

# ALKOLİZM, AŞIRI ALKOL KULLANIMI

## TANIMLAMA:

Genellikle alkolizmin tanımı tanımlayan kişiye göre değişir. En basit anlamda ve en eski tanımı, kronik ve aşırı alkol alınmasıyla oluşan hastalıktır. Bağımlılığın farmakolojik ve psikolojik tanımı, gittikçe artan dozlarda alkol alma isteğidir. Ancak bu tanım da çok yeterli değildir, çünkü alkolizm diğer bağımlılıklara pek benzememektedir. Afyon bağımlıları, gittikçe artan dozlarda ve sonunda öldürücü miktarda madde ihtiyacı duyarlar, ancak alkoliklerin ihtiyaç duyduğu alkol miktarı tek seferde öldürücü olmamaktadır. Alkolizmi tanımlamak için en belirgin sinyal kişinin davranış şeklidir. Modern tıp; alkolizmi sebebi bilinmeyen, belirgin anatomik işaretleri olmayan ve alkol bağımlılığıyla ortaya çıkan bir hastalık olarak tanımlar. Ayrıca, hem psikolojik hem de fiziksel tıp, alkolizmin bir başka hastalığın, çoğunlukla da psikolojik bir bozukluğun, semptomu olabileceğini söylemektedirler. Bu anlamda, alkolizm, kronik, ilerleyen bir hastalıktır ya da psikolojik veya fiziksel bir başka hastalığın belirtisidir.

## BELİRTİ VE BULGULAR :

- Şunu unutmamak gerekir ki, alkolizm davranışsal bir bozukluktur ve sürekli ve artan miktarlarda alınan alkole bağlı problemlerin gelişmesi anlamına gelir.
- Bir alkolik, tüm kötü sonuçlarına rağmen sürekli alkol içmeye devam eder ve bir süre sonra alkol alımını sınırlayamaz bir hale gelir.
- Alkolikler genellikle, alkol içen kişilerle arkadaşlık eder, hatta eşlerini bile onların arasından seçebilir.
- Alkolik bir insan, içmek için her zaman bir sebep bulur. Bu mutluluk, mutsuzluk, gerginlik, üzüntü, neşesizlik olabilir. Ayrıca, içmek için her zaman fırsat yaratırlar, maç, av, parti, doğum günü, düğün, sünnet vb.
- Alkolizmin ilerledikçe, alkolik kişilerin sorunları da artmaktadır. Örneğin, yalnız içmeye başlarlar, çevrelerinden saklayarak gizli içerler, şişeleri saklarlar. Bütün bu davranışların sebebi alkolik olduklarını çevrelerinden saklama arzusu duymalarıdır.
- Gittikçe artan bir suçluluk duygusu geliştirirler, bu suçluluk duygusu, pişmanlıkla birleşir ve bu duyguları bastırmak için daha çok içmeye başlarlar. Hatta sabah kalkar kalmaz içmeye başlarlar.
- Alkolizm bir kısır döngüye dönüşür. Suçluluğa ve alkolün yaptığı tahribata bağlı olarak kişide anksiyete ve depresyon başlar ve bu yüzden kişi daha çok alkol tüketir. Alkol tüketimi arttıkça depresyon derinleşir, kişi uyuyamamaya ya da sızmaya başlar, geceleri uyanır, depresif bir duygu durumu içine girer, kendisini sürekli huzursuz ve sıkıntılı hisseder, panik nöbetleri geçirir, göğüs ağrısı, çarpıntı ve nefes almada zorluk çeker.
- Arkus senilis: gözün kornea tabakasında yağ halkası
- Acne rosecea : kırmızı burun
- Palmar eritem: avuç içinde kırmızılık
- Asteriksiz: Elde flapping tremor (büyük amplitüdü titreme)
- Sigara yanıkları: parmak, göğüs vb.
- Morarıklıklar (düşme ve çarpmalara bağlı)
- Hepatomegali (karaciğer büyümesi), karın ağrısı
- Spider anjioma
- Periferik nöropati (el ve ayaklarda his kusurları, uyuşma vb.)
- Kan tetkiklerinde anormallikler: GGT, MCV, AST, ALT, ürik asit, trigliseritler, üre yükselmesi.

## ETKİLENER SİSTEMLER:

Alkolün kalbe çok zararlı olduğu bilinmektedir, bir alkolik sadece kalp hastalığına yakalanma riski altında değildir, alkol kalbe direk zarar da verebilir. Çoğunlukla, alkolizm, lipid seviyesinin aşırı yükselmesiyle oluşacak damar tıkanıklığı, kalp krizi ve erken ölümlerle sonuçlanır. Eğer alkolizm tedavi edilmezse, hasta kalp hastalıkları yüzünden büyük bir ihtimalle hayatını kaybedecektir. Aşırı alkol kullananlarda, vücut vitaminsiz kalacak ve özellikle B vitaminin eksikliğinden kaynaklanan hastalıklar başlayacaktır. Alkol tüm zihin fonksiyonlarına zarar verecektir. Yapılan tüm beyin hücreleri araştırmaları, alkoliklerin beyin hücrelerinin, normale oranla çok daha hızlı bir şekilde yok olduğunu, hatta "hücre deposunun" zamanla tamamen boşaldığını ortaya koymuştur. Bu durumda ne yazık ki, hastanın hemen hemen tüm zihinsel faaliyetleri durmaktadır. Gastrointestinal sistem de alkolden fazlasıyla zarar gören organ sistemlerinden biridir. Alkolizm sonucu, çok ileri düzeyde ülser (mide kanaması ya da delinmesi), ölümcül pankreas problemleri (akut pankreas vb.) ve pek çok başka hastalık ortaya çıkabilir. Ancak, tüm bunların arasında alkolizm konusu geçince en çok dikkat edilmesi gereken organ karaciğerdir. Alkolizm karaciğeri, çok sinsi ve tehlikeli bir hastalık olan sirozla sarar. Sirozun ilk basamağı, karaciğer hücrelerinin zedelenerek, yağ zerrecikleri ile dolmalarıdır. Karaciğer hücreleri bozulup, yağla kaplandıkça karaciğer büyümeye başlar. Eğer, alkolizm devam ederse, yaralar oluşmaya başlar. Yaralar gittikçe çoğalır ve sonunda tedavi edilemez hale gelir. Siroz ilerledikçe, alkolik çok daha ciddi sağlık problemleriyle karşılaşır. Bunlar çoğunlukla, kan zehirlenmesi (amonyak ve bilirubin), iktidarsızlık, kanamalar, bacakların ve bileklerin şişmesi, vücutta asit üretilmesi (içi sıvı dolu bir göbek) olarak ortaya çıkmaktadır. Eğer erken teşhis yapıp, tedaviye başlanmazsa siroz öldürücü bir hastalıktır.

## ALKOLİZM TEDAVİSİ:

Alkolikleri tedaviye razı etmek zor bir iştir. Pek çok alkolik, hastalığını inkar eder. Alkolikler tedavi için başvurduklarında genellikle "dibe vurmuşlardır" yani sağlık, aile, meslek ve sosyal yaşamlarından büyük kayıplar vermiş ve çaresiz duruma düşmüşlerdir. Bu hale düşmeden önce alkolikler, bu zevki terk etmeye pek yanaşmazlar, ya da buna karar verseler de kolayca vazgeçerler. Önemli olan bu denli kayba uğramadan bu kısır döngüyü durdurma. Bu nedenle kişinin alkolik olduğu yani alkol karşısında zayıf, hatta alkolün esiri olduğunu fark edip kabullenmesi düzelmeye başlangıç noktasını oluşturur. Erken dönemdeki alkoliklerin bu gerçeği fark etmeleri için "motive edici görüşmeler" yapılır.

Alkol Tedavisinin Önemli Özellikleri Şunlardır:

• Alkolizm tedavisi yoksunluk belirtileri kalktıktan sonra başlar.

• Hedef ayıklıktır (sobriety): Eşlik eden psikiyatrik bozuklukların ayırıcı tanısı ve tedavisi için de bu önemlidir.

• Ekip tedavisi gerekir

• Tedavi hastanın ihtiyaçlarına göre seçilmelidir.

• Tedaviden sonra uzun süreli izleme gereklidir. Kişi uzun süre hastanede kalsa bile daha sonra

• izlenmezse alkole dönmesi kolaydır. Düzenli aralıklarla görüşmelere ya da kendine yardım gruplarına katılmalıdır.

• Nüksler (tekrarlamalar) İlk 6 ayda en sıklıkla görülür.

• Alkol tedavisi, fizyolojik, psikolojik ve sosyal olarak sınıflandırılabilir. Çoğu zaman, fizyolojik tedavi, psikolojik tedaviye ek olarak yapılmaktadır. Alkol tedavisinde psikoterapi vazgeçilmez bir yöntemdir.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## ALZHEİMER HASTALIĞI, BUNAMA, PRESENİL DEMANS

### TANIMLAMA:

Alzheimer hastalığı, yaşlılıkla beraber ortaya çıkan ve başta unutkanlık olmak üzere çeşitli zihinsel ve davranışsal bozukluklara yol açan ilerleyici bir beyin hastalığıdır. Beynin belli bölgelerinde, bilinmeyen bir nedenle birtakım proteinler birikir. Bu da beyindeki haberleşmeyi sağlayan sinir hücrelerinin hasar görmesine yol açar. Tanısı ön planda öykü almaya dayanmaktadır. Demans sebepleri arasında birinci sırada gelir. Bellek ve bilişsel işlevlerde günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayacak derecede kronik ve ilerleyici kayıpla karakterizedir. Yaşamın orta ve ileri

evrelerinde ortaya çıkar ve 50 yaş altında görülmesi pek nadirdir. Alzheimer hastalığı'nın görülme sıklığı yaşla birlikte artar, 65 yaşında görülme sıklığı yüzde 5'lerdeyken, 60 yaş üstünde yüzde 30'a çıkar.

#### BELİRTİ VE BULGULAR:

Alzheimer hastalığının ilk belirtisi genellikle unutkanlıktır. Yakın zamana ait bilgileri hatırlama ya da yeni bilgiler öğrenme güçlüğü görülür. Ayrıca konuşma bozukluğu, karar verme güçlüğü, kişileri tanıyamama ya da yolunu kaybetme gibi başka zihinsel sorunlar' da başgösterir.

Alzheimer hastalarında tabloya çoğu kez davranış ve kişilik bozuklukları da eşlik eder. Özellikle hastalık ilerledikçe, birçok hastada depresyon, saldırganlık, huzursuzluk, hayaller görme, uyku bozuklukları ya da amaçsızca dolaşma gibi ruhsal sorunlar görülebilir.

Zihinsel bozukluklar:

- Unutkanlık
- Öğrenme güçlüğü
- Konuşma bozukluğu
- Yolunu kaybetme
- Kişileri tanıyamama
- Karar verme güçlüğü

Ruhsal bozukluklar:

- Huzursuzluk
- İlgisizlik
- Saldırganlık
- Uyku bozukluğu
- Amaçsız dolaşma
- Gerçekdışı hayaller
- Depresyon

#### TANI:

Alzheimer belirtileri ile başvuran hastalara yapılacak radyolojik ve laboratuvar incelemeleri sonrası uygulanacak tanı kriterleri ile Alzheimer Teşhisi % 90 doğruluk ile konulabilmektedir. Alzheimer hastalığı bunamanın en sık nedenidir, ancak benzer belirtiler veren başka hastalıklar da vardır. Bu nedenle, Alzheimer hastalığının diğer bunama nedenlerinden tam olarak ayırt edilmesi gerekir. Sinir hastalıkları uzmanları, yani nörologlar ve ruh hastalıkları uzmanları, yani psikiyatristler, çeşitli testler, beyin filmleri ve laboratuvar tetkikleri sayesinde bugün büyük oranda kesin teşhis koyabilmektedir.

#### HASTALIĞIN SEYRİ:

Alzheimer hastalığı yavaş ilerleyen, ancak zaman içinde günlük yaşamı etkileyerek, hastayı geri dönüşsüz bir şekilde bakıma muhtaç bırakan bir hastalıktır.

Genel olarak 3 evreye ayrılır:

- Birinci evrede, unutkanlık, bildiği yerleri tanıyamama, bazı kelimeleri bulamama, işine ve hobilerine karşı ilgisini yitirme gibi erken belirtiler verir ve genellikle hasta olduğunu kabul etmek istemez.
- İkinci evrede, bellek kaybı belirginleşir, yakınlarının isimlerini unutulabilir, yolunu kaybedebilir, konuşma bozukluğu artar, yıkanma, giyinme gibi gündelik işlerinde yardıma ihtiyaç duyabilir ve bazı hayaller görebilir.
- Üçüncü evrede, artık aile üyelerini tanımayabilir, yemek yemede ve yürümede güçlükler başlar, idrarını ve dışkısını tutamayabilir ve ciddi davranış bozuklukları görülebilir.

Alzheimer hastalığı, yaklaşık 5-8 yıllık bir ilerleme süreci içinde hastayı yatağa bağlı ve tamamen bakıma muhtaç duruma getirir.

#### TEDAVİ:

Alzheimer hastalığını tamamen ortadan kaldıracak bir tedavi bugün için ne yazık ki yoktur. Ancak belli bir süre hastalığın ilerleme hızını durduracak ya da yavaşlatacak bazı yeni tedavi olanakları bulunmaktadır. Kolinesteraz inhibitörleri adı verilen bu yeni ilaçlar, beyindeki sinir hücrelerinin hasarı sonucu azalmış olan asetilkolin adlı haberci madde miktarının dengelenmesine yardım ederek zihinsel işlevleri korurlar. İlaç tedavisi, Alzheimer hastalığını tamamen durdurmaz, ancak bellek kaybı dahil, çeşitli zihinsel bozukluk belirtilerinin hafiflemesini sağlar. Böylelikle hastanın günlük yaşam aktiviteleri daha uzun süre korunur. Depresyon, huzursuzluk, uykusuzluk ya da hayaller görme gibi davranış bozukluklarını tedavi etmek için de uzun zamandır kullanılmakta olan çok sayıda etkili ve güvenilir ilaç bulunmaktadır. İlaç tedavisine karar verecek olan kişi, nörolog (sinir hastalıkları uzmanı) veya psikiyatristtir (ruh hastalıkları uzmanı). Sonuçta ilaç tedavisi, hastanın yaşam kalitesini artırır ve daha uzun süre kendine bakabilmesini sağlar.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## ANAREKSİA NERVOZA

Genel olarak 12-18 yaşları arasında başlayan ve şişmanlamaya karşı ağır korku yüzünden bilinçli olarak aşırı zayıf kalma çabaları ile belirlenen bir bozukluktur. Toplumda ortaya çıkma sıklığı bilinmemekle birlikte eskiden sanıldığı gibi çok ender rastlanan bir rahatsızlık değildir. Anoreksia Nervozalı bireylerin yaklaşık %95' i kadındır. Ve bir kişinin kız kardeşinde bu tür bir bozukluk varsa o kişide aynı hastalık riski belirgin oranda artmaktadır. Bozukluk daha üst sosyoekonomik sınıflarda daha sıktır.

En temel belirti aşırı kilo alma korkusudur. Bu durum kişinin yiyecek konusunda neredeyse fobik olacak noktaya dek varmasına neden olabilir. Şişmanlama korkusunun yanı sıra beden imgesinde de bozulma vardır. Buna bağlı olarak bu kişiler çok zayıf ve ince olsalar bile kendilerini şişman bulabilirler. Vücut ağırlığını kontrol altında tutabilmek için iki yolu kullanırlar: Kişilerin bir bölümü yiyecek alımını ileri derecede kısıtlarlar. Zaten aldıkları çok az yiyeceğin de çok az kalorili yiyecekler olmasına dikkat ederler. Bu kişiler buna rağmen ağır egzersizler de yaparlar. Diğer gruptaki kişilerde yiyecek alımının ileri derecede azaldığı açlık dönemleri ile aşırı yeme dönemlerinin birbirini izlediği gözlenir. Bu gruptaki kişiler, aşırı yemeden sonra şişmanlayacakları korkusuyla boğazlarına parmaklarını bastırarak kusarlar. Sık sık bunu yapan kişilerin el sırtında deri sertleşmesi olabilir. Sık kusan kişilerde mide asidinin etkisiyle dişlerde bozukluklar, çürümeler olur.

Bu kişilerin yeme davranışlarında ve yiyeceklerle olan ilişkilerinde gariplikler gözlenebilir. Yiyecekleri saklayabilir, yemek yapmak için mutfakta saatlerce uğraşabilirler.

Anoreksia Nervozalı'nın nedenleri günümüzde kesin olarak bilinmemektedir. Hastalığın oluşumu psikolojik, sosyolojik ve biyolojik olmak üzere üç boyutta ele alınabilir. Hastalığın ergenlikte ortaya çıktığı; bu dönemin cinsel ve sosyal çatışmalarla yüklü oluşu dikkate alınacak olursa; cinsel ve sosyal çatışmalarla başa çıkma konusundaki yetersizliklerin yiyeceklerden fobik kaçınma şeklinde ortaya çıkması öne sürülebilir.

Aşağıdakilerin varlığı halinde bu rahatsızlıktan bahsedilmektedir.

1-Bulunduğu yaş grubu ve boy uzunluğu açısından normal kabul edilen en az kilo ya da bu ağırlığın üzerindeki bir kiloyu kendisi için uygun bulmayı,kabul etmeme.

2-Yas ve boy göz önüne alındığında beklenenden daha düşük bir kilosu olmasına rağmen kilo almak veya şişmanlamaktan aşırı derecede korkma.

3-Kişinin kilosu ya da vücut şeklini algılayışında bozukluk vardır. Kişinin kendini değerlendirişinde kilo ya da vücut şeklinin ,olağandan çok daha fazla ve anlamsız ölçüde bir yer kaplaması veya o anki kilosunun düşük olmasının önemini farkına varmama.

4-Bayanlarda birbirini izlemesi gereken en az 3 adet döneminin olmaması

Bu rahatsızlığın kısıtlı ( bu durum yaşanırken kişide bir anda "patlayıncaya dek" yeme ya da kendini kusmaya ya da lavman- idrar söktürücüler ile yediklerini çıkarma davranışının olmadığı) tip ya da bu sayılan davranışların olduğu tiksindiricisine yeme/ çıkartma tipi olarak 2 şekli vardır.

Hastaların çoğunun düşünce içeriği yemek ile ilişkilidir. Kimileri kalan, artan, yiyemedikleri yiyecekleri bırakamayıp, biriktirir, bazıları da hiç yapamayacağı yemek tariflerini edinmeye çalışabilir. Topluluk içinde yemek yeme konusunda isteksiz davranabilirler. Başlangıçta çevrelerinden ilgi ve beğeni görmek için , kendileri üzerinde kontrol sağladıklarını görmek amacıyla alınan besinleri kısıtlamaya başlarlar. Eski kilolarına ya da çevrelerinde görünüm olarak beğeni kazanan kişilerin kilosuna inmek için hedef belirler. Kendileri gün içinde farklı zamanlarda tekrar tekrar tartar Tıkınırcasına yeme-çıkartma tipine ait grubun alkol-madde kötüye kullanımı, daha çok duygusal durumda dalgalanmalar ve cinsel aktivitelere sahip olup, dürtülerini kontrollerinin daha zor olduğu gözlenmiştir.

Kişiler kilo kayıplarını arttırmak için fiziksel egzersizler yapar ya da yorucu fiziksel uğraşılara girerler. Öyle ki kişi daha çok enerji harcayıp, kilo verebilmek için oturmayıp, ayakta durmayı yeğleyebilir ya da durduğu yerde el ve ayaklarını hareket ettirebilir. Kişinin toplumsal ilişkileri azalabilir. Sadece is, fiziksel egzersiz ve kilo düşünceleri ile ilgilidir. Bir deri bir kemik kalsa bile kilolu olduğu düşüncesindedir. Kişiler

kendilerine listeler hazırlayarak kendilerine yasakladıkları yiyecekleri belirterek, bunları yemeyeceklerine yeminler ederler. Yarım kilo bile almaları onları zayıflıktan şişmanlığa geçtikleri şeklinde düşündürür. Uzun süre bir konuya dikkatlerini veremezler . Kendilerine güvensizlik yoğun bir şekilde kendini hissettirmektedir. Gitgide sosyal çevrelerini kısıtlarlar.

Çocuk gelişiminin erken evrelerinde, anne-çocuk iletişimde çocuğun kendi başına,özgür davranışları üzerine yapılan müdahalelerin önemine dikkat çekilmektedir.

Anoreksia başlangıcı sonrasında genellikle obsesif- kompulsif davranışlar başlayabilir. Özellikle temizlik saplantıları ( ev temizliğine yönelik aşırı aktiviteler gibi) ve ders çalışma ile ilgili saplantılara rastlanabilir. Cinsel gelişimlerinde sorun olduğu gibi , cinsel isteksizlik ve diğer cinsel sorunlar da beraberindedir.

Bu kişilerde hastalığın yol açtığı vücutsal değişimler:

Hastalarda kansızlık, vücut su- tuz dengesinin bozulması, kanda kolesterol ve üre düzeylerinin artışı, karaciğer enzimlerinin yükselmesi, tiroid bezi hormonlarının düşmesi, kadınlarda ostrojen dediğimiz kadınlık hormonu ,erkeklerde testesteron denen erkeklik hormonu düzeylerinde düşme sonucu cinsel işlevlerde azalma, kalp atımında azalma ve düzensizlikler, beyin boşluklarının beyin dokusuna oranla kapladığı hacmin artışı oluşabilmektedir.

Kimlerde görülmektedir:

Bu rahatsızlık düzenli ve bol çeşitli yemek yeme olanaklarının olup, göze hoş görünmenin zayıf bir vücut yapısı ile paralel düşünüldüğü batı toplumlarında, kentsel alanlarda daha çok gözlenmektedir. Hastaların % 90-95 i kadındır. Anoreksia nervosa genç kızlarda % 0,5 oranında saptanmakta, genellikle 12-25 yaş arasında rastlanmaktadır.

Son yıllarda yurt dışında yapılan çalışmalara göre hastalığın yüz bin kişide 15-20 arasında görüldüğü saptanmıştır.

Rahatsızlığın oluşumunda etkili risk faktörleri:

- Yaşanılan sosyo-kültürel çevrenin etkisi ile zayıflığın kesin güzellik ölçütü olması durumu yaygınlaştırmaktadır. Bazı mesleki alanlar ( hosteslik, modellik, dans ve müzikle uğraşanlarda) bu yüzden özellikle risk altındadır.
- Bu rahatsızlığı olanların ailelerinde depresyon, alkolizm, şişmanlık ve gene bir yeme bozukluğuna daha çok rastlanmaktadır. Bu kişilerin annelerinin daha çok diyet yapıp,yeme bozukluğunun olduğu, sürekli diyet yapma düşünceleri ile haşır nesir oldukları, kızlarının da diyetleri konusunda yoğun düşünceler içinde olabildikleri gözlenmiştir.
- Aile yapıları itibariyle, bağımsız hareket serbestisinin verilmediği ve aile işleyişi açısından yeterli keyif alınmayan doyum sağlanamayan ilişkilerin varlığı.
- Öncesinde var olan aşırı şişman beden yapısı
- Çocukluk çağı başlangıçlı diabet ( seker hastalığı) varlığı
- Geçmişte yaşanan cinsel, fiziksel tacizler.

Rahatsızlıktaki kişisel düşünce yapıları:

- Kişisel açıdan kendilerini yardıma muhtaç ama yardım edilemez görürler
- Kendi ve çevreleri üzerindeki denetimi kaybetme korkuları vardır.
- Aşırı bir şekilde başkalarının görüşlerine bağımlı olarak özgüvenlerini koruyabilen, onların yeterli ya da olumlu desteği olmadığında kendilerini bir hiç olarak görürler
- Bir şey ya tam olmalı ya da hiç olmamalı şeklinde bir düşünce yapısı olan kişilerdir.

Hastalığın seyri:

Hastaların yarısının ilerleyen dönemde iyileştiği, dörtte bir oranında hastanın kısmen iyileştiği, ancak bir miktar yakınmalarının sürdüğü belirlenmiştir. Hastalık sonucu olum oranının % 5 civarında olduğu gözlenmiştir.

Hastalığın gidisine olumsuz etki yapan faktörler:

-Ailede aşırı geçimsizlik, tartışmalı ortam

-bulimianın hastalığa eslik etmesi

-Kusma, dışkılamayı arttırıcı ilaç kullanımları

-Obsesif-kompulsif, histerik, depresif, nörotik davranış yapıları, zeminde bulunan psikiyatrik sorunlar nedeniyle, kişide vücutsal yakınmaların fazlaca gündeme gelmesi (gastrit, kolit vb.)

-Hastalığı inkar eden davranışlar içine girilmesi.

Hastalığın gidisini olumlu etkileyen etmenler arasında ise erken başlangıç yaşı, hastalığı kabul etmek ve kendine güvenen bir kişilik yapısının bulunması sayılmaktadır.

Tedavi:

Anoreksia Nervozalı hastaların tedavisi çoğu kez güçlükle doludur. Hastaların çoğunda, hastalık birkaç yıl önce başlamıştır. Tedaviye katılmak ve tedavi planları için isteksizdirler. Bu sebeple genellikle çocuklarının bu durumundan üzüntü ve endişe duyan anne babaları tarafından doktora getirilirler. Tedavide bireysel psikoterapi, grup ve aile terapisi, ilaç tedavisi gibi yöntemler kullanılabilir

Psikoterapide hastanın kendi duygularını uygun bir şekilde ifade edebilmesi, yeme davranışı üzerine kurulu yanlış düşünce tarzının değiştirilmesi, vücuduna yönelik olumsuz algılamaların düzeltilmesi, özgüvenin oluşturulması, kişilerarası sorunların belirlenip, çözümüne yönelik bir yaklaşımın oluşturulmasına çalışılır.Tedavide davranışçı terapi, aile terapisi ve grup terapisi kullanılabilir

## **ANKSİYETE**

Anksiyete (bunaltı), hemen hemen her insan tarafından yaşanan bir duygudur.

Asıl amacı, yaşamın sürdürülmesi ve uyum davranışının gelişimini sağlamaktır. Ancak bir yere kadar sağlıklı olan bu duygunun yaşanması, bir noktadan sonra kişinin yaşamını ve diğer insanlarla olan ilişkilerini olumsuz olarak etkilemeye başlar. Bunaltı duygusu, olaylara içerdikleri tehlikelerle orantısız, uygunsuz ve abartılmış yanıtlar verilmesine neden olur.

Bunaltı, çeşitli bedensel ve ruhsal belirtilerle kendini gösterir. Başlıca bedensel belirtiler arasında çarpıntı, kalp hızında artma, tansiyon yükselmesi veya düşmesi, yüz kızarması, nefes darlığı, yorgunluk hissi ve çabuk yorulma, titreme, karın ağrısı, bulantı-kusma, ağız kuruluğu, sık idrara çıkma, terleme ve ateş basması sayılabilir. Sıklıkla gözlenen ruhsal belirtiler ise, kontrolünü yitirme, aklını yitirme ve ölüm korkusudur. Tüm bu belirtiler, kişide endişe, dehşet, tedirginlik, gerginlik, sinirlilik ve çaresizlik gibi duyguların yaşanmasına neden olur.

Bunaltı, kalıtsal, biyokimyasal, çevresel, kişisel etmenlerle ortaya çıkabildiği gibi, çeşitli hastalıklar ve kullanılan bazı ilaçlara bağlı olarak da oluşabilir.

Bunaltı en sık gözlenen ruhsal belirtilerdendir. Fobiler, panik bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk gibi çeşitli tipleri mevcuttur. Bunların arasında en sık karşılaşılanı fobiler, yani korkulardır.

Fobi, gerçekte tehlikeli olmayan bir nesne, etkinlik veya durumdan dolayı kişide sıkıntı yaratan ve mantıksız olan bir korku duyulması durumudur. Kişiler, kedi, köpek, böcek gibi hayvanlardan kan görmekten, yaralanma veya sakatlanmadan, doktor veya diş hekiminden, kapalı yerlerde kalmaktan, yükseklikten veya uçağa binmekten aşırı derecede korkabilirler. Bu tür durumlar, özgül fobi, yani belli bir nedeni olan aşırı korku olarak adlandırılır.

Kişinin, sosyal ortamlarda veya beceri gerektiren etkinliklerin yapılması söz konusu olduğunda, utanç duyacağı durumlara düşecek davranışlar yapabileceği korkusuyla bu tür ortamlara girmekten çekinmesi ise, sosyal fobi olarak adlandırılır. Kişiler az tanıdıkları insanların önünde konuşmaktan, yemek yemekten, toplantılarda söz almaktan kaçınmaya başlarlar.

Panik atak; aniden başlayan ve zaman zaman tekrarlayan, insanı dehşet içinde bırakan yoğun sıkıntı ya da korku nöbetleridir. Hastalarımızın çoğu zaman 'kriz' adını verdiği bu nöbetlere biz PANİK ATAĞI diyoruz.

## 2 . Panik bozukluğu;

Tekrarlayan, beklenmedik Panik Atakları ve Ataklar arasındaki zamanlarda başka

Panik Ataklarının da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı duyma yada Ataklara ve olası kötü sonuçlara karşı önlem olarak ( işe gitmeme, spor, ev işi yapmama, bazı yiyecek yada içecekleri yiyip içmeme, yanında ilaç, su ,alkol, çeşitli yiyecekler taşıma gibi) bazı davranış değişikliklerinin görüldüğü ruhsal bir rahatsızlıktır.

Panik atak geçirme endişesi, kişinin sosyal, mesleki ve ailevi yaşantısını önemli ölçüde etkileyebilir. Dışarı yalnız çıkmak istemeyebilir. Toplu taşıma araçlarına binmekten kaçınır. Kalabalık yerlerde bulunmak, kapalı yerlere girmek yoğun bir endişe yaratır. Kendisini emniyette ve rahat hissetmek için ilaç, kolonya, şeker gibi nesnelere yanında taşıyabilir.

## 3 . Obsesif-kompulsif bozukluk

Obsesif-kompulsif bozukluk yada toplumdaki yaygın adıyla " titizlik hastalığı", kişiyi rahatsız edici gelen, bir türlü akıldan çıkmayan, tekrarlayıcı dürtü yada düşüncelerin varlığı ( obsesyon, yani saplantı ) ve kişi bu saplantılarından kurtulabilmek için geliştirdiği davranışlardan(komplisyon, yani zorlantı) oluşur.

Örneğin zihinden uzaklaştırılmayan "hastalık bulaşacağı saplantısı"na karşı geliştirilmiş olan sürekli yıkanma ve temizlenme davranışı bunun en sıkveyaygın şeklidir. Cinsel saplantılar, zarar verme ya da zarar görme saplantıları, dini saplantılar ve bunlardan kurtulabilmeye yönelik geliştirilen sayı sayma, tekrarlama, kapıyı veya ocağı kapattıktan sonra defalarca kontrol etme gibi kişiyi zorlayan davranışlarla da sıkça karşılaşmaktadır. Bu hastalıkların kesin nedeni henüz yeterince bilinmemekle birlikte, tedavisi konusunda önemli ve yüz güldürücü gelişmeler vardır. Psikoterapi ve ilaç tedavisi yararlı olmaktadır.

## 4 . Öneriler

Yalnız olmadığınızı unutmayın ...

Bu broşür, sizi bilgilendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Sizde de benzer sorunların olduğunu düşünüyorsanız, bir doktora başvurunuz ve kendi başınıza herhangi bir ilaç tedavisine başlamayınız.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **BULUMİA NERVOZA: ASABİ OBURLUK**

Bulimia Nervosa:

Aşırı ölçüde , adeta " aksırınca, tıksırınca, patlayınca dek" krizler halinde tekrarlayan yemek yeme nöbetlerinin olduğu bir rahatsızlıktır. Aşağıdaki iki belirti bu duruma eslik etmektedir.

1-Belirli bir süre içinde , benzer durumdaki pek çok kişinin yiyebileceği besin miktarının çok daha fazlasının tüketilmesi

2- Bu durum yaşanırken yemek yeme üzerine kişide kontrolün kaybı hissi olur (yemeği sonlandıramayacağı , miktarında aşırıya kaçıp, kontrol sağlayamayacağı hissi).

Kişi kilo almamak için isteyerek kusma, dışkılamayı artırıcı ya da idrar sokturucu ,yan etki olarak zayıflama yapabilecek ilaçları kullanır. Yemek yemeyi kendine yasaklayıcı tutumlar ya da normalden daha çok fiziksel aktivite ya da yoğun kültür fizik hareketleri gibi uygun olmayan telafi edici, kompanse edici davranışlar içine girer.

Tıkınırcasına yemek yeme ve uygun olmayan telafi davranışları en az 3 ay süre ile en az haftada 2 kez görülmektedir.Kişinin kendine bakışında vücut şekli ve kilosu önemli bir yer işgal edip, sahip olunan özellikler normalden çok daha fazla etkili olmaktadır.

Rahatsızlığın 2 tipi vardır. Birincisinde düzenli olarak kusma, idrar sokturucu ve dışkılamayı artırıcı ilaçlar kullanılmaktadır. İkinci şekilde ise kişide bunun yerine yemek yememe ya da anormal derecede fiziksel aktivite ya da vücut egzersizleri gibi alınan kalorileri telafi edici davranışlar görülmektedir.

Patlarcasına yeme süreçleri çoğunlukla 2 saatten kısa süre içinde olmaktadır. Bu arada daha çok karbonhidrat içeriği fazla olan tatlılar, pastalar gibi kalorigen zengin besinler tüketilmektedir. Kişiler bu davranışlarını gizlemeye çalışır ve bu davranışlarını kıyıda, köşede sergilerler. Bu yeme davranışları planlı olabileceği gibi, aniden bir anda da başlayabilir. Yeme davranışı çok hızlıdır. Bu durum çevresel stres etkenleri ile tetiklenir. Atıştırma atakları alışılan aralıklarda ya da öfke, gerilim, yalnızlık ya da depresif duygulanımın olduğu dönemlerde tetiklenebilir. Yemek yenirken geçici bir süre gerilim düşerse de sonrasında bunu çokluk ve pişmanlık düşünceleri izler. Ya kendisi kusar ya da kusmaya veya dışkılamaya yardımcı olabilecek ilaçlara yönelir.

Bu kişilerde ilerleyen dönemlerde alkol-madde bozuklukları , depresif durumlar görülebilmektedir. Bu kişilerin daha çok kişilik bozukluklarına sahip olduğu ( daha çok sınırda kişilik bozukluğu) gözlenmiştir.

Toplumda kadınlar arasında % 1-3 oranında görülmekte, daha çok erişkinliğe geçiş döneminde başlamaktadır. Ailelerinde de bu rahatsızlığa ya da madde kötüye kullanımı ya da depresif rahatsızlıklara daha yüksek oranda rastlanmaktadır.

Bulimia çocuklukla önceden şişman olan kişilerde görülse de madde kullanımı ya da anoreksiya takiben de gelişebilmektedir. Kişinin vücuduna yönelik olumsuz değerlendirmeleri anoreksiya göre daha fazladır. Bazı durumlarda kişi yiyecek maddeleri çalar ya da para çalarak gıda maddelerini bu amaçla elde etmeye çalışır.

Depresyon genellikle hastalığa eşlik eder. Bu kişilerde madde kullanımları özellikle yoğun alkol kullanımı da görülebilmektedir. Kadınlarda çoğunlukla adet düzensizlikleri oluşmakta, bazı hastalarda tansiyon düşüklüğü ve kalp atım sayısında azalmaya rastlanmaktadır.

Kusmalar nedeniyle hastanın su-tuz dengesi bozulabilir. Yemek borusu hasarları, tükürük bezlerinde büyüme ve diş çürümeleri görülebilir.

Tedavi:

Hastalarda ilaç tedavisi yanında psikoterapi de etkilidir. Psikoterapide hedeflenenler anoreksiada bahsedilenler gibidir

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **BORDERLINE KİŞİLİK**

Aşağıdakilerden en az besinin varlığı ile birlikte ,genç erişkinlik döneminde başlayan , kişilerle olan ilişkilerde, kendilik algısında ve duygulanımda tutarsızlıklar ve ani dürtüsel davranışlarla karakterize bir durumdur.

1-Gerçek ya da varsayılabilecek , olası bir terk edilmeyi önlemek için çılgınca çaba harcamak.

2-Karsısındakileri aşırı büyütüp, göklere çıkarma ve aşırı değersizleştirip, gözden düşürerek, yerin dibine sokma gibi başkalarına aşırı değer.değersizlik verme ile giden tutarsız ilişkiler

3-Kimlik karmaşası denilen kendini algılayışında, arkadaşlık, cinsel durum ya da önem verilen kültürel-ahlaki değer anlayışında değişkenlikler

4-Kendine zarar verme olasılığı fazla olan ,2 ya da daha çok durumda sonunu düşünmeden, aniden yapılan eylemler (aniden çok para harcama, madde kullanımı,hızlı ve tehlikeli araç kullanma, birden aşırı yemek yeme, önceden düşünülmeyen uygunsuz cinsel davranışlar) .

5-Tekrarlayan bir şekilde intihar girişimleri, intihar tehditleri, kendi kendine zarar verme (bıçak,jilet vs. ile kendi cildini kesme, sigara ile yakma, kafasını , yumruğunu sert yerlere vurma gibi)

6-Duygu durumunda aşırı tepkililiğe bağlı olarak sürekli duygusal değişkenlik hali (saatler içinde değişen surelerde birbirini izleyen öfkellik, üzüntü, kaygı, sevinç dönemleri)

7-Kişinin kendisini sürekli olarak boşlukta hissetmesi .



8-Öfkeye hakim olamama (kavga etme, yüksek sesle hakaret,çiğlik atma eşya kırma gibi).

9-Stresle ilişkili gelip geçici kendine kötülük yapılacağı düşünceleri ya da dissosiyatif belirtiler

Rahatsızlığın asal özelliği karşılıklı birebir ilişkilerde , kendilik algısı (kendine bakış , kendini kabul ediş ve kendini sergileyiş) ve duygulanımda tutarsızlık ile ilişkileri etkileyebilen ani hesapsız davranışlardır.

Bu kişilerde sürekli bir ayrılık ve reddedilme fikri yaşandığı için bu gibi bir durumun izlenimi edinildiğinde duygulanım, kendilik hissi ve davranışlarda önemli farklılıklar yaşanır.Ayrılık ya da planlananların oluşmaması durumlarında yoğun öfke ve diğer belirtiler yaşanır. Yalnız baslarına olmaya dayanamaz ve birilerinin varlığına gereksinim duyarlar. Bu yalnızlığı önlemek için intihara yeltenebilirler.

Birebir ilişkilerinde özellikle karşı cinsten kişilere sürekli bağlanma, onları bir eski yunan tanrı ya da tanrıçaları gibi görüp yüceltirler. İlişkilerine çok büyük iddia ve hedeflerle baslar, gerektiğinden fazla özel hayatlarını paylaşır, karşılığında aynisini belediklerinden düş kırıklığına uğrarlar.Bu kez onları daha önce oturttukları tahtlarından indirip gözlerinden düşürürler. Bu nedenle arkadaşlıkları gelip geçici ve fırtınalı bir seyir izler.

Hedefleri, inandıkları değerler, arkadaş yapıları, cinsel eğilimleri, benimsedikleri görüşler ,mesleki heves ve amaçları değişkendir.

Devamlı olarak kendilerini boşlukta hissettikleri için uğraşıp, oyalanacak bir şeyler arıyor gibidirler. Karşı taraftan belediklerini bulamadıklarında öfkelerini sergiler, sonrasında bundan dolayı suçluluk, pişmanlık, utanç duyguları yasar ve kendilerini değersiz , zayıf, kotu hissederler.

Bu kişiler için" insanın kendi kendine ettiğini 7 mahalleli etmez "sözü çok uygun düşer.Kendilerine maddi ve manevi acıdan zarar verir, başladıklarını bitiremezler, "yüzüp kuyruğuna gelseler bile".

Yoğun stresli dönemlerde halusinasyon dediğimiz varolmayan ses,görüntü vs. gibi algılar,kendi vücuduna ve çevreye yabancılaşma görülebilmektedir.

Kendileri yada çevreye yabancılaşma yasayabilirler. Kişisel ilişkilerinden ziyade kendilerini terletmeyeceklerini ve gerekli karşılığı alabileceklerini düşündükleri sanal şeyler, cansız nesnelere, ya da hayvanlar üzerinden doyum sağlamaya çalışıp, kendilerine güvenli bir liman oluşturabilirler.

Eğitim ve evlilik hayatları fırtınalı bir denizde filikayla yolculuk gibidir. Ayrılık,boşanma ve tekrar bir araya gelmeler görülebilir.

Eşlik eden bozukluklar:

- Depresyon ve distimi
- Alkol-madde kullanım bozuklukları
- Yeme bozuklukları
- Travma sonrası stres bozukluğu
- Dissosiyatif kimlik bozukluğu
- Diğer kişilik boz.

Toplumda görülme oranı:

Genel nüfus içinde % 2-3 oranında görülmektedir. Araştırmalara göre hastanede yatanlar arasında %19 ; ayaktan tedaviyi sürdürenler arasında % 11 oranında olduğu gözlenmiştir.

Rahatsızlığın cinsiyet- kalıtım özellikleri :

Toplum geneli ile karşılaştırıldığında rahatsızlık gösterenlerin 1. derece yakınlarında beş kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır.Ailede madde bağımlılığı ,antisosyal k.b. ve depresif bozukluklara karşı da daha yüksek bir risk vardır.

Rahatsızlığın oluş sebepleri:

Rahatsızlıktaki merkezi serotonin işlevindeki azalmanın öfkeli ve dürtüsel davranışlarla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Bir başka görüşe göre de çocuk gelişmesinde 1,5-2,5 yaş arası dönemde çocuğun ayrılma ve kendi başına davranışlar sergileyebilme çabalarına annelerinden gelen cezalandırıcı tavırların şiddetli ayrılık korkularına yol açtığı öne sürülmüştür.

Gene benzer bir görüşe göre çocuk- ebeveyn ilişkisinin erken dönemlerindeki bozukluklar ( çocuğun yeterli dikkate alınmayıp, hislerini ve davranışlarını gözardı etmek çocukta uygun, olumlu ve sabit bir benlik hissi oluşmasını önleyecek ,sürekli desteğe gereksinim duyacaktır. Ailede duygusal paylaşımın olmaması , aile içi yoğun çatışmalar, küçük yaşlarda ana-baba kaybı, ayrılığı, çocuğun yaşadığı fiziksel ve cinsel tacizler rahatsızlığa eğilim oluşturur.

Ailesel özellikleri:

Bu kişilerin ailelerinde erken dönemde ebeveyn kaybı, travma tik ayrılmalar ya da her ikisi yüksek oranda bulunmaktadır.

Genellikle her iki ebeveynde de belirgin bir şekilde psikiyatrik sorun vardır. Annelerde karasızlık ve depresyon gözlenirken; babalar ya meydanda yoktur ya da karakter itibarıyla yoktur yada bozuktur. Aileler saldırgan davranışlar, alkolizm, fiziksel ya da cinsel tacizler (ki bunlar hastaya da uygulanmıştır) nedeniyle yıpranmış veya parçalanmıştır. Rahatsızlık boşanmış ya da evlatlık verilmiş ailelerde daha fazla saptanmıştır.

Hastalığın süreci:

Rahatsızlık gençlik dönemi öncesinde konuya dikkat verememe, öğrenme güçlükleri ve toplumsal çekilme, sosyal ortamlardan soğukluk ile kendini göstermektedir. Gençlik döneminde tüm yakınmalar başlamakta, yarı sayıda vaka ise 40'larından sonra düzenli bir çevre ve iş hayatına kavuşabilmektedir. Bununla birlikte çoğu eğitimini tamamlayamamakta, işlerini kaybedip, evliliklerini ya da birlikteliklerini sürdürmemektedir.

Rahatsızlıkta intihar tehditleri önemsenmelidir. Bu grup hastalarda % 8-10 oranında intihar sonucu olum görülmektedir.

Tedavi:

Bu kişilerin uzun süreli bireysel psikoterapiden faydalanırlar Bireysel terapide bilişsel- davranışçı terapi yanında duygulanım dalgalanmaları ve ani dürtüsel davranışlar için ilaç tedavileri uygulanabilmekte, intihar eğiliminin olduğu yoğun gerilim dönemlerinde kısa süreli hastanede yataklı tedavi uygun olmaktadır. Kişiler grup terapisinden faydalanabilmektedirler.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **BOŞANMA VE ÇOCUK ÜZERİNE ETKİLERİ**

Boşanma hiç kuşkusuz, çocukların başına gelebilecek en sarsıcı olaylardan birisi ve potansiyel olarak onların gelişmelerini ciddi bir biçimde etkileyecek bir dizi değişikliği de beraberinde getirmektedir. "Potansiyel bir durumdur, çünkü boşanmış bir ailenin bireyi olarak yaşamak kaçınılmaz olarak çocuklara zarar veren bir durum değildir. Önemli olan anne ve babanın evliliklerinin sona ermesini nasıl karşıladıkları, boşanmadan sonra hayatlarını ve ilişkilerini nasıl sürdürdükleri ve çocukları ile ilgilenmeye devam etmeleridir. 1 yılda 1 milyondan fazla çocuk, anne baba boşanması ya da ayrılığı yaşamaktadır. Boşanmaya karşı çocukların tepkilerinin varlığının farkında oluşun artmasıyla, 1960'lardan bu konu üzerine bir çok araştırma yapılmıştır.

1975'ten bu yana boşanmalar yılda 1milyonu aştı.

Bugün yapılan iki evlilikten biri boşanma ile sonuçlanacak

1983'te doğan çocukların %45'nin anne babası boşanacak. %35'inin anne babası tekrar evlenecek, %20'sinin anne ya da babası ikinci eşinden de ayrılacak.

Evliliklerin yarısı ilk 7 yıl içerisinde sona eriyor. Buna göre 1980'lerde doğmuş çocukların aşağı yukarı üçte biri 18 yaşına gelmeden tek ebeveynli bir evde yaşayacak.

Bu istatistiksel veriler boşanmanın ciddi bir sosyal sorun olduğunu şüphe götürmez bir tarzda kanıtlamaktadır. Ancak boşanmayı iyi ya da kötünün karşıtlığı olarak görmek çok basit bir yaklaşım olur.

Boşanma ile ilgili düşündürücü gerçeklerin ve anne babası boşanmış çocukların gelişimle ilgili ve psikolojik sorunlar yaşamak açısından diğer çocuklardan daha fazla risk altında olduğuna dair artan

verilerin ışığı altında, giderek daha fazla çift aileyi dağıtmanın doğru olup olmayacağını sorgulamaktadır. Bazıları, en azından çocuklar büyüyüp evden ayrılana kadar, kişisel isteklerini bir kenara atıp evliliği sürdürmeyi düşünebilir. Boşanmayı karşı tarafın istediği durumlarda, eşler karşı tarafın önüne istatistikleri koyarak, karşı tarafta suçluluk duyguları uyandırıp, fikrini değiştirmeyi deneyebilir. Araştırma sonuçları göstermiştir ki; sadece çocukların iyiliği için bir arada kalmanın çok nadir işe yaradığıdır. Bazen, birarada kalmak, çocuklara, anlaşılmayan eşlerin boşanmasından daha çok zarar verebilmektedir. Kasıtlı sessiz kalmalardan, sürekli bağırsık çağrışlardan, fiziksel şiddet göstermeye kadar çeşitli anlaşmazlık tezahürlerine şahit olmuş çocuklar, boşanmış aile çocuklarından daha uyumsuzdur. Kısacası, bazen, bir evlilik sorununu çözümlenmenin tek yolu evliliği sona erdirmek olabilir.

Günümüzde evliliklerin sona ermesi sık rastlanır bir olay olduğu için, bir çok çocuk- çok küçük olanlar hariç- boşanma kelimesini bilmektedirler. Eğer evliliğiniz bir süredir gergin ve mutsuzsa, çocuklarınızın birşeylerin yolunda gitmediğinin farkında olmaları büyük bir olasılıktır. Kavganın-özellikle fiziksel şiddet ve alkolizm- bol olduğu ailelerde, çocuklar farkında olmadan, anne babalarının ruhsal durumlarını okumayı öğrenirler. Kızgın ya da mutsuz bir ebeveynle yaklaşmak için en doğru zamanı çeşitli ayrıntılardan yola çıkarak bulabilirler. Aynı şekilde ne zaman ortada olmamaları gerektiğini de bilirler. Boşanma hakkında az çok bir şeyler bilmek ve sürekli anne-babanın kavgasına tanık olmak bile birçok çocuğu anne babasının ayrılıyor ya da boşanıyor olduğu haberine hazırlamaz. Olay patladığı zaman, ki bu çoğu kez anne ya da babanın evden ayrılması ile kanıtlanır, bir çok çocuk gerçekten sarsılır. Eğer çocuk anne ve babasının kavgalarından uzak tutulmuşsa daha da büyük bir şok yaşar. İstismar eden biri bile olsa, bir ebeveyninden ayrı olmak çocukları dehşete düşürür. Çocuğun aileyi terk etmiş olan ebeveyni özlemesi doğaldır. Ebeveynin ayrılmış olması çocukların bağımlılık duygularını yok etmez.

Amato ve Keith (1991) boşanmış ailelerin çocuklarıyla ilgili yapılan 92 çalışmanın metaanalizini yapmışlardır. Boşanma sırasında çocuğun yaşının, çocuğun psikolojik ve sosyal uyum ve anne-baba ile ilişkilerine üzerine en anlamlı etki eden faktör olduğunu saptamışlardır. Her çocuğun gelişim hızı aynı olmasa da, aynı yaş grubundaki çocuklar benzer özellikler taşır. Ailenin dağılması, aynı yetişkinlerde olduğu gibi, çocuklarda da bir çok değişik duygusal tepkiye yol açar. Çocuklar bu duyguları ilerideki yaşamlarının çeşitli aşamalarında tekrar tekrar yaşayabilirler. İçinde buldukları yaşa göre bazı duygular öne çıkar, diğerleri geri planda kalıp ileriki yaşlarda tekrar yoğunluk kazanır.

## Sevilen Ebeveynin Kaybına Tepkiler

Disforik tepkiler  
Diğer bakımvericiye tepkiler  
Dışa vuran Tepkiler

Acı ve umutsuzluk Kendini rahatlatma Bağımlılık Kayıp korkusu Kızgınlık Huzursuzluk  
Bebeklik Kederli, ağlayan, yasta, apati Parmak emme, oyuncaklarına sarılma Yapışkanlık Ayrılık kaygısı  
Ayrımsız öfke Ajitasyon  
Okul öncesi Ağlama (fakat azalmış), üzüntü, çekilme Masturbasyon Yapışkanlık, bakım görme arzusu  
Ayrılık kaygısı Oyunlarda kızgınlık ve öfkenin dışa vurması Ajitasyon  
Orta Çocukluk Ağlama, üzüntü Yapışkanlık, mızımızlanma, bebeksi konuşma, bağımsızlık Okul fobisi  
İtaatsizlik, okuldan kaçma, suç işleme Huzursuzluk, okul başarısında azalma  
Ergenlik Gözü yaşlılık, üzüntü, bitkinlik Okul fobisi Asilik, kavgacılık, kabalık, ilaç kötüye kullanımı, içki kullanma, evden kaçma, seksüel aktlar Huzursuzluk, okul başarısında azalma

Okul öncesi yaşlar

Okul öncesi çocukların ebeveyn boşanmasına tepkileri

Regresyon  
Emosyonel gereksinimlerde artma  
Bağımlılık, Clinging (yapışkanlık, yetişkinin eteklerinin dibinden ayrılmama)  
Artmış Agresyon  
Korku, üzüntü, kızgınlık olarak gözlenebilmektedir.

Klinik çalışmalarda genel olarak okul öncesi dönemdeki çocukların akut yas dönemimi yaşantılarının benzer olduğu belirtilmektedir.

Gelişimsel evreye bağlı olarak 3 özgün faktör zedelenebilirliği (vulnerability) belirlediğine işaret edilmektedir (Roseby, 1985):

Cinsiyet (Gender): Bir çok bildiride okul öncesi erkeklerin, kızlara oranla daha fazla gelişimsel bozukluk gösterdiği ve bu problemlerin daha uzun sürdüğü gösterilmiştir (Emery 1982, Hetherington ve ark 1978, 1979, Hodges ve Bloom 1984, Kurdek ve Berg 1983, Wellerstein ve Kelly 1980b). Cinsiyetler arası fark olmadığını bildiren çalışmalarda vardır (Pett 1982, Reinhard 1977). Boşanmalarda sıklıkla evi baba terk etmekte, psikanalitik çerçeveden erkek çocuğun neden daha sık etkilendiği bu açıdan izah getirilebilmektedir. Okul öncesi çocukların boşanma sonrası babanın yokluğunda erkekliği telafi (compensatory masculinity), egosentrik düşünce ve ödipal korkularla izah edilmektedir (Roseby, 1985). Boşanma öncesi evde yaşanan Stres: Boşanma öncesi yaşanan olayların niteliği önemlidir. Eğer boşanma öncesi şiddet ve çatışmalar yoğun yaşanmış ise çocuklar bozuklukları daha şiddetli yaşamakta ve uzun süreli etkilere daha yatkın olmaktadır (Wallerstein & Kelly 1974) Ebeveynlik işlevlerinin yeterli gösterilmemesi (Lack of adequate parenting): Bu durum çocukların güven ve otonomi duygusunu olumsuz olarak etkilemektedir (Wertman 1972). Kısa Dönemdeki (Akut ) Etkiler

Okul öncesi çocukların bilişsel, gelişimsel sınırlılıkları ve duygusal immatürimleri sebebiyle, boşanmaya tepkileri abartılı olmaktadır. Wallersteib ve Kelly (1980b) okul öncesi çocukların boşanmanın akut dönemdeki kriz etkilerine oldukça duyarlı olduklarına dikkat çekmişlerdir. Bu semptomlar bu yaş çocuklarının olaylara immatür yaklaşımları, fantazi ile gerçeği ayırt etmede güçlükleri, bakım ve korunma için anne-babaya muhtaç ve bağımlı oluşlarının farkında oluşlarıyla ilişkilidir. Erkekler babanın gidişini kızlara oranla daha az tolere etmektedirler. Bu çalışmada ayrılık sonrasında 1 yıl sonra yapılan değerlendirmede bu çocukların çoğunda; regresyon, agresyon ve korkunun kaybolduğu gözlenmiştir. Eğer bu bulgular devam ediyorsa, bu durum boşanmanın kendisinden başka faktörlere bağlıydı. Bunlar: devam eden ebeveyn çatışması ve yetersiz anne-baba işlevlerinin olmasıydı. Bu durum çalışmadaki 34 çocuğun yarısında gözlenmekteydi. Bu durum ; çok küçük çocuklarda boşanma kararı ve erken yaş evresinde kriz tepkilerinin normal olabileceğini düşündürmektedir. Wallerstein ve Kelly: ebeveyn çocuk ilişkisinin kalitesinin boşanmayı takiben ilk yılda küçük çocuğun duruma başa çıkabilmesinin en önemli belirleyicisi olduğu sonucuna vardılar.

## DAVRANIŞSAL TEPKİLER

Regresyon  
Artmış Agresyon

Klinik çalışmalarda okul öncesi çocukların çoğunun, anne ve babasının ayrılmasına ve boşanmasına, gelişimlerinde tamamladıkları bir aşamaya geri dönerek tepki gösterir. Bu kısa vadede (bir kaç ay) normal sayılabilir. Çocuklara zor durumlardan kaçarak, kontrolü elinde tuttukları, zihinsel olarak emin ve rahatlatıcı bir yere sığınma imkanı verir. Bu davranışların 1 yıl sonrasında iyileşmeye başladığı belirtilmektedir (Hetherington ve ark 1978).

Tipik gerileme davranışları parmak emme, yatağı ıslatma, tutturmalar, anne ve babaya vurma, anne babaya aşırı düşkünlük gösterme ve eskiden sevilen bir oyuncuğa yada nesneye tekrar bağlanmaktır.

Çocuklar, anne ve babalarının evliliğinin sona ermesine duydukları öfkeyi, yaşlarına, kişilik özelliklerine ve ailenin durumuna göre değişen şekillerde ifade ederler. Çoğu çocuk, özellikle erkek çocuklar sık sık kavga ederek, anne ve babaya, öğretmenlerine ve onlarla ilgilenen diğer kişilere bağırarak ve kırıp dökerek öfkelerini açığa vurular. Kalter ve Rembars'ın çalışmalarında (1981): bu yaş grubu için agresyonu diğer yaş gruplarına göre düşük bulmuştur. Wallerstein ve Kelly (1975) Odipal dönemdeki okul öncesi çocukların daha agresif ve bağımlılık gösterdiklerini belirtmektedir.

Duygusal Tepkiler

Wallerstein ve Kelly (1975) boşanma veya ayrılma kararını açıklandığı erken yaş evresindeki 2.5-6 yaş arasındaki küçük çocukların emosyonel tepkileri başlıca:

Korku, anksiyete ve üzüntü  
İrritabilite  
Akut seperasyon anksiyetesi  
Uyku Problemleri  
Bilişsel konfüzyon  
Otoerotik aktiviteler (masturbasyon)

Bütün çocuklar anne ve babalarının ayrılmasından ve ailenin dağılmasından sonra korkuya kapılırlar.

Okul öncesi çocukları daha çok, birlikte yaşadıkları evde kalan ebeveyninde kendini terk edip gitmesinden, giden ebeveyn tarafından eskisi kadar sevilmemekten, yiyecek ya da yatacak yer bulamamaktan korkarlar. Bu korkularını ağlamak, ebeveyninden başka kimse ile kalmayı reddetmek veya ebeveyni göz önünden ayırmamak şeklinde ortaya çıkar.

Bu dönemde çocuklar yaşadıklarına bir anlam verebilmek için fantazilere ve masallardaki büyülü olaylara sığınabilirler. Doğadaki olayların merkezinin kendileri olduklarını inandıkları için ebeveynin gidişinin kendisinin suçu olduğunu düşünürler. Hayallerinde, anne babanın hiç ayrılmadığını kurar, reddedilme ve kaybetme duyguları ile başa çıkabilmek için türlü şeyler uydururlar.

Çocuklar anne babanın ayrılma kararı konusunda söz hakkına sahip değildir. Ancak suçluluk duygusu bu konuda onların da rolü olduğu düşüncesine yol açar. Bu duygunun nedeni kendilerinin dünyanın merkezi olduklarına inanmaları ve bu yüzden her şeyin nedeninin kendileri olduğunu düşünmeleridir. Eğer daha uslu olsalardı, okulda daha iyi notlar alsalardı, gizlice babalarının gitmelerini istemeselerdi, annelerine geçen gece karşı gelmeselerdi vb. gibi nedenlerle her şeye kendilerinin sebep olduğunu düşünürler. Hatta durumu düzeltmenin de kendilerine bağlı olduğuna inanırlar.

Anne ve babanın boşanmasının üzerinden yıllar geçse de, hatta onlar ikinci kez evlenmiş olsalar bile bir çok çocuk hala onları bir araya getirme hayalleri kurar, bazen anne ve babalar çocuklarına yanlış sinyaller vererek, onların boş yere umutlanmasına yol açarlar.

Okul öncesi yaşlardaki çocukların çoğu cansız nesnelere insan gibi düşünür ve anne ve babanın onları her türlü şeyden koruyabileceğine inanır. Dolayısıyla en büyük korkuları, onları koruyan bu kişileri kaybetmektir. Bir ebeveynin evden ayrılması bu korkunun gerçeğe dönüşmesidir. Bir ebeveyn gittiğine göre, diğeri de her an gidebilir diye düşünürler. Zaman ve mesafe kavramları tam olarak gelişmemiş olduğu için, onlara göre, bir ebeveynin her sabah işe gitmesi ile başka bir şehirde yaşaması arasında bir fark yoktur. Ayrıca aynı örneklem grubundaki daha büyük çocuklarına oranla daha akut ve büyük tepkiler gösterdiklerine işaret etmişlerdir. Okul öncesi erkek çocukların, aynı yaş grubu kız çocuklarına oranla boşanmadan daha fazla etkilendikleri ifade edilmektedir. Okul öncesi çocuklarda boşanmanın akut etkileri bir yıllık sürede genellikle düzelmektedir.

#### Uzun Dönemdeki Etkiler (Long-term Effects)

Wallerstein (1984), erken dönemdeki bulguların aksine, 10 yıllık takip çalışmalarında: küçük çocukların daha büyük çocuklara oranla anlamlı derecede daha az emosyonel problem yaşadıklarını saptamıştır. Araştırmacı bunu o dönemde yaşananları küçük çocukların anımsayamamaları ile ilişkili olarak değerlendirmiştir.

#### Erkek çocukların Cinsiyet Özdeşimi

Yapılan ilk çalışmalarda (Biller 1970, Westman 1970): cinsiyet özdeşimi ve bozulmuş güven ve otonomiye araştırmak amacıyla araştırmalar yapmışlar. Psikoseksüel gelişimin ödipal evresinde boşanma yaşayan erkek çocukların, 3 yaş öncesi ebeveyn boşanması yaşayan erkek çocuklara oranla daha fazla agresif davranışlar gösterdiklerini saptamışlardır.

Santrock (1970) yaptığı çalışmada 0-2yaş, 3-5 yaş ve 6-9 yaşlarında boşanma veya ayrılık yaşamış 11 yaşındaki çocukları çalışmasına almış: erken yaşlarda boşanma yaşayan çocukların daha düşük derecede agresyon gösterdiklerini bildirmiştir.

Psikoanalitik alında çalışan araştırmacılar ve klinisyenler baba-yokluğu çalışmalarında tipik olarak altını çizdikleri; ödipal evrede artmış agresyonu erkekliği telafi ile açıklamaktadırlar (Gardner 1977).

#### Kızların Cinsiyet Davranışı

Kalter ve Rembar (1981) 3-5 yaşlarında ebeveyn ayrılığı veya boşanmış ergen kızlarla yaptıkları çalışmada; bu kızların arkadaşlarına karşı daha fazla agresyon gösterdiklerini, aynı yaş grubundaki erkeklere oranla daha fazla akademik problemler yaşadığı gözlenmiştir. Araştırmacılar: bu kızların ödipal dönemde yaşadıkları boşanmaya karşı öfkeyi internalize ederek puberteye kadar taşıdıklarını ileri sürmektedirler.

Hetherington (1972): 13-17 yaşında intakt, dul ve boşanmış aile kızlarıyla yaptığı çalışmada: boşanmış ailelerdeki kız çocuklarının dul ailesi kız çocuklarına oranla daha fazla heteroseksüel patern ve düşük benlik sayısı saptamıştır. 5 yaşından önce ebeveyn boşanması yaşamış kızlar, 5 yaşından sonra ebeveyn

boşanması yaşayan kızlara oranla; daha fazla erkeklerle uygunsuz ilişkiye girdikleri, daha fazla baştan çıkarıcı davrandıkları, daha erken ve daha sık flörte ve cinsel ilişkiye başladıkları görülmüştür. Baba yokluğu açısından bakıldığında Hetherington kızların ödipal dönemde bir erkek ebeveyni kaybının etkilerini ergenlik döneminde gösterdiklerini ileri sürmüştür. Baba yokluğu, kızların erkeklerle etkileşimlerini etkilediğini iddia etmiştir.

Davranışsal ve akademik etkiler

Kalter ve Rembar (1981) 'e göre anne-baba ayrılığını ödipal dönemde yaşamış, anlamlı derecede daha yüksek derecede okul davranış problemleri yaşadıklarını bulmuştur. Araştırmacılar ödipal dönemde ayrılık ve ya boşanma yaşayan erkek çocukların agresyonlarını latans döneme taşıdıklarını ileri sürmektedirler.

Blachberd ve Biller (1977): baba yokluğu yaşayan erkek çocukların okul başarılarını araştırmasında: 5 yaş öncesi ebeveyn boşanması yaşayan latans yaşı erkek çocukların anlamlı derecede daha sık okul başarısızlığı yaşadıklarını saptamıştır.

Çoğu baba sevgi doludur ve çocuklarının hayatında olumlu bir rol oynar. Babalar evden ayrıldıkları zaman çocuklarını her karşılarında görebilecekleri güçlü erkek modelinden mahrum etmiş olurlar. Dahası erkek çocuklar sorumluluk, başarı, babalık, diğer insanlarla geçinmek, karşı cinsle ilişki kurmak ve saldırgan huylarını kontrol etmek gibi konularda uygun erkek davranışlarını öğrenmek için belki de hayatlarının en güvenilir öğretmenini kaybetmiş olurlar.

Babasız evlerde büyüyen erkek çocukların daha az rekabetçi, sporla daha az ilgili, başkalarına bağımlı ve daha saldırgan oldukları araştırmalarda saptanmıştır. Okulda da başarısız olmaları ve otoriteye başkaldırmaları olasıdır. Eğer baba, erkek çocuk okul öncesi dönemdeyken ayrılırsa, çocuğun cinsel kimliği konusunda da aklı karışır.

Babasız büyüyen kız çocuklar ise karşı cinsle ilişki kurmakta zorlanırlar. Bazıları yaşlarına göre çok uyanmıştır. Bunun nedeni, babaları ile olması beklendiği gibi cinsellik dışı yollarla bir erkeğin ilgisini çekme egzersizleri yapma fırsatı bulamamış olmalarıdır. Yaşça küçük kızlar hayallerinde bir baba yaratıp, onunla kendilerini avutur ve gerçeğin soğuk yüzünden kaçarlar. Babaları tarafından ihmal edilen kız çocukların, mutluluğu, erkekleri mutlu etmekle ölçmeleri çok üzücüdür.

Araştırma sonuçları çatışmalar sonucu yıpranmış bir ailede yaşayan çocukların, boşanmış ailelere oranla daha fazla problemler yaşadığıdır. 1965-1979 arasında boşanma oranları hızlı artış göstermiştir. 1970'in sonlarında veya 80'lerin başında doğan %40-50 arası çocuk boşanma deneyimi yaşayacakları tahmin edilmektedir ve bunlar yaklaşık 5 yıl boyunca tek ebeveyn evlerde yaşayacaklardır. Boşanmış annelerin %75'i , babaların %80'i tekrar evleneceğinden, ikinci bir boşanma riski de artmaktadır (Hetherington, 1989).

Sonuçta çocuklar bir geçiş gösterirler: orijinal aileden tek ebeveynli aileye, genellikle anne ile, eğer yeni bir evlilik olursa yeni aileye ve yeni ebeveyn ve sıklıkla yeni kardeşlere uyum sağlamakla yüz yüze kalır.

Boşanmada annenin velayetindeki erkek çocukta özel sorunlar oluşmuştur. Tersine, tekrar evlenme ergenlik öncesi kızlar için özel problemler doğurmuştur. Tekrar evlenmeyi takiben ikinci yılda, anne ile kız çocuğu arasındaki çatışmalar yüksekti. Tekrar evlenmenin olduğu kızlarda, intakt ve evlenme olmayan boşanmış aile kızlara oranla daha fazla talepkar, daha hostile, ve baskı altında ve daha az sevecen oluyorlardı. Davranışları zamanla iyileşirken, aileleriyle aralarındaki zıtlasma ve distruptif davranışlar devam ediyordu.

Üvey babaya yakınlaşma ilişkilerinde problemler özellikle kız çocuklarında yaşanıyordu. Bunun birinci sebebi boşanmanın fırtınalı döneminde anne-kız arasında oluşan olumlu ilişkinin yeniden evlenme ile bozulması olabilir. Boşanma sonrasında anneler kızlarına daha fazla bağımsızlık, otorite, ve karar verme sorumluluğu veriyorlar (boşanma öncesi yaşantıya oranla). Bu sonuçta eşitlikçi ve ortak destek ilişkisine dönüşüyor (en azından ergenlik öncesi kızlarda). Sonuçta; ergenlik öncesi kızlar, annelerinin yeniden evlenmesine gücenebilmekte ve üvey baba onun bu ilişkisi için tehdit oluşturabilmektedir. Üvey baba üvey kızını kontrol altında tutmak için iyi ebeveyn olmak yerine, yoğun duygusal katılıktan kaçınan nazik yabancı rolü alabilir. Küçük ve daha büyük çocuklar üvey babayı sonuçta sıcaklıkla kabullenirler fakat 9-15 yaşlarındakiler direnç göstermeye devam ederler çünkü bağımsızlıkları için mücadele etmek sebebiyle, çünkü güçlü seksüel arzuları nedeniyle biyolojik olmayan babayı tehdit olarak görmelerinden dolayıdır.

Hetherington (1989) yeniden evlenmenin sıkıntılı dönemlerinde kardeşlerin olmasının tampon ya da

destekleyici olup olmayacağını sorgulamıştır. Yeniden evlenmiş ailelerin çocuklarında ambivalans, hostile, düşmanlık ilişkiler boşanmamış ailelere göre daha sıktır. Daha da ötesi kardeş kıskançlığı, agresyon ve alaka kurmama, antisosyal davranışların artmasında önemli rol oynar. Bu tarz erkeklerde kızlara oranla daha sıktır. Kardeş ilişkileri zamanla iyileşirken, yinede boşanmış yeniden evlenmiş grupta diğer iki gruba oranla (intakt, boşanmış yeniden evlenmemiş) daha fazla bozukluk kalır.

## EBEVEYN BOŞANMASI VE ÇOCUĞU TEPKİSİ

### Latans Yaşı Çocuklar

Gelişimin latans döneminde sosyal farkındalık ve kendini farkındalık önemli ölçüde artar. Erken latans döneminde boşanmayı yaşayan çocuklar kızgınlıklarının farkına varabilirler fakat sadakat ve korku hisleriyle bunları göstermede başarısız olabilirler. Yani sadakat ve kızgınlık (anger and loyalty) arasında çatışma yaşar. Latans yaşı çocuğu giden ebeveyni kendini reddi gibi algılayabilir. Latans yaşı aile dinamiklerine aktif olarak katılır. Hess ve Camara (1979) ve Coeper ve ark (1983) : bu çocukların düşük benlik saygısı, depresyon, bozulmuş davranış ve okul başarısızlığı, izolasyon göstermeye daha yatkın olduğunu belirtmektedirler.

Okul öncesi çocuklardaki gibi kızlar erkeklere oranla daha fazla davranış problemleri gösterirler. Baba ayrılığı olan latans çağı erkek çocukları, cinsiyet özdeşiminde bozukluklara yatkındır.

### Kısa Dönemdeki Tepkiler

#### Davranışsal Tepkiler

Bir kaç çalışmada latans dönemi popülasyonda; erkeklerin (tıpkı okul öncesi çocuklar gibi) kızlara oranla daha fazla kızgınlık ve stres gösterdiklerini tanımlamıştır. Çoğu erkek çocuk kızgınlıklarını; öğretmenleri ve arkadaşları üzerine kaydırabilmektedir. Bazı çocuklar ise direkt ve açık olarak "babanın ayrılıp gitmesinden" annelerini suçlamaktadır. Santrock yaptığı çalışmada (1979) latans dönemi erkek çocuklar; okul öncesi çocuklara oranla boşanma sonrası daha fazla agresyon göstermektedir. Bu agresyonları aile dışındaki kişilere de kayabilmektedir.

Hess ve Camara; boşanmanın kendisinden ziyade aile çatışmalarının agresyon seviyesini daha güvenilir yordadığını saptamıştır. Wallerstein ve Kelly (1980b): erkeklerin kızlara oranla daha fazla agresyon gösterdiklerini bulmuştur.

### Emosyonel Tepkiler

6-8 yaşındaki çocuklar fantazi veya inkar ile üzüntü ve yaslarını geçiremezler (Wallerstein & Kelly 1980b). Regresyon gözlenebilir. Agresyon genellikle velayet üzerinde olan anneye yönelir. Diğer ebeveyn aktif olarak yardımcı olmasa bile tipik olarak çocuklar ikisini de sadık kalır.

Sonuç olarak: hem okul başarısında hem de arkadaş ilişkilerinde azalma; geç latans dönemi çocukların yarısında gözlenir. 1 yıl içinde bu problemlerin çoğu düzelir.

### Aile ilişkileri

Wallerstein ve Kelly (1980b) ve Adams (1982): boşanma ve ayrılık yaşayan ergenlerin aile ilişkileri dışında tipik olarak destek ararlar. Bu ergenlerin gelişimsel olarak bireyselleşmeye hazırlanmasıyla ilişkilidir. Buna karşın latans yaşı çocukları gelişimsel olarak aileden bireyselleşmeye hazır değildir ve bu nedenle destek arayışı aile ile sınırlıdır. Bu nedenle aileyi barıştırma gayretleri içinde olabilirler.

### Okul başarısı

Hetherington, Camara ve Fatherman (1981); ebeveyn yokluğu ve akademik başarının araştırıldığı 58 çalışmayı analizlerinde; tek ebeveynli ailelerin çocuklarının daha düşük notlar aldıklarını bildirmektedirler. Babanın elvirilmiş olduğu durumlarda erkek çocukların notlarının daha iyi olduğu saptanmıştır. Şunu akılda tutmak önemlidir: Babanın olmadığı evde, anne otoriteyi güç kullanarak erkek çocuğunun agresyonunun bastırmaya çalıştığı belirtilmektedir (Hetherington ve ark.1978).

### Uzun Dönem Etkileri

Wallerstein ve Kelly (1980b): 5 yıllık takip ettikleri: 9-12 yaş erkek çocuklarında yaptığı çalışmada

boşanma kararı veya erken yaş evresinde kızgınlık yaşayan grubun, kızgınlığının daha da arttığını belirtmektedir. Bunların davranım bozukluğu belirtileri ; öfke patlamaları, anne-babaya karşı gelme, suç işleme, okul başarısızlığı ve okuldan kaçma gibi sorunları daha sık gösterdiği yolundaydı. Karar aşamasında yoğun kızgınlık yaşamış grup en fazla acting-out yaşıyordu. Akut evrede anne-babalarını suçluyor, arasına kendilerini ailelerinden yalıtıyor, geri çekiyorlardı.

Walter ve Ramber (1981): latans döneminde boşanmayı yaşamış erkek çocukların ergenlik döneminde okul başarısızlığı ev okuldan kaçma olaylarını sık yaşadıkları, oysa bu dönemdeki kızların okul problemleri az gösterdikleri yolundaydı. Kurdek ve Berg (1983): latans döneminde boşanma yaşamış çocukları 10 yıllık takiplerinde, kızların erkeklere oranla anlamlı derecede daha iyi uyum sağladığını belirlemiştir. Kızlar erkeklere oranla boşanmayı daha kabullenici oluyor, babayla temasın kaybına daha az olumsuz tepki gösteriyorlardı. Uyum sağlamanın boşanan eşler arasındaki çatışmanın derecesi ile ilişkili olduğunu saptamışlardır.

Hetherington (1972): okul öncesi ve latans döneminde boşanmayı yaşamış kızları ergenlik dönemlerinde değerlendirmiş: okul öncesi yıllarda boşanmayı yaşamış kızlarda heteroseksüel davranışları daha ciddi bulmuştur (erkeklerle etkileşimde artmış anksiyete ve baştan çıkarıcılık). Kızgınlığı ergenliğe taşınmış kızların bir grubunda; artmış cinsel aktivite ve rastgele cinsel ilişkiye girme oranı fazlaydı.

## ERGENLER

Sağlıklı, bütünleşmiş kimliğin gelişmesi için aileye bağımlılığın yavaş yavaş azalması gereklidir. Kazanılabilecek otonomi ergen-ebeveyn ilişkisinin natürüne bağlıdır. Ergenlerde otonomi 3 alanda gelişir: emosyonlar, davranışlar ve değerler (values) (Douvan & Adelson, 1966). Emosyonel otonomi; bireyin yakınlaşma ve sevgi hislerini ev dışındaki birileriyle de doyurmaya başlamasıyla başlar. Davranışsal otonomi, kişisel davranışları hakkında karar verme sorumluluğunu alır. Değerlerin otonomisinde; yanlış ve doğruyu algılama ve yaşam stilini belirlemeye başlar. Otonomi için mücadele hem ergen hem aileler için zor anlardır. Otonominin başarılı olarak gerçekleştirilmesi boşanmış aile ergenlerinde zor olabilir. ABD'de 10-18 yaşında 14 milyon ergen tek ebeveynle yaşamaktadır (1983, Select Committee on children). ABD'de her 4 çocuktan biri tek ebeveyn ile yaşarken; 16 yaşına ulaştıklarında beyazların 1/3'ü, siyahların 2/3'ü boşanma nedeniyle yaşamlarının bir döneminde tek ebeveyn ile yaşamak zorunda kalmıştır (Bumpass & Rindfuss 1979).

### Kısa Dönemdeki Etkiler

#### Davranışsal Tepkiler

Peterson yaptığı çalışmada (1982): babası yok olan erkeklerin, intakt ailelere oranla daha geleneksel erkeklik sergilediklerini belirledi. Santrock (1977) boşanmış ailelerdeki 10-12 yaşındaki subjelerde; intakt ailelere oranla anlamlı derecede daha maskuline, itaatsiz, agresif ve riskli davranışlarda bulduklarıydı.

Wallerstein & Kelly (1980b) ve Schwartzberg (1980) ergenlerde yaptıkları çalışmalarda ebeveyn boşanmasına iki farklı yolla tepki gösteriyorlardı. Birinci grup regresif davranışlar gösteriyor, kendinden daha küçük çocuklarla zaman geçiriyorlardı. Okul başadavamı ve başarısında düşmeler, zihinleriyle bu konuyla aşırı meşgul etmeleriyle ilişkiliydi. İkinci grup: Bağımlılık gereksinimlerini transfer ediyor, hazır olmasalar bile bağımsız olmaya çalışıyorlardı. Bunun sonucu erkelerde antisosyal davranış ve suça yönelik davranışlar geliyordu. Kızlarda ise arkadaşlarına bağımlılık ve cinsel ilişkiye erken gibi davranışlar sergileniyordu.

Ebeveyn boşanmasının ergen kızların seksüel davranışlarına etki ettiğini bildiren başka çalışmalarda vardır (Hainline & Feig 1978, Hetherington ve ark 1979a): Bu kızların flörte daha erken başladıkları, daha fazla cinsel aktivitede buldukları, erken yaşta evlendikleri ve büyük olasılıkla evlilik öncesi gebe kaldıklarıydı.

#### Emosyonel Tepkiler

Araştırma ve klinik bildiriler: ebeveyn boşanmasına ergenlerin ciddi emosyonel tepkiler gösterdiklerine işaret etmektedirler. Wallerstein ve Kelly'nin (1980b): 21 kişilik ergen grubunda, çoğunu karar aşamasında kızgınlık ve yas yaşadıklarını belirtmektedir. Bunların 1/3'ü kendini ailelerinden duygusal olarak yalıtarak tepki göstermişlerdir. Bu ergenler ailelerinden erken ayrılmaya meyilli olmaktadır.

Bazı ergenler stratejik olarak aileden kendisini çekmekte, böylece daha az kızgınlık duymakta ve çabuk



uyum sağlamaktadırlar.

## Okul Davranışları ve Başarısı

Bir çok çalışmada boşanmış ailelerdeki ergenlerin daha düşük akademik ve bilişsel performans gösterdiklerini saptamıştır (Allison & Furstenberg 1989, Rosenthal & Hansen 1980). Tek ebeveynli evlerde denetim eksikliği nedeniyle, okula gitmeme ve kaçma davranışları artmaktadır (Brown 1980).

## Uzun Dönemdeki Etkileri

### Boşanmanın Kuşaklar Arası Geçişi

Bir kaç çalışmada ebeveynleri boşanmış ailelerin bireylerin evliliklerinin boşanma ile sonuçlanma olasılığı daha yüksektir (Ganog, Coleman & Brown 1981).

## BOŞANMANIN ÇOCUKLAR ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

### Beş ve sekiz yaş arası

Çocuklar beş yaşına geldiklerinde duygularını ve saldırganlık gibi bazı dürtülerini kısmen de olsa kontrol edebilmeyi öğrenmiş olurlar. Kişilikleri yavaş yavaş yerine oturmaya başladığı için dünyaya ve çevrelerine büyük ilgi duyarlar. Bu kritik döneme gelen anne baba ayrılığı ya da boşanma, çocukların sağlıklı gelişimine sekte vurabilir. Hala sınırlı anlama kapasitelerine rağmen boşanmanın ne anlama geldiğini düşünebilirler ve evden ayrılan ebeveynin fiziksel boşluğunu kuvvetle hissederler. "Bana kim bakacak? Bana ne olacak?" gibi sorulara somut cevaplar isterler ve anne ve babalarını barıştırmak için çeşitli yollar denerler. Her ikisine de derinden bağlılık duyarlar.

### Dokuz ve On iki yaşlar arası

Bu yaş grubundaki çocuklar genellikle, anne babanın ayrılmasını ya da boşanmasını daha iyi kabullenirler, ancak yaşamlarına yansıyan sonuçları nedeniyle onlara öfke duyabilirler. Yinede ayrılan ebeveynlere özlem duyarlar. Eğer bu ebeveynin cinsiyeti, kendi cinsiyetleri ile aynı ise bu özlem daha da şiddetlidir. Eski eşine öfke duyan anne ve babalar da bu yaş grubundaki çocuklarına daha çok içlerini dökerler. Bu yanlıştır.

Bu yaşlardaki çocuklar için rol modelleri önemlidir. Anne ve babalarını, akrabalarını, arkadaşlarını, öğretmenlerini ve onların gözünde değeri olan diğer insanları izleyerek paylaşma, liderlik, arkadaşlık kurma ve olaylara olumlu yaklaşma gibi becerilerini geliştirirler.

Çocuklarınızın boşanmanıza uyum sağlamalarına yardım etmek için atacağınız ilk adım yapmanız gereken şeylerin bilincine varmaktır:

Ailenizin kendine özgü koşulları içerisinde ayrı yaşama ve boşanmanın ne anlama geldiğini çocuklarınızın anlamalarını sağlamak.

Çocuklarınıza, yaşlarına uygun biçimde, boşanmanın onları nasıl etkileyeceğini somutu ifadelerle açıklamak

Çocuklarınızı her zaman seveceklerine ve en iyi şekilde bakılacaklarına inandırmak ve bu yönde davranmak.

Çocuklarınızı diğer ebeveyn ile mutlu ve sıcak bir ilişki sürdürmek için cesaretlendirmek ve bunun için elinizden geleni yapmak

Eski eşinizle ilişkiyi mümkün olduğu kadar sorunsuz sürdürmek. Bu mümkün değilse, sorunları çocuklara yansıtılmamak.

Çocuklarla ilgili konularda eski eşinizle işbirliği yapmak.

Çocuklarınızın sizin için yeri doldurulamaz ve değerli varlıklar olduğunu hissetmelerini sağlamak.

Hayatlarındaki başka insanlardan ve uzmanlardan yardım ve rehberlik istemeleri için çocuklarınıza yardım etmek.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **DEMANS: UNUTKANLIK**

TANIM:

Kişinin entelektüel ve sosyal yeteneklerinin, günlük fonksiyonlarını etkileyecek şekilde ilerleyici bir kaybirdır. Hastalık doğası gereği ilerleyici özelliindedir.

