

ASES INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH AND SPORTS SCIENCES

YEAR | 2025
VOLUME | 3
ISSUE 1



EDITED BY

ASSOC. PROF. AHMET KURTOGLU



ISSN: 3023-5723

ASES INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH AND SPORTS SCIENCES (ISSN: 3023-5723)

BAŞ EDITÖR

Doç. Dr. AHMET KURTOĞLU

Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi/Spor Bilimleri Fakültesi/TÜRKİYE

YAYIN KURULU

Prof. Dr. HÜLYA ÇİÇEK

Gaziantep Üniversitesi/Tıp Fakültesi/TÜRKİYE

Prof.Dr. LEILA MEDRAOUI

Mohammed V University/ MOROCCO

Prof.Dr. MANOLE COJOCARU

Titu Maiorescu University/ ROMANIA

Prof.Dr. Siham BABA AHMED

Abou Bekr Belkaid Tlemcen University/ ALGERIA

Doç. Dr. FATMA BİRGİLİ

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi/TÜRKİYE

Doç. Dr. ÖMER ÖZER

Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi/Spor Bilimleri Fakültesi/TÜRKİYE

Dr. Üyesi BURCU ÖZÜBERK

Kırklareli Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi/TÜRKİYE

Dr. Üyesi ÖZGENUR HACIOĞLU

Kırklareli Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi//TÜRKİYE

YAYIN LINKİ: e-hssci.com

İNDEKSLER

Index Copernicus



OpenAIRE



Google Scholar



Road



Eurasian Scientific Journal Index

Sudoc



WorldCat



ResearchBib



HADEM LİSTESİ

Prof. Dr. ADNAN ÜNALAN

NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ (TÜRKİYE)

Prof. Dr. MELAHAT AKDENİZ

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ (TÜRKİYE)

Prof. Dr. NURETTİN KONAR

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ (TÜRKİYE)

Prof. Dr. VALENTIN STOYANOV

TRAKIA UNIVERSITY (BULGARISTAN)

Prof. VIOLETA MADZOVA

INTERNATIONAL BALKAN UNIVERSITY (MAKEDONYA)

Prof. Dr. YAĞMUR AKKOYUNLU

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ (TÜRKİYE)

Assoc. Prof. AHMET KURTOĞLU

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ (TÜRKİYE)

Assoc. Prof. BEKİR ÇAR

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ (TÜRKİYE)

Assoc. Prof. DIVYA VINAYACHANDRAN

SRM INSTITUTE OF SCIENCE AND TECHNOLOGY (HİNDİSTAN)

Assoc. Prof. FİLİZ YANGILAR

ERZİNCAN BİNALİ YILDIRIM ÜNİVERSİTESİ (TÜRKİYE)

Assoc. Prof. Meenakshi Rawat

INDIAN INSTITUTE OF TECHNOLOGY ROORKEE (INDIAN)

Assoc. Prof. Özgür EKEN

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ (TÜRKİYE)

Assoc. Prof. SERPİL YÜKSEL

NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ (TÜRKİYE)

Assoc. Prof. VELİ VOLKAN GÜRSES

BANDIRMA ONYEDİ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ (TÜRKİYE)

Assist. Prof. AYHAN ATIGAN

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ (TÜRKİYE)

Assist. Prof. İSMAİL HAKKI TEKİNER

İSTANBUL SABAHATTİN ZAİM ÜNİVERSİTESİ (TÜRKİYE)

Assist. Prof. MELİHA UZUN

ŞIRNAK ÜNİVERSİTESİ (TÜRKİYE)

Assist. Prof. NAJIM ABDULLA

DUHOK UNIVERSITY (IRAK)

Assist. Prof. ÖZGEN KILIÇ ERKEK

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ (TÜRKİYE)

Assist. Prof. SABİHA GÖKÇEN ZEYBEK

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ (KKTC)

Assist. Prof. SARBU OXANA

NICOLAE TESTEMITANU STATE UNIVERSITY (MOLDOVA)

Assist. Prof. ŞÜKRÜ AYDIN

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ (TÜRKİYE)

Dr. CHAIMA MOUFFOUK

UNIVERSITÉ BATNA 2. (CEZAYİR)

Table of Contents

AİLESEL HİPERKOLESTEROLEMİLİ HASTALARDA DİYET VE SAĞLIKLI YAŞAMIN KARDİOVASKÜLER BOZUKLUKLAR ÜZERİNE ETKİSİ	M. Yasin AY	125-142
<i>THE EFFECT OF HEALTHY LIVING AND BALANCED DIET ON CARDIOVASCULAR DISORDERS IN PATIENTS WITH FAMILIAL HYPERCHOLESTEROLEMIA</i>		
BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞUN İNCELENMESİ ÜZERİNE DERLEME	Melike MURATOĞLU Meryem KARAAZİZ	143-156
<i>BODY DYSMORPHIC DISORDER COMPILATION ON REVIEW</i>		
DİSSOSİYASYON (ÇÖZÜLME) BOZUKLUKLARI: TANIM, BELİRTİLER VE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI ÜZERİNE BİR DERLEME	Lila CEMGÜNAL Meryem KARAAZİZ	157-171
<i>DISSOCIATION (DISSOLUTION) DISORDERS: A REVIEW ON DEFINITION, SYMPTOMS AND TREATMENT APPROACHES</i>		
ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ ETİYOLOJİSİ: GENETİK VE ÇEVRESEL FAKTÖRLERİN ROLÜ	Serkan NACAK	172-189
<i>ETIOLOGY OF ANXIETY DISORDERS: THE ROLE OF GENETIC AND ENVIRONMENTAL FACTORS</i>		
MULTİPLE SKLEROZDA DEPRESYON VE ANKSİYETE: PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARLA İLİŞKİLİ KLİNİK BULGULAR	Serkan NACAK	190-204
<i>DEPRESSION AND ANXIETY IN MULTIPLE SCLEROSIS: CLINICAL FINDINGS RELATED TO PSYCHIATRIC DISORDERS</i>		

**AİLE İLİŞKİLERİ BAĞLAMINDA EBEVEYNLERİN
OLUMSUZ ÇOCUKLUK DENEYİMLERİNİN
ÇOCUKLARIN KAYGI VE DİKKAT DÜZEYLERİNE
YANSIMALARI****Tuğba DUMAN
Serkan NACAK****205-234***REFLECTIONS OF PARENTS NEGATIVE CHILDHOOD
EXPERIENCES ON CHILDREN'S ANXIETY AND
ATTENTION LEVELS WITHIN THE CONTEXT OF
FAMILY RELATIONSHIPS***BLACK SWAN FİLMİNİN PSİKANALİZ YÖNTEMİ
İLE İNCELENMESİ****Ezgi PEK
Fahriye BALKIR****235-244***THE ANALYSIS OF THE BLACK SWAN MOVİE IN THE
CONTEXT OF
PSYCHOANALYTIC THERAPY***YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞUNDA BİLİŞSEL
DAVRANIŞÇI TERAPİ: OLGU SUNUMU****Serdal BORAN
Meryem KARAAZİZ****245-252***COGNİTİVE BEHAVİÖRAL THERAPY İN GENERALİZED
ANXIETY DİSORDER: A CASE REPORT***DEPRESYON VE ANKSİYETE: ZİHNİN İKİLİ YÜKÜ**
*DEPRESSION AND ANXIETY: THE DUAL BURDEN OF
THE MIND***Emel SUNAR
Meryem
KARAAZİZ****253-267****KAYGI BOZUKLUĞUNUN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI
TERAPİ İLE TEDAVİSİ ÜZERİNE BİR OLGU
SUNUMU****Kardelen ÇAKAL
Meryem KARAZİZ****268-279***A CASE REPORT ON THE TREATMENT OF ANXIETY
DISORDER WITH COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY***YAPAY ZEKA DESTEKLİ BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI
TERAPİ İLE DEPRESYON TEDAVİSİ****SümeYra Yakar
Meryem Karaaziz****280-285**

**AMELİYATHANEDE PRONE POZİSYONDA
KARDİYOPULMONER RESÜSİTASYON (CPR):
KLİNİK UYGULAMALARI VE HEMŞİRENİN ROLÜ**

*CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR) IN
PRONE POSITION IN THE OPERATING ROOM:
CLINICAL APPLICATIONS AND THE ROLE OF THE
NURSE*

**Zeynep YILMAZ
Serap EJDER APAY 286-290**

**AMELİYATHANEDE ETKİLİ İLETİŞİM
KURABİLİYOR MUYUZ: ENGELLER VE
KOLAYLAŞTIRICILAR**

*CAN WE ESTABLISH EFFECTIVE COMMUNICATION IN
THE OPERATING ROOM: BARRIERS AND
FACILITATORS*

**Zeynep YILMAZ
Zeynep KARAMAN
ÖZLÜ 291-295**

Article Arrival Date
Date

25.04.2025

Article Published

20.06.2025

AİLESEL HİPERKOLESTEROLEMİLİ HASTALARDA DİYET VE SAĞLIKLI YAŞAMIN KARDİOVASKÜLER BOZUKLUKLAR ÜZERİNE ETKİSİ

THE EFFECT OF HEALTHY LIVING AND BALANCED DIET ON
CARDIOVASCULAR DISORDERS IN PATIENTS WITH FAMILIAL
HYPERCHOLESTEROLEMIA

M.Yasin AY

Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Okan Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik,

ORCID: [0000-0002-0173-2882](https://orcid.org/0000-0002-0173-2882)

Özet

Çağımızda hala yeteri kadar teşhis edilememiş olan ailesel hiperkolesterolemi (FH), küresel ölüm oranlarının en çok olduğu aterosklerotik kardiyovasküler hastalık riskinin önemli etkenlerinden biridir (Abifadel ve Boileau, 2022). Her 500 kişiden birinin FH' li olduğu tahmin edilmektedir. Bu sebeple ailesel hiperkolesterolemiyi erken teşhis etmek ve düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) serum plazma değerlerini normal değerlere çekmek FH 'li hastalarda oluşabilecek kardiyovasküler hastalıkları engellemekte çok önemlidir (Brandts ve Ray, 2011). Ailesel hiperkolesterolemi, genelde düşük yoğunluklu lipoprotein reseptörleri (LDL-R), apolipoprotein B (ApoB), Proprotein Konvertaz Subtilisin/Keskin Tip 9 (PCSK9) genlerinde meydana gelen mutasyonların otozomal dominant formlarından kaynaklanmaktadır. Ailesel hiperkolesterolemi yeryüzünde prevalansı yüksek olan hastalıklar arasında yer almaktadır. Ayrıca FH, nadiren de olsa apolipoprotein E (ApoE) ve düşük yoğunluklu lipoprotein reseptör adaptör protein (LDRAP1) genlerinin mutasyona uğramasıyla meydana gelebilmektedir. Bu anomali nedeniyle bozulan serum plazma kolesterol seviyeleri normalin üzerinde LDL değerleri olarak ortaya çıkabilmektedir (Tokgözoğlu ve Kayıkçıoğlu, 2011). Yaşamın ilerleyen dönemine göre FH' li çocuklara erken dönemde uygulanan düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol (LDL-C) dengeleme tedavilerinin daha etkin olduğu ve yetişkinlik döneminde aterosklerotik kardiyovasküler olumsuz etkiyi azaltabileceği düşünülmektedir. Erken tanıyla yaşam tarzındaki değişiklikler yetersiz kaldığında pediatrik dönemde özellikle Homozigot FH 'li hastalarda veya Heterozigot FH 'li hastalarda LDL-C değerini düşüren farmakolojik statin tedavisi uygulanabilmektedir (Knipscheer ve ark., 1996; Stein ve ark., 1999). Ayrıca egzersizle beraber, sağlıklı beslenmenin ve sigara içmemenin kardiyovasküler negatif etkiyi azaltmakta önemli olduğu düşünülmektedir. Bununla beraber doymamış yağ asitlerinden düşük diyetle beslenme ile ilgili akıllarda soru işaretleri vardır (Diamond ve ark., 2020).

Anahtar Kelimeler: Ailesel hiperkolesterolemi, diyet, kardiyovasküler hastalıklar, kolesterol

Abstract

Familial hypercholesterolemia (FH), which is still underdiagnosed in our age, is one of the important factors of atherosclerotic cardiovascular disease risk, which has the highest global mortality rates (Abifadel and Boileau, 2022). It is estimated that one in every 500 people has FH. Therefore, early diagnosis of familial hypercholesterolemia and reducing low-density lipoprotein (LDL) serum plasma values to normal values are very important in preventing

cardiovascular diseases that may occur in patients with FH (Brandts and Ray, 2011). Familial hypercholesterolemia generally results from autosomal dominant mutations in low-density lipoprotein receptors (LDL-R), apolipoprotein B (ApoB), Proprotein Convertase Subtilisin/Sharp Type 9 (PCSK9) genes. Familial hypercholesterolemia is among the diseases with high prevalence in the world. In addition, FH can rarely occur due to mutations in apolipoprotein E (ApoE) and low-density lipoprotein receptor adaptor protein (LDRAP1) genes. This anomaly can cause deterioration in serum plasma cholesterol levels, which can manifest as LDL values above normal (Tokgozoglu and Kayikcioglu, 2011). It has been observed that low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) balancing treatments applied to children with FH in the early period are more effective than in later periods of life and can reduce the negative effects of atherosclerosis on cardiovascular disease in adulthood. When lifestyle changes are insufficient with early diagnosis, pharmacological statin treatment that reduces LDL-C values can be applied in the pediatric period, especially in patients with homozygous FH or patients with heterozygous FH (Knipscheer et al., 1996; Stein et al., 1999). It is also thought that healthy nutrition and not smoking are important in reducing the negative effects on cardiovascular disease, along with exercise. However, there are questions in mind about eating a diet low in unsaturated fatty acids (Diamond et al., 2020).

Keywords: Cardiovascular diseases, cholesterol, diet, familial hypercholesterolemia

1. Giriş

Çalışmanın Ailesel hiperkolesterolemi, dokularda normalin üzerinde kolesterol birikmesine yol açan yüksek düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) serum plazma seviyelerinin görüldüğü netice itibariyle artmış koroner kalp hastalığı riski ile karakterize kalıtsal olarak aktarılan bir hastalıktır. Ailesel hiperkolesterolemi (FH) otozomal dominant hiperkolesterolemi, polijenik hiperkolesterolemi ve otozomal resesif hiperkolesterolemi olmak üzere toplamda üç çeşit genetik bozukluk sonucu ortaya çıkabilmektedir (Goldstein ve Brown, 1979). Genelde klasik FH olarak tanımlanan düşük yoğunluklu lipoprotein reseptörlerini (LDLR) kodlayan genin mutasyon geçirmesi, FH teşhislerinin %90' ını içermektedir (Chora ve ark., 2021). Mutasyona uğramış LDLR ise düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol (LDL-C) serum plazma seviyelerinin 190 mg/dl üzerinde olmasını sağlayan bir takım patofizyolojik sonuçlara neden olabilmektedir. Ailesel hiperkolesterolemi, birçok genin mutasyonu ile ortaya çıkabilir. Fakat çoğu zaman LDLR geni, LDLR için ana ligand proteini olan apolipoprotein B (ApoB) geni, LDLR ömrünü sınırlayan ve LDL sentezinde rol alan Proprotein Konvertaz Subtilisin/Keskin Tip 9 (PCSK9) geni olmak üzere toplamda üç gen bozukluğu sonucu ortaya çıkabildiği düşünülmektedir (Berberich ve Hegele, 2019; Brown ve Goldstein 1986). Ayrıca Heterozigot FH' li hastalık taşıma riskiyle kliniğe sevk edilenlerin neredeyse %50'si polijenik bir temele sahip olduğu görülmüştür (Medeiros ve ark., 2019). Diğer bir yandan aile öyküsü mevcut değilse LDL-C >190 mg/dl gibi FH ile uyumlu klinik göstergeleri olsa bile hastaların %98' inde FH olmadığı tespit edilmiştir (Abul-Husn ve ark., 2016; Khera ve ark., 2024). Heterozigot FH' nin yaygınlığı en az 1:500 olmakla beraber Homozigot FH' li yaygınlığı ise 1:1.000.000 olarak tahmin edilmektedir (Catapano ve ark., 2016). Türkiye'de ise her on kişiden üç kişinin ailesel hiperkolesterolemili olduğu bildirilmektedir (Banegas ve ark., 2011). Bu oranlar tahminde kalmakla beraber hastalığın yeterince teşhis edilemediği düşünülmektedir. Bununla birlikte çok daha erken yaşlarda görülebilecek kardiyovasküler hastalıkları önlemek adına erken tanı konulması ve hastaya statin tedavisi uygulanması ölüm oranlarını ciddi anlamda düşürdüğü gözlemlenmiştir (Neil ve ark., 2008). Ailesel hiperkolesterolemi hastaları tedavi edilmediği takdirde 50 yaşından önce erkeklerde %50 ve kadınlarda ise 60 yaşından önce %30 aterosklerotik kardiyovasküler risk taşımaktadır (Marks ve ark., 2003). Bu risklerin önüne geçmede birinci basamakta erken tanının konulması, statin tedavisi gerektirmeyen durumlarda

dengeli bir diyet tedavisi, düzenli egzersiz yapmak, sigara içmemek ve obeziteden kaçınmak çok önemli olduğu kabul edilmektedir. Yaşamın erken dönemlerinden itibaren yeterli sebze alımının, trans yağ tüketmemenin, obeziteden kaçınmanın, düzenli egzersiz yapmanın kolesterol değerlerini düşürmede etkili olduğu ve koroner kalp hastalıklarının ortaya çıkmasını önlediği düşünülmektedir (Dominguez ve ark., 2021). Bununla beraber doymamış yağ asitlerinden düşük diyetle beslenme ile ilgili aydınlanmaya bekleyen karanlık noktaların varlığı devam etmektedir (Diamond ve ark., 2020). Bu çalışmada ailesel hiperkolesterolemi hastalığının nedenleri, diyet ve sağlıklı yaşam modifikasyonlarının FH üzerine etkileri incelenmek istenmiştir.

2. Ailesel Hiperkolesterolemi Etiyolojisi

2.1. Tanı ve Gen Mutasyonları

Ailesel hiperkolesteroleminin teşhisinde Simon Broome kriterleri, Hollanda Lipid Kliniği Ağı Teşhis kriterleri ya da MEDPED kriterleri (Erken Teşhis Yap Erken Ölümleri Önleme Programı Teşhis Kriterleri) kullanılabilmektedir (Critchley Diamond ve ark., 2021; DeMott Diamond ve ark., 2019; Williams Diamond ve ark., 1993). Simon Broome (Tablo 2) ve MEDPED (Tablo 1) kriterleri klinik bulgular, ailesel hiperkolesterolemi, LDL-C seviyeleri, koroner kalp hastalıklarıyla ilgili herhangi bir gen mutasyonunun var olup olmaması kriterlerine göre testler yapmaktadır. Hollanda Lipid Kliniği Ağı Teşhis Kriterleri (Tablo 3) ise bu kriterlere ek olarak ailede erken başlayan kardiyovasküler hastalığın öyküsünü de kriterlerine dahil etmektedir.

Tablo 1 MEDPED kriterleri (Amerika Birleşik Devletleri) (Williams Diamond ve ark., 1993)

Yaş	Toplam Kolesterol (LDL-C) konsantrasyonları, mg/dL			
	Birinci derece akraba	İkinci derece akraba	Üçüncü derece akraba	Genel popülasyon
< 20	220(155)	230(165)	240(170)	270(200)
20-29	240(170)	250(180)	260(185)	290(220)
29-39	270(190)	280(200)	290(210)	340(240)
≥ 40	290(205)	300(215)	310(225)	360(260)

Kısaltmalar: LDL-C = Düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol, parantez içi değerler LDL düzeyleridir.

Tablo 2 Simon Broome kriterleri (Birleşik Krallık) (Scientific steering committee on behalf of the Simon Broome Register Group, 1991)

Toplam kolesterol yetişkinlerde ≥ 290 mg/dL (LDL=190 mg/dL) veya çocuklarda (yaş<16) ≥ 260 mg/dL (LDL=155 mg/dL) ve	
1. DNA mutasyonu	Kes in FH
2. Hastada veya birinci ya da ikinci derece akrabalarda tendon ksantomları	Yüksek olasılıklı FH
3. < 50 yaş 2. derece akrabalarda veya < 60 yaş birinci derece akrabalarda miyokard infarktüsü ya da birinci veya ikinci derece akrabalarda aile öyküsünde >290 mg/dL	Olasılıklı FH
Kısaltmalar: LDL: Düşük yoğunluklu lipoprotein, FH: Ailesel hiperkolesterolemi	

Tablo 3 Hollanda kriterleri (World Health Organization, 1999)

1 puan	Birinci derece akrabalarda erken başlangıçlı CVD veya >95. Persentilde LDL-C düzeyi veya erken başlangıçlı periferik arter hastalığı veya serebrovasküler hastalık ya da 155 - 189 mg / dL LDL-C
2 puan	Birinci derece akrabalarda tendon ksantomu veya korneal arkus veya <18 yaş birinci derece akrabalarda >95. Persentilde LDL-C veya koroner arter hastalığı öyküsü
3 puan	190-249 mg/dL arasında LDL-C düzeyi
4 puan	<45 yaş hastada korneal arkus
5 puan	250-329 mg/dL LDL-C
6 puan	Tendon ksantomu
8 puan	>330 mg/dL LDL-C düzeyi veya LDLR geninde fonksiyonel mutasyon

Kısaltmalar: LDL-C: Düşük yoğunluklu lipoprotein, LDLR: Düşük yoğunluklu lipoprotein reseptörü, CVD: kardiyovasküler hastalıklar, FH: Ailesel hiperkolesterolemi.

Kesinlikle FH (≥ 8 puan) ; yüksek olası FH (6-7 puan) ; olası FH (3-5 puan)

Genetik testler özellikle programı olan Galler, Hollanda, İspanya gibi çoğu ülkede erken tanı ve erken tedavi; tarama ve teşhis kriterlerinin en önemlileridir. Son derece yaygın bir metabolik bozukluk olan FH anomalisi ise 1:300 ile 1:500 sıklığı, onu en çok görülen hastalıklarda ilk sınıflara koymaktadır. Bu yüzden yetişkinlik dönemindeki etkilerini kırmak için erken yaşta teşhis koyma ve tedavinin uygulanması mühimdir (Defesche, 2010). Genetik test yapılması, erken dönemde ortaya çıkmayan hiperlipidemi, korneal arkus ve tendon ksantomları gibi semptomlardan ötürü daha fazla hastaya FH teşhisi koymayı sağlamaktadır (Humphries ve ark., 2008; Haase ve Goldberg, 2012). Ayrıca FH' ye neden olan genlerin sıklıkla farklı mutasyonlar geçirmesi bu yeni mutasyonları tanımlayabilecek yeni gen tarama testleri ihtiyacını doğurmaktadır. Dolayısıyla mevcut gen tarama testleriyle bazen teşhis konulamamaktadır (Moore ve ark., 2013).

2.2. Düşük Yoğunluklu Lipoprotein (LDL)

Dolaşımda bulunan LDL, arteriyel endotelindeki intima tabakasına geçebilir. Bu gerçekleştiğinde burada bulunan LDL partikülleri, kendisini proinflamatuvar yapan ve endotelyumu aktif hale getiren oksidasyon, agregasyon gibi birtakım olayları karşı duyarlıdır ve bunları meydana getirebilir. Oksidasyon ve agregasyon modifikasyonları meydana geldiğinde ise buna karşı reaksiyon olarak bir bağışıklık tepkisi oluşmaktadır. Bu tepki nedeniyle monosit türevi makrofajlar, intima tabakasında modifikasyona uğramış LDL partiküllerini hepatik olmayan reseptörleri ile içselleştirerek köpük hücresine dönüştürmektedir. Köpük hücreleri de yanına göç eden miyositlerle kalıcı plaklar oluşturmaktadır. Zamanla artmış LDL-C etkisiyle kalıcı plakların sayısı artabilir ve bu da aterosklerotik kardiyovasküler bir sonuç olan arterlerdeki kan akışını azaltabilir ya da tamamen durdurabilir (Moore ve ark., 2013).

2.3. Düşük Yoğunluklu Lipoprotein Reseptörü (LDLR)

LDLR endoplazmik retikulum üzerindeki ribozomlardan sentezlenir. Düşük yoğunluklu lipoprotein reseptörü, LDL' nin temizlenmesinde ve kolesterol dengesinin sağlanmasında rol alan ve hücrelerin yüzeyinde bulunan 830 amino asit yapılı önemli bir glukoproteindir (Yamamoto ve ark., 1984). Düşük yoğunluklu lipoprotein reseptörü, LDL 'nin yapısındaki apolipoprotein B-100 (ApoB-100) sayesinde dolaşımdaki LDL ile ligand oluşturarak endositoz yoluyla hücre içine alır. Endozomal keseciklerde ortamın PH değeri daha düşük olduğu için LDLR LDL' den ayırır. Bu ayrışmayı sağlayan reseptörün asidik ortamda afinitesinin düşük olmasıdır. Daha sonra LDL parçalanmak üzere lizozomlara gönderilir ve LDLR de hücre yüzeyine geri döner. Vücut hücrelerinin tamamında LDLR mevcuttur fakat bunların %70'i karaciğer hücrelerinin yüzeyindedir. Dolaşımdaki LDL' nin üçte ikisi bu reseptör aracılığıyla temizlenir (Goldstein ve ark., 1985; Roy-Chowdhury, N. Ve Roy-Chowdhury, J., 2019). Düşük yoğunluklu lipoprotein reseptörü aktivitesinin bozulması plazma kolesterol seviyesinin yükselmesine yol açan FH' ye neden olmaktadır. Şimdiye kadar LDLR genlerinde meydana gelmiş 1000'den fazla mutasyon tespit edilmiştir (Beroud ve ark., 2005). Düşük yoğunluklu lipoprotein reseptörü genlerinde meydana gelen nokta mutasyonların tüm mutasyonların %91' inin olduğu ve geriye kalan %9' unda yeniden düzenleme mutasyonları olduğu düşünülmektedir (Varret ve ark., 1997). Halbuki ilk zamanlarda yapılan testlerin raporlarında yeniden düzenleme

mutasyonlarının oluşan mutasyonların neredeyse 1:3 'ü olduğu görülmüyordu. Bu ise tarama yöntemlerinin gelişmemiş olmasından kaynaklanıyordu. Sonrasında gelişen ve güncellenen gen test ve tarama ile bu konuda daha doğru sonuçlar alınmaya başlandı (Banerjee ve ark., 2019). Düşük yoğunluklu lipoprotein reseptöründe şu ana kadar bu mutasyonların yaklaşık 6 çeşidi keşfedilmiştir. Birincisi, LDLR sentezi olmamasıdır. İkincisi, endoplazmik retikulumda sentezlenen LDLR' nin kusurlu taşınmasıdır. Üçüncüsü, LDLR' nin LDL' ye bağlanma bozukluğu oluşturmaktadır. Dördüncüsü, endositoz esnasında klatrinden oluşan veziküllerde hatalı kümelenme dolayısıyla LDLR ve LDL ligandının hücre içine alınamamasıdır. Beşincisi, LDLR' nin hücre içinden hücre yüzeyine geri dönememesi. Altıncısı, Hücre yüzeyine düzgün yerleşemeyen LDLR durumlarını meydana getiren mutasyon varyantlarıdır (Aguie ve ark., 1994).

2.4. Apolipoprotein B (ApoB)

İnsanlarda Apolipoprotein B-48 ve Apolipoprotein B-100 olmak üzere iki formda bulunmaktadır. Apolipoprotein B-48 enterositlerde sentezlenir ve şilomikronların kana salgılanmasında görevlidir (Aguie ve ark., 1994; Er ve ark., 2013; Scriver ve ark., 2001). Şilomikronların ana görevi ise trigliseritleri karaciğere, kas ve yağ dokusuna taşımaktır. Apolipoprotein B-100 ise karaciğerde sentezlenir ve yeni başlayan çok düşük yoğunluklu lipoprotein (VLDL) parçacığının lipidasyonun başlaması için gereklidir. Salgılanan VLDL dolaşıma verilir. Çekirdeğinde bulunan trigliseritler lipoprotein lipaz tarafından parçalanarak yağ asitlerine dönüştürülüp kas ve yağ dokusuna verilir. Çok düşük yoğunluklu lipoproteinden geriye kalan kısım ise ara yoğunluklu lipoprotein (IDL) ya hepatik kalıntı reseptörüne bağlanarak temizlenir ya da daha da hidrolize edilmek için hepatik lipaz ile LDL' ye hidrolize edilebilir. Son durumda LDL üzerinde kalan tek bileşen apolipoprotein B-100. Daha sonrada bu ApoB sayesinde LDLR reseptörüne bağlanarak dolaşımdan temizlenir. Apolipoprotein B-100' ün LDL-C seviyelerinin düşürülmesinde ne kadar önemli olduğu görülmekle beraber ApoB serum plazma seviyelerinin %50-60 arası genetiksel olarak belirlendiği düşünülmektedir (Brown ve Goldstein, 1979). Dolayısıyla ApoB geninde meydana gelen mutasyonlar ailesel hiperkolesterolemiye neden olan önemli bir etkidir. Bu mutasyonlar sonucunda LDL 'nin ana protein bileşeni olan Apoprotein B-100' ün LDLR ile bağlanma özelliklerini değiştirmektedir. Bu değişiklik nedeniyle ailesel kusurlu apolipoprotein B-100 gelişmekte ve buna bağlı LDL-C plazma seviyesinin arttığı gözlemlenmektedir (Andersan ve ark., 2016). Düşük yoğunluklu lipoprotein reseptörü genindeki mutasyonlar sonucu hastalık meydana geldiğinde heterozigot FH diye rapor edilirken ApoB geninde ise mutasyonlar meydana geldiğinde ailesel kusurlu apolipoprotein B-100 şeklinde rapor edilebilmektedir (Jansen ve ark., 2002; Pimstone ve ark., 2016). Sonuç olarak ApoB, LDLR ile LDL metabolizmasında homeostazi sağlamada önemli bir unsurdur. (Jansen ve ark., 2002; Schumaker ve ark., 1994).

2.5. Proprotein Konvertaz Substilin / Kexin Tip 9 (PCSK9)

Proprotein konvertaz substilin / kexin tip 9, vücut kolesterol dengesinin sağlanmasında görev almaktadır. Çalışmalar PCSK9'un periferik dokular ve karaciğerde eksprese edilen LDLR seviyesini düşürdüğünü dolayısıyla karaciğere ya da dokulara LDL alınmasını engellendiğini göstermektedir (Hartgers ve ark., 2014; Shapiro ve ark., 2018; Strøm ve ark., 2014). Proprotein konvertaz substilin / kexin tip 9' un hücre içi ve hücre dışı olmak üzere iki yolla LDLR' nin bozulmasını sağladığı düşünülmektedir. Birincisi, daha önce sentezlenmiş olgun PCSK9'un endoplazmik retikulumdan sentezlendikten sonra olgunlaşması için golgi aygıtına giden LDLR' ye bağlanarak LDLR' nin bozulmasını tetiklemektir. İkincisi, dolaşımda olan PCSK9' un katalitik alanının LDLR' nin ifade edilen büyüme alanına bağlanarak ligand oluşturmaya ve PCSK9 klatrin ağır zinciri aracılığıyla endositozla içeri alınan LDLR' nin lizozoma gitmesini sağlayarak LDLR 'nin bozulmasını başlatmasıdır. Veziküllerin Ph değeri asidik olduğu için PCSK9 ve LDLR arasındaki etkileşimi arttırmakta dolayısıyla LDLR hücre yüzeyine dönmek

için gereken konformasyonu alamadığı için lizozomda parçalanmaktan kurtulamamaktadır (Park ve ark., 2004; Poirier ve ark., 2009; Puopon ve ark., 2008; Shapiro ve ark., 2018; Ström ve ark., 2014). Netice itibariyle PCSK9' un LDLR üzerindeki rolü nedeniyle ailesel hiperkolesterolemiye etkisi mutasyonun oluşturduğu fenotipe bağlı olarak değişmektedir. Eğer mutasyon PCSK9' un fonksiyon kaybına neden oluyorsa FH' ye bağlı LDL-C düzeylerini düşürdüğü aksi takdirde mutasyonun LDL-C düzeylerini arttırdığı düşünülmektedir (Du ve ark., 2011; Rashid ve ark., 2005).

3. Ailesel Hiperkolesterolemi Tedavileri

3.1 Statin Tedavisi

Ailesel Hiperkolesteroleminin normal gelişen hiperlipidemi ile arasındaki en büyük etki farkı, 17-25 yaşlarına inebilecek kadar erken görülebilecek koroner kalp hastalıklarıdır (Zaid ve ark., 2008). Bu yüzden hastalık riskini azaltmak için çocukluktan itibaren hayat boyu lipid düşürücü önlemlere başvurmak gerekir. Genelde diyet tedavisi şu ana kadar temel tedavi yöntemlerinden olmuştur. Fakat çocukluk döneminde yüksek LDL-C seviyeleri diyet tedavisi ile düzeltilemeyecek seviyede ise o zaman statin (3-Hidroksi-3-metil-glutaril-koenzim A redüktaz enzimi (HMG-KoA) inhibitörü) tedavisine başlamak zorunda kalınmaktadır. Bu HMG-KoA enzimi kolesterol biyosentezinde anahtar görevi gören bir enzimdir (Mabuchi ve ark., 1989). Dolayısıyla FH' nin erken yaşta oluşturduğu negatif kolesterol etkisini kırmak için bu farmakolojik etken madde ile kolesterol üretimi düşürülerek kolesterol homeostazı sağlanmaya çalışılmaktadır. Yapılan çalışmalar neticesinde statin tedavilerinin kolesterol konsantrasyonunda ortalama %17-%32 arasında düşüşler gösterdiği gözlemlenmiştir (Braamskamp ve ark., 2015; Claus ve ark., 2005; Jongh ve ark., 2002; McCrindle ve ark., 2003; Vuorio ve ark., 2017; Yiğitkan ve ark., 2020). Diğer bir yandan LDL' nin apolipoprotein (A) ile birleşmesi sonucunda lipoprotein (a) [Lp(a)] meydana gelir. Yüksek LDL-C ve Lp (a) serum plazma seviyeleri ise aterosklerotik kardiyovasküler hastalıkların erken görülme riskini belirgin bir şekilde arttırabilir. Bununla birlikte günümüz tedavisinde statinler bile Lp(a) düzeylerini düşürememektedir (Farzam ve ark., 2024).

3.2. Diyet Tedavisi

Diyet tedavisi, 8 yaşından küçükler, gebeler veya statinlere intoleransı olan bireylerde birinci basamak olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda bitki steroller ve bitki stanollerinin alımı arttırıldığında FH' li hastalarda LDL-C'yi azalttığı görülmüştür. Ayrıca kolesterol düşürücü etkisinden dolayı diyet tedavisine ek olarak fitosterollerde önerilmektedir (İbrahim ve ark., 2023; Shafiq ve ark., 2007; Yeste ve ark., 2009). Bununla beraber FH'li hastalarda yüksek trigliserit, yüksek açlık kan şekeri, obezite, hipertansiyon ve insülin direnci gibi metabolik sendromu arttıran etkenlerin varlığı kardiyovasküler hastalık riskini daha da arttırmaktadır. Dolayısıyla dengeli bir diyetle toplam enerjiye oranla doymuş yağ asitleri <%7, toplam yağ oranı %20-%25, karbonhidrat alımının %55-60 olması, trans yağların ise alınmaması gerektiği düşünülmektedir (Ruuth ve ark., 2020).

3.2.a. Doymuş Yağ Asitleri ve Doymamış Yağ Asitleri

Amerika ve diğer ülkelerdeki sağlık otoriteleri, hiperkolesterolemisi olan hastalar için diyetlerinde toplam enerjiye oranla %5-6'sı kadar doymuş yağ asitleri almaları gerektiğini savunmaktadır (Jacobson ve ark., 2015; Mach ve ark., 2020; Mensik ve ark., 2016; Pearson ve ark., 2021). Tekli doymamış yağ asitlerinden zengin gıdalar zeytin, susam, kabak, badem, Antep fıstığı, yer fıstığı, fındık, ceviz ve avokadoyken çoklu doymamış yağ asitlerinden zengin gıdalar ceviz, ayçiçeği, mısır, soya fasulyesi, keten tohumu yağları; somon, uskumru, alabalık, ton balığı gibi balık türleridir (Harvard School of Public Health, 2024). Yapılan çalışmalar diyetlerde toplam enerjiye oranla doymuş yağ asitlerinin %1'i kadar karbonhidrat, tekli

doymamış yağ asitleri veya çoklu doymamış yağ asitleri ile değiştirilmesi LDL-C' yi sırasıyla ortalama 1.3, 1.6 ve 2.1 mg/dl ve trigliserit üzerinde küçüğe olsa 0.9- 1 mg/dl düşürdüğü görülmüştür. Bununla bu beraber bu değişikliğin LDL homeostazına pozitif etki eden yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterolü (HDL-C) konsantrasyonunu 0.1 mg/ dl- 0.4 mg/dl arası azalttığı ve ApoB konsantrasyonlarında sırasıyla 0.4, 0.8 ve 1.0 mg / dl' lik düşürdüğü görülmüştür (Baigent ve ark., 2010; Kirkpatrick ve ark., 2021). Ortalama 12 ile 52 yıllık takipli bazı çalışmalarda 1 mmol/ L daha düşük LDL-C konsantrasyonun ~%25 oranında kardiyovasküler aterosklerotik hastalık riskini azalttığı düşünülmektedir (Berryman ve ark., 2015; Clevidence ve ark., 1997; Collins ve ark., 2016; Mihaylova ve ark., 2012).

Diğer bir yandan son veriler günde yaklaşık 190-240 gram yağlı balık yenmesi veya 4 gram /gün omega-3 yağ asidi (eikosapentaenoik asit (EPA) ve dokosaheksaenoik asit (DHA)) takviyesinin FH' li hastalarda büyük ana arterlerde elastikiyeti, kan basıncını iyileştirdiği; plazma trigliseritlerini ve ApoB konsantrasyonlarını ise azalttığı göstermiştir. Birincisi omega-3 yağ asitleri nitrik oksit salımını arttırdıkları için arteriyel elastikiyet artırır. İkincisi, omega-3 yağ asitleri membran fosfolipitinde bulunan araşidonik asidin yerini alarak, hücrel adezyon moleküllerini ve inflamatuvar sinyallemeği inhibe edebilir. Üçüncüsü, omega-3 yağ asidi türevi olan eikosanoidlerin üretiminin artmasını sağlar. Eikosanoidler ise anti inflamatuvar ve nöroprotektif özelliklere sahip olan bir takım temel sinyal molekülleridir. Eikosanoidler hemostaz, hücre farklılaşması ve inflamasyon gibi önemli hücrel aktivitelerde bulunmaktadır. Dolayısıyla eikosanoidler artan iltihabı inhibe edebilir ve düz kas hücreleri üzerinde doğrudan vazodilatörde etkide bulunabilir (Berryman ve ark., 2015; Chana ve ark., 2016; Singh ve ark., 2023; Sneltselaar ve ark., 2021). Bununla birlikte doymuş yağ asitlerinin azaltılıp yerine doymamış çoklu veya doymamış tekli yağ asitlerinin tercih edilmesi, 1939 yılında Muller tarafından ortaya atılan doymuş yağdan düşük diyetle beslenmeye dayanan Diyet Kalp hipotezine dayanmaktadır (82). Bu eski görüşü neredeyse aradan 85 yıl geçmesine rağmen çoğu otorite kabul edip önermeye devam etmektedir. Kalp Diyet hipotezi, doymuş yağ asitlerinden düşük bir diyetin LDL-C seviyesini düşürdüğünü dolayısıyla hiperkolesterolemili hastaların aterosklerotik kardiyovasküler rahatsızlıklardan korunduğunu savunmaktadır (Jacobson ve ark., 2015; Mach ve ark., 2020; Mensik ve ark., 2016; Pearson ve ark., 2021). Son zamanlarda alanında uzman bazı bilim insanları söz konusu hipoteze karşı çıkmaktadır. Yalnızca yüksek LDL-C değerlerinin kardiyovasküler hastalıklara neden olamayacağı düşünülmektedir. Tek başına yüksek LDL-C seviyelerinin koroner kalp hastalıklarının sadece birinci basamağı olduğu savunulmaktadır (DuBroff ve de Lorgeril, 2021; Malhotra ve ark., 2014; Yudkin, 1959). Bu uzmanlar bir çalışmada " Doymuş yağ asitleri yerine çoklu doymamış yağ asitlerinin değiştirilmesinin kardiyovasküler olayları ve buna bağlı mortaliteyi ikna edici bir şekilde azaltmaz." sonucuna vardılar (DuBroff ve de Lorgeril, 2021; Malhotra ve ark., 2014; Yudkin, 1959). Aslında Kardiyovasküler hastalıkları, yüksek LDL-C değerleri ile beraber sigara, şeker ve hareketsizlik gibi olumsuz yaşam faktörlerinin komplike etkisinin tetiklediği düşünülmektedir (Diamond ve ark., 2020). Bir çalışmada sigara içen FH' lilerin sigara içmeyen FH' lilere göre hemostatik dengenin tromboz tarafına daha yatkın olduğu görülmüştür. Sigara içen FH' lilerin sigara içmeyen FH' lilere göre reaktif hiperemiye karşı azalmış vazodilatör yanıtı, inflamasyon artışı ve aşırı kan pıhtılaşması destekli bir tromboz/fibrinoliz dengesi sergilediğini göstermiştir (Antoniades ve ark., 2004). Diğer bir yandan FH' li hastaların sigara içiminden bağımsız olarak normal bireylerin trombositlerine göre epinefrine yanıt olarak kümeleşmeye daha duyarlıdır. Bu da stres anında FH' li bireylerde FH' li olmayan bireylere göre daha fazla trombotik olayın gelişebileceğini düşündürmektedir (Baldassarre ve ark., 1997; Carvalho ve ark., 1974). Ayrıca düşük karbonhidratlı diyetlerin düşük doymuş yağ asitli diyetlere göre kardiyovasküler risk faktörlerini daha çok iyileştirdiği görülmüştür (Faghihnia ve ark., 2010; Feinman ve ark., 2015; Volek ve ark., 2009; Westman ve ark., 2006). Lp (a) seviyelerini önemli ölçüde azaltan tek diyet yaklaşımının düşük karbonhidratlı diyetlerin

olduğu gösterilmiştir(Wood ve ark., 2006). Başka bir çalışmada aterosklerozun önemli bir öncüsü kabul edilen Lp (a)'nın yüksek LDL-C' den çok etkilenmediği görülmüştür(Seed ve ark., 1990).

3.2.b. Fitostanoller ve Fitosteroller

Genel olarak Fitostanoller ve fitosteroller doğal olarak bitkisel gıdalarda, bitkisel yağlarda, tahıllarda, sebzelerde ve meyvelerde bulunur. Özellikle fitosterollerden zengin besinler zeytin yağı, ayçiçek yağı, mısır yağı, yer fıstığı yağı, soya yağı ve kolza yağı benzeri yağlardır. Fakat soya, kolza ve mısır yağları rafinasyon işlemine tabi tutulduğunda fitosterol oranlarında %50'ye kadar düşüş meydana gelebilmektedir. Buğday, mısır ve çavdar gibi tahıllar da fitostanoller açısından zengindir (Piironen ve ark., 2000; Wester, 2000). Fitosterollerin normal olarak günlük alımı 300 miligramken fitostanollerin günlük alımı 24 miligramdan azdır. Fitostanoller ve fitosteroller arasındaki temel fark fitostanollerin emiliminin fitosterollere göre çok daha düşük olmasıdır. Fitostanoller yaklaşık %0,2 oranında emilirken fitosteroller %2 oranında emilmektedir. Fitostanoller kolesterol emilimini yaklaşık %50-%60 azaltır. Bu nedenle karaciğerlere daha az kolesterol taşınır, hepatik kolesterol havuzu azalır ve LDLR ekspresyonu yukarı regüle edilir. Periferdeki kolesterol, safra yoluyla gaitaya eliminasyonu artırır ve LDL-C konsantrasyonu düşer (Simonen ve ark., 2024). Günlük 3 gram fitostanol yağ asidi tüketimi LDL agregasyonunu azalttığı görülmüştür (Sacks ve ark., 2017).

3.2.c. Obezite

Ailesel hiperkolesterolemili hastalarda uygun ağırlıkta olmak ve onu korumak önemlidir çünkü visceral yağ birikimi normalin üzerinde seyrettiğinde adipositokinlerin kolay bir şekilde anormal salgılanmasına yola açabilir (Amemiya ve ark.,2007; Pederson ve ark., 2012). Enerji alımı, bireylere göre büyüme gelişme ve egzersiz gibi diğer özel faktörler unutulmadan beden kütle endeksi 18-25 olacak şekilde olmalıdır (Zierle-Ghosh ve Jan, 2023).

3.3.d. Egzersiz Tedavisi

Orta düzeyde fiziksel aktivite, potansiyel olarak birçok kardiyovasküler hastalıkta sistematik inflamasyonu azaltmakta ve dolaşım sistemindeki monositlerin ve lenfositlerin konsantrasyonunu artırmaktadır (Amemiya ve ark.,2007; Carmeliet, 2003; Haskell ve ark., 1993; Nieman, 2003; Pederson ve ark., 2012). Diğer bir yandan düzenli egzersiz anti-inflamatuar etkilere sahip olan kortizol ve adrenalin salımını uyarmaktadır (Amemiya ve ark.,2007; Pederson ve ark., 2012). Egzersizin devamlı olması ve alışkanlık kazandırılması önemlidir. Düzenli egzersiz yapmanın kardiyovasküler birçok fonksiyon üzerinde etkisi mevcuttur. Bunlardan biri, düzenli egzersiz sayesinde endotelial büyüme hormonunun salımı ile kan damarları oluşumu süreci olan anjiyogenezdir (Pellegrin, 2013). Ayrıca düzenli egzersiz yapma, anjiyotensin II aktivitesini bloke ederek aterosklerozun ilerlemesini teşvik eden ve plak oluşumunu arttıran vazokonstriksiyonu engeller (Valente ve ark., 2021). Yapılan çalışmalar uzun mesafe koşucularının sedanter bireylere göre %200 daha yüksek vazodilatasyon kapasitesine sahip olduğunu göstermiştir (Carmeliet, 2003; Haskell ve ark., 1993; Pellegrin, 2013).

Ayrıca Egzersiz tedavisinin insülin duyarlılığını engellemesi, obeziteyi iyileştirmesi veya obeziteyi engellemesinden ötürü dolaylı da olsa etkileri göz ardı edilmemelidir. Eğer egzersiz yapmaya bir engel yoksa ortalama en az 30 dk/gün orta şiddette açık havada aerobik egzersiz yapılmalıdır. Bu tavsiye kabaca aynı sürelerde olacak şekilde çocuklar için de geçerlidir (Harada-Shiba ve ark., 2018).

4. Sonuç ve Yorum

Ksantom, korneal arkus ve göğüs ağrısı gibi semptomlar erken yaşlarda bazen ortaya çıkmayabilir. Bu sebeple FH' li bireylerin erken yaşlarda oluşabilecek kardiyovasküler hastalıklardan korunması için erken teşhis edilmesi çok önemlidir (Defesche, 2010; Humphries ve ark., 2008). Teşhis sonrası FH'li bireylerin morbiditesine ve spesifik durumuna göre statinlerle farmakolojik tedaviler uygulanmaktadır (İbrahim ve ark., 2023). Bununla beraber genel kanıya göre FH' li hastalar ister statin kullanmak zorunda olsun ister olmasın sigara kullanıyorsa sigarayı bırakmanın, egzersiz yapmanın ve optimal diyet ile beslenmenin tedavideki rolü göz ardı edilemeyecek kadar önemlidir. Bu çalışmada ailesel hiperkolesterolemi hastalığının nedenleri, diyet ve sağlıklı yaşam modifikasyonlarının FH üzerine etkileri incelenmek istenmiştir. Fakat diyetle doymuş yağ asitlerini azaltarak azaltılan miktarda yerine doymamış yağ asitlerinin ikame edilmesinin hiperkolesterolemili hastaları kardiyovasküler morbiditeden korur hipotezinin (Kalp Diyet hipotezi) tam olarak aydınlığa kavuşmadığı görülmektedir. Kalp Diyet hipotezi uzun süreli birçok çalışma ile ispat edilmesi gerektiği ve aslında kardiyovasküler hastalıkları tetikleyen etkenlerin yüksek seyreden kolesterol değerleri ile beraber sigara içmek, sedanter yaşam, yüksek karbonhidratlı diyetlerin alınması ve tromboz/fibrinoliz dengesinin tromboza kayması olabilir (Carvalho ve ark., 1974; Fagihnia ve ark., 2010; Feinman ve ark., 2015; Seed ve ark., 1990; Stein ve ark., 1999; Volek ve ark., 2009; Westman ve ark., 2006; Wood ve ark., 2006). Gelecekte bu denli önemli kalıtsal bir anomalinin negatif etkilerini minimuma indirmek için teşhis ve tedavi programlarını geliştirmeye yönelik daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

5. Kaynaklar

Abifadel, M. , Boileau, C. (2022). Genetic and molecular architecture of familial hypercholesterolemia. J Intern Med. 293(2):144–65. WILEY erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joim.13577>

134

Abul-Husn, N.S., Manickam, K., Jones, L.K., (2016). Genetic identification of familial hypercholesterolemia within a single U.S. health care system. Science (New York, NY). 354(6319). SCIENCEDIRECT erişim adresi: https://www.science.org/doi/10.1126/science.aaf7000?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

Aguie, G.A. , Rader, D.J. , Clavey, V., ve ark. (1994). Lipoproteins containing apolipoprotein B isolated from patients with abetalipoproteinemia and homozygous hypobetalipoproteinemia: identification and characterization. Atherosclerosis. 118: 183-91. ATHEROSCLEROSIS erişim adresi: [https://www.atherosclerosis-journal.com/article/0021-9150\(95\)05605-X/pdf](https://www.atherosclerosis-journal.com/article/0021-9150(95)05605-X/pdf)

Amemiya, S. , Dobashi, K. , Urakami, T. , ve ark. (2007). Metabolic syndrome in youths. Pediatr Diabetes, 8 Suppl 9: 48-54. WILEY erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-5448.2007.00332.x>

Andersan, L.H., Miserez, A.R., Ahmad, Z., ve ark. (2016). Familial defective apolipoprotein B-100: a review. Journal of Clinical Lipidology, Volume 10, Issue 6. LIPIDJOURNAL erişim adresi: [https://www.lipidjournal.com/article/S1933-2874\(16\)30339-7/fulltext](https://www.lipidjournal.com/article/S1933-2874(16)30339-7/fulltext)

Antoniades, C., Tousoulis, D., Vasiliadou, C., ve ark. (2004) Combined effects of smoking and hypercholesterolemia on inflammatory process, thrombosis/fibrinolysis system, and forearm hyperemic response. Am J Cardiol . 94:1181–4. AJC erişim adresi: [https://www.ajconline.org/article/S0002-9149\(04\)01173-7/fulltext](https://www.ajconline.org/article/S0002-9149(04)01173-7/fulltext)

Baigent, C., Blackwell, L., Emberson, J., ve ark. (2010). Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. *Lancet*. 376(9753):1670-81. PUBMED erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2988224/>

Baldassarre, D., Mores, N., Colli, S., ve ark. (1997). Platelet alpha 2-adrenergic receptors in hypercholesterolemia: relationship between binding studies and epinephrine-induced platelet aggregation. *Clin Pharmacol Ther*. 61:684-91. ASCPT erişim adresi: <https://ascpt.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0009-9236%2897%2990104-1?sid=nlm%3Apubmed>

Banerjee, P., Chan, K.C., Tarabocchia, M., ve ark. (2019). Functional analysis of LDLR (low density lipoprotein receptor) variants in patient lymphocytes to assess the effect of evinacumab in homozygous familial hypercholesterolemia patients with a spectrum of LDLR activity. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 39(11):2248-60. PUBMED erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6818983/>

Banegas, J., Lopez-Garcia, E., Dallongeville, J., ve ark. (2011). Achievement of treatment goals for primary prevention of cardiovascular disease in clinical practice across Europe: the EURIKA study. *European Heart Journal*, Volume 32, Issue 17, Pages 2143-2152. OXFORD erişim adresi: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/32/17/2143/502387>

Benn, M. (2009). Apolipoprotein B levels, ApoB alleles, and risk of ischemic cardiovascular disease in the general population, a review. *Atherosclerosis*, Volume 206, Issue 1. 17-30. ATHEROSCLEROSIS erişim adresi: [https://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150\(09\)00013-6/fulltext](https://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150(09)00013-6/fulltext)

Berberich, A.J., Hegele, R.A. (2019). The complex molecular genetics of familial hypercholesterolaemia. *Nature reviews Cardiology*. 16(1):9-20. PUBMED erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29973710/>

Beroud, C., Hamroun, D., Collod-Beroud, G., ve ark. (2005). UMD (Universal Mutation Database): 2005 update. *Hum Mutat*. 26 (3): 184-91. WILEY erişim adresi: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/humu.20210?saml_referre

Berryman, C.E., West, S.G., Fleming, J.A., ve ark. (2015). Effects of daily almond consumption on cardiometabolic risk and abdominal adiposity in healthy adults with elevated LDL-cholesterol: A randomized controlled trial. *J. Am. Heart Assoc*. a4: e000993. PUBMED erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4330049/>

Braamskamp, M.J., Kusters, D.M., Wiegmann, A., ve ark. (2015). Gonadal steroids, gonadotropins and DHEAS in young adults with familial hypercholesterolemia who had initiated statin therapy in childhood. *Atherosclerosis* 241(2):427-32. ATHEROSCLEROSIS erişim adresi: [https://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150\(15\)01348-9/abstract](https://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150(15)01348-9/abstract)

Brandts, J., Ray, K.K. (2021). Familial hypercholesterolemia: JACC Focus Seminar. *J Am Coll Cardiol*. 78(18):1831-43. SCIENCEDIRECT erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109721061131?via%3Dihub>

Brown, M.S., Goldstein, J.L. (1979). Receptor-mediated endocytosis: insights from the lipoprotein receptor system *Proc Natl Acad Sci USA*, 76. 3330-7. PUBMED erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC383819/>

Brown, M. S., Goldstein, J.L. (1986). A receptor-mediated pathway for cholesterol homeostasis. *Science*. 232(4746):34-47. SCIENCE erişim adresi:

https://www.science.org/doi/10.1126/science.3513311?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%200pubmed

Carmeliet, P. (2003). Angiogenesis in health and disease. *Nat Med.* 9(6):653-60. NATURE erişim adresi: <https://www.nature.com/articles/nm0603-653>

Carvalho, A.C., Colman, R.W., Lees, R.S. (1974). Platelet function in hyperlipoproteinemia. *N Engl J Med.* 290:434-8. NEJM erişim adresi: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM197402212900805?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%200pubmed

Catapano, A.L., Graham, I., De Backer, G., ve ark. (2016). ESC/EAS guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur Heart J*, 37, pp. 2999-3058. OXFORD erişim adresi: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/37/39/2999/2414995>

Chana, D.C., Panga, J., Barrett, P.H.R., ve ark. (2016). Effect of omega-3 fatty acid supplementation on arterial elasticity in patients with familial hypercholesterolaemia on statin therapy. Full length article, Volume 26, Issue 12. 1140-5. NMCD erişim adresi: [https://www.nmcd-journal.com/article/S0939-4753\(16\)30119-3/fulltext](https://www.nmcd-journal.com/article/S0939-4753(16)30119-3/fulltext)

Chora, J.R., Medeiros, A.M., Alves, A.C., ve ark. (2021). Genomics of Rare Diseases, 2021. Clinical DNA Variant Interpretation Theory and Practice Translational and Applied Genomics. Pages 323-348. SCIENCEDIRECT erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780128205198000193>

Clauss, S.B., Holmes, K.W., Hopkins, P., ve ark. (2005). Pediatrics Efficacy and safety of lovastatin therapy in adolescent girls with heterozygous familial hypercholesterolemia. *Pediatrics* 116(3):682-8. AAP erişim adresi: <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/116/3/682/68395/Efficacy-and-Safety-of-Lovastatin-Therapy-in?redirectedFrom=fulltext>

136

Clevidence, B.A., Judd, J.T., Schaefer, E.J., ve ark. (1997). Plasma lipoprotein (a) levels in men and women consuming diets enriched in saturated, cis-, or trans-monounsaturated fatty acids. *Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.* 17:1657-1661. AHA erişim adresi: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.atv.17.9.1657?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%200pubmed

Critchley, S., Sharifi M., Qureshi, J., ve ark. (2021). A focus on familial hypercholesterolaemia (FH). Heart UK The Cholesterol Charity Presentation. HEARTUK erişim adresi: [https://www.heartuk.org.uk/downloads/health-professionals/tackling-cholesterol-together/slides---a-focus-on-familial-hypercholesterolaemia-\(fh\).pdf](https://www.heartuk.org.uk/downloads/health-professionals/tackling-cholesterol-together/slides---a-focus-on-familial-hypercholesterolaemia-(fh).pdf)

Collins, R., Reith, C., Emberson, J., ve ark. (2016). Interpretation of the evidence for the efficacy and safety of statin therapy. *Lancet.* 388(10059):2532-2561. THELANCET erişim adresi: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(16\)31357-5/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(16)31357-5/fulltext)

Defesche, J. (2010). Defining the challenges of FH screening for familial hypercholesterolemia. NLA Symposium on Familial Hypercholesterolemia. Volume 4, Issue 5p:338-41 LIPIDJOURNAL erişim adresi: [https://www.lipidjournal.com/article/S1933-2874\(10\)00318-1/fulltext](https://www.lipidjournal.com/article/S1933-2874(10)00318-1/fulltext)

DeMott, K., Nherera, L., Shaw E.J., ve ark. (2019). National institute for health and clinical excellence clinical guidelines and evidence review for familial hypercholesterolemia: the identification and management of adults and children with familial hypercholesterolemia (Clinical guideline 71). London: National Collaborating Centre for Primary Care and Royal

College of General Practitioners. PUBMED erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK552672/>

Diamond, D.M., Alabdulgader, A.A., Lorigeril, M., ve ark. (2020). Dietary recommendations for familial hypercholesterolaemia: an evidence-free zone. *BMJ Evid Based Med.* 26(6):295–301. PUBMED erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8639944/>

Dominguez, L., Veronese, N., Laura V., ve ark. (2021). Nutrition, Physical Activity, and Other Lifestyle Factors in the Prevention of Cognitive Decline and Dementia. *Nutrients.* 13(11):4080. PUBMED erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8624903/>

Du, F., Hui, Y., Zhang, M., ve ark. (2011). Novel domain interaction regulates secretion of Proprotein Convertase Subtilisin/Kexin type 9 (PCSK9) protein. *J Biol Chem.* 286(50): 43054-61. PUBMED erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3234880/>

DuBroff, R., de Lorigeril, M. (2021). Fat or fiction: the diet-heart hypothesis. *BMJ Evid Based Med;* 26:3–7. *BMJ* erişim adresi: <https://ebm.bmj.com/content/26/1/3.long>

ER, T.T., Chen, X., Campos, J.M.M. (2013). Basic mechanisms: structure, function and metabolism of plasma lipoproteins. *Clinic and Research in Arteriosclerosis*, Volume 25, Issue 2. 98-103. SCIENCEDIRECT erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0214916813000314?via%3Dihub>

Faghihnia, N., Tsimikas, S., Miller, E.R., ve ark. (2010). Changes in lipoprotein(a), oxidized phospholipids, and LDL subclasses with a low-fat high-carbohydrate diet. *J. Lipid Res.* 51:3324–3330. PUBMED erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2952573/>

Farzam, K., Zubair, M., Senthilkumaran, S. (2024). Lipoprotein A. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. PUBMED erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34033383/>

Feinman, R.D., Pogozelski, W.K., Astrup, A., ve ark. (2015). Dietary carbohydrate restriction as the first approach in diabetes management: critical review and evidence base. *Nutrition.* 31:1–13. SCIENCEDIRECT erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0899900714003323?via%3Dihub>

Goldstein, J.L., Brown, M.S. (1979). The LDL receptor locus and the genetics of familial hypercholesterolemia. *Annu Rev Genet.* 13:259-89. PUBMED erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/231932/>

Goldstein, J.L., Brown, M.S., Anderson, R.G., ve ark. (1985). Receptor-mediated endocytosis: concepts emerging from the LDL receptor system. *Annu Rev Cell Biol.* 1: 1–39. PUBMED erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2881559/>

Haase, A., Goldberg, A.C. (2012). Identification of people with heterozygous familial hypercholesterolemia. *Current Opinion in Lipidology.* 23(4): p 282-9. *JOURNALS* erişim adresi: https://journals.lww.com/co-lipidology/abstract/2012/08000/identification_of_people_with_heterozygous.4.aspx

Harada-Shiba, M., Arai, H., Ishigaki, Y., ve ark. (2018). Guidelines for diagnosis and treatment of familial hypercholesterolemia. *J Atheroscler Thromb.* 25(8):751–70. *J-STAGE* erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6099072/#bib59>

Hartgers, M.L., Ray, K. K., Hovingh, G. K. (2014). New approaches in detection and treatment of familial hypercholesterolemia. *Current Cardiology Reports,* 17, 109. PUBMED erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4611021/>

Harvard T.H. Chan School of Public Health (2024). The Nutritio Source. HARVARD erişim adresi: <https://nutritionsource.hsph.harvard.edu/what-should-you-eat/fats-and-cholesterol/types-of-fat/>

Haskell, W.L., Sims, C., Myll, J. (1993) Coronary artery size and dilating capacity in ultradistance runners. *Circulation*. 87(4):1076-82. AHA erişim adresi: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.cir.87.4.1076?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%20pubmed

Humphries, S.E., Norbury, G., Leigh, S., ve ark. (2008). What is the clinical utility of DNA testing in patients with familial hypercholesterolaemia? *Curr Opin Lipidol*. 19:362–8. JOURNALS erişim adresi: https://journals.lww.com/colipidology/fulltext/2008/08000/what_is_the_clinical_utility_of_dna_testing_in.7.aspx

Ibrahim, M.A. , Asuka, E. , Jialal, I. (2023). Hypercholesterolemia. StatPearls. PUBMED erişim adresi: https://www.ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/books/NBK459188/?x_tr_sl=auto&x_tr_tl=tr&x_tr_hl=tr&x_tr_pto=wapp

Jacobson, T.A., Maki, K.C., Orringer, C.E., ve ark. (2015). NLA Expert Panel. National Lipid Association recommendations for patient-centered management of dyslipidemia: part 2. *J Clin Lipidol*. S1-122.e1. LIPIDJOURNAL erişim adresi: [https://www.lipidjournal.com/article/S1933-2874\(15\)00380-3/fulltext](https://www.lipidjournal.com/article/S1933-2874(15)00380-3/fulltext)

Jansen, A.C., Van Wissen, S., Defesche, J.C., ve ark. (2002). Phenotypic variability in familial hypercholesterolaemia: an update. *Curr Opin Lipidol* 13 (2): 165–71. JOURNALS erişim adresi: https://journals.lww.com/colipidology/fulltext/2002/04000/phenotypic_variability_in_familial.8.aspx

Jongh, S., Lilien, M.R., op't Roodt, J., ve ark. (2002). Early statin therapy restores endothelial function in children with familial hypercholesterolemia. *Journal of the American College of Cardiology* 40(12):2117-21. SCIENCEDIRECT erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109702025937?via%3Dihub>

Khera, A.V., Won, H.H., Peloso, G.M., ve ark. (2016). Diagnostic yield and clinical utility of sequencing familial hypercholesterolemia genes in patients with severe hypercholesterolemia. *J Am Coll Cardiol*. 67(22):2578-89. PUBMED erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5405769/>

Kirkpatrick, C.F., Maki, K.C. (2021). Dietary influences on atherosclerotic cardiovascular disease risk. *Curr Atheroscler Rep*. 23:62. SPRINGER erişim adresi: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11883-021-00954-z>

Knipscheer HC, Boelen CC, Kastelein J.J., ve ark. (1996). Short-term efficacy and safety of pravastatin in 72 children with familial hypercholesterolemia. *Pediatric Research*;39(5):867-71. NATURE erişim adresi: <https://www.nature.com/articles/pr19962540>

Mabuchi, H., Koizumi, J., Shimizu, M., ve ark. (1989). Development of coronary heart disease in familial hypercholesterolemia. *Circulation*. 79(2):225-32. AHAJOURNALS erişim adresi: <https://www.ahajournals.org/doi/epdf/10.1161/01.CIR.79.2.225>

Mach, F., Baigent, C., Catapano, A.L., ve ark. (2020). ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk *Eur Heart J*. 41:111-188. OXFORD ACADEMIC erişim adresi: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/41/1/111/5556353?login=false>

Malhotra, A., Shafiq, N., Arora, A., ve ark. (2014). Dietary interventions (plant sterols, stanols, omega-3 fatty acids, soy protein and dietary fibers) for familial hypercholesterolaemia. Cochrane Database Syst Rev. PUBMED erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7063855/>

Marks, D., Thorogood, M., Neil, H.A.W. (2003). Humphries S.E. A review on the diagnosis, natural history, and treatment of familial hypercholesterolaemia. Atherosclerosis. 168(1):1-14. ATHEROSCLEROSIS erişim adresi: [https://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150\(02\)00330-1/abstract](https://www.atherosclerosis-journal.com/article/S0021-9150(02)00330-1/abstract)

Medeiros, A.N., Alves, A.C., Miranda, B., ve ark. (2024). Unraveling the genetic background of individuals with a clinical familial hypercholesterolemia phenotype. JLR, Volume 65, Issue 2, 100490. SCIENCE DIRECT erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002227523001633>

Mensink, RP. (2016). Effects of saturated fatty acids on serum lipids and lipoproteins: a systematic review and regression analysis. World Health Organization, Geneva, 15-30. WHO erişim adresi: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/246104/9789241565349-eng.pdf>

McCrindle, B.W., Ose, L., Marais, A.D. (2003). Efficacy and safety of atorvastatin in children and adolescents with a familial hypercholesterolemia or severe hyperlipidemia: A multicenter, randomized, placebo-controlled trial. Journal of Pediatrics;143(1):74-80. JPEDS erişim adresi: [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(03\)00186-0/abstract](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(03)00186-0/abstract)

Mihaylova, B., Emberson, J., Blackwell, L., ve ark. (2012). The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials. Lancet. 380(9841):581–590. PUBMED erişim adresi: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31357-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31357-5/fulltext)

139

Moore, K., Sheedy, F., Fisher, E. (2013). Macrophages in atherosclerosis: a dynamic balance. Nat Rev Immunol. 13(10):709–721. PUBMED erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4357520/>

Muller C (1939). Angina pectoris in hereditary xanthomatosis. Arch Intern Med. 64:675–700. JAMA erişim adresi: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/545062>

Neil A., Cooper J., Betteridge J., ve ark. (2008). Reductions in all-cause, cancer, and coronary mortality in statin-treated patients with heterozygous familial hypercholesterolaemia: a prospective registry study. Eur Heart J. 29:2625–33. PUBMED erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2577142/>

Nieman, D.C. (2003). Current perspective on exercise immunology. Curr Sports Med Rep. 2(5):239-42. JOURNALSWW erişim adresi: https://journals.lww.com/acsm-csmr/abstract/2003/10000/current_perspective_on_exercise_immunology.1.aspx

Park, S.W. , Moon, Y.A. , Horton, J.D. (2004). Post-transcriptional regulation of low density lipoprotein receptor protein by Proprotein Convertase Subtilisin/Kexin type 9a in mouse liver. J Biol Chem. 279(48): 50630-38. JBC erişim adresi: [https://jbc.org/article/S0021-9258\(20\)67860-7/fulltext](https://jbc.org/article/S0021-9258(20)67860-7/fulltext)

Pearson, G.J. , Thanassoulis, G. , Anderson, T.J. , ve ark. (2021). 2021 Canadian cardiovascular society guidelines for the management of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in adults. Can J Cardiol, Volume 37, Issue 8. 1189-50. CJC erişim adresi: [https://onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(21\)00165-3/fulltext](https://onlinecjc.ca/article/S0828-282X(21)00165-3/fulltext)

Piironen, V., Lindsay, D.G., Miettinen, T.A., ve ark. (2000). Plant sterols: biosynthesis, biological function and their importance to human nutrition. *J Sci Food Agric.* 80, 939-66. WILEY erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/%28SICI%291097-0010%2820000515%2980%3A7%3C939%3A%3AAID-JSFA644%3E3.0.CO%3B2-C>

Pimstone, S.N. , Sun, X.M. , Du Souich, C. , ve ark. (1998). Phenotypic variation in heterozygous familial Hypercholesterolemia: a comparison of Chinese patients with the same or similar mutations in the LDL receptor gene in China or Canada. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 18 (2): 309-15. AHAJOURNALS erişim adresi: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.atv.18.2.309?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed,

Poirier, S., Mayer, G., Poupon, V., ve ark. (2009). Dissection of the endogenous cellular pathways of PCSK9-induced low density lipoprotein receptor degradation: Evidence for an intracellular route. *The Journal of Biological Chemistry*, 284, 28856-64. PUBMED erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2781431/>

Poupon, V. , Girard, M. , Legendre-Guillemain, V., ve ark. (2008). Clathrin light chains function in mannose phosphate receptor trafficking via regulation of actin assembly. *Proc Natl Acad Sci USA.* 105(1): 168-73. PUBMED erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2224180/>

Rashid, S. , Curtis, D.E. , Garuti, R. , ve ark. (2005) Decreased plasma cholesterol and hypersensitivity to statins in mice lacking Pcsk9. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 102(15):5374-79. PUBMED erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC556275/>

Risk of Fatal Coronary (1991). Scientific steering committee on behalf of the Simon Broome Register Group. *BMJ.* 303(6807):893-6. PUBMED erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1671226/>

Roy-Chowdhury, N. , Roy-Chowdhury, J. (2019). Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 9. Edition. 124. SCIEDIRECT erişim adresi: <https://sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/ldl-receptor>

Ruuth, M., Äikäs, L., Tigistu-Sahle, F., ve ark. (2020). Plant stanol esters reduce LDL (low-Density lipoprotein) aggregation by altering LDL surface lipids. *The BLOOD FLOW randomized intervention study. Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 40:2310-21. AHA erişim adresi: https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/ATVBAHA.120.314329?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org

Sacks, F.M. , Lichtenstein, A.H. , Wu, J.H.Y. , ve ark. (2017). American Heart Association. Dietary fats and cardiovascular disease: a presidential advisory from the American Heart Association *Circulation.* 136:e1-e23. 136(10):e195. AHA erişim adresi: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000510?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed

Seed, M. , Hoppichler, F. , Reaveley, D. , ve ark. (1990). Relationship of serum lipoprotein(a) concentration and apolipoprotein(a) phenotype with coronary heart disease in patients with familial hypercholesterolemia. *N Engl J Med.* 322:1494-9. NEJM erişim adresi: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJM199005243222104?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200www.ncbi.nlm.nih.gov

Schumaker, V.N. , Phillips, M.L. , Chatterton, J.E. (1994). Apolipoprotein B and low density lipoprotein structure: implications for biosynthesis of triglyceride rich lipoproteins. *Adv Protein Chem.* 45:205-48. PUBMED erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8154370/>

Scriver, C.R. , A.L. Beaudet, A.L., Valle, D. , ve ark. (2001). The metabolic and molecular bases of inherited diseases (8th ed.), McGraw-Hill, New York. 2705-16. OMMBID erişim adresi: <https://ommbid.mhmedical.com/book.aspx?bookID=2709>

Shafiq, N., Bhasin, B., Pattanaik, S., ve ark. (2007). A meta-analysis to evaluate the efficacy of statins in children with familial hypercholesterolemia. International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics 2007;45(10):548-55. PUBMED erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17966840/>

Shapiro, M.D., Tavori, H., & Fazio, S. (2018). PCSK9: From basic science discoveries to clinical trials. Circulation Research, 122, 1420–1438. PUBMED erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5976255/>

Simonen, P., Nylund, L., Vartiainen, E. ve ark. (2024). Heart-healthy diets including phytosterol ester consumption to reduce the risk of atherosclerotic cardiovascular diseases. A clinical review. Lipids Health Dis.23:341. PUBMED erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11492639/>

Singh, P.K. , Gupta, M.K. , Nath, R.(2023). Treatments, Nutraceuticals, Supplements, and Herbal Medicine in Neurological Disorders. 285-301. SCIENTEDIRECT erişim adresi: <https://www.sciencedirect.com/topics/neuroscience/eicosanoid>

Snetselaar, L.G., Jesus, J.M. , DeSilva, D.M. , ve ark. (2021). Dietary Guidelines for Americans, 2020–2025. Nutr Today. 56(6):287–95. PUBMED erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8713704/>

Stein E.A., Illingworth D.R., Kwiterovich Jr. P.O., ve ark. (1999). Efficacy and safety of lovastatin in adolescent males with heterozygous familial hypercholesterolemia. 281(2):137-44. JAMA erişim adresi: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/188353>

Strøm, T.B. , Tveten, K. ,Leren, T.P. (2014). PCSK9 acts as a chaperone for the LDL receptor in the endoplasmic reticulum. Biochem J. 457(1): 99-105. PUBMED erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4611021/>

Tokgozoglu, L. , Kayikcioglu, M. (2021). Familial hypercholesterolemia: global burden and approaches.Curr Cardiol Rep. 23(10):151. SPRINGERLINK erişim adresi: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11886-021-01565-5>

Valente, A.F.B. , Jaspers, R.T. , Wüst, R.C. (2021). Regular physical exercise mediates the immune response in atherosclerosis.Exerc Immunol Rev. 27:42-53. ISIE erişim adresi: <http://eir-isei.de/2021/eir-2021-042-article.pdf>

Varret, M. , Rabes, J.P. , Collod-Beroud, G., et al (1997). Software and database for the analysis of mutations in the human LDL receptor gene. Nucleic Acids Res. 25 (1): 172–80. PUBMED erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC146377/>

Volek, J.S., Phinney, S.D., Forsythe, C.E., ve ark. (2009). Carbohydrate restriction has a more favorable impact on the metabolic syndrome than a low fat diet. Lipids. 44:297–309. SPRINGER erişim adresi: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11745-008-3274-2>

Vuorio, A. , Watts, G.F. , Kovanen, P.T. , ve ark. (2017). Depicting new pharmacological strategies for familial hypercholesterolaemia involving lipoprotein (a). European Heart Journal, Volume 38, Issue 48. 3555–9. OXFORD ACADEMIC erişim adresi: <https://academic.oup.com/eurheartj/article-abstract/38/48/3555/4318809?redirectedFrom=fulltext&login=false>

Wester, I., (2000). Cholesterol-lowering effect of plant sterols. Eur J Lipid Sci Technol. 102, 37-44. WILEY erişim adresi:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/%28SICI%291438-9312%28200001%29102%3A1%3C37%3A%3AAID-EJLT37%3E3.0.CO%3B2-1>

Westman, E.C., Yancy, W.S., Olsen, M.K., ve ark. (2006). Effect of a low-carbohydrate, ketogenic diet program compared to a low-fat diet on fasting lipoprotein subclasses. *Int J Cardiol.* 110:212–6. **CARDIOLOGY** erişim adresi:

[https://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273\(05\)01166-6/fulltext](https://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273(05)01166-6/fulltext)

Williams, R.R. , Hunt, S.C., Schumacher, M.C., ve ark. (1993). Diagnosing heterozygous familial hypercholesterolemia using new practical criteria validated by molecular genetics. *Am J Cardiol.* 72(2):171-6. **AJCONLINE** erişim adresi: [https://www.ajconline.org/article/0002-9149\(93\)90155-6/abstract](https://www.ajconline.org/article/0002-9149(93)90155-6/abstract)

World Health Organization (1999). Familial hypercholesterolemia—report of a second WHO consultation. Geneva, Switzerland. **SCRIP** erişim adresi: <https://www.scrip.org/reference/referencespapers?referenceid=1176402>

Wood, R.J., Volek, J.S., Davis, S.R., ve ark. (2006). Effects of a carbohydrate-restricted diet on emerging plasma markers for cardiovascular disease. *Nutr Metab* 2006;3:19. **PUBMED** erişim adresi: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1481590/>

Yamamoto, T. , Davis, C.G. , Brown, M.S. , ve ark. (1984) The human LDL receptor: a cysteine-rich protein with multiple Alu sequences in its mRNA. *Cell.* 39(1):27-38. **CELL** erişim adresi: [https://www.cell.com/cell/abstract/0092-8674\(84\)90188-0?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2F0092867484901880%3Fshowall%3Dtrue](https://www.cell.com/cell/abstract/0092-8674(84)90188-0?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2F0092867484901880%3Fshowall%3Dtrue)

Yeste, D., Chacon, P., Clemente, M., ve ark. (2009). Ezetimibe as monotherapy in the treatment of hypercholesterolemia in children and adolescents. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism* 22(6):487-92. **DEG** erişim adresi: <https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/jpem.2009.22.6.487/html>

Yiğitkan, S. , Ertaş, A. , Fırat, M. , ve ark. (2020). Lamiaaceae familyasoma ait 37 tıbbi bitkinin HMG-KOA redüktaz inhibitör aktiviteleri. *Dergipark*, 5(3); 24-33. **DERGİPARK** erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gsbdergi/issue/59510/843051#:~:text=%C3%96z,i%C3%A7in%20en%20%C3%B6nemli%20hedeflerden%20biridir.>

Yudkin, J. (1959). Etiology of cardiac infarction. *Arch Intern Med.* 104:681–3. **JAMA** erişim adresi: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/563924>

Zaid, A. , Roubtsova, A. , Essalmani, R. , ve ark. (2008). Proprotein convertase subtilisin/kexin type 9 (PCSK9): hepatocyte-specific low-density lipoprotein receptor degradation and critical role in mouse liver regeneration. *Hepatology.* 48(2):646-54. **PUBMED** erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18666258/>

Zierle-Ghosh, A. , Jan, A. (2023). Physiology, body mass index. *StatPearls.* 2023 Nov. **PUBMED** erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535456/>

Article Arrival Date
Date

27.04.2025

Article Published

20.06.2025

BEDEN DİSMORFİK BOZUKLUĞUN İNCELENMESİ ÜZERİNE DERLEME

BODY DYSMORPHIC DISORDER COMPILATION ON REVIEW

Melike MURATOĞLU¹, Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ²

¹Lisans Öğrencisi, Yakın Doğu Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü

ORCID: [0009-0002-9567-5279](https://orcid.org/0009-0002-9567-5279)

²Yakın Doğu Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü

ORCID:[0000-0002-0085-612X](https://orcid.org/0000-0002-0085-612X)

ÖZET

Bu araştırmada beden dismorfik bozukluğun incelenmesi üzerine derleme çalışma gerçekleştirilmiştir. Sağlık Bilimleri alanındaki derleme makaleleri, belirli bir konuya odaklanarak güncel ulusal ve uluslararası literatür bilgileri ışığında hazırlanır. Bu tür çalışmalar, konuya ilişkin mevcut bilgi birikimini değerlendirirken, alandaki tartışmaları yansıtır ve yazar ya da yazarların görüşlerine de yer verir. Aynı zamanda, ilgili konudaki bilgi ihtiyacına yönelik katkı sağlamayı amaçlar. Araştırmanın sınırlılığı araştırmacı ve danışan tarafından belirlenen yerli ve yabancı kaynaklar olmak üzere literatürde yer alan kaynaklardan oluşmaktadır. Çalışmanın yönteminde nitel araştırma yöntemlerinden olan doküman analizi tekniği kullanılarak bulgular elde edilmiştir. Çalışmada Google akademik, YÖK TEZ kaynaklarından verilere erişim sağlanmıştır. Beden dismorfik bozukluğu, bireyin fiziksel görünümünde gerçek ya da hayali kusurlar algılayarak bu kusurlara yoğun şekilde odaklanması, bu durumun kişide belirgin düzeyde kaygı yaratması ve dış görünüşünü sürekli olarak düzeltme çabası içinde olması şeklinde tanımlanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, beden dismorfik bozukluğu üzerine yapılmış mevcut araştırmaları inceleyerek alan yazındaki bilgileri derlemek ve konuyla ilgili kapsamlı bir derleme makalesi ortaya koymaktır. Yapılan araştırmada beden dismorfik bozukluğun bireyleri etkilediği görülmüştür. Bireyler beden dismorfik bozuklukta kendilerini bedensel ve bölgesel olarak beğenmedikleri görülmüştür. Beden dismorfik bozuklukta farklı ekoller ve terapi yöntemleri kullanılarak danışanlardan iyileşme sonuçları aldığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Beden Dismorfik Bozukluk, Derleme Makale.

ABSTRACT

In this study, a compilation was conducted to examine Body Dysmorphic Disorder (BDD).. Compilation studies in the field of Health Sciences are prepared by integrating current national and international literature, focusing on a specific topic. These studies evaluate the existing body of knowledge, reflect ongoing discussions, and include the perspectives of the author(s).. The aim is to contribute to the increasing need for information on the subject.

The limitations of this study are based on the sources selected from both domestic and foreign literature, as determined by the researcher and client. The findings were obtained using the document analysis technique, a qualitative research method. Data was accessed from Google Scholar and YÖK TEZ sources.

Body Dysmorphic Disorder is defined as an individual's perception of real or imagined flaws in their physical appearance, which leads to an intense preoccupation with these flaws. This condition causes significant anxiety and a constant effort to correct one's appearance.

The primary aim of this study was to compile information from current literature on Body Dysmorphic Disorder and to present a comprehensive review on the subject. Research indicates that Body Dysmorphic Disorder significantly affects individuals' perception of their physical appearance and self-esteem. It has been observed that individuals with BDD often dislike themselves both physically and emotionally. Additionally, various therapeutic methods are used in the treatment of BDD, with many clients reporting positive recovery outcomes.

Keywords:Body Dysmorphic Disorder, Review Article.

GİRİŞ

Beden algısının olumlu ve olumsuz olmak üzere iki boyutu bulunmaktadır. Olumlu beden algısı kişinin dış görünümünü beğenmesi, barışık olması ve kendini değerli, önemli bulmasıyla beraber kişinin olduğu gibi görünme çabasıdır. Olumsuz beden algısı ise kişinin kendi vücutlarıyla ilgili kötü düşünceleri ve duyguları içerir (Çakıcı vd., 2021).. Olumsuz beden algısına sahip olan kişilerin bedensel görünümeleri nedeniyle yeni insanlarla tanışmaktan ve sosyal ortamlara girmekten kaçındıkları, kendilerini göstermek istemedikleri, çoğunlukla evden çıkmayı arzu etmedikleri bilinmektedir. Bu kaçınmalar beden dismorfik bozukluğunda ve SAB' de yoğun olarak görülmektedir (Doğan T. vd., 2011).. Kişinin görünümünde varsaydığı bir kusurla aşırı uğraşması ve bu kusuru gizlemek için kompulsif davranışlara girmesi olarak tanımlanmaktadır (Phillips KA, 1991).. Görünüşe verilen anlam ve görünüşle ilgili değerlendirmeler, içinde bulunulan zamana ve toplumun kültürüne göre değişebilmektedir. Yapılan bir çalışmada sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilerin diğerlerine nazaran beden imajlarını daha kötü değerlendirdiği ve memnun olmadığı tespit edilmiştir (İzgiç F vd., 2004). Günümüzde sağlıklı beden, tıbbi-biyolojik faktörlerden daha çok kültürel ve sosyal unsurlarla ilgili hale gelmiş durumdadır. Beden imgesi hem fizyolojik hem kültürel bir kendilik olup, bedenin göstergesel bir nitelik sergilemesi olmakla birlikte sağlıklı beden imgesi ise, giyimden beslenme alışkanlıklarına, günlük hijyen kurallarından egzersize, genel sağlıktan estetik-kozmetiğe, çevresel korumadan vücut bakımına ve hastalığın tıbbi boyutlarına uzanan ve bunların birey tarafından algılanışı gibi unsurları kapsamaktadır (Öngören, 2015).. Beden memnuniyetsizliği sahip olunan beden şekli ve kilo ile ilgili endişeler ya da duygu durumu ile ilişkilidir. Çeşitli çalışmalar, obez kişilerde tıknırcasına yeme bozukluğu psiko-sosyal işlevsellikte bozulma, genel psikopatoloji ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkili olabildiğini göstermiştir (Hacıarif, 2015).

