gray, J.J., Mosimann, J.E., & Arhens, A.H. (1992). Cultural expectations of thinness in women: An update. *International Journal of Eating Disorders, 11,* 85-89.

Wittchen, H.U., Zhao, S., Kessler, R.C., & Eaton, W.W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry, 51,* 355- 364.

Wold, D.A. (1968). *The adjustment of siblings to childhood leukemia*. Unpublished medical thesis, University of Washington, Seattle.

Wolf, A. (1949). The psychoanalysis of group. *American Journal of Psychotherapy, 3,* 16-50.

Wolf, A., & Kutash, I.L. (1990). Psychoanalysis in groups. In I.L. Kutash & A. Wolf (Eds.), *The group psychotherapist's handbook: Contemporary theory and technique*. New York: Columbia University Press.

Wolf, M., Bally, H., & Morris, R. (1986). Automaticity, retrieval processes, and reading: A longitudinal study in average and impaired readers. *Child Development,* 57, 988-1000.

Wolfe, D.A., Reppucci, N.D., & Hart, S. (1995). Child abuse prevention: Knowledge and priorities. *Journal of Clinical Child Psychology, 24,* 5- 22.

Wolfe, J.L. (1995). Rational emotive behavior therapy women's groups: A twenty year retrospective. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy, 13,* 153-170.

Wolfe, R., Morrow, J., & Frederickson, B.L. (1996). Mood disorders in older adults. In L.L. Carstensen, B.A. Edelstein, & L. Dornbrand (Eds.), *The practical handbook of clinical gerontology* (pp. 274- 303). Thousand Oaks, CA: Sage.

Wolfe, V.V. (1990). Sexual abuse of children. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A.E. Kazdin (Eds.), *International handbook of behavior modification and therapy* (2nd ed., pp. 707- 729). New York: Plenum.

Wolin, S.J. (1980). Introduction: Psychosocial consequences. In *Alcoholism and alcoholabuseamongwomen:Researchissues*. Rockviile, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Wolitzky, D. (1995). Traditional psychoanalytic psychotherapy. In A.S. Gurman & S.B. Messer (Eds.), *Essential psychotherapies: Theory and practice*. New York: Guilford.

Wolitzky, D.L., & Eagle, M.N. (1990). Psychotherapy. In A.S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Handbook of comparative treatments for adult disorders* (pp. 123-143). New York: Wiley.

Wolpe,J.(1958).*Psychotherapybyreciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Wolraich, M., Milich, R., Stumbo, P., & Schultz, F. (1985). The effects of sucrose ingestion on the behavior of hyperactive boys. *Pediatrics, 106,* 675-682.

Wong, D.F., Wagner, H.N., Tune, L.E., Dannals, R.F., Pearlson, G.D., Links, J.M., *et al*. (1986). Positron emission tomography reveals elevated D2 dopamine receptors in drug-naive schizophrenics. *Science, 234,* 1558-1562.

Wong, N. (1995). Group psychotherapy, combined individual and group psychotherapy, and psychodrama. In H.I. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 1821-1838). Baltimore: Williams & Wilkins.

Wood, J.M., Nezworski, M.T., & Stejskal, W.J. (1996). The Comprehensive System for the Rorschach: A critical examination. *Psychological Science, 7,* 3-10.

Wood, L.F., & Jacobson, N.S. (1985). Marital distress. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Guilford.

Woodside, D.B., Shekter-Wolfson, L.F., Garfinkel, P.E., & Olmsted, M.P. (1995). Family interactions in bulimia nervosa: Study design, comparisons to established population norms and changes over the course of an intensive day hospital treatment program. *International Journal of Eating Disorders, 17,* 105-115.

Woody, G.M., McLellan, T., Luborsky, L., & O'Brien, C.P. (1995). Psychotherapy in community methadone programs: A validation study. *American Journal of Psychiatry, 152,* 1302-1308.

World Health Organization. (1948). Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. *Geneva: Author.*

World Health Organization. (1993). *1992 world health statistics annual*. Geneva: Author.

Worling, J.R. (1995). Sexual abuse histories of adolescent male sex offenders: Differences on the basis of the age and gender of their victims. *Journal of Abnormal Psychology, 104,* 610-613.

Wortman, C.B., & Brehm, J.W. (1975). Responses to uncontrollable outcomes: An integration of the reactance theory and the learned helplessness model. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in social psychology*. New York: Academic Press.

Wright, D.S. (1971). *The psychology of moral behavior*. Harmondsworth, England: Penguin.

Wright, J.C. (1976). A comparison of systematic desensitization and social skill acquisition in the modification of social fear. *Behavior Therapy, 7,* 205-210.

Wright, M.J. (1991). Identifying child sexual abuse using the Personality Inventory for Children. *Dissertation Abstracts International, 52,* 1744.

Wulsin, L., Bachop, M., & Hoffman, D. (1988). Group therapy in manic-depressive *illness. American Journal of Psychotherapy, 2, 263-271.*

Wurtele, S.K., & Miller-Perrin, C.L. (1987). An evaluation of side-effects associated with participation in a child sexual abuse prevention program, *journal of School Health, 57,* 228-231.

Wynne, L.C., & Singer, M.T. (1963). Thought disorder and family relations in schizophrenia. 2: A classification of forms of thinking. *Archives of General Psychiatry, 9,* 199-206.

Yalom, I.D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.

Yalom,I.D.(1985).*The theory and practice of group psychotherapy* (3rd ed.). New York: Basic Books.

Yalom, I.D., Green, R., & Fisk, N. (1973). Prenatal exposure to female hormones: Effect on psychosexual development in boys. *Archives of General Psychiatry, 28,* 554-561.

Yates, A. (1989). Current perspectives on the eating disorders. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28, *813-828.*

Yetman, N.R. (1994). Race and ethnic inequality. In C. Calhoun & G. Ritzer

(Eds.), *Social problems*. New York: McGraw-Hill.