Demanslı bir kişide; hafıza, düşünme, mantık yürütme, yer ve zaman tayini, okuduğunu anlama, konuşma, günlük basit işleri yapma gibi işlevlerde bozukluklar görülür. Entelektüel fonksiyonlardaki bu aksaklıklar zamanla hastanın günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini olanaksız hale getirir. Bu durum, hastanın yıkanma, yemek yeme gibi günlük tüm ihtiyaçlarının bir başkası tarafından karşılanmasını zorunlu kılar.

Normal yaşlanma sürecinde beyin fonksiyonları bir miktar geriler ancak her yaşlıda demans belirtileri bulunmaz. Bunun en iyi ayırıcı kriteri kişinin kendi işlerini yardımsız olarak yapabilmesidir. Fiziksel hastalığı olmadığı halde günlük yaşam aktiviteleri (yemek yeme, giyinme, temizlenme vb.) için bile yardım gereken hastalarda demans düşünülmelidir. Yaşlıların çoğu hafızalarının eskisi kadar iyi olmadığından yakınmaktadır. Örneğin isimleri ve yapacakları işleri hatırlamakta güçlük çekerler. Bu demans anlamına gelmez.

Demans 65 yaşının üstünde olan insanların yaklaşık %15'inde görülür. Hastalığın görülme sıklığı yaşla doğru orantılı olarak artmaktadır. 80'li yaşlarda her iki yaşlıdan birinde demans görülmektedir. Özellikle yakın hafızası zayıflar ve yapılan sohbetler, çarşıdan alması gereken şeyler gibi günlük işleri unutmaya başlar. Fakat her unutkanlık bir demans belirtisi değildir. Örneğin anneniz pişirdiği pastayı size ikram etmeyi unutursa bu unutkanlıktır. Fakat pastayı pişirdiğini unutursa ortada ciddi bir problem var demektir. Günlük hayatta olabilecek bu tarz bir-iki olay sizi endişelendirmemelidir ancak unutkanlık olaylarında artan bir eğilim varsa bir hekime başvurmak doğru olur

#### BELİRTİLER:

Hafif derecede;

-----  
Unutkanlık (özellikle yakın döneme ait hafıza problemleri),  
Konuşurken doğru kelimeleri bulamama,  
Okuduklarını anlamada zorlanma,  
Zaman kavramında bozukluk,  
Mantık yürütme ve karar vermede zorluklar,  
İş ve sosyal aktivitelerde düzensizlik,  
Hobi ve aktivitelere ilgi kaybı yaşanır

Orta derecede;

-----  
Unutkanlık daha belirgin hal alır.  
Hasta işlerini yapabilir fakat bağımsız yaşaması kendisi için zararlı olabilir.  
Hijyenik bakımını sürdüremez, giyimi düzensizleşir.  
İşini ve aile sorumluluklarını ihmal etmeye başlar.  
Dışarıda kaybolabilir veya bulunduğu yeri karıştırabilir.  
Anormal davranışlar başlayabilir.  
Demans şiddetlendikçe;  
Yakınlarını dahi tanıyamaz hale gelir.  
Ev içinde yolunu bulamaz.  
Günlük basit işleri yapamaz.  
Konuşmaları anlaşılmaz olur.  
Mesane ve barsak inkontinansı başlar.  
Devamlı bir bakıcıya ihtiyaç vardır.

Son aşamalarda;

-----  
Hastanın tüm vücut fonksiyonları etkilenir.  
Tümüyle yatağa bağımlı hale gelir.  
Genellikle bir enfeksiyon ile hasta kaybedilir.

#### TEŞHİS:

Demans hastalığının kesin teşhisi ancak otopsi yapılarak beyin dokusunun mikroskop altında incelenmesiyle konur. Bu, rutinde kullanılmayacak bir yöntemdir. Uzun yıllar devam eden araştırmalar sonucunda geliştirilen bir takım testler ve klinik muayene ile hastalığın tanısı konabilir.

Demans araştırması sırasında hastanın tiroid fonksiyon testleri, sifiliz, B12 vitamin düzeyi vb. bazı değerleri araştırılmalı, gerekli hallerde beyin görüntüleme yöntemleri (tomografi-BT ya da manyetik rezonans-MR) de incelenmelidir. Bu testler, demans bulgularını taklit eden tedavi edilebilir hastalıkların dışlanması için gereklidir.

#### TEDAVİ:

Unutkanlık bir çok kognitif (bilişsel, zihinsel) problemin, demansın, veya depresyonun belirtisi olabilir. Hastalığın belirtilerinin ortaya çıkışı kişiden kişiye, yaşa ve eğitim durumuna göre değişmektedir. Bu nedenle profesyonel bir yardım almak gerekeceğinden öncelikle doktorunuza başvurunuz.

Pek çok araştırmacının amacı, yalnızca unutkanlığa sebep olan hastalığın seyrini yavaşlatmak değil, hastalığın başlamasını da önlemektir. Şu an için hem tedavi, hem de hastalığın başlamasını önleyici tedavi seçenekleri araştırılmaktadır.

Tedavi yöntemlerinin başında hastaya danışmanlık ve destek vermek gelmektedir. Bellek fonksiyonlarını düzeltmek için bellek eğitim programlarına devam edilebilir.

Yaşlanma ile beraber ortaya çıkan ileri derecedeki unutkanlıklarda tedavideki ilk hedef ilerlemeyi durdurmaktır. Bu amaçla kullanılan güncel ilaçlar çeşitli klinik çalışmalarda kullanılmış, olumlu sonuçlar vermeleri üzerine yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Henüz ilerlemeyi tamamen durduran veya iyileştiren ilaçlar bulunamamıştır. Ancak hastalığın belirtilerini belirli ölçülerde gidererek, hem hastanın hem de yakınlarının yaşam kalitesini artıracak tedavi yöntemleri mevcuttur.

#### TEDAVİ ÖNERİLERİ

Bilişsel Belirtilerin Tedavisi

Davranışsal Belirtilerin Tedavisi

Tedavideki Yeni Yönler (Antioksidanlar, Antienflamatuvarlar, Östrojen...)

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## DEPRESYON

Depresyon

Bir rahatsızlıktır, sık görülür ve tedavi edilebilir.

Depresyon toplum içerisinde yaygın olarak görülen ve tedaviye cevap verebilen bir ruhsal rahatsızlıktır. Depresyondaki bir kişinin belli başlı yakınmaları şunlardır:

- ruhsal çöküntü hissi (mutsuzluk, karamsarlık)
- ilgi azalması, isteksizlik
- eskiden zevk alınan şeylerden zevk alamaz hale gelme
- umutsuzluk, çaresizlik
- kendine karşı güvensizlik, kendini suçlama
- dikkati toplamada güçlük, unutkanlık
- sürekli yorgunluk, halsizlik, enerji azlığı
- uykusuzluk/aşırı uyuma
- hareketlerde yavaşlama
- iştahsızlık/aşırı yeme
- cinsel istekte azalma
- ölüm ve intihar düşünceleri

#### DEPRESYONU BAŞLATAN NEDENLER

Depresyonu çoğunlukla birden fazla etken başlatır. Bunlar;

Biyolojik Etkenler:

Bazı kişilerde kalıtım yoluyla geçebilen bünyesel özellikler depresyona yol açabilir.

Kişisel Özellikleri:

Titiz, evhamlı, kılıkırk yaran, ya da olumsuz düşünmeye eğilimli kişilerde depresyon daha sıktır.

## Üzücü Yaşam Olayları:

Boşanmalar, bir yakının kaybı, ilişkilerde yaşanan güçlükler, göç, işsizlik, doğum, ağır hastalıklar gibi yaşam olayları bir depresyon dönemini başlatabilir. Bazı bedensel hastalıklar veya ilaçlar da depresyonu başlatabilir.

## TEDAVİSİ MÜMKÜN MÜ?

Depresyon uygun bir şekilde tedavi edilirse tümüyle düzelebilen bir rahatsızlıktır. Değişik tedavi yöntemleri bulunmaktadır. İlaç tedavileri yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Ayrıca, hastanın kendisini tanıyan bir hekim tarafından izlenmesi ve hastalığı ile ilgili konuları danışabilmesi de önemlidir.

İlaç tedavileri aşağıdaki durumlarda gereklidir

- depresyon orta ve ağır şiddette ya da kişinin gün içerisinde faaliyetlerini yürütmesini engelleyecek bir düzeyde ise,
- ölüm ve intihar düşünceleri varsa,
- daha önce hastanın bazı akrabaları da depresyon geçirmişse, yani aileden gelen, kalıtımla geçen bir yatkınlık söz konusu ise,
- hasta daha önce de depresyona girmişse ve bu depresyon ilaçla tedavi edilmişse,

## İLAÇLARIN BAZI ÖZELLİKLERİ

bağımlılık yaratmazlar,  
olumlu etkileri iki üç hafta sonra ortaya çıkar(bu nedenle uzun bir süre düzenli olarak kullanılmaları gerekir)  
bazı yan etkilere yol açabilirler(ağız kuruluğu, bulantı, baş dönmesi gibi). Bunlar genellikle tedavinin başında ortaya çıkar ve zaman içerisinde giderek azalır tümüyle kaybolabilir.  
alkolle birlikte alındıklarında tehlikeli sonuçlara yol açabilirler.  
depresyon tümüyle düzelse bile hekime danışmadan ilaç kesilmemelidir.

## DEPRESYONLA NASIL BAŞA ÇIKABİLİRSİNİZ?

Günlük Faaliyetlerinizi Mümkün Olduğunca Artırın

Bu kendinizi hem daha iyi hem de daha az yorgun hissetmenize neden olacaktır. Dinlenerek yorgunluk hissinden kurtulamazsınız.  
Bunun için;

Rahatsızlanmadan önce yapmak zorunda olduğunuz ya da severek yaptığınız işlerin birer listesini çıkarın. Günlük faaliyetlerinizi planlayın ve planınıza yukarıda hazırladığınız listelerin her ikisinden de bazı maddeler ilave edin.

Haftalar içerisinde bu maddelerin sayısını giderek artırmaya çalışın.

Başlangıçta biraz zorlanacaksınız, sabırlı olun ve cesaretinizi, umudunuzu kaybetmeyin.

Yaşadığınız Sorunların Bir Listesini Yapın

Bu sorunları çevrenizdeki güvendiğiniz kişilerle tartışın(doktorunuz, eşiniz, arkadaşlarınız).

Bu sorunları çözmek için elinizdeki imkanlar nelerdir? Başkaları bu konuda ne düşünüyorlar?

Bu imkanları kullandığınızda size ne yarar sağlar?

Atacağınız adımları ve karşılaşacağınız güçlükleri kaydedin.

Her aşamada geriye dönüp bakın, katettiğiniz yolu değerlendirin.

Hayatınızda İyi Giden Şeylerin Bir Listesini Yapın

İnsanlar depresyonda iken sahip oldukları olumlu özellikleri ve hayatlarında iyi giden şeyleri değerlendiremezler.

Depresyona girmeden önceki durumunuz hakkında düşünün.

Kendinizle ve hayatınızın değişik yanlarıyla (aile, çocuklarınız, iş vb.) ilgili aklınıza gelen olumlu şeylerin listesini yapın.

Olumsuz Düşüncelerinizle Mücadele Edin

İnsanlar depresyonda iken kendilerini ya da gelecekle ilgili olarak olumsuz düşünme eğilimindedirler. Bu düşünceler farkında bile olmadan akla geliverirler ve kişinin kendisini kötü hissetmesine yol açarlar. Bu

tür olumsuz düşünceler depresyonu daha da artırdığı gibi kişinin mücadele etme gücünü de azaltır.

Örnek:

"Arkadaşım tarafından eleştirildim, zaten hiçbir işi doğru dürüst yapamıyorum"

"Kocam beni terketti, değersiz işe yaramaz biriyim"

Olumsuz Düşüncelerinizi Yenmek İçin

-Bu tür düşüncelerinizi ve sizde yarattığı duyguları bir yere yazın.

-Kendinize şu soruları sorun:

Bu düşüncelerin doğruluğunu destekleyen kanıtlar var mı?

Farklı bakış açıları olabilir mi?

Başka bir kişi benzer bir durumda ne düşünürdü?

Kendinizi daha iyi hissettiğiniz zamanlarda bu olaya nasıl bakardınız?

-Giderek her bir olumsuz düşüncenin daha olumlu bir düşünce ile yer değiştirdiğini farkedeceksiniz.

Aşağıdaki gibi:

"Arkadaşım tarafından eleştirildim ama herkes zaman zaman eleştirilebilir. Bu dünyanın sonu değil. Üstelik bazı eleştirilerinde hiç de haklı değil".

DEPRESYONU YENE BİLİRSİNİZ!

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

Dikkat eksikliği hiperaktif çocuk

Çocuklarda Dikkat Eksikliği

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) için teshis ölçütleri:

Aşağıdaki (1) veya (2) maddelerinden en az birinin karşılanması gerekir.

1-Aşağıdaki dikkatsizlikle ilgili maddelerden en az altısının , en az 6 ay boyunca, çocuğun gelişim düzeyiyle uyumlu olmayarak ve çocuğun uyumunu bozacak şekilde varolması gerekmektedir.

a- Genellikle ayrıntılara dikkat edemeyip, iş, okul ve diğer aktivitelerde dikkatsizce hatalar yapmak.

b- Genellikle oyunlarda ya da verilen görevlerde dikkati sürdürmekte zorluk çekmek.

c- Kendisiyle karşılıklı olarak konuşulduğunda, dinliyor izlenimi alınmaması .

d- Genellikle kendisine öğretilip,gösterilmesine karşın, bunları uygulayamayıp, okul ödevleri, işyerindeki görevler ve ev işlerini tamamlayamamak.

e- Çoğunlukla yapacağı aktiviteler ve planları sıralayıp, düzene koyamamak.

f- Beyin gücü gerektiren görevlerden ( ders yapmak gibi) kaçınma, hoşlanmama , ya da bunları yapmaya isteksiz olma.

g- Çeşitli aktiviteler için gerekli oyuncak, ders araç ve gereçleri gibi şeyleri sıkça kaybetmek.

h- Konu dışı çevresel bir uyaran tarafından kolayca dikkatin dağılması.

i- Günlük olağan aktivitelere karşı da unutkanlık hali.

2-Aşağıdaki aşırı hareket ve dürtüsellik belirtilerinden en az altısının, en az 6 ay boyunca , çocuğun gelişim düzeyiyle uyumlu olmayarak ve çocuğun uyumunu bozacak şekilde varolması gerekmektedir.

Aşırı hareketlilik ile ilgili özellikler:

a-Sürekli olarak el ya da ayaklarını hareket ettirmek, yerinde oturamayıp,oturduğu yerde kıpırdanmak.

b-Oturmasının beklendiği ve gerekli olduğu ortamlarda (sınıfta ders esnasında olduğu gibi) yerini terk edip dolaşmak.

c-Uygunsuz olmayan ortamlarda ( sınıf, kalabalık mekanlar gibi) koşmak, bir yerlere tırmanmaya çalışmak gibi davranışlar sergilemek.

d- Oyun oynarken ya da boş vakit aktivitelerinde sessiz bir şekilde davranmama, gürültü çıkararak birşeylerle oyalanabilmek.

e-Daima 'sanki bir motor tarafından çalıştırılıyor' şeklinde hareket halinde bulunmak.

f-Sıklıkla aşırı ölçüde konuşmak.

Dürtüsellikle ilgili özellikler:

g-Kendisine sorulmakta olan soru tam olarak tamamlanmadan, yanıtlamaya çalışmak.

h-kendisine herhangi bir şey için sıra gelmesini bekleyememek.

i-Çevresindekilerinin iznini almadan , aniden konuşma ya da oyunlarına katılmak, müdahale etmek.

B-Bu şekilde kişide sorunlara yol açan yakınmaların 7 yaş öncesinde başlaması gerekmektedir.

C-Sorunlara yolaçan yakınmaların en az 2 farklı alanda kendini göstermesi gerekmektedir ( okulda, işte ya da evde gibi).

D-Toplumsal alan, okul hayatı ya da iş ortamında kişinin işlevselliğinde belirgin bozulmanın varlığı.

E- Rahatsızlığa ait yakınmalar başka bir psikiyatrik bozukluğa bağlı olmamalıdır.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, aşırı hareketlilik, dikkat eksikliği ve impulsivite olarak sınıflandırılabilen üç temel belirti kümesinden oluşur.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi

## **DİSSOSİYATİF BOZUKLUK**

Dissosiyatif amnezi:

Kişilerin önemli kişisel bilgilerini hatırlayamama halidir. Bu durumda sadece belli bir takım hatıra, duygu ve düşünceler değil (evlilik , mezuniyet törenleri gibi),daha uzun yaşantılar(çocukluk çağlarına ait dönemler ya da ilkökul yılları gibi ) hatırlanamayabilir. Bu belli bir konuya has olabileceği gibi o döneme ait her anıyı da içine alabilir. Gün içinde tekrarlayan unutkanlık dönemleri ile de seyredebilir. Yaygın görülmektedir. Travmatik hatıraların kişiyi etkilemesini önlemek için vücudun bilinçdışı olarak kullandığı bir savunma şeklidir.

Dissosiyatif fug:

Kişinin aniden kendisini nasıl geldiğinden habersiz olduğu bir yerde bulması, geçen sürede yaptıklarından habersiz olduğu , farklı bir kişi gibi davrandığı dönemlerdir. Bu dönemlerde kişilerin seyahatler yapabildiği, kişiliklerinden farklı davranışlar sergileyebildikleri gözlenmiştir. Tek başına görülmesinden ziyade ,dissosiyatif kimlik bozukluğu içinde bir öge olarak bulunmaktadır.

Depersonalizasyon bozukluğu

Kişinin vücudunun tümü ya da bir kısmına yabancılaşması ( gerçek dışılık hissi ,vücudu,kol ve bacaklarının değiştiği hissi, kendini dışarıdan film izler gibi seyrediyor olma,bedeninden ruhunun ayrılıyor olduğu hissi,sanki bir sis perdesi ardından etrafına bakıyor gibi olma vb.) şeklinde daha farklı bir algılayış içine girilmesidir . Bazen etrafını, yaşadığı ortamı da yabancı veya daha farklı hissetme hali (derealizasyon) ile birlikte olabilir.

Histerik psikoz:

Kişi için çok önemli , üzücü ani bir durum ya da ağır bir gerilimli süreç sonrasında ,olmayan sesler duyma, görüntüler görebilme, düşünce bozuklukları, kendi ve etrafına yabancılaşma, çocuksu ve normal dışı davranışlar, ağlayıp-gülme gibi duygusal görünümde ani ve aşırı değişiklikler ya da tepkisizlik hali ile kendini gösterir.İlerleyici değildir. Bir kaç saat ,bazen de bir kaç hafta sürebilir. Halk arasında" cinnet geçirdi" denilen durumdur. Hastaneye yatış gereklidir. Bu durumun altında dissosiyatif kimlik bozukluğu olabileceğinden ,olayı bir buzdağının üstü gibi düşünerek görünmeyen kısma yönelik tedavi başlatılmalıdır.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

Doğum sonu depresyonu

Postpartum depresyon; doğum sonu depresyon yani çökkünlük demektir. Her ne kadar "doğum sonu" denmekte ise de, doğum öncesi ve sırasında da ortaya çıkabilir. Depresyonun tipik belirtileri olan üzüntü, moralsizlik, kendine güven de azalma, kötümserlik, ağlama, yakınma şikayetleri ortaya çıkar. Bunlar başlangıçta dikkati çekmeyebilir. Fakat bu duygu durumunun süresi uzayınca (15-20 gün kadar) çevrenin dikkatini çekmeye başlar. Bu tablo giderek ağırlaşabilir. Hastanın kötümserliği kötülük görme hezeyanlarına, kendine güven düşüklüğü, kendini suçlama, kendini yararsız görme, giderek de ölüm intihar düşüncelerine neden olur. Daha ağır şekilde (sistemsiz, mantıksız) hezeyanlar ve görsel, işitsel halüsinasyonlar tabloya eklenebilir.

Ülkemizde bunun sıklığı ile ilgili araştırma yoktur. Ancak psikiyatristlerin seyrek olmayarak karşılaştıkları bir tablodur. Nedeni kesin olarak bilinmemektedir. Doğumun neden olduğu fizyolojik, özellikle hormonal değişiklikler, yine hamileliğe bağlı olarak ortaya çıkan psiko- sosyal faktörler ya da her ikisi birlikte neden oluşturabilirler.

Genellikle genç annelerde ve ilk çocukta daha sık görülmektedir. Ancak yaş sınırı yoktur. Sosyo-ekonomik düzeyle de ilişkisizdir. Eğitim düzeyiyle ilişkisi belirlenmemiştir.

Psikiyatrik tedavi mutlaka gereklidir. Ve erken başlanması önemlidir. Tablo ağırlaştıktan sonra tedavi güçleşmekte, geri dönüşü güç problemlere yol açabilmektedir. Bunlardan en önemlisi kalıcı tedavisi zor şizofreni benzeri bir psikotik tabloya yol açabilmesidir. Bu durumda hastanın hezeyanları ve halüsinasyonları kalıcı olabilmektedir.

Dengeli, anlayışlı yaklaşımlar yararlı olur ancak, hastalık başladıktan sonra mutlaka uzman birinin yardımı gerekir.

Hastalığın süresi için kesin bir şey söylemek mümkün değildir. Bazen 1-2 ayda iyileşebilir. Bazen 5-6 ay ya da daha uzun sürebilir. En önemli kötü sonuç kalıcı bir psikotik bozukluğa neden olabilmesidir. Bu nadir de olsa görülebilir.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **EVLİLİK SORUNLARI**

Özellikle ülkemiz gibi ailesel bağların ve toplumsal yaşantının kişilerin davranışlarında etkili olduğu toplumlarda erişkin yaşlara gelen kişiler evlenerek hayatlarını sürdürmektedirler. Her ne kadar "dışı sizi, içi beni yakar" deseniz de yurt dışında yapılan çalışmalara göre 45-65 yaş grubunda evli erkeklerde, aynı yaş grubundaki bekar ve birlikte yaşayan erkeklere göre , 10 yıl içinde ölüm oranları iki kat daha az bulunmuştur. Evli erkekler daha uzun yaşama şansına sahip bulunmaktadırlar.

Evlilikte en önemli sorunlar arasında eşler arası iletişim süresi ve kalitesinin eksikliği, kendi aileleri ve eşlerinin aileleri ile olan ilişkileri, toplumsal hayata yönelik davranış ve hissedişleri, ekonomik sorunlarla başa çıkabilmeleri, mesleki durumları sorunlarını çözmede kullandıkları yollar, eğer çocukları varsa onların bakımı ve yetiştirilmesindeki farklı bakış açıları, ve cinsel hayatlarındaki yetersizlikler ve uygunsuzluklar sayılabilir.

Evliliklerdeki sorunlar hamilelik, düşük ya da kürtajlar, çocuk sahibi olma, ağır hastalıklar, hastanede

yatırılma, yoğun ekonomik sıkıntı dönemleri, mesleki konumdaki değişimler, yeni bir yerleşim yerine taşınma (özellikle bizim toplumumuzdaki ataerkil yaşam düzeni, ekonomik sorunlar , evlenen gençler ve ebeveynleri arasındaki sınır sorunları nedeniyle evlendikten sonra gençlerin erkek tarafıyla ya da onlara çok yakın bir yerde yaşamaları şeklinde), emeklilik gibi kişilerin hayatını etkileyebilecek pek çok değişim sonrasında başlayabilmektedir.

Kişilerin çocuklarının hastalanmaları ya da daha ağır çocukların kaza ya da hastalık sonucu ölümü sonrasında da boşanmalar artmaktadır.

Evlilikte sorunlara yol açan cinsel sorunlar: Kadınlarda vaginismus, anorgazmi ; erkeklerde erken boşalma ve erektil (cinsel organda sertleşme)fonksiyon bozuklukları sayılabilir. Bunlar yüksek olasılıkla psikolojik kökenli olup, tedavi edilebilir sorunlar arasındadır. Eğer kişilerde eşcinsel bir yönelim varsa ve buna rağmen toplumsal baskılar yüzünden evlilik yoluna gidilmişse, sorunların çözümü zorlaşmaktadır. Toplumumuzda sıkça karşılaşılan cinsel sorunlar genellikle daha önce, hatta çocukluk döneminde yaşanan tacizlerle ilişkili olabildiği gibi, aile içinde cinsel bilgilerin ebeveyn tarafından doğru bir şekilde öğretilmeyip, kulaktan dolma yanlış bilgilerden edinilmesi, ailede karşı cins ile iletişimin katı bir şekilde sınırlandırılması ve korkutulması ile gelişebilmektedir. Gençler bu nedenlerle genellikle evlendikleri zaman karşı cinsle ilk cinselliklerini yaşamakta, bu da aşırı heyecan, performans kaygıları ve korku ile sorunlu cinsel girişimlere yol açmaktadır. Bazen de gençler arkadaşlarının ya da bazı akrabalarının telkini ile paralı uygunsuz cinsel ilişkilere girip, ilk deneyimlerde olumsuz yaklaşımlarla karşılaşmakta, bu durum kendi performans kaygılarını arttırmaktadır. Bireyler cinsel açıdan sorunlar yaşıyorsa, bunların tedavilerini birlikteliklerinin erken aşamalarda yaptırmalı bugünkü işlerini yarına bırakmamalı ve eşlerini yıpratmamalıdır. Cinsellik sıklığı ve şekli her iki kişinin ortak isteği doğrultusunda olmalıdır. Cinsellik sevgi ile birleştirilmeli , mekanik bir eylemden çok, adeta bir güzel sanatlar gösterisi şekline dönüştürülmelidir.

Farklı sosyokültürel düzeyler: ( farklı dinler, milletler, mezhepler,farklı sosyoekonomik düzeye sahip aile yapıları gibi) birbirlerinden çok farklı sosyokültürel değerlere ve yargılara sahip olduklarından evlilik sorunları yaşayabilirler. Bireyler çevreden gelebilecek baskı ve zorlamalara göğüs gerecek yapıda değiller ve bunun için gerekli maddi ve manevi güçte değillerse ,birbirlerine ve evliliklerine sahip çıkamayabilirler. Ancak her ikisi de çevrelerine gerekli sınırları koyabilmek için yeterli birikime ve kişilik yapılarına sahipse, evlilikleri çok mükemmel de olabilir

İletişim düzeyleri: Eşlerin birbirleriyle kurdukları sözel ve vücut dili olan iletişim

(birbirleriyle az konuşmaları, dertlerini paylaşamamaları gibi) yetersiz ve kalitesizse gene evlilik sorunları erken dönemlerde başlayabilmektedir. Eşler birbirleri yanında ağlayabilmeli, sevgilerini her şekilde dile getirmelidirler. "Seni seviyorum" demenin sözel olmayan binbir çeşit yolu vardır ( ufak bir hediye, değişik bir yemek, ona yollayacağınız güzel bir yazı ya da resim, eşinizin sevdiği bir demet çiçek, hafta içi ya da sonu birlikte yapacağınız ufak bir gezi vb.) Sabah ayrılırken birbirinizi öperek, başarılar dilemek, eşiniz eve geldiğinde kapıda sevimli bir yüz ifadesi ile , güzel giysiler içinde karşılamak, bunlar arasında sayılabilir. Ayrıca eşler birbirlerine sadece kendilerine ait, birbirlerinin hoşuna giden bir takım güzel hitaplarla seslenmeyi alışkanlık haline getirmelidir ( bir tanem, bebeğim, aşkım vb). Eşler beyinlerini ayakları altına almadıkları sürece bunları bulabilirler. Ancak beyinlerimizi çöpe atmamız,ne yazık ki televizyonla aşırı derecede haşır neşir olmak, anlamsız gururlar şeklinde bunun en çok görülen sebeplerden biri olmaktadır.

Her evlilik aslında bir konfederasyon modelinde olmalıdır. Eğer çiftleri oluşturan bireylerden biri diğerinin haklarını çiğniyorsa, onun özgürlük alanına müdahale ediyorsa, kararlar sürekli tek tarafın isteği doğrultusunda alınıyorsa, evlilikler çıkmaza girmektedir. Her kurum gibi evlilik de demokratik bir şekilde yürütülmelidir.

Zamanın paylaşımı :Evliliklerde bireyler sürekli olarak herşeyi birlikte yapmak zorunda olmamalıdır. Mutlaka birlikte vakit geçirecek aktiviteler de olmalıdır ancak bireyler zaman zaman kendi arkadaşları ve çevreleri ile de birbirlerinden ayrı zamanlar geçirebilmelidirler. Bu bazen orkestrayı dinlemek bazen de tek bir enstrümandan oluşan solo albümleri dinlemek gibidir. Kişi kendine tanıdığı hakların aynısını eşlerine de tanımalıdır. Aksi halde efendi-köle ilişkisi olur ve bu ilişkilerin temelinde dinamit koymak ile eşanamlı hale gelir.

İş ve çevrenin aile hayatınıza olumsuz yönde etkilerinin engellenmesi: İnsanların günlük hayatları bir parça sirklerde göstericilerin 4-5 topu bir arada havada döndürmesi davranışı gibidir. Her top belli bir sürede elde tutulmalı yada dokunmalı ve birbirleriyle aynı hız ve doğrultuda atılmalıdır. Toplardan birisi elde fazla tutulur ya da yavaş atılırsa, diğer toplarda düşmektedir. Benzer şekilde eğer kendine, eşine,



mesleğine ve çevresine yeterli zamanı ayırmazsa, bunlardan biri bile aksasa diğerleri de zaman içinde zarar görmektedir. Gene benzer şekilde sadece arkadaşlarınızı ön plana alıyor, eve geç geliyor, eğlenmenin tümünü eşiniz olmadan yapıyorsanız gene sorunlar yaşayabilirsiniz. Mutluluğunuz başkalarının mutsuzluğu üzerine kurulmamalıdır. Herkesin yeri ayrıdır ve hiçbirisi diğerlerini yok etmemelidir. Aşırı işle haşır neşir olmak evinizi ihmal etmenize yol açıyorsa, iyi bir eş ve iyi bir anne-baba olamazsınız. Bunun faturasını da uzun erimde çok daha pahalıya ödersiniz. Evlilik sorunları, çocuklarınızla sorunlar, sağlık sorunları ile karşılaşabilirsiniz. İşte yaşanan sorunlar eve, evde yaşananlar işe taşınmamalıdır. Çevrenizden duyduğunuz herşeyi eşinize, eşinizden duyduğunuz herşeyi de çevrenize taşımamalısınız. Aksi halde çözümü çok zor düşümler atarsınız Evin maddi gereksinimlerini karşılamak için sadece bir yönüdür. Evin manevi, sevgi gereksinimi de karşılanmalıdır. Eş ve çocukların sadece paraya değil sevgiye de gereksinimi vardır.

Sadece eşe yoğunlaşmak: Bütün hayatınızı da eşinizin üzerine kurmamalısınız, herşeyi ondan beklememelisiniz. Kendiniz de yaptığınız uğraşlar ve çevrenizle ilişkilerinizden doyum sağlayabilmelisiniz. Aksi halde eşinizi kıskanır, onun hayatını kısıtlamaya başlarsanız evliliğiniz tehlikeye girer. Kendi yağınızla kavrulmayı da öğrenmelisiniz.

Eski konumdan (çocukluk) yeni konuma (erişkinlik) geçişin idraki: Artık siz yeni bir ailede yaşıyorsanız o kurumun sağlığı için ,gelecekte sizden daha kültürlü,sağlıklı ve mutlu yetiştireceğiniz kişiler için mücadele etmelisiniz. Hayatınızın daha yüksek bir olgunluk basamağını aşmış bulunmaktasınız. Buna rağmen hala eski evinizin küçük çocuğu gibi davranırsanız, anne-babanızın sizin hayatınızı istedikleri gibi karışıp yönlendirmesine izin vererseniz, kendi prensiplerinizi ve yöntemlerinizi hayatınızı sürdürmezseniz gerekli olgunluğa ulaşamamışsınız demektir, bu da evliliğinizin kalitesizleşmesini sağlayacaktır. Kendini evlilik için yeterli olgunlukta hissetmeyen ya da bu olgunluk düzeyine ulaşamamış kişiler evlenmemelidirler.

Birbirini tanıyabilmek ve maske takmamak: Özellikle kırsal kesimlerde erişkin döneme gelen kişiler, ailelerinin kararları doğrultusunda birbirlerini yeterince tanımadan evlenmektedirler. Bazı durumlarda ise aile baskısı ile hiç karşı cinsten arkadaşı olmayan kişiler görüşüp tanıştıkları ilk kişi ile evlenmektedirler. Bu durumlarda kişiler kendi gerçek özelliklerini saklamakta ve karşılarındakini maskeler takarak aldatmaktadırlar. Bunlar sonucunda "cicim aylarının bitiminde" sorunlar başlamakta ve fertler "bu benim sevdiğim kişi değildi" diyebilmektedirler. Ya görüldüğü gibi olmak, ya da olduğu gibi görünmek en insancıl yaklaşımdır.evlilik öncesi kişiler birbirlerine karşı açık olmalı ve olumsuz taraflarını görebilecek sürede ve kalitede konuşabilmelidirler.

Sınırlarınızı belirlemek ve korumak:Toplumumuzda gençler genellikle evlenene dek aileleri yanında yaşamaktadır. Bazı durumlarda evlenecek çağa gelen gençler babalarının yanında çalışmaktadırlar. Bu gibi durumlarda gençler yeterli güce sahip olamamakta ve adeta onların eline bakar duruma gelebilmektedirler. Anneler çocuklarını aşırı kollayıcı olmakta ve onlarda bağımlı bir kişilik oluşturarak, kendi başlarına yaşayabilme becerilerini ellerinden almaktadırlar. Bu gibi durumlarda aileler gençlerle aynı dairede ya da apartmanda yaşamakta, gençlere sık sık müdahale etmektedirler. Bu gibi hallerde sınır sorunları yaşanır ve baba-oğul, gelin-görümce, gelin-kaynana çekişmeleri, damat- kayınpeder ya da eltiler arası geçimsizlikler yaşanabilmektedir.

Evlilik dışı cinsel ilişki: Evliliklerde çiftlerden herbiri kendini yenileyebilmeli, hayatlarını tekdüzelikten koruyabilmelidir. Birbirlerini onore etmeli, birbirlerinin zevklerini küçümsememeli, fikirlerine saygı duymalı, bakımlı olmalı ve ortak plan ve hedefleri olmalıdır. Kişiler kendilerine değer vermez ve bakımlı olmazlarsa, ev içinde sevimli , anlayışlı bir ortam oluşturamazlarsa ya da kendilerinde doyumsuzluklar varsa , evlilikdışı cinsel birlikteliklere girişebilirler. Kimse kimsenin başkasından kapıldığı mikropları paylaşmak zorunda değildir. Bu durumda kişiler kuruma ihanet ediyor demektir Aldatmanın özü yoktur ancak, sebepsiz sonuç da olmaz. Her iki tarafta istiyorsa, sorunların altyapısına incek derinlikte terapiler yapılmalıdır. Ancak elemanlardan biri buna isteksizse , boşanmaya kararlı ise, zorla güzellik olmaz.

Uygunsuz beklenti düzeyleri: Fertler birbirlerinden çok büyük beklentiler içinde de olamamalıdır. En mükemmel aşk, sürekli olarak eğlence içinde kahkahalar içinde yaşama beklenmemelidir. Bu şekildeki ayağı yere basmayan aşırı romantik beklentiler sizi hayal kırıklıklarına uğratabilir. Histriyonik kişilik özellikleri olan kişiler sürekli olarak aranılmak, aşırı düzeylerde desteklenmek ve eşlerinin yanında sürekli olarak bir numara olmak isterler. Oysa evlilik bir çocuk oyunu değildir, kişi çevresine , işine de zaman ayırmalıdır. Evlenerek başkasının özgürlüğünü tamamen satın alamazsınız. Özellikle kızlar ailelerinin içinde buldukları gergin ilişkilerden ve zor ekonomik durumlar nedeniyle erkenden evlenebilmekte ve gerçekçi olmayan beklentileri nedeniyle "yağmurdan kaçarken doluya tutulmak" gibi daha olumsuz durumlar içine düşebilmektedirler. Sadece duyguları ile hareket edenler hüsrana uğrarlar duygular ve mantık elele yürümelidir.

Otorite mücadeleleri: Evlilik bir güç mücadelesi, meydan savaşı değildir. Herkes kendi alanını korumalı ve birbirine yaptırımlarda bulunmamalıdır. Tabii ki, bunun olabilmesi için fertlerin kişilik sorunlarının olmaması gerekir. "Hep ben haklıyım, o haksız, en doğruyu ben bilirim, benim sözüm kanun" şeklindeki yaklaşımların olabildiği narsistik ve aşırı düzen ve katı prensiplerle donatılmış olan obsesif kişilikler bir diğerinin üzerinde otorite kurmaya çalışabilir. Bu da sürekli olarak sürtüşmelere yol açar. Evlilik bir meydan savaşı değildir. Bu şekilde elde edilebilecek bir zafer de ancak Pirus savaşı zaferi gibidir. İki tarafta mücadeleden kırıılır. Kazanan olsa bile sağ kalan çok az olduğundan zaferin anlamı kalmamıştır.

Kadınların biyolojik ve ruhsal olarak zayıfladığı dönemlerin anlayışla karşılanması: Hamilelik ve emzirme dönemi kadınların en fazla zorlandıkları dönemler arasındadır. Ayrıca kadınların ayda bir yaşadıkları mensturasyon (adet) dönemleri kendileri için hem kan kaybının getirdiği halsizlik. Hem de o dönemde yaşadıkları hormonal fırtına da demeyelim, kasırgalar onları strese karşı çok zayıf hale getirir. Bu zamanlarda erkeğin eşini daha anlayışla karşılaması, evle ilişkisini daha da çok arttırması, yükleri omuzlaması gerekir. Eğer babalık ya da anneliği kaldıramayacak olgunlukta hissediyorsanız, çocuk sahibi olmamanız gerekir. Gene zor ekonomik dönemler yaşanırken birbirinizi mutsuz edecekseniz, evlenmemeniz gerekir. Sinirlenince öfkenize hakim olamıyorsanız ( ki ileri dönemde kalp-damar sorunlarınız olacak demektir), eşinize ya da çocuklarınıza şiddet uyguluyorsanız, sıkıntılar sonrası içki ya da bağımlılık oluşturan maddelere boyun eğiyorsanız gene evliliği hak etmiyorsunuz demektir. Elbette ki eşinizde görüp hoşlanmadığınız bazı özellikleri, içinizde patlama yapmasını beklemeden söylemelisiniz. Ancak bunu yaparken ifadeleriniz ve vücut dilinizi sakın tutmanızı, mantığı rafa kaldırmayıp, aşırı duygusal olmadan hareket etmelisiniz. Eğer züccaciyeci dükkanına giren bir fil gibi davranırsanız, bu davranışınız amacından uzaklaşır ve haklıyken haksız duruma düşersiniz, evliliğinize zarar verirsiniz. Unutmayın ki, tatlı söz yılanı deliğinden çıkarır. Çocuklarınız yaptıklarını görüyor, bugün başkasına yaptıklarınız yarın size uygulanabilir, rüzgar eken fırtına biçer.

Sorumluluklarını bilmek: Ev işleri, çocuk bakımı, alışveriş vb. tek kişinin sorumluluğu değildir. Eğer kadın da çalışıyorsa, ev işlerinin yapılmasına erkek de katılmalıdır. çocuğun bakımı sadece anneye yüklenmemelidir. Eşiniz ve çocuğunuzla gelecekte kurmayı düşlediğiniz güzel günlerin temelini çok erkenden atmazsanız, gelecekteki güzel günleri sadece hayalinizde yaşatacaksınız demektir. Evli çifti oluşturan her bir eleman bu sorumluluklara katılmalı, görevini ihmal etmemelidir. Ne ekerseniz onu biçersiniz.

Kendinizi feda ederek, çocuklarınız için evliliği hasbelkader sürdürmek: Sadece "çocuklarım annesiz ya da babasız büyümesin" diye evliliğinizi sevgi olmadan sürdürüyorsanız, sorunlu bir evlilik yaşadığınızdan dolayı da çocuklarınız ruhsal olarak olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Anne, babanın maddi olarak aralarında olup, manevi olarak yanlarında olmaması çocuklar için daha da örseleyici olabilir ve onların da kendi evliliklerinde mutsuz olmalarına yol açabilirsiniz. Bazen ayrı ama mutlu ebeveynler, birarada hergün mutsuz çiftlerden daha iyi çocuklar yetiştirebilirler. Çocuğunuz için her türlü olumsuzluğa rağmen evliliğinizi sürdürmek erken yaşta tükenmenize yol açabilir ve aslında çocuklarınıza daha az yardım etmiş olursunuz.

Alkol, uyuşturucu madde ve kumar gibi alışkanlıklar: Eğer eşlerden birisi bu tür bir alışkanlık içinde ise bunlar maddi, manevi, sosyal ve ailesel iletişim sorunlarına yol açabildiğinden evliliğin güzelliğini bozmaktadırlar. Bu durumların varlığı çoğunlukla boşanmalara yol açabilmektedir. Geçmişten gelen birikmiş sorunlarınızın ve günlük mutsuzluklarınızın çözümünü bu tür zararlı alışkanlıklar yerine bir psikiyatru terapiye giderek sağlamalısınız.

Kendi mutluluğunuzun anahtarı sizdedir: Evlilik akıllı, duygulu, dürüst ve adil insanların işidir. Eğer kişiler kendilerini karşılarındaki yerine koyamıyorsa yani empati yapamıyorsa, hep ben haklıyım, eşim haksız diyorsa, suçu karşısındakilere atıyorsa ( ki bu kişilik bozukluklarının bir kriteridir), kendine düşen sorumlulukları yapmıyor, çözmek için çaba sarfetmiyorsa, evlilik için yeterli olgunlukta değilsiniz demektir ve evliliğiniz yıkılmaya mahkumdur. Sıklıkla çiftlerden biri daha çokça da kadınlar vücutsal yakınmalarla , bayılma ve sinir krizleri ile hastane acil birimlerine taşınır, doktor doktor dolaştırılırlar. Bu dönemlerde sadece onun değil, sizin de vücutsal ya da ruhsal sorunlar yaşamanız doğaldır. Keskin sirke küpüne zarar verir bu davranışlarınız sizin mide-barsak sistemi, cilt sorunları, cinsel sorunlar, kalp-damar sistemi sorunları gibi psikosomatik sorunlar yaşamanıza yolaçacaktır. Bazen de bu gibi durumlarda kadınlar bir yere dek sineye çekebilir, eşlerinin yaşı emeklilik yaşına gelinceye dek bekler ve sonrasında işler tersine döner. Bu kez kadınlar erkeklerden evin egemenliğini alabilir ve "alma mazlumun ahını çıkar aheste aheste" atasözündeki gibi yılların intikamını alabilirler.

Son söz olarak ölümden başka herşeyin çözümü vardır. Hayatta en kötü şey ileride geçmişte yaptıklarınız ya da yapmadıklarınız için "keşke" ile başlayan sözler söylemenizdir. O yüzden ne yaparsanız yapın,

geleceğinizi akıllıca düşünüp, iyice emin olduğunuzda yapmanız gerekir. Herşeye uzun erimli olarak bakın, ufak şeylere odaklanmayın. Ayrılmadan önce de birbirinize değişmek için son bir şans verin, öğrenmenin yaşı ve mekanı yoktur, insan gelişen bir varlıktır, bir psikiyatrist ile evlilik terapilerine başlayın. Hepinize daha kaliteli birliktelikler ve bizden daha uygar çocuklar yetiştirebilmeniz dilekleriyle.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **ESRAR BAĞIMLILIĞI**

Esrar nedir?

\* ESRAR (Marijuana), kenevir bitkisi Cannabis Sativa'nın çiçek ve yapraklarının kurutulup doğranması ile oluşan yeşil ya da gri bir karışımdır.

\* Torba içinde ya da preslenmiş bir şekilde satılır

\* Haşış kenevir bitkisinin reçinesinden yapılır.

\* Reçine, bitkiyi ısı ve kuruluştan koruduğu için Latin Amerika ve Orta Doğu gibi tropikal bölgelerde yetişen bitkilerde daha fazla vardır.

Haş yağ

Haşış ya da marijuananın yağlı bir ekstresinden yapılır

Argoda "ot" denilir (grass, pot, herb, weed, boom, Mary Jane, gangster, chronic)

Kullanım şekli

\* Sigara olarak (cigara ya da joint adı verilir) ya da pipo, çubuk içinde içilir.

\* Son yıllarda sigaraların içi boşaltılıp crack gibi başka bir madde ile karıştırılmış halde esrar doldurularak hazır satılmaktadır.

\* Bazıları, esrarı yiyeceklere (kurabiye vs) karıştırır ya da demlemek için çaya karıştırır

Esrarın etkisinin başlaması

\* Sigara ile içilince etkisi 10-20 dk'da başlar, 2-3 saat sürer. Ağızdan alındığında etki gücü 1/3'dür ama etkisi 12 saat sürer.

\* Esrar sakızımsı ve suda çözünemez olduğu için enjekte edilebilen bir preparata dönüştürülemez ve dolayısıyla damardan alınamaz.

Tarihçe

\* Çin ve Hindistan'da İÖ 3. binden beri kullanılmaktadır. Geçmişte lifleri giysi, yay, kağıt yapımında kullanılmıştır.

\* Taoizm'de zevk almak için kullanımı yasaklanmıştır.

\* Dinsel ve büyü törenlerinde kullanılmıştır.

\* Hindu Veda'larında tanrı Siva'nın esrarı bulduğu söylenmektedir.

\* 11. yy'da Orta Doğu'da Sufiler vecd için kullanıyordu.

\* Orta Doğu'da Sabbahiler denilen grup esrarı yoğun biçimde kullanıyordu. Devrin büyüklerine yaptıkları suikastlarla ünlü olan bu grup verilen "Ashishin" adı, haçlılar vasıtasıyla batı dillerine "assassin" yani suikastçi olarak geçti.

\* Doğuda esrar, binlerce yıldır batıda alkolün bulunduğu sosyal rolde olmuştur

- \* Afrika tarihinde de popülerdir. Napolyon'un Mısır'ı almasından sonra esrar Fransa'ya yayıldı.
- \* 19. yy'ın ortasında Paris'teki "Club des Hachichins" üyeleri arasında Victor Hugo, Alexandre Dumas, Theophile Gautier vardı.
- \* 18. yy'da ABD'de lifleri için yetiştirildi.
- \* 19. yy'da ilaç rehberinde nevroz, gut, tetanoz, hidrofobi, kolera, epilepsi, kore, depresyon, histeri, delilik ve uterus kanaması için tavsiye ediliyordu. Migren ve morfin bağımlılığı için de öneriliyordu.
- \* Amerika'da 1920'lerde yasaklandı. Meksikalılar ve cazcı zenciler (Louis Armstrong vs) yoluyla popularize olması yasaklanmasında ırkçılığın etkili olduğu iddalarını doğurdu.

#### Aktif içerik

- \* Esrardaki temel aktif içerik THC (tetrahidrokanabinol).
- \* Birçok kanabinoid bileşiği (kanabinoller) içinde aktif olanı delta-9-tetrahidrokanabinol'dür.

#### Beyindeki biyolojik etkisi

- \* Bazı sinir hücrelerinin zarında THC'ü bağlayan reseptörler vardır.
- \* Norepinefrin ve Dopaminin sentezini, alımını ve depolanmasını artırır.
- \* D2 reseptörlerinin Dopamin agonistlerine afinitesini artırır.
- \*  $\beta$ -adr reseptörlerin adenil siklaza bağlanmasını artırır.
- \* Ödül Yolağı adı verilen ve bağımlılıktan sorumlu tutulan beyin bölgesindeki Dopamin iletimini artırır.

#### Epidemiyoloji

- \* Esrar, ABD'de en sık kullanılan yasadışı maddedir.
- \* ABD'de lise son sınıfta esrar kullanım (deneme) oranı 1979'da %60.4'lük en yüksek noktadan 1992'de %32.62'ya düştü. 1989'da beyazlarda %40, siyahlarda %30 sıklıktaydı. Ancak sonra yeniden yükselişe geçti: 1997'de %49.6'ya ulaştı.

#### Etki

- \* Esrarın kısa vadeli etkisi verdiği haz etkisi (high) yanında bellek ve öğrenme güçlükleri, algı bozukluğu, düşünme ve problem çözmede zorluk, koordinasyon kaybı, kalp hızında artış, anksiyete ve panik ataktır.
- \* Esrar hayvanlarda "popcorn" etkisine neden olur. Yani kobaylar önce flasid bir şekilde yere serilirler daha sonra tek tek spazm oluşarak yerlerinden havaya sıçrayıp geri düşerler.

#### Esrar: akut etkileri

Anksiyete, huzursuzluk, paranoya

Öfori (neşe hali), gevşeme, şakacılık

Depersonalizasyon

Zaman akışında subjektif yavaşlama

Sersemlik, boşlukta yüzme hissi

Bellek ve problem çözmede bozulma

Denge bozukluğu

Gözlerde kızarma

Salivasyonda (salya salgısında) azalma, sık idrara çıkma, kalp hızında artış

Sistolik hipertansiyon (büyük tansiyonda yükselme),

Postural hipotansiyon (ayağa kalkınca tansiyon düşmesi)

İştah ve susuzlukta artış, intraokular (göz içi) basınçta azalma,

Analjezi (ağrı hissinde azalma)

İllüzyon, hallüsinasyon, psikotik eksitasyon, depresyon, panik

Ters etki

Bazı kişiler, başka intoksikasyon belirtisi olmadan, ters etki gösterebilir. Yoğun duygusal çöküntü, paranoya, hezeyanlar, depresyon, panik olur. Saatler, günler sürer. Nadirdir, genellikle ilk kez kullananlarda olur. Ağızdan kullanımda joint içildiği zaman olandan fazla görülür.

Anksiyete ya da psikoza yatkın olan kişilerde daha fazla ters etki görülür.

Flash-back (madde alındığında yaşanan duyguların madde kullanımı olmaksızın yeniden yaşanması) görülebilir.

Duyarlılık

Esrarın, olumlu ya da olumsuz etki yapması herediteye bağlıdır. Tek yumurta ikizlerinin üzerindeki etki diğer ikizlerden daha fazla birbirine benzer. Maddenin ulaşılabilirliği, beklentiler, arkadaş etkisi, sosyal bağlar gibi çevresel faktörler de bu etkide önemlidir. Diğer taraftan, 18 yaş öncesi aile çevresinin esrarın kişiye etkisinde rolü olmadığını gösteren çalışmalar da vardır.

Esrarın İnsan Vücuduna Etkileri

Beyne etkisi

Esrar, algısal bilgilerin hipokampusa girişini ve işlenmesini baskılar. Böylece öğrenme, bellek, ve algıların duygu ve motivasyonla entegre olmasını sağlayan limbik sistem etkilenir. Ayrıca hipokampusa bağlı olan öğrenilmiş davranışlar bozulur.

Esrarın uzun süreli kullanımı beyinde diğer maddelerinkine benzer değişiklikler yapar.

Akciğere etkisi

Düzenli olarak esrar kullananlar, sigara tiryakileriyle aynı solunum problemlerini yaşar: Kr öksürük, balgam, kr bronşit.

Kr kullanım AC dokusunu tahrip eder.

THC içeriğinden bağımsız olarak, esrar ile alınan katran ve CO miktarı sigaradan 3-5 kat fazladır. Bu durum esrarın derin çekilmesine ve akciğerde tutulmasına bağlı olabilir.

Kalp hızı ve kan basıncına etkisi

Esrar, kalp hızı ve kan basıncını arttırır. Kokainle birlikte kullanıldığında bu etki çok daha belirgindir.

Öğrenme ve sosyal davranışa etkisi

Bir çalışmada yoğun esrar kullanan üniversite öğrencilerinde dikkat, bellek, öğrenme yetileri, esrarı bıraktıktan en 24 saat sonra bile bozuktur.

Esrar kullanan liselilerin başarısı daha düşük, aykırı davranışları daha çok; suç işleme oranları, agresyon ve isyankarlıkları fazla; ebeveyn ilişkileri daha kötü, suç işleyen ve madde bağımlısı kişilerle arkadaşlıkları fazladır.

Esrarın kendisinin agresyona ya da "amotivational syndrome" denilen isteksizlik ve uyuşuklukla giden bir hale neden olup olmadığı tartışmalıdır.

Kanabis intoksikasyonu tedavisi

Panik durumu ve toksik psikoz sakin bir şekilde konuşup ikna edilerek geçirilebilir.

Benzodiyazepinler ve Haloperidol şiddetli belirtileri kaldırır.

Kan ve İdrar düzeyleri

Sigara ile içilince kanda bir kaç dakikada zirve yapar, saatler içinde hızla düşer. Oysa atılma yarı ömrü 30-50 saattir. Kanda hızlı düşüş dokulara yayılmaya bağlıdır.

Ara sıra kullananlarda idrarda günlerce atılır. Kronik kullanıcılarda 1 haftadan fazla idrarda saptanabilir.

Kanabis yoksunluğu

\* Tartışmalıdır.

\* Emosyonel labilite (duygusal değişkenlik), anksiyete, huzursuzluk, uykusuzluk, anoreksi (iştahsızlık), bulantı, kusma, ishal, tremor (titreme), hiperrefleksi (refleks artışı), terleme, salivasyon (salya artışı) görülür.

\* Aş erme (craving), yeniden esrar kullanmak için ani ve çok güçlü bir arzu sıktır.

Tıbbi kullanımları

- Antikonvülzan: epilepsi nöbetlerini azaltır.

- Antiemetik: bulantıyı giderir

- Analjezik: ağrı kesicidir

- Kanserli hastalarda öforizan (neşe verici)

- Astımda brokodilatör (solunum yollarını açıcı)

- Glokom teavisinde göz içi basıncını azaltır.

\* Dronabinol (delta-9-THC) ağızdan alınır, diğer antiemetiklerden ve sigara olarak içilen esrardan daha az etkilidir.

Esrar bağımlılığının tedavisi

\* Spesifik tıbbi tedavisi yoktur.

\* Bağımlılıkta kullanılan genel sosyal ve psikolojik yaklaşımlar geçerlidir.

\* Tedavi yararlıdır.

Mitler ve Gerçekler

1. Esrar bitki olduğu için güvenlidir.

Gerçek: Birçok bitki insan için zehirlidir.

2. Esrar kullanıcıları diğer uyuşturuculara geçmez.

Gerçek: Esrar diğer uyuşturuculara başlangıç noktasıdır.

3. Esrarın etkisi birkaç saatte geçer.

Gerçek: Esrar vücutta depolandığı için etkisi günlerce, haftalarca sürebilir.

4. Esrar stresi giderir.

Gerçek: Diğer uyuşturucularda olduğu gibi esrar sadece problemlerle yüzleşmeyi geciktirir. Depresyon yapabilir.

5. Esrar alkolden güvenlidir.

Gerçek: Esrar karsinojen bileşikler içerir ve diğer maddelere güvenli bir alternatif olarak düşünülmemelidir.

6. Esrar zihni açar.

Gerçek: Esrar zihni sisli hale getirir; bellek, konuşma, anlama, ve karar verme yeteneğini bozar.

7. Bugün esrar eskiden olduğundan daha daha güvenlidir.

Gerçek: Zirai gelişmeler esrarın potansını arttırmış ve başka tehlikeli bileşikler eklemiştir.

Esrar yanlısı lobilerin iddaları ve cevaplar:

Dekriminalizasyon (esrarın suç sayılmaması) kullanımı arttırmaz

Esrar yanlıları, yasal kısıtlamaların kaldırılmasının kullanımı arttırmayacağını idda etmektedirler. Tarih ve sağ duyu tersini söylemektedir. Halen esrar kullananlar yasayı saymamasına rağmen yasak olduğu için esrar kullanmayan pek çok sayıda vatandaş da vardır. Yasal kısıtlamaların kaldırılması ve bunun sonucu kaçınılmaz olarak ürünün pazarlanması ve reklam bazı kişilerin kullanımına yol açacaktır. 1970'lerin sonunda ABD eyaletlerinin yarısında esrar kullanımını yasaklayan kanunlar kaldırıldıktan sonra Amerika'da esrar kullanımını hiç olmadığı kadar arttı. 1980'lerin sonunda bu esrarın tekrar yasaklanmasıyla kullanım önceki düzeyinin üçte birinin altına düştü.

2. Esrar içmek risksizdir.

Dumanı çekilerek içilen herşey sağlığa zararlıdır. İntoksike edici tüm maddeler zihni bulandırır ve kaza riski doğurur. Bunun tersini söylemek gerçeği inkardır. Son çalışmalar esrar kullanımı ile akciğer kanseri arasında güçlü bir bağ olduğunu ortaya koymuştur (Sridhar KS et al., Journal of Psychoactive Drugs26: 285-289, 1994).

Esrar kullanımının kronik bronşit, düşük hormon seviyeleri, vücudün savunmasını sağlayan imün sistemin aktivitesinde azalma, ve daha başka ciddi sağlık sorunlarına yol açabildiği bilinmektedir.

Esrara bağlı tek bir ölüm bildirilmemiştir

Esrarın aktif maddesi olan THC ölüme sebep olabilecek akut yüksek dozlar oluşturmasa da, esrarın kimseyi öldürmediğini idda edenler esrar kullanımının neden olduğu trafik kazalarına ve akciğer kanserine bağlı ölümleri göz ardı etmektedirler. Üstelik esrar kullandıktan sonra suç işleyerek ölenler ya da bunların öldürdükleri de cabası. Uyuşturucu satışı ile ilgili suçlar bir yana bırakılsa da, ABD'de işlenen suçların yarısında suçluların o sırada bir madde etkisinde olduğu (ki bunun en azından bazıları esrar ile) bildirilmektedir. Esrar, belki sigara ve alkol gibi insanları öldürmemektedir ama kesinlikle ölümlere neden olmaktadır.

Esrar mucize bir ilaçtır

Esrar kullanımını yasal hale getirmeye çalışanlar, son zamanlarda, esrarın aktif maddesi olan THC'nin sözde "tıbbi yararları" üstünde duruyorlar; örneğin bazı kemoterapi hastalarında bulantının kontrol edilmesi, glokom tedavisi gibi. THC'nin, başka ilaçlarla elde edilemeyen bazı tıbbi yararlarının olduğunu ve esrarlı sigaraların reçete ile satılan bir ilaç olması gerektiğini öne sürmektedirler.

'THC'nin tıbbi kullanımı' iddasını çürütmeye geçmeden önce herhangi bir ilacı alma yolu olarak sigara kullanımını sorgulamalıyız. Bu yolla alınan ilacın yarısından fazlası yanma ile yok olur, geriye kalanı da dumanın içindeki toksik katran ve partiküllerle karışır. Başımız ağrıdığı anda aspirinli sigara ya da iltahap

için penisilinli sigara içmiyoruz. Her türlü dumanı içine çekmek sağlığa zararlıdır. Duman olarak çekme, ilacı almak için etkisiz ve potansiyel olarak öldürücü bir yoldur.

Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün düzenlediği ortak karar panelinde esrarın potansiyel tıbbi kullanımını ele alındı ve şu sonuçlara varıldı:

'Mevcut prelinik ve insan çalışmaları dikkatle incelenmesi sonucunda sigara olarak kullanılan esrarın glokom terapisi, AİDS ile birlikte görülen kilo kaybı, kanser kemoterapisinin neden olduğu bulantı ve kusma, Multiple Sklerozdaki spastisite ya da dirençli ağrıda mevcut tedavilere üstün olabileceğini düşündürdüren bir delil bulunmamıştır' (Voth EA, Marihuana and its reviews. JAMA: Journal of the American Medical Association 332:274, 1995).

Bilim adamlarının bu ortak kararına rağmen esrarın aktif içeriği olan THC'yi tablet olarak hastalarına yazmak isteyen Amerikalı doktorlar için, bu ülkede, Marinol (dronabinol) isimli yutularak alınan bir ilaç mevcuttur. Bu seçenek, THC'nin daha etkin olarak emilmesini sağlar ve dumanı içe çekmekle ilgili sağlık problemlerini önler. Esrar kullanımı destekçileri bu seçeneği sevmezler çünkü tablet alımı pek zevk vermez, duygudurumunu yükseltmez.

Esrarın, idda edildiği gibi, astım tedavisinde kullanılması ise mantığa aykırıdır. Dumanın içe çekilmesi astım hastalarında ciddi problem doğurur.

Kenevir: dünyayı kurtaracak ürün

Esrar yanlılarının son taktiklerinden biri de kenevir bitkisinin giysi ve kağıt yapımında gerekli liflerin üretimi ya da protein, bitkisel yağ kaynağı olarak ekimi gibi ekonomik nedenlerle yetiştirilmesini savunmaktır. Çevrecilerin de desteğini almak için bunun ekolojik denge için de yararlı olduğunu öne sürerler.

Anamlı bir gayret ve kimyasal muameleye tabi tutmakla kenevir bitkisinin liflerinden kumaş üretililebileceği doğrudur. Bu lifler doğal olarak oldukça kabadır ve kimyasal ya da fiziksel olarak yumuşatılması gerekir. Orta çağlarda günah işleyenler kendilerini bir tür cezalandırma amacıyla kenevirden yapılmış kaba giysiler giyerlerdi. Bu hafif bir işkence yoluydu. Kenevirden elde edilen bu kaba, kahverengi liflerin beyaz yumuşak pamuk ya da yüne üstün olduğunu savunmak saçmadır. Bu lifleri toplumda herkesin kabul edebileceği bir kumaş haline getirmek ekonomik olarak pratik değildir.

Benzer şekilde, belli bir çabayla bu liflerden kağıt yapmak mümkündür. Ancak kağıt yapmak için elli yılda bir ormanları kesmek bile yıllık bir ürünü ekmek, gübrelemek, ilaçlamak ve biçmekten çevreye daha az zarar verir.

Esrarın üretildiği kenevir bitkisi, metrekafe başına mısırdan çok daha az ürün verir. Bu nedenle yiyecek ve bitkisel yağ kaynağı olarak kullanımı

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **EROİN BAĞIMLILIĞI**

Tarihçe

- \* Opium, poppy (haşhaş, papaver somniferum) bitkisinden elde edilir ve en eski ilaçlardan biridir.
- \* Eski Sümerler (İÖ 4000) ve Mısır'da (İÖ 2000) kullanılıyordu.
- \* Opiumun esas aktif içeriği morfin alkaloididir. 20'den fazla alkaloid vardır (%10 morfin,%0.5 kodein, %0.2 tebain, papaverin vs)
- \* Bağımlılık yapmayan analjezik (ağrı kesici) üretmek amacıyla yapılan çalışmalar sonucu opiyumdan morfin, kodein ve bunlardan üretilen ilaçlar ve tebain kullanılarak üretilen bazı semisentetik ilaçlar üretilmiştir.

İsmlendirme

Opioid: Daha kapsamlı bir kavramdır. Opiyatlar (morfin, kodein, tebain) ve morfin benzeri aktivitesi olan sentetik maddeler (metadon, fentanil, meperidin), agonist/antagonistler, parsiyel agonistler ve endojen



opioid peptitler buna dahildir.

Endojen opioid peptitler: 1. Endorfinler, 2. Enkefalinler, 3. Dinorfinler

Morfin prototip opiyattır ve bir çok opiyatın öncülüdür: eroin (diasetilmorfin), oksimorfon, hidrokodon, oksikodon, kodein (metilmorfin)

Tebain nalakson, etorfin ve oksikodonun öncülüdür.

Opioid reseptörleri:

- \* Mu: duygudurum düzenleme, pekiştirme mekanizmaları, solunum baskılanması, ağrıyı giderme (analjezi),
- \* Delta: Gastrointestinal (mide-barsak) sistem , Endokrin sistem
- \* Kappa: Endokrin sistem, ağrı uyarımı (aversif etkili)
- \* Sigma (?) Opioid reseptörü olduğu tartışmalıdır, çünkü Nalaksondan (opioid antagonisti) etkilenmez. Uyarıldığında disfori ve halüsinasyon yapar.

Opioid Reseptör alt tipleri ve etkileri:

mu1: supraspinal analjezik etki

mu2: spinal anestezi, GI motilite (mide-barsak hareketi), solunum

delta2 ve kappa1: spinal anestezi

delta1 ve kappa3: supraspinal anestezi

delta2 : beyinde analjezik etki

Reseptör yerleşimi:

Opioid reseptörleri beyin, spinal kord, mide-barsak sistemindeki nöral pleksuslarda, otonomik sinir sisteminin diğer yerlerinde ve ak yuvarlarda bulunur. Dolayısıyla opioidlerin etkileri çok yaygındır.

Opioid İlaçlar:

Agonist: Opioid reseptörlerine bağlanıp aktive edenler

Antagonist: Opioid reseptörlerine bağlanan, ancak aktive etmeyenler

Opioidler (fentanil, nalakson, buprenorfin), reseptör afiniteleri ve intrinsik aktiviteleri yönünden farklılıklar gösterir

Opioidler:

1. Saf agonistler

a. Morfinanlar: Levo-dromoran

b. Fenilpiperidinler- piperidinler: meperidin, fentanil

c. Metadon: LAAM ( L-alfa-asetilmetadol ), Propoksifen

2. Agonist-antagonistler: Pentazosin, Nalbufin, Butorfanol, Meptazinol

3. Parsiyel agonistler: Buprenorfin

4. Saf antagonist : Nalokson, naltrekson, Nalmefen

Opioidlerin merkezi sinir sistemi üstüne etkileri (mu reseptörü üstünden):

- \* Analjezi (ağrı kesici)
- \* Sakinlik (lokus serelousun inhibisyonu ile)
- \* Öksürük refleksinin baskılanması
- \* Bulantı, kusma
- \* Solunumun baskılanması
- \* Miyosis (göz bebeklerinin genişlemesi)
- \* Isı regülasyonunda değişiklikler
- \* GRH (gonadotropin releasing hormon)'da azalması ® LH&FSH azalması ® Testesteron'da azalma ve adet düzensizlikleri
- \* CRF (kortikotropin releasing faktör)'de azalma ® ACTH'da azalma ® kortizol'de azalma (antianksiyete etkisi)

Opioidler insanlarda değişik etkiler oluşturur:

Bağımlılarda öfori (high) yaparken, bazı kişilerde konfüzyon, sersemlik yapar.

'Flash', 'rush' : merkezi sinir sisteminde opioidlerin keskin ve hızlı artışı ile oluşan hoşnutluk verici duyguya bu ad verilir. Bağımlılar tarafından orgazma benzetilir.

Opioidler depresyon, anksiyete, öfke ve paranoid düşünceleri azaltabilir.

Opioidlerin gastrointestinal sistem (mide-barsak sistemi) üstüne etkileri

(mu reseptörü üstünden):

Antidiyareik (ishal giderici) etkisi, barsak hareketlerinin azalmasına bağlıdır. Bu etkisiye tolerans gelişmez. Yani opioid bağımlılarında ya da metadon kullananlarda sürekli kabızlık olur.

Bu etkisi için kullanılan opioid ilaçlar:

- Difenoksilat-Lomotil
- Loperamid (merkezi sinir sistemine geçmez)

Opioidlerin diğer etkileri:

- \* Morfin antihistaminiktir, ciltte vazodilatasyon ve kaşıntı (tipik burun kaşıma) yapar.
- \* Mesanede sfinkter tonusunu arttırır, miksiyon (işeme) refleksini bastırır. Böylece idrar retansiyonuna (idrar yapamama) neden olur.
- \* Meperiden (Demerol), grand mal epileptik nöbete neden olabilir. Böbrek yetmezliğinde vücutta birikebileceği için bu etki önemlidir.
- \* Morfin, safra yollarındaki Oddi sfinkterini kasarak sarılığa neden olabilir ancak meperidin (Demerol) bunu yapmaz.

Opioidlerin bazı klinik özellikleri:

- \* Morfin glukronize olur, metaboliti aktiftir, böbrekten atılır. Böbrek yetmezliğinde vücutta birikir.
- \* Eroin (diasetil morfin) prodrug (öncül ilaç)'dır. Yağda çözünürlüğü morfinden fazladır, hızla beyne girip 6-mono-asetil-morfine dönüşür. İdrarda morfin olarak atılır. Histamine benzer etkisi daha azdır.

\* Kodein (3-metoksi-morfin) da prodrogdur (öncül ilaç). Ağızdan alındığında karaciğerde fazla metabolize olmaz (yıkılmaz). Vücutta morfine çevrilir.

Neden bağımlı olunur?

1. Tekrarlayıcı kullanım, fiziksel bağımlılık ve yoksunluk yapar. Tekrarlayıcı kullanım endojen opioid sisteminde (sinir sisteminde doğal olarak bulunan opioidlerde) kalıcı değişiklikler yapar. Eroin bağımlıları onu sevmez ama isterler ve onsuz yaşayamazlar.

2. Beyindeki "ödül yolu" üzerindeki pekiştirici etkisi biyolojik olarak, verdiği haz psikolojik olarak yeniden kullanmayı sağlar. Eroin herkesde öfori (coşku) yapmaz. Bu özellik (yani opioid deneyiminden haz almak) bağımlılığa yatkın olmayı gösterir, psikopatoloji ile ilgili olabilir, endorfin (sinir sisteminde doğal olarak bulunan opioidlerin) eksikliğine bağlı olabilir.

3. Self medikasyon: depresyon, anksiyete gibi yaşantıları kontrol etmek için başlayan ama sonra bırakamayanlar da vardır.

Devam ettirici faktörler:

Çevresel ip uçları (kullanımı hatırlatan şeyler) ve hüzün, öfke, sıkıntı vb içsel duygu durumları öğrenilmiş ve şartlanmış aş ermeye (craving) yol açar. Çrneğin bir şırınga görmek ya da sıkıntı hissetmek eroin kullanmak için büyük bir istek doğurur.

Opioid yoksunluğu:

Opioid yoksunluğu belirtileri:

(En az 3 tanesi bulunmalı)

1. Disforik mood (sıkıntılı, hüzünlü duygu hali)
2. Bulantı ya da kusma
3. Kas ağrıları
4. Göz yaşarması, burun akması
5. Pupiller dilatasyon (göz bebeklerinde genişleme), piloereksiyon (tüylerin dikleşmesi), terleme
6. Diyare (ishal)
7. Esneme
8. Ateş
9. İnsomni (uykusuzluk)

Yoksunluğun subjektif (öznel) belirtileri daha erken başlar. Bunlar anksiyete, aş erme, depresyon, irritabilite (huzursuzluk), kas krampları, sırt ağrısı, kemik ağrısı, genel disforidir.

Tipik yoksunluk morfin ve eroinde son kullanımdan 8-12 saat sonra başlar, 48 saat sonra max düzeyine ulaşır, 5-7 günde azalarak biter.

Fiziksel bağımlılık:

\* Tedavi dozlarındaki (15-30 mg) tek bir doz morfin bile toleransı olmayan bir kişide düşük bir derece de olsa fiziksel bağımlılık yapabilir ve Nalacson (opioid antagonisti) verilmesiyle yoksunluk ortaya çıkar.

\* Daha önce fiziksel bağımlılığı olup detoksifiye olmuş fareler tekrar eroine maruz bırakılınca daha kolay bağımlı olurlar. Bu da bir kez eroine bağımlı olanların bundan mutlak olarak uzak kalması gerektiğini desteklemektedir.

\* Bağımlılarda tolerans çok çabuk gelişir.

Opioid yoksunluğu tedavisi:

\* Antipiretik ve analjezikler (ateş düşürücü ve ağrı kesiciler)

\* Benzodiyazepinler: özellikle uyku için, alternatif olarak amitriptilin (Laroxyl) vb sedatif ilaçlar verilebilir.

\* Klonidin: Noradrenerjik deşarji azaltmak için kullanılır. Objektif bulgu varsa başlanmalıdır, Günde 4 kez 0.2 mg, birkaç gün devam edilir, 2 haftada azaltarak kesilir.

\* Metadon: Günde 20-40 mg verilerek başlanır. Bir hafta ya da bir ayda azaltarak kesilir. Metadon detoksifikasyonu uzatır.

\* Ultrahızlı detoksifikasyon: Saatler süren genel anestezi altında bol sıvı ve Nalacson verilerek yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkarılması ve hızlı bir şekilde geçirilmesi sağlanır. Son yıllarda ABD'de popüler olan bu yöntem oldukça tartışmalıdır. Çünkü bu işlem akut yoksunluk belirtilerini giderse de anestezi sonrası subakut belirtiler uzun süre devam eder. En önemlisi de yoksunluk tedavisi eroin bağımlılığının tedavi edilmesi demek değildir.

Uzamış Yoksunluk:

Görünen ve ölçülebilir yoksunluk belirtileri ortadan kalktıktan çok sonra bile bağımlılar 'normal hissetmeme'den depresyona kadar değişen istenmeyen duygular yaşarlar. Bunun antisosyal kişilik bozukluğu, depresyon gibi altta yatan psikopatolojiden ayırımı önemlidir.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **FOBİ VE FOBİLER**

Korkularımız ve Fobiler:

Çoğumuz çeşitli şeylerden korkarız. Bu korkularımız hayatımızın çeşitli dönemlerinde değişiklikler gösterebilmektedir. Çocukluk döneminde özellikle anne-baba ya da diğer bakım veren kişiler yanımızda olmadığında, onları göremediğimizde korku duyarız, onların bizi terk ettiğini düşünerek, korkar, ağlarız. Yaşımız 1.5-2 yi aşınca artık anne babamız yanımızda olmayınca onların bizi terk ettiği düşüncesi, yerini onların sevgisini kaybedebileceğimiz düşüncesi almaya başlar. İlerleyen günlerde ailemizle yaşadıklarımızdan kazandığımız, onlarla olan ilişkimizin bize kazandırdığı güven hissi ile artık kendi kendimize kararlar verir, hareketlerimizi kendi hedeflerimiz doğrultusunda planlar ve yürütürüz. Ancak ailede eğer anne baba geçimsizliği, şiddet ortamı, çocuklara gerekli sevgi ve ilginin gösterilememesi, onlara taşıyabilecekleri yeterli sorumluluklar verilmez, arkadaş ilişkileri için gereken oyun ve yaşıt desteği sağlanamaz, iyi örnek olunamazsa o durumda özgüven eksikliği ve korkuların oluşumuna yol açılabilir. Korkuların daha ileri şekli ise fobilerdir. Fobileri alelade korkulardan ayıran özellikler, korkuyla oluşan sıkıntı ve gerilimin belli bir nesne ya da duruma bağlı olması; korkunun boyutunun olayı tetikleyen korku objesi ya da duruma kıyasla orantısız ve abartılı bir düzeyde olması; kişinin kendi verdiği tepkisinin anlamsız ve aşırı olduğunun tümüyle farkında olması; o korku nesnesi ya da durum ile karşılaşmaktan ısrarla kaçınması ve eğer karşılaşırsa aşırı düzeyde çarpıntı, nefes alamama, ter leme, sıcak basması, mide bulantısı hatta bayılma gibi durumlara yolaçarak, kişinin hayatını kısıtlamasına sebep olmasıdır. Kişi o hale gelir ki, sokağa çıkamaz, ya da tek başına kalamaz, bazı yerlerden geçemez, bu durum kişinin yakın çevresindekileri de olumsuz etkileyerek, onların da durumun getirdiği sıkıntılı durumları yaşamasına sebep olur ve kişinin çevresi ile sorunlar yaşamasına, sosyal ya da mesleki işlevselliğinde bozulmalara yol açabilir.

Psikanalitik görüşe göre fobiler çocuklukta 3-5 yaş arası yaşanan ödipal dönemde yaşanan sorunların çözümlenememesi ile ilişkilidir. Bu dönemde çocuğun cinsel organlarına yönelik korkular hissetmesi ( söz dinlemezse sünnet edilme ile ilişkili olarak korkutulması ya da yaramazlık yaparsa cinsel bölgesine yönelik zarar geleceği şeklinde) fobilerin gelişimine yol açmaktadır. Gene bu dönemde egonun kişiyi korumak amacıyla 'yer değiştirme' (displacement) olarak adlandırdığımız bir savunma mekanizması ile kişinin hissettiği tehlikeli bir dürtüsünü, bu dürtü ile az ya da çok benzerliği olan dışarıdaki bir objeye yansıtarak, çözmeye çalıştığı, fobi oluşumuna yol açtığı düşünülmektedir. Bir diğer kurama göre ise kişinin belli bir olay karşısında verdiği korku yanıtına kişinin koşullanması ya da yakınlarından küçük yaşlarda bu tür korkuları öğrenmesi de korku davranışının başlamasında etkili olabilmektedir.

Vücutun biyolojik yapısındaki bir takım değişiklikler de bu durumlarda etkili olabilmektedir. Özellikle hipofiz-hipotalamus ve böbreküstü bezleri ile ilgili hormonlarda değişimler saptanmıştır ve bu değişimler kişinin korku etkeni ile karşılaşması sonrası verdiği tepkilerden sorumludur. Bu tepkiler bir panik atağı oluşturacak denli büyük boyutlara varabilir. Kişiler bu durumları kendi kendilerine tedavi yoluna gitmeye çalışarak alkol ve madde bağımlılığı tabloları içine girebilmektedirler.

En sık görülen fobiler arasında hayvan fobileri ( kedi, köpek, fare, kuş gibi), yükseklik, şimşek, gök gürültüsü, karanlık ve kapalı alan, uçak, kan- enjeksiyon, dişçi korkuları gelebilmektedir. Klastrofobi dediğimiz kapalı yer korkusu özellikle kendini asansör, yollardaki tüneller, sıkışan trafikte arabada kalmak, banyo ve duş kabinleri, havasız basık odalar ve MR görüntüleme cihazlarında kendini hissettirmektedir. Agorafobi ( açık alan korkusu)toplu bulunulan yerlerden korkma olup, pazarlar, alışveriş merkezleri, kalabalık caddelerde , sinema ve tiyatrolarda, yabancı mekanlarda kendini gösterebilmektedir. Agorafobi genellikle birikim yapan stresli koşulların sonucunda oluşabilmektedir. Hayvan fobisi olanların dörtte bir kadarı korkularının başlangıcı için kendileri için travmatik bir olayı hatırlayabilmişlerdir.

Toplumun % 5-10 kadarında rastlanmaktadır.Kadınlarda erkeklere göre 2 kat daha sık görülmektedir.hayvan fobileri ortalama 7 yaşında, kan görme korkusu 9 yaşta, dişçi fobisi ise 12 yaşta başlamaktadır. Klastrofobi ve agorafobi 20 yaş civarı zirve yapmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda bu kişilerin yaklaşık % 70' inde ebeveynlerden birinde bu tür bir fobi olduğu gözlenmiştir.

Korkuların üstüne gidilmesi gerekir. Bu tıpkı karanlıkta bir kedinin gölgesini, aslan olarak büyük bir şekilde görmek şeklindedir. Korkuların belli bir düzen içinde üzerine gidilmeli, korkulan nesne ya da durumdan uzak durma durumundan kaçınılmalıdır

Tedavi edilmediği takdirde ömür boyu sürebilen korkuların tedavisi ilaç, bilişsel-davranışçı tedaviler ve gerekirse hipnoz ile yapılabilmektedir.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **HİPNOZ VE HİPNOTERAPİ**

Hipnoz Nedir Ne Değildir ? Nasıl Elde Edilir ? Hipnozun Doğası.

Her seyden önce Hipnozun uyku olmadığını bilmekte fayda mülahaza ediyorum. Her ne kadar hipnosis Yunanca da uyku anlamına gelse de (hatta Yunan mitolojisinde uyku tanrısının adı olsa da) yapılan elektrofizyolojik incelemeler hipnoz anı ile uyku halinin tamamen farklı durumlar olduğunu göstermiştir. Uykuda görülen yavaş beyin dalgalarının yerine hipnoz sırasında kişinin beyin aktivitelerinin uyanıklığa denk olduğu görülmüştür. Hipnoz kelimesi ilk kez İngiliz hekim Braid tarafından kullanılmıştır

Hipnozun başka hiçbir şeye indirgenemeyecek kadar kendine özgü doğası vardır. Bunun üzerine hipnozla ilgili kasten söylenmiş yalanlar ve medyanın halka hipnozu yanlış lanse etmesi eklenince hipnozun ne olduğunu açıklamak "HENDEĞİ DEVEDEN ATLATMAK:)" kadar güç iş oluyor doğrusu. Hipnozun doğası konusu körlerin fili tarif etmesi hikayesine benzemektedir. Yani kim hipnozun neresine dokunuyorsa o şekilde tanımlamaya çalışmaktadır. Herkesin uzlaşacağı bir hipnoz tanımı yapmak çok zor olmakla birlikte hipnoz ne değildir sorusuna cevap vermek bana çok daha kolay görünmektedir. Bazı eski kaynaklarda hipnozun telkin ile elde edildiği bildirilmektedir. Oysa günümüzün modern hipnoz anlayışı ve modern indüksiyon tekniklerinin kullanılmasıyla kişi ile hiç bir söz konuşmadan ve kişiye hiçbir telkin vermeden de hipnoz hali elde edilmektedir. Hipnoz değil de bazı hipnotik fenomenler telkin ile elde edilmektedir. Hipnoz ve telkin ayrı ayrı fenomenlerdir.

Tıbbi Hipnoz Derneği Başkanı Sayın Dnt.Ali Eşref Müezzinoğlu hipnozu şu şekilde tanımlar." Bilinçli hipnoz beyinsel fonksiyonların çalıştığı, bireysel denetimin açık olduğu, kesinlikle uyku hali olmadan, istekle gerçekleşen psişik bir durumdur."

Hipnozun en doğru tanımı bence ancak şu şekilde yapılabilir " Hipnoz hipnoz dur. "Bilimde bir şeyin kendisi ile tanımlanamayacağını biliyorum ancak beni bu tanımı yapmak zorunda bırakan şey hipnozun doğası konusunda yapılan her açıklamanın (belki de benim açıklamalarım dahil) hipnozun sadece bir veya birkaç unsurunu ön plana getirmesi ve bütüncül (gestalt) bir bakış açısından uzak olmasıdır. Eşi ve benzeri olmayan bir şeyi başka şeylerle kıyaslayarak açıklamaya çalışmak ancak bu kadar gerçekçi olabilmektedir. Hipnoza bakış açımda bütünlük (gestalt) çok önemlidir. Bazen bilimde gelişme kaydedebilmek için bilinen şeyleri bir kenara bırakmak gerekmektedir. Hipnoz konusunda bunu şu ana

kadar en iyi yapabilen kişinin Dr.Milton H.Erickson olduğunu sanıyorum. Sayın Dr.Engin Gençtan 'ın dediği gibi " İçinde yaşadığımız kültür, bir olguyu ancak parçalara bölüp sayılabildiği zaman gerçeklik olarak kabul etme eğilimindedir." Paramparça ettikleri şeyi de anlamakta doğal olarak zorlanıyorlar.