Beden Dismorfik Bozukluk Tanımı

Beden dismorfik bozukluk genel olarak bireyin kendinde gerçekte olmayan fakat var olduğunu sandığı fiziksel olarak kusuru ile aşırı derece de uğraşması ve bunu abartarak devam ettirmesi durumudur. Kişinin kendi fiziksel görünümü ile ilgili uğraşma düzeyi önemli ölçüde işlevsel olarak hayat rutininde bozulmaya yol açar (Sungur, 1999)..

Beden dismorfik bozukluk, bireyin fiziksel görünümüne dair gerçek olmayan bir kusuru sürekli olarak takıntı haline getirdiği, bu durumun yoğun kaygıya ve günlük yaşamda belirgin zorluklara yol açtığı bir psikolojik rahatsızlıktır. Kişi, var olan bir kusur olsa bile, bu konuda duyduğu endişe aşırı ve orantısızdır (Karamustafalıoğlu 2018).. Kişilerin kendilerinde var olduğunu düşündükleri kusurlar veya bu kusurlarla ilgili düşünceler, kişinin kontrolü dışında gelişebilir ve bu düşünceler yaşamını olumsuz bir şekilde etkilemeye başladığında bile, onları durdurmak ve dikkati başka bir yöne yönlendirmek zor olabilir (Sadock ve vd., 2016)..

Beden Dismorfik Bozukluğu tanısı konan bireylerde genellikle iç görü düzeyi yeterli olmayabilir. Kişiler, vücutlarında gördükleri kusurlarla ilgili düşüncelerinde aşırı bir anlam yüklerler ve bu düşünceler zaman zaman hezeyan boyutuna kadar varabilir. Bu durum, kişinin işlevselliğini önemli ölçüde olumsuz etkileyerek sosyal ve mesleki yaşamında ciddi aksamalara yol açmaktadır (Koroğlu, 2015).. Bireyler, kusurlu olarak algıladıkları vücut bölgeleri hakkında yoğun zihinsel ve bedensel uğraşlar içine girebilir, bu süreç gün boyunca saatlerini alabilir. Genellikle, rahatsız edici düşüncelerden kaçınmak amacıyla kompulsif davranışlar sergileyebilirler. Bu tür davranışlar, yaşam kalitesinin daha da kötüleşmesine sebep olur (Veale, 2004)..

Beden Dismorfik Bozukluk Epidemiyolojisi

Beden dismorfik bozukluğun genel olarak toplumda yer alan yaygınlığını belirleyebilmek oldukça zordur. Bunun nedeni beden dismorfik bozukluğuna sahip olan hastaların büyük bir çoğunluğu ilk başta psikiyatri hekimine başvurmazlar (Sungur MZ. 1999)..

Beden dismorfik bozukluk epidemiyolojik yapılan çalışmalara incelendiğini hastalığın yaşam süresince yaygınlığı %0.7-2,4 şeklinde olduğu görülmektedir (Faravelli ve vd. 1997, Otto ve vd. 2001, Bohne ve vd. 2002, Cansever ve vd. 2003).. Çalışmanın bir diğeri öğrenciler arasında yapılmış olan ama klinik bir çalışma olmayan araştırmada %2-13 şeklinde değişebilen şekilde yaygınlık görülmüştür (Biby ve vd. 1998, Grant ve vd. 2001, Taqui ve vd. 2008, Bjornsson ve vd. 2010, Möllmann ve vd. 2017).. Çıkan sonuçların değişen ve geniş aralıklı oranların ortaya çıkma nedeni beden dismorfik bozukluğu bulunan hastaların utanç duygusu sebebiyle ya da var olan semptomları hastalık olarak görmedikleri için doktorlara bildirmemelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. (Conroy vd. 2008).. Psikiyatri hastaları ile ilgili yapılmış olan çalışmada yatış verilmiş olan hastaların kendi vücutları ile ilgili düşüncelerini klinisyene bildirme oranlarının %15,1 buna bağlı biçimde klinisyenlere bildirmeme nedeni de çok utanma duyguları %31,3 oranında olduğu görülmüştür (Conroy vd. 2008)..

145

Diğer bir yapılan araştırmada psikiyatri kliniğinde yatış verilen hastalar üzerinde gerçekleştirilen çalışmada beden dismorfik bozukluğu yaygınlığı %13,1-16 oranında olduğu görülmüştür (Grant vd. 2001).. Beden dismorfik bozukluğu olan hastalar sıklıkla psikiyatri dışında yer alan polikliniklere başvurdıkları nedeniyle bu kliniklerde yapılacak olan çalışmalar daha fazla önemli olmaktadır.

Beden dismorfik bozukluk ile ilgili yapılan çalışmalardan bir diğeri de kadın ve erkek dağılımı üzerinde yer alan dağılımları inceleyen araştırmalarda farklı sonuçlar elde edildiği görülmüştür. Alan yazında yer alan çalışmalarda genel olarak kadınların beden dismorfik bozukluğu erkeklerle oranla daha fazla görüldüğü ileri sürülmekle beraber, eşit oranda olduğunu bildiren ya da erkeklerde daha fazla görüldüğünü ortaya çıkaran araştırmalarda mevcuttur (Aşkın 1994, Herbest vd. 2020).. Beden dismorfik bozukluğu tanısı almış olan hasta kişilerde bekar ve boşanmış olma oranları sağlıklı popülasyona kıyasla anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (Koran ve vd. 2008)..

Beden Dismorfik Etiyolojisi

Beden dismorfik bozukluğunun etiyolojisi net bir şekilde bilinmemektedir. Etiyolojide sosyokültürel, genetik ve nörobiyokimyasal faktörlere benzer şekilde bir çok faktörün yer aldığı multifaktöriyel bir yapı içinde oluştuğu düşünülmektedir (Feusner vd. 2010)..

Nörobiyokimyasal açıdan bakıldığında, serotoninin bu hastalık üzerinde önemli bir etkisi olduğu düşünülmektedir (Neziroğlu vd. 2006).. Beyin görüntüleme teknikleri, nöropsikolojik testler ve yüz ifadelerinin hastalara sunulduğu fraksiyonel MR çalışmalarına göre, fronto-striatal ve temporo-parietal-okspital yolların BDB üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca, birinci derece akrabalarında BDB bulunan kişilerde, bu bozukluğun 4 kat daha sık görüldüğü

saptanmış, bu durum genetik faktörlerin rolüne dair daha fazla araştırma yapılmasına neden olmuştur (Grant vd. 2005).. Çocukluk dönemi travmaları da BDB için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Özellikle çocuklukta fiziksel şiddet görmek, cinsel istismar deneyimi yaşamak ve sosyal ile ekonomik desteğin yetersiz olması, bu risk faktörleri arasında öne çıkmaktadır (Neziroğlu vd. 2006)..

Beden Dismorfik Bozukluğun Tarihçesi

Beden dismorfik bozukluk (BDB)., literatürde ilk kez 1886 yılında İtalyan psikiyatrist Enrico Morselli tarafından “dismorfofobi” terimiyle tanımlanmıştır. Bu terim, Yunanca kökenli olup “çirkin ya da estetik açıdan hoş olmayan beden” anlamına gelmektedir (Thomas, 1984).. Morselli’nin tanımlamasını takip eden yıllarda, 1903’te Pierre Janet bu durumu “bedensel utanç obsesyonu” olarak ifade etmiştir. Janet, bu kavramı açıklarken bedenine ilişkin düşünceler nedeniyle beş yıl boyunca evinden çıkamayan bir kadın hastadan söz etmiş; bu durumu, obsesif kompulsif nevrozun bir türü olarak değerlendirmiştir (Phillips, 2005)..

1909 yılında Emil Kraepelin, bedensel kusurlara ilişkin düşüncelerin egoya yabancı olması ve tekrarlayıcı bir yapı sergilemesi nedeniyle bu durumu "kompulsif nevroz" kategorisine dahil etmiştir. Daha sonra Jahrreiss (1930). ve Ladee (1966)., bu durumu "güzellik hipokondriasi" olarak tanımlayarak günümüzdeki tanıma oldukça yakın bir çerçeve sunmuşlardır. 1950 yılında ise Zaidens, deri ve saçlarla ilgili olumsuz düşüncelerle seyreden bir durumu tanımlamış ve buna "dermatolojik hipokondriyazis" adını vermiştir (Tihan 2008)..

Psikiyatri tarihinin en çok bilinen vakalarından biri olan “Kurt Adam” olgusu, Freud tarafından ele alınmış ancak bu değerlendirmede beden dismorfik bozukluğu (BDB). özelliklerine pek değinilmemiştir. Daha sonraki yıllarda hastayı tekrar inceleyen Ruth Brunswick, hastanın yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen beden algısı sorunları yaşadığını belirtmiştir. Özellikle burnuna odaklanan hasta, sürekli aynayla dolaşarak burnunu kontrol etme ihtiyacı hissetmiştir (Phillips, 2005; França vd. ., 2017)..

Bu örnekte de görüldüğü gibi, BDB uzun süredir çeşitli biçimlerde tanımlanmasına rağmen, psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinde resmi şekilde ilk 1980 senesinde DSM-III’te bahsedilmiştir. Bu dönemde “atipik somatoform bozukluk, dismorfofobi” olarak adlandırılan BDB’ye ilişkin ilk tanı kriterleri ise 1987 yılında DSM-III-R’de tanımlanmıştır (DSM-III-R, 1987)..

Beden Dismorfik Bozukluğu'nun (BDB). düşüncelerinin tekrarlayıcı olması, kişide belirgin bir rahatsızlık yaratması ve bu rahatsızlıkla baş edebilmek adına ritüel benzeri davranışların gözlemlenmesi, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB). ile benzerlik taşıdığı yönünde değerlendirilmiş ve bu nedenle, 2014 yılında DSM-5’te "Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar" ana hatlarıyla ayrılmıştır (American Psychiatric Association, 2014; Öztürk, 2014)..

Bir diğer sınıflama sistemi olan ICD’de ise BDB ilk olarak ICD-10’da yer almış ve burada somatoform bozukluklar arasında, hipokondriyak bozukluk alt başlığı altında değerlendirilmiştir. Düşüncelerin gerçeklikten tamamen kopuk olduğu yani sanrı boyutuna ulaştığı durumlar ise "sanrılı dismorfofobi" adıyla, sanrılı bozukluklar içerisinde sınıflandırılmıştır (The ICD-10 Classification, 1993)..

Biyolojik Etkenler

Biyolojik faktörler incelendiğinde, öncelikle fizyolojik yapılar üzerinde durulabilir. Beyin görüntüleme çalışmaları, beden dismorfik bozukluk tanısı konmuş kişilerde beyaz madde hacminin ve kaudat hacim asimetrisinin arttığını göstermektedir (Rauch et al., 2003: 16).. Yapılan farklı bir çalışmada ise, bilateral anterior-medial temporal ve oksipital bölgelerde

perfüzyon azalmaları ile parietal loblarda asimetrik perfüzyon gözlemlenmiştir. Parietal bölgelerdeki bu anormallikler, beden dismorfik bozukluktaki beden formu ya da görünüm algısının bozulmuş olmasının karakteristik özelliğiyle örtüşmektedir (Carey vd., 2004: 358).. Yapılmış olan bir faklı araştırmada ise, Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği'nin beden dismorfik bozukluk versiyonuna ait puanların artmasıyla birlikte sol inferior girus ve sağ amigdala hacimlerinin büyüdüğü bulunmuştur (Feusner vd., 2009: 4).. Diğer bir yapılan araştırmasında beden dismorfik bozukluk tanısı almış kişilerde orbito-frontal korteks ve anterior singulat hacimlerinde bir azalma, talamik ve beyaz madde hacminde ise artış görülmektedir (Atmaca vd., 2010: 261)..

Genetik Etkenler

Genetik faktörler incelendiğinde, bir araştırma sonucunda beden dismorfik bozukluk akrabalık bağı birinci derece olanların %5,8 oranında sonuçlar çıktığı belirlenmiştir (Phillips vd., 2005: 322).. İkizler üzerinde bir diğer araştırmada ise, genetik faktörlerin dismorfik anksiyetelerinin varyansının %44'ünü belirttiği ortaya konulmuştur (Monzani vd., 2012: 1953).. Ayrıca, Obsesif Kompulsif Spektrum Bozuklukları ile ilgili diğer bir araştırma da, beden dismorfik bozukluk üzerinde genetik faktörlerin etkili olduğunu vurgulamaktadır (Monzani vd., 2014: 185).. Kısaca, beden dismorfik bozukluk tanısı almış bireylerin beyinlerindeki bazı bölgelerdeki değişiklikler ve maddelerdeki farklılıklar, algı bozuklukları, genetik yatkınlık gibi faktörler, sağlıklı bireylerden farklılık gösterdiği araştırmalarla ortaya konmuştur. Bu bulgular, biyolojik ve genetik faktörlerin beden dismorfik bozukluğun gelişiminde önemli bir rol oynayabileceğini göstermektedir.

Psikolojik Etkenler

Beden dismorfik bozukluğun etyolojisinde psikolojik faktörler söz konusu olduğunda, özellikle çocukluk döneminde zorbalık, alay edilme veya diğer kötü muamelelerin yaşanmasının pek çok araştırma kapsamında vurgulandığı gözlemlenmektedir. Bir çalışmada, beden dismorfik bozukluk tanısı almış kişilerin çalışma grubuna oranlayüksek negatif, tekrarlayan ve hızlı imgelerle karşılaştıkları, bununla birlikte imgelerin kaygılı erken dönem anılarıyla bağlantılı olduğu tespit edilmiştir (Osman vd., 2004: 433).. Bir diğer çalışmada, beden dismorfik bozukluk tanısı olan kişilerin OKB'li kişilere oranla biraz fazla duygusal ve cinsel taciz deneyimlediklerini görülmüştür (Neziroğlu vd., 2006: 192).. 75 bireyle diğer çalışmada ise, katılımcıların %79'u çocukluklarında kötü muameleye uğradığını, bunların %68'i duygusal ihmal, %56'sı duygusal istismar, %35'i fiziksel ihmal, %33'ü fiziksel istismar ve %28'i cinsel istismar öyküsü bildirmiştir (Didie vd., 2006: 5).. Başkaçalışmada ise, beden dismorfik bozukluk tanılı bireylerin geçmişte daha yüksek cinsel ve fiziksel taciz deneyimlerinden söz ettikleri gözlemlenmiştir (Buhlman vd., 2012: 97).. Bu bulgular, daha önceki dönemde yaşanan stresli olayların, özellikle taciz ve zorbalık gibi olguların, beden dismorfik bozukluk gelişimi için risk faktörleri oluşturduğuna dair ortak bir kanıya varılmasına olanak tanımaktadır.

Beden Dismorfik Bozukluğu Diğer Kuramlarla Açıklanması Bilişsel-Davranışçı Ve Öğrenme Modelleri

Edimsel koşullanma temelinde geliştirilen bilişsel davranışçı modeller ve öğrenme teorileri, biyolojik, kültürel ve sosyal faktörlerin, beden dismorfik bozukluğu beden dismorfik bozukluğun belirtilerinin ne şekilde ortaya çıktığını bununla birlikte sürdüğünü açıklamada faydalı olabilir. Sosyal öğrenme süreçleriyle birlikte bireyin öz-değeri, beden algısına dayalı hale gelebilir. Geçmişteki deneyimler sonucu olumsuz beden imajına sahip olan bireylerde, içsel olarak uyarılara karşı anksiyete, iğrenme ve utanma gibi olumsuz duygusal tepkiler gelişebilir. Başlangıçta bu tepkiler belirli bir vücut bölgesiyle ilişkilendirilirken, zamanla vücudun farklı bölgelerinden gelen uyarılar da benzer duygusal yanıtları tetikleyebilir. Görünüş ile ilgili inançlar, varsayımlar ve değerlendirmeler şekillendikçe, beden dismorfik bozukluk

belirtileri kalıcı hale gelebilir. Olumsuz pekiştireçler, beden dismorfik bozukluğa bağlı uyumsuz davranışların ve bilişsel bozuklukların tekrarını sürdürür. Beden dismorfik bozukluk tanısı almış bireylerin kompulsif ve kaçınma davranışları, kısa vadede olumsuz duygusal yanıtları hafifleterek rahatsızlıklarını azaltabilir. Kompulsif davranışlara benzer şekilde, aynaya defalarca bakmak gösterilebilir. Bu şekilde, kişi bedenini daha "normal" algılayabilir. Kaçınma davranışına ise, aynadan uzak durmak örnek olarak verilebilir; kişi aynaya bakmaktan kaçınarak olumsuz duygusal yanıtların önüne geçebilir (Ray ve vd. 2012)..

Beden Dismorfik Bozukluğun Dsm Kriterleri

Beden dismorfik bozukluk bireyin görünüşü olarak bir kusuru bağlı ya da değil bir şekilde, bu duruma ilişkin yüksek kaygı yaşaması, kişinin kaygılı durumu ortadan kaldırılabilesi için görünüşüyle fazla bir biçimde ilgilenmesi uğraşların içine girmesidir. Tarihte ilk olarak 1980 senesinde DSM-III'te atipik somatoform bozukluk grubunda "dismorfofi" adı ile tanımlanmıştır (APA, 1980).

Beden dismorfik bozukluğunun (BDB). sınıflandırılmasıyla ilgili tartışmalar devam etmektedir. DSM-IV'te somatoform bozukluklar arasında yer alsa da, obsesif kompulsif bozuklukla (OKB). benzer özellikler taşıdığı için genellikle Obsesif Kompulsif Spektrum Bozuklukları içinde değerlendirilir. Ancak, BDB yalnızca OKB'nin bir alt türü değil; duygudurum bozuklukları, sosyal anksiyete ve yeme bozukluklarıyla da yakından ilişkilidir.(Castle vd. 2006)..

Bedensel dismorfik bozukluğuyla benzer olan bir diğer bozukluk yeme bozuklu olarak bilinen anoreksiya nevrozadır (Grant vd. 2002)..

Bu iki bozukluk beden imgesinde bir bozukluk yer almaktadır. Anoreksiye nevroza sahip olan hasta kişilerde beden ağırlık ve şekli dışındaki yönleri ile ilgili kaygılı düşünceleri az değildir (Grant vd. 2002).. Araştırmacılar anoreksiya nevrozının beden dismorfik bozukluğunun bir diğer alt tipi olabileceği ihtimalini öne sürmüşlerdir (Grant vd. 2004)..

Bazı araştırmalara göre, BDB'nin psikotik özellikler gösteren bir alt tipi, monosemptomatik hipokondriyak psikoz (MHP). olarak adlandırılmaktadır ve bu durum, sanrısız bozukluklar arasında değerlendirilebilir. MHP'de, hipokondriyak bir düşünce sanrısız düzeyde ortaya çıkmakla birlikte, başka herhangi bir düşünsel ya da davranışsal bozukluk gözlemlenmez. Yapılan sınıflandırma çalışmaları genellikle BDB'nin, kategorik bir bozukluk olarak değil, boyutsal bir yapı olarak ele alınması gerektiğini savunmaktadır (Ray vd. 2012)..

DSM-5 (APA, 2013). kriterlerine göre, beden dismorfik bozukluk bireylerde genellikle hafif bir kusur veya başkalarına görünmeyen bir durum, kişi tarafından ciddi bir eksiklik veya engel olarak algılanır ve bu algı sürekli olarak zihinlerini meşgul eder. Bu kişiler, bu düşüncelerle başa çıkabilmek için yineleyici davranışlar sergileyebilir (örneğin, aynaya bakma, fiziksel görünümünü düzeltme, deri yolma, kamuflej yapma, güven arayışı gibi). ya da zihinsel olarak kendi özelliklerini başkalarıyla karşılaştırma gibi eylemlerde bulunabilirler. Bu durum, kişinin sosyal ve işlevsel alanlarında ciddi bozulmalara yol açar ve yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürür. Ayrıca, hastalığın belirleyici bir özelliği, hastaların iç görülerinin genellikle zayıf ya da hiç olmamasıdır. Bunlara ek olarak, obsesif hastalıklar, kaygı bozuklukları, duygu durum bozuklukları ve/veya madde bağımlılığı, Beden Dismorfik Bozukluğu hastalığıyla birlikte görülebilir. Beden dismorfik bozukluğu gelişiminde genetik bir yatkınlık söz konusu olabilir, özellikle birinci derece akrabalarda hastalığın varlığı daha fazla gözlemlenmektedir.

BULGULAR

Yapılan araştırmada çocuk ve ergenlerde beden dismorfik bozukluğun bdtile incelenmesi üzerine derleme makalede elde edilen veriler yapılan çalışmalardan elde edilmiş bilgiler doğrultusunda eklenmiştir.

Phillips ve arkadaşlarının (2006: 3). yaptığı çalışmada, Beden Dismorfik Bozukluğu tanımlı kişilerin daha fazla anksiyete duydukları yerler şu şekildedir; cilt, saçlar, burun, karın, dişler, kilo, göğüsler ve kalça olarak belirlenmiştir. Buna karşılık, Buhlmann ve arkadaşlarının (2010: 174). yürüttüğü araştırmada öne çıkan bölgeler karın, kalça, cilt, göğüsler, burun, saçlar ve ağız biçiminde sıralanmıştır. Aynı çalışmada cinsiyete göre farklılıklar da gözlemlenmiş; erkeklerde sırasıyla karın, kilo, saç ve cilt ön plandayken, kadınlarda karın, kalça, kilo ve göğüs bölgeleri daha fazla kaygı kaynağı olarak rapor edilmiştir (Buhlmann et al., 2010: 173).. Türkiye’de gerçekleştirilen bir diğer araştırmada ise bireylerin en çok rahatsızlık duyduğu bölgeler; saçlar, kilo, cilt ve sivilceler, göbek, kırışıklıklar, leke ve yara izleri, burun, kalça ve basen şeklinde sıralanmıştır (Kaytan, 2015: 70).. Bu çalışmaların bulguları karşılaştırıldığında, rahatsızlık duyulan bölgelerin sıralamaları farklılık gösterse de, genel anlamda benzer bölgelerin öne çıktığı görülmektedir.

Görünümüne dair endişelerin sosyal yaşantıyı nasıl etkilediği sorulduğunda en sık dile getirilen yanıtlar; kişinin hareketlerinde kısıtlanma, bazı ortamlardan ya da durumlardan kaçınma ve rahatsız hissetme şeklinde olmuştur. İş ya da okul hayatına yönelik etkiler ise genellikle çaba göstermede zorlanma, görünümle ilgili düşünce ve uğraşlara aşırı zaman harcama, moral bozukluğu ve odaklanma problemleri olarak ifade edilmiştir. Görünümle ilgili kaygılar nedeniyle kaçınılan başlıca durumlar arasında ise giyim tercihleri, fotoğraf çekilmekten kaçınma, kalorili yiyeceklerden uzak durma ve spor yapmaktan çekinme gibi davranışlar öne çıkmaktadır. Tüm bu veriler değerlendirildiğinde, bireylerin beden imajlarına dair endişelerinin, görünümleriyle fazlaca meşgul olmalarına, bazı sosyal ve fiziksel durumlardan kaçınmalarına ve çeşitli olumsuz duygular yaşamalarına yol açtığı görülmektedir. Bu durum, Beden Dismorfik Bozukluğu’nun (BDB). BD Modeli ile örtüşmektedir (Veale, 2004: 115).. Bu modelde kişinin görünümüne dair olumsuz düşünceleri, yoğun kaygı ve olumsuz duygulara neden olmakta; bu düşünceler zihinsel meşguliyet yaratmakta, birey başkaları tarafından görünüşünün değerlendirilmesinden endişe duymakta ve bu nedenle kaçınma davranışları geliştirmektedir. Aynı zamanda, bu endişeleri azaltmak adına bazı düzeltici ya da gizleyici uğraşlara yönelmektedir.

Beden Dismorfik Bozukluğu (BDB). belirtilerinin cinsiyetler arasında farklılık gösterdiği yönündeki bulgulardan yola çıkılarak (Phillips, 2009: 115; Veale&Neziroğlu, 2010: 49).., bir araştırmada cinsiyetin çalışma değişkenleri üzerindeki etkisine bakılmıştır. Analizler sonucunda, kadınların beden dismorfik semptom düzeylerinin erkeklere kıyasla çok yüksek olduğu belirlenmiştir. Elde edilen sonuç, ulusal (Kaytan, 2005). ve uluslararası (Koran ve ark., 2008: 320; Rief vd. , 2006: 880). literatürde yer alan bulgularla büyük ölçüde örtüşmektedir. Nitekim, beden dismorfik bozukluk tanısı alan kişilerde bayanların sayısının erkeklerden yüksek çıktığı çeşitli çalışmalarda da rapor edilmiştir. Bunun yanı sıra, bu araştırmada vücut bölgelerine ve fiziksel özelliklere ilişkin değerlendirmeleri içeren öz bildirim ölçeğiyle ölçülen beden memnuniyetsizliği düzeylerinin bayanlarda erkeklere göre yüksek çıktığı gözlemlenmiştir.

BDB’nin Bilişsel Davranışçı Modeli’ne göre, bir tetikleyici sonucu, bireyler bedenlerine dair dikkatlerini artırır. Bununla birlikte, farklı kişilerin görünüşlerini nasıl değerlendirdikleri hakkında kaygılar yaşarlar, çünkü kendilerini ideal görünüşleriyle karşılaştırır ve bu ideale ulaşamadıkları için negatif duyguların ortaya çıkması gerçekleşir. Bununla birlikte depresyon, anksiyete şekildenegatif duygularla başa çıkabilmek için görünüşlerini değiştirmeye veya

kaçınmaya yönelik çeşitli güvenlik davranışları geliştirirler. Kısa vadede bu davranışlar işe yarasa da, temel durum değişmediği için bir tür kısır döngüye girer ve süreç tekrar etmeye devam eder (Veale, 2004: 115)..

Bilişsel Davranışçı Model'e göre, bireylerin bedenleriyle ilgili düşünceleri genellikle ideal bir görüntüye dayanmaktadır (Veale, 2004: 118).. birey, vücudunun genel olarak bu daha düzgün bir vücut ile kıyaslar ve eğer kendi vücudu ile ideal arasındaki fark büyükse, bu durum bedensel memnuniyetsizliği artırır. Sonuç olarak, bir dizi olumsuz psikolojik durum tetiklenebilir. Bu çalışmada, vücut yağ oranı ile ideal beden arasındaki farkın Beden Dismorfik Bozukluğu (BDB). belirtileri ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, bilişsel davranışçı modelin geçerliliğini desteklemektedir. Literatürde de BDB tanısı almış bireylerin mevcut ve ideal vücutları arasındaki belirgin farkların, benzer şekilde ortaya konduğu araştırmalar bulunmaktadır (Veale vd., 2003: 166)..

Ayrıca, birey vücudundan memnuniyetsiz kaldığında, bu durum olumsuz duyguların yaşanmasına yol açar. Birey aynı zamanda bedeninin başkaları tarafından nasıl değerlendirileceği konusunda kaygı duyar (Veale, 2004: 117).. Sosyal fiziksel kaygı, yani kişinin bedenini diğerlerinin gözünde sergilemekten duyduğu endişe, bu çalışmada incelenmiş ve BDB belirtileri ile anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

TARTIŞMA

Derleme makale yöntemi kullanılarak yapılan araştırmada çocuk ve ergenlerde beden dismorfik bozukluğun bdt ile incelemesinde etkili bir terapi yöntemi olarak kullanıldığı görülmektedir. Bununla birlikte bilişsel davranışçı terapi dışında farklı terapi yöntemleri de beden dismorfik bozukluğuna sahip çocuk ve ergenlerde kullanılmaktadır. Bunlar; psikodinamik tedavi, farmakoterapi, davranışçı terapidir. Hastaların tedavisinde önemli olan şey de gönüllü olmasıdır. Bu nedenle hastalarla iş birliği kurularak tedavilerine başlanmak daha doğrudur.

Beden dismorfik bozukluk geçmişten günümüze kadar genel ve kendini her durumda yenileyebilen bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Bununla birlikte beden dismorfik bozukluk bireyleri etkilemesi buna bağlı olarak tedavi yöntemlerinin de kullanımını da bireyler üzerinde şart kılmaktadır. Beden dismorfik bozuklukta eş tanı oranı yüksek ve bireylerin işlevselliklerinde ciddi bozulmalara yol açan, zamanında tedavi edilmediği sürece artarak devam eden ve kronikleşebilen artmış intihar oranlarına sahip bir bozukluktur. Bu nedenle de beden dismorfik bozuklukta erken tanı ve tedaviye hızlı doğru adımlar atarak başlamak oldukça önemlidir (Ak, 2010)..

Psikodinamik Tedavi: Hastanın belirtilerinin ardındaki çatışmanın anlaşılmasına, geçmişteki ailevi etkilerin belirlenmesine ve hastanın farkındalık kazanmasına destek olur (Bloch, 1988)..

Farmakoterapi: BDB tedavisinde ilk adımda SSRI grubu antidepresanlar kullanılmaktadır (Hollander, 1989).. Beden dismorfik bozukluk (BDB). üzerinde yapılan araştırmalarda, trisiklik antidepresanlar yerine SSRI'lerin daha iyi bir yanıt verdiği gözlemlenmiştir. Özellikle BDB'nin sanrısız türü üzerinde yapılan çalışmalarda, sanrıları olan hastaların %71,4'ünün fluvoksamin tedavisiyle düzelme sağladığı bulunmuştur (16.37).. Fluvoksamin tedavisi sırasında, hastalarda imgesel bozukluklar, kompulsif davranışlar, toplumsal kaçınma eğilimleri ve kaygı düzeylerinde anlamlı bir azalma gözlemlenmiştir (Brady ve vd. 1990).. Ayrıca, BDB belirtilerindeki iyileşmenin yanı sıra, hastaların depresyon puanlarında da belirgin bir düşüş kaydedilmiştir. Başlangıçta majör depresyonu olan ve olmayan hastaların fluvoksamine verdiği yanıtlar ise birbirine oldukça benzer bulunmuştur (Phillips, 1998)..

Yanıt, önceki majör depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk öyküsünden bağımsızdır. Fluoksetin ve klomipramin ile sağlanan iyileşme oranları sırasıyla %58, fluvoksaminle ise %67 olarak bildirilmiştir. Yanıt için ortalama dozlar sırasıyla 260 mg/gün fluvoksamin, 175 mg/gün klomipramin, ve 50 mg/gün fluoksetin olarak uygulanmıştır. Bu tedavi için genellikle ortalama 7-8 hafta süre gerekirken, ancak bu süre bazen 12-16 haftaya kadar uzayabilmektedir. Elde edilen bulgular, bedensel deformite bozukluğu (BDB). tedavisinde yanıt almak için SSRI'lerin, majör depresyon tedavisinden daha uzun süre ve daha yüksek dozlarda kullanılması gerektiğini göstermektedir. İlginç bir gözlem ise, BDB tanısı almış ve buna ek olarak belirgin bir bedensel kusuru bulunan iki olguda, fluvoksamin tedavisinin hem imgesel hem de gerçek kusurlarla ilgili takıntıları azalttığıdır. Bu gözlem, fluvoksaminin BDB tanısı olmayan, ancak gerçek bedensel kusura sahip hastalarda da bedensel görünümle ilgili takıntıları azaltmada etkili olabileceğini göstermektedir. Bu durum, doğuştan gelen anomalilere ya da kazalara bağlı gerçek bedensel kusuru olan bireylerde de SSRI tedavisinin bu takıntıları azaltmada faydalı olabileceğini düşündürmektedir (Aslan, 2000).. Beden dismorfik bozukluğun uygun ve etkili farmakoterapi ile hastalığın belirtilerinin iyileşmesi, işlevselliğin geri kazanılması ve depresif semptomların azalması hedeflenmektedir (Şimşek, 2020)..

Davranışçı Terapi: Bilişsel davranışçı terapi yöntemleri, sanrısız düzeyde ağır belirtileri olmayan hastalara uygulanabilir. Ancak belirtiler şiddetliyse, davranışçı yöntemlere geçmeden önce farmakoterapi ile hastanın durumu yatıştırılmalı ve ardından davranışsal yaklaşımlar devreye girmelidir. Sistemik duyarsızlaştırma, tepki geciktirme ve kaçınılan durumlarla yüzleşme gibi davranışçı teknikler uygulanmakta ve bu yöntemlerle başarılı sonuçlar elde edilmektedir. Ayrıca, bilişsel davranışçı yöntemlerin farmakoterapi ile birlikte kullanılması, tedaviye daha yüksek etkinlik kazandırmaktadır (Neziroğlu, 1993)..

Neziroğlu ve Veale (2008:28). tarafından geliştirilen Bilişsel Davranışçı Model'e göre, BDB'nin gelişiminde genetik, psikolojik ve sosyo-kültürel pek çok risk faktörü rol oynamaktadır. Psikolojik etkenlerden biri olarak mükemmeliyetçi kişilik yapısı dikkat çekmektedir (Philips, 2009:198).. Bunun yanı sıra, bireyin yaşamında başkaları tarafından yapılan olumsuz değerlendirmeler, ergenlik döneminde alaya maruz kalma gibi deneyimler veya kişinin dış görünüşüyle ilgili olumsuz düşünceler geliştirmesi, bozukluğun ortaya çıkmasında tetikleyici etkenler olabilir. Bu tür deneyimler bireyin dikkatini kendisine yönlendirmesine ve kendini bir estetik obje gibi algılamasına neden olabilir. Bu durum, kişinin bedenine yönelik farkındalığını artırır ve benlik değerlendirmelerini olumsuz yönde etkiler.

Bireyin kendine dair bu artan farkındalık, görünümle ilgili endişelerin yoğunlaşmasına neden olur ve kişi, rahatsızlık duyduğu bu durumu telafi etmek amacıyla çeşitli güvenlik davranışlarına başvurur. Örneğin, sürekli dış görünüşünü düzeltmeye çalışma veya görünümle ilişkili durumlardan kaçınma gibi davranışlar geliştirebilir. Bu süreçte kişinin duygu durumu da etkilenir ve utanma, tikslenme, kaygı ya da öfke gibi duygular ortaya çıkabilir.

Model çerçevesinde mükemmeliyetçilik, artan öz bilinç, sosyal görünüş kaygısı, beden imajı ile başa çıkma stratejileri (örneğin, görünüm düzeltme ve kaçınma davranışları). ile öfke, tikslenme ve korku gibi temel duyguların beden dismorfik bozukluğun ortaya çıkmasında rol oynadığı gözlemlenmektedir. Bu araştırmanın bu kısmında söz konusu tanımların beden dismorfik bozukluk semptomlarıyla nasıl ilişkilendiğine değinilmiştir.

Beden dismorfik bozukluk seviyesi ile sosyal görünüş anksiyetesiyle ilişkiyi incelemek için gerçekleştirilen çalışmada korelasyon ve regresyon analizlerine bağlı olarak, bu iki değişken arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Beden dismorfik bozukluk seviyesi yükseldikçe sosyal görünüş kaygısının yükseldiği bulunmuştur. Kişinin bedenine dair olumsuz algıları ve imajı arttıkça, sosyal ortamlarda görünümüne dair duyduğu kaygı da artış göstermektedir. BİBA ölçeğinden alınan puanlara bağlı şekilde ayarlanan yüksek ve düşük semptom grupları

karşılaştırıldığında, sosyal görünüş anksiyetesi düzeylerinin anlamlı şekilde farklılık gösterdiği bulunmuştur. Buna göre, BDB düzeyi yüksek bireylerin sosyal görünüş kaygısı düzeyleri de daha yüksek çıkmıştır.

Model aynı zamanda, beden dismorfik bozukluğuyaşayan kişilerin, sağlıklı kişilere kıyasla dış görünüşlerine daha fazla odaklandıklarını, diğer insanların kendileri hakkında ne düşündüğüne daha çok önem verdiklerini ve sosyal olarak beğenilme konusunda daha fazla kaygı yaşadıklarını ifade etmektedir. Araştırma bulguları da bu görüşü desteklemektedir. Nitekim, beden dismorfik bozukluk seviyesi yüksek olan kişilerin sosyal görünüş anksiyetelerinin buna bağlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Alan yazında bu sonuçları destekleyen başka çalışmalar da mevcuttur. Örneğin Anson, Veale ve Silvay (2012:753)., beden dismorfik bozukluk teşhisi konan kişilerin sosyal görünüş anksiyete düzeylerinin, normal bireylerden daha fazla olduğunu belirlemişlerdir.

SONUÇ

Beden dismorfik bozukluk genel olarak bireylerde ciddi derecede huzursuzluk, işlevsel bozukluk gibi sorunların ortaya çıkmasına neden olur. Bu durumun kişiler üzerinde kronikleşmesi ve süreklilik sağlaması bireyin hayat standartlarını düşürmesine ve kendine zarar verme gibi girişimleri, yüksek komorbidite oranları, zaman ve maliyet kaybına yol açmasıyla önem kazanmaktadır. Beden dismorfik bozukluk tanı, ayrıca tanı ve eş tanı konusunda dikkat edilmelidir. Bu durum ile ilgili psikiyatri dışındaki alanların da aklına gelmesi ve sorgulaması gereken bir bozukluktur. Bu konu üzerindeki sınıflandırma ve tedavi yöntemlerine dair hala bazı belirsizlikler bulunması, daha geniş örneklem gruplarıyla yapılacak büyük ölçekli araştırmalara duyulan ihtiyacı ortaya koymaktadır. BDD tedavisiyle ilgili olarak, SSRI grubu ilaçların birbirleriyle karşılaştırılması, BDT'nin diğer psikolojik tedavilerle kıyaslanması, sadece BDT ve yalnızca SSRI tedavilerinin ikisinin kombinasyonu ile karşılaştırılması, tedavi süresi ile tedavi sonrası prognozu etkileyen faktörlerin belirlenmesi gibi yeni çalışmalar yapılması gerekmektedir(Ray ve vd. 2012)..

Beden dismorfik bozukluk erken başlangıcı olan süregelen bir şekilde devam eden iş ve sosyal hayattaki işlevsellikte gözle görülebilen bozulmalara yol açan bir hastalıktır. Beden dismorfik bozukluk hayat boyunca farklı ruhsal hastalığın ya da hastalıkların eşlik etme oranları da yüksektir. Bu durumun beden dismorfik bozukluğunun kişi üzerinde bir belirti mi ya da bir hastalık mı olduğu sorusunu düşündürmektedir. İlaç tedavisi çalışmalarında, dismorfik belirtilerin depresif ve obsesif-kompulsif belirtilerden bağımsız bir şekilde tedaviye yanıt vermesi ve hastaların genellikle dismorfik belirtileri en ağır ve birincil yakınma olarak ifade ederek kliniğe başvurması, Beden Dismorfik Bozukluğu'nun (BDB). ayrı bir hastalık olduğunu desteklemektedir. Ayrıca, hastaların yalnızca BDB belirtileriyle kliniğe başvurmadığı, bunun yerine başka psikiyatrik bozukluklarla birlikte başvurduğu da gözlemlenebilir. Bu bulgular, BDB'nin daha sistematik bir şekilde incelenmesi, toplumdaki yaygınlığının belirlenmesi için toplum tabanlı araştırmalar yapılması, etyolojisinin anlaşılması ve özgül tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi adına plasebo kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu ortaya koymaktadır (Aslan, 2000)..

Yapılan araştırmalarda elde bireylerin saçlar, kilo, cilt ve sivilceler, göbek, kırıksıklıklar, leke ve yara izleri, burun, kalça ve basen gibi bölgelerinden rahatsızlık duydukları görülmektedir. Bilişsel davranışçı terapi ekolüne göre beden dismorfik bozukluk yaşayan kişilerin kendi görünüşleri ile ilgili düşünceleri olumsuz duygular yaratmakta ve düşünceleri zihinlerini kurcaladığı görülmektedir. Birey diğer kişilerin kendilerini izlemesinden kaygı yaşamakta bu sebepten dolayı da kaçınma davranışı gösterdiği görülmektedir. Buna bağlı olarak da görünüşlerini düzeltmek için bazı çabalar ortaya koydukları görülmektedir. Yapılan diğer

çalışmalarla birlikte tanı almayan bireylerde kendi kişisel görünümünü tanı alan bireyler gibi değiştirme çabası sergilemekte oldukları görülmüştür.

KAYNAKÇA

Abay, E. (2012).. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Kliniğinde yatan hastalarda beden dismorfik bozukluk eş tanısı (Uzmanlık tezi).. Trakya Üniversitesi, Edirne.

American Psychiatric Association. (1980).. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.).. American Psychiatric Association.

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

Anson, M., Veale, D., & de Silva, P. (2012).. Social-evaluative versus self-evaluative appearance concerns in body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(12), 753–760.

Aşkın, R. (1994).. Vücut dismorfik bozukluğu: 9 olgu. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1, 45–51.

Atmaca, M., Bingol, I., Aydin, A., Yildirim, H., Okur, I., Yildirim, M. A., Mermi, O., & Gurok, M. G. (2010).. Brain morphology of patients with body dysmorphic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 123(1), 258–263.

Biby, E. L. (1998).. The relationship between body dysmorphic disorder and depression, self-esteem, somatization, and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 489–499.

Bloch, S. (1988).. Psychotherapy and dysmorphophobia: A case report. *British Journal of Psychiatry*, 152, 271–274.

Brady, K. T., Austin, L., & Lydiard, R. B. (1990).. Body dysmorphic disorder: The relationship to obsessive compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 538–540.

Buhlmann, U., Glaesmer, H., Mewes, R., Fama, J. M., Wilhelm, S., Brähler, E., & Rief, W. (2010).. Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychiatry Research*, 178(1), 171–175.

Buhlmann, U., Marques, L. M., & Wilhelm, S. (2012).. Traumatic experiences in individuals with body dysmorphic disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(1), 95–98.

Carey, P., Seedat, S., Warwick, J., van Heerden, B., & Stein, D. J. (2004).. SPECT imaging of body dysmorphic disorder. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 16(3), 357–359.

Castle, D. J., & Rossell, S. L. (2006).. An update on body dysmorphic disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 74–78.

Conroy, M., Menard, W., & Fleming-Ives, K. (2008).. Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in adult inpatient setting. *General Hospital Psychiatry*, 30, 67–72.

Çakıcı, K., Mercan, Z., & Denizci Nazlıgül, M. (2021).. Beden imgesi ve ilişkili psikolojik kavramlar üzerine sistematik bir derleme: Etnik köken önemli midir? *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(4), 707–725

- Didie, E. R., Tortolani, C. C., Pope, C. G., Menard, W., Fay, C., & Phillips, K. A. (2006).. Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse & Neglect*, 30(10), 1105–1115.
- Doğan, T., Sapmaz, F., & Totan, T. (2011).. Beden imgesi baş etme stratejileri ölçeğinin Türkçe uyarlaması ve geçerlilik–güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12, 121–129.
- Faravelli, C., Salvatori, S., Galassi, F., Aiazzi, L., Drei, C., & Cabras, P. (1997).. Epidemiology of somatoform disorders: A community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 24–29.
- Feusner, J. D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Mancusi, L., & Saxena, S. (2010).. What causes body dysmorphic disorder: Research findings and a proposed model. *Psychiatry Annals*, 40, 349–355.
- Feusner, J. D., Townsend, J., Bystritsky, A., McKinley, M., Moller, H., & Bookheimer, S. (2009).. Regional brain volumes and symptom severity in body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 172(2), 161–167.
- Grant, J. E., Kim, S. W., & Eckert, E. D. (2002).. Body dysmorphic disorder in patients with anorexia nervosa: Prevalence, clinical features, and delusional quality of body image. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 291–300.
- Grant, J. E., & Phillips, K. A. (2004).. Is anorexia nervosa a subtype of body dysmorphic disorder? Probably not, but read on. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 123–126.
- Grant, J. E., & Phillips, K. A. (2005).. Recognizing and treating body dysmorphic disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17(4), 205–210.
- Hacıarif, A. (2015).. Yetişkin bireylerin beslenme durumlarının incelenmesi ve tıknırcasına yeme bozukluğunun belirlenmesi (Yüksek lisans tezi).. Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Hollander, E., Liebowitz, M. R., Winchel, R., Klumker, A., & Klein, D. F. (1989).. Treatment of body dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers. *American Journal of Psychiatry*, 146(6), 768–770.
- Hrabosky, J. I., Cash, T. F., Veale, D., Neziroglu, F., Soll, E. A., Garner, D. M., Strachan-Kinser, M., Bakke, B., Claus, L. J., & Phillips, K. A. (2009).. Multidimensional body image comparisons among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: A multisite study. *Body Image*, 6(3), 155–163.
- İzgiç, F., Akyüz, G., Doğan, O., & diğerleri. (2004).. Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 630–634.
- Jerome, L. (2001).. Dysmorphophobia and taphephobia: Two hitherto undescribed forms of insanity with fixed ideas. *History of Psychiatry*, 12, 345–357.
- Karamustafalıoğlu, K. O. (2018).. Temel ve klinik psikiyatri (Genişletilmiş 2. baskı).. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi.
- Kaytan, M. (2015).. Beden dismorfik bozukluğu belirtilerinin bilişsel davranışçı model doğrultusunda tanı almamış yetişkin bir örneklemde incelenmesi (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi).. Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- Koran LM, Abujaoude E, Large MD. The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS spectrums*. 2008. 13:316p-22p.

- Koran, L.M., Abujaoude, E., Large, M.D. ve Serpe, R.T. (2008).. ThePrevalence of Body DysmorphicDisorder in the United StatesAdultPopulation. *CNS Spectrums*. 13(4): 316- 322.
- Köroğlu E. Klinik Psikiyatri, ikinci Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2015. 250p61p.
- Monzani, B., Rijdsdijk, F., Anson, M., Iervolino, A.C., Cherkas, L., Spector, T. ve MataixCols, D. (2012).. A TwinStudy of Body DysmorphicConcerns. *PsychologicalMedicine*. 42(9): 1949-1955.
- Monzani, B., Rijdsdijk, F., Harris, J. ve Mataix-Cols, D. (2014).. TheStructure of GeneticandEnvironmental Risk FactorsforDimensionalRepresentations of Dsm-5 ObsessiveCompulsiveSpectrumDisorders. *JAMA Psychiatry*. 71(2): 182-189.
- Neziroglu F, Khemlani-Patel S, Yaryura-Tobias JA. Rates of abuse in body dysmorphicdisorderandobsessivecompulsivedisorder. *Body Image*. 2006. 3:189p-193p.
- Neziroglu, F., Khemlani-Patel, S. ve Yaryura-Tobias, J.A. (2006).. Rates of Abuse in Body DysmorphicDisorderandObsessive-CompulsiveDisorder. *Body Image*. 3(2): 189-193.
- Neziroğlu FA, Yaryura-Tobias JA: Exposure, responsepreventionandcognitivetherapy in thetreatment of body dysmorphicdisorder. *BehavTher* 24:431-38, 1993.
- NEZİROĞLU Fugen – KHEMLANI-PATEL Sony - VEALE David (2008).. “Social Learning TheoryandCognitiveBehavioralModels of Body DysmorphicDisorder”, *Body Image*, 5(1)., ss. 28-38.
- Osman, S., Cooper, M., Hackmann, A. ve Veale, D. (2004).. SpontaneouslyOccurringImagesandEarlyMemories in People with Body DysmorphicDisorder. *Memory*. 12(4): 428-436.
- Öngören, B. (2015).. Sosyolojik açıdansağlıklı beden imgesi. *Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 16(34)., 25-45.
- Phillips KA, Dwight MM, McElroy: Efficacyandsafety of fluvoxamine in body dysmorphicdisorder. *J ClinPsychiatry* 59:165-71, 1998.
- Phillips KA. Thebrokenmirror: Understandingandtreating body dysmorphicdisorder. Reviewedition. New York: Oxford UniversityPress. 2005.
- Phillips KA: Body dysmorphicdisorder: thedistress of imaginedugliness. *Am J Psychiatry* 148:1138-49, 1991.
- Phillips, K.A., Didie, E.R., Menard, W., Pagano, M.E., Fay, C. ve Weisberg, R.B. (2006).. ClinicalFeatures of Body DysmorphicDisorder in AdolescentsandAdults. *PsychiatryResearch*. 141(3): 305-314.
- Phillips, K.A., Menard, W., Fay, C. ve Weisberg, R. (2005).. DemographicCharacteristics, Phenomenology, ComorbidityandFamilyHistory in 200 Individualswith Body DysmorphicDisorder. *Psychosomatics*. 46(4): 317-325.
- Rauch, S.L., Phillips, K.A., Segal, E., Makris, N., Shin, L.M., Whalen, P.J., Michael, A.J., Verne, S.C., & Kennedy, D.N. (2003).. A Preliminary MorphometricMagneticResonanceImagingStudy of Regional Brain Volumes in Body DysmorphicDisorder. *PsychiatryResearch: Neuroimaging*. 122(1): 13-19.
- Ray, P. Ç., Demirkol, M. E., & Tamam, L. (2012).. Beden dismorfik bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(4)., 547-565.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri 11. Baskı (Çeviri editörü: Bozkurt A.).. Güneş Tıp Kitabevi. Ankara 2016;418p-427p.

Sungur M.Z. Beden dismorfik bozukluğu. Psikiyatri Dünyası 1999; 1:19-22.

Sungur MZ. Beden dismorfik bozukluğu. Psikiyatri Dünyası. 1999. 1:19p-22p.

Şimşek F. Plastik cerrahi polikliniğine başvuran başvuran hastalarda beden dismorfik bozukluğunun yaygınlığı, klinik özellikleri ve diğer psikiyatrik hastalıklarla birlikteliği. Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi. Uzmanlık Tezi. 2020.

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization. 1993.

Thomas CS. Dysmorphophobia: a question of definition. British Journal Psychiatry. 1984. 144:513p-16p.

Tihan AK. Beden dismorfik bozukluğunda klinik, sosyodemografik verilerin incelenmesi ve bilişsel işlevlerin nöropsikolojik testlerle değerlendirilmesi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi. Uzmanlık Tezi. 2010.

Veale D, Neziroğlu F. Body Dysmorphic Disorder a Treatment Manual. John & Sons, 2010:39-115.

Veale D. Body dysmorphic disorder. Postgrad Med J. 2004 80:67p-71p.

Veale, D. (2004).. Advances in a Cognitive Behavioural Model of Body Dysmorphic Disorder. Body image. 1(1): 113-125.

Veale, D. ve Neziroğlu, F. (2010).. Body Dysmorphic Disorder: A Treatment Manual. John Wiley & Sons.

Veale, D., Kinderman, P., Riley, S. ve Lambrou, C. (2003).. Self-Discrepancy in Body Dysmorphic Disorder. British Journal of Clinical Psychology. 42(2): 157-169.

Yıldırım, A. & Şimşek, H. (2006).. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri (6.Baskı).. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Article Arrival Date**29.04.2025****Article Published****20.06.2025****DİSSOSİYASYON (ÇÖZÜLME) BOZUKLUKLARI: TANIM, BELİRTİLER VE TEDAVİ YAKLAŞIMLARI ÜZERİNE BİR DERLEME****DISSOCIATION (DISSOLUTION) DISORDERS: A REVIEW ON DEFINITION, SYMPTOMS AND TREATMENT APPROACHES****Lila CEMGÜNAL¹, Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ²**¹Yakın Doğu Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji BölümüCorresponding Author, Orcid: [0009-0006-7666-0410](https://orcid.org/0009-0006-7666-0410)²Yakın Doğu Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü,Orcid: [0000-0002-0085-612X](https://orcid.org/0000-0002-0085-612X)**Özet**

Dissosiyatif bozukluklar bireyi birçok yönüyle etkileyen karmaşık ve çok yönlü bir ruhsal bozukluktur. Dissosiyatif kimlik bozukluğu, dissosiyatif amnezi, depersonalizasyon ve derealizasyon gibi türleri bulunmaktadır. Bu derleme çalışmasının amacı dissosiyatif bozuklukların ne olduğunu, nasıl tanımlandığını, belirtilerini ve tedavisin incelemektir. Yapılan bu çalışmada derleme yöntemi kullanılmış, herhangi bir ölçek kullanımı veya saha çalışması yapılmamıştır. Bu çalışmanın incelenmesinde Google Akademik veri tabanındaki makaleler, YÖK Tez'deki tezler ve konuyla ilgili olan kitaplar incelenmiştir. İncelenen kaynaklar sonucunda dissosiyatif bozuklukların çocukluk çağı travmalarına bağlı olarak ortaya çıktığı ve kesin olarak bir terapi programının olmadığı sonucuna varılmıştır. Tedavisinde ilaç ve psikoterapinin bir arada kullanılması gerektiği sonucuna varılmıştır. Ayrıca dissosiyasyonun yalnızca dissosiyatif bozukluklarda değil diğer patolojilerle birlikte de görülebileceği araştırmanın sonuçları arasında yer almıştır. Bu bağlamda erken tanı ve uygun psikoterapötik müdahalelerin önemli olduğuna dikkat çekilmekte ve bu konu hakkında yapılacak araştırmaların artırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dissosiyasyon, dissosiyasyon bozuklukları, dissosiyatif kimlik bozukluğu, derleme makalesi.

Abstract

Dissociative disorders are complex and multifaceted mental disorders that affect the individual in many ways. There are types such as dissociative identity disorder, dissociative amnesia, depersonalization and derealization. The aim of this review study is to examine what dissociative disorders are, how they are defined, their symptoms and treatment. In this study, the review method was used and no scale or field study was conducted. In the examination of this study, articles in the Google Scholar database, theses in YÖK Thesis and books on the subject were examined. As a result of the sources examined, it was concluded that dissociative disorders occur due to childhood traumas and there is no definite therapy program. It was concluded that medication and psychotherapy should be used together. In addition, it was among the results of the study that dissociation can be seen not only in dissociative disorders

but also with other pathologies. In this context, it is emphasized that early diagnosis and appropriate psychotherapeutic interventions are important and it is recommended to increase research on this subject.

Keywords: Dissociation, dissociation disorders, dissociative identity disorder, review article.

Giriş

Dissosiyasyon, parçalanmış ve birden fazla bilincin olduğu bir sistemin aşırı ve yoğun bir şekilde birleştirilmesi çabasıdır. Dissosiyasyon terimi ilk olarak Pierre Janet tarafından kullanılmıştır. Janet bu terimi kişilik bütünlüğünde bozulmalar yaşayan histerik nevrozlu kişilerde zaman içerisinde duyguların, düşüncelerin, anıların ve dürtülerin bilinçten kopmasını açıklayan bir süreç olarak tanımlamıştır. Zaman içerisinde bu kavram stresin oluşturduğu kaygıyla başa çıkmak için başvurulmuş bir savunma mekanizması olarak tanımlanmaya başlamıştır. Dissosiyasyon normal bir yapıda da anormal yani patolojik olan bir yapıda da bulunabilmektedir. Yaşamımızda özümüzü etkileyen birçok stresör olabilir ama bu stresörler ait oldukları yaşam olayından bağımsızlaşarak benliği tehdit edici birer unsur haline gelebilmektedir. Benlik de bu tehdit edici unsuru zihinsel olarak ayırtırmaya başlar ve bu ayırtırma sonucunda da benliğimizde yer alan algılama, davranım, düşünce, hatırlama gibi süreçlerde bozulmalara yol açabilmektedir. Stresöre maruz kalan bir kişinin ego gücü düşükse baş edebilme kapasitesinde de güçlük meydana gelip dissosiyasyonu şiddetli şekilde yaşayabilmektedir. Kişinin bu gibi şiddetli dissosiyasyon yaşadığı olaylarda da Dissosiyatif Bozukluklardan bahsedilebilmektedir (Balcıoğlu ve Balcıoğlu, 2018). Dissosiyatif Bozukluklar çocukluk çağı travmalarıyla en çok ilişkisi olan bozukluktur. Bu çalışmada da Dissosiyatif Bozuklukların çeşitleri, neden meydana geldiği, dünyada görülme sıklığı, belirtileri ve tedavi biçimleri ele alınmıştır.

158

Dissosiyasyon Bozukluklarının Tanımı

Dissosiyasyon (Çözülme) Bozuklukları çoğunlukla ağır geçirilen çocukluk çağı travmalarından kaynaklanan bir klinik bozukluktur. Bu bozukluğa yol açabilecek en ağır travmalar arasında çocuğun istismar edilmesi, cinsel birlikteliğe zorlanması veya çocuğa ağır şiddet uygulanması gibi sebepler yer alabilir. Bu bozukluğun ortaya çıkış sebebinin ise çocukluk döneminde yaşanan travmaya karşı tepkisel bir başa çıkma stratejisi olduğu düşünülmektedir (Şar vd., 2017). Dissosiyasyon Bozuklukları genelde özkıyım, kendine zarar verme alışkanlıkları, bilinç kayıpları, hafıza yitimi, dikkati toplamada güçlük, duygusal git gel yaşanması, öfke nöbetleri, kimliğin yitilmesi ya da karmaşılaşması, depresyon, anksiyete ve kişiler arası ilişkilerde bozulmalar gibi belirtilerle kendini gösterir (Öztürk, 2017). Dissosiyatif Bozukluklar insanı davranışsal, duygusal, bilişsel, algılama biçimi gibi birçok yönüyle etkileyen ruhsal bir hastalıktır. Dissosiyatif Bozuklukların, Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB), Depersonalizasyon, Derealizasyon, Dissosiyatif Amnezi ve BTA gibi türleri bulunmaktadır. Dissosiyatif Amnezi çoğunlukla rastlanılan Dissosiyatif Bozukluktur. Kişinin yaşamı ile ilgili ana olayları hatırlayamaması ile karakterize bir bozukluktur (Gölge, 2005). Şiddetli ve aktif olarak başlayıp sonlanabilmektedir dolayısıyla da iyileşme olasılığı en yüksek olan Dissosiyatif Bozukluk türüdür. Dissosiyatif Amnezi'yle birlikte en fazla görülen hastalık depresyondur. Depresyona bağlı olarak en fazla dikkate alınması gereken şey ise özkıyım ihtimalidir (Stern vd., 2016). Depersonalizasyonda kişi kendine yabancılaşmakta ve kendini dışarıdan olan başka birinin gözüyle görmeye başlamaktadır. Derealizasyonda ise depersonalizasyona benzer bir şekilde kişi çevresine ve çevresindeki objelere veya insanlara karşı yabancılaşmaya başlamaktadır. Dissosiyasyon Bozukluklarının sonuncusu ve en önemlisi ise Dissosiyatif Kimlik Bozukluğudur. Bu hastalık iki veya ikiden daha fazla kişiliğin geliştirilmesi ve bu geliştirilen farklı kişiliklerin birbirinden habersiz olması veya birbirini çok

az tanınmasıyla bilinen son dönemlerde sıklıkla karşılaşılan ve hatta filmlere çokça konu olan bir bozukluktur. Birbirinden habersiz olan bu kişilikler birbirine çok zıt olabilmektedir. Örneğin biri kadinken diğer kişiliğin erkek olduğu görülebilmektedir. Bireyin asıl sahip olduğu kişiliğine ev sahibi; geliştirdiği diğer kişiliklere ise alter denmektedir. Alterler yalnızca cinsiyet açısından değil dil ve kültürel alanda da birbirinden çok farklı olabilmektedir. Kimlik Çözülmesi yaşayan bireylerde çoğunlukla denk geline travma ise çocukluk çağı cinsel istismarıdır (Doğru, 2017). DKB'nin bulunduğu bireylerde genellikle homorbid olarak kişilik bozukluklarından Borderline da görülebilmektedir. Kişinin yaşadığı öfke duyguları ve öz zarardan dolayı Borderline'dan şüphelenilebilir. Ayrıca buna ek olarak da eski zamanların tanımlarıyla konuya yaklaşacak olursak da cin çarpması vb. gibi benzetmelerden dolayı da psikoz şüphesi uyandırabilecek türden bir bozukluktur (Şar, 2018).

Dissosiyatif Amnezi (DA)

Dissosiyatif Amnezi, bireyin stres oluşturabilecek nitelikte olan bilgileri hiç hatırlayamaması ve bu hatırlayamama sürecinin de normal bir unutkanlıkla açıklanamadığı bir durum olarak tanımlanmaktadır. Kişiye özgü olan bilgilerin bilince tekrar getirilmeye çalışıldığı aşamada sorunlar meydana gelmektedir. DA genellikle yaşanan travmanın hemen sonrasında ortaya çıkabilmekte ve buna eşlikçi olarak da baş ağrıları ve kişinin kendinden uzaklaşma duyguları yer alabilmektedir (APA, 2013). Dissosiyatif Amnezi'nin DSM 5'e göre tanı ölçütleri aşağıdaki tablodaki gibidir.

Tablo 1 DSM 5'e göre Dissosiyatif Amnezi Tanı Kriterleri

A. Normal bir hafıza kaybıyla açıklanamayacak düzeyde olan ve genellikle gerginliğe sebep olabilecek özellikteki kendi yaşamıyla ilgili olan bilgileri hatırlayamama.
B. Bu belirtiler sosyal ve mesleki işlevsellikte önemli bir düzeyde düşmeye sebep olur.
C. Bu belirtiler herhangi bir maddenin veya herhangi bir fiziksel sağlık sorununun etkisiyle daha iyi ifade edilemez.
D. Bu bozukluk herhangi bir dissosiyatif bozukluk, travma sonrası bozukluk, belirti bozukluğu veya bilişsel bir bozuklukla daha iyi açıklanamaz.
Not: Dissoiyatif Füg ile birlikte görüldüğü zaman amaçsız gezintiler veya kendini unutmayla karakterizedir.

159

(APB, 2022).

Depersonalizasyon / Derealizasyon Bozukluğu

Depersonalizasyon Bozukluğunda kişi kendini bedeninde ayrı bir yerde ve kendine yabancı bir şekilde görmeye başlamaktadır. Hastalar genellikle kendini bir rüyanın içindeymiş gibi görür. Kendine yabancılaşma sürecinde kişinin iç görüşü yerindedir ve bilinci açıktır. Bu yaşanan durumlar bir döngü içinde de gerçekleşebilmekte veya 1-2 saat gerçekleşme olasılığının imkânsız olduğunun farkında olduğu için bu durumdan fazlaca rahatsızlık duyabilmektedirler (Steinberg, 1991). Buna benzer şekilde Derealizasyonda da kişi çevresindeki dünyayı farklı veya gerçek dışı görmeye başlamaktadır. Depersonalizasyon/Derealizasyon Bozukluklarının DSM 5'e göre tanı ölçütleri aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 2 DSM 5'e göre Depersonalizasyon/Derealizasyon Tanı Kriterleri

1. Devamlı olarak kişinin kendine veya çevresine yabancı hissettiği anlar bulunmaktadır.
2. Gerçeği değerlendirme yetisi bozulmamıştır.
3. Bu belirtiler sosyal ve mesleki işlevsellikte belirli düzeyde azalmaya sebep olur.
4. Bu belirtiler herhangi bir madde kullanımıyla veya fizyolojik bir hastalıkla daha iyi açıklanamaz.
5. Bu belirtiler panik bozukluk, şizofreni, majör depresyon gibi bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

(APB, 2022).

Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB)

Dissosiyatif Kimlik Bozukluğuna bakıldığı zaman kendine özgü olan çok net tanı kriterleri olmasıyla birlikte bazen günümüzde nadiren de olsa diğer bozukluklarla karıştırılabilme olasılığı da vardır. Bu bozukluğun içerisinde birbirinden farklı alter adı altındaki kimlikler, bu kimlikler arasındaki geçişlerden dolayı yaşanan akıl tutulmaları, hafıza kayıpları veya dışarıya ve kendine yabancılaşma gibi belirtilerle kendini gösterebilmektedir. Bu bozukluğun temelinde esas olarak yer alan özellikler ise bireyin benliğinde meydana gelen dissosiyasyonlar yani ayrışma veya çözümlerdir. Bireyi her anlamda etkileyen ve kişinin bütün yönünü ele geçiren bir bozukluk olup kişinin kendiliği dışında oluşan birden çok kişilikler meydana gelebilmektedir. Bu kişilikler birbirinden çok farklı olup her birinin kendisine ait düşünceleri, zevkleri, özellikleri ve hatta cinsiyetleri bile olabilmektedir. DKB yaşayan bireyler genellikle oluşan diğer kimliklerden habersizdir ve onları yaşadığı anlarda hafıza kayıpları yaşayabilmektedir. Bazen çok ender de olsa diğer kimliklerden haberdar olabilmektedirler. Bu hastalığın oluşumundaki en önemli etkenin gelişimsel dönemde yaşanan travmalar veya çocuğu istismar etme yer alabilmektedir (Nijenhuis, 2015). DKB'nin DSM 5'e göre tanı ölçütleri aşağıdaki tablodaki gibidir.

160

Tablo 3 DSM 5'e göre Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu'nun Tanı Kriterleri

1. 2 veya 2'den daha fazla yaşanan kimlik bölünmesinin bulunması gerekmektedir. Bu belirtiler kimi kültürlerde cin çarpması olarak tanımlanabilmektedir. Bu davranışları başkaları tarafından fark edilebilir düzeydedir ve algılama, davranış, düşünce, ego gibi süreçlerde bozulmalara sebep olur.
2. Normal bir hafıza kaybıyla açıklanamayacak şekilde olan günlük yaşamdaki olayları hatırlayamama.
3. Bu semptomlar sosyal ve mesleki işlevsellikte düşmeye neden olur.
4. Bu belirtiler kültürün getirdiği bir gereklilik veya alışkanlık olamaz.
5. Bu belirtiler herhangi bir maddenin etkisiyle ya da fizyolojik bir hastalıkla daha iyi açıklanamaz.

(APB, 2022).

Başka Türlü Adlandırılmış Dissosiyatif Bozukluk

Bu durumdaki bireyler dissosiyatif bozuklukların belirtilerini gösterir ama bu belirtiler herhangi bir tanı kriteri için yeterli değildir. Bu durum genellikle acil bir şekilde tanı konulması gereken durumlarda konulabilir. Örneğin. Adli Vakalar.

Dissosiyasyon Bozukluklarının Etiyolojisi

Dissosiyasyon Bozukluklarının ortaya çıkış nedeni olarak birden fazla faktörün etkili olabileceği gözlemlenmiştir. Genetik faktörlerle birlikte yaşamın erken yıllarında ortaya çıkan travmatik yaşam olaylarının da Dissosiyasyona sebep olabileceği saptanmıştır. Bunun hakkında öne çıkan ilk düşünce genellikle çocuklukta yaşanan ağır istismarların neden olduğudur.

Biyolojik Etkenler

Dissosiyasyona neden olan faktörlerin arasında genetik faktörlerin de büyük rol oynadığı düşünülmektedir. Bireyler dünyaya geldikleri andan itibaren Dissosiyasyon'a karşı hassas veya daha dayanıklı olarak hayatlarına devam edebilmektedirler. Yapılan araştırmalarda şiddetli bir uyarıcıya maruz kalan bireylerin nöronlarında gerilemeler görüldüğü saptanmıştır. Yapılan bir diğer çalışmada ise Dissosiyasyon yaşayan hasta bireylerin frontal loblarında tahribat görülmüştür (Yetkin ve Öztürk, 2023). Lapointe ve ekibinin yapmış olduğu bir çalışmada Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu yaşayan bireylerin alterlerindeki geçiş sırasında frontal ve temporal loblarda beta aktivitesi saptanmıştır (Lapointe, vd.,2006). Yapılan bir MRI çalışmasında da Dissosiyasyon yaşayan hastaların diğerlerine göre daha küçük hipokampus ve amigdalaya sahip oldukları görülmüştür (Vermetten, Schmahl, vd., 2006). Çalışmalardan anlayabileceğimiz üzere bireyin yaşadığı dissosiyasyonun doğal olarak nasıl bir role sahip olduğu hakkındaki verilerde pek netlik bulunmamasıyla birlikte gelişimsel dönemlerde maruz kalınan stresin nörobiyolojik olarak etkisini gösteren birden çok çalışma vardır.

161

Sosyal Etkenler

Dissosiyatif Bozuklukların oluşmasındaki en önemli sebeplerden biri de çevresel etkenlerdir. Bunun sebebi Dissosiyatif Bozuklukların temelinde yatan birincil faktörün çocukluk döneminde yaşanan travmalar olmasıdır. Özellikle Dissosiyatif Amnezide sosyal faktörler çok büyük etkindir çünkü Amnezinin ortaya çıkmasında ağır stres çok önemli bir etkindir (Aktay ve Sayar, 2021). Yaşanan çocukluk çağı travmalarının başında da ensest olgusu gelmektedir. Ensest'in Dissosiyasyona etkisinin sosyal sebepleri içinde toplumun baskısı, ekonomik yoksulluk, çocuğun tehdit edilmesi, anne babanın ilişki sorunları, boşanmayı zorlaştıran kültürel etkenler veya yanlış bilinen inanışlar yer almaktadır. Çocuklar da bu yaşanan olayı bastırmak için bir savunma mekanizması olarak geliştirdiği alterleri kullanabilmektedir (Soner ve Aykut, 2017). Ayrıca çocukluk çağı travmalarına ek olarak da yetişkin asker erkeklerin yaşadığı savaş veya askerlik deneyimlerinin de dissosiyasyona sebep olabileceği düşünülmektedir.

Psikolojik Etkenler

Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu, Depersonalizasyon, Derealizasyon gibi belirtileri olan hastalarda genellikle travma öyküsünün olduğu bilinmektedir. Araştırmacılar bu hastalığı 3 farklı türde yaşanan psikolojik travmayla açıklamaya çalışmışlardır. 1.sinde çocuğun kendisine yönelik yapılan ihmal etme veya taciz ve şiddet gibi istismar türleri yer almaktadır. 2.sinde ise çocuğun direkt olarak kendisine yapılan bir istismar yoktur ama çocuğa dolaylı olarak travma yaratabilecek mutsuz aile, boşanma, şiddet gibi tablolar yer alabilmektedir. 3.ve son travma türü olarak çocuk kendi kontrolünde olmayan durumlarda travma yaşayıp tetiklenebilir. Örneğin doğal afetler, ağır rahatsızlıklar, göç gibi nedenler çocukta travmaya sebep olur

Dissosiyasyon yaşamasına zemin hazırlayabilmektedir (Yanık, 2018). Bu bilgilerin dışında günümüzden biraz daha geriye gidecek olursak psikanalitik görüşteki histeri kavramı aslında günümüzdeki dissosiyasyon ve buna benzer bazı bozuklukları tanımlamak için kullanılmıştır. Dissosiyasyonu histeriyle açıklamaya çalışan 2 önemli insan Janet ve Freud'tur. Janet'a göre hislerimiz, inanç mekanizmamız, dürtülerimiz ve belleğimiz beklenmeye bir aşırılık elde ederek zamanla körelmeye başlayan bilinçten çözülmeye başlamaktadır. Bu da dissosiyason (çözülme) dediğimiz kavramı ortaya çıkarmaktadır. Freud ise tam olarak bir dissosiyasyon tanımı yapmasa da histeriyi genel olarak bir savunma mekanizması olarak açıklamaya çalışmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2023).

Dissosiyasyon Bozukluklarının Epidemiyolojisi

Dissosiyasyon Bozukluklarının görülme sıklığı ve dünyadaki dağılımı kültürden ve toplumdan etkilenmektedir. Yapılan çalışmaların çoğunda Dissosiyatif Bozuklukların karakteristik belirtilerinin dünya genelinde ortak olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca Kuzey Amerika, Porto Riko, Batı Avrupa, Türkiye ve Avustralya'da yapılan bu çalışmalar DB'na sahip olan hastaların diğer bozukluklara oranla çok fazla çocukluk çağı travmasından bahsettikleri görülmüştür. Araştırma, çocukluk çağında cinsel (%57,1-%90,2), duygusal (%57,1) ve fiziksel (%62,9-%82,4) istismar ve ihmalin (%62,9) dissosiyatif hastaların yaşadığı en yaygın çocukluk çağı travma türleri arasında olduğunu göstermektedir (Sar, 2011). Son zamanlarda hastalığın görülme sıklığı arttığı için dolaylı olarak yapılan çalışmaların sayısı da artmıştır. Amerika ve Türkiye'de yapılan bazı araştırmalara göre hastanelerin psikiyatri servisine yatışı gerçekleşen hastaların %10'unda fazlasında Dissosiyatif Bozukluğun görüldüğü saptanmıştır. Fakat aynı zamanda Hollanda, Almanya ve İsviçre'de yapılmış olan çalışmalarda çıkan sonucun daha düşük olduğu belirlenmiştir (Şar vd., 2007). Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Türkiye'deki toplum ortalamasında %2-3, hastane yatışlarında ise %5 olduğu saptanmıştır. Bu oran Dissosiyatif Amnezi'de ise %7'ye çıkmaktadır. Depersonalizasyon ve Derealizasyon'da ise Türkiye'de yapılmış olan çalışmalarda bu oranın kadınlarda %2,4 olduğu saptanmıştır (Şar, 2013). Dissosiyasyon Bozukluklarının %100'lük gibi bir oranla çocukluk çağında başladığı ancak hastaların yalnızca %3'üne 12 yaş altında Dissosiyasyon tanısı konulabilmektedir (Kluft, 1984). Bu verilerden elde edilen bilgiler ışığında aslında toplumda dissosiyasyona sebep olabilecek çok fazla etken olmasına rağmen toplum ortalamasında görülme sıklığının pek de fazla olmadığı sonucuna varılmıştır. Bunun sebebinin ise Dissosiyatif Bozuklukların diğer patolojik hastalıklarda karıştırılma olasılığının yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Dissosiyasyon Bozukluklarının Belirtileri

Dissosiyasyon bireyde birçok alanda kendini göstermektedir. Bilinç, kimlik, algılama, duygulanım, motor beceriler ve davranım sorunları gibi birçok alanda bozulmalarla ortaya çıkan bir bozukluktur (APA, 2013). Aynı zamanda DB'a eşlik eden başlıca belirtilerin arasında depresyon, kaygı, özkıyım, odaklanmada zorluklar yaşanması, kişiler arası ilişkilerde ve sosyal yaşamda azımsanamayacak derecede yaşanan iletişim problemleri gibi sorunlar da yer almaktadır (Öztürk, 2017). Temel olarak Dissosiyatif Bozuklukların belirtileri 5 ana hatta toplanabilir. Bunlar: Amnezi, kimlik karışıklığı, kimlik değişimi, depersonalizasyon ve derealizasyondur. Ancak bu belirtileri ilk başta anlayabilmek zordur. Bu nedenle ilk kontrolde anlaşılabilecek semptomlar ikincil belirtiler olarak ele alınan pozitif (halüsinasyon) ve negatif (bedensel duyum bozuklukları) belirtilerdir (Ross vd., 1989). Bunlara ek olarak çözülme yaşayan bireylerin sıklıkla baş ağrısı sıkıntısı çektiği de bilinmektedir. Bu yaşanan baş ağrıların sebebinin ise alterler arasındaki geçişlerde yaşanan ufak çaplı hafıza kayıplarından meydana geldiği düşünülmektedir. Dissosiyatif Bozuklukların içinde yer alan Kimlik Çözülmesinde önemli bir diğer belirtiler ise yoğun bir şekilde yaşanan kaygıdır. Bu kaygıların sebebi alterler arasındaki geçişlere adapte olamamadır. Kaygının yoğunluğu o kadar yüksektir ki bireyi intihara bile sürükleyebilmektedir ve kimlik çözülmesi yaşayan bir birey dissosiyatif

kaygıyla kliniğe gittiği zaman genellikle devamında karşılaşılabilecek sorunun intihar olabileceği belirtilmektedir (Öztürk, 2009). Bu verilen bilgilere dayanarak dissosiyatif bozuklukların çok fazla belirtisi olmasıyla birlikte birçok psikopatolojik hastalıkla da eşzamanlı görülme olasılığının da çok fazla olduğu belirtilmektedir. Bunun yanında klinik görünümde de karakteristik belirtilerinin yanı sıra ikincil belirtilerin ön planda olmasıyla birlikte tanı konulabilmesi de risk taşıyan bozukluklardan biridir ancak son zamanlarda sıklığının artmasıyla birlikte de tanı koyabilme kolaylaşmıştır. (Akcan ve Öztürk, 2018).

Dissosiyasyon Bozukluklarının Kuramsal Temellerle Açıklanması

Psikanalitik Yaklaşım

Dissosiyatif Bozukluklara psikodinamik çerçeveden bakacak olursak, akla ilk gelen kişiler Freud ve Janet olmalıdır. Dissosiyatif Bozuklukları ilk kez derinlemesine ele alan Janet’a göre travma yaşadığımız anlarda bilinçdışımızda “sabit fikirler” adı verilen yeni bir hafıza katmanı oluşmaktaydı. Bahsedilen sabit fikirler yaşanan travmaların duygusal ve bilişsel yönünü kontrol ederek bunu kişilerin bilinç seviyesine gelmesine engel olmaya çalışmaktadır. Bunların sonucunda bu durum travmayı yeniden hatırlamaya, konverisyon sorunlarına, rüyalara ve hatta dissosiyatif kimlik bozukluğundaki alter denen farklı kişiliklerin ortaya çıkmasına bile etki edebiliyordu. Freud’la Breuer ise dissosiyasyonu ilk olarak histeri ile açıklamaya çalışmışlardır ve histeriyle bağlantılı olarak çocuklukta yaşanan travmatik olaylar üstünde durmuşlardır. Freud ve Breuer dissosiyasyonun asıl sebebinin histeri olduğunu ileri sürmüşlerdir (Dorahy vd., 2014). Psikanalitik kuramın dissosiyatif bozuklukları ele almasındaki diğer bir perspektif ise çocukluk çağlarında yaşanan cinsel saldırıların dissosiyasyona sebep olabileceğini ileri sürdüğü düşüncesidir. Freud sonrası dönemde Sandor Ferenczi saldırganla özdeşleşme gibi bir kavramı ortaya atarak bir kişinin kendisinin yaşadığı travmayı bir başkasına da neden yaşattığını anlamamızı sağlamaktadır. Bu durumu yaşayan çocuğun dış dünyadaki şeylerle ilişkisi silinebilir ve kendisini suçlayıcı bir hale bürünür (Beşiroğlu, 2024).

163

Bilişsel Davranışçı Yaklaşım

Bilişsel Davranışçı Yaklaşımda (BDT) temel amaç dissosiyatif bozukluğun birey üzerindeki travmatize edici etkisinin üstesinden gelmeleri sağlanmaktadır. Bilişsel Davranışçı yaklaşıma göre bireyler yaşadıkları travma sonrasında bilişsel çarpıtmaları bir savunma mekanizması olarak gösterir. Bilişsel çarpıtmalarla birey dünyaya yabancılaşmaya başlar ve dünyayı kötücül bir bakış açısıyla ele almaya başlar. Bu bakış açısı da kişinin dissosiyatif belirtiler göstermesine sebep olur. BDT bu hastalıkla çalışırken bazı stratejiler kullanır. BDT daha önce yaşanmış olan travmanın bireyde yaratacağı etkiyi minimum seviyeye indirmek için çalışır. Diğer bir yandan Bilişsel Davranışçı Yaklaşım dissosiyasyon ortaya çıktığı zaman bireylerin bu durumu tanıyıp yönetmesi üzerine çalışmaktadır. DKB kimliğin kaybolmasıyla karakterize bir bozukluk olduğu için bilişsel davranışçı yaklaşım kimliğin bütünlük kazanmasına yardımcı olmaya çalışmaktadır (Özen, 2024).

Nesne İlişkileri Kuramı

Nesne ilişkileri kuramını ortaya atan Melanie Klein Freud’çu bir bakış açısına yakın bir şekilde bu kuramı ele almıştır. Freud bölünme ve dissosiyasyon kavramlarını birbirine yakın bir şekilde açıklamaya çalışmıştır ama Klein bu bakış açısını değiştirerek bu 2 kavramı birbirinden tamamen ayırmıştır. Dissosiyasyon kavramını yaşanan ağır travma sonucu benliğin kendini korumaya almasıyla ilişkili olarak kullandığı savunma mekanizması olarak tanımlamıştır. Bölünme kavramını ise annenin iyi meme ve kötü meme özellikleri arasındaki zıtlaşmayla açıklamıştır. Annenin iyi meme özelliği ihtiyaçları gideren, gereken sevgiyi ve merhameti veren bir tarafken, kötü meme bazen aç bırakan ve ihmalkâr özellikler taşıyan taraftır. Bu 2 zıt özellik bir şekilde bölünmeye sebep olurken daha sonralarda çocuk iyi meme ve kötü meme

özelliklerini birleştirebilirse bölünme ortadan kalkmaktadır (Yetkin ve Öztürk, 2021). Nesne ilişkileri yaklaşımını açıklayan diğer bir neo-freudiyen kuramcı ise Donald Winnicot'tur. Winnicot'a göre dissosiyasyon benlik bütünleştirmesiyle ilgilidir. Bir bebek dünyada geçirdiği zaman içerisinde anne babasının veya bakımından sorumlu olan kişilerin onun ihtiyaçlarını gidermesiyle hayatta benlik bütünlüğü oluşturmaya yönelik bir destek görür. Bebek ilerleyen zamanda benliğini bütünleştirdiğinde kendisine ters olan negatif özellikleri veya yaşadığı travmaları dissosiyeye ederek kendini savunmaya alır. Dissosiyasyonu kullanarak benlik bütünlüğünü savunmaya almasıyla birlikte aslında benliğini farklı kısımlara bölmeye başlamaktadır (Howell ve Itzkowitz, 2017).

Dissosiyasyon Bozukluklarının DSM 5 Sınıflandırması ve Tarihçesi

Dissosiyasyon Bozukluklarının tarihinin psikolojinin modernleşmesinden de öncesine dayandığı ve her kuramcıyla ya da her değişen zamanla birlikte farklı bir şekilde tanımlandığı düşünülmektedir. Tarih öncesi zamanlara dayanan geçmişte de bu tip durumların kültürler tarafından cin çarpması veya insanın içine cin girmesi gibi doğa üstü kavramlarla açıklanmaya çalışıldığı düşünülmektedir. Bu konudaki modernleşen çalışmaları ilk olarak Pierre Janet yapmaya başlamıştır (Zoroğlu, 2021). APA'nın psikolojik hastalıkları tanımladığı ilk kitabı olan DSM 1'de ilk olarak psikonörolojik hastalıkların altında dissosiyatif tepkiler olarak yer almaktaydı. Bu tepkiler bir tür kişilik yapılanmasında yer alan düzensizlik veya nevrotik bir tepkidir. Bu tür düzensizlikler bireyde hareketisiz kalmaya veya nereye gideceğini bilmezmiş gibi bir vaziyete yol açabilmektedir. Bu tepkilerin depersonalizasyon mu, anksiyete mi, hafıza kaybı mı olduğu ancak tanı konulabilmeyle anlaşılabilir (APA, 1952). 1968'de yayınlanan DSM 2'de Dissosiyatif Bozukluklar nevrozların altında yer alan histerinin altında geçmekteydi. Histeri konversiyon tipli ve dissosiyatif tipli histeri olarak ikiye ayrılmaktaydı. Dissosiyatif tipli histeride hastanın kimliğinde amnezi, füğ veya kimlik bölünmesi gibi belirtiler meydana gelebilmektedir (APA, 1968). Artık 1980 yılında yayınlanan DSM 3'te Dissosiyatif Bozukluklar ayrı bir tanı grubu olarak yer almıştır ve Dissosiyatif Bozukluklar başlığı altında incelenmeye başlanmıştır. DSM' te bu bozukluk bilinç, kimlik veya davranışsal işlevlerde geçici veya kalıcı değişikliklerin meydana gelmesiyle karakterize olarak tanımlanmıştır. Bu değişiklikler kimlikte olduğu zaman bireyin asıl kimliği geçici bir süreliğine kaybolabilmektedir veya bu değişiklik bellekte olduğu zaman da anıları hatırlayamama gibi belirtiler görülebilmektedir. DSM 3'te amnezi, füğ, çoklu kişilik, depersonalizasyon ve tanımlanmamış olmak üzere 5 tür bozukluk bulunmaktaydı (APA, 1980). 1994'te yayınlanan DSM 4'te ise tanı ölçütlerinin son hali kesinleşmeye başlamıştır ve yapılan değişiklik çoklu kişilik yerine dissosiyatif kimlik bozukluğu kavramının kullanılmasıdır. Dissosiyatif Amnezinin DSM 4 tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir.

Tablo 4 DSM 4'e göre Dissosiyatif Amnezinin Tanı Kriterleri

A. Travmatik olayın normal dışı bir şekilde hatırlanmaması.
B. Herhangi bir maddenin veya fiziksel hastalığa bağlı değildir ve başka bir bozuklukla daha iyi açıklanamaz.
C. Sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulmaya sebep olur.

Tablo 5 DSM 4’e göre Dissosiyatif Füg’ün Tanı Kriterleri

A. Her şeyi unutmak ve hatta bulunduğu mekanları terk etmek.
B. Kimliği konusunda sorunlar yaşaması veya başka bir kimliğe sahip olma.
C. Yalnızca DKB ile meydana gelmemekte ve herhangi bir hastalığa bağlı olarak gelişmemektedir.
D. Toplumsal veya mesleki işlevsellikte bozulmaya neden olur.