Yirmiya, N., & Sigman, M. (1991). High functioning individuals with autism: Diagnosis, empirical findings, and theoretical issues. *Clinical Psychology Review, 11,* 669-683.

Yoshioka, R.B., Tashima, N., Chew, M., & Murase, K. (1981). *Mental health services for Pacific/Asian Americans*. San Francisco: Pacific American Mental Health Project.

Young, G.C. (1965). The aetiology of enuresis in terms of learning theory. *Medical Officer, 113,* 19-22.

Yurgelon-Todd, D., Waternaux, C.M., Cohen, B.N., Gruber, S.A., English, C.D., & Renshaw, P.F. (1996). Functional magnetic resonance imagery of schizophrenia patients and comparison subjects during word production. *American Journal of Psychiatry, 153,* 200-206.

Zakowski, S., Hall, M.H., & Baum, A. (1992). Stress, stress management, and the immune system. *Applied and Preventive Psychology,* 1, 1-13.

Zanarini, M.C., Gunderson, J.G., Marino, M.F., Gunderson, J., Marino, M., Schwartz, E., & Frankenburg, F. (1988). DSM-III disorders in the families of borderline outpatients. *Journal of Personality* Disorders, 2, *292-302*.

Zane, M.D. (1984). Psychoanalysis and contextual analysis of phobias. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 12,* 553 - 568.

Zarit, S.H. (1980). Aging and mental disorders: Psychological approaches to assessment and treatment. *New York: Free Press*.

Zarit, S.H. (1989). Issues and directions in family intervention research. In E. Light & B. Lebowitz (Eds.), *Alzheimer's Disease treatment and family stress: Directions for research* (Publication No. ADM 89-1569, pp. 458-486). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

Zarit, S.H., Eiler, J., & Hassinger, M. (1985). Clinical assessment. In J.E. Birren & K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of psychology of aging* (2nd ed.). New York: Van Nostrand-Reinhold.

Zarit, S.H., Todd, P.A., & Zarit, I.M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *The Gerontologist, 26,* 260-266.

Zeaman, D., & Hanley, P. (1983). Stimulus preferences as structural features. In T.J. Tighe & B.E. Shepp (Eds.), *Perception, cognition, and development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Zeiss, A.M., & Steffen, A.M. (1996). Interdisciplinary health care teams: The basic unit of geriatric care. In L.L. Carstensen, B.A. Edelstein, & L. Dornbrand (Eds.), *The practical handbook of clinical gerontology* (pp. 423-450). Thousand Oaks, CA: Sage.

Zeiss, A.M., Zeiss, R.A., & Dornbrand, L. (1988, November). *Assessing and treating sexual problems in older couples*. Paper presented at the meeting of the Gerontological Society of America, San Francisco.

Zeitlin, S.B., & McNally, R.J. (1991). Implicit and explicit memory bias for threat in post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 29,* 451-457.

Zellner, D.A., Harner, D.E., & Adler, R.L. (1989). Effects of eating abnormalities and gender of perceptions of desirable body shape. *Journal of Abnormal Psychology, 98,* 93 -96.

Ziegler, F.J., Imboden, J.B., & Meyer, E. (1960). Contemporary conversion reactions: A clinical study. *American Journal of Psychiatry, 116,* 901-910.

Zigler, E. (1967). Familial mental retardation: A continuing dilemma. *Science, 155,* 292-298.

Zigler, E., Hodapp, R.M., & Edison, M.R. (1990). From theory to practice in the care and education of mentally retarded individuals. *American Journal on Mental Retardation, 95,* 1-12.

Zilbergeld, B., & Evans, M. (1980). The inadequacy of Masters and Johnson. *Psychology Today, 14,* 28-43.

Zilboorg, G., & Henry, G.W. (1941). *A history of medical psychology*. New York: Norton.

Zimbardo, P.G., Andersen, S.M., & Kabat, L.G. (1981). Paranoia and deafness: An experimental investigation. *Science, 212,* 1529-1531.

Zimbardo, P.G., LaBerge, S., & Butler, L.D. (1993). Psychophysiological consequences of unexplained arousal: A posthypnotic suggestion paradigm. *Journal of Abnormal Psychology, 102,* 466-473.

Zimmer, L., & Morgan, J.P. (1995). Exposing marijuana myths: A review of the scientific evidence. *New York: The Lindemith Center*.

Zimmerman, M. (1988). Why are we rushing to publish DSM-IV? *Archives of General Psychiatry, 45,* 1135-1138.

Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders: A review of issues and research methods. *Archives of General Psychiatry, 51,* 225-245.

Zimmerman, M., & Coryell, W. (1989). DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample. *Archives of General Psychiatry, 46,* 682-689.

Zimmerman, M., Coryell, W., Pfohl, B., & Staid, D. (1986). The validity of four types of endogenous depression. *Archives of General Psychiatry, 43,* 234-245.

Zoccolillo, M., & Rogers, K. (1991). Characteristics and outcome of hospitalized adolescent girls with conduct disorder. *journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 30,* 973 -981.

Zucker, K.J., Finegan, J.K., Deering, R.W., & Bradley, S.J. (1984). Two subgroups of gender-problem children. *Archives of Sexual Behavior, 13,* 27-39.

Zucker, K.J., Green, R., Garofano, C., Bradley, S.J., et al. (1994). Prenatal gender preference of mothers of feminine and masculine boys: Relation to sibling sex composition and birth order. *Journal of Abnormal Child Psychology, 22,* 1-13.