Hipnoz konusu ile ilgilenmeye yeni başlamışsanız doğal olarak meydana gelen hipnozları tanımanız hipnozu daha kolay ve pratik olarak tanımanızı kolaylaştırır.

Doğal Hipnozlar:

Sürükleyici bir kitap okurken biri isminizi söyleyerek sizi çağırdığında hiç bir şey duymadığınız oldu mu? Sizi çağıran kişi belkide isminizi bir çok sefer tekrarlamak zorunda kalmıştır size sesini duyurana kadar. Belki çağırıldığınızı ilk duyduğunuzda da karşınızdaki kişinin sesi size çok uzak önemsiz, ilgisiz gelmiştir. Çünkü o esnada adeta farklı bir dünyadaydınız. İşte burada yaşadığınız şey doğal olarak meydana gelmiş bir hipnozdur. Çünkü içsel olarak konsantre oldunuz bir an için dış dünyaya aldırmadınız.

Önemli bir işi başardıktan sonra çok mutlusunuz. Yüzünüzde gülücüklerle birlikte akşam evinize dönmek için aracınızı kullanıyorsunuz. Evinize ulaştığınızda ne çabuk geldim ben eve diye şaşırıyorsunuz. Belki yolda her zaman uğradığınız markete uğramayı bile unuttunuz. Adeta aracınızı otomatik olarak kullandınız. Gözünüz sadece yolu görüyordu. İşte bu yolculuk esnasında hafif bir hipnozdaydınız. Çünkü dikkatiniz içsel dünyanızdaydı. Gözleriniz yoldaydı ama aklınızdan bin bir türlü düşünce geçiyordu.

Kekemelik sorunu olan bir çocuğu bir aile bana getireceğini söyledi. Çocuk ve aile geldi. Yaklaşık 20 dakika çocuk ve ailesi ile görüştüm. Sonra çocuğu bekleme odasına alarak aileye bu çocuğun kekeme olmadığını söyledim. Anne hemen şöyle dedi : "Ama bir cümlemin başında ıııı dedi."

Aile ile birlikte bekleme odamıza gittik. Anne "Ay kızım sen burada çok sıkılmışsındır" dedi. Ben ondan sonra anladım ki bu annenin söylediği her şey çocuğun üzerinde olumsuz bir hipnoz etkisi yaratıyor.

Bende sonra çocuğa dönerek şöyle dedim. Afferim sana sen ne akıllı kızmışsın. Anne ve terapiye gelirken yalnız bırakmadın, sen olmasaydın onlar sıkılabilirlerdi. Gördüğüm kadarı ile ailen kaygıları aşmak için hipnoterapiye gelmek zorunda. Senin hiç bir şeyin yok, sorunlu olan onlar. Çocuğun gülümsediğini ilk defa burada gördüm. Daha önce sürekli asık suratlı duruyordu.

Her anne-baba ve öğretmen bir hipnotisttir. "Sen aptalsın beceremessin" sözü ise telkindir. Ama olumsuz bir telkindir.. Bu sözler kişinin kendine güvenini yıkar. Kendine güveni yıkılmış bir insanda istese de hiç bir şey becerememeye başlar. "Anne baba da bak biz sana aptal olduğunu söylemiştik" diyerek kendilerini haklı çıkarırlar. Etrafınızda bu olumsuz telkinlerden etkilenmiş bir çok insan görebilirsiniz. O kadar çok duymuşlardır ki bu sözü aptal ve beceriksiz olduklarına kendileri bile inanmaya başlarlar.

Bazı uzmanlara göre hipnoz değiştirilmiş bir duygu durumudur. Gerçekten de hipnotize edilen kişiler hipnozda hissettiklerinin çok farklı olduğunu söylemektedirler. Ama hipnozun bu yönünün hipnozun tüm doğasını açıklamaya yeteceğini sanmıyorum. Diğer bir grup ise hipnozu esasen derin bir gevşeme hali olarak karakterize etmek isterler. Ancak her derin gevşeme bir hipnoz olmadığı için gevşeme = hipnoz denilemez. Braid ve Janet hipnozu sujenin algısal alanını daraltmanın ve konsantrasyonun meydana getirdiğini savunmuşlar ve bunu da monoidizm olarak adlandırmıştır.

Konsantrasyon boyutunda hipnozu düşündüğümde hipnozu bir merceğin güneş ışığını odaklayıp kağıdı delmesine benzetiyorum. Nasıl ki konsantre edilmiş güneş ışığı bu işi başarabiliyorsa hipnoz ile konsantre edilmiş beyinsel ve psikolojik güçler de insanoğlunun bir çok sorununu çözebilmektedir. Bu açıdan baktığımızda mucizevi gibi görülen hipnoz olgusunun bir merceğin ışığı odaklayıp kağıdı delebilmesi kadar doğal bir olaydır.

Hipnozu neyin meydana getirdiği konusunda başka çok önemli bir nokta da IQ ile kişinin hipnoza yatkınlığı ve transın derinleşebilmesi arasındaki doğru orantıdır. Yani kişinin IQ'su ne kadar yüksek ise o kadar iyi hipnotize edilebilir. Bu orantı ve hipnozun zihinsel işlemlerle (kognitif) elde edildiğinin delilidir, aynı zamanda hipnozun bilinçsiz bir ruh hali olmadığını da gösteriyor. Çünkü bilinçsiz bir ruh haline ulaşmak için neden IQ gereksin. Bu doğrultuda hipnozu bilinçlilik hali olarak kabul etmek zorunludur. Eğer hipnotize edilenler bilincini kaybediyor diye bir şey olsa idi zaten bilinci yerinde olmayan psikoetiklerin\* hipnoza daha yatkın olması gerekirdi. Oysa durum bunun tam tersidir.

Hipnoz akli devreden çıkarmak değil, aklımızın normal günlük yaşantının kargaşası içinde fark edemediğimiz yeteneklerini kullanmaktır.

## HİPNOZ NE DEĞİLDİR?

Hipnoz konusunda bir çok önyargı bulunan bilimsel başka hiç bir konu yoktur. Hipnoz hakkında hiç bir şey bilmeyen insanların aşağıdaki yanlış inanç ve düşüncelerini düzeltmeleri gerekir. Bu önyargıları aşamayan insanlara hipnoz uygulaması yapmamayı tercih ederim.

1. Hipnoz kontrolünüzü kaybettiğiniz bir ruh hali değildir.
2. Hipnoz size söylenenleri bir mantık süzgecinden geçirmeden kuzu kuzu yapmanız değildir.
3. Hipnozdan çıkamamak diye bir şey yoktur.
4. Hipnoz demek o esnada olup bitenleri hatırlamamak demek değildir.

## HİPNOZUN EVRELERİ

Doğrusunu isterseniz kişi hipnoterapi yönteminden yararlanmaya karar verdiği an hipnozun ilk evresi başlamıştır. Ama yine yaygın olarak benimsenen görüşe göre hipnozun evreleri aşağıdadır.

### 1. HAFİF HİPNOZ

Tam anlamıyla bir hipnoz oluşmamıştır. Telkin alma yetisi artmıştır. Hafif hipnozlarda göz kapaklarında seğirme DTR'ında artma gözlemlenir.

### 2. ORTA DÜZEY HİPNOZ

Telkin ile katelepsi oluşturulabilir. Bu düzey hipnozda solunum derin ve yavaştır, pupiller genişlemiştir. Kısmi amnezi olabilir.

### 3. DERİN HİPNOZ (somnambulizm)

Hipnoz bozulmadan gözler açtırılabilir. Hareketler donuk ve monotondur. Bu düzey hipnozda hipnotik fenomenler gözlemlenir.

Hipnozun derinliği ile telkinlerin kabul görme ihtimali arasında bir orantı yoktur. Klasik hipnoz anlayışına göre hipnoz telkin edilebilirliğe (suggestibility) ulaştıran bir araçtır sadece. Oysa telkin edilebilirliği arttıran güç nedir ? diye kimse sorma ihtiyacı hissetmemiş. Bu güç kendi görüşüme göre "bilinçaltının" gücüdür.

Hipnozun mazisi çok eskilere dayanmakla birlikte bilimsel mahfillere girmesi F A Mesmer tarafından sağlanmıştır. 18. Yüzyılın son çeyreğinde bazı nörotik hastaların tedavisinde hipnozu kullanan Mesmer hem çok popüler olmuş hem de bir çok hasım kazanmış, kendisi şarlatanlıkla suçlanmıştır. Zira her devirde olduğu gibi o devirde de insanlar doğa üstü güçlere ve bu güçlere sahip olan insanlara çok inanmışlar ve onlardan medet ummuşlardır. Bunu çok iyi kullanan Mesmer hipnoz seanslarına adeta mistik bir hava katarak etkinliğini artırmıştır.

Bir Deneyim Olarak Hipnoz

Her insanın hipnoz deneyimi farklılıklar gösterir. Ancak her hipnoz deneyiminin ortak yönleri de olabilir. Şimdi bu ortak olabilen yönlere göz atacağız.

## Hipnozda Gevşeme

-Hipnozda en kolay elde edilen ve en sık gözlemlenen şey hastadaki huzur, sakinlik ve gevşemedir. Hipnozu yaşayan insanlar daha önce hiç bu kadar gevşemediklerini ifade ederler.

Hipnoz tüm vücutta ve ruhta hissedilen derin bir gevşemedir. Hipnoz, bilimin bulduğu nonfarmakolojik en etkili ajandır.

## Düşünce Sürecinde Meydana Gelen Değişiklikler.

Hipnozda düşünce süreci yavaşlar ve düşünce derinleşir. Dikkat ve konsantrasyon hipnoz esnasında yoğundur. Belki de bundan dolayı bazı insanlar etrafta meydana gelen değişikliklere fazla aldırılmazlar.

## Duygusal Değişiklikler

Hipnozla insanların duygu durumunda değişiklikler meydana getirmek mümkündür. Öyle ki insanların bazen seans boyunca tek bir duyguyu yaşaması ve hissetmesi sağlanabilir.

Örnek:

Morali bozulmuş birisine seans boyunca iyimserlik duygusunu yaşaması telkin edilebilir. Bazı hastalar bunu rahatlıkla yerine getirebilirken bazılarında da yaşadıkları mutlu olaylar hatırlatarak hipnotist yardım edebilir.

Hipnozda telkin edilen ve yaşatılan duygusal değişiklikler, hipnozdan sonrada devam etme eğilimindedirler.

Değiştirilmiş Farkındalık (Modified Awareness)

Burada önemli olan nokta farkındalığın bir şekilde değiştirilmiş olmasıdır.

Hipnozda farkındalık bir şeye

- Odaklanabilir,
- Dağılabilir,
- İçe yönelmiş,(psikolojik sorunlarla çalışırken genellikle içe yönelir)
- Dışa yönelmiş,
- Bölünmüş olabilir.

Tüm bunlar hipnozda beyin çorba gibi oluyor şeklinde anlaşılmalıdır. Hipnoz Farkındalıktır (Dr.Ali Özden Öztürk)

Örnek:

Hastanın "Sizi dinliyordum ama bir parçam başka bir yerlerdeydi" şeklindeki sözleri farkındalığın bölünmesini örnek olarak verilebilir.

Psikomotor Değişiklikler

Vücut hareketlerinde azalma ve yavaşlama gözlenebilir.  
Hareket etme isteğinde azalma (adeta tembellik) gözlenebilir.

Ağırlık, Hafiflik ve Uyuşukluk

Vücuda yayılmış rahatlık veren ağırlık uyuşukluk ve hafiflik hissedilebilir.

Örnek : Bir danışanım ağırlık hissini "Kendimi ameliyattan çıkmış gibi hissediyorum." şeklindeki sözleri ile ifade etmişti. Bir çok hasta kolunuzu kaldırır mısınız dediğimde kollarını kaldıramayacak kadar ağır hissederler veya çok yavaş kaldırabilirler.

Hipnozda Fiziksel Bazı Değişiklikler

- Nabız atışında azalma,
- Reflekslerde değişme,
- Yüz ifadesinde değişiklik,
- Nefeslerin yavaşlaması düzenlenmesi ve derinleşmesi,
- Gözlerin REM'deki gibi hareketlenmesi veya geriye doğru yaslanması.
- Telkine bağlı olarak vücut ısısı arttırılabilir veya azaltılabilir. Telkin olmadığı durumlarda vücut ısısının genellikle seansın başlarında azaldığını sonlarında ise arttığını gözlemledim.
- Kan basıncının düşmesi,
- Kalp ritminin yavaşlaması ve düzenli olması,
- Oksijen tüketimi artması,



-Kas gevşekliğinin artması,

Tüm yukarıdaki değişiklikleri atonom sinir sistemi gerçekleştirir. Otonom sinir sistemi bilinçli kontrolümüzde olmayan kalp atışı nefes alışı gibi faaliyetleri düzenler.

Hipnozda Beş Duyu

Hipnozda 5 duyu daha hassas çalışır. Ancak bazıları hipnotistin sesini çok daha uzaktan geliyormuş gibi algılamaya başlayabilirler.

Bazı insanlar kendilerini serin hissederek. Bazılarında karıncalanma görülür.

Örnekler:

1.Seans esnasında vakit bulduğum bir an bilgisayarda bir iki sayfa açmıştım. Bilgisayarın faresinin çıkardığı tık sesinin rahatsız ettiğini danışanım söylemişti.

2.Dokunma duygusu da hassaslaştığı için bu durum kaşınma olarak meydana çıkabilir.

3.Seans esnasında esnediğimi bir danışanım fark etmişti İşitme duyusunun hassas çalışması nedeniyle her ne kadar çaktırmamaya çalışarak esnemişsem de yakalanmıştık:))

İmajinasyon Güçünde Artma

Hipnozda insanın imajlar yaratma, yoğunlaştırma ve sürdürme gücü artar (Hammond 1990). Hatta imajlar hallüsinasyonlar kadar canlı olabilir.

Hipnoz esnasında gözleri açtırılan birisine seans odasında olduğu telkin edilen ancak gerçekte orada olmayan birisi algılanabilir (pozitif hallüsinasyon). Tam tersine hipnoz esnasında gerçekte orada olmayan bir nesneyi görmesi sağlanabilir (negatif hallüsinasyon).

Araştırmalar imajinasyonun çok önemli bir terapi aracı olabileceğini göstermektedir (Porter &Sheikh,1978).

İmajlar hipnoterapide;

1.Hastaların kendilerini tasvirlendirmelerinde (semboller yardımıyla),

2.Yaratıcı güçlerinin terapide kullanılmasında,

3.Kişisel gelişim ve problem çözmede kullanılabilirler.

Manda yuva yapmış söğüt dalına isimli türkümüz hayal gücümüzün şiddetini gösterir (Bakınız Resim 1).

Hafıza Süreçlerindeki Değişiklikler

Sinir sistemi her şeyi kaydedebilir. Bundan dolayı çok uzak olan çocukluk yıllarına ait anılarımız hipnozda net bir şekilde canlandırılabilir. Hipnozda bu şekilde hafıza gücünün artması hiperamnezi (hyperamnesia) olarak adlandırılır. Ancak Hipnoz ile unutulmuş her şeyin hatırlanması da mümkün olmayabilir. Sayın Doç.Dr.Timuçin Oral'ın dediği gibi hipnoz insanı geçmişe ışınlamaz.

İrادی Olmayan Deneyimler Yaşanabilir (Avolitional Experiences)

İrادی olmayan deneyimler fiziksel ve zihinsel deneyimler olarak ikiye ayrılır.

-Fiziksel olan deneyimlere ;

Örnek: Bir danışanım hipnoz esnasında vücudunu iki kat halinde algıladığını söylemişti.

Bu bağlamda fiziksel değişikliklere vücut imajında meydana gelen değişiklikler de diyebiliriz ve

örneklerimizi arttırabiliriz.

- "Vücudumun genişlediğini hissediyorum" diyebilirler.
- Vücutlarının küçüldüğünü söyleyebilirler.

Zihinsel iradi olmayan deneyimlere örnek olarak danışanlarımdan ifadeleri:

- Bulutların üzerinde uzanıyordum.
- Her renkten ışıklar görüyordum.
- Okyanusun üzerinde uzanıyordum.
- Çok özlediğim babamı birden bire karşımda gördüm.

Bu tür zihinsel ve fiziksel iradi olmayan deneyimler telkine bağlı olmadan kendiliğinden de ortaya çıkabilir.

Bu tür deneyimler tesadüfe bağlı değildir anlamlı olabilirler. Örnek: Ellerin fiziksel olarak uzadığını hisseden ve algılayan danışan bazı şeyleri kontrol etmek istediğini sembolik olarak vurguluyor olabilir.

Zaman Algısında Değişiklikler (Time Distortion)

Hipnoz bittikten sonra hastalardan ilk istediğim şey saatin kaç olduğunu saate bakmadan tahmin etmeleridir. Kolay kolay doğru tahminde bulunamazlar. Çünkü zaman algısı hipnozda dış olaylarla değil de içsel yaşantılara kıyaslanarak meydana getirilir. Zaman algısı içsel yaşantıların hızını kazanır. İçsel yaşantılar yavaş olduğu için hipnozda kişiye hipnozda kaldığı süre çok az gelir.

Hipnozda Konuşma

Konuşma yavaş, monoton ve duraklamalı olabilir.

Hipnozda Literalite

Hipnozda insanlar telkinleri uygularken hipnotistin kullandığı kelimelere harfi harfine uyararak telkinleri yerine getirme eğilimindedirler.

Örnek 1:

Önemli işlerimden dolayı sabah erken kalkmam gerektiğinde benim için kendi kendime hipnoz yapmaktan başka çare yoktur. Çünkü benim uykum ağırdır ve bundan dolayı % 95 alarımın sesini duymam bile. Böyle durumlarda içsel alarmımı hipnozla kurar ve yatarım. Bir gece kendi kendime erken uyanacaksın telkinlerinde bulundum ve uyudum. Ancak sabah uyandığımda yataktan bir türlü kalkamıyordum. Zihnim kesinlikle uyanmıştı hatta eşimle ara sıra konuşuyordum, ancak vücudum külçe gibiydi. Sonuçta uyanmama rağmen bir türlü yataktan kalkamamıştım. Tabi bir türlü kalkamamamın nedenini biraz düşününce buldum: Akşam kendi kendime yaptığım hipnozda kendime verdiğim telkin erken uyanacaksın şeklindeydi. Uyanmakla yataktan kalkmak ayrı ayrı şeylerdir. Gerçekte telkinlerimin etkisiyle erken uyanmıştım, ancak yataktan ne yapsam da canım kalkmak istemedi. Sonraki gün kendime hipnoz uygulayarak yarın saat 7 de yataktan fırlayacaksın diye telkin verdim. Ve sabah yataktan o kadar hızlı fırlamıştım ki eşim " ne oldu eve hırsız mı girdi" dedi.

Örnek 2: Uyku sorunları yüzünden bütün gece boyunca yatakta kalması telkin edilen bir insan tuvalet ihtiyacı için dahi yataktan çıkmamıştır. Çünkü kendisine "GECE BOYUNCA YATAKTA KAL DENİLMİŞTİR".

Sonuçlar

Tüm bu hipnoz belirtilerini şu amaçlar için kullanabiliriz.

-Hasta ile uyum ve işbirliğini geliştirmek,

-Hastanın gizli yeteneklerini tedavide kullanarak onu etkilemek ve olumlu uyumlu davranışların ortaya çıkarmak.

-Hipnozun doğasında bulunan tüm anlattığım fenomenler hipnotist tarafından telkinle ne kadar yoğunlaştırılırsa hipnoz o kadar derinleştirilmiş olur.

Hipnoz esnasında gözlemediğimiz değişiklikler hipnozun bir bilinç kaybı olduğunu düşündürebilir. Hastaların bilinçlerini kaybetmeden yukarıda bahsettiğim deneyimleri yaşamaları, hipnozdan hoş bir şaşkınlık içinde çıkmalarına neden olabilir.

-Aynı kişinin farklı seansları hipnoz konusundaki bir çok deneyimlerini değiştirebilir. Çünkü hipnozda sistematik değişiklikler meydana gelmez.

Günümüz Türkiye'sinde hipnoz hak ettiği yeri yavaş yavaş tedavilerde almakla birlikte su-i istimale açık bir saha olarak halen bakırlığını korumaktadır. Bunun nedenini ilerleyen satırlarda daha iyi anlayacaksınız.

Hipnozu şu an en çok uygulayanlar sahne illüzyonistleri ve medyumlardır. Bunun yanında Psikiyatristler ve Diş hekimleri de hipnozu pratiklerine almaya başlamışlardır. Ancak yinede bazı kötü niyetli kişiler hipnozu sanki başlı başına bir tedavi edici metodmuş gibi lanse etmekte ve bu yolla hastaları kullanmakta ve onlara zarar vermektedirler. Aslında hipnoz psikiyatrik hastalıkların psikoterapisine yardımcı bir metod olarak kullanılabilir. Hipnoz altında verilmesi gereken telkinler ve diğer psikoterapötik yollar izlenmezse sadece hipnoz yapılmış olması hastalığı tedavi etmez. Bunu şu örnekle daha iyi açıklayabiliriz: Bir cerrahın ve bir kasabın eline neşter verdiğinizi varsayın. Cerrah yaptığı müdahalede nasıl anatomik katları tekrar birleştirmeye uygun keser. Oysa kasap sonrasını düşünmeden neşteri çeker ve tamiri güç yaralar bırakır. İnsanın ruhsal yapısını bilmeyen hastalığın sebepleri konusu üzerinde ihtisası olmayan birinin ruhsal hastalıkları tedavi etmeye kalkması kasabın ameliyat yapmasına benzer ki kişinin ruh sağlığı üzerinde onulmaz yaralar bırakabilir.

Hipnoz günlük stres ve sıkıntılar, sigara alışkanlığından kurtulmak, şişmanlık ve yeme bozuklukları, uyku bozuklukları, konsantrasyon problemleri, fobiler(korkular), cinsel problemler, psikosomatik rahatsızlıklar, dissosiyatif bozukluklar ve diğer psikiyatrik rahatsızlıkların tedavisinde yardımcı araç olarak kullanılabilir.

Ancak hipnozun tek kullanım yeri psikiyatrik hastalıklar değildir. Diş hekimleri anestezide kullanabilirler. Hatta genel cerrahide bile anestezik ajan kullanmadan yalnızca hipnozla yapılan büyük operasyonlar bildirilmiştir.

Ülkemizde hipnozun uzun yıllar ihmale uğramış olmasını materyalist yaklaşımın psikiyatristler arasında çok yaygın olmasına bağlıyorum. Hipnoz altında gerçekleşen bazı fenomenleri yalnız madde ile açıklamak mümkün görünmemektedir. Ayrıca psikiyatri pratiğinde biyolojik yaklaşımın ön planda tutulmuş olması da bunda bir etken olabilir. Herkesin kolayca hipnotize olmaması da bunda bir diğer etkendir.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **KİŞİLİK BOZUKLUKLARI**

Kişilik nedir?

İnsanları birbirlerinden farklı kılan , kendisi ve çevresindekilere bakış açıları ,onlarla kurabildiği ilişki düzeyleri ve tepkilerini kapsayan çeşitli ortamlarda kendini gösteren bedensel, düşünsel ve ruhsal özelliklerdir. Bu özelliklerin kişinin çevreye uyumunu bozup, günlük işlevselliğini bozması, kendinde gerilim-kaygı hali oluşturup, içinde yaşanan kültürün beklentilerinden sapma gösteren ,süreklilik taşıyan bir hal alması durumunda kişilik bozukluğundan bahsedilir.

Bu bozukluk kendisi, başkaları ve olayları algılama ; verdiği duygusal tepkilerin uygunluk, değişkenlik ve yoğunluğu ;kişiler arası işlevsellik ; öfke, heyecan, aşırı isteklerin,dürtülerin kontrolü olarak sınıflayabileceğimiz dört alanın en az ikisinde kendini gösterir. Başlangıcı ergenlik ya da genç erişkinlik hatta bazen daha küçük yaş gruplarına dek uzanır. Bu durum başka bir ruhsal,fiziksel hastalığın ya da bir maddenin etkilerine bağlı olarak gelişen bir durum değildir.

Antisosyal kişilik bozukluğu

Aşağıdakilerden en az 3'unun varlığı ile birlikte ,15 yaşından beri süren başkalarının haklarını saymayıp, diğerlerinin haklarına saldırı ile kendini gösteren kişilik bozukluğudur.

1-Tutuklanmasına yol açacak davranışlarda ısrar ile kendini gösteren yasalara uygun ,sosyal davranışlara uyamama

2-Devamlı olarak yalan söyleme, farklı takma adlar kullanma, zevk ya da kişisel çıkarı için başkalarını aldatma gibi dürüst olmayan davranışlar

3-Aniden sonucunu düşünmeden yapılan davranışlar,gelecek için planlar yapmama

4-Tekrarlayıcı kavga, dövüş ,saldırıları ile birlikte öfkeli hali

5-Kendisi, yakınları ya da başkasının güvenliği ile ilgili umursamazlık hali.

6-Bir işi yürütememe veya parasal sorumluluklarını yerine getirmeme ile giden sürekli bir soru suçluk durumu

7-Başkasına zarar vermiş, fena davranmış birseller çalmış olmasına rağmen duruma ilgisiz kalıp, kendini haklı göstermeye çalışması ve bundan vicdan azabı duymamak.

-Kişinin en az 18 yaşında olması ve 15 yaş öncesi davranım bozukluğu belirtileri göstermeye başlamış olması gerekmektedir.

Rahatsızlığın olusunda rol alan etkenler:

Ani dürtüsel hareketler ve saldırgan davranışların beyindeki anormal serotonin işlevi nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Bu kişilerin genetik yatkınlık durumları olmasa bile , erken çocukluk dönemlerinde anne- babanın maddi ya da manevi yokluğu, ebeveynin cezalandırıcı, aşağılayıcı tavırlar sergilemesi.

Rahatsızlık psikopati ve sosyopati olarak da bilinmektedir.Hastada 15 yaş öncesinde davranım bozukluğu belirtileri vardır. (insan ya da hayvanlara yönelik saldırganlık, mala zarar verme, başkalarına ait şeyleri çalma ve sahtekarlıklar yapma(ev-okuldan kaçma,hırsızlık) ve kuralları, disiplini önemli derecede bozma) Bu davranışlar sürekli kendini göstermektedir. Bu kişiler yasadışı işler peşinde koşarlar. Başkalarının düşünceleri onlar için önemli değildir.

Toplumda görülme oranı:

Erkeklerde % 3,kadınlarda % 1 oranında görülmektedir. Madde kullanımı nedeniyle yataklı tedavi görülen kurumlar ve adli mekanlar ya da cezaevlerinde daha yüksek oranda görülmektedir. Çocuklukta yalan söyler, çevrelerindeki aldatır, çıkar elde etmek ya da sadece zevk almak için başkalarını kullanır ya da yanıltır. Öfkelerine hakim olamayıp,kavga ederler,esleri, çocukları, ana- babalarını döverler. Ana-baba olmanın gereklerini yerine getiremez, düzenli, sakin bir aile hayatı oluşturamazlar. Tehlike oluşturacak etkinliklere atılırlar (hızlı ve zikzaklar yaparak araba kullanma, alkollü araç kullanımı, tekrarlayan kazalar yapma gibi ).

Farklı ve zararlı cinsel ilişkiler ve alkol-madde kullanımı görülebilir. Sorumluluklarını yerine getirmedikleri için isten atılmaları, işverenle tartışmaları fazladır. Herkes gibi düzenli ve doğru yoldan yaşayamazlar. Çok iş değiştirirler. Yokluk içinde kalıp, sokaklarda yatabilirler. Askerlikleri aldıkları cezalar nedeniyle uzar, uzun süreli hava değişimi raporları alırlar.Yaptıklarından pişman olmazlar.Kibirli bir görünüm sergilerler.

Kimlerde daha çok rastlanmaktadır?

Genellikle sosyoekonomik düzeyi düşük ve kırsal kökenli kişilerde görülmektedir.

Hastalığın seyri:

Eğer kişi yapılan eylemler sonucu ya da kötü yaşam koşulları sonrası ölmezse , rahatsızlık 40 yaş sonrasında etkinliğini azaltabilir.

Ailesel yatkınlık:

Bu bozukluk hastanın 1. derece akrabalarında genel topluma göre daha çok görülmektedir. Ayrıca bu kişilerin akrabalarında somatizasyon bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu da yüksek düzeydedir. Sebepleri:

Çocuklukta dikkat eksikliği- hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda ileri dönemde görülme riski yüksektir.

Bağımlı kişilik bozukluğu:

Aşağıdaki belirtilerden en az beşinin varlığı ile birlikte, erişkinliğin erken dönemlerinde başlayan , uysal, adeta başkalarının kuyruğu gibi olmaya ve insanların kendisini terk edeceği korkusuna neden olacak şekilde aşırı düzeyde başkalarının varlığına ihtiyaç duyma ile seyreden kişilik bozukluğu durumudur.

1-Başka kişilerden fikir, öneri, destek almadığında ufak şeylerde bile karar vermekte zorlanma

2-Hayatin pek çok farklı alanlarında sorumluluk sahibi olmak ve bunları gerçekleştirmek için başkalarının yardımına ihtiyaç duyarlar.

3-Diğerleriyle aynı doğrultuda düşünmese bile onların tepkilerini çekerim ya da dostluklarını yitirim diye farklı görüşte olduğunu ifade edememe

4-Planlarını hayata geçirme ya da kendine karşı güvensizliğinden bir işi kendi başına gerçekleştirmekte güçlük hissetme.

5-Etrafındakilerin yanında olup, kendine destek vermesi için , akla gelmeyecek ve uygunsuz şeyleri bile yapmaya çalışmak.

6-Kendi başına bir şeyler yapamayacağı, kendini idare edemeyeceği şeklindeki yoğun endişeleri nedeniyle, yalnız başına kaldığında kendini çaresiz, huzursuz ya da rahatsız hissederek.

7-Kendini güvende ve rahat hissettiği , yakın bir arkadaşlık, ahablık,dostluk ilişkisi herhangi bir nedenle bittiğinde , hemen kendine bakım ve destek sağlayacak başka birilerini aramaya baslar.

8-Kafası kendi başına ,yapayalnız ve yardımsız bir durumda bırakılacağı şeklinde yoğun endişeler ile doludur.

En ufak kararları ve seçimlerini bile başkalarına danışmadan alamazlar ( yiyip içecekleri şeyler, giyecekleri giysiler gibi her konuda ) Pasif kalmaya eğilimlidirler. Sorumluluk almak,, birsele başlamak, herhangi bir aktivitede rol almak için başkalarının destek ve yardımını isterler.

Kararları konusunda es, anne-baba ve dostlarının küçük çocuğu gibi hareket edip, bağımlı hissederek, kendi kararlarını onların vermelerini isterler. Onların istek ve davranışlarına kendilerinden uzaklaşabilecekleri endişeleriyle karşı gelemez, tepki gösteremez, kızamazlar. Bağlantıyı korumak için aşırı tavizler verirler. Bu uğurda sözel, fiziksel ,cinsel tacizlere boyun eğebilirler. Çevrelerinde işleri kendilerinden iyi yapacak başkalarının olduğu düşüncesi ile ise başlamayıp, beklemeyi yeğlerler. Dışarıya kendilerini aciz, beceriksiz, güçsüz, yetersiz olarak sunarlar. Başka bir kişinin sorumluluğu ve etkisi altındayken ise yeterli bir çalışma gösterebilirler. Yalnızca tek kalmamak için önemli gördükleri kişilerin yanından ayrılmazlar, onları izlerler.

Çoğunlukla kötümser bir bakış açısına sahiptirler. Kendi özellikleri , varlıkları ya da becerilerini değersiz görmeye meyillidirler. Kendilerine hakaret anlamında aşağılayıcı yönde kendilerini yargırlar. En ufak bir olumsuzluğu, eleştiriyi temel alarak bu düşüncelerini desteklemeye çalışırlar.Karar aşamalarında huzursuz, tedirgin, sinirli hissederek. Çevresel ilişkileri bağımlı oldukları az sayıda kişi ile kısıtlıdır.

Berberinde görülen bozukluklar arasında depresif bozukluklar, uyum bozuklukları, yaygın anksiyete bozukluğu, kişilik bozuklukları ( özellikle sınırda, çekingen ve histrionik k.b.) gelmektedir.

Öz bildirim ölçeği verilerek yapılan bir araştırma sonuçlarına göre % 15 oranında bu rahatsızlığa rastlanmıştır. Kadınlarda erkeklere göre 3 kat daha çok tanı konmaktadır. Ailenin en küçük çocuğunda rastlanma olasılığının daha çok olduğu gözlenmiştir.

Oluş sebepleri:

Aşırı müdahaleci, evhamlı anne- babanın çocuğun bağımsız ve hakkını arayan davranışlarını eleştirici ve cezalandırıcı bir şekilde baskılamaları ile oluştuğu düşünülmektedir. Çocuk sonraları özgürlüğün ailesinin sevgi ve desteğini kaybetmeye yol açacağını düşünmekte ve onlara yapışmaktadır. Gene aynı şekilde annenin aşırı kollayıcılığı da bu duruma zemin hazırlamaktadır. Bağımlı kişilik uzun süreli vücutsal hastalıklar ve çocuklukta sevgi eksikliği yaşayanlarda da belirgin olarak fazla görülmektedir. Bu kişilerin aile yapılarında duyguların ifade edilişi kısıtlıdır ve çocuk üzerinde yüksek düzeyde kontrol bulunmaktadır.

Tedaviye gerilim, depresif ve vücutsal yakınmalar ile başvururlar.Bireysel terapiden fayda görürler  
Borderline Sınırdaki Kişilik Bozukluğu

Aşağıdakilerden en az besinin varlığı ile birlikte ,genç erişkinlik döneminde başlayan , kişilerle olan ilişkilerde, kendilik algısında ve duygulanımda tutarsızlıklar ve ani dürtüsel davranışlarla karakterize bir durumdur.

1-Gerçek ya da varsayılabilecek , olası bir terk edilmeyi önlemek için çalınca çaba harcamak.

2-Karsısındakileri aşırı büyütüp, göklere çıkarma ve aşırı değersizleştirip, gözden düşürerek, yerin dibine sokma gibi başkalarına aşırı değer.değersizlik verme ile giden tutarsız ilişkiler

3-Kimlik karmaşası denilen kendini algılayışında, arkadaşlık, cinsel durum ya da önem verilen kültürel-ahlaki değer anlayışında değişkenlikler

4-Kendine zarar verme olasılığı fazla olan ,2 ya da daha çok durumda sonunu düşünmeden, aniden yapılan eylemler (aniden çok para harcama, madde kullanımı,hızlı ve tehlikeli araç kullanma, birden aşırı yemek yeme, önceden düşünülmeyen uygunsuz cinsel davranışlar) .

5-Tekrarlayan bir şekilde intihar girişimleri, intihar tehditleri, kendi kendine zarar verme (bıçak,jilet vs. ile kendi cildini kesme, sigara ile yakma, kafasını , yumruğunu sert yerlere vurma gibi)

6-Duygu durumunda aşırı tepkililiğe bağlı olarak sürekli duygusal değişkenlik hali (saatler içinde değişen surelerde birbirini izleyen öfkellik, üzüntü, kaygı, sevinç dönemleri)

7-Kişinin kendisini sürekli olarak boşlukta hissetmesi .

8-Öfkeye hakim olamama (kavga etme, yüksek sesle hakaret,çığlık atma eşya kırma gibi).

9-Stresle ilişkili gelip geçici kendine kötülük yapılacağı düşünceleri ya da dissosiyatif belirtiler

Rahatsızlığın asal özelliği karşılıklı birebir ilişkilerde , kendilik algısı (kendine bakış , kendini kabul ediş ve kendini sergileyiş) ve duygulanımda tutarsızlık ile ilişkileri etkileyebilen ani hesapsız davranışlardır.

Bu kişilerde sürekli bir ayrılık ve reddedilme fikri yaşandığı için bu gibi bir durumun izlenimi edinildiğinde duygulanım, kendilik hissi ve davranışlarda önemli farklılıklar yaşanır.Ayrılık ya da planlananların oluşmaması durumlarında yoğun öfke ve diğer belirtiler yaşanır. Yalnız baslarına olmaya dayanamaz ve birilerinin varlığına gereksinim duyarlar. Bu yalnızlığı önlemek için intihara yeltenebilirler.

Birebir ilişkilerinde özellikle karşı cinsten kişilere sürekli bağlanma, onları bir eski yunan tanrı ya da tanrıçaları gibi görüp yüceltirler. İlişkilerine çok büyük iddia ve hedeflerle baslar, gerektiğinden fazla özel hayatlarını paylaşır, karşılığında aynisini beklediklerinden dış kırıklığına uğrarlar.Bu kez onları daha önce oturttukları tahtlarından indirip gözlerinden düşürürler. Bu nedenle arkadaşlıkları gelip geçici ve fırtınalı bir seyir izler.

Hedefleri, inandıkları değerler, arkadaş yapıları, cinsel eğilimleri, benimsedikleri görüşler ,mesleki heves ve amaçları değişkendir.

Devamlı olarak kendilerini boşlukta hissettikleri için uğraşıp, oyalanacak bir şeyler arıyor gibidirler. Karşı taraftan beklediklerini bulamadıklarında öfkelerini sergiler, sonrasında bundan dolayı suçluluk, pişmanlık, utanç duyguları yasar ve kendilerini değersiz , zayıf, kotu hissederler.

Bu kişiler için" insanın kendi kendine ettiğini 7 mahalleli etmez "sözü çok uygun düşer.Kendilerine maddi ve manevi acıdan zarar verir, başladıklarını bitiremezler, "yüzüp kuyruğuna gelseler bile".

Yoğun stresli dönemlerde halusinasyon dediğimiz varolmayan ses,görüntü vs. gibi algılar,kendi vücuduna ve çevreye yabancılaşma görülebilmektedir.

Kendileri yada çevreye yabancılaşma yasayabilirler. Kişisel ilişkilerinden ziyade kendilerini terletmeyeceklerini ve gerekli karşılığı alabileceklerini düşündükleri sanal şeyler, cansız nesnelere, ya da hayvanlar üzerinden doyum sağlamaya çalışıp, kendilerine güvenli bir liman oluşturabilirler.

Eğitim ve evlilik hayatları fırtınalı bir denizde filikayla yolculuk gibidir. Ayrılık,boşanma ve tekrar bir araya gelmeler görülebilir.

Eşlik eden bozukluklar:

-Depresyon ve distimi

-Alkol-madde kullanım bozuklukları

- Yeme bozuklukları
- Travma sonrası stres bozukluğu
- Dissosiyatif kimlik bozukluğu
- Diğer kişilik boz.

Toplumda görülme oranı:

Genel nüfus içinde % 2-3 oranında görülmektedir. Araştırmalara göre hastanede yatanlar arasında %19 ; ayaktan tedaviyi sürdürenler arasında % 11 oranında olduğu gözlenmiştir.

Rahatsızlığın cinsiyet- kalıtım özellikleri :

Toplum geneli ile karşılaştırıldığında rahatsızlık gösterenlerin 1. derece yakınlarında beş kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır.Ailede madde bağımlılığı ,antisosyal k.b. ve depresif bozukluklara karşı da daha yüksek bir risk vardır.

Rahatsızlığın oluş sebepleri:

Rahatsızlıktaki merkezi serotonin işlevindeki azalmanın öfkeli ve dürtüsel davranışlarla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Bir başka görüşe göre de çocuk gelişmesinde 1,5-2,5 yaş arası dönemde çocuğun ayrılma ve kendi basına davranışlar sergileyebilme çabalarına annelerinden gelen cezalandırıcı tavırların şiddetli ayrılık korkularına yol açtığı öne sürülmüştür.

Gene benzer bir görüşe göre çocuk- ebeveyn ilişkisinin erken dönemlerindeki bozukluklar ( çocuğun yeterli dikkate alınmayıp, hislerini ve davranışlarını gözardı etmek çocukta uygun, olumlu ve sabit bir benlik hissi oluşmasını önleyecek ,sürekli desteğe gereksinim duyacaktır. Ailede duygusal paylaşımın olmaması , aile içi yoğun çatışmalar, küçük yaşlarda ana-baba kaybı, ayrılığı, çocuğun yaşadığı fiziksel ve cinsel tacizler rahatsızlığa eğilim oluşturur.

Ailesel özellikleri:

Bu kişilerin ailelerinde erken dönemde ebeveyn kaybı,travma tik ayrılmalar ya da her ikisi yüksek oranda bulunmaktadır.

Genellikle her iki ebeveynde de belirgin bir şekilde psikiyatrik sorun vardır. Annelerde karasızlık ve depresyon gözlenirken;babalar ya meydanda yoktur ya da karakter itibariyle yoktur yada bozuktur. Aileler saldırgan davranışlar, alkolizm, fiziksel ya da cinsel tacizler (ki bunlar hastaya da uygulanmıştır) nedeniyle yıpranmış veya parçalanmıştır. Rahatsızlık boşanmış ya da evlatlık verilmiş ailelerde daha fazla saptanmıştır.

Hastalığın süreci:

Rahatsızlık gençlik dönemi öncesinde konuya dikkat verememe, öğrenme güçlükleri ve toplumsal çekilme, sosyal ortamlardan soğukluk ile kendini göstermektedir. Gençlik döneminde tüm yakınmalar başlamakta, yarı sayıda vaka ise 40'larından sonra düzenli bir çevre ve iş hayatına kavuşabilmektedir. Bununla birlikte çoğu eğitimi tamamlayamamakta, işlerini kaybedip, evliliklerini ya da birlikteliklerini sürdürememektedir.

Rahatsızlıkta intihar tehditleri önemsenmelidir. Bu grup hastalarda % 8-10 oranında intihar sonucu olum görülmektedir.

Tedavi:

Bu kişilerin uzun süreli bireysel psikoterapiden faydalanırlar Bireysel terapide bilişsel- davranışçı terapi yanında duygulanım dalgalanmaları ve ani dürtüsel davranışlar için ilaç tedavileri uygulanabilmekte, intihar eğiliminin olduğu yoğun gerilim dönemlerinde kısa süreli hastanede yataklı tedavi uygun olmaktadır. Kişiler grup terapisinden faydalanabilmektedirler.

Çekingen kişilik bozukluğu:

Aşağıdaki belirtilerden en az dördünün varlığı ile birlikte erişkinliğin erken dönemlerinde başlayan yetersizlik duyguları, sosyal acidan kendini geri çekme ve başkalarınınca olumsuz değerlendirilmeye aşırı duyarlı olma, fazla incinme ile seyreden bir kişilik bozukludur.

1-Başkaları tarafından kabul görmeme, küçümsenme, eleştirilme, dışlanma endişeleriyle sosyal ilişki gerektiren işlerden uzak durma

2-Sevilip, sayıldığına kesin inanmadıkça başkalarıyla iletişim kurmak,görüşmek istemez

3-Hafife alınıp, dalga geçileceği endişesi ile yakın ilişkilerde rahat davranamaz,bu ilişkilerde tutukluk yasayıp, kendini ve sahip olduklarını ortaya koyamaz

4-Başkalarının da bulunduğu iletişim gereken ortamlarda düşünce içerikleri yoğun bir şekilde eleştirilme, dışlanma düşünceleri ile kaplanmıştır

5-Hissettikleri yetersizlik duyguları nedeniyle, daha önce karşılaşmadıkları kişilerle aynı ortamda bulduklarında istedikleri gibi hareket edememelerine, konuşma ve davranışlarında kısıtlılık hissetmelerine yol acar.

6-Kişiler kendilerini sosyal acıdan yetenezsiz, renksiz, etkisiz ,zayıf veya diğer kişilere göre daha değersiz bireyler olarak görürler.

7-Küçük düşüp, mahcup olacakları sekindeki düşünce yapıları nedeniyle kendi baslarına bireysel girişimlerde bulunamaz ve yeni aktivitelere başlamak ya da başkalarına katılmak istemezler.

Bu kişiler yeni sorumluluk ve dolay isiyile eleştiri alma olasılığı, odak noktası olma,üstlerle daha çok ilişki kurma ve inisiyatif kullanma durumları nedeniyle işlerinde daha üst konumlara yükselme tekliflerini reddedebilirler. Başkaları hakkında başlangıçta "beni eleştirir, beni aralarına almazlar" diye düşündüklerinden yeni ilişkilere girmekten kaçınırlar. Kendilerinden bahsetmekte, iç dünyalarını açmaları konusunda yanlış anlaşılma ve reddedilme endişeleri nedeniyle zorluk yasarlar.

Utangaç,ürkek, yalnız, kendini gizlemeye çalışan, sesi soluğu çıkmayan, kendini frenleyen kişilerdir.Olağan şeylerden bile bir çok tehlikenin oluşabileceğini düşünüp, hayatlarını alıştıkları ortam ve kişilerle geçirmeye çalışır, "kozaları içinde yaşamaya çalışırlar". Korkulu ,endişeli ve diken üzerinde gibi olan davranışları başkalarınca alay konusu olabilir. Başkalarına kıyasla toplumdaki uzak yaşamayı yeğlerler, bu nedenle tanıyanları azdır ve iletişimleri de az olduğundan yeterli destek bulamazlar. Buna rağmen sevgi,saygı, yakınlık görmek ister, mükemmel ilişki hayalleri ile yasarlar.

Berber görülen bozukluklar:

-Sosyal fobi

-Depresif bozukluklar

-Diğer kişilik bozuklukları (borderline , paranoid, sizoid, sizotipal k.b.)

Toplumda %0.5-1 oranında görülmektedir. Çocukluk yaşlarında utangaç, yabancılar arasına çıkamayan, yeni durumlar karşısında endişe edip, gerileyen, oyunlara katılmakta isteksiz ya da pasif kalan çocuklardır. Yıllar geçip, ilişki gereği arttıkça daha çok çekingenlikleri ortaya çıkar.

## **HISTRIONİK KİŞİLİK BOZUKLUĞU**

Aşağıdakilerden en az besinin varlığı ile ,erişkinliğin erken evrelerinde başlayan ,aşırı duygusallık ve sürekli kendisiyle ilgilenilmesi cabası ile devam eden bir bozukluktur.

1-Çevrenin ilgi odağı olmadığı hallerde rahatsızlık duyar.

2-Karşısındakilerle ilişkileri çoğunlukla uygun olmayan bir şekilde cinsel yönden tahrik edici ve bastan çıkarıcı davranışlar sekinindedir.

3-Duyguları yüzeysel ve çok hızlı şekilde değişkendir.

4-Etrafın ve karşısındakinin ilgisini kendisine çekmek için devamlı olarak fiziksel görünümünü kullanır.

5-Etrafındakileri olağandışı bir şekilde etkilemeyi amaçlayan ama içeriği kuvvetli olmayan ,ayrıntısız bir konuşma sekin.



6-Gösteriş yapmayı amaçlayan yapmacık, sahte, kendisi gibi olmayan davranışlar ve duygularını aşırı abartma halleri

7-Kolayca başkalarının konuşmalarından ya da olaylardan etkilenir, telkine yatkındır.

8- İlişkilerin normalden çok daha fazla yakın ve fazla içli-dişli olmasını ister.

Çevrelerinin ilgilerini üzerlerinde hissetmedikleri durumlarda kıymetlerinin anlaşılmadığını düşünür ve bunu ifade ederler. Çoğunlukla bir tiyatro eseri sergiler gibi konuşma ve tavırlar içindedirler. Yeni karşılaştıkları kişilerle kırk yıllık dost gibi "can ciğer kuzu sarması" haline gelir, onlara kur yapar konuma gelebilirler. Sürekli bir bohem ,dolce vita hayat, ağustos böceği hayati peşindedirler. İlgili odağı olmadıklarında, çevredekilerin ilgisine odaklanmak için, olmamış olaylar , sahte hatıralardan bahsedip, gösteri amaçlı davranışlar sergilerler.

Üst baslarına, takı ve aksesuarlara gereğinden çok zaman, emek ve para sarf ederler. Elbise dolapları giymedikleri eşyalarla doludur. Dış görünümüne yönelik iltifat bekler, bu konuda aksi yönde sözlere tahammül edemezler. Hislerini abartılı bir şekilde toplum içinde sergilediklerinden yakınlarını utandırabilirler (ağlama, öfke nöbetleri, aşırı çocuksu sevinç ifadeleri). Bu duygulanım hali çok uzun sürmediğinden çevrelerince yadırganır. Kişilere fazla güvenir, söylenenlere inanır ve kabul eder, başkaldırmazlar .Romantik hayallerle yasayan kişilerdir.

Karşı cinsten arkadaşlarını duygu sömürücü yapılarak ya da cinsel çekiciliklerini kullanarak elleri altında tutmaya çalışırlar. Sürekli ilgi beklentileri ve yaklaşım tarzları nedeniyle çevreleri tarafından yanlış anlaşılıp, terk edilebilirler.

Devamlı surette değişim, şatafat, canlılık peşindedirler. Olağan işler ve durumlar ,onlar için tahammül edilmez şeylerdir. Halk arasında "ayran gönüllü" ya da "maymun iştahlı " denen kişiler gibi büyük heyecanla başladıkları işlere karşı heyecanlarını kaybedip, yarım bırakabilirler.

Dostça, canayakın ve hös görülmelerine rağmen samimi olmayıp, kendini on plana çıkaran, düşüncesiz ,isteklerini yaptırmaya zorlayıcı tutum içine girerler. Sürekli olarak sevilip, sevilmediklerini sorup, terk edilmeyecekleri yolunda sözler isterler. İstemedikleri bir duruma yanıt olarak intihar tehdidi ya da girişimi ile cevap verebilirler. Vücutsal hastalıklardan ve ağrılardan şikayetçi olabilirler.

Birlikte görülebilen bozukluklar:

-Somatizasyon bozukluğu

-Majör depresyon

-Konversiyon bozukluğu

-Kişilik bozuklukları (borderline , narsistik, antisosyal, bağımlı k.b.)

Kimlerde, ne oranda görülmektedir:

Daha çok kadınlarda görülmekte, toplumda % 2-3 oranında görülmektedir.  
Narsistik Kişilik Bozukluğu:

Aşağıdakilerden en az besinin varlığı ile erişkinliğin erken dönemleri de başlayan , üstünlük hisleri, beğenilme ihtiyacı ve kendini başkasının yerine koyamayıp, insanlara uygun yaklaşımlarda bulunamama ile seyreden bir rahatsızlıktır.

1-Kendisinin başkalarından çok daha önemli olduğu duygusu içindedir. ( gösterdiği başarıları , sahip olduğu becerilerini çok daha olağanüstü olarak görüp, yeterli bir temeli olmamasına karşın çok değerli ve yüksek bir şahsiyet olarak bilinmeyi bekler.)

2- Düşünceleri ,hayalleri büyük bir güç, engin bir deha, kusursuz bir güzellik ve mükemmel , sonsuz sevgi üzerindedir.

3-Özel, benzeri olmayan biri olup, kendisini ancak çok zeki ve ustun nitelikli kişilerin anlayabileceğini düşünür ve sadece bu kişilerle ilişki kurup, dostlarını bu kişilerden seçmeyi düşünür.

4-Çevresindekiler tarafından çok beğenilmeyi bekler.

5-Hak ettiği duygusu içindedir. Sahsına özel, başvuran diğer kişilerden farklı bir tedavi uygulanacağı düşünceleri ve davranışları içindedir.

6-Diğer insanlarla karşılıklı ilişkilerinde bencilce, çıkar düşünerek hareket eder. Başkalarının zaaflarından yararlanıp, hedeflerine ulaşmayı gözetir.

7-Kendini diğer kişilerin yerine koyup, onların hissettikleri , düşündükleri ya da ihtiyaçları konularını anlamaya ve bunlara saygı duymaya isteksizdir.

8-Genellikle başkalarının başarıları, yaptıkları , değerleri ve onların genel olarak varlıklarını kıskanabilirler. Diğerlerinin de kendilerini kıskandığını düşünürler.

9-Kendini beğenmiş, ukala ve küstahça tutumlar içine girerler.

Kendilerinin çok önemli , vazgeçilemez oldukları sekinde bir düşünce içerikleri vardır. Halk arasında"Büyük dağları ben yarattım" denen tavırlar içindedirler, gösterişçi ve kendini metheden konuşma ve davranışlar içindedirler. Bunların karşılığında bekledikleri ilgi, övgü , hayranlık ifadeleri ile karşılaşmadıklarında hayrete düşüp, hayal kırıklığı ve mutsuzluk dönemleri yasayabilirler. Başkalarının da kendi başarılarındaki katkısını gözardı edip, onları hesaba katmazlar. Otorite ya da üst düzey kişilerle ilesin kurmak için çabalayıp, bağlantı kurdukları bu kişilere abartılı nitelikler atfederler. Bu şekilde kendilerini de bu kişilerden varsayarlar. Daima bir kurumun en yetkilisi ( başhekim, profesör, mudur, komutan, işveren vs.) gibi en yetkili ile iletişime geçip, diğerlerinin fikirlerine aldırılmazlar.

Devamlı olarak birselde ne kadar iyi oldukları, oradakilerin kendilerini nasıl el üstünde tutup, değer verdiği, sevgi ve saygıyla karşılandığı üzerinde düşünürler. Çevrelerinden sürekli övgü, alkış beklerler. Sıra beklemek, izin istemek, yol vermek onların sözlüğünde olmayan kavramlardır. Çünkü kendilerine göre hersele hakları vardır ve daima bir öncelikleri olduğu düşüncesi içindedirler. Başkalarından bu konularda destek ve yardım göremediklerinde öfkelenirler. Başkalarını kendi işleri ve keyfi için köle gibi kullanabilir, yakın çevrelerini üst düzey ya da kendilerini pohpohlayacak kişilerden seçerler (en güzel ,en tanınmış kişiyle görünmek, arkadaşlık etmek, bu amaçla o tur kişilerin bulunduğu sosyal klüp, derneklere girip,faaliyetlerde bulunmak gibi).

Diğer kişilerin içinde buldukları durumlar konusunda aşağılayıcı, eleştirici, ilgisiz ve hafife alır bir tavır sergilerken, kendinin karşılaştıklarını derinlemesine aktarmaya çalışarak cifte standart uygulayabilirler. Herkesin başarısına haset edip, onların hiç birsele layık olmadıkları, kendilerinin de isterlerse kolayca onu yapabileceklerini düşünürler.

Kendilerine yapılan en ufak yapıcı eleştiri ya da düzeltme,ekleme ve öneri bu kişileri ağır bir şekilde yaralayabilir. Bu durumda küçük düşmüş, mahvolmuş ,ortada bırakılmış hissedebilirler. Bu durumda aniden hiddetlenip, kırıcı olabilirler. Bunlardan ötürü sosyal ilişkileri bozuk olup başarıları devamlı olamaz. Başkaları ile yarışma gerektiren işlerde yenilme riski nedeniyle ,bu işlere karşı isteksizlikleri is ve sosyal hayatta beklenen düzeyin altına düşmelerine yol açabilir.

Birlikte bulunabilen rahatsızlıklar:

-Majör depresyon

-Distimi

-Anoreksia nervosa

-Madde kullanım bozukluğu

-Kişilik bozuklukları ( histrionik, borderline, antisosyal, paranoid k.b.)

Kimlerde görülebilmektedir:

Vakaların yarısından çoğunu erkekler oluşturmaktadır. Toplumda % 1 den daha az oranda görülmektedir.

Tedavi:

Bireysel psikoterapi uygulanmalıdır. Tedavide kişiliğe ait abartılı beklentiler, düşünceler ve davranışların uygun ve gerçekçi olanlarla değişimi, kişiler arası yaklaşımların düzeltilmesi ve kırılmalı yapı üzerinde çalışılır.

## **OBSESİF KİŞİLİK BOZUKLUĞU**

Aşağıdakilerden en az dördünün varlığı ile ,erişkinliğin erken dönemlerinde başlayan , kişisel ilişkileri, kişinin verimliliğini etkileyen bir şekilde aşırı düzenlilik, mükemmeliyetçilik, içsel ve dışsal kaynaklı olayları ve ilişkileri kontrol üzerine aşırı yoğunlaşma ile giden bir kişilik bozukluğudur.

1- Kişi yaptığı bir iste ayrıntılara o kadar dalar, kurallar, listeler programlamalar, hesaplar ve bağlantılar ile öyle uğraşır ki, neredeyse yaptığı şeyin gerçek amacını, hedeflerini unuttur.

2- yaptığı işi bitirmesini güçleştirebilecek, engel olabilecek aşırı bir mükemmeliyetçilik içindedir.

3- Kendini dostlarından ve hoşça vakit geçirebileceği etkinliklerden ayrı, uzak bırakacak derecede ve ekonomik durumla açıklanamayacak bir şekilde hayatını is ya da bir şeyler üretmeye adar.

4- Kültürel ve dinsel özelliklerle açıklanamayacak bir şekilde ahlak, doğruluk, dürüstlük, manevi değerler, sadakat, şeref, prensip gibi konularda vicdaninin sesini aşırı derecede dinler ve gerekli hoşgörü, anlayış ve esnekliği göstermez.

5- Kendisi, ailesi ve çevresi için özel bir anlam ve değeri olmasa bile eskiiyip, yıpranmış ya da değeri olmayan şeyleri atamaz, elden çıkaramaz.

6- Başkalarının da tam anlamıyla kendisi gibi düşünüp, hareket etmedikçe, aynı yöntemi kullanmadıkça, onlarla ortak bir çalışma içine giremez.

7- Para harcama (kendine ya da başkasına hediye alma, bir şeyler ısmarlama, gerekli şeyleri alma gibi) konusunda kendisi ve başkalarına yönelik cimri bir tutum içindedir.

Para gelecekte belki hiç olmayacak şeyler için elde tutulması gerekli bir şey olarak düşünülür.

8- Kuralları konusunda son derece kati ve inatçıdır.

Bu kişiler aşırı dengeli, olcucu ve yaptıklarını tekrarlamaya meyilli kişilerdir. Yanlış yapmamak için defalarca kontrol eder, kontrolün kontrolünü yaparlar. Bu nedenle bitirmeleri gereken sureyi asarlar, öğrenci olanlar sınav kağıdını en geç teslim edenlerdir. Detaylarla uğraşmaları ve aşırı kontrolleri dolayısıyla gecikmeleri nedeniyle başkalarının kendilerine öfkelenmelerine yol açarlar. Zamanlamaları kotudur. En iyisini, en beğenilecek durumu gerçekleştirme düşünceleri sekindeki mükemmeliyetçilikleri nedeniyle gerilim içine girip, kolayca yapılabilecek şeyleri içinden çıkılmaz hale getirebilirler.

Zevk alınabilecek etkinlikleri (hobilerle uğraşmak, tatil yapmak gibi) sürekli bir başka zamanda yapmaya karar verdiklerinden, düzen sürekli is yapmak üzerine kuruludur. Böyle bir tatile zorlandıklarında ise zevk alamaz, o esnada da is yapmaya çalışır ya da tatili aşırı programlı ve yakınları için katlanılmaz hale getirebilirler.

Bu durumdaki kadınlar her gün, her an temizlik pesindedir. Evleri adeta bir laboratuvar ya da ameliyathane gibi sürekli aşırı bir temizlik içindedir. Bundaki ufak bir değişiklik kişinin toz bezini tekrar eline almasına yol açar. Her gün pencereler, duvarlar, yerler silinir, halılar her gün alt komşunun başından aşağı silkenir. Evde yapılacak tamir, boya , eve gelecek çocuklu bir misafir vs. bu kişilerin ev düzenini bozacağından adeta bir kabustur.

Her şeyin önceden kararlaştırıldığı gibi, prensiplerine, kitabında yazılanın harfi harfine uygun olarak, fazladan kesinleştirdikleri ahlak boyutlarında yapılmasına başkalarını ve kendilerini zorlarlar. Otoriteye kati bir uyum içindedirler. Babalarından, üstlerinden öğrendikleri gibi, esneklikten yoksun bir şekilde davranırlar ve davranılmasını isterler.

Atmaya, değiştirmeye, hediye etmeye ilimli bakmazlar. Evleri, masalarının üzeri gereksiz, değersiz, eskimiş evrak, eşya vs. ile doludur. Mutlaka bir süre sonra gerekli olabileceği düşüncesi içindedirler.

Daima kendi yaptıklarının en doğru olduğuna inandıkları için başkalarının yardım ve önerilerini dikkate

almazlar.

Para onlar için ekonomik darlık içinde olmamalarına karşın, iyi, sağlıklı bir şekilde yaşamak için değil; ileride yaşanabilecek sağlıksız, kötü günlerde harcanması gereken bir sigorta gibidir. Bu nedenle ufak şeyler için bile para harcamazlar. Kendileri de ileride bir şey ismarlamak zorunda kalacakları için başkalarının kendilerine bir cay ismarlamalarını bile istemezler.

Her davranışları, isleri, ilişkileri dakikalar çerçevesinde programlıdır. İşlerin öncelik sıraları konusunda ikilemlere düşebilir, karar vermekte zorlanabilirler. Çevreleri üzerinde kontrol sağlayamadıkları durumlarda sinirlenir, ancak bu sinirlilik hallerini dolaylı yollardan gösterirler ( istenilen şeyi geç yapmak, hizmet karşılığı gereken ücreti vermemekte direnmek gibi).

Duygularını belli etmemeye çalışır, karikatürize bir İngiliz tipi gibi belli bir duygu aralığı içinde kalırlar. Duygusal alışverişin yoğun olduğu ortamlarda rahat davranamazlar. Çevrelerindeki bu tur duygu yüklü davranışlarını anlayamaz ve hoş görmezler. Duygularını gösteremeyip, her zaman mantığı on plana alırlar.

Toplum genelinde % 1; psikiyatriye başvuranlar arasında % 3-10 oranında rastlandığı gözlenmiştir. Erkeklerde kadınlara göre iki kat daha çok görüldüğü gözlenmiştir. Ailenin daha büyük yastaki çocuklarında, detaylara dikkat, tekrarlama, olay ve inceliklere dikkat gerektiren işlerde çalışan kişilerde daha çok görüldüğü saptanmıştır.

Oluş nedenleri:

Bir görüşe göre çocuğun 2-4 yaşları arasında "anal dönem" denilen diski kontrolünün kazanılmaya başlandığı dönemde tuvalet eğitimi sırasında yapılan baskı, onaylamama ve bu eğitimi çok erken vermenin bu tur bir kişilik yapısına yönelttiği düşünülmektedir.

Bunu izleyen başka bir görüşe göre ise çocuğun gene aynı dönemlerdeki kendi başına bir şeyler gerçekleştirme ile utanç çatışmasının yaşandığı bu evrede, çocuğun duygu, düşünce ve dürtülerin ifade edişine ebeveynlerce uygulanan aşırı kontrol ve takdirsizliğin çocukta bu yönde bir yapı oluşturabileceği düşünülmüştür.

Birlikte görülebilen psikiyatrik bozukluklar:

Diğer kişilik bozuklukları (özellikle kaçınan ve paranoid k.b.)

Majör depresyon.

Tedavi:

Bireysel ya da grup terapi etkili olmaktadır.

## **PARANOID KİŞİLİK BOZUKLUĞU**

Aşağıdakilerden en az dördünün olduğu ,genç erişkinlik döneminde başlayan ,başkalarının davranışlarını kötü niyetli şekilde yorumlayıp, devamlı olarak güvensizlik ve kuşku duyma halidir.

1-Yeterli bir temele dayanmaksızın başkalarının kendisini sömürdüğünden , aldattığından ya da kendisine zarar verdiğiinden kuşkulandır.

2-Dostlarının ya da is arkadaşlarının kendisine olan bağlılığı ya da güvenilirliği üzerine yersiz kuşkuları vardır.

3-Söylediklerinin kendisine karşı kötü niyetle kullanılacağından yersiz yere korktuğundan dolayı sır vermek istemez.

4-Sıradan sözlerden ya da olaylardan aşağılandığı ya da gözdağı verildiği biçiminde anlamlar çıkartır.

5-Devamlı kin tutar, haksızlıkları, görmezden gelinmeyi ya da onur kırıcı davranışları affetmez.

6-Başkalarınca hissedilmeyen ama kendisince algılanan , karakterine ya da saygınlığına saldırıldığı şeklinde bir yargıya vararak, öfke ya da karşı saldırı ile birden tepki gösterir.

7-Haksız yere, esinin ya da arkadaşının sadakatsizliğiyle ilgili kuşkulara kapılır.

Bu kişiler is arkadaşları veya dostlarının güvenilirliği ya da kendilerine bağlılıkları konusunda yersiz kuşkulara sahiptirler.Başkaları ile paylaştıkları konuların kendilerine karşı kullanılacağından

korktuklarından dolayı çevrelerindekiyle güvenmeye ya da yakınlaşmaya isteksizdirler. Kendilerine yöneltilen kişisel soruları bu nedenle yanıtlamayı reddedebilirler. Kendilerine yapılan iltifatları bile yanlış yorumlayıp, zıt anlamda kabul edebilirler. Kendilerine yapılan yardım önerilerini "yetersiz görülme" olarak algılayıp, geri çevirirler. Kıskançlık düşüncelerini destekleyen önemsiz kanıtlar toplayabilirler. İhanete uğramamak için yakın ilişkilerinde kontrolü ellerinde bulundurmaya isterler. Sürekli esinin yada arkadaşının nerede olup, ne yaptığını izlemeye çalışır.

Bu kişilerin davranış tarzları:

Genelde geçinmesi zor kişilerdir. Birebir ilişkilerinde çoğunlukla sorunlar yaşarlar, kuşkuları nedeniyle uzak dururlar, soğuk görünebilirler, sevgi göstermeyebilirler. Kavgacı ve kuşkucu nitelikleri karşısındakilerde de sert tepkiler doğurabilir, bu da onların beklentilerini gerçekleştirir. Güvensizlikleri nedeniyle kendi baslarına yeterlilik gereksinimleri yüksektir. İlişkide olduklarını sürekli kontrollerinde tutma ihtiyacındadırlar. Eleştiriye aşırı duyarlı olup, cephe alabilir, işbirliğine girmezlerken kendileri diğerlerini eleştirmeye, yakınmaya eğilimlidirler.

Kendi yaptıkları yanlışlıklarda bile kendilerini suçsuz görüp, başkalarını suçlarlar. Farz ettikleri tehditlere karşı yasal yollara başvurabilirler. Başkalarına da bazı kişi ve durumların bu ur algılanan özelliklerini onaylatma ihtiyacı içindedirler. Kişilik yapılarının altında gerçeklere uymayan, hayali aşırı büyüklük, güçlülük düşünceleri vardır. Kendilerine yakıştıramadıkları eksiklik ve yanlışlıkları yansıtma (projeksiyon) denen bir savunma mekanizmasıyla karşısındakilere yansıtırlar.

Toplumda farklı sosyokültürel gruplar, değişik etnik gruplar ya da başka sosyoekonomik düzeydeki kişilere yönelik olumsuz önyargılı düşüncelerle hareket edebilirler. Benzer paranoid düşünceleri olan ya da kolay ikna olan kişilerle bir araya gelip, gruplar ya da inanç sistemleri oluşturabilirler.

Bu kişiler başkaları tarafından plancı, içlerini açmayan, kapalı kutu, piyeyi deve yapan, kıskanç, tartışmacı kişiler olarak görülebilirler. Sürekli gergin olup, kendilerini rahat ve gevsek bırakamazlar. Çevrelerinde huzursuzluk yaratırlar. Aşırı temkinli davrandıklarından girişkenlikleri kısıtlıdır.

Birlikte görülebilen psikiyatrik bozukluklar:

- Majör depresyon
- Saplantı-zorlantı boz. (obsesif- kompulsif boz.)
- Alkol-madde bağımlılığı.
- Diğer kişilik bozuklukları ( en çok sizotipal k.b. olmak üzere ayrıca narsisistik, kaçınan ve borderline k.b.)

Çocukluk veya gençlik döneminde görünümü:

Tek başına kalma, benzer yastakilerle arkadaşlıklarının iyi olmaması, kalabalık ortamlarda kaygı duyma, ders notlarının düşüklüğü, aşırı duyarlılık, tedirginlik, giyim, konuşma, düşünce itibari ile kendini kısıtlama, farklı hayaller ile kendini gösterebilir.

Toplumda görülme derecesi:

Genel toplumda % 0.5-2.5 arasında , ayaktan tedavi ile psikiyatri yataklı kurumlarında yatanlarda % 1 oranında görülmektedir.

Kalıtımsal özellikler:

Daha çok erkeklerde görülmektedir. Bu kişilik bozukluğunun ailesinde kronik şizofreni olanlarda daha çok görüldüğü gözlenmiştir. Ayrıca ailede sanırsal (delüzyonel boz.) paranoid tipin varlığı ile de ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Paranoid düşüncelerin varlığı:

Mahkumlarda, mültecilerde, yaşlılarda, işitme kaybı olanlarda da paranoid fikirler zaman zaman artış gösterir.

Paranoid K.B.nin olası sebepleri:

Ailenin mantıkdışı ve aşırı baskıcı ezici nitelikteki öfkesinden etkilenen çocuğun bu duygularla özdeşip,

sonrasında bu saldırgan dürtülerin farkında lığından kaçınmak için bu dürtülerin kendinde değil, karşısındakilerde olup,kendine yöneldiği seklinde bir yansıtma mekanizması ile gerçekleştiği düşünülmektedir. ayrıca bu kişilerin yetersiz, aşağılanmış ve kendilerine yardım edilemez hissettikleri, bu duyguların etkisini hissetmemek için çevreyi suçladıkları düşünülmektedir

Tedavi:

Kişilerde güven ilişkisi kurmaya yönelik başlayan terapiler uzun süre ile sürdürülebildiği takdirde başarılı sonuçlar vermektedir. Psikotik bozulma dönemlerinde küçük dozlarda antipsikotik grup ilaç tedavisi geçici olarak kullanılabilir.

## **SİZOID KİŞİLİK BOZUKLUĞU**

Aşağıdaki belirtilerden en az dördünün varlığı ile genç erişkinlik döneminde başlayan , devamlı suretle kendini belli eden toplumsal ilişkilerden kopma ve kalabalık ortamlarda kısıtlı bir duygu ifadesinin olduğu bir kişilik sorunudur:

- 1-Ailenin bir üyesi gibi davranamama, yakın ilişkiye girmeme ya da girmekten zevk almama, 1-2 kişiden fazla yakın ilişkileri yoktur.
- 2-Çoğunlukla tek bir etkinlikle uğraşmayı yeğlerler
- 3-Başkalarıyla cinsel deneyim yaşamaya ilgi ya yoktur ya da çok azdır
- 4-Genelde aktivitelerden zevk almaz , olsa bile çok az etkinlikten zevk alır
- 5-Birinci derece akrabaları haricinde yakın arkadaşları ya da sırlarını paylaştıkları dostları yoktur
- 6-Başkalarının kendilerine yönelttikleri övgü ya da eleştirilere karşı ilgisiz görünürler
- 7-Duygusal olarak soğuk, uzak, monoton bir duygulanım gösterirler. Sıcaklık ve sevecenlik hissi uyandırmazlar.

Bu grup kişiliğin asal özelliği sosyal ilişkilerden uzaklaşma ve başkaları ile birlikteyken duygu ifadelerindeki kısıtlılığıdır. Kendi başlarına vakit geçirmeyi tercih ederler.

Başkaları ile irtibat gerektirmeyen tek bir uğraş ya da etkinlikle uğraşırlar (bilgisayar, matematik oyunları, astronomi, bulmacalar,yap-boz oyunları,pul koleksiyonu gibi soyut, mekanik işlerle uğraşırlar. Sosyal hayatın gerektirdiği bazı durumlara beklenen uygun karşılıkları veremezler.

Toplumsal becerilerden uzak, içine kapanık kişiler olarak yasarlar. Karşılaşmalar esnasında gülümseme, tokalaşma, basla selamlama gibi davranışlar nadirdir.Üzerlerine gidilip, kışkırtılsalar bile öfke ve gerginliklerini göstermekte güçlük çekerler. Hayatları amaçsız, rüzgarda sürüklenen bir yaprak gibi görünebilir.Genellikle evlenmezler.Ailelerine bağımlı olarak hayatlarını sürdürebilirler. Yoğun stres altında çok kısa süre ile psikotik bir dönem yaşayabilirler.

Görülme oranı:

Genel nüfusun %0.5-7 'sinde bulunmaktadır.Erkeklerde kadınlara oranla daha çok görülmektedir.

Rahatsızlığın oluşma sebepleri:

Erken çocukluk döneminde soğuk, ihmalkar, tatmin edici olmayan ilişkiler yaşayan çocuklarda ileri dönemlerde ilişki ve kişiler arası bağlantıların önemli ya da gerekli olmadığı seklinde bir düşünce tarzı gelişimi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Eşlik edebilen psikiyatrik bozukluklar:

- Majör depresyon
- Distimi
- Sosyal fobi
- Agorafobi
- Kişilik bozuklukları (sizotipal, paranoid, çekingen k.b. ile)

Çocukluk çağında görünümü:

Yalnız başınalık, benzer yastakilerle arkadaşlığında bozukluk, derslerinde düşüklük ile belirebilir.

Tedavi:

Kişilerin kendileri nadiren başvurumaktadırlar. Genellikle yakınları tarafından tedaviye getirmektedirler. Bireysel terapi yanında grup terapilerinden de yararlanabilirler.

Şizotipal Kişilik Bozukluğu:

Aşağıdaki belirtilerden en az 5 adedinin varlığı ile giden, genç erişkinlik döneminde başlayan düşünsel ya da algısal çarpıklıkların ve olağandışı davranışların yani sıra yakın ilişkilerde aniden rahatsızlık duyma, sıcak ilişkilere girme becerisinde azalmanın olduğu sosyal ve kişiler arası yetersizlikler durumudur.

1-Referans fikirleri(olayların ve bazı durumların kendisi ile ilişkili olduğu,özel ve olağandışı bir anlamının olduğu şeklinde yanlış yorumlar) .

2-Davranışlarını etkileyecek boyutta, yetiştiği kültürel değerlerle uyumlu olmayan garip inanışlar ya da büyüsel düşünce (örneğin gaipten haber vermeye inanmak, falcılık ve medyumlarla temas,ruh çağırma seanslarına katılmak,altıncı his, telepati gibi)

3-Olağandışı algı yaşantıları (illüzyonlar gibi)

4-Garip bir düşünüş biçimi ve konuşma (konudan uzaklaşan, belirsiz, fazla ayrıntıcı gibi)

5-Kuşkuculuk, paranoid düşünceler

6-Yüz ifadelerinin kişinin içinde olduğu duygusal durumunu yansıtamaması, bunun kısıtlı olması ya da uygunsuz (duyguya zıt bir yüz ifadesi gibi) olması

7-Acayip ,alışılmadık ,kendine özgü davranış ya da görünüm

8-Birinci derece akrabalar hariç yakın dostların olmaması

9-Yakın ilişki ile de azalmayan aşırı sosyal kaygı, paranoid korkular

Bu kişiler olaylar oluşmadan önce bunları bilebileceklerini, özel yetenekleri olup, başkalarının düşüncelerini okuyabileceklerini düşünebilirler. Olayların gerisinde kimsenin anlayamadığı özel manalar olduğunu düşünebilirler. Başkalarına karşı büyüsel kontrol uygulayabileceklerini düşünebilirler. Farklı olağandışı algıları olabilir. Yanlarında görünmeyen birinin varlığı, görüntü ve mırıldanmalar işitme, bunu kullanarak medyumluk ve vantriloklukla para kazanan kimseler vardır. Başkalarıyla sert, kısıtlı, sosyal ilişki açısından uygunsuz bir tarzda iletişim kurarlar. Başkaları ile sadece gerektiği anda iletişime girerler. Birlikte geçirilen süre uzadıkça başkalarından farklı olarak rahatlayacakları yerde daha tedirgin ve kuşkucu olurlar.Uygun olmayan şekilde giyinip, insanların dikkatini çekebilirler.

Görülme oranı:

Genel nüfusta %3-5 oranında rastlanmaktadır. Erkeklerde hafifçe daha çok görülmektedir.

Eslik eden psikiyatrik bozukluklar:

-Majör depresyon( bu bozukluğu olup kliniğe başvuranlarda % 30-50 oranında saptanmıştır)

-Özellikle paranoid k.b. olmak üzere sizoid,çekingen ve sınırda kişilik boz.

Ailesinde şizofreni olanlarda bu kişilik bozukluğunun olma riskinin genel nüfusa oranla daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bir çalışmaya göre % 10 kadar vakanın intihar ettiği saptanmıştır.

Tedavi:

Psikoterapi yanında, depresif belirtiler belirlediğinde antidepresan; hezeyanlar varlığında antipsikotik tedavi eklenebilir.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **KARIŞIK DUYGULANIM**

En az bir hafta süre ile hemen hemen her gün hem mani hem de depresyon tanıları konulabilecek düzeyde yakınmaların yaşandığı bir durumdur. İki uçlu duygu-durum bozukluğu hastalarının yaklaşık 1/3 ünde bu teşhisin söz konusu olduğu düşünülmektedir.

Karışık (karma) duygu-durum epizodu ölçütleri:

1- Hem mani atağı hem de major depresyon atağı ölçütleri bunların süre ölçütleri dışında , en az bir

hafta boyunca, neredeyse her gün yaşanmalıdır.

2- Bu duygu-durum bozukluğunun yakınmaları kişide mesleki ya da toplumsal işlevsellikte belirgin bozukluğa yol açabilecek, kişilerle ilişkilerde sorunlara neden olabilecek, kendine veya çevresindekilere zarar verecek davranışları önlemek amacıyla hastaneye yatırma gereksinimi hissedilebilecek ya da olası psikotik belirtilere yol açabilecek düzeyde olmalıdır.

3- Belirtiler bir madde, ilaç, tedavi ya da başka bir vücutsal hastalığa bağlı olmamalıdır.

Görünüm şekli:

Bu kişilerde kısa süreli gelip geçici ağlama hali, çökkün bir duygu-durum, hatta öz kıyım düşünceleri mani atağı belirtilerinin en yüksek olduğu dönemde ya da maniden depresyona geçiş evresinde görülebilir. Ayrıca depresyon esnasında kişide düşünce akışında aşırı hızlanmanın olması da diğer bir görünüm şeklidir. Bu kişilerde sinirlilik, panik atakları, yüksek sesle ve araya girilemeyen, durdurulamayan konuşma, saldırganlık hali, öz kıyım düşünceleri, uykusuzluk, büyüklük düşünceleri ve aşırı cinsel eylem ve düşünceler yanında kötülük görme sanrıları, davranışlarının farkında olmadığı bulanık bir bilinç yapısı görülebilmektedir.

Daha çok gençlerde ve 60 yaş üzeri kişilerde görülmektedir. Sıkıntı düzeyleri daha çok olduğundan dolayı tedavi için daha çok başvurumaktadırlar.

Karma duygu-durum bozukluğunun önemi:

Bu durumun manik özellikleri şiddetli belirtilerle ( duygu-durumda dalgalanmalar, yoğun kaygı, suçluluk düşünceleri, psikotik belirtiler ) seyretmektedir. Bu tip duygu-durum bozukluğunda manik belirtiler de bilinen maniye göre daha uzun sürmektedir. Bu hastalarda intihara da daha yüksek oranda rastlanmaktadır.

Birlikte bulunabilen psikiyatrik rahatsızlıklar:

-Alkol-madde kötüye kullanımı

-Obsesif-kompulsif bozukluk

-Migren, konvulsiyonla seyreden bazı hastalıklar.

Tedavi:

Rahatsızlığın tedavisinde ilaç tedavisi ve psikoterapi kullanılmaktadır. Tedavi ilkeleri depresif bozukluklardaki gibidir.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **KEKEMELİK**

Konuşma esnasında konuşmanın düzenli bir şekilde ilerlemesini bozan duraklama, bazı ses ve sözcükleri yineleme ya da bir heceyi uzatarak söyleme ile giden ve bazı kişilerde sosyal ortamlardan kaçınmaya yol açıp, kaygı ve üzüntü konusu olan bir bozukluktur

Nelerden dolayı olabilmektedir?

Bazı ailelerde gerilim düzeylerinin yüksek olması ve ortak bir özellik şeklinde bu gerilimin nefes borusu ve ses tellerine iletilmesi ile ilişkili olabildiği ya da beyindeki konuşma merkezi ile ilişkisi olduğu yönünde düşünceler bulunmaktadır. Anne-babada obsesif-kompulsif kişilik yapısının varlığına da bu bozuklukta işaret edilmiştir. Çocuklukta yaşanan endişe, gerilim ve korkuların da etkilerinin olduğu düşünülmektedir. Bir görüşe göre kişinin çözümleyemediği ve bilinçaltına doğru bastırıldığı ruhsal çatışma, korku ya da isteklerinin sonucunda oluşan nevrozların bir görünümü olarak düşünülmüştür. Hastaların % 40-60 kadarında ailelerinde kekemelik öyküsüne rastlanmıştır.

Görüntüleme çalışmalarında beyin kan akımlarında azalmalar ve bölgesel olarak bazı alanlarda akımda



düzensizlikler saptanmıştır.

Hangi yaşlarda baslar?

% 3 oranında görülmektedir. Çocuklarda genellikle ailedeki daha küçük çocuklarda görülmektedir. Erkeklerde kadınlara göre 3-4 kat daha çok görülmektedir. Ketsel kesimlerde kırsala göre daha çok gözlenmektedir. En çok 2-7 yaş arasında görülmekte olup, ortalama başlangıç yaşı 5 yas civarındadır.

Daha yaşlı kekemelik vakalarının daha çok durakladıkları, hava akımlarındaki kesilmelerin , ses tellerine uygulanan basıncın, iletişim kurma korkularının daha yüksek olduğu ve konuşma durumlarından kaçınmanın daha çok görüldüğü saptanmıştır.

Genel olarak erkek çocukların kızlara göre daha karmaşık düzeyde kekelemelerinin olup, daha çok kekeleyerek, daha az karşılardakilerle göz göze gelmeye çalıştığı, iletişim kurmaktan kaçındıkları, dolayısıyla tedavilerinin de daha uzun sürdüğü belirlenmiştir.

Bazı vakalarda erişkinliğe geçiş döneminde kaybolmakta, bunun dışında tedavi edilmeyen vakalar omur boyu sürmektedir.

Hangi durumlarda belirginleşir?

Yabancıların bulunduğu, kalabalık ortamlar, bir otorite konumundaki kişinin karşısında, telefona yanıt vermek, birinden bir şey istemek, beklenmedik bir durumla hazırlıksız bir şekilde karşılaşma gibi hallerde belirginleşmektedir. Korktukları bu gibi durumlardan kaçınmaya çalışırlar. Söyleyemedikleri bir sözcüğün yerine hemen bir eşanlamlısını getirerek cümleyi tamamlamaya çalışırlar. Adları sorulduğunda yanıtlamakta güçlük çekebilirler. Bu nedenle bu işleri yakınlarındakilere bırakırlar. Öğrenciler bu nedenle arka sıralarda oturmaya çalışır, parmak kaldırmaz, konuşmalarda dinleyici olmayı yeğler, yoklamalar alınırken geç yanıt verirler, ya da el kaldırarak kaçınma davranışı gösterirler. Daha çok mimikleriyle yanıt vermeye eğilimlidirler. Yeni bir şey söylemek ya da istemek yerine başkaları ile aynı fikirde olduklarını ya da aynı şeyi istediklerini belirtirler. İstediklerini değil, söylemesi kolay olan şeyleri ismarlarlar.