Tablo 6 DSM 4’e göre Depersonalizasyon Bozukluğu Tanı Kriterleri

A. Kişi kendinden veya bedeninden uzaklaşır ve uzaktan kendisine bakıyormuş gibi hisseder.
B. İç görü yeteneği korunmaktadır.
C. Sosyal ve mesleki işlevsellikte düşmeye neden olur.
D. Herhangi bir bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Tablo 7 DSM 4’e göre Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu Tanı Kriterleri

A. Birden çok kimliğin meydana gelmesi durumu.
B. 2 kişilik kişiyi kontrol altında tutar.
C. Önemli özellikleri normal bir unutkanlıkla açıklanamayacak şekilde hatırlayamama.
D. Herhangi bir maddenin ve tıbbi bir durumla daha iyi açıklanamaz.
Not. Çocuklukta yaşanan hayali arkadaşla daha iyi açıklanamaz.

(APA, 1994).

Dissosiyasyon Bozukluklarının Tedavisi

Dissosiyatif Bozuklukları tedavi edebilmek için daha çok terapiler, bazı ilaçlar ve hipnoz gibi tedavi yaklaşımlarının kullanıldığı bilinmektedir. Bu yöntemlerin arasında en çok tercih edileni ise psikoterapilerdir. Dissosiyatif bozukluklarla birlikte görülebilen çeşitli hastalıklar da mevcuttur. Bunlara örnek olarak insomnia, anksiyete gibi hastalıklar verilebilir. Bu hastalıkları tedavi ederken ilaç tedavisine başvurulabilmektedir ancak direkt olarak dissosiyatif bozukluklara etki eden bir ilacın varlığı konusundaki araştırmalardan herhangi bir sonuç alınamamıştır. Son zamanlarda dissosiyatif bozukluğa sahip olan bireylerde hipnoz yöntemi de kullanılsa da en etkili çözümün ilaç destekli psikoterapi olduğu bilinmektedir (Öztürk, 2017). International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD) tarafından “Faz odaklı travma tedavisi” adı altında bir tedavi yaklaşımı daha sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır. Bu tedavi yaklaşımına göre dissosiyatif bozuklukları iyileştirmeye çalışırken stabilizasyon, travma ve entegre etme olmak üzere üç evre tekniği kullanılmaktadır (Chu vd., 2011). Stabilizasyon

aşamasında bireyin kaybettiği kontrolünü sabit tutmayı yani daha basit tanımıyla bireyin daha çok kontrolünü kaybetmemesi sağlanır. Travma çalışması aşamasında da yaşadığı olaya geri dönüp hissettiklerini tekrar hissetmesi, yas tutması sağlanmaktadır. Entegre etme aşaması ise oluşan yeni alterlere veya hastalığın getirdiği duygusal zorluğa alışma ve topluma yeniden kazandırılma süreci olarak tanımlanmaktadır (Öztürk, 2017). Bunlara ek olarak bir de DKB yaşayan hastalarda psikoterapilerde yaşanan bazı zorluklar meydana gelebilmektedir. Bu kişiler psikiyatri veya psikoloğu yanlış yönlendirebilmekte, alterleri arasında tercihler yapabilmekte ya da sahip olduğu eş tanılar sayesinde terapistini zor duruma sokabilmektedirler.

Yöntem

Yapılan bu çalışmada literatür taraması ile yapılan derleme yöntemi kullanılmıştır. Herhangi bir veri toplama aracı veya saha çalışmaları kullanılmamıştır. Derleme yöntemi belirli bir konu hakkında yapılmış olan çalışmaların gözden geçirilmesi veya taranmasıyla yapılan ve araştırmacıların tarafsız bir şekilde bir sonuç elde ettiği makale türüdür. Bu tür makaleler literatür taraması sonucunda incelemeler yapılarak hazır olan bilgilerin özetlenmesi veya analiz yapılması amacıyla yazılmaktadır (Karasar, 2016).

Araştırmada Google Akademik veri tabanındaki Türkçe ve İngilizce yayınlanmış makaleler, YÖK Tez'de bulunan tezler ve alanla ilgili olan kitaplar incelenmiş ve değerlendirilmiş olup tarama sürecinde herhangi bir tutarsızlık yaşamamak adına başlıkta geçen kelimeler kullanılarak basit bir gözden geçirme tekniği kullanılmıştır.

Bulgular

2023 yılında yapılmış olan bir yüksek lisans tezi çalışmasında 59 tane OSB tanısı koyulmuş ergenle yapılan çalışmada OSB ile görülebilecek olan TSSB belirtileri ve dissosiyasyon belirtileri incelenmiştir. Çalışmaya katılan hastalara Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Çocuk-Ergen Zorbalık Ölçeği-9 Kısa Form; Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi ve Çocukluk Çağı Otizm Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Bunların yanında da travmadan bahseden katılımcılara da ek olarak travmayı ölçen ölçekler uygulanmıştır. Çalışma sonucunda da katılımcıların %20,3'ünde travma geçmişi görülmüş ve travmayla dissosiyasyon arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (Dinçel, 2023). Bu çalışma OSB yaşayan bireylerde dissosiyatif yaşantıların önemli bir olgu olduğu ortaya konmuştur. OSB'li bireylerde yaşanan dissosiyasyonun büyük oranda travmaya bağlı gerçekleşmesi göz ardı edilemeyecek bir durumdur ve bu bulgular da daha önce yapılmış olan çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Ancak diğer çalışmalarla benzerlik göstermiş olmasına rağmen katılımcı grubunda kısıtlama getirdikleri için ve kullanılmış olan ölçüm araçlarının kişisel beyana dayanmasından dolayı bulguların büyük gruplara genellenebilirliği sınırlandırılmıştır.

Bu bağlamda 2022 yılında yapılmış olan randomize kontrollü bir çalışmada kompleks dissosiyatif bozukluklarda grup terapisinin etkililiği incelenmiştir. Bu çalışmada grup terapisi bireysel terapilere katkı sağlaması adına kullanılmıştır ve bunun sonucunda da grup terapisinin anlamlı düzeyde etkililiği saptanmamıştır. Buna ek olarak grup terapisi yalnızca daha iyi bir ruh sağlığına katkı sağlamış ve psikososyal işlevselliği de artırdığı gözlemlenmiştir. Bu derleme kapsamında incelenmiş olan OSB'li grupta görülen dissosiyatif belirtilerin travmaya bağlı olarak ortaya çıkmış olması Bækkelund ve arkadaşlarının çalışmasını destekleyecek niteliktedir (Bækkelund vd., 2022).

2009 yılında gerçekleştirilmiş olan karmaşık dissosiyatif bozukluklarla majör depresyonun karşılaştırıldığı çalışmada dissosiyatif bozuklukların travmalar, özkıyım oranları, bağlanma stilleri açısından önemli bir çalışmadır. Bu çalışma da daha önce yapılmış olan OSB'li grupta ve grup terapisi uygulanmış olan gruptaki çocukluk çağı travmalarına bağlı dissosiyatif belirti

görülmesi açısından benzerlik göstermektedir. Dissosiyatif bozukluk yaşayan bireylerde gözlemlenmiş olan kaygılı ve obsesif bağlanma stilleri, negatif benlik algısı ve işlevsel olmayan davranışlar OSB’li gruptaki sosyal ilişkilerde bozulmayla benzer düzeyde bir ilişki göstermiştir. Sonucunda da bu çalışma dissosiyatif hastaların tedavi edilmesinde kurulan ilişkinin terapinin gidişatı açısından ve hastanın güvenli bağlanabilmesi açısından çok önemli olduğunu göstermektedir (İslam, 2009).

2017 yılında yapılmış olan başka bir çalışmada DKB hastalarının alterleri arasındaki bilgi paylaşımı üzerinde bir deney yapılmıştır. Alterlerdeki bu bilgi aktarımının bazı hastalarda tamamen engellenebiliyor olması ve bazılarında da hiç engellenememesi DKB hastalarındaki dağılımın eşit olmadığını göstermektedir. Bu bulgular ışığında bakıldığında OSB tanısı almış olan gruptaki dissosiyatif belirtilerin de kişiden kişiye farklılık gösteriyor olması iki çalışma arasındaki bulguların benzerlik gösterdiğini kanıtlamaktadır. Sonucunda da bu çalışma dissosiyatif bozuklukların kişiden kişiye değişebileceğini, etkilerinin ve belirtilerinin değişiklik gösterebileceğini düşündürmektedir (Morton, 2017).

Bu konuda 2018 yılında yapılan kapsamlı bir meta analiz çalışmasında dissosiyatif belirtilerin yalnızca dissosiyatif bozukluklarda değil diğer psikopatolojilerle de birlikte görülebileceği ortaya konmuştur. 15000’den fazla katılımcı ile yapılan çalışmada 19 farklı tanı grubunda görülen dissosiyatif belirtiler incelenmiş bunların arasında da en fazla Konversiyon, TSSB ve Borderline’da dissosiyatif belirtiler olduğu ortaya çıkmıştır. Ancak bipolar bozuklukta alınan puanın diğerleri arasında en düşük olması (14,8) dissosiyatif belirtilerin her hastalıkta aynı oranda görülmediğini ortaya koymaktadır. Bu meta-analiz çalışması dissosiyatif bozuklukların yalnızca bir tanı grubu olarak değerlendirilmesi değil diğer patolojilerde de dikkat edilmesinin çok önemli olduğunu kanıtlar niteliktedir (Lyssenko vd., 2018).

Tartışma

Bu derleme çalışmasında Dissosiyatif Bozuklukların nasıl tanımlandığı, nasıl ortaya çıktığı, belirtileri ve tedavisinin nasıl olduğu incelenmiştir. Bu doğrultuda derleme makaleleri, tezler ve kitap bölümlerinden yararlanılmıştır. Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre dissosiyatif bozukluklar çoğunlukla çocukluk travmalarına bağlı olarak ortaya çıkmakta, kişiden kişiye belirtileri ve hastalığın gidişatı farklılık göstermekte ve tedavisinde de kesin olarak bir ilaç kullanımının etkililiğinden bahsedilememektedir. Bunun yanında başka bir belirtiyi tedavi edebilecek ilaçlar kullanılıp destekleyici psikoterapilerin varlığına ihtiyaç duyulmaktadır. Sonuç olarak dissosiyasyon benliğin parçalanması veya çözülmesi anlamına gelmektedir aslında bir savunma mekanizması olarak da değerlendirilebilmektedir ve bu bozukluğun ele alınış biçimi ve diğer hastalıklarla eş tanı alma durumu değişkenlik gösterebilmektedir. Araştırma kapsamında incelenen çalışmalara bakacak olursak; 2023 yılında OSB’li çocuklarla yapılan bir çalışmada OSB’de dissosiyasyonun görülmesinin sebebinin travmaya bağlı olduğu ortaya çıkmıştır (Dinçel, 2023). Aynı zamanda 2024 yılında yapılmış olan başka bir çalışmada da OSB sahip olan ergenlerde dissosiyasyonun görülebileceği ve bunun da çocuklukta yaşanan travmalara bağlı olarak ortaya çıkabileceği saptanmıştır (Dinçel ve Karayağmurlu, 2024).

2022 yılında yapılan çalışmada dissosiyatif bozukluklar üzerindeki grup terapisinin etkililiği incelenmiş ve bu bozukluğu tedavi etmede bireysel terapilerden daha fazla etkisi olduğu gözlemlenmiştir (Bækkelund vd., 2022). 2009 yılında yapılan başka bir derleme çalışmasında tedavi edilen dissosiyatif bireylerde depresyon, TSSB, kaygı ve özkıyım belirtilerinde azalmalar olduğu gözlemlenmiştir (Brand vd., 2009).

2009 yılında yapılan bağlanma stilleri ve dissosiyatif bozukluklarla ilgili olan çalışmada terapistin danışanla kurmuş olduğu bağın dissosiyatif hastanın güvenli bağlanabilmesi için önemli olduğu sonucuna varılmıştır (İslam, 2009). 2023 yılında yapılan başka bir çalışmada, dissosiyatif yaşantı seviyesi ile benliğin farklılaşması arasındaki ilişkinin, bireylerin psikolojik

ve kişilerarası işlevsellikleri üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Benliğin daha yüksek düzeyde farklılaşmış olması, bireylerin disosiyatif yaşantı düzeylerini ve kişilerarası problem çözme becerilerini olumlu yönde etkilemektedir (Yetkin ve Öztürk, 2023).

2017 yılında yapılan DKB çalışmasında alterlerin arasında bilgi aktarımının kişiden kişiye değiştiği sonucuna varılmıştır (Morton, 2017). 2019 yılında yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında ise sağlıklı bir insanın beyniyle dissosiyatif kimlik bozukluğuna sahip olan bir insanın beyin görüntülerinin aynı olmadığı sonucu ortaya çıkmıştır. Bu da DKB'nin teşhisinin daha da kolaylaşabileceği düşüncesini ortaya çıkarmıştır (Reinders vd., 2019).

2018'de yapılan meta analiz çalışmasında dissosiyatif belirtilerin yalnızca dissosiyatif bozukluklarda değil diğer patolojilerde de ortaya çıkabileceği sonucuna varılmıştır (Lyssenko vd., 2018). 2017 yılında yapılan başka bir çalışmada ise dissosiyatif belirtilerin şizofreni belirtilerine benzediği düşüncesi savunulmuş ve bu 2 hastalığın arasında çok fazla ortak yönün olduğu düşüncesine vurgu yapılmıştır (Renard, vd., 2017). Sonuç olarak anlaşılan şey ise dissosiyatif bozuklukları ele alırken tedavisini, eş tanısını ve bireylerde nasıl ortaya çıktığını da ele almak önemlidir.

Sonuç ve Öneriler

Dissosiyatif bozukluklar, benlikte çözümler, bozulmalar ve sosyal işlevsellikte azalmayla karakterize olan bir bozukluktur. Dissosiyatif bozuklukların DKB, dissosiyatif amnezi, depersonalizasyon ve derealizasyon gibi türleri bulunmaktadır. Yapılan derleme çalışması sonucunda bu bozukluğun genelde geçmişte yaşanan cinsel istismar gibi ağır çocukluk travmalarından dolayı ortaya çıktığı düşünülmektedir. Buna ek olarak bu bozukluklar TSSB, borderline, anksiyete gibi bozukluklarla da komorbid olarak görülebilmektedir. Dissosiyatif bozuklukların tedavisi konusunda kesin sonuçlar bulunmamakla birlikte ilaç ve psikoterapilerin belirtileri azalttığı görülmüştür ama hangi ilacın ve hangi psikoterapinin daha etkili olduğu sonucuna varılamamıştır.

İncelenen çalışmalara bakıldığında zaman dissosiyatif bozukluklar hakkında detaylı çalışmaların literatürde az yer kapladığı görülmektedir ve bu konu hakkında daha fazla çalışılma yapılması gerektiği önerilmektedir. Bu bozukluğun tedavisinde kullanılacak ilaçlar ve terapi yöntemleri hakkında daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Kaynakça

Akcan, G., & Öztürk, E. (2018). Dissosiyatif temel belirtiler ve temel psikoterapötik yaklaşımlar. In *Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon* (pp. 20–30). Türkiye Klinikleri.

Aktay, M. ve Sayar, G. H. (2021). Psikiyatrik bozuklukların psikososyal yönü. *Cyprus Turkish Journal Of Psychiatry & Psychology, Vol.3*(1), 1-8. [Doi:10.35365/ctjpp](https://doi.org/10.35365/ctjpp)

American Psychiatric Association, (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association,

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association Publishing.

APA (1952) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1st ed (DSM-I). Washington, DC, American Psychiatric Association.

APA (1968) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd ed. (DSM-II). Washington, DC. American Psychiatric Association.

- APA (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. (DSM-III). Washington, DC. American Psychiatric Association.
- APA (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV). Washington, DC. American Psychiatric Association.
- Bækkelund, H., Ulvenes, P. ve Arnevik, S. B. A. E. A. (2022). Group treatment for complex dissociative disorders: a randomized clinical trial. *Bmc Psychiatry*, 22(338).
- Balcıoğlu YH, Balcıoğlu İ. (2018), Dissosiyatif Bozuklukların Tanımı ve Tanı Ölçütleri. Öztürk E, editör. Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.8-13.
- Beşiroğlu, L. (2024). *Çözülme ayrışma dağılma*. Epsilon Yayın Evi.
- Brand, B. L., Classen, C. C. ve Zaveri, McNary, S.W., Zaveri, P. (2009). A review of dissociative disorders treatment studies. *The Journal Of Nervous And Mental Disease*, 197, 646-654.
- Chu, James A ve diğer. (2011) “International Society For The Study Of Trauma And Dissociation Guidelines For Treating Dissociative Identity Disorder In Adults, Third Edition”. *Journal Of Trauma And Dissociation*, 12.2, ss:115-187.
- Dinçel, M. (2023). *Otizm spektrum bozukluğu olan ergenlerde travma sonrası stres bozukluğu ve dissosiyatif bozuklukların araştırılması* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Üniversitesi.
- Dinçel, M., & Karayağmurlu, A. (2024). Otistik ergenlerde dissosiyatif semptomlar ve ilişkili faktörlerin incelenmesi. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 54(5), 2345–2357. <https://doi.org/10.1007/s10803-024-06374-7>
- Doğru, Ç. (2017). Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu-Çoğul Kişilik. Acıbadem Psikoloji. Erişim:30.03.2017, <http://www.acibadempsikoloji.com.tr/dissosiyatif-kimlikbozuklugu-cogul-kisilik/>.
- Dorahy, M. J., Brand, B. L., Şar, V., Krüger, C., Stavropoulos, P., & Martinez-Taboas, A. (2014). Dissociative identity disorder: An empirical overview. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 402–417. <https://doi.org/10.1177/0004867414527478>
- Gölge, Z. B. (2005).** Cinsel travma sonrası oluşan ruhsal sorunlar. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 42(1–4), 19–28. <https://doi.org/10.16919/npa.2005.42.1.19>
- Howell, E. F., & Itzkowitz, S. (2017). The dissociative mind in psychoanalysis. New York: Rowman.
- İslam, S. (2009). *Karmasık dissosiyatif bozukluk ve majör depresyonun aleksitimi, bilisel içgörü, kişilerarası bağlanma ve intihar eğilimi açısından karşılaştırılması* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Üniversitesi.experiences scale. *Am J Psychiatry*, 175(1), 37-44.
- John Morton (2017): Interidentity amnesia in dissociative identity disorder, *Cognitive Neuropsychiatry*, DOI: 10.1080/13546805.2017.1327848
- Karasar, N. (2016). Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramalar, İlker, Teknikler. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Kluft, RP. (1984): Treatment of multiple personality: a study of 33 cases. *Psychiatr Clin North Am* 7:9-29.
- Lapointe, A. R., Crayton, J. W., DeVito, R., Fichtner, C. G., & Konopka, L. M. (2006). Similar or disparate brain patterns? The intra-personal EEG variability of three women with multiple

personality disorder. *Clinical EEG and Neuroscience*, 37(3), 235–242.
<https://doi.org/10.1177/155005940603700314>

Lyssenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L. ve Vonderlin, R. (2018). Dissociation in psychiatric disorders: a meta-analysis of studies using the dissociative

Nijenhuis, E. R. S. (2015). *The Trinity of Trauma: Ignorance, Fragility and Control: The Evolving Concept of Trauma/The Concept and Facts of Dissociation in Trauma*. Vandenhoeck & Ruprecht.

Özen, Y. (2024). *Psikotravmatoloji ve dissosiyatif bozukluklar*. Akademisyen Yayın Evi.

Öztürk, E. (2017), “Travma ve Dissosiyasyon: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Psikoterapisi Ve Aile Dinamikleri”. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1. Baskı.

Öztürk, E. (2009). Dissosiyatif kimlik bozukluğunun psikoterapisi. *Psike Journal*, 2, 39–49.

Öztürk, E. (2017). Trauma and dissociation: Psychotherapy of dissociative identity disorder and family dynamics. In *Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon* (1st ed., pp. 8–13). Nobel Tıp Kitabevleri.

Öztürk, O. ve Uluşahin, A. (2023). Dissosiyatif bozukluklar ve bedensel belirti ile ilişkili bozukluklar. O. Öztürk ve A. Uluşahin (Ed.), *Ruh sağlığı ve bozuklukları* içinde (s. 383-387). Bayt.

Reinders, A. A. T. S., Marquand, A. F., Schlumpff, Y. R., Chalavi, S., Vissia, E. M., Nijenhuis, E. R. S., Dazzan, P. ve Veltman, J. D. (2019). Aiding the diagnosis of dissociative identity disorder: pattern recognition study of brain biomarkers. *The British Journal Of Psychiatry*, 215, 536-544. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.255>

Renard, S. B., Huntjens, R. J. C., Lysaker, P. H., Moskowitz, A., Aleman, A., & Pijnenborg, G. H. M. (2017). Unique and overlapping symptoms in schizophrenia spectrum and dissociative disorders in relation to models of psychopathology: A systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, 43(1), 108–121. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw063>

Ross, C. A., Heber, S., Norton, G. R., Anderson, D., Anderson, G., & Barchet, P. (1989). The dissociative disorders interview schedule: A structured interview. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 2(3), 169–189.

Sar, V. (2011). Epidemiology of dissociative disorders: an overview. *Epidemiology Research International*. [doi:10.1155/2011/404538](https://doi.org/10.1155/2011/404538)

Soner, S. ve Aykut, S. (2017). Dissosiyatif kimlik bozukluğu temelinde sosyal bir sorun: enest ve sosyal hizmet. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*.

Steinberg, M. (1991). The spectrum of depersonalization: Assessment and treatment. In A. Tasman & S. M. Goldfinger (Eds.), *Annual review of psychiatry* (Vol. 10, pp. 223–247). American Psychiatric Press.

Stern, T. A., Fava, M., Wilens, T. E., & Rosenbaum, J. F. (2015). *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry* (2. baskı). Elsevier

Şar V, Dorahy MJ, Krüger C. (2017), Revisiting the etiological aspects of dissociative identity disorder: a biopsychosocial perspective. *Psychol Res Behav Manag*, 10: 137–46.

Şar V. (2018), Dissosiyatif bozukluklar. In: Karamustafaloğlu O, ed. *Temel ve Klinik Psikiyatri*. 1st ed. Ankara: Güneş; 453-60

Şar, V. (2013). Dissosiyatif Bozukluklar. *Psikiyatri Ders Kitabı* içinde, R.Tükel, S.Çakır (eds), Nobel Yayıncılık, İstanbul, s.65-72.

- Şar, V., Akyüz, G. ve Doğan, O. (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Elsevier*, 169-176. [doi:10.1016/j.psychres.2006.01.005](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.01.005)
- Vermetten, E., Schmahl, C., Lindner, S., Loewenstein, R. J., & Bremner, J. D. (2006). Hippocampal and amygdalar volumes in dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 630–636. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.4.630>
- Yanık, M. (2018). Bölünmüş Zihinler: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğunun Tanı ve Tedavisi. İstanbul, İstanbul Tıp Kitapevleri.
- Yetkin, S. ve Öztürk, A. (2023). *Dissosiyasyon ile benliğin farklılaşması ve problem çözme becerileri arasındaki ilişki* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi.
- Zoroğlu, S. S., Akay, A., & Ercan, E. S. (Eds.). (2021). Çocuk ve ergenlerde dissosiyatif bozukluklar. In *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları* (2nd ed., pp. 253–270). Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatri Derneği.

Article Arrival Date
Date

01.05.2025

Article Published

20.06.2025

ANKSİYETE BOZUKLUKLARININ ETİYOLOJİSİ: GENETİK VE ÇEVRESEL FAKTÖRLERİN ROLÜ

ETIOLOGY OF ANXIETY DISORDERS: THE ROLE OF GENETIC AND ENVIRONMENTAL FACTORS

Serkan NACAĞ¹

¹Öğrenci, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Davranış Bilimleri Anabilim Dalı, Orcid: [0009-0008-9464-2747](https://orcid.org/0009-0008-9464-2747)

Özet

Anksiyete bozukluklarının etiyolojisi, karmaşık bir biyolojik, genetik ve çevresel etkileşim sonucu şekillenir. Bu bağlamda, çalışma, genetik faktörlerin ve çevresel stresörlerin bir arada nasıl çalıştığını inceleyerek, bireylerin kaygı bozukluklarına yatkınlıklarının nasıl şekillendiğini araştıracaktır. Genetik faktörlerin rolü, ikiz ve aile çalışmaları ile büyük ölçüde açıklanmıştır. Bu çalışmalar, kaygı bozukluklarının ailesel yatkınlık gösterdiğini ve genetik varyasyonların bu bozuklukların gelişiminde önemli bir rol oynadığını ortaya koymuştur. Özellikle serotonin, dopamin ve GABA gibi nörotransmitter sistemleriyle ilişkili genetik faktörler, anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir. Genetik varyasyonlar, bireylerin çevresel stres faktörlerine karşı duyarlılığını etkileyebilir ve bu durum, anksiyete bozukluklarının gelişmesinde önemli bir etken olabilir.

Çevresel faktörlerin etkisi, özellikle stresli yaşam olayları, travmalar ve çocukluk dönemi deneyimlerinden kaynaklanan olumsuz etkilerle ilişkilendirilmiştir. Aile içindeki olumsuz ilişkiler, erken yaşta yaşanan travmalar ve sosyal çevredeki destek eksiklikleri, bireylerin kaygı bozukluklarına yatkınlıklarını artırabilir. Çalışma, çevresel faktörlerin anksiyete bozuklukları üzerindeki etkisini incelerken, bireylerin psikolojik dayanıklılığı, baş etme mekanizmaları ve sosyal destek sistemlerinin bu süreçteki rolünü de ele alacaktır. Özellikle travmatik yaşam olayları ve çocukluk dönemi deneyimleri, bireylerin anksiyete bozukluklarına yatkınlıklarını artırabilir.

Bir diğer önemli odak noktası, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimidir. Çalışma, bu faktörlerin birbirini nasıl etkilediğini ve her iki faktörün birlikte nasıl bir araya gelerek anksiyete bozukluklarının gelişimine yol açtığını inceleyecektir. Genetik yatkınlık, çevresel faktörlerle birleşerek, bireylerin anksiyete bozukluklarını geliştirme risklerini önemli ölçüde artırabilir. Örneğin, genetik olarak anksiyete bozukluğuna yatkın bir birey, çevresel bir stres faktörü ile karşılaştığında daha yüksek bir risk altında olabilir.

Çalışmanın temel amacı, genetik ve çevresel faktörlerin anksiyete bozuklukları üzerindeki etkilerini anlamak ve bu etkileşimin tedavi süreçlerindeki yeri hakkında bilgi sunmaktır. Anksiyete bozukluklarının tedavisinde kişiselleştirilmiş yaklaşımlar geliştirmek, tedavi sürecini daha etkin hale getirebilir. Bu bağlamda, genetik ve çevresel faktörlerin rolünü belirlemek, bireysel tedavi stratejilerinin oluşturulmasına olanak sağlayacak önemli bir adımdır. Ayrıca, erken müdahale stratejilerinin geliştirilmesi ve anksiyete bozukluklarının önlenmesine yönelik yaklaşımlar, bu tür çalışmalardan elde edilen veriler ışığında daha sağlıklı

ve etkili bir şekilde tasarlanabilir. Çalışma, literatürdeki bilimsel araştırmaları derleyerek, genetik yatkınlık ve çevresel etkenlerin anksiyete bozukluklarının gelişimindeki rolünü ve bu faktörlerin nasıl etkileşimde bulunduğunu açıklamayı hedeflemektedir

Anahtar kelimeler: Anksiyete bozuklukları, çevresel etkenler, etiyoloji, genetik faktörler

Abstract

The etiology of anxiety disorders is shaped by a complex biological, genetic and environmental interaction. In this context, the study will investigate how genetic factors and environmental stressors work together to determine how individuals' predisposition to anxiety disorders is shaped. The role of genetic factors has been largely explained by twin and family studies. These studies have revealed that anxiety disorders show a familial predisposition and that genetic variations play an important role in the development of these disorders. Genetic factors related to neurotransmitter systems such as serotonin, dopamine and GABA in particular may pave the way for the emergence of anxiety disorders. Genetic variations may affect individuals' sensitivity to environmental stressors, and this may be an important factor in the development of anxiety disorders.

The effect of environmental factors has been associated with negative effects, especially those resulting from stressful life events, traumas and childhood experiences. Negative relationships within the family, traumas experienced at an early age and lack of support in the social environment may increase individuals' predisposition to anxiety disorders. While examining the effect of environmental factors on anxiety disorders, the study will also address the role of individuals' psychological resilience, coping mechanisms and social support systems in this process. In particular, traumatic life events and childhood experiences can increase individuals' predisposition to anxiety disorders.

Another important focus is the interaction of genetic and environmental factors. The study will examine how these factors affect each other and how both factors come together to lead to the development of anxiety disorders. Genetic predisposition, combined with environmental factors, can significantly increase individuals' risk of developing anxiety disorders. For example, an individual who is genetically predisposed to anxiety disorders may be at higher risk when faced with an environmental stressor.

The main purpose of the study is to understand the effects of genetic and environmental factors on anxiety disorders and to provide information about the place of this interaction in treatment processes. Developing personalized approaches to the treatment of anxiety disorders can make the treatment process more effective. In this context, determining the role of genetic and environmental factors is an important step that will allow the creation of individual treatment strategies. In addition, the development of early intervention strategies and approaches to the prevention of anxiety disorders can be designed more healthily and effectively in the light of the data obtained from such studies. The study aims to explain the role of genetic predisposition and environmental factors in the development of anxiety disorders and how these factors interact by compiling scientific research in the literature.

Keywords: Anxiety disorders, environmental factors, etiology, genetic factors

1. GİRİŞ

Anksiyete bozuklukları, insanların günlük yaşamlarında sıkça karşılaştıkları ve genellikle bireylerin işlevselliğini olumsuz etkileyen psikolojik rahatsızlıklardır. Dünya genelinde en yaygın ruhsal hastalıklar arasında yer alan bu bozukluklar, önemli psikolojik ve fizyolojik etkilerle bireylerin yaşam kalitesini ciddi şekilde düşürebilir. Anksiyete bozuklukları, çeşitli alt

türlerde (genel anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, spesifik fobiler, vb.) kendini gösterebilir ve genellikle korku, endişe ve kaygı gibi duygusal durumlarla karakterizedir. Anksiyete bozukluklarının etiyolojisi ise karmaşık bir yapıya sahiptir ve genetik, çevresel, biyolojik ve psikolojik faktörlerin etkileşimiyle şekillenir.

Anksiyete bozukluklarının genetik temelleri, bireylerin bu hastalıklara yatkınlıklarını belirleyen önemli bir faktördür. Birçok araştırma, anksiyete bozukluklarının ailevi bir geçmişi olduğunu ve genetik faktörlerin bu bozuklukların gelişiminde önemli bir rol oynadığını ortaya koymuştur. Anksiyete bozuklukları üzerinde yapılan genetik çalışmalar, bu bozuklukların kalıtsal geçişini incelemekte olup, bireylerin genetik yapılarındaki varyasyonların anksiyete bozukluklarıyla ilişkilendirilebileceğini göstermektedir (Hettema, Neale, & Kendler, 2001; Kendler, et al., 2004). Özellikle serotonin, dopamin ve GABA gibi nörotransmitter sistemlerinde bulunan genetik varyasyonlar, anksiyete bozukluklarının gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır (Tolin & Foa, 2006).

Bunun yanı sıra, çevresel faktörlerin de anksiyete bozukluklarının etiyolojisinde belirleyici bir rolü vardır. Özellikle stresli yaşam olayları, çocukluk dönemi travmaları, ebeveyn-çocuk ilişkileri ve sosyal destek eksiklikleri gibi çevresel etmenler, bireylerin kaygı düzeylerini artırabilir ve anksiyete bozukluklarının gelişmesine zemin hazırlayabilir (Borkovec, Alcaine, & Behar, 2002; Heim & Nemeroff, 2001). Çevresel faktörler, genetik yatkınlıkla etkileşime girerek anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasını tetikleyebilir.

Anksiyete bozukluklarının etiyolojisi üzerine yapılan araştırmalar, bu bozuklukların genetik ve çevresel etmenlerin bir arada değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Birçok çalışmada, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi üzerine yapılan incelemeler, bu iki faktörün birleşiminin bireylerin anksiyete bozuklukları geliştirme riskini önemli ölçüde artırabileceğini göstermektedir (Clark & Wells, 1995; Munafò & Brown, 2004). Ayrıca, biyolojik faktörler de anksiyete bozukluklarının gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Beyin yapılarındaki değişiklikler ve nörotransmitter seviyelerindeki dengesizlikler, kaygı bozukluklarının ortaya çıkmasında etkili olabilir (McEwen, 2006).

Anksiyete bozukluklarının tedavi süreci, genetik ve çevresel faktörlerin göz önünde bulundurulması gereken karmaşık bir süreçtir. Tedavi yaklaşımları, genetik yatkınlıkları göz önünde bulundurarak kişiselleştirilmiş olmalı ve çevresel faktörlerin etkilerini azaltmaya yönelik stratejiler geliştirilmelidir (Borkovec et al., 2002; Tolin & Hannan, 2012). Tedavi sürecinde, psikoterapi, farmakoterapi ve psiko-eğitim gibi yöntemlerin bir arada kullanılması, anksiyete bozukluklarının daha etkili bir şekilde yönetilmesini sağlayabilir (Barlow, 2002; Schruers et al., 2005). Anksiyete bozukluklarının etiyolojisini anlamak, bu bozuklukların tedavisinde ve önlenmesinde önemli bir adımdır.

Genetik yatkınlık ve çevresel etmenlerin etkileşimi hakkında daha fazla bilgi edinmek, kişiselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesi ve bireylerin tedaviye karşı duyarlılığının artırılması için önemli fırsatlar sunmaktadır. Bu bağlamda, bu çalışma, anksiyete bozukluklarının gelişimindeki genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimini inceleyerek, daha etkili tedavi stratejileri ve müdahale yöntemleri geliştirilmesine katkı sağlamayı amaçlamaktadır.

1.1. Anksiyete Bozuklukları

1.1.1. Anksiyete Kavramı ve Anksiyete Bozukluklarının Tarihsel Gelişimi

Anksiyete, organizmanın çevresel veya içsel bir tehdit karşısında geliştirdiği, hayatta kalmayı kolaylaştıran evrimsel bir uyarı sistemidir. Bu psikofizyolojik tepki, bireyin kendini potansiyel bir tehlikeye karşı koruma altına almasını ve gerekli önlemleri almasını sağlar (Barlow, 2002).

Tehdit gerçek olabileceği gibi, içsel çatışmalardan ya da bilişsel değerlendirmelerden de kaynaklanabilir.

Freud (1894), korku ile anksiyete arasındaki ayrımı ortaya koyarak bu alana önemli bir katkı sağlamıştır. Ona göre korku, dışsal bir tehdide verilen tepkidir; oysa anksiyete, içsel bir çatışma sonucu ortaya çıkar. Bu anlamda, anksiyete geleceğe yönelik ve anticipatuvar (beklentiye dayalı) bir nitelik taşıırken; depresyon, geçmişte yaşanan kayıplara verilen duygusal bir yanıtıdır (Freud, 1895).

Anksiyete sözcüğü, Hint-Germen kökenli "*angh*" kökünden türemiştir ve "boğmak", "sıkmak", "bunalmak" gibi anlamlar taşır (Etymonline, 2023). Kavramın tıbbi literatürde kullanılmaya başlaması 19. yüzyıl sonlarına dayanmaktadır. Ancak anksiyete temalı duyguların izleri, milattan önce 3000'li yıllarda yazıldığı tahmin edilen Gılgamış Destanı'nda bile görülmektedir. Bu destanda kahraman Gılgamış, ölüm karşısındaki çaresizliğini ve gelecek kaygılarını dile getirir (George, 2003).

17. yüzyılda Fransızca'da "angoisse", Almanca'da "angst" ve İspanyolca'da "anguista" kelimeleri, modern anlamda anksiyeteyi karşılamak için kullanılmıştır. Bu kelimeler genellikle iç sıkıntısı, panik hali ve yerinde duramama gibi durumları tanımlamak için tercih edilmiştir (Horwitz, 2013).

Hipokrat (M.Ö. 5. yy), psikiyatrik semptomların beyin kaynaklı olduğunu ileri sürerek anksiyetenin nörobiyolojik temellerine dair ilk düşünsel zemini oluşturmuştur. Uzun süre boyunca anksiyetenin fiziksel belirtileri, kalp hastalıkları, kulak çınlamaları ya da sindirim sorunları gibi çeşitli organik hastalıklarla ilişkilendirilmiş; psikolojik semptomlar ise melankoli başlığı altında ele alınmıştır (Shorter, 1997).

19. yüzyılın ortalarında Feuchtersleben, anksiyetenin bazı fiziksel hastalıklarla birlikte seyrettiğini gözlemlemiştir. Ardından Morel (1866), otonom sinir sistemindeki bozulmaların duygusal rahatsızlıklara yol açabileceğini ileri sürerek biyopsikososyal yaklaşımın öncüllerinden biri olmuştur (Morel, 1866).

Freud (1894), bu gelişmeleri takiben hem fiziksel hem psikolojik belirtileri içeren "anksiyete nevrozu"nu tanımlamış ve bu bozukluğu nevrasteni gibi diğer nevroz türlerinden ayırmıştır. Freud başlangıçta obsesyonel bozukluklar ve anksiyete nevrozlarının organik kökenli olabileceğini düşünse de ilerleyen yıllarda bu görüşünü değiştirmiştir (Freud, 1909).

Anksiyeteye dair klinik tablo zamanla netlik kazansa da, farklı anksiyete bozukluklarının birbirlerinden ayrılması ve ayrı tanı kategorileri olarak sınıflandırılması ancak 1960'lı yıllardan sonra mümkün olmuştur. Bu süreç, 1980 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği'nin yayımladığı DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Third Edition) ile tamamlanmış; anksiyete bozuklukları, özgül tanı ölçütleriyle tanımlanarak sistematik hale getirilmiştir (APA, 1980).

1.1.2. Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB)

Yaygın Anksiyete Bozukluğu'nun tarihsel temelleri, Freud'un 1894 yılında "anksiyete nevrozu"nu nevrasteniden ayırarak tanımlamasıyla atılmıştır. Freud'un tanımladığı bu bozukluk, dört temel klinik özellik içermektedir: (1) genel bir huzursuzluk hali ve kolay uyarılabilirlik (irritabilite), (2) sürekli süregelen kaygı ve endişe hali, (3) anksiyete atakları ve (4) bu belirtilere eşlik eden fobik kaçınma davranışları (Freud, 1894).

Freud'a göre bu bozukluğun temel belirti örüntüsü, geleceğe yönelik sürekli bir kaygı hali olan "anksiyeteli beklenti"ydi. Ayrıca bu durumun çoğunlukla obsesyon, histeri ve nevrasteni gibi diğer nevrotik bozukluklarla birlikte görüldüğünü ve bu karma yapıya "karışık nevroz" (mixed neurosis) adını verdiğini belirtmiştir. Anksiyete nevrozu kavramı, yaklaşık yetmiş yıl boyunca

klirik psikiyatri içerisinde geçerliliğini korumuştur. Ancak 1962 yılında Donald Klein’in imipramin adlı trisiklik antidepresan ilacı ile yaptığı çalışmalar sonucunda, panik bozukluğu ile yaygın anksiyete belirtilerinin farklı klinik tablolara ait olduğuna dair somut bulgular elde edilmiştir (Klein, 1964). Bu gelişme, anksiyete bozukluklarının alt tiplerinin daha ayrıntılı incelenmesi gerektiği yönündeki düşünceyi güçlendirmiştir.

1970’li yılların sonunda geliştirilen Research Diagnostic Criteria (RDC) sistemi, yaygın anksiyete bozukluğu ile panik bozukluğunu birbirinden ayıran tanı kriterlerini ilk kez açık biçimde ortaya koymuştur (Spitzer et al., 1978). Bu kriterler, Washington Üniversitesi merkezli çalışmalar çerçevesinde geliştirilmiş ve daha sonra DSM sistemine entegrasyonu sağlanmıştır. Sonuç olarak, 1980 yılında yayınlanan DSM-III ile birlikte yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluktan ayrılarak bağımsız bir tanı kategorisi olarak yerini almıştır (American Psychiatric Association, 1980).

1.2. Sosyal Anksiyete Bozukluğu

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB), bireyin başkalarının gözlemi altında olduğu sosyal ya da performans gerektiren durumlarda, küçük düşme, alay edilme veya olumsuz değerlendirilme korkusuyla yoğun ve sürekli kaygı yaşadığı bir anksiyete bozukluğudur (American Psychiatric Association [APA], 2013). Bu korkular bireyin sosyal ortamlardan kaçınmasına ya da bu ortamlarda belirgin sıkıntı yaşamasına neden olabilir.

Sosyal fobi kavramı ilk olarak 20. yüzyılın başlarında, özellikle performans temelli sosyal durumlarda yaşanan yoğun kaygı hâllerini tanımlamak için kullanılmıştır. Ancak bu durumun psikiyatrik bir tanı olarak sınıflandırılması 1980 yılında DSM-III’ün yayımlanması ile gerçekleşmiştir (Liebowitz, 1987). 1994 yılında yayımlanan DSM-IV’te ise bu bozukluğun tanısı, “sosyal fobi” teriminden “sosyal anksiyete bozukluğu”na çevrilerek daha kapsamlı bir hale getirilmiş, anksiyete semptomlarının klinik önemine dikkat çekilmiştir (APA, 1994).

176

1.2.1. Etyoloji

Sosyal anksiyete bozukluğunun etiyolojisi çok yönlü bir yapıya sahiptir. Genetik yatkınlık, nörobiyolojik süreçler, bireysel mizaç özellikleri, öğrenme deneyimleri ve çevresel etkiler bu bozukluğun gelişiminde rol oynayan temel unsurlar arasında yer alır (Stein & Stein, 2008).

Nörobiyolojik açıdan değerlendirildiğinde, noradrenerjik ve serotonerjik sistemlerdeki düzensizliklerin SAB’ye yatkınlık oluşturabileceği düşünülmektedir. Sınırlı tip SAB’de beta blokerlerin, yaygın tip SAB’de ise SSRI grubu antidepresanların etkili olması, bu iki nörotransmitter sistemin patofizyolojideki rolünü desteklemektedir (Davidson, 2001). Ayrıca, striatal dopamin reseptörlerinin bağlanma yoğunluğunda azalma olduğu ve bu durumun sosyal kaygıyla ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür (Schneier et al., 2000).

Genetik alışmalar da sosyal anksiyete bozukluğunda kalıtımın etkili olduğunu göstermektedir. Tek yumurta ikizlerinde ve birinci derece akrabalarda SAB görülme sıklığının genel popülasyona göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Hettema et al., 2005). Davranışsal kuramlar, sosyal kaygının öğrenilmiş bir tepki olabileceğini öne sürer. Bu görüşe göre SAB üç temel yol ile gelişebilir: doğrudan koşullanma, gözlemsel öğrenme ve bilgi aktarımı (Rapee & Spence, 2004).

Doğrudan koşullanmada birey, sosyal bir ortamda yaşadığı travmatik bir deneyim sonucunda bu tür durumları tehdit olarak algılamaya başlar. Gözlemsel öğrenmede birey, başkalarının sosyal ortamlarda yaşadığı olumsuz deneyimlere tanık olarak benzer korkuları içselleştirir. Bilgi aktarımı ise kişinin sosyal ortamlara dair olumsuz mesajları doğrudan ya da dolaylı olarak edinmesiyle gerçekleşir (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002).

1.2.2. Klinik Özellikler

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB), bireyin başkalarının bulunduğu sosyal ya da performans gerektiren ortamlarda olumsuz değerlendirilme kaygısı ile belirgin korku yaşaması ve bu durumlardan kaçınma davranışı göstermesiyle karakterizedir. Klinik olarak SAB, özgül tip ve yaygın tip olmak üzere iki ana alt tipe ayrılır. Özgül tipte, birey yalnızca belirli sosyal durumlarda (örneğin, topluluk önünde konuşma gibi) kaygı yaşarken; yaygın tipte ise birden fazla sosyal durumda belirgin bir kaygı ve kaçınma davranışı gözlemlenir (Stein & Stein, 2008).

SAB'li bireyler, yaşadıkları korkuların mantıksız ya da aşırı olduğunun farkındadırlar. Ancak buna rağmen bu ortamlara katlanmakta zorlanırlar ve ciddi bir psikolojik rahatsızlık hissederler (American Psychiatric Association [APA], 2013). Eğer bireyin korkusu, dış dünyada objektif olarak tehdit edici bir durumdan kaynaklanıyorsa —örneğin ciddi bir aşağılama ya da fiziksel tehlike varsa— o zaman SAB tanısı düşünülmemelidir.

Sosyal kaygının bir başka belirgin yönü, beklenti anksiyetesidir. Kişi, kaygı verici bir sosyal durum yaşanmadan günler veya haftalar önce bu durumu düşünmeye başlar ve yoğun kaygı belirtileri geliştirir (Rapee & Heimberg, 1997). Gerçek sosyal durumla karşı karşıya kaldığında ise, çarpıntı, terleme, kas gerginliği, gastrointestinal rahatsızlıklar, titreme (tremor), yüz kızarması, mide bulantısı ve bazen bilişsel dağınıklık (konfüzyon) gibi somatik belirtiler ortaya çıkabilir (Furmark, 2002).

SAB'ye genellikle eşlik eden psikolojik özellikler arasında; eleştirilme ya da reddedilmeye karşı aşırı duyarlılık, kişiler arası ilişkilerde kendini savunmada zorluk, düşük benlik saygısı ve değersizlik duyguları yer alır (Clark & Wells, 1995). Bu durumlar bireyin iş, okul, sosyal yaşam gibi birçok alanda işlevselliğini kısıtlayabilir.

1.2.3. Epidemiyoloji

Sosyal Anksiyete Bozukluğu (SAB), yaygınlığı açısından psikiyatrik bozukluklar arasında önde gelen hastalıklardan biridir. Özellikle majör depresif bozukluk ve alkol bağımlılığı sonrasında en sık görülen üçüncü psikiyatrik hastalık olduğu bildirilmektedir (Kessler et al., 1994).

Bu bozukluğun yaygınlığı kültürel, coğrafi ve sosyodemografik değişkenlere bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştirilen Epidemiologic Catchment Area (ECA) çalışmasında SAB'nin yaşam boyu görülme oranı %2,4 olarak saptanırken (Regier et al., 1988), National Comorbidity Survey (NCS) çalışmasında bu oranın 12 aylık dönem için %7,9 olduğu rapor edilmiştir (Kessler et al., 1994). Daha güncel bir veri olan NCS-R çalışmasında ise 12 aylık prevalans %6,8 olarak belirlenmiştir (Kessler et al., 2005).

Avrupa'da yapılan Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) kapsamında ise SAB'nin yaşam boyu yaygınlığı %7,8, son bir yıl içinde görülme oranı %4,8 ve son bir ayda görülme oranı %3,7 olarak bildirilmiştir (Bijl et al., 1998). Beş Avrupa ülkesini kapsayan ESMed çalışmasında ise yaşam boyu prevalans %2,8, 12 aylık prevalans ise %1,6 olarak daha düşük düzeylerde saptanmıştır (Alonso et al., 2004). Uzak Doğu ülkelerinde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda ise SAB'nin yaşam boyu yaygınlığının %0,5 gibi oldukça düşük olduğu dikkat çekmektedir. Bu durum, kültürel faktörlerin sosyal kaygı ile ilgili beyanlarda rol oynayabileceğini göstermektedir (Lee et al., 2007).

Türkiye'de üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir saha çalışmasında, SAB oranı %22 gibi oldukça yüksek bir seviyede tespit edilmiştir (Topal et al., 2009). Bu durum, genç yaş gruplarında, sınav stresi ve sosyal baskıların etkisiyle bozukluğun daha yaygın olabileceğini düşündürmektedir.

Ayrıca, cinsiyet farkı bakımından SAB kadınlarda erkeklere oranla yaklaşık 1,5 kat daha sık görülmektedir (Ruscio et al., 2008). Ancak, tedaviye başvurma davranışı erkeklerde daha yüksek olabilir, bu da sosyal işlevsellik üzerindeki etkilerin cinsiyetler arasında farklılaşabileceğini göstermektedir. SAB'nin özellikle genç yaşta başladığı, düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim seviyesi, bekar olma ve işsizlik gibi sosyal faktörlerle ilişkili olduğu da belirlenmiştir (Stein & Stein, 2008).

1.3. Anksiyete Bozuklukları ve Tıbbi Hastalıklar Arasındaki İlişki

Anksiyete bozuklukları ile tıbbi hastalıklar arasında önemli bir ilişki olduğu, çeşitli klinik çalışmalarda ortaya konmuştur. Literatürde, tıbbi rahatsızlıklarla birlikte en sık gözlemlenen psikiyatrik sorunların başında anksiyete bozukluklarının geldiği belirtilmektedir (Kapfhammer, 2006). Anksiyete, bazı durumlarda birincil psikiyatrik bozukluk olarak ortaya çıkabileceği gibi, tıbbi bir durumun seyri sırasında tetiklenmiş bir belirti ya da uygulanan tedavi protokollerinin yan etkisi olarak da gelişebilir (Katon, 1996).

Ani gelişen anksiyete semptomlarının, özellikle hastalığın ilerleyici doğası ya da uygulanan tedavilerin toksisite düzeyleriyle bağlantılı olup olmadığının ayrımı klinik açıdan önem arz etmektedir. Buna karşılık, süregen anksiyete bulguları bazı kronik hastalıkların kendine özgü semptomatolojisiyle karışabilir ve bu durum hastada var olan psikiyatrik bir tablonun da habercisi olabilir (Clarke & Currie, 2009).

Tıbbi hastalıklara sahip bireylerde anksiyete düzeyini yükselten temel unsurlardan biri, tanı ve tedavi sürecine dair yaşanan belirsizliklerdir. Hastanın yeterince bilgilendirilmemesi, hastalığın seyrinde beklenmedik gelişmeler yaşanması ya da tedavinin olumlu sonuçlar vermemesi, bireyde kaygı düzeyinin yükselmesine neden olabilmektedir (Walker et al., 2001).

Anksiyete bozuklukları birçok bedensel hastalığın fiziksel belirtilerine benzer semptomlarla kendini gösterebilir. Bu durum, klinik değerlendirmelerde psikiyatrik bozukluk ile tıbbi nedenlerin ayırt edilmesini güçleştirir. Anksiyete, çoğu zaman organizmanın hastalığa karşı verdiği doğal bir tepki olarak değerlendirilse de, eğer bireyin günlük yaşam işlevselliğini bozar, tedaviye uyumu düşürür ya da sosyal ilişkilerini etkilerse, bu durum psikiyatrik bir sorun olarak ele alınmalıdır (Kirmayer et al., 2004).

Özellikle hastane ortamında yatarak tedavi gören bireylerde anksiyete bozuklukları sıklıkla göz ardı edilmekte ve gerekli müdahaleler zamanında yapılmamaktadır. Bu durum, sadece bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemekle kalmaz; aynı zamanda tıbbi hastalığın prognozunu kötüleştirebilir ve hastanede kalış süresini uzatabilir (Baldwin, 2001). Anksiyete bozukluklarının en sık gözlemlendiği klinik birimler arasında onkoloji, cerrahi ve yoğun bakım servisleri yer almakta; özellikle ani gelişen ve yaşamı tehdit eden hastalıklar bu tabloya zemin hazırlamaktadır. Bununla birlikte, kronik hastalıklarda da anksiyete yüksek oranda görülen bir yakınma olarak karşımıza çıkmaktadır (NICE, 2011).

1.3.1. Anksiyete Bozuklukları ve Kardiyovasküler Hastalıklar

Anksiyete bozuklukları ile kardiyovasküler hastalıklar (KVH) arasında çift yönlü bir etkileşim olduğu uzun süredir bilinmektedir. Özellikle kalp hastalıklarının semptomatik hale geldiği durumlarda, anksiyete bozuklukları klinik olarak belirginleşmektedir. Göğüs ağrısı, çarpıntı, baş dönmesi ve nefes darlığı gibi kardiyak belirtiler, bireyde kaygıyı tetikleyebilecek otonom belirtilerle benzerlik gösterdiğinden, hastalar sıklıkla panik atak geçirdiklerini düşünebilmektedir (Thayer et al., 2012). Koroner arter hastalığına sahip bireylerde anksiyete bozukluklarının özellikle panik bozukluğu formunda ortaya çıktığı görülmektedir. Acil servise göğüs ağrısı şikâyetiyle başvuran hastaların yaklaşık üçte birinde (%34) panik bozukluğu tanısı konmuştur (Fleet et al., 2000).

Kardiyoloji kliniklerinde, gerek ayaktan takip edilen gerekse yatarak tedavi gören hastalarda panik bozukluk prevalansı %10 ile %50 arasında değişmektedir (Beitman et al., 1991; Coryell et al., 1992). Kardiyovasküler hastalıklar arasında panik bozukluğu ile sıklıkla ilişkili olan durumlardan biri de mitral valv prolapsusu (MVP)'dur. MVP hastalarında panik atak belirtilerine sık rastlanmakla birlikte, literatür bu iki durum arasında doğrudan bir nedensellik ilişkisi kurmamaktadır (Weissman et al., 1985).

Hipertansiyon hastalarında anksiyete semptomlarının görülme oranı oldukça yüksektir. Bu hasta grubunda yaşam boyu panik atak görülme sıklığı %35-39 arasında, panik bozukluk sıklığı ise %12-14 civarındadır (Davies et al., 2009).

Ayrıca, idiyopatik kardiyomiyopati hastalarının yaklaşık yarısında panik bozukluğu semptomları gözlenirken, panik bozukluğu tanısı almış bireylerin %20-23'ünde kardiyomiyopatiye rastlanmıştır (Katon, 1990). Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ile kardiyovasküler hastalıklar arasındaki ilişki de dikkat çekicidir. Türkiye'de yapılan geniş çaplı bir araştırmada kalp hastalığı ve hipertansiyon tanısı taşıyan bireylerin %12'sinde YAB saptanmıştır (Kılıç et al., 2007). Bu veriler, kronik kardiyak hastalıkların yalnızca fiziksel değil, psikolojik etkiler açısından da bütüncül değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

1.3.2. Anksiyete Bozuklukları ve Onkolojik Hastalıklar

Kanser tanısı almak, bireyin yaşamını köklü biçimde etkileyen travmatik bir deneyimdir ve anksiyete bozuklukları bu sürecin en sık eşlik eden psikiyatrik sonuçları arasında yer alır. Ölüm korkusu, fonksiyonel bağımsızlığın kaybı, beden imajının bozulması, ağrı çekme ve acı duyma gibi varoluşsal tehditler, kanserle ilişkili anksiyetenin temelini oluşturmaktadır (Holland & Alici, 2010).

Kanser türü, hastalığın evresi, tedavi edilebilirliği ve tümörün yerleşim yeri gibi klinik değişkenler anksiyete düzeyleri üzerinde doğrudan etkilidir. Özellikle hayati organlara yakın yerleşimli tümörler, daha yüksek anksiyete düzeyleriyle ilişkilendirilmiştir. Örneğin, meme kanseri nedeniyle mastektomi geçiren kadınlar, kadınlık kimliğinin tehdit altında olması nedeniyle daha yoğun anksiyete yaşayabilmektedir (Burgess et al., 2005).

Kanser hastalarında anksiyetenin başlıca tetikleyicilerinden biri, yeterli şekilde kontrol altına alınamayan ağrıdır. Ağrının hasta tarafından hastalığın ilerlediği, tedavinin başarısız olduğu veya ölümün yakın olduğu şeklinde yorumlanması, kaygı düzeylerini daha da artırmaktadır (Portenoy & Lesage, 1999).

Kanser hastalarında yapılan çeşitli çalışmalarda anksiyete bozukluklarının yaygınlığına dair farklı sonuçlar elde edilmiştir. Plumb ve Holland (1987), ileri evre kanser tedavisi görmekte olan hastaların yaklaşık %15'inde klinik düzeyde anksiyete bozukluğu bulunduğunu bildirmiştir. Diğer bir çalışmada ise panik bozukluğun görülme oranı %8 olarak rapor edilmiştir (Massie & Holland, 1990). Mehnert ve arkadaşlarının (2009) meme kanseri tanısı almış 1083 kadın üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, hastaların %38.2'sinde anlamlı düzeyde anksiyete belirtileri tespit edilmiştir.

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) da kanser tanısı sonrası görülebilen diğer önemli psikiyatrik bozukluklardan biridir. Alter ve arkadaşları (2006), kanser hastalarında TSSB'nin anlık yaygınlığını %4, yaşam boyu yaygınlığını ise %22 olarak saptamıştır. Türkiye'de yürütülen bir araştırmada ise 100 kanser hastasının %19'unda TSSB kriterlerini karşılayan semptomlar gözlenmiştir (Küçük, 2012).

Bu bulgular, kanser hastalarının sadece fiziksel değil, psikolojik yönden de bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmesi gerektiğini ve özellikle tanı anından itibaren psikiyatrik destek hizmetlerinin sürece entegre edilmesinin önemini ortaya koymaktadır.

1.3.3. Anksiyete Bozuklukları ve Endokrinolojik Hastalıklar

Endokrin sistem hastalıkları ile anksiyete bozuklukları arasındaki etkileşim, hem nörobiyolojik hem de psikososyal düzeyde çok katmanlıdır. Endokrin disfonksiyonun en erken belirtilerinden biri sıklıkla anksiyete semptomlarıdır ve bu nedenle bazı anksiyete tabloları altında endokrinopati varlığı gözden kaçırılabilir. Nitekim, anksiyete bozuklukları tanısı alan bireylerin yaklaşık %25’inde eşlik eden bir endokrin bozukluk saptanabilmektedir (Gold et al., 2006).

Tiroid bozuklukları bu ilişki ağının en dikkat çeken bileşenlerinden biridir. Hipertiroidi, artmış metabolik aktivite nedeniyle çarpıntı, huzursuzluk ve uyku bozuklukları gibi semptomlarla kendini gösterir; bu bulgular çoğu zaman yaygın anksiyete bozukluğunu (YAB) taklit eder (Teng et al., 2013). Hashimoto tiroiditi gibi otoimmün tiroid hastalıklarında hem yaygın anksiyete bozukluğu hem de sosyal anksiyete bozukluğu prevalansının genel topluma kıyasla daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Okura et al., 2012).

Hipotiroidide ise özellikle otoimmün süreçlerin merkezi sinir sistemi üzerindeki etkisiyle anksiyete semptomlarının geliştiği düşünülmektedir. Kathol (1990), hipotiroidili bireylerde anksiyete bozukluğu oranının %20 ile %33 arasında değiştiğini bildirmiştir. Akut hipotiroidizm olgularında bu oran %30-40’a kadar çıkabilmektedir (Ceresini et al., 2003). Hiperparatiroidizm olgularında ise artmış serum kalsiyum düzeylerinin ilk klinik işaretlerinden biri anksiyete olabilir. Hiperkalsemiye bağlı nöropsikiyatrik değişimler, hastalarda huzursuzluk ve panik benzeri semptomlara neden olabilmektedir (Silverberg et al., 2009).

Cushing sendromu gibi kortizol düzeylerinin aşırı arttığı durumlarda da anksiyete sıklıkla karşımıza çıkar. Literatürde anksiyete semptomlarının bu hasta grubunda %12 ile %79 arasında değişen oranlarda görüldüğü belirtilmektedir (Pivonello et al., 2015). Bu geniş aralık, hastalığın etiyojisine, süresine ve hastanın bireysel psikolojik özelliklerine bağlı olarak değişiklik gösterebilir.

Diyabet mellitus (DM) hastalarında da anksiyete prevalansı yüksektir. Diyabet tanısı almış bireylerin yaklaşık %40’ında anksiyete semptomlarının görüldüğü; ayrıca bu hastalarda panik bozukluk, obsesif-kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu gibi diğer anksiyete spektrumu bozukluklarının toplum ortalamasına benzer oranlarda bulunduğu bildirilmektedir (Grigsby et al., 2002). Bununla birlikte, diyabetli bireylerde yaygın anksiyete bozukluğunun anlık yaygınlığı %14, yaşam boyu yaygınlığı ise %21 olarak saptanmıştır (Anderson et al., 2001). Bazı çalışmalarda anksiyete düzeylerinin glisemik kontrol üzerinde olumsuz etkisi olduğu; buna karşılık, anksiyetenin uygun şekilde tedavi edilmesiyle kan şekeri regülasyonunun da iyileştiği ortaya konmuştur (Lustman et al., 2000). Bu veriler, endokrin bozuklukların psikiyatrik değerlendirmede göz önünde bulundurulmasının yalnızca tanısallık değil, aynı zamanda terapötik açıdan da kritik olduğunu göstermektedir.

1.3.4. Anksiyete Bozuklukları ve Cerrahi Müdahaleler

Cerrahi işlemler, hem fiziksel hem de psikolojik yönleriyle bireyler için ciddi stres kaynakları oluşturur. Özellikle cerrahi servislerde yatan hastalarda, operasyon öncesi ve sonrası dönemde anksiyete semptomlarının sıkça gözlemlendiği bilinmektedir. Ameliyat öncesi dönemde yüksek düzeyde anksiyete yaşayan hastalarda, postoperatif komplikasyon gelişme riski artmakta, hastanede kalış süresi uzamakta ve iyileşme süreçleri olumsuz etkilenmektedir (Carr et al., 2005).

Ameliyata dair bilinmezlikler, ölümle ilgili endişeler, bedensel bütünlüğün zarar göreceği korkusu ve potansiyel acı deneyimi, cerrahiye özgü anksiyetenin başlıca nedenlerini oluşturur (Johnston & Vögele, 1993). Bu süreçte halihazırda var olan anksiyete bozuklukları tetiklenebilir veya şiddetlenir. Özellikle panik bozukluğu ya da yaygın anksiyete bozukluğu tanısı olan hastalarda, tıbbi cihazlara karşı gelişen korkular ve prosedürel fobiler, tedavi

sürecinin etkinliğini azaltabilir. Örneğin, kapalı MR cihazları ya da damar içi enjeksiyonlar bu bireylerde yoğun kaygıya neden olarak teşhis ve tedavi süreçlerini sekteye uğratabilir (Mitchell, 2008).

Cerrahi alan ve tekniğe bağlı olarak anksiyetenin düzeyi de değişkenlik gösterebilir. Baş-boyun cerrahileri, sıklıkla estetik ve fonksiyonel bozulmalara yol açarak hastalarda beden imajına yönelik anksiyeteyi artırabilir. Göğüs ve kalp-damar cerrahilerinde, özellikle solunum cihazına bağlanma ve cihazdan ayrılma süreci yoğun kaygı uyandırabilmektedir. Bunun yanı sıra, tiroid veya adrenal cerrahiler gibi endokrin sistem girişimlerinden sonra hormonal denge değişiklikleri nedeniyle biyolojik düzeyde anksiyete semptomları tetiklenebilmektedir (Williams et al., 2015). Cerrahi sonrası dönem yalnızca fiziksel iyileşmeyle sınırlı olmayıp, bazı hastalarda psikolojik travma da bırakabilmektedir. Özellikle cerrahi travma sonrası gelişen akut stres bozukluğu tablosu, zamanla travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) haline dönüşebilir. Bu durum, bireyin yaşam kalitesini uzun vadede olumsuz etkileyebileceği gibi, gelecekteki sağlık hizmetlerinden kaçınma davranışlarına da yol açabilir (Foa et al., 2006).

1.3.5. Anksiyete Bozuklukları ve Solunum Sistemi Hastalıkları: Psikofizyolojik Bir Etkileşim

Solunum sistemi hastalıkları, hem fizyolojik hem de psikolojik açıdan hastaları önemli ölçüde etkileyen kronik hastalık gruplarındandır. Bu hastalıkların seyrinde, yalnızca fiziksel semptomların değil, aynı zamanda psikiyatrik belirtilerin de belirgin şekilde ön planda olduğu görülmektedir. Özellikle anksiyete bozuklukları, solunum sıkıntısının ortaya çıkışını kolaylaştırmakta ve mevcut solunumsal belirtilerin şiddetini artırmaktadır (Kunik et al., 2005).

Araştırmalar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), astım ve diğer kronik solunum yolu hastalıklarında anksiyete düzeylerinin normal popülasyona göre anlamlı derecede yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Örneğin, Üskül ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği bir çalışmada hastaların %74'ünde orta, %10'unda ise ağır düzeyde anksiyete tespit edilmiştir (Üskül et al., 2007). Benzer şekilde, Withers ve arkadaşları da inceledikleri hastaların yaklaşık %29,2'sinde klinik düzeyde anksiyete bozukluğu bulunduğunu bildirmiştir (Withers et al., 1999). KOAH'lı bireylerde Beck Anksiyete Envanteri ile yapılan değerlendirmelerde de hastaların yaklaşık üçte birinde anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır (Yohannes et al., 2010).

Solunum sistemi hastalıklarında özellikle yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve panik bozukluk birlikteliği dikkat çekmektedir. Bu durumun fizyolojik bir temeli olduğu düşünülmektedir; zira solunum yolu obstrüksiyonunun yol açtığı hiperkapni, merkezi sinir sisteminde CO₂'ye duyarlı kemoreseptörleri uyarak panik semptomlarını tetikleyebilmektedir (Nixon et al., 2013). Astım hastalarının yaklaşık %30'u ve KOAH'lı hastaların %16-34'ü panik bozukluk tanı kriterlerini karşılamaktadır (Livermore et al., 2008).

1.3.6. Anksiyete Bozuklukları ve İskelet Kas Sistemi Hastalıkları

Anksiyete bozuklukları ile kronik kas-iskelet sistemi hastalıkları arasındaki ilişki, özellikle kronik ağrının varlığıyla birlikte daha da belirgin hale gelmektedir. Kronik ağrı yalnızca fiziksel bir semptom değil, aynı zamanda bireyin psikolojik durumunu doğrudan etkileyen bir stres kaynağıdır. Psikiyatrik değerlendirmelerde, panik bozukluğu tanısı alan bireylerin yaklaşık %40'ında kronik ağrı şikayetlerinin eşlik ettiği bildirilmiştir (Roy-Byrne et al., 1999). Ulusal Komorbidite Araştırması (National Comorbidity Survey – NCS) verilerine göre, kronik ağrı ile panik bozukluk arasında anlamlı ve güçlü bir ilişki bulunmaktadır (McWilliams et al., 2003).

İnflamatuvar yapılı romatolojik hastalıklar, özellikle romatoid artrit (RA) ve ankilozan spondilit (AS), yüksek düzeyde anksiyete ile ilişkilendirilmektedir. RA'lı hastalarda yapılan çeşitli çalışmalarda, anksiyete bozukluklarının hem depresyon kadar yaygın olduğu hem de hastalık seyrine ve tedaviye uyuma olumsuz etkilerde bulunduğu ortaya konmuştur (El-Miedany et al.,

2004). Klinik görüşmelerin esas alındığı araştırmalarda RA hastalarında anksiyete bozukluğu yaygınlığı %25 civarında belirlenmiştir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş; RA tanısı almış 90 hastada anksiyete bozukluğu oranı %25 olarak saptanmıştır (Uğuz et al., 2009).

Fibromiyalji sendromu ise psikiyatrik bozukluklarla olan ilişkisi nedeniyle dikkat çeken bir diğer kas-iskelet sistemi hastalığıdır. Fibromiyaljili bireylerde anksiyete bozukluklarının yaygınlığı geniş bir aralıkta değişmekte olup %48 ila %77,3 arasında rapor edilmiştir (Arnold et al., 2006). Uğuz ve arkadaşlarının fibromiyalji hastalarıyla gerçekleştirdiği çalışmada, hastaların %32'sinde anksiyete bozukluğu tanısı konulmuştur (Uğuz et al., 2008).

1.3.7. Anksiyete Bozuklukları ve Nörolojik Hastalıklar

Nörolojik hastalıklar, hem yapısal hem de işlevsel düzeyde merkezi sinir sistemini etkileyerek psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu hastalıkların kronik seyri, tedaviye kısıtlı yanıt ve ilerleyici işlev kayıpları, anksiyete bozukluklarının bu hasta grubunda sık görülmesinde önemli rol oynamaktadır.

Serebrovasküler olaylar (SVO) sonrası dönemde, özellikle inmenin akut fazında, anksiyete belirtileri sık görülmektedir. Fure ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, inme sonrası ilk hafta içinde hastaların %26,4'ünde anksiyete bozukluğu saptanmıştır (Fure et al., 2006). Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), SVO geçiren bireylerde %20'nin üzerinde bir yaygınlıkla görülmektedir (Ayerbe et al., 2014). Özellikle frontal korteks ve striatum lezyonları, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) gelişimine zemin hazırlayabilmektedir (MacLean et al., 1993).

Epilepsi hastalarında ise anksiyete, nöbet geçirme korkusu, sosyal kısıtlılık ve tedavi rejimlerinin yarattığı baskılarla ilişkili olarak gelişmektedir. İnteriktal dönemde anksiyete prevalansı %66'ya kadar çıkabilmektedir (Caplan et al., 2008). Panik bozukluk, özellikle parsiyel ve jeneralize epilepsilerde daha yaygındır ve bu oran %5-21 arasında değişmektedir (Bragatti et al., 2010). OKB ise epilepsili hastalarda %10,9 oranında saptanmış; bu oran temporal lob epilepsisinde %22'ye kadar çıkarken, diğer epilepsi türlerinde daha düşük bulunmuştur (Monaco et al., 2005; Ertekin et al., 2009).

Migren ve gerilim tipi baş ağrısı olan bireylerde de anksiyete bozukluklarının yaygınlığı genel popülasyona göre daha yüksektir. Ancak bu iki durum arasındaki nedensel ilişkinin mekanizması henüz tam olarak aydınlatılamamıştır (Buse et al., 2013).

Parkinson hastalığı (PH) da anksiyete bozukluklarının sık görüldüğü nörodejeneratif hastalıklar arasındadır. PH'li bireylerde yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk ve sosyal fobi en sık rastlanan tanılar arasındadır. Bu hastalarda anksiyete prevalansı %20 ile %40 arasında değişmektedir (Richard et al., 2013). Lauterbach ve Duvoisin, PH hastalarında panik bozukluğun yaşam boyu yaygınlığını %7,9 olarak bildirirken (Lauterbach & Duvoisin, 1991), Nuti ve arkadaşları bu oranı %30 olarak bulmuşlardır (Nuti et al., 2004).

Multipl skleroz (MS) hastalarında ise bilişsel işlevlerdeki bozulmalar, hareket kabiliyetindeki azalma ve hastalığın belirsiz seyri anksiyeteye zemin hazırlamaktadır. Literatürde, MS hastalarında anksiyete bozukluklarının yaygınlığı %25 ile %41 arasında bildirilmiştir (Chwastiak & Ehde, 2007). Psikiyatrik görüşmelere dayanan çalışmalarda yaşam boyu anksiyete bozukluğu oranı %36 olarak saptanmıştır. En sık görülen tablo YAB olup, bu bozukluğun yaşam boyu yaygınlığı %18,6'dır. MS hastalarında panik bozukluk ve OKB sıklığının da normal popülasyona göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Korostil & Feinstein, 2007).

1.3.8. Anksiyete Bozuklukları ve Dermatolojik Hastalıklar

Dermatolojik hastalıklar, yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikolojik açıdan da hastaların yaşam kalitesini derinden etkileyen kronik durumlar olup, bu hastalıklarla psikiyatrik bozukluklar arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Psikodermatoloji alanındaki çalışmalar, cilt hastalıklarına sahip bireylerde anksiyete bozukluklarının yaygınlığını açıkça ortaya koymaktadır.

Woodorff ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği çalışmaya göre, dermatolojik hastalığı bulunan bireylerin yaklaşık %35'inde anksiyete bozukluğu mevcuttur (Woodorff et al., 2007). Psöriazisli bireylerde bu oran %48'e, atopik dermatitli hastalarda ise %39'a kadar çıkmaktadır (Kimball et al., 2005). Bu yüksek prevalans oranları, özellikle kronik seyirli cilt hastalıklarının psikolojik baskı yarattığını göstermektedir. Dursun ve arkadaşlarının Behçet hastalığı üzerine yaptıkları çalışmada, hastaların %16,4'ünde özgül fobi, %15,1'inde yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) ve %9,6'sında sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) saptanmıştır (Dursun et al., 2012). Bunun yanı sıra, deriye zarar verme davranışları gösteren bireylerde obsesif kompulsif bozukluk (OKB) sıklığı %15 olarak bulunmuştur (Odlaug et al., 2013).

Kronik ürtiker hastalarında, genellikle semptomların başlamasından önce stresli yaşam olaylarına maruz kaldığı gözlemlenmiştir. Psikiyatrik bozuklukların bu hasta grubundaki yaygınlığı yaklaşık %48'dir (Gupta & Gupta, 2005). Staubach ve arkadaşlarının yapılandırılmış klinik görüşme yöntemiyle yaptığı çalışmada anksiyete bozukluğu yaygınlığı %25 olarak belirlenmiştir (Staubach et al., 2006). Uğuz ve arkadaşlarının 89 hastayla gerçekleştirdiği çalışmada ise OKB oranı %25,8, SAB oranı %9 olarak rapor edilmiştir (Uğuz et al., 2011).

Dermatolojik hastalıklarla travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) arasındaki ilişki, çoğunlukla bireylerin geçmişte yaşadıkları çocukluk çağı travmalarıyla ilişkilendirilmektedir. Bu bireylerde kendine zarar verici davranışlar, trikotillomani ve artefakt dermatiti gibi psikiyatrik bulgulara sıkça rastlanmaktadır (Yehuda et al., 2010).

Sosyal anksiyete bozukluğu, fiziksel görünümde bozulmaya neden olan cilt hastalıklarında sıklıkla görülmektedir. Özellikle psöriazis ve vitiligo gibi rahatsızlıklarda bireylerin sosyal ortamlardan uzak durma eğiliminde olduğu bildirilmiştir. Bu durum, sosyal reddedilme kaygısının yüksek olmasıyla açıklanabilir. Çocukluk döneminden itibaren bu tür hastalıklarla yaşayan bireylerde SAB'nin yaygınlığı daha da artmaktadır (Tucker et al., 2013).

1.3.9. Anksiyete Bozuklukları ve Nefrolojik Hastalıklar

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) ve son dönem böbrek hastalığı (SDBY), yalnızca fizyolojik değil, aynı zamanda psikolojik açıdan da hastalar üzerinde önemli bir yük oluşturmaktadır. Özellikle uzun süreli diyaliz tedavisi gören bireylerde, anksiyete bozukluklarının görülme sıklığına ilişkin yapılan çalışmalar farklı sonuçlar ortaya koymuştur.

House ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, DSM-III tanı kriterlerine göre değerlendirilen 80 kronik böbrek hastasında panik bozukluk oranı %2, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) oranı ise %1,5 olarak bildirilmiştir (House et al., 1990). Bu oranlar oldukça düşük seviyelerde bulunmuş olsa da, diğer çalışmalar daha yüksek prevalans oranlarına işaret etmektedir.

Sağduyu ve Erten'in ICD-10 tanı ölçütlerine dayanan araştırmasında ise hastaların %8,7'sinde YAB tanısı konulduğu bildirilmiştir (Sağduyu & Erten, 2003). Bu bulgular, kullanılan tanı ölçütlerine ve metodolojik farklılıklara bağlı olarak değişkenlik gösterebileceğini ortaya koymaktadır.

Daha çarpıcı sonuçlar ise hemodiyaliz hastaları üzerinde yapılan çalışmalarda elde edilmiştir. 46 kişilik bir hemodiyaliz hasta grubunda yapılan bir başka çalışmada, anksiyete bozukluklarının görülme sıklığı %30,4 gibi oldukça yüksek bir oranla saptanmıştır (Yılmaz et

al., 2005). Bu durum, diyaliz sürecinin getirdiği fiziksel kısıtlamalar, yaşam kalitesindeki düşüş ve ölüm korkusunun psikolojik yansımaları olarak değerlendirilebilir.

1.4. Genetik Faktörler ve Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozukluklarının gelişiminde genetik yatkınlık önemli bir yer tutmakla birlikte, genetik faktörlerin etkisi çevresel etkenlerle birlikte değerlendirilmelidir. Özellikle bazı bireylerde, aynı genetik temele sahip olsalar da çevresel faktörlerin etkisiyle anksiyete ya da depresyonun farklı biçimlerde ortaya çıktığı gözlemlenmiştir (Paul, 1988). Bu durum, psikiyatrik bozuklukların yalnızca kalıtsal özelliklerle değil, çevresel tetikleyicilerle şekillendiğini ortaya koymaktadır. İkizler üzerinde yapılan çalışmalar, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimini daha net ortaya koymaktadır. Kendler ve arkadaşlarının (1987) yaptığı araştırmada, anksiyete ve depresyon gelişiminde çevresel etkilerin, genetik faktörlere kıyasla daha baskın olabileceği ileri sürülmüştür. Bu bulgular, özellikle tek yumurta ikizlerinde gözlemlenen farklı psikiyatrik belirtilerle desteklenmektedir.

Son yıllarda yapılan nörobiyolojik ve genetik araştırmalar ise anksiyete ve depresyon arasında belirgin yapısal ve işlevsel benzerlikler olduğunu ortaya koymuştur (Gorman, 1996). Cohen ve Biederman (1988), bu iki bozukluğun sıklıkla aynı bireyde eş zamanlı olarak görülebildiğini ve her ikisinin ortak genetik temellere dayanabileceğini belirtmişlerdir. Bu görüş, anksiyete ve depresyonun ortak bir biyolojik zemin üzerinde şekillendiği tezini güçlendirmektedir. İkizler üzerinde gerçekleştirilen ileri düzey genetik analizlerde, miks (karma) tip majör depresyon-anksiyete bozukluğu ile yalnızca majör depresyon arasında anlamlı bir etiyolojik bağ olduğu saptanmıştır. Buna karşılık, saf anksiyete bozukluğu ile bu iki grup arasında benzer bir ilişki tespit edilememiştir. Özellikle karma depresyon-anksiyete tablolarının, genetik faktörlerden daha yoğun şekilde etkilendiği belirlenmiştir (Torgersen, 1990).

Bu veriler ışığında, anksiyete bozukluklarının gelişiminde yalnızca genetik yatkınlığa odaklanmak yetersiz kalmaktadır. Gerek bireysel mizaç özellikleri, gerekse çevresel stresörler bu bozuklukların oluşum sürecinde belirleyici rol oynamaktadır. Dolayısıyla tedavi planlamasında da genetik duyarlılığın yanı sıra çevresel faktörlerin dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir.

184

2. YÖNTEM

Bu çalışma, anksiyete bozukluklarının etiolojisini anlamak amacıyla sistematik bir derleme yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, anksiyete bozukluklarının gelişiminde rol oynayan genetik ve çevresel faktörler üzerine yapılan bilimsel literatür taranmış ve bu faktörlerin birbirleriyle olan etkileşimleri incelenmiştir. Derleme çalışması, çeşitli akademik kaynaklardan elde edilen verilerle şekillendirilmiştir ve farklı araştırma bulgularını bir araya getirerek bu faktörlerin etkilerini daha geniş bir bağlamda anlamayı hedeflemiştir.

2.1. Literatür Tarama Kriterleri

Bu sistematik derleme için, anksiyete bozukluklarının genetik ve çevresel etmenler açısından araştırıldığı ve 2010 ile 2024 yılları arasında yayımlanan makaleler, tezler ve akademik çalışmalar dikkate alınmıştır. Literatür taraması yapılırken, aşağıdaki kriterler doğrultusunda kaynaklar seçilmiştir. Ayrıca, nörobiyolojik, psikolojik, ve çevresel etmenlerin etkilerini içeren çalışmalar tercih edilmiştir.

2.2. Veri Toplama Süreci

Literatür taraması, elektronik veri tabanları üzerinden yapılmıştır. Bu veri tabanları arasında PubMed, PsycINFO, Google Scholar, YÖK Tez Veritabanı ve ScienceDirect yer almaktadır.

Arama terimleri olarak şu anahtar kelimeler kullanılmıştır: *anksiyete bozuklukları, genetik faktörler, çevresel faktörler, travma, stresli yaşam olayları, biyolojik etkileşim, genetik yatkınlık, nörotransmitterler, psikolojik dayanıklılık*. Ayrıca, çalışmalarda yer alan yöntemsel yaklaşımlar ve bulgular detaylı bir şekilde incelenmiştir.

2.3. Seçilen Çalışmaların Değerlendirilmesi

Yayımlanan çalışmaların içeriklerinin analizinde, anksiyete bozukluklarının genetik ve çevresel etmenlerle olan ilişkisi, kullanılan araştırma yöntemleri ve elde edilen bulgular dikkate alınarak bir değerlendirme yapılmıştır. Özellikle, genetik çalışmaların, çevresel faktörlerin etkisini nasıl modüle ettiği ve bu etkileşimlerin kaygı bozukluklarının klinik seyrine nasıl yansıdığına dair veriler araştırılmıştır. Literatür taramasında, deneysel çalışmalar, gözlemsel araştırmalar, vaka kontrolleri ve prospektif kohort çalışmaları yer almıştır.

2.4. Veri Analizi

Veri analizi, seçilen çalışmaların bulgularının tematik analiz yoluyla incelenmesini içermektedir. Çalışmaların genetik ve çevresel faktörlerin etkileri hakkında sunduğu bulgular, benzerlikler ve farklılıklar açısından karşılaştırılmıştır. Bu analiz, anksiyete bozukluklarının genetik temelleri ile çevresel faktörlerin etkileşimini ortaya koymaya yardımcı olmuş, bu faktörlerin her birinin bozuklukların gelişimindeki rolü detaylandırılmıştır. Ayrıca, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi üzerine yapılan araştırmaların sonuçları birleştirilerek, bu etkileşimin tedaviye nasıl yansıdığı ve hangi tedavi yöntemlerinin daha etkili olabileceği hakkında yorumlar yapılmıştır.

3. BULGULAR

Anksiyete bozukluklarının etiyolojisi üzerine yapılan literatür taraması sonucunda elde edilen bulgular, genetik ve çevresel faktörlerin birbirleriyle etkileşim içinde anksiyete bozukluklarının gelişiminde kritik bir rol oynadığını ortaya koymaktadır. Bu bulgular, anksiyete bozukluklarının çok faktörlü bir etiyolojiye sahip olduğunu ve biyolojik, psikolojik ve çevresel etmenlerin bir araya gelerek kaygıyı tetiklediğini göstermektedir.

3.1. Genetik Faktörlerin Anksiyete Bozukluklarındaki Rolü

Genetik yatkınlık, anksiyete bozukluklarının gelişiminde önemli bir yer tutmaktadır. Aile ve ikiz çalışmaları, anksiyete bozukluklarının belirli genetik varyasyonlarla ilişkili olduğunu ve bu bozuklukların kalıtsal bir bileşeni olduğunu göstermektedir. Hettrema et al. (2001) ve Kendler et al. (2004) gibi çalışmalar, anksiyete bozukluklarının genetik yatkınlıkla ilintili olduğunu vurgulamaktadır. İkiz çalışmaları, anksiyete bozukluklarının genetik bileşenlerinin, çevresel etmenlerden bağımsız olarak da önemli bir rol oynadığını ortaya koymuştur.

Serotonin ve Dopamin Sistemleri: Birçok çalışma, serotonin (5-HT) ve dopamin (DA) gibi nörotransmitterlerin anksiyete bozukluklarıyla ilişkili olduğunu belirtmektedir. Özellikle, serotonin taşıyıcı genindeki (5-HTTLPR) polimorfizmler, bireylerin kaygıya yatkınlıklarını artırabilir.

Munafo ve Brown (2004), serotonin geninin anksiyete bozukluklarıyla güçlü bir ilişkiye sahip olduğunu öne sürerken, bu varyasyonların anksiyete bozukluklarının gelişiminde önemli bir rol oynadığını vurgulamaktadır. Dopamin sisteminin de kaygı tepkilerini düzenlemede önemli bir rolü vardır. Dopamin D2 reseptörlerindeki genetik değişiklikler, bireylerin kaygı seviyelerini etkileyebilir.