İNDEKS

AIDS: DAVRANIŞ BİLİMLERİNE MEYDAN OKUMA 413
Problemin Boyutu 413
Hastalığın Tanımlanması 414
Hastalığın Yayılması 414
HIV ve AIDS'in İlaçla Tedavisi 415
Hastalığın Önlenmesi 415
HIV Pozitif ve AIDS'li Hastaların Terapisi 417

ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI VE BAĞIMLILIĞI 305
Alkol Kötüye Kullanımının Yaygınlığı 306
Bozukluğun Gidişi 307
Alkol Bağımlılığının Bedeli 307
Alkolün Kısa Süreli Etkileri 308
Uzamış Alkol Kötüye Kullanımının Uzun Süreli Etkileri 308

ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI VE BAĞIMLILIĞININ TEDAVİSİ 329
Problemi Kabullenme 329
Geleneksel Hastane Tedavisi 330
Biyolojik Tedaviler 330
Adsız Alkolikler 331
Çift Terapisi 332
Bilişsel ve Davranışçı Tedaviler 332
Alkol Kötüye Kullanımı Tedavisinde Klinik Değerlendirmeler 334

AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİNİN TANI SİSTEMİ (DSM-IV) 58
Sınıflandırmanın Beş Boyutu 58
Tanı Kategorileri 59

ANORMAL DAVRANIŞ NEDİR? 6
İstatistiksel Seyreklik 6
Normların İhlâl Edilmesi 6
Kişisel Rahatsızlık Hissetme 7
Yeti Yitimi ya da İşlev Bozulması 8
Beklenmedik Olma 8

ANORMAL DAVRANIŞIN ÇALIŞILMASINDA ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ 105

ANORMAL DAVRANIŞIN SINIFLANDIRILMASINDA SORUNLAR 66
Tanıya İlişkin Genel Eleştiriler 66
Sınıflandırma ve Tanının Değeri 67
Tanıya İlişkin Özgül Eleştiriler 67
Güvenilirlik: Bir Tanı Sisteminin Köşetaşı 68
Tanı Kategorileri Ne Kadar Geçerlidir? 68
DSM ve Tanıya İlişkin Eleştiriler 69

ANORMAL PSİKOLOJİSİNDE ARAŞTIRMA YÖNTEMLERİ 109
Vak'a Çalışması 109
Epidemiyolojik Araştırma 111
Korelasyonel Yöntem 113
Deney 116

Tek Denekli Deneysel Araştırma 120
Karışık Desenler 121
ASTIM 202
Hastalığın Özellikleri 203
Astımın Etiyolojisi 204

BİLİM VE BİLİMSEL YÖNTEMLER 106
Sınanabilirlik ve Tekrarlanabilirlik 106
Kuramın Rolü 106
BİLİM: BİR İNSAN UĞRAŞI 20
Bilimde Öznellik: Paradigmaların Rolü 21
Anormal Psikolojisinde Paradigmaların Bir Örneği 21

BİLİŞSEL DAVRANIŞ TERAPİSİ 552
Ellis in Akılcı-Duygusal Davranış Terapisi 553
Beck'in Bilişsel Terapisi 555
Beck ile Ellis'in Terapileri Arasında Bazı Karşılaştırmalar 557
Sosyal Problem Çözümlemesi 558
Çok Yaklaşımlı Terapi 559
Bilişsel Davranışçı Terapi Hakkında Düşünceler 559

BİLİŞSEL PARADİGMA 47
Bilişsel Kuramın Temelleri 47
Bilişsel Paradigmanın Değerlendirilmesi 48
Bilişsel Davranışçı Terapi 48

BİLİŞSEL VE DAVRANIŞ TERAPİLERİ 542

BİLİŞSEL VE DAVRANIŞÇI TERAPİLERDE TEMEL KONULAR 570
İçsel Davranış ve Biliş 570
Bilinçdışı Etkenler ve Altta Yatan Nedenler 570
Geniş Spektrumlu Tedavi 571
İlişki Etkenleri 572
Kuramsal İskeletin Üstündeki Et 572

BİR PARADİGMAYI BENİMSEMENİN SONUÇLARI 50

BİYOLOJİK DEĞERLENDİRME 88
Beyin Görüntüleme: Beyni "Görme" 88
Nörokimyasal Değerlendirme 91
Nöropsikolojik Değerlendirme 92
Psikofizyolojik Ölçme 94
BİYOLOJİK PARADİGMA 25
Biyolojik Paradigmada Çağdaş Yaklaşımlar 26
Tedavide Biyolojik Yaklaşımlar 29
Biyolojik Paradigmanın Değerlendirilmesi 30

CEZAİ MAHKÛMİYET 621
Delilik Savunması 622
Yargılanma Yeterliği 629

CİNSEL BOZUKLUKLAR VE CİNSEL KİMLİK BOZUKLUKLARI 372

CİNSEL KİMLİK BOZUKLUKLARI 373

Cinsel Kimlik Bozukluğu 374
Çocukluk Dönemindeki Cinsel Kimlik Bozukluğu 375
Cinsel Kimlik Bozukluklarının Terapisi 376

CİNSEL İŞLEV BOZUKLUKLARI 398
Cinsel İşlev Bozuklukları ve İnsanlardaki Cinsel Tepki Döngüsü 399
Cinsel İşlev Bozukluklarının Tanımlanması ve Nedenleri 402
Cinsel İşlev Bozuklukları ile İlgili Genel Kuramlar 406
Cinsel İşlev Bozukluklarının Terapisi 409

ÇOCUKLUK ÇAĞI BOZUKLUKLARI SINIFLANDIRMASI 426

ÇOCUKLUK DÖNEMİ BOZUKLUKLARI 425

ÇOCUKLUK VE ERGENLİKTE DEPRESYON 257
Çocukluk ve Ergenlik Depresyonunun Semptomları ve Yaygınlığı 257
Çocukluk ve Ergenlik Depresyonunun Etiyolojisi 259
Çocukluk ve Ergenlik Depresyonunda Tedavi 259