Yoldaki bir görevliye, polise adres sormak için durduklarında ilk sesi çıkartmakta güçlük çekebilirler. Bu durumlarda konuşmayı kolaylaştırmak ve o sesi çıkarabilmek için el veya ayağı sallama, ayağı yere vurma, bas ve boyun hareketleri, göz , kas ve dudak hareketleri gibi tikler eslik edebilir.

Tedavi:

Davranış düzenlenimi, nefes alıştırıcıları, gevşeme teknikleri, konuşma terapisi (konuşmanın yavaşlatılması, konuşma başlangıcının kolaylaştırılması, ses düzey kontrolü gibi) yapılmalıdır. Bazı vakalarda antidepresan ve anksiyolitik tedavileri faydalı olmaktadır.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **KİŞİLİK BOZUKLUKLARI: ASOSYAL KİŞİLİK**

Antisosyal kişilik bozukluğu

Aşağıdakilerden en az 3'unun varlığı ile birlikte ,15 yasından beri süren başkalarının haklarını saymayıp, diğerlerinin haklarına saldırı ile kendini gösteren kişilik bozukluğudur.

- 1-Tutuklanmasına yol açacak davranışlarda ısrar ile kendini gösteren yasalara uygun ,sosyal davranışlara uyamama
- 2-Devamlı olarak yalan söyleme, farklı takma adlar kullanma, zevk ya da kişisel çıkarı için başkalarını aldatma gibi dürüst olmayan davranışlar
- 3-Aniden sonucunu düşünmeden yapılan davranışlar,gelecek için planlar yapmama
- 4-Tekrarlayıcı kavga, dövüş ,saldırı ile birlikte öfkeli hali
- 5-Kendisi, yakınları ya da başkasının güvenliği ile ilgili umursamazlık hali.
- 6-Bir işi yürütememe veya parasal sorumluluklarını yerine getirmeme ile giden sürekli bir soru suçluk durumu
- 7-Başkasına zarar vermiş, fena davranmış birseller çalmış olmasına rağmen duruma ilgisiz kalıp, kendini haklı göstermeye çalışması ve bundan vicdan azabı duymamak.

-Kişinin en az 18 yaşında olması ve 15 yaş öncesi davranım bozukluğu belirtileri göstermeye başlamış olması gerekmektedir.

Rahatsızlığın olusunda rol alan etkenler:

Ani dürtüsel hareketler ve saldırgan davranışların beyindeki anormal serotonin işlevi nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Bu kişilerin genetik yatkınlık durumları olmasa bile , erken çocukluk dönemlerinde anne- babanın maddi ya da manevi yokluğu, ebeveynin cezalandırıcı, aşağılayıcı tavırlar sergilemesi.

Rahatsızlık psikopati ve sosyopati olarak da bilinmektedir. Hastada 15 yaş öncesinde davranım bozukluğu belirtileri vardır. (insan ya da hayvanlara yönelik saldırganlık, mala zarar verme, başkalarına ait şeyleri çalma ve sahtekarlıklar yapma (ev-okuldan kaçma, hırsızlık) ve kuralları, disiplini önemli derecede bozma) Bu davranışlar sürekli kendini göstermektedir. Bu kişiler yasadışı işler peşinde koşarlar. Başkalarının düşünceleri onlar için önemli değildir.

Toplumda görülme oranı:

Erkeklerde % 3, kadınlarda % 1 oranında görülmektedir. Madde kullanımı nedeniyle yataklı tedavi görülen kurumlar ve adli mekanlar ya da cezaevlerinde daha yüksek oranda görülmektedir. Çocuklukta yalan söyler, çevrelerindeki kişileri aldatır, çıkar elde etmek ya da sadece zevk almak için başkalarını kullanır ya da yanıltır. Öfkelerine hakim olamayıp, kavga ederler, esleri, çocukları, ana- babalarını döverler. Ana-baba olmanın gereklerini yerine getiremez, düzenli, sakin bir aile hayatı oluşturamazlar. Tehlike oluşturacak etkinliklere atılırlar (hızlı ve zikzaklar yaparak araba kullanma, alkollü araç kullanımı, tekrarlayan kazalar yapma gibi ).

Farklı ve zararlı cinsel ilişkiler ve alkol-madde kullanımı görülebilir. Sorumluluklarını yerine getirmedikleri için isten atılmaları, işverenle tartışmaları fazladır. Herkes gibi düzenli ve doğru yoldan yaşayamazlar. Çok iş değiştirirler. Yokluk içinde kalıp, sokaklarda yatabilirler. Askerlikleri aldıkları cezalar nedeniyle uzar, uzun süreli hava değişimi raporları alırlar. Yaptıklarından pişman olmazlar. Kibirli bir görünüm sergilerler.

Kimlerde daha çok rastlanmaktadır?

Genellikle sosyoekonomik düzeyi düşük ve kırsal kökenli kişilerde görülmektedir.

Hastalığın seyri:

Eğer kişi yapılan eylemler sonucu ya da kötü yaşam koşulları sonrası ölmezse , rahatsızlık 40 yaş sonrasında etkinliğini azaltabilir.

Ailesel yatkınlık:

Bu bozukluk hastanın 1. derece akrabalarında genel topluma göre daha çok görülmektedir. Ayrıca bu kişilerin akrabalarında somatizasyon bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu da yüksek düzeydedir. Sebepleri:

Çocuklukta dikkat eksikliği- hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda ileri dönemde görülme riski yüksektir.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **KLEPTOMANİ**

Kleptomani ( zorlantılı çalma hastalığı):

İhtiyacı olmadığı, hemen kullanmayacağı halde ve maddi değeri nedeniyle satma düşüncesi olmadan bir takım nesnelere izinsiz olarak alarak, onlara sahip olma şeklinde bir dürtü kontrol bozukluğudur. Kişinin aslında o malı satın alabilecek yeterli maddi birikime sahip olduğu, ancak buna rağmen bu davranışı gerçekleştirdiği gözlenmiştir. Bu davranış daha önceden düşünülmemiş ve planlanmamış olup, aniden gerçekleştirilir. Bu davranış birinden intikam alma amacıyla yapılmamıştır. Birey bu davranışın yanlış ve uygunsuz olduğunu bilincindedir. Kişiler bu davranışı gerçekleştirmek için başkalarından yardım istemezler. Tarihte Fransa kralı 4. Henry ve Sardunya kralı Victor un bu özelliklere sahip olduğu

bilinmektedir.

Rahatsızlığın çocukluk yaşlarında başladığı belirlenmiştir. Kişi bu davranışı gerçekleştirmeden önce, yoğun bir gerilim hisseder. Bu davranış akabinde, mutluluk, rahatlama ve büyüklük hissi içine girmektedir.

Rahatsızlık hakkında yapılan çalışmaların azlığı ve bu durumların kişiler tarafından gizlenmesi ve bu durumu gerçekleştiren kişilerin sağlık hizmetlerinden çok, adli makamlara sevk edilmeleri nedeniyle gerçek sıklığı tam olarak bilinemese de bin kişide altı kişide rastlandığı saptanmıştır. Yakalanan dükkan hırsızlarının % 5-25 inde saptanmıştır.

Hastaların genel özellikleri:

Kadınlarda erkeklere göre yaklaşık dört kat daha sık görülmektedir. Cinsiyetler arasındaki oranın bu kadar yüksek olmasının bir nedeni de, erkeklerin böyle bir durumda çoğunlukla hastaneler yerine cezaevlerine gönderilmeleri olabilir. Kadınlarda ortalama olarak 30-35 yaşta; erkeklerde 50-55 yaşta daha sık görülmektedir. Hem erkek hem de kadınlarda diğer dürtü kontrol bozuklukları rahatsızlığa eşlik edebilir. Erkeklerde daha çok piromani (dürtüsel olarak ateş yakıp, yangın çıkarma) ve hastalık derecesinde kumar oynama ve tekrarlayıcı patlayıcı davranım bozukluğu ile bir arada iken; kadınlarda trikotilomani ( dürtüsel olarak saç ve vücut tüylerini yolma hastalığı) ile beraber bulunabilmektedir. Rahatsızlık sosyoekonomik düzey ile doğrudan ilişkili olmayıp, bu durumdaki kişinin sosyokültürel düzeyi yüksek de olabilmektedir. Kişiler bu davranışlarına engel olabilmek için sosyal hayatlarını kısıtlayabilir ve çevrelerinden uzaklaşabilir, alışveriş yapmamaya çalışabilirler.

Hastalığa neden olabilecek etmenler:

Çocukluk döneminde yaşanan olumsuz koşulların sonucu gelişen kayıp yaşantıları önemli etkenler arasındadır. Kleptomani davranışlar da bunların etkisini gidermeye yöneliktir. Bilinçaltısındaki bu anıların kişiyi zorlaması ile oluştuğu düşünülmektedir. Bu kişilerin çocukluklarındaki aile hayatlarının oldukça travmatik ve sorunlu olduğu saptanmıştır. Bu bireylerde narsisistik (kendine olan sevgi, ilgi ve destekler) kırılmaların, özgüven yaralanmalarının sonucu olarak ortaya çıktığı da düşünülmektedir. Kişinin özsaygısı ve değerliliğine yönelik yapılan saldırılar, ilerleyen dönemlerde kişinin olgun bir benlik yapısı geliştirmesine engel olur ve bu tür davranışlara zemin hazırlar.

Kleptomani eylemleri bir kayıp yaşantısını izleyerek de gelişebilmektedir. Bu duruma kadınlarda çocukların evden uzaklaşması; erkeklerde andropoz döneminde rastlanabilir. Kadınlarda gerilimin arttığı adet dönemleri ve hamilelik dönemlerinde bu tür eylemler artmaktadır. Özellikle bizim toplumumuzda hamile kadınlarda başkasının evinde misafir iken, yiyecek maddelerine karşı olan bu davranış ilgi çekicidir.

Bu tür davranışlarda odaklanılan maddeler kişi için cinsel bir anlam da taşımaktadır. Çok etkileyici bir parfüm ya da kişi için cinsel anlam ifade eden bir kitap kolayca çanta ya da elbise içine girebilmektedir. Bu kişilerde sıklıkla cinsellikle ilgili sorunlara da rastlanabilmektedir. Çeşitli psikiyatlara göre çocukta 3-5 yaş arasında gözlenen ve Freud tarafından "fallik dönem" olarak adlandırılan, çocuğun cinsel organlara yönelik ilgi ve hareketlerinde artışın olduğu dönemlerde karşılaşılan sorunlarla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Freudun ruhsal yapı modeline göre, kişide doğuştan geldiği düşünülen ve her an istediği herşeyi fütursuzca yaparak haz almayı hedefleyen altbenlik (id) ile; anne-baba ,öğretmen vb gibi otorite konumundaki kişilerin ahlak anlayışlarının etkisi ile oluşturulup, bunun tam tersi bir şekilde "hiçbir yerde ve asla" şeklinde hareket eden kişinin topluma uyumu için kişinin istek ve eylemlerine sınır koyan üstbenlik (superego) ve bunların ikisi arasındaki dengeyi sağlayan asıl uygulayıcı güç olan benlik (ego) arasında düzenli bir diyalog ve uzlaşma olmalıdır. Kleptomani davranışları gösteren kişilerde bu düzenli işleyişin bozulduğu ve üstbenliğin etkisini çok arttırarak , acımasızlaştığı ve kişinin kendisini suçlamak, cezalandırmak, küçük durumlara düşürmek için bu tür hırsızlık eylemlerine giriştiği düşünülmektedir.

Kleptomani kişide varolan obsesif kompulsif bozukluk (saplantı-zorlantı bozukluğu) ve depresif bozuklukların farklı bir görünümü olabilir. Kleptomani davranışlar ile kişi kendisini geçici olarak iyi hissederek, kaygısını ve ruhsal çökkünlüğünü azaltmayı hedefler. Bununla birlikte bu dürtüsel eylemlerin artarak devam etmesi ve oluşturduğu sorunlar bu rahatlamanın , buzdüğünün üstünü yoketmekle aynı anlama gelmektedir.

Kleptomani eşlik ettiği psikiyatrik bozukluklar arasında dissosiyatif bozukluklar, duygudurum

bozuklukları ve yeme bozuklukları da sayılabilir. Bu rahatsızlık başka vücutsal hastalıkların sonucu da görülebilmektedir. Bunlar arasında epilepsi (sara), beyin atrofisinin görüldüğü durumlar ve demans (bunama), bazı ilaç tedavilerinin yan etkileri ve bazı tümörler sayılabilir.

Tedavi:

Kişinin geçmişi ve şu anı ile ilgili zedeleyici olayların saptanarak, bunlara yönelik uygun düşünce şemaları geliştirilmesi ve toplumsal ilişkilerdeki uygunsuz savunma mekanizmalarının değiştirilmelerini hedefleyen terapiler, dürtüsel hareketleri ve kaygı durumunu azaltmaya yönelik ilaç tedavileri ve gerekirse hipnoz ile başarılı sonuçlar alınmaktadır.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **KOKAİN BAĞIMLILIĞI**

Tarihçe

- \* Kokain, Güney Amerika'da yetişen Eritroksilon Koka bitkisinden elde edilen bir alkaloiddir.
- \* Yerliler, eski dönemlerden beri bunun yapraklarını uyarıcı etkisi için çiğnerler.
- \* Bugün kötüye kullanılan kokain (kokain alkaloidi) ilk kez 1860'da izole edildi.
- \* Lokal anestetik olarak kullanılmaya başlandı. 1800'lerde bir çok hastalığın tedavisi için kullanıldı.
- \* 1880 ve 1990'larda kokaine çok değer verilirdi. Papa Leo XII, Sigmund Freud, Jules Verne, and Thomas Edison gibi bir çok ünlü isim tedavide kullanımını önerdi.

1914'de uyuşturucu olarak sınıflandırıldı.

\* Coca-cola orjinal olarak kokain içermekteydi ve 1888'de "yorgunluğu geçiren içecek" olarak reklam yapıyordu. Coca-cola daha sonra kokaini içeriklerinden çıkarmış ve yerine kafein koymuştur.

Kokain (argodaki adıyla KOK ya da KAR) bağımlılık potansiyali en yüksek ve en tehlikeli maddelerden biridir. Beyaz bir tozdur.

Kokainin tek dozu bile fiziksel bağımlılık yapabilir!

Crack (Krek) Kokain

Serbest baz, KREK, kokainin en güçlü formudur.

Dumanı içe çekilerek kullanılır. Rock (RAK) da denilen kullanıma hazır formda satılır.

1-2 kullanım bile aş erme duygusu yapabilir.

Saldırganlık yapabilir.

Kokain kullanım yolları:

1. Burna çekme(snorting) En sık kullanılan yoldur. Popüler metod bir ayna üzerinde çizgiler yapmakve bir çubuk ya da rulo yapılmış banknot ile çekmektir. 3 dk'da etki eder.
2. Enjeksiyon (Shooting) Daha risklidir. Kokain suda eritilip enjekte edilir. 20 sn'de etki eder. Enjekte edilen madde saf ve steril olmadığı için risklidir. İğne paylaşımı Hepatit B ve C (sarılık) ve AIDS dahil enfeksiyon riski getirir. Her iki madde de (kokain ve krete) enjekte edilebilir.
3. Dumanını içe çekme (Smoking): Beyne kokaini göndermenin en hızlı yolu budur. Krete (rak) formu bu yolla kullanım içindir. 10 sn'den kısa bir sürede etki eder. En kolay bağımlılık yapan yol da budur.

Kombine tehlike: Kokaetilen

Kokain ile alkol kullanımı birlikte olduğunda her bir maddenin verdiği zarar riski ekleniyor. İnsanlar, bilmeden bedenlerinde karmaşık bir kimyasal deney yapıyorlar. İnsan karaciğeri bu iki maddeyi birleştirerek 'cocaethylene' (kokaetilen) denilen bir madde üretir. Bu, kokainin öforizan etkisini arttırırken ani ölüm riskini de yükseltir.

## MİTLER VE GERÇEKLER

Yüksek sınıfın kullandığı elit bir maddedir/ Kokain ve krek her sosyoekonomik seviyede kullanılmaktadır.

Kokainin yan etkisi yoktur/ Tremor (titreme), konvülzyon (sara nöbeti), enfeksiyon, kalp krizi, inme, psikoz ve ani ölüme neden olabilir.

Kokaine bağımlı olmak için uzun süre gerekli/ Birkaç kullanımla bile olabilir.

Performans düzeyini arttırır/ Kronik kullanım performansı ileri derecede düşürür.

Bağımlılık yapmaz/ Bağımlılık riski çok yüksektir. Birçok insan bırakmak için profesyonel yardıma ihtiyaç duyar.

Sadece enjekte edilirse bağımlılık yapar/ Bütün kullanım formları bağımlılık yapar. Dumanını çekmek enjekte etmek kadar bağımlılık yapıcıdır.

### Kullanım sıklığı

Kokain kullanımında, Amerika'da son yıllarda düşüş vardır. Ancak bağımlı sayısı yıllar içinde oldukça sabit kalmıştır. Krek kısmen kokainin yerini almıştır.

### Etki mekanizması

Dopaminin, dopamin taşıyıcısı tarafından geri alınımının engellenmesi.

### Etki süresi ve şekli

Kokainin etkileri hemen hissedilir ve 30-60 dk gibi kısa bir süre devam eder.

Bağımlıların, etkiyi devam ettirmek için ard arda kullanmaları gerekir.

Etkisi kısa olmasına rağmen metabolitleri kan ve idrarda 10 gün kalır.

### Beyindeki etkisi

PET (pozitron emisyon tomografisi) bulguları: Mezolimbik D2 nöronal aktivite azalması. Aşırma sırasında mezolimbik dopamin sisteminin aktivasyonu. PET bulguları bıraktıktan sonra 1 yıl devam eder. Tamamen normale dönme olduğu ise şüphelidir.

### Kokain kullanımının ruhsal belirtileri

\*Yükselme (coşku) hissi ile birlikte aşağıdakilerden en az biri olur

- Düşük dozlarla zihinsel ve fiziksel performansta artış
- Öfori (neşe) ve enerji artışı
- Hiperaktivite (hareketlilik)
- Afektif (duygusal) küntleşme, yorgunluk, üzüntü ya da sosyal geri çekilme
- İnsanlarla daha fazla birlikte olma, konuşkanlık
- Kişilerarası ilişkilerde duyarlılık
- Anksiyete, gerginlik ya da öfke (ajitasyon, irritabilite)

- Uyanıklık hali
- Grandiyosite (kendini büyük görme)
- Kalıplaşmış yineleyici davranışlar
- Yargılama bozukluğu
- Tehlikeli olabilecek cinsel davranış

Kokain kullanımının fiziksel belirtileri (aşağıdakilerden en az 2 tanesi olur)

- Taşikardi (kalp hızında artış)
- Pupiller dilatasyon (göz bebeklerinde genişleme)
- Kan basıncında yükselme
- Terleme ya da titreme
- Bulantı ya da kusma
- Kilo kaybı
- Psikomotor ajitasyon (davranışlara yansıyan huzursuzluk hali)
- Kas zayıflığı, solunumun baskılanması, göğüs ağrısı ya da kalpte ritm bozukluğu (aritmî)
- Konfüzyon, epileptik (sara) nöbet, disknezi, distoni ya da koma.
- Algı bozukluğu (varsanı) eşlik edebilir.

İstenmeyen etkiler

- Burunda konjesyon (dolguluk), inflamasyon, kanama, ülser, perforasyon (delinme)
- Dumanı çekme ile bronş ve Akciğerde harabiyet
- Damardan kullanım ile mikrop kapma, emboli, AIDS geçisi
- Minör nörolojik etkiler: akut distoni, tik, migren tipi baş ağrısı
- Kalp üstüne etkileri: Miyokard enfarktüsü (MI), aritmî, kardiyomiyopati
- Beyin damarları üstüne etkileri: Nonhemorajik serebral infarkt (beyin damarlarında tıkanma), TIA (geçici iskemik atak)
- Epileptik nöbet (sara): Acil başvuruların %3-8'ini oluşturur.
- Ani ölüm: özellikle "speedball" (kokain ve eroin bir arada) ile ölüm riski fazladır.

Kokain Yoksunluğu Belirtileri

Kullanımdan 30-60 dakika sonra depresyon ("crash")

- Disforik duygudurumu (anksiyete, çabuk sinirlenme)
- Yorgunluk
- Canlı, hoş olmayan rüyalar
- Uykusuzluk ya da aşırı uyuma

- İştah artışı

- Durgunluk ya da huzursuzluk ve sinirlilik

#### Kokain Yoksunluğunun Seyri

\* Hafif-orta derecede kullanımda, yoksunluk belirtileri 18 saat sürer

\* Ağır kullanımda ise yoksunluk tablosu 1 hafta kadar sürer.

\* Yoksunluk belirtileri kokaini bıraktıktan sonraki 2.-4. günler arasında en fazladır. Bazen haftalarca, aylarca sürer

\* Kokain bırakıldığında kokain için aş erme en belirgin duygudur.

\* Kokain bırakıldığında intihar riski ortaya çıkar ya da artar.

\* Kokain bağımlıları, kokaini bıraktıklarında alkol, sakinleştirici ilaçlar, uyku ilaçları, benzodiyazepin gibi ilaçlarla yoksunluk belirtilerinden kurtulmaya çalışırlar.

#### Kokain bağımlılarının kokaini bıraktıktan sonra yeniden başlama nedenleri

1. Dürtüsel davranış (%37)

2. Sosyal baskı (%10)

3. Riskin çok az olduğunu düşünme (%10)

4. Mutlu ve heyecanlı hissetme (%10)

5. Gergin hissetme (%10)

6. Depresyonda olma (%10)

7. Aş erme (kokain için şiddetli arzu duyma) (%7)

8. Diğerleri (%6)

#### Kimin kokain kullandığından süphelenmeli?

\* Kişilikte açıklanamayan değişiklikler

\* Huzursuzluk ve sinirlilik

\* Konsantrasyonda (dikkati toplamada) bozulma

\* Kompulsif (tekrarlayıcı) davranış

\* Şiddetli uykusuzluk

\* Kilo kaybı

\* İş ve evde görevlerini yerine getirememe

\* Artan borçlar ve bunları ödeyememe (kokainin pahalı olması ve iş veriminin düşmesi nedeniyle)

\* İş yerinde sık sık ortadan kaybolma (kokainin etki süresi kısadır ve bağımlıları sık kullanmak zorunda kalır)

\* Nazal konjesyon (burunda tıkanıklık ve iç kısmında kızarıklık)

Kokainmanlarda görülen diğer psikiyatrik hastalıklar

Kokain bağımlılarında diğer psikiyatrik rahatsızlıklar sık görülür.

Tedavi için başvuran kokainmanlarda psikiyatrik hastalık sıklığı (RDC ile)

Şimdiki %

Geçmiş %

Herhangi bir psikiyatrik bozukluk 55.7  
73.5

Affektif bozukluklar 44.3  
60.7

Anksiyete bozukluğu 15.8  
20.8

Şizofreni 0.3  
1.3

Alkolizm 28.9  
61.7

Antisosyal kişilik bozukluğu 7.7  
7.7

Kokaine bağlı psikotik bozukluk

- Paranoid hezeyanlar ve hallüsinasyonlar kullanıcıların %50'sinde görülür.
- Doz, kullanım süresi ve kişisel duyarlılığa bağlı olarak gelişir
- Damardan kullananlar ve krek kullanıcılarında daha sıktır.
- Erkeklerde daha sıktır.
- En sık görülen belirti paranoid hezeyanlardır.
- İşitsel hallüsinasyonlar sıktır. Görsel ve taktil hallüsinasyonlar (ör. formiksayon) seyrek görülür.
- Tuhaf cinsel davranışlara ve intihara yol açabilir.

Tedavi

- \* Kokainmanların kendiliğinden tedaviye başvurması seyrekdir.
- \* Kokain bağımlılarının en önemli problemi kokain için "aş erme"dir.
- \* Negatif pekiştirme için sosyal, psikolojik, biyolojik stratejiler tedaviye katılmalıdır.
- \* Dopaminerjik agonistler (Amantadin, Bromokriptin) aş ermeyi azaltabilir.
- \* Trisiklik antidepresanlardan Bupropion ve antiepileptiklerden Karbamezapin'in de etkili olduğuna işaret eden çalışmalar varsa da bu husus kesin değildir.
- \* İmmünoterapi (kokain antikoru oluşturan aş) ile ilgili çalışmalar vardır.
- \* Psikostimülanlar (Ritalin vb.) kokain bağımlılığının altında yatan bir dikkat eksikliği sendromunun olduğu vakalarda yararlı olabilir, ancak bu ilaçlar da bağımlılık yapabildiği için dikkatli olunmalıdır.



"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## MİGREN

### Baş Ağrıları

Yaşamının herhangi bir döneminde baş ağrısından yakınmayan insan yoktur. Ancak baş ağrılarını iki şekilde değerlendirmek gerekir. Birincisi çeşitli hastalıkların bulgusu olarak baş ağrısı, ikincisi ise başlı başına bir hastalık olarak baş ağrısı. Birinci gruptaki baş ağrıları genellikle gözlerden, kulak, burun, boğaz hastalıklarından, dişlerden kaynaklanan baş ağrılarıdır. Genellikle bu tür baş ağrılarının teşhis ve tedavisi daha kolaydır.

Baş ağrılarını şu şekilde sınıflandırmak mümkündür:

Migren tipi damarsal baş ağrıları,  
Gerilim baş ağrısı,  
Kombine yani damarsal ve gerilim baş ağrısının birlikte bulunuşu,  
Migren dışı damarsal baş ağrısı,  
Psikiyatrik nedenlere bağlı baş ağrısı,  
Kafa içinde inflamasyona bağlı baş ağrısı,  
Gözden, kulaktan, dişlerden, burun ve sinüslerden kaynaklanan baş ağrıları,  
Boyundaki yapılardan kaynaklanan baş ağrıları.

### Migren

#### Migrenin Belirtileri Nelerdir?

En sık rastlanan belirti, hafiften başlayarak çok şiddetli, zonklayıcı karaktere dönüşen baş veya boyun ağrılarıdır. Ağrı genelde (ama her zaman değil) başın bir tarafında olur ve en az bir kaç saat devam eder. Ağrı geçtikten sonra migren hastası kendini genellikle yorgun ve bitkin hisseder. Bazen de bir mutluluk duygusu taşıyabilir.

Diğer belirtiler (bu belirtiler baş ağrısından önce veya baş ağrısı esnasında olabilir):

Kabızlık veya ishal  
Sinirlilik  
Mide bulantısı ve / veya kusma  
Işığa karşı duyarlılık  
Gürültüye karşı duyarlılık  
Kokulara karşı duyarlılık  
Kafa derisinde hassasiyet  
Kan damarlarında gözle görülebilen genişleme  
Boyun ve / veya omuz ağrısı veya tutukluğu  
Vücudun uç noktalarında (eller, ayaklar) ağrı, sızı  
Dokunma hissinde azalma

Aura dönemi ( Genelde klasik migrende ağrı başlangıcından önce) belirtileri:

Görme duyusunda bozukluklar  
- Kör noktalar  
- Işık noktaları görme  
- Görme duyusunun tünel gibi olması  
Görme ve duyma ile ilgili halusinasyonlar (yanılsamalar)  
- Zikzak şekilleri görme  
- Gelin teli şeklinde görüntüler  
Vücudun bazı bölgelerinde uyuşma  
Kulak çınlaması  
Konuşma bozuklukları  
Başka duyular ile ilgili bozukluklar

Diğer sık rastlanan belirtiler:

Karın şişliği  
Üşüme, el ve ayaklarda soğukluk

Esneme

Ağız kuruluğu

Vücutta su toplanması

Terlemede artış

Burun akması

Sık idrara çıkma

Açlık – tatlı yeme isteği veya iştahsızlık

Konsantrasyon bozukluğu, dikkatin azalması, düşüncede yavaşlama

Kelime bulma güçlüğü, konuşurken takılma

Durgunluk, donukluk bazen de aktivitede aşırı artış

Kalp atışlarının hızlanması

Yüksekten başı dönme

Migreni Başlatan Etkenler Nelerdir?

Migrenin fizyolojik nedenleri ne olursa olsun, pek çok migren hastası, migreni başlatan bazı faktörler tespit etmişlerdir. Bu faktörler her migren hastası için farklılıklar göstermekle birlikte en sık ifade edilenleri şunlardır:

Çevresel faktörler:

- Yükseklik değişiklikleri

- Hava kirliliği (ozon ve sis)

- Parlak güneş ışığı veya lamba ışığı

- Flüoresan ışıklar veya titreyen herhangi bir ışık (örneğin; tavan vantilatörlü odalar, jaluzi içinde süzülen güneş ışığı, bilgisayar monitörleri)

- Saçın kuyruk şeklinde sıkıca bağlanması veya saç tokaları

- Yüksek ve devamlı gürültü (örneğin; bebek ağlaması, vantilatör sesi, güç kaynaklarının sesi, yankılanan koridorlar vs.)

- Parfümler

- Kuvvetli diğer kokular ve kimyasal maddeler: Kumaş boyası, duvar boyası, çöp kokusu, araba egzoz dumanı vs.

- Hava durumundaki değişiklikler (basınç farklılıkları, nemde farklılık, hava sıcaklığında değişiklik, kuvvetli rüzgar, kasırga)

- Havasız ortamlar

- Mevsimsel değişiklikler (sonbahar ve ilkbahar en kötü zamanlardır)

Cacophony - Rosemary El'Hage

Yiyecek ve içecekler:

- Alkol ( özellikle kırmızı şarap)

- Sentetik tatlandırıcılar

- Kafein ( fakat bazı hastalarda migreni azaltır)

- Hindistan cevizi ve hindistan cevizi yağı ( güneş losyonları da dahil)

- Narenciye

- Çin yemekleri

- Hazır çorbalar

- Hazır peynir tozu maddeleri

- Soya proteini ve soya sosları

- Baharat ve hazır soslar

- Et terbiyesi için hazır soslar

- Bira mayası

- İçlenmiş şarküteri ürünleri

- Hazır, yağsız kavrulmuş fındık ve fıstık

- Bazı patates cipsleri

- Peynir suyu

- Zeytinyağı

- Turşular

- Tuz

- Ekşi krema veya yoğurt

- Soğan, Domates, Ispanak, Taze bezelye, Patlıcan, Fasulye gibi sebzeler

- Kızartmalar

- Deniz ürünleri

- Tavuk ciğeri

- Yiyeceklerde kullanılan boya maddeleri ( özellikle kırmızı)

- Buğday ürünleri
- Muz, Kivi, Mango, Ananas, Kırmızı erik, Çilek gibi bazı meyveler
- Çikolata
- Mısır
- Papaya

Davranış kalıpları:

- Öğün atlama
- Fazla uyuma veya uyku eksikliği
- Temizlik maddeleri veya kokulu deterjanlar
- Uçak yolculukları
- Doğum kontrol hapları
- Sigara ve diğer tütün ürünleri
- Su kaybı
- Kadınlarda hormonal değişiklikler ( migrenler adet öncesi, adet esnasında veya adetin sonunda artabilir ve genellikle hamileliğin üçüncü ayından sonra yok olur)
- Oruç tutmak, fazla karbonhidratı bir anda almak gibi kan şekerinin düşmesine neden olan durumlar
- Fiziksel travma
- Başa basınç uygulama ( fakat bazen migreni azaltır)
- Uyku düzeninde değişiklik
- Stres, özellikle stresin birden yok olması ( hafta sonu baş ağrısı sendromu)

İlaçlar dışında neler migren ağrısını azaltmakta yardımcı olur?

Esas yöntem ,karanlık ve sessiz bir odada uyumak gibi görünmekte. Bazıları için fonda hafif bir müzik veya gürültüsüz bir TV kanalının olması daha rahatlatıcı olabilir. Diğer önleyici yöntemler:

- Akupunktur
- Soğuk hava veya duş
- Egzersiz
- Boyun arkasına sıcak kompres
- Saf oksijen
- Baş ve boyun masajı
- Duş: Bir kaç dakika sıcak sonra soğuk sonra tekrar sıcak duş.
- Ayakları sıcak suya sokma
- Kusma
- Başa buz kompres
- Başın bir tarafına sıcak, diğer tarafına buz kompres

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **MANİ BİPOLAR BOZUKLUK**

İki Uçlu Duygulanım - MANİ-

İki uçlu duygulanım bozukluğu ( bipolar afektif bozukluk,PMD,manik depresif bozukluk) ne demektir?

Kişinin bazı dönemlerde çökkünlük (depresyon) dönemleri yaşaması ile birlikte ,kimi zamanlar da taşkınlık (mani) ya da bunun daha hafif bir sekli olan hipo mani dönemlerinin görülmesi ile seyreden bir psikiyatrik bozukluktur

Mani nasıl bir durumdur?

Kişinin her zamanki normal halinden farklı olan ve sürekli bir şekilde aşırı neşeli,(her şeye gülüp, kimseyi umursamadan şarkılar,oyunlar,danslar etme gibi) ya da yerinde duramayacak şekilde gergin(bazen aşırı öfkeli, saldırgan, küfürlü konuşma gibi) ve kendini yükseklerde gören bir duygu durumu vardır. Bu dönem sırasında aşağıdakilerden en az üçü bulunmaktadır:

· Kişinin kendine verdiği değer aşırı derecede abartılıdır,(grandiyozite),ses tonu aşırı güvenli bir şekildedir. Bu durumda kendini çok güçlü,güzel,özel yeteneklere sahip,Peygamber ya da Tanrı gibi hissedebilmektedir.

- Uyku hiç yok gibidir,hiç uyumadan günlerini geçirebilir.
- Her zamanki halinden çok daha fazla konuşmaktadır. O kadar hızlı ve sürekli konuşmaktadır ki konuşması sırasında araya girmeniz çok zordur.
- Düşünceleri adeta birbiri ile yarışmaktadır. Konudan konuya atlar,belli bir konu üzerinde duramaz.
- Dikkatini belli bir yerde toplayamaz ve dikkati önemsiz ,konu dışı nesnelere takılır.
- Belirli bir amaca yönelik olarak sosyal ortamlarda,iste ,okulda ya da cinsel aktivitede artış vardır.(Aniden seyahatler yapma, önceki normal halinden farklı olarak daha çekici görünmek için renkli, parlak, aksesuarları bol ve daha açık saçık ,kendinden beklenmeyecek tarzda giyinme, toplum içinde ve ibadethanelerde ibadetlerinde diğerlerini rahatsız edici derecede aşırı artışlar gibi.)
- Önemli zararlar oluşturabilecek zevk verici etkinliklere, sonucunu düşünmeden girme (eşya ya da para dağıtma,gereksiz ve fazla harcamalar ,anlamsız yatırımlar yapma, aşırı hızlı araç kullanma,cinsel ilişkide sınır tanımama gibi)

Bu durum kişinin mesleki yaşamı ve sosyal ilişkilerinde önemli bozulmaya yol açmaktadır. Kendine ya da başkalarına zarar vermesini önlemek için ya da psikotik özelliklerin varlığında ( kişinin kendisini peygamber hissedip Allah tan emir aldığını düşünmesi ya da gizli bir takım güçleri olduğuna inanıp,ispata çalışma gibi inanılmaz fikirler ve eylemler)hastaneye yatırmak gerekmektedir

İki uçlu bozukluk hangi yaşlarda baslar?

Ergenlik öncesi nadir görülen bu bozukluk erkelerde ortama 18 , kadınlarda 20 yaşta başlamakta, 60 yaş sonrası nadir görülmektedir.

İki uçlu bozuklukta kadın ve erkekler açısından farklılıklar var midir?

Kadın ve erkeklerde yaklaşık eşit oranda görülmektedir. İlk atak erkeklerde mani,kadınlarda ise depresyon seklindedir.

Kalıtımın rolü var mıdır?

Birinci derece akrabalarda bu bozukluğun bulunması halinde risk %25, anne ve babanın her ikisinde birden bulunması halinde risk % 50-75 ` lere yükselmektedir

İki uçlu bozukluk niçin önemlidir ?

- intihar olayları yüksek bir oran tutmaktadır
- alkol ve madde kullanım bozuklukları da eslik etmektedir.
- eğitim,mesleki ve sosyal alan , evlilik hayatında sorunlara yol açmaktadır.
- anti sosyal davranışlar ile suça eğilim artmaktadır.
- hızlı döngülü ( bir yıl içinde 4 ve daha fazla hastalık atağının olması) ya da aşırı hızlı döngülü ( saatler ya da ünlerle değişen çok sayıda atağın varlığı) hal oluşabilmekte bu da çok yıpratıcı olmaktadır.
- yeme bozuklukları,sosyal fobi ve panik bozukluk gibi kaygı bozuklukları da eslik edebilmektedir.

Hastalığın gidişini kötü etkileyen özellikler:

- Erken ya da geç yaşta başlangıç
- atak sayısının ve hastanede yatış sayısının çokluğu

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"  
Obsesif kompulsif bozukluk

## **SAPLANTI ZORLANTI BOZUKLUĞU (SZB)**

Kişinin önemli sayılabilecek süre vaktini oyalayan (günde 1 saatten daha uzun süre tutan) , belirgin sıkıntıya veya işlevselliğinde önemli ölçüde bozulmaya yol açan tekrarlayıcı obsesyon ya da kompulsiyonlarla süren bir psikiyatri bozukluğudur

## Obsesyon Saplantı - Nedir?

Kişinin isteği dışında gelen Kişinin kabul etmek istemediği uygunsuz olarak düşünülen , belirgin sıkıntıya neden olan sürekli düşünceler , dürtüler ya da göz önüne getirilen görüntü şeklinde düşlemlerdir.Bunlar Kişinin kendi denetiminde değildir

## Kompulsiyon zorlantı Nedir?

tekrarlayıcı davranışlar ( el yıkama , sıraya koyma , kontrol etme gibi ) yada zihinsel ( dua etme , sayma , sözcükleri sesiz bir biçimde yineleme gibi )eylemlerdir.

Kompulsiyonlar sıkıntıyı gidermek amacı ile yapılmaktadır , bunları yapmaya adeta zorlanmış gibi hissetmektedir.Sıkıntıyı gidermek yada önlemek , korku yaratan bir olayı , durumu etkisizleştirmek yada önlemek üzere tasarlanır

En sık görülen depresyonlar pislik ve bulaşma korkularıdır (dokunulan yere mikrop , hastalık bulaşacağı şeklinde ) , yineleyen kuşkular ( elektriği acık bırakılıp bırakılmadığı gibi bir eylemi yerine getirip getirmediği konusunda tereddüt etmek gibi ) , bazı şeylerin belirli bir düzen içinde olmasına gerek duyma , saldırgan korkunç dürtüler ( kendine veya çevresine zarar verme , yaralama düşünceleri , çevresindekilerin basına bir kaza geleceği çevresindekilere kötü , uygunsuz şeyler söylenebileceği düşünceleri gibi ) ve cinsel düşüncelerdir ( gözünün önüne tekrarlayarak gelen cinsel görüntülerdir).

Kişi mikrop bulaşmasın diye sık sık el yıkayabilir , ellerini , vücudunun diğer bölgelerini deterjanlarla yıkayıp , cildine zarar verebilir , her gün temizlik yapıp , herkesi kendi kurallarına uymaya zorlayabilir, ibadetlerini tam olmuyor veya yanlış yapıyor diyerek tekrar tekrar yapabilir , belli yerlere basmadan yürümeye çalışıp , yolunu uzatabilir , yakınlarının veya kendisinin basına kötü bir şey geleceğini düşünerek , ilgisiz bir takım şeyleri yapmaya kendisini zorlayabilir ( terlikler düz durmaz ise esinin öleceği , kapıdan dışarı çıkmadan 7 kez duvara dokunmaz ise evde bir terslik olabileceği gibi ) , bir şeyi yapıp yapmadığını , olup olmadığını defalarca başkasına sorma gibi , kendini üzen bir düşüncenin etkisini gidermek için ısrarla dua etme veya başka bir şey düşünme ihtiyacı gibi durumlar gözlenebilir.

## Ne sıklıkta görülür?

%1-1,8 arasında görüldüğü saptanmıştır.Hafif şekilleri de dahil olmak üzere hayat boyu rastlanma oranı %5,9 olarak bulunmuştur.

## Obsesif kompulsif bozuklukta başlangıç yaşı

Genellikle ergenliğin başlangıç yaşlarında baslarken çocukluk yaşlarında da başlayabilmektedir. Hastaların üçte ikisinde belirtiler 25 yaşından önce baslar.% 15 ten az vakanın ise 35 yas sonrasında başladığı saptanmıştır. Ortalama başlangıç yaşı 20 olup, erkeklerde ortalama 19, kadınlarda ise ortalama başlangıç yaşı 22 olarak saptanmıştır

## Kalıtımın rolü var mıdır ?

Bu kişilerin birinci derece yakınlarında % 35 oranında benzer bir rahatsızlığa rastlanmıştır.

## Hastalık nasıl başlamakta ve sürmektedir ?

Yarıdan fazla kişide belirtilerin aniden başladığı gözlenmiştir. % 50-70 hastada yakınmaların gebelik, ev değiştirme, cinsel sorun, yakın bir akrabanın kaybı gibi stresli olaylar sonrasında başladığı gözlenmiştir. Zaman zaman artıp, azalmalar şeklinde dalgalanmalar gösterdiği gözlenmiştir. Alevlenmelerde stresin etkisinin olabildiğinden bahsedilmektedir

## Bu rahatsızlığa ait örnekler

Temizleme şeklinde zorlantılar kadınlarda, kontrol etme şeklinde olan zorlantılar erkeklerde daha çoğunluktadır. Kişiler hastalıklarını gizlemeye, mantıklı açıklamalar yaparak önemsememeye eğilimlidirler. Ancak temizlik zorlantıları sebebiyle temizlik maddesi harcamaları yüklü bir tutar oluşturmakta ,ayrıca komşuları ile hali silkeleme, gece yarısı temizlik nedeni ile gurultu yapmaları sonrasında tartışmalara neden olmaktadır.

Emin olamadığı için çok uzak yerlerden evine donup,kapısını, elektriğini, tüpünü kontrol eden kişiler bulunmaktadır.

Zarar verme zorlantısı olanlar çatal, makas, kibrit, bıçak,ip, hatta tırnak makası gibi kesici ve cinayet

filmlerinde rastlanabilecek sahneleri anımsatacak araçlara dokunamazlar, bakamazlar. Çocuklar ve karşıt cinsiyetteki kişilerle aynı ortamda kalamayabilirler.

Bir diğer görünüm de istifleme ve zorlantılı satın almadır. Kişi çok ucuz olduğu için ,elinde fazla olsa da ,gereksinimi olmasa da gördüğü bir mali almadan edemez. Ev bir hurdacı dükkanına dönebilir. Kişiler tatile giderken bir araba dolusu tamir malzemesini de beraber götürebilirler öyle ki giyeceklere zor yer bulunur. Otomobili olmayan bir kişi otomobil lastikleri alıp, bir kenara koyabilir, bir gün gelip araba alırsam, lastiği patlarsa diye düşünebilir. Çok eski tarihe ait faturaları biriktirir, bir gün gelir de bana milyarlık borç çıkarırlar diye 20 yıllık senetleri atamazlar.

İçinden dine yönelik küfürler geçmesi şeklinde zorlantıları olan kişiler toplu olarak dinsel ibadetlerden kaçınabilirler. Tekrar tekrar abdest alma, namaz kılma , tövbe etme gibi girişimlerde bulunabilirler.

Günlük hayatta nasıl adlandırılmaktadır?

Halk arasında vesvese olarak bilinmektedir. Dinle ve temizlikle aşırı uğraşmaların olduğu ve sözcüğün kökenini Kuran dan aldığı waswasa (beynin şeytani düşünce ve kararsızlıklarla haşır nesir olup, ibadetleri yapamamak) tan gelmektedir.

SZB (OKB) neden oluşmaktadır ?

Beyinde bazı bölgelerden salgılanan serotonin ve dopamin denen kimyasal maddelerin rol aldığı sistemlerin aşırı çalışması ile ilişkili bulunsa da başka maddelerin de etkili olduğu düşünülmektedir. Gene bu kişilerin beyinlerinin bazı bölgelerinde kan akımı ve metabolizmada artışların olduğu görülmüştür

SZB olan hastaların kişilik yapıları

Bu hastaların % 25 inde obsesif kompulsif kişilik bozukluğu özellikleri bulunmaktadır. Bu kişiler çevreleri üzerinde denetim oluşturmaya eğilimlidirler. Daima olcucu, tedbirli olup dışarıdan soğuk ve sert olarak nitelenebilirler. Temizliğe düşkün, dakik ve düzenlidirler. Çok tutumludurlar ve başkalarına hediye vermeleri, paylaşımları çok kısıtlıdır. Kendi istedikleri yapılmayıp, karşı çıktığında inatçı ve sınırlı olabilmektedirler. Konuşmalarını uzatmaya bazen de gereksiz ayrıntılara dalmaya ve dinleyen Kişinin rahatsız olmasına yol açabilirler  
Hastalığın gedisini kötü etkileyen belirleyiciler

zorlanıların ileri derecede anlamsız olması

beraberinde majör depresyonun bulunması

eslik eden bir kişilik bozukluğunun bulunması.  
hastalığın çocuklukta başlaması

Saplantılara direnememe (bir zorlantıya yol açması)

Hastalığın gedisini iyi etkileyen belirleyiciler

bir stres sonrası başlaması

Kişinin çevresi ile sağlam ,iyi ilişkiler içinde olması

yakınmalarında artıp, azalma ve yoklamalar şeklinde dalgalanmaların olması

SZB ve diğer psikiyatrik rahatsızlıklar

Hastalık en çok depresyon ile bir arada bulunmaktadır. Yaklaşık üçte bir hastada SZB ile birlikte majör depresyon bulunmaktadır

SZB niçin önemlidir

Aşırı temizlik nedeniyle ciltlerinde bozukluklar, yaralar açılabilir.

depresyondaki gibi SZB da da intihar riski vardır

ileri dönemlerde çevreleri ile iletişimleri bozulur, eve kapanıp, çevreden uzaklaşabilirler, evde de hep aynı şeylerle vakit geçirmekten başka iş yapamayabilirler.

cinsel ilişkiden kaçınabilir, olabileceksene bile bunu bir kurallar silsilesi haline getirip, ayrılık ve boşanmalara zemin hazırlayabilirler.

işlerini çok yavaş yaptığından ve belirli kalıpların dışına çıkmadığından iş verimi düşüp, mesleki sorunlar yaşayabilir çevrelerini etkileyip ,çocukları ve esinin hayatlarını kısıtlayabilir.

SZB tedavisi :

1-)İlaç tedavisi: Depresyonda da kullanılan ve antidepresan denen ve serotonin sistemine etkili ilaçlarla tedavi,psikiyatrist kontrolünde yapılmalıdır. İlaçların bağımlılık potansiyeli yoktur.

2-)Davranışçı tedavi: Kişiyeye saplantılarının miktar ve şiddetine göre verilen ödevlerle zorlantılarını yerine getirmeleri engellenir. % 60-75 hastada başarılı sonuçlar vermektedir

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **OBSESİF KİŞİLİK**

Aşağıdakilerden en az dördünün varlığı ile ,erişkinliğin erken dönemlerinde başlayan , kişisel ilişkileri, kişinin verimliliğini etkileyen bir şekilde aşırı düzenlilik, mükemmeliyetçilik, içsel ve dışsal kaynaklı olayları ve ilişkileri kontrol üzerine aşırı yoğunlaşma ile giden bir kişilik bozukluğudur.

1- Kişi yaptığı bir işte ayrıntılara o kadar dalar, kurallar, listeler programlamalar, hesaplar ve bağlantılar ile öyle uğraşır ki, neredeyse yaptığı şeyin gerçek amacını, hedeflerini unuttur.

2- yaptığı işi bitirmesini güçleştirebilecek, engel olabilecek aşırı bir mükemmeliyetçilik içindedir.

3- Kendini dostlarından ve hoşça vakit geçirebileceği etkinliklerden ayrı, uzak bırakacak derecede ve ekonomik durumla açıklanamayacak bir şekilde hayatını iş ya da bir şeyler üretmeye adar.

4- Kültürel ve dinsel özelliklerle açıklanamayacak bir şekilde ahlak, doğruluk, dürüstlük, manevi değerler, sadakat, şeref, prensip gibi konularda vicdanının sesini aşırı derecede dinler ve gerekli hoşgörü, anlayış ve esnekliği göstermez.

5- Kendisi, ailesi ve çevresi için özel bir anlam ve değeri olmasa bile eskiyip, yıpranmış ya da değeri olmayan şeyleri atamaz, elden çıkaramaz.

6- Başkalarının da tam anlamıyla kendisi gibi düşünüp, hareket etmedikçe, aynı yöntemi kullanmadıkça, onlarla ortak bir çalışma içine giremez.

7- Para harcama (kendine ya da başkasına hediye alma, bir şeyler ismarlama, gerekli şeyleri alma gibi) konusunda kendisi ve başkalarına yönelik cimri bir tutum içindedir.

Para gelecekte belki hiç olmayacak şeyler için elde tutulması gerekli bir şey olarak düşünülür.

8- Kuralları konusunda son derece kati ve inatçıdır.

Bu kişiler aşırı dengeli, olcucu ve yaptıklarını tekrarlamaya meyilli kişilerdir. Yanlış yapmamak için defalarca kontrol eder, kontrolün kontrolünü yaparlar. Bu nedenle bitirmeleri gereken sureyi asarlar, öğrenci olanlar sınav kağıdını en geç teslim edenlerdir. Detaylarla uğraşmaları ve aşırı kontrolleri dolayısıyla gecikmeleri nedeniyle başkalarının kendilerine öfkelenmelerine yol açarlar. Zamanlamaları kotudur. En iyisini, en beğenilecek durumu gerçekleştirme düşünceleri şeklindeki mükemmeliyetçilikleri nedeniyle gerilim içine girip, kolayca yapılabilecek şeyleri içinden çıkılmaz hale getirebilirler.

Zevk alınabilecek etkinlikleri (hobilerle uğraşmak, tatil yapmak gibi) sürekli bir başka zamanda yapmaya karar verdiklerinden, düzen sürekli iş yapmak üzerine kuruludur. Böyle bir tatile zorlandıklarında ise zevk alamaz, o esnada da iş yapmaya çalışır ya da tatili aşırı programlı ve yakınları için katlanılmaz hale getirebilirler.

Bu durumdaki kadınlar her gün, her an temizlik pesindedir. Evleri adeta bir laboratuvar ya da ameliyathane gibi sürekli aşırı bir temizlik içindedir. Bundaki ufak bir değişiklik kişinin toz bezini tekrar eline almasına yol acar. Her gün pencereler, duvarlar, yerler silinir, halılar her gün alt komşunun başından aşağı silkelenir. Evde yapılacak tamir, boya , eve gelecek çocuklu bir misafir vs. bu kişilerin ev düzenini bozacağından adeta bir kabustur.

Her şeyin önceden kararlaştırıldığı gibi, prensiplerine, kitabında yazılanın harfi harfine uygun olarak, fazladan kesinleştirdikleri ahlak boyutlarında yapılmasına başkalarını ve kendilerini zorlarlar. Otoriteye kati bir uyum içindedirler. Babalarından, üstlerinden öğrendikleri gibi, esneklikten yoksun bir şekilde davranırlar ve davranılmasını isterler.

Atmaya, değiştirmeye, hediye etmeye ilimli bakmazlar. Evleri, masalarının üzeri gereksiz, değersiz, eskimiş evrak, eşya vs. ile doludur. Mutlaka bir süre sonra gerekli olabileceği düşüncesi içindedirler.

Daima kendi yaptıklarının en doğru olduğuna inandıkları için başkalarının yardım ve önerilerini dikkate almazlar.

Para onlar için ekonomik darlık içinde olmamalarına karşın, iyi, sağlıklı bir şekilde yaşamak için değil; ileride yaşanabilecek sağlıksız, kötü günlerde harcanması gereken bir sigorta gibidir. Bu nedenle ufak şeyler için bile para harcamazlar. Kendileri de ileride bir şey ismarlamak zorunda kalacakları için başkalarının kendilerine bir cay ismarlamalarını bile istemezler.

Her davranışları, isleri, ilişkileri dakikalar çerçevesinde programlıdır. İşlerin öncelik sıraları konusunda ikilemlere düşebilir, karar vermekte zorlanabilirler. Çevreleri üzerinde kontrol sağlayamadıkları durumlarda sinirlenir, ancak bu sinirlilik hallerini dolaylı yollardan gösterirler ( istenilen şeyi geç yapmak, hizmet karşılığı gereken ücreti vermemekte direnmek gibi).

Duygularını belli etmemeye çalışır, karikatürize bir İngiliz tipi gibi belli bir duygu aralığı içinde kalırlar. Duygusal alışverişin yoğun olduğu ortamlarda rahat davranamazlar. Çevrelerindeki bu tur duygu yüklü davranışlarını anlayamaz ve hoş görmezler. Duygularını gösteremeyip, her zaman mantığı on plana alırlar.

Toplum genelinde % 1; psikiyatriye başvuranlar arasında % 3-10 oranında rastlandığı gözlenmiştir. Erkeklerde kadınlara göre iki kat daha çok görüldüğü gözlenmiştir. Ailenin daha büyük yastaki çocuklarında, detaylara dikkat, tekrarlama, olay ve inceliklere dikkat gerektiren işlerde çalışan kişilerde daha çok görüldüğü saptanmıştır.

Oluş nedenleri:

Bir görüşe göre çocuğun 2-4 yaşları arasında "anal dönem" denilen diski kontrolünün kazanılmaya başlandığı dönemde tuvalet eğitimi sırasında yapılan baskı, onaylamama ve bu eğitimi çok erken vermenin bu tur bir kişilik yapısına yönelttiği düşünülmektedir.

Bunu izleyen başka bir görüşe göre ise çocuğun gene aynı dönemlerdeki kendi başına bir şeyler gerçekleştirme ile utanç çatışmasının yaşandığı bu evrede, çocuğun duygu, düşünce ve dürtülerin ifade edişine ebeveynlerce uygulanan aşırı kontrol ve takdirsizliğin çocukta bu yönde bir yapı oluşturabileceği düşünülmüştür.

Birlikte görülebilen psikiyatrik bozukluklar:

Diğer kişilik bozuklukları (özellikle kaçınan ve paranoid k.b.)

Majör depresyon.

Tedavi:

Bireysel ya da grup terapi etkili olmaktadır.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"  
Otizm ve otistik çocuk



## OTİSTİK BOZUKLUK

Sosyal ilişki, iletişim kurma ve davranış tarzı anormalliklerinin 3 yaş öncesinde başlamış olması gerekmektedir.

Toplumdaki yaygınlığı :

On bin kişide 4 oranında görülmektedir. Erkeklerde kızlara oranla 4 kat daha çok rastlanmaktadır. Rahatsızlık kızlarda erkeklere göre daha ağır seyretmekte, zeka testleri daha düşük bir değeri göstermektedir.

Otistik bozukluk ölçütleri:

A-Aşağıdaki dört belirtiden en az ikisinin varolması gerekmektedir.

1- Konuşma dışı iletişim (göz göze gelme, yüz ifadesi ile anlatım, mimikler ve vücut dili ile kendini ifade gibi ) ile karşılıklı ilişkiyi sağlamada belirgin bozukluğun olması.

2- Kendi yaş dönemi ile uyumlu olacak şekilde, yaşlıları ile arkadaşlık ilişkisi kuramamak.

3- Diğer insanlarla birlikte kendiliğinden , doğal bir şekilde hoşlanılabilecek, ilgi alanları ya da beceri ve başarıları paylaşamama durumu ( ilgisini çeken nesnelere başkalarına gösterememe, onları işaret edememe , onları çevresindekilere verememe gibi davranışlar) .

4- Toplumsal ya da duygusal yanıt vermede eksiklik.

B-Aşağıdakilerden en az birinin varolması gerekmektedir:

1- Konuşulan anadilin ya hiç becerilememesi ya da bunun gecikmesi durumu.

2- Yeterli konuşmanın varolduğu durumlarda, başkaları ile konuşmayı başlatmak ya da sürdürmekte belirgin bozukluk.

3- Sözcük ya da cümleleri arka arkaya tekrarlayarak ya da anlamsız şekilde kullanarak konuşma durumu.

4- Doğaçlama bir şekilde , yaş ve gelişim düzeyine uyan evcilik, hırsız-polis, doktor-hasta vb. oyunları oynayamama durumu.

C- Aşağıdaki tekrarlayıcı ilgi, aktivite ve davranışlardan en az birinin varolması durumu:

1- Hem miktar olarak sıklık, hem de yoğunluk açısından belli bir nesne ya da konu ile tekrarlayıcı bir şekilde uğraşarak, kısıtlı kalmış ilgi odaklarının bulunması.

2- İşlevsel olmayıp, belli bir amaca hizmet etmeyen birbirini izleyen , sıradan belli bir aktiviteyle durdurulamaz derecede uğraşı durumu.

3- Herhangi bir hareketi tekrarlayıcı ya da başkasının yaptığı bir hareketin aynısını yapar bir şekilde vücut hareketleri ( parmak şıklatma , parmakları açıp-kapama, omuz oynatma ya da tüm gövdeyi bükme, yumak gibi olma sekinde davranışlar).

4- Tekrarlayıcı bir şekilde bazı nesnelere belirli parçaları ile aşırı uğraşı durumu.

Bu yukarıdaki yazılmış olan tüm maddelerden toplam olarak en az altı adedinin varolması gerekmektedir.

Sosyal ilişki ya da dil becerisi konularından en az birisinin, çocuk 3 yaş başlangıcına dek gecikmesi veya normal dışı bir şekilde olması durumu.

Rahatsızlığın başka bir hastalığa bağlı olmaması gerekmektedir.

Otistik Çocukların Özellikleri:

Görünümleri yaşlılarından daha ve kardeşlerinden daha kısa boylu olup, çok sevimli bir görünümüleri

vardır.

Bu çocukların bebekliklerinde bakımı kolay , bırakıldıklarında yerinde duran, çok fazla ağlamayan çocuklar oldukları gözlenmiştir. Bazı hallerde çocukların konuşma ve davranışları normalken, bunların birden bire sonradan sosyal ilişkiden kopup, dil becerilerini kaybettikleri gözlenmiştir. Aileler çocuklarının seslenince yanıt vermemeleri nedeniyle, sağır olduklarını düşünebilmektedirler. Çocuklar gelişimleri esnasında belirli davranış ya da sesleri taklit edemez, nesnelere başkalarına gösteremez, kucaklanmak istediklerinde kollarını kucaklamayı karşılamak için kaldıramazlar. Tek başlarına oynamayı yeğlerler.

Bu çocuklar insanlara cansız varlıklar gibi tepki verirler. Toplumsal durumlarda garip yüz ifadeleri ve uygun olmayan hareketlerle karşılık verebilirler. Sosyal ilişkilerden çok memnun olmazlar. Arkadaş edinemezler.dil gelişimlerinde gecikme olabilir. Konuşabiliyorlarsa konuşmaları tekrarlamalar ya da ses melodisindeki bozukluklar ( tekdüze , mekanik tonlama bozuklukları şeklinde) ile birliktedir. Uygunsuz fiil ya da sözcük kullanımları olabilir. Olmayan sözcükleri uydurabilirler, kendi kendilerine konuşabilir, kendilerinden kendi isimlerini söyleyerek ya da başkası gibi bahsedebilirler. Belirli davranış ( el çırpma, dönen nesnelere gibi)ya da bilgilere (çok gerekli olmasa da) eğilimleri vardır ( hava durumu, tv. Program zamanları ve reklamlar gibi). Yeni oyuncakları kolay kabul edip, oynayamazlar, ortam değişikliklerine aşırı duyarlıdır, değişikliklerde aşırı tepkisel olabilirler. Bazı nesnelere aşırı bağımlı olup, onları kullanmasalar da onlar olmadan dışarı çıkamayabilirler. Sese aşırı tepki vererek, kulaklarını kaparlar. Ağrıya karşı duyarsız olabilirlerken dokunmaya karşı aşırı tepki gösterebilirler. Zaman zaman aşırı hareketli zaman zaman da aşırı hareketsiz olabilirler. Sebepsiz gülme ve ağlamaları olabilmektedir. Ailelerinin yanlarından uzaklaşmalarına aşırı tepki gösterebilmektedirler. Sadece belirli besinleri yemeye eğilimlidirler. Kendi ellerini ısırabilir, başlarını duvara vurabilir, saçlarını çekebilir ve kendilerine zarar verebilirler.

Oluş Sebepleri:

Otistik çocukların % 75'inde zekada gerilik gözlenmektedir. % 25 kadar bir kısmında ileri dönemlerde havaleler görülmektedir. Otizm ile birlikte görülebilen nörolojik bozukluklar arasında tuberoz skleroz, frajil X sendromu, doğumsal kızamıktır.

-Duygusal açıdan çocuğa uzak duran ya da obsesif kişilik yapıları nedeniyle aşırı titiz ve kısıtlayıcı bir şekilde eğitim veren ailelerin çocuklarında bu durumun varolduğu ileri sürülmektedir.

- Rahatsızlığın genetik temeline yönelik çalışmalar devam etmektedir.Bazı kişilerde bu rahatsızlıkla birlikte epileptik bozukluklar, doğumsal rubella ve fenilketonüri gibi rahatsızlıkların bulunması bu olasılığı düşündürmektedir. Rahatsızlığın X kromozomuna bağlı olarak ya da otozomal resesif geçiş ile aktarıldığı düşünülmektedir. Etkilenen çocuğun kardeşlerinde de rahatsızlığın görülme riski toplum ortalamasına göre çok daha yüksek olup, % 3 e dek çıkabilmektedir. Bu kişilerin ailelerinde duygu durum ve kaygı bozuklukları daha yüksek oranda saptanmış olup, toplumsal ilişki sorunlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir.

Doğum öncesi ya da doğum sırasında yaşanan tıbbi sorunlar olası nedenler arasındadır. Özellikle annenin hamileliğinin ilk üç ayında genital kanama yaşaması, bebeğin içinde bulunduğu amnios sıvısının çocuk dışkısı ile boyanması, annenin hamileliğinde bazı ilaçları kullanımı önemli sebepler arasında sayılmaktadır.

Beyin yapısında çeşitli bozukluklar bulunmaktadır. Serotonin düzeyleri hastaların 1/3 ünde gözlenmektedir. Otistik çocukların çoğunda gözlenen bahar aylarındaki doğum oranları, annenin kış aylarında doğum öncesi kızamık geçirmesi ile bağlantılı bulunmuştur.

Tedavi:

Tedavide ailenin eğitimi önemlidir. Saldırgan ve kendine zarar verme davranışlarına karşı ilaç tedavisi kullanılabilir. Davranış tedavisi kullanılmaktadır.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **ORTHOREKSİA NERVOZA**

Son zamanlarda doğal hayatın bozulması, hava kirliliği,artan kanser vakaları, kalp hastalıkları vb. nedenlerle herkes yedikleri,içtikleri besinler üzerinde daha titizlikle durmaya başlamış durumdadır. Ailesi

Istanbul dışından gelmiş olanlar kendi yörelerinin ürünlerini bulmaya çalışmakta, konuşmalarında o günlerin meyva, sebze yada etlerinden nostaljik bir tad alarak bahsetmektedirler. Bu durum tabii ki ailesi İstanbul kökenli olanlar içinde geçerlidir. Onlar da Çengelköy salatalıkları, Yalova elmaları, Kanlıca yoğurtlarından benzer bir şekilde bahsetmektedirler. O dönemlerde yapay gübreler yoktu, toprağın özelliği de doğal olarak farklıydı. O koşulları aynı şekilde tekrar oluşturamayız. Fakat bir an için düşünün ki, sadece en katkısız, en doğal, en temiz, en taze besini almak için seferber olmuştunuz. Hatta tazelik öyle bir düzeydeki sizin için topraktan çıkartılan sebze 15 dakika geçmeden sizce yenilmeli, hiç buzdolabına girmemeli, hiçbir şekilde endüstri ortamından geçmemeli. Bunun için her defasında üreticinin bulunduğu ortama bile gitmeniz gerekebilir. Belli miktarda suyla haşlamanız ya da belli sürede haşlamanız, kızartmamanız gerektiğine inanıyorsunuz ve bunu ancak evinizde sağlayabilirsiniz, çünkü diğer insanlar sizin gibi yemek yemiyorlar. Ne kadar zor bir durum değil mi?

Henüz tüm dünya psikiyatristlerinin ortaklaşa bir şekilde oluşturdukları geçerli tanısal sınıflandırmalarına girmemiş olsa da günümüz dünyasında sık olarak bu durumdaki kişilerle karşılaşmaktayız. Rahatsızlık ismini Eski Yunancada saf, doğru ve gerçek anlamındaki 'ortho' sözcüğü ile besinlerini kısıtlama ile karakterize bir yeme bozukluğu olan 'anoreksia nervosa' adlı rahatsızlığın bileşiminden almaktadır.

Bu kişiler sadece doğadan geldiği gibi saf besinlerle beslenmeyi hedefleyip, onun haricindekilerden kaçınan kişilerdir. Bu gıdalardan ne kadar yiyecekleri, bunların nereden, ne koşullarda geldiği ile aşırı ilgilidirler. Bu turden gıdaları hangi mekanlarda bulabileceklerini araştırıp, buralara yönelirler. Hayatları neredeyse tükettikleri besinlerin sağlıklılığı üzerine kurulmuştur. Besinleri bozan nedenler ya da bozulmayı önleyecek katkı maddeleri üzerine yoğun bir şekilde odaklanmışlardır. Kişiler uzun süreli olarak mükemmel, en saf diyet peşindedirler. Genellikle vegeteryan bir beslenme düzenine sahiptirler.

Orthoreksia, anoreksia nervosa'ya (kişinin kendine göre aşırı kilolu olduğu düşüncesiyle, bazen çok zayıf olmasına rağmen yemek yemeyi kesmesi durumudur) besinlerin kısıtlanması yönünden benzemektedir. Ancak anorekside alınan besin miktarı ve tipi kısıtlanırken, ortorekside besinin kalitesi üzerine odaklanılmaktadır. Ayrıca alınan besinlerden en iyi şekilde yararlanmak için uzun süre, aşırı bir şekilde ağız içinde çiğneme gibi davranışlar gözlenmektedir. Katkı maddeli gıdalardan, şeker ve tuzdan kaçınılır, sadece çiğ sebze ve meyve ya da sadece pişirilmiş gıdaların tüketimine yönelinmektedir. Bunun sonucunda kişinin alması gereken protein, vitamin, mineral ve yağlar alınmadığından kişide kansızlık, kemik erimesi, hatta ileri durumlarda ölümlerle karşılaşılabilir.

Kişi bu durum nedeniyle hayatını olduğu gibi, dolu dolu ve rahat bir şekilde yaşayamamaktadır. Bireyler aşırı kaygılı bir duruma gelmekte, etraflarındaki kişilerin de beslenmesine bu şekilde yön vermeye çalışmaktadırlar. Kişinin geçmişinde yaşadığı ağır sorunlar nedeniyle, çevresi ve dış dünya ile olan sorunları ile aktif bir şekilde başa çıkamaması ya da gereken tepkileri verememesi nedeniyle, varolan kaygısını yenebilmek için bilinçaltı bir savunma mekanizmalarıyla düşüncelerini başka bir konuya odaklaması sonucunda gerçekleşmektedir.

Burada önemli olan nokta normal ve anormali ayırmaktır. Kısa süreli olarak kişilerin doğal besinlere önem vermesi, bazı besinleri geçici olarak terketmesi bu rahatsızlığın kapsamına girmemektedir. Rahatsızlığı olan kişiler normalden farklı olarak sosyal, mesleki işlevselliklerinde bozulmalar gösterirler. Günlük hayatları besinlerin niteliğini düşünmekle geçmektedir. Bunun altında günlük yaşam olayları ile başedemeyip, günlük streslerden kaçınma çabaları yatabilmektedir. Kişilerin çevreye ve kendileri dışındakilerin hazırladıkları gıdalara olan güvensizliklerinin temelinde kendilerine olan güvensizlikler, yetersizlik duyguları yatabilmektedir. Bu şekildeki davranışları ile çevrelerin karşı kendilerini daha güçlü, çevrelerini etkileyebilecek, doğruyu gösterecek bir öğretmen gibi hissedebilirler. Yaşanan çaresizlikleri ya da sorunları zihinlerinden bu şekilde uzaklaştırarak, tutunacakları, söz sahibi olacakları bir durum oluşturmuş olurlar. Bu durumdaki bireyler genel olarak dış dünya hakkında olumsuz düşünmekte, ancak bu düşüncelerden kaçabilmek için bu duygularını sadece besinlerin olumsuz bir şekilde hazırlandıkları yönünde bir düşünceye çevirmektedirler. Sürekli olarak mükemmellik peşinde koştukları için, bunu gerçekleştirememeleri kendilerinden, çevrelerinden memnun olmamaları bu alana yansımış ve mükemmel gıdalara yönelerek, bu amaçlarını dolaylı olarak gerçekleştirmelerine hizmet etmiştir.

Bu kişilerde sıklıkla evlilik, cinsellik, mesleki ortam, ailesel ilişkiler ve kendilerini algılayışları ile ilgili sorunlara rastlanmaktadır. Daha çok 20-40 yaş grubu arasında, genellikle kadınlarda, sosyoekonomik ve kültürel düzeyi yüksek kişiler arasında görülmektedir. Bu durumdaki kişilerin daha çok kentsel alanlarda yaşadıkları düşünülmektedir.

Bu durumdaki kişiler günde en az 3 saatlerini besinleri düşünerek geçirmektedirler. Ertesi gün yiyecekleri besinleri bugünden planlamaktadırlar. Yediklerinden zevk almak yerine, bunu bir erdem olarak görürler. Bu konuda çok katıdırlar, bu alışkanlıklarından taviz vermezler. Bu şekilde yediklerinden dolayı

kendilerine verdikleri değeri artmış hissederler, özgüvenlerini arttırırlar. Bu şekilde beslenemeyenleri küçümserler. Bu kişilerin bu şekilde besinleri bulma ve hazırlamaları kendi evleri dışında mümkün olmadığından dışarıda bir şey yemez ve içmezler, başka şehirlere ya da misafiriğe gitmemeye ya da gitseler bile orada yememeye özen gösterirler. Genellikle bu sebeplerden yalnız yemek yemeyi yeğlerler, zaman içinde toplumdan uzaklaşmaya başlarlar. Nadiren bu tür besinler dışında yemek zorunda kaldıklarında , bundan dolayı büyük bir suçluluk, pişmanlık içine girerek üzüntü duyarlar. Bu şekilde beslendiklerinde kendi üzerlerinde kontrol sağladıklarını hissederek daha rahat olduklarını varsayarlar.

Tedavilerinin psikiyatristlerce bireysel ya da grup terapileri ile yapılması uygundur. Bireysel terapilerde kişinin geçmiş yaşantı öyküsü alınarak, yaşadıkları zorluklar karşısında kullandıkları uygunsuz başetme mekanizmalarının gösterilerek, uygun savunma mekanizmaları geliştirilmesi, kendilerine, çevrelerindeki ve dış dünyaya karşı olan olumsuz bakış açılarının düzeltilmesi sonucunda bunların uzantısı olan bu tür davranış ve düşünce yapılarının düzeltilmesi amaçlanır. Tedavi edilmediği takdirde kansızlık, kemik erimesi gibi vücutsal rahatsızlıkların görülmesi yanında, genelleşmiş kaygı bozukluğu, panik ataklar ve depresyon gibi ruhsal hastalıklara da yol açabilmektedir

Bu durumda olan kişilerin tedavi için psikiyatristlere yönelmesi gerekmektedir. Çünkü sadece bu rahatsızlık bir buzdağının su yüzünde görülen kısmını oluşturmaktadır. Daha derinlerde kişilik sorunları, kaygı bozuklukları, saplantı-zorlantı bozukluğu bulunabilmektedir. Unutulmaması gerekli olan gıdalarımızı en uygun ve faydalı bir şekilde almaya çalışırken, ruhsal dünyamızı uygunsuz, sağlıksız duruma getirmemektir.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## OTİZM

Kendi dünyalarında yalıtılmış (izole) otizmliler bireyler, farklı ve uzak gözükürler ve başkaları ile duygusal bağlar oluşturmazlar. Bu şaşkıncı beyin bozukluğu olan bireyler çeşitli belirtiler ve engeller göstermesine karşın, çoğu diğer insanların düşüncelerini, duygularını ve gereksinimlerini anlama yetisine sahip değildir. Sıklıkla, dil ve zeka tamamen gelişmemiştir, iletişim ve sosyal ilişkilerde güçlük yaşamalarına neden olur. Otizmliler çoğu birey sallanma veya başını vurma gibi tekrarlayıcı aktivitelerle uğraşır veya her gün ki alışmış oldukları rutinleri alışık tarzda tekrar ederler. Bazıları ses, dokunma, görüntü ve kokuya acı verecek derecede duyarlıdır.

Otizmliler çocuk gelişiminin tipik aşamalarını takip etmezler. Bazılarında gelecekteki soruna ait ip uçları doğumdan itibaren gözlenebilir. Çoğu olguda, problemler yaşıtı çocuklarla karşılaştırıldığında daha fark edilir hale gelir. Diğer çocuklar gelişimlerini devam ettirirken, bu çocuklar 18-36 ncı aylar arasında aniden insanları reddetmeye başlarlar, yabancı gibi davranmaya başlarlar, kazanmış oldukları dil ve sosyal becerileri kaybederler.

Anne-baba gibi öğretmen ve bakım verici de otizmliler çocuk veya yetişkinle iletişim ve bağlantı kurma çabalarında hayal kırıklığı yaşayabilir. Sürekli tekrarlayıcı davranışları ile uğraşırken, size aldırılmıyormuş gibi hissedebilirsiniz. İç gereksinimlerini tuhaf yollarla ifade etmesi sizde hayal kırıklığı yaratabilir. Çocuğunuz hakkında hayalleriniz ve ümitlerinizin gerçekleşmemesi sizi üzebilir.

Günümüzde bu çocukların sosyal, dil ve akademik becerilerini iyileştirmek için yardım eden metotlar vardır. Erişkin otizmliler bireylerin %60 dan fazlası yaşamları boyunca bakıma gereksinin duymalarına karşın, günümüzde bu kişiler için uygun destek yanında, bu bireylerde belli alanlarda meslek edindirme ve topluma katma yönünde girişimler vardır.

Otizme dünyanın her yerinde her bölgesinde gözlenir. Bütün ırk, din ve ekonomik düzeylerde gözlenir. Çocuklukta başlar, her 1000 kişiden 1-2 sini etkiler, erkeklerde kızlara oranla 3-4 kez daha sık gözlenir. Bozukluk gözlenen kızlar daha ağır belirtiler göstermeye ve daha düşük zeka düzeyine sahip olmaya eğilimlidir. Otizm aileyi ve toplumu değişik alanlarda bir yönüyle etkilemektedir.

### Problemi Anlama

#### Otizm Nedir?

Otizm, bireyin iletişim, başka insanlarla iletişim ve çevreye uygun tepkisini engelleyen bir beyin bozukluğudur. Bazı otizmliler nispeten yüksek işlevlidir, konuşma ve zekaları sağlamdır. Diğerleri mental retarde, sessiz ve ciddi dil gelişim gecikmeleri gösterirler. Bir kısmının tekrarlayıcı ve basmakalıp

düşünce tarzları vardır.

Otizmlili bireylerin hepsi tamamen aynı belirti ve eksiklikler göstermemesine karşın, yordanabilecek tarzda davranışı etkileyen sosyal, iletişim, motor ve duyuusal problemler sergilerler.

Otizmlili Olan ve Olmayan Bebeklerin Davranışlarındaki Farklılıklar

Otizmlili Bebekler

Normal Bebekler

İletişim

Göz temasından kaçınırlar

İşitmiyormuş gibi gözükürler

Dil gelişimi başlar, aniden konuşma duraklar

Annenin yüzünü araştırırlar

Seslerle kolayca uyarılabilirler.

Kelime sayısı gittikçe artar ve gramere uygun kullanma başlar

Sosyal İlişkiler

Başkalarının farkında değillermiş gibi davranırlar

Kışkırtılmaksızın başkalarına karşı fiziksel saldırır

Kabuğunda yaşıyordur, girmek zordur

Annesi odadan ayrıldığında ağlar, yabancıların yanında kaygı duyarlar

Acıktığında ya da hayal kırıklığı durumlarında keyifsiz olur

Aşına yüzleri tanır ve gülümser

Çevrenin Araştırılması

· Tek bir şey veya etkinlik üzerinde takılıp kalırlar

· Sallanma veya el çırpma gibi tuhaf eylemler yaparlar

· Oyuncakları koklar veya yalarlar

· Yanık ve sıyrıklarda duyarsız olabilir, elini gözüne sokma gibi kendini yaralayıcı davranışları olabilir  
Bir ilgi çekici nesne veya etkinlikten diğerine geçiş yaparlar

Nesnelere ulaşmak için vücudunu amaçlı kullanırlar

Oyuncakları inceler ve oyun oynarlar

Doyum ararlar, acıdan kaçınırlar.

Not: Yukarıdakiler gözlenebilecek belirtileri göstermektedir. Uzman değerlendirmesi olmadan, tanı koymak için yeterli değildir.

Sosyal Belirtiler

Başlangıçtan beri çoğu bebek sosyal varlıklardır. Yaşamın ilk dönemlerinde, bebek insanlara gözlerini

diker bakar, sese yönelir, kendini sevdirmek için bir parmağı yakalar ve hatta gülümser.

Bunların tersine çoğu otizmlili çocuk hergün ki insan iletişimindeki alış veriş öğrenmede büyük güçlük yaşarlar. Bebekliğin ilk birkaç ayında bile, çoğu otizmlili iletişime girmez ve göz temasından kaçınırlar. Yalnız olmayı tercih ediyorlarmış gibi gözükürler. Kişilerin sevgi ve sıcaklık gösterisine direnç gösterebilir veya kucaklama ve sarılmaya pasif katılım gösterirler. Daha sonraları sevgi ve kızgınlığa nadiren tepki gösterirler. Diğer çocuklardan farklı olarak anne babalarından ayrıldığında sıkıntı duymaz veya anne baba geri döndüğünde rahatlamazlar. Çocuklarının kendilerine sarılması, oyun oynama ve öğrenme gibi etkinliklerini bekleyen anne baba yanıt alamayınca hayal kırıklığına uğrarlar.

Otizmlili bireyler başkalarının hislerini ve düşüncelerini anlama ve yorumlamada da güçlük çekerler. Gülümseme, göz kırpmaya ve yüz buruşturma gibi örtülü sosyal ipuçlarını çok az anlarlar. Oturup kucağınızı açar ve "buraya gel" jestleri yapıldığında anlamakta zorluk çeker. Jestler ve yüz ifadelerini yorumlayamaz ve sosyal kelimelerde şaşkınlık gösterebilirler.

Bu problemlere ilaveten, otizmlili bireyler başkalarının bakış açısından birşeye bakmada güçlük çekerler. Bu nedenle başka kişilerin eylemlerini anlayamaz ve yorumlayamazlar.

Bazı otizmlili bireyler zaman zaman fiziksel olarak saldırgan olmaya eğilimlidir, sosyal ilişkileri kurmaları bunların daha zordur. Bazıları özellikle alışık olmadığı, uyarıldığı ortamlarda veya sinirlenip hayal kırıklığına uğradığında kontrolü kaybederler. Eşyaları kırar, başkalarına saldırır ve kendilerine zarar verebilirler. Örneğin Alan, kızdığı anda veya reddedildiğinde ısıyor ve tekme atıyordu. Paul pencereleri kırıyor, eşyaları fırlatıyordu. Bu çocuklar ayrıca kendine zarar verici davranışlar, başlarını vurma, saçlarını çekme ve kollarını ısırma davranışları gösterebilirler.

## Dil Güçlükleri

Üç yaşına kadar birçok çocuk dili öğrenmede beklenen önemli bir kaç aşamayı geçerler. En erken olanlardan biri badıldamadır. Birinci doğum gününe doğru bebek tipik olarak ilk kelimeleri söyler, ismi söylendiğinde döner bakar, isteyeceği bir oyuncakı işaret eder, hoşlanmadığı bir şey önerildiğinde hayır anlamında tepkide bulunur. İki yaşına kadar çocuk "köpeğe bak" veya "daha fazla kurabiye" gibi cümlecikleri konuşur ve basit yönergeleri takip edebilir.

Araştırmalar göstermiştir ki, otistik tanısı konmuş çocukların yaklaşık yarısı yaşamları boyunca sessiz kalırlar. Bazı otizmlili bebeklerde yaşamların ilk 6 ayında badıldama olur fakat sonra kesilir. İşaret dili ile veya özgün elektronik aletlerle iletişim kurabilirler fakat asla konuşmaya bilirlir. Diğerlerinin dil gelişimi 5-8 yaşına kadar gecikebilir.

Konuşan otizmlili bireyler dili olağan dışı tarzlarda kullanırlar. Bazıları anlamlı cümleler oluşturacak tarzda kelimeleri birleştiremezler. Bazıları yalnızca tek kelime olarak konuşurlar. Bazıları duruma uygun olmayacak tarzda cümlecikleri tekrarlar.

Bazı otizmlili bireyler işittiklerini papağan gibi tekrar ederler, bu durum ekolali (yansımalı konuşma) diye adlandırılır. Israrlı eğitim olmaksızın, başka insanların cümleciklerini yankılı tarzda tekrar otizmlili bireylerin devam eden tek dili olabilir. Tekrarladığı sorduğu bir soru, soru gibi tekrar olabilir veya televizyondaki bir reklam olabilir. Bazıları haftalar önce söylenen bir cümleyi tekrarlayabilir. Otizmlili olmayan bir birey söylenenleri tekrar etme aşamasını üç yaşına kadar geçer.

Otizmlili bireyler zamirleri karıştırmaya da eğilimlidir. "benim", "ben" ve "sen" gibi kelimeleri konuştuğu kişiye bağlı olarak anlamlarını değiştirerek kullanmakta sorun yaşarlar. Alan'ın öğretmeni "benim ismim ne?" diye sorduğunda "benim ismim Alan" diye zamirleri karıştırarak yanıt verir.