GABA ve Glutamat Sistemleri: Anksiyete bozukluklarının biyolojik temellerine dair yapılan araştırmalar, GABA (gamma-aminobutirik asit) ve glutamat sistemlerinin önemli rol

oynadığını göstermektedir. GABA, beyindeki inhibe edici etkisiyle kaygıyı azaltan bir nörotransmitterdir, glutamat ise uyarıcı etkisiyle kaygıyı artırabilir. Genetik varyasyonlar bu nörotransmitter sistemlerinde değişikliklere neden olabilir. Bu tür biyolojik faktörlerin, genetik yatkınlığı olan bireylerde daha belirgin hale geldiği bulunmuştur (Schrucers et al., 2005).

3.2. Çevresel Faktörlerin Anksiyete Bozukluklarındaki Rolü

Çevresel faktörler, genetik yatkınlıkla birleşerek anksiyete bozukluklarının gelişimine katkıda bulunan önemli bir başka etkidir. Bu faktörler, bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları stresli durumlar ve yaşam olaylarıyla ilgilidir. Erken yaşta yaşanan travmalar ve çevresel stres faktörleri, anksiyete bozuklukları riskini artırabilir.

Çocukluk Dönemi Travmaları: Çocukluk dönemindeki travmalar, anksiyete bozukluklarının gelişiminde önemli bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır. Heim ve Nemeroff (2001), erken yaşta yaşanan psikolojik ve fiziksel travmaların, bireylerin kaygıya yatkınlıklarını artırabileceğini göstermektedir. Çocuklukta yaşanan travmalar, bireylerin stresle baş etme becerilerini olumsuz etkileyerek, kaygıyı tetikleyebilir.

Stresli Yaşam Olayları: Evlilik, iş kaybı, aile içi problemler ve sağlık sorunları gibi stresli yaşam olayları da anksiyete bozukluklarını tetikleyebilir. Kendler et al. (2004) ve Clark (2005), stresli yaşam olaylarının, genetik yatkınlıkla birleştiğinde kaygıyı artırabileceğini belirtmektedir. Stresli bir yaşam olayı, bireyde mevcut anksiyete düzeyini yükseltebilir ve bozukluğun klinik seyrini şekillendirebilir.

Sosyal Destek ve Bağlanma: Sosyal destek, bireylerin stresli durumlarla başa çıkma becerilerini etkileyen bir çevresel faktördür. Yetersiz sosyal destek, kaygı düzeylerini artırabilirken, güçlü bir destek sistemi, kaygı bozukluklarının gelişimine karşı koruyucu bir etki gösterebilir (Heim & Nemeroff, 2001). Bağlanma teorisi çerçevesinde yapılan araştırmalar, erken dönem bağlanma problemlerinin, anksiyete bozukluklarının gelişimine katkıda bulunduğunu göstermektedir.

3.3. Genetik ve Çevresel Etkileşim

Genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi, anksiyete bozukluklarının gelişimini daha karmaşık bir hale getirmektedir. Çalışmalar, genetik yatkınlığı olan bireylerin, çevresel stres faktörlerine karşı daha duyarlı olduklarını ve bu etkileşimin kaygıyı daha şiddetli hale getirdiğini göstermektedir. Bu etkileşim, anksiyete bozukluklarının ortaya çıkışı ve seyrini önemli ölçüde etkileyebilir.

Genetik Yatkınlık ve Stres Tepkisi: Genetik yatkınlık, bireylerin stresli durumlara verdikleri biyolojik tepkileri etkileyebilir. HPA ekseninin düzenlenmesi, genetik faktörler tarafından şekillendirilebilir ve çevresel stres faktörleriyle etkileşerek kaygı bozukluklarının gelişimine katkıda bulunabilir (Borkovec et al., 2002). Özellikle, HPA ekseninin aşırı tepki vermesi, kaygı ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olabilir.

Travma ve Genetik Etkileşim: Çocukluk dönemi travmalarının, genetik yatkınlıkla birleşerek anksiyete bozukluklarını tetiklediğine dair bulgular bulunmaktadır. Bu etkileşim, kaygı bozukluklarının ortaya çıkışını daha karmaşık ve çok yönlü bir hale getirmektedir. Erken yaşta yaşanan stresli ve travmatik deneyimler, genetik olarak yatkın bireylerde anksiyete bozukluklarının gelişme riskini artırabilir (Kendler et al., 2004).

3.4. Tedavi Yöntemlerine Yansıması

Genetik ve çevresel faktörlerin anksiyete bozuklukları üzerindeki etkisi, tedavi yaklaşımlarını da şekillendirebilir. Kişiselleştirilmiş tedavi yaklaşımları, bireylerin genetik yatkınlıkları ve çevresel faktörleri dikkate alarak daha etkili olabilir. Özellikle, farmakoterapi ve psikoterapi

gibi tedavi yöntemlerinin, bireylerin biyolojik ve çevresel geçmişleri göz önüne alınarak özelleştirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Genetik faktörlerin anksiyete bozuklukları üzerindeki etkisini anlamak, tedavi sürecinin daha doğru bir şekilde planlanmasına olanak tanıyabilir (Borkovec et al., 2002; Clark, 2005).

4. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Bu çalışma, anksiyete bozukluklarının genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu geliştiğini ve bu etkileşimin bozuklukların seyrini belirlediğini ortaya koymaktadır. Genetik faktörler, bireylerin kaygıya yatkınlıklarını etkileyen önemli bir rol oynarken, çevresel faktörler de bu yatkınlığı tetikleyebilir. Genetik yatkınlık, özellikle serotonin, dopamin ve GABA gibi nörotransmitter sistemlerinde görülen varyasyonlarla ilişkilidir. Bununla birlikte, çevresel faktörler, çocukluk dönemi travmaları, stresli yaşam olayları ve sosyal destek eksiklikleri gibi unsurlar, bireylerin kaygı bozukluklarına yatkınlıklarını artırabilir.

Bulgular, anksiyete bozukluklarının genetik ve çevresel etmenlerin birleşimiyle ortaya çıktığını ve bu faktörlerin birbirini pekiştirdiğini göstermektedir. Özellikle genetik yatkınlıkla birlikte çevresel stres faktörlerinin etkisi, anksiyete bozukluklarının gelişme riskini önemli ölçüde artırmaktadır. Çevresel faktörler, bireylerin yaşamlarındaki stresli olaylar ve travmalar aracılığıyla kaygıyı tetikleyebilirken, genetik yatkınlık bu süreçleri daha da yoğunlaştırabilir.

4.2. Tartışma

Anksiyete bozukluklarının etiyolojisinde genetik ve çevresel faktörlerin nasıl bir etkileşim içinde olduğu, bu bozuklukların tedavi süreçleri için de önemli bir yön teşkil etmektedir. Genetik faktörlerin belirleyici olduğu bir yatkınlık olsa da, çevresel etmenlerin bu yatkınlık üzerindeki etkisi büyük bir öneme sahiptir. Özellikle çocukluk dönemi travmaları, stresli yaşam olayları ve genetik olarak yatkın bireylerde çevresel stres faktörleri, anksiyete bozukluklarının daha şiddetli ve uzun süreli olmasına neden olabilir. Bu durum, anksiyete bozukluklarının tedavisinde yalnızca biyolojik faktörlerin değil, çevresel ve psikolojik faktörlerin de göz önünde bulundurulması gerektiğini göstermektedir.

Bunun yanı sıra, anksiyete bozukluklarının tedavisinde kullanılan farmakoterapi ve psikoterapi yöntemlerinin daha kişiselleştirilmiş bir şekilde uygulanması gerektiği vurgulanmalıdır. Genetik ve çevresel faktörlerin bir arada değerlendirilmesi, tedavi sürecinde daha etkin ve bireye özel yaklaşımların geliştirilmesini sağlayacaktır.

4.3. Öneriler

Bu çalışma, anksiyete bozukluklarının etiyolojisinin daha iyi anlaşılabilmesi için bazı öneriler sunmaktadır:

Biyopsiko-sosyal Modelin Uygulanması: Anksiyete bozukluklarının tedavisinde biyopsiko-sosyal modelin uygulanması önerilmektedir. Genetik, biyolojik ve çevresel faktörlerin birleşimiyle anksiyete bozukluklarının daha iyi anlaşılacağı ve tedaviye yönelik daha etkili stratejiler geliştirilebileceği düşünülmektedir. Tedavi sürecinde bireylerin genetik yatkınlıkları ve çevresel faktörleri dikkate alarak daha özelleştirilmiş yaklaşımlar benimsenmelidir.

Erken Müdahale ve Koruyucu Tedbirler: Çocukluk dönemi travmalarının anksiyete bozuklukları üzerindeki etkisi göz önüne alındığında, erken yaşlarda bu tür travmaların önlenmesi için koruyucu tedbirler alınmalıdır. Aile içi destek, sağlıklı bağlanma süreçlerinin teşvik edilmesi ve çocukluk dönemi travmalarının erken tanınması, bireylerin kaygı bozukluklarına karşı daha dayanıklı hale gelmelerine yardımcı olabilir.

Psiko-eğitim ve Psikoterapi Yöntemlerinin Geliştirilmesi: Psiko-eğitim, anksiyete bozukluklarına yatkın bireylerin bu durumlarla baş etme becerilerini artırabilir. Bireylerin kaygı bozukluklarına yatkınlıkları hakkında farkındalık yaratmak ve psikoterapi yöntemleri (özellikle bilişsel-davranışçı terapi) aracılığıyla stresle başa çıkma becerilerini geliştirmek, tedavi süreçlerini iyileştirebilir. Psikoterapi tedavisi, genetik yatkınlıklar ve çevresel faktörler ışığında kişiselleştirilerek daha etkili hale getirilebilir.

Genetik ve Çevresel Faktörlerin İleri Düzeyde Araştırılması: Anksiyete bozukluklarının genetik ve çevresel etkileşimini daha derinlemesine araştırmak, bu bozuklukların biyolojik temellerini anlamak açısından önemlidir. Yeni nesil genetik ve psikolojik araştırmalar, bu etkileşimlerin daha ayrıntılı bir şekilde incelenmesine olanak tanıyacaktır. Ayrıca, genetik faktörlerin tedaviye nasıl yansıdığı ve tedavi sürecinde nasıl bir rol oynadığı üzerine yapılan çalışmaların artırılması, tedavi yöntemlerinin gelişmesine katkı sağlayacaktır.

Sosyal Destek ve Aile Terapisi: Sosyal destek, anksiyete bozukluklarının yönetiminde önemli bir rol oynamaktadır. Aile terapisi ve sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi, bireylerin stresle daha etkili bir şekilde baş etmelerini sağlayabilir. Anksiyete bozukluklarının tedavisinde, yalnızca bireylerin değil, ailelerinin ve yakın çevrelerinin de terapi sürecine dahil edilmesi önemlidir.

5. KAYNAKÇA

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... & Vollebergh, W. A. (2004).

American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Arnold, L. M., Crofford, L. J., Mease, P. J., Burgess, S. M., Palmer, S. C., Abetz, L., & Martin, S. A. (2006). Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. *Patient Education and Counseling*, 64(1-3), 256-264.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., & Behar, E. (2002). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, D. A. Turk, & C. L. Magee (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108). New York: Guilford Press.

Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford Press.

Freud, S. (1894). The neuro-psychoses of defence. *Standard Edition*, 3, 41-61.

Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1023-1039.

- Kendler, K. S., Hettema, J. M., Butera, F., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2003). Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of the onset of major depression and generalized anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 789–796.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 22, 141–173.
- Munafo, M. R., & Brown, S. M. (2004). Genetic influences on anxiety and the mediating role of personality. *Psychiatric Genetics*, 14(3), 139–142.
- Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(s420), 21-27.
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 737–767.
- Schruers, K., Kenis, G., Griez, E., & Van Os, J. (2005). Genetic moderation of panic: Evidence for a twin-specific risk. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 135(1), 20–27.
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371(9618), 1115–1125.
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959–992.

Article Arrival Date
Date

01.05.2025

Article Published

20.06.2025

MULTİPLE SKLEROZDA DEPRESYON VE ANKSİYETE: PSİKİYATRİK BOZUKLUKLARLA İLİŞKİLİ KLİNİK BULGULAR

DEPRESSION AND ANXIETY IN MULTIPLE SCLEROSIS: CLINICAL FINDINGS
RELATED TO PSYCHIATRIC DISORDERS

Serkan NACAĞ¹

¹Öğrenci, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Davranış Bilimleri Anabilim Dalı, **Orcid:** 0009-0008-9464-2747

Özet

Multiple Skleroz (MS), merkezi sinir sisteminin demiyelinizasyonu ile karakterize, kronik ve progresif bir nörolojik hastalıktır. Hem fiziksel hem de psikolojik açıdan hastaların yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen MS, sadece motor ve duyu fonksiyonları değil, aynı zamanda psikiyatrik sağlığı da olumsuz şekilde etkileyebilir. Depresyon ve anksiyete, MS hastaları arasında yaygın olarak görülen ve hastalığın seyrini önemli ölçüde etkileyen psikiyatrik bozukluklardır. Çalışmalar, MS hastalarında depresyon prevalansının %30-50 arasında değiştiğini ve anksiyetenin %25-30 oranında gözlemlendiğini ortaya koymaktadır. MS'in patofizyolojisi, bağışıklık sisteminin sinir hücrelerine zarar vererek miyelin kılıfını tahrip etmesiyle ilişkilidir. Bu, merkezi sinir sistemi üzerinde önemli etkiler yaratırken, beyin bölgelerinde işlevsel bozukluklara neden olabilir.

Depresyon, MS hastalarında en yaygın psikiyatrik bozukluklardan biridir ve hastaların %30-50'sinde gözlemlenmektedir. Depresyonun, MS hastalarındaki semptomları daha da kötüleştirdiği, hastaların tedaviye uyumlarını azalttığı ve genel iyilik hallerini bozduğu bilinmektedir. MS'in depresyonla ilişkisi, yalnızca biyolojik faktörlerle değil, psikososyal faktörlerle de bağlantılıdır. Özellikle, MS'in ilerleyişi ve hastaların geleceğe yönelik belirsizlikleri, depresif semptomları şiddetlendirebilir.

Anksiyete, MS hastalarında depresyondan sonra en yaygın görülen psikiyatrik bozukluktur ve genellikle depresyonla birlikte görülür. MS hastalarındaki anksiyetenin sıklığı, hastaların yaşam kalitesini doğrudan etkileyebilir. Anksiyetenin ortaya çıkmasında MS'in sinir hücrelerine verdiği hasarın yanı sıra hastaların sosyal yaşamlarındaki değişiklikler ve geleceğe dair belirsizlik de önemli bir rol oynar. MS hastalarındaki anksiyete, genellikle endişe, huzursuzluk, kas gerginliği ve uyku bozuklukları şeklinde kendini gösterir. Bu semptomlar, hastaların günlük yaşamlarını önemli ölçüde zorlaştırabilir ve tedavi sürecine olumsuz etkilerde bulunabilir. Bu nedenle, MS hastalarının tedavisinde psikiyatrik bozuklukların da göz önünde bulundurulması, tedavi sürecinin etkinliği açısından büyük önem taşır.

MS hastalarında depresyon ve anksiyeteyi etkili bir şekilde tedavi edebilir. Bazı çalışmalarda, bu ilaçların MS hastalarında ruh hali değişikliklerini olumlu yönde etkilediği bulunmuştur. Bunun yanı sıra, psikoterapi, özellikle bilişsel davranışçı terapi, MS hastalarında depresyon ve anksiyetenin yönetilmesinde önemli bir tedavi aracı olarak kullanılmaktadır. Sonuç olarak, depresyon ve anksiyete, MS hastalarının tedavi süreçlerini ve yaşam kalitelerini önemli ölçüde etkileyen psikiyatrik bozukluklardır. MS'in nörolojik etkileri ile birleşen bu psikiyatrik semptomlar, hastaların tedaviye uyumunu zorlaştırabilir ve hastalığın seyrini olumsuz yönde

190

etkileyebilir. MS tedavisinde, depresyon ve anksiyetenin erken tanınması ve tedavi edilmesi, hastaların genel iyilik hallerini iyileştirmeye yardımcı olabilir.

Bu araştırma, MS hastalarında depresyon ve anksiyeteye dair kapsamlı bir inceleme sunarak, psikiyatrik bozuklukların tedavi edilmesi gerektiği konusundaki farkındalığı artırmayı hedeflemektedir. Ayrıca, psikolojik semptomların tedavisinde daha etkili yöntemlerin geliştirilmesine yönelik önemli bilgiler sağlayarak, MS hastalarının genel iyilik hallerinin iyileştirilmesine katkı sunmayı amaçlamaktadır.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, depresyon, multipl skleroz, psikiyatrik bozukluklar, sinir sistemi

Abstract

Multiple Sclerosis (MS) is a chronic and progressive neurological disease characterized by demyelination of the central nervous system. MS, which seriously affects the quality of life of patients both physically and psychologically, can negatively affect not only motor and sensory functions but also psychiatric health. Depression and anxiety are psychiatric disorders that are common among MS patients and significantly affect the course of the disease. Studies show that the prevalence of depression in MS patients varies between 30-50% and anxiety is observed in 25-30%. The pathophysiology of MS is associated with the immune system damaging nerve cells and destroying the myelin sheath. This creates significant effects on the central nervous system and can cause functional disorders in brain regions.

Depression is one of the most common psychiatric disorders in MS patients and is observed in 30-50% of patients. It is known that depression worsens the symptoms in MS patients, reduces patients' compliance with treatment, and impairs their general well-being. The relationship between MS and depression is not only related to biological factors but also to psychosocial factors. In particular, the progression of MS and patients' uncertainties about the future can exacerbate depressive symptoms.

Anxiety is the most common psychiatric disorder in MS patients after depression and is usually seen together with depression. The frequency of anxiety in MS patients can directly affect the quality of life of patients. In addition to the damage caused by MS to nerve cells, changes in patients' social lives and uncertainty about the future also play an important role in the emergence of anxiety. Anxiety in MS patients usually manifests itself as worry, restlessness, muscle tension and sleep disorders. These symptoms can significantly complicate patients' daily lives and have negative effects on the treatment process. Therefore, considering psychiatric disorders in the treatment of MS patients is of great importance in terms of the effectiveness of the treatment process.

It can effectively treat depression and anxiety in MS patients. In some studies, these drugs have been found to have a positive effect on mood changes in MS patients. In addition, psychotherapy, especially cognitive behavioral therapy, is used as an important treatment tool in the management of depression and anxiety in MS patients. As a result, depression and anxiety are psychiatric disorders that significantly affect the treatment processes and quality of life of MS patients. These psychiatric symptoms, combined with the neurological effects of MS, can make it difficult for patients to comply with treatment and negatively affect the course of the disease. Early recognition and treatment of depression and anxiety in MS treatment can help improve the general well-being of patients.

This study aims to increase awareness of the need to treat psychiatric disorders by providing a comprehensive review of depression and anxiety in MS patients. It also aims to contribute to the improvement of the general well-being of MS patients by providing important information for the development of more effective methods in the treatment of psychological symptoms.

Keywords: Anxiety, depression, multiple sclerosis, psychiatric disorders, nervous system

1. GİRİŞ

Multiple Skleroz (MS), merkezi sinir sistemini etkileyen ve bireylerin motor fonksiyonlarını, dengeyi, duyuşsal algıları ve bilişsel süreçleri etkileyen kronik bir hastalıktır. MS, genellikle otoimmün bir hastalık olarak tanımlanır ve merkezi sinir sistemindeki miyelin kılıfının hasar görmesi ile sinir iletiminin bozulmasına yol açar (Filippi et al., 2018). Hastalık, genetik ve çevresel etmenlerin etkileşimi sonucu ortaya çıkar ve klinik semptomlar hastanın yaşadığı bölge, genetik yatkınlık ve çevresel faktörlere göre değişiklik gösterir (Sadovnick et al., 2019). MS'in belirtileri arasında görme kaybı, kas spazmları, uyuşma ve halsizlik yer alırken, hastalığın nörolojik etkileri de çoğunlukla fiziksel ve psikolojik zorlukları beraberinde getirir (Thompson et al., 2020).

MS yalnızca nörolojik bir hastalık değil, aynı zamanda psikiyatrik bozukluklarla da ilişkilidir. Depresyon ve anksiyete, MS hastalarında sıklıkla görülen psikiyatrik rahatsızlıklardır ve hastaların yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyebilir (Benedict et al., 2020). Yapılan araştırmalar, MS hastalarının %30 ila %50'sinin depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik bozukluklar yaşadığını göstermektedir (Patten et al., 2017; Treadaway et al., 2018). Bu psikiyatrik durumlar, hastaların tedaviye uyumunu olumsuz yönde etkileyebilir ve hastalığın seyrini daha da zorlaştırabilir (Cusi et al., 2021). MS hastalarında depresyon ve anksiyetenin, hastalıkla ilgili belirsizlikler, engellilik kaygıları ve hastalığın ilerlemesi ile ilişkilendirildiği bulunmuştur (Miller, 2019). Depresyon, genellikle hastaların motor fonksiyon kaybı ve engellilik korkusuyla bağlantılıdır ve bununla birlikte ağrı algısını artırarak hastaların genel sağlığını kötüleştirebilir (Krupp et al., 2018).

Anksiyete, MS hastalarında genellikle hastalık ilerledikçe ve hastalığın sonuçları hakkında kaygılar arttıkça daha belirgin hale gelir. Anksiyetenin, MS hastalarının tedavi süreçlerini olumsuz yönde etkileyerek sosyal izolasyon ve tedaviye uyumsuzluk gibi sorunlara yol açtığı vurgulanmaktadır (Brown et al., 2021). Anksiyete bozukluğu, özellikle MS hastalarının hastalıklarının geleceği hakkında duyduğu belirsizlikle ilişkilidir ve bu durum, hastaların fiziksel semptomlarını da kötüleştirebilir (Thompson et al., 2020).

MS hastalarında depresyon ve anksiyetenin birlikte varlık göstermesi, hastaların psikolojik ve fizyolojik iyileşme süreçlerini karmaşık hale getirir (Patten et al., 2017). Bu psikiyatrik rahatsızlıklar, hastaların tedaviye uyumlarını zorlaştırır ve genel yaşam kalitelerini olumsuz etkiler (Mills et al., 2019). Dolayısıyla, MS tedavisinde sadece nörolojik semptomların değil, aynı zamanda psikiyatrik bozuklukların da dikkate alınması büyük önem taşır. Bu bağlamda, bu derleme çalışması, MS hastalarında depresyon ve anksiyetenin klinik bulgularla olan ilişkisini incelemeyi amaçlamaktadır. Depresyon ve anksiyetenin tedavi sürecindeki etkilerini ve tedavi yaklaşımlarının hastaların yaşam kalitesine olan etkilerini analiz etmeyi hedeflemektedir.

1.1. Tanım ve Tarihçe

Multiple Skleroz (MS), merkezi sinir sistemini etkileyen kronik bir hastalık olup, temelinde demiyelinizasyon ve aksonal hasar yer almaktadır. Otoimmün yapıda seyreden bu nörodejeneratif hastalık, ilerleyici özelliği ve inflamatuvar süreçlerle ilişkili olmasıyla dikkat çeker. Genellikle genç erişkinlik döneminde başlangıç gösteren MS'in klinik seyri, kişiden kişiye değişkenlik göstermekte; bu da hastalığın bireysel etkilerle ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Murray, 2004; Noseworthy et al., 2000).

Tarihsel süreçte MS, ilk olarak 19. yüzyılda münferit vakalar şeklinde tanımlanmış; 20. yüzyıl itibarıyla ise tekrarlayıcı ataklarla seyreden, öngörülemeyen bir nörolojik tablo olarak ele alınmıştır. Patolojik bulgulara dair ilk sistematik gözlemleri yapan Eduard Rindfleisch, hastalığa dair plakların damar çevresine lokalize olduğunu ve bu bölgelerdeki hücreli artışın inflammatuar süreçleri işaret ettiğini ortaya koymuştur. Bu gözlemler, hastalığın niteliklerinin anlaşılmasında önemli bir dönüm noktası olmuştur.

1868 yılında Jean-Martin Charcot, MS'in klinik özelliklerini daha kapsamlı biçimde tanımlayarak hastalığın bilimsel temellerini atmıştır. Bu dönemde farklı ülkelerde farklı terimlerle anılan hastalık, Fransa'da "la sclérose généralisée" olarak adlandırılırken, İngiltere, Avustralya ve ABD gibi ülkelerde değişen ifadeler kullanılmıştır. Günümüzde yaygın olarak kullanılan "Multiple Skleroz" terimi, 1955 yılında Douglas McAlpine, Nigel Compston ve Charles Lumsden tarafından yayımlanan *Multiple Sclerosis* adlı eserle literatüre yerleşmiştir (Compston, 2005).

1.2. MS Etiyolojisi: Genetik ve Çevresel Faktörlerin Rolü

Multiple Skleroz'un (MS) bilimsel tanımı ilk kez 1868 yılında nörolog Jean-Martin Charcot tarafından yapılmış olup, sonraki dönemlerde yapılan araştırmalar, hastalığın yalnızca nörolojik belirtilerle sınırlı kalmayan, çok boyutlu bir patofizyolojik yapıya sahip olduğunu ortaya koymuştur (Murray, 2009). Etiyolojisi halen tam olarak açıklanamamış olsa da, günümüzdeki araştırmalar MS'in kompleks bir hastalık olduğunu ve genetik yatkınlıkla çevresel faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıktığını göstermektedir (Ramagopalan et al., 2010).

MS'in oluşumunda etkili olan çevresel faktörler arasında coğrafi konum (özellikle farklı enlemler), güneş ışığına maruz kalma düzeyi ve buna bağlı D vitamini sentezi, sigara kullanımı, beslenme alışkanlıkları, yaşam biçimi ve iklim koşulları gibi unsurlar yer almaktadır (Simpson et al., 2011). Bunlara ek olarak, Epstein-Barr Virüsü (EBV) enfeksiyonları, özellikle çocukluk çağında geçirilmiş olanların, ilerleyen yaşlarda B lenfositleri yoluyla bağışıklık sistemini etkileyerek MS gelişiminde rol oynayabileceği ileri sürülmektedir (Guan et al., 2019).

Genetik yatkınlık, MS patogeneğinde önemli bir diğer etkidir. Genetik araştırmalar, MS'in çoklu genetik faktörlerle ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu genler arasında en dikkat çekici olanı HLA-DRB1*1501 alelidir. Bu alelin, merkezi sinir sistemi miyelinine karşı otoimmün bir yanıtın oluşmasına zemin hazırlayabileceği düşünülmektedir (Giovannoni & Ebers, 2007). Ayrıca, ailesel yatkınlık da MS riskini belirgin şekilde artırmaktadır. Özellikle birinci derece akrabalarında MS öyküsü bulunan bireylerde hastalığa yakalanma oranı %35 ila %75 arasında tahmin edilmektedir (Westerlind et al., 2014).

1.2.1. Epidemiyoloji

Multiple Skleroz (MS), dünya genelinde yaklaşık 2.5 milyon insanı etkileyen, multifaktöriyel yapıya sahip kronik bir nörolojik hastalıktır. Hastalığın yaygınlık oranı, coğrafi enleme bağlı olarak belirgin farklılıklar göstermektedir. Özellikle kuzey enlemlerine yaklaşıldıkça, MS insidansında ve prevalansında artış gözlenmektedir. Bu durum, hastalığın dağılımında iklim, güneş ışığına maruziyet ve D vitamini düzeyleri gibi çevresel faktörlerin etkili olabileceğini düşündürmektedir (Nielsen et al., 2005; Rosati, 2001).

MS'in yüksek prevalansa sahip olduğu bölgeler arasında Kuzey Amerika, Kuzey ve Orta Avrupa yer alırken, Asya, Afrika ve Orta Doğu ülkelerinde hastalığın daha düşük oranlarda görüldüğü rapor edilmiştir. Yüksek prevalansa sahip ülkelere oranların 100.000 kişiye 300'e kadar çıkabildiği bildirilmiştir. Cinsiyete göre dağılım incelendiğinde, kadınlarda MS gelişme riskinin erkeklere oranla yaklaşık iki kat daha yüksek olduğu görülmektedir. İlginç bir şekilde, kadınlarda hastalığın seyri genellikle daha hafif ve yavaş ilerleyici olmaktadır (Ascherio & Munger, 2007).

MS başlangıç yaşı genellikle 20-45 yaş aralığıdır. Bununla birlikte, çocukluk çağında veya ileri yetişkinlik döneminde hastalığın başlaması daha nadir olarak gözlenmektedir (Goldenberg, 2012). Türkiye’de MS prevalansı üzerine ulusal düzeyde geniş katılımlı bir veri seti bulunmamakla birlikte, mevcut çalışmalar bölgesel bazda yürütülmektedir. Örneğin Edirne’de MS prevalansı 30/100.000 olarak bildirilirken; İstanbul Maltepe’de bu oran 101/100.000, Kandıra’da 61/100.000, Geyve’de 41/100.000 ve Erbaa’da 53/100.000 olarak rapor edilmiştir (Çelik et al., 2010; Türk Börü et al., 2006). Bu farklılıklar, sadece çevresel faktörlerle değil, aynı zamanda genetik yatkınlık, etnik köken ve sağlık sistemlerinin tanı koymadaki farklılıkları gibi çok sayıda değişkenle açıklanabilir (Debouverie et al., 2008).

1.2.2. Patogenez

Multiple Skleroz (MS), patogenez açısından değerlendirildiğinde, merkezi sinir sisteminde (MSS) yer alan immün aracılı inflamatuvar süreçlerin baskın olduğu, miyelin kılıfının yıkımı ve buna eşlik eden aksonal hasarla karakterize kompleks bir hastalıktır (Trapp & Stys, 2009). Bu süreç, nöronların iletim kapasitesini doğrudan etkileyerek nörodejeneratif bir tabloya yol açar. Enflamasyonun aktif olduğu alanlarda demiyelinizasyon ve buna bağlı olarak nöral iletimin bozulması meydana gelir. Bu bölgelerde gözlenen skarlaşmış yapılar — yani plaklar — MS’in histopatolojik olarak tanımlanmasında temel göstergeler arasında yer almaktadır. Plaklar özellikle beyaz cevher, serebral korteks ve derin gri cevherde yoğunlaşmakta olup, beyin sapı, serebellum, spinal kord ve optik sinir en sık tutulan alanlardır (Dendrou et al., 2015).

Aksonal yıkım, sadece iletim bozukluklarına değil, aynı zamanda bilişsel işlevlerde bozulmaya da neden olmakta ve zaman içinde kalıcı özür lülüğün temel nedenlerinden biri olarak değerlendirilmektedir (Steinman, 2001; Trapp & Stys, 2009).

MS patogenezinde yer alan bir diğer önemli mekanizma ise kan-beyin bariyerinin bozulmasıdır. T hücreleri bu bariyeri geçerek MSS’ye erişim sağlar ve burada proinflamatuvar sitokinlerin (örn. IFN- γ , TNF- α) ve kemokinlerin artışına neden olur (Correale & Villa, 2007). Aynı zamanda plexus koroideus düzeyinde beyin omurilik sıvısına lökosit girişine neden olan bu hücre sel yanıtlar, mikrogliaların aktivasyonu yoluyla merkezi sinir sisteminde immün reaksiyonları tetikler (Man et al., 2007). Bu immünolojik aktivite, hastalığın hem başlangıç sürecinde hem de ilerleyici fazlarında belirleyici bir rol oynamaktadır.

1.3. Multiple Skleroz’un Klinik Sınıflandırılması

Multiple Skleroz (MS) tanısı konduktan sonra, hastalığın seyri bireyler arasında büyük farklılıklar gösterebilir. Bu nedenle MS, klinik ilerleyiş ve atak-remisyon paternlerine göre çeşitli alt tiplere ayrılmıştır. Güncel literatürde en yaygın kabul gören sınıflandırma; Relapsing Remitting MS (RRMS), Primer Progresif MS (PPMS), Sekonder Progresif MS (SPMS) ve Relapsing Progresif MS (RPMS) olmak üzere dört ana klinik formdan oluşmaktadır. Ayrıca, daha yakın dönemde tanımlanan Klinik İzole Sendrom (KİS) ve Radyolojik İzole Sendrom (RİS) da bu yelpazeye eklenmiştir (Lublin et al., 2014).

1.3.1 Relapsing Remitting MS (RRMS)

En yaygın görülen MS alt tipi olan RRMS, vakaların yaklaşık %85’ini oluşturur. Tipik olarak tekrarlayan ataklarla karakterizedir ve bu atakları kısmi ya da tam iyileşme dönemleri izler. Hastalık süresi uzadıkça atakların sıklığında azalma olabilir. Aksonal dejenerasyon ve serebral etkilenim diğer tiplere kıyasla daha hafiftir (Confavreux & Vukusic, 2006).

1.3.2. Primer Progresif MS (PPMS)

Hastalığın başlangıcından itibaren sürekli bir ilerleme gösteren bu form, MS vakalarının %10-15’ini kapsar. Medulla spinalis tutulumunun baskın olduğu bu tipte, iyileşme genellikle gözlenmez ve nörolojik kayıplar zamanla artar (Ghasemi et al., 2017).

1.3.3 Sekonder Progresif MS (SPMS)

İlk olarak RRMS olarak başlayan hastalığın zamanla ataksız ancak ilerleyici bir forma evrilmesiyle tanımlanır. RRMS tanılı bireylerin yaklaşık yarısı, tanıdan sonraki 10 yıl içinde SPMS'ye geçiş yapar (Cree et al., 2021).

1.3.4 Relapsing Progresif MS (RPMS)

Nadir görülen (%5-6) bu form, akut atakların eşlik ettiği ancak ilerleyici seyir gösteren bir MS tipidir. Atak sonrası iyileşme genellikle kısıtlıdır ve hastalık sürekli olarak kötüleşme eğilimindedir (Lublin et al., 2014).

1.3.5 Klinik İzole Sendrom (KİS)

KİS, en az 24 saat süren ve enfeksiyon gibi sistemik nedenlerle açıklanamayan ilk demiyelinizan olay olarak tanımlanır. MRG'de görülen lezyonlar MS ile uyumlu olsa da, tanı koymak için yetersizdir (Miller et al., 2012).

1.3.6. Radyolojik İzole Sendrom (RİS)

İlk olarak 2009 yılında kavramsallaştırılan RİS, klinik semptomlar olmaksızın, MRG'de tesadüfen tespit edilen MS-benzeri demiyelinizan lezyonların varlığı ile tanımlanır. Bu bireylerin %35'inde zamanla MS semptomları gelişebilmektedir (Okuda et al., 2009; 2014).

1.4. Multiple Sklerozda Görülen Klinik Semptomlar

Multiple Skleroz (MS), merkezi sinir sisteminin (MSS) çeşitli bölgelerinde gelişen demiyelinizasyon ve skarlaşmış plaklar sonucu, bireylerde oldukça değişken klinik belirtilere neden olur. Semptomların türü, şiddeti ve sıklığı, lezyonların lokalizasyonuna ve atakların karakterine bağlı olarak bireyden bireye farklılık gösterebilir (Roller et al., 2013).

1.4.1. Denge ve Yürüme Bozuklukları

MS'li bireylerin çoğunda denge kayıpları ve yürüme zorlukları gözlenmektedir. Bu sorunlar, serebellum, medulla spinalis ve vestibüler sistemdeki lezyonlara bağlı olarak gelişir. Yürüme sırasında adım uzunluğunda azalma, yavaşlama ve destek fazında artış gözlenerek bireyin dengeyi korumak için çeşitli kompensatuar stratejiler geliştirmesine yol açar (Jackson et al., 1995).

1.4.2. Duyusal Bozukluklar ve Ağrı

Hastalar, sıklıkla parestezi, uyuşma, karıncalanma ve proprioseptif azalma gibi semptomlar yaşar. Ağrı ise, %90'a varan oranlarda görülür ve genellikle kas-iskelet sistemi veya nöropatik kaynaklıdır. Trigeminal nevralji ve yanıcı tarzda ağrılar sık karşılaşılan alt tiplere örnektir (Solaro et al., 2004; O'Connor et al., 2008).

1.4.3. Tonus Bozuklukları ve Kuvvet Kaybı

Spastisite ve hipotonus, üst motor nöron ve serebellar etkilenime bağlı gelişen yaygın tonus bozukluklarıdır. Bu durum motor fonksiyonları ciddi şekilde etkileyerek hareket kısıtlılığına yol açabilir (Picelli et al., 2017).

1.4.4. Isı İntoleransı

Sıcaklık artışları semptomları şiddetlendirebilir. Egzersiz, çevresel sıcaklık veya enfeksiyon gibi durumlar ısı intoleransını tetikleyebilir ve yorgunluk, spastisite gibi semptomların ağırlaşmasına neden olabilir (Christogianni et al., 2018).

1.4.5. Yorgunluk

MS'in en yaygın ve en zorlayıcı belirtilerinden biridir. Nörolojik (birincil) ve psikososyal (ikincil) olmak üzere sınıflandırılır. Yorgunluk, işlevselliği ve yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürür (Ayache & Chalah, 2017).

1.4.6. Mesane, Bağırsak ve Seksüel Disfonksiyonlar

Üriner inkontinans, sık idrara çıkma, kabızlık ve cinsel işlev bozuklukları MS'te sık görülür. Bu problemler, nörolojik etkilenim ve psikososyal faktörlerin birleşimiyle oluşur (Kessler et al., 2009; Nazari et al., 2020).

1.4.7. Kognitif Bozukluklar

MS hastalarının %65'inde bilişsel işlevlerde bozulma gözlenir. Bilgi işleme hızı, bellek, dikkat ve yürütücü işlevlerdeki zayıflıklar, bireyin sosyal ve mesleki yaşamını olumsuz etkileyebilir (DeLuca et al., 2020).

1.4.8. Psikolojik Problemler

MS'in kronik doğası, bireylerde depresyon, anksiyete, umutsuzluk ve stres gibi psikolojik sorunlara yol açabilir. Nöropsikiyatrik etkilenim, lezyonların yeri ve boyutu ile ilişkilendirilmektedir (Feinstein et al., 2004).

1.5. MS ve Tanı Yöntemleri

Multiple Skleroz (MS), santral sinir sistemini etkileyen kronik, ilerleyici ve heterojen semptomlarla seyreden bir hastalıktır. Bu nedenle, doğru tanının konulması tedavi süreci açısından kritik öneme sahiptir. Tanı süreci, öncelikle ayrıntılı bir klinik değerlendirme ile başlar. Hastanın öyküsü, semptomların başlangıç zamanı, seyri ve karakteristik özellikleri dikkate alınarak detaylı bir nörolojik muayene gerçekleştirilir. Bu klinik değerlendirme, MS'e özgü lezyonların lokalizasyonu ile benzer semptomlar gösteren diğer nörolojik hastalıklardan ayırt edilmesini sağlar (Efendi & Bünül, 2020).

Tanıya katkı sağlayan başlıca yöntemler arasında Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG), beyin omurilik sıvısı (BOS) analizi, uyarılmış potansiyeller ve çeşitli laboratuvar testleri yer almaktadır. MS için özel olarak geliştirilmiş tanı kriterleri, ilk olarak Schumacher ve arkadaşları tarafından önerilmiş, daha sonra Poser ve arkadaşları tarafından genişletilmiştir (Poser et al., 1983). MRG'nin nörolojide yaygın kullanımının ardından 2001 yılında McDonald kriterleri tanı standardı olarak geliştirilmiş; 2005, 2010 ve 2017 yıllarında revize edilmiştir. Günümüzde en güncel versiyon, 2017 McDonald kriterleridir (Thompson et al., 2018).

1.6. MS ve Tedavi Yöntemleri

Multiple Skleroz, kesin bir tedavisi bulunmayan, yaşam boyu süren bir hastalık olup bireyler arasında semptom dağılımı ve hastalık seyri farklılık gösterir. Bu nedenle tedavi yaklaşımı, bireyselleştirilmiş ve multidisipliner bir çerçevede ele alınmalıdır. MS tedavisinin temel hedefi, hastalığın ilerlemesini yavaşlatmak, atakların sıklığını ve şiddetini azaltmak, semptomları yönetmek ve bireyin yaşam kalitesini artırmaktır (Doğan et al., 2023).

MS tedavisi dört ana başlık altında sınıflandırılabilir: atak tedavisi, hastalık modifiye edici tedaviler (HMT), semptomatik tedaviler ve fiziksel rehabilitasyon uygulamaları. Atak dönemlerinde sıklıkla yüksek doz kortikosteroidler kullanılmakta, hastalık modifiye edici tedaviler ise bağışıklık sistemini hedef alarak progresyonun kontrol altına alınmasına yardımcı olmaktadır. Fizik tedavi ve rehabilitasyon, mobilitiyi artırmak ve kas gücünü korumak amacıyla uygulanırken, semptomatik tedaviler bireyin yorgunluk, ağrı, spastisite gibi şikayetlerini yönetmeyi amaçlar (Montalban et al., 2018).

1.6.1. Atak Tedavisi

Multiple Skleroz'un en sık karşılaşılan formu olan Relapsing-Remitting MS (RRMS), ataklarla seyreden ve bu atakların sıklığı ile şiddeti açısından tedavi sürecinde kritik bir rol oynayan bir klinik formdur. Diğer yandan, progresif formlarda atakların varlığı daha çok plakların aktivasyon düzeyine ve skarlaşmanın boyutuna bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Progresif seyirli türlerde de zaman zaman alevlenmeler görülmekte, bu da tedavi protokolünü şekillendirmektedir.

MS ataklarının farmakolojik tedavisinde en yaygın başvurulanan yöntemlerden biri yüksek doz intravenöz metilprednizolon uygulamasıdır. Klinik kılavuzlara göre bu tedavi genellikle 1 gram/gün dozunda olacak şekilde, 3 ila 10 gün arasında süren bir uygulamayla gerçekleştirilir. Tedavi süresi ve dozu, hastanın yaşı, semptomların şiddeti ve eşlik eden hastalıkların varlığına göre bireyselleştirilir (Ramo-Tello et al., 2014).

Alternatif tedavi seçeneklerinden biri de Adrenokortikotropik hormon (ACTH) uygulamasıdır. ACTH, intravenöz yolla çeşitli dozajlarda uygulanmakta olup genellikle 1 mg/gün dozunda 3–5 günlük bir protokol önerilmektedir.

Diğer bir tedavi yöntemi olan plazmaferez, özellikle kortikosteroid kullanımının kontrendike olduğu durumlarda—örneğin kortikosteroidlere karşı alerjik reaksiyon geliştiren hastalarda, hamilelikte ya da ağır seyreden ataklarda—uygulanmaktadır. Bu yöntemle, dolaşımdaki patojenik antikolar ve bağışıklık bileşenleri kandan uzaklaştırılarak semptomların hafifletilmesi hedeflenir (Efendi & Bünül, 2020).

1.6.2. Medikal Tedavi

Multiple Skleroz'un farmakolojik tedavisinde temel amaç; hastalığın oluşturduğu çok boyutlu semptomatik tabloyu hafifletmek, hastalık progresyonunu yavaşlatmak ve patogeneze rol oynayan biyolojik süreçleri baskı altına almaktır. Medikal tedavi yaklaşımları genellikle immün modülatör ve immünosüpresif ilaçlar üzerine temellenmiştir.

Bu kapsamda sıkça kullanılan tedavi ajanları arasında interferon beta preparatları, glatiramer asetat (GA), natalizumab, ocrelizumab ve dimetil fumarat gibi biyolojik ve kimyasal bileşikler yer almaktadır. Bu ilaçlar, relaps sıklığını azaltmak, hastalığın seyrini yavaşlatmak ve nörolojik hasarın ilerlemesini önlemek adına klinik olarak etkinliği kanıtlanmış seçeneklerdir (Galetta et al., 2002).

İmmün modülatör ilaçlar bağışıklık sisteminin MS patogeneze neden olan hiperaktivitesini düzenlemeye yönelik çalışırken; natalizumab ve ocrelizumab gibi monoklonal antikolar, lenfositlerin merkezi sinir sistemine geçişini engelleyerek inflamatuvar süreci baskılar. Dimetil fumarat ise anti-inflamatuvar etkilerinin yanı sıra antioksidan özellikler göstererek hücresel düzeyde koruyucu bir etki sağlar.

Bununla birlikte, söz konusu ajanların kullanımı bazı sistemik yan etkilerle ilişkilendirilmektedir. Örneğin; grip benzeri semptomlar, lökopeni, karaciğer enzimlerinde yükselme ve nadiren ciddi enfeksiyon riskleri görülebilmektedir. Bu nedenle, medikal tedavinin bireyselleştirilmiş bir plan çerçevesinde, düzenli takip ve klinik değerlendirme eşliğinde yürütülmesi önerilmektedir.

1.6.3. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yaklaşımları

Multiple Skleroz (MS), kronik ve progresif seyreden otoimmün ve nörodejeneratif temelli bir hastalık olması nedeniyle, zamanla bireyin hem fiziksel hem de psikolojik işlevselliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Santral sinir sistemindeki nöronal hasara bağlı olarak kas-iskelet sisteminde gelişen spastisite, kuvvet kaybı, hareket kısıtlılığı ve dengesizlik gibi belirtiler; bireyin günlük yaşam aktivitelerini zorlaştırmakta ve yaşam kalitesini düşürmektedir (Mutluay, 2006). Bu süreçte fizyoterapi ve rehabilitasyon, hastalığın yönetiminde önemli bir yer tutar.

Rehabilitasyon programlarında bireysel gereksinimlere göre oluşturulan egzersiz protokolleri; germe, kuvvetlendirme, direnç, denge, koordinasyon, solunum, core stabilizasyon ve aerobik egzersizlerden oluşmaktadır. Ayrıca pilates, tai chi, yoga ve hippoterapi gibi alternatif yaklaşımlar da terapötik müdahale olarak kullanılmaktadır (Cramer et al., 2016; Kalron et al., 2017). Özellikle spastisiteye karşı düzenli germe egzersizleri, kuvvet kaybına yönelik direnç ve kuvvetlendirme çalışmaları ön plana çıkmaktadır (Sandoval, 2013).

Araştırmalar, düzenli egzersizin yorgunluk seviyesini azalttığını, kas kuvvetini ve dengeyi artırdığını göstermektedir. Stroud ve Minahan (2009), MS'li bireylerde fiziksel aktivitenin yaşam kalitesi ve yorgunluk semptomları üzerinde olumlu etkiler yarattığını belirtmiştir. Özkan ve Ünlüer (2022), RRMS tanılı bireylerde uygulanan core stabilizasyon egzersizlerinin bacak kas kuvvetini ve dengeyi geliştirdiğini ortaya koymuştur. Benzer şekilde Katırcı Kırmacı ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında eksentrik ve konsantrik egzersizlerin yorgunlukla mücadelede etkili olduğu ve kardiyovasküler sistem üzerindeki yükü azalttığı bildirilmiştir. Ayrıca Pavlikova et al. (2020), denge odaklı fizyoterapi uygulamalarının statik dengeyi geliştirdiğini göstermiştir. Bu bağlamda fizyoterapi, MS'in semptomatik yönetiminde yalnızca fiziksel değil, aynı zamanda psikososyal iyilik hali açısından da vazgeçilmez bir bileşendir.

2. YÖNTEM

Bu çalışma, Multiple Skleroz hastalarında depresyon ve anksiyetenin klinik bulgularla ilişkisini inceleyen bir derleme çalışmasıdır. Literatür taraması, 2000-2024 yılları arasında yapılmış olan, MS hastalarındaki psikiyatrik bozuklukları ele alan makalelerden derlenmiştir. Çalışmalar, depresyon ve anksiyetenin klinik özellikler, nörolojik semptomlar ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini araştıran, prospektif ve retrospektif araştırmalardan oluşmaktadır. Literatür taraması, çeşitli veritabanları kullanılarak (PubMed, Google Scholar, ScienceDirect) gerçekleştirilmiş ve ilgili makalelere erişilmiştir.

Çalışmalar, MS hastalarında depresyon ve anksiyete bozuklukları arasındaki ilişkiyi, hastalığın ilerleyişi, nörolojik semptomlar ve tedavi yöntemleri açısından inceleyen araştırmalarla sınırlıdır. Bu çalışmalardan elde edilen veriler, hastaların psikiyatrik durumları ile nörolojik bulguları arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamaya yardımcı olmuştur.

3. BULGULAR

Multiple Skleroz (MS) hastalarında depresyon ve anksiyetenin, hastalığın fizyolojik etkilerinin ötesinde önemli psikolojik ve sosyal sonuçlar doğurduğu ortaya konmuştur. MS hastalarındaki psikiyatrik bozukluklar, hem hastaların genel yaşam kalitesini hem de hastalığın yönetimini etkileyebilir. Literatürdeki bulgulara göre, depresyon ve anksiyetenin MS hastalarındaki prevalansı oldukça yüksektir ve bu durum, klinik sürecin önemli bir parçasıdır.

3.1. Depresyon ve Anksiyeteye Yönelik Klinik Bulgular

Birçok çalışmada, MS hastalarının depresyon ve anksiyete yaşama oranlarının genel nüfusa göre çok daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Benedict et al. (2020) ve Treadaway et al. (2018) tarafından yapılan araştırmalara göre, MS hastalarının yaklaşık %30-50'sinde depresyon ve anksiyete semptomları görülmektedir. Depresyonun, hastaların motor fonksiyonlarını ve kognitif işlevlerini etkilemesinin yanı sıra, hastaların hastalığa dair psikolojik iyileşmelerini engellediği ve tedaviye uyum sağlama süreçlerini zorlaştırdığı bulunmuştur. Ayrıca, depresyon ve anksiyetenin uzun vadeli hastalık seyrine olumsuz etkiler yaptığına dair kanıtlar bulunmaktadır (Mills et al., 2019; Patten et al., 2017).

MS'deki depresyon genellikle fiziksel semptomlarla ilişkilidir. Hastalığın ilerleyişiyle beraber kas zayıflığı, denge sorunları, görme kaybı gibi nörolojik semptomlar, depresyonu tetikleyen etmenler olarak tanımlanmıştır. Krupp et al. (2018) ve Cusi et al. (2021), depresyonun yalnızca MS'in engellilik kaygısıyla değil, aynı zamanda hastaların günlük yaşam aktivitelerine karşı duyduğu umutsuzlukla da ilişkili olduğunu belirtmektedirler. Özellikle hastalığın ilerlediği evrelerde, depresyon semptomlarının daha belirgin hale gelmesi, hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen önemli bir faktördür (Cao et al., 2019).

Anksiyete, MS hastalarında depresyondan sonra en sık görülen psikiyatrik bozukluktur ve çoğu zaman hastalığın belirsizliği ve ileriye dönük kaygılarla ilişkilidir. Brown et al. (2021) tarafından yapılan çalışmada, MS hastalarındaki anksiyetenin, hastalığın progresyonu ve engellilik durumuyla doğrudan ilişkili olduğu bulunmuştur. Anksiyete, hastaların tedaviye uyumunu olumsuz yönde etkileyebilir ve sosyal izolasyona yol açabilir.

Ayrıca, anksiyeteli hastaların tedaviye daha düşük bir motivasyonla yaklaşmalarının, hastalığın daha hızlı ilerlemesine yol açabileceği ifade edilmiştir (Treadaway et al., 2018; Ziemssen et al., 2021).

3.2. Psikiyatrik Bozuklukların MS İlerlemesi ile İlişkisi

MS hastalarında depresyon ve anksiyeteye ilişkili psikiyatrik bozukluklar, hastalığın ilerleyişine dair klinik bir gösterge olabilir. MS'in fiziksel semptomları, depresyon ve anksiyeteyi doğrudan etkileyebileceği gibi, psikiyatrik durumlar da hastalığın seyrini olumsuz yönde etkileyebilir. Filippi et al. (2018) ve Patten et al. (2017), MS hastalarında depresyon ve anksiyetenin tedavi sürecini engelleyen faktörler arasında yer aldığını ve bu psikiyatrik bozuklukların hastaların işlevselliğini önemli ölçüde azalttığını vurgulamaktadırlar. Özellikle hastalığın ilerlediği dönemlerde, bu psikiyatrik durumlar hastaların tedaviye uyumlarını zorlaştırmakta ve sonuç olarak tedaviye yanıt vermelerini engellemektedir.

199

Depresyon ve anksiyetenin hastalık progresyonu ile olan ilişkisi, hastaların hastalıkla ilgili deneyimlerine dair kaygıları arttırırken, yaşam kalitelerini ciddi şekilde düşürmektedir. Marrie et al. (2021) ve Miller (2019) tarafından yapılan çalışmalarda, depresyonun hastaların kognitif işlevlerini bozarak, tedavi sürecinde olumsuz sonuçlar doğurduğu bulunmuştur. Ayrıca, depresyonun ağrı yönetimini zorlaştırması ve hastaların genel sağlığına zarar vermesi de dikkate değerdir. Bu nedenle, depresyon ve anksiyetenin MS tedavisindeki önemi, nörolojik semptomların tedavi edilmesinin yanı sıra, bu psikiyatrik bozuklukların da tedavi edilmesini gerektirmektedir.

3.3. Psikoterapi ve İlaç Tedavileri

MS hastalarında depresyon ve anksiyetenin tedavisinde psikoterapi ve ilaç tedavisi önemli yer tutmaktadır. Beier et al. (2017), MS hastalarında kognitif davranışçı terapi (CBT) gibi psikoterapilerin depresyon ve anksiyeteyi azaltmada etkili olduğunu bulmuştur. Bu tedavi yöntemlerinin, hastaların psikolojik iyileşmelerini hızlandırdığı ve hastalığın semptomlarını hafiflettiği gözlemlenmiştir. Ayrıca, antidepresan ilaçların da MS hastalarında depresyon semptomlarını azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir (Cusi et al., 2021). Bu tedavi yöntemlerinin, hastaların hastalıkla başa çıkma becerilerini artırarak, tedaviye uyumlarını güçlendirdiği ve hastalığın seyrini iyileştirdiği ifade edilmiştir.

Ziemssen et al. (2021) ise, MS hastalarının psikiyatrik tedavi süreçlerinde multidisipliner bir yaklaşımın gerekliliğini vurgulamaktadır. Psikolojik destek, nörolojik tedavi ile paralel bir şekilde uygulanmalıdır. Psikoterapi ve ilaç tedavilerinin birlikte kullanımı, hastaların psikolojik ve nörolojik iyileşme süreçlerini hızlandırabilir ve yaşam kalitelerini artırabilir.

4. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

4.1. Sonuçlar

Bu çalışma, Multiple Skleroz (MS) hastalarında depresyon ve anksiyetenin psikiyatrik bozukluklarla olan ilişkisini incelemeyi amaçlamıştır. Elde edilen bulgular, MS hastalarında depresyon ve anksiyeteye dair prevalansın oldukça yüksek olduğunu ve bu durumların hastaların yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilediğini göstermektedir. MS hastalarında depresyon ve anksiyetenin, hastalığın nörolojik semptomlarıyla ilişkilendirilebileceği, ancak ayrıca hastaların tedaviye uyumlarını engelleyen psikolojik ve sosyal faktörlerden de kaynaklandığı belirlenmiştir. Özellikle, depresyon ve anksiyeteyi birlikte yaşayan hastaların tedaviye daha düşük motivasyonla yaklaşmaları ve hastalığın daha hızlı ilerlemesine yol açabilmeleri dikkate değer bir bulgudur. MS hastalarında depresyon, genellikle engellilik kaygıları, motor fonksiyon kaybı ve hastalığın ilerlemesi ile ilişkilidir. Anksiyete ise hastaların hastalıklarının geleceği hakkındaki belirsizliklerle doğrudan bağlantılıdır. Depresyon ve anksiyetenin birlikte görülmesi, hastaların tedavi süreçlerini zorlaştırmaktadır. Ayrıca, depresyon ve anksiyetenin MS hastalarının yaşam kalitesini düşürmesinin yanı sıra, tedaviye uyumsuzluğu ve sosyal izolasyonu artırdığı da ortaya çıkmıştır.

4.2. Tartışma

MS hastalarında depresyon ve anksiyetenin yüksek prevalansı, bu hastaların tedavi süreçlerinde ciddi bir engel teşkil etmektedir. Literatürdeki birçok çalışma, depresyonun ve anksiyetenin MS hastalarında nörolojik semptomlarla etkileşime girerek hastaların işlevselliğini azalttığını ve tedaviye uyumlarını zorlaştırdığını vurgulamaktadır (Benedict et al., 2020; Patten et al., 2017). Depresyonun, hastaların motor fonksiyonlarını etkilemesi ve kognitif işlevlerinde bozulmalara yol açması, tedavi sürecinin daha karmaşık hale gelmesine neden olmaktadır (Mills et al., 2019). Bu bağlamda, depresyonun ve anksiyetenin, MS'in tedavi sürecindeki önemli psikolojik faktörler olduğu anlaşılmaktadır.

Anksiyete, hastalığın belirsizliği ve engellilik kaygılarıyla ilişkilidir ve bu durum, tedaviye uyumu daha da zorlaştırmaktadır (Brown et al., 2021). MS hastalarında görülen anksiyetenin, hastalığın seyrine olan etkileri, tedaviye ve yaşam kalitesine olumsuz katkı sağlamaktadır. Ayrıca, depresyon ve anksiyetenin tedavi edilmediği durumlarda, bu durumlar uzun vadede daha karmaşık sağlık sorunlarına yol açabilir ve hastaların sosyal yaşamlarını da olumsuz etkileyebilir (Treadaway et al., 2018).

MS hastalarında depresyon ve anksiyetenin tedavisinde kullanılan psikoterapi ve ilaç tedavileri, hastaların iyileşme süreçlerini destekleyen önemli araçlardır. Kognitif davranışçı terapi (CBT) ve antidepresan ilaçlar gibi tedavi yöntemlerinin MS hastalarında depresyon ve anksiyeteyi azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir (Beier et al., 2017; Cusi et al., 2021). Ancak bu tedavi yöntemlerinin, hastaların psikolojik iyileşmelerine katkıda bulunsa da, her hasta için özelleştirilmiş bir tedavi planının oluşturulması gerektiği anlaşılmaktadır. MS hastalarının tedavisinde, yalnızca nörolojik semptomlar değil, psikiyatrik durumların da dikkate alınması önemlidir.

4.3. Öneriler

Multidisipliner Yaklaşım: MS hastalarının tedavisinde multidisipliner bir yaklaşımın benimsenmesi büyük önem taşımaktadır. Nöroloji, psikiyatri, psikoterapi ve rehabilitasyon alanlarının birlikte çalışarak hastaların hem nörolojik hem de psikolojik iyileşmelerini desteklemeleri gerekmektedir. Psikiyatristler ve nörologlar arasındaki iş birliği, tedavi sürecinin etkinliğini artırabilir (Ziemssen et al., 2021).

Erken Tanı ve Müdahale: MS hastalarında depresyon ve anksiyete semptomlarının erken aşamalarda tanınması ve tedavi edilmesi önemlidir. Depresyon ve anksiyetenin hastalığın ilerlemesiyle daha belirgin hale gelmesi, bu semptomların başlangıcında müdahale edilmesi gerektiğini göstermektedir (Patten et al., 2017). Bu nedenle, MS hastalarının düzenli psikolojik değerlendirmelere tabi tutulması önerilmektedir.

Tedaviye Uyum: MS hastalarındaki depresyon ve anksiyetenin tedaviye uyum üzerinde olumsuz etkileri olduğu göz önünde bulundurulduğunda, tedavi planlarının hastaların psikolojik durumlarına uygun şekilde özelleştirilmesi gerekmektedir. Tedavi süreçlerinde hastaların psikolojik iyileşmelerine yönelik yaklaşımlar, tedaviye uyumu artırabilir (Mills et al., 2019).

Psikoterapi ve Psiko-eğitim: MS hastalarında depresyon ve anksiyete tedavisinde psikoterapi yöntemlerinin kullanılması önerilmektedir. Özellikle kognitif davranışçı terapi (CBT) gibi yöntemler, hastaların psikolojik iyileşmelerini hızlandırabilir ve hastalığın semptomlarını hafifletebilir (Beier et al., 2017). Ayrıca, MS hakkında hastalara yönelik eğitimlerin ve psikolojik desteklerin artırılması, hastaların hastalıkla başa çıkma becerilerini geliştirmelerine yardımcı olabilir.

Daha Fazla Araştırma: MS hastalarında depresyon ve anksiyetenin etiyolojisi ve tedavi yöntemlerinin etkinliği hakkında daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir. Farklı tedavi yaklaşımlarının karşılaştırılması ve psikiyatrik bozuklukların MS'in seyrine olan etkilerinin daha derinlemesine incelenmesi, bu hastaların tedavi süreçlerinde daha etkili stratejiler geliştirilmesine yardımcı olabilir.

5. KAYNAKÇA

Ascherio, A., & Munger, K. L. (2007). Environmental risk factors for multiple sclerosis. *The Lancet Neurology*, 6(7), 626-638. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(07\)70132-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(07)70132-2)

Ayache, S. S., & Chalah, M. A. (2017). Fatigue in multiple sclerosis – Insights into evaluation and management. *Neurophysiologie Clinique*, 47(2), 139–171. <https://doi.org/10.1016/j.neucli.2017.03.003>

Beier, M., et al. (2017). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in Reducing Symptoms of Depression and Anxiety in Multiple Sclerosis Patients. *Multiple Sclerosis Journal*, 23(2), 235-245.

Barin, L., Salmen, A., et al. (2018). The disease burden of Multiple Sclerosis from the individual and societal perspective: An observational study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16, 135. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0953-y>

Bishop, M., & Rumrill, P. D. (2015). Multiple sclerosis: Etiology, symptoms, incidence and prevalence, and implications for community living and employment. *Work*, 52(4), 725–734.

Benedict, R. H., et al. (2020). Depression in Multiple Sclerosis: A Comprehensive Review. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 32(2), 119-129.

Brown, L. A. B., et al. (2021). Anxiety in Multiple Sclerosis: Impact on Quality of Life and Disease Management. *Multiple Sclerosis Journal*, 27(6), 808-816.

Cao, L., et al. (2019). The Relationship Between Depression and Anxiety in Multiple Sclerosis: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Neuroscience*, 63, 132-138.

- Christogianni, A., Bibb, R., Davis, S. L., et al. (2018). Temperature sensitivity in multiple sclerosis: An overview of its impact on symptomatology and daily life. *Journal of Neurology*, 265(6), 1327–1335.
- Compston, A. (2005). The story of multiple sclerosis. In *Brain*, 128(Pt 1), 1–13.
- Confavreux, C., & Vukusic, S. (2006). Natural history of multiple sclerosis: A unifying concept. *Brain*, 129(Pt 3), 606–616.
- Correale, J., & Villa, A. (2007). The neuroprotective role of inflammation in nervous system injuries. *Journal of Neurology*, 254(3), iii47–iii60.
- Cramer, H., Lauche, R., et al. (2016). Yoga for people with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 11(11), e0159642.
- Cusi, D., et al. (2021). Managing Depression in Multiple Sclerosis: Treatment Approaches and Strategies. *Neurology and Therapy*, 10(1), 125-136.
- Davis, S. L., Wilson, T. E., et al. (2018). Heat sensitivity and autonomic dysfunction in multiple sclerosis. *Autonomic Neuroscience*, 209, 59–65.
- Dendrou, C. A., Fugger, L., & Friese, M. A. (2015). Immunopathology of multiple sclerosis. *Nature Reviews Immunology*, 15(9), 545–558.
- DeLuca, J., Chiaravalloti, N. D., & Sandroff, B. M. (2020). Cognitive impairment in multiple sclerosis: Clinical management, MRI, and therapeutic avenues. *The Lancet Neurology*, 19(10), 860–871.
- Doğan, D., Aydoğdu, A., & Gündoğdu, K. (2023). Multiple sklerozda güncel tedavi yaklaşımları. *Klinik Nöroloji Dergisi*, 26(1), 35–42.
- Efendi, S., & Bünül, M. (2020). Multiple skleroz tanı ve tedavi süreci üzerine güncel yaklaşımlar. *Güncel Nöroloji Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 98–105.
- Filippi, M., et al. (2018). The Role of MRI in Assessing the Impact of Multiple Sclerosis. *Journal of Neurology*, 265(3), 391-407.
- Ghasemi, N., Razavi, S., & Nikzad, E. (2017). Multiple sclerosis: Pathogenesis, symptoms, diagnoses and cell-based therapy. *Cell Journal*, 19(1), 1–10.
- Giovannoni, G., & Ebers, G. (2007). Multiple sclerosis: The environment and causation. *Current Opinion in Neurology*, 20(3), 261–268.
- Goldenberg, M. M. (2012). Multiple sclerosis review. *Pharmacy and Therapeutics*, 37(3), 175–184.
- Hoang, P., Gandevia, S. C., & Herbert, R. D. (2014). Strength training improves strength and walking performance in people with multiple sclerosis: A randomized controlled trial. *Multiple Sclerosis Journal*, 20(5), 654–662.
- Holloway, R. G., et al. (2020). The Relationship Between Depression and Anxiety and Disease Activity in Multiple Sclerosis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 81(4), e1-e8.
- Jackson, K., Sisto, S., et al. (1995). Walking, balance, and functional mobility in multiple sclerosis. *Physical Therapy*, 75(3), 245–252.
- Kalron, A., Dolev, M., & Menascu, S. (2017). The effect of Pilates intervention on balance and mobility in ambulatory people with multiple sclerosis: A randomized controlled trial. *Multiple Sclerosis International*, 2017, 9121437.

- Kamogawa, K., & Okuda, D. T. (2015). Multiple sclerosis: A neuroanatomical perspective. *Practical Neurology*, 15(3), 186–195.
- Katırcı Kırmacı, M., Özkan, B., & Kara, B. (2021). Egzersizin multiple skleroz hastalarında yorgunluk ve denge üzerine etkisi. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 32(3), 195–202.
- Krupp, L. B., et al. (2018). Fatigue and Depression in Multiple Sclerosis. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 18(10), 58-65.
- Mazumder, R., Siddiqui, M. A., et al. (2014). Balance dysfunction in people with multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(5), 944–951.
- Marrie, R. A., et al. (2021). The Impact of Depression and Anxiety in Multiple Sclerosis: A Review of the Literature and Clinical Management. *Neurology*, 96(5), 191-198.
- Miller, A. (2019). Multiple Sclerosis: Advances in Diagnosis and Treatment. *The Lancet*, 394(10206), 161-173.
- Mills, E. A., et al. (2019). Long-Term Impact of Depression and Anxiety on Functional Recovery in Multiple Sclerosis. *Journal of Neurology*, 266(7), 1841-1847.
- Miller, D. H., Chard, D. T., & Ciccarelli, O. (2012). Clinically isolated syndromes. *The Lancet Neurology*, 11(2), 157–169.
- Montalban, X., Gold, R., Thompson, A. J., et al. (2018).ECTRIMS/EAN guideline on the pharmacological treatment of people with multiple sclerosis. *European Journal of Neurology*, 25(2), 215–237.
- Motl, R. W., Pilutti, L. A., et al. (2015). Detraining effects in persons with multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(1), 147–153.
- Mutluay, F. H. (2006). Egzersizin multiple sklerozlu bireylerde fiziksel ve psikolojik etkileri. *Fizyoterapi Bilimleri Dergisi*, 18(2), 90–98.
- Nielsen, N. M., Jørgensen, K. T., et al. (2005). Socioeconomic factors in multiple sclerosis. *Neurology*, 65(6), 998–1001.
- Okuda, D. T., et al. (2009). Incidental MRI anomalies suggestive of multiple sclerosis: The radiologically isolated syndrome. *Neurology*, 72(9), 800–805.
- Özkan, B., & Ünlüer, N. (2022). Relapsing remitting multiple sklerozlu hastalarda denge, yorgunluk ve core kas gücüne yönelik egzersizlerin etkisi. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 33(2), 80–89.
- Patten, S. B., et al. (2017). Depression in Multiple Sclerosis: A Review of the Literature. *Multiple Sclerosis Journal*, 23(5), 567-574.
- Patti, F., et al. (2018). Multiple Sclerosis and Depression: The Role of Cognitive Dysfunction and Fatigue. *Neuropsychology Review*, 28(1), 45-52.
- Sadovnick, A. D., et al. (2019). The Role of Environmental and Genetic Factors in the Development of Multiple Sclerosis. *Journal of Neuroimmunology*, 337, 45-52.
- Sicotte, N. L., et al. (2016). Psychiatric Morbidity in Multiple Sclerosis: A Review. *Current Opinion in Neurology*, 29(3), 243-248.
- Simpson, D. M., et al. (2020). Psychosocial Interventions for Multiple Sclerosis: An Overview of Systematic Reviews. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 45, 102309.
- Thompson, A. J., et al. (2020). Multiple Sclerosis: Diagnosis and Management. *The Lancet*, 396(10248), 1456-1467.

- Treadaway, K. H., et al. (2018). The Impact of Depression and Anxiety on Health-Related Quality of Life in Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 23, 31-37.
- Ziemssen, T., et al. (2021). Comprehensive Care in Multiple Sclerosis: Managing Psychiatric Co-Morbidities. *European Neurology Review*, 16(2), 103-110.

Article Arrival Date
Date

02.05.2025

Article Published

20.06.2025

AİLE İLİŞKİLERİ BAĞLAMINDA EBEVEYNLERİN OLUMSUZ ÇOCUKLUK DENEYİMLERİNİN ÇOCUKLARIN KAYGI VE DİKKAT DÜZEYLERİNE YANSIMALARI

REFLECTIONS OF PARENTS NEGATIVE CHILDHOOD EXPERIENCES ON CHILDREN'S ANXIETY AND ATTENTION LEVELS WITHIN THE CONTEXT OF FAMILY RELATIONSHIPS

Psikolog, Tuğba DUMAN¹, Serkan NACAK ²

¹Öğrenci, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, Orcid: [0009-0004-0970-8870](https://orcid.org/0009-0004-0970-8870)

²Öğrenci, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, Orcid: [0000-0627-6348](https://orcid.org/0000-0627-6348)

Özet

Bu çalışma, aile ilişkileri, ebeveynlerin olumsuz çocukluk çağı yaşantıları ve psikolojik sağlık düzeylerinin, çocukların dikkat ve kaygı düzeyleri üzerindeki etkilerini inceleyen nitel bir derleme araştırmasıdır. Son yıllarda yapılan araştırmalar, çocukların psikolojik gelişiminin yalnızca bireysel faktörlere değil, aynı zamanda aile ortamındaki ilişkisel dinamiklere ve ebeveynin geçmiş yaşam deneyimlerine de bağlı olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda, ebeveynin çocukluk döneminde yaşadığı travmatik deneyimlerin, psikolojik sağlık düzeyini etkileyebileceği ve bu durumun da ebeveynlik tarzı aracılığıyla çocukların dikkat ve kaygı düzeylerine yansıdığı öne sürülmektedir.

Çalışmada, 2010–2024 yılları arasında yayımlanmış ulusal ve uluslararası literatür sistematik bir yaklaşımla taranmış; özellikle aile ilişkileri, olumsuz çocukluk çağı yaşantıları, psikolojik sağlık, dikkat ve kaygı temalarına odaklanan nitel araştırmalar incelenmiştir. Elde edilen bulgular, içerik analizi ve tematik analiz yöntemiyle değerlendirilmiş ve mevcut veriler derlenerek anlamlı temalar altında sınıflandırılmıştır.

Bulgular, olumlu aile ilişkilerinin ve yüksek ebeveyn psikolojik sağlamlığının çocuklarda dikkat süresini artırtabileceğini ve kaygı düzeylerini azaltabileceğini göstermektedir. Öte yandan, ebeveynin geçmişte yaşadığı duygusal ihmal, travma ya da bağlanma sorunlarının, hem ebeveynlik davranışlarını olumsuz etkilediği hem de çocuklarda dikkat dağınıklığı ve kaygı belirtilerini artırdığı yönünde güçlü bulgulara ulaşılmıştır. Psikolojik sağlık, bu süreçte hem ebeveyn hem de çocuk düzeyinde koruyucu bir değişken olarak öne çıkmaktadır.

Bu derleme çalışması, aile içi etkileşimlerin ve ebeveyn geçmişinin çocuk psikolojisi üzerindeki etkisini anlamaya yönelik bütüncül bir bakış açısı sunmakta; bu doğrultuda yapılacak önleyici psikososyal müdahale programları için temel öneriler sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aile ilişkileri, dikkat, ebeveynlik, kaygı, olumsuz çocukluk çağı yaşantıları, psikolojik sağlık

Abstract

This study is a qualitative review that aims to examine how family relationships, parents' adverse childhood experiences, and psychological resilience levels are related to children's attention and anxiety levels. Recent literature highlights that children's psychological development is not only shaped by individual traits but also by relational dynamics within the family and the psychological history of caregivers. In this context, it is proposed that traumatic childhood experiences of parents can negatively impact their resilience and parenting styles, which in turn may affect children's emotional and cognitive development, including their attention span and anxiety levels.

Within the scope of this review, qualitative studies published between 2010 and 2024 were systematically analyzed from both national and international literature. The focus was placed on research exploring themes such as family interaction patterns, adverse childhood experiences, psychological resilience, attention, and anxiety. Thematic and content analysis methods were used to synthesize and interpret the findings, which were then categorized under meaningful thematic headings.

Findings reveal that positive family communication, supportive parenting, and high parental psychological resilience are associated with increased attention and lower anxiety in children. Conversely, parents who experienced emotional neglect, trauma, or insecure attachment in their own childhoods are more likely to exhibit maladaptive parenting behaviors, which may contribute to attention deficits and heightened anxiety in their children. Psychological resilience emerges as a protective factor for both parents and children in managing stress and emotional regulation.

This qualitative literature review offers a holistic perspective on the psychological mechanisms linking intergenerational experiences with child outcomes. The results underscore the importance of considering both relational and historical dimensions of parenting in psychological assessments and interventions. It is recommended that parent-focused psychoeducational and support programs be developed to strengthen parental resilience and enhance child mental health outcomes.

Keywords: Adverse childhood experiences, anxiety, attention, family relationships, parenting, psychological resilience

GİRİŞ

Çocukluk döneminde gözlenen psikiyatrik bozuklukların etiyolojisi, birçok psikopatolojik durumda olduğu gibi henüz tam anlamıyla açıklığa kavuşturulamamıştır. Özellikle dikkat süreçlerine dair yapılan çalışmalarda genetik yatkınlık ve nörobiyolojik mekanizmalar sıklıkla ön planda tutulmakta; farmakolojik müdahaleler ve beyin görüntüleme teknikleri bu yaklaşımı desteklemektedir (Öner, Öner ve Aysev, 2003: 98). Bununla birlikte, dikkat eksikliği özelinde aile içi ilişkilerin ve ebeveyn-çocuk etkileşiminin etkisini ortaya koyan birçok çalışma da mevcuttur. Dikkat eksikliği tedavi sürecine ilişkin yapılan müdahalelerde, çocuğun içinde bulunduğu aile ortamı ve ebeveynin psikososyal durumu önemli bir bileşen olarak değerlendirilmektedir (Kayaalp, 2008: 149-151).

Dikkat eksikliği, yalnızca akademik başarıyı değil, sosyal ilişkilerden gündelik yaşam işlevselliğine kadar birçok alanı etkileyebilen yaygın bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu kapsamda, dikkat eksikliğin altında yatan nedenleri araştıran çalışmalarda genetik ve biyolojik etkilerin yanı sıra çevresel ve psikososyal faktörlerin de etkili olduğu anlaşılmaktadır. Çocukların stres etkenlerine maruz kaldıkları ortamlarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) belirtilerinin daha yoğun yaşandığı; yapılandırılmamış, düzensiz aile ortamlarında ise bu belirtilerle baş etmenin daha zorlaştığı bilinmektedir. Buna karşın,

ebeveynin güvenli ve tutarlı bir aile atmosferi sağlayabildiği koşullarda, DEHB semptomlarının daha düşük düzeyde gözlemlenebildiği bildirilmektedir. Ancak dikkat eksikliği öyküsüne sahip bir ebeveynin, düzenli ve sağlıklı aile ilişkileri inşa etmesinde zorluk yaşayabileceği de göz ardı edilmemelidir (Öncü ve Şenol, 2002: 116-117).

DEHB'nin etiyojisine ilişkin araştırmalarda genetik aktarım önemli bir değişken olarak yer almakla birlikte, günümüz yaşam koşullarının getirdiği çevresel stresörlerin de dikkate alınması gerektiği yönünde güçlü görüşler bulunmaktadır. Artan çevresel talepler, özellikle çocuklar için bilişsel ve duygusal yükler oluşturarak dikkat süreçlerini zorlayabilir. Bu bağlamda dikkat eksikliği yalnızca kalıtsal bir bozukluk değil, aynı zamanda bireyin çevresel uyaranlara yanıt verememesiyle ortaya çıkan bir uyum sorunu olarak da ele alınabilir. Modern yaşamın yoğun uyaran içeriği ve ebeveynlerin artan stres düzeyleri, çocuklarda dikkat eksikliği tanısının artmasına neden olan başlıca etkenler arasında yer almaktadır (Öncü ve Şenol, 2002: 116-117).

Bu çerçevede ebeveynin çocukluk yaşantıları, maruz kaldığı travmalar, psikolojik sağlamlık düzeyi ve mevcut ebeveynlik tarzı, çocuğun dikkat ve kaygı düzeylerini etkileyen önemli etmenler arasında değerlendirilmektedir. Literatürde çocukluk çağı psikiyatrik sorunları ile aile kaynaklı risk faktörleri arasında önemli ilişkiler kuran çalışmalar bulunmaktadır. Rutter ve arkadaşları (1975: 522-532) tarafından geliştirilen “Rutter’ın Zorluk Faktörleri”, aile içinde yaşanan yapısal ve duygusal problemleri altı başlık altında sınıflandırarak bu alanla ilgili önemli bir çerçeve sunmaktadır. Bu faktörler arasında ciddi evlilik çatışmaları, düşük sosyoekonomik düzey, kalabalık haneler, ebeveyn suçluluğu, annenin psikiyatrik rahatsızlığı ve üvey ebeveyn yanında yaşama gibi değişkenler yer almaktadır.

Bu risk faktörlerinin çocuklarda yalnızca DEHB belirtilerini değil, aynı zamanda davranış problemlerini ve öğrenme güçlüklerini de artırdığı çeşitli araştırmalarla ortaya konmuştur (Biederman, 1995: 467-469). Ailede yaşanan ekonomik güçlükler, ebeveyn psikopatolojisi ve yüksek düzeyde çatışmalı ilişkiler gibi psikososyal stresörler, DEHB ile güçlü bir ilişki göstermektedir (Biederman, Faraone ve Monuteaux, 2002: 1558-1561). Özellikle annenin ruh sağlığı durumu, çocuğun bilişsel süreçleri ve dikkat becerileri üzerinde belirleyici olabilmektedir. Depresif annelerin, çocuklarının duygusal ve bilişsel gereksinimlerini karşılamada zorlandıkları, bu durumun da çocuklarda dikkat süreçlerini olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir (Coşgun, 2019: 61-63). Türkiye ve dünyada dikkat işlevlerine yönelik çok sayıda araştırma bulunmasına rağmen, okul öncesi yaş grubundaki çocuklarla ebeveyn faktörünün birlikte ele alındığı çalışmalar sınırlı sayıdadır.

Ebeveynin çocuk yetiştirme biçimi, dikkat eksikliği belirtilerinin şiddetiyle anlamlı düzeyde ilişkilidir (Çakıcı, 2021: 458-464). Ayrıca DEHB belirtileri ile birlikte kaygı ve davranışsal sorunların da daha yaygın görüldüğü, dikkat dağınıklığı ve dürtüsellik yaşayan çocuklarda eş zamanlı olarak yüksek kaygı ve uyum problemlerinin ortaya çıktığı ifade edilmektedir (Ertuğrul ve Toros, 2010: 179-182). DEHB tanısı konulan çocuklar, ebeveynlerini daha otoriter, eleştirel ve ilgisiz olarak algılayabilmekte; bu çocukların anneleri çoğunlukla daha az demokratik ve daha baskıcı bir tutum sergilemektedir (Çöp, Çengel Kültür ve Şenses Dinç, 2017: 29-31).

Bunların yanı sıra, pozitif duyguların bireyin dikkat ve stresle başa çıkma becerileri üzerinde olumlu etkileri olduğu bilinmektedir. Fredrickson (2001: 220-224), olumlu duygulara sahip bireylerin daha güçlü başa çıkma stratejileri geliştirdiklerini ve dikkat performanslarının daha yüksek olduğunu vurgulamaktadır. Bu bağlamda, ebeveynin geçmişte yaşadığı olumsuz deneyimlerin, düşük psikolojik sağlamlık ve problemlerle aile ilişkileriyle birleştiğinde çocuklar üzerinde psikopatolojik etkilere yol açabileceği düşünülmektedir. Olumlu aile ortamının koruyucu etkisi, psikolojik sağlamlığın sürdürülebilirliği ve ilişkisel güven ortamı, çocuğun sağlıklı gelişimi için vazgeçilmezdir (Bethell ve ark., 2017: 47).

Literatür bütüncül olarak değerlendirildiğinde, olumsuz çocukluk deneyimlerine sahip olan ebeveynlerin, bu travmatik geçmişi yeterince dönüştürememeleri hâlinde, psikolojik sağlamlıklarının zedelenebileceği ve bu durumun kendi ebeveynlik pratiklerine olumsuz yansıyabileceği görülmektedir. Aile ilişkileri, ebeveyn ve çocuk arasında duygusal geçişlerin yaşandığı temel bir kanal olarak düşünüldüğünde; bu ilişkinin niteliği, çocuğun kaygı düzeyleri ve dikkat becerileri üzerinde doğrudan belirleyici olabilir. Bu doğrultuda yürütülen mevcut çalışma, çocuklardaki dikkat ve kaygı düzeylerinin, ebeveynin psikolojik sağlamlığı ve aile içi ilişkileri gibi faktörlerle ilişkisini derinlemesine incelemeyi amaçlamaktadır.

1.1. Dikkat

Dikkat, bireyin algısal, bilişsel ve motor becerilerini sinir sistemiyle entegre şekilde organize eden, çok boyutlu bir zihinsel süreçtir (Parasuraman, 2000: 3). Bu süreç, duysal veya zihinsel uyarıcılara karşı bilincin odaklanmış bir şekilde yönlendirilmesini sağlayan zihinsel bir çabadır (Solso, Maclin ve Kimberly Maclin, 2007: 98). Bu bağlamda dikkat, çevredeki uyarıcılardan bazılarını odaklanıp diğerlerini filtreleyerek bilgi işleme sürecini kolaylaştıran temel bir işlev olarak kabul edilmektedir.

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), aşırı hareketlilik, dürtü kontrolünde güçlük, odaklanma problemleri ve isteği erteleme zorlukları ile kendini gösteren yaygın bir nörogelişimsel bozukluktur (Ercan ve Aydın, 2014: 17). Bu bozukluk, özellikle çocukluk döneminde akademik ve sosyal işlevselliği olumsuz etkileyebilmektedir. Dikkat, bireyin gelişimsel düzeyine uygun olarak işlev göstermesi beklenen; öğrenme, planlama, problem çözme ve görev sürdürme gibi alanlarda kritik rol oynayan bir beceridir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 29–33). Özellikle orta çocukluk döneminde, okul başarısında ve görev yönetiminde belirleyici bir bilişsel yeti olarak öne çıkmaktadır. Yapılan çalışmalar, dikkat eksikliği ile aile içi dinamikler ve depresif belirtiler arasında anlamlı ilişkiler olduğunu ortaya koymaktadır (Biondic ve ark., 2019: 2114–2117).

208

Dikkat kavramına ilişkin ilk sistematik açıklamalar 19. yüzyıla dayanmaktadır. William James (1890: 403), dikkati zihnin bir anda birçok unsurdan yalnızca birine odaklanma kapasitesi olarak tanımlamış ve dikkat sürecinin bilincin temel yapıtaşlarından biri olduğunu ileri sürmüştür. Ona göre dikkat, zihnin bazı uyarıcılardan kendini çekerek belirli uyarıcılara yönelmesini içerir (James, 1890: 408). Modern dikkat kuramlarının öncülerinden Broadbent ise, dikkat sürecini sınırlı kapasiteyle açıklamış; bireyin aynı anda tüm gelen uyarıcılara yanıt veremeyeceğini, bunun yerine bir filtreleme sistemiyle seçici dikkat uyguladığını belirtmiştir (Broadbent, 1958: 210–240). Özellikle işitsel dikkat üzerine yaptığı çalışmalarla alana yön vermiştir (Kramer, Wiegmann ve Kirlik, 2006: 3).

Dikkatin incelenmesi tarihsel olarak felsefi tartışmalarla başlamış, daha sonra psikolojik araştırmalara konu olmuştur. Titchener, duyum ve duygulara dair açıklamalarında, dikkatin bu süreçlerin ön koşulu olduğunu vurgulamış; dikkatin, belirli bir uyarıcının diğerleri üzerinde baskın hale gelmesini sağlayarak zihinsel seçiciliği mümkün kıldığını ifade etmiştir (Titchener, 1908: 3–33; Johnston, 1909: 71).