ÇİFT VE AİLE TERAPİSİ 591
Çatışmanın Normalliği 591
Bireysel Terapiden Birlikte Terapiye 593
Birlikte Terapinin Temelleri 594
Genel Konular ve Dikkat Edilmesi Gereken Özel Noktalar 599
Çift ve Aile Terapisinin Değerlendirilmesi 599

DAVRANIŞIN TUTARLIĞI VE DEĞİŞKENLİĞİ 101

DAVRANIŞSAL TIP 563
Ağrı Tedavisi 563
Kronik Hastalıklar ve Yaşam Tarzı 565
Biyolojik Geri Bildirim 566

DEĞERLENDİRMEDE GÜVENİRLİK VE GEÇERLİK 97
Güvenirlik 97
Geçerlik 98

DENETİMSİZ DAVRANIŞ BOZUKLUKLARI 428
Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu 429
Davranım Bozukluğu 433

DEPRESYON VE MANİNİN GENEL ÖZELLİKLERİ 235
Resmi Tanı Listeleri 236
Tek uçlu (unipolar)- İki uçlu (bipolar) Bozukluk Ayırımının Geçerliği 238
Kategoriler Arasındaki Heterojenlik 238
Kronik Duygudurum Bozuklukları 239

DRAMATİK / DEĞİŞKEN KÜME 350
Sınır Kişilik Bozukluğu 350
Histriyonik Kişilik Bozukluğu 352
Narsistik Kişilik Bozukluğu 353
Antisosyal Kişilik Bozukluğu ve Psikopati 354

DUYGUDURUM (MOOD) BOZUKLUKLARININ PSİKOLOJİK KURAMLARI 240
Depresyonun Psikanalitik Kuramı 240

Depresyonun Bilişsel Kuramları 241
Depresyonun Kişilerarası Kuramı 247
İki uçlu Bozukluğun Psikolojik Kuramları 248

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI 234

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARINDA TEDAVİ 252
Psikolojik Tedaviler 252
Biyolojik Tedaviler 255

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARININ BİYOLOJİK KURAMLARI 249
Kalıtsal Veriler 249
Nörokimya ve Duygudurum Bozuklukları 249
Nöroendokrin Sistem 252

DİSOSİYATİF BOZUKLUKLAR 173
Dissosiyatif Amnezi 173
Dissosiyatif Kaçış 175
Depersonalizasyon Bozukluğu 176
Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu 176
Dissosiyatif Bozuklukların Etiyolojisi 179
Dissosiyatif Bozukluklarda Tedavi 179
EDİMSEL KOŞULLAMA 546
Ödül Biriktirme Tekniği 546
Çocuklarla Edimsel Çalışma 549

FOBİLER 129
Özgül Fobiler 130
Sosyal Fobiler 130
Fobilerin Etiyolojisi 131
Fobilerin Tedavisi 135

GENELLENMİŞ KAYGI BOZUKLUĞU 144
Genellenmiş Kaygı Bozukluğunun Etiyolojisi 144
Genellenmiş Kaygı Bozukluğunun Tedavisi 146
GRUP TERAPİSİ 583
Grup Terapisinin Temel Özellikleri 584
İçgörü-Yönelimli Grup Terapisi 585
Davranışçı Grup Terapisi 588
Grup Terapisinin Değerlendirilmesi 590

GRUP ÇİFT VE AİLE TERAPİSİ & TOPLUM PSİKOLOJİSİ 582

İÇGÖRÜ TERAPİLERİ 513

İLERİ YAŞ VE BEYİN BOZUKLUKLARI 476
Demans 476
Delirium 482

İLERİ YAŞ VE PSİKOLOJİK BOZUKLUKLAR 484
Yaşamın İleri Döneminde Ruhsal Bozuklukların Genel Yaygınlığı 484
Depresyon 485
Kaygı Bozuklukları 488
Sanrılı (Paranoid) Bozukluklar 488

Şizofreni 491
Madde Bağımlılığı ile İlişkili Bozukluklar 492
Hipokondri 494
Uyku Bozuklukları 494
intihar 496
Cinsellik ve Yaşlanma 497

İNSANCIL VE VAROLUŞÇU TERAPİLER 529
Kari Rogers'ın Danışan Merkezli Terapisi 530
Varoluşçu Terapi 534
Geştalt Terapi 536
İNTİHAR 260
İntiharla ilgili Gerçekler 262
İntihara Bakış Açıları 263
İntiharın Psikolojik Testlerle Yordanması 266
İntiharı Önleme 266
İntiharla Çalışmada Klinik ve Etik Sorunlar 268

KARDİYOVASKÜLER BOZUKLUKLAR 195
Esansiyel Yüksek Tansiyon 195
Koroner Kalp Hastalığı 199
KARŞI KOŞULLAMA 543
Sistematik Duyarsızlaştırma 543
İtici uyarıcılarla Terapi 545

KAYGI BOZUKLUKLARI 127

KAYGILI / KORKULU KÜME 360
Çekingen Kişilik Bozukluğu 360
Bağımlı Kişilik Bozukluğu 361
Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu 361
Kaygılı / Korkulu Kümenin Etiyolojisi 362

KLİNİK BİR SORUNA DEĞİŞİK BAKIŞ AÇILARI İLE YAKLAŞMAK 52

KLİNİK DEĞERLENDİRME İŞLEMLERİ 73

KLİNİK TANIMLAMA 214
Anoreksiya Nervoza 214
Bulimia Nervoza 216
Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu 218

KÜLTÜREL FARKLILIK VE KLİNİK DEĞERLENDİRME 99
Değerlendirmede Kültürel Yanlılıktan Kaçınma Stratejileri 100