Bazı çocuklar çeşitli farklı durumlarda aynı cümlecikleri söylerler. Bir çocuk örneğin, zaman zaman "arabaya bin" cümlecğini gün boyunca söyler. Bu farklı durumlarda tuhaf karşılanabilir. Fakat bunun bir anlamı olabilir. Çocuk her dışarıya çıkmak istediğinde "arabaya bin" cümlecğini kullanıyor olabilir. Onun zihnine göre "arabaya bin" cümlecği dışarıya çıkmakla eş olabilir. Başka bir çocuk her mutlu olduğunda "süt ve kurabiye" diyebilir. Bu cümlecği her zevk aldığı eylem için kullanabilir.

Aynı şekilde otizmlili birey vücut dilini anlamakta da güçlük çeker. Çoğumuz hoşlandığımız birşey hakkında konuşurken gülümseriz veya bir soruyu cevaplayamadığımızda omuz silkeriz. Fakat otizmlili çocukların yüz ifadeleri, hareketleri ve jestleri nadiren söylediği şeyle eştir veya tamamlayıcıdır. Seslerini tonu duygularını yansıtmaz. Yüksek perdeli ses tonu, melodik veya düz veya robot benzeri konuşma yaygındır.

Otizimli bireyler gereksinim duydukları şeyleri başkalarına bildirmekte jest ve dili kullanmakta yetersizlerdir. Yani istedikleri şeyleri çığlık atarak veya kişiyi oraya götürerek isterler. Temple Grandin, kendinin de sahip olduğu otistik bozukluk hakkında iki kitap yazmış, istisnai bir otizmli kadındır. Yazar konuşmamayı son derece kişi için hayal kırıcı olduğunu belirtir. Tek iletişim yolunun çığlık atma olduğuymuş. Sıklıkla kendi kendine mantıksal olarak düşüncesi "şimdi çığlık atacağım çünkü bunu yapmak istemediğimi bu tarzda anlatabilirim" tarzındaydı. Gereksinimlerini anlatmak için daha iyi yollar buluncaya kadar, otizmli bireyler başkalarıyla iletişim kurmayı bu yollarla yaparlar.

## Tekrarlayıcı Davranışlar ve Obsesyonlar

Otizmi olan çocukların genellikle fiziksel olarak normal gözükmesine ve iyi kas kontrolü olmasına rağmen, tuhaf tekrarlayıcı hareketleri onları diğer çocuklardan ayırt ettirir. Parmaklarını devamlı tarzda fiske vurma, ellerini kant gibi çırpma veya ileri geri sallanma bir çocuğun saatlerini alabilir. Çoğu kollarını sağa sola sallar veya parmakları üzerinde yürür. Bazıları belirli pozisyonlarda aniden donakalır. Uzmanlar bu davranışları stereotipi veya self-stimulasyon (kendini uyarıcı davranışlar) olarak adlandırır.

Otizimli bazı bireyler belirli eylemleri defalarca tekrarlamaya eğilimlidir. Otizmli çocuk saatlerce çubuk krakerleri bir çizgi üzerine sıralamayla uğraşabilir. Veya Alan gibi odadan odaya koşarak ışıkları açıp kapamayla uzun süre vakit geçirir.

Bazı otizmli çocuklar kendileri için tehlikeli veya sağlıksız objelere saplantı gösterebilirler. Örneğin bir çocuk tuvaletten sınıfa dışı taşımada ısrar edebilir. Onun başka şaşırtıcı, komik veya can sıkıcı davranışları olabilir. Örneğin bir kız, digital saatlere takıntısı olabilir ve yabancıların kollarında digital saat gördüğünde onların kollarına sarılabilir.

Bilinmeyen nedenlerle otizmli çocuklar belirli çevrelerde uyumlu davranırlar. Çoğu aynı gıdaları yemek ister, aynı yerde oturmak isteyebilirler. Odadaki bir resmin yeri değiştirildiğinde veya diş fırçasının yeri hafifçe değiştirildiğinde kızgın olabilirler. Alışılmış olduklarının (rutin) dışında küçük değişiklikler, örneğin okula farklı bir yoldan gitmek gibi, büyük huzursuzluk yaratabilir.

Bilim adamları bu çocukların tekrarlayıcı ve obsesif davranışlarına olası bir kaç açıklama getirmişlerdir. Belki de sıralama ve aynılık ısrarı, onların duyuşsal karmaşa olan dünyalarında kısmen stabilite sağlamaktadır. Belki de böylece bazı acı veren uyaranlara blok koymaktadırlar. Diğer bir kuramda ise bu davranışların iyi veya kötü çalışmasıyla ilişkili olabileceği ileri sürülmektedir. Çevredeki herşeyi koklayan bir çocuk çevreyi araştırmak için stabil olan koku duyusunu kullanarak yapmaktadır. Belki de tersi doğrudur, sönük olan bu duyusunu uyarmaya çabalıyor olabilir.

Tekrarlayıcı davranışlar ve obsesyonlar çocuğun hayali oyun (imaginative play) kurmasını da kısıtlar. İki yaşına kadar çoğu çocuk taklide dayalı yaratıcılık yapar. Kafasına şapkeyi ifade edecek tarzda yuvarlak kase takarak canlandırır. Veya annesinin yaptıklarını taklit eder, annesinin mutfakta yemek yapma eylemini, oyuncaklarla kendisi canlandırır. Oysa otizmli çocuklarda bu durumun aksine, taklit nadirdir. Oyuncakla amacına uygun oynama yerine, oyuncağı saatlerce sallar veya çevirirler veya koklayıp dururlar.

## Duyusal Belirtiler

Eğer çocukların algılamaları tam ve sağlıklı olursa, işitme, görme veya hissetme yoluyla öğrenebilirler. Ancak duyuşsal bilgi hatalı ise veya çeşitli duyulardan gelen girdileri uygun bir resim halinde birleştirmekte sorun yaşıyorsa, çocuğun algılaması karışabilir. Otizmli bireylerde bunlardan biri veya ikisi görülebilir. Yani beyine ne gelen sinyalleri almada veya bütünleştirme de sorun olabilir.

Açıkçası, beyinin kötü işlevi sonucu, otizmli çoğu çocuk belirli seslere, dokunuşa, tatlara ve kokulara ya aşırı alışıktır veya bu duyular onlar için aşırı acı verici ve rahatsız edicidir. Bazı çocuklar elbiselerinin ciltlerine dokunmasında çok rahatsız olurlar ve başka birşeylere odaklanamazlar. Başka bir otizmli çocuk sıcak bir kucaklamayla (dokunuş ile) rahatsız olabilir. Bazı otizmli çocuklar elektrik süpürgesinin sesinde, uçak sesi veya rüzgar sesi vb. seslerde kulaklarını kapar veya çığlık atarlar. Temple Grandin'de yüksek ses tonlarında huzursuz olduğunu ve kulağını kapatmak zorunda kaldığını belirtmektedir.

Otizimde beyin gelen duyu uyaranlarını uygun olarak ayarlayamıyor gibi gözükmektedir. Bazı otizmli çocuklar aşırı sıcak veya soğuşun farkında olamaya biliyor veya diğer çocuklara oranla abartılı tepkiler

verebiliyor. Otizimli bir çocuk düşme sonucu kolu kırılabilir fakat asla ağlamaya bilmiyor. Veya başka bir otizimli çocuk irkilmeden aşırı şiddetli bir tarzda duvara vurabiliyor. Aksi olarak otizimli çocuğa hafif dokunduğunda çığlıklar atabiliyor.

## Olağandışı Beceriler

Bazı otistik bireyler olağanüstü beceriler gösterirler. Birkaç becerisi olağandışı olabilir. Küçük yaşlarda düz çizgiler ve karalama yaparken, bazı otizimli çocuklar ayrıntılı çizimler, üç boyutlu gerçekçi resimler çizebilirler. Bazı otistiklerin görme becerileri o kadar iyi olabilir ki, karmaşık yap-boz oyunlarını yapabilirler. Bazıları konuşmaya başlamadan önce bile, olağandışı okumalar gösterebilirler. Gelişmiş işitme yetenekleri olanlar, önceden öğrenmedikleri müzik aletlerini çalabilirler, bir şarkıyı bir kere dinlemekle çalabilir veya işittikleri müziğin notalarını çıkarabilirler. Dustin Hoffman'ın oynadığı "yağmur adam" filmindeki gibi, bazı otistik bireyler tüm TV şovlarını akıllarında tutabilir, telefon rehberi sayfalarını ezberleyebilir veya son 20 yıldır büyük ligdeki basketbol oyunlarının sonuçlarını akılda tutabilir. Buna karşın, zeka adacıkları veya bilgin becerileri nadir gözlenen durumlardır.

## Otizim Tanısı nasıl Konur?

Anne babaların ilk dikkatlerini çeken diğer çocuklara oranla olağandışı davranışlar göstermeleridir. Çoğu olguda, bebekliklerinde insanlara ve oyuncaklara tepkisiz veya bir madde üzerine uzun süreli bakıp durma söz konusudur. Normal olarak gösteren bebeklerde de bu belirti başlayabilir. Sevecen, badıldaması olan bir toddler aniden sessizleşebilir, çekilebilir veya kendine zarar verici davranışları başlayabilir.

Bunlar olsa bile, ailenin tanı arayışı yıllar sürebilir. Akraba ve tanıdıklar "her çocuğun gelişimi farklıdır" veya "istemediğinden yapmıyor" gibi ifadelerle ailenin ihmal etmesine yardımcı olabilirler. Ancak bunların hepsi için uygun değerlendirmeler yapılması gerekir.

## Tanı Prosedürleri

Otizimde tanı koydurucu görüntüleme veya kan tetkiki gibi herhangi bir tıbbi tetkik yoktur. Ancak, birkaç tıbbi rahatsızlık otizme benzeyen belirtilere yol açabilmektedir. Bu nedenle otistik belirtiler gösteren çocuğun pediatri; işitme kaybı, konuşma problemleri, mental retardasyon ve nörolojik problemleri ekarte (dışlama) etmesi gerekir. Bu hastalıklar dışlanır dışlanmaz, hekim çocuğu otizm üzerine uzmanlaşmış profesyonellere yönlendirilmesi gerekir. Bu profesyoneller: çocuk psikiyatristi, çocuk psikologu, gelişim pediatristleri ve pediatrik nörologlardır.

Otizim uzmanları tanı koymada çeşitli metotlar kullanırlar. Standartize edilmiş puanlama ölçekleri kullanarak, uzmanlar çocuğun dil ve sosyal davranışını yakından gözler ve değerlendirirler. Çocuğun davranışı ve gelişim durumunu açığa çıkarmak için anne babayla bir yapılandırılmış görüşme formu çerçevesinde görüşülür. Ailenin elindeki video görüntüleri, fotoğraflar ve bebeklik albümlerinin gözden geçirilmesi, gelişim basamaklarını yoklarken herbir davranışının ne zaman gerçekleştiğinin hatırlamalarına yardımcı olabilir. Uzmanlar bazı genetik ve nörolojik hastalıkları araştırmak için testler isteyebilir.

Uzmanlar otizmle aynı davranış ve belirtilerin çoğunun gözlenebildiği Rett bozukluğu ve Asperger bozukluğu gibi diğer durumları da düşünebilirler. Rett bozukluğu progresif (ilerleyici) bir beyin hastalığı olup yalnızca kızlarda gözlenir, otizmdeki gibi tekrarlayıcı el hareketleri, dil ve sosyal beceri kaybı vardır. Asperger bozukluklu çocuklar çok büyük olasılıkla yüksek işlevli otistiklerdir. Tekrarlayıcı davranışlar, ciddi sosyal ilişki sorunları ve sakarca hareketleri olmasına karşın, dil ve zekaları genellikle normaldir. Otizimden farklı olarak, asperger bozukluğu çocukluğun daha geç dönemlerinde fark edilir.

## Tanı Kriterleri

Gözlemler ve test sonuçları değerlendirildikten sonra aşağıdakiler bulunduğu takdirde otizm tanısı konur:

- Sosyal ilişkilerin olmaması veya kısıtlı olması
- Gelişmemiş iletişim becerileri
- Tekrarlayıcı davranışlar, basmakalıp ilgi ve aktiviteler.

Otizimli bireyler her alanda bozukluklar gösterirler, ancak her bir semptomun şiddeti bireyden bireye değişiklik gösterebilir. Ancak tanı için bu belirtilerin 3 yaşından önce gözükmesi gerekir.



Bazı uzmanlar ailenin umutsuzluğa kapılacağından korktuklarından otizm tanısını koymaktan kaçınırlar. Bu nedenle otizm yerine geçecek genel terimler kullanabilirler. Bu çocukların davranış ve duygusal durumlarını basitçe tanımlamakta; "otizm benzeri davranışlı ciddi iletişim bozukluğu", "çoklu duygusal sistem bozukluğu", "duygusal bütünleştirme işlev bozukluğu" gibi terimleri kullanabilirler. Daha hafif veya daha az belirti gösterenlere sıklıkla "yaygın gelişim bozukluk (YGB)" tanısını koyarlar.

Otizm veya Asperger bozukluğu gibi tanılar tedavi yaklaşımları bakımından anlamlı farklılıklar göstermesine rağmen, özel eğitimde yol belirlemede açısından önemli olabilir. Ancak hekimler bu bozukluğun geçici olduğunu belirtecek tarzda yanlış umutlar vermiş olabilir.

Otizm'in Nedenleri Nelerdir?

Genellikle otizmin beyin yapısındaki veya işlevlerindeki anormalliklerden kaynaklandığına inanılmaktadır. İnsan ve hayvan beyin gelişimi çeşitli yeni araştırma araçları kullanılarak değerlendirilerek, bilim adamları normal beyin gelişim ve bozuklukların nasıl oluştuğu hakkında daha çok şeyler keşfetmektedirler.

Fetusun beyini gebelik boyunca gelişir. Birkaç hücre ile başlayarak, bu hücreler büyüyüp gelişerek, nöron adı verilen milyarlarca beyin hücresine dönüşürler. Bir süre sonra beynin belirli alanları belirli işlevler için anahtar rol alırlar. Nöronlar göç sonrası yerlerine yerleşir yerleşmez, çevresindeki nöronlara bağlanmak için uzun fiberler gönderirler. Bu yolla, beyinin diğer alanları ve vücut bölgeleri arasında iletişim sağlanır. Her bir nöron nörotransmitter adı verilen kimyasallar yoluyla aldığı sinyali bir sonraki nörona aktarırlar. Doğuma kadar beyin işlevleri farklı olan alanlara ayrılır, bu alanların herbirinin işlevleri ve sorumlulukları çok önemlidir.

Beynin farklı bölümleri farklı işlevlere sahiptir:

- Hipokampus: son yaşantıları ve yeni bilgiyi hatırlama imkanı sağlar (bellek işlevi)
- Amigadala: duygusal tepkilerimi yönlendirir.
- Beynin frontal lobları: problem çözme ileriye dönük plan yapma, başkalarının davranışlarını anlama, dürtülerimizi kontrol etme işlevleri vardır.
- Parietal loblar: işitme, konuşma ve dili kontrol eder.
- Beyincik: denge, vücut hareketleri, koordinasyon ve konuşma sırasında kasların hareketlerini düzenler.
- Korpus kallozum: bilginin beyinin bir tarafından diğer tarafına geçişini sağlar.

Beynin gelişimi doğumla durmaz. Beyin yaşamın ilk bir kaç yılında değişmeye devam eder. Yeni nörotransmitterler etkin hale gelir ve iletişim için yeni yollar oluşur. Dil, duygu ve düşünce süreçlerinin temelini oluşturan nöral ağlar için temel oluşur ve şekillenir.

Buna karşın, bilim adamları normal beyin gelişimine birçok sorunun engelleyici etkisi olabileceğini bildirmektedir. Hücreler beyinde yanlış bir yere göçebilir. Veya nöral yollardaki veya nörotransmitterlerdeki sorunlardan dolayı iletişim ağının bazı kısımlarının işlemesinde sorunlar olabilir. İletişim ağındaki bir problem nedeniyle duygusal bilgi, düşünceler, duygular ve eylemleri koordine etmekte başarısızlık olabilir.

Araştırmacıların bir kısmı gelişen beyinde ne gibi anormallikler oluştuğunu incelerken, diğerleri otizmlili beyinde şu anda saptanan anormallikler üzerinde durmaktadır. Bilim adamları limbik sistemi de araştırmaktadırlar. Limbik sistemin yapılarından biri olan amigdala sosyal ve duygusal davranışı düzenlemekte yardımcı olmaktadır. Yüksek işlevli otizmlili çocuklarla yapılan bir çalışmada, bunlarda amigdala'da anormallik olduğu fakat hipokampusun sağlam kaldığı gözlenmiştir. Başka bir çalışmada amigdala'sı doğumda hasara uğratılmış maymunlar izlemeye alınmış, bunlarda otizmlili çocuklar benzer şekilde fiziksel olarak büyümüşler, fakat artan tarzda çekilme ve sosyal ilişkiden kaçma görülmüştür.

Sinir sisteminin kimyasal ulakları olan nörotrnsmitterlerindeki farklılıklar da araştırılmıştır. Bir çok sayıdaki otizmlili bireyde nörotransmitter olan serotonin düzeyinde yükseklikler bulunmuştur. Nörotransmitterlerin beyin ve sinir sisteminde impulsların iletiminden sorumlu olduğunun saptanmasından sonra, bu çocuklarda duygusal distorsiyonun olabileceği düşünülmektedir.

Manyetik Rezonans görüntüleme ile yapılan çalışmalarda, özgün mental görevler sırasında beyindeki belirli bölgelerdeki enerji değişimi incelenmiş. Problem çözme ve dil görevleri sırasında, ergen otistiklerde otizmi olmayanlara oranla daha az beyin aktivitesi olduğu gözlenmiştir. Küçük çocuklarla yapılan bir çalışmada pariyetal bölgelerde ve korpus kallozumda düşük aktivite düzeyleri saptanmıştır. Bunun beyinin belirli bölgelerinin bir sorun olduğunu veya impulsların beyinin bir bölgesinden diğer bir bölgesine geçişinde sorunlar olduğunu düşündürmektedir.

Yukarıda sayılan problemlerin herbiri bütün otizmlili bireylerde gözlenmez. Bu otizmin herbireyde beyinin farklı bölgelerden kaynaklanan sorunlardan kaynaklandığını düşündürebilir. İleride otizmin biyolojik temellerinin kesin olarak saptanması tedavi ve korunma yöntemlerini daha iyi belirleyecektir.

### Beyin Gelişimini Etkileyen Faktörler

Bazı araştırmacılar bir hastalığın bir nesilden diğer nesile geçişinde sorumlu genetik mekanizmaları araştırırken, diğerleri gebelik ve diğer faktörleri araştırmışlardır.

Genetik : yapılan birkaç ikiz çalışmasında bazı beyin işlev bozukluklarının genetik geçişinin yüksek olasılıklı olduğunu düşündürmektedir. Örneğin, aynı yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine oranla otizmin aynı anda bulunma olasılığı daha fazladır.

Bir otizmlili çocuğa sahip bir anne babanın, diğer bir otizmlili çocuğa sahip olma riski hafif derecede artar. Bu durum genetik bir ilişkiyi düşündürür. Buna karşın, otizme özgün tek bir gen saptanamamıştır. Göz rengi gibi tek bir gen ile geçiş olsa idi, daha çok aile bireyinde görülmesi beklenirdi. State-of-the-art gene splicing yöntemi ile genetik kodun irregüler segmentlerinin araştırılmasında genetik olabileceğinin düşündürmektedir.

Bazı bilim adamları genetik geçiş olan şeyin genetik kodun irregüler segmentleri veya 3-6 unstable genin bazı kümelerinin olduğuna inanmaktadırlar. Çoğu insanda yanlış kod yalnızca minör problemlere yol açabilir. Fakat belirli şartlar altında, unstable genler doğmamış bebeğin beyin gelişimini ciddi şekilde etkileyebilir.

Gebelik ve Diğer Problemler: Gebelik boyunca fetusun beyini gittikçe büyür ve daha karmaşık hale gelir, yeni hücreler oluşur, belirli bölgeler özgünleşir ve iletişim ağları oluşur. Bu dönemde normal beyin gelişimini bozan herhangi birşeye maruz kalma durumunda çocuğun duyuşsal, dil, sosyal ve bilişsel işlevlerini yaşam boyu etkileyecek etkiler oluşabilir.

Bu nedenle, araştırmacılar gebelik sırasında annenin sağlık durumu, doğumda yaşanan sorunlar veya belirli çevresel etmenler gibi beyinin gelişimini olumsuz etkileyebilecek belirli durumların olup olmadığını sorgulamaktadırlar. Kızamıkçık gibi viral enfeksiyonlar özellikle gebeliğin ilk üç aylık döneminde otizm ve retardasyon dahil çeşitli problemlere yol açabilmektedir. Doğumda bebeğin oksijensiz kalması veya diğer doğum komplikasyonları otizm riskini artırabilir. Buna karşın kesin bir ilişki yoktur. Otistik olmayan birçok çocukta doğum sırasında belirli sorunlar yaşamaktadırlar, tersi olarak doğumda herhangi bir sorun yaşamamış birçok otizmlili çocuk mevcuttur.

### Eşlik Eden Bozukluklar Var mıdır?

Birkaç bozukluk yaygın olarak otizme eşlik etmektedir. Bunlardan bazıları bu tablonun sorumlusu olarak kabul edilmektedir.

## MENTAL RETARDASYON

Otizimde mental retardasyon sık gözlenir. Otizmlili bireylerin %75-80'i çeşitli derecelerde mental olarak retardedir. %15-20'si aşırı derecede mental retardasyona sahiptir (IQ 35 altında). Otizm mental retardasyon anlamına gelmez. %10'nundan fazlasında ortalama zeka veya üstüne sahiptir. Çok az kısmı olağandışı yetenekleri olabilir.

Zekalarını testler ile değerlendirmek güçtür, çünkü çoğu zeka testi otistik olmayan bireylere göre düzenlenmiştir. Otistik bireyler alışılmış yollarla çevreyi algılayamaz veya ilişki kuramazlar. Test edildiklerinde bazı alanlarda yeteneklerinin normal veya hatta daha üstün, fakat bazı alanlarda özellikle çok zayıftır. Örneğin, görme becerisine dayalı test kısımlarında oldukça iyi iken, dil becerilerine dayalı test kısımlarında çok düşük puanlar alırlar.

## Konvulziyonlar

Yaklaşık otizimli bireylerin 1/3 ünde erken çocuklukta veya ergenlikte konvulziyon gelişir. Belirli nörotransmitterlerin aktive olmasıyla nöbetlerin başlamasının ilgisi olup olmadığını araştırılmaktadır. Çoğu nöbetler ilaçla kontrol edilebilmektedir.

## Frajil X

Otizimli bireylerin 1/10 unda, çoğunlukla erkeklerde Frajil X saptanır. Mental retardasyonun da sıklıkla birlikte olduğu genetik bir hastalıktır. Otizme özgü olmayan birçok fiziksel özellikler taşır.

## Tubero Skleroz

10000 doğumda bir gözlenen nadir bir bozukluktur. Otizm ile arasında bazı ilişkiler vardır. Tubero skleroz olan bireylerin ¼ ünde otistik belirtiler taşırlar.

## Umutlanmak İçin Neden Var mı?

Anne babalar çocuklarının otistik olduklarını öğrendikleri zaman, çoğu çocuklarını bir dokunuşla iyileştirebilecek sihirli bir değneğin olmasını arzularlar. Çocuklarının öğrenmesini ve büyümesini dört gözle beklerler. Ancak bunun yerine anne babaların böyle bir sihirli değneğin olmadığını ve onları sorunlar yaşayacaklarını öğrenmeleri gerekir. Bazıları problem olduğunu inkar eder veya hemen iyileştirebilen tedavi düşleri kurarlar. Farklı tanı konulması umuduyla bir uzmandan diğerine giderler. Bazıları yoğun sevgi ile bunu aşacaklarını zannederler. Aileler bu acının üstesinden gelmeyi ve yoğun uğraşmayı öğrenmesi önemlidir.

Bugün eskiye oranla otizimli bireyler daha çok yardım bulabilmektedir. Erken müdahale, özel eğitim, aile desteği ve bazı olgularda ilaç tedavisi daha normale yakın yaşam süren otizimli çocuk sayısını artırmaktadır. Özel girişimler ve eğitim programları öğrenme, iletişim ve başkaları ile ilişki kapasitelerini genişletebilirken, yıkıcı davranışlarının şiddetini ve sıklığını azaltabilmektedir. İlaçlar belirli belirtilerin iyileşmesinde etkili olabilmektedir. Kesin tedavi olmamasına rağmen, kısmen iyileşmeler görebilmekteyiz.

Bugün etkin terapi ve eğitim olan bu çocuklar çeşitli şeyler öğrenmektedir. Ciddi mental retarde çocuklar bile, yemek pişirme, giyinme, çamaşır yıkama, parayı kullanma gibi kendi kendine yetme becerileri kazanabilmektedir. Böyle çocuklar için daha çok bağımsızlaşma ve kendine yetme terapinin birincil amacı olabilir. Çocuklara okuma, yazma ve basit matematik gibi temel beceriler öğretilir. Küçük çocuklarda beyin hala gelişmeye devam ettiği için, bilim adamları erken girişimin faydalı etkileri olabileceğini düşünmektedir.

## Sosyal Beceriler ve Davranışlar İyileştirilebilir mi?

Bazı eğitim yaklaşımları beceri geliştirme ve işlevsel olmayan davranışın yerine daha uygun davranışın konulmasını amaçlar. Bazı eğiticiler de uyarılmış öğretici bir ortam sağlayarak yeni bir şekillenme yapılmasını amaçlar. Her ikisinde de anne babanın katılımı önemlidir. Bu yapılandırılmış programlarla davranış şekillendirilmeye çalışılır.

## Gelişimsel Yaklaşımlar

Uzmanlar otizimli çocukların becerilerine ve ilgilerine en iyi hitap eden öğrenme ortamının oluşturulmasını önermektedir. Gelişimsel yaklaşıma göre düzenlenen programlar uyarının uygun düzeyi ile uygunluk ve yapı sağlar. Örneğin hergün yordanabilen bir etkinlik şemasının olması otizimli çocuğun plan yapması ve deneyimlerini organize etmesine yardımcı olur. Her etkinliğin sınıfın belirli yerinde (alanında) yapılması, yapması beklenen şeyin ne olduğunu bilmesine yardımcı olur. Sınıfın o köşesine geldiğinde belirlenen etkinliğin yapılması gerektiğini zamanla öğrenmiş olacaktır. Duyusal sorunları olan çocuklar için, belirli uyaranlara karşı çocuğun sensitize veya desensitize edilmesi çocuğa yardımcı olabilir.

Gelişimsel okul öncesi bir sınıfta, tipik bir ders; denge, koordinasyon ve vücut farkındalığının gelişimine yardımcı olacak fiziksel etkinliklerle başlar. Çocuklar boncuk dizer, bulmaca legolarını biraraya getirir, boyama yapar ve yapılandırılmış diğer etkinliklere katılır. Yemek zamanında öğretmen sosyal etkileşim için yüreklendirir, biraz daha meyve suyu istemek için dili nasıl kullanması gerektiği yönünde model olur. Daha sonra, öğretmen tren olmayı taklit ederek, çocuklara suflörlük yaparak, yaratıcı oyun için uyarır. Sınıf olarak çocuklar yaparak öğrenirler.

Yüksek işlevli otizmlili çocuklara akademik işlerle başa çıkabilirken, verilen görevleri organize etmelerine ve dikkatlerinin dağılmaması için yardımcı olmak gerekir. Otizmlili öğrenciye sınıf arkadaşı ile aynı ödev verilmelidir, birkaç sayfa yerine belirli zaman için bir sayfa verilmeli ve görevler listelenmelidir.

## Davranışçı Yaklaşımlar

İnsanlar belirli davranışları için ödüllendirildikleri zaman, o davranışı tekrarlama veya devam ettirme olasılıkları daha fazladır. Davranışçı eğitimcilerin yaklaşımı bu prensibe dayanır. Otizmlili bir çocuk yeni bir beceri için çabaladığı veya yaptığı her bir zamanda ödüllendirildikleri zaman, o davranışı daha sık yapma olasılıkları artar. Yeterince alıştırmaya yapıldığında, sonuçta bu beceri kazanılır. Örneğin otizmlili bir çocuk terapisti ile her göz teması kurduğunda ödüllendirildiğinde, zamanla kendi başına göz teması kurmayı öğrenebilir.

Dr. O. Ivor Lovaas 25 yıl önce davranışçı yaklaşımlara başlayarak bu işin öncüsü olmuştur. Onun metodunda verilen komut zaman içinde yoğun şekilde tekrarlanır ve tekrarlatılır ve çocuk her yaptığında ödüllendirilir. Örneğin terapist bir çocuğa oturmasını öğretirken, terapist sandalyenin önüne çocuğu getirir ve ona oturmasını söyler, çocuk oturmaz ise, onu sandalyeye doğru hafif itekler, oturur oturmaz çocuğu hemen ödüllendirir. Ödüllendirme tarzı; bir parça çikolata, bir bardak meyve suyu, kucaklama, alkış veya çocuğun hoşlandığı bir şey olur. Bu komut iki saate yakın zaman içinde defalarca tekrarlanır. Sonuçta çocuk itirme olmadan komutu yapar ve zamanla oturma süresi uzar. Oturmaya öğrenip ve yönergeleri takip etmeyi öğrenmesi, daha karmaşık davranışları öğrenmesi için temel oluşturur. Bir haftada 40 saate yakın bir süre bu yaklaşım kullanılarak, bazı çocuklar normale yakın davranışlar kazanabilmektedirler. Bazıları ise bu tedavi yöntemine yanıtız kalmaktadır.

Zaman içinde birçok davranışçı metotlar geliştirilmiştir. Bugün bazı davranışçı tedavi metotları, çocuğun ilgi ve yetilerine göre, kişiye özgü uyarlanmakta ve şekillendirilmektedir. Birçok program otistik çocuğa öğretimde, anne-babayı ve diğer otistik olmayan çocukları işin içine katmaktadır. Eğitim alanı sadece sınıfla sınırlı olmakta, çocuk doğal ortam ve sosyal ortamlarda da eğitim almakta ve öğrendiklerini deneyebilmektedir. Süpermarkete yapılacak ziyaretler çocuğa boyut ve şekiller için kelimeleri kullanma fırsatı sağlayabilecektir. Ödüllendirme hala anahtar öge olarak yer almasına karşın, çocuğun ödüllendirilmeli çeşitlendirilmiş ve duruma uygun hale gelmiştir. Göz teması kuran bir çocuk, bir şeker vermek yerine, gülerek ödüllendirile bilinir.

## Standart Olmayan Yaklaşımlar

Bu çocuklara yardımcı olmak için olası birçok denemeler yapılmaktadır. Çoğu anne baba yeni tedavi yaklaşımlarını denemek için aceleci davranmaktadırlar. Bazı tedaviler ünlü uzmanlar tarafından veya otizmlili çocuğu olan aileler tarafından geliştirilmiş, henüz bilimsel olarak test edilmemiş, kesin faydası kanıtlanamamıştır. Etkin olduğu gösterilememiş bazı tedavi yaklaşımları aşağıdadır:

- Kolaylaştırılmış (artırılmış) İletişim (Facilitated Communication): konuşmayan çocuğun kollarını ve parmaklarını destekleyici olarak kullanarak, iç düşüncelerini yazabilsin diye klavye kullanılır.
- Kucak Terapisi (Holding Therapy): çocuk direnç gösterse bile anne-baba çocuğunu uzun süreli kucaklar. Bu tekniği savunanlar; bunun ebeveyn-çocuk arasındaki bağı güçlendirdiğini ileri sürmektedirler. Bazıları ise bunun çocuğun kendi vücut sınırları hakkındaki duyuyu alan beyin bölgelerini uyardığını ileri sürmektedirler. Bunları destekleyecek bilimsel kanıt yoktur.
- İşitsel Bütünleştirme Eğitimi (Auditory Integration Training): çocuğun dili anlamasını iyileştirmek amacıyla çeşitli sesler dinletilir. Bunu savunanlar, böylece çocuğun çevreden daha dengeli (balanslı) duysal girdiler almasına yardımcı olduğunu ileri sürerler. Bilimsel olarak test edildiğinde bu metodun müzik dinlemekten daha etkin olmadığı gösterilmiştir.
- Dolman/Delcato Method: bu yöntemde çocuğun yaşamın erken gelişim dönemlerinde yapamadığı işlemler (sürünme vs.) yapılmaya çalışılır. Bu metodu destekleyen bilimsel çalışma yoktur.

## Elverişli İlaç Tedavileri Nelerdir?

Otizmin altta yatan nedenleri olarak düşünülen beyin yapılarını veya bozulmuş sinir bağlantılarını düzeltecek herhangi bir ilaç tedavisi yoktur. Bilim adamları başka hastalıklarda benzer belirtileri tedavi için geliştirdikleri ilaçların otizmlili çocuklarda çeşitli ortamlarda güçlükleri neden olan belirti ve davranışları tedavide bazen kullanmaktadırlar. Aslında bu ilaçların hiçbirisi otizm tedavisi için ana ilaçlar

değildir.

Anksiyete ve depresyonda kullanılan ilaçların otizmin belirli belirtilerini nasıl iyileştirildiği araştırılmaktadır. Bu ilaçlar fluoksetin, fluvoksamin, sertralin ve klomipramin'dir. Bu bozukluklar ve otizm, bir nörotransmitter olan serotonin üzerinden belirli yolları etkiliyor olabilir.

Bir çalışmada fluoksetin kullanan otizimli hastaların %60'ında amaçsız davranış ve saldırganlıkta azalma olduğunu bulmuşlardır. Daha sakin olmakta, alışılmıştaki (rutin) veya çevredeki değişikliklerle daha kolay başa çıkabilmektedirler. Buna karşın, serotonin düzeyini etkileyen fenfluramin ve diğer ilaçların faydalı olduğu kanıtlanamamıştır.

Otizimde obsesif kompulsif bozukluğundakine benzer tarzda usandırıcı, kontrol edilemeyen tekrarlayıcı davranışlar olmaktadır. Buna dayanarak bu iki bozukluğun ilişkili olabileceği düşünülmüş, obsesif kompulsif bozuklukta kullanılan ilaçların bazı otistiklerde obsesyonları ve tekrarlayıcı davranışları azalttığı gösterilmiştir. Fakat bu konuda daha çok çalışma yapılması gerekmektedir.

Bazı otizimli çocuklar aşırı hareketlidir, bu taşkın hareketleri DEHB'ndakine benzer. DEHB tedavisinde kullanılan metilfenidat gibi stimulan ilaçların bazı otizimli çocuklarda aşırı hareketliliği tedavi ettiği görülmüştür. Bu ilaçlar konvulziyonları ve nörolojik problemi olmayan yüksek işlevli otistiklerde en etkili olduğu gözlenmiştir.

Otizimli çoğu çocuk duyuşsal sorunlar yaşamakta ve sıklıkla acıya duyarsızdırlar. Bilim adamları fiziksel duyuşların geçişini azaltacak veya artıracak ilaçları araştırmaktadırlar. Endorfinler vücut tarafından üretilen doğal ağrı önleyicilerdir. Fakat belirli otistiklerde endorfinler duyuşları baskılamaktan çok uzaktır. Bilim adamları endorfinlerin bu etkisini bloke eden maddeleri araştırmaktadırlar, böylece dokunma duyuşunun daha normal düzeye getirilmek amaçlanmaktadır. Az duyuş olması bu çocukların bazı davranışlarını artırmaktadır. Eğer acı duyuşunu hissedebilselerdi, bu çocuklar daha az olasılıkla kendilerini ısıracak, başını etrafa vuracak veya kendilerine zarar vereceklerdi.

Klorpromazin, tioridazin, haloperidol önceleri sık kullanılmasına rağmen yan etkiler nedeniyle son dönemlerde tercih edilmemektedir.

Magnezyum ile birlikte alınan Vitamin B6'nin beyin aktivitesini nasıl uyardığını araştırmışlardır. Vitamin B6'nin beyin için gerekli olan enzimlerin sentezinde önemli bir role sahip olması nedeniyle, bazı uzmanlar yüksek dozda verilmesinin otistiklerde beyinin aktivitesini teşvik edeceğini ileri sürmektedirler. Buna karşın vitamin çalışmaları sonuçsuz kalmıştır, daha ileri çalışmalar gerekmektedir.

## Ergenlik

Bütün çocuklar için ergenlik ve kafa karışıklığı dönemidir. Otizimli çocuklarda bu dönemde sorunlar yaşamaktadır. Bütün çocuklardaki gibi, gelişmekte olan cinsellikle uğraşlarında yardımcı olmak gerekir. Bazı davranışlar ergenlik yıllarında iyileşirken, bazı davranışlar kötüleşir. Artmış otistik veya agresif davranış bazı ergenlerde yeni olan kafa karışıklığı ve gerginlik bir tür ifade tarzı olabilir.

Ergenlik bireyin sosyal olarak daha duyarlı ve farkında olduğu bir zamandır. Ergenlerin çoğu bu yaşlarda; akne, poplarite, notlar konusunda endişelidir. Otizimli gencin kendini arkadaşlarından farklı olarak hissetmesi ona acı verici olabilir. Arkadaşlarına oranla olan eksikliklerini his edebilirler. Okul arkadaşlarından farklı olarak flört etmez ve geleceği planlamazlar. Bazıları yeni davranışlar öğrenmeleri için zorlandıklarında üzüntülü olurlar.

## Otizmliler Gelişebilir mi?

Şimdilik otizmin tedavisi yoktur. Zaman içinde otizimli çocuklar olgunlaşır ve yeni güçlükler ortaya çıkar. Otizimli birçok çocuk gelişimsel sıçramalarını 5-13 yaşları arasında yaptığı gözlenmektedir. Bazıları 5 ve yaş üzerinde olsalar bile kendiliğinden konuşmaya başlayabilirler. Bazıları Paul gibi daha sosyal olabilir veya Alan gibi öğrenmeye daha hazırdırlar. Zaman içinde yardımla çocuklar oyuncakla uygun biçimde oynamayı öğrenebilir, sosyal olarak işlev görebilir ve alışılmıştaki (rutin) küçük değişiklikleri tolere edebilirler. Tedavi süreci içinde bazı çocukların çoğu engelleri aşıp normal eğitim programı içine alınabilirler. Normal veya normale yakın zekaları olan ve dil işlevleri olan otistikler en iyi gidiş gösterenlerdir.

## Otizimli Yetişkinler Bağımsız Yaşayabilir mi?

Çoğu yetişkin otizimli yaşam boyu eğitime, gözetime ve becerilerinin pekiştirilmesine gereksinim duyar.

## Araştırmalar Umut Vaat Ediyor mu?

Düşünce, dil, duygu ve davranış işlevleri için merkez olan beyinin bu işlevleri nasıl yaptığına dair araştırmalar devam etmektedir. Hergün araştırıcılar normal beyin gelişimi hakkında yeni daha çok şeyler öğreniyor ve bu süreçte neyin yanlış gittiğini anlamaya çalışıyorlar. Örneğin, şimdiden otizmde gebeliğin 30 uncu haftasından önceki bazı noktalarda beyin gelişiminin yavaşladığını düşündüren bazı kanıtlar elde etmişlerdir. Ayrıca beyinin incelenmesi için birçok görüntüleme yöntemleri ortaya çıkmaktadır. Bunun yanında hayvan çalışmaları yapılmaktadır.

Yaygın gelişimsel bozukluklar; erken çocukluk döneminde başlayan sosyal beceri, dil gelişimi ve davranış alanında uygun gelişmeme veya kaybın olduğu bir grup psikiyatrik bozukluktur. Genel olarak bu bozukluklar gelişimin bir çok alanını etkilerler ve süreğen işlev bozukluklarına yol açarlar.

Bu bozuklukların en iyi bilineni otistik bozukluk (infantil otizm olarak da bilinir) olup; karşılıklı sosyal etkileşimde, sözel iletişimde bozukluklar ve basmakalıp stereotipik davranış örüntüsü ile karakterizedir. İnfantil otizm kavramını ilk kez Leo Kanner tarafından 1943 yılında tıp literatürüne kazandırılmış ve 1980'e kadar bu terim kullanılmıştır. 1980 öncesinde Amerikan Psikiyatri Birliğinin sınıflandırmasında yaygın gelişimsel bozukluklar çocukluk şizofrenisinin bir alt tipi olarak sınıflandırılmaktaydı. Amerikan Psikiyatri Birliği, 1994 yılında yaygın gelişimsel bozuklukları 5 bozukluktan oluşan bir grup olarak sınıflandırmıştır. Bunlar:

1. Otistik Bozukluk
2. Rett Bozukluğu
3. Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğu
4. Asperger Bozukluğu
5. Başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk'dur

### OTİSTİK BOZUKLUK EPİDEMİYOLOJİ

Yaygınlık: 12 yaşın altındaki çocuklarda görülme oranı 10.000'de 2-5'dir.

Cinsiyet dağılımı: Erkeklerde kızlardan daha sık olarak gözlenir. Erkek çocuklarda kız çocuklarına oranla 3-5 kez daha fazladır.

Sosyoekonomik durum: İlk çalışmalarda yüksek sosyoekonomik ailelerde daha sık olduğu söylenmekteydi. Ancak son çalışmalarda bir farkın olmadığı, bunun düşük sosyoekonomik ailelerin çocuklarına tanı koymakta gecikildiği belirtilmektedir.

### TANI VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Günümüzde, otizmin prenatal başlangıçlı olduğu kabul edilse de tanı konabilmesi ancak 30-36.'ncı aylarda olabilmektedir. Erken tanı koymakla ilgili güçlüklerin, ilk sağlık hizmeti verenlerin, sık rastlanmayan bu bozukluk hakkında yeterince bilgilendirilmemesinden kaynaklanabileceği bildirilmektedir. Araştırmacı ve klinisyenler, otizme özgü anormal gelişimin bazı göstergelerinin 30 ay öncesi başladığı görüşünde uzlaşmaktadır. Bir çok otistik çocuğun anne ve babası gelişim basamakları açısından çocuklarında iki yaş hatta daha öncesinde anormallikler veya gecikmeler tanımlamaktadır. 0-2 yaş kapsayan bebeklik dönemi ve daha sonra otizmin en belirginleştiği 2-5 yaş dönemine ait otizmin klinik özellikleri ayrı ayrı aşağıda ele alınmıştır. Ancak anlatılacak olan klinik özelliklerin, otizmin yaygın özellikleri olduğu, her çocuğun kendine özsü özellikleri olabileceği unutulmamalıdır.

### BEBEKLİK DÖNEMİ

Otistik özellikler gösteren bebeklerin iki tip davranış biçimi gösterdiği gözlenmiştir. Bunlardan birincisi; sürekli ağlayan, huysuz olarak adlandırılan bebeklerdir. İkincisi ise, sakin, uslu bütün gününü yatakta geçiren bebeklerdir. Acıktıklarında bile ağlamamaları nedeniyle bakımlarının kolay olmasına rağmen, anneden hiçbir ilgi beklememeleri, çevrelerine karşı ilgisizlikleri anne babaları endişelendiren özellikleridir.

1. Fiziksel özellikler: Bu dönemlerde otistik çocukların fiziksel gelişimleri yaşitlarından farklı değildir. Yaygın uyku ve beslenme problemlerine rağmen hemen hepsi sağlıklı bebeklerdir. Fiziksel olarak bir çok

beceriye olağan yaşlarında kazanmaya hazırdırlar; ancak bazı otistik bebeklerin çevrelerine karşı ilgisizlikleri nedeniyle daha geç yaşlarda oturdukları ve yürüdükleri gözlenmektedir.

2. Sosyal duygusal özellikleri: Normal bir bebek yaşamın ilk 3 ayında, annesine bakar; annesi onunla konuşurken gülümser, agular. Daha ileri aylarda ise her fırsatta kucağa alınmak için kollarını kaldırır, hazırlanır. Tanıdığı kişileri görünce heyecanlanır. İnsanlarla ilişki kurmaktan hoşlanır. Yalnız bırakılınca ağlar, sinirlenir. Oysa otistik bebeklerde bunların tam aksine, kucağa alınmaya karşı isteksizlik gösterme, kucağa alınınca huzursuzluk gösterme veya uygun beden duruşu göstermeme en belirgin özelliklerdir. Otistik bebekler, genellikle çevreleri ile ilişki kurmaz. İnsanların konuşmalarına tepki vermezler. İnsanlar ile göz kontağı kurmaz, çok uzun süre boş bakışlarla oturabilirler.

3. Zihinsel Özellikler: Otistik bebek, etrafındaki insanlara olduğu gibi cisimlere karşı da ilgisizdir; uzanıp onları almak ya da yakalamak istemez. Çevresindeki seslere, cisimlere, hayvanlara ilgi göstermez. Otistik bebeklerdeki bu ilgisizlik ve meraksızlık karşısında, anne babalar, zaman zaman çocukta zihinsel bir problem olduğunu düşünürler.

4. Konuşma özellikleri: Normal bebekler genellikle 1 yaş civarında ilk kelimelerini söylerler. Yaşamın birinci yılında sesler çıkarır, çıkardıkları sesleri farklılaştırır, bu şekilde duygularını, isteklerini ifade ederler. Normal bebeklerde görülen badıdamaların (Ba-ba, ba sesleri, ...) otistik bebeklerde görülmediği belirlenmiştir. Ayrıca diğer kişilerin kendileriyle konuşmasına ya da seslenmesine karşı tepkisiz kaldıkları gözlenmiştir. Bazı otistik çocuklar 0-2 yaş döneminde, tamamen sessiz kalabilir; bazıları ise yaşitları gibi birkaç kelime öğrenebilir.

Otistik çocuklarda beslenme problemleri yaygın olarak gözlenir. Bunlardan çoğunun ilk aylarda emmesi zayıftır, altıncı aydan sonra beslenme problemleri artar. Birçok bebek, süt dışında tüm yiyecekleri veya katı gıdaları reddeder; bazıları ise normalin üstünde ve hemen her şeyi yiyebilir.

## 2-5 YAŞ DÖNEMİ

Bebeklik döneminde anlatılan birçok özellikler 2-5 yaş döneminde devam etmektedir. Ancak bu özellikler çocukların gelişimlerine bağlı olarak çeşitlenmiş, farklılıklar ortaya çıkmıştır. 2-5 yaş dönemi, otistik özelliklerin en belirginleştiği, tanı için oldukça önemli bir dönemdir.

1. Fiziksel özellikler: Fiziksel gelişimleri oldukça normal, güzel ve çekici çocuklardır. Motor becerileri genellikle iyidir. Kağıt kesme, boncukları kutuya tek tek koyma veya ipe düzme gibi küçük kas becerilerinin oldukça zayıf olduğu gözlenir. Ancak birçok otistik çocuk mekanik, takmalı-sökmeli oyuncakları kolaylıkla takip sökebilir.

2. Sosyal-Duygusal Özellikleri: Bebeklik döneminde gözlenen çevreye ilgisizlik daha belirgin hale gelmiştir. Çevresindeki kişilerin ve anne-babanın yüzüne bakmama, hemen hemen her otistik çocuğun özelliğidir. İnsanların gözlerine bakmamaları veya anlık denebilecek kadar kısa bakışlardan sonra hemen gözlerini kaçırmaları dikkati çeker. Tamamen kendilerine ait bir dünyada yaşıyor gibi görünen bu çocuklar, çevrelerinde olup bitenlere karşı çok kayıtsızdırlar. Çağrıldıklarında tepki vermez, konuşurken dinlemez gibi görünürler. Bebekliklerindeki gibi fiziksel temastan kaçınırlar.

3. Zihinsel Özellikleri: Otizmin ilk tanımlandığı yıllarda, otistik özellikteki çocukların çok zeki olduklarına, ancak bu zekanın, problem davranışlarla maskelendiğine inanılıyordu. Otistik çocukların zihinsel gelişmeleri üzerinde yapılan ayrıntılı çalışmalar, en az iki grup otistik çocuk olduğu düşündürmektedir. Birinci grubu normal ya da zihinsel becerileri olanlar, diğer grubu ise zihinsel yönden yetersiz olanlar oluşturmaktadır. Otistik çocukların yaklaşık %40'ı 40-55, %30'u 50-70 ve %30'u 70 ve daha fazla IQ skoruna sahiptir. Otistik çocukların yaklaşık 1/5'inin zekası normaldir.

## 4. Duyusal Uyarılara Tepkileri:

a. İşitsel Uyarılara (seslere) Tepkileri: Bu dönemde seslere karşı çok değişik tepkiler görülmektedir. Çocukların seslere hiç bir tepki vermemesi bir çok anne-babayı, işitme problemi endişesi ile doktorlara gitmeye yöneltmektedir. Yapılan testler çocukların işitmelerinde organik olarak bir sorunun olmadığını göstermektedir. Gerçekten de bazen seslere hiç tepki vermedikleri, bazen en ufak seslere aşırı tepki gösterdikleri bazı seslere de çok duyarlı oldukları gözlenmektedir.

b. Görsel Uyarılara Tepkileri: Bu dönemde görsel uyarıcılara karşı normal dışı tepkiler yaygın olarak görülebilir. İnsan yüzlerine ve çevrelerindeki birçok nesneye bakmamalarına karşın, hareket eden, dönen ya da parlak olan bazı cisimlere çok uzun süre bakabilirler.

c. Acı, Sıcak, Soğuğa Karşı Tepkiler: Bu tepkiler, bazı çocuklarda acıyı, sıcaklığı ve soğukluğu fark etmeme şeklinde ortaya çıkarken bazılarında ise soğuk suyla ellerini yıkarken ağlama, eline bir toplu iğne battığı zaman çığlıklar atma şeklinde görülebilir.

d. Dokunulmaya Karşı Tepkileri: Herhangi bir kimse tarafından dokunulmak, kucağa alınmak istendiği zaman, o kimseyi itmek, ondan kaçmak yaygın olarak gözlenen tepkilerdir.

Bu dönemde de beslenme ve uyku problemleri yoğun bir şekilde gözlenmektedir. Beslenme ile ilgili olarak, katı yiyecekleri reddettikleri, bazılarını sürekli püre edilmiş yiyecekler yedikleri, bu yüzden de çiğneme kaslarını kontrol etmekte güçlük çektikleri görülür. Aileler, çocuklarının garip yemek yeme alışkanlıkları olduğunu, yiyecek seçimi yaptıklarını sıklıkla anlatırlar. Belli bir süre hep aynı yiyeceği isteme, diğer yiyecekleri reddetme, sık sık tercih edilen yiyeceğin değişmesi de gözlenen özelliklerdendir.

5. Konuşma Özellikleri: Otistik çocukların konuşma özellikleri, dil gelişimleri, yaşları olan normal çocuklardan farklı tablo çizmektedir. Konuşmaya başlama çok farklı yaşlarda gerçekleşir; ancak genellikle ilk kelimeleri 5 yaş civarında söylerler. Bazı otistik çocukların konuşmaya normal yaşlarıyla aynı zamanda başladıkları, ancak daha sonraları, bildikleri kelimeleri kullanmadıkları gözlenmiştir.

Beş yaş sonrasında, otistik çocuk yeni kelimeler öğrenir, isteklerini kelimelerle ifade etmeye başlarlar, hatta bir iki kelimelik cümleler kurabilir. Bununla birlikte, konuşmayı bir iletişim aracı olarak kullanmadıkları gözlenmektedir.

Otistik Çocukların Konuşma Problemleri:

a. Konuşulanları Anlamada Güçlük: Otistik çocuklarla yapılan çalışmalar, konuşulanı anlama kapasitesinin oldukça sınırlı olduğunu göstermiştir. Anlama, yaşla birlikte artar; kendilerinden istenilenleri anlayabilir, ancak istekleri yerine getiremezler. Tek kelimeleri anlayabilirken, kelimeler soyutlaştıkça, cümleler karmaşıklaştıkça anlamaları da güçleşir.

b. Ekolali: Ekolali, çocuğun duyduğu kelimeleri, cümleleri konuşmacının hemen arkasından veya daha sonra taklit etmesidir. Normalde çocuklar, konuşmaya, duydukları kelimeleri taklit etmeyle başlarlar. Ancak bu taklit dönemi, 2,5 yaş civarında sona erer. Otistik çocukla da ilk kelimelerini, anlamlarına dikkat etmeden papağan gibi taklit ederek öğrenirler. Bazen kelimeleri, bazen de cümleleri olduğu gibi tekrar ederler. Kelimeleri, taklit ettikleri konuşmacının aksanı ve vurgulamalarıyla söylerler. Normal çocuklar bu dönemden sonra, taklit ettikleri kelimeleri uygun yerlerde kullanmaya başladıkları halde, otistik çocuklar bu dönemde oldukça uzun zaman kalır, öğrendikleri kelimeleri gerektiği zaman kullanmazlar.

c. Gramer Bozuklukları: Konuşabilen otistik çocuklarda gramer bozuklukları da yaygın olarak görülür. Cümlelerdeki fiil eklerini söylememek yaygındır. "Okula gidelim" yerine "okul git" demek ya da "yemekten sonra şeker ver" yerine "şeker, yemek yer" demek gibi gramer yanlışlıkları yaparlar. Çocuğun ilerleyen yaşıyla birlikte konuşma becerisi de arttıkça, gramer bozukluklarında bazı düzeltilmeler görülebilir.

d. Zamirlerin Yer Değiştirmesi: Konuşmadaki en belirgin özelliklerden birisi de şahıs zamirlerinin yerlerinin değiştirilmesidir. Birinci tekil şahıs "ben" yerine, "sen" veya "o" kullanırlar. Özellikle "ben" zamirini kullanma çok az görülür. ("Giderim" yerine "gider, gidersin" kelimelerini kullanmak gibi).

e. "Evet-Hayır" Kelimelerini Kullanmada Güçlük: Otistik çocuklar yaşları gibi "hayır" kelimesini "evet" kelimesinden önce öğrenirler. Otistik çocukların "evet" kelimesini öğrenmeleri genellikle 8-9, bazen de daha ileri yaşlarda olabilir.

Konuşma becerileri ne kadar gelişmiş olursa olsun, konuşmayı, iletişim aracı olarak kullanmak istemezler, yalnızca zorda kaldıkları zaman, bir isteklerini belirtmek için konuşurlar.

6. Davranış Problemleri: Otistik çocuklarda görülen problem davranışlar, çocuğun bebeklik döneminden çıkmasıyla belirginleşir.

Öfke Nöbetleri ve Bağırılmalar: Bir çok otistik çocukta, öfke nöbetleri olarak adlandırılan, öfke nöbetleri olarak adlandırılan, kendini yere atma, tekmeleme, tepinme, ısırma ve şiddetli ağlama gibi davranışlar sıklıkla görülür. Öfke nöbetleri 2-5 yaşları arasında belirginleşir.



**Çevresine Zarar Veren Davranışlar:** Evdeki duvar kağıtlarının, koltukların yırtılması, her tarafa su dökme, gibi davranışlar olabilir.

**Kendine Zarar Veren Davranışlar:** Kendi saçlarını çekme, ellerini ısırma, yüzünü tırmalama, kanatma gibi davranışlar bu gruba girmektedir.

**Tek Tip Vücut Hareketleri:** Kendi etrafında dönme, öne arkaya sallanma, parmaklarıyla havada bir takım şekiller çizme gibi.

7. Duygusal Tepkiler:

**Özel Korkular:** Elini küvetteki sıcak suya sokarak yaktığı için küvette yıkanmadan korkan küçük kız, bir ayakkabı ayağını sıktığı için ayakkabı giymeyi reddeden çocuk, özel korkuları olan çocuklara örnektir.

**Tehlikelerin Farkında Olma:** Otistik çocukların genellikle çevrelerindeki tehlikelerin farkında olmamaları, anne babalarını en çok endişelendiren özelliklerdendir.

**Nedensiz Gülme ve Ağlamalar:** Duruma uygun olmayan duygusal tepkiler nedensiz olarak ortaya çıkabilir. Çocuğun kendisi veya bir başkası cezalandırıldığı zaman gösterdiği gülme, aniden bağırma, ağlama gibi davranışların, buldukları ortamı ve durumu değerlendirememelerine bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir.

**Değişikliklere Tepki Gösterme:** Eve bir misafirin gelmesi, odasının farklı bir düzene sokulması, sürekli kullandığı çarşafın değiştirilmesi gibi durumlar, otistik özellikteki çocuğun huzursuz olmasına, saatlerce ağlamasına, öfke nöbetleri geçirmesine neden olabilir. Bu konuda çalışan uzmanlar, çocuğun yapılan her değişiklikten ötürü kendisini güvensiz hissettiği, ancak çevresindeki aynılığı koruyarak rahatladığı görüşünü paylaşmaktadırlar.

8. Hayal Gücünün Eksikliği:

**Oyun Oynama Becerisinin Olmaması:** Otistik özellikteki çocuklarda hayal gücünün yetersizliğine bağlı olarak yaratıcı oyun oynama becerisinin bulunmaması yaygın olarak gözlenir. Bir oyuncakla amacına uygun olarak oynamaz, oyuncak bir arabayla oynarken onun gerçek bir arabanın modeli olduğunu, kendilerinin de arabanın şoförü rolünü oynayabileceklerini fark etmezler. Bazen yalnız arabanın tekerlekleri, bazen de çıkardığı ses ile ilgilenirler; dakikalarca arabayı ileri geri sürerler. Bu alanda genellikle çeşitli nesnelere, oyuncakların elle tutulduğu, oyuncağın gerçek amacına uygun olarak oynanmadığı gibi bebeklik dönemi özellikleri gözlenir.

**Ayrıntılara Dikkat Etme:** Çevrelerindeki nesnelere, kişilerin tamamı yerine, ayrıntılarına küçük parçalarına dikkat ederler. Annelerinin yalnızca küpesi, oyuncak arabanın yalnızca tekerlekleri çocuğun dikkatini çekebilir. Anneyi ya da oyuncağı, o anda buldukları çevre içinde tümüyle algılamalarının, hayal gücünün eksikliği nedeniyle ortaya çıktığı kabul edilmektedir.

9. Özel Beceriler: Otistik çocukların en şaşırtıcı özellikleri, bir çok alanda sınırlı becerileri olmasına karşın, bazı alanlarda sahip oldukları özel becerilerdir. Bir çok otistik çocuğun, konuşmadan önce şarkı söylediği görülür; bazıları ise bir enstrümanı iyi çalabilirler. Bazı anne babalar da, çocuklarında müzik becerisinin yanı sıra kuvvetli bir hafıza olduğunu belirtmektedirler. Çocuğun yıllarca önce gittiği bir yeri, o yerdeki özel bir eşyayı unutmadığını, çok uzun şiirleri ezberleyebildiğini, televizyonda dinlediği çok uzun bir konuşmayı olduğu gibi tekrar edebildiğini sıklıkla anlatmaktadırlar.

Otistik çocukların diğer bir özel becerisi de sayılar ve sayısal ilişkiler üzerinedir. Bazıları sayıları çok çabuk öğrenirler ve çok güç işlemleri akıldan yapabilirler. Ayrıca, gördüğü resimleri çok iyi kopya eden, güzel boyayan, mekanik oyuncakları söküp takabilen, karmaşık bul-yapları kolayca tamamlayabilen çocuklara da rastlanmaktadır.

DSM-IV'de otistik bozukluğun tanı ölçütleri şunlardır:

A. En az birisi (1)'inci maddeden ve birer tanesi (2) ve (3)'üncü maddelerden olmak üzere (1), (2) ve (3)'üncü maddelerden toplam 6 (ya da daha fazla) maddenin bulunması:

(1) Aşağıdakilerden en az ikisinin varlığı ile kendini gösteren toplumsal (sosyal) etkileşimde niteliksel bozulma:

(a) Toplumsal etkileşim sağlamak için yapılan el-kol hareketleri, alınan vücut konumu, takınılan yüz ifadesi, göz göze gelme gibi bir çok sözel olmayan davranışta belirgin bir bozulmanın olması.

(b) Yaşıtlarıyla gelişimsel düzeyine uygun ilişkiler geliştirememe.

(c) Diğer insanlarla eğlenme, ilgilerini ya da başarılarını kendiliğinden paylaşma arayışı içinde olmama (örneğin, ilgilendiği nesnelere göstermeme, getirmeme ya da belirtmeme).

(d) Toplumsal ya da duygusal karşılıklar vermeme.

(2) Aşağıdakilerden en az birinin varlığı ile kendini gösteren iletişimde niteliksel bozulma:

(a) Konuşulan dilin gelişiminde gecikme olması ya da hiç gelişmemiş olması (el, kol ya da yüz hareketleri gibi iletişim yolları ile bunun yerini tutma girişimi eşlik etmemektedir).

(b) Konuşması yeterli olan kişilerde, başkaları ile söyleşiyi başlatma ya da sürdürmede belirgin bir bozukluğun olması.

(c) Basmakalıp ya da yineleyici ya da özel bir dil kullanma.

(d) Gelişim düzeyine uygun çeşitli imgesel ya da toplumsal taklitlere dayalı oyunları kendiliğinden oynamama.

(3) Aşağıdakilerden en az birinin varlığı ile kendini gösteren davranış, ilgi ve etkinliklerde sınırlı, basmakalıp ve yineleyici örüntülerin olması:

(a) İlgilenme düzeyi ya da üzerinde odaklanma açısından olağan dışı bir ya da birden fazla basmakalıp ya da sınırlı ilgi örüntüsü çerçevesinde kapanıp kalma.

(b) Özgül, işlevsel olmayan, alışageldiği üzere yapılan gündelik işlere ya da törensel davranış biçimlerine hiç esneklik göstermeksizin sıkı sıkıya uyma.

(c) Basmakalıp ve yineleyici motor mannerizmler (örneğin, parmak şaklatma, el çırpma ya da burma ya da karmaşık tüm vücut hareketleri).

(d) Eşyaların parçaları ile sürekli uğraşıp durma.

(B) Aşağıdaki alanların en az birinde, 3 yaşından önce gecikmelerin ya da olağan dışı bir işlevselliğin olması:

(1) Toplumsal etkileşim.

(2) Toplumsal iletişimde kullanılan dil.

(3) Sembolik ya da imgesel oyun.

(C) Bu bozukluk Rett bozukluğu ya da çocukluğun dezintegratif bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz.

Fiziksel Özellikler:

Görünüş: 2-7 yaş arasında otistik çocuklar normal popülasyona oranla daha kısa boylu olmaya meyillidir.

Taraf tercihi: normal çocuklarda serebral dominans oluştuğunda, otistiklerde ambidekstroz olarak kalır. Otistik çocuklarda anormal dermatoglifiks (örneğin, parmak izi) yüksek insidansdadır. Bu durum nöroektodermal gelişimsel anomaliye işaret edebilir.

Diğer fiziksel hastalıklar: otistik çocuklarda, normal kontrollere oranla daha yüksek insidansda ÜSYE, geçirme, febril konvulziyon, konstipasyona rastlanmaktadır. Otistik çocuklarda enfeksiyonda ateş yükselmesinin olmayabileceği veya ağrılarını gösteremedikleri belirtilmektedir.

Etyoloji ve Patogenez:

Psikodinamik ve ailesel faktörler: Kanner'in otistik çocukların anne ve babalarının çocuklarına karşı yeterince ilgili olmadığı ve çocuğun bu nedenle kendi dünyasında yaşadığı varsayımı yapılan çalışmalarda gösterilememiştir. Son çalışmalarda otistik çocuğa ve normal çocuğa sahip anneler karşılaştırılmış;

çocuklarını yetiştirme becerileri yönünden anlamlı fark bulunmamıştır.

Organik-nörolojik-biyolojik anormallikler: Nörolojik lezyonları olanlarda, özellikle Konjenital Rubella, fenilketonuri, tuberosklerozis ve Rett bozukluğunda otistik bozukluk ve otistik semptomlar gözlenebilmektedir.

Otistik çocuklar, normal çocuklarla karşılaştırıldıklarında daha fazla perinatal komplikasyonlar yaşadıkları gösterilmiştir. Otistik çocuklar, kardeşlerine ve normal çocuklara oranla anlamlı derecede daha fazla minör doğumsal fiziksel anormallik göstermektedir. Bu bize ilk trimesterde oluşan gebelik komplikasyonlarını düşündürmektedir.

Özgün bir EEG anormalliği olmamasına rağmen, otistik çocukların %10-83'ü çeşitli EEG anormallikleri gösterirler. Otistik çocukların %4-32'si yaşamlarının bir döneminde grand mal konvulziyonlar geçirmektedir. Otistik kişilerin yaklaşık %20-25'inde BBT'de ventrikül genişlemesi olduğu gösterilmektedir. Son yıllarda yapılan bir beyin MRI çalışmasında bazı otistik hastalarda, serebellar vermal lobul VI ve VII'de hipoplazi olduğu gösterilmiştir. Yapılan başka bir beyin MRI çalışmasında kortikal anormalliklerin özellikle polimikrogria şeklinde olduğu gösterilmiştir. Bu anormalliklerin gebeliğin ilk 6 ayında anormal hücre göçüyle ilgili olabileceği düşünülmektedir. Bir otopsi çalışmasında azalmış Purkinje hücre sayısı gösterilmiş ve başka bir çalışmada da PET'de artmış diffüz kortikal metabolizma olduğu belirtilmektedir.

Genetik Faktörler: Bir kaç araştırmada otistik çocukların kardeşlerinin %2-4'ü otistik bozukluk göstermiştir, otistik çocukların kardeşlerinin otizm olma olasılığı, normal popülasyona göre 50 kat daha yüksektir. İkizlerle yapılan bir çalışmada otistik bozukluğun konkordans (birlikte görülme) oranı monozigot ikizlerde %92, buna karşın dizigot ikizlerde %10 olarak bulunmuştur. Bir genetik hastalık olan Fajil-X sendromunda otistik bozukluk gözlenebilmektedir.

İmmunolojik Faktörler: Anne ile embriyo veya fetus arasında immünolojik uyumsuzluğun otizme sebep olabileceği ileri sürülmüştür. Bazı otistik çocukların lenfositleri anne antikoru ile reaksiyon vermekte ve bunun sonucunda gebelikte embriyonik nöral veya ekstra embriyonik dokularda hasar oluşabileceği ileri sürülmektedir.

Perinatal faktörler: Otistik çocuklarda perinatal komplikasyonlar yüksek olarak bildirilmesine karşın, direkt olarak sebep olduğu gösterilememektedir. Gebelikte ilk trimesterde kanama olması ve amniyonda mekonyum bulunması otistik çocuklarda normal popülasyona göre çok daha siktir. Neonatal periyotda otistik çocuklar yüksek insidansda respiratuvar distress sendromu ve neonatal anemi göstermektedir. Otistik çocukların annelerinin gebelik sırasında ilaç kullanımının yüksek insidansda olduğuna dair bazı kanıtlar vardır.

Nöroanatomik bulgular: Otistik bozuklukta anormallik için kritik beyin bölümünün temporal lob olabileceği ileri sürülmektedir. Bu varsayım, temporal lob hasarı olan bazı kişilerde otizm benzeri bir sendrom gözlemlendiğine dayanmaktadır. Hayvanlarda temporal bölgede hasar oluşturulduğunda, beklenen sosyal davranışlarda kayıp, huzursuzluk, tekrarlanan motor davranışlar ve basmakalıp davranış örnekleri gözlenmektedir. Otistik bozukluk diğer bulgu; serebellumda Purkinje hücrelerindeki azalmadır. Bu durum potansiyel olarak dikkat, uyanıklık ve duyuşsal defektlere yol açmaktadır.

Biyokimyasal Bulgular: Otistik bozukluğu olan hastaların en az 1/3'ü plazma yüksek serotonin seviyesine sahiptir. Bu durum otistik bozukluk için spesifik değildir, çünkü otizmi olmayan mental retardasyonlu kişilerde de aynı bulguya rastlanmaktadır. Mental retardasyonu olmayan otistik bozuklukta hiperserotonemia insidansı yüksektir.

Bir kısım otistik çocuklarda artmış BOS homovalinik seviyesi (major dopamin metaboliti), artmış çekilme davranışları ve stereotipilerle ilişkili bulunmuştur. Eğer BOS 5-HIAA / BOS HVA oranı artarsa semptom şiddetinin azaldığına dair bazı kanıtlar vardır.

Ayırıcı tanı:

Majör ayırıcı tanıda:

Ø Çocukluk başlangıçlı şizofreni

Ø Davranış semptomları ile mental retardasyon

Ø Mikst alıcı/ifade edici dil bozuklukları

Ø Konjenital sağırılık veya ciddi işitme bozuklukları

Ø Seçici Konuşmazlık

Ø Psikosoyal deprivasyon (yoksunluk)

Ø Dezintegratif (regresif) psikoz

Gidiş ve prognoz

Otistik bozukluk süregen bir bozukluktur. Bazı otistik çocuklar var olan dilin tümünü veya bir kısmını kaybedebilir. Bu sıklıkla 12-24 aylar arasında olur. Kural olarak, IQ'su 70'in üzerinde olanlar ve 5-7 yaşlarında iletişim dilini kullananlarda prognoz iyidir.

## TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Bugün yaygın gelişimsel bozuklukların tedavisinde en önemli yaklaşım özel eğitim ve davranış terapileridir, nadiren farmakoterapi gerekmektedir. Tedavi planı ve tipi, her bireyin işlevlilik derecesine göre belirlenmelidir. Yaygın gelişimsel bozukluk çoğu vaka için yaşam boyu süren bir bozukluk olması sebebiyle tedavinin tipi kişinin yaşı ve gelişimine göre değişir.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## RUHSAL TRAVMA

Bilindiği gibi travma canlı üzerinde beden ve ruh açısından önemli ve etkili yaralanma belirtileri bırakan yaşantı olarak tanımlanmaktadır. Ruhsal travma kapsamına fiziksel ve duygusal tacizler (dövülme,gasp olayları,çocukluk çağından beri süregelen sevgisiz ortam, sağlık,eğitim ,barınma ve beslenme gereksinmelerinin karşılanamaması gibi), cinsel tacizler, doğal afetler (depresyon, sel, fırtına , gibi),yangınlar , trafik kazaları, savaşlar ,çatışmalardan etkilenmek girmektedir.

Ruhsal bir travmayı izleyerek bazı kişilerde önce akut stres bozukluğu bazı kişilerde de bunun sonrasında travma sonrası stres bozukluğu ya da diğer adı ile post travma tik stres bozukluğu dediğimiz bir durum gelişebilmektedir.

Akut stres bozukluğu nedir?

Travma oluşumundan sonraki ilk 1 aylık süre içinde gözlenir. Kişi aşağıdaki iki belirtinin olduğu travmatik bir yaşantıdan geçmiştir:

A-

1) Gerçek bir hayat kaybı,olum ya da olum tehdidi, ağır bir yaralanma ya da kendisinin ya da başkasının fizik bütünlüğüne yönelik bir tehdit olayını yaşamış, tanık olmuştur.

2) Kişi aşırı korku,çaresizlik ya da dehşete düşme şeklinde tepkiler göstermiştir.

B-Kişi bu olayı yasarken ya da yasadıktan sonra dissosiyatif belirtiler dediğimiz aşağıdaki belirtilerden en az ucunu yaşamıştır.

1)Uyuşukluk, dalgınlık,duygusal tepkisizlik,donukluk hiç birşey hissetmiyorum, ne ağlamak ne gülmek geliyor içimden sadece bir noktaya bakıp,dalıyorum

2)Çevrede olup,bitenlerin farkına varma halinde azalma etrafımdan habersizim,kim geldi,kim gitti,kim ne dedi bilmiyorum

3)Çevreyi olduğundan farklı,yabancı,değişik algılama (derealizasyon) burası sanki benim odam,yatağım değil,sanki boşluktayım,yasadıklarım gerçek değil

4)Kendini olduğundan farklı ,yabancı algılama (depersonalizasyon) "sanki kendimi dışarıdan izliyorum,ellerim sanki benim ellerim değil,

5) Dissosiyatif amnezi dediğimiz ,travma öncesi,esnası veya sonrasında ait olayları hatırlayamama ne olduğunu,ne yaptığımı bilmiyorum,kimlerle konuşmuşum,nerelerden geçmişim bilmiyorum, bir de baktım buradayım hatta şimdi neredeyim bilmiyorum

C- Travma tik olayın kişinin gözünün önüne tekrar gelmesi, ister istemez düşünmesi,rüyalarda görülmesi, kabuslar,illüzyonlar (nesnelere korkutucu bir şekilde travmayla ilgili nesnelere benzetme,kalemleri bıçak gibi algılama şeklinde), flashback dediğimiz sanki o olayı tekrar aynı şekilde yaşıyor gibi hissetme hali,olayı hatırlatan şeylerle karşılaşınca kaygı duyma (TV.de seyredilen deprem görüntülerinde, çatışma ve savaş sahnelerinde fenalık hissetme,travma tik olayın yıl dönümlerinde huzursuzluk hisleri)

D- Travma ile ilgili hatıraları akla getiren uyaranlardan kaçınma (onları düşünmek,konuşmak,o duyguları hissetmek,o olayın benzeri etkinlikler, yerler ve kişilerden uzak durma)

E- Aşırı uyarılmışlık hali (uykuya dalmakta ve sürdürmekte zorluk çekme, huzursuz bir şekilde dolaşma, bir noktaya,konuya dikkatini verememe, en ufak bir sestten irkilme,yerinde duramama gibi)

Bu belirtiler kişide belirgin bir kaygıya yol açıp,toplum içinde, is yaşantısı, genel uğraşlarında belirgin bir bozulmaya yol açmaktadır.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **SOMATİZASYON BOZUKLUĞU**

### **SOMATOFORM AĞRI BOZUKLUĞU**

Aşağıdaki belirtilerinden varlığı halinde bu durumdan bahsedilir.

1- Vücudun bir ya da daha çok bölgesinde hissedilip, bu nedenle tetkik ve değerlendirme yapılacak derecede şiddetli ağrı yakınmasının olması.

2- Bu ağrı belirgin bir gerilime ya da mesleki, toplumsal ve kişinin yapabildiği diğer aktivite alanlarında bozulmaya yol açmaktadır.

3- Ağrının başlayıp, şiddetlenmesinde ve devam etmesinde ruhsal faktörlerin önemli katkısının olduğu görüşüne varılır

4- Bu şikayetler bilerek ve isteyerek bir amaç elde etmek amacı ile oluşturulmamıştır.

5- ağrı yakınmaları bir kaygı bozukluğu ya da psikotik bozukluktan dolayı oluşmamıştır.

ağrı kişinin günlük üretim ve davranışlarında bozulmalara yol açarak iş yapamama ve işten ayrılmalara, okula gidemeyerek eğitiminde aksamalara, hastanelere abone olmalarına ve başlıca konuşma konularının ve düşünce içeriklerinin ağrı üzerine olmasına, gereksiz ve çok miktarda ilaçlar kullanmalarına, evlilik ve sosyal ilişki sorunlarına yol açmaktadır.

Bu kişilerde ağrı gidermek amacı ile bağımlılık yapma potansiyeli olan ilaçların yanlış kullanımı ve sonuçta bağımlılığı görülebilmektedir. Ağrılar sebebiyle intihar düşünce ve davranışları görülebilmektedir. Ağrıyı önlemek için çok uzaktaki sağlık kurumlarına ya da sağlıkla ilgisiz kişilere, şarlatanlara başvurabilmekte, çok zaman, para ve daha çok sağlık kayıplarına neden olabilmektedirler. Bu da insanlara kusup, kapanmalarına, ruhsal sorunlarının ağırlaşmasına, mücadele güçlerinin azalıp, daha çok ağrı hissetmeleri şeklinde bir kısır döngüye yol açmaktadır.

Ağrıya ilerleyen dönemde depresif bozukluklar ve kaygı bozuklukları eşlik etmektedir. ağrı bozukluğu pek çok vucutsal hastalık durumunda da on planda olabilmektedir. Bunlar arasında eklem-kas-kemik rahatsızlıkları (romatizma hastalıkları, yaşlılardaki kemik erimeleri, bel ve boyun fıtıkları), diyabet (seker hastalığı) ve damar sertliği gibi vücut damar ve sinirlerinin harabiyeti, bazı tümörler sayılabilir.

kadınlarda ağrılar erkeklere göre iki kat daha çok görülmekte ,ağrılardan da özellikle bas, sırt, göbek altı bölgesi ve kas-eklem ağrıları on planda bulunmaktadır. Ağrılar 40-50 lif yaşlarda en çok gözlenmektedir. Ailelerinde depresyon ve madde kullanımı olan ailelerde daha çok gözlenmektedir.

bazı kişilerde kişinin ağrıyı daha çok hissettikleri, ağrı eşiklerinin düşük olduğu gözlenmiştir. bazı kişilerde de ağrı hislerinin geçmişte şiddetli olarak yaşanan fiziksel, vücuda uygulanan cezalandırmalarla ilişkili olduğu gözlenmiştir. ağrı hissi sevgi ve bakım kaynağı olacak bir kişinin desteğini aramayla aynı zamanda oluşabilmektedir.

Zaman zaman kişiler gerginliklerini ( yaşıyan kayıplar, hedefe ulaşamamak vs. gibi streslerde) yaşanılan suçluluk hislerini ağrı üzerinden dışı vurup, kendilerini rahatsız eden sorunların ağırlığını istemsiz olarak hafifletip, kendi düşünce alanlarından uzaklaştırmaktadırlar.

Yani bir durum daha kabul edilebilir ve hatta çevreden daha destek , yardım, ilgi ve anlayış görebileceği ağrı yakınmalarına dönüştürölmektedir. Bu yolla kişiler bazen çevrelerini de elleri altında tutabilmekte, bazı sorumluluklardan kurtulabilmektedirler.

Rahatsızlıkta beyin yapısına ait bir takım anormalliklere de rastlanabilmektedir. Duysal ve limbik yapılara ait anormallikler de ağrı şiddetini belirlemektedir. P maddesi ve diğeri bir takım moleküller de ağrının hissedilmesinde etkili olmaktadır.

Tedavi:

Tedavi vucutsal hastalığın varlığında ,hastalıkla ilgili birim ile paralel olarak tedavinin yürütölebilmesi şeklinde olmakta ya da ayaktan tedavi ile olabilmektedir. önemli hedef olabildiğince çabuk hareketin ve olabilen en yüksek işlevselliğin sağlanabilmesidir. Bunun için ilaç tedavisi yanında, bireysel terapiler, hipnoz, fizik tedaviden faydalanılmaktadır.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## STRESS

Stres kavramı ilk olarak 1930'larda endokrinolog Hans Selye tarafından ortaya atılmıştır. Selye'ye göre organizmalar olumsuz duyusal ve fizyolojik olaylar karşısında ortak bir biyolojik tepki gösterirler. Bunlara "stresör" adı verilir.

Stresörler kaçınmak istediğimiz her şeydir. İnsanın bir yakınınyı kaybetmesi, tüccarlar için borçlarını karşılayamama durumu, fanatik futbol taraftarı için tuttuğu takımın kaybetmesi, borsada oynayanlar için ani ve yüksek borsa düşmeleri, önemli randevusuna trafik nedeniyle yetişememe gibi gündelik hayatımızda sık rastlayabileceğimiz şeyler birer stresördür.

Akut stres ile karşılaşan insanlarda adrenalini salgısı artar. Kalp hızında artma, ağız kuruması gibi belirtiler ortaya çıkar. Çok sık karşılaşmamak koşuluyla insan strese karşı koyabilir. Sık tekrarlayan streslerde ise başa çıkamayacağımız birikimler ortaya çıkar.

Araştırmalar, kronik stresin vücut direncini kırdığını ve hastalıklara zemin hazırladığını göstermektedir. Stres sadece kalp veya sindirim sistemine zarar vermez. Bellek kaybı, bağışıklık sisteminin zayıflaması, şişmanlık(" Et değil dert "deyimimizi hatırladım) gibi sonuçlar da ortaya çıkar. Yani insanları kısa süre içinde öldürmeyen stresörler, uzun vadede birikim sonucu er veya geç ölümcül hastalıklara zemin hazırlarlar.

Birkaç yıldan beri stres artık ölçülebilir olmuştur. Tükürükte hormon yoğunluğunu ölçerek, vücudun nörolojik ve kimyasal tepkilerini inceleyerek, stresin organizmayı nasıl yıprattığı somut bulgularla saptanmaktadır. Hamilelik döneminde stresin gelişmekte olan cenin'i de etkilediği anlaşılmıştır. Bu çalışmalar " Psikonöroimmunoloji " adında yeni bir bilim dalının doğmasına neden olmuştur. Bu bilim dalının bugün eriştiği nokta, 1960 larda sigara ile kanserin ilişkisinin ilk kez ortaya atıldığı dönemi hatırlatmaktadır.

Stres ile bağışıklık sistemi arasındaki ilişki ortaya konmuştur(Sheldon Cohen ve Arkadaşları-1991). Uzun süreli strese maruz kalma, kişilerin üst solunum yolları enfeksiyonlarına yakalanma olasılığını 3-5 misli artırmaktadır.

Başka bir çalışma da uzun süreli stres ile kalp hastalıkları arasındaki ilişkiyi göstermek amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmada, sosyal yapı ve kalp-damar hastalıklarına yakalanma eğilimi bakımından insanlara büyük benzerlik gösteren Makak maymunları kullanılmıştır.

Stres, iki aşamada kendini gösterir.

Birincisi "savaş-veya-kaç" tepkisidir. Beyin stresörü sezince, verdiği komutla böbreküstü bezlerinin adrenalini salgısını artırır. Birkaç saniye içinde tansiyon yükselir, nabız hızlanır, karaciğer glikoz pompalar, yağ rezervlerinin trigliserid ve enerjiye dönüşmesini sağlar, dolaşan kan diğeri organlardan çekilerek kaslara gönderilir. Bütün bunlar, organizmanın hayatta kalmak için hazırlanması demektir. Tabiiatta yaşayan ilkel insanlar ve diğeri canlılar bu hazırlığı takiben ya savaşır, ya da kaçarak tehlikeden kurtulur. Uygur dünyada yaşayan insan vücudu, her trafik ışığında adrenalini saldırısına uğrar. Savaşmak veya kaçmak seçeneği de yoktur. Direksiyonda oturmak ve beklemek zorundadır. Vücudun strese karşı yaptığı hazırlıklar boşunadır. Gereksiz yere nabız hızının artması, kan basıncının yükselmesi, dolaşımdaki yağ ve glikozun metabolize edilememesi sonunda yağların damarlarda plakalar halinde birikmesi; felçlere, kalp

krizlerine ve şeker hastalığına davetiye çıkartır. Uygur dünyada tehlike karşısında geliştirilen savunma, strese yol açan tehlikeden daha zararlı olmaktadır(Robert Sapolsky).

İkinci aşama 10 dakika kadar sonra başlar. Bu aşama duygusal ve entellektüel stres ile ilgilidir. Hipotalamus adı verilen beyin bölümü ACTH denen bir hormonun salgılanma emrini verir. ACTH, böbreküstü bezlerinden kortizon ve benzeri hormonların salgılanmasına neden olur. Bu hormonların aşırı miktarda salgılanması belleği ve öğrenme-algılama yeteneğini zedeler, öfke, yorgunluk, depresyona neden olur, bağışıklık sistemini zayıflatır. Kronik streste, hastalıkla savaşan hücrelerin sık sık bastırılması sonucu vücudun enfeksiyonlara karşı direnci azalır.