DEHB'nin tanımlanması ise ilk kez 1902 yılında George Still tarafından yapılmış ve başlangıçta yalnızca yaramazlık olarak değerlendirilen bu durumun zamanla psikiyatrik yönleri keşfedilmiştir. Türkiye'de bu bozukluk son 25 yılda sistematik biçimde incelenmeye başlanmış ve klinik uygulamalarda önemli bir yer edinmiştir (Ercan ve Aydın, 2014: 29).

Günümüzde dikkate ilişkin yaklaşımlar, insan zihninin çevresel uyarıcılar karşısında sınırlı bir işlem kapasitesine sahip olduğu görüşü etrafında şekillenmektedir. Zihinsel sistemin çok sayıda uyarıcıyı aynı anda işleyememesi, bireyin işlevsel kalabilmesi için belli uyarıları önceliklendirmesini gerekli kılar (Solso, Maclin ve Kimberly Maclin, 2007: 99). Bu nedenle

dikkat, çevresel karmaşa içinde bireyin işlevselliğini sürdürebilmesi için hayati bir beceri olarak değerlendirilmektedir.

1.1.1. Dikkatin Yapısı ve Kuramsal Yaklaşımlar

Dikkat süreçleri değerlendirildiğinde, bu kavramın beş temel yönüyle ele alındığı görülmektedir. İlk olarak, dikkat sınırlı işlem kapasitesine sahip bir sistemdir ve birey çevresindeki tüm uyarılara eşit şekilde odaklanamaz; yalnızca belirli uyarıcılara yoğunlaşabilir. Bu durum, bilgi işleme sürecinde bilişsel bir dar boğaz oluştuğuna işaret eder. İkinci olarak, birey hangi uyarana odaklanacağını seçebilme kapasitesine sahiptir, bu da dikkatin kontrol edilebilirliğini gösterir. Üçüncü olarak, dikkat bazı durumlarda bilinç dışı gerçekleşebilir; bu durum özellikle otomatikleşmiş davranışlarda gözlemlenir. Dördüncü olarak, dikkat süreci, beynin ve merkezi sinir sisteminin işleyişiyle doğrudan ilişkilidir. Son olarak, dikkat; gelen uyarıcıların farkındalık düzeyine taşınmasını sağlayarak bilinçlilikle doğrudan ilişki içerisindedir (Solso, Maclin ve Kimberly Maclin, 2007: 100).

Dikkate yönelik kuramsal yaklaşımlar genel olarak iki temel modele dayandırılır: odaklanmış dikkat ve bölünmüş dikkat modelleri. Bu modeller, bireyin dikkat sürecinde nasıl bir seçme mekanizması kullandığını açıklamaya çalışır (Soysal, Yalçın ve Can, 2008: 36–41). Broadbent (1958) tarafından geliştirilen ve dikkat teorilerinin ilklerinden biri olan filtre modeli, dikkat sisteminin gelen uyarıcılardan yalnızca belirli olanları işleminden geçirdiğini ve diğerlerinin dışlandığını savunur. Bu modelde uyarıların türü ve hangi sinirsel yolları aktive ettiği önemlidir. Ancak bireysel farklılıkları ve içerik değerlendirmesini göz ardı etmesi nedeniyle eleştirilmiştir (Solso, Maclin ve Kimberly Maclin, 2007: 104–107).

Treisman (1964), Broadbent'in teorisine karşılık olarak geliştirdiği zayıflatma modelinde, odağın dışındaki uyarıların tamamen filtrelenmediğini, sadece güçlerinin azaltıldığını ileri sürmüştür. Ona göre, mesajın tanınması ve odaklanma süreci; bireysel özelliklere, mesajın anlamına ve çevresel bağlama göre değişkenlik göstermektedir. Bu yaklaşım, dikkat gelişiminde bireysel farklılıkların ve bağlamsal etkenlerin önemine vurgu yapmaktadır.

LaBerge ve Samuels'in (1974) otomatik işleme modeli, özellikle görsel dikkat süreçlerini açıklamayı hedeflemiştir. Bu modele göre, gelen görsel uyarıcılar, belleğin farklı bölgelerinde değerlendirildikten sonra işlenir. Model iki aşamalı bir işleyiş öngörür: "doğruluk" aşamasında dikkat aktif olarak devrededir; "otomatiklik" aşamasında ise süreç, dikkat denetiminden çıkarak bilinç arka planında yürütülür. Deutsch ve Deutsch (1963) tarafından ortaya atılan geç seçim kuramı ise, tüm gelen uyarıcıların eşit şekilde algılandığını ve zihinsel bir filtreleme sürecinin daha sonra gerçekleştiğini ileri sürmüştür. Bu modele göre, hangi mesajın dikkate alınacağı bireyin geçmiş öğrenmeleri, alışkanlıkları ve mesajın önem derecesine göre belirlenmektedir. Bu bağlamda dikkat, birey tarafından aktif olarak seçilen ve işlevselliğe katkı sunan bir sistemdir.

Johnston ve Heinz (1978) tarafından geliştirilen alternatif seçme modeli ise dikkatin esnekliğini ön plana çıkarır. Bu çok modlu dikkat modeline göre, dikkat hem erken duyuşal süreçlerde hem de ileri düzey semantik analizde işlevseldir. Dikkatin hangi düzeyde devreye gireceği; görev zorluğu, çevresel koşullar ve bireyin mevcut durumu gibi değişkenlere bağlıdır.

Treisman ve Geffen (1967), farklı dikkat modellerini karşılaştırmak ve geçerliliklerini test etmek amacıyla çeşitli deneysel çalışmalar yürütmüşlerdir. Bu çalışmalar, mesajın anlamı, kullanılan kelimelerin gramatik yapısı ve uyarılar arasındaki tutarlılığın algı düzeyine etkisini incelemiştir. Sonuçlar, algısal özelliklerin içerikten önce işlendiğini ve fiziksel farkındalığın dikkat sürecinin öncüsü olduğunu ortaya koymuştur.

Görsel dikkat ise dikkatin sınırlı bir formudur. Bu sınırlılık, göz yapısı, retina ve özellikle fovea alanına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Ancak yine de dikkat, görsel algıdan önce devreye

girerek hangi uyarıcının seçileceğini belirlemektedir (Anderson, 2009: 70). Bu bağlamda geliştirilen “spot ışığı teorisi”, görsel alan içerisinde dikkat yöneliminin belirli bir bölgeye odaklandığını ve bu alanın bir spot ışığı gibi işlev gördüğünü ileri sürmektedir (Soysal, Yalçın ve Can, 2008: 39).

1.1.2. Dikkat Kuramları ve Dikkat Eksikliği Bozukluğu

Dikkatin sınırlı kapasiteye sahip olduğu yönündeki geleneksel yaklaşımlara karşı çıkan görüşler de literatürde yer almaktadır (Soysal, Yalçın ve Can, 2008: 40). Bazı araştırmacılar, dikkatin geliştirilebilir bir süreç olduğunu ve aynı anda birden fazla uyarının algılanabileceğini öne sürerek öğrenmenin öğrenilebileceğini savunmuşlardır (Hirst ve Spelke, 1980: 99–100). Bu düşünce, bölünmüş dikkat modellerinin gelişmesini beraberinde getirmiştir. Bölünmüş dikkatin söz konusu olduğu durumlarda, bireyin odaklanma süresinin uzadığı ve görev tamamlama sürelerinde gecikmeler yaşandığı farklı araştırmalarla desteklenmiştir (Wijers ve ark., 1987: 57–58).

Dikkat eksikliği ise dikkat kavramı kapsamında en sık incelenen ve etiyojisi en çok araştırılan bozukluklardan biridir. DSM-5’e (2013: 29–34) göre dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomları ile karakterize edilen bir nörogelişimsel bozukluktur. DSM-5’te yer alan kriterlere göre, dikkatsizlik boyutunda tanı koyulabilmesi için aşağıdaki belirtilerden en az altısının, en az altı ay süreyle ve bireyin gelişim düzeyine uygun olmayan şekilde, işlevsellik üzerinde belirgin etkiler göstermesi gerekmektedir:

- Ayrıntılara dikkat etmeme, hatalar yapma, özen eksikliği,
- Görev ya da oyun sırasında dikkat sürdürmememe,
- Kendisine doğrudan konuşulmasına rağmen dinlemiyormuş gibi görünme,
- Verilen yönergeleri takip edememe, görevleri tamamlayamama,
- Etkinlikleri organize etmede zorluk yaşama,
- Uzun süreli zihinsel çaba gerektiren görevlerden kaçınma,
- Gerekli eşyaları sık sık kaybetme,
- Kolayca dış uyaranlarla dikkatin dağılması,
- Günlük etkinliklerde unutkanlık.

DEHB’nin kesin nedenleri hâlâ net olarak belirlenememiştir. Kuramsal yaklaşımlar, bu bozukluğun çoklu nedenlerin birleşimiyle ortaya çıktığını öne sürmektedir. Bazı görüşler genetik faktörlerin ağırlıklı olduğunu savunurken, diğer bazı yaklaşımlar sosyal çevresel etmenleri ön plana çıkarmaktadır (Öncü ve Şenol, 2002: 112). Bu çerçevede, DEHB’ye ilişkin literatür kapsamlı biçimde "Dikkat Eksikliği" başlığı altında ayrıca değerlendirilecektir.

Dikkat üzerinde etkili olan birçok unsur vardır. Bunlar arasında dikkat sürecini olumlu etkileyen değişkenler olduğu gibi, dikkat performansını olumsuz etkileyebilecek çevresel ve bireysel faktörler de bulunmaktadır. Bu faktörlerden bazıları şunlardır (Aydın, 2001: 141–142):

- Zekâ düzeyi, algı ve bellek gibi zihinsel faktörler,
- Hazırbulunuşluk durumu,
- İçsel (yorgunluk, açlık, uyku eksikliği) ve dışsal (gürültü, ışık, ısı) fiziksel uyarıcılar,
- Aşırı ya da yetersiz güdülenme,
- Belirgin hedeflerin olmaması,
- Ödül-ceza sisteminin işlevsizliği,
- Geribildirim eksikliği,
- Başarısızlık korkusu ve başarıdan haz alamama,
- Aşırı kaygı ve gerginlik,

- Öğrenme süreçlerinin bireyin duygusal durumu ile uyumsuzluğu,
- Öğretmen merkezli eğitimin baskınlığı,
- Psikolojik ihmale maruz kalma,
- Erken ya da geç yaşta okula başlama,
- Aile içi travmalar (örneğin, ebeveyn ayrılığı),
- Endokrin sistemle ilişkili hormonal sorunlar (örneğin tiroit problemleri),
- Organik beyin işlev bozuklukları,
- Öğrenme güçlüğü, psikolojik ve sosyal etmenler.

Dikkat işleviyle ilgili farklı hipotezler ileri sürülmüştür. Ribot (1896: 22), dikkatin ya davranışların sebebi, ya bizzat davranışın kendisi ya da hem neden hem de sonuç olabileceğini ifade etmiştir. Posner ve Petersen (1990: 26) ise dikkatin üç ana işlevini tanımlamıştır: duysal uyarıcılara yönelmek, bilinçli bir görevi yerine getirmek için harekete geçmek ve dikkat durumunu koruyabilmek (tetikte kalmak). Bu bağlamda dikkatin beyinde üç temel mekanizma ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Posner ve Petersen, 1990: 26):

Dikkat işlevi, birçok bilişsel bozukluğun temelinde yer alabilir. Bu bozukluklar arasında şizofreni, travmatik beyin hasarı ve DEHB gibi durumlar sayılabilir (Posner ve Petersen, 1990: 39). Özellikle üç beyin bölgesinin dikkatle ilişkili olduğu bilinmektedir: posterior parietal lob, lateral pulvinar çekirdeği içeren postereolateral talamus ve superior kollikulus. Bu yapılardan birindeki hasarın, farklı dikkat eksikliği türlerine neden olduğu gözlenmiştir. En güçlü etkiye sahip bölgenin ise posterior parietal lob olduğu ifade edilmektedir (Posner ve Petersen, 1990: 27).

DEHB, 18. yüzyılda İngiltere’de “kötü çocuklar” tanımıyla ilk kez sosyal dikkat alanına girmiştir. 19. yüzyılda ise bu durum “çılgınlık”, “ani taşkınlık” ve “dizginleyememe” gibi ifadelerle açıklanmıştır. Heinrich Hoffman (1854), Still ve Tredgold (1902) bu durumu “ahlaki zayıflık” şeklinde değerlendirmişlerdir. 1947’de Strauss, durumu “minimal beyin hasarı sendromu” olarak tanımlamıştır. 1962’de Clement ve Peters, bu tanımı “minimal beyin disfonksiyonu” olarak güncellemişlerdir. 1980 yılında DSM-III ile birlikte Douglas’ın etkisiyle DEHB, dikkat eksikliği ve hiperaktivite olmak üzere iki ayrı eksen olarak ele alınmıştır.

Günümüzde kullanılan tanımlama ise 1994 yılında DSM-IV ile şekillenmiş ve üç alt tipe ayrılmıştır: sadece dikkat eksikliği tipi, sadece hiperaktivite tipi ve birleşik tip (Çakmaklı ve ark., 2001: 81). DEHB’nin yaygınlık oranlarına ilişkin yapılan kapsamlı bir çalışmada, dünya genelinde bu bozukluğun %5,29 oranında görüldüğü saptanmıştır (Polanczyk ve ark., 2007: 945–947). Morrison (2016: 33), çocukların yaklaşık %6’sında bu tanının mevcut olduğunu ve erkeklerde görülme oranının daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise yaygınlık oranı %13,8 olarak tespit edilmiştir (Ercan ve ark., 2013: 1). Bu oranlar, DEHB’nin çocukluk çağına ele alınması gereken önemli bir konu olduğunu göstermektedir.

DEHB tanısı genellikle erken çocukluk döneminde ortaya çıkmakta; ancak tanı süreci çoğunlukla ilkökul yıllarında kesinleşmektedir (Öncü ve Şenol, 2002: 111). Bozukluğun etiyojisi genel olarak dört başlık altında sınıflandırılmaktadır:

- Genetik Etkenler
- Nörobiyolojik Etkenler
- Çevresel Etkenler
- Etkileşimsel (katkısal) faktörler

1.1.1. Genetik Etkenler

İkizlerle yapılan genetik araştırmalar, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) genetik temelleri olabileceğini ortaya koymuştur. Bazı bireylerde tek bir gen tipi etkili olurken,

bazı durumlarda çoklu gen kombinasyonlarının rol oynadığı görülmektedir (Biederman ve Farone, 1998: 956). Aile temelli genetik çalışmalar, soy geçmişi incelendiğinde, aynı gelişimsel dönemlerde benzer belirtiler gösteren çocukların varlığını ortaya koymaktadır. DEHB’li bireylerin birinci dereceden akrabalarında %25,1 oranında benzer belirtilere rastlanması; dikkat sorunlarının yaş, cinsiyet gibi demografik farklılıklara rağmen ailesel geçiş özelliği göstermesi; davranım bozukluklarının eşlik ettiği olgularda ebeveynlerde madde bağımlılığı ya da antisosyal kişilik örüntülerinin bulunması; ayrıca evlat edinme, ikiz, moleküler genetik ve enzim düzeyi araştırmaları, genetik aktarımın bu bozukluktaki belirleyici rolünü desteklemektedir (Çakmaklı ve ark., 2001: 84). Her ne kadar genetik kökenli bir yatkınlık söz konusu olsa da, çevresel ve psikososyal etmenlerin de göz ardı edilmemesi gerektiği vurgulanmaktadır (Biederman ve ark., 1990: 531–532). Araştırmalar, DEHB tanısı konulan çocukların ebeveynlerinde hem çocukluk hem de yetişkinlik dönemlerinde DEHB belirtilerinin görülme oranının daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Aydın ve ark., 2006: 72).

1.1.2. Nörobiyolojik Etkenler

DEHB’nin nedenlerine ilişkin ilk açıklamalardan biri, bu bozukluğun beyin hasarına dayalı olabileceği yönündeydi. 1918’deki ensefalit salgını sonrasında yapılan gözlemler, bu fikrin yaygınlaşmasına neden olmuştur (Cantwell, 1996: 979). Daha sonraki yıllarda ise nörobiyolojik süreçlere odaklanan çalışmalar, çocuklarda görülen davranışsal düzensizliklerin ve dürtüsellüğün minimal beyin disfonksiyonu ile ilişkili olabileceğini öne sürmüştür (Wender, 1972: 69). Yürütücü işlevlerdeki aksamalar ve noradrenerjik sistemin aktivitesindeki farklılıklar, dikkat süreçlerini olumsuz etkileyebilmektedir. Farmakolojik araştırmalardan elde edilen bulgular ise nörobiyolojik açıklamaları en güçlü şekilde desteklemektedir. DEHB tedavisinde nöroaktif ilaçların etkili olduğu, buna karşın antidepresanların bu bozuklukta daha sınırlı fayda sağladığı belirlenmiştir (Biederman ve Spencer, 2000: 1332). Frontal lob işlevleri üzerine yapılan nöropsikolojik testler, DEHB’li bireylerde dikkat sürekliliğinde, kısa süreli bellekte ve işitsel-sözel öğrenme becerilerinde çeşitli aksamalar olduğunu göstermiştir. DEHB yalnızca dürtüsel davranışların kontrolündeki bozulma ile değil, aynı zamanda çalışma belleği, duygusal düzenleme, motivasyonel süreçler, içselleştirilmiş konuşma ve karmaşık davranışları planlama gibi birçok yürütücü işlevdeki aksaklıkla da ilişkilendirilmektedir (Çakmaklı ve ark., 2001: 85).

1.1.3. Çevresel Etkenler

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun ortaya çıkışında çevresel faktörlerin etkisi oldukça önemlidir. Genetik yatkınlık kadar çevresel koşullar da gelişmekte olan beynin yapısal ve işlevsel gelişimini şekillendirebilir (Biederman ve Farone, 1998: 956). Yapılan çalışmalarda, çocukların ebeveynleriyle kurduğu bağlanma düzeyi arttıkça dikkat düzeylerinin de arttığı; ebeveynlik biçimlerinin çocukların dikkat süreçleriyle doğrudan bağlantılı olduğu tespit edilmiştir (Yiri, 2020: 50). DEHB’li çocukların sıklıkla ihmal veya kötü muameleye maruz kaldığı; dikkat eksikliği belirtilerinin büyük ölçüde ebeveyn tutumlarıyla ilişkilendirilebileceği bulgularla desteklenmektedir (Gül ve Gürkan, 2018: 278). Doğum öncesi ve sonrası dönemlerdeki çeşitli çevresel faktörler de DEHB ile ilişkilendirilmiştir. Anne yaşı, gebelik komplikasyonları, doğum ağırlığı düşüklüğü ve annenin genel sağlık durumu gibi etkenler bu kapsamda değerlendirilmektedir (Biederman ve Faraone, 1998: 953). Bununla birlikte olumsuz aile ortamı, yüksek düzeyde stres ve ebeveyn kaygısı gibi değişkenler, dikkat eksikliği belirtilerine eşlik eden öğrenme güçlüğü, düşük zeka puanı ve depresyon gibi ikincil psikopatolojilerin de gelişmesine zemin hazırlayabilmektedir (Biederman, 1995: 464–467).

1.1.4. Katkısal Etkileşim Modeli

Arnold ve Jensen (1995: 2295–2310), modern yaşamın sunduğu çevresel taleplerin artmasının, DEHB’nin yaygınlığını açıklamakta önemli bir rol oynayabileceğini belirtmişlerdir.

Geliştirdikleri katkısız etkileşim modeli, bireyin maruz kaldığı uyaran fazlalığı ve ebeveynsel beklentilerin yüksekliği karşısında, bireyin fizyolojik dikkat kapasitesinin zorlandığını ve bunun sonucunda dikkat eksikliğine bağlı belirtilerin ortaya çıktığını öne sürmektedir. Bu bağlamda, doğum öncesi anomaliler, yetersiz beslenme ya da doğum sonrası yaşanan bazı sağlık problemleri gibi faktörlerin etkisinin sınırlı olduğu, ancak çevresel stresörlerin etkisinin daha belirgin olduğu belirtilmiştir. Model, genetik yatkınlığı olmayan bireylerin dahi, uzun süreli çevresel stresle karşılaştıklarında DEHB benzeri belirtiler geliştirebileceğini; öte yandan genetik olarak risk taşıyan bireylerin destekleyici çevresel koşullarda bu belirtileri göstermeyebileceğini savunmaktadır (Öncü ve Şenol, 2002: 117).

Bu kuramsal modele göre çevreyle birey arasındaki etkileşim, bozukluğun ortaya çıkışını belirleyen önemli bir unsur olarak kabul edilmektedir. DEHB belirtileri gösteren çocukların ailelerinde işlevsel olmayan yapılar ve otoriter ya da aşırı serbest ebeveynlik tarzları yaygın olarak görülmektedir (Börekçi, 2017: 63). Bu durum, çocuklarda sosyal ve davranışsal sorunların sıklığını artırmaktadır. Günümüzün hızlı tempolu yaşamı, bireylerin psikolojik uyum kapasitelerini zorlamakta; bu da DEHB'nin yalnızca biyolojik bir sorun değil, aynı zamanda çevresel taleplerin bireyin sınırlı dikkat kapasitesine baskı uygulaması sonucu gelişen bir durum olduğunu düşündürmektedir (Öncü ve Şenol, 2002: 117).

1.2. Kaygı (Özgünleştirilmiş Metin)

Kaygı, bireyin tehlikeli veya tehdit edici olarak algılayabileceği durumlara karşı verdiği, uyarıcı ya da uyum sağlayıcı tepkilerin bütünüdür (Alisinanoğlu ve Ulutaş, 2003: 65). Bu tepki, çoğunlukla yaklaşmakta olan olumsuz bir durumun ya da belirsiz bir tehdidin beklentisiyle ortaya çıkar ve kişinin bedensel, zihinsel ve duygusal dengesini etkileyebilir (Çakmaklı ve ark., 2001: 119). Kaygı kavramı, sıklıkla korku ve endişe ile karıştırılmakta ve bu üç kavram arasında anlam belirsizlikleri oluşabilmektedir. Kierkegaard'a göre endişe, bireyin varoluşunu sorgulamasına zemin hazırlayan derin bir içsel deneyimken, kaygı daha çok kişiyi tetikte tutan huzursuzluk hâlidir. Korku ise daha somut ve belirli bir nesne ya da olaya yönelik hissedilen tehdit algısıyla ilişkilidir (Kara, 2020: 282–283).

Bireyin yaşamını sürdürebilmesi için belli düzeyde kaygı ve korku tepkilerine ihtiyaç vardır. Bu duygular, çoğunlukla fiziksel zarar vermez; aksine tehditlere karşı hazır olma hâlini sağlar. Kaygıyı tanımak ve ona uygun tepkiler verebilmek, bireyin içsel dengeyi yeniden kurmasında iyileştirici bir rol oynayabilir (Kennerley, 2019: 23). 20. yüzyıl boyunca kaygı kavramına yönelik çalışmalar önemli ölçüde artış göstermiştir (Spielberger, 1966: 5). Başlangıçta kaygının nedenleri arasında boşanma, intihar ve psikiyatrik rahatsızlıklar gibi toplumsal sorunlar ön plandayken, daha sonra kaygının öğrenme kuramları ve gelişimsel psikoloji ile ilişkili olduğu yönünde çeşitli açıklamalar ortaya konmuştur. Özellikle erken dönem çevresel faktörlerin, başta ebeveyn tutumu olmak üzere, kaygının gelişiminde etkili olduğu öne sürülmektedir. Bununla birlikte, kaygının ortaya çıkışında birçok biyolojik ve psikososyal değişkenin birlikte etkili olduğu vurgulanmaktadır (May, 1950: 25).

Kaygı yalnızca psikiyatrik hastalıklarda değil, sağlıklı bireylerin günlük yaşamlarında da gözlemlenebilir. Gün içinde tamamen kaygısız geçirilen anların oldukça nadir olduğu, birçok bireyin farklı düzeylerde kaygı deneyimlediği bilinmektedir. Ancak patolojik kaygı, süresi, şiddeti ve kişinin işlevselliği üzerindeki etkisi bakımından gündelik kaygıdan ayrılmaktadır (Davison ve Neale, 2004: 124).

Genel bir kaygı tepkisinin süreci, tipik olarak aşağıdaki şekilde işler:

- Öncelikle tehdit algılanır,
- Ardından beyin stres hormonlarını aktive eder,
- Bu da bireyi kaçma, savaşıma veya donma tepkisine hazır hâle getirir,

Tehlike geçtiğinde ise bu tepkiler yavaşça ortadan kalkar ve beden eski hâline döner (Kennerley, 2019: 25). Kaygının oluşmasında çeşitli nedenler rol oynayabilir. Bunlar arasında somut nesnelere yönelik korkular, nesnesi belirsiz düşünsel kaygılar, saplantılı düşünce kalıpları, travmatik olaylar veya doğrudan psikiyatrik hastalıklardan kaynaklanan anksiyete sayılabilir (Köknel, 1999: 136). Temel düzeyde hissedilen kaygı, bireyin hedeflerine ulaşması ya da tehditlerden korunması için gerekli bir içsel motivasyon sağlayabilir. Ancak yoğun ya da kronik kaygı, birçok ruhsal bozukluğun temel semptomlarından biri hâline gelebilir (Morrison, 2016: 172–173).

Kaygı bozukluğu yaşayan bireyler, genellikle yaşadıkları bedensel ve zihinsel belirtileri abartarak algılar ve bu belirtileri ciddi bir hastalığın işareti gibi değerlendirme eğilimindedirler. Bu da anksiyeteyi daha da şiddetlendirir (Leahy, 2007: 147). Kaygı durumlarında gözlemlenen belirtiler oldukça çeşitlidir: gerginlik, huzursuzluk, panik duygusu, çarpıntı, mide bulantısı, baş dönmesi, iştahsızlık, kas gerginliği, uyku sorunları, nefes darlığı, terleme, titreme gibi birçok fizyolojik ve bilişsel değişiklik kaydedilebilir (Köknel, 1999: 135). Bu belirtiler bireyden bireye değişebilir ve bazen işlevsellik üzerinde ciddi etkiler yaratabilir.

DSM-5'e (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013) göre anksiyete bozuklukları; Ayrılma Kaygısı Bozukluğu, Seçici Konuşmazlık, Özgül Fobi, Sosyal Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluk, Agorafobi, Yaygın Anksiyete Bozukluğu, madde ya da sağlık durumuna bağlı kaygı bozuklukları ve tanımlanmamış diğer kaygı bozuklukları olarak sınıflandırılmaktadır.

Kaygının nedenlerine ilişkin kuramsal yaklaşımlar, biyolojik ve psikolojik faktörlerin birlikte değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Tek başına hiçbir açıklama modeli, kaygının karmaşık yapısını tam olarak ortaya koyamamaktadır (Yalom, 1997: 19–20). Bu nedenle, kaygıyı hem biyolojik yatkınlık hem de çevresel etkileşim bağlamında ele almak, daha bütüncül bir anlayış geliştirilmesine katkı sunacaktır.

1.2.1. Psikolojik Nedenler

Kaygı bozukluklarına ilişkin ilk kapsamlı kuramsal açıklamalar, psikanalitik kuram çerçevesinde ortaya konmuştur. Freud'un öncülüğünü yaptığı bu yaklaşıma göre kaygı, bireyin içsel ruhsal dengesinin bozulduğunu gösteren bir sinyaldir. İçsel dünyada tehdit edici olarak algılanan bir durum karşısında egonun, bireyi korumak amacıyla devreye girerek savunma mekanizmalarını harekete geçirdiği görülür. Bu savunmalar başarılı olduğunda psikolojik denge tekrar sağlanabilir. Ancak savunma sistemleri yetersiz kaldığında, kaygı artarak yaygın kaygı bozukluğu ya da panik bozukluk gibi patolojik düzeyde ruhsal rahatsızlıklara dönüşebilir (Çakmaklı ve ark., 2001: 119). Bu yaklaşımda kaygı, bilinçdışında yer alan çatışmaların yüzeye çıkış şekli olarak ele alınır.

Kaygının oluşumunu açıklamada önemli bir diğer yaklaşım ise bilişsel modeldir. Bu modele göre, bireyin yaşadığı psikolojik sıkıntılar, zihinsel süreçlerdeki işleyiş bozukluklarıyla doğrudan ilişkilidir. Bilişsel yapı, katmanlı bir piramide benzetilerek açıklanabilir. Bu piramidin tepe noktasında günlük olaylara hızlı ve otomatik tepkiler veren "otomatik düşünceler" yer alır. Orta katmanda bireyin psikolojik dayanıklılığını etkileyen "bilişsel güçlendiriciler" bulunur. En alt ve en geniş tabanı ise, bireyin geçmiş yaşantılarından beslenen "temel inançlar" ve "şemalar" oluşturur. Kaygı bozukluğu olan bireylerde bu kökleşmiş inançlar ve şemalar genellikle olumsuz ve işlevsizdir. Dolayısıyla birey, yaşadığı herhangi bir olay ya da uyarıcıyı tehdit olarak algılama eğilimindedir ve zihinsel süreçler hızla olumsuz çıkarımlar, felaketleştirme ve genelleştirme gibi bilişsel çarpıtmalarla kaygıyı tetikler (Leahy, 2007: 145).

1.2.2. Biyolojik Nedenler

Kaygı bozuklukları, yalnızca psikolojik etkenlerle değil, biyolojik süreçlerle de ilişkilendirilmektedir. Bu kapsamda yapılan araştırmalar, kaygı yaşayan bireylerde otonom

sinir sisteminin sempatik bölümünün aşırı düzeyde aktive olduğunu göstermektedir. Özellikle merkezi sinir sistemi ve nörotransmitter düzeylerindeki değişikliklerin kaygının fizyolojik temelinde önemli rol oynadığı belirtilmektedir. Noradrenalin ve serotonin gibi kimyasalların düzeylerinde görülen dalgalanmalar, kaygı bozukluklarıyla yakından ilişkilidir. Bazı farmakolojik deneylerde, vücuda belirli kimyasal maddelerin verilmesiyle panik atak nöbetlerinin tetiklenebildiği gözlemlenmiştir. Bu bulgular, kimyasal dengenin kaygı süreçlerinde belirleyici olabileceğine işaret etmektedir (Özpoyraz, 2005: 1–2).

Ayrıca kalıtsal yatkınlık da kaygının biyolojik temelleri arasında yer almaktadır. Genetik faktörler dikkate alındığında, ailesinde kaygı bozukluğu öyküsü bulunan bireylerin, bu tür bozuklukları geliştirme olasılığı anlamlı derecede yüksektir. Örneğin, kaygı bozukluğu olan bir ebeveynin sahip çocukların, aynı bozukluğu yaşama riskinin yaklaşık yedi kat arttığı saptanmıştır (Turner ve Biedel, 1987: 229).

Fizyolojik açıdan değerlendirildiğinde, birey içsel ya da dışsal herhangi bir uyarıcıyla karşılaştığında, istemsiz çalışan nörovegetatif sistemde birtakım değişiklikler meydana gelir. Bu değişimler; kalp atış hızında artış, kan basıncının yükselmesi, solunumun hızlanması gibi fiziksel belirtilerle kendini gösterir. Tüm bu fizyolojik tepkiler, vücutta adrenalinin salgılandığını ve kan seviyesinin arttığını gösteren belirtilerdir.

Bu sürecin nasıl başladığı konusunda kuramsal farklılıklar bulunmaktadır. Bazı araştırmacılar, önce vücutta adrenalin ve benzeri kimyasal maddelerin düzeylerinin arttığını, bireyin bunu fark ederek kaygı hissettiğini savunmaktadır. Buna karşın başka bir görüşe göre, bireyde önce zihinsel düzeyde bir kaygı oluşmakta ve bu kaygı, biyolojik sistemdeki hormonal değişimleri tetiklemektedir (Köknel, 1999: 133–134). Bu çift yönlü etkileşim, kaygının hem nedensel hem de sonuçsal olarak biyolojik sistemle iç içe olduğunu ortaya koymaktadır.

1.2.3. Çevresel Nedenler

215

Kaygının ortaya çıkışında çevresel faktörlerin rolü, psikolojik ve biyolojik etkenler kadar belirleyici bir unsur olarak değerlendirilmektedir. Kennerley (2019: 47), kaygıyı sürdüren ve yoğunlaştıran çevresel ve bilişsel döngüleri “kısır döngüler” olarak tanımlamakta ve bu döngülerin kaygı gelişiminde temel bir yer tuttuğunu vurgulamaktadır. Bu döngüler arasında; bedensel duyumlara aşırı odaklanmak, önyargılı düşünce yapısı, uç noktalarda değerlendirme yapma, sezgilere dayalı karar alma, kendini suçlayıcı tutumlar ve sürekli stres altında olma gibi bilişsel ve davranışsal eğilimler bulunmaktadır. Özellikle abartılı düşünceler, felaketleştirme ve genelleme eğilimleri, bireyin kaygı tepkilerini daha kronik ve yoğun bir hâle getirmektedir. Kennerley, genetik özelliklerin yanı sıra çevresel faktörlerin ve bireyin psikolojik başa çıkma stillerinin de kaygının gelişiminde etken olduğunu belirtmektedir.

Çevresel koşullar bağlamında yapılan çalışmalar, özellikle aile yapısındaki değişimlerin çocukların kaygı düzeyleri üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır. Örneğin, anne ve babası boşanmış çocukların, boşanma yaşamayan akranlarına göre daha yüksek düzeyde kaygı yaşadığı ve benlik saygılarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Serin ve Öztürk, 2007: 125).

Annenin çocuğa yönelik duygusal desteği arttıkça çocuğun kaygı düzeyinde düşüş gözlenmekte; buna karşın annenin aşırı koruyucu tutumu ve çocuğun olumsuz duygulanımı arttıkça kaygı belirtilerinin de arttığı görülmektedir (Bahtiyar, 2015: 49). Psikanalitik kuramlar da çevresel faktörlerin çocukluk dönemi üzerindeki etkilerine vurgu yapmaktadır. Horney (1999: 75), bireyin doğuştan getirdiği çaresizlik hissinin ve temel ihtiyaçlarını karşılayacak birilerine olan bağımlılığının, çocukta temel düzeyde bir kaygı oluşturduğunu ifade etmektedir. Bu durum, çocuğun çevresi tarafından yeterince desteklenmediği ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanmadığı koşullarda, çevreye yönelik öfke ve saldırgan davranışlarla sonuçlanabilir.

Fromm ise bireyin yalnız kalma korkusunun temel kaygı kaynaklarından biri olduğunu ileri sürmektedir (Köknel, 1999: 124–125).

Spielberger (1966: 17), kaygının bireyi, gerçekte tehdit içermeyen durumları tehlikeliymiş gibi algılamaya yönelten öğrenilmiş bir tepki biçimi olduğunu savunur. Kaygının bireysel farklılıklar gösterdiğini ileri süren Spielberger (1991: 5), geliştirdiği modelde kaygıyı iki boyutta ele almıştır: “durumluk kaygı” ve “sürekli kaygı”. Durumluk kaygı, bireyin belirli bir olay ya da dönem karşısında geçici olarak yaşadığı, zamanla azalan bir kaygı biçimidir (Spielberger, 1966: 13). Buna karşılık sürekli kaygı, bireyin karakter yapısıyla ilişkilendirilen, kalıcı ve bireyler arası farklılıklar gösteren bir eğilim olarak tanımlanır.

1.2.4. Çocuklarda Kaygı

Çocukluk döneminde gözlemlenen kaygı bozuklukları çoğunlukla hafif düzeyde seyreder ve bu durumların yalnızca yaklaşık %10'u çocuğun günlük işlevselliğini ciddi biçimde etkileyen düzeyde olur. Genellikle bu gruba giren vakalarda ailelerin farkındalık düzeyi yüksek olup, çocuklarını uygun yönlendirme ve destek mekanizmalarına ulaştırmış bireylerdir (Manassis, 2004: 384). Bununla birlikte, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı alan çocuklarda, kaygı bozukluğu gelişme riskinin daha yüksek olduğu da çeşitli araştırmalarda vurgulanmaktadır (Gümüş ve ark., 2015: 185).

Çocuklarla yapılan bazı araştırmalar, kaygının oluşumunda demografik değişkenlerin (cinsiyet, kardeş sayısı, ebeveynlerin eğitim durumu, annenin çalışıp çalışmaması ve sosyoekonomik durum) doğrudan belirleyici olmadığını; ancak annenin kaygı düzeyinin çocukta görülen kaygıyla anlamlı bir ilişki gösterdiğini ortaya koymaktadır (Alisinanoğlu ve Ulutaş, 2003: 65). Bu bulgular, özellikle çocuk-anne ilişkisi bağlamında duygusal aktarımın kaygı düzeylerine etkisini göstermektedir.

Bilişsel yaklaşıma göre, kaygı bozukluğu olan çocuklar çoğu zaman hem bedensel hem de davranışsal belirtiler sergiler. Psikosomatik yakınmalar arasında başta karın ağrısı, nefes almada güçlük, halsizlik, baş dönmesi, aşırı terleme ve sindirim sistemi düzensizlikleri yer almaktadır. Bu belirtilerin yanı sıra kaçınma davranışları, tırnak yeme, parmak emme, uyku sorunları ve kompulsif davranışlar gibi dışavurumlar da kaygının çocuklardaki görünümünü şekillendirir (Karakaya ve Öztop, 2013: 11).

Çocukluk çağında kaygı, gelişimsel evrelere göre farklılaşır. Erikson'un psikososyal gelişim kuramına göre, her çocuk belirli gelişimsel aşamalarda belirli psikososyal krizlerle karşı karşıya gelir. Bu krizlerin sağlıklı biçimde aşılması, sonraki gelişim evresine uyumlu geçişi mümkün kılar. Ancak çocuk bu dönemde yeterli çevresel destekten, özellikle ebeveyn ilgisinden mahrum kalırsa, söz konusu krizler çözülmemeyerek patolojik düzeyde kaygı bozukluklarına zemin oluşturabilir (Aydın, 2001: 85).

Özellikle 7–11 yaş aralığındaki çocuklar için başarı ve çalışkanlık önemli bir gelişimsel hedef hâline gelir. Bu dönemde okul başarısı, akran ilişkileri ve öğretmen görüşleri çocuğun benlik algısını önemli ölçüde etkiler. Kendini başarısız hisseden çocuklar, düşük özgüven, değersizlik duyguları ve aşağılık kompleksi gibi psikolojik sorunlarla karşı karşıya kalabilirler (Aydın, 2003: 89). DSM-5'e göre bu yaş grubunda gözlemlenebilecek kaygı bozuklukları arasında ayrılma kaygısı bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu yer almaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013: 113–115).

Kaygı bozukluğunun yürütücü işlevler üzerindeki etkileri de araştırmalara konu olmuştur. Bazı çalışmalarda, çocuk ve ergenlerde yürütücü işlevlerde belirgin farklılık görülmediği; fakat bu bireylerin dikkat yanlılığı geliştirmeye daha yatkın oldukları saptanmıştır (Kayan, 2014: 47). Kaygı ile akademik başarı arasındaki ilişki ise oldukça karmaşıktır. Aşırı kaygı düzeyine sahip

çocukların, sınav gibi değerlendirme ortamlarında özgüven eksikliği nedeniyle dikkatlerini toplamakta zorlandıkları sıkça rapor edilmektedir (Aydın, 2003: 246).

Bulak'ın (2021: 42) çalışmasında, durumluk kaygının dikkat ve yürütücü işlevler üzerindeki etkileri incelenmiş; yüksek düzeyde durumluk kaygı yaşayan bireylerin bilişsel performanslarının daha düşük olduğu; buna karşın düşük kaygı düzeyinde dikkat ve yürütücü işlev performanslarının arttığı belirlenmiştir. Kaygının bilişsel süreçleri bozduğu yönünde birçok araştırma mevcuttur. Özellikle stresli ortamlarda yaşanan yoğun kaygı, bireyin ketleme ve esneklik gibi yürütücü işlevlerini olumsuz etkileyebilmekte; kimi zaman bireyin çaba ve motivasyonunu artırsa da çoğu durumda performans üzerinde negatif etkiler yaratmaktadır (Eysenck ve ark., 2007: 349).

1.3. Psikolojik Sağlamlık

Psikolojik sağlamlık kavramı, köken olarak Latince “resiliens” sözcüğünden türetilmiş olup, esnekliği ve zorlayıcı durumlar sonrasında eski hâline dönebilme yetisini ifade eder (Doğan, 2015: 93). Bu kavram, uzun yıllar boyunca özellikle çocukların gelişiminde “esneklik” kavramıyla eşanlamlı olarak değerlendirilmiştir. Psikolojik sağlamlık, ilk olarak travmatik yaşam olaylarına maruz kalan ancak beklenenin aksine ruhsal açıdan daha dirençli davranışlar sergileyen çocukları incelemek amacıyla ortaya çıkan psikiyatrik bir araştırma alanı olarak gelişmiştir. Zamanla bu kavrama “yılmazlık”, “yenilmezlik” ve “uyumsal direnç” gibi çeşitli tanımlar da eşlik etmiştir (Ramirez, 2007: 73).

Günümüzde psikolojik sağlamlık, bireyin yaşamında karşılaştığı olumsuzluklara rağmen psikolojik dengesini koruyabilme ve değişen koşullara uyum sağlayabilme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır (Öz ve Bahadır Yılmaz, 2009: 83). Murphy'e (1987: 101) göre psikolojik sağlamlık, olumsuz yaşam olaylarına rağmen umutlu kalabilme, olumlu baş etme stratejileri geliştirme ve psikolojik yeterliliği sürdürebilme becerisidir. Rutter (1985: 599) ise psikolojik sağlamlığın mutlak bir özellik olmadığını, bireyden bireye değişebilen, çevresel ve yapısal unsurların etkileşimiyle ortaya çıkan bir süreç olduğunu savunmaktadır. Rutter'a göre her stres durumu birey için aynı şekilde tehdit oluşturmaz ve aynı olay farklı bireylerde farklı etkiler yaratabilir. Bu nedenle psikolojik sağlamlığı yalnızca yetiştirme tarzıyla açıklamak yetersizdir; mizaç ve genetik faktörlerin de belirleyici olduğu unutulmamalıdır.

Bireyin psikolojik sağlamlık kapasitesi, özellikle erken yaşlarda kurulan ebeveyn ilişkileri ve sosyal çevresiyle yakından ilişkilidir. Yaşamın çeşitli evrelerinde karşılaşılan zorlu yaşam olayları –örneğin yoksulluk, ebeveyn kaybı, ruhsal bozukluklar, boşanma, istismar, doğal afetler ve terör– bireyin ruh sağlığını tehdit eden risk faktörleri arasında yer almaktadır. Bu doğrultuda literatürde öne çıkan çalışmalardan biri olan Kauai çalışması, düşük sosyoekonomik düzey, aile içi şiddet, ebeveynin psikiyatrik hastalık öyküsü, madde bağımlılığı, eğitim düzeyinin düşüklüğü ve genetik risk faktörlerinin psikolojik sağlamlığı olumsuz etkileyebileceğini ortaya koymuştur (Werner, 1989: 75–81).

Psikolojik sağlamlıkla ilgili yapılan güncel araştırmalarda, bireyin bu becerisini etkileyen bazı ortak risk ve koruyucu faktörler tespit edilmiştir. Çevresel düzeyde değerlendirildiğinde, risk faktörleri arasında; fiziksel ve cinsel istismar, çocuk ihmali, yoksulluk, evsizlik, kötü beslenme, olumsuz akran ilişkileri ve toplumsal şiddete maruz kalma gibi durumlar yer almaktadır. Öte yandan, koruyucu faktörler ise bireyin hayatında güven ilişkisi kurabileceği bir yetişkinin varlığı, olumlu okul ve arkadaş çevresi, destekleyici sosyal ilişkiler ve uygun rol modellerin bulunması gibi etkenlerdir (Öz ve Bahadır Yılmaz, 2009: 84).

1.3.1. Koruyucu Faktörler

Psikolojik sağlamlıkla ilgili ilk araştırmalar, bu özelliğin gelişimini destekleyen belirli koruyucu etkenlerin varlığına odaklanmıştır. Rutter (1985: 608), bireyin karşılaştığı stresin

niteliği, bireysel farklılıkları, aile dışındaki olumlu deneyimleri, benlik saygısının gelişim süreci, sahip olunan fırsatların kalitesi, güçlü sosyal bağlar ve baş etme becerileri gibi unsurların psikolojik sağlamlığın oluşumunda önemli rol oynadığını belirtmektedir.

Literatürde koruyucu faktörler; bireysel, ailesel ve çevresel olmak üzere üç ana başlık altında sınıflandırılmaktadır. Bu faktörler, bireyin karşılaştığı stresli durumlarla daha etkili şekilde baş edebilmesini ve ruhsal dengesini koruyabilmesini sağlayan unsurlar olarak değerlendirilir.

Bireysel Koruyucu Faktörler

Bireysel koruyucu etkenler, bireyin kişisel özelliklerinden ve psikolojik kaynaklarından beslenir. Öz yeterlik algısı, benlik saygısı, olumlu duygulanım ve özgüven gibi nitelikler bu başlık altında değerlendirilir (Arslan, 2015: 79). Öz ve Bahadır Yılmaz (2009: 84), bireysel koruyucu faktörleri daha ayrıntılı şekilde şu şekilde açıklamaktadır: bilişsel kapasitenin yüksek olması, akademik alanda kendini yeterli hissetmek, olumlu gelecek beklentisi geliştirebilmek, iyimser bir bakış açısına sahip olmak, yaşamı üzerinde kontrol sahibi olmak, etkili problem çözme becerileri, empati kurabilme yeteneği, yüksek sorumluluk duygusu ve yardımseverlik gibi sosyal-duygusal yeterlilikler.

Ailesel Koruyucu Faktörler

Bireyin içsel özelliklerinden farklı olarak ailesinden kaynaklanan destekleyici unsurlar da psikolojik sağlamlık üzerinde belirleyici rol oynar. Özellikle çocukluk ve ergenlik dönemlerinde ebeveynlerin çocuk yetiştirme tarzları, çocukla kurdukları iletişim biçimi ve demokratik tutum sergilemeleri büyük önem taşır (Kararımak ve Siviş-Çetinkaya, 2011: 38). Ayrıca ebeveyn-çocuk ilişkisinin sıcak ve destekleyici olması, ailenin gelecek planlamasında olumlu tutumlar sergilemesi, ebeveynlerin eğitim düzeyinin yüksek olması ve çocukla aynı ev ortamını paylaşmaları gibi unsurlar da ailesel koruyucu faktörler arasında yer almaktadır (Öz ve Bahadır Yılmaz, 2009: 84).

Çevresel Koruyucu Faktörler

Bireyin içinde bulunduğu sosyal çevre de psikolojik sağlamlık üzerinde etkili bir koruyucu unsur işlevi görmektedir. Destekleyici sosyal ilişkiler, olumlu akran etkileşimleri, eğitim ortamının kalitesi ve toplumda olumlu rol modellerin varlığı, bu çevresel faktörlere örnek olarak verilebilir (Gizir, 2007: 120). Bireyin yaşadığı çevrede bir yetişkinle kurduğu anlamlı ve destekleyici ilişki, arkadaş çevresinden gelen pozitif etkileşimler, okul yaşamının sağlıklı ilerlemesi ve güçlü sosyal kaynaklara (gençlik merkezleri, okul etkinlikleri, sosyal projeler vb.) erişim, çevresel koruyucu faktörler arasında değerlendirilmektedir (Öz ve Bahadır Yılmaz, 2009: 84).

1.3.2. Risk Faktörleri

Bireylerin karşılaştığı zorlukların psikolojik açıdan riskli hâle gelmesine neden olan çeşitli faktörler mevcuttur. Özellikle çocukluk ve ergenlik dönemlerinde bu tür risk etmenlerine maruz kalmak, bireyin sağlıklı gelişimini tehdit eden ciddi sonuçlar doğurabilmektedir. Psikolojik sağlamlıkla ilişkili olarak değerlendirilen bu risk faktörleri arasında yoksulluk, ebeveynlerde psikiyatrik rahatsızlıkların varlığı ve genetik kökenli bozukluklar öne çıkmaktadır (Kararımak, 2006: 132).

Bireysel risk faktörleri, kişinin doğrudan kendisinden kaynaklanan içsel etkenler olarak tanımlanır. Zararlı düzeyde alkol veya madde kullanımı, ergenlik döneminde gebelik, prematüre doğum, uyumsuz mizaç özellikleri, çekingen kişilik yapısı, düşük zeka düzeyi, kronik fiziksel ya da ruhsal hastalıklar, akademik başarısızlık, azınlık gruba mensup olmak gibi durumlar bireysel düzeyde risk oluşturan faktörler arasında yer almaktadır (Öz ve Bahadır Yılmaz, 2009: 84). Benlik saygısının düşük olması, bireyin kendisine yönelik olumsuz

düşünceler taşıması ve dış denetim odaklı bir kişilik yapısına sahip olması da bireysel düzeyde psikolojik sağlamlığı zayıflatan önemli risklerdendir (Kararımak ve Siviş-Çetinkaya, 2011: 38).

Ailesel risk faktörleri, çocuğun bakım veren ortamı ve aile yapısıyla ilişkilidir. Ebeveynlerde hastalık ya da psikopatoloji varlığı, boşanma, ebeveyn kaybı ya da çocuğun tek ebeveynle yaşamak zorunda kalması gibi durumlar bu kapsamda değerlendirilmektedir (Gizir, 2007: 116). Ayrıca sosyoekonomik düzeyin düşüklüğü, ebeveyn tutumlarının otoriter, tutarsız ya da ilgisiz olması, aile içinde psikiyatrik öykü bulunması ve çocuğa yönelik kötü muamelenin geçmişte yaşanmış olması da önemli ailesel risk faktörleri arasında sayılmaktadır (Murray, 2003: 22).

Çevresel risk faktörleri ise bireyin dış dünyasıyla olan etkileşiminden kaynaklanır. Gizir'in (2007: 116) bulgularına göre; maddi yetersizlikler, coğrafi risk faktörlerinden kaynaklı doğal afetlere maruz kalma, savaş, toplumsal şiddet ve evsizlik gibi unsurlar çevresel risklerdir. Öz ve Bahadır Yılmaz (2009: 84) ise bu riskleri; düşük sosyoekonomik düzey, fiziksel ve cinsel istismar, ihmal, yetersiz beslenme, olumsuz arkadaşlık ilişkileri, toplumsal dışlanma ve şiddete maruz kalma gibi başlıklarda özetlemektedir. Benzer şekilde okul ortamındaki olumsuz sosyal iklim ve zayıf akran ilişkileri de çevresel düzeyde risk oluşturmaktadır (Uz Baş ve Yurdabakan, 2017: 203).

Tüm bu risk faktörlerinin etkisi bireyin strese verdiği yanıtla yakından ilişkilidir. Kişinin psikolojik sağlamlığı, bu riskleri kendi psikolojik sistemine ne ölçüde dahil ettiğine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Özellikle yaş değişkeni bu konuda belirleyici olmaktadır; zira her yaş evresinde stresle başa çıkma stratejileri farklılık gösterir. Aynı şekilde bireyin öz yeterlilik algısı, benlik saygısı ve kurduğu güvenli ilişkiler, stresle etkili biçimde başa çıkabilme kapasitesini artıran unsurlar arasında yer almaktadır. Yaşamda sık karşılaşılan stresörlerle baş edebilme deneyimi, zamanla psikolojik dayanıklılığı güçlendirebilmektedir. Bununla birlikte, bireyin erken çocukluk döneminde edindiği olumlu deneyimlerin, psikolojik sağlamlık açısından koruyucu etkileri olduğu da vurgulanmaktadır (Rutter, 1985: 608).

Son yıllarda yapılan çalışmalar, psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek bireylerin ani gelişen krizlerde, örneğin Covid-19 pandemisi gibi durumlarda kaygı düzeylerini daha kolay kontrol edebildiklerini göstermektedir (Baykal, 2020: 74–76). Bunun yanı sıra algılanan sosyal desteğin artması, bireylerin karşılaştıkları zorluklarla baş etme güçlerini de olumlu yönde etkilemektedir (Ceyhun, 2018: 40). Bu veriler, aile ve çevresel destek sistemlerinin bireyin psikolojik sağlamlığı üzerinde ne denli etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Sosyal desteği yüksek düzeyde algılayan çocukların, psikolojik sağlamlık düzeylerinin daha yüksek, kaygı düzeylerinin ise daha düşük olması beklenmektedir. Pandemi sürecinde bu durumun pratik örnekleri de gözlemlenmiş; bireylerin stresle başa çıkma becerileri geliştikçe, kaygı düzeylerinde düşüş yaşandığı saptanmıştır (Artan, Atak, Cebeci, Kahraman, 2020: 91).

Ebeveyn tutumlarının da psikolojik sağlamlıkla doğrudan ilişkili olduğu araştırmalarla desteklenmektedir. Ebeveynlerini olumlu şekilde algılayan bireylerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir (Varıcıer, 2019: 54). 4–7 yaş aralığındaki çocuklarla yapılan çalışmalarda da, ebeveyn tutumları ile çocukların psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir (Çatal, 2021: 736). Ebeveynlerin psikolojik dayanıklılığı, yalnızca çocukların zihinsel gelişimi üzerinde değil, dikkat eksikliği ve diğer sağlık sorunlarının yönetiminde de önemli bir etkiye sahiptir. Araştırmalar, ebeveyn dayanıklılığının stresin duygusal yönetimini kolaylaştırdığını ve aile içi ilişkilerin güçlü olduğu durumlarda sağlık sorunlarıyla daha etkin başa çıkıldığını ortaya koymaktadır (Uddin ve ark., 2020: 107–108).

1.4. Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşantıları

Çocukluk dönemi, tarihsel olarak insan yaşamının hem biyolojik hem de duygusal gelişim açısından en hassas evresi olarak tanımlanmakla birlikte, bu kavrama yönelik sistematik ilgi ancak 1600’lü yıllarda oluşmaya başlamıştır. 19. yüzyıla gelindiğinde ise eğitimciler ve ahlak kuramcıları, çocukların davranışlarının ve gelişimlerinin özel bir ilgi alanı olarak ele alınması gerektiğini savunmaya başlamış ve böylece “çocukluk dünyası” kavramı şekillenmiştir (Onur, 2007: 41). Bu dönemden itibaren çocukluk, yalnızca biyolojik değil, aynı zamanda psikososyal gelişim açısından da özel bir evre olarak tanımlanmış ve günümüzde hâlâ bu yaklaşım devam etmektedir.

Çocukluk döneminde yaşanan olumsuz deneyimlerin bireyin yaşam boyu psikolojik, bilişsel ve duygusal işleyişini etkileyebileceği pek çok araştırmada gösterilmiştir. Özellikle erken yaşta maruz kalınan travmatik deneyimlerin, bireyin bilişsel-duygusal düzenleme mekanizmalarının gelişimini engelleyebileceği ve ileri yaşam dönemlerinde riskli davranış örüntülerini artırabileceği ifade edilmektedir (Bedirhanbeyoğlu, 2018: 78).

Her ne kadar çocukluk çağı travmalarına yönelik farkındalık insanlık tarihi boyunca çeşitli kültürlerde var olmuş olsa da, bilimsel anlamda bu konunun ele alınması ve tıbbi literatüre dâhil edilmesi oldukça yenidir. Çocuk istismarına yönelik ilk tanımlamalar 1860 yılında Tardieu tarafından yapılmış ve bu konu sağlık literatüründe yer bulmuştur (Kara ve ark., 2004: 140).

Olumsuz çocukluk yaşantıları; fiziksel, duygusal ya da cinsel istismar, ihmal, ev içi şiddete maruz kalma, ebeveynler arasında sık yaşanan çatışmalar, boşanma süreci, ebeveyn kaybı ya da ebeveynlerin madde bağımlılığı gibi geniş bir yelpazeye yayılmaktadır. Bu tür travmatik yaşantılar, bireyin yaşamının ilerleyen dönemlerinde ciddi ruhsal sorunlar yaşamasına neden olabilmekte ve psikiyatrik açıdan yüksek risk oluşturmaktadır (Gündüz ve ark., 2018: 69).

Ebeveynle kurulan ilişkinin niteliği, çocukluk dönemi yaşantılarının etkilerini belirleyen en önemli faktörlerden biridir. Ebeveyniyle yeterli duygusal teması kuramayan bireylerde; ifade edici dil kullanımında yetersizlik, düşük özgüven, bağlanma sorunları, yakın ilişkilerde zorluk, stres karşısında savunmasızlık gibi işlevsellik bozuklukları gözlemlenebilir. Bu bireylerde ayrıca, yaşanan olumsuzluklardan dolayı kendini suçlama eğilimi de yaygın olarak görülebilmektedir (Kayabaşı ve Sapancı, 2021: 523).

Türkiye’de yapılan bir araştırmada, dikkat eksikliği semptomları gösteren çocukların ebeveynlerinin daha yüksek oranda çocukluk çağı travması yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu ebeveynlerin geçmişte fiziksel veya duygusal istismara ve ihmale maruz kaldıkları, bunun da çocuklarının dikkat sorunları ve dürtüsel davranışlarıyla ilişkili olabileceği ifade edilmiştir. Aynı çalışmada, bu ebeveynlerin depresyon düzeylerinin yüksek, eğitim düzeylerinin ise görece düşük olduğu belirlenmiştir (Gül ve Gürkan, 2018: 1282–1286).

Olumsuz çocukluk deneyimlerinin sadece psikolojik sağlığı değil, bireyin fiziksel sağlığını ve yaşam süresini de etkilediğine dair bulgular bulunmaktadır. Araştırmalar, bu tür yaşantıların erken ölüm oranlarını artırabileceğini ve yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürebileceğini ortaya koymuştur. Bu nedenle çocukluk döneminde meydana gelen travmatik olayların önlenmesi ya da zamanında müdahale edilmesi, hem bireysel hem de toplumsal sağlık açısından büyük önem taşımaktadır (Felitti ve ark., 1998: 249–251).

1.4.1. Çocuk İstismarı

Çocuk istismarı, 0–18 yaş arasındaki bireyin, bakımından sorumlu kişiler veya çevresel etkenler tarafından, kaza sonucu ortaya çıkmayan ve önlenabilir nitelikte olan, fiziksel veya psikolojik zarar doğurabilecek davranışlara maruz bırakılması durumudur. Bu davranışların çocuk istismarı olarak tanımlanabilmesi için çocuğun gelişimini olumsuz etkilemesi ve aynı zamanda toplumun kültürel normlarıyla çelişmesi gerekir (Polat, 2007: 411–414). Şiddet türleri içerisinde çocuklara yönelik gerçekleştirilen istismar vakaları, hem sonuçlarının ciddiyeti hem

de tespit güçlüğü açısından en karmaşık ve yıkıcı olanlar arasında yer almaktadır (Polat, 2016: 19).

Çocuk istismarının yaygınlığına ilişkin sağlıklı verilere ulaşmak oldukça zordur. Bunun başlıca nedenleri arasında olayların çoğunlukla gizli kalması, ihbar ve kayıt sistemlerinin yetersizliği ve konuyla ilgili bilimsel araştırmaların sınırlı oluşu yer almaktadır (Tıraşçı ve Gören, 2007: 70). Türkiye'de yapılan bir çalışmada İzmir'deki bir hastaneye başvuran çocukların değerlendirilmesi sonucunda, takip edilen 50 vakanın %76'sında birden fazla türde istismar tespit edilmiştir (Oral ve ark., 2001: 279–290). Benzer şekilde Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, çocukların %1'inin fiziksel veya cinsel istismara, %1,5'inin ise ihmale maruz kaldığı belirlenmiştir; ancak bu oranların yalnızca bildirilen ve tespit edilebilen vakaları yansıttığı, gerçek yaygınlığın çok daha yüksek olabileceği öngörülmektedir (Dubowitz, 2002: 191–196).

Türkiye'de 2010 yılında gerçekleştirilen “Türkiye Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması”nın özet raporuna göre, 7–18 yaş grubundaki çocukların %56'sı fiziksel istismara, %49'u duygusal istismara tanıklık etmiş; aynı zamanda %25'i ihmale, %51'i duygusal istismara, %45'i fiziksel istismara ve %10'u cinsel istismara doğrudan maruz kalmıştır. Bu veriler, ülkemizde çocuk istismarının hem tanık olunan hem de doğrudan yaşanan bir problem olarak ciddi boyutlarda olduğunu göstermektedir.

Çocuğa yönelik kötü muamelelerin nedenleri çeşitli kaynaklardan beslenmektedir. Bunlar, çocuğun bireysel özellikleri (örneğin gelişimsel yetersizlikler, engellilik), toplumun yapısal eksiklikleri (yetersiz sosyal hizmet sistemleri, eğitimsizlik) ve aile içi dinamikler (ekonomik sorunlar, ebeveyn psikopatolojisi, madde bağımlılığı vb.) olarak sınıflandırılabilir (Deveci ve Açıık, 2003: 396).

Çocuk istismarı literatürde dört temel başlık altında ele alınmaktadır:

221

Fiziksel istismar: Çocuğa yönelik fiziksel zarar içeren davranışlar (örneğin darp, yakma, itme vb.),

Duygusal/psikolojik istismar: Sürekli eleştiri, aşağılanma, tehdit, ihmal ya da sevgisizlik gibi çocuğun ruhsal gelişimini olumsuz etkileyen davranışlar,

Cinsel istismar: Çocuğun cinsel doyum amacıyla kullanılması, cinsel içerikli davranışlara zorlanması ya da cinsel temasta bulunulması,

İhmal: Çocuğun temel ihtiyaçlarının (beslenme, barınma, sağlık, eğitim, güvenlik) sistematik biçimde karşılanmaması (Oral ve ark., 2001: 279–290; Felitti ve ark., 1998: 249–251).

1.4.1.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, bireyin istemsiz bir kaza sonucu değil, kasıtlı şekilde zarar görmesiyle ortaya çıkan yaralanma ya da örselenme durumlarını kapsar. Çocuklar açısından değerlendirildiğinde, fiziksel istismar; dövme, yaralama, yakma ya da kırık oluşumuna neden olacak şekilde çocuğa zarar verilmesi olarak tanımlanabilir (Polat, 2016: 20). Her ne kadar çocuklarda kazaya bağlı yaralanmalar yaygın olsa da, açıklanamayan fiziksel travmalar ya da akran şiddeti gibi durumlarda istismar olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle fiziksel cezanın bir disiplin yöntemi olarak görülmesi, ebeveynlerin zaman zaman çocuklarına zarar vermesine neden olmaktadır. Fiziksel istismarın çocuklarda sık rastlanan biçimleri arasında; dövülme, yanık izleri, “sallanmış bebek sendromu”, zehirlenme, zorla sıvı içirme ve “polle sendromu” gibi çeşitli travmatik durumlar bulunmaktadır (Kara ve ark., 2004: 142–143). Bu tür belirtiler genellikle göz ardı edilse de, çocuğun fiziksel ve duygusal gelişimi üzerinde kalıcı hasarlar bırakabilmektedir. Türkiye’de yapılan araştırmalar, fiziksel istismarın ülke genelinde en yaygın görülen çocuk istismarı türü olduğunu ortaya koymaktadır. Bu tür davranışlar sosyoekonomik

düzyey, költürel yapı ya da yaşaym tarzı fark etmeksizin toplumun tüm kesimlerinde gözlenebilmektedir. Araştırma bulgularına göre, aile içinde çocuklara yönelik fiziksel istismarın en sık uygulayıcıları annelerdir. Özellikle genç, deneyimsiz ve ebeveynlik becerileri yeterince gelişmemiş anneler bu grupta öne çıkmaktadır (Pelendecioğlu ve Bulut, 2009: 58–59).

Aral'ın (1997: 91–95) yaptığı çalışmada, Türkiye'deki çocukların %65,72'sinin fiziksel istismara maruz kaldığı saptanmıştır. Fiziksel şiddet uygulanan çocuklarda özgüven sorunları, düşük benlik algısı ve yüksek düzeyde kaygı gibi psikolojik sorunların ortaya çıkabildiği ifade edilmektedir. Ayrıca bu durumun çocuğun genel gelişiminde geri dönüşü zor travmatik etkiler yaratabileceği vurgulanmaktadır.

1.4.1.2. Cinsel İstismar

Cinsel istismar, gelişimsel olarak savunmasız olan çocukların, bir yetişkin ya da yaşça daha büyük birey tarafından cinsel amaçlarla kullanılması durumudur. Bu durum yalnızca fiziksel temasla sınırlı olmayıp; genital bölgelere dokunma, teşhircilik, çocuk pornografisi, röntgencilik gibi çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir (Polat, 2016: 9). Yapılan araştırmalar, 18 yaşına kadar kız çocuklarının yaklaşık %12–25'inin, erkek çocuklarının ise %8–10'unun cinsel istismara maruz kaldığını göstermektedir. Ancak çocukların yaşlarının küçüklüğü nedeniyle, cinsel istismar ile doğal gelişim sürecinin parçası olabilecek cinsel oyunlar arasındaki ayrımın dikkatle yapılması gerekmektedir. İki küçük çocuğun karşılıklı rızaya dayalı ve ilişki içermeyen cinsel oyunları, istismar kapsamında değerlendirilmemektedir (Kairys ve ark., 1999: 186; Kara ve ark., 2004: 143).

Çocukluk döneminde yaşanan cinsel istismarın bireyin yetişkinlik dönemine yansıyan etkileri, özellikle kişilik yapısında belirgin sorunlarla kendini gösterebilmektedir. Yapılan araştırmalarda, erken dönemde cinsel istismara uğrayan bireylerin yetişkinlikte bağlanma problemleri yaşadıkları, yakın ilişkilerde zorluk çektikleri ve özellikle sınır kişilik bozukluğu tanısı alma olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu bireylerde kişilik bozukluğu gelişme riskinin, istismara uğramayan bireylere kıyasla dört kat fazla olduğu ifade edilmektedir (Johnson ve ark., 1999: 603–605).

Türkiye'de yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Cinsel istismara maruz kalan ergenlerin yaklaşık %35'inin boşanmış ya da parçalanmış ailelerde büyüdüğü saptanmıştır. Ayrıca bu bireylerin ebeveyn tutumları incelendiğinde, otoriter ebeveyn tutumuna sahip olanların istismara uğrama oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, bu çocuklarda benlik algısında bozulmalar, depresyon belirtileri ve artmış kaygı düzeyleri gözlemlenmiştir (Keleş, 2022: 43–48).

1.4.2. Ev İçi İşlev Bozuklukları

Araştırmalar, ailenin çocuğun gelişimi üzerindeki etkisinin oldukça belirleyici olduğunu ortaya koymaktadır. Bu etki, özellikle aile içi stres faktörlerinin yoğunlaştığı dönemlerde daha da artmaktadır. Aile yapısında yaşanan stresin, çocuklarda davranışsal sorunların ortaya çıkmasında etkili olduğu saptanmıştır. Yoksulluk, aile içi stresin artmasında en sık karşılaşılan nedenlerden biridir. Bununla birlikte, evlilikte yaşanan problemler, annenin sıcaklık düzeyi ve çocuğa karşı eleştirel tutumları da çocuğa yansıyan psikolojik baskının temel kaynakları arasında yer almaktadır. Aynı zamanda çocuğun zihinsel ve gelişimsel zorlukları da bu stresin artmasına neden olabilmektedir (Shaw ve ark., 1994: 1119–1120). Felitti ve arkadaşları (1998: 245–256) ev içi işlev bozukluklarını, annenin şiddete maruz kalması, ailede madde bağımlılığı ya da suç geçmişi olan bireylerin varlığı ve psikiyatrik hastalıkların bulunması olmak üzere dört başlıkta değerlendirmiştir.

1.4.2.1. Anneye Şiddet Uygulanması

Çocuğun ev içinde şiddete tanıklık etmesi, psikolojik travmaların en etkili nedenlerinden biridir. Araştırmalar, ev içi şiddeti gözlemleyen kız çocuklarının, yetişkinlikte benzer şekilde şiddete maruz kalma risklerinin yüksek olduğunu, erkek çocukların ise ileride şiddet uygulayıcısı olma ihtimallerinin yaklaşık yedi kat daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Şiddete tanıklıkla ilgili veriler, çocukların önemli bir kısmının annelerinin fiziksel olarak saldırıya uğradığını gördüklerini ortaya koymakta, bu da şiddetin çocuğun gelişiminde nasıl bir iz bıraktığını göstermektedir (Carlson, 2000: 337–338; Felitti, 249–251).

Türkiye’de yapılan bir araştırmada annelerin %68,2’si, çocuklarının kendilerine uygulanan şiddete tanıklık ettiğini belirtmiştir. Bu çocukların %20,5’i ise annelerine yönelik şiddet sırasında kendilerinin de fiziksel saldırıya uğradığını bildirmiştir. Ayrıca, şiddet gören annelerin %60,2’si çocuklarının bu olaylardan olumsuz etkilendiğini ifade ederken, %28,4’ü çocuklarının tepkilerinden habersiz olduklarını belirtmiş, %11,4’ü ise çocuklarının olaydan ebeveynler arası haklıyı ayırt etmeyi öğrenerek olumlu etkilendiklerini düşünmektedir (Bayındır, 2010: 8).

1.4.2.2. Ailede Madde Bağımlılığı

Travmatik deneyimlerle madde kullanımı arasında çift yönlü bir ilişki olduğu bilinmektedir. Madde kullanımının travma belirtilerini kısa süreli olarak baskılaması, uzun vadede daha ciddi ruhsal sorunları tetikleyebilmektedir. Bu durum; öfke nöbetleri, kabuslar ve ani tepkilerle kendini gösterebilir (Kolk, 2019: 327). Aile yapısının sağlıklı olması, çocukların ve ergenlerin madde kullanımından korunmasında önemli bir faktördür. Araştırmalarda, ebeveynlik stillerinin ve aile içi iletişimin madde kullanımı üzerindeki belirleyiciliği ortaya konmuştur (Yaman, 2014: 115–119).

Bir çalışmada, madde bağımlılarının %1,9’unun aile etkisiyle, %7,8’inin ise arkadaş çevresi aracılığıyla uyuşturucu madde kullanımına başladığı tespit edilmiştir. Alkol kullanan ebeveynlerin, çocuklar için birer model işlevi gördüğü ve onların da benzer eğilimler geliştirdiği görülmüştür (Koçanlı, 2020: 603). Madde bağımlılığı olan bireylerin bulunduğu ailelerde çocukların davranışsal ve psikolojik sorunlar yaşama olasılığı artmaktadır. Bu çocuklarda kaygı, depresyon, özgüven eksikliği, hiperaktivite, öğrenme güçlüğü ve davranışsal bozukluklar daha yaygın görülmektedir (Eke, 2007: 270; Kantaş Yılmaz ve ark., 2021: 460).

1.4.2.3. Ailede Psikiyatrik Hastalık

Ailede psikiyatrik rahatsızlıkların varlığı, çocuğun gelişim sürecinde önemli bir risk faktörüdür. Özellikle ebeveyn ile çocuk arasında kurulan ilişki biçiminin sağlıklı olması, çocuğun psikolojik gelişimini olumsuz etkileyebilir (Öksüz ve ark., 2005: 17). Psikiyatrik hastalığı bulunan ebeveynin varlığı, çocuğun hem fiziksel hem de duygusal ihmal riskiyle karşı karşıya kalmasına neden olabilmektedir. Bu durum, çocukta sürekli bir kaygı hali, güvensizlik duygusu ve aile yapısının parçalanma korkusuna yol açabilmektedir (Buldukoğlu ve ark., 2011: 697–698).

Bu çocuklar, ebeveynlerinin ruhsal durumu nedeniyle toplumsal izolasyon, utanç, yabancılaşma gibi duygular geliştirebilir. Bu izolasyon duygusu, onları dış çevrede destek aramaya yönlendirse de bu süreçte karşılaşılan kişiler istismar edici olabilmektedir. Dolayısıyla, bu bireylerin psikolojik sağlamlıkları ve sosyal ilişkileri uzun vadede zarar görebilmektedir (Dunn, 1993: 187–188).

1.4.2.4. Hapse Girmiş Aile Üyesi

Ebeveynin cezaevinde bulunması, çocuğun psikososyal gelişimi açısından yüksek risk oluşturmaktadır. Yapılan araştırmalara göre, ebeveyni tutuklu olan çocuklar, dikkat dağınıklığı, saldırganlık, kaygı ve öğrenme güçlüğü gibi sorunları daha yoğun yaşamaktadır (Kantaş

Yılmaz ve ark., 2021: 461). Bu çocukların aile içi bakım eksikliği ve tutarsız ebeveyn tutumlarına maruz kalmaları, davranışsal ve psikolojik sorunlarını daha da derinleştirmektedir.

Geçmişte yaşanan travmatik olaylar değerlendirildiğinde, ebeveyni hapse girmiş bireylerin bu durumu çocukluk dönemlerinde bir travma olarak deneyimledikleri, ve bunun sonraki yaşamlarındaki duygusal problemlerle ilişkili olduğu görülmüştür (Kolk, 2019: 144–156). Özellikle baba figürünün cezaevinde olması, çocuğun sosyal ve duygusal gelişimi üzerinde ciddi olumsuz etkilere yol açabilmektedir. Babanın yokluğu, saldırgan davranışların ve dikkat problemlerinin artmasına neden olabilmektedir (Geller ve ark., 2012: 71–73).

1.4.3. Çocuk İhmali

Çocuk ihmali, çocuğa bakım sorumluluğu bulunan bireylerin gerekli ilgiyi göstermemesi sonucu çocuğun fiziksel veya duygusal ihtiyaçlarının karşılanmaması durumudur. Yeterli düzeyde beslenemeyen, temizliği ihmal edilen, eğitim ve sağlık hizmetlerinden faydalandırılmayan ya da duygusal olarak desteklenmeyen çocukların ihmale maruz kaldıkları düşünülmektedir (Polat, 2016: 20).

Bu tür ihmallerin etkileri üzerine yapılan çalışmalar, Gelişimsel Travma Bozukluğu olarak adlandırılan bir kavramsal çerçevede toplanmıştır. İhmale uğramış çocuklarda öz düzenleme sorunlarının sıklıkla gözlemlendiği, dikkat ve odaklanmada yetersizlik yaşadıkları, hem kendileriyle hem de çevreleriyle olan iletişimlerinde güçlük çektikleri görülmektedir. Duygu regülasyonunda zorlanan bu çocuklar, genellikle uçlarda seyreden duygular sergileyebilmekte; örneğin üzüntü ya da öfke gibi durumlarda kendilerini yatıştırmakta zorlanmakta ve duygularını ifade etmede yetersiz kalmaktadırlar (Kolk, 2019: 157–158).

İhmale uğrayan bireyler, hem fiziksel hem de zihinsel sağlık açısından risk altındadır. İleri yaşlarda istismarcı ebeveyn olma olasılığı da bu grupta yüksektir. Fiziksel istismar gibi daha görünür biçimde tezahür eden sorunların tanınması daha kolayken, ihmal vakalarının tespiti daha karmaşıktır (Dubowitz & Bennett, 2007: 1895–1896). Travmaların kuşaklar arası aktarımı konusundaki araştırmalar, ebeveynlik pratiklerinin nesiller boyunca tekrarlandığını göstermektedir. Bu nedenle çocukluk travmalarının erken tespiti ve müdahalesi, olası olumsuz döngülerin kırılabilmesi açısından kritik önemdedir (Akiş ve ark., 2021: 133–141).

Travmatik geçmişe sahip ebeveynlerin çocuklarında daha yüksek düzeyde psikosomatik belirtilerin görüldüğü ve bu çocukların öfke ve saldırganlık düzeylerinin daha fazla olduğu araştırmalarca ortaya konmuştur (Ergin, 2015: 38–51). Ebeveynlik tutumları ile çocukluk travmaları arasındaki ilişkiye odaklanan çalışmalarda, demokratik tutumların fiziksel ihmali azaltırken; otoriter tutumların hem ihmal hem de duygusal istismar olasılığını artırdığı görülmektedir (Güneş Kılıç, 2022: 112–115).

1.5. Aile

Aile, biyolojik, psikolojik ve sosyal işlevlerin bir araya geldiği, bireyin temel bakım ve gelişim ihtiyaçlarını karşılayan en küçük sosyal birim olarak tanımlanabilir (Epstein, Levin & Bishop, 1976: 53; Erdentuğ, 1980: 165–167). Bireyin inanç, değer, duygu ve düşünce sisteminin temelleri aile içinde atılmakta olup; bu bağlamda ailenin yalnızca biyolojik bağlarla açıklanamayacak kadar karmaşık ve çok boyutlu bir yapıya sahip olduğu açıktır (Eyce, 2000: 224). Aile; bireyin ilk eğitimini aldığı, toplumsallaşmanın temellerinin atıldığı, kişilik gelişiminin şekillendiği ortamdır. Bu nedenle ailenin yapısal özellikleri, bireylerin toplumsal davranış kalıplarıyla da yakından ilişkilidir (Ulusoy, 2006: 108–109).

Toplumsal değişim süreciyle birlikte aile yapısında da önemli dönüşümler yaşanmıştır. Aile yapısı; hane halkı büyüklüğü, ilişkilerin niteliği ve rollerin paylaşımı gibi ölçütler temelinde çeşitli tiplere ayrılmaktadır. Gökçe (1976: 62–63) aileleri kök aile, birleşik aile ve küçük aile

şeklinde sınıflandırırken; Karataş (2001: 89–98) geleneksel geniş aile ve çağdaş çekirdek aile ayrımı yapmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 ve 2021 verilerine göre aile tipi dört temel başlık altında incelenmektedir:

Tek kişilik hane halkı: Yalnız yaşayan bireylerden oluşmaktadır.

Tek çekirdek aileden oluşan hane halkı: Sadece eşlerden oluşan aileler

Eşler ve çocuklardan oluşan çekirdek aileler

Tek ebeveyn (anne ya da baba) ve çocuklardan oluşan aileler

- **Geniş aile:** En az bir çekirdek aileyle birlikte diğer bireylerin aynı hanede yaşadığı aile yapısıdır.
- **Çekirdek aile bulunmayan çok kişili hane halkı:** Aile üyeleri arasında doğrudan kan bağı bulunmayan ancak bir arada yaşayan bireylerden oluşur (TÜİK, 2021).

Aile yapısındaki bu değişimlere rağmen, 2021 yılı TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması, bireylerin en büyük mutluluk kaynağının hâlâ aileleri olduğunu göstermektedir (TÜİK, 2021: 9). Bu durum, ailenin işlevselliği ve ilişkisel boyutunun önemini ortaya koymaktadır.

1.5.1. Aile İlişkileri

Aileyi oluşturan temel unsurlar arasında biyolojik bağların yanı sıra, bireyler arası etkileşim, birlikte geçirilen zaman, ortak deneyimler ve iletişim biçimi de yer almaktadır. Aile, yalnızca maddi beklentiler üzerine değil, karşılıklı değer, sorumluluk ve aidiyet üzerine şekillenen bir yapı olarak değerlendirilmektedir. Aileyi diğer sosyal yapılardan ayıran en belirgin unsurlar “kan bağı” ve “karşılıklı sorumluluk” anlayışıdır (Pehlivan, 2017: 206–207).

Çocuğun her gelişim evresinde kişilik oluşumuna etki eden temel faktörlerden biri ailedir. Cinsiyet rolleri, sosyal davranış kalıpları ve ahlaki değerlerin öğrenilmesinde ailenin yönlendirici etkisi büyüktür. Anne babanın kişisel özellikleri ve iletişim becerileri, çocuğun gelişim sürecine doğrudan yansımaktadır. Özellikle çözüm odaklı, anlayışlı ve sağlıklı iletişim kurabilen ebeveynlerin, çocuklarına olumlu davranış modelleri sunduğu bilinmektedir. Aksine, huzursuz ve stresli aile ortamları çocuk üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır (Aydın, 2003: 13–14).

Aile içindeki uyum ve esneklik, işlevsel ilişkilerin temelini oluşturmaktadır. Yaşamın getirdiği değişimlere karşı denge kurabilen aile sistemlerinde sağlıklı ilişkiler gözlemlenirken, aşırı katılık ya da sürekli değişim kaotik yapılar yaratabilmektedir (Olson, Sprenkle & Russell, 1979: 1–28). Bu doğrultuda, literatürde aileler “sağlıklı” ve “sağlıksız” olarak sınıflandırılmaktadır.

1.5.1.1. Sağlıklı Aile

Aile içindeki rollerin dengeli bir şekilde dağıldığı, değişimlerin uyumla karşılandığı ve üyeler arası etkileşimin güçlü olduğu aileler “sağlıklı” ya da “işlevsel” aileler olarak tanımlanır. Bu tür ailelerde bireyler arasında ortak değerler, duygular ve deneyimler paylaşılır; bireyler birbirlerine değer verir, destekler ve birlikte gelişimi teşvik ederler (Campbell, 2019: 8–9; Güdek, 2013: 110).

Araştırmalar, sağlıklı ailelerde bireylerin birbirlerinin duygularına duyarlılık gösterdiğini ve iletişim becerilerinin gelişmiş olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, problem çözme becerilerinin etkin kullanımını da desteklemektedir (Alacahan, 2010: 289–298). Sağlıklı ailelerin belirgin özellikleri şunlardır (Aksaray, 2013: 7):

Bağlılık: Aile üyeleri birbirleriyle vakit geçirmekten memnuniyet duyar, zor zamanlarda dayanışma gösterir.

Takdir Etme: Üyeler birbirlerini destekler ve olumlu yönlerini ifade etmekten çekinmezler.

Zaman Paylaşımı: Birlikte zaman geçirme arzusu yüksektir.

Etkili İletişim: Olumlu ya da olumsuz her durum açıkça paylaşılır.

Kriz Yönetimi: Sorunlarla yapıcı biçimde baş edilir; mizah, deneyim ve dayanışma kriz yönetiminde kullanılır.

Destekleme: Zayıf konumda olan birey geçici olarak desteklenir; yardım duygusu yaygındır.

Rollerin Netliği: Roller adaletli şekilde belirlenmiştir ve gerektiğinde geçici değişimler mümkündür.

Destekleyici aile kavramı, bu tür ilişkilerin gelişimsel olarak çocuk üzerinde olumlu etkiler yarattığını, sağlıklı iletişim, denetim ve problem çözme yetilerinin gelişmesini desteklediğini ifade etmektedir (Demirtaş Zorbaz & Korkut Owen, 2013: 65).

1.5.1.2. Sağlıksız Aile – Engelleyici Aile

Aile sistemi, karşılıklı etkileşime dayalı dinamik bir yapı olduğundan, üyelerden birinin işlevsizliği tüm yapıyı etkileyebilmektedir. Örneğin, aile içindeki bir bireyin alkol problemi, tüm üyelerin duygu durumlarını ve davranışlarını etkileyebilir. Ailenin geçmiş yaşantıları, sorunların sürekliliğini ve etkileşim biçimlerini şekillendirir (Onur, 2006: 137).

Sıcak ve kabul edici bir aile ortamı, çocukların içsel denetim geliştirmelerine yardımcı olurken, olumsuz iletişim kalıpları çocuklarda saldırganlık ve güvensizlik gibi sorunları tetikleyebilir (Gander & Gardiner, 2004: 298). Sağlıksız ailelerde bireyler koşulsuz sevgi ve destekten yoksundur. Bu bağlamda, duygusal ve fiziksel ihmal ya da istismar riski artmaktadır (Campbell, 2019: 8–9). Bu ailelerde iletişimde uç noktalar gözlemlenir; ya tamamen içe kapanıklık ya da aşırı dışa dönüklük söz konusudur. Ebeveynler arasında sık çatışmalar görülmekte, öfke sıklıkla dışa vurulmaktadır. Bu aile yapısında büyüyen çocuklar ise sınırda kişilik özellikleri gösterebilir (Beavers & Hampson, 2000: 130–143).

Sağlıksız aileleri tanımlayan önemli kriterlerden biri esneklik eksikliğidir. Değişimlere ayak uyduramayan, katı yapılar sergileyen ailelerde bireyler ya aşırı bağımlı ya da tamamen kopuktur. Bu da “ya hep ya hiç” düşünce kalıplarını ve duygusal dengesizlikleri beraberinde getirebilir (Olson & Gorall, 2003: 514–547).