KİŞİLİK BOZUKLUKLARI 345

KİŞİLİK BOZUKLUKLARINDA KULLANILAN TERAPİLER 364
Sınır Kişiliğin Terapisi 365
Bozukluktan Tarza: Hedefler Üzerine Bir Yorum 368
Psikopatiye Yönelik Terapi 368

KİŞİLİK BOZUKLUKLARININ SINIFLANDIRILMASI: KÜMELER, KATEGORİLER VE SORUNLAR 347

LSD VE DİĞER HALUSİNOJENLER 321

Halusinojenlerin Etkileri 322

MADDE KÖTÜYE KULLANIMI VE BAĞIMLILIĞININ ETİYOLOJİSİ 324
Sosyokültürel Değişkenler 324
Psikolojik Değişkenler 326
Biyolojik Değişkenler 328

MADDE KÖTÜYE KULLANIMININ ÖNLENMESİ 341

MADDE KULLANIMIYLA İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR 303

MARİYUANA 312
Marihuana Kullanımının Yaygınlığı 312
Marihuana'nın Etkileri 312

MODEL ALMA 549
Model Alma Yoluyla Tedavi Edilen Sorunlar 549
Bilişin Rolü 550

NİKOTİN VE SİGARA İÇME 310
Sigara İçmenin Yaygınlığı ve Sağlık Açısından Sonuçları 310
Pasif İçiciliğin Sonuçları 311
OBSESİF-KOMPULSİF BOZUKLUK 146
Obsesif-Kompulsif Bozukluğun Etiyolojisi 148
Obsesif-Kompulsif Bozukluğun Tedavileri 150

OTİSTİK BOZUKLUK 456
Otistik Bozukluğun Tanısal Özellikleri 547
Otistik Bozukluğun Etiyolojisi 463
Otistik Bozukluğun Tedavisi 466

ÖĞRENME PARADİGMALARI 40
Davranışçılığın Doğuşu 41
Aracı Öğrenme Paradigmaları 44
Öğrenme Paradigmalarının Değerlendirilmesi 45
Davranışçı Terapi 45

ÖĞRENME PARADİGMALARI VE BİLİŞSEL PARADİGMALAR 49

ÖĞRENME YETERSİZLİKLERİ 440
Öğrenme Bozuklukları 440
İletişim Bozuklukları 440
Motor Beceri Bozuklukları 441
Öğrenme Bozukluklarının Etiyolojisi 441
Öğrenme Bozukluklarının Tedavisi 444

PANİK BOZUKLUK 140
Panik Bozukluğun Etiyolojisi 141
Panik Bozukluk ve Agorafobiye Yönelik Terapiler 143

PARAFİLİLER (CİNSEL SAPKINLIKLAR) 379
Fetişizm 380
Travestik Fetişizm 380
Pedofili ve Yasaksevi (Ensest) 381
Gözetlemecilik 383

Teşhircilik 384
Cinsel Sadizm ve Cinsel Mazoşizm 384
Parafililerin Nedenleri 388
Parafililerin Tedavisi 390

PSİKANALİTİK PARADİGMA 30
Klasik Psikanalitik Kuram 30
Yeni-Freud'çu Psikodinamik Bakış Açıları 34
Psikanalitik Paradigmanın Değerlendirilmesi 37
Psikanalitik Terapi 39

PSİKANALİTİK TERAPİLER 519
Klasik Psikanalizde Temel Teknikler ve Kavramlar 519
Çağdaş Analitik Terapiler 524
Analitik Terapilerin Değerlendirilmesi 527

PSİKANALİZ VE DAVRANIŞÇI TERAPİ - BİR UZLAŞMA MI? 574

PSİKOFİZYOLOJİK BOZUKLUKLAR VE SAĞLIK PSİKOLOJİSİ 184

PSİKOFİZYOLOJİK BOZUKLUKLARDA TEDAVİ 206
Yüksek Tansiyon Tedavisi 207
A Tipi Davranış Değiştirmek 210
Stres Yönetimi 210

PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME 74
Klinik Görüşmeler 74
Psikolojik Testler 77
Davranışçı ve Bilişsel Değerlendirme 82

PSİKOLOJİK MÜDAHALELERDE KÜLTÜREL VE IRKSAL FAKTÖRLER 615
Afrika Kökenli Amerikalılar ve Psikolojik Müdahale 616
Latin Amerikalılar ve Psikolojik Müdahale 616
Asya Kökenli Amerikalılar ve Psikolojik Müdahale 617
Amerikan Yerlileri ve Psikolojik Müdahale 617
Davranışın Daha Eksiksiz Bir Bilimine Doğru 618

PSİKOPATOLOJİDE VE TERAPİDE GÜNÜMÜZDE GEÇERLİ PARADİGMALAR 24

PSİKOPATOLOJİNİN TARİHÇESİ 8
Erken Dönem Şeytancı Anlayış 8
Somatogenez 10
Karanlık Çağlar ve Şeytancılık 11
Ruh Hastalarının Büyücü Olarak Kabul Edilmeleri 12
Tımarhanelerinin Gelişimi 13
Moral Tedavi 14
Çağdaş Düşüncenin Başlangıcı 17

PSİKOTERAPİ ARAŞTIRMALARINI DEĞERLENDİRMEDE GENEL SORUNLAR 515
Plasebo Etkisi 516
Araştırma ve Uygulamada Terapi 516
Süreç ve Sonuç 518
Tedavi Görmeyen Kontrol Grupları 518
Kaos Kuramı ve Yaşam 518

PSİKOTERAPİ NEDİR? 514

PSİKOTERAPİDE EKLEKTİK YAKLAŞIM: UYGULAMA KUSURSUZ DEĞİL 53

PSİKOTERAPİDE EKLEKTİSİZM VE KURAMSAL BÜTÜNLEŞTİRME 575
Lazarus Messer Tartışması 576
Olgunlaşmamış Bütünleştirmeye Karşı İddialar 579

SINIFLANDIRMA VE TANI 56

SOMATAFORM BOZUKLUKLAR 161
Konversiyon Bozukluğu 162
Somatizasyon Bozukluğu 164
Somatoform Bozuklukların Etiyolojisi 166
Somatoform Bozuklukların Tedavisi 171

SOMATOFORM VE DİSOSİYATİF BOZUKLUKLAR 160

STRES VE SAĞLIK 186
Stres Kavramını Tanımlamadaki Güçlükler 186
Stresi Ölçme Çabaları 187
Başa Çıkmanın Değerlendirilmesi 190
Stres-Hastalık Bağlantısındaki Ara Değişkenler 192

STRES-HASTALIK BAĞLANTISI KURAMLARI 193
Biyolojik Kuramlar 193
Psikolojik Kuramlar 194
SİGARA İÇMENİN TEDAVİSİ 338
Psikolojik Tedaviler 338
Biyolojik Tedaviler 339
Yinelenmeyi Önleme 340

SİVİL MAHKÛMİYET 631
Önleyici Tutuklama ve Tehlikenin Yordanmasında Sorunlar 632
Daha Fazla Koruma için Güncel Eğilimler 634
Kurum Dışına Çıkarma, İnsan Hakları ve Ruh Sağlığı 644

ŞİZOFRENİ 272

ŞİZOFRENİ KAVRAMIN TARİHÇESİ 277
Şizofreninin Erken Tanımlamaları 277
Birleşik Devletlerin Genişletilmiş Kavramı 279
DSM-IV Tanısı 279
DSM-IV'e Göre Şizofreninin Alttipleri 280

ŞİZOFRENİ TEDAVİLERİ 294
Biyolojik Tedaviler 295
Psikolojik Tedaviler 297
Tedavide Genel Eğilimler 299
Şizofreni Hastalarının Tedavisinde Süregelen Konular 299

ŞİZOFRENİNİN ETİYOLOJİSİ 281
Kalıtsal Veriler 282
Biyokimyasal Faktörler 286
Beyin ve Şizofreni 289

Psikolojik Stres ve Şizofreni 290
Şizofreninin Yüksek Risk Araştırmaları 293

ŞİZOFRENİNİN KLİNİK BELİRTİLERİ 273
Pozitif Belirtiler 273
Negatif Belirtiler 276
Diğer Belirtiler 277

TARİHSEL VE BİLİMSEL DEĞERLENDİRMELER 3

TECAVÜZ 393
Suç 393
Mağdur, Saldırı ve Kötü Sonuçlar 394
Tecavüz Eden Kişi 395
Tecavüz Edenlerin ve Tecavüze Uğrayanların Terapisi 397

TEDAVİ ETKİLERİNİN GENELLENMESİ VE SÜRDÜRÜLMESİ 567
Aralıklı ve Doğal Pekiştirme 567
Çevresel Değişim 567
İkincil Kazancın Elenmesi 567
Nüksün Önlenmesi 567
Kendine Yükleme 568

TEDAVİ VE ARAŞTIRMADA ETİK İKİLEMLER 646
Araştırmada Etik Kısıtlamalar 646
Bilgilendirilmiş Onam 648
Gizlilik ve Ayrıcalıklı İletişim 649
Hasta ya da Müşteri Kimdir? 649
Hedeflerin Seçimi 649
Tekniklerin Seçimi 650
Hatırlanan Anıların Etik ve Yasal Boyutları 653

TOPLUM PSİKOLOJİSİ 602
Odak: Önleme 602
Tutum: Beklemek Yerine Aramak 603
Değerler ve “Ne Zaman Müdahale Edilir?” Sorusu 604
Toplum Psikolojisinin Faaliyetleri 604
Toplum Psikolojisi Çalışmalarının Değerlendirilmesi 611
Toplum Psikolojisinde Politik ve Etik Faktörler 612

TOPLUM RUH SAĞLIĞI 613
Toplum Ruh Sağlığının Amaçları 613
Toplum Ruh Sağlığının Değerlendirilmesi 614

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU 152
Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etiyolojisi 154
Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Tedavileri 155

TUHAF / EKSANTRİK KÜME 348
Paranoid Kişilik Bozukluğu 349
Şizoid Kişilik Bozukluğu 349
Şizotipal Kişilik Bozukluğu 349
Tuhaf / Egzantrik Kümenin Etiyolojisi 350

YASAL VE ETİK KONULAR 620

YAŞADIŞI MADDE KULLANIMI İÇİN TEDAVİ 335
Biyolojik Tedaviler 336
Psikolojik Tedaviler 337

YAŞLANMA VE PSİKOLOJİK BOZUKLUKLAR 471

YAŞLI ERİŞKİNLERLE TERAPİYE ÖZGÜ KONULAR 505
Yaşlı Erişkinlerdeki Terapinin İçeriği 505
Yaşlı Erişkinlerdeki Terapi Süreci 508

YAŞLI ERİŞKİNLERİN İNCELENMESİNDE KONULAR, KAVRAMLAR VE YÖNTEMLER 474
Yaşlı Erişkinlerdeki Çeşitlilik 474
Yaş, Kuşak ve Ölçüm Zamanının Etkileri 474
Yaşamın İleri Döneminde Psikopatoloji Tanısının Konması 476
Sorunlardaki Çeşitlilik 476

YAŞLILARIN TEDAVİSİ VE BAKIMI 500
Bakım Evleri 501
Toplum Temelli Bakım 502
YATIŞTIRICILAR ve UYARICILAR 315
Yatıştırıcılar (sedatifler) 315
Uyarıcılar (stimulanlar) 318