Stresin garip bir etkisi de vücut şeklini değiştirmesidir. Stres anında yağlar enerji sağlamak için yer değiştirirken genellikle karaciğer çevresinde birikirler. Yapılan araştırmalar, göbekte biriken yağların kortizon benzeri hormonlara duyarlı olduğunu göstermiştir. Strete aşırı salgılanan bu hormon grubu, göbek çevresinde yağlanmaya neden olmaktadır. Merkezi şişmanlama da denen bu durum ile kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişkiye de dikkat çekilmiştir.

Mide ve bağırsakların iç duvarlarına daha az kan gittiği için ülser riski artmaktadır

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **STRESE BAĞLI GECE YEME HASTALIĞI**

Gün boyu iştahsızlığı takiben uykusuzluk ve iştahın gece artması ile karakterize olan "gece yeme hastalığı"; aşırı strese karşı vücudun verdiği yanıt sonucu oluşur.

Araştırmalar göstermiştir ki gece oburlarındaki hormon salınımı, normal yemek yiyen insanlara göre (streslerinden dolayı) daha değişiktir. Özellikle bayan hastalar üzerinde yapılan araştırmalara\* göre; bu kişilerdeki stres hormonu salınımı normal kişilerden daha fazladır.

Bu kişiler tüm gün yediklerinin yarısından fazlasını akşam sekizden sonra yer ve gece en az bir kere yemek yemek için uyanır. ACTH (kortikotropin salgılatıcı hormon) vücudumuzun strese karşı bir yanıtı olarak salınan bir hormondur ve diğer stres hormonlarının salınımlarını tetikler. Gün boyunca çok yoğun bir şekilde stresliyseniz, stres bitince tepki gösterecek haliniz kalmaz. Çünkü stres için artık salgılanacak hormonunuz kalmamış olur. Fakat gün içinde zaman zaman sıkıntılar yaşıyorsa, stres unsuru kalktığı anda (eve gidip dinlenmeye başlayınca) vücut buna yanıt vermeye başlar. Aslında bu olay, Kortizol hormonunun salındığı böbrek üstü bezleri ile yeme merkezimizin bulunduğu hipotalamus arasındaki ilişkinin kontrolden çıkmasından dolayı meydana gelir. Bundan dolayıdır ki gece oburları, gecenin bir yarısında uyanıp gece boyunca yerler.

Bu bulgular ışığında araştırmacılar biyolojik saati normale döndürecek bir tedavi şekli bulmak için uğraşmaktadır.

Gece yeme hastalığı olan bireyler yatağa yatmadan önce "ne kadar ve ne yediklerini" mutlaka akıllarından geçirmelidirler. Gece yeme riskini en aza indirmek için, bu kişilere yatmadan yarım saat önce önce karbonhidrattan zengin besinler yemeleri, (doktorun önerisine göre) uyku hapi, antidepressan veya melatonin içeren ilaç içmeleri önerilmektedir.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"  
Tik bozuklukları

## **TİK BOZUKLUKLARI**

Bu durum istemsiz, belirli bir tarzda, hızlı ve tekrarlayıcı hareket ya da ses çıkarma durumudur. Süresi genellikle 1 saniyeyi geçmemektedir. Bu duruma direnç gösterilemez gibi hissedilir. Tik davranışının vücutta görülen yeri ( kaş, göz, omuzda oluşması gibi) , sıklığı ve zorlayıcılığı, çeşitli zamanlarda değişebildiği gibi, topluluk içinde olma ya da tek başına bulunmaya göre değişebilmektedir. Tikler tek bir bölgede veya birden fazla bölgede ya da organda hissedilebilir. Tik davranışının yapılması ile birlikte geçici bir rahatlama elde edilir.

Tik davranışlarını arttıran etmenler:

Yoğun stres durumları, kaygı düzeyinin arttığı haller, bitkin düşmek, can sıkıntısı hissetmek, kişi için önemli bir olaya katılmak , başkaları önünde aktif bir eylemde bulunmak( söz almak, bir toplantıya katılmak gibi) durumlarında artış gösterebilmektedir. Alkol alımı, kişiyi keyifle oyalayabilen bir aktivite ( kitap okumak, tv. seyretmek gibi) dinlenme esnasında azalabilmektedir.

Tik bozukluğuna yol açabilen diğer durumlar:

Tik bozukluğuna neden olan kalıtsal hastalıklar arasında Tourette sendromu, Huntington hastalığı, torsiyon distonisi, ve nöroakantozis sayılabilir. Ayrıca ensefalit, Sydenham koresi, ilerleyici bir hastalık olan Creutzfeldt-Jacob sendromu da tik sebepleri arasındadır. Epilepsi (sara) hastalığı tedavisinde kullanılan ilaçlar, L-dopa, bazı stimulan ilaçlar da bu tür bir duruma yol açabilirler. Karbon monoksit zehirlenmeleri, kafa travmaları, bazı kromozom bozuklukları, zeka geriliği de tik davranışlarını oluşturabilir.

Basit hareketsel tikler: Bazı kas gruplarının hızlı, belli bir anlam içermeyen ve tekrarlayıcı bir şekilde kasılması durumudur. En çok sırasıyla gözde, kafagenelinde, omuz , ağız ve el bölgesinde görölmektedir.

Karmaşık hareketsel tikler: basit şekle göre daha yavaş, daha amaçlı gibi görünen ve daha çok kas grubunu içine alan tiklerdir. En çok kendi vücuduna veya başkasına dokunma ya da vurma, zıplama, kendi ellerini ya da nesnelere koklama şeklindedir.

Hareketsel tikler işlev açısından birbiri ile zıt etkili kasların aynı anda birlikte kasılması ile oluşmaktadır.

Basit sese dayalı tikler: Hece şeklinde olmayan sesler çıkartmaktır. Boğazını ısrarla temizleme, burun çekme, öksürme, bağırma, havlar gibi ses çıkarma bunlara örnektir.

Karmaşık sese dayalı tikler: Daha anlaşılabilir,hecelere dayanan sözcükler, cümleler i tekrarlamak şeklindedir.

Tik bozukluğunun başlangıç ve ilerleyen dönem özellikleri:

Yapılan araştırmalara göre, toplumda bin kişide 2-6 arasında görölmektedir. Erkeklerde kadınlara göre 3 kat daha fazla görölmektedir. Genellikle 7 yaş civarında başlamaktadır. İlk oluşan tik genellikle göz kırpmadır. Onu izleyerek kol ve bacakta yerleşik tikler ,daha nadiren de sese dayalı tikler başlangıç tikleri olmaktadır. Küfür etme şeklindeki tikler (koprolali) de daha nadir başlangıç yakınmasıdır. Başlangıçta % 2-3 oranında görülen koprolali ilerleyen dönemlerde % 2-30'lara dek çıkabilmektedir.

Tik bozukluğu kişilerin yaklaşık % 40 kadarında ergenliğin başlangıç evrelerinde tamamen düzelmektedir. % 30 kadar hastada bir miktar düzelme ile hafiflemiş olarak devam eder. Geri kalan % 30 kadar hasta erişkinlik hayatında da tik bozukluğu belirtilerini göstermektedir.

Tik bozukluğu obsesif kompulsif bozukluk ile sıklıkla bir arada görülebilmektedir. Sıklıkla kontrol etmeye,saymaya ve düzenleme ve benzerleştirmeye yönelik davranışlar şeklindedir.

Hastalığa sebep olan geni saptama çalışmaları sürmektedir. Bu rahatsızlığı olan kişilerin bazı beyin bölgelerinde metabolizma hızı artmış, bazı bölgelerde ise azalmış bulunmuştur.

Tedavi:

İlaç tedavileri yanında terapi ile başarı sağlanmaktadır..

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **UYKU BOZUKLUKLARI**

Uyku bozuklukları oldukça sık karşılaştığımız problemlerden biri.Gece uykusu saatleri önemli kişisel farklılıklar göstermekte.Örneğin bazılarımız erken yatıp erken kalkmayı,diğerleri ise geç yatıp geç kalkmayı tercih ederler.Geç yatanlar akşam saatlerinde erken yatanlar ise sabah saatlerinde daha verimli olurlar.Gece uyku saatini belirleyen önemli faktörlerden biri de uyku öncesinde geçirilmiş uyanıklık süresidir.Öğleden sonraki saatlerde özellikle yemek sonrası hissedilen uykululuk hali hemen hemen hepimizin yaşadığı bir deneyimdir.Vücut ısısının kısmen düşmesi ile ilgili olarak yaşadığımız bu uykululuk hali özellikle sıcak iklim kuşaklarında öğleden sonra uykularının alışkanlık haline dönüşmesine sebep olmuştur.Öğleden sonra 1/2-1 saat uyuduğumuzda, bu durum gece uykusunun 1-2 saat kaymasına sebep olmakta,böylece gece uykusu da kısalmaktadır.

Uyku Bozukluklarının Türleri :

Dissomni



## Parasomniler

Tıbbi ve psikiyatrik sebepli uyku bozuklukları

Diğerleri

Dissomni :

Dissomni terimi uykunun başlatılması ve sürdürülmesinde güçlük,aşırı uykululuk,uyku-uyanıklık siklus bozukluklarını tanımlamaktadır.

Dissomni Sebepleri :

Psikofizyolojik ve psikiyatrik sebeplerle ortaya çıkan uyku bozuklukları:

Bu 2 sebeple sıklıkla insomnia hali ortaya çıkar.

- Psikofizyolojik olanlar daha sık görülmekte ve ikiye ayrılmaktadır :

a.Geçici insomnia evlilik ve iş hayatındaki zorluklara bağlı olarak ortaya çıkmakta,genellikle de 2-3 hafta süre sonrasında düzelmektedir.

b.Kalıcı olanları ise şiddetli anksiyete ile birlikte olmakta,negatif şartlanma ile uyuyamama bir davranış biçimine dönüşmektedir.

İnsomnia ( uyku bozukluğu ) birçok psikiyatrik hastalığın ana semptomu olarak da ortaya çıkar.Örneğin;depresyonun kesin teşhis kriterlerinden biridir.Burada insomnia hali objektif kriterlerle ortaya konabilmektedir.Halbuki bazı psikiyatrik hastalıklarda objektif insomnia bulguları olmaksızın hasta uykusuzluktan yakınmaktadır.

Psikolojik ve psikiyatrik sebeplerle aşırı uykululuk hali de ortaya çıkabilirse de uykusuzluğa oranla çok seyrek görülmekte hatta bazı yazarlarca objektif verilerle kanıtlanamayacağı iddia edilmektedir.

Alkol ve ilaçlara bağlı uyku bozuklukları :

Çeşitli drogların insomnia veya gündüz uykululuk haline sebep oldukları bilinmektedir.Bunlar içinde en önemlisi gece uykusunu bozmaları nedeni ile üzerinde durulması gereken MSS stimulanları ve alkoldür.Özellikle bazı kişilerce alkol yanlış bir inançla uykusuzluğu tedavi amacıyla kullanılmaktadır.Bu maksatla alkol alındığında uyku latensi ( uykuya dalma süresi ) kısaltmakta,ancak gece boyunca sık uyanıklıklarla uykunun kalitesi bozulmaktadır.Hipnotikler de benzer bir etki ile uykunun kalitesini bozmakta,ertesi gün etkileri devam ettiğinden sedasyona ( bitkinlik hali ) sebep olmaktadır.Uzun süre kullanım ile de bu droglara tolerans ( bağımlılık ) gelişmektedir.Bu nedenle insomnia tedavisinde hipnotiklerden yararlanmak istenildiğinde çabuk etkili yarılanma ömürleri kısa ( etki süreleri kısa ) olanlar tercih edilmeli ve uzun süreli kullanımdan kaçınılmalıdır.

Solunum ile ilgili uyku bozuklukları :

Solunum bozuklukları da hem " insomnia"ya hem de gündüz aşırı uykululuk haline sebep olurlar.Bu grubu oluşturan hastalıklar içinde en sık görüleni obstruktif uyku-apne sendromudur.Bu hastalarda uykuda yüzlerce defa tekrarlayan solunum bozuklukları sonucunda aşırı uykululuğa sebep olmaktadır.Sonuçta sağ kalp yetmezliği,pulmoner ve arteriyel hipertansiyon ortaya çıkmaktadır.Hastalık %90 şiddetli horlaması olan şişman,kısa boyunlu erkeklerde görülse de,özellikle menopoz sonrasında seyrek olarak kadınlarda da görülebilmektedir.

Sentral uyku-apne sendromu üzerinde önceleri yoğun araştırmalar yapılmış,anormal solunum olayları obstruktif,mikst ve sentral olarak ayrılmıştır ( beyinsel sebepler );ancak son zamanlarda bu ayırımın pratik bir önemi olmadığı,sentral uyku-apne sendromunun bazı nörolojik hastalıkları seyrinde rastlanan nadir görülen bir sendrom olduğu ortaya çıkmıştır.

Periyodik bacak hareketleri ve uykusuz bacaklar sendromu:

Periyodik bacak hareketleri de hem "insomnia"ya hem de gündüz aşırı uykululuğa sebep olsalar da sıklıkla hastalar"insomnia"dansıkayet ederler.Uykuda solunum bozukluklarında olduğu gibi uyku sırasında ritmik olarak tekrarlayan sıçramalar uykunun derinleşmesini engellemekte,bioelektrik ve davranışsal uyanıklıklar olmakta ve dolayısı ile ruhsal dinlenmenin sağlandığı REM döneminin süresi azalmaktadır.

Huzursuz bacaklar sendromu uykuda periyodik hareketlerle birlikte görülebilmekte veya tek başına ortaya çıkabilmektedir.Bu sendromde hastalar yatağa yattıklarında bacaklarında tarif edemedikleri bir huzursuzluk hissetmekte,kalkıp dolaştıklarında rahatlamaktadırlar.Huzursuzluk hissi uykunun başlamasını geciktirmekte ve hastalar daha çok insomniadan şikayetle hekime gelmektedir.

Toksik ve çevresel sebepli uyku bozuklukları:

Bugüne kadar uyku bozukluğuna sebep olduğu ispatlanmış bazı- ağır metaller dışında insomniye sebep olan toksik madde yoktur.

Çevresel nedenler ise uykusuzluğa sebep olan en önemli nedenlerin başında gelmektedir. Gürültü, ışık ve ısı en önemli nedenlerdir. Diyet de uykuyu etkileyen faktörlerdendir. Örneğin bazı sütler insomniaya sebep olmakta veya aşırı aşırı sıvı alımı veya gıda alımı gece içi uyanıklık sayısını artırarak uykusuzluğa sebep olabilmektedir.

Narkolepsi-katalepsi sendromu:

Genellikle genç yaşlarda görülür, tekrarlayan asıl şikayet gündüz kısa süreli ve sık uyku ataklarıdır. Hastalar bu kısa süreli uykulardan dinlenmiş olarak uyanırlar. Beraberinde katalepsi denen ve heyecanla ortaya çıkan ekstremiteler, baş ve boyundaki ani tonus kaybı hali ( baş, boyun, kollar veya bacaklarda ortaya çıkan ani güç kaybı .Örneğin başın aniden öne düşmesi ) olduğunda teşhis kesinleşir. Hastalığın 3. semptomu uykuya dalma sırasında ortaya çıkan ani, kısa süreli uyku paralizisi denen tonus kaybıdır. Dördüncü semptom ise yine uykuya dalarken ve uykudan uyanırken ortaya çıkan halüsinasyonlardır.

Uyku Bozukluklarının Tedavisi

Yukardakilere benzer şikayetleriniz varsa bir nöroloji uzmanına başvurmanız gerekmektedir. Teşhiste görüntüleme yöntemleri, beyin dalgalarını kaydedip incelenmesini sağlayan EEG yöntemi ve uyku laboratuvarında hastanın uykusunun izlenmesi gibi tetkikler kullanılır.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## UÇUŞ FOBİSİ UÇAK KORKUSU

Negatif Koşullanmaya Karşı Uçuş ve Güvenlik:

Uçuş korkusunun kökeni tartışmalıdır. Çok yaygın ve köklü olması insanın bilinç dışında yer alan ölüm korkusu, yalnızlık korkusu, umarsız kalma korkusu gibi evrensel korkulardan biri olduğunu düşündürmektedir. Eski çağlarda uçuş insan için imkansız, olağanüstü ve büyümlü birşeydi. Uçmanın asla insanlara göre olmadığı düşünülürdü. Tüm toplumlarda yaygın dinsel ya da büyüsel inanışlar insanın olanakların dışına çıkmasının felaketlerle sonuçlanacağını savlardı. Uçuşta böyleydi, bir tür tanrıların meydan okuma olarak algılanırdı. Uçma çabası içindeki insanlar bu yüzden hep alayla ve tepkiyle karşılandılar. Tüm bu korkular ve tepkiler zamanla insanın bilinç altına yerleştiler.

Uçuş korkusunun kökeni ne olursa olsun bu korkuyu pekiştiren uçak ve uçuşlarla ilgili negatif söylemlerdir. Ne yazık ki medyada uçuşla ilgili haberlerin çoğu aleyhte olmaktadır. Uçak düşmeleri, kaçırılma ve atlatılan kazalar yüksek tonda vurgulanmaktadır. Kaptan sarhoştur, uçak zaten eskiydi, karakutu bulunamadı gibi spekülasyonlar sıkıdır. Ayrıca birçok filmde veya romanda uçak kazaları, havada patlama uçak kaçırma ilgi çekici, dehşet temalarından biri olarak kullanılmaktadır. Buna karşın binlerce uçuşun ne kadar rahat ve güvenli geçtiği vurgulanmamaktadır. Sonuçta tüm bu yayınlar ve söylemler uçuşun tehlikeli olduğu konusunda negatif bir koşullanma yaratmaktadır. Şimdi bu negatif koşullanmaya karşın uçuşun ne kadar güvenli olduğunu tartışalım.

Uçuş ve Güvenlik:

Uçuş korkumuzu nasıl yenebileceğinizi öğrenmeden önce havacılık hakkında biraz bilgi edinmemizde yarar var. Bu korkunun sorumlusu Wright kardeşlerdir, çünkü uçuşun imkansızlığını tümüyle tarihe gömdüler. Ardından başkaları geldi ve havacılığı inatla geliştirdiler. İlk tarifeli hava taşımacılığı 1927'de New York'ta "Colonia Air Transport" adıyla başladı. Daha çok posta taşımak amaçlı bu uçaklar oldukça güvenilmezdi. Bunlarla uçmaya cesaret edemeyenlere kesinlikle fobik denemez, hatta uçmaya cesaret edenlere tuhaf gözle bakılabilirdi. Öyle ki pilotlar incekleri alanı belirlemek için bazan camdan sarkmak zorunda kalırlardı.

1933'de Ford Motor Company'nin geliştirdiği "Curtis Condor" adlı ilk yolcu taşıyan uçak pek düzenli uçamazdı. Daha çok yukarı aşağı sıçrayarak uçan bu uçaktaki yolcuları rahatlatmak için firma hemşirelik eğitimi görmüş hoşgörünümlü hanımları işe aldı. Bu ilk hemşire-hostesler yolculara kahve, çay, yemek servisi ve pansuman yapmaya başladılar. Sonuçta bu hanımların da katkılarıyla hava ulaşımı giderek daha çok kabul gördü, sektör büyüdü. Uçaklar giderek daha güvenli hale geldi ve sonunda devlet de uçuşu kabullendi, hava meydanları yapımını üstlenmeye başladı.

II.Dünya Savaşı teknolojinin ve uçakların savaşı oldu. Bu savaşla uçuş teknolojisi çok çok gelişti. Bugün havacılık dünyanın en hızlı, en gelişmiş ve en teknolojik ulaşım sistemi. Her yıl milyonlarla (sadece ABD'de 350 milyon kişi ) uçakla ulaşımı tercih ediyor.

#### Güvenlik:

Uçuşta güvenlik çok önemli ayrılmaz iki kelime. Uçuşla ilgili her kademede güvenlik en alttan en üstte temel temadır. En üstte tüm uçuş aktivelerinden sorumlu bir oluşum var. Her ülkede bu oluşumlar ülkenin uçuş unsurlarını ve o ülkeye uçuş yapan yabancı hava unsurlarını tümüyle denetlemekle yükümlü. İki büyük kurum var. I.C.A.O ve F.A.A. Bu oluşumların ilk örneği olan F.A.A. (Federal Auration Adminurration) ABD'de kurulmuştu F.A.A. Pilot sertifikaları, eğitim okulları, onarım istasyonları uçak üreten firmaların denetimi, hava trafik kontrol, mühendislik gibi konularda gelişmeler olması için teşvik ve sponsorluk yapmayı sürdürüyor. Sadece bu konularda milyonlarca dolar harcanıyor.

Bir uçak güvensizse dünyanın her yerinde uçuştan men edilir. Bu sektörde güvenlik söz konusu olduğunda masraftan kaçınılmaz. Parola şudur "Güvenlik yoksa uçuşta yok". Daha alt seviyelerde de güvenlik kontrolleri devam eder. Uçuşla ilgili her olay kontrol edilir. Uçuştan 1 saat önce uçuş ekibi uçuş istasyonuna gelir. Hava raporu, rota şartları, uçağın ağırlığı, yolcuların sayısı, yakıt gereksinimi gibi konularda bilgilendirilir. Daha sonra uçağa gidilir ve uçak fizik olarak incelenir. Güverteye girmeden önce ve girdikten sonra yüzlerce güvenlik ve kontrol işlemi yerine getirilir. Modern jet uçaklarının uçuş ekibi 3 kişidir. Pilot, yardımcı pilot ve uçuş mühendisi uçuştan önce pilotlar rota, hava durumu gibi uçuşla ilgili olayları tekrar kontrol ederken, uçuş mühendisi kokpit cihazlarının çalışması ve yakıtla ilgilenir.

Hostes ve diğer kalan görevlileri de kendi kontrollerini yaparlar. Bilindiği gibi yer ekipleri yolcuları ve bagajları kontrol ederler. Tehlikeli, hasta görümlü, alkol ya da madde aldığı belirlenmiş yolcular uçuştan men edilir. Bu konularda tıbbi ekibten ve güvenlik ekiblerinden yardım alınır. Tehlike oluşturabilecek bagaj unsurları silah vb.) yüksek teknoloji aygıtları ile insan faktörü birlikte çifte güvenlik sistemi ile ayıklanır.

#### Peki Uçaklar Ne Kadar Güvenli?

Bugün bindiğimiz ticari uçakların hepsi yedek sistemli olarak yapılmıştır. Bunun anlamı bir sistem çalışmazsa onun işini aynı yeterlilikte yapabilecek ikinci bir sistemin var olması demektir. Bu çiftlenme uçuş güvenliğinin temelidir. Uçuş personelinde de bu çifte güvenlik sürer. Bu kişinin görevini yapabilecek ikinci bir kişi mutlaka vardır. Sistemde insan hatası faktörü görev dağıtımıyla en aza düşürülmüştür. Bu alt güvenlik uçak motor sayısında da geçerlidir çift motorlu bir uçak tek motorla, 4 motorlu bir uçak 2 motorla uçuşu sürdürebilir. Uçuş; pilotların yer kontrolü ile düzenli irtibatıyla sürdürülür. Bunun yanısıra birde navigasyon sistemi (yön bulma) vardır. Yerde uçaklar teknisyenler tarafından yüzlerce testten geçirilerek incelenir ve her parça belli bir miadda yenilenir.

Eğer arabamızın bir uçaktan daha güvenli olduğunu düşünüyorsanız şöyle bir karşılaşma yapalım. Arabamızı her yola çıkışından önce birçok teknisyen gözden geçirir mi? Her 500 milde bir tüm tekerleri değiştirilir mi, her 2500 milde bir motorunuz (rektefiye) yeniden ayarlanır mı, her 10 bin milde bir fren debriyaj ve birçok sistemi yenilenir mi ya da her 25 bin milde bir motor atılıp yerine yenisi monte ediliyor mu? "Ama ben arabamla uçmuyorum ki" demeyin. Bir uçağın bakım masrafı yılda 1 milyon doları aşmaktadır. Bir uçağın her uçuş saatine karşılık 4 saati bakımda geçmektedir. Kısacası uçaklar çok ama çok güvenlidir.

#### Uçuş Ekibi:

Mürettebat, yaşamımızı teslim ettiğimiz insanlar, pilotlar. Nasıl kaptan olunduğunu biliyormusunuz? Kaptan pilotlar her ay 45-50 saat uçuş yaparlar, sanırsız bu deneyimli olmak için yeterli bir süredir. Pilotlar başka hiç bir meslekte olmadığı kadar sık ve çok sayıda testten geçirilirler. Sağlık muayeneleri, (anjio dahil), mesleki yeterlilik testleri, gelişim testleri, güvenlik testleri, psikolojik testler vb.

Bu testlerden herhangi birinde başarısızlık demek pilotun uçuş kariyerinin bitmesi anlamına gelir. Pilotlar dışında kalan diğer uçuş personelide benzer şekilde bir çok eğitim ve teste tabi tutulurlar. Bu testler ve eğitimler için çok para harcanır. Ama slogan kesindir. "Güvenlik yoksa uçuşta yok."

#### Uçuş Güvenliği ile İlgili Bazı İstatistikler:

Evet uçuş güvenlidir. Siz ne kadar aynı düşünmüyorsanız da istatistikler bunu gösteriyor. Otoyoldan, trenden, gemiden, köpekli kızaklardan hatta köpeğini parkta gezdirmekten bile daha güvenli.

Bazı rakamlar.

Uçuş: 4.500.000 da /1

Tren yolu: 80.000. /1

Otoyol: 14.000 /1

Yürüyüş: 2.500.000..../ 1

görüldüğü gibi uçakta kaza geçirme olasılığı çok düşük. Şöyle bir soru gelebilir. "Ama uçak düştümü kurtuluş olmuyor". Her uçak kazasında ölüm olacağı gibi bir düşüncede yanlış. %25 kazada hiç cankaybı yok. %60 kaza ise yüksek oranda hayatta kalma ile sonuçlanmış. Bir çok kazada uçaklar oldukça dayanıklılık göstermişler. Bu bakımdan uçak en sağlam ulaşım aracı. Örneğin önceki yıllarda olmuş bir kazada bir uçak ters dönmüş bir şekilde tam 120 km. hızda 1 saat boyunca sürüklenmiş ve kimse yaralanmamıştı. Bu olayın başka bir araçta yaşandığını düşünün. Sonuç olarak uçak ve uçuş çok güvenlidir. Ulaşım sektörü içinde güvenliğe en yüksek düzeyde önem verilen teknolojinin ve eğitimin en üst düzeyde olduğu havacılıktır. Uçuş aynı zamanda en konforlu ve hızlı olanıdır. Uçuş ve uçaklar hakkında çok daha ayrıntılı bilgiler verilecek ve bu konuda sormak istediğiniz sorular, uçuş uzmanımızca cevaplandırılacaktır.

**Korku Nedir?**

Korku normal ve oldukça sıradan bir duygudur. Hoş bir duygu değildir bazı durumlarda yararlı olduğunu kabul etmek gerekir. Tehlikelerden korur hatta uygun dozlarda motive edici bile olabilir. Aşırı ve panik şeklinde olursa tam tersine bizi engeller. Korkunun objesi gerçek ya da hayal ürünü olabilir. Korku mantıklı ya da mantıksız (usdışı) olabilir. İşte bu irrasyonel olanlara fobi adı verilir. Fobi Yunanca bir kelimedir (phobos) anlamı kaçmaktır. Adından da belli olduğu gibi fobi korku ile kaçınma arası bir duygudur.

Fobi, psikiyatrideki tarifine göre bireyin birşeyden korkusu ona saçma ve mantıksız gelmesine ve bundan korkmamalıym demesine rağmen bu korku ve kaçınmadan kendini alıkoyamamasıdır. Bunu saçma bulduğu için başkalarına anlatamaması, hayatını, ya da bir işlevini aksatması nedeniyle duyulan sıkıntı, ızdırap ve engelleme durumu da fobinin bir parçasıdır.

Fobi ile korku ya da korkaklık farklı olgulardır. Fobik kişi sadece fobik olduğu şeyden kaçınır. Başka konularda ise oldukça girişken ve cesur olabilir. Sonuçta; bir veya birkaç fobimiz olması herşeyden korktuğumuz anlamına gelmez. Hele cesur bir olmadığımız anlamına hiç gelmez. Uçak fobisi olan bireylerin çoğu entellektüel; iş ya da sosyal yaşamında başarılı olmuş kimselerdir. Elde ettikleri konumu birçok insanın denemeye cesaret edemeyeceği riskleri üstlenerek kazanmışlardır. Fobik psikiyatri de korku bozuklukları başlığı altında değil, anksiyete bozuklukları başlığı altında toplanırlar. Anksiyete, gerginlik stres, endişe kelimelerine karşılık gelir. Büyülü kelime de budur. Uçuş korkusu olanlar gergin, endişeli olabilen insanlardır. Öğrenilmiş ya da koşullanılmış olan bu duygu birçok fizyolojik değişimlere, bu değişimlerde korku ve panik duygusunun oluşmasına neden olur. Gerginlikle başetmede tedavinin temel noktası, fizyolojik değişimleri kontrol etme ve paniğe dönüşümünü engellemeye dayanır. Bunları ileride ayrıntılı biçimde gözden geçireceğiz.

**Fobiler Nasıl Oluşur?**

Fobilerin nasıl oluştuğu konusunda birçok teori vardır. İkisi önem kazanmaktadır. Analitik teoriye göre çocukluk yıllarında başka birşeyden doğan şiddetli korkular ya da endişeler bilinç dışında başka bir objeye kanalize ya da sembolize olmaktadır. Kognitif davranışlı teoriye göre fobi bir şekilde öğrenilmiş ve koşullanılmış kaçınma davranışıdır. Zaman içinde bu kaçınma giderek benimsenir ve mantıksallaştırılır.

Fobilerin tedavisinde ikinci teori daha yararlı ve daha çabuk sonuç verici. Bu yöntemle hastanın negatif kognüsyonları (bilgi) değiştiriliyor ve pozitif koşullanma, sistematik duyarsızlaştırma ve adım adım gevşeme, benlik gücü kazanma ve üstüne gitme ile fobi yenilebiliyor. Bunların yanısıra başka psikoterapi teknikleri de kombine ediliyor.(Self imagination, self instruction, Gestald vb). Biz tedavi programımızda bu ikinci yöntemi benimsiyoruz.

Amacımız çok kısa sürede uçuş korkusunu yenmek. Başarı şansı çok yüksek. Analitik ve diğer yöntemlerin tedavi ediciliği bu kadar yüksek oranda değil. Ancak çok dirençli vakalarda analitik yöntem tedaviye eklenebilir.

Uçuş fobisinin yanısıra bir çok fobi bulunabilir. Fobi türleri hakkında genel bir bilgi edinmekte yarar var. Ancak tanımlanmayanlar modası geçenler (örneğin sifiliz 40 yıl önce çok yaygındı) ve yeni çıkanlar var. En yaygın olanı Agorofobi dilimize açık alan ya da meydan korkusu olarak çevrilebilir.

Evden ve yakın çevreden ayrılma korkusu şeklinde tanımlanabilen bu fobi, uçuş korkusuna sıkça eşlik ediyor. Klostrofobi, kapalı, dar, basık alanlarda hissedilen endişedir. Bu da bazı uçuş korkularında var. Uçağın kapıları kapandığında başlıyor. Movie-fobi (hareket, sarsıntı korkusu) bu da başka türü. Virajlı yollardan, deniz otobüsünden, depremden ve türbülans korkuya neden oluyor. Başka fobi türleri örneğin kirlilik (mizofobi), su (hidrofobi), fırtına (kerauno-fobi), yılan (ophidio-fobi), kalabalık korkusu (ochlo-fobi), karanlık korkusu (nycto-fobi), yükseklik (akrofobi) gibi. Hatta fobi fobisi bile var (fobisi

olmasından aşırı korkma).

Kısacası fobikseniz kendinizi yalnız hissetmeyiniz. Birçok kişiyle aynı duyguyu paylaşıyorsunuz. Şu nokta çok önemli uçuş fobinizin yanısıra başka fobiniz olması, klastrofobi, agorofobi yükseklik fobisi ya da panik atak içeriyor olması tedavinizi güçleştirmeye uygulanan yöntemle korkunuzu yenebilir hatta başka fobileri de yenme potansiyeli kazanabilirsiniz.

### Uçuş Fobisi Nasıl Gelişiyor?

Neden bazı insanlar uçuş korkusu yaşarken diğerleri tam tersine uçmaktan hoşlanırlar? Aslında uçuş korkusu normal kabul edilebilecek bir korkudur. Bir araştırmaya göre insanların %85'inde şu ya da bu derecede uçuştan korku ya da tercih etmeme vardır. Tıpkı sudan ve denizden korku gibi. Çok az çocuk ilk yıkanışında olumlu tepki verir. Sonra yavaş yavaş suya alışır. Sonra denize. Ancak uçuş korkusunun bu kadar kolay yenilmesi için günlük hayat içinde o kadar olanak yoktur. Bu yüzden ilk uçuşta herkes şu ya da bu şekilde heyecanlanır. Sonuçta sıkça varolan bu korku ile olumlu destekleyici ortamlarda karşılaşmış olanlar şanslıdır. Tersine olumsuz şartlarda ve sıkça negatif koşullanmış olarak karşılaşırsa bu korkunun fobiye dönüşmesi kolay olmaktadır. Yapılan birçok çalışma uçuş korkusu ile stres arasındaki bağı göstermektedir.

Birçok kişi, ilk uçağa binişte yüksek korku yaşamaları ile o sıralarda başka bir nedenle yaşadıkları akut ya da kronik stres yaşıyor içinde olmaları arasındaki yüksek rastlantıyı tanımlamaktadır. Hatta birçok kez korkusuzca uçağa binmiş insanlarda da uçuş korkusu oluşmasına yolaçan başka bir nedenli yoğun stres görülebilir. Bu strese neden olabilecek major yaşam olayları yaşıyor olma (boşanma, iş kaybı, yakınlarının ölümü vb.) ya da birikmiş minor yaşam olayları olabilir ve birden uçuş korkusu hissedilebilir. Hatta pilotlarda ve diğer uçuş ekibinde de bu nedenlerle sonradan uçuş fobisi ortaya çıkabilmektedir.

Uçuş korkusu genellikle 20-30 yaş arasında kendini göstermektedir. Bu korku cinsiyet, ırk, din, meslek ayrımı göstermeksizin herkesi tutabilmektedir. Ancak entellektüel, mükemmelliyetçi ve evhamlı titiz (obsesif) insanlarda daha sık görülmektedir. Her kim olursa olsun uçuş korkusu olan birey stres yönetimi öğrenmelidir. Çünkü anksiyete, gerginlik bu korkunun başlatıcısıdır.

### UÇUŞ KORKUSU EĞİTİM PROGRAMI

Türkiye ' de ilk kez başlatılan eğitimimiz teorik ve uygulamalı olarak iki bölümden oluşmakta. Uçuş korkusu olan kişiler eğitim öncesi uzmanlarımızla bir ya da birkaç görüşme yapıyor. Görüşmeler sonunda problemin boyutları saptanarak birbiriyle uyumlu olabilecek gruplar oluşturuyor.

Teorik uygulamanın ilk aşamasında en önemli konu; grup dinamiği. Daha sonra uçuş korkusu ve fobiler hakkında bilinçlenme ve Sn.Uğur Cebeci' nin ve diğer uçuş personelinin katkılarıyla havacılık ve uçaklar hakkında bilgilendirme sağlanıyor.

1. gün Stresle baş etme , ardından da uçuşa olumlu koşullanabilme ve motive edebilme öğretiliyor.

Uygulamalı eğitimin ilk aşaması ise 2. gün gidilen uçuş eğitim merkezinde Simulatörle, uçağın hareketleri ve tirbulans gerçeğe yakın olarak yaşanabiliyor. Bu uygulamada korkulan objeye karşı duyarlılığı yavaş yavaş azaltmak hedefleniyor.

3.gün ise gerçek bir uçakla 1 saati geçmeyen bir yolculuk yapılıyor. Uzmanlarımız gruba eşlik ediyor ve terapi uçakta tamamlanıyor. Geri dönüş ise herkes için en kolayı. Dönüşte gruba 1 ay içinde 3. bir uçuş önermek dışında başka bir şey önerilmiyor. Bu uygulamanın başarı oranı %80. Dünyada Uçuş fobisinin tedavisine yönelik çalışmalarda başarı ortalamaları % 70 - 75 arasında değişiyor.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi

### YEME BOZUKLUKLARI

Anoreksiya Nervosa:

Aşağıdakilerin varlığı halinde bu rahatsızlıktan bahsedilmektedir.

1-Bulunduğu yaş grubu ve boy uzunluğu açısından normal kabul edilen en az kilo ya da bu ağırlığın üzerindeki bir kiloyu kendisi için uygun bulmayı,kabul etmeme.

2-Yas ve boy göz önüne alındığında beklenenden daha düşük bir kilosu olmasına rağmen kilo almak veya şişmanlamaktan aşırı derecede korkma.

3-Kişinin kilosu ya da vücut şeklini algılayışında bozukluk vardır. Kişinin kendini değerlendirişinde kilo ya da vücut şeklinin ,olağandan çok daha fazla ve anlamsız ölçüde bir yer kaplaması veya o anki kilosunun düşük olmasının öneminin farkına varmama.

4-Bayanlarda birbirini izlemesi gereken en az 3 adet döneminin olmaması

Bu rahatsızlığın kısıtlı ( bu durum yaşanırken kişide bir anda "patlayıncaya dek" yeme ya da kendini kusmaya ya da lavman- idrar söktürücüler ile yediklerini çıkarma davranışının olmadığı) tip ya da bu sayılan davranışların olduğu tiksindircesine yeme/ çıkartma tipi olarak 2 şekli vardır.

Hastaların çoğunun düşünce içeriği yemek ile ilişkilidir. Kimileri kalan, artan, yiyemedikleri yiyecekleri bırakamayıp, biriktirir, bazıları da hiç yapamayacağı yemek tariflerini edinmeye çalışabilir. Topluluk içinde yemek yeme konusunda isteksiz davranabilirler. Başlangıç ta çevrelerinden ilgi ve beğeni görmek için , kendileri üzerinde kontrol sağladıklarını görmek amacıyla alınan besinleri kısıtlamaya başlarlar. Eski kilolarına ya da çevrelerinde görünüm olarak beğeni kazanan kişilerin kilosuna inmek için hedef belirler. Kendileri gün içinde farklı zamanlarda tekrar tekrar tartar Tıkınırcasına yeme-çıkartma tipine ait grubun alkol-madde kötüye kullanımı, daha çok duygusal durumda dalgalanmalar ve cinsel aktivitelere sahip olup, dürtülerini kontrollerinin daha zor olduğu gözlenmiştir.

Kişiler kilo kayıplarını arttırmak için fiziksel egzersizler yapar ya da yorucu fiziksel uğraşlar içine girerler. Öyle ki kişi daha çok enerji harcayıp, kilo verebilmek için oturmayı, ayakta durmayı yeğleyebilir ya da durduğu yerde el ve ayaklarını hareket ettirebilir. Kişinin toplumsal ilişkileri azalabilir. Sadece is, fiziksel egzersiz ve kilo düşünceleri ile ilgilidir. Bir deri bir kemik kalsa bile kilolu olduğu düşüncesindedir. Kişiler kendilerine listeler hazırlayarak kendilerine yasakladıkları yiyecekleri belirterek, bunları yemeyeceklerine yeminler ederler. Yarım kilo bile almaları onları zayıflıktan şişmanlığa geçtikleri şeklinde düşündürür. Uzun süre bir konuya dikkatlerini veremezler . Kendilerine güvensizlik yoğun bir şekilde kendini hissettirmektedir. Gitgide sosyal çevrelerini kısıtlarlar.

Çocuk gelişiminin erken evrelerinde, anne-çocuk iletişimde çocuğun kendi başına,özgür davranışları üzerine yapılan müdahalelerin önemine dikkat çekilmektedir.

Anoreksia başlangıcı sonrasında genellikle obsesif- kompulsif davranışlar başlayabilir. Özellikle temizlik saplantıları ( ev temizliğine yönelik aşırı aktiviteler gibi) ve ders çalışma ile ilgili saplantılara rastlanabilir. Cinsel gelişimlerinde sorun olduğu gibi , cinsel isteksizlik ve diğer cinsel sorunlar da beraberindedir.

Bu kişilerde hastalığın yol açtığı vücutsal değişimler:

Hastalarda kansızlık, vücut su- tuz dengesinin bozulması, kanda kolesterol ve üre düzeylerinin artışı, karaciğer enzimlerinin yükselmesi, tiroid bezi hormonlarının düşmesi, kadınlarda ostrojen dediğimiz kadınlık hormonu ,erkeklerde testesteron denen erkeklik hormonu düzeylerinde düşme sonucu cinsel işlevlerde azalma, kalp atımında azalma ve düzensizlikler, beyin boşluklarının beyin dokusuna oranla kapladığı hacmin artışı oluşabilmektedir.

Kimlerde görülmektedir:

Bu rahatsızlık düzenli ve bol çeşitli yemek yeme olanaklarının olup, göze hoş görünmenin zayıf bir vücut yapısı ile paralel düşünüldüğü batı toplumlarında, kentsel alanlarda daha çok gözlenmektedir. Hastaların % 90-95 i kadındır. Anoreksia nervosa genç kızlarda % 0,5 oranında saptanmakta, genellikle 12-25 yaş arasında rastlanmaktadır.

Son yıllarda yurt dışında yapılan çalışmalara göre hastalığın yüz bin kişide 15-20 arasında görüldüğü saptanmıştır.

Rahatsızlığın oluşumunda etkili risk faktörleri:

- Yaşanılan sosyo-kültürel çevrenin etkisi ile zayıflığın kesin güzellik ölçütü olması durumu yaygınlaştırmaktadır. Bazı mesleki alanlar ( hosteslik, modellik, dans ve müzikle uğraşanlarda) bu yüzden özellikle risk altındadır.

-Bu rahatsızlığı olanların ailelerinde depresyon, alkolizm, şişmanlık ve gene bir yeme bozukluğuna daha

çok rastlanmaktadır. Bu kişilerin annelerinin daha çok diyet yapıp, yeme bozukluğunun olduğu, sürekli diyet yapma düşünceleri ile haşır nesir oldukları, kızlarının da diyetleri konusunda yoğun düşünceler içinde olabildikleri gözlenmiştir.

- Aile yapıları itibarıyla, bağımsız hareket serbestisinin verilmediği ve aile işleyişi açısından yeterli keyif alınmayan doyum sağlanamayan ilişkilerin varlığı.

-Öncesinde var olan aşırı şişman beden yapısı

-Çocukluk çağı başlangıçlı diabet ( seker hastalığı) varlığı

- Geçmişte yaşanan cinsel, fiziksel tacizler.

Rahatsızlıktaki kişisel düşünce yapıları:

- Kişisel açıdan kendilerini yardıma muhtaç ama yardım edilemez görürler

- Kendi ve çevreleri üzerindeki denetimi kaybetme korkuları vardır.

- Aşırı bir şekilde başkalarının görüşlerine bağımlı olarak özgüvenlerini koruyabilen, onların yeterli ya da olumlu desteği olmadığında kendilerini bir hiç olarak görürler

- Bir şey ya tam olmalı ya da hiç olmamalı şeklinde bir düşünce yapısı olan kişilerdir.

Hastalığın seyri:

Hastaların yarısının ilerleyen dönemde iyileştiği, dörtte bir oranında hastanın kısmen iyileştiği, ancak bir miktar yakınmalarının sürdüğü belirlenmiştir. Hastalık sonucu olum oranının % 5 civarında olduğu gözlenmiştir.

Hastalığın gedisine olumsuz etki yapan faktörler:

-Ailede aşırı geçimsizlik, tartışmalı ortam

-bulimianın hastalığa eslik etmesi

-Kusma, dışkılamayı arttırıcı ilaç kullanımları

-Obsesif-kompulsif, histerik, depresif, nörotik davranış yapıları, zeminde bulunan psikiyatrik sorunlar nedeniyle, kişide vücutsal yakınmaların fazlaca gündeme gelmesi (gastrit, kolit vb.)

-Hastalığı inkar eden davranışlar içine girilmesi.

Hastalığın gedisini olumlu etkileyen etmenler arasında ise erken başlangıç yaşı, hastalığı kabul etmek ve kendine güvenen bir kişilik yapısının bulunması sayılmaktadır.

Tedavi:

Psikoterapide hastanın kendi duygularını uygun bir şekilde ifade edebilmesi, yeme davranışı üzerine kurulu yanlış düşünce tarzının değiştirilmesi, vücuduna yönelik olumsuz algılamaların düzeltilmesi, özgüvenin oluşturulması, kişilerarası sorunların belirlenip, çözümüne yönelik bir yaklaşımın oluşturulmasına çalışılır.Tedavide davranışçı terapi, aile terapisi ve grup terapisi kullanılabilir

Bulimia Nervosa:

Aşırı ölçüde , adeta " aksırınca, tıksırınca, patlayınca dek" krizler halinde tekrarlayan yemek yeme nöbetlerinin olduğu bir rahatsızlıktır. Aşağıdaki iki belirti bu duruma eslik etmektedir.

1-Belirli bir süre içinde , benzer durumdaki pek çok kişinin yiyebileceği besin miktarının çok daha fazlasının tüketilmesi

2- Bu durum yaşanırken yemek yeme üzerine kişide kontrolün kaybı hissi olur (yemeği sonlandıramayacağı , miktarında aşırıya kaçıp, kontrol sağlayamayacağı hissi).

Kişi kilo almamak için isteyerek kusma, dışkılamayı arttırıcı ya da idrar sokturucu ,yan etki olarak zayıflama yapabilecek ilaçları kullanır. Yemek yemeyi kendine yasaklayıcı tutumlar ya da normalden daha çok fiziksel aktivite ya da yoğun kültür fizik hareketleri gibi uygun olmayan telafi edici, kompanse edici davranışlar içine girer.

Tıkınırcasına yemek yeme ve uygun olmayan telafi davranışları en az 3 ay süre ile en az haftada 2 kez görülmektedir.Kişinin kendine bakışında vücut şekli ve kilosu önemli bir yer işgal edip, sahip olunan özellikler normalden çok daha fazla etkili olmaktadır.

Rahatsızlığın 2 tipi vardır. Birincisinde düzenli olarak kusma, idrar sokturucu ve dışkılamayı arttırıcı ilaçlar kullanılmaktadır. İkinci şekilde ise kişide bunun yerine yemek yememe ya da anormal derecede fiziksel aktivite ya da vücut egzersizleri gibi alınan kalorileri telafi edici davranışlar görülmektedir.

Patlarcasına yeme süreçleri çoğunlukla 2 saatten kısa süre içinde olmaktadır. Bu arada daha çok karbonhidrat içeriği fazla olan tatlılar, pastalar gibi kalorigen zengin besinler tüketilmektedir. Kişiler bu davranışlarını gizlemeye çalışır ve bu davranışlarını kıyıda, köşede sergilerler. Bu yeme davranışları planlı olabileceği gibi, aniden bir anda da başlayabilir. Yeme davranışı çok hızlıdır. Bu durum çevresel stres etkenleri ile tetiklenir. Atıştırma atakları alışılan aralıklarda ya da öfke, gerilim, yalnızlık ya da depresif duygulanımın olduğu dönemlerde tetiklenebilir. Yemek yenirken geçici bir süre gerilim duserse de sonrasında bunu çokluk ve pişmanlık düşünceleri izler. Ya kendisi kusar ya da kusmaya veya dışkılamaya yardımcı olabilecek ilaçlara yönelir.

Bu kişilerde ilerleyen dönemlerde alkol-madde bozuklukları , depresif durumlar görülebilmektedir. Bu kişilerin daha çok kişilik bozukluklarına sahip olduğu ( daha çok sınırda kişilik bozukluğu) gözlenmiştir.

Toplumda kadınlar arasında % 1-3 oranında görülmekte, daha çok erişkinliğe geçiş döneminde başlamaktadır. Ailelerinde de bu rahatsızlığa ya da madde kötüye kullanımı ya da depresif rahatsızlıklara daha yüksek oranda rastlanmaktadır.

Bulimia çocuklukla önceden şişman olan kişilerde görülse de madde kullanımı ya da anoreksiya takiben de gelişebilmektedir. Kişinin vücuduna yönelik olumsuz değerlendirmeleri anoreksiya göre daha fazladır. Bazı durumlarda kişi yiyecek maddeleri çalar ya da para çalarak gıda maddelerini bu amaçla elde etmeye çalışır.

Depresyon genellikle hastalığa eşlik eder. Bu kişilerde madde kullanımları özellikle yoğun alkol kullanımı da görülebilmektedir. Kadınlarda çoğunlukla adet düzensizlikleri oluşmakta, bazı hastalarda tansiyon düşüklüğü ve kalp atım sayısında azalmaya rastlanmaktadır.

Kusmalar nedeniyle hastanın su-tuz dengesi bozulabilir. Yemek borusu hasarları, tükürük bezlerinde büyüme ve diş çürümeleri görülebilir.

Tedavi:

Hastalarda ilaç tedavisi yanında psikoterapi de etkilidir. Psikoterapide hedeflenenler anoreksiada bahsedilenler gibidir

Orthoreksia Nervosa:

Son zamanlarda doğal hayatın bozulması, hava kirliliği, artan kanser vakaları, kalp hastalıkları vb. nedenlerle herkes yedikleri, içtikleri besinler üzerinde daha titizlikle durmaya başlamış durumdadır. Ailesi İstanbul dışından gelmiş olanlar kendi yörelerinin ürünlerini bulmaya çalışmakta, konuşmalarında o günlerin meyva, sebze yada etlerinden nostaljik bir tad alarak bahsetmektedirler. Bu durum tabii ki ailesi İstanbul kökenli olanlar içinde geçerlidir. Onlar da Çengelköy salatalıkları, Yalova elmaları, Kanlıca yoğurtlarından benzer bir şekilde bahsetmektedirler. O dönemlerde yapay gübreler yoktu, toprağın özelliği de doğal olarak farklıydı. O koşulları aynı şekilde tekrar oluşturamayız. Fakat bir an için düşünün ki, sadece en katkısız, en doğal, en temiz , en taze besini almak için seferber olmuştunuz. Hatta tazelik öyle bir düzeydeki sizin için topraktan çıkartılan sebze 15 dakika geçmeden sizce yenilmeli, hiç buzdolabına girmemeli, hiçbir şekilde endüstri ortamından geçmemeli . Bunun için her defasında üreticinin bulunduğu ortama bile gitmeniz gerekebilir. Belli miktarda suyla haşlamanız ya da belli sürede haşlamanız, kızartmamanız gerektiğine inanıyorsunuz ve bunu ancak evinizde sağlayabilirsiniz, çünkü diğer insanlar sizin gibi yemek yemiyorlar. Ne kadar zor bir durum değil mi?



Henüz tüm dünya psikiyatristlerinin ortaklaşa bir şekilde oluşturdukları geçerli tanısal sınıflandırmalarına girmemiş olsa da günümüz dünyasında sık olarak bu durumdaki kişilerle karşılaşmaktayız. Rahatsızlık ismini Eski Yunancada saf, doğru ve gerçek anlamındaki 'ortho' sözcüğü ile besinlerini kısıtlama ile karakterize bir yeme bozukluğu olan 'anoreksia nervosa' adlı rahatsızlığın bileşiminden almaktadır.

Bu kişiler sadece doğadan geldiği gibi saf besinlerle beslenmeyi hedefleyip, onun haricindekilerden kaçınan kişilerdir. Bu gıdalardan ne kadar yiyecekleri, bunların nereden ,ne koşullarda geldiği ile aşırı ilgilidirler. Bu turden gıdaları hangi mekanlarda bulabileceklerini araştırıp, buralara yönelirler. Hayatları neredeyse tükettikleri besinlerin sağlıklılığı üzerine kurulmuştur. Besinleri bozan nedenler ya da bozulmayı önleyecek katkı maddeleri üzerine yoğun bir şekilde odaklanmışlardır. Kişiler uzun süreli olarak mükemmel ,en saf diyet peşindedirler. Genellikle vegeteryan bir beslenme düzenine sahiptirler.

Orthoreksia , anoreksia nervosa'ya ( kişinin kendine göre aşırı kilolu olduğu düşüncesiyle, bazen çok zayıf olmasına rağmen yemek yemeyi kesmesi durumudur) besinlerin kısıtlanması yönünden benzemektedir. Ancak anoreksiada alınan besin miktarı ve tipi kısıtlanırken, ortorekside besinin kalitesi üzerine odaklanılmaktadır. Ayrıca alınan besinlerden en iyi şekilde yararlanmak için uzun süre, aşırı bir şekilde ağız içinde çiğneme gibi davranışlar gözlenmektedir. Katkı maddeli gıdalardan , şeker ve tuzdan kaçınılır, sadece çiğ sebze ve meyve ya da sadece pişirilmiş gıdaların tüketimine yönelinmektedir. Bunun sonucunda kişinin alması gereken protein, vitamin, mineral ve yağlar alınmadığından kişide kansızlık, kemik erimesi, hatta ileri durumlarda ölümlerle karşılaşılabilir.

Kişi bu durum nedeniyle hayatını olduğu gibi ,dolu dolu ve rahat bir şekilde yaşayamamaktadır. Bireyler aşırı kaygılı bir duruma gelmekte, etraflarındaki kişilerin de beslenmesine bu şekilde yön vermeye çalışmaktadırlar. Kişinin geçmişinde yaşadığı ağır sorunlar nedeniyle , çevresi ve dış dünya ile olan sorunları ile aktif bir şekilde başa çıkamaması ya da gereken tepkileri verememesi nedeniyle, varolan kaygısını yenebilmek için bilinçaltı bir savunma mekanizmalarıyla düşüncelerini başka bir konuya odaklaması sonucunda gerçekleşmektedir.

Burada önemli olan nokta normal ve anormali ayırmaktır. Kısa süreli olarak kişilerin doğal besinlere önem vermesi, bazı besinleri geçici olarak terketmesi bu rahatsızlığın kapsamına girmemektedir. Rahatsızlığı olan kişiler normalden farklı olarak sosyal, mesleki işlevselliklerinde bozulmalar gösterirler. Günlük hayatları besinlerin niteliğini düşünmekle geçmektedir. Bunun altında günlük yaşam olayları ile baş edemeyip, günlük streslerden kaçınma çabaları yatabilmektedir. Kişilerin çevreye ve kendileri dışındakilerin hazırladıkları gıdalara olan güvensizliklerinin temelinde kendilerine olan güvensizlikler, yetersizlik duyguları yatabilmektedir. Bu şekildeki davranışları ile çevrelerin karşı kendilerini daha güçlü, çevrelerini etkileyebilecek, doğruyu gösterecek bir öğretmen gibi hissedebilirler. Yaşanan çaresizlikleri ya da sorunları zihinlerinden bu şekilde uzaklaştırarak, tutunacakları, söz sahibi olacakları bir durum oluşturmuş olurlar. Bu durumdaki bireyler genel olarak dış dünya hakkında olumsuz düşünmekte, ancak bu düşüncelerden kaçabilmek için bu duygularını sadece besinlerin olumsuz bir şekilde hazırladıkları yönünde bir düşünceye çevirmektedirler. Sürekli olarak mükemmellik peşinde koştukları için , bunu gerçekleştirememeleri kendilerinden, çevrelerinden memnun olmamaları bu alana yansımış ve mükemmel gıdalara yönelerek, bu amaçlarını dolaylı olarak gerçekleştirmelerine hizmet etmiştir.

Bu kişilerde sıklıkla evlilik , cinsellik, mesleki ortam, ailesel ilişkiler ve kendilerini algılayışları ile ilgili sorunlara rastlanmaktadır. Daha çok 20-40 yaş grubu arasında ,genellikle kadınlarda, sosyoekonomik ve kültürel düzeyi yüksek kişiler arasında görülmektedir. Bu durumdaki kişilerin daha çok kentsel alanlarda yaşadıkları düşünülmektedir.

Bu durumdaki kişiler günde en az 3 saatlerini besinleri düşünerek geçirmektedirler. Ertesi gün yiyecekleri besinleri bugünden planlamaktadırlar. Yediklerinden zevk almak yerine ,bunu bir erdem olarak görürler. Bu konuda çok katıdırlar, bu alışkanlıklarından taviz vermezler. Bu şekilde yediklerinden dolayı kendilerine verdikleri değeri artmış hissederek, özgüvenlerini arttırırlar. Bu şekilde beslenemeyenleri küçümserler. Bu kişilerin bu şekilde besinleri bulma ve hazırlamaları kendi evleri dışında mümkün olmadığından dışarıda bir şey yemez ve içmezler, başka şehirlere ya da misafirliğe gitmemeye ya da gitseler bile orada yememeye özen gösterirler. Genellikle bu sebeplerden yalnız yemek yemeyi yeğlerler, zaman içinde toplumdan uzaklaşmaya başlarlar. Nadiren bu tür besinler dışında yemek zorunda kaldıklarında , bundan dolayı büyük bir suçluluk, pişmanlık içine girerek üzüntü duyarlar. Bu şekilde beslendiklerinde kendi üzerlerinde kontrol sağladıklarını hissederek daha rahat olduklarını varsayarlar.

Tedavilerinin psikiyatristlerce bireysel ya da grup terapileri ile yapılması uygundur. Bireysel terapilerde kişinin geçmiş yaşantı öyküsü alınarak, yaşadıkları zorluklar karşısında kullandıkları uygunsuz başetme mekanizmalarının gösterilerek, uygun savunma mekanizmaları geliştirilmesi, kendilerine, çevrelerindeki ve dış dünyaya karşı olan olumsuz bakış açılarının düzeltilmesi sonucunda bunların

uzantısı olan bu tür davranış ve düşünce yapılarının düzeltilmesi amaçlanır. Tedavi edilmediği takdirde kansızlık, kemik erimesi gibi vücutsal rahatsızlıkların görülmesi yanında, genelleşmiş kaygı bozukluğu, panik ataklar ve depresyon gibi ruhsal hastalıklara da yol açabilmektedir

Bu durumda olan kişilerin tedavi için psikiyatristlere yönelmesi gerekmektedir. Çünkü sadece bu rahatsızlık bir buzdağının su yüzünde görülen kısmını oluşturmaktadır. Daha derinlerde kişilik sorunları, kaygı bozuklukları, saplantı-zorlantı bozukluğu bulunabilmektedir. Unutulmaması gerekli olan gıdalarımızı en uygun ve faydalı bir şekilde almaya çalışırken, ruhsal dünyamızı uygunsuz, sağlıksız duruma getirmemektir.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **ZEKA VE ZEKA GELİŞİMİ**

1905 yılında Alfred Binet ve Theodore Simon davranış sorunları olan çocukları zeka geriliği olanlardan ayıracak bir test geliştirmeyi başardılar. Fikir Fransa'da yaşayan, davranış bozukluğu olan çocukların zeka geriliği olan çocukların bakımsız durumdaki sınıflarına gönderilmelerini önlemek için çıkmıştı. Test kabiliyet açısından en alt seviyedeki çocuklar dışında akademik performansı önceden tahmin edebilme açısından başarılıydı. Binet testinin bir değişik biçimi olan Stanford-Binet, daha sonraları tüm Amerikan okullarında seçkin olarak kullanılmaya başlandı. Sonunda Stanford-Binet daha önceleri kullanılmakta olan Wechsler gibi ölçekler ve Otis testi gibi grup ölçekleri de dahil olmak üzere diğer bazı testlerle birleşti.

Bu testler o kadar başarılıydı ki, bir Harvard psikologu olan Edward Boring 1920 lerde; zekanın bu testlerle ölçülenden hiçbir farkı olmadığını ileri sürüyordu. Bazıları Boring'in tanımlamasını çok yuvarlak bulabilir, ancak o burada A.B.D. de ve deniz ötesi ülkelerdeki zekanın özellikleri ve ölçümü hakkındaki genel düşünceyi yansıtmaktadır. Bu güne kadar psikologlar kadar bir çok psikiyatrist de zekayı testlerin ölçümünü esas alarak değerlendirmişlerdir.

Giderek artan miktarlarda kanıtlar psikolojik testlerin zekanın bütününe değil, sadece bir bölümünü ölçtüğünü ortaya koymaktadır. Bir kaç ay boyunca bu sütunda zekanın özelliklerini ve genetik faktörlerin zeka üzerine etkileri gözden geçirilecektir.

Araştırmacılar tüm dünyada zeka üzerine dolaylı ve o bölgeye özgü teoriler üretmişlerdir. İnsanların zeka kavramı hakkındaki sezgileri testlerde temsil edildiğinden çok daha geniştir. Bir çok çalışmada insanlara zeka kavramından ne anladıkları sorulmuştur. Pratik problem çözümü, sözel kabiliyet, ve sosyal beceri gibi faktörler cevaplar arasında en fazla yer alanlardır. Sözel kabiliyet uygulanan testlerle ölçülmektedir ancak genellikle sosyal beceri ölçülmemektedir.

Zekanın kavramsallaştırılması etnik gruplara bağlı olarak değişmektedir. Örneğin; Kaliforniya'da değişik gruplarda yapılan bir çalışmada, Latin ailelerin zeka tanımında sosyal beceri kabiliyetinin üzerinde dururken, Asya ve Anglosakson ailelerin bilişsel becerileri vurguladıkları görülmüştür. Öğretmenlerin zeka kavramına bakışları daha çok Anglosakson ailelere benzemektedir. Şaşırtıcı olmayacak şekilde, bu grup ailelerin çocukları muhtemelen onların sosyal yapılarının ve okuldan beklentilerinin uyum sağlaması nedeniyle okulda daha başarılı olmaktadır.

A.B.D. dışındaki ülkelerde teste bağımlı görüşlerden giderek uzaklaşma dikkati çekmektedir. Tayvan'da yapılan bir çalışmada zeka; yalnızca geleneksel bilişsel kabiliyetleri içermekle kalmamış ayrıca kişiler arası beceri (diğer insanları anlayabilme), kendisini anlayabilme, kişinin zekasını ne zaman göstereceğini ve ne zaman göstermeyeceğini bilmesi kavramlarını da kucaklamıştır.

Fakat dolaylı teoriler bütün hikayeyi anlatmamaktadır. Zekanın performans dayalı tanımlamaları da vardır. Geleneksel zeka testleriyle ölçülebilen becerilere ek olarak onlardan farklı en az iki becerinin daha olduğu ortaya çıkmaktadır; yaratıcı beceriler ve pratik beceriler. Yaratıcı becerilerle ilgili bir seri çalışmada katılımcılardan "2985" sıra dışı başlıklarla ilgili hikaye yazmaları, "bir böceğin bakış açısından dünya" gibi sıra dışı başlıklarla ilgili resim kompozisyonları çizmeleri, "papyon kravatlar" gibi sıkıcı ürünler hakkında reklam metinleri oluşturmaları, veya aramızda saklanarak yaşayan dünya dışından gelen yaratıkları nasıl tanıyacağımız gibi sorunlara çözümler üretmeleri istenmiştir. Bu araştırmalardaki performanslar geleneksel zeka testlerinin skorları ile düşük seviyelerde korelasyon gösterdiği kanıtlanmıştır.

Pratik zeka becerilerinin IQ ve ilgili ölçümlerden bağımsız olduğuna dair daha bir çok kanıt vardır. Pratik

zeka becerileri; bir insanın işini yaparken karşılaşılabileceği çok rastlanan problemleri çözebilme yeteneğini gösterir. İş adamları, akademik psikologlar, ticaretle uğraşan insanlar, öğretmenler, ve askeri liderler ile yapılan çalışmalarda pratik zeka test skorlarının IQ ile uyuşmadığı gözlenmiştir. Sonuçta mesleki performansın öngörülmesi hakkında pratik zeka, IQ ya oranla daha gerçekçi görünmektedir. Kenya'da çocuklarla yapılan bir çalışmada; çocukların enfeksiyonlarla savaşmada, daha önce öğrenmiş oldukları bilgilerle, doğal bitkisel ilaçları nasıl kullandıkları ile ilgili pratik zeka testleri uygulanmıştır. Kenya'da bu bilgiler çok yaygın şekilde bilinmektedir. Bu nedenle geleneksel zeka test ölçümleri ile belirgin negatif korelasyonlar bulunmuştur.

Bir diğer çalışma serisinde; lise öğrencilerinde; analitik, yaratıcı ve pratik becerilerin birbirlerinden bağımsız olduğu bulunmuştur.

Özet olarak kanıtlar, zekaya ulaşmak için IQ dan fazlasına ihtiyacımız olduğunu göstermektedir. geleneksel analitik beceriler kadar yaratıcı ve pratik becerilerde etkili olmaktadır. Bu beceriler analitik becerilerden göreceli olarak bağımsızdır, ancak bunlar geleneksel testlerde çok az ölçülmekte yada hiç göz önüne alınmamaktadır. Zeka becerilerinin sınırlarının daha geniş tutulduğu yeni testler geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Esasında geleneksel zeka testlerinin bu kadar baskın olarak kullanılmasının bir nedeni de psikometrik değerlendirme araçlarının yetersizliğidir.

Zekanın davranışsal genetik araştırmalarının yapıldığı alan eski, genel bilişsel kabiliyetlerin ölçüldüğü IQ testlerini kullanmaktadır. Bu alanda yeni gelişmeler neredeyse hiç olmamaktadır. Davranışsal genetik araştırmalarda bilişsel kabiliyetler kavramsallaştırılırken, hala beceriler içinde genel bilişsel kabiliyetlerin en üstte tutulmaktadır.

Zekanın psikometrik teorilerinin araştırılmasında bütün güç zekanın davranışsal-genetik çalışmalarına verildiğinden, bu çalışmaların sonuçlarının zekanın genel bilişsel beceri kavramının bakış açısından olması şaşırtıcı değildir. Birkaç yıl önce varılan ortak kararlar genel bilişsel becerilerde gözlenen bireysel değişikliklerin %50 sinin genetik değişkenlikler ile açıklanabileceği sonucuna ulaşıldığından, davranışsal genetik model, zekanın psikolojik teorilerine yer sağlayacak şekilde bir gelişim göstermemiştir.

Her ne kadar IQ daki bireysel değişikliklere etkili önemli genler tanınmış olsa da bu etkenler değişkenliğin yalnızca yarısını açıklayacak değerdedir.

Bu güne kadar, davranışsal genetik araştırmalar genel bilişsel etiolojide becerileri adres göstermişlerdir. Psikolojinin diğer alanları insan becerilerinin çok boyutluluğunun farkında iken, davranışsal genetik alanı genel bilişsel becerilerin imparatorluğunda kendini adanmış bir asker olarak kalmıştır. Her ne kadar genel bilişsel becerilerin genetik geçişi ile ilgili buluşlar güvenilir ve bir sonuca götürücü olsa da genel bilişsel beceriler insan becerileri alfabesinde sadece bir harf olarak gözükmemektedir. İnsan zekasının modern olarak ölçümü; Charles Darwin'in kuzeni olan Sir Francis Galton'un 19. yüzyılın ikinci yarısında İngiltere'de basit bir teoriden (insanlar bilgileri duyuları ile edindiklerine göre en zeki insanlar en gelişmiş duylara sahip olanlar olmalıdır) bir test geliştirmesiyle başladı. Galton; duyu, motor ve reaksiyon zamanı işlevlerinden oluşan ve sonuçları tutarlı ve güvenilir olan bir test geliştirdi. Sonuçta 20. yüzyıla kadar Galton dışındaki insanlar tarafından geliştirilen testler bu karmaşık yapının değersiz ölçümleri olarak gösterildi.

Binet açılışı 1905 yılında ilk "gerçek" zeka testini basarak yaptı. Binet'in testi; bellek, yargılama ve sonuç çıkarma fonksiyonlarının sorgulandığı bir çok bölümden oluşmaktaydı ve genel zeka teorisini temel alıyordu. O, zeka yaşı kavramını tanıtan, karmaşık insan zekasını ölçebilmek için araştırmacının ölçüm hatalarını kabul etmeye razı olması gerektiğini ısrarla belirten Galton'un üzerinde durduğu sözel olmayan becerilerden daha çok lisan üzerine odaklanmıştı. Stanford üniversitesinden, aynı zamanda "g" (genel bilişsel beceri) ye inanan bir insan olan Lewis Terman, Binet-Simon ölçeğinin A.B.D.'de standardizasyonunu yapmıştır. 1916 yılında Stanford-Binet testini yayınladığında zeka testlerinin tartışmasız lideri olmuş ve yaklaşık son 50 yıla kadar böyle kalmıştır.

A.B.D. de IQ testlerine etki eden ikinci büyük olay Amerika'nın 1917 yılında birinci dünya savaşına girişidir. Askere alınan büyük sayılardaki askerlerin kısa süre içinde test edilmelerinin gerekliliği, gruplara uygulanacak zeka testlerinin geliştirilmesini sağladı. Army Alfa (Binet benzeri çoktan seçmeli dil becerilerinin testi), ve Army Beta (sözel olmayan bölümlerin birleştirilmesi ile geliştirilmiştir) İngilizce'yi çok iyi bilmeyen göçmenlerin değerlendirilmesi için geliştirildi. Son olarak da simülasyonla suçlanan askerler ve grup düzeninde yeterince değerlendirilemeyenler için bireysel olarak planlanmış olan Ordu Performans Ölçeği, geliştirildi. Savaş sırasında bu araştırmalardan; IQ testlerinin yetişkinler için kullanılabileceği (yalnızca çocuklarda değil), bu testlerin geçerli olduğu (yaklaşık iki milyon askerden elde edilen bilgiler analiz edildi) ve tartışmalara yol açabileceği (savaş zamanı yapılan bu araştırmalar ırkçılık

ve aşağılama seslerine neden olmuştur) gibi sonuçlar çıkarılmıştır.

Binet, Terman, ve savaş zamanı psikologları ile 21. yüzyılda ulaştığımız klinik görüşlerin arasındaki bağlantıyı sağlayan bir adamdır: David Wechsler. Birinci dünya savaşı sırasında bir klinik araştırmacı olan Wechsler; İngilizce'si zayıf olan insanların eşit olarak değerlendirilmesinin gerekliliğinin farkındaydı. Onun Wechsler Ölçeği Serileri dünyada IQ testlerinin kralı olarak saltanat sürmeye devam etmektedir.

Wechsler, sözel ölçeğini geliştirmek için Stanford-Binet ve Army Alfa testlerinden ve performans ölçeğini geliştirmek için Army Beta ve Ordu Performans Ölçeğinden bazı bölümleri karıştırarak kullanmıştır. Onun yaratıcılığı, herkesin sözel ve sözel olmayan testlerle değerlendirilebileceği düşüncesindeki ısrarından ve tek, geniş çaplı IQ ya oranla çok skorlu testlerin insan zekasını göstermede daha değerli olmasından kaynaklanıyordu.

Wechsler; "g" teorisine katı şekilde inanmasına rağmen IQ testlerini kişiliğin bir parçasını ölçtüğünü varsayan ve bu testleri psikometrik aygıtlardan çok klinik araçlar olarak gören ilk ve en başta gelen klinisyen olmuştur. Wechsler testlerini pratik ve klinik bilgilerini göz önüne alarak geliştirmiş olmasına rağmen onun testleri teori bazlı ve nörolojik tartışmalara neden olmuştur. Onun sözel IQ (V-IQ) ile performans IQ (P-IQ) arasındaki ayırımı 1950'lerdeki Ralph Reitan'a ait nöropsikolojik teori ve 1960'lardaki Roger Sperry'e ait serebral özelleştirme teorisi ile ilgiliydi. V-IQ daki kayıplar sol hemisfer hasarı ile ilgiliydi ve P-IQ daki kayıplar sağ hemisfer hasarı ile birlikte ortaya çıkıyordu.

Hiçbir test karmaşık zeka alanındaki bütün becerileri ölçmek için yeterli olamamaktadır. Testler Howard Gardner'ın çoklu zeka teorisinde tanımladığı çeşitli becerilerin sadece bir bölümünü ölçebilmekte ve Robert Sternberg'in triarşik teorisinin sadece bir bölümünü; yaratıcı veya pratik becerileri değil analitik becerileri yargılayabilmektedir. Bu testler gerçekten zekaya bağlı insan davranışlarını tanımlayacak becerilerin sadece küçük bir parçasını ölçebilmektedir. Ancak o ölçümler objektif olarak değerli ve zaman içinde kalıcı olma, zekanın saygın deneysel ve nöropsikolojik teorileri ile ya teori bazında ya da bireysel olarak ilişkili olma, okul başarısını öngörmede değerliliği gösterilmiş olma, öğrenme bozuklukları ve Alzheimer gibi klinik durumlar için tanısal yararı olma, Wechsler'in daha önce tanımladığı gibi bir insanın kişiliğinin parçalarını değerlendirmede kullanılan birer klinik araç olma ve IQ, genetiğin çevreyle karşılaştırılması gibi bir çok gerçek zaman kavramlarını kavramamıza yardımcı olma gibi yetenekleri vardır.

Bilim adamlarının, genetik ve çevrenin IQ ve diğer değişkenlere etkilerini araştırırken kullandıkları en sık yol değişik derecelerde kan bağı olan deneklerin araştırılmasıdır. Örneğin; eğer genetik IQ üzerinde etkiliyse IQ skorlarının tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine oranla, kardeşlerde de kuzenlere oranla daha fazla korelasyon göstermesi beklenir. Bu toplanan bilgilerin sonuçları hem genetik olarak etkilenmiş hem de çevresel olarak etkilenmiş bireylerin pozisyonlarını desteklemek için kullanılabilir.

Genetiğin bir kişinin IQ'sunu etkiliyor olması aşağıdaki sonuçlarla desteklenmektedir:

Monozigot ikizler dizigot ikizlere oranla daha benzer IQ oranlarına sahiptir. (0.86/0.60)

Öz kardeşlerdeki IQ üvey kardeşlere oranla daha yüksek korelasyon göstermektedir. (0.47/0.31) kuzenlerde bu oran daha da düşmektedir. (0.15)

Biyolojik ebeveynler ve onlarla birlikte yaşayan çocuklardaki korelasyonlar evlat edinilmiş çocuklar ve onlarla yaşayan üvey ebeveynler arasındaki korelasyonlardan daha yüksektir. (0.42/0.19)

Ters olarak ta aşağıdaki sonuçlar çevrenin IQ üzerindeki rolünü desteklemektedir:

Dizigot ikizlerdeki IQ korelasyonları aynı genetik benzerlik derecesinde olmalarına rağmen kardeşlerden daha yüksektir. (0.60-0.47)

Birlikte büyüyen akraba olmayan kardeşler (evlat edinilmiş/doğal veya evlat edinilmiş/ evlat edinilmiş) ayrı yaşayan biyolojik kardeşlere oranla daha benzer IQ skorlarına sahiptir. (0.32/0.24)

Evlatlık edinen ebeveynler ile birlikte yaşayan çocuk ile biyolojik ebeveyn ile ayrı yaşayan çocukların korelasyonları benzer çıkmaktadır. (0.19/0.22)

Birlikte yaşayan kardeşlerin IQ ları ayrı yaşayan kardeşlerinkine göre daha benzerdir. (0.47/0.24) Aynı sonuçlar ebeveynle çocuk birlikte yaşarken ve ayrı yaşarken de çıkmaktadır. (0.42/0.22)

Binlerce örnekten toplanan bilgiler kişinin IQ sunun belirlenmesinde genetiğin çok önemli olduğunu vurgulamaktadır. Ancak aynı zamanda çevrenin de büyük önemi olduğu ortaya çıkmaktadır. Bir çok ikiz çalışması temel alındığında IQ için genetik etki %50 civarındadır ki boy için olan %80 etki kadar yüksek değildir. Zeka ile kilo alımındaki genetik etki benzerlikler göstermektedir. Şişman insanlar kilo alımı için genetik yatkınlığa sahipken zayıf insanlar tam tersi yatkınlığa sahiptir. Ancak tüm bireyler için yaşam tarzı (yeme alışkanlıkları, egzersiz) kilo alımında önemli etki yapmaktadır. Kilo alımına benzer şekilde IQ belirlenmesinde de genetik ve çevre birlikte rol oynamaktadır. benzer genetiğe sahip (ebeveyn, kardeş)

insanlar sıklıkla aynı çevreyi paylaşmaktadır.

Genetik araştırmaların etkileyici bir özelliği de, daha önce tartışılmış olan bütün eski bilgi ve yargılar hakkında yeni bir sayfa açmasıdır. Genetik geçişler hakkındaki bilgiler büyük ölçüde monozigot ikizlerle dizigot ikizlerin karşılaştırılması ile elde edilmiştir. Ancak önemli bir değişken; plasenta (koryon) etkisi görmemezlikten gelinmiştir. Monozigot ikizler aynı plasentayı mı paylaşıyorlardı (monokoryonik) yoksa farklı pasentaları mı vardı (dikoryonik) ? Zigot fertilizasyondan sonraki 72 saat içinde bölünürse monozigot ikizler dikoryonik olmakta, eğer bölünme 4 ila 7 gün arasında iken olursa monokoryonik olmaktadır. Elimizdeki bilgiler; farklı koryonik etkilere sahip monozigot ikizlerin doğum ağırlığı, kord kanı kolesterol düzeyleri, erişkin kişilikleri, ve bilişsel fonksiyonları gibi yapısal farklılıklar gösterdiğine işaret etmektedir. Monozigot ikizlerin yaklaşık üçte ikisi monokoryoniktir.

Bilişsel farklılıklar, IQ ölçümlerindeki korelasyonlar koryon etkisinin bir sonucu olabilir. Tablo 1; bu bulguları sözcük dağarcığı ve block design (2 WAİS alt testi) testlerini kullanarak göstermektedir. yetişkin monozigot ikizler sözcük dağarcığı testinde koryon etkisinden bağımsız olarak neredeyse aynı skorları alırken, block design testinde benzerlik sadece monokoryonik ikizlerde devam etmiştir. Dikoryonik ikizlerin test sonuçları dizigot ikizlerinkinden daha benzer çıkmamıştır. Bu bulgular Fransa'da 8-12 yaş arasındaki ikizlerden elde edilmiştir.

TABLO 1

İkiz Sınıflaması İkiz Çifti (n) Sözcük Dağarcığı Blok Dizayn

Monozigot

Monokoryonik 17 0.95 0.92

Dikoryonik 15 0.95 0.48

Dizigot 28 0.55 0.44

Kanada ve Fransa hastanelerinden elde edilen bu bulgular (A.B.D.'de koryon kategorisi genel olarak kayıt edilmiyor) yenidoğanın en erken çevresel etmenlerinin ilerideki IQ derecesine etki edebileceğini vurgulamaktadır. Anne karnındaki çevresel şartları farklı olan dikoryonik monozigot ikizler çevresel şartları aynı olanlara göre block design testinde daha farklı performans göstermişlerdir. Bu sonuçların bilimsel buluşlar olarak kabul edilebilmesi için eklenecek çalışmalara ihtiyacı vardır. Ancak yine de daha öncesindeki çalışmalar koryon etkisini kontrol etmede başarısız oldukları için bu bulgular bilinen bütün kalıtım bilgilerine meydan okumak için insanı kışkırtmaktadır.

Geçen birkaç on yılda zeka ile ilgili olarak yapılan genetik araştırmalar önemli buluşlar yapmıştır. Bu buluşların bazılarının ana hatlarından bahsederken fazla yer kaplamaması için zeka ölçümünden bahsetmeyeceğim. Ancak belirtmek gerekirse bu yazıda zeka derken benim anlatmak istediğim; genel bilişsel beceridir ve g ile ifade edilmektedir. Bilişsel beceriyi ölçen bütün geçerli ve güvenilir testlerin ortak özelliği işte bu g'dir. Aslında g, bütün testlerde ortak olan ve daha kesin ve değişmez temel bileşenlerce indekslenmiş olmasına rağmen genellikle zeka testlerinde yer alan çeşitli bilişsel testlerin toplam skoru üzerinden değerlendirilir. Nerdeyse bütün genetik bilgiler bu psikometrik bakış açısına bağlı olarak yapılan ölçümler sonucunda ve temel zeka testleri kullanılarak toplanmıştır. Zeka ile ilgili genetik araştırmaların yeni bir yolu da bilgi süreçleri gibi diğer ölçümlerin ve ilintili potansiyeli, pozitron emisyon tomografik taramalar ve MRI gibi daha direk beyin fonksiyon ölçümlerinin araştırılması ve bu ölçümlerin g yi nasıl etkilediğinin açıklanmasıdır.

Ailelerde g açık bir biçimde genetik geçiş gösterir. Birlikte yaşayan birinci derece akraba çalışmalarının da (8000 den fazla ebeveyn-çocuk çifti ile yapılan çalışmada 0.43 ve 25000 den fazla kardeş arasında yapılan çalışmada 0.47) korelasyon yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte ailelerde g yetiştirmeye bağlı veya doğal olarak geçiş yapıyor olabilir. 10.000 in üzerinde ikiz çifti ile yapılan çalışmalarda ortalama g korelasyonları benzer ikizlerde 0.85 ve aynı cinsiyetteki ikizlerde 0.60 olarak bulunmuştur. Bu ikiz bilgileri g skorlarındaki toplam varyansın yarısını açıklayan genetik etkinin boyutunu göstermektedir.

Evlat edinme çalışmaları da güçlü genetik etkiyi desteklemektedir. Örnek olarak ayrı yetiştirilen ikizlerdeki g oranları ile beraber büyütülen ikizlerdeki oranlar çok benzerlik göstermektedir. Birinci derece akrabalar arasında yapılan diğer evlat edinme çalışmaları da genetik geçişin kesinliğini göstermektedir.

Tabloda Colorado Evlat Edinme Projesi (CAP)'nden son sonuçlar gösterilmektedir. Düzinelerce evlat edinilmiş çocuk ve ikiz çalışmalarına bağlı olarak yapılan analizler toplam varyansın yarısına yakınının

genetik faktörlere bağlı olduğunu göstermektedir. g üzerindeki genetik etki yalnızca istatistiksel olarak belirgin olmakla kalmayıp, aynı zamanda özellikle varyansın ancak %5 ini açıklayabilen diğer davranışçı araştırmalarla karşılaştırıldığında kesindir. Bu nedenle genetik araştırmalar zekanın genetik iletiminden daha ilerilere kaymıştır; gelişimsel değişiklikler, bilişsel beceriler üzerinde etkili değişkenlerin ilişkileri ve g'nin genetik iletiminden sorumlu özgün genlerin araştırılması. Şimdi bu 3 önemli noktaya değinilecektir.