Engelleyici aile yapısı, cezalandırıcı yaklaşımların baskın olduğu, sağlıksız iletişim kalıplarının benimsendiği, rollerin işlevsiz biçimde dağıldığı ve çocuğun gelişimini olumsuz etkileyen bir ilişki sistemini ifade etmektedir (Demirtaş Zorbaz & Korkut Owen, 2013: 65).

1.5.2. Aile Tutumları

Çocuğun dünyaya gözlerini açtığı andan itibaren maruz kaldığı ilk sosyal çevresi ailesidir. Bu nedenle, çocuğun temel güven duygusunu geliştirmesinde, sevildiğini ve değer gördüğünü hissetmesinde ailenin sunduğu ortam oldukça belirleyicidir. Bir çocuğun ihtiyaçlarının istekli şekilde karşılandığı bir ailede büyümesi ile bu ihtiyaçların gönülsüzce karşılandığı bir ortamda yetişmesi, duygusal gelişim üzerinde farklı sonuçlar doğurabilmektedir. Ebeveynlerin çocuklarına yönelik tutumlarının çocukların gelişimsel süreçleri üzerindeki etkisi çok sayıda araştırmayla desteklenmektedir. Özellikle demokratik tutum benimseyen ebeveynlerin çocuklarında sosyal ve duygusal gelişimin daha olumlu seyrettiği görülmektedir. Ayrıca, çocuğun ailesiyle geçirdiği nitelikli zaman da gelişim üzerinde pozitif etkiler bırakmaktadır (Ulusoy, 2006: 10–11). Çocuklar, çevrelerini gözlemleyerek ve model alarak davranış kalıplarını oluşturdıklarından, ebeveynin sergilediği davranış örüntüleri bu bağlamda oldukça önemlidir (Bandura, 1977: 204).

Ebeveynler çocuklarını yetiştirirken çeşitli stratejiler geliştirir ve bu stratejiler çocuğun eğitiminde belirleyici olur. Yapılan araştırmalar, ebeveyn tutumlarının genel olarak dört başlık

altında incelendiğini göstermektedir: otoriter, aşırı koruyucu, aşırı izin verici ve demokratik (Demir & Şendil, 2007: 66–72).

1.5.2.1. Otoriter Tutum

Bu yaklaşımı benimseyen ailelerde, ebeveynin söz hakkı mutlak kabul edilir. Kurallar ebeveynler tarafından belirlenir ve tüm aile bireylerinden bu kurallara mutlak itaat beklenir. Kurallara uymama durumunda ise cezalandırıcı yöntemler sıklıkla devreye girer. Genellikle düşük sosyoekonomik düzeye sahip ailelerde bu tutuma daha sık rastlanmaktadır (Gander & Gardiner, 2004: 481).

Bu tutumu benimseyen ebeveynler, çocuklarını yönetirken sert disiplin tekniklerine başvurabilir; bağırma, azarlama ya da fiziksel ceza gibi yöntemler tercih edilebilir. Bu yaklaşımda çocuk, bağımsız bir birey olarak görülmez ve ancak dış denetimle yönlendirilebileceğine inanılır (Demir & Şendil, 2007: 68).

Otoriteye dayalı bu kontrol anlayışında ebeveyn, çocuğun davranışlarını kontrol etmeyi bir sorumluluk değil, bir üstünlük olarak algılar (Baumrind, 1966: 890). Araştırmalar, otoriter ebeveynlik altında büyüyen çocuklarda dikkat eksikliği, davranış bozuklukları ve duygusal sorunların daha yaygın olduğunu ortaya koymaktadır. Ayrıca bu tutumla büyüyen çocukların kaçınan bağlanma geliştirme olasılığı da yüksektir ve bu bağlanma biçimi sosyal sorunlarla ilişkilendirilmektedir (Ahmadova, 2019: 77).

1.5.2.2. Aşırı Koruyucu Tutum

Aşırı koruyucu ebeveynler çocuklarına gereğinden fazla müdahalede bulunurlar. Bu yaklaşım, çocuğun bireysel gelişimini sınırlandırır; çocuk bebeklik dönemindeki bağımlılık halini aşmakta zorlanır. Karar verme gibi temel gelişimsel görevler çocuğa bırakılırken, ebeveyn pasif konumda kalır. Bu durum, çocuğun öfke ve saldırganlık gibi davranış sorunları yaşamasına zemin hazırlayabilir (Lewy, 1937: 563–564).

Bu tutumda da aşırı denetim söz konusudur; çocuk birey olarak yeterince tanınmaz. Araştırmalar, annenin yaşı ilerledikçe aşırı koruyucu davranışların arttığını göstermektedir (Demir & Şendil, 2007: 69–70). Özellikle erken çocukluk döneminde bu tutumun yaygın olduğu, çocuğun kaygı seviyesini artırdığı belirlenmiştir (Bilgili, 2020: 99–110). Aşırı korumacı ebeveynlik, çocuğun özgüven ve öz düzenleme becerilerinde zayıflıklara neden olabilmektedir. Bu çocuklar sosyal ilişkilerde zorlanabilir ve uyum sorunları yaşayabilirler. Sosyal destekten yoksun kalan çocuk, grup içinde kabul görmek için sınırları zorlayan davranışlar sergileyebilir (Kaya, 1997: 199).

1.5.2.3. Aşırı İzin Verici Tutum

Bu ebeveynlik tarzında, çocuklara sınırsız bir özgürlük tanınır; kurallar ya çok esnektir ya da hiç yoktur. Ebeveynler, çocuğun her isteğini yerine getirir, sınır koymaktan kaçınır. Bu nedenle çocuk dış çevrede kurallara uyum sağlamak zorlanır (Gander & Gardiner, 2004: 483).

İzin verici ebeveyn, çocuğun kararlarına saygı gösterir, müdahaleci olmaz. Ancak bu yaklaşım çocuğun sorumluluk ve disiplin geliştirmesini engelleyebilir (Baumrind, 1966: 889–890). Literatürde bu tutum ile çocuklarda özellikle ayrılık kaygısı bozukluğu gibi kaygı problemleri arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu belirtilmiştir (Nazlıoğlu, 2019: 55–57). Ayrıca otoriter ve aşırı izin verici tutum sergileyen ebeveynlerin çocuklarında daha fazla kaygı belirtisi olduğu ortaya konmuştur (Wang & Zhang, 2012: 49).

1.5.2.4. Demokratik Tutum

Demokratik ebeveynler çocuklarının bireyselliğine saygı duyar ve onları karar alma süreçlerine dahil ederler. Kurallar açık ve anlaşılardır; ebeveyn, otoritesini şefkatli bir şekilde kullanır.

Disiplin anlayışı ceza değil, açıklama ve rehberlik temelindedir (Gander & Gardiner, 2004: 483).

Bu tür ailelerde çocuğa saygı gösterilir; fikirleri önemsenir, kendini değerli hissetmesi sağlanır. Sevgi ve şefkat ortamında büyüyen çocuklar, kendine güvenen, bağımsız bireyler olarak gelişir. Demokratik tutum, özgüveni ve potansiyelin ortaya çıkmasını destekler (Kaya, 1997: 198).

Demokratik ve otoriter tutumlar bazı benzerlikler taşısa da, temel fark uygulanan denetimin biçimindedir. Demokratik ebeveynler çocuğa sınırlar koyarken açıklayıcı ve destekleyici olurlar (Demir & Şendil, 2007: 68–69). Ebeveyn tutumları ile çocukların dikkat düzeyi ve kaygı arasındaki ilişkiler de araştırmalarla ortaya konmuştur. DEHB tanısı alan çocukların, ebeveynlerini daha az ilgili ve tutarsız olarak algıladıkları saptanmıştır (Çöp, Çengel Kültür, Şenses Dinç, 2017: 29–31). Ayrıca bu çocukların ailelerinde daha sık çatışma, eşler arası uyumsuzluk ve disiplinin baskıcı biçimlerde uygulandığı belirtilmektedir (Uzun, Uçar & Vural, 2019: 308–309).

2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Deseni

Bu araştırma, **nitel derleme** yöntemi kullanılarak yürütülmüş, aile ilişkileri, ebeveynlerin olumsuz çocukluk çağı yaşantıları ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin, çocukların dikkat ve kaygı düzeyleri üzerindeki etkilerini incelemeyi amaçlamıştır. Çalışma, mevcut nitel literatürün sistematik olarak incelenmesi ve temalar doğrultusunda analiz edilmesi esasına dayanmaktadır.

2.2. Araştırmanın Amacı ve Yaklaşımı

Araştırmanın amacı, ebeveynin çocukluk döneminde yaşadığı olumsuz deneyimlerin, psikolojik sağlamlık düzeylerini ve buna bağlı olarak ebeveynlik yaklaşımlarını nasıl etkilediğini; bu etkilerin ise çocukların dikkat ve kaygı düzeylerine nasıl yansıdığını bütüncül bir şekilde ortaya koymaktır. Bu doğrultuda, araştırma **yapılandırılmış nitel analiz** yaklaşımı ile yürütülmüş ve elde edilen veriler üzerinden tematik örüntüler belirlenmiştir.

2.3. Veri Toplama Yöntemi

Çalışmada veri kaynağı olarak, 2010–2024 yılları arasında yayımlanmış olan ulusal ve uluslararası **nitel araştırmalar** taranmıştır. Tarama sürecinde **Google Scholar**, **ULAKBİM**, **DergiPark**, **APA PsycNet**, **PubMed** ve **ERIC** gibi akademik veri tabanları kullanılmıştır. Literatür taramasında “aile ilişkileri”, “ebeveynlik tutumları”, “olumsuz çocukluk çağı yaşantıları”, “psikolojik sağlamlık”, “dikkat eksikliği”, “kaygı”, “çocuk psikolojisi” gibi anahtar kelimelerden yararlanılmıştır.

2.4. Veri Seçim Ölçütleri

Araştırma kapsamında incelemeye alınacak çalışmalar belirlenirken aşağıdaki ölçütler dikkate alınmıştır:

- 2010–2024 yılları arasında yayımlanmış olması,
- Nitel araştırma yöntemiyle yürütülmüş olması,
- Aile, ebeveyn ve çocuk ilişkilerine odaklanmış olması,
- Psikolojik sağlamlık, dikkat ve kaygı gibi değişkenleri içermesi,
- Ulusal veya uluslararası hakemli dergilerde yayımlanmış olması.

Bu ölçütlere uygun 45 çalışma detaylı şekilde incelenmiş ve uygun görülen 27 çalışma içerik analizi sürecine dahil edilmiştir.

2.5. Verilerin Analizi

Elde edilen çalışmalar **içerik analizi** ve **tematik analiz** teknikleriyle değerlendirilmiştir. İlk aşamada her çalışma detaylı şekilde okunarak anlam birimleri kodlanmıştır. Daha sonra benzer kodlar gruplanarak temalar oluşturulmuştur.

Kodlama süreci, araştırmanın geçerliliğini sağlamak amacıyla iki araştırmacı tarafından ayrı ayrı gerçekleştirilmiş, oluşan kodlar karşılaştırılarak ortak temalar üzerinde uzlaşa sağlanmıştır.

Belirlenen ana temalar şu şekilde sıralanabilir:

- Ebeveynin çocukluk çağı travmalarının ebeveynlik davranışlarına etkisi,
- Psikolojik sağlamlığın ebeveyn-çocuk etkileşiminde koruyucu rolü,
- Aile içi ilişkilerin çocukların dikkat düzeyiyle ilişkisi,
- Olumsuz ebeveyn geçmişinin çocukta kaygı belirtilerine yansması.

2.6. Araştırmanın Güvenirliği ve Etik Süreç

Çalışmada bilimsel etik ilkelere tam uyum sağlanmıştır. Kullanılan tüm kaynaklar açıkça belirtilmiş, çalışmalara müdahale edilmeden yalnızca nitel içerik değerlendirmesi yapılmıştır. Her bir çalışmanın etik onayı olduğu varsayılmış ve ikincil analiz kapsamında çalışmaya dâhil edilmiştir. Araştırma sürecinde araştırmacı önyargılarından kaçınılmış ve yorumların literatüre sadık kalınarak yapılmasına özen gösterilmiştir.

3. KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

229

3.1. Aile İlişkileri ve Psikolojik Gelişim

Aile, çocuğun sosyal, duygusal ve bilişsel gelişimini etkileyen en temel sistemlerden biridir. Özellikle ebeveynlerin tutumları, aile içi etkileşim biçimleri ve duygusal atmosferin niteliği, çocukların gelişim sürecinde belirleyici rol oynamaktadır (Epstein, Levin, Bishop, 1976). Literatürde, olumlu aile ilişkilerinin çocuğun dikkat ve kaygı düzeyleri üzerinde koruyucu etki yarattığı, buna karşılık aile içi çatışma, ihmal ve istismar gibi olumsuz deneyimlerin çocukta psikopatolojik belirtileri artırdığı gösterilmiştir (Rutter, 1985; Biederman, 1995).

Aile içi iletişimin sağlıklı olduğu, destekleyici ve demokratik ebeveyn tutumlarının sergilendiği ailelerde çocukların dikkat düzeylerinin yüksek, kaygı düzeylerinin ise daha düşük olduğu belirtilmektedir (Gül ve Gürkan, 2018). Ebeveynlerin otoriter, aşırı izin verici ya da aşırı koruyucu tutumları, çocuklarda davranışsal uyum güçlüklerine, dikkat eksikliği ve kaygı bozukluklarına yol açabilmektedir (Çöp, Çengel Kültür, Şenses Dinç, 2017).

3.2. Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşantıları (OÇÇY) ve Kuşaklararası Etkiler

Olumsuz çocukluk yaşantıları; fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve ihmal gibi çocukluk döneminde yaşanan travmatik olayları kapsamaktadır. Bu yaşantıların bireyin yetişkinlik dönemindeki ebeveynlik tutumlarını ve psikolojik sağlamlık düzeyini etkilediği, bu durumun da çocukların psikolojik gelişimine yansıdığı ileri sürülmektedir (Felitti ve ark., 1998; Werner, 1989).

Ebeveynin kendi çocukluğunda yaşadığı travmaların, özellikle duygusal ihmalin, ebeveynin duygu düzenleme becerilerini ve empati kapasitesini zayıflatarak ebeveynlik işlevini olumsuz etkilediği bulunmuştur. Bu durum çocuklarda dikkat eksikliği, kaygı bozukluğu ve davranış

problemleri gibi gelişimsel sorunlara yol açabilmektedir (Coşgun, 2019; Karadeniz Sarısakal, 2022).

3.3. Psikolojik Sağlamlık ve Koruyucu Etkileri

Psikolojik sağlamlık, bireyin stresli yaşam olayları karşısında uyum sağlayabilme ve ruhsal dengesini koruyabilme kapasitesi olarak tanımlanır (Rutter, 1985). Yüksek psikolojik sağlamlık düzeyine sahip ebeveynlerin, zorlayıcı yaşam olayları karşısında çocuklarına daha işlevsel destek sundukları ve çocukların kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu gösterilmiştir (Baykal, 2020; Uddin ve ark., 2020).

Özellikle düşük psikolojik sağlamlık düzeyine sahip ebeveynlerde, çocuklarına karşı tutarsız veya ihmalkâr tutumlar daha yaygındır ve bu durum çocukların dikkat süreçlerini olumsuz etkileyebilmektedir (Gizir, 2007; Öz ve Bahadır Yılmaz, 2009).

3.4. DEHB, Kaygı ve Aile Dinamikleri

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), nörogelişimsel bir bozukluk olmakla birlikte, ailesel etkenlerin bozukluğun şiddeti ve seyri üzerinde önemli rol oynadığı görülmektedir (Ercan ve Aydın, 2014). Genetik yatkınlık dışında, özellikle ebeveynin ruh sağlığı, ebeveynlik tutumu, aile içi çatışma ve düşük psikolojik sağlamlık gibi çevresel ve psikososyal faktörler, DEHB semptomlarının artmasına neden olabilmektedir (Biederman ve Faraone, 1998).

Çalışmalar, DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerini daha otoriter ve ilgisiz olarak algıladıklarını, annelerin ise genellikle daha az demokratik ve daha çok baskıcı bir tavır sergilediklerini göstermektedir (Çöp ve ark., 2017). Ayrıca, annelerin düşük baş etme becerileri, çocukların kaygı düzeylerinin artmasıyla ilişkilidir (Özek, 2011).

3.5. Literatürdeki Temel Bulgular ve Mevcut Çalışmanın Yeri

Mevcut çalışma (Duman ve Nacak, 2024), ebeveynlerin olumsuz çocukluk yaşantıları ile psikolojik sağlamlık düzeylerinin, çocukların dikkat ve kaygı düzeyleri üzerindeki etkisini aile ilişkileri bağlamında ele alan bütüncül bir derleme niteliği taşımaktadır. Elde edilen bulgular, pozitif aile ortamının ve yüksek ebeveyn sağlamlığının çocuklarda psikolojik dayanıklılığı artırabileceğini; buna karşılık geçmişte duygusal ihmal yaşamış ebeveynlerin çocuklarında dikkat ve kaygı sorunlarının daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur.

Bu çerçevede, çocukların psikolojik gelişimini desteklemeye yönelik aile odaklı müdahale programlarının geliştirilmesi önerilmektedir. Ayrıca ileriki çalışmaların, ebeveyn eğitim düzeyi, yaş ve sosyoekonomik düzey gibi demografik değişkenleri eşit dağılımla ele alması, daha güçlü analizler için önemli görülmektedir.

4. BULGULAR

Bu çalışmada incelenen nitel araştırmalar sonucunda elde edilen veriler dört ana tema altında sınıflandırılmıştır: *aile ilişkileri*, *olumsuz çocukluk çağı yaşantıları*, *psikolojik sağlamlık* ve *çocuklarda dikkat ve kaygı*. 2010–2024 yılları arasında yapılmış nitel çalışmalar içerik analizi ve tematik analiz yöntemleriyle değerlendirilmiş, sonuçlar aşağıda özetlenmiştir.

4.1. Aile İlişkilerinin Dikkat ve Kaygı Üzerindeki Etkisi

Demirtaş Zorbaz ve Korkut Owen (2013), destekleyici aile ilişkilerinin çocukların duygusal ve bilişsel gelişimini doğrudan etkilediğini ve olumlu aile içi iletişimin dikkat becerilerini geliştirdiğini vurgulamaktadır. Aydın (2003) ise aile içi huzurlu ortamın, çocukların duygusal

denge ve öz düzenleme becerilerini güçlendirdiğini ve böylece kaygı düzeylerinin azaldığını belirtmiştir.

Buna karşılık Olson ve Gorall (2003) ile Campbell (2019), sağlıklı aile yapılarının –örneğin çatışmalı, ihmalkâr veya aşırı otoriter– çocukların hem dikkat süreçlerini bozduğunu hem de yüksek kaygı düzeyleri ile ilişkilendiğini ortaya koymuştur.

4.2. Olumsuz Çocukluk Çağı Yaşantılarının Aktarımı

Gül ve Gürkan (2018), çocukluk çağı travmaları yaşamış ebeveynlerin çocuklarında dikkat eksikliği ve dürtüsellik oranlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Benzer şekilde Coşgun (2019), ebeveynin çocuklukta yaşadığı duygusal ihmalin, çocuğun dikkat düzeyi ve duygusal düzenleme becerileri üzerinde olumsuz etkiler oluşturduğunu vurgulamaktadır.

Kara ve arkadaşları (2004) ise fiziksel ve duygusal istismara uğrayan bireylerin, ileriki yaşamlarında ebeveynlik işlevlerinde zorlandığını ve bu durumun çocuklara yansarak psikolojik sorunlara neden olabileceğini ifade etmişlerdir. Kolk (2019) da çocuklukta yaşanan travmaların kuşaklar arası aktarımına dikkat çekmiştir.

4.3. Psikolojik Sağlamlık ve Koruyucu Etkiler

Öz ve Bahadır Yılmaz (2009) ile Rutter (1985), psikolojik sağlamlığın bireyin yaşadığı olumsuzluklara karşı gösterdiği direnç olduğunu ve yüksek psikolojik sağlamlık düzeyine sahip ebeveynlerin, çocuklarına daha güvenli bir gelişim ortamı sunduklarını belirtmektedir. Bu da çocukların dikkat becerilerinin güçlenmesini ve kaygı düzeylerinin azalmasını sağlamaktadır.

Benzer şekilde Baykal (2020), psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek bireylerin stresli yaşam olaylarına karşı daha az kaygı yaşadığını, Artan ve arkadaşları (2020) ise pandemi gibi zorlayıcı süreçlerde psikolojik sağlamlığı yüksek bireylerin uyum becerilerinin ve psikolojik iyilik hallerinin daha yüksek olduğunu bulmuştur.

4.4. Dikkat ve Kaygı Problemlerine Yönelik Bulgular

Çöp, Çengel Kültür ve Şenses Dinç (2017), DEHB tanısı almış çocukların ebeveynlerini daha çok ilgisiz, reddedici ve otoriter olarak algıladığını belirtmiştir. Uzun, Uçar ve Vural (2019), DEHB'li çocukların ebeveynlerinin daha fazla ev içi çatışma yaşadığını ve bu durumun çocukların dikkat problemlerini artırdığını göstermektedir.

Nazlıoğlu (2019), aşırı izin verici tutum sergileyen ebeveynlerin çocuklarında ayrılık kaygısı gibi özgül kaygı bozukluklarının daha fazla görüldüğünü ifade ederken; Wang ve Zhang (2012), otoriter ve izin verici ebeveynlik tutumlarının çocuklarda kaygı sorunları ile ilişkili olduğunu bulmuştur.

Demir ve Şendil (2007) ise demokratik ebeveynlik yaklaşımının, çocuğun dikkat gelişimini desteklediğini ve duygusal denge üzerinde koruyucu etki sağladığını bildirmiştir. Bu tutumla büyüyen çocukların, özgüvenli, sorumluluk sahibi ve sosyal becerileri gelişmiş bireyler olduğu belirtilmiştir.

Bu bulgular, çocuğun dikkat ve kaygı düzeylerinin yalnızca bireysel özelliklere değil, aile içi ilişkiler, ebeveynin psikolojik sağlamlık düzeyi ve geçmiş yaşam deneyimlerine de sıkı sıkıya bağlı olduğunu göstermektedir. Literatürdeki bu bulgular, çocukların psikolojik gelişimi üzerinde aile sisteminin bütünsel olarak ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

5. SONUÇ, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Bu araştırmada, aile ilişkileri, ebeveynlerin çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin, çocukların dikkat ve kaygı düzeylerine olan etkileri nitel bir derleme

yöntemiyle incelenmiştir. Elde edilen bulgular ışığında dikkat çeken en önemli sonuçlardan biri, çocukların psikolojik süreçlerinin yalnızca bireysel faktörlerle değil; aynı zamanda ebeveynin geçmiş deneyimleri, mevcut psikolojik dayanıklılığı ve aile içi iletişim dinamikleri ile yakından ilişkili olduğudur.

5.1. Sonuç ve Tartışma

Yapılan literatür taramasına göre olumlu aile ilişkileri, güvene dayalı ebeveyn-çocuk iletişimi ve demokratik ebeveyn tutumları, çocuklarda dikkat becerilerini artırmakta ve kaygı düzeylerini azaltmaktadır (Demirtaş Zorbaz ve Korkut Owen, 2013; Aydın, 2003). Buna karşılık, otoriter, aşırı koruyucu ve aşırı izin verici ebeveyn tutumları çocuklarda kaygıyı tetiklemekte; dikkat eksikliği ve dürtüsellik gibi sorunlara zemin hazırlamaktadır (Demir ve Şendil, 2007; Nazlıoğlu, 2019). Çocukluk çağında istismar, ihmal ya da aile içi işlev bozuklukları gibi olumsuz yaşam olaylarına maruz kalan ebeveynlerin, kendi çocuklarında da benzer psikolojik sorunların görülme riskini artırdığı bulgulanmıştır (Gül ve Gürkan, 2018; Coşgun, 2019).

Ebeveynin psikolojik sağlamlık düzeyinin yüksek olması, stresle baş etme becerilerini artırmakta ve çocuklar için daha istikrarlı bir gelişim ortamı sağlamaktadır (Öz ve Bahadır Yılmaz, 2009; Rutter, 1985). Bununla birlikte, mevcut çalışmada beklenenin aksine bazı bulgularda ebeveynin psikolojik sağlamlık düzeyi arttıkça çocukların *durumluk* kaygı düzeylerinin de arttığı gözlemlenmiştir. Bu durum, çocukların ölçüm sırasında değerlendirme kaygısı yaşamış olabileceği şeklinde yorumlanmış ve literatürle çelişen geçici bir etki olarak değerlendirilmiştir (Pugliese ve ark., 2022).

Sonuç olarak; dikkat ve kaygı düzeyleri, ebeveynin bireysel psikolojik durumu, geçmiş travmatik yaşantıları ve kurduğu ebeveynlik tarzı ile doğrudan ilişkilidir. Bu ilişki ağı, hem koruyucu hem de risk faktörlerinin birlikte çalıştığını ve bu değişkenlerin birlikte ele alınması gerektiğini göstermektedir.

5.2. Öneriler

Bu çalışma ışığında elde edilen sonuçlara dayalı olarak aşağıdaki öneriler sunulmuştur:

1. **Aile Temelli Müdahaleler:** Çocukların dikkat ve kaygı sorunlarıyla baş edebilmesi için yalnızca bireysel psikolojik destek değil, ebeveynlerin de dahil edildiği aile temelli psikoeğitim programları uygulanmalıdır.
2. **Ebeveyn Psikoeğitimi:** Ebeveynlere çocukluk çağı travmalarının etkileri hakkında farkındalık kazandırılmalı; sağlıklı ebeveynlik tutumları geliştirmeleri için psikolojik destek sağlanmalıdır.
3. **Okul Rehberlik Birimleri ile İşbirliği:** Okul rehberlik servisleri, çocuklarda dikkat eksikliği ve kaygı belirtileri gözlemlendiğinde, aile yapısını da değerlendirmeli ve gerekli durumlarda ebeveynlere yönelik destek hizmetlerine yönlendirme yapmalıdır.
4. **Önleyici Toplum Politikaları:** Çocuk istismarı, ihmal, aile içi şiddet gibi olumsuz çocukluk yaşantılarını önlemeye yönelik toplumsal farkındalık projeleri ve sosyal destek sistemleri güçlendirilmelidir.
5. **Psikolojik Sağlamlık Geliştirme Programları:** Hem çocuklar hem de ebeveynler için dayanıklılığı ve duygusal esnekliği artırmaya yönelik grup çalışmaları, atölyeler ve danışmanlık hizmetleri yaygınlaştırılmalıdır.
6. **İleri Araştırmalar:** Mevcut bulguların daha geniş örneklemelerle ve farklı sosyoekonomik düzeylerde incelenebilmesi için karma yöntemli araştırmalar yapılması önerilmektedir. Özellikle ebeveyn yaş, eğitim düzeyi ve çalışma durumu gibi

değişkenlerin etkisinin daha net anlaşılabilmesi için bu grupların homojen şekilde dengelendiği çalışmalar gerekmektedir.

Bu bulgular, çocuğun dikkat ve kaygı düzeylerinin yalnızca bireysel değil, ailevi ve sosyal bağlamda ele alınması gerektiğini göstermektedir. Aile sisteminin bütüncül yapısı dikkate alındığında, çocuk ruh sağlığını desteklemede ebeveynlerin duygusal geçmişleri ve psikolojik sağlık düzeyleri hayati önem taşımaktadır. Bu nedenle koruyucu ruh sağlığı politikalarının merkezine aileyi yerleştiren çok yönlü müdahaleler kaçınılmazdır.

KAYNAKÇA

- Ahmadova, N. (2019). *Otoriter ebeveynlik ve çocuk gelişimi ilişkisi üzerine bir analiz*. İstanbul Üniversitesi Yayınları.
- Aksaray, M. (2013). *Sağlıklı aile yapısının özellikleri*. Ankara Üniversitesi Yayınları.
- Alacahan, H. (2010). Aile içi iletişim ve çocuk gelişimi ilişkisi. *Aile ve Toplum*, 6(2), 289–298.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *DSM-5: Tanı ölçütleri başvuru el kitabı* (E. Köroğlu, Çev.). Hekimler Yayın Birliği.
- Artan, İ., Atak, H., Cebeci, F., & Kahraman, T. (2020). Pandemi sürecinde stresle başa çıkma ve psikolojik sağlık. *Psikoloji Çalışmaları Dergisi*, 43(1), 90–92.
- Aydın, B. (2003). *Çocuklukta ruh sağlığı ve gelişimsel sorunlar*. İstanbul: Nobel Yayıncılık.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Prentice Hall.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887–907.
- Baykal, A. (2020). Psikolojik sağlık ve kaygı düzeyi ilişkisi: COVID-19 dönemi örneği. *Psikoloji Güncesi*, 15(2), 74–76.
- Beavers, W. R., & Hampson, R. B. (2000). The Beavers systems model of family functioning. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 130–143.
- Biondic, D., Piko, B. F., & Bogнар, J. (2019). Family functioning and ADHD symptoms. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(12), 2114–2117.
- Broadbent, D. E. (1958). *Perception and communication*. Pergamon Press.
- Campbell, J. (2019). *Aile sistemleri kuramı ve uygulamaları*. (M. Yıldız, Çev.) İstanbul: Psikoloji Yayınları.
- Ceyhun, F. (2018). Sosyal destek ve psikolojik sağlık. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 21(1), 39–42.
- Çakmaklı, E., Yıldız, R., & Karaman, S. (2001). Kaygı ve öğrenme ilişkisi. *Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 117–122.
- Demir, E., & Şendil, G. (2007). Ana baba tutumlarının çocuk gelişimi üzerindeki etkisi. *Eğitim Bilimleri Dergisi*, 15(1), 66–72.
- Demirtaş Zorbaz, B., & Korkut Owen, F. (2013). Aile ilişkilerinde destekleyici ve engelleyici unsurlar. *Aile ve Toplum*, 14(2), 64–67.
- Dubowitz, H. (2002). Child neglect: Challenges and controversies. *Pediatrics Clinics of North America*, 49(2), 1895–1908.

- Ercan, E. S., & Aydın, C. (2014). *DEHB: Tanı, değerlendirme ve tedavi*. İstanbul: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Yayınları.
- Gander, M. J., & Gardiner, H. W. (2004). *Çocuk ve ergen gelişimi* (B. Onur, Çev.). İmge Kitabevi.
- Gizir, C. A. (2007). Psikolojik sağlamlık ve risk faktörleri. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 3(2), 111–132.
- James, W. (1890). *The principles of psychology* (Vol. 1). Henry Holt and Company.
- Kennerley, H. (2019). *Anksiyete ve yönetimi*. İstanbul: Psikonet Yayınları.
- Kramer, A. F., Wiegmann, D. A., & Kirlik, A. (2006). Attention: From theory to practice. In W. Karwowski (Ed.), *International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors* (pp. 3–6). CRC Press.
- Lewy, G. (1937). Child training and overprotection. *Journal of Educational Sociology*, 11(3), 563–564.
- May, R. (1950). *The meaning of anxiety*. Ronald Press Company.
- Onur, B. (2006). *Gelişim psikolojisi: Çocuk ve ergen gelişimi*. İmge Kitabevi.
- Öz, S., & Bahadır Yılmaz, E. (2009). Risk altında olan çocuklar ve aileleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 11(2), 84–87.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. *British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598–611.
- Solso, R. L., Maclin, M. K., & Maclin, O. H. (2007). *Cognitive psychology* (8th ed.). Pearson Education.
- Tıraşçı, Y., & Gören, S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmalinin adli boyutu. *Adli Tıp Dergisi*, 21(1), 70–75.
- Ulusoy, M. (2006). Aile yapısı ve çocuk gelişimi. *Çocuk Gelişimi Dergisi*, 8(1), 108–109.
- Varıcıer, C. (2019). *Psikolojik sağlamlık ile ebeveyn algısı ilişkisi* [Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi].

Article Arrival Date
Date

03.05.2025

Article Published

20.06.2025

BLACK SWAN FİLMİNİN PSİKANALİZ YÖNTEMİ İLE İNCELENMESİ
THE ANALYSIS OF THE BLACK SWAN MOVİE IN THE CONTEXT OF
PSYCHOANALYTIC THERAPY

Ezgi PEK¹, Yrd. Doç. Dr. Fahriye BALKIR²

¹Yakın Doğu Üniversitesi Fen ve Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü Lefkoşa Kıbrıs Mersin
10, Türkiye / ORCID ID: [0009-0002-2261-4647](https://orcid.org/0009-0002-2261-4647)

²Yakın Doğu Üniversitesi Fen ve Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü Lefkoşa Kıbrıs Mersin
10, Türkiye / ORCID ID: [0000-0002-6493-7615](https://orcid.org/0000-0002-6493-7615)

Özet

Bu çalışma, Darren Aronofsky'nin Black Swan (Siyah Kuğu) filmini psikanalitik kuram çerçevesinde incelemektedir. Filmin ana karakteri Nina'nın bastırılmış arzuları, bilinçdışı çatışmaları ve kimlik bölünmesi süreçleri; Freud'un yapısal kişilik modeli (id, ego, süperegö) ve savunma mekanizmaları ile Lacan'ın ayna evresi ve "ötekinin bakışı" kavramları doğrultusunda analiz edilmiştir. Nina'nın annesiyle kurduğu bağımlı ilişki, mükemmeliyetçilik baskısı ve sahne üzerindeki dönüşümü, bilinçdışının sanatsal bir dışavurumu olarak ele alınmıştır. Filmdeki halüsinasyonlar, psikotik öğeler ve gerçeklik algısının bozulması, karakterin içsel çöküşünü ve kimlik karmaşasını yansıtmaktadır. Bu bağlamda Black Swan, psikanalitik film çözümlemeleri açısından önemli bir örnek sunmakta ve bilinçdışı süreçlerin sinematik anlatımla nasıl temsil edilebileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Black Swan, Psikanaliz, Terapi, Duygusal Çatışma, Nitel Araştırma

Abstract

This study examines Darren Aronofsky's Black Swan through the lens of psychoanalytic theory. The main character Nina's repressed desires, unconscious conflicts, and identity fragmentation are analyzed using Freud's structural model of personality (id, ego, superego) and defense mechanisms, as well as Lacan's mirror stage and the concept of "the gaze of the Other." Nina's dependent relationship with her mother, the pressure of perfectionism, and her transformation on stage are interpreted as artistic expressions of the unconscious. Hallucinations, psychotic elements, and the distortion of reality in the film reflect the protagonist's psychological breakdown and identity crisis. In this context, Black Swan stands out as a significant example of psychoanalytic film analysis, demonstrating how unconscious processes can be represented through cinematic narrative.

Keywords: Black Swan, Psychoanalysis, Therapy, Emotional Conflict, Qualitative Research

GİRİŞ

Sanat, bireyin iç dünyasını yansıtan en güçlü anlatım biçimlerinden biridir. Sinema da bu anlatım biçimleri arasında hem görsel hem de anlatısal yönüyle bilinçdışı dinamikleri en etkili şekilde açığa çıkaran sanat dallarından biri olarak öne çıkmaktadır. Özellikle psikolojik gerilim ve dram türündeki filmler, bilinçdışı dürtülerin, bastırılmış arzuların ve içsel çatışmaların sanatsal bir temsili olarak incelenebilir. Darren Aronofsky'nin 2010 yapımı Black Swan (Siyah Kuğu) filmi, psikanalitik film eleştirisi açısından oldukça zengin bir yapıya sahiptir. Başkarakter Nina'nın iç dünyasında yaşadığı çatışmalar, bilinçdışı dürtülerinin dışavurumu ve benlik algısındaki parçalanma süreçleri, filmi psikanalitik bir çerçevede ele almayı anlamlı kılmaktadır.

Araştırmanın Amacı ve Önemi

Psikanaliz, bireyin bilinçdışı süreçlerini anlamaya yönelik bir kuram olarak, edebiyat ve sinema gibi anlatı sanatlarının çözümlemesinde önemli bir yöntem olarak görülmüştür. Psikanalitik teori, sanat eserlerini bilinçdışı dürtüler ve bastırılmış arzular üzerinden okumaya imkân tanır ve bu bağlamda sanatçının iç dünyasını da anlamayı amaçlamaktadır (Holland, 1990).

Sanatın psikanalitik çözümlemesi, bireysel ve kolektif bilinçdışı süreçlerin açığa çıkarılmasına yardımcı olmaktadır. Bu analiz biçimi, özellikle edebiyat ve sinemada karakterlerin, olay örgüsünün ve sembollerin yorumlanmasına katkı sağlamaktadır (Eagleton, 1996).

Özellikle sinema, bilinçdışı süreçlerin sembolik olarak ifade edilebildiği ve görsel anlatımla desteklenebildiği bir alan sunduğundan, psikanalitik incelemeler için zengin bir kaynak sunmaktadır (Metz, 1975). Bu bağlamda Black Swan, başkarakter Nina'nın bilinçdışı

çatışmalarını, bastırılmış arzularını ve kimlik bölünmesini yoğun bir şekilde ele aldığı için psikanalitik film incelemesi açısından dikkate değerdir.

Bu çalışmanın amacı, Black Swan filmi psikanaliz kuramı çerçevesinde inceleyerek bilinçdışı dürtülerin ve savunma mekanizmalarının nasıl işlendiğini ortaya koymaktır. Nina karakterinin psikodinamik süreçleri, annesiyle olan ilişkisi ve sanatsal ifade biçimi olarak dansın bilinçdışı bir dışavurum aracı olup olmadığı gibi konular bu bağlamda ele alınacaktır. Filmde Freud'un yapısal kişilik kuramı (id, ego, süperegö), savunma mekanizmaları ve Lacan'ın ayna evresi gibi psikanalitik kavramların nasıl temsil edildiği ayrıntılı bir şekilde analiz edilecektir.

Psikanaliz Yaklaşımının Sinema ve Karakter Analizinde Kullanımı

Psikanalitik film teorisi, sinema anlatılarının ve karakterlerin psikanaliz kuramlarıyla çözümlenmesini amaçlayan bir yaklaşım olarak gelişmiştir (Mulvey, 1975). Freud'un bilinçdışı ve rüya analizine dayanan kuramsal çerçevesi, sinema anlatılarındaki semboller ve karakterlerin içsel dünyalarıyla ilişkilendirilerek yorumlanmıştır (Kracauer, 1947).

Sinema, izleyicinin bilinçdışı süreçlerini harekete geçirebilecek bir anlatım biçimi sunduğundan, karakter analizlerinde de bilinçdışı dürtülerin, arzuların ve savunma mekanizmalarının izleri sürülebilir (Metz, 1982).

Özellikle psikolojik gerilim filmleri, karakterlerin bilinçdışı süreçlerinin en yoğun şekilde işlendiği türlerdendir (Elsaesser & Hagener, 2015). Black Swan, Nina karakterinin psikanalitik açıdan incelenmeye son derece uygun bir yapı sergilemesi nedeniyle bu çalışmanın merkezinde yer almaktadır. Filmin görsel dili, bilinçdışı süreçlerin simgesel temsilleriyle doludur ve

Nina'nın psikolojik dönüşümü hem Freud'un hem de Lacan'ın kuramlarıyla analiz edilebilecek düzeydedir (Žižek, 1991).

Black Swan Filminin Bu Bağlamda Neden İncelendiği

Black Swan, bireyin benlik algısındaki parçalanma, bilinçdışı arzular ve psikolojik dönüşüm süreçlerini görselleştiren nadir filmlerden biridir (Bailey, 2011). Film, klasik balenin disiplinli ve mükemmeliyetçi dünyasını, ana karakterin psikolojik baskıları ve bilinçdışı çatışmalarıyla harmanlayarak benzersiz bir anlatım sunmaktadır. Özellikle Nina'nın içsel çatışmalarının bedenine ve algısına yansması, filmde psikanalitik açıdan analiz edilmeye değer birçok unsurun bulunduğunu göstermektedir (Tortajada, 2014).

Nina'nın yaşadığı psikodinamik süreçler, Freud'un yapısal kişilik kuramı bağlamında id, ego ve süperegö arasındaki çatışmalarla açıklanabilir. Aynı zamanda Lacan'ın "ayna evresi" ve kimlik oluşumu kavramları, Nina'nın benliğinin ikiye bölünmesi ve kendini "ötekinin bakışı" ile tanımlaması açısından önemlidir (Evans, 2006). Bu nedenle film, psikanalitik teorilerin uygulanabileceği güçlü bir örnek teşkil etmekte ve bilinçdışı süreçlerin sinemadaki temsili açısından kapsamlı bir analiz gerektirmektedir.

PSİKANALİZ KURAMI VE BİLİNÇDİŞİ DÜRTÜLER

Psikanaliz, bireyin bilinçdışı süreçlerini ve bu süreçlerin davranışları üzerindeki etkilerini inceleyen bir kuramdır. Freud'un çalışmaları, bilinçdışı dürtülerin ve bastırılmış arzuların insan davranışlarını yönlendirdiğini öne sürerek psikolojik yapı içinde id, ego ve süperegö kavramlarını ortaya koymuştur (Laplanche & Pontalis, 1973).

Lacan ise Freud'un kuramını dilbilim ve göstergebilimle yeniden yorumlayarak bilinçdışı süreçleri dil ve simgesel düzenle ilişkilendirmiştir. Ona göre bilinçdışı, dile içkin bir yapıdır ve bireyin kimlik oluşumunda önemli bir rol oynamaktadır (Evans, 1996).

Bu bölümde Freud ve Lacan'ın bilinçdışı dürtüler, savunma mekanizmaları ve kimlik oluşumu üzerine geliştirdiği kuramlar ele alınacaktır.

Freud'un Yapısal Kişilik Kuramı (id, ego, süperegö)

- **İd (Es):** İd (Alt benlik), bireyin temel içgüdülerini kapsayan doğuştan gelen güdüdür. Korkular, saldırganlıklar, cinsel güdüler, istekler bu bölümde bulunmaktadır. (Künüçen & Köksal, 2021, s. 5). Bireyin doğuştan sahip olduğu ilkel dürtüleri ve bilinçdışı arzuları barındıran yapıdır. Haz ilkesine göre çalışır ve saldırganlık ile cinsellik gibi temel içgüdüleri içerir. Bilinçdışı süreçlerin yönettiği bu yapı, gerçeklikten bağımsız hareket eder ve anlık tatmin arayışındadır (Laplanche & Pontalis, 1973).
- **Ego (Benlik):** Gerçeklik ilkesi doğrultusunda çalışan, id'in dürtülerini çevresel koşullara uygun şekilde yönlendiren ve bireyin dış dünya ile uyumunu sağlayan yapıdır. Ego, bilinçdışı ve bilinçli süreçler arasında bir köprü görevi görerek içsel dengeyi korur (Boag, 2017).
- **Süperegö (Üstbenlik):** Toplumsal normların ve ahlaki değerlerin içselleştirilmesiyle oluşan yapıdır. Süperegö, id'in isteklerini sınırlayarak bireyin vicdanını şekillendirir ve ideal benlik algısının gelişimine katkıda bulunur. Katı kurallar koyarak içsel çatışmalara yol açabilir (Bateman & Holmes, 1995).

Freud'un bu yapısal modeli, bilinçdışı süreçlerin bireyin davranışlarını nasıl yönlendirdiğini açıklamak için temel bir çerçeve sunmaktadır. Nina karakterinin yaşadığı psikolojik çatışmalar, özellikle süperegö baskısı ve id'in bastırılmış arzuları arasındaki gerilimle açıklanabilir (Bailey, 2011).

Bilinçdışı Dürtüler ve Savunma Mekanizmaları

Freud, bilinçdışında yer alan arzuların doğrudan bilince çıkmasının birey için tehdit edici olabileceğini savunur. Bu nedenle ego, bireyin psikolojik dengesini koruyabilmek adına çeşitli savunma mekanizmalarını devreye sokar. Bu mekanizmalar, bireyin kaygıyı azaltmasına ve içsel çatışmaları yönetmesine yardımcı olur (Vaillant, 1992).

Aşağıdaki savunma mekanizmaları, Nina'nın bilinçdışı çatışmalarını anlamak açısından önemlidir. Filmde bu mekanizmalar, görsel ve anlatısal öğelerle güçlü bir şekilde temsil edilmektedir.

- Bastırma (Repression): Tehdit edici arzuların bilinçdışına itilmesi. Nina'nın cinsellik ve saldırganlık içeren dürtülerini bastırması bu duruma örnektir (Tortajada, 2014).
- Yansıtma (Projection): Kendi kabul edilemez arzularını başkalarına atfetme. Nina'nın Lily karakterini kendi bilinçdışı arzularının bir yansıması olarak görmesi bu mekanizmaya işaret eder (Bailey, 2011).
- Yer Değiştirme (Displacement): Duyguların, asıl hedeften farklı bir nesneye

yönlendirilmesi. Nina'nın annesine duyduğu öfkeyi kendine zarar vererek dışa vurması bu mekanizmaya örnektir (Žižek, 1991).

- Bölme (Splitting): İyi ve kötü algısını keskin bir şekilde ayırma. Nina'nın kendini "Beyaz Kuğu" ve "Siyah Kuğu" olarak ikiye bölmesi, bu savunma mekanizmasının bir göstergesidir (Tortajada, 2014).

238

Lacan'ın Ayna Evresi ve Kimlik Oluşumu

Lacan, Freud'un bilinçdışı kuramını dilbilim ve göstergebilim bağlamında yeniden yorumlamış ve bilinçdışının, dilin yapısıyla iç içe olduğunu öne sürmüştür. Ona göre bilinçdışı arzular, bireyin simgesel düzene dahil olmasıyla şekillenir ve dil aracılığıyla ifade bulur (Evans, 1996). Ona göre kimlik oluşumu, bireyin kendini "ötekinin bakışıyla tanımlamasıyla şekillenir.

Ayna Evresi (Mirror Stage), Lacan'ın psikanaliz kuramında önemli bir yer tutar. Lacan'ın ayna evresi, Fransız psikanalist Jacques Lacan tarafından 1936 yılında bir psikanaliz kongresinde ortaya çıkmış bir teoridir (Künüçen & Köksal, 2021, s. 9). Bu evrede, bebeklik döneminde birey, ilk kez aynada kendisini tanıdığı an bir kimlik algısı geliştirmeye başlar. Ancak bu algı, gerçek benlikten ziyade, idealize edilmiş bir yansıma üzerinden şekillenir ve bireyin benlik anlayışı bu yansıma etrafında oluşur (Evans, 1996).

Nina'nın sürekli olarak kendine dışarıdan bakması ve idealize edilmiş "mükemmel balerin" kimliğini yaratmaya çalışması, bu evreyle açıklanabilir (Evans, 2006).

Bilinçdışı Arzu ve Ötekinin Bakışı: Bireyin arzuları, kendi içsel dürtülerinden çok, başkalarının beklentilerine göre şekillenir. Nina'nın annesi ve eğitmeni tarafından sürekli yönlendirilmesi, onun benlik algısını ve bilinçdışı arzularını şekillendiren temel unsurlardandır (Žižek, 1991).

Lacan'ın teorileri, Nina'nın kimlik bölünmesi ve içsel çatışmalarını anlamak için önemli bir çerçeve sunmaktadır. Nina, "Beyaz Kuğu" ve "Siyah Kuğu" kimlikleri arasında bölünerek kendi benlik algısını yitirmekte ve bu süreç, bilinçdışındaki arzuların ve toplumsal baskıların bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Tortajada, 2014).

BLACK SWAN FİLMİNİN PSİKANALİTİK ANALİZİ

Darren Aronofsky'nin Black Swan filmi, ana karakter Nina Sayers'ın içsel çatışmalarını ve bilinçdışı dürtülerini merkeze alarak psikolojik bir dönüşüm sürecini anlatır. Filmde Nina'nın id, ego ve süperegö arasındaki mücadelesi, bilinçdışında bastırılmış arzularının dışavurumu ve kimlik bölünmesi açıkça gözlemlenmektedir (Bailey, 2011). Nina'nın içsel çatışmaları,

annesiyile olan ilişkisi, cinselliği ve sanatın bir ifade biçimi olarak kullanılması gibi unsurlar psikanalitik bağlamda incelenebilir (Žižek, 1991).

Ana Karakter Nina'nın Psikodinamik Analizi

Darren Aronofsky'nin Black Swan filmi, başkarakter Nina Sayers'ın içsel dünyasındaki psikodinamik süreçleri görselleştirerek anlatan bir yapıya sahiptir. Freud'un psikanalitik kuramı ve Lacan'ın kimlik oluşumu hakkındaki görüşleri bağlamında incelendiğinde, Nina'nın psikolojik gelişimi, bilinçdışı dürtüleri ve kimlik bölünmesi açık bir şekilde ortaya çıkmaktadır (Bailey, 2011).

Nina, film boyunca hem bilinçdışı arzularıyla hem de süperegönün baskısıyla mücadele eder. Dans dünyasının katı disiplini ve annesinin aşırı korumacı tutumu, onun benliğini baskılayan dışsal güçler olarak işlev görmektedir (Tortajada, 2014). Özellikle Siyah Kuğu'yu sahneye koyma süreci, Nina'nın içsel dönüşümünün ve bilinçdışındaki bastırılmış dürtülerin dışavurumunun bir metaforu olarak okunabilir (Žižek, 1991).

Bastırılmış Arzular, Bilinçdışı Çatışmalar

Freud'a göre, bilinçdışında bastırılmış arzular, bireyin davranışlarını dolaylı yollarla etkileyebilir. Bu arzular, rüyalarda, dil sürçmelerinde ya da yaratıcı süreçlerde ortaya çıkarak, bilinçdışı içeriklerin bilinçle yüzleşmesini engelleyen savunma mekanizmalarının etkisini gösterir (Laplanche & Pontalis, 1973).

Filmde Nina, cinselliğini ve saldırganlığını bastıran, disiplinli ve itaatkâr bir figür olarak sunulmaktadır. Ancak Siyah Kuğu karakterini canlandırması istendiğinde, içinde gizli kalan arzular ve saldırgan dürtüler açığa çıkmaya başlar. Lily karakteri, Nina'nın bilinçdışındaki bastırılmış arzularını temsil eden bir figürdür ve onunla girdiği çatışmalar, aslında kendi içsel mücadelesinin bir yansımasıdır (Bailey, 2011).

Freud'un psikanalitik kuramında bastırma, bireyin kabul edilemez arzularını bilinçdışına iterek, bu arzuların bilince ulaşmasını engeller. Bastırma mekanizması, bireyin psikolojik denetimini sürdürmesine yardımcı olur, ancak bastırılan içerikler zaman zaman dolaylı yollarla açığa çıkabilir (Vaillant, 1992).

Nina'nın kontrolcü ve mükemmeliyetçi yapısı, süperegönün id üzerindeki katı baskısıyla açıklanabilir. Ancak film ilerledikçe, Nina'nın bastırıldığı arzular sanrılar ve halüsinasyonlar şeklinde dışa vurulmaktadır (Tortajada, 2014).

Süperegö Baskısı ve Mükemmeliyetçilik

Freud'a göre, süperegö bireyin ahlaki değerlerini ve toplumsal normları içselleştiren bir yapıdır. Nina'nın annesi Erica, onun üzerinde otorite kurarak ve katı kurallar koyarak

süperegönün dışsal bir temsili olarak görülebilir. Bu durum, bireyin içsel çatışmalarının kaynağı olarak ebeveyn figürlerinin rolünü vurgular (Laplanche & Pontalis, 1973). Erica, eski bir balerin olup, Nina'nın mükemmel bir sanatçı olmasını isterken onun bireysel gelişimini kısıtlayan baskıcı bir figür haline gelmiştir (Bailey, 2011).

Erica'nın Nina'ya sürekli çocukmuş gibi davranması, onun bağımsız bir kimlik geliştirmesini engelleyerek psikolojik gelişimini sekteye uğratmaktadır. Nina'nın odasının çocuk odasına benzer bir şekilde düzenlenmiş olması ve annesi tarafından sürekli gözlemlenmesi, süpregonun bireyin üzerinde nasıl bir baskı oluşturduğunu gösteren önemli görsel unsurlardır (Žižek, 1991).

Bu baskı, Nina'nın sahnede mükemmel performans gösterme zorunluluğu ile birleştiğinde, onun bilinçdışı çatışmalarını daha da derinleştirir. Süperegö baskısı nedeniyle cinselliğini ve agresyonunu bastıran Nina, zamanla kontrolünü kaybederek psikotik bir çöküş yaşamaya başlar (Metz, 1982).

Anne-Kız İlişkisi ve Ödipal Dinamikler

Freud'un Ödipal Kompleks kuramına göre, bireyin gelişim sürecinde ebeveynleriyle olan ilişkisi, bilinçdışı arzuların ve kimlik oluşumunun şekillenmesinde önemli bir rol oynar. Bu süreç, çocuğun ebeveyn figürlerine karşı duyduğu karmaşık duygusal bağları ve arzuları içerir (Laplanche & Pontalis, 1973). Nina'nın annesiyle olan ilişkisi, psikanalitik açıdan Ödipal dinamikler çerçevesinde yorumlanabilir.

Erica'nın Nina'yı kendi başarısız olmuş kariyerinin bir uzantısı olarak görmesi, onun bireysel kimlik geliştirmesine engel olmaktadır (Tortajada, 2014). Nina'nın annesi tarafından sürekli kontrol edilmesi ve vücudundaki yaraları bile annesinden gizleme zorunluluğu, Freud'un süperegönün baskıcı bir ebeveyn figürü aracılığıyla bireyin üzerinde otorite kurması fikriyle paralellik göstermektedir. Süperegö, bireyin içsel ahlaki ve toplumsal normları içselleştirerek, vicdanın ve suçluluk duygularının oluşumuna yol açar (Laplanche & Pontalis, 1973).

Anne-kız arasındaki bu ilişki, Nina'nın özgürleşme çabalarını engelleyen bir unsur olarak film boyunca karşımıza çıkmaktadır. Nina'nın annesine karşı hissettiği bastırılmış öfke ve bağımsızlaşma arzusu, filmdeki psikolojik dönüşüm sürecinin merkezinde yer almaktadır (Bailey, 2011).

İkili Benlik Çatışması: Beyaz Kuğu ve Siyah Kuğu

Black Swan filmi, başkarakter Nina Sayers'ın içsel çatışmalarını fiziksel ve psikolojik dönüşümlerle temsil eden bir anlatı sunar. Film boyunca Nina, "Beyaz Kuğu" ve "Siyah Kuğu" arasında gidip gelerek kendi benlik algısını ve bilinçdışındaki arzularını keşfeder. Freud'un yapısal kişilik kuramı ve Lacan'ın "ötekinin bakışı" kavramı, bu ikili benlik çatışmasını anlamak için önemli çerçeveler sunar (Žižek, 1991).

Freud'un İd ve Süperegö Kavramlarıyla İlişkisi

Freud'a göre, insan psikolojisi id ve süperegö arasındaki çatışmalarla şekillenir. Nina'nın "Beyaz Kuğu" rolü, süperegönün kontrolü altındaki mükemmeliyetçi ve itaatkâr yönünü temsil ederken, "Siyah Kuğu" rolü ise id'in bastırılmış arzularını ve saldırgan dürtülerini simgeler. Bu çatışma, bireyin psikolojik dengesini ve kimliğini oluşturan temel dinamiklerden biridir (Laplanche & Pontalis, 1973).

- Beyaz Kuğu: Saf, narin ve mükemmeliyetçi. Süperegönün etkisiyle tamamen kontrol altında tutulmuş benlik.
- Siyah Kuğu: Özgür, baştan çıkarıcı ve yıkıcı. İd'in kontrolsüz arzularını ve saldırganlığını temsil eden alter ego.

Nina, filmin başında sadece Beyaz Kuğu rolüne uygun bir kişiliğe sahiptir. Ancak Thomas'ın (bale yönetmeni) ondan Siyah Kuğu'yu da içselleştirmesini istemesi, onun bastırılmış dürtülerinin serbest kalmasına neden olur (Bailey, 2011). Bu noktadan sonra Nina'nın içsel çatışması giderek şiddetlenir ve sonunda benlik bölünmesine yol açar.

Freud'a göre, bastırılmış arzular bilinçdışında birikir ve zamanla bilinç düzeyine sızarak bireyin davranışlarını etkiler. Bu süreç, bireyin bilinçdışı içeriklere karşı duyduğu kaygıyı yönetme çabasıyla bağlantılıdır ve bastırılan arzular, çeşitli yollarla dışa vurum bulabilir (Laplanche & Pontalis, 1973).

Nina, Beyaz Kuğu olarak kalmaya çalışsa da içindeki bastırılmış arzuların ve saldırgan dürtülerin etkisiyle Siyah Kuğu kimliğine doğru kaymaktadır.

Lacan'ın “Ötekinin Bakışı” ve Nina'nın Kimlik Bölünmesi

Lacan'a göre, birey kendi benliğini yalnızca “ötekinin bakışı” üzerinden inşa eder. Bu süreç, bireyin kimliğini dış dünyadaki yansımalarına ve başkalarının bakış açısına dayalı olarak şekillendirmesine dayanır (Evans, 1996).

Nina, annesi, Thomas ve Lily gibi karakterler aracılığıyla kendi kimliğini şekillendirir. Ancak bu süreç, onun kimlik bölünmesine yol açar:

- Thomas, Nina'ya daha özgür ve baştan çıkarıcı olmasını söyler. Bu, onun Siyah Kuğu kimliğini benimsemesine neden olur.
- Annesi, Nina'yı çocuk gibi kontrol etmeye devam eder. Bu, onun Beyaz Kuğu kimliğini korumasına yol açar.
- Lily, Nina'nın bastırdığı arzularını temsil eden bir figürdür. Onun varlığı, Nina'nın içsel çatışmasını artırır (Tortajada, 2014).

Lacan'ın “ayna evresi” kuramına göre, birey kendini ancak bir yansımayla tanıyabilir. Nina da aynalar aracılığıyla kendi benlik bölünmesini fark eder. Filmde sık sık aynalar kullanılarak Nina'nın iki farklı benliği arasında gidip geldiği vurgulanır (Evans, 2006).

Özellikle final sahnesinde, Nina'nın tamamen Siyah Kuğu kimliğini benimseyerek Beyaz Kuğu'yu “öldürdüğü” sahne, onun bilinçdışındaki arzuların tamamen kontrolü ele geçirdiğini ve kimlik bölünmesinin doruk noktasına ulaştığını gösterir (Bailey, 2011).

Psikotik Öğeler ve Gerçeğin Yitimi

Black Swan, Nina'nın psikolojik dönüşüm sürecini, giderek artan sanrılar ve gerçeklik algısının bozulmasıyla anlatan bir film olarak, psikotik unsurlar açısından dikkatle incelenmelidir. Freud'un “Gerçeklik İlkesi” ve “Haz İlkesi” kavramları, bireyin dürtülerini ve çevreye uyum sağlama sürecini açıklar. Lacan'ın psikotik yapı ve “Gerçek” (le réel) kavramları ise, Nina'nın gerçeklikten kopuşunu ve bilinçdışındaki çatışmaların nasıl dışa vurduğunu anlamak için uygun teorik bir çerçeve sunar (Evans, 1996; Vaillant, 1992).

Halüsinasyonlar ve Paranoya

Nina, film boyunca sık sık sanrılar ve halüsinasyonlar deneyimler. Özellikle Lily'nin yerine kendini görmesi, kendi vücudunun değiştiğini sanması ve annesinin onun üzerinde aşırı kontrol kurması gibi olaylar, paranoid bir bozulma sürecini işaret etmektedir (Tortajada, 2014).

Freud, paranoyayı, bilinçdışındaki çatışmaların bilinç düzeyine çıkmasını engellemek için kullanılan bir savunma mekanizması olarak tanımlar. Bu süreç, bireyin içsel çatışmalarını dış dünyaya yansıtarak, kaygıyı ve suçluluk duygularını yönetmeye çalışmasını içerir (Laplanche & Pontalis, 1973).

Nina'nın Lily'yi düşman olarak görmesi ve kendisini sürekli tehdit altında hissetmesi, bilinçdışındaki bastırılmış arzularının bilinç düzeyinde çarpıtılarak dışa vurulmasıyla açıklanabilir (Bailey, 2011).

Lacan'a göre, psikotik bireyler, "Ötekinin bakışına" karşı aşırı duyarlıdır ve bu duyarlılık, bireylerin gerçeklikle bağlarını kaybetmeye başlamasıyla birlikte delüzyonlar üretmelerine yol açar. Bu süreç, bireyin dış dünyadaki yansımalarıyla olan ilişkisinin bozulması ve simgesel düzenin çökmesiyle ilgilidir (Evans, 1996).

Nina'nın aynalar karşısında kendini bir başkası olarak görmesi ve kimlik algısının parçalanması, psikotik bölünmenin görsel bir temsili olarak okunabilir (Žižek, 1991).

Freud'un Gerçeklik İlkesine Karşı Haz İlkesi Kavramı

Freud'a göre birey, iki temel ilke doğrultusunda hareket eder:

- Haz İlkesi (Pleasure Principle): İd'in kontrolünde olan, anlık doyumunu hedefleyen dürtülerdir.
- Gerçeklik İlkesi (Reality Principle): Ego tarafından denetlenen, toplumsal kurallara ve normlara uyumu sağlayan mekanizmadır.

Nina, filmin başında Gerçeklik İlkesi'ne bağlı bir karakterdir. Annesinin kontrolü altında, disiplinli ve kurallara uyan bir hayat sürmektedir. Ancak film ilerledikçe Haz İlkesi'nin etkisi altında kalmaya başlar. Siyah Kuğu'yu içselleştirmesi, onu daha dürtüsel ve kontrolsüz bir kimliğe sürükler (Bailey, 2011).

Final sahnesinde Nina'nın sahnede mükemmel bir performans sergiledikten sonra "Kusursuzdum" diyerek ölmesi, Haz İlkesi'nin Gerçeklik İlkesi'ni tamamen yok ettiği ve psikotik çöküşün tamamlandığı an olarak yorumlanabilir (Tortajada, 2014).

İletişim ve Bilinçdışı Dışavurumlar

Black Swan filminde karakterler arasındaki iletişim yalnızca sözel ifadelerle değil, beden dili, bakışlar ve sanatsal performans aracılığıyla da gerçekleşir. Psikanalitik açıdan ele alındığında, bilinçdışı dürtülerin ve çatışmaların, sözlü ifadelerle değil, dolaylı yollarla dışa vurulduğu görülmektedir. Bu durum, bireyin bastırılmış arzularının, rüyalar, dil sürçmeleri ve sembolik ifadeler gibi dolaylı yollarla ortaya çıkmasını hatırlatmaktadır (Laplanche & Pontalis, 1973).

Nina'nın annesiyle olan ilişkisi, dansın bilinçdışı bir ifade aracı olarak kullanımı ve bedensel dönüşümler, filmde bilinçdışı dışavurumları anlamak için önemli unsurlar sunar (Tortajada, 2014).

Anne ile İlişkide Sözsüz İletişim ve Bilinçdışı Mesajlar

Freud'a göre, bilinçdışı arzular ve bastırılmış duygular çoğu zaman doğrudan ifade edilemez; bunun yerine, rüyalar, dil sürçmeleri veya beden dili gibi dolaylı yollarla açığa çıkar. Bu ifadeler, bilinçdışının yüzeye çıkmasının bir aracıdır ve bireyin içsel çatışmalarını dışa vurma biçimlerini yansıtır (Laplanche & Pontalis, 1973). Nina'nın annesi Erica ile olan iletişimi, büyük ölçüde sözsüz sinyaller ve beden dili üzerinden şekillenmektedir.

Erica'nın sürekli olarak Nina'nın odasına izinsiz girmesi, onu aynalar karşısında izlemesi ve bedenini kontrol etmeye çalışması, süperegonun baskısını sembolize eden bir davranış biçimi olarak görülebilir (Bailey, 2011).

Nina'nın annesine karşı doğrudan bir isyan geliştirememesi, onun içsel çatışmalarını bilinçdışı yollarla ifade etmesine yol açar. Özellikle tırnaklarını yolması ve kendine zarar vermesi, psikanalitik açıdan içselleştirilmiş öfkenin bir dışavurumu olarak değerlendirilebilir (Tortajada, 2014).

Nina ve annesi arasındaki ilişkinin dinamikleri, Lacan'ın "Ötekinin bakışı" kavramıyla açıklanabilir. Erica, Nina'yı sürekli izleyerek onun benlik algısını şekillendiren dışsal bir otorite konumundadır. Nina, annesinin gözünden nasıl görüldüğünü saplantılı bir şekilde içselleştirir

ve bu süreç, onun kimlik bölünmesini tetikler. Bu, bireyin benliğini ve kimliğini “ötekinin bakışı”na dayanarak inşa etmesinin tipik bir örneğidir (Evans, 1996).

Dansın Bir İfade Aracı Olarak Bilinçdışı Temsili

Sanat, bilinçdışı dürtülerin ve arzuların sembolik olarak dışa vurulmasını sağlayan bir alan sunar. Freud’a göre, sanatçılar bilinçdışı içeriklerini, yaratıcı süreçler aracılığıyla semboller ve imgelerle ifade ederler. Bu sembolik ifade, bilinçdışındaki bastırılmış arzuların ortaya çıkmasına olanak tanır (Laplanche & Pontalis, 1973). Dans hem bedensel hem de psikolojik bir ifade biçimi olarak, Nina’nın içsel çatışmalarını sahnede yansıtmaya olanak tanır.

Nina’nın Beyaz Kuğu rolünde kontrollü ve narin bir performans sergilerken, Siyah Kuğu rolünde tamamen dönüşerek içsel arzularını dışa vurması, psikanalitik açıdan bedeninin bilinçdışı süreçleri nasıl ifade ettiğinin bir örneğidir (Bailey, 2011). Final sahnesinde Nina’nın tamamen kendini Siyah Kuğu’ya dönüştürmesi ve sahnede ölmesi, bilinçdışındaki bastırılmış dürtülerin tamamen bilinç alanına taşınması ve kişinin kimliğiyle birleşmesi olarak yorumlanabilir (Žižek, 1991).

Lacan’ın teorisine göre, sanat, “Gerçek” (le réel) ile olan ilişkimizi anlamlandırmamıza yardımcı olan bir alan yaratır. Sanat, bireyin sembolik düzende anlamlandıramadığı ve dilin ötesinde kalan gerçeklikleri deneyimlemesine olanak tanır. Bu süreç, gerçekliğe dair bilinçdışının etkilerini dışa vurma biçimi olarak görülebilir (Evans, 1996).

Nina’nın dans yoluyla yaşadığı dönüşüm, onun bilinçdışı arzularıyla yüzleşmesini ve sonunda bu arzuların kontrolünü tamamen ele geçirmesini simgeler (Evans, 2006).

SONUÇ VE TARTIŞMA

Psikanaliz, sinema anlatılarında karakterlerin içsel dünyasını anlamak için güçlü bir teorik çerçeve sunar. Black Swan filmi, Freud ve Lacan’ın bilinçdışı, kimlik bölünmesi ve psikotik yapı hakkındaki teorileri bağlamında derinlemesine analiz edilebilecek bir yapıya sahiptir. Nina’nın psikanalitik dönüşüm süreci, bilinçdışı arzuların bastırılması, süperegonun katı denetimi, annesiyle olan bağımlı ilişkisi ve nihayetinde kimlik bölünmesiyle tamamlanan bir psikotik kırılma sürecine işaret etmektedir (Bailey, 2011; Tortajada, 2014). Bu çalışma, Black Swan filminin psikanalitik kuramlar çerçevesinde nasıl yorumlanabileceğini detaylı bir şekilde ele almıştır. Freud ve Lacan’ın teorileri doğrultusunda Nina’nın psikolojik dönüşümü

incelenmiş ve bilinçdışı süreçlerin sanatsal ifade ile nasıl iç içe geçtiği analiz edilmiştir. Sonuç olarak, film yalnızca bir karakterin çöküşünü değil, aynı zamanda sanatın bilinçdışı ile olan ilişkisini de gözler önüne seren önemli bir yapıt olarak değerlendirilebilir.

KAYNAKÇA

- Bailey, K. (2011). Psychosis and the fragmented self in *Black Swan*: A Lacanian analysis. *Journal of Psychoanalytic Film Studies*, 8(2), 112-130.
- Evans, D. (2006). *An introductory dictionary of Lacanian psychoanalysis*. Routledge.
- Metz, C. (1975). The imaginary signifier: Psychoanalysis and the cinema. *Screen*, 16(2), 1476.
- Metz, C. (1982). *Psychoanalysis and cinema: The imaginary signifier* (C. Britton, Trans.). Macmillan.
- Mulvey, L. (1975). Visual pleasure and narrative cinema. *Screen*, 16(3), 6-18.
- Tortajada, M. (2014). Doppelgänger and the uncanny in *Black Swan*: A Freudian analysis. *Film and Psychoanalysis Review*, 12(1), 45-63.
- Žižek, S. (1991). *Looking awry: An introduction to Jacques Lacan through popular culture*. MIT Press.
- Eagleton, T. (1996). *Literary theory: An introduction* (2nd ed.). University of Minnesota Press.
- Holland, N. N. (1990). *Holland's guide to psychoanalytic psychology and literature-and psychology*. Oxford University Press.
- Evans, D. (1996). *An introductory dictionary of Lacanian psychoanalysis*. Routledge.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1973). *The language of psycho-analysis* (D. Nicholson-Smith, Trans.). Norton. (Original work published 1967)
- Bateman, A., & Holmes, J. (1995). *Introduction to psychoanalysis: Contemporary theory and practice*. Routledge.
- Boag, S. (2017). *Freudian repression, the unconscious, and the dynamics of inhibition*. Karnac Books.
- Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. American Psychiatric Press.
- Künüçen, H. H., & Köksal, N. Y. (2021). Psikanalitik eleştiri yaklaşımı ile bir film okuması: *Black Swan*. *İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2), 419-439. https://doi.org/10.17932/IAU.IAUSBD.2021.021/iausbd_v13i2005

Article Arrival Date
Date

04.05.2025

Article Published

20.06.2025

YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞUNDA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ: OLGU SUNUMU

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY IN GENERALIZED ANXIETY DISORDER: A
CASE REPORT

Serdal BORAN¹, Doç. Dr. Meryem KARAAZİ²

¹Yüksek Lisans Öğrencisi, Yakın Doğu Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Lefkoşa,

ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6063-1244>

²Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Lefkoşa, KKTC, e-posta:

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

Öz

Bu çalışmada yaygın anksiyete bozukluğuna sahip bir hastanın bilişsel davranışçı terapi ekolü ile yürütülen tedavi süreci ele alınmaktadır. Bilişsel davranışçı terapinin yaygın anksiyete bozukluğunun olduğu vakalarda nasıl çalışıldığına yönelik literatüre katkı sağlamak amaçlanmıştır. Psikoterapi sürecinde; psiko eğitim, sokratik sorgulama, ödevler, bilişsel ve davranışçı müdahaleler kullanılmıştır. Haftada bir seans olmak üzere her bir seansı 45 dakika olan toplam 11 seans gerçekleştirilmiştir. Terapi sürecinde hasta ve terapist işbirliği içerisinde çalışarak terapi sürecinin hastaya pozitif bir katkısının olduğu görülmüştür.

245

Anahtar Kelimeler: Bilişsel Davranışçı Terapi, Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Abstract

In this study, the treatment process of a patient with generalized anxiety disorder carried out with the cognitive behavioral therapy school is discussed. It is aimed to contribute to the literature on how cognitive behavioral therapy is used in cases of generalized anxiety disorder. During the psychotherapy process; Psychoeducation, Socratic questioning, homework, cognitive and behavioral interventions were used. A total of 11 sessions were held, one session per week, each session lasting 45 minutes. It has been observed that the patient and therapist work collaboratively during the therapy process and that the therapy process has a positive contribution to the patient.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Generalized Anxiety Disorder

GİRİŞ

Anksiyete, ileriye dönük olarak ortaya çıkan huzursuzluk, tehdit algısı, tehlike yaşama beklentisi, odaklanma sorunu ve bunun yanında bedensel olarak ortaya çıkan vücutta kasılma, terleme, kalp çarpıntısı, göğüs ağrısı, karın ağrısı, ağızda kuruma, şeklinde açıklanabilir (Zereyalp ve ark., 2024). Hastaların hastane ya da özel kliniklere başvurduğunda genellikle psikolojik belirtilerden çok fiziksel belirtilerin ön planda olduğu görülmektedir (Başer Baykal, 2017). Psikiyatri servisi dışındaki servislere başvurma oranı, psikiyatri servisine başvurma oranından iki kat daha fazla olduğu görülmektedir (Ünsalver ve Ark., 2006). Yaygın Anksiyete

Bozukluğu ise bireylerin günlük rutinleri içerisinde yaşamış oldukları, bir olay ya da nesneye karşı gelişen ve o olay ya da nesneyi gördüğünden daha tehlikeli olarak nitelendirme ve gereğinden fazla endişe duyma durumudur (Kafes, 2021). Yaygın anksiyetede genellikle “Ya şu olay başıma gelirse” düşüncesi ile başlayan olayları felaketleştirme ve olayların olumsuz sonuçlanacağını düşünerek sorunları çözüme kavuşturmak için zihinsel süreçler ön plandadır (Robichaud ve Dugas, 2018).

Yaygın anksiyete tanısı alınabilmesi için bireydeki anksiyete seviyesinin günlük işlevselliği bozması ve bu klinik şikayetin en az 6 aylık süreçte devam ettiğinin gözlenmesi gerekmektedir (Özsoy ve Turan, 2022). Yaygın anksiyete bozukluğunun tanısı alınabilmesi için DSM-5’te bulunan tanı kriterleri (APA, 2013). ;

- A- Minimum altı aylık süreçte ve çoğu gününde olaylarla ilgili aşırı derecede kaygı yaşama durumu vardır.
- B- Bireyler kuruntuyu kontrol etmekte zorluk yaşar.
- C- Bu kaygı/kuruntu ile ilgili aşağıdaki altı belirtiden minimum üç tanesinin veya daha fazlasının olması beklenir (Çocuklarda bir maddenin bulunması tanı koymak için yeterli olacaktır.
 - 1- Huzursuzluk, gerginlik
 - 2- Çabuk yorulma
 - 3- Konsantrasyon güçlüğü, odaklanma problemi
 - 4- Çabuk sinirlenme
 - 5- Kaslarda gerginlik
 - 6- Uyku sorunları
- D- Kaygı ve kuruntuların ya da fiziksel belirtilerin günlük yaşamdaki işlevselliği bozması beklenir.
- E- Bu bozukluk madde, ilaç ya da herhangi bir sağlık sorununun fizyolojik bir etkisi ile ilişkisi olmaması gerekmektedir.
- F- Başka bir psikolojik sorun ile daha iyi açıklanmamalıdır.

Yaygın anksiyete bozukluğunun nedenlerine bakıldığında birçok psikiyatrik bozukluktaki gibi tek bir nedenden söz edilmemektedir. YAB neden olan faktörler arasında; kişilik ve mizaç özellikleri, çocukluk yaşamı, geçmişten bu yana yaşanan deneyimler, ebeveyn tutumları, fizyolojik ve genetik etmenler bulunmaktadır (Engüzel, 2024).

Yaygın anksiyete bozukluğunun prevalansı genel nüfusa bakıldığında %2.8 ile %6.2 arasında olduğu bilinmektedir (Kılıç, 2023). Dünyadaki yaşam boyu yaygınlığı ise %16.6’ya kadar ulaşmaktadır (Bayır ve Cebes, 2013). Yaygın anksiyete bozukluğunun kadın ve erkeklerde görülme sıklığına bakıldığında YAB’nun kadınlarda daha sık ortaya çıktığı görülmektedir (Demir ve Görgülü, 2020).

Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tedavisi

Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisinde öncelikli olarak hastanın farkındalığı oldukça önemlidir. Hasta anksiyetenin tedavi edilebilir nitelikte olduğunun farkındaysa tedavi sürecinin olumlu sonuçlanma olasılığı oldukça yüksektir. Yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisinde farmakolojik tedavi, bilişsel davranışçı terapi, psikodinamik terapi, duygu odaklı terapi gibi birçok farklı yöntem kullanılmaktadır (Şahin, 2019).

Bilişsel Davranışçı Terapi; Bireylerin günlük rutinlerinde yaşadıkları olumsuz yaşam olaylarını öğrenme kuramı bağlamında ele alan, “şimdi ve burada odaklı” olan; olay, duygu, düşünce ve davranış özelinde çalışan psikoterapi yöntemidir (Demiralp ve Oflaz, 2009). BDT’nin YAB üzerinde etkisine bakıldığında tedavi süreci sonucunda olumlu geri dönüşler verdiği kanıtlanmıştır (Bomyea ve Ark., 2015). BDT ekolü ile YAB hastaları ile çalışırken psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, kanıt-karşı kanıt, düşünce hataları, olumsuz otomatik düşünceler gibi noktalar üzerinde durulur (Yandım, 2022).

Olgu sunumunda yer alan hastanın hayatının düzensiz olduğunu, erkek arkadaşı ile ve iş arkadaşları ile ilişkisinde kaygı yaşadığı, sürekli olarak aklından kötü şeylerin olabileceği, erkek arkadaşının onu aldattığına dair birçok olumsuz otomatik düşünceye sahip olduğu ve bu durumun günlük işlevselliğini olumsuz etkilediği görülmüştür. Bu bağlamda DSM-V tanı kriterlerine bakıldığında da hastanın yaygın kaygı bozukluğu yaşadığı öngörülmüştür. 25 yaşındaki kadın hasta ile Bilişsel Davranışçı Terapi ekolü çerçevesinde çalışılmıştır. Hasta ile toplam 11 seans gerçekleştirilmiştir. Seansların süresi 45 dakika olarak belirlenmiştir. Hastanın kişisel bilgileri gizli tutulmuş olup hasta ile ilgili herhangi bir özel bilgi paylaşılmamıştır. Makalede yer alan bilgiler literatüre katkı amacıyla kullanılmıştır.

OLGU

26 yaşında, üniversite mezunu olan erkek hasta, (A.S.) rehber öğretmen, ailesi ile Eskişehir’de yaşamaktadır. Osmaniye doğumlu olan A.S., 4 çocuklu bir ailenin en büyüğüdür. Annesi ev hanımı, babası ise polistir. Babasının askeri personel olmasından kaynaklı olarak birkaç farklı şehirde bulunmuşlardır. Anne ve babasının evliliklerinin iyi olduğunu aktarmıştır. Buna karşın küçük yaşlardayken annesinin başka biri ile mesajlaştığını görmüş ve annesini tehdit etmiştir. A.S. annesini tehdit etmesi sonrası olay kapanmıştır. Annesi ile küçükken de iyi anlaşamadığını söyleyen A.S. annesinin bir gün ona bıçak fırlattığını ona karşı çok sağlıklı davranmadığını aktarmıştır. Bunun dışında terapistin sormasına karşın hasta terapi sürecinde ailesi ile ilgili başka bir bilgi paylaşmamıştır.

A.S. ilkokula Osmaniye’de başlamış liseye geçtiğinde ise babasının tayini sebebi ile Ankara’ya taşınmışlardır. Liseyi orada bitirmiştir. Genel olarak akademik anlamda başarılı bir eğitimi geçirdiğini aktarmıştır. Üniversiteye geçerken kendisinin istediği bir bölüm olan Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik bölümünü kazanmıştır. Üniversiteyi İzmir’de okuyan A.S. akademik ve sosyal anlamda başarılı bir üniversite yaşamı sürdürmüştür. Birçok sosyal sorumluluk projesinde görev almış, sosyal olarak da çok iyi arkadaşlıklarının olduğundan bahsetmiştir. Üniversitenin son senesindeyken bir hocasının da önerisi ile akademik kariyer yapmaya ve psikoterapi eğitimi almaya karar vermiştir. Üniversiteyi bitirdikten sonra yüksek lisans için hazırlandığı süreçte ailesi ile o dönem Hatay’da yaşayan A.S., 2023 Kahramanmaraş depremini yaşamış babası asker olduğu için o bölgeden ayrılamamış bu nedenle A.S. ailesini de alarak önce Mersin’e sonra da Eskişehir’e geçmiştir. Burada ailesine ev tutmuş ve kendisine de büyük bir eğitim merkezinde iş bulmuştur. Hasta o dönemki durumu “İlk defa evin babası gibi hissettim.” Diyerek özetlemiştir.

A.S. Eskişehir’e taşındığı dönemde özellikle ilk 2 ay herhangi olumsuz bir durumla karşılaşmamış depremi yaşayan arkadaşlarına destek olmuş ve onlara yardımcı olmak istemiştir. 2023 Nisan ayında panik atak geçirmiş, sonrasında bu durumun iki kez daha tekrarladığını belirtmiştir.

A.S., lise yıllarında okul değişikliği yaptığı sırada yeme düzeni olumsuz etkilenmiş ve özellikle gece geç vakitlerde yeme atakları ile aşırı yemek tüketimi sonrasında ise kusma davranışı nedeniyle hekime başvurduğunda psikiyatrist tarafından “Bulimia Nevroza” tanısı almıştır. Bu

süreçte psikoterapötik tedavi ve diyetisyen ile beraber tedavi süreci olumlu sonuçlanmıştır. A.S. üniversiteye geçtiği sırada çok fazla kaygı yaşadığı dönemde psikiyatriste gitmiş ve psikiyatrist tarafından ilaç verilmiştir. Fakat A.S. verilen ilacın uyku, yemek ve günlük rutinini olumsuz etkilemesi ile kendiliğinden bırakmıştır. Hasta deprem döneminden sonra panik atak yaşadığı dönemde kendi isteği ile psikoloğa gitmiş fakat psikoterapi deneyimi üç seans ile sınırlı kalmış ve terapistten verim almadığını terapistine söyleyerek terapiyi sonlandırmıştır.

A.S. güncel terapi sürecine başvurmaya karar vermeden önce çok fazla düşündüğünü belirtmiştir. Terapiye başvurusundaki temel nedeninin erkek arkadaşı ile ilişkisinde çok fazla olumsuz düşünceye sahip olduğunu ve bunları düzeltmek istediği, hayatında düzensizlik olduğunu ve hayatını düzenli hale getirme isteği olduğunu belirtmiştir.

TERAPİ SÜRECİ

A.S. ile her bir seans 45 dakika olmak üzere toplamda 11 seans gerçekleştirilmiştir. İlk 2 seans değerlendirme seansı olarak geçmiştir. Bu seanslarda hastanın güncel yaşamındaki problemlerin neler olduğunu ve bu problemlerin yaşamını nasıl etkilediği üzerine konuşulmuştur. A.S.'nin terapistten beklenti ve amaçları üzerinde durulmuştur. Hastanın endişesinin 10 puan üzerinden kaç olduğu sorulduğunda şu anda endişesinin 8 puan olduğunu söylemiştir.

Hasta terapiye kendi isteği ile başvurmuş olsa da ilk iki seansta terapiye yönelik düşük bir motivasyona sahip olduğu görülmüştür. Bunun sebebini de daha önceki seanslarda beklentilerinin tam olarak karşılanmamış olmasına ve terapistlerin onları anlamadığını düşünmesine yordamıştır.

A.S.'yi terapiye getiren en önemli etken olan; erkek arkadaşı ile ilişkisinde kötü bir şeyler olacağı ve erkek arkadaşının onu aldatacağına yönelik yoğun bir kaygıya sahiptir. Ayrıca hastanın işi ile ilgili de yoğun kaygı yaşadığı gözlemlenmiştir. Hastanın depremden önce var olan hedeflerinin (yüksek lisans ve psikoterapi eğitimleri) değiştiği ve şu anda KPSS'ye hazırlanarak atanmak istediğini söylemiştir. Değerlendirme seanslarında hasta ile ilgili bilgi toplandıktan sonra Bilişsel Davranışçı Terapi ekolü ile çalışılacağına karar verilmiş ve terapist tarafından BDT hakkında hastaya psikoeğitim verilmiştir. Terapi ekolü hakkında konuştuktan sonra hastaya kaygının ne olduğu, hangi işlevlere sahip olduğu ve kaygının normalin dışında olduğu hakkında detaylı bir psikoeğitim verilmiş ve seans sonlandırılmıştır.

Üçüncü ve dördüncü seansta hasta ile işbirliği içerisinde terapi hedefi belirlenmiştir. İlk etapta hasta ilişkilerindeki kaygının ortadan kalkmasının hayatını kolaylaştıracağı üzerinde durmuş fakat kaygının ortadan kalkmasının mümkün olmadığı, kaygının yaşam boyu var olacağını ve terapide kaygının işlevsel hale getirilmesi gerektiği terapist tarafından hastaya aktarılmıştır. Hasta, 10 üzerinden 8 puan olan kaygısını 3 puana düşürmek istediğini söylemiştir. Bu doğrultuda hasta terapist; terapi süreci tamamlandığında Tablo 1'de yer alan hedefleri tamamlamak istediğini belirtmiştir.