YATKINLIK - STRES: BÜTÜNLEŞTİRİCİ PARADİGMA 50

YEME BOZUKLUKLARI 213

YEME BOZUKLUKLARININ ETİYOLOJİSİ 218
Biyolojik Etkenler 218
Sosyokültürel Değişkenler 220
Cinsiyet Etkileri 223
Kültürel Etkiler 223
Psikodinamik Görüşler 224
Bilişsel-Davranışçı Görüşler 227

YEME BOZUKLUKLARININ TEDAVİSİ 229
Biyolojik Tedaviler 229
Anoreksiyanın Tedavisi 229
Bulimianın Tedavisi 230

YİRMİNCİ YÜZYILDA TANI 57

ZEKÂ GERİLİĞİ 444
Zekâ Geriliği için Geleneksel Ölçütler 444
Zekâ Geriliğinin Sınıflandırılması 446
Amerikan Zekâ Geriliği Birliğinin Yaklaşımı 447
Zekâ Geriliğinde Becerilerde ve Bilişsel Yeteneklerde Gözlenen Yetersizlikler 447
Zekâ Geriliğinin Etiyolojisi 449
Zekâ Geriliğinin Önlenmesi ve Tedavisi 452

DSM-IV Sınıflandırması: Eksen I ve II

Eksen I

GENELLİKLE İLK KEZ BEBEKLİK, ÇOCUKLUK YA DA ERGENLİK DÖNEMİNDE TANISI KONAN BOZUKLUKLAR

Öğrenme Bozuklukları
Okuma Bozukluğu / Matematik Bozukluğu / Yazılı Anlatım Bozukluğu

Motor Beceriler Bozukluğu
Gelişimsel Koordinasyon Bozukluğu

Yaygın Gelişimsel Bozukluklar
Otistik Bozukluk / Rett Bozukluğu / Çocukluğun Dezentegratif Bozukluğu / Asperger Bozukluğu

Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları
Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu / Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu / Davranım Bozukluğu

Bebek ya da Küçük Çocukların Beslenme ve Yeme Bozuklukları
Pika / Ruminasyon Bozukluğu / Bebeklerde ya da Küçük Çocuklarda Beslenme Bozukluğu

Tik Bozuklukları
Tourette Bozukluğu / Kronik Motor ya da Vokal Tik Bozukluğu / Gelip Geçici Tik Bozukluğu

İletişim Bozuklukları
Sözel Anlatım Bozukluğu / Karışık Dili Algılama-Sözel Anlatım Bozukluğu / Fonolojik Bozukluk / Kekeleme

Dışa Atım Bozuklukları
Enkopresis / Enürezis

Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenliğin Diğer Bozuklukları
Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu / Seçici Konuşmazlık / Bebeklik ya da Küçük Çocukluk Döneminin Tepkisel Bağlanma Bozukluğu / Basmakalıp Davranış Bozukluğu

DELİRYUM, DEMANS, AMNESTİK VE DİĞER BİLİŞSEL BOZUKLUKLAR

Delirium
Genel Tıbbi Duruma Bağlı Deliryum / Madde Zehirlemesine Bağlı Delirium / Madde Yoksunluğuna Bağlı Delirium / Çoklu Etiyolojiye Bağlı Delirium

Demanslar
Alzheimer Tipi Demans; Erken Başlangıçlı: 65 Yaş veya Altında Başlamışsa; Geç Başlangıçlı: 65 Yaşından Sonra Başlamışsa / Vasküler Demans / Diğer Genel Tıbbi Durumlara Bağlı Demanslar / Madde Kullanımının Yol Açtığı Kalıcı Demans / Çoğul Etiyolojiye Bağlı Demans

Amnestik Bozukluklar
Genel Tıbbi Duruma Bağlı Amnestik Bozukluk / Madde Kullanımının Yol Açtığı Kalıcı Amnestik Bozukluk (özgün madde kodlama için belirtilmeli)

MADDE KULLANIMI İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

Alkolle İlişkili Bozukluklar
Amfetaminle İlişkili Bozukluklar
Kafeinle İlişkili Bozukluklar
Kannabisle İlişkili Bozukluklar
Kokainle İlişkili Bozukluklar
Halüsinojenle İlişkili Bozukluklar
İnhalanla İlişkili Bozukluklar
Nikotinle İlişkili Bozukluklar
Opiyatla İlişkili Bozukluklar
Fensiklidinle (veya bağlantılı maddeyle) İlişkili Bozukluklar
Sedatif, Hipnotik ya da Anksiyolotiklerle İlişkili Bozukluklar
Çoğul Madde Kullanımı ile İlişkili Bozukluk

ŞİZOFRENİ VE DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

Şizofreni
Paranoid Tip / Dezorganize Tip / Katatonik Tip / Ayrışmamış Tip / Rezidüel Tip
Şizofreniform Bozukluk
Şizoaffektif Bozukluk
Sanrısal (Delüzyonel) Bozukluk
Kısa Psikotik Bozukluk
Paylaşılmış Psikotik Bozukluk (Folie â Deux)
Genel Tıbbi Duruma Bağlı Psikotik Bozukluk
sanrılarla / varsanılarla / Madde Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

Depresif Bozukluklar
Majör Depresif Bozukluk / Distimik Bozukluk
İki Uçlu (Bipolar) Bozukluklar
İki Uçlu I Bozukluğu / İki Uçlu II Bozukluğu (Hipomani ile Tekrarlayıcı Majör Depresif Dönemler) / Siklotimik Bozukluk
Genel Tıbbi Duruma Bağlı Duygudurum Bozukluğu
Madde Kullanımının Yol Açtığı Duygudurum Bozukluğu

ANKSİYETE (KAYGI) BOZUKLUKLARI

Panik Bozukluk
Agorafobi olmaksızın / Agorafobi ile
Panik Bozukluk Öyküsü Olmadan Agorafobi
Özgül (spesifik) Fobi
Sosyal Fobi (Sosyal Anksiyete Bozukluğu)
Obsesif-Kompulsif Bozukluk
Travma Sonrası Stres Bozukluğu
Akut Stres Bozukluğu
Genellenmiş (Yaygın) Anksiyete Bozukluğu
Genel Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu
Madde Kullanımının Yol Açtığı Anksiyete Bozukluğu

SOMATOFORM BOZUKLUKLAR

Somatizasyon Bozukluğu
Konversiyon Bozukluğu
Hipokondri
Beden Dismorfik Bozukluğu
Ağrı Bozukluğu

YAPAY BOZUKLUKLAR

Yapay Bozukluk

DİSSOSİYATİF BOZUKLUKLAR

Dissosiyatif Amnezi (unutma)
Dissosiyatif Kaçış (fug)
Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (Çoğul Kişilik Bozukluğu)
Depersonalizasyon Bozukluğu

CİNSEL BOZUKLUKLAR VE CİNSEL KİMLİK BOZUKLUĞU

Cinsel İşlev Bozuklukları
Cinsel İstek Bozuklukları: Azalmış Cinsel İstek Bozukluğu; Cinsellikten Tiksinme Bozukluğu / Cinsel Uyarılma Bozuklukları: Kadında Cinsel Uyarılma Bozukluğu; Erkek Erektil Bozukluğu / Orgazmla İlgili Bozukluklar: Kadında Orgazm Bozukluğu (İnhibe Kadın Orgazmı); Erkekte Orgazm Bozukluğu (İnhibe Erkek Orgazmı); Erken Boşalma / Cinsel Ağrı Bozuklukları: Disparoni; Vajinismus / Genel Tıbbi Duruma Bağlı Cinsel İşlev Bozukluğu / Madde Kullanımının Yol Açtığı Cinsel İşlev Bozukluğu
Parafililer
Teşhircilik / Fetişizm / Sürtünmecilik / Pedofili / Cinsel Mazoşizm / Cinsel Sadizm / Gözetlemecilik / Transvestik Fetişizm

Cinsel Kimlik Bozukluğu

Cinsel Kimlik Bozukluğu: Çocuklukta; Ergenlikte ya da Yetişkinlikte (Transseksüellik)

YEME BOZUKLUKLARI

Anoreksiya Nervoza
Bulimia Nervoza

UYKU BOZUKLUKLARI

Primer Uyku Bozuklukları

Dissomniyalar: Primer İnsomniya; Primer Hipersomnia; Narkolepsi; Solunumla İlişkili Uyku Bozukluğu; Sirkadyen Ritm Uyku Bozukluğu (Uyku-Uyanıklık Döngüsü Bozukluğu) / Parasomniyalar; Kâbus Bozukluğu (Uyku Anksiyetesi Bozukluğu); Uykuda Korku (Uyku Terörü) Bozukluğu; Uyurgezerlik Bozukluğu / Bir başka Ruhsal Bozuklukla İlişkili Uyku Bozukluğu

Genel Tıbbi Duruma Bağlı Uyku Bozukluğu

Madde Kullanımının Ortaya Çıkardığı Uyku Bozukluğu

BAŞKA BİR YERDE SINIFLANDIRILMAMIŞ DÜRTÜ KONTROLÜ BOZUKLUKLARI

Aralıklı Patlayıcı Bozukluk
Kleptomani
Piromani
Patolojik Kumar Oynama
Trikotillomani

UYUM BOZUKLUKLARI

Uyum Bozukluğu

Anksiyete ile / Depresif Duygudurum ile / Davranım Bozukluğu ile / Karışık Duygu ve Davranım Bozukluğu ile / Karışık Anksiyete ve Depresif Duygudurum ile Giden

Eksen II

Zekâ Geriliği (Mental Retardasyon)

Hafif Zekâ Geriliği / Orta Derecede Zekâ Geriliği / Ağır Derecede Zekâ Geriliği / İleri Derecede Zekâ Geriliği

KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

Paranoid Kişilik Bozukluğu
Şizoid Kişilik Bozukluğu
Şizotipal Kişilik Bozukluğu
Antisosyal Kişilik Bozukluğu
Sınır (Borderline) Kişilik Bozukluğu
Histriyonik Kişilik Bozukluğu
Narsistik Kişilik Bozukluğu
Çekingen (Kaçıngan) Kişilik Bozukluğu
Bağımlı Kişilik Bozukluğu
Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu

KLİNİK İLGİ ODAĞI OLABİLECEK DİĞER DURUMLAR

Tıbbi Durumu Etkileyen Psikolojik Faktörler
Medikasyonun Ortaya Çıkardığı Hareket Bozuklukları
İlişkisel Sorunlar

Bir Ruhsal Bozukluğa veya Genel Tıbbi Duruma İlişkin Sorunu / Anababa-Çocuk Arasında İlişki Sorunu / Eşle (Partner) İlişki Sorunu / Kardeşle İlişki Sorunu

İstismar ya da İhmâle İlişkin Sorunlar

Çocuğun Fiziksel İstismarı (Kötüyekullanımı) / Çocuğun Cinsel İstismarı / Çocuğun İhmâli / Erişkinin Fiziksel İstismarı / Erişkinin Cinsel İstismarı

Klinik İlgi Odağı Olabilecek Ek durumlar

Yas / Sınırda Zihinsel İşlevsellik / Okul Sorunu / Mesleki Sorun / Çocuk ya da Ergen Antisosyal Davranışı / Erişkin Antisosyal Davranışı / Numara Yapma(Temaruz) (Malingering) / Bir Yaşam Evresi Sorunu / Tedaviye Uyumsuzluk / Kimlik Sorunu / Dini ya da Manevi Sorun / Yeni Bir Kültürden Etkilenme Sorunu / Yaşa İlişkin Bilişsel Zayıflama