1876 yılında Francis Galton ikizler üzerinde ilk kez çalıştığında gelişme basamaklarında ikizlerin ne boyutlarda benzerlik gösterdiğini araştırmıştı. Diğer erken ikiz çalışmalarında da g yalnızca gelişimsel yönden araştırılmıştır ve bu gelişimsel bakış açısı son yıllara kadar genetik araştırmaları içermemiştir. g hakkındaki en ilginç sonuçların bir tanesi genetik geçişin zaman içinde artarak devam ettiğidir. (yeni doğan döneminde %20 iken çocukluk çağında %40, yetişkinlikte %60) Örnek olarak yeni bir çalışmada 80 yaşın üzerindeki ikizlerde genetik geçiş %60 olarak bildirilmiştir.

CAP'ın 20 yıllık sonuçları bu bulguları evlat edinme şemasını kullanarak doğrulamaktadır. CAP doğumda biyolojik ebeveynlerinden ayrılmış ve hayatlarının ilk ayı içinde evlat edinilmiş 245 çocuğun 25 yıllık çalışmasıdır. g skorları arasındaki korelasyon; biyolojik ebeveynler ile onların başkasına evlat verdiği çocukları, evlat edinmiş ebeveynler ve onların evlat edindiği çocukları, ve kontrol ebeveynleri ve onların çocukları için gösterilmiştir. Kontrol ailelerindeki korelasyon yeni doğan dönemindeki 0.20'den adölesan çağıdaki 0.30'a kadar artmaktadır. Biyolojik anneler ve onların başkalarına verdiği çocuklar arasındaki korelasyonlar benzer bir örüntü göstermektedir. Bu sonuçlar g'nin genetik faktörlere bağlı olduğunu göstermektedir. Karşıt olarak evlat edinmiş ebeveynlerle onların evlat edinilmiş çocukları arasındaki korelasyonlar 0 civarında çıkmaktadır ki bu sonuçlar g'nin gelişimi için ailesel çevre faktörlerinin çok önemli olmadığını göstermektedir.

Neden g'nin genetik geçişi hayat süreci içinde artmaktadır? Muhtemelen tamamen yeni genler daha gelişmiş bilişsel süreçlerin gelişiminde g'yi etkilemeye başlamaktadırlar. Daha olası bir ihtimal ise erken yaşlardaki küçük genetik etkiler gelişimin başlarında bir kar topuyken zamanla daha daha büyük fenotipik etkiler oluşturmaktadır.

Büyük çoğunluk tarafından kabul edilen bilişsel becerilerin hiyerarşi modelinde, özgün bilişsel beceriler; uzaysal, sözel, işlem hızı ve hafıza becerileri gibi bileşenleri içermektedir. Özgün bilişsel becerilerin üzerinde genetik ve çevresel etkenlerin ne gibi farklılıklar oluşturduğu pek fazla bilinmemekle birlikte bunların her ne kadar g den az olsa da, kesin genetik geçişinin olduğu ortadadır.

Özgün bilişsel beceriler hakkındaki şaşırtıcı bir bulgu da, aynı genetik faktörler farklı becerileri ciddi boyutlarda etkilemektedir. Bunun anlamı eğer daha önce sözel beceriyi etkileyen bir gen bulunduysa aynı genin diğer bilişsel becerileri de etkileyeceği beklenmelidir. Bu bulgu şaşırtıcıdır çünkü; bütün bilişsel işlemlerin özgün ve birbirinden bağımsız olduğunu iddia eden ve popüler olan bilişsel sinir bilimi teorisi ile çelişmektedir. Bir çok değişik genetik araştırma sonuçları g'nin genetik etkilerinin bilişsel işlevlerin büyük kısmını kapladığını göstermektedir. Yapılmış olan dört çalışmanın dördünde de ortaya çıkan bir başka ilginç sonuç ise okul başarısı ölçümleri üzerindeki genetik etkenler g'nin üzerindeki genetik etkenlerle nerdeyse tamamen uyuşmaktadır. Genetik etkenlerin uyuşması tersten bakıldığında da aynı derecede ilginçtir. Her ne kadar genetik sonuçlar okul başarısı ile g arasında büyük benzerlikler olduğunu söylese de sıklıkla arşiv bilgilerinde okul başarısı ile g arasındaki uyumsuzluklar çevresel etmenlerin etkinliğini vurgulamak için kullanılmışlardır.

"g" de olduğu gibi çok yönlü genetik geçişler büyük etkisi olan tek bir gene bağlı olmak yerine küçük etkiler yapan birçok gene bağlı oluyor gibi görünmektedir. Bunun gibi çoklu gen sistemlerindeki genler "quantitative trait loci (QTLs)" olarak adlandırılmaktadır. PKU (fenilketonüri) da olduğu gibi bozukluk oluşması için gerekli ve zorunlu tek gen etkilerinden farklı olarak, QTLs olası risk faktörleri gibi değişken ve katkı yapıcı etki göstermektedir. Tek gen etkilerini tanımlayıcı geleneksel yöntemler QTLs tanımlamasında aynı derecede başarılı olamamaktadır.

"g" hakkındaki yeni genetik ilerlemelerin kullanıldığı bir QTL çalışmasında yüksek ve ortalama g oranlarına sahip 2 çocuk grubu karşılaştırılmıştır. Özellikle beyinin öğrenme ve hafıza ile ilgili bölümlerinde aktif olduğu gösterilmiş olan, 6. kromozom üzerindeki insülin benzeri büyüme faktörü-2 reseptörü (IGF2R) çalışılan gendir. Yüksek g oranlarına sahip grupta bulunan çocuklardaki allellerin bir tanesinin sıklığı ortalama g oranlarına sahip 2. çocuk grubuyla kıyaslandığında 2 kat yüksekti. (%30-%10)

"g" ile ilişkili kopyalanabilen QTLs tanımlanabildiğinde gelişme, ayırıcı tanı, ve genotip üzerindeki gen-çevre etkileşim biçimleri hakkındaki sorular adresini bulacaktır. Ayrıca genler ve bilişsel gelişim arasındaki nörofizyolojik yolları gözleyebileceğimiz pencereler açılmış olacaktır. Bilişsel beceriler ve

yetersizlikler ile ilişkili genleri tanımlamadaki bu önemli ilerlemeler sonucunda ise yeni etik tartışmalar ortaya çıkacaktır. Bu konular ciddi biçimde ele alınmalıdır ancak bunlar büyük oranda birden fazla genle birlikte çevresel etmenlerce etkilenmiş karmaşık özellikler hakkındaki genetik araştırmalar hakkındaki yanlış kavramlar üzerine dayandırılmışlardır.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## PANİK ATAK

Başta "Panik Bozukluk" olmak üzere, bir çok psikiyatrik bozuklukta görülebilen; aniden beklenmedik bir anda herhangi bir yerde ortaya çıkan yoğun kaygı-bunaltı, korku karışımı bir nöbetlerdir.

Bu nöbet kişiye öylesine yoğun bir korku ve rahatsızlık duygusu yaşatır ki; kötü bir şey olacağı veya sonunun geldiğini, öleceğini hisseder. Bu korku fırtınasını yaşayan insan doğal olarak o ortamdan ve durumdan kaçma, uzaklaşma davranışı gösterir, bir an önce yardım alınabilecek bir sağlık kuruluşuna müracaat edilir.....çoğu kerede hastane, doktor gördüğünde kişide rahatlama olur ve nöbet geçebilir... Panik atağı yaşayanların bazıları, o esnada; kalp krizi geçirdiklerini aklını kaçıracığını, felç geçireceğini, kontrolünü yitireceğini, düşüp bayılacağını hissederler.

### PANİK ATAK TÜRLERİ

- 1-Beklenmedik Ataklar: Nedensiz, birden ortaya çıkan nöbetler, Panik Bozuklukta bu tür ataklar vardır.
- 2-Duruma bağlı olanlar: Korkulan bir kedi, köpek veya başka bir nesneyle yada bir durum karşılığında ortaya çıkar.
- 3-Durumsal yatkınlık gösterilen panik ataklar: Genellikle destekleyici bir etken vardır, ama her zaman panik oluşmaz, örneğin araba kullanırken panik atak oluşmaktadır, bazen araba kullandıktan sonra atak geçirmektedir...

Panik Atağın 13 bedensel bilişsel belirtisi vardır. Bunlardan 4 tanesinin olması nöbet için yeterlidir çoğunlukla 7-10 arası belirti yaşanmaktadır. Nöbet hızlı başlangıçlıdır, 10 dakikada zirveye çıkar. Bazen yarım-veya bir saat sürebilir.

### PANİK ATAKTA GÖRÜLEN BELİRTİLER:

- 1-Çarpıntı, kalp atışlarını duyumsama, kalbin yerinden fırlayacakmış gibi olması, göğüste basınç bazen sol kola yayılan ağrı ve uyuşmalar...
- 2-Terleme (Sıcak -Soğuk boşalımalar, bazen üşüme bazen alevlerin basması hissi)
- 3-Titretilme-sarsılma-itilme hissi
- 4-Boğulma ve nefes alamama hali (Boğazda düğümlenme veya bir yumru, tıkanma hissi)
- 5-Soluğun kesilmesi (Derin nefes alma ihtiyacı havanın yetmemesi gibi hisler)
- 6-Göğüste daralma, sıkışma, ağrı duyumsama
- 7-Bunaltı, karında ağrı, şişkinlik ve gaz oluşması (Bazen mideden başlayıp boğaza doğru yayılan kalkışma rahatsızlık hali)
- 8-Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma hali
- 9-Derealizasyon (Gerçek dışılık duyguları panik yaşandığında olaylar bir sis perdesinin gerisinde algılanır, cisimler, küçülür her şey bulanıklaşır...yada depersonalizasyon (Benliğinden ayrılmış olma hali: sanki bedenle ruh birbirinden ayrılıyor ve kişinin kendisini hissedememe, algılayamama kendisine yabancılaşma durumu oluşur....)
- 10-Panik anında kontrolünü kaybedeceği yada çıldıracağı korkusu (Kendisine çocuklara, çevreye zarar verme korkusu)
- 11-O esnada "yaşamım buraya kadarmış" duygusu-ölüm korkusu
- 12-Ellerde, kollarda, bacaklarda, başta ve birçok yerde uyuşmalar, yanmalar, karıncalanmalar, diken ,diken olma halleri
- 13-Üşüme, ürperme ya da ateş basmaları

### PANİK BOZUKLUK TOPLUMDA NE ORANDA YAYGINDIR?

Panik bozukluk-kadınlarda erkeklere göre 2-3 kat daha sık görülür.

Panik bozuklu tanıılı hastaların %75-80'i kadındır. Aile çalışmalarında; eğitim, etnik yapı, sosyal durumla bağlantı bulunmamıştır.

Yaşam boyu yaygınlığı değişik çatışmalarda %1,5-3,5 arasında saptanmıştır. Bu oran gittikçe artmaktadır.

Değişik hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan panik ataklar ve "sınırlı belirtili atakların" ise %15-20 arasında olduğu bildirilmektedir. Dolayısıyla gerek panik bozukluğuna bağlı gerekse diğer psikolojik, biyolojik nedenlere bağlı panik atakların her yüz kişiden 20-25 inde görüldüğü anlaşılmaktadır. Bu oran

her 4 kişiden 1'inin panik ataklı olduğu anlamına gelmektedir. Paniğin bu kadar popüler olması bu yaygınlığı ve korkutucu belirtileri olsa gerek...

Panik hastalarının çoğunluğu psikiyatri dışı hekimlere başvurmaktadır. Görülen belirtiler otonomik ve fiziksel belirtiler olduğunda kalp hastalığı görünümü verebilmektedir. İlk başvurular bu yüzden dahili branşlar olmaktadır.

Stein, 1994, Chignon 1993'de yaptıkları bir araştırmada panik bozukluklu hastaların % 35'nin sık sık nefes alma, % 20-30'unda kalp damarlarının normal çıktığı, anjiosu normal bulunan hastaların % 35-45'inin ayrıntılı muayenesinde panik bozukluğu olduğu saptanmıştır. (Mukerji, katun) bu yanlış anlayış ve yöntemin ABD'ye yıllık maliyetinin 33 milyon dolar olduğu iddia edilmektedir.

#### PANİK BOZUKLUKTA SOSYAL-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER:

- Panik Bozukluğu her yaşta başlayabilir.
- En sık 20-30 yaş arasında başlar, yaş ilerledikçe başlama oranı düşer.
- Etnik, kültürel farklılıklar çok önemli bulunmamıştır.
- Şehir yaşamında, kırsal bölgelere göre daha sık görülmektedir.
- Ekonomik durumla bağlantısı bulunmamıştır.
- Eğitim düzeyiyle panik bozukluğu arasında direkt bir ilişki saptanmamıştır.
- Evli insanlarda, dul yada boşanmış insanlara göre daha az görülmektedir, (bir çalışmada boşanmış yada dullarda 5 kat daha fazladır.)

#### PANİK ATAK VE PANİK BOZUKLUĞUNUN TESHİŞ KRİTERLERİ NELERDİR?

##### PANİK ATAK TEŞHİS ÖLÇÜTLERİ

(DSM\_IV'e göre panik atağı tanı ölçütleri)

Not: Panik atağı kodlanabilir bir bozukluk değildir. Aşağıdaki semptomlardan dördünün (ya da daha fazlasının) birden başladığı ve on dakika içinde en yüksek düzeyine ulaştığı, ayrı bir yoğun korku ya da rahatsızlık duyma döneminin olması:

- 1-Çarpıntı, kalp atımlarının duyumsama ya da kalp hızında artma olması
- 2-Terleme
- 3-Titreleme ya da sarsılma
- 4-Nefes darlığı ya da boğuluyor gibi olma duyuları
- 5-Soluğun kesilmesi
- 6-Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkıntı hissi
- 7-Bulantı ya da karın ağrısı
- 8-Baş dönmesi, sersemlik hissi, düşecekmiş ya da bayılacakmış gibi olma
- 9-Derealizasyon (gerçekdışılık duyguları) ya da depersonalizasyon (benliğinden ayrılmış olma)
- 10-Kontrolünü kaybedeceği ya da çıldıracağı korkusu
- 11-Ölüm korkusu
- 12-Paresteziler (uyuşma ya da karıncalanma duyuları)
- 13-Üşüme; ürperme; ya da ateş basmaları.

DSM-IV (Psikiyatrik hastalıkları sınıflandırma kitabı)'e göre

##### "AGORAFOBİ OLMADAN PANİK BOZUKLUĞU" TANI ÖLÇÜTLERİ

A-Aşağıdakilerden hem(1), hem de (2) vardır:

- 1-Yineleyen beklenmedik Panik Atakları
- 2-Atakların en az birinin, 1 ay süreyle (ya da daha uzun bir süre) aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) izler:

(a)başka atakların da olacağına ilişkin sürekli bir kaygı

(b)atağın yolaçabilecekleri ya da sonuçlarıyla (örn. kontrollunu kaybetme, kalp krizi geçirme, "çıldırma") ilgili olarak üzüntü duyma

(c)ataklarla ilişkili olarak belirgin bir davranış değişikliği gösterme

B-Agorafobinin olması

C-Panik atakları bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipertiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

D-Panik Atakları, Sosyal Fobi (örn.korkulan toplumsal durumlarla karşılaşma üzerine ortaya çıkan).

Özgül Fobi (örn. özgül bir fobik durumla karşılaşma), Obsesif-Kompulsif Bozukluk (örn.buluşma üzerine obsesyonu olan birinin kir ve pslikle karşılaşması), Posttravmatik Stres bozukluğu (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyarılara tepki tepki olarak) ya da ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (örn. evden ya da yakın akrabalardan uzak kalmaya tepki olarak) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

#### AGORAFOBİ NEDİR?

Agorafobinin belirgin özeliği; yalnız kalmaktan yada kaçmanın zor olabileceği ve ani bir sorun



yaşanacağından yardım alınamayacağı korkusu ile kalabalık, topluma açık yerlerde bulunmaktan duyulan korkudur. İşlek bir cadde, sinema, tiyatro, cami, tünel, asansör, toplu taşıma vasıtaları, büyük kapalı alışveriş merkezleri en sık kaçınılan yerler ve durumlardır. Agorafobikler çoğu kez evden çıktıklarında mutlaka güvendikleri birinin kendilerine eşlik etmelerini ısrarla isterler.

Agorafobi panikle birlikte veya tek başına da olabilir. Gözlemlerimize göre çoğunlukla birlikte olmalarıdır. Çünkü panik atağı yaşayacağı korkusu kişinin düşünce ve davranışlarında ciddi kaçınma davranışlarına yol açar.

## AGORAFOBİ TEŞHİS ÖLÇÜTLERİ

A. Beklenmedik bir biçimde ortaya çıkabilecek ya da durumsal olarak yatkınlık gösterilen bir Panik atağın ya da panik benzeri semptomların çıkması durumunda yardım sağlanamayabileceği ya da kaçmanın zor olabileceği (ya da sıkıntı doğurabileceği) yerlerde ya da durumlarda bulunmaktan anksiyete duyma. Agorafobik korkular arasında özel birtakım belirli durumlar vardır ki bunlar arasında tek başına evin dışında olma, kalabalık bir ortamda bulunma ya da sırada bekleme, köprü üzerinde olma ve otobüs, tren ya da otomobile geziye çıkma sayılabilir.

Not: Kaçınma, bir ya da sadece birkaç özgül durumla sınırlı ise Özgül Fobi tanısını, toplumsal durumlarla sınırlı ise Sosyal Fobinin tanısını düşününüz.

B. Bu durumlardan kaçınılır (örn. geziler kısıtlanır) ya da Panik Atağı ya da panik benzeri semptomlar olacak anksiyetesiyle ya da yoğun bir sıkıntıyla bu durumlara katlanır ya da eşlik eden birinin varlığına gereksinilir.

C. Bu anksiyete ya da fobik kaçınma, Sosyal Fobi (örn. utanacak olma korkusuyla giden toplumsal durumlarla sınırlı kaçınma), Özgül Fobi (örn. asansör gibi tek bir durumla sınırlı kaçınma), Obsesif Kompulsif Bozukluk (örn. buluşma ile ilgili obsesyonu olan birinin kir ve fislikten kaçınması), Posttravmatik Stres Bozukluğu (örn. ağır bir stres etkenine eşlik eden uyaranlardan kaçınma) ya da Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu (örn. evden ya da akrabalarından ayrılmaktan kaçınma) gibi başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

## PANİĞİN ALT TIPLERİ

Panik atak yaşayanların hepsi aynı biçimde belirti ve korku yaşamayabilirler. Araştırmalara göre paniğin alttıpleri şunlardır;

- KLASİK PANİK (solunum ve kalp sistemi belirtileriyle giden...)
- KOGNİTİF PANİK (bilişsel belirtilerin önde olduğu) panik
- NONKOGNİTİF PANİK (bilişsel belirtilerin olmadığı) panik
- NOKTURNAL PANİK (uykuda gelen ve kişiyi uyandıran panikler)
- ALEKSİTİMİK PANİK
- GASTRO İNTESTİNAL PANİKLER (mide, barsak sistemi belirtileriyle seyreden panik)
- KORKUSUZ (nonfearful) PANİK

Klasik panik: kişide önce çarpıntı, heyecan başlar göğüste sıkışma, sol kola vuran ağrı ve uyuşma görülür. Bununla birlikte hızlı soluk alıp verme ve boğazda düğümlenme başlar. O anda kalbin solunumunun duracağı; kalp krizi geçirileceği hissi oluşur. Yakınlarından kalp krizi geçirenlerde daha sık görüldüğü gözlenmektedir.

Kognitif panik: Bilinç sistemini etkiler. Kendisini tam algılayamama, ruhun bedenden ayrılması hissi. Etrafı sisli, cisimleri uzak farklı algılama baş dönmesi, boşlukta olma hissi görülür.

Ayrıca kontrolün yitirileceği elde olmadan kötü şeylerin olabileceği, aklın kaçırılabilceği bazen ölüneceğinden korkulur.

Nonkognitif panik: Kognitif panikteki belirtiler görülmez. Daha çok bir fenalık, göğüste baskı, çarpıntı hissi olur.

Nokturnal panik: Uykudan ani bir çarpıntı ve korku ile uyanıldığı paniklerdir. Hemen pencere açılır ve hava alınmaya çalışılır uykuda "panikle ölürüm" diye kişinin uykusu kaçır bilinçli olarak uyumamaya çalışır. Zamanla uykusuzluğun getirdiği diğer sorunlarda ortaya çıkar.

Aleksitimik panik: Nöbet nöbet bedensel belirtilerin olduğu bir türdür.

Gastro intestinal panikler: Midede, karında başlayıp göğüse doğru dalga dalga yayılan fenalık hissidir.

Boğazda düğümleme yumru hissi oluşturur. Beraberinde bulantı , şişkinlik , gaz, ishal olabilir. Bu türünün "abdominal epilepsiyle" ayırd edilmesi önemlidir.

Korkusuz (nonfearful) panik: Panik bozukluğun teşhis kriterlerini karşılayan bir durumdur. Buradaki panik ataklarda korku, anksiyete görülmez. Bu gruptakiler nöroloji, kardioloji uzmanlarına daha çok müracat ederler.Tahlillerde ve muayenede hiç bir şey saptanmaz.

## PANİK ATAĞIN GELMEMESİ İÇİN GELİŞTİRİLEN DAVRANIŞLAR

### PANİK BOZUKLUKLU HASTALARIN DÜŞÜNCE VE DAVRANIŞ ÖZELLİKLERİ:

Panik Bozukluğu olan hastalar, yaşadıkları panik ataklar nedeniyle zamanla yaşamlarında bazı değişiklikler yaparlar. Çok şiddetli ölüm korkusu veya kontrolünü yitirme duygusu yaşadıklarından düşünce davranışların da aşırılıklar abartılar, korkular, dikkati çeker, fakat bütün bunlar hastanın elinde ve iradesinde değildir. Yapılan panik tedavisiyle bütün belirtiler ortadan kalkar...

Örnekler: "Her an bana bir şey olabilir, düşüp bayılırım" korkusuyla aşağıdaki davranışlar geliştirilir:

Yanımda su taşıma,

Sürekli kalbini ve nabzını dinleme ve tutma,

Tansiyon aletiyle dolaşma, sürekli tansiyonunu ölçme ve ölçtürme,

Yakınlarının adreslerini, telefonlarını özel bir şekilde yanımda taşıma,

Panik krizi yaşanır endişesiyle cinsel ilişkiden kaçma, sportif aktiviteleri bırakma,

Sürekli yanımda birilerinin bulunmasını isteme, yalnız kalamama, sokağa çıkamama, kalabalık, kapalı yerlere giremememe, toplu taşıma vasıtalarına binememe...

Bulunduğu muhitten uzağı gidememe,

Tatile seyahate çıkamama,

Birçok sağlık sigortasına üye olup, kartları yanımda taşıma,

Bir yere gideceği zaman sağlık kuruluşlarının olduğu güzergahlar dan gitme,

Sık sık, acil ünitelerine başvurup kalp grafikleri (EKG) çektirme, Check-Up,lar Yaptırma,

Berberiye gitmememe,

Boğazını sıkarak bir şey giyememe,

Sütyen takmaktan sıkıntı duyma,

Camiye gidememe, veya en arka safta namaz kılma,

Cenaze arabası, ambulans, itfaiye aracı görünce hastanelere gidince fenalaşma hissi,

Uykuda panikle ölürüm diye uyumama ve uykusunu kaçırma,

Tansiyon yükselecek, kalp krizi geçirilecek veya felç kalınacak korkusu ile aşırı rejim-diyet uygulaması (bazı panik krizlerinde tansiyon ciddi bir şekilde yükselmekte ve yapılan kan tahlillerinde kolesterolda yüksek çıkmaktadır.),

Tv'lerdeki, basındaki intihar, cinayet, felaket haberlerinden aşırı etkilenme, onlar gibi olma korkusu,

Otomobilde panik yaşarım korkusu ile, otomobiline binememe, otomobilini satma,

Uçağa, vapura binememe,

Tek başına banyo yapamama, tuvalete gidememe, kapıda birisini bekletme,

Bayılırım, ölürüm diye aylarca banyo yapamama,

Panik krizi geçtikten sonra, aşırı yorgunluk, keyifsizlik halinin ortaya çıkması.

Tünellerden, köprülerden geçememe, yüksek yerlere çıkamama. Kendisini aşağı atma korkusu,

Panik anında bayılırım korkusuyla organlarını ve cildini belli etmeyecek giysi giymek.

Değerli takı takmamak,

Panik sürecinde tuvalete gitme isteği,

Daha fazla güvенеbileceği birilerinin yanına taşınma (aileden biri, doktoru ya da hastanelere yakın...)

Kriz süresince bildiği bütün duaları okumak,

Uyumadan önce dua etmek. Birgün panikle ölebilirim diye yakınlarına ve sevdiklerine servetini dağıtma ve vasiyet yazma.

Her gömleğinin, ceketinin cebine kriz anında kullanılmak üzere ilaç koyma,

İssiz ve şehirden uzak yerlere gidememe

## PANİK BOZUKLUK NEDENLERİ

- 1- Genetik ve ailesel nedenler.
- 2- Biyolojik teoriler
- 3- Psikodinamik teoriler
- 4- Gelişimsel teoriler
- 5- Öğrenme kuramları
- 6- Bilişsel modeller

## 1- GENETİK VE AİLESEL ÇALIŞMALAR:

Panik bozukluğu olan hastaların birinci derecede yakınlarında panik bozukluğu ve panik atak görülme oranı %15-30 arası bulunmuştur.

Aynı yumurta ikizlerinde aynı anda panik bozukluk görülmesi %30-40 arası saptanmıştır.

Panikte klinik belirtilerin hastaların çoğunda benzerlik göstermesi genetik nedenleri düşündürmektedir.

Yapılan genetik çalışmalarda; 16g 22 kromozomunda bir genin bu konumdaki rolünden bahsedilmektedir. Fakat kesinlik için yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

## 2-BİYOLOJİK TEORİLER:

Panik atağı esnasında oluşan biyokimyasal ve fizyolojik değişikliklerden yola çıkarak; beyin hangi bölgelerinde ne türlü reaksiyonlar ortaya çıktığı araştırılmıştır.

Panik atağı olan ve olmayanlara "sodyum-laktat" enjeksiyonu yapılmıştır. Panikli insanlarda "panik atağı" ortaya çıkarken, kontrol gruplarında çıkmamıştır.

Diğer yandan aşırı egzersizle artan laktat panikte artmış, oksijen tüketimi, metabolik hızı artıran kafein, yohimbin ve karbondioksitinde panik atağı ortaya çıkardığı bilinmektedir.

Karbondioksit beyinde katekolamin ve noradrenerjik siklusu artırarak paniğe neden olur. Panik esnasında aşırı noradrenalin salgısı olmakta ve otonomik belirtileri ortaya çıkarmaktadır. (Çarpıntı, ağız kuruluğu vs..)

### -SEROTONİN VE PANİK İLİŞKİSİ:

Sinir hücreleri arasında iletişim görevi olan önemli bir "norotransmitter" dir. Serotonin seviyesindeki değişiklikler, serotonin işlev bozukluklarında paniğe yol açtığı söylenmektedir.

Beyin görüntüleme çalışmaları ve panik:

Panik oluşturan kafein, yohimbin, laktat gibi ajanlarla PET ve SPECT çalışmaları yapılmıştır. Beyin kan akımında düzensizlikler saptanmıştır

MRI da hipotalamus ve temporal bölgelerde bozukluklar saptanabilmektedir.

## PANİK BOZUKLUKTA, RİSK FAKTÖRLERİ (Kimler paniğe daha yatkın?)

-Birinci derece akrabalarında panik ya da başka anksiyete bozukluğu olanlar.

-Sıkıntılı, telaşlı, aceleci, mükemmeliyetçi, insanlar.

-Düşünce ve duyguların yeterince dışarıya yansıtamayan, "içsel insanlar."

-Alkol yada başka bağımlılık yapabilen maddelere yatkınlık ve bağımlılık

-Geçmişinde panik atak diğer anksiyete bozukluklarından bir rahatsızlık ya da depresyon geçirmiş olmak.

-Sürekli baskı altında olmak, engellenmek yada kendi kendini baskılamak.

-Sosyal fobik, kaçınan kişilik yapıları

-Sürekli "verici" davranma "iyilik meleği" gibi davranma "hayır" diyememe.

-Öfkesini, kızgınlığı dışarıya yansıtamayan insanlar

-Dürtülerini sürekli bastıran insanlar -Cinselliği baskılamak, cinsel tatminsizlik ve yoğun bilinç dışı aldatma dürtüleri ve gizli homoseksüel eğilimleri olanlar.

-Aşırı hırslı, sürekli başarı ile beslenen, başarısızlıklarda kendisini suçlayan yapı..

## NEREYE KADAR PANİK? (Paniğin seyri, gidişatı)

Panik bozukluk en çok 30'lu yaşlarda ortaya çıkar. Az sayıda çocuklukta başlar. 45 yaşında başlaması olağan değildir... Gidişatı kişiden kişiye değiştiği gibi aynı kişide bile belirtiler değişebilir. Uzun süreli izleme çalışmalarında % 40'nın belirtilerden arındığı, yaklaşık % 50'sinin belirtilerinin çok hafiflediği ve yaşamlarını engellemediği saptanmıştır. % 10-20 arası belirtilerin iniş-çıkışlarla devam ettiği görülmüştür.

## PANİK BOZUKLUKTA TEDAVİ

Panik atak kesinlikle kontrol altına alınabilir.

Tedavide Temel ilkeler şunlardır:

1-Panik atakları ortadan kaldırmak

2-Sürekli atak yaşayacağım diye bunaltı, kaygı yaşamayı önlemek.

3-Panik atak korkusuyla yapılmayan davranışların yapılabile hale gelmesi (tek başına yola çıkabilmek, kapalı mekanlara girebilmek, yalnız kalabilmek gibi... )

4-Panikle birlikte görülebilen diğer bedensel ve psikolojik sorunları gidermek

5-Zamanla paniği önemsemeyecek ve unutacak seviyeye gelmek

6-Panikten dolayı bozulan aile, iş-sosyal yaşamın eskisi gibi normalleşmesi.

7-Hiçbir panik belirtisi ve davranışı olmadığı halde tedaviye bir süre daha devam ettirmek.

Hasta-hekim arasında çok iyi bir iletişim olmalıdır. Hasta hekimine her an ulaşmalıdır.

Tedavide kullanılan ana ilaçlar antidepressanlardır. Yardımcı olarak; sakinleştiriciler, yatıştırıcılar,

bedensel belirtileri önleyen ilaçlar kullanılır.

Antidepresanların bir kısmı eski kuşak ilaçlardır. (Anafranil, tofranil, ludiomil, insidon, laroxyl, tolvon... gibi )

Yeni kuşak, ilaçlar (efexör, seroxat, cipram, remeron, prozac, lustral, serzone, faverin, gibi.. )

Bu ilaçların bir kısmı paniği tedavi eder. Hekimin yaptığı muayene ve tecrübesi sonuca en uygun ilaç seçilir. Bir ilaç her hasta da aynı sonucu vermeyebilir.

İlaçların bir kısmı (eski kuşak) başlangıçta belirtileri arttırabilir, ağız kuruluğu, sıcaklık hissi, terleme, kiloartışı , kabızlık, cinsel problemler yapabilir. Yeni kuşakta bulantı, titreme, cinsel problemler, kilo artışı gibi yan etkileri olabilir. Bunlar kalıcı değildir. Bir süre sonra azalabilirler.

Panik bozuklukta ilaç tedavisinin en aşağı bir buçuk yıl olması gerekir.

-Hekim önerisi dışında kesinlikle ilaç almamak gerekir.

-Panik belirtileri düzelir düzelmez ilaçları ne azaltmak nede kesmek gerekir. Yoksa kısa sürede tekrarlar.

-Yardımcı ilaçlar yeşil reçeteye tabi olanlar (Xanax, diazem, nervium benzeri ilaçlar.)

Ve bazı kalp-tansiyon ve mide ilaçlarıdır. Bunların kısa süreli kullanılması gerekir.

-Başka hastalıklarınız nedeniyle ilaç alacaksanız doktorunuza danışın.

-ilaçlar zamanla iştahınızı arttırır. Özellikle -tatlıya- karşı dayanılmaz istek olur. Bunun için tedbir alın bol su için, meyve ağırlıklı beslenin.

İlaç tedavisi dışında -bilişsel, davranışsal, terapi'nin panikte iyi sonuç verdiği bilinmektedir.

Burada kişinin bedensel belirtileri algılama ve onlara "kötü anlamlar yükleme" olayı anlatılır.

Düşünce, beden ve belirtilerin ilişkisi; belirtilerini-düşünceyi nasıl etkilediği konuşulur. Yani önce hastalığın nasıl oluştuğu, belirtilerinin anlamını ne olduğu ve nelere yol açamayacağı anlatılır. Daha sonra kaçınma davranışlarının nasıl yok edileceğini geçilir. Bunları mutlaka bir terapistle birlikte yürütmek gerekir.

Terapiye istekli ve azimli olduktan sonra bir ayla üç ay arasında epey yol alınır.

-Panikli olmak bir "kader" olmamalı.

-Paniğin süresi ne kadar olursa olsun, tedavi edilebilir. Yirmi otuz yıllık panikleri Depam'da çok tedavi ettiğimizi belirtmek isterim.

#### PANİK ATAKTA EN ÇOK SORULAN SORULAR ve CEVAPLARI:

-Panik atak kalp krizine yol açar mı?

HAYIR

-Panik felce yol açar mı?

HAYIR

-Panik anında ölebilir miyim?

HAYIR

-Panik anında kendimi, kontrolümü yitirir kendime ve çevreme zarar verebilir miyim?

HAYIR

-Panik atak bayılmaya sebep olur mu?

HAYIR

-Deliliğe yol açar mı?

HAYIR

-Uçakta panik atak gelirse ölür müyüm?

HAYIR

-Tedavisi var mıdır?

EVET

- İlaç beyni nasıl etkiler, düşünceyi ve davranışı nasıl değiştirir...?

Beyindeki "alarm" sistemindeki hassasiyeti giderir. Bozulan dengeleri düzenleyerek aşırı bedensel duyum ve belirtileri yok eder. Aklımız beynimizden uzaklaşmaya başlar ve yaşamın diğer yanlarını tekrar görmeye algılamaya başlarız. Zamanla paniği unuttur hale geliriz.

-Panik Tekrarlar mı?

Biyolojik, Sosyo-kültürel-ekonomik ve psikolojik şartlar müsaitse her hastalık gibi panikte tekrarlayabilir. Fakat ciddi uzun süreli bir tedavi ile tekrar riski azalır. Ayrıca tekrarlayacaksa çok hafif tekrarlar. Kontrol edilebilir seviyede olur. Bazen doktora bile ihtiyaç duyulmaz. Tedavide paniği kontrol altına almak ve onu tanımak ne yapıp-yapamayacağını bilmek önemlidir.

-Panik şizofreniye çevirir mi?

HAYIR

-Alkol alarak paniği yenebilir miyim?

HAYIR (zamanla artar ve bağımlılık gelişir)

-Kendimi dine inanca versen geçer mi ?

Paniğin inançsızlık ve ibadetsizlikle ilgisi yoktur. "İnançlı" insanlarda da panik yaşanır.

-Yanımda ilaç, adres ve telefonlar, su, bisküvi, tansiyon aleti vs.. taşıyorum. Olmayınca yola çıkamıyorum bir şey olur mu?

Bağlanma, garantiye alma ihtiyacından yola çıkıyorsunuz. Tedavi ile yavaş yavaş bu bağlanma nesnelere kurtulmak, özgür ve özgüvene dayalı "sahaya" çıkmanız mümkündür.

-Spor paniği arttırır mı?

HAYIR (faydası vardır)

-Sex yapabilir miyim ?

EVET

-Panik geldiğinde acile gideyim mi?

HAYIR (Daha önceki nöbetler nasıl geçtiyse bu nöbette geçecek)

-Panik depresyonla beraber olur mu?

EVET

-Panik anında boğazım düğümleniyor, tıkanıyorum. Nefessiz kalıp ölebilirmiyim.

HAYIR

-İlaçla beraber alkol alınır mı?

Çoğunlukla HAYIR, fakat doktorunuza danışmakta yarar var...

-İlaçlar bağımlılık yapar mı? Hayat boyu kullanmam gerekir mi?

HAYIR

-Panikten dolayı işimi değiştirip, veya bırakayım mı?

HAYIR Kesinlikle işinizi bırakmayın ve değiştirmeyin.

-İlaçlar, yiyecekler içecekler boğazımı tıkar mı? Boğulur muyum?

HAYIR

-Bana büyü yapılmış veya 'cin' çarpmış olabilir mi?

Paniğin bunlarla hiçbir ilişkisi yoktur kesinlikle hocalara, büyücülere, medyumlara, biyoenerjiyle uğraşanlara gitmeyin.

## ÖNERİLER

1-Hastalık hakkında doktorunuzdan ve yayınlardan çok iyi bilgi alın.

Temel Kural: "Düşmanını Tanı"

Sana ne yapıp ne yapamayacağını bil!

2-Dahili, fiziksel muayeneler ve tahlillerde hiçbir şey yoksa; bir daha tahlil yaptırmayın ve dahili muayeneye gitmeyin.

3-Her hastanın tedavi süresi, onun kişiliğine durumuna bağlı olduğundan tedavi süresini bilin ve bu süreyi en verimli bir şekilde kullanın.

4-Yakınlarınızda doktorla görüşürün. Hastalığın sizin elinizde ve iradenizde olmadığını öğrensinler ve size "yüklenmesinler"

5-Umutunuzu ve kendinize olan güveninizi hiçbir zaman yitirmeyin. "Başaracağım, bu hastalığı yeneceğim ve yaşama sımsıkı sarılacağım. Kendime inanıyorum ve güveniyorum!"

Telkinini sık sık yenileyin.

6-Mümkünse her gün yarım saat yürüyüş yapın.

7-Her gün duş alın.

8-Yüzme imkanınız varsa yüzün.

9-Yılda iki kez tatil yapın.

10-Çözemediğiniz ve sizinle direkt ilişkisi olmayan sorunlarda üzülmeyin. "Kulak arkası edin."

11-Kahve, koyu çay, kolalı içeceklerden uzak durun.

12-Midenizi tıka basa doldurmayın, uzun süre aç kalmayın.

13-Sizin gibi panik yaşayan insanlarla bir araya gelin. Sosyal-kültürel faaliyetlerde bulunun.

14-Panik krizini hissettiğiniz an dikkatinizi başka yere vermeye çalışın.

15-Nefes egzersizleri yapın (Derin nefes alıp içinizde tutun ona kadar sayın ve ağzınızdan üfler gibi yavaş yavaş verin)

16-Her gün gevşeme (relaksasyon) egzersizleri yapın. Bütün vücut kaslarınızı kasıp sonra gevşetin.

17-Sex yaşamınızı canlandırın, fanteziler üretin.

## HASTA YAKINLARI NE YAPMALI? HASTAYA NASIL DAVRANMALI?

-"Bir şeyin yok, evham yapıyorsun, her şey senin elinde" lafını etmemek.

-Paniğin kişinin kontrolünün dışında olduğunu bilmek ve onu anlamak.

-Fiziksel muayene ve tetiklerde bir şey saptanmayınca hemen psikiyatrist'e başvuruyu sağlamak.

-Onu eleştirmeyin, küçük düşürücü yada zorlayıcı davranışlarda bulunmayın.

-Hastalık kontrol altında olana kadar ona destek olan ve psikiyatrist direktiflerini uygulamada ona yardımcı olun.

-Hastayı zorlayarak korktuğu durumlarla yüz yüze getirmeyin.Örneğin,seyahate yollamak, asansöre bindirmek,kalabalık alışveriş merkezine sokmak gibi...

-Kendi kaygı ve korkularınızı iyileşene kadar ona yansıtmayın.Çünkü, panikli insan

hastalık,acı,keder,felaket haberlerinden olumsuz etkilenir.

-Hastanız evhamlı yapıdaysa bir sefer iyi bir fiziksel muayeneden geçirtin. Ayrıntılı Çek-Ap yaptırın .Paniği açıklayan fiziksel bir neden yoksa, bir daha fiziksel işlemlere baş vurmayın.Hastanızın psikolojisini bilmeyen bazı hekimler, muğlak konuşarak hastanın paniğini artırabilir.

-Hastanın yanında sağlık haberlerini okumayın,falan kalpten gitmiş,filan aklını oynatmış şeklinde kesinlikle konuşmayın.

-"Yeter artık bir an önce iyileş bizde bıktık usandık" demeyin!

-Hastanızın rol yaptığını, naza çektiğini sakın düşünmeyin ve telaffuz etmeyin.

-" Ne var canım bir gün ölmeyecekmiyiz, ölümden bu kadar korkulur mu " demeyin bu korku klasik ölüm korkusundan farklı ve şiddetlidir. Büyük konuşmayın ve hastanızın "İnşallah başına gelirse beni anlarsın" beduvasın almayın.

-Hastanıza "Senin için ne yapayım, nasıl yardımcı olayım " diye sorun. Onu mutlaka can kulağıyla dinleyin ve anlamaya çalışın.

-Şunu unutmayın, panikli insanlar yaşama çok bağılıdır. Kendi kendilerine acı çektirmek isterlermi?

-Paniğin dini inanç eksikliği, iman zaafı olmadığını bilin.Dindar insanda ülser olduğu gibi panik atak da yaşayabilir.

-Hastanızın doktorundan aldığınız bilgi ve direktiflerle hareket edin.

-Sabırlı olun panik atak mutlaka kontrol altına alınanbir durumdur.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi

Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **ÇOCUK İSTİSMARI: ÇOCUK CİNSEL TACİZİ**

### **GİRİŞ**

Çocuk ve ergenlerde cinsel kötüye kullanım, bir erişkinin cinsel arzu ve gereksinimleri için çocuk veya ergeni cinsel bir nesne olarak kullanması şeklinde tanımlanmaktadır (1). Araştırmacılar, çocuklukta ve ergenlikte cinsel kötüye kullanımın nadir olmadığını düşünmektedir. ABD'de 1976-1986 yılları arasında çocuk koruma kurumlarına bildirilen cinsel kötüye kullanım olgularında dramatik artış gözlenmiştir; 1976'da bildirilen cinsel kötü kullanıma uğramış çocuk sayısı 10.000'de 0.86 iken 1986'da 10.000'de 20.89'a yükselmiştir (2). Bunun sebebi hekimlerin cinsel örselenmeyi tanımada daha duyarlı hale gelmeleri ve bildirimlerin artmasıdır. Tahminlere göre kızların %20'si, erkeklerin %9'u çocukluk ve ergenlik döneminde uygunsuz cinsel davranışlara maruz kalmaktadırlar (3). Yapılan başka bir geniş ölçekli araştırmada ise toplum örneklemindeki her 10 erkek ve her 3 kız çocuktan birinin onsekiz yaşından önce cinsel kötüye kullanıma uğrama riski taşıdığını saptanmıştır. Bunların gerçek oranları tahminlerden daha yüksektir, çünkü bunların tanınmaları zor olmakta ve gizlenmektedir (4). Çocuk ve gençlerde cinsel kötüye kullanım ülkemizde de sanıldığı gibi aksine daha yüksek oranlardadır. Ülkemizde Trakya Üniversitesinde yapılan bir çalışmada aile içi cinsel kötüye kullanımının %1.4 oranında olduğu bulunmuştur (5).

Cinsel kötüye kullanımda çocuk için bir çok risk etmeni söz konusudur. Ancak bunlar arasında en önemli rol oynayan ailesel etmenlerdir. Çalışmalarda, cinsel kötüye kullanıma güvenli ailesel bağı olmayan bireylerde daha sık rastlandığı gösterilmiştir. Zayıf anne-baba-çocuk ilişkisi, anne ve baba arasındaki zayıf ilişkiler, koruyucu anne ve babanın bulunmayışı cinsel taciz riskini artırmaktadır. Aynı şekilde çocukta bir psikiyatrik bozukluğun bulunması (mental retardasyon gibi) çocuğun cinsel kötüye kullanım riskini artırmaktadır (6, 7). Cinsel kötüye kullanım genellikle aşamalı olarak gelişmektedir. Taciz yapan ilk önce arkadaşça ve dostça davranmakta, sonrasında baştan çıkarma aşaması ile devam etmekte, daha sonra ise sessizce zorlama ve baskı başlamaktadır (3). Cinsel tacize uğramış çocuklarda cinsel örselenmeye uyum sağlama sendromu (child sexual abuse accommadition syndrome) gözlenmektedir (2).

Bu sendromda sırasıyla şu aşamalar gerçekleşir:

1. Başlangıçta cinsel kötüye kullanım olayını gizleme (secrecy) söz konusudur. Bu durum, cinsel tacizi yapanın "bu bizim sırrımız, kimseye söyleme!" tarzında yaklaşımı veya tehdidi, çocuğun çevrenin kendisine inanmayacağı endişesi, aile içi bir taciz ise ailenin dağılması endişesi gibi birçok nedenlerden kaynaklanabilmektedir.
2. Bundan sonraki aşamada çocuk kendini çaresiz hisseder (helplessness).
3. Daha sonrasında çocuk kendini hapis olmuş (entrapment) hisseder ve sonrasında duruma göreceli uyum (accomadition) sağlar.
4. Zamanla çocuk veya ergen gücünü toplayarak gecikmiş, çelişkili, içinde bizi ikna edemeyen itirafı (delayed, conflicted, and unconvincing disclosure) gerçekleşir.
5. Sonrasında tekrar geri çekilme (retraction), hiçbir şey olmamış gibi davranma sergilenir.

Cinsel kötüye kullanım iki gruba ayrılmaktadır:

1. Dokunmanın olduğu cinsel kötüye kullanım tipleri: Vajinal, oral, anal cinsel ilişki veya cinsel organların okşanması.

2. Dokunmanın olmadığı cinsel kötüye kullanım tipleri: Teşhircilik, çocuk önünde masturbasyon, pornografi vs.

Epidemiyolojik çalışmalar teşhircilik, uygunsuz okşama ve dokunmanın olduğu cinsel kötüye kullanımın en yaygın görülen tipler olduğunu göstermektedir. Bunu masturbasyon ve koitusun olduğu tipler izler. Koitusun olduğu tiplerde olumsuz etkilenme daha fazladır (8).

Klinik görünümler:

Cinsel kötüye kullanıma uğrayan çocuklar, üç temel belirti ile hekimin dikkatini çeker:

1. Davranışsal değişiklikler
  2. Genital-rektal veya diğer tıbbi yakınmalar
  3. Uygunsuz cinsel ilişkinin açıklanması
1. Çocuk ve Ergendeki Davranışsal Değişiklikler:

Cinsel kötüye kullanıma uğramış çocuk ve ergenlerdeki en özgün davranış belirtileri artmış cinsel dışa vurumlar ve davranım bozuklukları tarzında kendisini göstermektedir. Yapılan çalışmalarda cinsel tacize uğramış çocukların daha sık cinsel davranışlar gösterdiği belirtilmektedir. Bu çocukların yaşına uygun olmayan cinsel davranışlar, teşhircilik, baştan çıkarma veya oyunlarında cinsel içeriğin olması, erişkin veya diğer genç çocuklarla daha sık cinsel ilişkiye girme davranışları gösterdikleri tespit edilmiştir. Ayrıca bu çocuklarda, aşırı veya açıktan masturbasyon, cinsel organları ile aşırı oynama, yetişkinlere veya çocuklara uygunsuz sarılma ve öpme veya ergenlikte flörte erken başlama sık gözlenmektedir (3, 9-12). Cinsel tacize uğramış çocuklar anksiyete ve depresyon belirtileri, korku, bedensel yakınmalar, uyku örüntüsü değişiklikleri ve kabuslar tarzında sorunlar yaşayabilir (13). Cinsel kötüye kullanıma uğramış erkek çocuklarda en sık görülen davranış tepkisi, saldırgan davranışların gelişimi şeklindedir. Erkek çocuklarda davranım bozukluğunun belirtileri de sıklıkla gözlenmektedir. Kızlarda gözlenen en sık davranış tepkisi ise, özkıyım ve kendine zarar verme davranışlarıdır. Kendine zarar verici davranışlar genellikle vücudunda sigara söndürme, bileğini kesme ve özkıyım girişimleri gibi davranışlar şeklinde kendini göstermektedir (14).

Tablo I'de cinsel kötüye kullanıma işaret edebilecek davranışsal değişiklikler yer almaktadır:

Tablo I. Olası Cinsel Kötüye Kullanıma İşaret Eden Davranışsal Değişiklikler

Davranım bozuklukları

Baştan çıkarıcılık

Fobiler

Öfke nöbetleri

Madde kötü kullanımı

Uyku bozuklukları

Saldırganlık

Sosyal çekilme

Gece kabusları

Kendine zarar verme

Depresyon

Yeme bozuklukları

Cinsel dışa vurumlar

Düşük kendilik değeri

Okul problemleri.

## 2. Genital-rektal veya diğer tıbbi yakınmalar:

Çocukla ilgilenen kişinin cinsel kötüye kullanmaya bağladığı veya hekimin muayene sırasında dikkatini çeken bulgular Tablo II'de sıralanmıştır:

### Tablo II. Muhtemel Cinsel Kötüye Kullanıma Bağlı Tıbbi İşaretler

Genital, anal veya üretral travma

Genital veya anal ağrı, kaşıntı, sıyrıklar, kanama

Tekrarlayan üriner enfeksiyon, cinsel yolla geçen hastalıklar, dizüri, veya akıntı

Vulvitis veya vulvovajinitis veya anal inflamasyon

Gebelik

Karın ağrısı, kronik kabızlık, ağrılı dışkılama

Enürezis, enkoprezis

## 3. Uygunsuz Cinsel İlişkinin Açıklanması:

Muayeneler sırasında çocuk, cinsel kötüye kullanımı hekime açıklayabilir. Aile içi cinsel kötüye kullanım, aile içinden biri veya komşular tarafından ihbar edilebilir.

### CİNSEL KÖTÜYE KULLANIMA KLİNİK YAKLAŞIM

Çocukla Görüşme: Çocuktan mümkün olduğu kadar ayrıntılı öykü alınmalıdır. Görüşme sırasında şunlara dikkat edilmelidir:

Çocuktan öykü alırken çocuk veya ergenle yalnız bulununuz, dostça ilişkili kurunuz ve destekleyici olunuz.

Tanışma sonrasında neden görüştüğünüzü anlatınız ve görüşmenin amacını açıklayınız.

Çocuk veya ergen ile aynı düzeyde oturunuz. Görüşmeye arkadaşları, okulu veya ilgileri hakkında yumuşatıcı konuları sorarak başlayınız.

Ses tonunuzun ve yüz ifadenizin yargılayıcı olmasından kaçınınız.

Onu tehdit edici konuşmalar yapmayınız. Onun güvenini kazanınız ve konuştuklarınızın ikinizin arasında kalacağına güvence veriniz.

Başlangıçta açık-uçlu sorular sorunuz. Açık uçlu sorular şu şekilde olabilir: "Birileri sana hoşlanmadığın bir tarzda dokundu mu?", "Birileri senin özel bölgelerine dokundu mu?", "Nasıl oldu?", "Konuyu biraz daha açar mısın?", "Hatırladığın başka birşeyler daha var mı?", "En son olan olayı bana anlatabilir misin?".

Taciz olayından sonra ağrı, kanama veya idrar yaparken yanma olup olmadığını sorunuz. Taciz yapanın ismini ve tacizin nerede olduğunu öğreniniz.

Tekrarlayıcı sorulardan kaçınınız.

Açık uçlu soruların sorulması bitmiş ve hala cinsel taciz olayı açığa kavuşmamışsa, daha özel sorular sorunuz.



Görüşme sırasında çocuğun davranışlarını gözlemleyiniz ve kaydediniz. Kayıtlarınızı çocuğun ifade ettiği tarzda yazınız.

Görüşme sonlanırken çocuğa olan şeyleri anlatmasının doğru bir davranış olduğu söyleyiniz.

Anne baba ile görüşme: Anne baba ile konuşurken çocuğu oyun odasına alınız. Anne baba ile görüşme aile öyküsünü ve gelişimsel tıbbi öyküsünü içermelidir.

Fiziksel muayene: Cinsel kötü kulanıma uğramış çocukların çoğunda major fiziksel bulgular yoktur: Fizik muayene sırasında şunlara dikkat edilmelidir:

Cinsel taciz şüphesi olan çocuktan tıbbi öykü alınırken ve fizik muayene yapılırken aceleci davranmamak gerekir. Çocuğa ve ergene nasıl fizik muayene yapılacağı anlatılmalıdır.

Çocuğun özel bölgelerini çok nazik muayene ediniz. Çocuğun kendi vücudunun bölgeleri için kullandığı sözcükleri tanımlamasını isteyiniz.

Muayene konusunda ve çocuğun korkularıyla ilgili sorularını cevaplandırınız.

Muayene sırasında anne-babasının yanında bulunmasını isteyip istemediğini sorunuz.

Muayene sırasında üzerine örtü örtünüz. Giysilerini çıkarırken odadan çıkarak ona saygılı davranınız.

Muayene sırasında basit aritmetik soruları, bilemeceler, vb. sorular sorarak gevşemesini sağlayınız, konuşmalarınızla yüreklendiriniz.

Genitallerin ve anüsün muayenesinde otoskop ve benzeri cihazlar kullanılabilir. Erkek genitallerini ayakta veya yatarak muayene ediniz. Anüsü muayene ederken anal dilatasyon nazikçe yapılmalıdır. Birçok prepubertal kızda vajinal vestibülün, himenin ve dış genitallerin görsel muayenesi yeterlidir. Çoğu kız için en uygun muayene diz-göğüs pozisyonudur. Bu muayenede başparmak ve işaret parmağı ile labialar bilateral olarak tutulur ve dışa aşağıya doğru nazikçe çekip ayrılır. Çocuğun istemsiz olarak pelvik kaslarını kasmaı nedeniyle vajinal vestibül yapıları görülmeyebilir. Labial traksiyon sırasında çocuğun gevşemesini sağlanmalıdır. Çoğu çocuk diz-göğüs durumunda daha rahat eder. Bu pozisyonda noninvazif olarak posterior himeni, vajinayı, anusu ve sıklıkla serviksi görmek mümkündür.

Cinsel tacizi takiben fiziksel bulgular:

Vajen dokusunun esnek ve travma sonrasında iyileşmesinin çabuk olması nedeniyle çoğu olguda fiziksel bulgu yoktur. Vajenin parmakla muayenesi dokuya zarar vermez. Bu nedenle normal genital muayene taciz belirtilerini değiştirmemektedir. Ayırıcı tanıda önemli olan bir durum da kazalara bağlı olarak sıklıkla kızlarda meydana gelen genitallerdeki yaralanmalardır. Ancak kazalara bağlı oluşan genital yaralanmalarında sıklıkla klitoris, mons pubis ve labial yapılar gibi anterior yapılar hasar görür. Genellikle straddle yaralanmalar (ata biner tarzda) asimetriktir ve himen olaya katılmaz. Aksine penetrasyonun olduğu cinsel tacizlerde doku hasarı primer olarak posterior kommissura, fossa navikularis, ve posterior himenedir. Bu nedenle kızlarda cinsel taciz için yapılan fizik muayenede posterior vestibül yapıları üzerinde odaklaşılmalıdır. Penetrasyonlarda genellikle posterior himende U veya V şeklinde yırtıklar olur. Cinsel tacize uğramamış prepubertal çocuklarda normal himenal açıklık vardır. Fakat posterior himen defekt varlığında duhulün olduğu cinsel tacizlerde himenal açıklığın aşırı derece genişlemiş olması tanıya götürücüdür. Erkek çocuklar nadiren anormal bulgu gösterir. Eğer bulgu varsa sıklıkla anus çevresinde yaralanma aranmalıdır. Penil ve skrotal yaralanmalar sık değildir. Akut anal bulgular şunlar olabilir: şişme, kızarıklık, abrazyonlar ve nadiren fissurlardır. Anal laserasyonlar nadiren skar bırakırlar. Kronik ve tekrarlayıcı travmalarda anal deformite veya tag olması, ampullada gaita olmaksızın 30 sn içinde 15 mm den fazla dilatasyon oluşması veya tam dilatasyondan sonra anal katlantılarda kalınlaşma ve düzensizlik gözlenebilir.

Laboratuvar Bulgular:

Cinsel yolla bulaşabilecek hastalıklar yönünden araştırılmalıdır. HIV, hepatit B ve sfiliz serolojisi, niesseriya gonore kültürü (vajina, rektum ve boğazdan), klamidiya trakhomatis (vajina, rektum) ve trikomanis vajinalis araştırılmalıdır. Cinsel saldırıya (tecavüz) uğramışlara 72 saat içinde adli jinekolojik muayene yapılmalıdır. Tecavüze uğrayanlarda eğer abdominal duyarlılık veya rijidite var ise vajinal veya rektal perforasyon düşünülmelidir. Vajinal veya rektal kanama varlığında soğuk kompres konmalı yaşam

bulguları izlenmelidir. Cinsel saldırıyı takiben adolesanlarda cinsel yolla bulaşıcı hastalıklardan korunma (15): Seftriakson 125 mg tek doz i.m + Metranidazol 2 gr tek doz oral + Oksisiklin 2x100 mg oral 7 gün boyunca verilebilir. Aşılı değilse hepatit B aşısı yapılmalıdır. Post pubertal kızlarda gebelikten korunmak için kontrseptifler verilebilir. Ovrul (ethinyl estradiol ve norgestrel) blastosit implantasyonunu engelleyerek etki eder. Önerilen doz ilk 72 saat içinde 2 tablet, 12 saat sonrasında tekrar 2 tablettir. Bulantı en sık görülen yan etkidir.

Yaşanan olay nedeniyle çocuk ve aile suçlanmamalıdır. Çocuğa kendisinin hatası olmadığı anlatılmalıdır. Çocuklara, bazı çocukların başına da benzer şeylerin geldiği veya gelebileceği anlatılmalıdır. Cinsel kötüye kullanıma uğramış çocuklara uygun yaklaşımın sağlanması, çocuğun olayı çözümülemesi ve sıkıntısıyla başa çıkması konusunda yardımcı olacaktır. Bu sebeble cinsel kötüye kullanım olguları ile karşılaşan hekimler nasıl davranacakları konusunda eğitimli olmalı ve klinik yaklaşımları bilmelidir. Pediatristlerin bu olgularda çocuk ruh sağlığı uzmanlarıyla işbirliği içinde olmaları gerekir.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **ÇEKİNGEN KİŞİLİK**

Aşağıdaki belirtilerden en az dördünün varlığı ile birlikte erişkinliğin erken dönemlerinde başlayan yetersizlik duyguları, sosyal acıdan kendini geri çekme ve başkalarınca olumsuz değerlendirilmeye aşırı duyarlı olma, fazla incinme ile seyreden bir kişilik bozukludur.

1-Başkaları tarafından kabul görmeme, küçümsenme, eleştirilme, dışlanma endişeleriyle sosyal ilişki gerektiren işlerden uzak durma

2-Sevilip, sayıldığına kesin inanmadıkça başkalarıyla iletişim kurmak,görüşmek istemez

3-Hafife alınıp, dalga geçileceği endişesi ile yakın ilişkilerde rahat davranamaz,bu ilişkilerde tutukluk yasayıp, kendini ve sahip olduklarını ortaya koyamaz

4-Başkalarının da bulunduğu iletişim gereken ortamlarda düşünce içerikleri yoğun bir şekilde eleştirilme, dışlanma düşünceleri ile kaplanmıştı

5-Hissettikleri yetersizlik duyguları nedeniyle, daha önce karşılaşmadıkları kişilerle aynı ortamda bulduklarında istedikleri gibi hareket edememelerine, konuşma ve davranışlarında kısıtlılık hissetmelerine yol acar.

6-Kişiler kendilerini sosyal acıdan yeteneksiz, renksiz, etkisiz ,zayıf veya diğer kişilere göre daha değersiz bireyler olarak görürler.

7-Küçük düşüp, mahcup olacakları seklindeki düşünce yapıları nedeniyle kendi baslarına bireysel girişimlerde bulunamaz ve yeni aktivitelere başlamak ya da başkalarına katılmak istemezler.

Bu kişiler yeni sorumluluk ve dolay isiyle eleştiri alma olasılığı, odak noktası olma,üstlerle daha çok ilişki kurma ve inisiyatif kullanma durumları nedeniyle işlerinde daha üst konumlara yükselme tekliflerini reddedebilirler. Başkaları hakkında başlangıçta "beni eleştirir, beni aralarına almazlar" diye düşündüklerinden yeni ilişkilere girmekten kaçınırlar. Kendilerinden bahsetmekte, iç dünyalarını açmaları konusunda yanlış anlaşılma ve reddedilme endişeleri nedeniyle zorluk yasarlar.

Utangaç,ürkek, yalnız, kendini gizlemeye çalışan, sesi soluğu çıkmayan, kendini frenleyen kişilerdir.Olağan şeylerden bile bir çok tehlikenin oluşabileceğini düşünüp, hayatlarını alıştıkları ortam ve kişilerle geçirmeye çalışır, "kozaları içinde yaşamaya çalışırlar". Korkulu ,endişeli ve diken üzerinde gibi olan davranışları başkalarınca alay konusu olabilir. Başkalarına kıyasla toplumdaki uzak yaşamayı yeğlerler, bu nedenle tanıyanları azdır ve iletişimleri de az olduğundan yeterli destek bulamazlar. Buna rağmen sevgi,saygı, yakınlık görmek ister, mükemmel ilişki hayalleri ile yasarlar.

Berber görülen bozukluklar:

-Sosyal fobi

-Depresif bozukluklar

-Diğer kişilik bozuklukları (borderline , paranoid, sizoid, sizotipal k.b.)

Toplumda %0.5-1 oranında görülmektedir. Çocukluk yaşlarında utangaç, yabancılar arasına çıkamayan, yeni durumlar karşısında endişe edip, gerileyen, oyunlara katılmakta isteksiz ya da pasif kalan çocuklardır. Yıllar geçip, ilişki gereği arttıkça daha çok çekingenlikleri ortaya çıkar. .

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## ÇOCUK VE ERİŞKİNDE PSİKİATRİK İLAÇ TEDAVİSİ

1952 yılında klorpomazinin psikiyatride kullanılmaya başlanmasıyla ilk adımını atan psikofarmakoloji son yıllarda gelişen teknolojik ilerlemeler ile beyin nörokimyasının ve görüntülemesinin daha iyi tanınmasını ve ilaçların etki mekanizmalarının daha iyi anlaşılmasını sağlamış ve daha seçici ve daha az yan etkili ilaçların bulunmasıyla önem kazanmıştır. Farmakolojik tedaviyi psikiyatrinin tek tedavi şekli olarak benimsemek tedavide bütüncül yaklaşıma uygun değildir. Çocuk ve ergen psikiyatrisinde farmakolojik tedavi birçok klinisyen için ilk seçenek olmamakta ve psikoterapi, davranış tedavisi, bilişsel tedavi, aile tedavisi ve oyun tedavisi gibi birkaç yöntem birlikte kullanılmaktadır. Buna karşın çocuk ve ergen ruhsal bozukluklarının daha iyi tanınır olması ve farmakolojik tedaviler dışındaki tedavilerle bazı bozukluklarda düzelmenin sağlanmaması ilaçlara olan başvuruyu artırmıştır. Diğer tedavi yöntemlerinde olduğu gibi farmakolojik tedavide de uygulayıcıların iyi eğitim almalarına, çok araştırma yapmalarına, bilimsel kuramlar geliştirmelerine ve uygulama fırsatları bulmalarına ihtiyaç vardır. Çocuk ve ergen psikiyatrisinde kullanılmakta olan farmakolojik ajanlar, bunların erişkinlerdeki kullanımından elde edilen sonuçlara dayanılarak uygulanmaktadır. Yoksa, çocuklar ve ergenler için özel farmakolojik ajanlar mevcut değildir. Bilinmesi gereken çocuk ve ergenlerde kullanılan farmakolojik ajanların bazı farmakokinetik ve farmakodinamik farklılıklarıdır. Örneğin, psikofarmakolojik ilaçların emilimi çocuklarda erişkinlerden daha hızlı olabilir. İlaçların yağ dokusunda depolanması az olabilir. İlaçların plazma proteinlerine bağlanma oranı düşük olabilir. İlaçların karaciğerde metabolize olması hızlı olabilir. Bu bölümde, çocuk psikiyatrisinde kullanılan ilaç tedavisindeki son gelişmeler psikotropik ilaçlar gruplandırılarak gözden geçirilecektir.

### Antidepresanlar:

#### Trisiklik Antidepresanlar (TCA)

Kullanım alanı: Çocukluk ve ergenlik depresyonları, obsesif kompulsif bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, özel öğrenme güçlükleri, enürezis, enkoprezis, mental retardasyon ve otizmde kendine zarar verici ve saldırgan davranışlar.

Kalp-damar sistemi üzerine yan etkisi: Çocuklarda ve ergenlerde TCA'ya başlamadan önce baseline EKG çekilmelidir. Her doz artımından ve kararlı duruma ulaştıktan sonra EKG izlemesi yapılmalıdır. 10 yaşından küçük çocuklarda PR intervali 0.18 sn, 10 yaşından büyük çocuklarda 0.20 sn'den büyükse TCA'nın dozu azaltılmalı ya da ilaç kesilmelidir. QRS intervali 0.12 sn'den büyükse ya da baseline QRS intervalinden %50 daha fazla uzama varsa ilaç azaltılmalı ya da kesilmelidir. 10 yaşından küçük çocuklarda dinlenme durumunda iken kalp hızının 110 vuru/dk'dan, 10 yaşından büyük çocuklarda 100 vuru/dk'dan yüksek olması durumunda ilaç azaltılmalı ya da kesilmelidir. 10 yaşın altındaki çocuklarda dinlenme durumunda iken kan basıncının 140/90 mmHg'dan yüksek ya da sürekli 130/85 mmHg'den yüksek olması; 10 yaşından büyük çocuklarda 150/95 mmHg'dan yüksek ya da sürekli 140/85 mmHg'dan yüksek olması durumunda ilaç azaltılmalı ya da kesilmelidir.

Çocuk ve ergenlerde TCA'la depresyon tedavisine 1,5 mg/kg/gün ile başlanmalı ve her üç günde bir 1.0-1.5 mg/kg/gün artırılmalıdır. Etkin antidepresif doz 5 mg/kg/gündür. Küçük çocuklarda TCA dozunun 2 ya da 3'e bölünerek verilmesi ve plazma düzeyinin izlenmesi önerilir. İmipramin ya da amitriptilin için hedeflenen kan düzeyi 150 ng/ml'dir.

Trisiklik antidepresanlara cevap vermeyen çocuk ve ergenlerde farklı sınıftan iki antidepresanın birlikte kullanılması; lityum karbonat, psikostimulanlar, tiroid hormonu ve anksiyolitik ilaçların tedaviye eklenmesi yararlı olabilir.

Obsesif kompulsif bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde klomipraminin etkinliği gösterilmiştir. Bu etkinliğin değerlendirilmesi için 10-12 haftalık deneme önerilir. Obsesif kompulsif bozuklukta klomipraminin günlük dozu 250 mg'ı geçmemelidir. Daha yüksek dozlarda konvulsiyon olasılığı yüksektir. Klomipraminle tedavi edilen hastalarda tremor, ağız kuruluğu, yorgunluk ve halsizlik, başdönmesi, konstipasyon, taşikardi, terleme, uykuya başlamada güçlük, iştahsızlık, başağrısı, hipersalivasyon, karın ağrısı ve miksiyon

güçlüğü görülebilir. Bu yan etkiler diğer trisiklik antidepresanların kullanılması sırasında da ortaya çıkabilir.

TCA'lar dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda (DEHB) psikostimulanlara göre bazı avantajlara sahiptir. Bunlar şu şekilde özetlenebilir: TCA'lar 24 saat etkilidir; günde tek doz yeterli olabilmektedir. TCA'lar bağımlılık yapmaz. DEHB ile birlikte enurezis varsa bu bozukluk da düzelir. TCA'lar tiklere neden olmaz. TCA'lar daha az uyku sorununa neden olur. TCA'ların büyüme üzerine yan etkileri yoktur. DEHB olan okul çocuklarının yaklaşık %25'i psikostimulanlara yanıt vermez. DEHB'da en sık kullanılan TCA imipramindir. İmipramin tedavisine küçük dozlarla başlanmalı, 5 mg/kg/gün dozu aşılmamalıdır. Kardiyotoksikite riski nedeniyle EKG izlemi gerekir.

DEHB ile komorbidite gösteren bozukluklar arasında davranım bozukluğu ve karşı gelme bozukluğu %50 oranlarındadır. Bu bozuklukların birlikte olduğu DEHB olgularında TCA'ların kullanılması olumlu sonuçlar verebilir.

Enürezis ve enkoprozis'de TCA'ların kullanılması genellikle tedavinin ilk aşaması değildir. Farmakolojik tedaviye başlamadan önce eğitimsel ve davranışsal tedaviler denenmelidir. Ancak bunların başarısız olduğu durumlarda TCA'lar kullanılabilir. Okul çağı çocukları için gece yatmadan önce verilen 10-25 mg gibi küçük doz TCA'lar, özellikle imipramin, yüzcüldürücü sonuçlar vermektedir. Gerekğinde bu doz 2-3 katına kadar artırılabilir.

### **Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörleri (SSRI)**

Kullanım alanı: Çocukluk ve ergenlik depresyonu, obsesif kompulsif bozukluk, hiperaktivite, anksiyete ve panik bozuklukları, Tourette sendromu, trikotillomani, mental retardasyon, Prader-Willi sendromu, Lesch-Nyhan sendromu, enürezis, otizm.

Yan etkiler: TCA'ların kullanılması sırasında görülen antikolinergik, antihistaminik, sedasyon, ağırlık artışı, EKG değişiklikleri gibi yan etkiler SSRI'ların kullanılması sırasında daha az görülür. Fluoksetinin sık görülen yan etkileri bulantı, baş ağrısı, irritabilite, uykusuzluk, ishal, iştahsızlık, baş dönmesi ve uyuklamadır. Çocuklarda fluoksetin ile yapılan çalışmalarda bu ilacın genellikle iyi tolere edildiği ve yan etkilerinin erişkinlerdekine benzediği bildirilmiştir. Fluoksetin ile tedavi sırasında çocuk ve ergenlerin bir bölümünde davranışlarda aktivasyon ve kontrol güçlüğü görülebilir. Çocuklarda dikkat edilmesi gereken fluoksetin tedavisine düşük dozla başlanması ve dozun aşamalı olarak artırılmasıdır. Sertralinin yan etkileri bulantı, baş ağrısı, ishal, ağız kuruluğu, uykusuzluk, uyumaya eğilim, baş dönmesi, tremor ve yorgunluktur. Çocuk ve ergenlerde sertralinin yan etkilerinin erişkinlerdekine benzediği, mide ağrısı, ishal ve hafif sedasyonun en sık yan etkiler olduğu bildirilmiştir. Genel olarak sertralin iyi tolere edilmekte, özellikle gündüz ajitasyonu ve gece uykusuzluğu olanlara önerilmektedir. Paroksetinin yan etkileri bulantı, yorgunluk, ağız kuruluğu, güçsüzlük, konstipasyon, baş dönmesi ve uykusuzluktur. Fluvoksaminin yan etkileri ise bulantı, uyumaya eğilim, güçsüzlük, baş ağrısı, ağız kuruluğu, uykusuzluk ve karın ağrısıdır. Fluvoksaminin yan etki profili klomipramin (en sedatif) ile fluoksetin (en aktive edici) arasındadır. Obsesif kompulsif bozukluğu olan çocuklarda fluvoksamin ile yapılmış sistematik bir çalışmada genellikle bu ilacın iyi tolere edildiği ve fluvoksaminin en sık görülen yan etkilerinin uykusuzluk, ajitasyon, hiperkinezi, uyumaya eğilim ve dispepsi olduğu bildirilmektedir.

Serotonin gerilimini inhibe etme güçlülükleri yönünden SSRI'lar yüksekte alçağa doğru sıralanırsa paroksetin, fluvoksamin ve fluoksetin şeklindedir. Klinik olarak yüksek güçlü olma ile antidepresif ve antiobsesyonel etkiler arasında doğrudan ilişki gösterilememiştir. SSRI'lar serotonin için oldukça seçici olmalarına karşın yüksek dozlarda hepsi norepinefrin gerilimini ve daha az olarak da dopamin geri alımını inhibe ederler. SSRI'lar TCA'lardan farklı olarak kolinerjik, noradrenergik ve histaminik reseptörlere düşük affinite gösterirler. Bu nedenle daha az yan etkileri, örneğin, antikolinergik, postural hipotansiyon ve sedasyon yapma özellikleri vardır.

Fluoksetinin metaboliti norfluoksetindir ve en az ana bileşik kadar güçlü serotonin inhibitörüdür. Norfluoksetinin 15 güne kadar ulaşan yarı ömrü vardır. Fluoksetinin yarı ömrü de diğer SSRI'lar ile karşılaştırıldığında uzundur; 1 günden 4 güne kadar uzayabilir. Kararlı duruma ulaşmak için birkaç hafta gerekir. Fluoksetin kesildikten sonra 6-8 gün kadar sistemde kalır.

Paroksetinin metabolitleri serotonin ve monoamin gerilimini inhibe etmez. Ana bileşiğin yarı ömrü 24 saat olmakla birlikte kişiler arasında büyük değişkenlikler vardır. Yetişkinlerde kararlı duruma 7-14 günde ulaşır.

Sertralinin ana metaboliti desmetilsertralindir ve sertralinden 5-10 kez daha az güçlüdür. Sertralin kararlı

duruma 7 günde ulaşır.

Fluvoksaminin metabolitlerinin aktif olmadığı bildirilmektedir. Fluvoksaminin yarı ömrü yaklaşık 12-24 saattir ve kararlı duruma 10 günde ulaşır.

SSRI'lar, özellikle fluoksetin ve sertralin MAOI'leri veya L-triptofan ile birlikte kullanıldığında ateş, myoklonus, konfüzyon, hipertermi, rijidite, takikardi, hipotansiyon, koma ve ölümlerle karakterize serotonin sendromu görülebilir. Bu nedenle hiçbir SSRI çocuk ve ergenlerde MAOI'leri veya L-triptofan ile birlikte kullanılmamalıdır.

Çocuk ve ergenlerde en sık kullanılan SSRI fluoksetindir. Küçük çocuklarda sabahları 5 mg olarak başlanmalı, 10-20 mg/gün'lük terapötik doza aşamalı olarak ulaşılmalıdır. Fluvoksamine 25 mg/gün dozunda başlanmalı ve iki doz şeklinde günde 50 mg kullanılmalıdır. Sözü edilen dozlar depresyon tedavisi için önerilmektedir. Obsesif kompulsif bozuklukta ise bu dozların 2-3 katına çıkılması gerekebilir.

## **Psikostimulanlar**

Kullanım alanı: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, özel öğrenme bozukluğu, tik bozukluğu.

Yan etkiler: Psikostimulanların en sık görülen yan etkileri günün geç saatlerinde verildiğinde uykuya başlamada güçlük, iştahsızlık, kilo kaybı, başağrısı, dinlenme sırasında kalp ritminde artış ve sistolik kan basıncında hafif yükselmedir. Bu yan etkilerin bir çoğu kısa sürelidir ve dozun azaltılması veya ilacın gün içinde uygun zamanlarda verilmesi ile ortadan kalkabilir.

Aşırı hareketlilik, kısa dikkat süresi ve yetersiz dürtü kontrolü ile karakterize olan DEHB'nda en etkili ilaçlar psikostimulanlardır. Metilfenidat, dekstroamfetamin ve pemolin bu grubun örnekleridir. ABD'de olduğu gibi, Türkiye'de de metilfenidat (MPH) DEHB'nun tedavisinde en sık kullanılan ilaç olmuştur. Psikostimulanlar katekolamin olmayan sempatomimetikler olarak adlandırılır. Psikostimulanların DEHB belirtilerini azaltması dopamin salınımına neden olmasına ve presinaptik uçlarda dopaminin gerilimini bloke etmesine bağlanmaktadır. MPH tabletleri hızla emilir ve kan-beyin engelini kolayca aşar. Plazmadaki doruk değerine 2 saatte, bu değer yarısına ise (yarılanma ömrü) 3-4 saatte ulaşır. MPH plazma proteinlerine bağlanmadığından ve yağ dokusunda depolanmadığından hızlı metabolize edilir. MPH, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukların tedavisinde kullanılan en güvenilir ilaçlardandır. MPH'nın etkisi ilk dozun verilmesinden 30 dakika sonra başlar. Standart sabah ve öğle dozları ile çocuklar okulda sakin saatler geçirmektedir. Çocuklarda "en az hatalı" davranışların görüldüğü "hedef doz" 0.3 mg/kg' dan başlamaktadır. MPH'nın maksimum dozu günde 60 mg'dır.

Psikostimulanlar, DEHB ile komorbid olan bozuklukların tedavisinde diğer ilaçlarla birlikte kullanılabilir. Örneğin, DEHB+Major Depresyonda MPH+SSRI, DEHB+Anksiyetede MPH+Yüksek güçlü benzodiazepinler ve DEHB+Davranım bozukluğunda veya DEHB+Tik bozukluğunda MPH+Klonidin.

## **Klonidin**

Kullanım alanı: Tik bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve davranım bozukluğu.

Yan etkiler: Klonidin en fazla görülen yan etkisi sedasyondur. Sedasyon genellikle hızlı doz artımında tedavinin başında ortaya çıkar ve birkaç hafta içinde hafifler. Klonidin kullanımı ile birlikte anksiyete ve iritabilitede artış gözlenebilir. Fakat bunlar da birkaç haftada kaybolur. Klonidin bazen kabızlığa yol açabilir. Bu yan etki zamanla kaybolmaz fakat yüksek fiberli diyet, bol sıvı alımı ve ekzersiz yapma ile kontrol edilebilir. Klonidin kullanımı sırasında ani ayağa kalkışlarda baş dönmesi olabilir. Klonidin diğer yan etkileri arasında göz yaşında azalma ve gözlerde kuruluk, ağızda kuruluk ve bulantı sayılabilir. Nadiren allerjik reaksiyonlar, depresyon, insomnia, kabuslar, idrar retansiyonu ve işitme hallüsinasyonları görülebilir.

Klonidin antihipertansif bir ilaçtır. Alfa-2 noradreneljik reseptörleri uyararak negatif geri bildirim yoluyla tirozin hidroksilaz salınımını durdurur. Bu enzim katekolamin sentezinde hız belirleyici bir enzimdir. Bu şekilde noradrenalin sentez ve salınımı yavaşlar.

Klonidin, DEHB'da psikostimulanlara alternatif bir ilaç olarak kullanılabilir. DEHB olan çocukların tedavisinde klonidin % 70 oranında etkili olduğu gösterilmiştir. Hiperaktivitenin azaltılmasında etkin olmasına karşın dikkat sorunu üzerine yeterince etkin değildir. DEHB ile davranım bozukluğu komorbid olduğunda klonidin tedavisi daha çok seçilmelidir.

DEHB'nda klonidin tedavisine başlamadan önce kan basıncı ve nabız değerleri kaydedilmelidir. 4-17 yaş grubu çocuk ve ergenlerde tedaviye 0.05 mg'lık dozla başlanmalı ve her üç günde bir 0.05 mg artırılarak günde 0.2 mg doza ulaşılmalıdır. Hastaların her kontrolünde kan basıncı ölçülmelidir. Klonidin Tourette sendromu (TS) tedavisinde yararlı sonuçlar verdiği gösterilmiştir. TS'lu hastaların % 40-50'si klonidinden yararlanmaktadır. TS'daki motor ve vokal belirtilerin azalmasına ilave olarak klonidin dikkat ile ilgili sorunların, karmaşık motor ve fonik belirtilerin de azalmasında etkin görülmektedir. Haloperidolden farklı olarak klonidin etkisi daha yavaş ortaya çıkar. Tedavi dozu düzeyine yavaş çıkıldığı durumlarda yararlı etkinin görülebilmesi üç hafta veya daha uzun bir süreyi alabilir. Tikler azalmadan önce hastaların gerginliği azalmakta ve enerjilerinde artış olmaktadır.

Klonidin mide bağırsak kanalında hızlı emilir. En üst plazma konsantrasyonuna ağızdan alınmasından 3-4 saat sonra ulaşır. Yarılanma ömrü 12-16 saattir. Klonidin % 50'si idrarla değişmeden atılır, % 50'si karaciğerde metabolize olur.

## **Antipsikotikler**

Kullanım alanı: Çocukluk ve ergenlik başlangıçlı şizofreni, otizm ve mental retardasyonda iletişim, hareket ve davranış bozuklukları , tik bozuklukları.

Yan etkileri: Tipik antipsikotik ilaçların yan etkileri:Parkinsonizm, bradikinezi, distoni ve akatizi şeklinde motor yan etkiler; kayıtsızlık, duygulanımda küntlük, haz alamama, apati ve inisiyatifte azalma, enerji azalması, sosyal güdülenme kaybı, düşünme süreçlerinde yavaşlama, dikkat yoğunlaşmasında sorunlar, anksiyete, disfori; tardif diskinezi; nöroleptik malign sendrom.

Atipik antipsikotik ilaçların yan etkileri: Klozapin ile agranulositozis, risperidon ile sedasyon ve ortostatik hipotansiyon, olanzapin ile kilo artışı ve karaciğer enzimlerinde artış, zotepin ile sedasyon, konvulsif nöbetler ve karaciğer fonksiyon testlerinde artış, quetiapin ile karaciğer enzimlerinde artış, T4 düzeylerinde azalma ve geçici nötropeni, sertindol ile ejakulasyon hacminde azalma, kilo artışı ve QTc'de uzama.

Genel olarak kabul edilen görüş şizofrenik hastaların antipsikotik ilaçlarla tedavi edilmesidir. Antipsikotik ilaçlar ilk seçilecek ajanlar olmasına karşın antipsikotiklerin yan etkileri tedavi süresince aynı değildir. Akatizi, distoni, parkinsonizm ve diskinezi antipsikotik tedavi sırasında akut veya tardif şekillerde sık görülen klasik ekstrapiramidal sendromdur. Tedavinin başında akut ekstrapiramidal belirtiler (EPS) klinik tabloya egemenken uzun süreli tedavi sırasında beden ağırlığında artış ve cinsel fonksiyon bozukluğu klinik önemi olan sorunlar olur. EPS ortaya çıkaran standart antipsikotikler "tipik", akut EPS ortaya çıkarma riski düşük olan klozapin, risperidon ve olanzapin gibi yeni ajanlar "atipik" olarak adlandırılmaktadır.