Tablo 1

- 1- *Terapist ile hayatındaki olayları şeffaf bir şekilde konuşabilmek*
- 2- *Erkek arkadaşı ile yaşadığı ilişkiyi sağlıklı bir hale getirmek yani yaşanan sorunları açıkça ifade etmek, onunla iyi hissetmediğinde konuşmak*
- 3- *Arkadaşları ya da erkek arkadaşı ile kavga ve tartışma esnasında karşı tarafı dinlemek ve kendisini olabildiğince şeffaf bir şekilde karşıdaki kişiye anlatmak*

Terapi hedefi oluşturulduktan sonra ise A.S.'nin erkek arkadaşı ile ilişkisinde yaşadığı kaygıya yönelik durum düzeyinde formülasyon oluşturulmuş ve bu formülasyon Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2

Olay	Otomatik Düşünce	Duygu	Fizyolojik Belirtiler	Davranış
Erkek arkadaşı ile tartışma	Benden ayrılmak istiyor.	Kaygı	Mide bulantısı Göğüs sıkışması	Ağlama
İş yerinde	Çalışma düzenimi iyi değil.	Kaygı	Kaslarda kasılma	Sessizleşme
müdürün	Başarısız biriyim.	Kaygı		KPSS çalışma
bağırması	İşimi kaybedeceğim.	Korku	Terleme	Yeni iş arama

Formülasyonun yapılmasının ardından hastaya otomatik düşüncenin daha dengeli hali olan alternatif düşünce hakkında psikoeğitim verilmiş ve otomatik düşüncelerine alternatif üretmesi istenmiştir. İlk anda hasta alternatif üretmekte zorlansa da daha sonra; “İlişkilerde tartışma olması kötü bir durum değil, ayrılacağımız anlamına gelmez.”, “Müdürün bana bağırması benimle ilgili olmayabilir ya da bana bağırması beni başarısız yapmaz, işimi kaybedeceğim anlamına gelmez.” Gibi alternatifler ürettiği görülmüş ve ilerleyen seanslarda günlük rutininde bunu ne kadar yansıttığı hakkında konuşulmasına karar verilip seans sonlandırılmıştır.

Beşinci seansta hastanın kaygı ile baş etme teknikleri kapsamlı bir biçimde konuşulmuştur. İşlevsel olan ve olmayan baş etme teknikleri belirlenmiştir. Burada işlevsel olmayan teknikleri azaltarak ortadan kaldırma ve işlevsel olanları geliştirmenin A.S. için daha sağlıklı olacağı belirtilmiştir. Hastanın işlevsel ve işlevsel olmayan baş etme teknikleri Tablo 3’te belirtilmiştir.

249

Tablo 3

İşlevsel Olan Teknikler	İşlevsel Olmayan Teknikler
• Çalıştığı işe odaklanmak • Sorunları açıkça konuşmak • Mutsuz olduğunda sessiz kalmak yerine karşı tarafa bu durumu açıklamak	• Uyumak • Pasif agresif davranmak • Kavga etmek • Sessizleşmek

Hasta altıncı seansa geldiğinde erkek arkadaşının kolunda bir çizik gördüğünü ve bu çizik erkek arkadaşının başka bir kadın ile birlikte olduğu sırada oluştuğunu düşüncesi ile terapiye gelmiştir. Ayrıca bu çizik gördüğü günden önceki gece erkek arkadaşını aradığını fakat ona ulaşamadığını söylemiştir. Bahsedilen durumun gerçekliği üzerine konuşulmuştur. Hasta bu düşüncenin gerçek olabileceğini erkek arkadaşının telefonunu bu yüzden açmadığını söylemiştir. Daha sonra hastaya bir ödev verilerek bu düşüncenin gerçekliğini sorgulamak ve kanıt bulmak adına erkek arkadaşı ile bu durumu konuşması ve o gece neler olduğunu konuşması ödevi verilmiştir.

Yedinci seansta bu durumu erkek arkadaşı ile konuşmuş, erkek arkadaşının o gece şarjının bittiğini ve ailesinin evinde uyduğunu söylemiştir. Daha sonra A.S. erkek arkadaşının ailesi ile bu durumu konuşmuş ve erkek arkadaşının onu aldatmadığını teyit ettikten sonra terapiye mutlu geldiğini ve bundan sonra olayları açık iletişimle konuşmanın daha sağlıklı olabileceğini söylemiştir.

Sekizinci ve dokuzuncu seansta hastanın plansız ve düzensizliği ile iş yerinde yaşadığı ve patronu ile anlaşılamadığı konular üzerine konuşulmuştur. Çalışma saatlerine bağlı olarak aktivite çizelgesi oluşturularak erkek arkadaşı, ailesi ve diğer arkadaşları ile görüşmek için birkaç gün belirlemiştir. Ayrıca hasta patronu ile yaşadığı ve patronu ile konuşmadığı sorunları konuşmaya karar vermiştir. Sonraki seanslarda kontrol edilip işlevsel olup olmadığı üzerine konuşulmasına karar verilmiştir.

Onuncu seansta hastanın erkek arkadaşı ile ilişkisinde yaşadığı ve terapiye gelme nedeni, var olan otomatik düşünceleri üzerine konuşulmuş tekrarlanıp tekrarlanmadığına bakılmıştır. A.S. yaşadığı olaylarda ilk anda aklına gelen otomatik düşünce yerine alternatif ürettiğini ve buna bağlı olarak da kaygısında büyük oranda azalma olduğu belirtmiştir. Oluşturduğu planlamalarda ise kendine bağlı olan durumlara uyararak planları iptal etmediğini ve düzenini bozmadığını söylemiştir. Patronu ile sorunu konuşmuş ve patronu ile iletişimde sorun yaşama durumlarında daha açık konuşmaya karar verdiklerini belirtmiştir.

A.S. on birinci seansa geldiğinde terapinin şu an için iyi geldiğini ve bir süre ara vermek istediğini söylemiştir. Son seans olduğu için hastanın terapi süreci üzerine konuşulmuş, geri bildirimler alınmış ve hastanın terapiye geldiğinde kaygı puanının 10 üzerinden 8 olduğu terapist tarafından hatırlatılarak şu anki kaygı düzeyinin kaç olduğu sorulmuş ve hasta 4 cevabını vermiştir. Bu bağlamda terapi sürecine, alınan geri bildirimlere ve hastanın duygu, düşünce ve davranışlarına bakıldığında terapi sürecinin ve bilişsel davranışçı terapinin A.S.'deki yaygın anksiyete bozukluğunda işlevsel olduğu görülmüştür. Seansın sonunda hastaya üç ay sonra kontrol seansı yapmak için randevu verilerek terapi sonlandırılmıştır.

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada yaygın anksiyete bozukluğu vakasının bilişsel davranışçı terapi ekolü ile sürdürülen tedavi planı ele alınmıştır. Psikoterapi sürecinde; değerlendirme, psiko eğitim, otomatik ve alternatif düşünceler, bilişsel ve davranışçı teknikler kullanılmıştır. İlk iki görüşmede anamnez alındıktan sonra psiko eğitim ve formülasyon yapılmıştır. İlerleyen seanslarda işlevsel olan teknikler geliştirilmeye çalışılmış, verilen ödevlerle hastanın terapi sürecinde öğrendiklerini günlük rutinine ne kadar yansıttığına bakılmıştır. Son iki seansta ise hastanın olaylara nasıl baktığı, bakış açısında değişikliklerin olup olmadığı konuşulmuştur. On birinci seansta hastanın terapi sürecinin iyi geldiğini söylemesi ile terapi sonlandırılmış ve kontrol seansı yapmak amacıyla üç ay sonrasına randevu verilmiştir.

Literatüre bakıldığında yaygın anksiyete günlük işlevselliği olumsuz etkileyen; iş yaşamını, eğitim hayatını, aile ve sosyal ilişkilerde bozulmalara yol açabilen bir bozukluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaygın anksiyetede kişi bir olay ya da duruma yönelik kaygı duymaktadır (Tamam ve Demirkol, 2019). Bu olgu sunumunda yaygın anksiyetenin A.S. isimli hastada nasıl ortaya çıktığı ve hayatının hangi kritik noktalarında olumsuz bir etkiye sahip olduğuna bakılmıştır. Yapılan çalışmalarda yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisinin ilaçlı ve psikoterapinin sıkça kullanıldığı görülmektedir. En sık kullanılan ve olumlu sonuç alınan psikoterapi yöntemi ise bilişsel davranışçı terapidir (Çıtak, 2018). A.S. adlı hastanın tedavi sürecinde de BDT kullanılmış ve tedaviden hastanın olumlu sonuç aldığı görülmüştür. Hastanın bilişsel davranışçı terapi ekolü çerçevesinde işlevselliğinde bozulma olan alanlarda; erkek

arkadaşı ile ilişkisinde ve iş yerinde yaşadığı sorunlarda, iletişimden kaçındığı noktalarda işlevsellik kazandığı görülmüştür.

Olguda bahsedilen A.S.'nin psikoterapi sürecinde ailesi ile ilgili konulardan ve ailesi ile yaşadığı olumlu ve olumsuz deneyimlerden terapistin isteğine rağmen çok sık bahsetmemiştir. Bilişsel davranışçı terapide her ne kadar “şimdi ve burada” var olsa da geçmiş yaşantımız, deneyimlerimiz “şimdi ve burada yaşadığımız olaylara dokunmaktadır (Vatan, 2016). Dolayısıyla hastanın ailesi ile ilgili geçmiş deneyimlerinden bahsetmekten kaçınması çalışma için sınırlı kalan bir noktadır. Bunun dışında hastanın terapiye toplamda on bir seans gelmesi ve henüz kontrol seansı yapılmaması bu olgu için sınırlılıklardan bir diğeridir. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda hastaların kontrol seanslarının yapılması BDT'nin uzun vadeli etkisinin olup olmadığını görülmesi literatür için değerli bir katkı olacaktır.

KAYNAKÇA

- Psikiyatri Birliği (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. (Çev.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Başer Baykal, N. F. (2017). Yaygın anksiyete bozukluğunun Türkiye'deki yaygınlığı, ek tanıları ve tedavisinin incelenmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi/ASOS Journal*.
- Bayır, E., & Cebe, G. E. (2023). Anksiyete Ve Uyku Bozukluklarında Kullanılan Tıbbi Bitkiler. *Journal of Faculty of Pharmacy of Ankara University*, 47(3), 1084-1100.
- Bomyea, J., Ramsawh, H., Ball, T. M., Taylor, C. T., Paulus, M. P., Lang, A. J. ve Stein, M. B. (2015). Intolerance of uncertainty as a mediator of reductions in worry in a cognitive behavioral treatment program for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 33, 90-94.
- Çıtak, S. (2018). Anksiyete bozukluklarında tedavi yaklaşımları: Psikoterapi ve farmakoterapi. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 9(3), 141-149.
- Demir, N. Ö. ve Görgülü, Y. (2020). Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran yaygın anksiyete bozukluğu tanımlı hastalarda ayrılma anksiyetesi bozukluğu görülme sıklığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(2), 188-195.
- Demiralp, M., Oflaz, F.(2007). Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8:132-139)
- Engüzel, T.(2024). *Çocukluk Çağı Travmaları İle Depresyon Ve Yaygın Anksiyete Belirtileri Arasındaki İlişkide Öz Eleştirel Ruminasyon, Psikolojik Esneklik Ve Algılanan Stresin Aracı Rolü*. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Özsoy, E. V., & Turan, S. (2022). Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Yapılandırılmış Bilişsel Davranışçı Müdahaleler: Olgu Sunumu. *Turkish Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 29(3).
- Prognoz ve Farmakolojik Olmayan Tedaviler. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 37, 115-120.
- Kafes, A. Y. (2021). Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Humanistic Perspective*, 3(1), 186-194.
- Kılıç, M.(2023).*Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanımlı Hastalarda Eşlik Eden Yetşkin Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu Sıklığının Araştırılması, Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantıları Ve Erişkin Bağlanma Stilleri İle İlişkisinin İncelenmesi*. Uzmanlık Tezi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin.

- Robichaud, M. ve Dugas, M. J. (2018). Yaygın Kaygı Bozukluğu Çalışma Kitabı. Çev. Aylin İtil, Erhan Bayraktar, Zeynep Özmeýdan. İstanbul: Psikonet Yayınları.
- Şahin, M. (2019). Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(10), 117-135.
- Tamam, L., & Demirkol, M. E. (2019). Anksiyete bozuklukları. *Bütüncül Tıp: Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı-Tedavi*, 1641, 1644.
- Vatan, S. (2016). Bilişsel davranışçı terapilerde üçüncü kuşak yaklaşımlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(3), 190-203.
- Yandım, M.B. (2022). *Bilişsel Davranışçı Terapi Ve Yeni Kuşak Bilişsel Davranışçı Terapilerde Yaygın Kaygı Bozukluğunun Tedavisi*. Yüksek Lisans Dönem Projesi. Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. İstanbul.
- Zereyalp, M., Kurtoğlu, M. B., & Boz, C. (2024). Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Çevrim İçi Yürütülen Bilişsel ve Davranışçı Terapi: Bir Olgu Sunumu. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi*, 11(1), 163-185.

Article Arrival Date
Date**08.05.2025****Article Published****20.06.2025**

DEPRESYON VE ANKSİYETE: ZİHNİN İKİLİ YÜKÜ

DEPRESSION AND ANXIETY: THE DUAL BURDEN OF THE MIND

Emel SUNAR¹, Meryem KARAAZİZ²

¹Psikoloji Öğrencisi, Yakın Doğu Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü,
<https://orcid.org/0009-0004-6282-6032>

²Doç.Dr., Yakın Doğu Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü,
<https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

Özet

Depresyon, antik çağlardan itibaren bilinen bir ruhsal bozukluktur. M.Ö. 5. yüzyılda Hipokrat, depresyonu “melankoli” olarak tanımlamış ve bunun vücutta siyah safra birikiminden kaynaklandığını öne sürmüştür. Hipokrat’tan önceki dönemde ise depresyon doğa üstü güçlerle ilişkilendirilmiş ve acı vermek için gönderildiği düşünülmüştür. Orta Çağ’da depresyon genellikle dini inançlarla ilişkilendirilmiş, ancak İbn Sina gibi tıp alimleri depresyonu hem bedensel hem de ruhsal bir bozukluk olarak ele almıştır. 19.yüzyılda Sigmund Freud, depresyonu psikoanalitik açıdan inceleyerek, içsel çatışmalar ve kayıplara karşı duyulan öfkenin depresyona yol açtığını savunmuştur. 20. yüzyılın ortalarında ise biyokimyasal araştırmalar, serotonin ve dopamin gibi nörotransmitterlerin depresyon üzerindeki etkilerini ortaya koymuştur. Depresyon en az 2 hafta süren çökkün duygudurum, enerji azlığı, istenç kaybı, bitkinlik, uyku ve iştah bozuklukları, karamsarlık ve intihar düşüncelerinin görüldüğü bir duygu durumudur. Depresyon gibi anksiyete de bireyin yaşamını olumsuz etkileyen yaygın bir ruhsal bozukluktur. Anksiyete, bireyin tehdit edici veya stresli bir duruma karşı geliştirdiği doğal bir tepki olarak tanımlanır. “Anksiyete” terimi, Latince “angere” fiilinden türetilmiş olup “boğulmak” veya “daralmak” anlamına gelir, bu da anksiyetenin yarattığı baskı hissini yansıtır. Hipokrat, anksiyeteyi bedensel dengesizliklerle ilişkilendirmiş, Orta Çağ’da ise doğaüstü güçlerle açıklanmıştır. Freud, anksiyeteyi bastırılmış duyguların bir sonucu olarak görürken, 20. yüzyılda biyolojik yaklaşımlar serotonin ve dopamin gibi nörotransmitterlerin etkisini ortaya koymuştur. Anksiyete; sürekli endişe, huzursuzluk, odaklanma güçlüğü, kas gerginliği ve uyku sorunları gibi belirtilerle kendini gösterir. Doküman analizi yöntemi kullanılarak gerçekleştirilecek bu çalışmada amacımız, depresyon ve anksiyetenin birbirini nasıl etkileyerek bireyler üzerindeki etkilerini şekillendirdiğini anlamak ve bu bozuklukların zihinsel sağlık, ilişkiler ve toplumsal yaşam üzerindeki yıkıcı etkilerini vurgulamaktır. Depresyon ve anksiyete, sıklıkla birlikte görülen ve birbirini pekiştiren iki bozukluktur. Depresyon, bireyin yaşam enerjisini ve motivasyonunu kaybetmesine yol açarken, anksiyete de sürekli bir endişe hali, korku ve huzursuzluk yaratır. Bu durum, bireylerin yalnızca içsel dünyasında değil, sosyal ve profesyonel yaşamlarında da ciddi aksaklıklara yol açar. Depresyon ve anksiyetenin bir arada varlığı, kişinin yaşam kalitesini büyük ölçüde düşürürken, aynı zamanda toplumsal ilişkilerde

de derin çatlaklar oluşturabilir. Bu bağlamda, depresyon ve anksiyeteyi daha derinlemesine anlamak ve bu bozuklukların etkilerini minimize edebilmek için toplumsal bilinç ve farkındalık oluşturulması hedeflenmektedir. Ayrıca, bireylerin zihinsel sağlıklarını, psikolojik esnekliklerini, sağlıklı iletişim becerilerini ve toplumsal ilişkilerini güçlendirerek, daha dengeli ve huzurlu bir yaşam sürmelerine katkı sağlamak amaçlanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Depresyon, Anksiyete, Sessiz Çığlıklar

Abstract

Depression has been known as a mental disorder since ancient times. In the 5th century BC, Hippocrates defined depression as “melancholia” and suggested that it was caused by an accumulation of black bile in the body. Before Hippocrates, depression was associated with supernatural forces and believed to be sent to cause suffering. During the Middle Ages, depression was often linked to religious beliefs, but scholars such as Ibn Sina approached it as both a physical and mental disorder. In the 19th century, Sigmund Freud examined depression from a psychoanalytic perspective, arguing that inner conflicts and anger related to losses led to depression. In the mid-20th century, biochemical research revealed the effects of neurotransmitters like serotonin and dopamine on depression. Depression is a mood disorder characterized by at least two weeks of depressed mood, low energy, loss of willpower, fatigue, sleep and appetite disturbances, pessimism, and thoughts of suicide. Like depression, anxiety is also a common mental disorder that negatively impacts an individual’s life. Anxiety is defined as a natural response to a threatening or stressful situation. The term “anxiety” is derived from the Latin verb “angere,” which means “to choke” or “to narrow,” reflecting the sense of pressure caused by anxiety. Hippocrates linked anxiety to physical imbalances, while during the Middle Ages, it was explained through supernatural forces. Freud viewed anxiety as a result of repressed emotions, and in the 20th century, biological approaches revealed the effects of neurotransmitters like serotonin and dopamine. Anxiety is characterized by constant worry, restlessness, difficulty concentrating, muscle tension, and sleep problems. In this study, conducted using document analysis, our aim is to understand how depression and anxiety influence each other and shape their effects on individuals, as well as highlight the destructive impacts of these disorders on mental health, relationships, and social life. Depression and anxiety are two disorders that are often seen together and reinforce each other. Depression leads to a loss of energy and motivation, while anxiety creates a constant state of worry, fear, and restlessness. This not only affects an individual’s inner world but also causes significant disruptions in their social and professional lives. The co-occurrence of depression and anxiety greatly reduces the quality of life and can create deep cracks in social relationships. In this context, the goal is to understand depression and anxiety in greater depth and raise societal awareness to minimize the effects of these disorders. Furthermore, by strengthening individuals’ mental health, psychological resilience, communication skills, and social relationships, the aim is to contribute to a more balanced and peaceful life.

254

Keywords: Depression, Anxiety, Silent Screams

1.GİRİŞ

Anksiyete, insanlık tarihinin en eski ve temel duygusal tepkilerinden biridir. Antik Yunan döneminde doğrudan bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmamış, daha çok “panik” kavramı çerçevesinde ele alınmıştır. Bu terim, doğada ani korku ve kaçış tepkilerinden sorumlu olduğuna inanılan Pan Tanrısı’ndan türetilmiştir. Romalı filozof Seneca, anksiyeteyi insan yaşamının kaçınılmaz bir parçası olarak değerlendirmiş ve bireyin kaderine karşı duyduğu

kontROLSÜZ endişe ile ilişkilendirmiştir (Seneca, 2015). Orta Çağ'da ise anksiyete, dini bir bağlamda ele alınmış ve "ahlaki zayıflık" ya da "inançsızlık" belirtisi olarak görülmüştür (Dixon, 2000). Anksiyetenin bilimsel olarak incelenmeye başlanması 19. yüzyıla dayanmaktadır. Sigmund Freud, anksiyeteyi bilinçdışı çatışmaların bir sonucu olarak görmüş ve bu durumu "nörotik anksiyete" olarak adlandırmıştır. Freud'a göre, birey içsel çatışmaları bilinç düzeyine çıkarmadığında bu durumu kaygı şeklinde ortaya çıkması olarak ele almıştır (Freud, 1926). 20. yüzyılda, bilişsel-davranışçı yaklaşımlar anksiyetenin öğrenilmiş bir tepki olabileceğini öne sürerken, nörobiyolojik araştırmalar ise serotonin ve GABA gibi nörotransmitter dengesizliklerinin anksiyete bozukluklarında önemli rol oynadığını ortaya koymuştur (Stein, 2002).

Günümüzde ise anksiyete, biyolojik, bilişsel ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle şekillenen bir durum olarak kabul edilmektedir. Modern psikiyatride anksiyete bozuklukları, bireyin günlük işlevselliğini etkileyen ve tedavi edilmesi gereken bir ruhsal sağlık sorunu olarak ele alınmaktadır (Kessler, 2009).

1.1. Anksiyete (Kaygı) Bozuklukları

1. Ayrılma Kaygısı Bozukluğu

Ayrılma Kaygısı Bozukluğu (AKD), bireyin bağlandığı kişilere ayrılma konusunda aşırı kaygı ve korku hissettiği bir durumdur. Birey bağlandığı ortam veya kişiden ayrı kalma durumunda başına kötü bir şey geleceğine inanmaktadır. Ayrılmanın söz konusu olacağı düşünce bile birey de aynı şekilde yoğun kaygı ve huzursuzluk hissettirir. Aşağıdaki durumlar, AKD'nin belirtisi olabilir:

- Bağlandığı kişilerden ayrılmakla ilgili aşırı kaygı.
- Kişilerin başına kötü bir şey geleceği korkusu.
- Ayrılma nedeniyle okul veya sosyal aktivitelere katılmaktan kaçınma.
- Fiziksel belirtiler (baş ağrısı, kusma, karın ağrısı vb.) yaşama (American Psychiatric Association [APA], 2013).

255

2. Seçici Konuşmazlık (Selektif Mutizm)

Seçici Konuşmazlık (Mutizm), kişinin belirli sosyal ortamlarda, örneğin okulda, konuşmaması durumudur. Bu bozukluk, kişinin dil becerisinde herhangi bir eksiklik bulunmuyorken konuşmayı belli ortamlarda reddetme durumuyla ilişkilidir. Kişi genellikle diğer ortamlarda, örneğin evde veya yakın ilişkilerde, normal şekilde konuşabilmekteyken kişi belirli bir toplumsal durumda, özellikle de konuşmanın beklendiği ortamlarda, konuşmaktan kaçınır. Konuşmama durumu, en az bir ay süresince devam eder ve kişinin eğitimine veya toplumsal ilişkilerine zarar vermektedir (Muris et al., 2012).

3. Özgül Fobi

Özgül Fobiye sahip bireyler, özgül nesneler veya durumlara karşı sebepsiz yoğun korku ve kaygı yaşamaktadırlar. Fobik kaygı, çoğunlukla özgül bir nesne ya da durumla ilişkilidir; örneğin, uçağa binme, yüksek yerlerden korkma, hayvanlardan korkma veya tıbbi işlemlerle (kan görmek, iğne yapılması gibi) ilgili kaygı durumları yaygındır.

Fobi, koşullanan bir korku tepkisi olarak da açıklanmaktadır. Klasik koşullanma teorisi, bu tür korku yanıtlarının, belirli bir nesne (örneğin, hayvan) veya durum (örneğin, yüksek yerler) ile bir tehdit (örneğin, düşme korkusu) arasında bağlantı kurulması sonucu öğrenildiğini öne sürmüştür (Marks & Telch, 1996). Bu bağlamda, kişinin daha önce tecrübe etmediği bir durum

karşısında yaşadığı kaygı, koşulsuz uyarıcı ile koşullu uyarıcı arasındaki ilişki sonucu gelişebilir. Fobilerin genelin de kaçınma davranışı söz konusu olmuştur.

Özgül fobiye sahip bireyler, fobik kaynağı genellikle korku ya da kaygı ile ilişkilendirir ve bu kaygıyı engellemeye çalışırken, çoğu zaman etkin bir şekilde kaçınma davranışı sergilerler. Söz konusu nesne ya da durumla karşılaşmaktan kaçınılması, ancak bu durumun sürekli devam etmesiyle ilgili kaygının da büyümesine neden olacaktır. Ayrıca, özgül fobi belirtileri, yaşanan korkunun gerçek tehlike ile orantısız olduğu durumlarda da kendini gösterir.

Bu durumun, genellikle altı ay veya daha uzun bir süre devam etmesi ve günlük yaşamda belirgin işlevsellik kaybına neden olması, özgül fobinin tanısını destekler niteliktedir.

4.Sosyal Kaygı Bozukluğu

Sosyal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi), bireyin toplumsal ortamlarda başkalarının değerlendirilmesine maruz kalmaktan duyduğu belirgin korku ve kaygıyla karakterize edilen bir rahatsızlıktır. Bu kaygı genellikle sosyal etkileşimler (örneğin, tanımadık insanlarla konuşma), gözlemlenme (örneğin, yemek yerken) veya başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme (örneğin, konuşma yapma) gibi durumlarda ortaya çıkar (Heimberg, 1995). Diğer kişiler tarafından performanslarına yönelik olumsuz değerlendirilme veya utanç duyma hissi taşımaktadır. SKB' ye sahip bireylerin aile yapılarına bakıldığında genellikle çok ciddi eleştiren ve aşağılayan ya da mükemmeliyetçi ebeveynlere sahip olduğu görülmüştür (Schneier, 1992).

Kişi, bu tür sosyal ortamlardan uzak durmaya çalışır ya da yoğun bir kaygı hissiyle bu durumlara maruz kalmaktadır. Korku, kaygı veya kaçınma davranışları genellikle uzun süre devam ederek günlük işlevselliklerinde belirgin bir azalmaya neden olur. Ayrıca, bu kaygılar toplumsal ve kültürel bağlama orantısızdır.

5.Panik Bozukluk

Panik Bozukluğu, beklenmedik bir şekilde gerçekleşen panik ataklar ve tekrardan başka panik atakların gerçekleşme durumuna karşı endişe ve korku duyulan kaygı bozukluğudur. Panik atakları, dakikalar içinde zirveye ulaşan, içsel sıkıntı ve korku hissiyatının belirgin bir şekilde yaşandığı durumlardır. Kişinin bu süre zarfında fiziksel belirtileri, çarpıntı, terleme, titreme, soluğun daralması ve boğulma hissi gibi reaksiyonlarla kendini gösterir (Craske, 2003). Ayrıca, baş dönmesi, bulantı, karın ağrısı, uyuşma gibi belirtiler de yaygın olarak eşlik eder. Kişi, panik atağın başlangıcından itibaren ölüm korkusu, kontrol kaybı veya "çıldırma" korkusu gibi yoğun zihinsel sıkıntılar yaşamaktadır.

Panik ataklar sonrasında, birey yaşadığı krizin tekrar edeceği kaygısıyla sürekli bir endişe içinde olurlar ve bu durumda, kişiyi kaçınma davranışları sergilemeye yönlendirebilir. Kişi, daha önce panik atak yaşadığı yerlerden veya durumlardan uzak durmayı tercih edebilmektedir. Panik bozukluğunun tanısı ise, belirtilerin genellikle altı aydan fazla sürmesi ve kişinin toplumsal, işsel veya günlük işlevselliğini belirgin şekilde etkilemesiyle konulmaktadır.

6.Agorafobi

Antik Yunan'da 'agora' kelimesi pazar yeri anlamına gelirdi. Günümüzde ise agorafobi, kişinin kaygı hissettiği anlarda kaçmanın güç olacağını ya da yardım almanın mümkün olmayacağını düşündüğü ortam ve durumlardan korkması olarak tanımlanmaktadır. Agorafobi, kişinin çeşitli toplumsal ve fiziksel durumlardan yoğun kaygı ve korku duymasıyla kendini gösterir. Agorafobiye sahip bireylerin yoğun kaygı duyduğu belli başlı durumlar şu şekildedir:

- Toplu taşıma araçlarını kullanmak. (otobüs, metro vb.)
- Açık alanlarda bulunmak. (Pazar yeri, otopark, alışveriş merkezi vb.)

- İç mekanlarda olmak. (mağaza, tiyatro, sinema, amfi vb.)
- Sırada bekleme ya da kalabalıkta olmak.
- Tek başına evin dışında bulunmak.

Agorafobik bireyler, bu tür durumlarla karşılaştıklarında kaçmanın zor olabileceğini ve panik benzeri durumlarla karşılaşabileceklerini düşündükleri için bu tür ortamlardan kaçınma eğilimine girmektedirler. Kaygıları genellikle gerçek tehlikeye orantısızdır ve bu durum, kişinin yaşamını olumsuz etkileyerek sosyal, profesyonel ve kişisel işlevselliğini düşürebilmektedir (Rachman, 2004).

7.Yaygın Kaygı Bozukluğu

Yaygın Kaygı Bozukluğu (YKB), bireylerin uzun süreli ve aşırı kaygı hissettikleri bir durumdur. Bu bozukluk, genellikle en az altı ay süresince kişilerin günlük yaşamındaki çeşitli olaylarla, özellikle iş ve okul gibi sorumluluklarla ilgili olarak aşırı kaygı ve kuruntuların ortaya çıkması ile karakterizedir (Wells, 1995). Kaygı, çoğunlukla kişinin kontrolünden çıkar ve birey, kaygılarını denetim altına almakta zorlanır. Yaygın Kaygı Bozukluğuna sahip bireyler diğer kaygı bozukluğuna sahip bireylerdekinden farklı olarak neyin kaygı uyandırdığından bahsedebilmektedir ancak yaşadıkları kaygıyı kontrol altına alamamaktadırlar.

Yaygın Kaygı Bozukluğu, yalnızca sürekli bir kaygıyı değil, aynı zamanda bu kaygıya bağlı olarak gelişen fiziksel ve duygusal belirtileri de içerir. Kaygı ile birlikte huzursuzluk, kolay yorgunluk, dikkat toplama zorluğu, gerginlik, çabuk sinirlenme, kaslarda gerilme ve uyku problemleri gibi belirtiler sıklıkla yaşanmaktadır.

8.Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu

Bir madde veya ilacın etkisiyle gelişen kaygı bozukluğu, genellikle panik ataklar veya aşırı kaygı ile kendini gösteren bir durumdur. Bu bozukluk, kişinin madde kullanımına veya ilaç alımına bağlı olarak gelişir ve belirtiler, genellikle madde esrikliği veya yoksunluğu sırasında ortaya çıkmaktadır.

9.Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu

Fiziksel bir sağlık sorunu oluşan kaygı bozukluğu durumudur.

10. Tanımlanmış Kaygı Bozukluğu

Kaygı bozukluklarıyla ilgili belirtiler gösteren ancak bu belirtiler, tanı kümesindeki belirli bir kaygı bozukluğunun tanı ölçütlerini tam olarak karşılamadığı durumları tanımlamak için kullanılmaktadır. Bu bozukluk, kişinin yaşamını olumsuz yönde etkileyerek kaygı belirtilerine yol açar ve toplumsal, iş veya diğer işlevsellik alanlarında belirgin bir sıkıntı yaratmaktadır.

11. Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu

Kaygı bozuklukları, depresyonla sıklıkla birlikte görülebilen durumlar arasında yer almaktadır. Depresyonun temel belirtileri arasında umutsuzluk, ilgi kaybı ve değersizlik duyguları bulunurken, kaygı bozuklukları genellikle aşırı korku, endişe ve belirsizlikle tanımlanmıştır. Bu iki bozukluğun bir arada görülmesi, semptomların birbirini şiddetlendirmesine yol açarak bireyin ruh halini karmaşık hale getirmektedir. Depresif bir kişi, kaygı yaratmayan durumlarla bile aşırı endişe duyması depresyonun şiddetini artırabilmektedir (Fava et al., 2008).

Bu bağlam da depresyon ve anksiyetenin bir arada görüldüğü durumlar da tedavi süreci daha da karmaşık bir hale gelmektedir. Depresyonun özünü oluşturan umutsuzluk, enerji kaybı ve değersizlik duyguları, anksiyeteye birleştiğinde bireyin duygu durumunu daha da olumsuz etkiler. Anksiyete ise, kaygı, korku ve belirsizlikle ilgili endişelerle karakterize olduğu için,

depresyonla birleştğinde semptomların şiddeti artabilmektedir. Bu nedenle, bu iki bozukluğu hedef alan psikoterapötik yaklaşımlar oldukça önemlidir.

Bilişsel-davranışçı terapi (BDT), depresyon ve anksiyete ile ilgili en çok uygulanan psikoterapötik yaklaşımlardan biridir. BDT, bireylerin olumsuz düşünce kalıplarını fark etmelerini ve bu düşünceleri daha sağlıklı, gerçekçi biçimde yeniden yapılandırmalarını sağlar. Depresif ve anksiyeteli bireyler, genellikle kendileri, çevreleri ve gelecekle ilgili olumsuz ve çarpıtılmış düşüncelere sahip olabilirler. BDT, bu düşünce çarpıtmalarını değiştirmeye çalışarak, bireylerin daha esnek bir düşünme biçimi geliştirmelerine yardımcı olur. BDT'nin temel hedefi, bireylerin stresli durumlarla baş etme becerilerini geliştirmek ve duygusal tepkilerini yönetmelerini sağlamaktır (Beck, 1976).

Bir diğer önemli yaklaşım ise, kabul ve kararlılık terapisi olarak bilinir. ACT, bireylerin duygusal zorluklarla başa çıkabilmesi için duygularını ve düşüncelerini reddetmek yerine, onları kabul etmeyi öğretir. Bu terapi, depresyon ve anksiyeteye odaklanan bir yaklaşımdan ziyade, bireylerin değerlerine uygun bir yaşam sürmelerini teşvik eder. Kabul ve kararlılık terapisi, bireylerin olumsuz duyguları, düşünceleri ve kaygıları kabul ederek bu duygularla mücadele etmek yerine, onlarla birlikte yaşamayı öğrenmelerini amaçlar niteliktedir. Bu süreç, bireylerin yaşamlarındaki kontrolü artırmalarını ve daha sağlıklı bir şekilde başa çıkmalarını sağlar (Hayes, 2004).

Depresyon ve anksiyetenin tedavisinde önemli bir başka terapi yaklaşımı ise duygu düzenleme terapileridir. Bu terapiler, bireylerin duygusal yanıtlarını daha verimli bir şekilde kontrol etmelerini sağlamaktadır. Depresif bireyler genellikle duygusal yoğunluklarını yönetmede güçlük çekmeleri kaygı seviyelerini artırmaktadır. Duygu düzenleme terapileri, bireylerin aşırı kaygı ve endişe gibi olumsuz duygusal durumlarla başa çıkmalarına yönelik teknikler sunmaktadır. Bu terapilerin amacı, bireylerin olumsuz duygusal durumlarını daha sağlıklı bir şekilde işlemeleri ve bu duygusal tepkilerle uyum içinde yaşamayı öğrenmeleridir. Terapiler, bireylerin kendilerine ve çevrelerine daha gerçekçi bir bakış açısı geliştirmelerini, böylece kaygıyı ve depresyonu yönetmelerini sağlayacaktır.

Depresyon ve anksiyete (kaygı) bozukluğu bağlamında yapılan bu incelemenin amacı da bu iki ruhsal bozukluğun bir arada görüldüğünde birey üzerinde yarattığı etkiyi anlamak ve tedavi süreçlerine dair önerilerde bulunmaktır. Depresyon ve anksiyetenin birbirini tetikleyen özellikleri, bireylerin genel ruh halini derinden etkilemektedir. Kaygı, depresif semptomları şiddetlendirebilir, bu da bireylerin normal işlevselliğini daha da bozmaktadır. Bu inceleme, depresyonun anksiyeteye nasıl etkileşimde bulunduğunu, semptomların birbiriyle nasıl örtüştüğünü ve bu durumun tedavi sürecine olan etkilerini ele almayı hedeflemektedir. Aynı zamanda, depresyon ve anksiyetenin birlikte tedavi edilmesinde en etkili yöntemlere dair bir değerlendirme yaparak, bu karmaşık durumların yönetimi konusunda bilgi sunmayı amaçlar niteliktedir.

2.YÖNTEM

Depresyon ve anksiyete bozukluklarının etkileşimi üzerine yapılan incelemede, doküman analizi yöntemi kullanılması hedeflenmiştir. Doküman analizi, yazılı materyallerin sistematik bir şekilde incelenerek belirli temaların ve eğilimlerin ortaya konmasını amaçlayan nitel bir araştırma yöntemidir (Bowen, 2009). Bu yöntem, psikolojik ve sosyo-kültürel araştırmalar gibi pek çok alanda yaygın olarak kullanılmaktadır (Creswell, 2014). Araştırmanın amacı, depresyon ve anksiyetenin bir arada görüldüğü durumları daha iyi anlamak ve bu iki bozukluğun semptomlarını, tedavi yöntemlerini incelemektir.

Bu inceleme dört ana süreçten oluşmaktadır. İlk süreç, veri toplama aşamasıdır. Bu aşamada depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine yazılmış çeşitli akademik makaleler ve literatür taramaları toplanmıştır (Taylor & Francis, 2017). İkinci aşama, bu verilerin sistematik bir şekilde kodlanmasıdır. Burada, depresyon ve anksiyete arasındaki ilişkiyi anlamaya yönelik temalar belirlenmiştir (Silverman, 2016). Üçüncü aşama, analiz kısmıdır. Bu aşamada, elde edilen veriler kapsamında depresyon ile kaygı arasındaki dinamikler ve birbirlerini nasıl pekiştirdiği üzerine bir içerik analizi yapılmıştır (Braun & Clarke, 2006). Son aşama ise, elde edilen bulguların sonuç kısmında sunulmasıdır. Bu kısımda, depresyon ve anksiyetenin birleşik etkilerinin tedavi stratejileri ve ruhsal iyileşme üzerindeki etkilerine dair bir değerlendirme yapılmıştır (Hofmann, 2012).

2.1.

Tablo 1: Depresyon ve Anksiyete Üzerine Yapılan Araştırmaların Kapsamı ve İnceleme Yöntemleri

Çalışmanın Başlığı	Yöntem	İncelenen Konu	Anahtar Bulgular	Kaynak
Depresyon ve Anksiyete Arasındaki İlişki	Doküman Analizi	Depresyon ve anksiyetenin birbirini nasıl etkilediği	Depresyon, anksiyete semptomlarını arttırmaktadır.	Thompson & ark., 2019
Depresyon ve Anksiyetenin Ortak Belirtileri	Doküman Analizi	Depresyon ve anksiyetenin ortak belirtileri	Depresyon ve anksiyetenin belirtileri birbirini güçlendirir.	Gray, 2018
Depresyon ve Kaygı Bozuklukları Arasındaki Bağlantılar	Doküman Analizi	Depresyon ve kaygı arasındaki ilişki ve etkileşimler	Depresyonun kaygıyı tetiklediği, gözlemlenmiştir.	Fava et al., 2008
Anksiyete ve Depresyonun Psikoterapötik Yaklaşımları	Doküman Analizi	Depresyon ve anksiyetede psikoterapötik yaklaşımların rolü	BDT, her iki bozukluğun tedavisinde etkin olduğu bulunmuştur.	Beck & Dozois, 2014
Depresyon ve Anksiyetenin Etkileşimleri ve Stratejiler	Doküman Analizi	Depresyon ve anksiyeteye yönelik başa çıkma stratejileri	Etkili başa çıkma stratejileri, semptomları hafifletmektedir.	Harris & Mitchell, 2020

Etik açıdan, bu çalışmada yalnızca literatür taramaları ve daha önce yayımlanmış akademik kaynaklardan yararlanıldığından, etik onay alınmasına gerek yoktur. Çalışmada yer alan belgeler, kamuya açık kaynaklardan alınmış olup, etik olarak izne ihtiyaç duyulmamaktadır.

Sonuç olarak, bu çalışmada depresyon ve anksiyetenin nasıl iç içe geçmiş bozukluklar olduğuna dair elde edilen bulgular, psikoterapötik yaklaşımların etkinliğini değerlendirme ve her iki bozuklukla başa çıkmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesine olanak tanımaktadır.

3. BULGULAR

Depresyon, duygusal, bilişsel ve davranışsal düzeyde önemli bozulmalarla karakterize edilen yaygın bir zihinsel sağlık sorunudur. Bu rahatsızlık, bireylerin dünya, kendilik ve gelecek hakkında karamsar düşünceler geliştirmelerine yol açarak hayatlarını olumsuz şekilde etkilemektedir. Depresyonun biyolojik, psikolojik ve çevresel birçok nedeni olabilmekle birlikte, bu durumu anlamada bilişsel süreçlerin rolü de önemli bir yer tutmaktadır. Depresif bireyler, olayları yanlış şekilde algılayarak kendilerini değersiz ve yetersiz görürler, ayrıca geleceğe dair büyük bir umutsuzluk taşırlar.

3.1. Bilişsel Kuram

Depresyonun bilişsel temellerini açıklamada ise Bilişsel Kuram oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Bu kurama göre, depresyonun gelişiminde bireylerin olumsuz düşünce kalıpları ve içsel değerlendirmeleri belirleyici bir rol oynamıştır. Bilişsel kuramın önde gelen isimlerinden biri olan Aaron T. Beck, depresyonu yalnızca dışsal faktörlere bağlamak yerine, bireylerin olumsuz düşünce biçimlerinin bu durumu nasıl derinleştirdiğini vurgulamıştır. Beck'e göre, depresyonlu bireylerin sahip olduğu olumsuz düşünceler, onların dünya, kendilik ve geleceğe yönelik bakış açılarını şekillendirmektedir. Bu olumsuz düşünceler, kişilerin içsel değerlendirmelerinde büyük çarpıtmaları ve yanlış anlamaları oluşturur.

260

Beck'in geliştirdiği Bilişsel Triad (Bilişsel Üçlü) modeli, depresyonlu bireylerin dünya, kendilik ve gelecek hakkındaki olumsuz inançlarını açıklamada önemli bir araçtır. Beck'e göre bu üç temel alan şu şekildedir:

1.Kendilik Algısı: Depresyonlu bireyler, kendilerini değersiz, yetersiz ve başarısız olarak görürler. İçsel değerlendirmeleri, genellikle kendilerine olan olumsuz bakış açılarından beslenir. Kendilik algısındaki bu bozulmalar, duygusal çöküşü ve karamsar bir dünya görüşünü pekiştirmektedir.

2.Dünya Algısı: Depresif bireyler, dış dünyayı çoğunlukla olumsuz bir çerçeveden değerlendirirler. Olan biten her şeyin, olumsuz bir şekilde şekilleneceğini düşünmektedirler. Dünyanın sürekli bir hayal kırıklığı ve zorluklar yeri olduğuna dair inançlar geliştirmişlerdir. Depresif bakış açısı, dünyanın tüm yönlerini karamsar bir şekilde algılamalarına neden olmaktadır.

3.Gelecek Algısı: Depresyonlu bireylerin, gelecekle ilgili karamsar ve umutsuz bir bakış açıları vardır. Depresyon, bireylerin gelecekteki potansiyel fırsatları değerlendirme becerilerini engeller niteliktedir. Geleceğe dair inançları, genellikle tüm olasılıkların negatif yönde gelişeceği şeklindedir. Bu, kişilerin yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde hiçbir şeyin değişmeyeceği inancını taşımalarına yol açmıştır. Geleceği karanlık bir şekilde görmek, depresyonun tedavi sürecini daha da zorlaştırabilmektedir.

Beck'e göre, bu üç temel alan arasındaki olumsuz inançlar birbirini güçlendirmiş ve depresyonu pekiştiren bir kısır döngü oluşturmuştur. Kendilik algısındaki olumsuzluklar, dünyanın ve geleceğin de olumsuz bir şekilde değerlendirilmesine yol açmıştır. Bu süreçte, bireyler

depresyonun etkisiyle dünya ve kendileri hakkında daha fazla olumsuz düşünce geliştirirler ve bu da depresyonu önemli ölçüde derinleştirmektedir.

3.2. Terapistin Rolü

Depresyon ve anksiyete ile çalışmada terapistin temel rolü, bireyin olumsuz düşünce kalıplarını fark etmesine, duygusal düzenleme becerileri geliştirmesine ve psikolojik esneklik kazanmasına yardımcı olmaktır. Terapist, danışanın zihinsel çarpıtmalarını ve kaçınma davranışlarını ele alarak, daha sağlıklı başa çıkma mekanizmaları geliştirmesine rehberlik eder. Bu süreçte, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) ve Duygu Düzenleme Terapileri gibi bilimsel temelli yaklaşımlar kullanılmaktadır.

BDT çerçevesinde terapist, danışanın olumsuz düşüncelerini tanımlamasına ve bu düşünceleri daha gerçekçi ve işlevsel olanlarla değiştirmesine yardımcı olur (Beck, 1976). Bu süreçte terapist, danışana bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri öğretirken, depresyon ve anksiyeteye neden olan düşünce kalıplarını değiştirmeyi hedefler.

Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) bağlamında ise terapist, danışanın zorlayıcı duygu ve düşüncelerle savaşmak yerine onlarla daha sağlıklı bir ilişki kurmasını destekler (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Terapist, danışanın değerlerine uygun hareket etmesine rehberlik ederek psikolojik esneklik kazanmasına yardımcı olur.

Duygu Düzenleme Terapileri kapsamında ise terapist, danışanın duygularını tanıması, anlaması ve düzenlemesi için gerekli becerileri öğretir. Özellikle yoğun anksiyete ve depresyon semptomları yaşayan bireyler için, terapist güvenli bir ortam sağlayarak danışanın duygusal farkındalığını ve başa çıkma becerilerini geliştirmesine destek olur (Gross, 2002).

Genel olarak terapist, bireyin içgörü kazanmasına, olumsuz düşünce ve duygu döngülerini fark etmesine ve daha sağlıklı düşünme ve davranış biçimleri geliştirmesine rehberlik eden bir rol üstlenmektedir.

261

3.3. Terapinin Amacı

Depresyon ve anksiyete bozukluklarında terapinin temel amacı, bireylerin olumsuz düşünce kalıplarını değiştirmelerine, duygu düzenleme becerilerini geliştirmelerine ve psikolojik esneklik kazanmalarına yardımcı olmaktır. Bu doğrultuda kullanılan Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) ve Duygu Düzenleme Terapileri, farklı teknikler kullanarak bireyin ruhsal iyi oluşunu artırmayı hedeflemektedir.

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), bireyin otomatikleşmiş olumsuz düşüncelerini fark etmesini, bu düşünceleri daha gerçekçi ve işlevsel olanlarla değiştirmesini amaçlamaktadır. BDT, depresyon ve anksiyetede yaygın olan bilişsel çarpıtmaların (örneğin, aşırı genelleme, felaketleştirme ya hep ya hiç düşünme) fark edilmesini ve düzeltilmesini sağlar (Beck, 1976). Bu sayede birey, olaylara karşı daha sağlıklı bakış açıları geliştirerek duygusal tepkilerini düzenleyebilecektir.

Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT), bireyin istenmeyen düşüncelerle savaşmak yerine, bu düşünceleri benimseyerek onların yaşam üzerindeki etkisini azaltmasını amaçlamaktadır. ACT'nin temel hedeflerinden biri, bireyin psikolojik esneklik kazanmasını sağlamaktır. Bu yaklaşım, bireyin değerleri doğrultusunda hareket edebilmesi için mevcut sıkıntılarıyla başa çıkma becerilerini geliştirmesine yardımcı olur (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Özellikle anksiyete bozukluklarında, bireyin kaygılı düşüncelerle savaşmayı bırakıp bu düşünceleri kabullenmesi ve onlarla birlikte yaşamayı öğrenmesi sağlanır.

Duygu Düzenleme Terapilerinde ise durum, bireyin duygularını tanımasını, anlamlandırmasını ve sağlıklı bir şekilde yönetmesini hedeflemektedir. Depresyon ve anksiyete yaşayan bireyler

genellikle duygularını bastırma, aşırı yoğun yaşama veya uygun olmayan yollarla ifade etme eğiliminde olabilirler. Bu terapiler, bireyin duygusal farkındalığını artırarak, duygu düzenleme becerilerini geliştirmesine yardımcı olacaktır (Gross, 2002). Duygularını daha sağlıklı bir şekilde yönetebilen bireyler, depresyon ve anksiyetenin etkilerini azaltarak daha dengeli bir ruh hali geliştirebilirler.

Sonuç olarak, bu terapiler depresyon ve anksiyete bozukluklarında bireyin düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını düzenlemesine yardımcı olarak psikolojik iyi oluşu destekler niteliktedir. Terapinin nihai amacı, bireyin işlevselliğini artırarak daha sağlıklı ve tatmin edici bir yaşam sürmesini sağlamaktır.

3.4. Terapide Kullanılan Teknikler

Depresyon ve anksiyete tedavisinde kullanılan terapi teknikleri, bireyin bilişsel çarpıtmalarını fark etmesini, duygularını düzenlemesini ve işlevsel başa çıkma stratejileri geliştirmesini amaçlamaktadır.

- **Düşünce Günlüğü Tutma:** Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) kapsamında kullanılan bu teknik, bireylerin olumsuz otomatik düşüncelerini fark etmelerine ve değerlendirmelerine yardımcı olmaktadır. Danışanlardan, gün içinde ortaya çıkan olumsuz düşüncelerini ve bunların nasıl bir duygu ve davranışa yol açtığını yazmaları istenir. Daha sonra bu düşünceler, terapist rehberliğinde daha işlevsel hale getirilir (Beck, 1976).

- **Bilişsel Çarpıtmaları Tanıma ve Değiştirme:** Depresif ve kaygılı bireylerde sıkça görülen aşırı genelleme, felaketleştirme veya ya hep ya hiç düşünme gibi bilişsel çarpıtmaların fark edilmesini sağlar. Terapist, bireyin düşünce sürecindeki olumsuz kalıpları belirlemesine yardımcı olur ve bunları daha gerçekçi düşüncelerle değiştirmesi için yeniden yapılandırma çalışmaları yapar (Burns, 1980).

- **Duygu Etiketleme:** Duygu Düzenleme Terapisi kapsamında kullanılan bu teknik, bireyin yaşadığı duyguları fark etmesini ve bunları doğru bir şekilde adlandırmasını sağlamayı amaçlamaktadır. Depresyon ve anksiyetede sıkça görülen belirsiz ve baskılanmış duyguların tanımlanması, bireyin bu duygularla başa çıkmasını kolaylaştırır. Terapist, danışanın hissettiği duyguları daha net tanımlayabilmesi için duygu kelime dağarcığını genişletmesine yardımcı olur ve danışana duygularını ifade etme konusunda rehberlik etmektedir (Linehan, 1993).

- **Maruz Bırakma Çalışmaları:** Anksiyete bozukluklarında yaygın olarak kullanılan bu teknik, bireyin korku duyduğu uyaranlarla güvenli bir şekilde karşılaşmasını sağlar. Aşamalı maruz bırakma yöntemiyle, birey öncelikle düşük kaygı yaratan durumlarla yüzleşir ve zamanla daha yoğun kaygı uyandıran durumlara maruz bırakılarak anksiyetesini kontrol etmeyi öğrenir (Foa & Kozak, 1986).

- **Bilinçli Farkındalık (Mindfulness) Egzersizleri:** Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) içinde kullanılan bu teknik, bireyin düşüncelerini ve duygularını olduğu gibi kabul etmesini ve onlarla mücadele etmek yerine gözlemlemesini sağlar. Danışana nefes egzersizleri, farkındalık meditasyonu ve duygusal odaklanma çalışmaları yaptırılarak stres seviyesinin düşürülmesi ve kaygının azaltılması amaçlanmaktadır (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

- **Davranışsal Aktivasyon:** Depresif bireylerde görülen kaçınma ve ilgisizlik davranışlarını azaltmayı hedeflemektedir. Terapist, bireyin hoşlandığı veya önceden keyif aldığı aktiviteleri listelemesini sağlayarak bu aktiviteleri günlük rutine entegre etmek için bir plan oluşturur. Böylece bireyin motivasyonu artar ve depresif belirtiler hafifletilmiş olur (Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2010).

Bu teknikler, bireyin olumsuz düşünce kalıplarını değiştirmesine, duygu düzenleme becerilerini geliştirmesine ve sağlıklı başa çıkma stratejileri oluşturmaya yardımcı olmaktadır.

3.5. Depresyon ve Anksiyete (Kaygı) Bozukluğu Üzerine Yapılan Araştırmalar

Depresyon ve anksiyete, dünya genelinde en yaygın görülen psikolojik rahatsızlıklar arasında yer almakta ve bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir. Araştırmalar, bu iki bozukluğun sıklıkla birlikte görüldüğünü ve ortak risk faktörlerine sahip olduğunu göstermektedir (Kessler ve ark., 2005). Depresyon, bireyin kendine yönelik olumsuz inançları ve umutsuzluk duygularıyla karakterize edilirken; anksiyete bozukluğu ise sürekli bir tehdit algısı, aşırı endişe ve kaçınma davranışlarıyla kendini göstermektedir (Beck, 1976).

Bilişsel Kuram çerçevesinde yapılan çalışmalar, depresyonlu bireylerin otomatik olumsuz düşüncelere sahip olduğunu ve bu düşüncelerin aşırı genelleme, seçici soyutlama ve felaketleştirme gibi bilişsel çarpıtmalara dayandığını göstermektedir (Beck, 1967). Örneğin, Alloy ve Abramson (1979) tarafından yürütülen bir çalışmada, depresif bireylerin geleceğe dair değerlendirmelerinde daha fazla karamsarlık gösterdiği ve olayları daha negatif yorumladığı bulunmuştur. Benzer şekilde, anksiyete bozukluğu olan bireylerin de olayları tehdit edici algılama eğiliminde olduğu ve olumsuz sonuçları abarttığı belirlenmiştir (Clark & Beck, 2010).

Anksiyete bozuklukları üzerine yapılan araştırmalarda ise, bireylerin belirsizlik karşısında yüksek düzeyde kaygı yaşadığını ve bu durumun kaçınma davranışlarıyla pekiştirildiğini ortaya koymaktadır. Dugas ve ark. (1998) tarafından yürütülen çalışmada, belirsizliğe tahammülsüzlüğün (Intolerance of Uncertainty) anksiyete bozukluklarında merkezi bir rol oynadığı gösterilmiştir. Anksiyete düzeyi yüksek bireyler, olası en kötü senaryoları öngörerek kaygı düzeylerini artırmakta ve bu kaygıyı azaltmak için güvenlik davranışları sergileyerek günlük işlevselliklerini kısıtlamaktadırlar.

Depresyon ve anksiyete bozukluklarının belirlenmesi ve değerlendirilmesi için çeşitli psikometrik testler geliştirilmiştir. Bu testler, bireylerin ruhsal durumlarını nesnel bir şekilde ölçmeyi sağlarken, aynı zamanda klinik teşhis ve terapi süreçlerinde terapistlere rehberlik etmektedir.

Bu bağlamda, Beck Depresyon Envanteri (BDI), depresyon belirtilerini ölçmek için en yaygın kullanılan ölçeklerden biridir. Aaron T. Beck tarafından geliştirilen bu ölçek, bireylerin depresif duygu durumlarını, olumsuz bilişsel süreçlerini ve fiziksel belirtilerini değerlendirmektedir (Beck, Steer & Brown, 1996). Yapılan araştırmalar, BDI'nin hem klinik hem de araştırma ortamlarında yüksek düzeyde geçerlilik ve güvenilirlik sunduğunu göstermektedir (Hisli, 1988).

Benzer şekilde, Beck Anksiyete Envanteri (BAI) de bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerini ölçmek için kullanılan etkili bir araçtır. BAI, anksiyetenin bilişsel, duygusal ve fizyolojik yönlerini değerlendiren 21 maddeden oluşur ve depresyondan farklı olarak daha çok kaygıya özgü belirtileri ele alır (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988). Ulusoy'un (1993) yaptığı çalışmalara göre, BAI'nin Türk kültürüne uyarlanmış versiyonu da klinik değerlendirmelerde güvenilir bir şekilde kullanılabilir.

Bunun yanı sıra, depresyon ve anksiyetenin kişilik temelli değerlendirilmesinde Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI-2) gibi daha geniş kapsamlı ölçüm araçları da kullanılmaktadır. MMPI-2, bireylerin psikolojik durumlarını çok yönlü olarak değerlendiren ve 567 sorudan oluşan yapılandırılmış bir envanterdir. Depresyon, anksiyete, obsesif-kompulsif belirtiler gibi birçok psikopatolojik durumu ölçmede etkili olduğu çeşitli çalışmalarla desteklenmiştir (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Kaemmer, 1989).

Bu testler, depresyon ve anksiyete belirtilerini değerlendirme sürecinde bilimsel ve objektif bir temel sunarak, terapistlerin bireylere uygun müdahale planları oluşturmalarına yardımcı

olmaktadır. Özellikle, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ve Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) gibi terapötik yaklaşımlar, bu değerlendirme süreçleri etkisinde şekillenmekte ve bireylerin tedavi sürecindeki ilerlemelerini ölçmek için tekrar tekrar uygulanabilmektedir.

Son yıllarda yapılan nörobiyolojik araştırmalar ise, depresyon ve anksiyetenin yalnızca bilişsel çarpıtmalardan değil, aynı zamanda beyin kimyasındaki değişimlerden de kaynaklandığını göstermektedir. fMRI ve PET taramalarıyla yapılan çalışmalar, depresyon ve anksiyete bozuklukları olan bireylerde amigdala aktivitesinin arttığını, ancak prefrontal korteksin duygu düzenleme işlevinin azaldığını göstermektedir (Etkin & Wager, 2007). Bu bulgular, terapi süreçlerinde duygu düzenleme tekniklerinin neden önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Tedavi süreçlerine yönelik yapılan araştırmalarda ise, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)'nin hem depresyon hem de anksiyete bozukluklarının tedavisinde en etkili yöntemlerden biri olduğunu göstermektedir. Butler ve ark. (2006) tarafından yürütülen bir meta-analiz araştırmasında, BDT'nin depresyon ve anksiyete semptomlarını azaltmada güçlü ve kalıcı etkiler yarattığı saptanmıştır. Özellikle bilişsel yeniden yapılandırma tekniklerinin bireylerin olumsuz düşünce kalıplarını değiştirmede etkili olduğu gösterilmiştir.

Bunun yanı sıra, son yıllarda Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) ve Duygu Düzenleme Terapileri gibi yaklaşımlar da depresyon ve anksiyete bozukluklarının tedavisinde etkili bulunmuştur (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Örneğin, A-Tjak ve ark. (2015) tarafından yürütülen bir meta-analiz araştırması, ACT'nin depresyon ve anksiyete belirtilerini azaltmada klasik BDT'ye benzer düzeyde etkili olduğunu göstermektedir. Duygu düzenleme odaklı terapilerde ise bireylerin olumsuz duygularını daha sağlıklı bir şekilde işlemesine yardımcı olan teknikler ön plandadır (Berkling & Whitley, 2014).

Yapılan araştırmalar, depresyon ve anksiyetenin bireylerin bilişsel süreçleri, duygusal düzenleme mekanizmaları ve nörobiyolojik işleyişiyle doğrudan ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Depresif bireylerin geleceğe dair umutsuzluk taşıması ve bilişsel çarpıtmalara sahip olması, anksiyeteli bireylerin ise tehdit algısının yüksek olması ve belirsizliğe tahammülsüzlük göstermesi, bu bozuklukların temel dinamikleri arasında yer almaktadır. Klinik değerlendirmelerde Beck Depresyon Envanteri, Beck Anksiyete Envanteri ve MMPI gibi ölçekler yaygın olarak kullanılmakta olup, beyin görüntüleme çalışmaları da bu bozuklukların nörobiyolojik temellerini desteklemektedir.

Tedavi süreçlerinde Bilişsel Davranışçı Terapi, Kabul ve Kararlılık Terapisi ve Duygu Düzenleme Terapileri gibi yöntemlerin etkili olduğu gösterilmiştir. Özellikle bilişsel yeniden yapılandırma ve farkındalık temelli tekniklerin, bireylerin ruh sağlığını iyileştirmede önemli bir rol oynadığı yapılan meta-analiz çalışmalarıyla desteklenmektedir.

Bu bağlamda depresyon ve anksiyetenin yalnızca bireylerin ruhsal sağlığı üzerinde değil, aynı zamanda toplumsal düzeyde de etkileri bulunmaktadır. Bu bozukluklar, bireylerin sosyal ilişkilerini zayıflatarak, iş ve günlük yaşamlarında verimlilik kayıplarına yol açmaktadır. Ayrıca, depresyon ve anksiyetenin, bireylerin toplumsal uyumunu ve psikolojik esnekliklerini olumsuz şekilde etkilemesi, daha geniş toplumsal sorunlara da zemin hazırlamaktadır. Bu sebeple, depresyon ve anksiyete tedavilerine yönelik daha kapsamlı yaklaşımların benimsenmesi gereklidir. Bu tür rahatsızlıkların toplumsal etkilerinin en aza indirilebilmesi için, bu konularda yapılan araştırmaların ve geliştirilmiş müdahale stratejilerinin toplumsal sağlık açısından büyük önem taşımaktadır.

4. SONUÇ

Depresyon, bir kişinin duygu durumunu, düşüncelerini ve davranışlarını derinden etkileyen, genellikle uzun süreli bir ruhsal bozukluktur. Depresyonun belirtileri arasında sürekli üzgün hissetme, ilgi kaybı, halsizlik, umutsuzluk, uyku düzensizlikleri ve konsantrasyon güçlükleri yer almaktadır. Depresyon, yalnızca bireysel anlamda kişiyi etkilemekle kalmaz, aynı zamanda kişisel ilişkileri ve günlük yaşamı da olumsuz bir şekilde etkilemektedir. Anksiyete ile sıkça ilişkilendirilen depresyon, düşüncelerin aşırı karamsarlıkla dolmasına ve bireyin kendini değersiz hissetmesine yol açmaktadır.

Bu çalışmada, depresyonu ve anksiyeteyi birbiriyle etkileşim halinde olmasına bakılarak, bu iki bozukluğun birlikte görüldüğünde bireylerin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemek amaçlanmıştır. Bu çalışma, depresyonun anksiyeteye nasıl iç içe geçtiğini ve bu etkileşimin bireylerin psikolojik sağlığı üzerindeki olumsuz sonuçlarını nasıl pekiştirdiğini anlamayı hedeflemiştir. Depresyon ve anksiyetenin birlikte ortaya çıktığı durumlar, bireyler üzerinde önemli psikolojik zorluklar yaratmaktadır. Yapılan araştırmalar, depresyonun sıklıkla anksiyeteyi tetiklediğini ve anksiyeteyi deneyimleyen bireylerin depresyona daha yatkın olduklarını ortaya koymaktadır. Bu bağlamda, depresyon ve anksiyetenin birbirini besleyen bir döngü oluşturduğuna dair bulgular elde edilmiştir. Anksiyete, bireylerin geleceğe yönelik kaygılarını artırarak depresyon belirtilerinin şiddetini derinleştirirken, depresyon ise bireyin motivasyonunu düşürerek anksiyetenin daha da kötüleşmesine zemin hazırlamaktadır. Bu çalışmada, depresyon ve anksiyete arasındaki etkileşim, depresyonun anksiyete perspektifinden nasıl evrildiği dikkate alınarak ele alınmıştır. Sonuç olarak, depresyon ve anksiyetenin birbirleriyle sıkı bir ilişki içinde etkileşimde olduğu ve her iki durumun da bireylerin genel ruhsal sağlıkları üzerinde kalıcı ve derin etkiler yarattığı gözlemlenmiştir. Bu bağlamda, depresyon ve anksiyetenin birlikte var olduğu durumlarda, bu iki bozukluğun birbirini nasıl pekiştirdiği ve etkileşimde bulunduğu açıkça ortaya konulmuştur.

265

Yapılan bu analiz, depresyon ve anksiyetenin etkileşimini daha iyi anlamaya yönelik önemli bir katkı sağlamak ve klinik psikoloji alanındaki tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine ilişkin değerli veriler sunmaktadır. Ayrıca, bu tür çalışmaların, psikoterapi ve psikolojik destek süreçlerine dair yeni yaklaşımlar ve uygulamalar geliştirilmesine yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Bu araştırmalar, terapi alanındaki profesyonellere, özellikle depresyon ve anksiyete gibi karmaşık psikolojik sorunlarla çalışan terapistlere fayda sağlayacağı öngörülmektedir. Ayrıca, bu tür çalışmaların artması, depresyon ve anksiyeteye ilgili daha kapsamlı ve bütüncül bir tedavi yaklaşımının oluşturulmasına olanak tanıyabilir. Sonuç olarak, depresyon ve anksiyete üzerine yapılan araştırmaların, tedavi süreçlerinde bireylere daha etkili ve kişiselleştirilmiş çözümler sunmak için temel veriler sağlayabileceği düşünülmüştür. Bununla birlikte, toplumda depresyon ve anksiyeteye dair daha fazla farkındalık yaratılması, bireylerin bu tür psikolojik zorluklarla baş etme becerilerini geliştirmelerine olanak tanıyacağı düşünülmüştür.

5. KAYNAKLAR

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

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

Craske, M. G. (2003). Origins of panic disorder and its treatment: A cognitive-behavioral approach. Guilford Press.

- Dixon, R. (2000). *The role of religion in mental health care*. Cambridge University Press.
- Fava, G. A., et al. (2008). Depression and anxiety in the general population: Diagnostic overlap and the role of co-morbidity in clinical outcomes. *The British Journal of Psychiatry*, 192(4), 254-259.
- Freud, S. (1926). The problem of anxiety. *SE*, 20, 131-138.
- Hayes, S. C. (2004). *Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behavior change*. Guilford Press.
- Heimberg, R. G. (1995). The nature and treatment of social phobia: A cognitive-behavioral perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56(Suppl), 24-30.
- Kessler, R. C., et al. (2009). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Marks, M. R., & Telch, M. J. (1996). The role of conditioning in the etiology of specific phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(3), 499-509.
- Muris, P., et al. (2012). Selective mutism: A review and research agenda. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(2), 98-112.
- Rachman, S. (2004). Agoraphobia: The psychological theory of its development and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 42(4), 433-452.
- Seneca. (2015). *On the shortness of life* (C. D. Yonge, Trans.). CreateSpace Independent Publishing Platform.
- Schneier, F. R. (1992). Social phobia: Epidemiology and the overlap with depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(Suppl), 35-40.
- Stein, M. B., et al. (2002). Neurobiology of anxiety disorders: A review of the literature. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(9), 43-54.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33(11), 1235-1250.
- Bowen, G. A. (2009). Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27-40. <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- Hofmann, S. G. (2012). Cognitive-behavioral therapy for depression and anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26(4), 394-399. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.26.4.394>
- Silverman, D. (2016). *Qualitative research* (4th ed.). SAGE Publications.
- Taylor & Francis. (2017). *Academic research on depression and anxiety*. Retrieved from <https://www.taylorandfrancis.com>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. K., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York: Plume.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)*. University of Minnesota Press.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and a program for research*. Routledge.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1998). Intolerance of uncertainty and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(3), 586-595.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation: A clinician's guide*. The Guilford Press.
- Tjak, J. L., Morina, N., Topper, M., van den Hout, M. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). The efficacy of acceptance and commitment therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(5), 460-470.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi*, 6(22), 118-122.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Berking, M., & Whitley, B. (2014). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Springer.
- Etkin, A., & Wager, T. D. (2007). Functional neuroimaging of anxiety: A meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *American Journal of Psychiatry*, 164(10), 1476-1488.
- Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (1979). Judgment of contingency in depressed and nondepressed students: Sadder but wiser? *Journal of Experimental Psychology: General*, 108(4), 441-485.

Article Arrival Date
Date

11.05.2025

Article Published

20.06.2025

KAYGI BOZUKLUĞUNUN BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ İLE TEDAVISI ÜZERİNE BİR OLGU SUNUMU

A CASE REPORT ON THE TREATMENT OF ANXIETY DISORDER WITH
COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY

Psikolog, Kardelen ÇAKAL¹, Doç. Dr. Meryem KARAZİZ²

¹Yakın Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Fakültesi, Klinik Psikoloji Bölümü, Lefkoşa-
KKTC, Orcid: <https://orcid.org/009-0009-7394-5092X>

²Yakın Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Fakültesi, Klinik Psikoloji Bölümü, Lefkoşa-
KKTC, Orcid: <https://orcid.org/000-0002-0085-612X>

Özet

Bu araştırmada DSM V kriterlerine göre danışanın kaygı bozukluğu semptomları yaşadığı tespit edilmiştir. Danışan 43 yaşında İzmir de yaşayan bir erkek çocuk annesidir. Eşi ile beraber yaşamaktadırlar. Danışanın babası emekli komiser annesi ise ev hanımıdır. 6 kardeşten en büyük çocuktur. İlaç firmasında çalışmaktadır. Yaşadığı endişe hali ve patronu ile çatışma nedeniyle tükenmişlik yakınmaktadır. Kaygı nedeniyle uykusuzluk, iştah problemleri gibi şikayetleri mevcut olduğu görülmüştür. L.M'nin "güçlü kadınlar mutsuzdur, her şeyi tam yapmasam kaygı hissederim gibi inançları mevcuttur. Danışan kaygı ve somatik problemlerden dolayı terapiye başvurmuştur. Danışana bilişsel davranışçı ekol uygulanmıştır. İlk seansta öz yaşam hikayesi alınmış ve bilişsel davranışçı ekol anlatılmıştır. Ekolün uygunluğu danışanda kabul görmüştür. Bilgilendirilmiş onam verilmiş ve bilimsel katkı yapılacağına yönelik izni alınmıştır. Beşinci seansta olumsuz otomatik düşünceler ve temel inançları değerlendirilmiş ve yeniden bilişsel yapılandırılmaya gidilmiştir. Tedavi sürecinde düzenli davranış teknikleri çalışılmış ve ödev verilmiştir. Dokuzuncu seans bitirme seansı olmuştur. 3 hafta sonraya kontrol için randevu verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kaygı bozukluğu, BDT, vaka, formülasyon

Abstract

In this study, it was determined that the client had anxiety disorder symptoms according to DSM V criteria. The client is a 43-year-old mother of a boy living in Izmir. They live with her husband. The client's father is a retired police officer and her mother is a housewife. She is the oldest child of 6 siblings. She works at a pharmaceutical company. She complains of burnout due to the anxiety she experiences and conflict with her boss. It was observed that she has complaints such as insomnia and appetite problems due to anxiety. L.M. has beliefs such as "strong women are unhappy, I feel anxious if I don't do everything right." The client applied to therapy due to anxiety and somatic problems. The cognitive behavioral school was applied to the client. In the first session, a biographical story was taken and the cognitive behavioral school was explained. The suitability of the school was accepted by the client. Informed

consent was given and permission was obtained for scientific contribution. In the fifth session, negative automatic thoughts and basic beliefs were evaluated and cognitive restructuring was carried out. Regular behavioral techniques were worked on and homework was given during the treatment process. The ninth session was the final session. An appointment was made for a check-up 3 weeks later.

Keywords: Anxiety disorder, CBT, case, formulation

Giriş

Kaygı yüksek düzeyde olan hastalıklardan birisi olmaktadır. Kaygı bozukluklarının endişe hali ile kara düşünmesine neden olan kaygıyı nitelendirmektedir. Kaygı bozukluğunu kişinin gündelik yaşamı içinde bir durumu ya da objeyi gereğinden fazla tehlikeli olarak görmektedir. Durum ya da objeden gereğinden çok endişelenme durumu olarak tanımlanmaktadır (Stahl, 2013).

Kaygı bozukluğu tanı kriterleri bakıldığında ise yoğun kaygı ve duyguları kontrol etmede güçlük yaşanmasını içermektedir. Minimum 6 ay süre ile aşağıdaki belirtilerden üç ya da daha çoğunun bulunması gerekmektedir. Bunlar; huzursuzluk, öfkeli, gerginlik, aşırı yorulma, konsantre eksikliği, bayılma, kas gerginliği ve uyku sorunları gibi belirtiler sıralanmaktadır (APA, 2013).

Kaygı ile ilgili araştırmalarda ülkemiz kapsamında yapılan güncel araştırmalara bakıldığında Andy Field'in korelasyon katsayısında kaygının yaygınlığı yüksek düzeyde bir ilişki olduğu tespit edilmektedir. Özellikle ergenlerde ve yetişkenlerde yoğun olarak yaşandığı gözlenmektedir (Tan vd.,2020).

Kaygı bozukluğunun epidemiyolojini belirlemek amaçlı çalışmalar incelendiği zaman ayakta tedavi alan danışanlar üzeri yapan çalışmalar yaygın görülen psikolojik rahatsızlıkların kaygı bozukluğu olarak belirlenmektedir. Bu araştırma da kaygı maddi durum, maddi durum, cinsiyet ve eğitim durumu sosyodemografik unsurlarla alakalı olduğu saptanmaktadır (Özcan vd.,2006).

Ülke çapında yapılan çalışmalarda yapılan katılımcılar anksiyete bozukluğunun bir senelik yaygınlığı % 20.9 iken yaşam boyu yaygınlığı % 21.7 olduğu saptanmaktadır (Gültekin ve Dereboy,2011).

1894 senesinde Freud kaygı nervozunu ortaya koymaktadır. Psikanalitik açıdan kaygıyı açıklamaktadır. Freud kaygıyı içgüdü olarak gelmekte olan tehlike durumunun algılanmasıyla meydana gelmektedir. Ego başarılı olamazsa anksiyete ortaya çıkmaktadır. Freud'un tanımlı psikolojik boyutları olarak ele almaktadır. Son 1980'lerde DSM 3 hastalık kategorisinde sınıflandırılmaktadır. Anksiyete bozuklukları başlığı kapsamında DSM 5 de birden fazla anksiyete bozuklukları tanımlanmaktadır (Kafes,2021).

Kaygı etiolojisindeki yaklaşımlara bakıldığında kültürel, biyolojik ve beceri eksikliği yaklaşımları ile göze çarptığı görülmektedir. Biyolojik yaklaşım ise kaygının kalıtım ya da genetik yoluyla meydana geldiğini ortaya atmaktadır. Kültürel yaklaşımda kaygı toplumun tutum biçimleri gibi kültürel unsurların belirlediğini savunmaktadır. Psikolojik yaklaşım davranışçı, bilişsel ve analitik yaklaşımla kuramlarını açıklamaktadır (Öztürk,2014).

Bilişsel davranışçı terapi düşünce, duygu ve davranış oluşumuna etkin düşünce içeriğini merkezde tutan terapi olarak tanımlanmaktadır. Bilişsel davranışçı terapi zihnin bilişsel yapısını ve süreci anlamlandırması ile işlevsiz olan düşüncelerin yerine zihinsel süreç becerilerinin öğrenilmesini amaçlanmaktadır (Silk vd., 2018).

Bireysel Bilişsel Davranışçı Terapi de ise grup, bilişsel davranışçı terapi ya da aileye ait formlara çok daha etkin olan yöntemler içinde değerlendirilmektedir. Bilişsel Davranışçı Terapi birden çok öğelerden oluşmaktadır. Bunlar; değerlendirme, psikoeğitim, başa çıkma becerileri “negatif otomatik düşünce içeriğinin olumlu ve yapıcı düşüncelerle problem çözme yöntemleri ile yer değiştirilmesi, maruz bırakma” gibi anksiyete seviyeleri alakalı olmaktadır (Öngider,2014).

BDT’nin geçmişten günümüze gelişimine bakıldığında 1950’lerde Aaron Temkin Beck tarafından ortaya atılmaktadır. İçgörüler 1980’lerde kuramın psikopatoloji anlayışını yaygınlığının geliştiği söylenmektedir. İlk başta depresyon tedavisi ile sınırlı kuram olarak ortaya çıkmaktadır. Bilişsel terapi 1980’lerde ilk sosyal fobi, panik bozukluk, OKB gibi kaygı rahatsızlıklarına yönelmiş ve 1980’lerin sonunda tedaviye yönelik kuramsal araştırmalarla devam etmektedir. 2000’lerde klinisyen ve akademisyene bilişsel terapiye ilgileri arttığı bilinmektedir. 2010’lerde Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler Derneği kurulmuş ve son halini almaktadır (Sharf, 2012).

Kaygı bozukluğunu bilişsel davranışçı terapi de ele alırken maruz bırakma sistematik duyarsızlaştırma bilişsel yeniden yapılandırma alıştırma teknikleri sosyal beceri eğitimi ev ödevleri farkındalık temelli bilişsel davranışçı terapi, grup terapisi uygulanabilmektedir (Ahi ve Yurtseven,2022).

Ele alınan bilgiler sonucunda tedavi edilemeyen kişilerin hayatı kötü etkilemektedir ve işlevselliği ve hayat standartları yeterince düşmektedir. Bu nedenle kaygı bozukluğu sahip olan bireylerin doğru yardımı almaları önem teşkil etmektedir (Tanyıl ve Bekiroğulları,2019).

Kaygı bozukluğu tedavi sürecinde diğer bir kaygı bozuklukları gibi psikoterapi, ilaç tedavisi , ve ilaç tedavisi ile psikoterapi birlikte yürütüldüğü zaman tedavi yaklaşımlarla mümkün olabilmektedir (Çıtak,2018).

Bu araştırmadaki olgu sunumu çocuğu, işi ve ailesi ile alakalı kaygı hali, iş odaklı stres, yalnızlık, tükenmişlik sendromu, uykusuzluk, yeme problemleri, aşırı düşünme sonucunda yaşadığı fizyolojik ve orta düzeyde yaşadığı kaygı durumu ile başvurmaktadır. Danışan ilk seansa sürekli oğlunun eğitim durumu, iş ile ilgili yaşadığı kaygı durumu her yere yetememekten dolayı kaygı duyması ve bundan dolayı fizyolojik belirtiler yaşadığı için yakınmaktadır. Danışanla beraber iş birliği içinde bilişsel davranışçı terapi yöntemi uygulanmaktadır. 43 yaşındaki kadın danışanla her seans 45 dakika olmak üzere haftada bir kez toplamda 10 seans danışan görülmüştür. Bu çalışma neticesinde danışana sözlü olarak bilgilendirilmiş onam verilmiş izini alınmıştır ve gizlilik ilkesi ele alınmıştır. Bilimsel alanda katkı sağlamak amacıyla paylaşılan bilgilerde danışanın rızası alınmıştır ve bilgisi kapsamındadır.

Yöntem

Bu araştırmada nicel ve nitel araştırma deseni kullanılmıştır. Danışanın daha önce herhangi bir psikolojik destek almadığından terapi süreci ve terapi ekolü olan bilişsel davranışçı terapi hakkında psikoeğitim verilmiştir ve danışandan bilgilendirilmiş onam sunulup onay alınmıştır. Yakın Doğu Bilimsel Araştırmalar Etik kuruldan onay alınmıştır. Danışana çalışmanın bilimsel açıdan kullanılacağı hakkında bilgi verilmiştir.

Uygulanan ölçeğin kaygı belirtilerin sıklığını bildiren öz bildirim olan Beck anksiyete ölçeği Dr. Aaron T. Beck ve diğerleri tarafından hazırlanmıştır. Çoktan seçmeli 21 soru format ile soruların her madde içinden 0- 3 arasında puan alınmaktadır. 4’li likert tipinde olan ölçeğin kaygı belirtileri sıklığı Beck Anksiyete ölçeği ile değerlendirilmiştir.

Bunun dışında nitel araştırma kapsamında danışana öykünün teknik özetlenmesi, otomatik düşünce kayıt formu, olgu formülasyonu uygulanmıştır. Bilişsel davranışçı terapi tekniklerinden danışanı rahatlatmak amacı ile gevşeme egzersizleri yapılmıştır. Bunun yanında danışana 5. Seans sırasında otomatik düşünceleri değerlendirmek amacıyla sokratik sorgulama, başkasını referans olarak alınması ve kanıt karşı kanıt tekniği kullanılmıştır.

Seans süresi danışanla haftada bir kez olmak üzere toplamda 9 seans olmak üzere terapiye devam edilmiştir. Danışanın kendini iyi hissetmesi ve fizyolojik semptomlarında belirgin bir iyileşme söz konusu olduğundan 9. Seans bitirme seansı olmuştur. Danışanın durumu tekrar gözlenmesi adına 3 hafta sonraki kontrol seansı yazılmıştır.

Olgu

L.M isimli danışan 43 yaşında İzmir de yaşayan bir erkek çocuk annesidir. Eşi ile beraber yaşamaktadırlar. Danışanın babası emekli komiser annesi ise ev hanımıdır. 6 kardeş içinde en büyük çocuktur. İlaç firmasında çalışmaktadır.

Çocuğu ile alakalı aşırı kaygı ve uykusuzluk ve iş yerinde yaşadığı yoğunluk ve patronu ile çatışma nedeniyle tükenmişlik problemlerinden yakınmaktadır.

Annesi ve babası arasında olan ilişki sorulduğunda babasını otoriter, baskın ve kuralcı bir kişilik figürü annesini ise daha aile içinde pasif bir tutum içinde olduğunu ifade etmiştir.

Annesi ve babası arasında yaş farkı vardır. Annesi ve babası arasındaki ilişki sorulduğunda babasının annesi okuma yazma bilmediği için babasına göre daha gölgede kaldığını ifade etmiştir hatta bu yüzden dolayı okuma yazma kursuna gittiğini ifade etmektedir.

Ailede en çok sorumluluğu yüklenen, anaç olan ve her şeye koşturan annesi olduğunu söylemiştir. “Annem zaten hep arkamda” ifadesi kullanmıştır.

4 kız kardeş ve 2 erkek kardeşi olan L.M’nın kardeşler arasındaki tutumu sorulduğunda destekleyici olduklarını ifade etmiştir. Danışanın bir küçük kız G. kardeşini ona karşı tutumunu duygusal ve merhametli olarak tanımlamıştır. Aralarında kardeşler arası herhangi bir problem söz konusu olmadığını belirtmiştir ve ailede daha yol bulucu kardeşlerden biri olduğunu diğer kardeşlerin anne ve baba karşı daha sessiz bir tutum sergilemiş olduklarını anlatmıştır.

Eşi M.M ile 10 seneden beri evlidirler. Eşi iş nedeniyle evi ile pek ilgilenemediğini söylemiştir. Endişeli ve yalnız hissettiğini söylemiştir. Danışanda her yere yetme, düzen ve mükemmeliyetçi bir yapı da olduğunu belirtmiştir. Geçmişte birkaç sene çocuk sahibi girişimleri olmuş ama başarısız olmuşlar.

En son çocuğu U.M olunca onun gözünde çok değerli olduğunu ve ona karşı çok hassas olduğunu belirtmiştir. “o benim bu hayattaki her şeyim” diye belirtmiştir.

Eşi ile olan ilişkisi değinildiğinde eşinin işten dolayı çok yoğun olduğu için kendisi ve oğlu ile çok sık ilgilenemediği ve çocuğu ile alakalı bütün sorumlulukların çoğunlukla onun uğraştığını belirtmiş ve bu durumdan dolayı tükenmişlik yaşadığını belirtmiştir.

Danışanın oğlu U.M su anda birinci sınıftır. Kreş döneminde çok sakin iken birinci sınıfa başladıktan sonra okula alakalı sorunlar “ittirme, kulak ısırma, kalemi yere atırma gibi davranış örüntüleri göstermektedir. Bununla alakalı okul yönetimi ile alakalı hep şikayetler aldığını belirtmiştir ve bunda dolayı çocuğu ile alakalı sürekli kaygılı hissettiğini söylemiştir.

Çocuğu şu anda psikologdan destek almaktadır ve çocuğu davranım bozukluğu tanısı almıştır. Çocuğunun anneye karşı tutumunda bağımlı bağlanma tipi sergilediğini belirtmiştir. Oğlunun bu davranışları danışanı endişelendirmektedir ve bu tür düşüncelerden dolayı gece uykusuzluk çekmesinden yakınmaktadır.

Bu terapiden beklentisi sorulduğunda kaygılı hissetmemek ve gece rahat uyumak istediğini söylemiştir. İş hayatı sorulduğunda çok tempolu ve yoğun geçtiğini belirtmiştir. Bu yüklerin onu çok yorduğunu ve işe eskisi kadar veremediğini ifade etmiştir.

İş yerinde patronu ile çatışma durumu mevcuttur. Danışan patronunu egolu olarak tanımlamaktadır. İş yerine çok emek verip yine çabalarının görülmediğini ifade etmektedir. “İş yeri çok eşit olmadığını ve mobbing den yakınmaktadır. Hayatında en büyük dönüm noktası ve onu en çok etkileyen olay nedir diye sorulduğunda ise oğlu U.M doğmadan bir kürtaj geçirdiği ve bu olayın onu çok bunalıma soktuğunu belirtmiştir.

İkincisi ise babasının kanser tanısı aldığını ve ailecek çok zor bir dönemden geçmiş olduklarını belirtmiştir. Bundan dolayı da çok etkilendiğini ifade etmiştir. Ardından danışanın kız kardeşinin eşi son bir hafta içinde lösemi tanısı koyulduğunu ve sağlık problemleri ile uğraştıklarını ve babası ile yaşadığı aynı durumları yeniden aile içinde yaşanması onu üzdüğünü ve kaygılandırıldığını ifade etmiştir.

Madde ilaç kullanımı sorulduğunda önceden anti depresyon olarak metamfetamin almıştır. Herhangi bir madde kullanımı olmamıştır. Sadece danışanda sigara kullanımı mevcuttur. Genel tıbbi durumu sorulduğunda diş ameliyatı, koltuk altı operasyonu olmuştur. 1 kez psikiyatrik geçmişi olmuştur. Tedavi sürecinde antidepresyon ilaçlardan metamfetamin kullanmıştır. Yoğunluktan dolayı devamı gelmemiştir. Tekrardan aynı kaygıları ve somatik belirtileri daha yoğun yaşayınca bununla baş edemeyip tedavi sürecine yeniden katılmaya başlamıştır.

Geçmiş Yaşantı

L.M çocukluk yaşamında çekirdek ailede geçirmiştir. Ailede en çok iş yükünün annesinde olduğunu belirtmiştir. Babasını pek aile ile ilgilenmediğini anlatmıştır. Bu yüzden anneme hayran kalırdım o bizim başımızda çok durdu demiştir.

L.M babasını iyi olarak nitelemiştir fakat aile ile çok ilgilenmediğinden yakınmıştır. Annesinin bu yüzden o zamanda bile yüklenmiş gibi hissettiğini belirtmiştir. Çoğu şeyi annem halletti ve çok güçlü bir kadındı diye ifade etmiştir babama gelirse çok kuralcıydı eve annem kadar ilgilenmiyordu ama o da bize karşı iyiydi diye ifade etmiştir.

L.M’nin 4 kız 2 erkek kardeşi vardır ve ortanca olan kız kardeşinin kendisine destekleyici bir tutumda olduğunu söylemiştir ama şu anda başka şehirde olduğu için uzak kaldıklarını anlatmıştır. Onu özlediğini söylemiştir.

Çok fazla bir araya gelediklerinden yakınmaktadır ama onun da bir ailesi ve sorumluluklarının olduğunu kendisi gibi farkında olduğunu belirtmiştir. 18 yaşında iken kız kardeşi ile birlikte olduğu zamanlar L.M’nin babasının kanser tanısı aldığını söylemiştir. Bütün aile bunun için seferber olurken bu durumda bile annesine çok şey düştüğünden bahsetmiştir.

O zamanlar benim için kötü kötüydü, babamı kaybedeceğimi düşündüm. Çok zor zamanlar geçirdim. Aylarca hastane odalarında babamı bu durumu ile baş etmeye çalıştım. Benim için geçmişte başıma gelen en travmatik şey bu olay oldu” demiştir.

Bu olaydan sonra sevdiklerimi kaybetmekten çok korkar olduğunu anlatmıştır. L.M’nin annesi 58 yaşında bir ev hanımıdır. Annesi tek kız çocuğu olduğunu ifade etmiştir. Annesinin ailesinde sessiz ve çok baskın olmadığını söylemiştir.

Annesinin hem kocasına, çocuklarına hem de kendi ailesi içinde de sakin yapı da ve fedakâr bir yapıda olduğu belirtmiştir. Babası ile görücü üslû evlendiklerini söylemiştir. Okuma yazma bilmediği için babasının gölgesinde kaldığını ifade etmiştir ama aile de en çok sorumlulukları onun sırtlandığını anlatmıştır. Hepimizin pesinden o koşardı, annem benim her şey demiştir.

L.M'nin babası 61 yaşında kamuda çalışmıştır. Şu anda emeklidir. Ailenin en büyük çoğu olduğunu söylemiştir. Bir kız kardeşi olduğunu belirtmiştir. Kız kardeşi ile de aralarının iyi olduğunu söylemiştir. L.M'nin babasının kız kardeşini düşüncelidir diye tanımlamıştır. Hem kendi ailesi hem de kurduğu ailede sözü geçen biri olarak tanımlamıştır.

L.M'nin babasının otoriter, kuralcı ve ailede hep onun sözü geçtiğinden bahsetmiştir. Eğitimli olduğunu ve ailedeki en yetkin kişi olduğundan annesinin gölge de kaldığını belirtmiştir ama ailede annesinin daha çok şeyi yüklenmesinden yakınmıştır. İyi bir babaydı ama annem kadar değildi. Annemin ailede bize fedakarlıkları daha çoktur demiştir.

Bulgular

Danışan ile 45 dakika haftada bir kez olmak üzere toplamda 9 seans yapılmıştır. İlk ve ikinci seansta danışanın daha net anlaşılması ve yorumlanması için daha çok üzerinde durulmuştur. Danışandan alınan yaşam bilgileri üzerinde teknik özellikler tablosunda gösterilmiştir.

Tablo 1. Öykünün Teknik Özetlenmesi

Erken Yaşam:
Danışanın annesinin okuryazarlığı olmadığı için babasının yanında gölgede kalması ve annesinin ailede çoğu şeyi sırtlanması durumu ve Danışanın babasının kanser tanısı almasından sonra aile içi zor dönemden geçerken çoğu sorumluluğun annesinin üzerinde olması durumu.
Temel İnanç: Güçlü kadınlar mutsuzdur
İşlevselliği Bozan Varsayım: Özel hayatında ve iş yerinde her şeyi mükemmel yapmalıyım yoksa güçlü olmasam annem gibi gölge de kalırım eğer her şeyi mükemmel yaparsam kaygı duymam ve başıma gelebilecek, bana kaygı uyandıracak olumsuz tecrübelerden kendimi korumuş olurum.
Kritik Yaşam Olayı: Ailedeki hastalık ya da aile içi problemlerde çoğu yere yetebilme yetemediği zamanlarda kaygılı hissetme durumu yüzünden işlevselliği bozan semptomlar yaşaması
Olumsuz Otomatik Düşünceler: Eğer her şeyi mükemmel, en iyisini yapamam hayattımda problemler çıkacak ve yeniden yoğun kaygı hissedeceğim ve bu tür problemler yasacağım.
Belirtiler
Somatik: Uykusuzluk, yeme, içme belirgin azalma
Motivasyonel: İş yerinde ya da özel hayatında huzursuzluk, kaygı durumu (işimde, ailevi hayatımda düzeni sağlayamazsam yine yoğun kaygı yasacağım).
Bilişsel: Düzen ve mükemmeliyetçi olmasam problemler yaşayıp yoğun kaygı hissetmekten kaçınmalıyım
Duygusal: Ters giden durumlarda düzeni sağlamazsam kaygılı ve tükenmiş hissedeceğim ve bu şekilde kendimi tedirgin ve endişeli hissetmeye devam edeceğim.
Davranışsal: Sürekli aile, iş, sosyal yaşamında yoğun kaygı hissetmemek ve hayatında yaşadığı problemlerden kaçınma adına her şeyi mükemmel, eksiksiz yapmaya çalışma ve bu şekilde anksiyete sıkıntısından kaçınılma girişimleri olmuştur.

İlk ve ikinci seansta danışandan anamnez alınmış ve detaylara odaklanılmıştır. Bu süreçte terapötik itifak kurulmuştur. Daha sonrasında danışanın kendisine bilgilendirilmiş onam verilmiştir. İzin alınmıştır ve bilişsel davranışçı ekoli anlatılmış ve detaylar ile örnekler verilmiştir.

Danışanın bu ekole uygunluğu gözlenmiş ve uygun bulunduğu için bu ekolden devam etme kararı alınmıştır. Ondan sonra danışana kaygı bozukluğu hakkında psiko-eğitim verilmiştir. Son aşamada ise terapinin nasıl ilerleyeneceği hakkında bilgi verilmiştir ve danışanda işbirliği içinde terapinin süreci kesinleştirilmiştir.

Terapinin 3. seansında danışanın somatik belirtilere odaklanmış ve kaygıya sebep olan nedenlerin belirlenmesi hedeflenmiştir. Danışanın somatik belirtileri çevresel kaynaklar olduğu

tespit edilmiştir. Bunun üzerine 4. seansta danışana doğru nefes alma stratejileri ve gevşeme egzersizleri çalışılmıştır ve kaygı üzerinde herhangi bir deneyim yaşadığı zaman öğretilen nefes alma ve gevşeme egzersizleri ödev verilmiştir ve takipte kalınmıştır.

Danışanın kaygı semptomları uygulanan terapinin ilk aşaması olumsuz düşüncelerin saptanması ve gerçekçi ve alternatif düşüncelere çevirilmesi amaçlanmıştır. doğrudan soru sorma ile detaylıca anlatılması istenmiş ve otomatik düşünceler kayıt altında tutulmuştur. Bunun dışında danışana terapi sonrasında bile kaygı hissettiği anlarda düşüncelerini kaydetmesi için günlük ödev verilmiştir.

Tablo 2. Otomatik Düşünce Kayıt Formu

TARİH	YER	OLAY	OTOMATİK NEGATİF DÜŞÜNCE	DUYGU	DAVRANIŞ
4.seans	İş yeri	İş yerinde yapılması gereken işleri düzgün yapılmaması	Müşteriler memnuniyetsiz olacak ve işler doğru düzgün olmayacak	Kaygı	İş arkadaşlarını bundan dolayı sitem
5.seans	Ev	Çocuğun koşarken düşmesi	Zarar gördü, bir yerinde birşey oldu mu ki?	Korku	Defalarca oğlunu vücuduna kontrol etme
6.seans	Anaokulu	Okuldan oğlu hakkında şikayet gelmesi	Bu çocuk neden böyle davranıyor?	Endişe	Okul müdürü ile uzlaşmaya çalışma ve sürekli oğlunun bu yaptığı davranışı düşünme
7.seans	İş yeri	Patronun müşteriye yeteri kadar özverili davranmaması	Neden işe verdiğim önemi ve düzeni vermiyorlar	Öfke	Patronuna sitem
8.seans	Hastane	Kız kardeşinin kocasının kanser tanısı alması	Neden sevdiklerimin başına bunlar geliyor. Tanıdıklarımı kaybedersem?	Korku	Bundan tasalanma
9.seans	Ev	Kocasından çok çocuğun, ev işlerini onun üstlenmesi	Güçlü kadınlar mutsuzdur	Umutsuzluk	bu konuyu kocası ile konuşmaması

Beşinci seansta danışan otomatik düşünceleri değerlendirmek amacıyla sokratik sorgulama, başkasını referans olarak alınması ve kanıt karşı kanıt tekniği kullanılmıştır. Danışanın haftalık yaptığı ödevde otomatik düşünceler sorgulanmış ve danışanın farkındalık kazanması amaçlanmıştır.

Gerçekçi yönelmesi düşüncelere hedeflenmiştir. Seans anında düşünce içeriği değiştirme ve sınama uygulanmış ve düzenli olarak iyilik hali korunması amacı ile bu teknikler ödev olarak

verilmiştir. Her sans başında bu uygulama danışan ile birlikte kontrolü sağlanmış ve ödev verilmiştir.

Danışanın güçlü kadınlar mutsuzdur ya da sevdiklerimi kaybedersem üzerine olan inançları işbirliği içinde çalışılmıştır. Genel anlamda kaygı hissettiği anda pasta dilimi tekniği uygulanmış ve gevşeme tekniği ile pekiştirme yapılmıştır.

Ardından Beck Anksiyete ölçeği uygulanmıştır ve danışanın kaygı seviyesi ölçülmüştür. BDT üzerine hazırlanan bu ölçeğin puanlanması 0.8-15 puan arası hafif kaygı düzeyi, 16-25 puan arası orta düzey kaygı, 26-63 puan arası ise yüksek kaygı olarak nitelendirilmiştir.

4'li likert tipinde olan seçenekler üzerinden hiç "0", hafif düzey "1", orta düzey "2", ciddi düzey ise "3" puan üzerinden değerlendirilmiştir. Danışanın toplam puanları hesaplanmış ve puanlama üzerinden 17 puan almıştır. Danışanın Beck Anksiyete ölçeği puanlama düzeyine göre orta düzeyde kaygı semptomları yaşadığı saptanmıştır.

Tablo 3. Beck Anksiyete Ölçeği Yorumlanması

	Hiç	Hafif düzey	Orta düzey	Ciddi düzey
1. uyuşma veya karıncalanma		X		
2. ateş basmaları	X			
3. Bacaklarda halsizlik, titreme	X			
4. Gevşeyememe			X	
5. kötü şeyler olacak korkusu	X			
6. Baş dönmesi veya sersemlik	X			
7. Kalp çarpıntısı			X	
8. Denge kaybetme duygusu	X			
9. Dehşete kapılma	X			
10. Sinirlilik				X
11. Boğulma duygusu	X			
12. Ellerde titreme	X			
13. Titreklik	X			
14. Kontrolü kaybetme korkusu	X			
15. Nefes almada güçlük			X	
16. Ölüm korkusu		X		
17. Korkuya kapılma		X		
18. Midede hazımsızlık				X
19. Baygınlık		X		
20. Yüzde kızarma				X
21. Terleme		X		

Altıncı seansta danışan davranış teknikleri çalışılmıştır. Danışanda kaygı uyandıran duygu ve olayların üzerine odaklanması ile bu olumsuz otomatik düşüncelerin çürütülmesi amaçlanmıştır ve yedinci seansta kaygıların azatılması hedeflenmiştir.

Sekizinci seansta danışana maruz bırakma, sistematik duyarsızlaştırma,olumlu pekiştirme ve kötü senaryonun yazılması, davranış denemeleri ve kaçınmayı yok etme stratejileri uygulanmıştır.Bununla birlikte sunum provası yapılarak en iyi senaryo,en kötü senaryo oynanmış ve danışana kaygı ile baş etme yöntemleri üzerine davranış uygulamalara gidilmiştir.

Dokuzuncu seansta danışan kendini daha iyi hissettiğini belirtmiş ve kaygı düzeyi ilk seans göre belirgin bir azalma olduğunu ifade etmiştir. Danışanın somatik kaynaklı problemlerinde “uykusuzluk, iştahda azalma” davranış uygulamalara minimum düzeye indiği gözlenmiştir.

Keyfsizlik, tükenmişlik sendromunun ilk seansa göre azaldığı yönünde ifade vermiştir. Danışan yeterince keyifli ve rahat olduğu gözlenmiştir. Danışana sunumda başarılı olduğu söylenmiş ve kaygılarını başarılı gerçekleştirdiği söylenmiştir.

Tablo 4. Olgu Formülasyonu

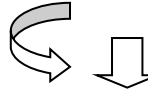
İçsel/Dışsal tetikleyici: İçsel tetikleyici, işlevsel olmayan düşünceler, yüzün kızarması, midede hazımsızlık, sinirlilik, gevşeyememe, kalp çarpıntısı, nefes almada güçlük



Algılanan tehlike: Sevdiklerime birşey olursa, güçlü olduğum için mutsuzum.



Kaygı



Fiziksel/bilişsel semptomlar: Uykusuzluk, iştahda azalma,kalp çarpıntısı,midede hazımsızlık,nefes almada güçlük



Yanlış değerlendirme: İşlerimi düzgün yapmalayım ki kaygı hissetmeyeyim,güçlü kadınlar mutuzdur.

276

Onuncu seans sonlandırma seansı olmuş ve danışana istediği zaman gelebileceği ifade edilmiştir. Üç hafta sonrasına kontrol seansı için randevu alınmıştır.

Tartışma

Kaygı duygusu birçok komponenti olduğu yönünde araştırmacılar kapsamında ortaya konmaktadır. Davranışçı teorilerde kaygı öğrenilen bir davranış kalıbı olarak ortaya çıktığı ileri sürülmektedir. Bilişsel teorisiyenler ise kaygının bilişsel boyutuna dikkat çekmektedirler. Negatif şemalar ya da negatif otomatik düşüncelerle kaygı döngüsünü açıklanmaktadır. Kaygının oluşumu ve süregeliminde toplum ve sosyal unsurların önemi yansıtmamaktadır (Karahan ve Karaziz,2023).

Kaygı bozuklukları için kullanılan farmakolojik tedavi de ilaçlarda SSRI, benzodiapinler ve venlafaksin yer verilmektedir. Çoğunlukla düşük doz ile başlandığında doz seviyelerinde artışa gidildiği görülmektedir. Gerçekleştiren son çalışmalarda kaygı bozuklukları tedavisi ilaçlı tedavinin yanında bilişsel davranışçı terapilerinin de etkili olduğu tespit edilmektedir (Tamam ve Demirkol, 2019).

Clark ve diğerlerinin 2016 yılında yapılan çalışma incelendiğinde 62 bireyle yapılan deney çalışması kapsamında gevşeme ve rahatlama teknikleri kaygı üzerinde olan etkisi

incelenmektedir. Bu çalışma neticesinde gevşeme teknikleri yönünden etkili olduğu görülmektedir fakat tedavi ile birlikte uygulanan başka tekniklere de ihtiyaç duyulduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Diğer çalışmalarda olduğu gibi yapılan bu çalışmada gevşeme tekniklerinin yanı sıra diğer bir bilişsel davranışçı tekniklerde uygulanmaktadır (Clark vd.,2011).

Bilge ve diğerlerinin 2019 yılında yapılan bir çalışma incelendiğinde klasik bilişsel davranışçı terapi de yenilikçi bakış açısı getirerek sistematik duyarsızlaştırma tedavi üzerine olan etkinliği kanıtlamaktadır (Bilge vd.,2019).

Cohen ve diğerlerinin tarafından 2018 yılında gerçekleştirilen çalışması incelendiğinde Bilişsel davranışçı ekoli birden çok ruhsal bozukluk içerisinde özellikle kaygı bozukluğunda duygusal ve davranışsal problemlerde etkinliğini kanıtlamaktadır (Cohen vd.,2018).

Mardi ve diğerleri tarafından 2018 yılındaki çalışması incelendiğinde Bilişsel davranışçı terapinin aynı şekilde kaygının meydana getirdiği duygusal ve davranışsal sorunlarda etkisi kanıtlandığı saptanmaktadır (Mardi ve Khalatbari, 2018.)

Wang ve diğerleri tarafından 2017 yılında yapılan çalışma incelendiğinde aynı şekilde kaygının Bilişsel davranışçı modelde duygusal ve davranışsal problemlerin etkinliği kanıtlanmış bir model olduğu saptanmıştır (Wang vd., 2017).

Rudd ve diğerleri tarafından 2015 yılında yapılan çalışması incelendiğinde Bilişsel davranışçı terapinin kaygı üzerinde etkililiği terapi süreci sona erdikten sonra bile devam ettiği gözlenmiştir (Rudd vd., 2015).

Kalyon tarafından 2018 yılında yapılan çalışma sonucunda davranışçı müdahaleler etkililiği yüksek düzeyde ve grup içerisinde uygulanabilir olduğu şeklinde desteklenmektedir. Müdahale program içinde uygulanan bilişsel, davranışsal tekniklerin katılımcılara bedensel duyularında felaket ile sonuçlanmadığı şekilde test edilmesi çarpıtılmış düşünce içeriği ve inançları değiştirdiği görülmüş ve yoğun bir anksiyete sürdürmelerine sebep olan kaçınma eylemlerini azaltmaktadır. Daha işlevsel düşünce şekli ile davranışsal beceriler geliştirmektedir (Kalyon,2018).

Sonuç ve Öneriler

Danışanla yapılan seans sonucunda danışan ile işbirliği içinde bilişsel davranışçı terapi uygulanması kararlaştırılmıştır ve danışanın kaygı belirtileri yaşadığı tespit edilmiştir. Terapinin asıl amacı danışanın somatik problemlerini en aza indirmek ve danışanın içgörü kazandırarak yaşadığı kaygı semptomlarını en minimum düzeye indirilmesi ve bu tür durumda baş etme stratejilerini geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

Danışanın özyaşam ve özgeçmiş hikayesi net bir şekilde alınmıştır. Danışanın terapiye başlama beklentisi sorulduğunda şu anda yaşamında birtakım sorunlar yaşadığını belirtmiştir sonrasında yoğun kaygı duyduğu için yakınmıştır. Bundan dolayı kaygı ile baş etmek istediği belirtmiştir. Bununla beraber danışan iyi bir uyku çekmek istediği için de terapiye başlama kararı aldığını belirtmiştir.

Danışanın kaygıya karşı verdiği tepkiler azalmıştır. Kaygı durumunda etkili baş etme stratejileri gelişimi gözlenmiştir ve işbirliğine isteği bilişsel davranışçı terapi etkili olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde kaygı bozukluğu ve tedavisine yönelik pek çok çalışmalar bulunmuştur.

Bu olgu sunumunda danışanın ilaçlı tedaviyi Kabul etmemiştir ve tedavi sürecinde başvurmamıştır yalnızca bilişsel davranışçı terapiyle tedavi süreci yürütülmüştür.

Bu olgu sunumunda bilişsel davranışçı terapi teknikleriyle danışan için iyilik hali oluşumuna katkı sağlanmıştır. Danışana yönelik davranış değişimlerine gidilmiştir. Danışan işlevselsiz düşüncelerin farkında iken işlevsel düşünce içeriğini değiştirme yönünde önemli bir ilerleme aşmıştır. Literatüre katkı sağlanması yönünden mevcut olan olgu BDT'nin etkisinin ilacli tedavisiz etkisini göstermiştir. Literatür kapsamında bilişsel davranışçı terapi kaygı bozukluklarının üzerinde etkinliği hakkında araştırmalara ışık tutmak isteyen araştırmacılara yönelik yön göstereceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı, Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (2013), Beşinci Baskı (DSM-5), Amerikan Psikiyatri Birliği, Arlington VA, (Çev. Ertuğrul Köroğlu) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Bilge, Y., Gül, E., & Birçek, N. I. (2019). Bir sosyal fobi vakasında bilişsel davranışçı terapi ve sanal gerçeklik kombinasyonu. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 9(2), 158-165.

Boyacı, M., & İlhan, T. (2016). Bilişsel davranışçı terapi yaklaşımının film analizi yöntemiyle incelenmesi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 12(2).

Çıtak, S. (2018). Anksiyete bozukluklarında tedavi yaklaşımları: Psikoterapi ve farmakoterapi. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 9(3), 141-149.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.

Cohen, J. A., Deblinger, E., & Mannarino, A. P. (2018). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and families. *Psychotherapy Research*, 28(1), 47-57.

Gültekin, B. K., & Dereboy, İ. F. (2011). Üniversite öğrencilerinde sosyal fobinin yaygınlığı ve sosyal fobinin yaşam kalitesi, akademik başarı ve kimlik oluşumu üzerine etkileri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 150-158.

Hosseini Mardi, A. A., & Khalatbari, J. (2018). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on the Rate of Anger in High School Students in Tehran. *Pajouhan Scientific Journal*, 16(2), 59-66.

Kafes, A. Y. (2021). Depresyon ve anksiyete bozuklukları üzerine bir bakış. *Humanistic Perspective*, 3(1), 186-194.

Kalyon, A. (2018). Anksiyete duyarlılığının ve sosyal anksiyeteye eşlik eden anksiyete duyarlılığının azaltılmasında bilişsel-davranışçı müdahale programının etkisi.

Kandemir, Z. K., & KARAAZİZ, M. (2023). Anksiyete (Kaygı) Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi: Bir Olgu Sunumu. *Journal on Mathematic, Engineering and Natural Sciences (EJONS)*, 7(4), 482-490.

KARAHAN, E., & KARAAZİZ, M. (2023). Kaygı: Bir Literatür Taraması. *ISPEC International Journal of Social Sciences & Humanities*, 7(2), 529-541.

Lang, A. J. (2004). Treating generalized anxiety disorder with cognitive-behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 14-19.

Öngider, N. (2014). Bilişsel davranışçı terapinin duygu durum ve anksiyete bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde kullanımı: Bir gözden geçirme çalışması. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 3(2), 73-83.

- Özcan, M., Uğuz, F., & Çilli, A. S. (2006). Ayaktan psikiyatri hastalarında yaygın anksiyete bozukluğunun yaygınlığı ve ek tanılar.
- Öztürk, A. (2014). Sosyal Kaygıyı Açıklayan Yaklaşımlar. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(48), 15-26.
- Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberger, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J., ... & Bruce, T. O. (2015). Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *American journal of psychiatry*, 172(5), 441-449.
- Sharf, R.S. (2012). *Theories of Psychotherapy and Counseling: Concepts and Cases. (5th ed.)*. USA: Cengage Learning Products.
- Silk, J. S., Tan, P. Z., Ladouceur, C. D., Meller, S., Siegle, G. J., McMakin, D. L., ... & Ryan, N. D. (2018). A randomized clinical trial comparing individual cognitive behavioral therapy and child-centered therapy for child anxiety disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(4), 542-554.
- Simay, A. H. İ., & YURTSEVEN, C. S. (2022). SOSYAL FOBİDE BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ TEDAVİ VE TEKNİKLERİ: BİR OLGU SUNUMU. *The Journal of Academic Social Science*, 132(132), 326-346.
- Stahl, S. M., & Moore, B. A. (Eds.). (2013). *Anxiety disorders: A guide for integrating psychopharmacology and psychotherapy*. Routledge.
- Tamam, L., & Demirkol, M. E. (2019). Anksiyete bozuklukları. *Bütüncül Tıp: Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı-Tedavi*, 1641, 1644.
- Tan, M. E., Aksu, G. G., & Toros, F. (2020). Tik Bozukluğu Olan Çocukların Sosyal Fobi, Benlik Saygısı, Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Child & Adolescent Mental Health/Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 27(3).
- Tanyıl, H., & Bekiroğulları, Z. (2019). DAVRANIŞ DENEYLERİNİN SOSYAL ANKSİYETEDİ KULLANILMASI. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(72), 1642-1655.
- Wang, S., Zhou, Y., Yu, S., Ran, L. W., Liu, X. P., & Chen, Y. F. (2017). Acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy as treatments for academic procrastination: A randomized controlled group session. *Research on Social Work Practice*, 27(1), 48-58.
- Yandım, M. B. (2022). *Bilişsel Davranışçı Terapi ve Yeni Kuşak Bilişsel Davranışçı Terapilerde Yaygın Kaygı Bozukluğunun Tedavisi* (Master's thesis, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).

Article Arrival Date
Date

16.05.2025

Article Published

20.06.2025

YAPAY ZEKA DESTEKLİ BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ İLE DEPRESYON TEDAVİSİ

Sümeysa Yakar¹, Doç. Dr. Meryem Karaaziz²

¹ Department of Psychology, Near East University, Faculty of Arts and Science, Nicosia-Cyprus, Corresponding Author, Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-8125-8384>

²Department of Psychology, Near East University, Faculty of Arts and Science, Nicosia-Cyprus, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

Özet

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), bireylerin olumsuz düşünce ve davranış kalıplarını değiştirmeye yönelik bir psikoterapi yöntemidir. BDT insanların düşüncelerinin, duygularının ve davranışlarının birbirini nasıl etkilediğini anlamalarına yardımcı olur. BDT, olumsuz otomatik düşünceleri tanıyıp daha sağlıklı ve gerçekçi düşüncelerle değiştirmeyi amaçlar. Ayrıca, zararlı davranışları değiştirmek için davranışsal müdahaleler de içerir. Kısa süreli ve yapılandırılmış bir terapi olan BDT, genellikle depresyon, kaygı, stres gibi çeşitli psikolojik sorunların tedavisinde etkili bir yöntemdir.

Depresyon, kişinin ruh halinin uzun süre boyunca düşük olduğu, enerji ve ilgi kaybı yaşadığı, düşünme ve günlük aktivitelerde zorlanma gibi belirtilerle kendini gösteren bir psikolojik rahatsızlıktır. Depresyonun belirtileri arasında üzüntü, umutsuzluk, kendine güvensizlik, uyku sorunları, iştah değişiklikleri ve konsantrasyon güçlükleri yer alır. Fiziksel belirtiler de görülebilir.

Bu çalışma depresyon tedavisinde yapay zekanın kullanımı ve bu kullanımın bilişsel davranışçı terapi (BDT) ile uyumu üzerine bir inceleme sunmaktadır. Depresyon tedavisinde geleneksel yöntemlerin yanı sıra yapay zekanın sunduğu seçenekleri ele almaktadır. Özellikle, BDT'nin temel ilkeleri doğrultusunda, yapay zekanın terapötik süreçlerde nasıl etkin bir şekilde kullanılabileceği üzerinde durulmuştur.

Makale, yapay zekanın depresyon tedavisinde kullanılması ile ilgili literatürdeki mevcut gelişmeleri inceleyerek, bu teknolojinin psikoterapi süreçlerine uyumunun hem fırsatlar hem de zorluklar içerdiğine vurgu yapmaktadır. Sonuç olarak, makale, depresyon tedavisinde yapay zekanın BDT ile birleşimini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel davranışçı terapi, Depresyon, Yapay zeka

Abstract

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is a psychotherapy method aimed at changing the negative thought and behavior patterns of individuals. CBT helps people understand how their thoughts, feelings, and behaviors affect each other. CBT aims to recognize negative automatic thoughts and replace them with healthier and more realistic thoughts. It also includes behavioral interventions to change harmful behaviors. CBT, which is a short-term and structured therapy,

is usually an effective method in the treatment of various psychological problems such as depression, anxiety, and stress.

Depression is a psychological disorder that manifests itself with symptoms such as low mood for a long time, loss of energy and interest, difficulty in thinking and daily activities. Symptoms of depression include sadness, hopelessness, lack of self-confidence, sleep problems, changes in appetite, and difficulty concentrating. Physical symptoms can also be seen.

This study presents an examination on the use of artificial intelligence in the treatment of depression and its compatibility with cognitive behavioral therapy (CBT). It discusses the options offered by artificial intelligence as well as traditional methods in the treatment of depression. In particular, in line with the basic principles of CBT, it is emphasized how artificial intelligence can be used effectively in therapeutic processes.

The article examines the current developments in the literature on the use of artificial intelligence in the treatment of depression and emphasizes that the adaptation of this technology to psychotherapy processes includes both opportunities and challenges. In conclusion, the article reveals the combination of artificial intelligence with CBT in the treatment of depression.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, Depression, Artificial intelligence

Giriş

Bilişsel davranışçı terapi 20. yüzyılın ortalarına doğru A.Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen bir psikoterapi ekolüdür. Bilişsel davranışçı terapi düşüncelerimizi, duygularımızı vurgulayan terapi yöntemidir. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), ruh sağlığı alanında en sık kullanılan ve en etkili psikoterapi yöntemidir. BDT, genellikle depresyon, kaygı, stres gibi çeşitli psikolojik sorunların tedavisinde kullanılır (Özcan ve Çelik, 2017).

Depresyon mutsuzluk ve çökkün duygu durumu içeren bir ruhsal bozukluktur. Geçmişte melankoli olarak bilinen bu bozukluk, eski zamanlarda doğüstü güçlerle ilişkilendirilirken, günümüzde en yaygın psikiyatrik bozukluk olarak kabul edilmektedir. Depresyon belirtileri arasında mutsuzluk, iştah kaybı, uyku ile ilgili problemler ve ani kilo değişiklikleri gibi belirtileri bulunmaktadır (Kırımça, 2022).

Teknolojinin hızlı bir şekilde ilerlemesi ve dijitalleşmenin yaygınlaşmasıyla birlikte, Yapay zeka ruh sağlığı alanında da kullanılmaktadır. Teknolojideki yenilikler depresyon tedavisinde yenilikçi yöntemlerin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Yapay zeka (YZ), bu yöntemlerden biri olarak, depresyon tedavisinde önemli bir yer edinmektedir. Yapay zeka, bireysel tedavi planları, erken tanı, ve online terapi uygulamaları gibi alanlarda imkan sağlayabilir. Yapay zeka, bilişsel davranışçı terapi ile birleştirildiğinde, terapötik müdahaleleri daha erişilebilir, etkili ve bireyselleştirilmiş hale getirme potansiyeline sahiptir. BDT de dijital ortamlara aktarılmış ve bu terapi yönteminin yapay zeka (YZ) ile birleşimi giderek artan bir ilgiyle karşılanmıştır (Akgün, Kongur ve Emen, 2024).

Bu çalışmanın amacı, depresyon tedavisinde yapay zeka kullanı ve bilişsel davranışçı terapinin kullanımının etkililiğini incelemektir. Ayrıca, yapay zeka ile bilişsel davranışçı terapinin nasıl kombine edilebileceği ve hangi alanlarda kullanılabileceği üzerine literatür taraması yapılacaktır. Bu kapsamda, yapay zeka uygulamalarının depresyon tedavisindeki potansiyeli üzerine daha geniş bir perspektif sunmak amaçlanmaktadır.

1. Depresyon ve Tedavi Yöntemleri

Depresyon, ruhsal bozukluklar içerisinde en sık gözlenendir. Kişinin duygusal, zihinsel ve fiziksel sağlığını etkileyen genellikle mutsuz ve çökkün duygu durum halini içerir. İlk olarak melankoli olarak adlandırılmış ve temel nedeninin doğa üstü güçler olduğu düşünülmüştür. Günümüzde depresyonun belirtileri arasında mutsuzluk, iştahsızlık, uyku düzensizliği, ani kilo alıp verme yer almaktadır (Kırımça,2022).

Dünya sağlık örgütüne göre Depresyon, sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörlerin karmaşık bir etkileşiminden kaynaklanır. İstismar, Şiddet travma gibi olumsuz olaylar yaşayan bireylerde depresyon görülme olasılığı daha yüksektir. Depresyonu olan bireylerde düşük öz değer duyguları, ölümle ilgili düşünceler ve gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları olabilir. Yorgunluk ve zayıf konsantrasyon da yaygındır (World Health Organization,2024)

Depresif bozuklukların tedavisinde ilk yapılması gereken doğru tanının koyulmasıdır Depresyon tanısı konmuş hasta,artık tedavi aşamasına gelmiştir. Tedavide psikoterapi ve ilaç tedavisi birlikte yürütülmelidir (Çiftçi, Yıldız ve Mercangil,2007).

Depresyon tedavisinde hastaya tedavi hakkında bilgi verilmeli, kullanılacak ilaçların yan etkilerinin kontrolü sağlanmalı ve ek sorunlara yol açmamasına dikkat edilmelidir. Hasta yakınları tedavi hakkında bilgilendirilmesinin de tedavide büyük önemi vardır (Örsel, 2004).

2. Bilişsel Davranışçı Terapi:

1960'lı yıllarda, Aaron T. Beck ve Albert Ellis bilişsel terapinin temellerini oluşturdular. Beck depresyon ve anksiyetede olumsuz düşünce kalıplarının önemine değinerek bilişsel terapiyi Albert Ellis ise., bireylerin olumsuz düşüncelerini ve inançlarını sorgulamalarını sağlayarak akılcı duygusal davranış terapisini Geliştirdi. 1980'li yıllarda ise davranışçı terapistlerin büyük bir çoğunlu bilişsel kuramı benimseyerek Bilişsel davranışçı terapiyi oluşturmuşlardır. Günümüzde ise BDT, kanıta dayalı bir yaklaşım olarakbüyük ilgi görmektedir. Terapistler, danışanlarıyla, olumsuz düşünceleri ve davranışları değiştirmek, sağlıklı başa çıkma mekanizmaları geliştirmek ve duygusal iyileşmeyi sağlamak amacıyla BDT'yi kullanmaktadır (Türkçapar,2018).

Bilişsel davranışçı terapi insan davranışlarını ve psikopatolojilerini bilişsel ve davranışçı kuram çerçevesinde açıklamaktadır.BDT' nin temel amacı insanların olumsuz düşüncelerini, inançlarını ve davranışlarını fark etmelerini sağlamak ve bunları daha sağlıklı ve işlevsel düşünce ve davranışlarla değiştirmektir (Özcan ve Çelik,2017).

Bilişsel davranışçı terapi insanların düşüncelerinin ve inançlarının, duygusal ve davranışsal tepkileri arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu savunur. Örneğin, olumsuz bir düşünce (başarısız olacağım) kaygıya yol açabilir ve bu da belirli davranışları (kaçınma) tetikleyebilir.İnsanların sıkça mantıksız ya da çarpık düşünme kalıplarına sahip olduğunu ortaya koyar .Bu düşünce hataları arasında genelleme, felaketleştirme, "ya hep ya hiç" düşünme gibi örnekler bulunur. Terapist, bu hatalı düşünceleri tanımlayıp düzeltmeye çalışır (Demiralp ve Ofraz,2007)

BDT, depresyon, anksiyete, fobiler, obsesif-kompulsif bozuklu, yeme bozuklukları, öfke kontrolü,kişilik bozuklukları ve diğer ruhsal sorunların tedavisi için etkili bir terapi yöntemi olarak kabul edilmektedir.Genellikle yapılandırılmıştır, belirli bir sürede uygulanır. Terapist, danışanın düşüncelerini ve davranışlarını değiştirerek onların daha sağlıklı bir psikolojik durum elde etmelerini sağlayarak hedeflerine yönelik somut adımlar atmalarına yardımcı olur (Sargın ve Sargın, 2015).

3.Yapay Zeka Destekli Depresyon Tedavisi

Yapay zekâ (YZ), insanın zekâ ve öğrenme yeteneklerini taklit edebilen makinalar geliştirmeyi hedeflemektedir. İlk olarak 1950'lerde Alan Turing'in "Turing Testi" ile başlar; bu test, bir makinenin insan gibi düşünme yeteneğini ölçmeyi amaçlamaktadır. 1956'da John McCarthy, Marvin Minsky, Nathaniel Rochester ve Claude Shannon'ın Dartmouth Konferansı'nda yapay zekâ terimini ilk kez kullanmaları, yapay zekanın doğuşu olarak Kabul edilmektedir. İlk yıllarda, YZ araştırmaları mantık, kurallara dayalı sistemler ve problem çözme gibi alanlarda yoğunlaştı. 21. yüzyılda, işlemciler ve veri sistemlerinin etkisiyle YZ, makine öğrenmesi ve derin öğrenme teknikleriyle büyük bir ilerleme kazandı. Günümüzde, yapay zekâ, doğal dil işleme, görüntü tanıma gibi birçok alanda hayatımızın bir parçası haline gelmiştir (Jiang, Li, Luo, Yin ve Kaynak, 2022).

Yapay zeka teknolojileri, bilişsel ve duygusal süreçleri inceleyerek psikopatolojiyi değerlendirmek için kullanılabilir; doğal dil işleme ve makine öğrenimi yöntemleri, hastaların terapistleriyle yaptığı konuşmaları analiz ederek belirtileri ve olası teşhisleri belirleyebilir (Ediboğlu, 2023). Yapay zekâ tabanlı dijital terapistler, depresyon, anksiyete ve diğer psikolojik kökenli rahatsızlıkların tedavisinde kullanılmaktadır. Bu uygulamalar, kullanıcılarla iletişim kurarak duygusal destek sağlar. Yapay zeka, depresyon tedavisinin farklı aşamalarında yardımcı olabilir ve çeşitli yöntemlerle tedavi süreçlerini iyileştirebilir (Erden, 2024).

YZ, depresyonun erken teşhis etmek için kullanılabilir. Örneğin, yapay zeka destekli algoritmalar, bireylerin sosyal medya paylaşımları, yazılı içerikler veya sesli ifadeler gibi verileri inceleyerek depresyon belirtilerini erken aşamalarda tanımlayabilir. Ayrıca, nörobilimsel veriler (beyin görüntüleme, biyomarkerler vb.) üzerinde yapılan incelemeler, depresyonun biyolojik temellerini daha iyi anlamak için YZ'yi kullanabilir (Akkan ve Ülker, 2023).

YZ tabanlı uygulamalar, terapi sürecinde terapistle kolaylık sağlayabilir, Örneğin giyilebilir cihazlar kişinin ruh hali, uyku düzeni, fiziksel aktivite seviyeleri gibi verileri inceleyerek depresyonun gidişatını gözlemleyerek değerlendirme sürecini hızlandırır ve terapistin işini kolaylaştırır. Mobil cihazların yaygınlaşmasıyla, terapistler artık danışanın terapiler arasındaki yaşamını daha etkili şekilde izleyebilir (Bennett & Doub, 2016).

Depresyon tedavisinde yapay zeka kullanımı, hem tedavi süreçlerini daha verimli hale getirebilir hem de bireylerin ruh sağlığına dair doğru yaklaşımlar geliştirilmesine yardımcı olabilir. Fakat YZ'nin kullanımının gizlilik ve mahremiyet ve etik açıdan sorunlar doğurmaktadır (Gültekin, 2022).

Yapay Zeka Destekli Bilişsel Davranışçı Terapi:

BDT, yaklaşık olarak 12 ila 20 haftalık seanslardan oluşan yapılandırılmış ve zaman sınırlı bir tedaviyi içeren, sıklıkla kullanılan, gözlemsel ve deneysel bir psikoterapi şeklidir. Temel noktası, geçmiş nedenler veya semptomlardan ziyade şimdi ve buraya odaklanır. BDT, düşüncelerimizin, duygularımızın ve davranışlarımızın birbirleriyle ilişkili olmasına dayanır (Moorey, 2010).

Yapay zeka (YZ) ve Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) kullanılarak, özellikle psikoterapi alanında yeni bir uygulama alanı oluşturmaktadır. İnternet tabanlı BDT (iCBT) olarak adlandırılan dijital programlar ile gerçekleştirilen tedavi yaklaşımı ve yüz yüze terapi seanslarını karıştıran müdahalelere yer vermektedir. Yapay zeka, kişiye özel öneriler, tedavi planlaması ve etkileşimli konuşma arayüzleri gibi belirli özelliklere imkan tanır (Posthumus, 2023).

Fitzpatrick ve arkadaşları tarafından geliştirilen bilişsel-davranışçı modele uyarlanarak geliştirilen Woebot isimli web tabanlı bir sohbet robotunu depresyon ve anksiyete belirtisi olan öğrenciler üzerinde denenmiştir. Akıllı telefon ve tablet gibi cihazlardan bağlanılabilen Woebot, danışanlara bilişsel-davranışçı modele göre tedavi planı oluşturmak için geliştirilen uygulamadır. Arayüzü soru sorma, empati kurabilme gibi terapötik süreçte ihtiyaç duyulan beceriler için geliştirilmiştir. Woebot, öncelikle kendisinden yardım isteyen danışanlara kendini tanıtmakta, kendisinin bir psikolog olmadığını, bu uygulamanın terapi yerine geçemeyeceğinin bilgisini vermektedir. Danışanlara “Nasıl hissediyorsun?”, “Neler yapıyorsun?” gibi sorular sorarak onların duygu durumları üzerine konuşmaktadır. Aynı zamanda Woebot, danışanlara etkinlik, kitap ve video öneriler yapmaktadır. Woebot, danışanların bilişsel çarpıtmaları anlayabilmeleri için kelime oyunu gibi bazı uygulamalardan yararlanır. (Fitzpatrick vd., 2017, akt. Akkan ve Ülker, 2023).

Sonuç

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), işlevsel olmayan düşünce ve davranışları değiştirmeyi hedefleyen psikoterapi yaklaşımı olarak ele alınmaktadır. Yapay zeka (YZ) destekli Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), depresyon tedavisinde geniş bir olanak sağlamaktadır. Yapay zeka tabanlı sistemler, geleneksel terapi yöntemlerine alternative veya destekleyici bir araç olarak, insanların tedavi süreçlerini kişiselleştirme, erişimi kolaylaştırma ve terapötik müdahalelerin etkisini artırma konusunda fırsatlar sağlamaktadır. Aynı zamanda yapay zeka tabanlı BDT, terapötik süreci daha erişilebilir hale getirmektedir (Akgün, Kongur ve Emen, 2024).

YZ'nin bir diğer önemli katkısı ise veri toplama ve analiz yapabilmesidir. Yapay zeka, terapi sürecindeki ilerlemeleri izleyerek, kullanıcının duygusal durumu, düşünceleri ve davranışları hakkında veri toplar. Bu veriler dayanarak, terapistlerin daha etkili ve veriye dayalı kararlar almasına imkan sağlar. Aynı zamanda , yapay zeka, tedavi sürecindeki olası engelleri ve olumsuz gelişmeleri önceden saptayarak, daha erken müdahaleyi mümkün kılar. Bu özellik, özellikle depresyon gibi ilerleyici hastalıklarda, tedavi sürecinin etkinliğini artırmaktadır (Topaloğlu, 2024).

Sonuç olarak, depresyon tedavisinde yapay zeka destekli bilişsel davranışçı terapilerin kullanımı, psikoterapi alanında dönüştürücü bir etkiye sahip olabilir. Kişiselleştirilmiş tedavi, erişilebilirlik ve veri odaklı yaklaşımlar sayesinde, bu yeni teknolojiler depresyonun tedavisinde önemli bir araç olabilir. Ancak, etik ve güvenlik sorunları da göz önünde bulundurularak, dikkatli bir şekilde geliştirilmesi ve uygulanması gerekmektedir. YZ destekli BDT, gelecekte depresyon tedavisinde daha yaygın bir şekilde kullanılacak ve bireylerin ruhsal sağlıklarına daha etkin bir şekilde katkı sağlayacağı ön görülmektedir.

Kaynakça

- Akgün, N., Kongur, A., & Emen, T. (2024). Bilişsel Davranışçı Terapide Yapay Zekanın Kullanımı: Sistematik Derleme. *X. Uluslararası Turkcess Eğitim Ve Sosyal Bilimler Kongresi Tam Metin Kitabı*, 142.
- Bennett, C. C. & Doub, T. W. (2016). Expert systems in mental health care: AI applications in decision-making and consultation. In D. D. Luxton (Ed.), *Artificial intelligence in behavioral and mental health care* (ss. 27–51). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-420248-1.00002-7>.
- Çiftçi, H., Yıldız, E., & Mercanlıgil, S. M. (2008). Depresyon ve beslenme tedavisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 28(3), 369-377.

- Demiralp, M., & Oflaz, F. (2007). Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(2), 132-139.
- Ediboğlu, G. O. (2023). Yapay zekanın insan zekasına psikoterapötik yaklaşımı. *Çukurova Tıp Öğrenci Dergisi*, 3(1), 12-18.
- Erden, B. F. (2024). Yapay Zekâ Alanındaki Gelişmeler Ve Psikofarmakolojiye Yapacağı Muhtemel Katkılar. *Yapay Zekâ Ve Psikofarmakolojide Deneysel Modeller: Teoriden Pratiğe*.
- Fitzpatrick, K. K., Darcy, A. & Vierhile, M. (2017). Delivering cognitive behavior therapy to young adults with symptoms of depression and anxiety using a fully automated conversational agent (Woebot): A randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, 4(2)- 19
- Gültekin, M. (2022). Yapay Zekânın Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Kullanımına İlişkin Fırsatlar ve Sorunlar. *İnsan ve Toplum*, 12(3), 121-158.
- Jiang, Y., Li, X., Luo, H., Yin, S., & Kaynak, O. (2022). Quo vadis artificial intelligence?. *Discover Artificial Intelligence*, 2(1), 4.
- Kırımça, K. C. (2022). Sınav günü duygudurumun akademik başarı ile ilişkisi .(Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
- Moorey, S. (2010). Cognitive behaviour therapy and psychoanalysis. In A. Lemma & M. Patrick (Eds.), *Off the couch: Contemporary psychoanalytic applications* (pp. 194– 211). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Örsel, S. (2004). Depresyonda tedavi: Genel ilkeler ve kullanılan antidepresan ilaçlar. *Klinik Psikiyatri*, 4, 17-24.
- Özcan, Ö., & Çelik, G. G. (2017). Bilişsel davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri*, 3(2), 115-120.
- Posthumus, S. N. M.(2023). Attitudes of Cognitive Behavioral Therapy Clinicians towards the adjunct Implementation of Artificial Intelligence into Psychotherapy. (Master's thesis, stockholms üniversited).
- Sargın, M., Sargın, A.E. (2015). “Yaşamaya Değer Bir Hayat” İçin: Diyalektik Davranışçı Terapinin Gelişimi ve Temel İlkeleri. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 64-70
- Topaloğlu, M. (2024). Bölüm 4 Psikiyatride Yapay Zekâ. *Mühendislik Alanında Uluslararası Araştırmalar XIII*, 51.
- Türkçapar, M.H. (2018). Bilişsel davranışçı terapi temel ilkeler ve uygulama. İstanbul: Epsilon Yayınevi.
- Ülker, S. V., & Akkan, G. (2023). Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Yapay Zeka Uygulamaları Ve İlişkili Teknolojiler. *Fenerbahçe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(2), 242-263. <https://doi.org/10.58620/fbujoss.1368922>
- World Health Organization (2019). [Depression](#) adresinden 5 aralık 2024 tarihinde alınmıştır.

Article Arrival Date

20.05.2025

Article Published Date

20.06.2025

**AMELİYATHANEDE PRONE POZİSYONDA KARDİYOPULMONER
RESÜSİTASYON (CPR): KLİNİK UYGULAMALARI VE HEMŞİRENİN ROLÜ****CARDIOPULMONARY RESUSCITATION (CPR) IN PRONE POSITION IN THE
OPERATING ROOM: CLINICAL APPLICATIONS AND THE ROLE OF THE NURSE****Zeynep YILMAZ¹, Serap EJDER APAY²**¹Hemşire, Atatürk Üniversitesi, Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı, Orcid: [0009-0003-0916-9646](https://orcid.org/0009-0003-0916-9646)² Profesör Doktor, Atatürk Üniversitesi, Ebelik Bölümü, Orcid: [0000-0003-0978-1993](https://orcid.org/0000-0003-0978-1993)**Özet**

Ameliyathane ortamında cerrahi girişimler sırasında gelişen kardiyak arrest, hızlı ve etkili bir müdahale gerektirir. Standart kardiyopulmoner resüsitasyon (CPR) uygulamalarında hasta genellikle supine pozisyonunda değerlendirilirken, spinal cerrahiler, bazı nöroşirürjikal ve torasik girişimler sırasında hastaların prone pozisyonunda bulunması, resüsitasyon uygulamalarında zorluk yaratmaktadır. Prone pozisyonunda olan hastayı supine pozisyonuna çevirmek zaman kaybına neden olabileceğinden, alternatif bir CPR yöntemi olarak prone pozisyonda resüsitasyon uygulanması gerekebilir. Prone pozisyonda CPR uygularken, göğüs kompresyonları toraksın posterior yüzeyine yapılır. Genellikle **T7-T10 vertebra seviyesine** odaklanarak yapılan bu kompresyonlar, kalp debisini iyileştirmek ve dolaşımı sağlamak için kritik rol oynar. Kompresyonların **dakikada 100-120** hızında ve yeterli derinlikte yapılması gereklidir. Ancak, cerrahi pozisyon, kullanılan destek ekipmanları ve hastanın durumu gibi faktörler, CPR'nin etkinliğini etkileyebilir. Bu nedenle, hastanın durumuna ve cerrahi işlemine uygun şekilde pozisyonlama ve kompresyon tekniklerinin doğru belirlenmesi gerekmektedir.

Havayolu yönetimi açısından, hasta entübe değilse hızlı entübasyon veya supraglottik hava yolu cihazı (örneğin laringeal maske) kullanımı tercih edilmelidir. Eğer hasta yüz yastıklarıyla pozisyonlandırılmışsa, başı yana çevrilerek veya maske ile ventilasyon sağlanabilir. Endotrakeal tüpün yerinden kaymasını önlemek için tüp fikse edilmeli ve ventilasyon parametreleri dikkatle izlenmelidir. Eğer manuel ventilasyon uygulanıyorsa, hava kaçığını en aza indirmek için uygun maske seçimi yapılmalıdır.

Defibrilasyon ihtiyacı olan hastalarda, elektrot pedleri ya **ön-arka pozisyonda** ya da **bilateral skapula bölgesine** yerleştirilerek enerji verilebilir. Elektrot yerleşiminin doğru belirlenmesi, defibrilasyonun etkinliğini artırabilir.

Literatürde yer alan çeşitli olgu serileri ve deneysel çalışmalar, prone pozisyonda CPR'nin yeterli kardiyak debi sağlayabildiğini göstermektedir. Ameliyathane ekibinin bu konuda eğitilmiş olması, hastaların prone pozisyonda resüsitasyon algoritmalarına göre yönetilmesi ve erken müdahalenin sağlanması büyük önem taşımaktadır. Ameliyat sırasında prone pozisyonda gelişebilecek acil durumlar için resüsitasyon planlarının önceden belirlenmiş olması, sağlık profesyonellerinin hızlı ve etkili müdahale edebilmesini sağlar. Hemşireler, hastanın pozisyonunun optimize edilmesinde, hava yolu yönetiminin sağlanmasında ve ventilasyonun

devamlılığının temin edilmesinde kritik bir rol üstlenmektedir. Ayrıca, bu tür kritik durumlarla karşılaşıldığında müdahale başarısını artırmak için düzenli eğitimlerin sağlanması gereklidir. Hemşirelerin ve cerrahi ekibin konuya hâkim olmaları, hasta güvenliğini sağlamak ve resüsitasyon sürecinde verimliliği artırmak için önemlidir. Sonuç olarak, ameliyathane ortamında prone pozisyonda CPR, kardiyak arrest gelişen hastalar için önemli bir resüsitasyon yöntemidir. Bununla birlikte, bu uygulamanın etkinliğini artırmak için daha fazla klinik araştırma yapılması ve güncel protokollerin geliştirilmesi gereklidir. Hemşirelerin bu konuda eğitilmiş olmaları, hasta güvenliğini sağlamak ve müdahale sürecini başarılı bir şekilde yönetmek adına kritik öneme sahiptir.

Anahtar kelimeler: Prone CPR, ameliyathane, resüsitasyon

Abstract

Cardiac arrest during surgical interventions in the operating room requires a rapid and effective intervention. In standard cardiopulmonary resuscitation (CPR) applications, the patient is usually evaluated in the supine position, whereas during spinal surgeries, some neurosurgical and thoracic interventions, patients are in the prone position, which creates difficulties in resuscitation applications. Since turning a patient in the prone position to the supine position may cause loss of time, resuscitation in the prone position may be necessary as an alternative CPR method. When performing CPR in the prone position, chest compressions are performed on the posterior surface of the thorax. These compressions, usually focused at the T7-T10 vertebral level, are critical to improve cardiac output and circulation. Compressions should be performed at a rate of 100-120 per minute and at sufficient depth. However, factors such as surgical position, support equipment used and the patient's condition may affect the effectiveness of CPR. Therefore, proper positioning and compression techniques should be determined in accordance with the patient's condition and surgical procedure. In terms of airway management, rapid intubation or use of a supraglottic airway device (e.g. laryngeal mask) should be preferred if the patient is not intubated. If the patient is positioned with face pillows, ventilation can be provided by turning the head to the side or with a mask. The tube should be fixed and ventilation parameters should be carefully monitored to prevent displacement of the endotracheal tube. If manual ventilation is applied, appropriate mask selection should be made to minimize air leakage. In patients in need of defibrillation, electrode pads can be placed either in the anteroposterior position or in the bilateral scapula region to deliver energy. Correct electrode placement may improve the efficacy of defibrillation. Various case series and experimental studies in the literature show that CPR in the prone position can provide adequate cardiac output. It is of great importance that the operating room team is trained in this regard, patients are managed in the prone position according to resuscitation algorithms and early intervention is provided. Having predetermined resuscitation plans for emergencies that may develop in the prone position during surgery enables healthcare professionals to intervene quickly and effectively. Nurses play a critical role in optimizing patient positioning, providing airway management and ensuring continuity of ventilation. It is also necessary to ensure regular trainings to improve response success in such critical situations. It is important for nurses and the surgical team to be familiar with the subject to ensure patient safety and increase efficiency in the resuscitation process. In conclusion, CPR in the prone position in the operating room setting is an important resuscitation method for patients with cardiac arrest. However, further clinical research and development of updated protocols are necessary to improve the efficacy of this practice. It is critical for nurses to be trained in this area to ensure patient safety and to successfully manage the intervention process.

Key words: Prone CPR, operating room, resuscitation

GİRİŞ

Kardiyopulmoner arrest, bireyin solunum ve dolaşım işlevlerinin ani ve beklenmedik bir şekilde durması durumudur. Resüsitasyon ise, bu yaşamsal fonksiyonların yeniden sağlanmasına yönelik gerçekleştirilen müdahaleleri ifade eder. Kardiyopulmoner resüsitasyon uygulamalarında, hastaların değerlendirilmesi ve müdahalenin gerçekleştirilmesi genellikle sırtüstü (supin) pozisyonda yapılmaktadır (Field ve ark., 2010). Hastalara yapılan işlemlerin özellikleri nedeni ile supin pozisyonundan farklı pozisyonlar verilmesi gerekebilmektedir. Özellikle cerrahi girişimlerin güvenli ve etkili bir şekilde gerçekleştirilmesinde, hastaya uygun pozisyon verilmesi büyük önem taşır. Cerrahi pozisyonlamanın temel amaçları arasında; cerrahi bölgeye optimal erişim sağlamak, solunum ve dolaşım sistemlerinin işlevselliğini desteklemek, vücut hizalamasını korumak, sinir ve kas yapılarının zarar görmesini önlemek, cilt bütünlüğünü muhafaza etmek ve intravenöz girişimler ile anestezi takibi için gerekli alanlara erişimi kolaylaştırmak yer almaktadır (Brooker ve ark., 2020; Fawcett, 2018). Cerrahi girişimler sırasında özellikle spinal cerrahiler, bazı nöroşirürjikal ve torasik operasyonlar gibi spesifik prosedürlerde, hastaların prone (yüzüstü) pozisyonda tutulması gerekmektedir. Bu durum, operasyon sırasında gelişebilecek kardiyopulmoner arrest vakalarında, geleneksel supine (sırtüstü) pozisyonda uygulanan kardiyopulmoner resüsitasyon uygulamalarını teknik açıdan zorlaştırmakta ve zaman açısından dezavantaj yaratabilmektedir. Bu süreçte zaman kaybının yanı sıra, entübasyon tüpünün yerinden çıkması, intravenöz hatların kopması ve sağlık personelinin kontaminasyon riski gibi ciddi komplikasyonlar gelişebilir. Özellikle obez bireylerde bu manevra, fiziksel zorlukları artırarak hem hasta güvenliği hem de ekip ergonomisi açısından önemli tehditler oluşturabilmektedir. Bu nedenle, bazı klinik durumlarda alternatif bir yaklaşım olarak, hastayı çevirmeden prone pozisyonda CPR uygulanması gerekebilmektedir. Literatürde, prone pozisyonda yapılan göğüs kompresyonlarının dolaşımı destekleyebildiği ve belirli koşullarda etkili olabileceği bildirilmiştir (Kwon et al., 2020; Tobias & Deer, 2019). Prone pozisyonda kardiyopulmoner resüsitasyon uygulamasına dair ilk bilgiler, 1989 yılında McNeil'in çalışmalarıyla literatürde yer almaya başlamıştır (McNeil, 1989). Prone pozisyonda CPR uygulamalarına yönelik olarak; 1992'de Sun ve arkadaşları, "ters prekordiyal kompresyon" yöntemini tanımlayarak göğüs basıları için alt sternuma ve toraksın orta hattına el yerleştirilmesini önermiştir. 1996'da Dequin ve ekibi, sternum altından karşı basınç desteğiyle midtorasik omurgaya çift elle bası uygulayarak başarılı bir vaka bildirmiştir. Gomes ve çalışma arkadaşları ise benzer başarıyı yalnızca midtorasik bölgeye bası uygulayarak, karşı basınç olmaksızın elde etmiştir (Çetin & Ayvaci, 2021). Prone pozisyonda gerçekleştirilen kardiyopulmoner resüsitasyon sırasında göğüs kompresyonları, hastanın sırt bölgesine, yani toraksın posterior yüzeyine uygulanır. Bu uygulama genellikle torakal vertebraların T7 ile T10 seviyeleri arasında yoğunlaşır. Bu anatomik bölgeye uygulanan basılar, kalp debisinin artırılmasında ve sistemik dolaşımın sürdürülmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Etkili bir kompresyonun, dakikada 100–120 bası hızında ve 5-6 cm derinlikte yapılması gereklidir. Ancak bu işlemin etkinliği; hastanın pozisyonu, cerrahi işlem sırasında kullanılan destek aparatları (örneğin çerçeveler, yastıklar) ve hastanın fiziksel özellikleri gibi birçok faktöre bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Bu nedenle, başarılı bir resüsitasyon için kompresyon tekniği ve hasta pozisyonunun bireysel koşullara göre dikkatle uyarlanması büyük önem taşır (Çetin & Ayvaci, 2021; Mazer ve ark., 2003). Kardiyopulmoner resüsitasyon sırasında ilaç uygulaması ve yönetimi kesintisiz sürdürülmelidir. Basınç yaralanmalarını önlemek için özellikle göğüs, pelvis ve bacaklar yastıklarla desteklenmeli, boyun ve belin aşırı gerilmesi engellenmelidir. Omuzlar hastanın bedenine uygun şekilde desteklenmeli, kollar yüzücü pozisyonunda yerleştirilerek koruma sağlanmalıdır. Basınç hasarına karşı burun, kulak ve genital bölge özenle korunmalı, kateter ve drenaj bağlantılarının yerleşimi güvence altına alınmalıdır. Endotrakeal

tüp doğru pozisyonda olmalı, sıklığı ayarlanmalı ve ventilatör bağlantısı kontrol edilmelidir. Endotrakeal tüpün yerinden kaymasını önlemek için tüp fikse edilmeli ve ventilasyon parametreleri dikkatle izlenmelidir. Eğer manuel ventilasyon uygulanıyorsa, hava kaçağını en aza indirmek için uygun maske seçimi yapılmalıdır. Elektrokardiyografi ve arteriyel izlem devamlı izlenerek küçük değişiklikler takip edilmelidir. Gözler perioküler ödem ve basınca karşı korunmalı, kapaklar kapatılarak düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir. Ayrıca, hastanın kan basıncı uygun düzeyde tutulmalıdır. Aspirasyon ihtimaline karşı gerekli ekipman ulaşılabilir konumda bulundurulmalıdır. Defibrilasyon ihtiyacı olan hastalarda, elektrot pedleri ya ön-arka pozisyonda ya da bilateral skapula bölgesine yerleştirilerek enerji verilebilir. Elektrot yerleşiminin doğru belirlenmesi, defibrilasyonun etkinliğini artırabilir (Walsh & Bedi, 2002). Müdahale sırasında hastanın supin pozisyona çevrilmesinin gerekebileceği durumlar göz önünde bulundurularak, yeterli sayıda ve donanımlı sağlık personelinin hazır bulundurulması büyük önem taşır. Prone pozisyonunda gerçekleştirilen CPR uygulamaları, bakım sürecini zorlaştıran, stresi artıran ve yoğun hemşirelik takibi gerektiren bir durumu ortaya çıkarabilir (Karalar & Özer, 2023). Prone pozisyonda uygulanan cerrahi işlemler sırasında oluşabilecek ani kardiyak arrest durumlarında, sağlık ekibinin bu alanda yeterli bilgiye ve uygulama becerisine sahip olması kritik öneme sahiptir. Bu tür vakalarda, prone pozisyona özel resüsitasyon algoritmalarının önceden planlanması ve tüm ekip üyelerinin rollerinin net bir şekilde belirlenmesi, olası gecikmeleri önleyerek hayati müdahalelerin zamanında ve etkili şekilde yapılmasını kolaylaştırır. Özellikle ameliyat esnasında meydana gelebilecek acil durumlarda, önceden yapılandırılmış bir resüsitasyon protokolünün varlığı, hasta güvenliğini ve klinik başarıyı artıran önemli bir unsurdur (Case ve ark., 2025). Hemşireler, prone pozisyonunda bulunan hastaların bakım planlarında bu kontrol listelerini kullanarak, potansiyel sorunları ve riskleri daha hızlı fark edebilir; gerekli müdahaleleri yaparak komplikasyonların oluşmasını engelleyebilirler (Karalar & Özer, 2023).

SONUÇ

Ameliyathanede prone pozisyonda kardiyopulmoner resüsitasyon (CPR), dikkatli planlama, bilgi, deneyim ve ekip koordinasyonu gerektiren özel bir uygulamadır. Bu süreçte hemşireler; hasta güvenliğini sağlama, pozisyonlama, havayolu yönetimi ve ekip içi iletişimde kritik roller üstlenir. Eğitimli ekipler ve önceden belirlenmiş resüsitasyon protokolleri, müdahalenin etkinliğini artırır. Ayrıca, hemşirelerin sürece aktif katılımı, komplikasyonların önlenmesi ve hasta bakım kalitesinin yükseltilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle, ameliyathane personelinin prone CPR konusunda sürekli eğitim ve hazırlık içinde olması, olası acil durumlara hızlı ve etkili müdahale yapılmasını sağlar. Gelecekte yapılacak çalışmalar, prone CPR'nin klinik uygulamalardaki yerini daha da netleştirecek ve standart uygulamaların geliştirilmesine katkı sunacaktır.

KAYNAKÇA

1. Field, J. M., Hazinski, M. F., Sayre, M. R., Chameides, L., Schexnayder, S. M., Hemphill, R., *et al.* (2010). Part 1: Executive summary: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 122(18_suppl_3), S640–S656. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.970889>
2. Brooker, K. J., Vikan, M., & Thyli, B. (2020). A qualitative exploratory study of Norwegian OR nurses' patient positioning priorities. *AORN Journal*, 111(2), 211–220. <https://doi.org/10.1002/aorn.12958>
3. Fawcett, D. L. (2018). Positioning the patient for surgery. In J. C. Rothrock & D. R. McEwen (Eds.), *Alexander's care of the patient in surgery* (16th ed., pp. 497–594). Elsevier.
4. Kwon, M. J., Kim, E. H., Song, I. K., Lee, J. H., Kim, J. T., & Kim, H. S. (2020). Efficacy of chest compressions in the prone position: A systematic review and meta-analysis. *Resuscitation*, 150, 75–82. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.02.002>
5. Tobias, J. D., & Deer, T. R. (2019). Cardiopulmonary resuscitation during surgery in the prone position: Is it practical? *Journal of Clinical Anesthesia*, 56, 91–92. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2019.02.025>
6. McNeil, M. (1989). *Prone cardiopulmonary resuscitation: A case report and review of the literature*. *Journal of Emergency Medicine*, 7(5), 491–495.
7. Çetin, M., & Ayvaci, B. M. (2021). COVID-19 hastaları için prone kardiyopulmoner resüsitasyon [Prone cardiopulmonary resuscitation for COVID-19 patients]. *Anatolian Journal of Emergency Medicine*, 4(1), 34–38.
8. Çetin, M., & Ayvaci, B. M. (2021). COVID-19 hastaları için prone kardiyopulmoner resüsitasyon [Prone cardiopulmonary resuscitation for COVID-19 patients]. *Anatolian Journal of Emergency Medicine*, 4(1), 34–38.
9. Sun, W., Huang, F., Kung, K., Fan, S., & Chen, T. (1992). Successful cardiopulmonary resuscitation of two patients in the prone position using reversed precordial compression. *Anesthesiology*, 77(1), 202–204. <https://doi.org/10.1097/0000542-199207000-00036>
10. Dequin, P.-F., Hazouard, E., Legras, A., Lanotte, R., & Perrotin, D. (1996). Cardiopulmonary resuscitation in the prone position: Kouwenhoven revisited. *Intensive Care Medicine*, 22(12), 1272. <https://doi.org/10.1007/BF01709569>
11. Gomes, D. de S., & Bersot, C. D. A. (2012). Cardiopulmonary resuscitation in the prone position. *Open Journal of Anesthesiology*, 2(5), 199–201. <https://doi.org/10.4236/ojanes.2012.25045>
12. Karalar, B. C., & Özer, S. (2023). Pron pozisyonunda kardiyopulmoner resüsitasyon ve hemşirenin rolü. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(34), 62–67. <https://doi.org/10.5543/khd.2023.48568>
13. Walsh, S. J., & Bedi, A. (2002). Successful defibrillation in the prone position [Letter to the editor]. *British Journal of Anaesthesia*, 89(5), 799. <https://doi.org/10.1093/bja/89.5.799>
14. Case, E., Luca, C. E., Maino, P., Speroni, C., Pezzoli, G., Gianinazzi, M., & Bonetti, L. (2025). *Prone Position and Cardiopulmonary Resuscitation in the Operating Room: A Scoping Review*. *Journal of Clinical Medicine*, 14(6), 2044. <https://doi.org/10.3390/jcm14062044>

Article Arrival Date
Date

20.05.2025

Article Published

20.06.2025

Ameliyathanede Etkili İletişim Kurabiliyor muyuz: Engeller ve Kolaylaştırıcılar

Can We Establish Effective Communication in the Operating Room: Barriers and Facilitators

Zeynep YILMAZ¹, Zeynep KARAMAN ÖZLÜ²

¹Hemşire, Atatürk Üniversitesi, Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı, Orcid: 0009-0003-0916-9646

² Profesör Doktor, Atatürk Üniversitesi, Cerrahi Hemşireliği Anabilim Dalı, Orcid:0000-0001-8896-5461

Özet

Ameliyathaneler, hasta güvenliğinin en üst düzeyde sağlanması gereken, multidisipliner ekiplerin birlikte çalıştığı yüksek stresli ortamlardır. Bu ortamda ekip içi iletişim, cerrahi sürecin başarısını doğrudan etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Etkili iletişim, ekip üyelerinin iş birliğini artırarak hataların önlenmesine, operasyon süreçlerinin daha verimli yönetilmesine ve hasta güvenliğinin korunmasına yardımcı olur. Ancak, ameliyathanede iletişim çeşitli engellerle karşılaşabilir. Hiyerarşik yapı, ekip üyeleri arasındaki statü farkları nedeniyle açık iletişimi zorlaştırabilir. Cerrah, anesteziist, hemşire ve diğer sağlık çalışanları arasındaki iletişim eksikliği, önemli bilgilerin gözden kaçmasına veya yanlış anlaşılmasına neden olabilir. Zaman baskısı ve hızlı karar alma gerekliliği, iletişimin aceleye getirilmesine yol açarak bilgi eksikliklerine sebep olabilir. Teknik terminoloji farklılıkları da ekip üyeleri arasında yanlış anlamalar tetikleyebilir. Stres, yorgunluk ve dikkat dağınıklığı, iletişimi olumsuz etkileyerek hasta güvenliği açısından risk oluşturabilir. Bunun yanı sıra, iletişim becerilerinin yeterince geliştirilmemiş olması, ekip üyelerinin birbirine güven duymamasına ve iş birliği eksikliğine yol açabilir. İletişimi güçlendirmek için ameliyathanelerde belirli protokollerin uygulanması büyük önem taşımaktadır. SBAR (Situation/Durum, Background/Tıbbi Öykü, Assessment/Değerlendirme, Recommendation/Öneri) gibi yapılandırılmış iletişim teknikleri, bilgi aktarımını sistematik hale getirerek iletişim hatalarını en aza indirir. Cerrahi kontrol listelerinin kullanımı, ekip içi iletişimi güçlendiren bir diğer önemli uygulamadır. Ayrıca, ekip üyelerinin birbirine karşı açık, net ve saygılı bir dil kullanması, güven ortamı oluşturur ve iletişim süreçlerini güçlendirir. Düzenli olarak yapılan simülasyon eğitimleri, kriz anlarında ekiplerin daha etkili iletişim kurmasını sağlar. Aktif dinleme, ekip üyelerinin birbirini anlamasını kolaylaştırırken, geribildirim mekanizmaları olası yanlış anlamaların önüne geçebilir. Teknolojinin gelişmesiyle birlikte, elektronik hasta kayıt sistemleri ve sesli komut sistemleri gibi dijital çözümler de ameliyathane içi iletişimi kolaylaştırmaktadır. Sonuç olarak, ameliyathanede etkili iletişim, ekip içi iş birliğini güçlendiren ve hasta güvenliğini artıran temel unsurlardan biridir. İletişim eksikliklerinin neden olduğu hataların önüne geçebilmek için ameliyathane ekiplerinin düzenli eğitimler alması ve sağlık kurumlarının iletişimi güçlendirecek politikalar geliştirmesi gerekmektedir. Açık, net ve güvene dayalı bir iletişim kültürü oluşturulduğunda, ameliyat süreçleri daha sorunsuz ilerleyecek ve hasta sonuçları iyileşecektir. Bu nedenle, ameliyathane ortamında etkili iletişimin teşvik edilmesi, sağlık çalışanlarının ve hastaların güvenliği açısından kritik bir

gereklilik olarak değerlendirilmelidir. İletişim süreçlerine yönelik sürekli iyileştirme çabaları ve ekip içi koordinasyonu artıran stratejiler, ameliyathane dinamiklerini güçlendirecek ve sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltecektir.

Anahtar Kelimeler: Ameliyathane, Hasta, İletişim, Ekip

Abstract

Operating rooms are high-stress environments where patient safety must be ensured at the highest level and multidisciplinary teams work together.

In this environment, communication within the team is one of the most important factors that directly affect the success of the surgical process. Effective communication helps to prevent errors, manage operation processes more efficiently and protect patient safety by increasing the cooperation of team members. However, communication in the operating room can face various barriers. The hierarchical structure can make open communication difficult due to status differences between team members.

Lack of communication between surgeons, anesthesiologists, nurses and other healthcare professionals can lead to important information being overlooked or misunderstood.

Time pressure and the need for rapid decision-making may lead to rushed communication, resulting in information gaps. Differences in technical terminology can also trigger misunderstandings between team members. Stress, fatigue and distraction can negatively affect communication and pose a risk to patient safety. In addition, insufficiently developed communication skills may lead to lack of trust among team members and lack of cooperation. It is of great importance to implement certain protocols in operating rooms to strengthen communication. Structured communication techniques such as SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) minimize communication errors by systematizing information transfer. The use of surgical checklists is another important practice that strengthens communication within the team. In addition, the use of clear, open and respectful language by team members creates an environment of trust and strengthens communication processes. Regular simulation trainings enable teams to communicate more effectively in times of crisis. Active listening makes it easier for team members to understand each other, while feedback mechanisms can prevent possible misunderstandings.

With the development of technology, digital solutions such as electronic patient record systems and voice command systems also facilitate communication in the operating room. In conclusion, effective communication in the operating room is one of the key elements that strengthen intra-team collaboration and increase patient safety. In order to prevent errors caused by communication deficiencies, operating room teams should receive regular trainings and healthcare institutions should develop policies to strengthen communication. When a clear, open and trust-based communication culture is established, surgical processes will proceed more smoothly and patient outcomes will improve. Therefore, promoting effective communication in the operating room environment should be considered a critical requirement for the safety of healthcare professionals and patients.

Continuous improvement efforts for communication processes and strategies that increase intra-team coordination will strengthen operating room dynamics and improve the quality of healthcare services.

Keywords: Operating Room, Patient, Communication, Team

GİRİŞ

Sağlık ekipleri, deneyimlerini düzenli olarak paylaşan, ortak kararlara uyum sağlayarak ekip çalışmasıyla hasta odaklı kaliteli sağlık hizmeti sunan profesyonellerden oluşur (Ulusoy & Tokgöz, 2009). Ekip içindeki etkili ve sağlıklı iletişim, takım uyumunu ve performansını doğrudan etkileyen önemli bir faktördür (Lafçı ve ark., 2016). Tıbbi hataların başlıca sebeplerinden biri sağlık ekipleri arasındaki yetersiz iletişimdir. Uluslararası Akreditasyon Komisyonu'na bildirilen hataların yaklaşık %60'ının iletişim eksikliklerinden kaynaklandığı rapor edilmiştir. Bu nedenle, hasta güvenliğini sağlamak için etkili iletişim kurulması öncelikli hedefler arasında yer almaktadır (Ay & Karadağ, 2022). Hekim ve hemşirelerin ekip çalışması anlayışıyla hareket ettiği sağlık kurumlarında, ameliyathaneler ise kritik bir rol üstlenir. Özellikle ameliyathane gibi karmaşık ortamlar, etkili iletişim ve işbirliğinin hayati önem taşıdığı alanlardır (Weaver, ve ark., 2010). Ameliyathanede işlerin sorunsuz ilerlemesi için cerrahi ekip üyelerinin, diğer klinikler ve ilgili birimlerle açık iletişim ve etkili iş birliği içinde olması gerekmektedir (Garrett, 2016). Bu ortamda ekip içi iletişim, cerrahi sürecin başarısını doğrudan etkileyerek ekip üyelerinin iş birliğini artırarak hataların önlenmesine, operasyon süreçlerinin daha verimli yönetilmesine ve hasta güvenliğinin korunmasına yardımcı olur (Escauriza et al., 2025). Ameliyathanelerde iletişimde sıklıkla sözsüz yöntemler tercih edilmekte, bu da farklı yorumlara yol açabilmektedir. Cerrahin sessiz kalması, öfkeli davranması veya sesini yükseltmesi gibi durumlar, ekip üyeleri arasında kızgınlık, suçluluk, belirsizlik, kaygı ve dışlanmışlık hissine neden olabilmektedir. Ayrıca, ortak ve standart bir mesleki dil kullanılmaması ile gürültülü çalışma ortamı, ameliyathanelerde iletişim problemlerini ve stres seviyesini artıran önemli faktörlerdendir (Yavuz Van Giersbergen, 2015; Weldon ve ark., 2013). Diğer yandan hiyerarşik yapı, ekip üyeleri arasındaki statü farkları nedeniyle açık iletişimi zorlaştırabilir. Yoğun iş temposunun yarattığı stres ve tükenmişlik, bireylerin birbirlerine karşı öfke patlamaları ve yıkıcı davranışlar sergilemesine yol açabilir. Öfke ve onun ifade şekli, kişilerarası ilişkiler ve ekip içi iletişim üzerinde etkili olup, fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunların ortaya çıkmasında önemli bir faktördür. Öfkenin kontrol altına alınması ve doğru biçimde ifade edilmesi, iletişim sorunlarını azaltırken iş performansını ve iş tatminini artırmakta, böylece sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmektedir (Baran & Okanlı, 2015). Dünya Sağlık Örgütü, hasta güvenliğinin artırılması amacıyla profesyonel iletişim yöntemlerinden biri olan SBAR(Situation/Durum, Background/Tıbbi Öykü, Assessment/Değerlendirme, Recommendation/Öneri) tekniğinin uygulanmasını tavsiye etmektedir (WHO, 2007). SBAR, hastanın durumu ile ilgili bilgilerin bir sağlık profesyonelinden diğerine aktarılmasını kolaylaştıran, kanıta dayalı ve etkili bir iletişim yöntemidir. SBAR iletişim yöntemi, hataların önlenmesine yardımcı olurken beklenmeyen ölüm ve istenmeyen olayların sayısını azaltmakta, hasta devir süresini kısaltmakta, çalışanların memnuniyetini artırmakta ve ekip üyeleri arasındaki iletişimi güçlendirmektedir (Cengiz & İntepeler, 2021). Cerrahi kontrol listelerinin de uygulanması, ekip içi iletişimin güçlendirilmesinde kritik bir rol oynamaktadır (Haynes ve ark., 2009). Ayrıca, ekip üyeleri arasında açık, net ve saygılı bir dilin kullanılması, güvenli bir çalışma ortamının oluşturulmasına katkı sağlar ve iletişim süreçlerinin etkinliğini artırır (Leonard, Graham & Bonacum, 2004). Düzenli gerçekleştirilen simülasyon eğitimleri, özellikle kriz anlarında ekiplerin koordinasyonunu ve iletişim becerilerini geliştirerek hasta güvenliğini desteklemektedir (Rosen ve ark., 2018). Aktif dinleme teknikleri, ekip üyelerinin birbirini doğru anlamasını kolaylaştırırken, yapılandırılmış geri bildirim mekanizmaları olası iletişim hatalarının önüne geçilmesinde önemli bir araçtır (O'Daniel & Rosenstein, 2008). Bunun yanı sıra, teknolojik gelişmelerle birlikte elektronik hasta kayıt sistemleri, sesli komut ve anlık mesajlaşma uygulamaları gibi dijital çözümler, ameliyathane içi bilgi akışını hızlandırmakta ve iletişim kalitesini artırmaktadır (Green et al., 2017).

SONUÇ

Ameliyathanede etkili iletişim, ekip üyeleri arasındaki iş birliğini artıran ve hasta güvenliğinin sağlanmasında temel bir rol oynayan önemli bir faktördür. İletişim yetersizliklerinden kaynaklanan hataların önüne geçmek amacıyla, ameliyathane ekiplerinin düzenli eğitimlerle donatılması ve sağlık kurumlarının iletişim süreçlerini güçlendirecek stratejiler geliştirmesi gerekmektedir. Açık, net ve güven temelli bir iletişim ortamı oluşturulduğunda, cerrahi süreçler daha koordineli bir şekilde yürütülebilir ve hasta sonuçları olumlu yönde etkilenir. Bu nedenle, ameliyathane içi iletişimin teşvik edilmesi, hem sağlık personelinin hem de hastaların güvenliği için kritik bir gereklilik olarak kabul edilmelidir. Sürekli iyileştirme yaklaşımları ve ekip içi koordinasyonu artıran yöntemler, ameliyathane performansını destekleyerek sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltecektir.

KAYNAKÇA

1. Ulusoy, H., & Tokgöz, D. M. (2009). Hekim ve hemşirelerin ekip çalışmasına ilişkin görüşleri. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 2(2), 55–61.
2. Lafçı, D., Pehlivan, S., & Demiray, G. (2016). Cerrahi kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerin ekip çalışmasına ilişkin görüşleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2(3), 55–64.
3. Weaver, S. J., Rosen, M. A., DiazGranados, D., et al. (2010). Does teamwork improve performance in the operating room? A multilevel evaluation. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 36(3), 133–142.
4. Garrett, J. H. (2016). Effective perioperative communication to enhance patient care. *AORN Journal*, 104(2), 111–117.
5. Escauriza, A.J.J., Gellings, J.A., Iverson, K., et al. (2025). Culture of patient safety and team communication in the operating room of a university hospital in Cuba. *Global Surgical Education*, 4, 36. <https://doi.org/10.1007/s44186-024-00342-6>
6. Ay, A., & Karadağ, M. (2022). Cerrahide hasta güvenliği. In M. Karadağ & H. Bulut (Eds.), *Cerrahi hemşireliği kavram haritası ve akış şemalı* (3. baskı, ss. 83–99). Ankara: Vize Yayıncılık.
7. Yavuz Van Giersbergen, M. (2015). Etkili iletişim. In M. Yavuz Van Giersbergen & S. Kaymakçı (Eds.), *Ameliyathane hemşireliği* (ss. 9–18). Meta Basım ve Matbaacılık Hizmetleri.
8. Weldon, S. M., Korkiakangas, T., Bezemer, J., & Kneebone, R. (2013). Communication in the operating theatre. *British Journal of Surgery*, 100(13), 1677–1688.
9. Baran, M., & Okanlı, A. (2015). Hemşirelerde öfke düzeyinin iş doyumuna etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(1), 43–49.
10. Cengiz, G., & İntepeler, Ş. S. (2021). Hasta güvenliği iletişim aracına uygun nöbet teslim sürecinin geliştirilmesi ve değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(4), 404–412.
11. Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13(suppl 1), i85–i90. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.010033>
12. Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13(suppl 1), i85–i90. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.010033>

13. Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., et al. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *American Psychologist*, 73(4), 433–450. <https://doi.org/10.1037/amp0000298>
14. O'Daniel, M., & Rosenstein, A. H. (2008). Professional communication and team collaboration. In *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses* (pp. 2-271–2-284). Agency for Healthcare Research and Quality.
15. Green, R. A., Oeppen, R. S., & Smith, P. A. (2017). Technologies to support safe and effective teamwork in the operating theatre. *Journal of Perioperative Practice*, 27(11), 262–268. <https://doi.org/10.1177/1750458917702476>