Tipik antipsikotik ilaçların mezolimbik ve mezokortikal sistemlerde antidopaminerjik etki sonucu şizofreni belirtilerini iyileştirdiği kabul edilmektedir. Buna göre orta beyinden limbik sistem ve kortekste temporal ve frontal loblara yayılan dopaminerjik (D2) postsinaptik reseptörlerin blokajı antipsikotik etkinin ortaya çıkmasından sorumludur. Haloperidol, klorpromazin, flufenazin, pimozid ve tioridazin gibi tipik antipsikotik ilaçlar şizofrenideki pozitif belirtileri (sanrı, varsanı, eksitasyon, saldırganlık, garip davranışlar, dezorganize düşünce ve enkoherans) iyileştirir. Pek çok çocuk ve ergen şizofren hastalarda haloperidol ya da flufenazinin 0.5-2 mg/gün ya da buna eşdeğer antipsikotik kullanımının yeterli olduğu görülmüştür. Düşük doz uygulaması çocuk ve gençlerin yaşam kalitesini, verimliliğini ve sosyabilitesini artırır. Tipik antipsikotik ilaçların en önemli kullanım alanı şizofreni olmakla birlikte tik bozukluklarında, özellikle Tourette sendromunda, kronik organik psizoklarda, otistik ve mental retardasyonlu çocukların süregen hareket ve davranış bozukluklarının azlatılmasında da kullanılmaktadır.

Klozapin tipik antipsikotiklerden daha az ekstrapiramidal belirtiler yapmaktadır. Klozapin ortaya çıkmış olan tardif diskinezinin kaybolmasını da sağlar. Klozapin daha az motor yan etkiler yapmasının yanında daha az ruhsal yan etkiler (asteni, indifferans, anhedoni, güdü ve inisiyatif kaybı, düşünme süreçlerinde yavaşlama ve yoğunlaşma zorluğu gibi) de ortaya çıkarır. Klozapinin en yaşamsal yan etkisi agranulositozistir. Diğer yan etkisi epileptik nöbetleri başlatmasıdır. Tipik antipsikotiklere dirençli hastalarda klozapin tedavisi bu hastalardaki intihar riskini belirgin şekilde azaltmaktadır. İntiharın azalması depresyonun ve ümitsizliğin iyileşmesi ile ilgilidir. Tipik antipsikotiklerin etkinliğinin iyi olmasına karşın, pek çok hasta klinik olarak anlamlı bir iyileşme gösterememekte ve uzun dönemde kötü bir prognoz sergilenmektedir. Tüm hastaların % 20 ye varan bölümü tipik antipsikotiklere cevap vermemektedir. Ayrıca, bu hastaların başlangıçta tedaviye yanıt veren yaklaşık % 20-30 u idame tedavisine rağmen nüks gösterme eğilimindedir. Klozapin, bir atipik antipsikotik ilaç olarak, antipsikotiklere dirençli hastaların yüksek bir yüzdesinde daha iyi sonuçlar elde edilmesini sağlar. Bunlar

içerisinde sosyal ve bilişsel işlevler ile yaşam kalitesi gibi boyutlar vardır. Tipik antipsikotikler şizofrenik hastaların yaklaşık % 60-70 inde pozitif belirtilerde ve dezorganizasyonda önemli ölçüde iyileşme sağlar ancak, hastaların % 25-50 sinin hastane tedavisinden sonraki altı ile oniki ay içerisinde tipik antipsikotik ilaçlara uyumunun azalacağı tahmin edilmektedir. Bu durum sonuçta nükse ve tekrar hastaneye yatmaya yol açar. Böyle bir durum tedaviye dirençtir. Klozapinin antipsikotiklere dirençli şizofrenik hastaların kısa ve uzun süreli tedavilerinde pozitif ve negatif belirtilerin azaltılmasında üstün olduğu bildirilmektedir. Emosyonel geri çekilmeyi, duygulanımdaki küntlüğü, psikomotor geriliği ve dezoryantasyonu anlamlı olarak düzeltmektedir. Klozapinin günlük ortalama dozu 300-450 mg dır. Merkezi sinir sistemi reseptörleri üzerinde antagonistik etkiye sahiptir. Nörofizyolojik ve biyokimyasal veriler, klozapinin striatal dopaminerjik yollardan çok mezolimbik yollar üzerinde seçici bir etkisi olduğunu ve bu özelliğinin onun atipik ekstrapiramidal yan etki profilinin altında yatan gerçek olabileceğini göstermektedir. Son zamanlarda elde edilen bilgiler klozapinin 5-HT<sub>2A</sub> ve D<sub>4</sub> reseptörlerde antagonistik özellikleri olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca zayıf D<sub>2</sub> blokajının olması bu avantajlara katkıda bulunan temel etmenlerden biridir. Klozapinin kendine özgü yan etki profili vardır. Tipik antipsikotiklere göre daha az EPS ortaya çıkar. Klozapin ile EPS ortaya çıktığında akatizi, tremor ve akinezi daha öncelikle görülürken, rijidite ve distoni hemen hemen hiç görülmemektedir. Klozapin tipik antipsikotiklerin aksine hiperprolaktinemi ve buna eşlik eden erkeklerde jinekomasti ve impotansa, kadınlarda ise galaktore ve amenoreye neden olmaz. Klozapin yüksek dozlarda verildiğinde bile serum prolaktin düzeylerinde yükselme yapmaz. Klozapin ile ilişkili granülositopeninin sıklığı % 2.8 dir. Agranülositoz ise % 0.6 kadardır. Bu risk tedavinin başlangıcındaki 18 haftalık sürede daha yüksektir ve olguların yaklaşık % 75 inde bu zaman içerisinde ortaya çıkar. Klozapinin konvulsif nöbetler, takikardi ve solunum zorlukları gibi diğer yan etkilerinin klinik olarak kontrol edilebilir oldukları kanıtlanmıştır. Sonuç olarak klozapin şizofreninin hem pozitif hem de negatif belirtilerini iyileştirir, bilişsel işlevlerde anlamlı ölçüde düzelmeye neden olur, intihar girişimlerine olan eğilimi azaltır, tipik antipsikotiklerde görüldenden daha az EPS ortaya çıkarır, agranülostoz riski düzenli kan sayımları ile önlenabilir, yaşam kalitesini ve kişiler arası ilişkileri iyileştirir.

Atipik antipsikotiklerin ekstrapiramidal sisteme etkilerinin olmaması veya az olması, prolaktin düzeylerini etkilememesi, negatif belirtiler üzerine etkin olması, tardif diskinezi yapmaması ve uzun süre kullanılabilmesi avantajlarıdır. Klozapin, risperidon ve olanzapin gibi atipik antipsikotikler tipik antipsikotiklere göre farklı farmakolojik profiller gösterir. Atipik antipsikotikler etkilerini dopaminerjik ve serotonerjik reseptörler üzerinden yaparlar. Atipik antipsikotikler tipik antipsikotiklere oranla 5-HT<sub>2A</sub> ve 5-HT<sub>2C</sub> reseptörleri üzerine daha fazla etkilidir.

Risperidon güçlü antiserotonerjik, antidopaminerjik ve antiadrenerjik etkileri olan bir benzisokzazol türevidir. Risperidon dopamin D<sub>2</sub> reseptörlerinden ziyade güçlü serotonin 5 HT<sub>2</sub> blokajı yapması ve antikolinerjik aktivitesi olmaması nedeniyle atipik antipsikotiklerin birçok farmakolojik etkisine sahiptir. Eliminasyon yarı ömrü 3.2-24 saat arasındadır ve metaboliti 9-hidroksi risperidon, farmakolojik olarak ana bileşik kadar aktiftir. Risperidonun 1-6 mg/günlük dozları birçok şizofrenik çocuk ve ergende etkilidir ve tolere edilebilir. Çocukluk ve ergenlik başlangıçlı şizofrenide, otizimdeki ekolali ve stereotipik konuşma ve davranışlarda ve mental retardasyonlu çocukların kendilerine ve çevrelerine yönelik davranış bozukluğu sorunlarında 0.02-0.06 mg/kg lık günlük dozları belirtilerin azalmasında etkindir. Risperidon ile yapılan çalışmalarda bu ilacın antipsikotik etkinliği plasebodan daha iyi, haloperidole ise eşdeğer bulunmuştur. Risperidon haloperidondan daha az EPS'ye neden olmaktadır. Risperidon, pozitif ve negatif belirtilerin birarada bulunduğu akut hastalarda negatif belirtiler üzerinde de etkilidir. Sedasyon ve ortostatik hipotansiyon risperidon tedavisinin ilk günlerinde görülmesi olası yan etkilerdir.

Olanzapin kimyasal yapı ve farmakolojik profil açısından klozapine benzer. Olanzapinin atipik bir farmakolojik profili olduğu gösterilmiştir. Olanzapinin plazma yarılanma ömrü 30 saat civarındadır. Günlük 5-20 mg arası dozlarda kullanılmaktadır. Risperidon gibi olanzapin de primer negatif belirtiler üzerinde etkilidir. EPS plasebo ile kıyaslanabilir oranlardadır ve diğer güçlü antiserotonerjik antipsikotiklerde olduğu gibi olanzapin ile kilo alımı ortaya çıkabilir. Olanzapin karaciğer enzimlerinde artış yapabilir. Lokositleri etkilemez.

Diğer atipik antipsikotikler zotepin, quatiapin, sertindol ve ziprasidonur. Zotepin bir dibenzotiepidindir ve serotonerjik, dopaminerjik, histaminerjik ve noradrenerjik reseptörleri bloke eder. Aynı zamanda güçlü bir noradrenalin gerilim inhibitördür. Kararlı plazma konsantrasyonlarına 3-4 gün sonra ulaşır. Günlük dozu 75-450 mg arasındadır. Haloperidol ile kıyaslandığında zotepin daha düşük EPS riski taşımaktadır. Açık çalışmalar negatif belirtiler ve major depresyon üzerindeki etkinliğine dikkat çekmektedir. Şimdiye kadar zotepin ile ortaya çıkan herhangi bir tardif diskinezi olgusu bildirilmemiştir. Doza bağlı yan etkileri arasında sedasyon, konvulsif nöbetler ve karaciğer fonksiyon testlerinde geçici artış olabilir. Lökositler üzerinde bildirilen ciddi bir etkisi yoktur.

Quetiapin de bir dibenzotiazepin türevidir. Yarılanma ömrü yaklaşık 3 saattir. Herhangi bir aktif metaboliti yoktur. Yarılanma ömrünün kısa olmasına karşın pozitron emisyon tomografisi (PET) çalışmalarından elde edilen veriler günde iki defa kullanımının yeterli olduğunu göstermektedir. Diğer atipik antipsikotiklerde olduğu gibi quetiapinin de D2 reseptörlerine oranla 5-HT2A reseptörlerine olan afinitesi daha yüksektir. Muskarinik kolinerjik reseptörlere belirgin bir afinitesi yoktur. Quetiapin ile ortaya çıkan EPS oranı düşüktür. Ancak, negatif belirtiler üzerindeki etkisi diğer atipik antipsikotiklerden daha azdır. Yan etki profilinde karaciğer enzim artışları, serbest tiroksin T4 düzeylerinde azalma ve geçici nötropeni bulunmaktadır.

Sertindol, 5-HT2A, D2 ve alfa 1-adrenoreseptörlere afinitesi yüksek ve eliminasyon yarı ömrü yaklaşık üç gün olan atipik bir antipsikotiktir. Plaseboya üstünlüğü ve haloperidol gibi tipik antipsikotik ilaçlara eşit etkinliği gösterilmiştir. Düşük EPS riski taşır. Nadir yan etkilerinden biri güçlü antiadrenerjik etkisi ile açıklanabilecek ejakülasyon hacminde azalmaz. Sertindol de EKG'de QTc'yi uzatır ve kilo artışına neden olur.

Ziprasidon oldukça yeni bir ilaç olup 5 HT2/D2 reseptör antagonistidir. Ziprasidonun günlük 120 mg lık dozu plasebodan üstün bulunmuştur.

## **Anksiyolitikler**

Son yıllarda, çocuk ve ergenlerdeki anksiyete bozukluklarının tedavisinde ilaç kullanımında belirgin bir artış görülmektedir. Ancak, anksiyete ile birlikte depresyon ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite eşzamanlı bozukluklar olarak da ortaya çıkabilir. Böyle durumlarda anksiyeteye eşlik eden bozukluklardaki hedef belirtiler saptanarak tedavide antidepressanlara veya psikostimulanlara yer verilmelidir.

Kullanım alanı: Fobik bozukluk, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, aşırı anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk gibi anksiyete bozuklukları.

Yan etkileri: Antihistaminik ilaçların antikolinerjik yan etkisi, aşırı yorgunluk yapması ve bazı hastalarda konvulsif nöbeti ortaya çıkarıcı yan etkileri vardır. Antikolinerjik özellikleri nedeniyle astımı olan çocuklarda nefes alma güçlüğü yapabilir.

Benzodiazepinler aşırı sedasyon, sersemlik, dengesiz yürüme, konuşmada tutukluk, çift görme, titreme, bazen istenilenin tam tersi olan aşırı uyarılma durumu gibi tepkiler ve fiziksel bağımlılık yapabilir.

Antidepressanlarla ilgili yan etkilerden önceki bölümde söz edilmiştir.

Difenhidramin ve hidroksizin gibi antihistaminik ilaçlar sık kullanılanlardır. Bu ilaçlar anksiyolitik etki göstermeden önce uyku verirler. Tedaviye en az dozla başlanması ve dereceli olarak artırılması önerilir. Örneğin, 25 mg gibi küçük dozla tedaviye başlanıp günde 50-75 mg a kadar artırılabilir. Günlük doz difenhidramin için 300 mg dan, hidroksizin için 100 mg dan fazla olmamalıdır. Bebeklerde ve küçük çocuklarda yüksek dozların hallusinasyonlara, konvulsiyonlara ve ölüme neden olabileceği hatırlanmalıdır.

Benzodiazepinlerin olumlu etkileri çocuk ve ergenlerde erişkinlerdeki kadar kesin değildir. Anksiyolitik etkilerini beyinin neokorteks ve limbik bölgelerinde bulunan GABA sistemini etkileyerek gösterir. Ayrıca, beyinde serotonin aktivitesini yavaşlatarak da etki gösterdiği düşünülmektedir. Yarı ömrü kısa olan oksazepam gibi benzodiazepinler uykunun başlamasında sorunu olanlar için seçilebilir. Yarı ömrü orta uzunlukta olan alprozolam ve lorazepam da insomniada ve anksiyolitik etki istenilen durumlarda kullanılabilir. Yarı ömrü uzun olan diazepam ve klordiazepoksid gibi ilaçlar uzun süreli anksiyolitik etki istendiği durumlarda etkilidir.

Yarı ömrü 5.7-10 saat olan oksazepamın çocuk dozu belirlenmemiştir. Ergenlerdeki günlük dozu 30-90 mg dır. Yarı ömrü 12-18 saat kadar olan alprozolam ile lorazepamın kullanılması da çocuklarda onaylanmamıştır. Ancak bazı klinisyenler bu ilaçların çocuklarda kullanılabileceğini ileri sürmektedirler. Örneğin, alprozolam günde 0.375-1.5 mg, lorazepam günde 1-6 mg eşit bölünmüş dozlarda kullanılmaktadır. Yarı ömrü 30-60 saat olan diazepam çocuklarda günde 3-10 mg, yarı ömrü 24-48 saat olan klordiazepoksid günde 5-30 mg kullanılabilir.

Antidepressanların anksiyete bozukluklarında kullanılması üzerindeki çalışmalar daha çok TCA'lar üzerinde yoğunlaşmıştır. Son yıllarda SSRI'larla yapılan çalışmalara da rastlanılmaktadır. Örneğin, ayrılma anksiyetesi olan çocuklarda imipramin depresyon tedavisi dozunda kullanıldığında % 80 etkin bulunmuştur. Böyle durumlarda imipramin ile alprozolamın birlikte kullanılması da düşünülebilir.



Benzodiazepin olmayan, azopiron olarak sınıflandırılan buspiron da anksiyete giderici bir ajan olarak çocuk psikiyatrisinde kullanılmaktadır. Yarı ömrü 2-3 saat olan buspiron bölünmüş dozlar şeklinde günde 7.5-30 mg kullanıldığında aşırı anksiyete, fobik anksiyete ve uykusuzluk belirtilerinde düzelmeler yapmaktadır. Buspiron fiziksel ve psikolojik bağımlılık yapmadığından kullanılması güvenilir bir ilaç olarak görülmektedir. Ancak tedavi edici etkisinin ortaya çıkması için on-onbeş gün beklemek gerekir. Buspiron MAOI'leri ile birlikte kullanılmamalıdır. En önemli yan etkileri sersemlik, baş dönmesi, bulantı, baş ağrısı ve uykusuzluktur.

Propranolol yarı ömrü 4-6 saat olan beta bloke edici bir ajandır. Özellikle uyku bozukluklarının anksiyete ile birlikte olduğu durumlarda yararlı olabilir. Çocuklardaki günlük dozu 30-60 mg dir.

## **Duygudurum düzenleyicileri**

Çocuk ve ergenlerin iki uçlu duygulanım bozukluklarında en etkili ve yararlı ilaç lityumdur. Erişkinlerde olduğu gibi çocuklarda da lityum tuzları bir iki hafta içinde manik belirtileri yatıştırır. Lityumun manik ve depresif nöbetlerin ortaya çıkışını ya da sıklık ve şiddetini önlemek amacıyla uzun süre kullanılması da olasıdır. Lityum tedavisinde kan düzeyi 1.5mEq/L'yi geçmemelidir. Lityum tedavisinin etkili olmadığı ya da yan etkilerinin fazla olduğu durumlarda karbamazepin veya valproik asit de kullanılabilir.

## **ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİNDE KULLANILAN ANTİDEPRESANLAR**

### **A-Trisiklik Antidepresanlar**

Jenerik adları: İmipramin, amitriptilin, klomipramin, desipramin, nortriptilin

Kullanım alanları: Çocukluk ve ergenlik depresyonları, obsesif kompulsif bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, özel öğrenme güçlükleri, enurezis ve enkoprezis, mental retardasyon ve otizmde kendine zarar verici ve saldırgan davranışlar.

Yan etkileri: Otonomik, örn., ağız kuruluğu, konstipasyon, terleme

Nörolojik, örn., tremor

Gastrointestinal, örn., iştahsızlık, karın ağrısı

Üriner, örn., miksiyon güçlüğü

Ruhsal, örn., sedasyon, bilişsel bozukluk

Somatik, örn., baş ağrısı, uykuya başlamada güçlük

Kardiyovasküler, örn., taşikardi, baş dönmesi, kardiyotoksisite

Ortalama doz: 10-75 mg/gün

### **B-Serotonin Gerilim İnhibitörleri**

Jenerik adları: Fluoksetin, sertralin, paroksetin, fluvoksamin

Kullanım alanları: Çocukluk ve ergenlik depresyonu, obsesif kompulsif bozukluk, hiperaktivite, anksiyete ve panik bozuklukları, Tourette sendromu, trikotillomani, mental retardasyonda ve otizmdeki davranış sorunları, Prader-Willi sendromu, Lesch-Nyhan sendromu, enurezis

Yan etkileri: Fluoksetin ile bulantı, baş ağrısı, irritabilite, uykusuzluk, ishal, iştahsızlık, baş dönmesi, uyuklama

Sertralin ile bulantı, baş ağrısı, ishal, ağız kuruluğu, uykusuzluk, uyumaya eğilim, baş dönmesi, tremor, yorgunluk, mide ağrısı, hafif sedasyon

Paroksetin ile bulantı, yorgunluk, ağız kuruluğu, güçsüzlük, konstipasyon, baş dönmesi, uykusuzluk

Fluvoksamin ile bulantı, uyumaya eğilim, güçsüzlük, baş ağrısı, ağız kuruluğu, uykusuzluk, karın ağrısı

Ortalama doz: Fluoksetin 10-60 mg/gün

Sertralin 50-200 mg/gün

Paroksetin 10-50 mg/gün

Fluvoksamin 50-150 mg/gün

#### ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİNDE KULLANILAN PSİKOSTİMULANLAR

Jenerik adları: Metilfenidat, dekstroamfetamin, pemolin

Kullanım alanları: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, özel öğrenme bozuklukları, tik bozukluğu

Yan etkileri: Uykuya başlamada güçlük, iştahsızlık, kilo kaybı, baş ağrısı, dinlenme sırasında kalb ritminde artış ve sistolik kan basıncında hafif yükselme.

Ortalama doz: Metilfenidat 10-30 mg/gün

Dekstroamfetamin 5-20 mg/gün

Pemolin 8.75-112.5 mg/gün

#### ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİNDE KULLANILAN ALFA-2 NORADRENERJİK RESEPTÖR UYARANI

Jenerik adı: Klonidin

Kullanım alanları: Tik bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve davranım bozukluğu

Yan etkileri: Sedasyon, göz yaşında azalma, ağız kuruluğu, bulantı, allerjik reaksiyonlar, depresyon, idrar retansiyonu, uykusuzluk, kabuslar, işitme hallüsinasyonları, hipotansiyon

Ortalama doz: Klonidin 0.150-0.450 mg/gün

#### ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİNDE KULLANILAN ANTİPSİKOTİK İLAÇLAR

Tipik antipsikotikler

Jenerik adları: Haloperidol, klorpomazin, tioridazin, flufenazin, trifluoperazin, pimozid

Kullanım alanları: Çocukluk ve ergenlik başlangıçlı şizofreni, otizm ve mental retardasyonda iletişim, hareket ve davranış bozuklukları , tik bozuklukları.

Yan etkileri: Tipik antipsikotik ilaçların yan etkileri: Parkinsonizm, bradikinezi, distoni ve akatizi şeklinde motor yan etkiler; kayıtsızlık, duygulanımda küntlük, haz alamama, apati ve inisiyatifte azalma, enerji azalması, sosyal güdülenme kaybı, düşünme süreçlerinde yavaşlama, dikkat yoğunlaşmasında sorunlar, anksiyete, disfori; tardif diskinezi; nöroleptik malign sendrom.

Ortalama doz: Çocuklarda Ergenlerde

Haloperidol 0.25-6 mg/gün l-16 mg/gün

Klorpromazin 10-200 mg/gün 50-600 mg/gün

Tioridazin 10-200 mg/gün 50-600 mg/gün

Flufenazin 12.5-50 mg/ay

Trifluoperazin 2-20 mg/gün bilinmiyor

Pimozid l-6 mg/gün 1-9 mg/gün

## Atipik antipsikotikler

Jenerik adları: Klozapin, risperidon, olanzapin, zotepin, quatiapin, sertindol, ziprasidon

Kullanım alanları: Çocukluk ve ergenlik başlangıçlı şizofreni, otizm ve mental retardasyonda iletişim, hareket ve davranış bozuklukları, tik bozuklukları

Yan etkileri: Klozapin ile agranulositozis, daha az olarak asteni, indifferans, anhedoni, güdü ve inisiyatif kaybı, düşünme süreçlerinde yavaşlama ve yoğunlaşma zorluğu; risperidon ile sedasyon ve ortostatik hipotansiyon; olanzapin ile kilo artışı ve karaciğer enzimlerinde artış; zotepin ile sedasyon, konvulsif nöbetler ve karaciğer fonksiyon testlerinde artış; quatiapin ile karaciğer enzimlerinde artış, T4 düzeylerinde azalma ve geçici nötropeni; sertindol ile ejakulasyon hacminde azalma, kilo artışı ve QTc'de uzama

Ortalama doz: Klozapin 300-400 mg/gün

Risperidon 05-6 mg/gün

Olanzapin 2.5-20 mg/gün

Zotepin bilinmiyor

Quetiapin bilinmiyor

Sertindol bilinmiyor

Ziprasidon bilinmiyor

## ÇOCUK VE ERGEN PSİKİYATRİSİNDE

### KULLANILAN ANKSİYOLOTİK İLAÇLAR

Jenerik adları: Benzodiazepinler (alprozolam, oksazepam, diazepam, klordiazepoksit), antihistaminikler (difenhidramin, hidroksizin), azopiron (buspiron), beta bloker (propranolol)

Kullanım alanları : Fobik bozukluk, ayrılma anksiyetesi bozukluğu, okul korkusu, aşırı anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk gibi anksiyete bozuklukları

Yan etkileri : Benzodiazepinler aşırı sedasyon, sersemlik, dengesiz yürüme, konuşmada tutukluk, çift görme, titreme, bazen istenilenin tam tersi olan aşırı uyarılma durumu gibi tepkiler ve fiziksel bağımlılık yapabilir. Antihistaminik ilaçların antikolinergik yan etkisi, aşırı yorgunluk yapması ve bazı hastalarda konvulsif nöbetleri ortaya çıkarıcı yan etkileri vardır. Antikolinergik özellikleri nedeniyle astımı olan çocuklarda nefes alma güçlüğü yapabilir. Buspironun en önemli yan etkileri sersemlik, baş dönmesi, bulantı, baş ağrısı ve uykusuzluktur.

Propranolol kan basıncını düşürebilir.

Ortalama doz : Alprozolam çocuklarda 0.125-1 mg/gün, ergenlerde 0.5-3 mg/gün; oksazepamın çocuk dozu belirlenmemiştir fakat ergenlerdeki dozu 30-90 mg/gündür. Diazepam 2.5-20 mg/gün; klordiazepoksit 20-50 mg/gün. Difenhidramin 25-75 mg/gün; hidroksizin 10-50 mg/gün. Buspiron 7.5-30 mg/gün. Propranolol 30-60 mg/gün.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"  
Narsistik kişilik

Aşağıdakilerden en az besinin varlığı ile erişkinliğin erken dönemleri de başlayan , üstünlük hisleri, beğenilme ihtiyacı ve kendini başkasının yerine koyamayıp, insanlara uygun yaklaşımlarda bulunamama ile seyreden bir rahatsızlıktır.

1-Kendisinin başkalarından çok daha önemli olduğu duygusu içindedir. ( gösterdiği başarıları , sahip olduğu becerilerini çok daha olağanüstü olarak görüp, yeterli bir temeli olmamasına karsın çok değerli ve

yüksek bir şahsiyet olarak bilinmeyi bekler.)

2- Düşünceleri ,hayalleri büyük bir güç, engin bir deha, kusursuz bir güzellik ve mükemmel , sonsuz sevgi üzerinedir.

3-Özel, benzeri olmayan biri olup, kendisini ancak çok zeki ve ustun nitelikli kişilerin anlayabileceğini düşünür ve sadece bu kişilerle ilişki kurup, dostlarını bu kişilerden seçmeyi düşünür.

4-Çevresindekiler tarafından çok beğenilmeyi bekler.

5-Hak ettiği duygusu içindedir. Sahsına özel, başvuran diğer kişilerden farklı bir tedavi uygulanacağı düşünceleri ve davranışları içindedir.

6-Diğer insanlarla karşılıklı ilişkilerinde bencilce, çıkar düşünerek hareket eder. Başkalarının zaaflarından yararlanıp, hedeflerine ulaşmayı gözetir.

7-Kendini diğer kişilerin yerine koyup, onların hissettikleri , düşündükleri ya da ihtiyaçları konularını anlamaya ve bunlara saygı duymaya isteksizdir.

8-Genellikle başkalarının başarıları, yaptıkları , değerleri ve onların genel olarak varlıklarını kıskanabilirler. Diğerlerinin de kendilerini kıskandığını düşünürler.

9-Kendini beğenmiş, ukala ve küstahça tutumlar içine girerler.

Kendilerinin çok önemli , vazgeçilemez oldukları seklinde bir düşünce içerikleri vardır. Halk arasında"Büyük dağları ben yarattım" denen tavırlar içindedirler, gösterişçi ve kendini metheden konuşma ve davranışlar içindedirler. Bunların karşılığında bekledikleri ilgi, övgü , hayranlık ifadeleri ile karşılaşmadıklarında hayrete düşüp, hayal kırıklığı ve mutsuzluk dönemleri yasayabilirler. Başkalarının da kendi başarılarındaki katkısını gözardı edip, onları hesaba katmazlar. Otorite ya da üst düzey kişilerle ilesin kurmak için çabalayıp, bağlantı kurdukları bu kişilere abartılı nitelikler atfederler. Bu şekilde kendilerini de bu kişilerden varsayarlar. Daima bir kurumun en yetkilisi ( başhekim, profesör, müdür, komutan, işveren vs.) gibi en yetkili ile iletişime geçip, diğerlerinin fikirlerine aldırılmazlar.

Devamlı olarak birselde ne kadar iyi oldukları, oradakilerin kendilerini nasıl el üstünde tutup, değer verdiği, sevgi ve saygıyla karşılandığı üzerinde düşünürler. Çevrelerinden sürekli övgü, alkış beklerler. Sıra beklemek, izin istemek, yol vermek onların sözlüğünde olmayan kavramlardır. Çünkü kendilerine göre hersele hakları vardır ve daima bir öncelikleri olduğu düşüncesi içindedirler. Başkalarından bu konularda destek ve yardım göremediklerinde öfkelenirler. Başkalarını kendi isleri ve keyfi için köle gibi kullanabilir, yakın çevrelerini üst düzey ya da kendilerini pohpohlayacak kişilerden seçerler (en güzel ,en tanınmış kişiyle görünmek, arkadaşlık etmek, bu amaçla o tur kişilerin bulunduğu sosyal klüp, derneklere girip,faaliyetlerde bulunmak gibi).

Diğer kişilerin içinde buldukları durumlar konusunda aşağılayıcı, eleştirici, ilgisiz ve hafife alır bir tavır sergilerken, kendinin karşılaştıklarını derinlemesine aktarmaya çalışarak cifte standart uygulayabilirler. Herkesin başarısına haset edip, onların hiç birsele layık olmadıkları, kendilerinin de isterlerse kolayca onu yapabileceklerini düşünürler.

Kendilerine yapılan en ufak yapıcı eleştiri ya da düzeltme,ekleme ve öneri bu kişileri ağır bir şekilde yaralayabilir. Bu durumda küçük düşmüş, mahvolmuş ,ortada bırakılmış hissedebilirler. Bu durumda aniden hiddetlenip, kırıcı olabilirler. Bunlardan ötürü sosyal ilişkileri bozuk olup başarıları devamlı olamaz. Başkaları ile yarışma gerektiren işlerde yenilme riski nedeniyle ,bu işlere karşı isteksizlikleri is ve sosyal hayatta beklenen düzeyin altına düşmelerine yol açabilir.

Birlikte bulunabilen rahatsızlıklar:

-Majör depresyon

-Distimi

-Anoreksia nervosa

-Madde kullanım bozukluğu

-Kişilik bozuklukları ( histrionik, borderline, antisosyal, paranoid k.b.)

Kimlerde görülebilmektedir:

Vakaların yarısından çoğunu erkekler oluşturmaktadır. Toplumda % 1 den daha az oranda görülmektedir.

Tedavi:

Bireysel psikoterapi uygulanmalıdır. Tedavide kişiliğe ait abartılı beklentiler, düşünceler ve davranışların uygun ve gerçekçi olanlarla değişimi, kişiler arası yaklaşımların düzeltilmesi ve kırılmalı yapı üzerinde çalışılır.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## PARANOİD KİŞİLİK

Aşağıdakilerden en az dördünün olduğu ,genç erişkinlik döneminde başlayan ,başkalarının davranışlarını kötü niyetli şekilde yorumlayıp, devamlı olarak güvensizlik ve kuşku duyma halidir.

- 1-Yeterli bir temele dayanmaksızın başkalarının kendisini sömürdüğünden , aldattığından ya da kendisine zarar verdiğiinden kuşkulandır.
- 2-Dostlarının ya da is arkadaşlarının kendisine olan bağlılığı ya da güvenilirliği üzerine yersiz kuşkuları vardır.
- 3-Söylediklerinin kendisine karşı kötü niyetle kullanılacağından yersiz yere korktuğundan dolayı sır vermek istemez.
- 4-Sıradan sözlerden ya da olaylardan aşağılandığı ya da gözdağı verildiği biçiminde anlamlar çıkartır.
- 5-Devamlı kin tutar, haksızlıkları, görmezden gelinmeyi ya da onur kırıcı davranışları affetmez.
- 6-Başkalarınca hissedilmeyen ama kendisince algılanan , karakterine ya da saygınlığına saldırıldığı şeklinde bir yargıya vararak, öfke ya da karşı saldırı ile birden tepki gösterir.
- 7-Haksız yere, esinin ya da arkadaşının sadakatsizliğiyle ilgili kuşkulara kapılır.

Bu kişiler is arkadaşları veya dostlarının güvenilirliği ya da kendilerine bağlılıkları konusunda yersiz kuşkulara sahiptirler.Başkaları ile paylaştıkları konuların kendilerine karşı kullanılacağından korktuklarından dolayı çevrelerindeki güvenmeye ya da yakınlaşmaya isteksizdirler. Kendilerine yöneltilen kişisel soruları bu nedenle yanıtlamayı reddedebilirler. Kendilerine yapılan iltifatları bile yanlış yorumlayıp, zıt anlamda kabul edebilirler. Kendilerine yapılan yardım önerilerini "yetersiz görülme"olarak algılayıp,geri çevirirler. Kıskançlık düşüncelerini destekleyen önemsiz kanıtlar toplayabilirler.İhanete uğramamak için yakın ilişkilerinde kontrolü ellerinde bulundurmak isterler. Sürekli esinin yada arkadaşının nerede olup,ne yaptığını izlemeye çalışır.

Bu kişilerin davranış tarzları:

Genelde geçinmesi zor kişilerdir. Birebir ilişkilerinde çoğunlukla sorunlar yaşarlar, kuşkuları nedeniyle uzak dururlar,soğuk görünebilirler,sevgi göstermeyebilirler. Kavgacı ve kuşkucu nitelikleri karşısındakilerde de sert tepkiler doğurabilir, bu da onların beklentilerini gerçekleştirir. Güvensizlikleri nedeniyle kendi baslarına yeterlilik gereksinimleri yüksektir. İlişkide olduklarını sürekli kontrollerinde tutma ihtiyacındadırlar. Eleştiriye aşırı duyarlı olup,cephe alabilir, işbirliğine girmezlerken kendileri diğerlerini eleştirmeye,yakınmaya eğilimlidirler.

Kendi yaptıkları yanlışlıklarda bile kendilerini suçsuz görüp, başkalarını suçlarlar. Farz ettikleri tehditlere karşı yasal yollara başvurabilirler. Başkalarına da bazı kişi ve durumların bu ur algılanan özelliklerini onaylatma ihtiyacı içindedirler. Kişilik yapılarının altında gerçeklere uymayan,hayali aşırı büyüklük, güçlülük düşünceleri vardır. Kendilerine yakıştıramadıkları eksiklik ve yanlışlıkları yansıtma ( projeksiyon) denen bir savunma mekanizmasıyla karşısındakilere yansıtırlar.

Toplumda farklı sosyokültürel gruplar, değişik etnik gruplar ya da başka sosyoekonomik düzeydeki kişilere yönelik olumsuz önyargılı düşüncelerle hareket edebilirler. Benzer paranoid düşünceleri olan ya da kolay ikna olan kişilerle bir araya gelip,gruplar ya da inanç sistemleri oluşturabilirler.

Bu kişiler başkaları tarafından plancı, içlerini açmayan, kapalı kutu, pireyi deve yapan, kıskanç,tartışmacı kişiler olarak görülebilirler. Sürekli gergin olup, kendilerini rahat ve gevsek bırakamazlar.Çevrelerinde

huzursuzluk yaratırlar.Aşırı temkinli davrandıklarından girişkenlikleri kısıtlıdır.

Birlikte görülebilen psikiyatrik bozukluklar:

- Majör depresyon
- Saplantı-zorlantı boz. (obsesif- kompulsif boz.)
- Alkol-madde bağımlılığı.
- Diğer kişilik bozuklukları ( en çok sizotipal k.b.olmak üzere ayrıca narsisistik,kaçıngan ve borderline k.b.)

Çocukluk veya gençlik döneminde görünümü:

Tek basına kalma, benzer yastakilerle arkadaşlıklarının iyi olmaması, kalabalık ortamlarda kaygı duyma, ders notlarının düşüklüğü, aşırı duyarlılık, tedirginlik, giyim,konuşma, düşünce itibari ile kendini kısıtlama, farklı hayaller ile kendini gösterebilir.

Toplumda görülme derecesi:

Genel toplumda % 0.5-2.5 arasında , ayaktan tedavi ile psikiyatri yataklı kurumlarında yatanlarda % 1 oranında görülmektedir.

Kalıtımsal özellikler:

Daha çok erkeklerde görülmektedir.Bu kişilik bozukluğunun ailesinde kronik şizofreni olanlarda daha çok görüldüğü gözlenmiştir. ayrıca ailede sanrısız (deluzyonel boz.) paranoid tipin varlığı ile de ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Paranoid düşüncelerin varlığı:

Mahkumlarda, mültecilerde, yaşlılarda, işitme kaybı olanlarda da paranoid fikirler zaman zaman artış gösterir.

Paranoid K.B.nin olası sebepleri:

Ailenin mantıkdışı ve aşırı baskıcı ezici nitelikteki öfkesinden etkilenen çocuğun bu duygularla özdeşip, sonrasında bu saldırgan dürtülerin farkında lığından kaçınmak için bu dürtülerin kendinde değil, karsısındakilerde olup,kendine yöneldiği seklinde bir yansıtma mekanizması ile gerçekleştiği düşünülmektedir. ayrıca bu kişilerin yetersiz, aşağılanmış ve kendilerine yardım edilemez hissettikleri, bu duyguların etkisini hissetmemek için çevreyi suçladıkları düşünülmektedir

Tedavi:

Kişilerde güven ilişkisi kurmaya yönelik başlayan terapiler uzun süre ile sürdürülebildiği takdirde başarılı sonuçlar vermektedir. Psikotik bozulma dönemlerinde küçük dozlarda antipsikotik grup ilaç tedavisi geçici olarak kullanılabilir.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **PSİKOSOMATİK BOZUKLUK**

Sindirim sistemini ilgilendiren hastalıkların stres ve psikiyatrik durum ile bağlantısı:

a- Irritabl bağırsak sendromu ( spastik kolit, membranöz kolit):

Yurtdışında yapılan çalışmalara göre nüfusun ortalama olarak % 15 inde görülmektedir. Kadınlarda erkeklere oranla üç kat daha fazla görülmektedir. Daha çok 45-64 yaşları arasında görülmekteyse de yakınmalar erişkinliğe geçiş ya da erken erişkinlik döneminde başlamaktadır.

Belirtiler:

1-Disk ilama ile rahatlayan karın ağrıları ya da dışkıının kıvam ve miktarında değişiklikler.

2- Aşağıdakilerden en az 2 sinin varlığı ile birlikte olan dışkıda bozulma

a- Dışkılama aralıklarında değişme ( haftada üçten az ya da günde üçten çok)

b- Dışkı şeklinde değişme ( gecen zamanın % 25 inden fazlasında ya çok sulu ya da çok katı yoğunlukta diski olması)

c- Dışkının bağırsaktan geçişinde değişiklik (Gecen surenin % 25 inde varolan acele disk ilama isteği ya da tam olarak dışkılama ihtiyacını giderememe hissi.)

d- Dışkı ile birlikte mukus ( sümüksü sıvı) gelmesi.

3- Aşırı bir gaz hissi ya da karında gerginlik hissinin olması.

Rahatsızlık fazla miktarda işgünü kayıplarına yol açmaktadır.Hastalarda ayrıca baş, sırt, kas, alt karın ağrıları ve boğazda yanma, cilt döküntüleri, aşırı adet sancuları, çarpıntılar,derin nefes alıp verme, kaygılar, sersemlik hissi, idrar yaparken sancı, halsizlik, terleme, yineleyen idrar yapma ihtiyacı ,avuç terlemeleri hissedebilmektedirler.

Rahatsızlıkta bağırsağın hareket sistemine ait işlev bozukluğu on planda düşünülmektedir. Bu durumda normalde dakikada 6 olan bağırsak ritmi 3 e inmiştir.

Vakaların yarısından çoğunda çevresel stres etkenlerinin mide- bağırsak belirtilerini tetiklediği bildirilmiştir.

Bu stres etkenlerinin de erkeklerde mesleki ; kadınlarda ailesel kökenli olduğu belirlenmiştir. Bu kişilerde küçük yasta anne-baba kaybı, cinsel-fiziksel taciz gibi travma tik olaylara daha çok rastlanmıştır. Bu kişilere verilen değerlendirme ölçeklerine göre depresyon, kaygı, kişilerarası duyarlılık, somatizasyon ve düşmanlık puanları yüksek çıkmış, başka bir ölçekte de histeri, hipokondriasis ve depresyon puanları yüksek çıkmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre rahatsızlıktan etkilenen bireylerin % 22 sinde hayatları boyunca bir duygu- durum bozukluğuna (depresif bozukluklar , mani gibi) rastlanmıştır. Hastalığın aktif döneminde % 15 oranında majör depresyon saptanmıştır.

Rahatsızlığın seyri:

5-8 yıl süre aralığı ile yapılan bir değerlendirmede hastaların % 85 inin kısa surede belirgin olarak daha iyileştiği, % 67 sinin ise uzun bir süre şikayetsiz kaldığı gösterilmiştir. Tedavide iyi gidisi gösteren işaretler arasında erkek cinsiyet, hastalığın başlangıç suresinin çok uzun olmaması, kabızlığın önde gelen yakınma olması, şikayetlerin ani bir mide-bağırsak düzensizliği ile başlaması sayılabilir.

Tedavi:

Bu rahatsızlıkta psikiyatrik sorunların da ( depresif bozukluklar gibi) daha fazla görülmesi nedeniyle uygulanan tedaviler sadece duygusal duruma değil, sindirim yakınmalarına da olumlu etki yapmaktadır. Gevşeme eğitiminin verilmesi ve bilişsel tedaviler ile genel gerilim düzeyinin azaltılması da sindirim sistemine ait yakınmaların tedavisine yardımcı olmaktadır. Stresle uygun bahsetme yollarının sağlanması ana hedeflerdendir.

b- Pektik ülser:

Mide ve on iki parmak bağırsağının besinlerle temas eden, iç yüzlerinde meydana gelen harabiyetlerdir. Bu zedelenmelerin boyutları genellikle 1 cm.den ufaktır.

Rahatsızlığın sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu kesimlerde daha çok gözlendiği saptanmıştır. Erkeklerde kadınlara göre 3 kat daha fazla ve kentsel yerleşim alanlarında daha çok görüldüğü gözlendiği. Orta yaş üzerinde (45 yaş sonrası) daha çok görülmektedir.

Oluş sebepleri:

Mide asidi ve sindirim enzimlerinin zararlı etkilerinden, mide duvarının korunmasını sağlayan sistemin bozulması, bikarbonat ve mu kus denen koruyucu sıvıların azalması veya ölen mide iç yüzeyi hücrelerinin

sürekli yenilenmesine dayanan sistemin yetersiz çalışması gibi vücudun kendine ait sebepler rahatsızlığa yol açan etkenlerdir. Olaydan sorumlu dış etkenler arasında ise Helicobacter pylori denen bir mikroorganizma, ayrıca çeşitli ağrı kesici-romatizma ilaçları gibi mideye zararlı ilaçlar, büyük yanıklar ve stres on planda gelmektedir.

Mide ülserinde midenin salgıladığı asit miktarı normalden az iken; on iki parmak bağırsağı ülserlerinde asit üretimi artmıştır.

Stresli hayat koşulları ile peptik ülser arasında yakın ilişki saptanmıştır. Bu durum hem hastalığın erken , hem tekrarlayarak uzamış evrelerinde ve karin boşluğuna yırtılıp açılma hallerinde görülmektedir. Savaşlar ve çatışmalar esnasında askerlerde yoğunluk kazanmaktadır.

Yapılan araştırmalara göre stresler ile mide asit salgılanması ve mide hareketleri artmakta,bikarbonat salgısı ise azalmakta, hastalığa zemin hazırlamaktadır. Kişinin hedeflerini gerçekleştirmek konusunda uzun süreli olarak yaşadığı hayal kırıklıkları yine de ülser başlangıcı ve tekrarlamasında etkili olduğu görülmüştür.

Peptik ülser yakınmaları:

Karin bölgesinde yanma sekinde keskin ağrı, genellikle yemeklerden 1-3 saat sonra başlamaktadır. Ağrı besin ya da antiasit denilen ilaçlarla azalmaktadır. Bu yakınmalar nedeniyle uykusuzluk , zayıflama, bulantı, hazımsızlık, şişkinlik görülebilmektedir. Bazen kanama görülebilmekte, bu dışkıda belirlenebilmekte, ileri dönemlerde kansızlığa yol açabilmektedir. Teşhis endoskopi ve rontgen tahlilleri ile konabilmektedir. Tedavi edilmeyen vakalarda mide- oniki parmak bağırsağı delinmeleri oluşup, acil cerrahi girişim gerekmekte, bu evrede de ameliyat edilmezse peritonit (karin zari iltihabi) ile olum görülebilmektedir.

Tedavi:

Mide ic yuzune zararlı etkenlerin kesilmesi ( ağrı kesici-romatizma ilaçları,sigara gibi) ,psikososyal sorunların giderilmesi, varsa baska vucutsal hastalıkların tedavisi ve H. pylori adlı mikroorganizmaya karşı tedavi uygulanmaktadır.Psikoterapi ile hastanın kendini, çevresini ve hayatı algılayışı olumlu bir yöne çevrilmekte, streslere karşı savunmaları güçlendirilmekte ve dengeli ortamı oluşturulması hedeflenmektedir.

c- İltihabi bağırsak hastalıkları:

Bu gruba Crohn hastalığı ve ulseratif kolit girmektedir. Amerika'da yapılan araştırmalara göre Crohn hastalığı yüz bin kişide 3-7; ulseratif kolit ise yüz bin kişide 3-15 arasında görülmektedir. Rahatsızlıklar kadınlarda ve genç erişkinlerde daha çok görülmektedir.

Crohn hastalığı ağızdan anüse dek sindirim sisteminin herhangi bir bölümünü tutabilmekte , iç yüzeyde ülserler, dış yüzeyden Apseler , delinmeler, diğer organlara yapışmalar yapabilmektedir. Ulseratif kolit ise başlıca bağırsağın iç yüzeyinde görülmektedir. Her iki rahatsızlık ta da ishal, karnin sağ alt kısmında kramp sekinde ağrı, kilo kaybı ile seyretmektedir. Ulseratif kolitte makattan kanama görülebilmektedir.

Hastaların % 10 kadarında ayrıca bağırsak dışı organlarda da belirtiler ( ateş, kansızlık, eklem sertlikleri-arterit,karaciğer hastalıkları, deride iltihabi döküntüler) gelişebilmektedir.Ulseratif kolitlilerde ileri donemde bağırsak kanseri gelişebilmektedir.

Hastaların daha çok obsesif- kompulsif , bağımlı, narsistik tipte kişilik yapıları vardır. Kişiler duygusal acıdan olgun olmayıp.ayrılmalara çok duyarlı ve belirgin bağımlılık gereksinimleri olan , sürekli çevreden istekleri olan,çevrelerinden gelen mesajları reddedilme olarak algılayıp, duyarlılık gösteren kişilerdir. Bu kişilerdeki önemli ayrılıklar hastalığın şiddetini arttırabilir.

Hastalıkta depresyon ve kaygı artmıştır.Bu artış hastalığın şiddeti ile doğru orantılı olarak artmaktadır.

Hastaların 2/3 ünde en az bir kez operasyon gerekmektedir.Ulseratif kolitlilerin 1/5 inde tüm kalın bağırsağın çıkarılması ameliyatına gidildiği gözlenmiştir.

Tedavi:

Hastada gerekli cerrahi girişimlerin yapılması, damardan beslenme, iltihabi durumla mücadele için uygun



ilaç tedavileri yanında psikiyatrik tedavi ( gelişebilecek depresyon , psikoz ve su-yüz denge bozuklukları nedeniyle delirium denen durum nedeniyle) uygulamak gerekmektedir.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## Psikiyatrist ve Psikolog Arasındaki Farklar

Ülkemizde insanlar genelde ruhsal sorunlarla uğraşan insanların tanımlamasını yaparken psikolog yada psikiyatristi aynı anlamda kullanmaktalar. Bu kullanım aslında aldıkları eğitim olarak çok farklı olan iki grubu birbirine karıştırmaktır.

Psikiyatrist tıp fakültesinden mezun olmuş ve ondan sonra 4 yıl psikiyatri ihtisası yapmış hekimlere denir. Böylece aldığı eğitimle insanın hem genel hastalıkları hakkında bilgi sahibi olan hem de ruhsal yapısını tanımlama ve gerektiğinde tedavi etme yetki ve bilgisine sahip bir insan ortaya çıkmaktadır. Hem hekim hem de üstüne ruh sağlığı uzmanı.

Oysa psikologlar edebiyat fakültesinin psikoloji bölümünden mezun insanlardır. Normalde psikiyatristler ile birlikte çalışırlar gerekli testleri hastalara uygularlar ve sonuçta psikiyatristin tanı koymasına ve tedavi etmesine yardımcı olurlar. Bazı özel eğitimlerden sonra psikoterapi yapmaya hak kazanırlar Bu işlev küçümsenemez. Hatta çok faydalı olduğunu da inkar edemeyiz. Ancak psikologların tek başlarına tanı koyma ve tedavi etme yetkisi yoktur. Hele ilaç yazma yetkileri hiç yoktur. Bu yapılmaya başladığı andan itibaren hastaya zarar verme başlamış olur. Bu yüzden müracaat ettiğiniz insan bir psikiyatrist mi yoksa bir psikolog mu iyi ayırım yapın. Hatta mümkünse diplomasını görün. Ve bir sorunuz varsa güvendiğiniz başka bir hekimden referansla gidin.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihandPsikolojik cilt hastalıkları

Dermatolojik yani başka bir deyişle cilt hastalıklarının bir çoğunda psikolojik faktörler rol oynamaktadır. Psikokütan dermatozlardaysa psikolojik rahatsızlık ön plandadır ve bu hastalığın bir göstergesi olarak ciltte lezyonlar oluşmaktadır. Gerçekte psikokütan dermatozların kesin bir sınıflaması yoksada burda

### 1.Artefakt dermatiti

### 2.Nörotik ekskoriasyonlardan bahsetmek istiyorum:

#### Artefakt dermatiti

Esasında primer olarak bir psikiyatrik rahatsızlık olmakla beraber kişinin derisindeki problemler sebebiyle dermatologların teşhis koyduğu bir hastalıktır. Tanı koymak bazen zor olmakla beraber lezyonlar çoğu hastada tipik tanı koydurucuda olabilir.

Hipokrat zamanından beri rastlanılmaktadır. Hastanın kendi derisinde kesme,delme,yolma,sıkıştırma,çimdikleme,vurma,enjeksiyon ve benzeri eylemlerle bilinçli veya bilinçsiz olarak yaptığı yıkımlar sonucu aniden ortaya çıkan lezyonlar vardır. Dediğim gibi bir psikiyatrik problem olan hastalıkta bu lezyonların oluşturulması sırasında acıya nasıl dayandıkları bazen hayret uyandırır.

Artefakt dermatitinde ciltteki bulguları yani lezyonlar düzensiz ve dağınık olup, ellerin özellikle de sağ elin uzanabileceği alanlardadır. Bayanlarda genellikle yüz,el ve kollarda yerleşir.

Artefakt dermatitinde belirtiler, yıkım için kullanılan malzemelerin niteliğine bağlı olarak değişmektedir: Hasta lezyonları oluşturmak için jilet,bıçak,cam parçaları yada kendi tırnaklarını kullanarak kesikler,yarıklar oluşturabilir.Lezyon şekilleri hiç bir deri rahatsızlığına benzemeyen türden köşeli,düzensiz yada geometrik biçimli olabilir. Çoğunluklada lezyon boyutları 1 cm den büyüktür bazen tüm karın yada kolun tamamında olabilir. Bunlardan başka hasta lezyonları oluşturmak için asit yada alkali ajanlar,fenol,gümüş nitrat gibi maddelerde kullanabilir yada vücudunda sigara söndürerek lezyon oluşturabilir.Bu durumlarda yerçekimine bağlı olarak sıvı maddelerin akması yada etraftaki deriye bulaşmasıyla çizgisel yada yılanvari lezyonlar göze çarpabilir. Buraya kadar yazdığım durumlarda tanı koymak genellikle zor değildir iyi bir muayeneyle tanı konulabilmektedir.

Bunun dışında deri altına alkali,nişasta,silikon,yağ,gaita,tükürük,ıdrar,mürekkep enjekte edenler,göz

kapaklarına hava enjekte edip ödem oluşturanlar, allerjik hastalığı olup özellikle bu allerjenlere kendini maruz bırakıp hastalığının alevlenmesine sebep olanlarda vardır.Bu hasta grubunda lezyonlar başka deri hastalıklarını taklit edeceğinden tanılarında zordur.

Artefakt dermatiti kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülür. Her yaşta görülebilmekle birlikte ergenlik ve genç erişkinlikte daha sıktır. Hastalar çoğunlukla içe dönük,emosyonel yönden olgunlaşmamış ve bencil yapılı kişilerdir bazen anoreksi ve de alkol bağımlılık problemleri de olabilir. Hastalık ergenlik döneminde ebeveynlerle iletişim bozukluğu, kıskançlık ,fiziksel yada cinsel travmalar sonrası yada ani gelişen strese karşı geçici bir uyum bozukluğu sonucu başlayabilir.

Hastaların genellikle yüzeysel de olsa tıbbi bilgileri vardır.Kendisi veya çok yakın bir aile üyesi sağlık sektöründe çalışan hasta sayısı oldukça fazladır.Tüm bunlar hastaların lezyonları daha profesyonelce taklit ederek gerçek deri hastalıklarına benzetmelerini sağlamaktadır.

Bu gruptaki hastalar lezyonlarının aniden çıktığını söyler ve çok ayrıntılı hastalık öyküsü verirler.Bazende lezyonların gelişiminden hiç haberdar olmadıklarını belirtebilirler.

Tanıyı koymada bazen çok zorluk çekilebilir.Hastalar lezyonları kendilerinin yaptığını inkar ederler hatta bazı olgularda tanı konulup bunun psikiyatrik bir problemden kaynaklandığı ve de psikiyatri konsültasyonu istendiğinde hastada dermatoloğa karşı düşmanca tavırlar gelişebilir. Bu hastalar oldukça zeki olabilirler ve bazen bu tür lezyonları kendi ailesinden intikam almak,üzerlerine ilgi çekmek içinde yapabilmektedirler.Dikkatli hareket edilmesi gereken bir hasta grubudur.Hatta kendisinin hastalığını ortaya çıkaran bir hocamıza silahlı saldırıda bulunan bir hastamız bu hastalıkta ne kadar dikkatli davranılması gerektiğine çok güzel bir örnektir.

Bu grup hastaların askerlikten kaçmak,sigortadan para almak,işten kaçmak gibi kendilerine çıkar sağlama amacıyla (malingering) vücutlarında yaralar oluşturan kişilerden ayırdedilmesi gerekir. Çünkü bu gruptakiler gerçekten hastadırlar bazen küçük kazançları olsada bunlar ilgi,sevgi..gibi kazançlardır...

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **UYKU PROBLEMLERİ VE UYKUSUZLUK**

Uyku insanoğlunun her zaman çok ilgilendiği konular içerisinde yer almıştır. Bunun nedeni her birimizin günlük işlevselliğimizi sürdürebilmek için uyku uyumaya ihtiyacımızın olmasıdır. Günlük aktivitelerimizi devam ettirebilmek için,verimli olabilmek için bir günde belli sürede uyumamız gerekmektedir. Ve biz,bu gerekli uykuyu alamazsak gün boyu bunun sıkıntısını çekeriz. Unutkan oluruz,sinirliliklerimiz artar, dikkatimiz dağınık, iç sıkıntısı duyarız. Ancak bazen de uykuyu fazla kaçırmaya başlarız. O zaman da, problem olur bizim için. Az uyumak gibi çok uyumakta bir problemdir. Altında yatan sebep araştırılmalıdır. En önemli sebeplerden biri depresyondur. Aşırı uyuma ile birlikte sinirlilik halleri öfke hayattan zevk almama halleri de eşlik edebilir. O zaman konuya daha hassas davranmalı kendimizi bunu sebebine yönelik araştırma yapmaya yönlendirmeliyiz.

"Uygunun normali nedir ?" diye bir soru sorulursa o zaman şöyle cevap vermek gerekir. Uyku uyuma hususunda herkes için geçerli olan bir normal olmamakla birlikte 6-8 saat normal uyku kabul edilebilir. Gerçi uygunun süresi kalitesi ile alakalıdır. Sık sık uygunun bölünmesi ile uyku süresi artar. Yani verimli bir dinlenme için daha uzun süre uyumak gerekir. Oysa rahat, normal sıcaklık ve neme sahip bir ortamda uyanmadan uyanan bir uyku daha kısa da olsa yetebilir. Bu nedenle şartlar da göz önüne alınmalıdır.

Günlük olaylarla etkilenme uyku süresini bozabilir. Mesela sınavımız kötü geçmiş olabilir, eşimizle kavga etmiş olabiliriz yada o gün çok ciddi para kaybetmişizdir. Ama bu tür uyku bozuklukları gelip geçicidir . Sebep ortadan kalktıktan sonra tamamen düzeler.

Bazen de çok uzun uyunabilir. Eğer tembellik etmiyorsak ve uykumuzun aşırı olması çok uzun zamandır varsa ve biz buna rağmen dinlenmemiş kalkıyorsak o zaman ilk önce uyku hijyeni şartlarımızı gözden geçirmeliyiz. Yani yatağımız sağlıklı mı ? Odamızın havası temiz mi? Oda ısısı normal mi ? Geceleri sık sık uyanıyor muyuz ? Tüm bunları gözden geçirdikten sonra hiçbir problemimiz yoksa ve fazla uyumamız hayatımızdaki bazı işleri kısıtlamaya başlamışsa artık iş çıkırından çıkıyor demektir. Biz uykumuz için bir hekime başvurmalıyız ve sebebe yönelik araştırma yapmalıyız. Kaynağını bulmalı ve bunu halletmeliyiz.

Aslında herkesin herhangi bir zamanda uyku problemi olur. Bunun için pek çok neden bulunmaktadır. Uykusuzluk en az üç hafta süren uykuya başlama ve devam etmede güçlük olarak tanımlanmıştır. Bir ya

da iki gece bozulan uyku, uykusuzluk kavramına uymaz. Aynı zamanda gün boyunca yorulmadıysanız, ne kadar kötü uyuduğunuzu düşünürseniz düşünün uykusuzluk yakınmanız yoktur. Böyle bir durum bile zaman zaman uyuma probleminin olmadığı anlamına gelmemektedir ve bozuk bir uykunun sıkıntısını bilmek için uykusuzluk çekiyor olmanız gerekmez.

Genç kişilerin yaşlılardan daha az uyku problemi var gibi görünmektedir. Buna karşın yukarıda belirtildiği gibi bunun yaşlandıkça uyku paternlerinizde meydana gelen değişikliklerle ilgisi olabilir. 20 li yaşlarında her 10 kişiden biri uyku problemi olduğundan yakınırken yetmişli yaşlardaki kişilerin 3 te biri şikayet etmektedir.

Farklı kişiler klasik olarak aşağıdaki problemlerin bir ya da daha fazlasıyla, farklı şekillerde karşılaşmaktadır:

- Uykuya başlama ve uyuma zamanı arasının uzunluğu (sıklıkla bir o yana bir bu yana dönme)
- Gece boyunca pek çok kere uyanma, bunun sonucu olarak da sabahleyin kötü uyku uyumuş olma duygusu
- Erken uyanma ve daha sonra tekrar uyuyamama

Kötü uykunun nedenleri

Endişe

- stres ve anksiyete

İlaçlar

- aşırı alkol
- aşırı nikotin
- aşırı kafein
- çeşitli reçeteli ilaçlar

Dış faktörler

- ses
- ışık
- aşırı sıcak ya da soğuk
- rahatsız yatak

Tıbbi durumlar

- ağn
- horlama ve uyku apnesi
- nefessiz kalma (örn. kalp ya da akciğer hastalığının yol açtığı)
- idrar sıklığı
- depresyon

Günlük hormonal ritmin bozulması

- uzun mesafe uçak yolculuğu
- gece işi

Fizyolojik

- yaşlılık

Anksiyete

Endişe, uyuma güçlüğü için öne sürülen en sık nedendir. Aslında; neredeyse herkes bir gece endişe nedeniyle rahatsız bir gece uykusu geçirmiştir - düşünceler kafanızda uykunuzu engelleyecek şekilde dolanırken klasik olan bir o yana bir bu yana dönme hikayesi. Eğer bu uyumada bir güçlüğün nedeniyse o zaman endişeye yol açan problemlerle uğraşmalı ya da en azından uyumak için geçmişin ya da ertesi günün endişelerini unutmak mümkün olacak şekilde yeni alışkanlıklar geliştirmektir.

İlaçlar

İlaçlar kötü uykunun en alışılmış diğer bir nedenidir. Uyku paternlerinde oluşturdukları rahatsızlıklar

gençleri yaşlılardan daha az etkilemektedir.

Aslında, sıklıkla gecenin sonunda içilen bir ya da iki bardak kahve 30 lu yaşlarındaki insanların bile iyi uyumasını engellerken, 20 li yaşlarındakiler hemen hiçbir etki hissetmez ve çok iyi uyurlar.

Kafeinin sizi uyanık tuttuğu iyi bilinmektedir, özellikle de kahve gece geç içildiğinde nikotinin de benzer etkisi vardır.

Alkolün bozuk bir uykuya yol açtığı belki de daha az iyi bilinmektedir. Sıklıkla gecenin sonunda içilen sevdiğiniz bir kadeh içkinin iyi bir gece uykusu uyumanıza yardımcı olacağı düşünülmektedir. Bu alkolün alımdan birkaç saat sonra oluşan geri dönüşüm ya da çekilme etkisi nedeniyledir. Zira uykuya çabucak dalıp fakat sabahın erken saatlerinde uyanma deneyimi.

Uyku hapları doktorlar tarafından hastalarına geniş ölçüde reçete edilmektedir ve şaşırtıcı şekilde doktorların kendileri tarafından da kullanılmaktadır. Bu durum, kullanımlarının ortaya çıkardığı problemin şu anda iyi bilinmesi gerçeğine karşın devam etmektedir. En iyisi uyuma ile ilgili kısa dönem problemlerde yararlı olmalarıdır, fakat bu ilaçları uzun dönemler için kullanmak anlamlı değildir. Başka bir özellik de uzun süreli uyku hapları kullanmanın uyuma problemine neden olan sorunu ortadan kaldırmanıza yardımcı olmayacağı ve uyku haplarını aldıktan sonraki etkinin oldukça dramatik olabileceğidir. Tüm formülasyonlar REM ve non-REM uykusunun doğal ritmini değiştirmemesine karşın pek çoğunun etkileri belirsizdir.

### Dış Faktörler

Çok gürültülü, çok sıcak, çok soğuk ya da yeteri kadar karanlık olmayan bir oda kolaylıkla uyku problemine yol açabilir. Eğer durum böyle ise o zaman odayla ilgili bazı değişikliklerin sırası gelmiştir. İdeal olarak da kat kat gecelik giymeyi gerektirmeyecek şekilde rahat olmanızı sağlayacak kadar sıcak olmalıdır (fakat tercihen rahatsız edici kadar da sıcak olmamalıdır!). Oda iyi havalandırılmalıdır - eğer mümkünse kısmen açık bir pencere ile uyuyun. Uyuyanların tümü, özellikle de iyi uykular uykularını alabilmek için makul derecede bir sessizliğe gereksinim duyarlar ve tabii ki eğer ortam karanlık değilse uykuya dalmak daha güçtür - örneğin perdeler sokak lambalarını ya da dışarıdaki diğer ışıkları kapatmaya yetecek kadar kalın mı?

Pek çok kişi orta derecede sert bir yatakta kendini en rahat şekilde hisseder - kısa dönemde yumuşak bir yatak daha rahat görünebilir, fakat uzun dönemde sırtınız için iyi değildir ve iyi bir uykuyu harekete geçirmesi olanaklı değildir. Çift kişilik yataklar bir problem ortaya çıkarabilir, özellikle de eşlerden biri diğerinden daha sert bir yatak severse. Bununla birlikte, iyi bir çift kişilik yatak ortada bombe yapmaz.

### Tıbbi koşullar

Uykusuzluğa neden olabilecek pek çok tıbbi problem vardır. Uyku apnesi esasen aşırı kilolu erkekleri etkileyen ilginç bir durumdur. Bu durumda uykuya dalışta hava yolları soluk almayı engelleyecek şekilde 20 ila 30 saniye kadar tıkanmış gibi gözükür. Bu da hastayı uykudan uyandıracak şekilde iki ya da üç kez güçlükle nefes almasına yol açar. Ardından hiçbir şekilde iyi bir uyku uyuyamaz. Horlama da aşırı kilolu olmakla bağlantılıdır ve horlayan kişi genellikle iyi uyuyabilmesine karşın, eşi ve hattı aynı evdeki diğer insanlar oldukça etkilenebilir.

### Uyku Sorununuzun Olası Yanıtları

Eğer problemlili uykunuz varsa bu durumu düzeltmeye çalışmak için yapabileceğiniz pek çok şey vardır:

- Sizi uyandıran ya da uyutmayan şeyleri belirleyen birçok şey olabilir.
- Özel problemlerle gün içinde ya da akşam ilgilenmeye çalışın - tamamen üstesin -den gelinmediyse en azından ertesi gün ilgilenmek üzere hareket planı yapmaya çalışın; daha sonra onları gece boyunca bir kenara koymak için çaba sarf edin. Bazı kişiler hareket planlarını yazmayı yararlı bulmaktadır.
- Gece geç saatte harekete geçirici aktivitelerden uzak durun - bunun içinde iş (bazen önlenemeyen ya da kurs!), ağır egzersiz ve tartışmalar vardır.
- Hemen yatma saati öncesi aşın yemeyin
- Kahve, çay ve tütün gibi uyarıcılardan gece geç saatte uzak durun

- Gece aşırı alkolden kaçının - alkol uyumanıza yardımcı olacak gibi gözükse de harekete geçirdiği uyku kalite açısından zayıftır ve ertesi sabah kendinizi zinde hissetmemenizi yoi açar.
- Kendinize her akşam yapacağınız rutin bir iş bulun. Bu sizi rahatlatacak ve hoşunuza gidecek bir şey olmalıdır.
- Yatak odasını sadece uyku için kullanın - yatak odasında okuma (bunun uyumanıza yardım ettiğini bildiğiniz takdirde aksi olabilir), televizyon seyretme, yemek yeme ve kesinlikle çalışma yapılmamalıdır
- Hergün hatta erken kalkmanız gerekmeyen günlerde bile kendinizi erken kalkmak üzere ayarıyın
- Eğer uyanma güçlüğünüz varsa, odanın diğer bir tarafına çalar saat koymayı ya da uyandıığınızda hemen ışıkları açmayı deneyin
- Düzenli egzersiz yapmaya çalışın
- Yatak odasını yatmak için hazırlayın, fakat sadece yorgun olduğunuzda yatağa gidin
- Tüm bunlara karşın uykuya daima güçlüğünüz olduğunu fark ederseniz yatakta uyanık bir halde oradan oraya dönmeyin. Kalkın ve başka bir odada rahatlatıcı bir şeyler yapın. Kendinizi yorgun hissedene kadar da yatağa geri dönmeyin.
- Gece yarısı ya da sabah erken uyanırsanız yatakta yatmayı sürdürmeyin. Kalkın ve başka bir odada bir şeyler yapın. Eğer gece yarısı kendinizi böyle bir durumda bulursanız endişelenmeyin. Normalde yapma fırsatı bulamadığınız bir şeyler yapın,örneğin kitap okuyun, hafif müzik dinleyin ya da normalde yoğun olan dünyanızın huzur, sessizlik ve sakinliğinin tadını çıkarın.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## İNTİHAR

Tüm ölümlerin % 0.4-0.9 unu oluşturan intihar (öz kıyım) davranışı kişiyi ve çevresini etkilemesi yanında , sonraki nesiller ve toplum üzerindeki etkileri nedeniyle büyük bir toplumsal sorundur. Tüm dünya çapında her gün yaklaşık bin kişi öz kıyım gerçekleştirmektedir. Erkeklerin kadınlardan daha çok intiharı gerçekleştirdiği saptanmıştır. Sonuçlara göre erkeklerde 2-7 kat daha fazla öz kıyım rastlanmıştır. Erkekler daha şiddetli metotlar (asıma, kendini silahla vurma gibi) yeğlerken, kadınların ilaç ve boğulmayı seçtikleri gözlenmiştir. Etnik gruplar ve azınlık konumunda olanlar birbirlerine daha bağlı olduklarından daha az öz kıyım yönelirken, göçmenler henüz ortama alışamadıkları için daha yüksek oranlara sahiptirler.

Acı ve düşündürücü olan şey, kişinin bu eylem öncesinde kendisi için olası ağırlaşan tehlikeyi fark etmesi ve bunu kendi beden dili ya da sözel ifadesiyle açıklamasıdır. Bazı vakalarda birey ` beni tek başıma bırakmayın, çocuklarıma ya da kendime bir şey yapmaktan korkuyorum` şeklinde uyarı mesajları verebilmekte, pencere kenarları, ecza dolaplarının bulunduğu mekanlara yakın durabilmekte, değerli ve kendince manevi değeri olan şeyleri çevresindekilere verebilmekte, artan yoğunlukta hayatın anlamsızlığından bahsedebilmekte ve tehlikeli eylemleri birer birer deneyebilmektedir. ` Selvi gibi ümitler birer içdeye dönmüş`, intihar dışında yapacak hiçbir şey kalmadığı düşüncesi bilince hakim olmuş, yaşanan her saatin acı , günah ve sorunları arttırmaktan başka bir işe yaramayacağı şeklindeki yaklaşımlar çoğu öz kıyım durumunda görülebilmektedir. Ancak buna rağmen bazı durumlarda gereken adımlar atılamayabilmektedir.

Kişiyi intiharı sorunlarını giderici, çare bulamadığı acılarını dindirmeye yarayan, katlanamayacağı sonuçları yaşamamasını sağlayıp, daha önce bulamadığı huzur ortamını getirecek bir çözüm olarak görür. Bireyde ölüm, mezara konmak ve hayata son vermenin sonrasına ait düşünceler bulunmamaktadır.

İntihar girişimlerinde bulunan kişilerin kendilerini ezen, görmemezlikten gelen, kendileri ile ilgili istek, karar ve seçimlerine kulak vermeyen ebeveynlerden; güvenlerini sarsan, kendilerini yüzüstü bırakan arkadaşlardan bahsettikleri gözlenmiştir. Bu durumdaki kişiler kendilerini işe yaramaz, kullanılmış, günahkar , cezalandırılmayı hak etmiş kişiler olarak görebilmektedirler. Bireyler kendilerinin görüş ve duygularının ,daha doğrusu kişiliklerinin değiştiğini görebilmekte ve aklını kaybetme, kendi denetimlerini kaybetme gibi korkular yaşayabilmekte `o ben gitti ,başka bir ben geldi kendimi tanıyamıyorum` şeklinde

konuşabilmektedirler.

Genel olarak intihar davranışlarında ölmek düşüncesi yanında daha iyi şartlarda yaşamak yolunda bir kararsızlık ta bulunabilmektedir. Bu nedenle yüksek bir yerden atlamadan önce beklenmekte olduğu düşünülmektedir.

Kişinin kendini topluma ait , onun bir parçası olarak görmesi, çevresinin kendinin arkasında olduğu, sorumluluğu altında onun yardımına muhtaç kişilerin olduğu , bu eylemin günah olduğu düşüncesi, kendine maddi ya da manevi olarak destekçi güçlerin bulunduğu inancı öz kısımların önüne geçebilmektedir.

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"

## **ZAYIFLIK SAPLANTISI**

Genel olarak 12-18 yaşları arasında başlayan ve şişmanlamaya karşı ağır korku yüzünden bilinçli olarak aşırı zayıf kalma çabaları ile belirlenen bir bozukluktur. Toplumda ortaya çıkma sıklığı bilinmemekle birlikte eskiden sanıldığı gibi çok ender rastlanan bir rahatsızlık değildir. Anoreksia Nervozalı bireylerin yaklaşık %95' i kadındır. Ve bir kişinin kız kardeşinde bu tür bir bozukluk varsa o kişide aynı hastalık riski belirgin oranda artmaktadır. Bozukluk daha üst sosyoekonomik sınıflarda daha sıktır.

En temel belirti aşırı kilo alma korkusudur. Bu durum kişinin yiyecek konusunda neredeyse fobik olacak noktaya dek varmasına neden olabilir. Şişmanlama korkusunun yanı sıra beden imgesinde de bozulma vardır. Buna bağlı olarak bu kişiler çok zayıf ve ince olsalar bile kendilerini şişman bulabilirler. Vücut ağırlığını kontrol altında tutabilmek için iki yolu kullanırlar: Kişilerin bir bölümü yiyecek alımını ileri derecede kısıtlarlar. Zaten aldıkları çok az yiyeceğin de çok az kalorili yiyecekler olmasına dikkat ederler. Bu kişiler buna rağmen ağır egzersizler de yaparlar. Diğer gruptaki kişilerde yiyecek alımının ileri derecede azaldığı açlık dönemleri ile aşırı yeme dönemlerinin birbirini izlediği gözlenir. Bu gruptaki kişiler, aşırı yemeden sonra şişmanlayacakları korkusuyla boğazlarına parmaklarını bastırarak kusarlar. Sık sık bunu yapan kişilerin el sırtında deri sertleşmesi olabilir. Sık kusan kişilerde mide asidinin etkisiyle dişlerde bozukluklar, çürümeler olur.

Bu kişilerin yeme davranışlarında ve yiyeceklerle olan ilişkilerinde gariplikler gözlenebilir. Yiyecekleri saklayabilir, yemek yapmak için mutfakta saatlerce uğraşabilirler.

Anoreksia Nervozalı'nın nedenleri günümüzde kesin olarak bilinmemektedir. Hastalığın oluşumu psikolojik, sosyolojik ve biyolojik olmak üzere üç boyutta ele alınabilir. Hastalığın ergenlikte ortaya çıktığı; bu dönemin cinsel ve sosyal çatışmalarla yüklü oluşu dikkate alınacak olursa; cinsel ve sosyal çatışmalarla başa çıkma konusundaki yetersizliklerin yiyeceklerden fobik kaçınma şeklinde ortaya çıkması öne sürülebilir.

Aşağıdakilerin varlığı halinde bu rahatsızlıktan bahsedilmektedir.

1-Bulunduğu yas grubu ve boy uzunluğu açısından normal kabul edilen en az kilo ya da bu ağırlığın üzerindeki bir kiloyu kendisi için uygun bulmayı,kabul etmeme.

2-Yas ve boy göz önüne alındığında beklenenden daha düşük bir kilosu olmasına rağmen kilo almak veya şişmanlamaktan aşırı derecede korkma.

3-Kişinin kilosu ya da vücut şeklini algılayışında bozukluk vardır. Kişinin kendini değerlendirişinde kilo ya da vücut şeklinin ,olağandan çok daha fazla ve anlamsız ölçüde bir yer kaplaması veya o anki kilosunun düşük olmasının önemini farkına varmama.

4-Bayanlarda birbirini izlemesi gereken en az 3 adet döneminin olmaması

Bu rahatsızlığın kısıtlı ( bu durum yaşanırken kişide bir anda "patlayıncaya dek" yeme ya da kendini kusmaya ya da lavman- idrar söktürücüler ile yediklerini çıkarma davranışının olmadığı) tip ya da bu sayılan davranışların olduğu tiksindircesine yeme/ çıkartma tipi olarak 2 şekli vardır.

Hastaların çoğunun düşünce içeriği yemek ile ilişkilidir. Kimileri kalan, artan, yiyemedikleri yiyecekleri

birakamayıp, biriktirir, bazıları da hiç yapamayacağı yemek tariflerini edinmeye çalışabilir. Topluluk içinde yemek yeme konusunda isteksiz davranabilirler. Başlangıçta çevrelerinden ilgi ve beğeni görmek için, kendileri üzerinde kontrol sağladıklarını görmek amacıyla alınan besinleri kısıtlamaya başlarlar. Eski kilolarına ya da çevrelerinde görünüm olarak beğeni kazanan kişilerin kilosuna inmek için hedef belirler. Kendileri gün içinde farklı zamanlarda tekrar tekrar tartar. Tıkınırcasına yeme-çıkartma tipine ait grubun alkol-madde kötüye kullanımı, daha çok duygusal durumda dalgalanmalar ve cinsel aktivitelere sahip olup, dürtülerini kontrollerinin daha zor olduğu gözlenmiştir.

Kişiler kilo kayıplarını arttırmak için fiziksel egzersizler yapar ya da yorucu fiziksel uğraşılara girerler. Öyle ki kişi daha çok enerji harcayıp, kilo verebilmek için oturmayıp, ayakta durmayı yeğleyebilir ya da durduğu yerde el ve ayaklarını hareket ettirebilir. Kişinin toplumsal ilişkileri azalabilir. Sadece iş, fiziksel egzersiz ve kilo düşünceleri ile ilgilidir. Bir deri bir kemik kalsa bile kilolu olduğu düşüncesindedir. Kişiler kendilerine listeler hazırlayarak kendilerine yasakladıkları yiyecekleri belirterek, bunları yemeyeceklerine yeminler ederler. Yarım kilo bile almaları onları zayıflıktan şişmanlığa geçtikleri şeklinde düşündürür. Uzun süre bir konuya dikkatlerini veremezler. Kendilerine güvensizlik yoğun bir şekilde kendini hissettirmektedir. Gitgide sosyal çevrelerini kısıtlarlar.

Çocuk gelişiminin erken evrelerinde, anne-çocuk iletişimde çocuğun kendi başına, özgür davranışları üzerine yapılan müdahalelerin önemine dikkat çekilmektedir.

Anoreksia başlangıcı sonrasında genellikle obsesif- kompulsif davranışlar başlayabilir. Özellikle temizlik saplantıları ( ev temizliğine yönelik aşırı aktiviteler gibi) ve ders çalışma ile ilgili saplantılara rastlanabilir. Cinsel gelişimlerinde sorun olduğu gibi, cinsel isteksizlik ve diğer cinsel sorunlar da beraberindedir.

Bu kişilerde hastalığın yol açtığı vücutsal değişimler:

Hastalarda kansızlık, vücut su- tuz dengesinin bozulması, kanda kolesterol ve üre düzeylerinin artışı, karaciğer enzimlerinin yükselmesi, tiroid bezi hormonlarının düşmesi, kadınlarda östrojen dediğimiz kadınlık hormonu, erkeklerde testosteron denen erkeklik hormonu düzeylerinde düşme sonucu cinsel işlevlerde azalma, kalp atımında azalma ve düzensizlikler, beyin boşluklarının beyin dokusuna oranla kapladığı hacmin artışı oluşabilmektedir.

Kimlerde görülmektedir:

Bu rahatsızlık düzenli ve bol çeşitli yemek yeme olanaklarının olup, göze hoş görünmenin zayıf bir vücut yapısı ile paralel düşünüldüğü batı toplumlarında, kentsel alanlarda daha çok gözlenmektedir. Hastaların % 90-95 i kadındır. Anoreksia nervosa genç kızlarda % 0,5 oranında saptanmakta, genellikle 12-25 yaş arasında rastlanmaktadır.

Son yıllarda yurt dışında yapılan çalışmalara göre hastalığın yüz bin kişide 15-20 arasında görüldüğü saptanmıştır.

Rahatsızlığın oluşumunda etkili risk faktörleri:

- Yaşanılan sosyo-kültürel çevrenin etkisi ile zayıflığın kesin güzellik ölçütü olması durumu yaygınlaştırmaktadır. Bazı mesleki alanlar ( hosteslik, modellik, dans ve müzikle uğraşanlarda) bu yüzden özellikle risk altındadır.
- Bu rahatsızlığı olanların ailelerinde depresyon, alkolizm, şişmanlık ve gene bir yeme bozukluğuna daha çok rastlanmaktadır. Bu kişilerin annelerinin daha çok diyet yapma, yeme bozukluğunun olduğu, sürekli diyet yapma düşünceleri ile haşır nesir oldukları, kızlarının da diyetleri konusunda yoğun düşünceler içinde olabildikleri gözlenmiştir.
- Aile yapıları itibarıyla, bağımsız hareket serbestisinin verilmediği ve aile işleyişi açısından yeterli keyif alınmayan doğum sağlanamayan ilişkilerin varlığı.
- Öncesinde var olan aşırı şişman beden yapısı
- Çocukluk çağı başlangıçlı diyabet ( seker hastalığı) varlığı
- Geçmişte yaşanan cinsel, fiziksel tacizler.

Rahatsızlıktaki kişisel düşünce yapıları:

- Kişisel açıdan kendilerini yardıma muhtaç ama yardım edilemez görürler
- Kendi ve çevreleri üzerindeki denetimi kaybetme korkuları vardır.
- Aşırı bir şekilde başkalarının görüşlerine bağımlı olarak özgüvenlerini koruyabilen, onların yeterli ya da olumlu desteği olmadığında kendilerini bir hiç olarak görürler
- Bir şey ya tam olmalı ya da hiç olmamalı şeklinde bir düşünce yapısı olan kişilerdir.

Hastalığın seyri:

Hastaların yarısının ilerleyen dönemde iyileştiği, dördte bir oranında hastanın kısmen iyileştiği, ancak bir miktar yakınmalarının sürdüğü belirlenmiştir. Hastalık sonucu olum oranının % 5 civarında olduğu gözlenmiştir.

Hastalığın gidisine olumsuz etki yapan faktörler:

- Ailede aşırı geçimsizlik, tartışmalı ortam
- bulimianın hastalığa eslik etmesi
- Kusma, dışkılamayı arttırıcı ilaç kullanımları
- Obsesif-kompulsif, histerik, depresif, nörotik davranış yapıları, zeminde bulunan psikiyatrik sorunlar nedeniyle, kişide vücutsal yakınmaların fazlaca gündeme gelmesi (gastrit, kolit vb.)
- Hastalığı inkar eden davranışlar içine girilmesi.

Hastalığın gidisini olumlu etkileyen etmenler arasında ise erken başlangıç yaşı, hastalığı kabul etmek ve kendine güvenen bir kişilik yapısının bulunması sayılmaktadır.

Tedavi:

Anoreksia Nervozalı hastaların tedavisi çoğu kez güçlüklerle doludur. Hastaların çoğunda, hastalık birkaç yıl önce başlamıştır. Tedaviye katılmak ve tedavi planları için isteksizdirler. Bu sebeple genellikle çocuklarının bu durumundan üzüntü ve endişe duyan anne babaları tarafından doktora getirilirler. Tedavide bireysel psikoterapi, grup ve aile terapisi, ilaç tedavisi gibi yöntemler kullanılabilir

Psikoterapide hastanın kendi duygularını uygun bir şekilde ifade edebilmesi, yeme davranışı üzerine kurulu yanlış düşünce tarzının değiştirilmesi, vücuduna yönelik olumsuz algılamaların düzeltilmesi, özgüvenin oluşturulması, kişilerarası sorunların belirlenip, çözümüne yönelik bir yaklaşımın oluşturulmasına çalışılır.Tedavide davranışçı terapi, aile terapisi ve grup terapisi kullanılabilir

"Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi"