



# PSI'US

*Fikiryum*  
GPME - Dergi

OCAK 2021  
SAYI.6



İllüstrasyon: Beppe Giacobbe

# ANORMAL

Genç Psikologlar Meclisi olarak oluşturduğumuz Psi'Us Fikiryum dergimizin altıncı sayısı olan "ANORMAL" teması ile sizleri selamlıyoruz. Altıncı sayımızda Psikoloji biliminin alt dallarından biri olan Anormal Psikoloji alanına yoğunlaştık. Tüm okuyucularımızın değerli yorumlarını beklemekteyiz.

Psi'Us Fikiryum ailesi mutlu yıllar ve keyifli okumalar diler!

GENÇ PSİKOLOG ADAYI / EDITÖR  
ELİF NUR GÜRCAN



# İÇİNDEKİLER

- 01-02** ANORMAL DAVRANIŞIN PSİKANALİTİK PERSPEKTİFİ - **SENANUR DURUR**
- 03-05** YEME BOZUKLUKLARI - **İREM TAN**
- 06-11** HOARDING DISORDER - **ASLI ÇINAR**
- 12-14** OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK - **KLİNİK PSK. BETÜL CAVLAK**
- 15-17** UYKU BOZUKLUKLARI- **ESRA KAMACI**
- 18** **PSK. AYŞE ZEYNEP KAYA'NIN** ELLERİNDEN BİPOLAR BOZUKLUK
- 19-21** BORDERLINE'A (SINIRDA KİŞİLİK BOZUKLUĞU) GENEL BAKIŞ - **NİL TORUN**
- 22-32** DEPRESYON - **KLİNİK PSK. GİZEM KARATAŞ**
- 32-37** STRES VE PANDEMİ - **SULTAN ALTINSOY**
- 38-43** INSOMNIA (2002) FİLM ANALİZİ - **ÖZGE AKGÜN**
- 44-47** TAKLİDİ OLMAYAN HASTALIK: ŞİZOFRENİ- **İSA OKUL**



**DERGİMİZİ  
OKUDUKTAN SONRA  
SİZİ PODCAST'İMİZİ  
DİNLEMeye DAVET  
EDİYORUZ!**



## Anormal Davranışın Psikanalitik Perspektifi



Altıncı sayımızda Psi'Us ekibi olarak Anormal Psikoloji 'ye odaklandık. Günlük yaşamı sağlıklı bir şekilde geçirmeye engel olan anormal davranışa yönelik S. Freud'un geliştirmiş olduğu Psikanalitik yaklaşımı da sizler için ben kaleme aldım. Keyifli ve bilgilendirici bir okuma süreci geçirmenizi dilerim.

Anormal Psikoloji'nin Psikanalitik perspektifine başlamadan önce Sigmund Freud'un Psikanalitik kuramından söz etmek istiyorum.

Freud kalıtmacı bir bilim insanıdır. Yani insanın doğuştan getirilen yanları olduğuna inanır. Bu bağlamda üç kavramdan söz eder: İd, ego ve süperego.

İd, bizim doğuştan gelen tarafımızdır. Freud'a göre id insanı harekete geçiren iki temel dürtüye göre hareket eder. Doğuştan gelen bu yanıyla insan bağımsız ve kural

tanımazdır. İd devrede olduğunda eylemi belirleyen şey hazlardır.

Süperego, ilerleyen yıllarda yaklaşık 6 yaş civarında oluşur. Freud'a göre süperego bizim ahlaklı ve kurallara uyan yanımızdır. Süperego sayesinde insan topluma uyum sağlayarak ve ahlaklı bir biçimde yaşar.

Ego ise, id ile süperegoyu dengeleyen tarafımızdır. Doğuştan getirdiğimiz bir yan olmasa da yaklaşık ilk 6 ay civarında oluşur. Ego, bu ikisi arasındaki çatışmayı dengelemede belirleyici unsurdur.

Freud, anormal davranışın nasıl oluştuğunu anlatırken tam da bu üç kavramı çıkış noktası olarak nitelendirir. Ego yeterince gelişmediğinde ya da süperego ile id arasındaki çatışma dengelenemediğinde kişinin bu durumdan rahatsızlık duyduğunu ve kaygı yaşadığını;

bu kaygıyı gideremediğinde ise, anormal davranışların meydana geldiğini belirtir.

Freud, bilhassa çocukluk dönemi çatışmalarının sağlıklı çözülememesi ve bunların bilinçdışında kalması durumunda yetişkinlikte anormal davranışların görülebileceğini söyler.

Anormal davranış temel olarak insanda strese neden olduğundan ve işlevselliğini engellediğinden olabildiğince erken bir zamanda tedavi edilmelidir.

Freud'un Psikanalitik Kuramına göre anormal davranışların tedavisinde serbest çağrışım, direnme, rüyaların analizi ve içgörü teknikleri kullanılır.

Serbest çağrışım tekniğinde danışanın terapi esnasında aklına gelen her şeyi ifade etmesine izin verilir. Terapist, danışanın duygu ve düşünceleri rahat ifade edebilmesi için gerekli güven ortamını oluşturmalıdır. Buradaki amaç danışanın yargılanma korkusu yaşamadan istediği her şeyi terapistle paylaşmasını sağlamaktır. Bu şekilde danışanın bilinçdışına ulaşmak daha kolay hale gelir.

Bir diğer yöntem olan rüyanın analizi tekniği ise Freud'un en ünlü

çalışmalarından biridir. Bu yöntemde Freud kendisine özgü sembol ve şifreler geliştirmiştir. Rüyaların bir bütün olarak değerlendirilmesi şeklinde değil de parçalar halinde analiz edilmesi söz konusudur. Freud'a göre bu parçalar kişinin hayatına dair ipuçları taşıyabilmektedir.

Bu teknikleri kullanırken temelde odaklanılan ortak şey gizli bilinçdışı düşünceleri ve duygularıdır.

Psikanalitik perspektifte böyle belirli teknikler kullanılarak anormal davranışa neden olan durum tespit edilip tedavi edilmeye çalışılır.

-Yazımı okuduğunuz için teşekkür ederim!

Senanur Durur

## **KAYNAKÇA**

Tuzcuoğlu, N. (1995). Psikanaliz Kuramı ve Analizi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 275-285.

McGraw-Hill, Aklımın Aklı: Psikoloji, (Çev. Edit: M. Durak, E. Şenol-Durak ve U. Kocatepe). Nobel, Ankara: 2015.

## YEME BOZUKLUKLARI

Yemek, en başta bir ihtiyaçtır. Hayatta kalmak için yemek zorundayız. Bu zorunluluğu bir takıntı haline getirdiğimizde, dış görünüşümüzü beğenmediğimizde, belki daha zayıf belki daha kilolu olmak istediğimizde, kendimizi gereğinden fazla zorlayıp yorarsak fiziksel ya da zihinsel bozukluklar ortaya çıkabilir. Bu yazımda bu bozukluklardan, daha genel bir adıyla yeme bozukluklarından bahsedeceğim.

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tanımıyla yeme bozuklukları, insanların yeme davranışlarında ve buna bağlı duygu, düşüncelerinde ciddi rahatsızlıklar yaşadıkları hastalıklardır. Yeme bozuklukları genellikle ergelik döneminde başlar ve çoğunlukla kadınlarda görülür.

Anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk gibi psikolojik bozukluklarla birlikte ortaya çıkabileceği gibi alkol ya da uyuşturucu bağımlılığı sebebiyle de ortaya çıkabilir. Yeme bozukluklarının kalıtsal olduğuna dair araştırmalar olmasına rağmen ailesinde görülme de bu bozukluklardan birine sahip olan insanlar da vardır.

Yeme bozukluklarını 3 gruba ayırabiliriz:

1. Anoreksiya Nervoza
2. Bulimiya Nervoza
3. Tıkınırcasına yeme bozukluğu.

### *Anoreksiya Nervoza*

Bu bozukluğa sahip kişiler “şişman” olmaktan korkarlar. Genellikle ergelik döneminde başlar. Zararsız olduğu düşünülen rejimler ve kalori sayımları bu bozukluğa temel oluşturabilir. Bir süre sonra kişi ne kadar zayıf olurlarsa olsun, bunu fark etmeyip daha da zayıflamaya çalışır. Yeterince yemek yemeyi reddederler, takıntılı bir şekilde egzersiz yaparlar, gıda alımından sonra kendilerini kusturmaya çalışabilirler.



Bu bozukluğa sahip kişilerde hormon salgılanmasında sorunlar, kalp ritmi düzensizleşmesi, uyku problemleri, kas

dokusu kaybı görülebilir. Ayrıca kadınlarda regl döngüsü kesilebilir.

Tedavi sonucu iyileşme sağlanmış dahi olsa vücutta meydana gelmiş hasarlar nedeniyle erken ölüm riski hala vardır.

### ***Bulimiya Nervoza***

Bu bozukluğa sahip kişiler aşırı zayıf değildir, hatta obez bile olabilirler. Genel olarak Anoreksik bireylerden daha yaşlıdır, çünkü Bulimiya Nervoza bozukluğunun erken ergenlik yerine genç yetişkinlik döneminde başlaması daha muhtemeldir. Anoreksiya gibi, bulimiya da kadınlarda daha sık görülür.

Tek bir oturuşta çok fazla yemek yerler, şaşırtacak derecede yüksek kalori alımı yapabilirler. Bu duruma tıknırcasına yeme atakları diyebiliriz, kişi bu esnada kendisini kontrol edemez. Yani ne zaman yemeği bırakacağına ya da ne yiyeceğine kendi karar veremez. Tıknırcasına yeme atakları sonrasında bu kişiler kilo alma korkusu ya da mide ağrıları sebebiyle kendilerini kusturma yoluna gidebilirler. Bu döngü haftada birkaç kez tekrarlanabilir.

Bu bozukluğa sahip kişilerde yemek borusu aşınması, boğaz ağrısı, tükürük bezi ve yüz şişmesi, diş minesini aşınması görülebilir.

Bulimiya Nervoza bozukluğuna sahip kişiler aşırı zayıflamadıkları ve tıknırcasına yeme davranışlarını saklayabildikleri için yakın çevrelerinin bu bozukluğu fark etmesi oldukça zordur.



### ***Tıknırcasına Yeme Bozukluğu***

Bulimiya Nervoza'da bahsettiğimiz tıknırcasına yeme atakları burada da vardır, fakat Bulimiya'dan farklı olarak kişi tıknırcasına yeme atakları sonrasında kilo alma korkusu yaşamaz, bu nedenle kendini kusturma yoluna gitmez.

Obezite tedavisi için başvuran hastaların yaklaşık %30'unda tıknırcasına yeme bozukluğu görülmektedir.

Ayrıca, tıknırcasına yeme bozukluğuna sahip hastalarda anksiyete, depresyon gibi psikolojik rahatsızlıkların görülme riski obezite gruplarına oranla daha yüksektir.

## Nasıl tedavi edilir?

Bahsettiğimiz üç hastalık da kişiler üzerinde ciddi fiziksel hasarlar oluşturabileceği için bu kişilerin alacakları tedavinin tıbbi bakım ve beslenme yönetimi içermesi önemlidir.

Bahsettiğimiz hastalıkların duygusal ve psikolojik nedenlere dayalı olma olasılığı yanında kişi hastalık ve tedavi sürecinde bu açıdan olumsuz etkilenebilir. Psikoterapi, bu kişilerin kendi davranışlarını ve duygularını anlamalarına yardımcı olur.

-Yazımı okuduğunuz için teşekkür ederim!

İrem Tan

Bozuklukları.

Erişim

Adresi:<http://timucinoral.com/PDF/Manik-Depresiften%20iki%20Uclu%20Bozukluga.pdf#page=45>

## KAYNAKLAR

- Gönenir Erbay, L. & Seçkin, Y. Yeme Bozuklukları. Erişim Adresi: <http://guncel.tgv.org.tr/journal/68/pdf/100509.pdf>
- American Psychiatric Association (APA). What Are Eating Disorders? Erişim Adresi: <https://www.psychiatry.org/patients-families/eating-disorders/what-are-eating-disorders>
- Yücel, B. Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa Uzanan Yol: Yeme



## Hoarding Disorder

The purpose of this essay is to examine *Hoarding Disorder* (HD) also known as *compulsive hoarding*. Formerly, HD had been considered in the context of either Obsessive Compulsive Disorder (OCD) or Obsessive Compulsive Personality Disorder (OCPD). Since a considerable number of studies showed that HD is a syndrome distinct from OCD and OCPD, the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5th Edition (DSM-5) involved a new diagnosis for HD (see Mataix-Cols et al., 2010 and Pertusa et al., 2010 for detailed discussions of this topic).

In terms of its definition, HD which affects to 2% to 6% of the population across the world is characterized by excessive accumulation of items in the houses or workplaces. Individuals with HD collect a large number of items that are either necessary for them or not and they struggle with discarding of their possessions that a majority of people can quickly get rid of.

One of the most prominent issue is that those who have HD are unable to do their daily activities at home, because excessive items kept in the house occupy their living area and it even might restrict their movements in the house. With the

purpose of understanding their inability to discard of unnecessary possessions, the cognitive factors associated with HD must be mentioned. Individuals with HD are more likely to think that gathering excessive items is a solution to their problem (Steketee & Frost, 2014). They are aware that something is wrong about them but they think that collecting items lessens it. For them, the ordinary items considered as worthless by others are very valuable and they tend to gather much more items in their houses, even though there is no enough space to keep them.

With the intend to simplify the way of their thought, I will exemplify it through the most common experience: You need to love as well as being loved. You love your parents very much but you need much more special feeling such as what Romeo felt for Juliet. You love somebody who is impossible to have her/him in real life such as loving your lecturer or your teacher who is 20 years older than you. Even though you are aware of its impossibility, loving him/her makes you feel good and embraced with an extraordinary feeling.

It is especially much more pervasive among young girls who have very sensitive hearts to love somebody. Since they are afraid of getting hurt, they are less likely to

experience a mutual relationship with the right person who suits on them, therefore they allow the person who is unfeasible in their eyes to steal their hearts as well as their mind. They keep loving him with the poor hope of being loved by their platonic loves in one day.

It is exactly same among those with HD. With the thought of using what they collect in the future, they keep gathering unnecessary items causing the clutter in their living area. The main features of HD are explained that it is an extreme difficulty of throwing the items, and those with HD are unable to organize these items. They struggle with throwing things out, because they think that they need to save them, and they will experience emotional stress if they throw these items out (Frost and Hartl, 1996; Kavalcı, 2019).

For example: Individual with HD can keep excessive items in his/her house though there is no enough space to keep them, because she/he thinks that she might move into a bigger house in the future and she/he will have enough area to keep them. It is considered that those who have HD establish an emotional bond with things and create a safe environment with the possessions that they cannot throw away from their environment. In order to clarify this, it must be stressed that they tend to

keep ordinary things because they attach them with their life experiences.

As shown above, that is why they struggle with discarding of their possessions. It shows that they perceive hoarding as a solution to their problems and it can cause them to be unaware of their symptoms (Steketee & Frost, 2014).



I can imagine how confused you feel when looking at the photo shown above. If it is framed in more detailed, what they experience in everyday life is quite uncomfortable; since excessive items occupy their living areas by preventing them to clean the house, they are more likely to suffer from infection and physical illnesses due to the poor living conditions (Kim et al. 2001; Archer et al.2019). Moreover, given that financial and housing issues are the most commonly seen

features among those with HD, they are likely to receive annual incomes below the poverty line (Tolin, Frost, Steketee, Gray, & Fitch, 2008).

In terms of its differences between men and women, we see that women buy perfume, jewellery, clothing, and make-up materials, while men generally buy gadgets such as electronics, hardware, automobiles, watches, etc. In addition, although the messiness and difficulty in throwing do not differ in both genders, compulsive shopping in women and hoarding of free and worthless things are more common among men.



With regard to its separation from OCD, firstly, hoarding was defined as an obsessive trait (Cooper, 1970) and included in DSM-IV as a subtype of obsessive-compulsive disorder (OCD) (Rachman & Hodgson, 1980). However, it is considered to be a separate disorder in the context of DSM-5 (American

Psychological Association, 2013). In terms of the reasons behind it, people with HD are afraid of losing their possessions with the thought that they may need it later and it increases the importance of what they have.

Furthermore, contrary to the patients with OCD, hoarders have less urge to practice their unwanted thoughts about what they have and their rituals. Moreover, unlike permanent distress in OCD, in HD distress arises only when there is a possibility of losing what they have (APA, 2013). According to DSM-5, hoarding disorder diagnostic criteria are as follows;

Persistent difficulty in discarding or parting with possessions, regardless of their actual value:

- This difficulty occurs due to a perceived need to save the items and to distress associated with discarding them.
- The difficulty of discarding possessions results in the accumulation of possessions that congest and clutter active living areas and substantially compromises their intended use. If living areas are uncluttered, it is only because of the interventions of third parties (eg, family members, cleaners, or the authorities).

- The hoarding causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning (including maintaining an environment safe for oneself or others).
- The hoarding is not attributable to another medical condition.
- The hoarding is not better explained by the symptoms of another mental disorder (eg, obsessions in obsessive-compulsive disorder, decreased energy in major depressive disorder, etc).

Specifiers:

- With excessive acquisition
- With good or fair insight
- With poor insight
- With absent insight/delusional beliefs

In addition, hoarders do not trust their memory, for example: When we consider a patient who accumulates old newspapers because he is unable to remember information that it contains, we can say that the patient thinks that it is absolutely necessary to remember the information and keeps the newspapers for this reason. It might be stated that it happens due to the categorization problem. As shown above, it influences many aspects of people's lives.

In that point, if I frame all those symptoms in the umbrella of the operational definition, I can say that people with HD have an exaggerated way of collecting and saving their possessions regardless of the actual value of them, because they believe that they will experience emotional distress if they get rid of their extra possessions. That is why they cannot get rid of their extra possessions. However; given that it is a new disorder, the studies conducted in this area are limited.

-Thank you for reading my article!

Aslı Çınar

## REFERENCE

Archer, C. A., Moran, K., Garza, K., Zakrzewski, J. J., Martin, A., Chou, C. Y., ... & Plumadore, J. (2019). Relationship between symptom severity, psychiatric comorbidity, social/occupational impairment, and suicidality in hoarding disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 21, 158-164.

Ayers, C. R., Ly, P., Howard, I., Mayes, T., Porter, B., & Iqbal, Y. (2014). Hoarding severity predicts functional disability in late hoarding disorder patients.

*International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(7), 741–746.

Bulut ve diğerleri. (2015). Belirtiden Bozukluğa İstifleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry*, 7(3):319-332.  
10.5455/cap.20141220023913

Damecour, C. L. ve Charron, M. (1998). Hoarding: A symptoms, not a syndrome. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(5), 267-272.

Frost, R. ve Gross, R. (1993). The hoarding of possessions. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 367-382.

Frost, R. O. ve Hartl, T. L. (1996). A cognitive-behavioural model of compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*, 34(4), 367-381.  
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00071-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00071-2)

Frost, R. O., Steketee, G., & Williams, L. (2000). Hoarding: A community health problem. *Health & Social Care in the Community*, 8(4), 229-234.

Frost ve diğerleri. (2013). Activities of daily living scale in hoarding disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and*

*Related Disorders*, Volume 2, Issue 2, pp. 85-90.

Kavalcı G. (2019). Biriktirmenin Yolculuğu: Dün, Bugün ve Yarın Biriktiricilik Bozukluğu. *PiVOLKA*, Cilt: 9, Sayı: 32

Kim, H.-J., Steketee, G., & Frost, R. O. (2001). Hoarding by elderly people. *Health & Social Work*, 26(3), 176–184.

Meriçtan, A. E., Sevi O. M. (2019). Biriktirme Bozukluğunda Bilişsel Davranışçı Terapi: Sistematik bir Gözden Geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar- Current Approaches in Psychiatry*, 11(4):506—51.  
10.18863/pgy.538142

Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G., Gray, K. D., & Fitch, K. E. (2008). The economic and social burden of compulsive hoarding. *Psychiatry Research*, 160(2), 200-211.

Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G., & Fitch, K. E. (2008). Family burden of compulsive hoarding: Results of an internet survey. *Behaviour Research and Therapy*, 46(3), 334  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.12.008>

Welsted A. C. (2007). *Compulsive Hoarding and The Theory of Value: An Economic Model of Excessive Accumulation*. The University of British Columbia The Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies (Psychology), Vancouver

Williams M., Viscusi J. (2016). Hoarding Disorder and a Systematic Review of Treatment with Cognitive Behavioral Therapy. *Cognitive Behaviour Therapy* Volume 45, Issue 2, pp. 93-110. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1133697>

## Obsesif Kompulsif Bozukluk



Yazıma, düşüncelerimizin gücünü vurgulayan bir egzersiz ile başlamak istiyorum.

*Şu an müsaitlik durumunuza göre sakın bir yere oturmanızı, yanınıza birer kâğıt-kalem almanızı ve gözlerinizi kapatarak güzelce şu ana odaklanmanızı isteyeceğim. Gözlerinizi kapattıktan sonra 2 dakika boyunca yalnızca beyaz, tatlı bir kutup ayısı düşünmenizi istiyorum. Eğer o 2 dakika içerisinde aklınıza beyaz, tatlı kutup ayısı dışında bir şey gelirse, her defasında lütfen önünüzdeki kâğıda bir çizgi veya bir işaret bırakın. 2 dakika bittikten sonra çizgi attığınız kâğıdın arka yüzünü çevirip yine gözlerinizi kapatın. Bu sefer, 2 dakika boyunca istediğiniz her şeyi*

*düşünebilirsiniz. Ama asla ve asla az önceki o beyaz, tatlı kutup ayısını düşünmeyin. Düşünmemeniz gerektiği halde o kutup ayısı aklınıza gelirse, her defasında kâğıda yine bir çizgi ya da işaret bırakın. 2 dakika bitip gözlerinizi açtıktan sonra; önce ilk sayfada attığınız çizgilerin sayısını sayın ve sayıyı not alın. Daha sonra da diğer sayfada attığınız çizgileri sayın ve sayıyı not alın.*

Çok büyük ihtimalle, ikinci yaptığımız aktivitedeki çizgi sayınız, ilk yaptığımız aktiviteden daha fazla çıkacak çünkü düşüncelerinizi ne kadar kontrol etmeye çalışırsanız, o sizi o kadar kontrol altına alır. “Asla düşünmemeliyim”, “Kesinlikle aklıma getirmemeliyim” gibi cümleler ve dolayısı ile düşünceler denizdeki çırpınırlara benzer. Düşünmemeye çalıştıkça o düşünce daha da akla gelir, daha da yer eder. Ve akla gelmesi istenmeyen, doğru bulunmayan, kontrol etmek istenilen düşüncelerden kurtulmak için bazı davranışlar bir çözümmüş gibi ortaya çıkmaya başlar.

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) ve bilinen ilk ismiyle Ruh Kanseri, saplantı ve/veya zorlantıların görüldüğü, genellikle süregelen, kimi zaman dönemsel alevlenmeler ile giden, kişinin günlük işlevlerini belirgin olarak etkileyen bir

bozukluktur (Öztürk & Uluşahin, 2018, s.364). Bozukluğun adını aldığı obsesyon; tekrarlayan düşünceler, inanışlar veya fikirler iken kompulsiyon; obsesyonu etkisiz hale getirmek adına tekrar tekrar sergilenen davranışlardır. Bu bozukluğa sahip kişilerin çoğu, obsesyon ve kompulsiyonları mantıksız bulup direnmeye çalışmasına rağmen kendini durduramaz. Hepimizin aklına zaman zaman kendi değerlerimize uygun olmayan bir düşünce gelebilir ancak OKB hastası bu düşünceye “Bu benim aklıma nasıl gelir?”, “Böyle düşünmemeliyim”, “Bunlar aklıma gelmemeli” gibi cümleler kurar ve bu obsesyonlarından kurtulmak için bir kompulsiyon geliştirir. Örneğin, her sabah saat 06:36’da salondaki perdeleri çıkartıp tekrar yerine takmazsa babasının annesini aldatacağını düşünebilir. Burada babasının annesini aldatacağı düşüncesi bir obsesyonudur. Her sabah saat 06:36’da perdeleri çıkartıp tekrar asmaı ise kompulsiyondur.

Bu bozukluk genellikle 18-25 yaşları arasında başlar. Saplantı ve zorlantılar kişiyi son derece bunaltır ve kaygılandırır. Fakat eğer o saplantı ve zorlantıları kişi herhangi bir nedenle yerine getirmezse o kaygı ve bunaltı daha da şiddetlenir.

Dahası, düşünce sürecinde kararsızlık vardır; bir şeyi yaptım mı yapmadım mı, düşündüm mü düşünmedim

mi gibi. Kapılar, musluklar, ocaklar, prize takılı aletler tekrar tekrar kontrol edilebilir.



“Elimi sıkan insanlar tuvalete gittikten sonra ellerini yıkamamış olabilirler mi ya da gittiğim yerde eşyalarımı unutmuş olabilir miyim?” gibi düşüncelere kapılırlar. Bunlar kuşku saplantılarıdır. Kimi kişilerde de sayma saplantıları mevcuttur. Gördükleri şeyleri saymadan edemezler ya da bir eyleme başlamadan önce belirledikleri sayı kadar o eylemi yaparlar. Eğer doğru sayı kadar o eylemi yapıp yapmadıkları konusunda şüpheye düşerlerse tekrar en baştan başlarlar. Ayıp ya da saldırgan düşünceler ile ilgili saplantılar da olabilir. Örneğin, “Deli olup çocuğumu boğar mıyım”, “Dersteyken ağzımdan ayıp şeyler çıkar mı?” gibi. En kaygı uyandırıcı ve bunaltıcı saplantılardan biri de yaratıcıya olan küfürlerdir. Dine bağlılığı güçlü olan kişilerde görülür. Kişi bu sebeple abartı bir şekilde dua okur, namaz kılar ya da tövbe



eder (Öztürk & Uluşahin, 2018, ss. 366-367).

Davranış boyutunda ise kişi, bu kompulsiyonları uygulamazsa çok büyük bunaltısı olur. Bir yandan bunların saçma olduğunu bildiği için davranışı durdurmaya çalışır ancak durduramadıkça tekrar bunaltıya girer. Belli yerlere dokunmak ya da dokunmamak, kapıları, ocakları, pencereleri tekrar tekrar kontrol etmek, saatlerce yapılan banyo ve en sık görüneni de bitmek bilmeyen el yıkama ritüelleri olabilir. Bu kompulsiyonlar o kadar kalıplaşmış ve törensel bir hal alır ki, kişi artık ondan başka bir şey yapamaz olur (Öztürk & Uluşahin, 2018, s. 367). Obsesif Kompulsif Bozukluğun olup olmadığını da buradan anlayabiliriz. İnsanların arabasını park ettikten sonra camlarının kapalı ve aracının kilitli olduğundan emin olmak istemesi güvenlik nedeniyle tuhaf karşılanmayabilir ancak evinden tekrar tekrar çıkarak ya da yolda geriye dönüp cam ve kapıları kontrol etmesi dikkat edilmesi gereken bir durumdur.

-Yazımı okuduğunuz için teşekkür ederim!

*Klinik Psikolog Betül CAVLAK*

## **Kaynakça**

Öztürk, O & Uluşahin, A. (2018). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Ankara: Nobel Kitabevi

## UYKU BOZUKLUKLARI

Sağlıklı her birey günde 7-8 saatini uykuya ayırmaktadır. Hayat fonksiyonlarımızın devamı, hafızamız, stres düzeyimiz, zihinsel ve fiziksel sağlığımızın tamamı uyku davranışlarımıza göre değişiklik göstermektedir. Bu kadar önemli bir ritüel olan uyku yıllardır birçok alandan bilim insanı tarafından tartışılmış, araştırılmıştır. Hala tam olarak bilinç nedir, uyku süreci nasıl işler, uyanıklık nedir sorularının cevabı verilemese de büyük bir yol kat edildiği açıktır. Literatürde sıklıkla kullanılan uyku tanımına göre uyku, dışarıdan gelen uyaranlara karşı tepkilerimizin, çevre ile iletişimimizin geri döndürülebilir şekilde geçici bir süre ile kaybolduğu süreçtir. Uyku sürecini sadece bir dinlenme, tepkisizlik hali olarak düşünmek de yanlıştır, uyku aynı zamanda bizi bekleyen aktif hayatımız için bir yenilenme sürecidir.

Uykuya geçmek ve uyanmak için biyolojik birçok süreç yaşanmaktadır, belli hormonlarımızın salgılandığı, ışık ve ses gibi çevresel birçok uyaran ile değişiklik gösteren bir süreçtir bu. Bu süreçte ve uyku sırasında birçok bozukluk oluşabilir. Bu bozukluklar uykunun sağladığı birçok şeyden bizi mahrum bırakabilir.

Uyku süreci birtakım özelliklerine göre bilim insanlarınca belirli evrelere bölünmüştür. Temelde REM ve Non-REM evrelerinden oluşan uyku sürecinde REM dönemi hızlı göz hareketlerinin olduğu uyku evresini temsil etmektedir. Non-REM dönemi de kendi içinde

4 evreye ayrılmaktadır. Evre 1 ve evre 2 yüzeysel uyku dönemine tekabül ederken evre 3 ve evre 4, derin uyku dönemi olarak geçmektedir. Derin uykuda EEG’de yavaş dalgalar tespit edilir, göz hareketleri yoktur, nabız ve solunum yavaşlamıştır. REM döneminde göz kaslarında hızla kasılmalar göze çarpmaktadır. Nabızda da hızlanma gözlemlenmektedir. Sağlıklı uyku süreci bu evre ve özelliklerden oluşmaktadır. Uyku bozukluklarında ise bu süreçte değişiklikler yaşanmaktadır. Bu bozukluklar kişilerin iş performansını, akademik performansını, trafikteki davranışlarını, tüm sosyal hayatlarını yakından etkilediği için bazı uzmanlarda “halk sağlığı sorunu” olarak ele alınmaktadır. Uyku bozukluklarını neden olduğu trafik kazaları düşünüldüğünde bu yorumlama daha anlamlı hale gelecektir.

Uyku bozuklukları Türk Nöroloji Derneği’nin de baz aldığı ICSD’ye (International Classification of Sleep Disorders- Uyku Bozukluklarının Uluslararası Sınıflaması) göre uyku bozuklukları içinde 85 türü barındıran büyük bir tanı kümesidir. Bu 85 bozukluk 8 ana grupta yer almaktadır. Bu ana gruplar:

- Insomnialar
- Uykuda Solunum Bozuklukları
- Solunum bozukluğuna bağlı olmayan hipersomniler
- Sirkadyen ritim uyku bozuklukları
- Parasomniler

- Uyku ile ilişkili hareket bozuklukları
- İzole semptomlar, normal varyantları
- Diğer uyku bozuklukları



İnsomnia, DSM-5'te uykusuzluk bozukluğu olarak geçen kişilerin yeterli süre uyuyamaması sonucu dinlenememesi durumudur. DSM-5'te başlıca tanı kriterleri, uykuyu başlatmakta zorluk, uykuyu sürdürmekte zorluk, sabah erken uyanmadır ve bu durumun en az 3 aydır, haftada en az 3 gece yaşanması tanı için gerekli kriterlerdendir. Bu durumun çevresel faktörlere yahut başka bir hastalığa bağlı ortaya çıkmaması gerekmektedir. Insomniolar, ICSD'ye göre nedenlerine göre 12'ye ayrılmaktadır, bunların başlıcaları; akut insomnia, psikofizyolojik insomnia, paradoksal insomniadır. Bu uyku bozukluğunun 15 yaş üstü kişilerde prevalansı %13,4'tür. Ve yaş ilerledikçe sıklığın arttığı görülmektedir.

Bir diğer grup uykuda solunum bozukluklarıdır. Bu tanı grubundan söz etmeden apne/hipopne tanımından bahsetmek gerekmektedir. Apne, solunum sisteminde hava

akımının minimum 10 saniye kesilmesi durumudur; hipopne ise solunum sisteminde hava akımının en az %50 oranında azalması olarak tanımlanmaktadır. Bu grup DSM-5'te solunum ile ilişkili uyku bozuklukları ismi ile geçmektedir. Tıkayıcı uyku apnesi hipopnesi, merkezi uyku apnesi, uyku ile ilişkili hypoventilasyonu kapsayan bir gruptur. ICSD ise bu grubu 4 alt başlık ile tanımlamaktadır: Santral uyku apne sendromu, obstrüktif uyku apne sendromu, uykuya ilişkili hypoventilasyon/ hipoksemik sendromlar, diğer uykuya ilişkili solunum bozuklukları. Bu tanımlar için polisomnografi cihazında ortaya çıkan uyku sırasında elde edilen beyin dalgaları, göz hareketleri, ağız ve burundan hava akımı, horlama, kalp hızı, bacak hareketleri ve oksijen seviyelerinin ölçümü verilerine ihtiyaç vardır.



Solunum bozukluğuna bağlı olmayan hipersomniler üçüncü ana grubu oluşturmaktadır. Bu grup narkolepsi ve diğer hipersomniler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Narkolepsi, DSM-5'e göre "aynı gün içinde ortaya çıkan, yineleyen, baskılanamayan uyku gereksinimi, birden uykuya dalıverme ya da kestime evreleridir". Bu durumun son 3 ayda haftada en az 3 kez yaşanmış olması bu tanı için gerekli kriterdir. Narkolepsi katapleksili ve katapleksisiz olabilir. Katapleksi kaslarda, kişinin düşmesine neden olacak bir parezi gelişmesi, hareketin azalması durumudur. ICSD'ye göre bu ana grubun ikinci alt başlığı diğer hipersomnilerdir. Hipersomnia, kişinin uyku evresi 7 saat olmasına rağmen aniden uykuya dalma, 9 saatten fazla olmasına rağmen dinlendirici olmayan bir uyku deneyimlemesi ya da aniden uykuya dalmak ile karakterize bir uyku bozukluğudur.

ICSD'ye göre 4. ana grup sirkadiyen ritim uyku bozukluklarıdır. Bu bozukluk DSM-5'te "sirkadiyen düzen ile ilgili uyku-uyanıklık bozuklukları" olarak geçmektedir. Bu bozuklukta kişinin kendi sirkadiyen ritimi ile toplumun, işinin uyguladığı sirkadiyen ritim arasında uyumsuzluk vardır. Kişi bu uyumsuzluğa bağlı olarak yineleyici uyku bozukluğu yaşamaktadır. Aşırı uykululuk ya da uykusuzluğa ya da her ikisine birden neden olabilen bu durum klinik açıdan başka bir hastalık ile tanımlanamıyorsa kişi bu tanıyı alacaktır.

Parasomniler de bir diğer ana grubu oluşturmaktadır. DSM-5'e göre parasomniler, hızlı göz devinimleri uykusu dışında (Non-REM) uykudan uyanma bozuklukları,

karabasan bozukluğu, REM uykusunda davranış bozukluğu ve huzursuz bacak sendromunu içeren gruptur. Bu gruptaki huzursuz bacak sendromu ICSD'de uyku ile ilişkili hareket bozuklukları grubunda ele alınmaktadır. Parasomni, uyku esnasında yaşanan istemsiz davranışlar ve hareketlerin yaşanması ile karakterize bir uyku problemidir. Birçok psikolojik sorun, fizyolojik problemler, ilaç, alkol ve uyarıcı kullanımı bu duruma sebep olabilir. Kişi hareketi ve bu dönemi hatırlamaz ya da çok az hatırlar.



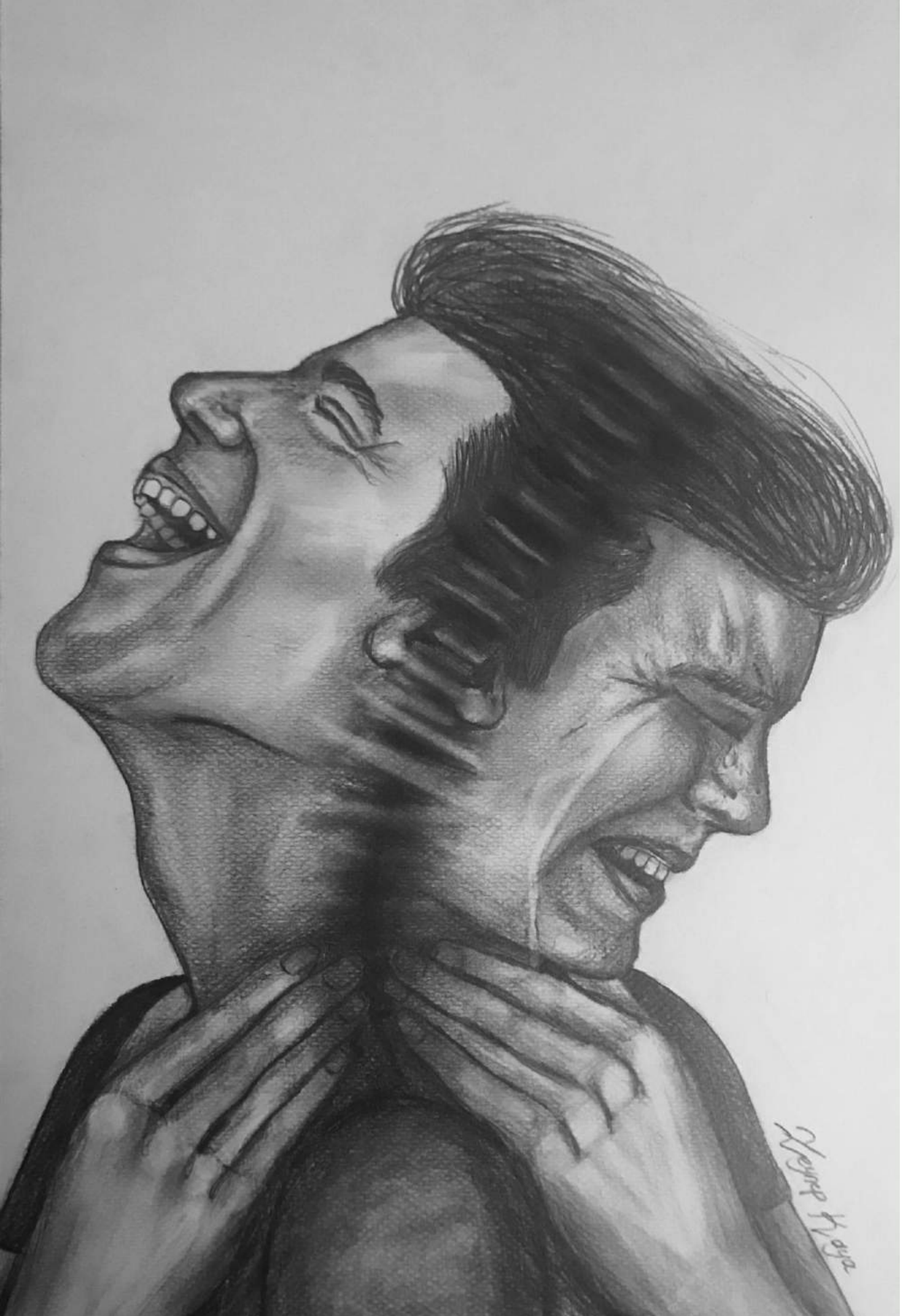
Uyku bozuklukları ICSD ve DSM'de bazen adlandırma bazen kategorizasyon bakımından farklılık gösterse de temelde yaşanan problemler ve getirileri benzer bir şekilde ortaya konan ve toplumda sıklıkla görülebilen bir tanı kümesini oluşturmaktadır.

Tüm bu bozukluklar, kişinin iş hayatında, akademik hayatında, özel hayatında zorluklara neden olduğu gibi gerekli tedavi süreçleri ile üstesinden gelinebilmektedir.

-Yazımı okuduğunuz için teşekkür ederim!

Esra Kamacı

**Psk. Ayşe Zeynep Kaya'nın Ellerinden Bipolar Bozukluk**



## Borderline'a (Sınırdaki Kişilik Bozukluğu) Genel Bakış



“Borderline” kelimesinin Türkçe karşılığı “sınırdaki, çizgide, uçta” anlamlarına gelmektedir. Adından da anlaşılacağı üzere duyguları gerekli şekilde organize edememekten kaynaklı her türlü duygu durumunun uçta yaşanmasına sebep olan bir kişilik bozukluğudur. Bu kişilik bozukluğuna sahip insanların benlik kavramları, karmaşa içerisinde olduğundan duygu yönetimi yapmakta zorlanırlar. Bu durum da ikili insan ilişkilerinde ciddi sorunlara sebep olur. Tüm bunların temelinde ise aslında hayali bir terk edilme korkusu yatar. Genelde ergenlik ve yetişkinlik döneminde başlar.

Hastalarda genelde madde bağımlılığı, depresyon, anksiyete, yeme bozukluğu gibi rahatsızlıklara da rastlanır.

### **Borderline Kişilik Bozukluğunun Nedenleri**

Borderline kişilik bozukluğunun nedenleri hala tam olarak bilinmemektedir. Ancak yapılan araştırmalara göre gen ve çevre faktörü hastalık üzerinde etkilidir. Borderline hastalığını en çok çocukluk çağındaki aile ilişkileri etkilemektedir. Psikolojik, fiziksel ve cinsel istismar görmüş olan çocuklarda görülme olasılığı fazladır. Küçük yaşlarda bu şiddet türlerinden birine uğramış olan bir bireyde insan ilişkileri konusunda güvensizlik duygusu gelişir. Aynı zamanda anne-çocuk ilişkisi de oldukça önemlidir. Yeni doğanın anne ile ilişkisi başlarda bir bütündür. Bebek ve anne birbirine bağlı ve bağımlıdır. Gelişimle birlikte doğal bir süreç içerisinde yavaş yavaş anne ve çocuk

birbirinden kopmaya başlarlar. Bu kopma döneminde anne, bir anda çocuktan ayrılırsa, -annenin bir anda iş dünyasına dönmesi ve çocuğun bir bakıcıya bırakılması gibi durumlardan bahsediyoruz- çocuk güvensiz bir ayrıma yaşar. Annenin tekrar dönmeyeceği düşüncesi, kaybetme korkusu gibi hisler kendini gösterir. Bu kopma illa somut bir kopuş olmak zorunda değildir. Çocukluk döneminde yaşanan bu güvensizlik hissi ve kaybetme korkusu ilerleyen dönemlerde Borderline kişilik bozukluğuna sebep olabilmektedir.

### **Belirtiler ve Bulgular**

- İstikrarsız insan ilişkileri kurmak
- Bir anda bir insanı göklere çıkartmak ve çok hızlı bir şekilde terk edilme korkusundan kaynaklı olarak hayatından çıkarma ya da düşman olarak görme.
- Benlik duygusunda dengesizlik ve bulanıklık durumları
- Dürtüsel ve tehlikeli davranışlar (Alkol bağımlılığı, seks bağımlılığı, aşırı yemek yeme dürtüsü gibi...)
- Kendine zarar verme, tehditkâr davranışlar, intihar gibi durumların sürekli tekrarlanması
- Kronik boşluk ve güvensizlik hissi yaşanması

-Aşırı uçlarda yaşanan duygu durumları ve hızlı değişimler geçirmek

### **Tedavisi, Terapiler ve Teşhis Süreci**

Ruhsal bozukluklarda doğru teşhis oldukça önemlidir. Bu sebeple teşhisi ve tedavisinde deneyimli bir psikiyatrist, psikolog veya klinik sosyal hizmet uzmanı gibi lisanslı bir akıl sağlığı uzmanından yardım alınmalıdır. Kapsamlı bir araştırma süreci ile birlikte gerekli testler yapılmalıdır. Aynı zamanda ailede bu hastalığa sahip bireylerin olup olmadığının araştırılması da önemlidir. Doğru teşhisten sonra doğru tedavi gelir. Ruhsal bozukluklar kısa sürede ortadan kalkabilecek ya da sadece ilaç tedavisi ile geçirilebilecek hastalıklar değildir. Bu yüzden hem danışan hem çevresi hem de psikolog tarafından sabır gerektiren bir süreç olacaktır. Psikoterapi sınırda kişilik bozukluğu için ilk tedavi yöntemidir. Bire bir tedavi veya grup ortamında tedavi yöntemi uygulanabilir. Terapist ile hasta ilişkisi bu kişilik bozukluğu için oldukça önem arz eder çünkü zaten hastalığın temelinde insan ilişkileri ile ilgili problemler vardır. Danışanın terapist ile kurduğu ilişki hastalığın iyileşme sürecindeki en nemli basamaklardan biridir. Hasta terapist ile kurduğu ilişki ile tekrar güven kazanıp terk edilme korkusunu yenebilir. Bu hastalığın tedavisinde iki psikoterapi yöntemi vardır.

Bunlardan ilki diyalektik davranış terapisidir. Bu terapi türünde kabullenme ve farkındalık ön plandadır. Hastaya daha sağlıklı insan ilişkileri kurmayı ve diğer dürtüleri kontrol etmeyi öğretmeyi amaçlar. Diğer psikoterapi yöntemi ise bilişsel davranışçı terapidir. Bu terapi türü, kendileri ve başkaları hakkındaki yanlış algıların altında yatan sebepleri bulmayı ve değiştirmesine yardımcı olmayı amaçlar. Bu terapi ile hastanın kendine zarar verme davranışlarının azaltılması sağlanabilir. Borderline kişilik bozukluğunun tedavisi ile ilgili bir diğer tartışma konusu ilaçlardır. Çünkü birincil tedavi ilaçlar değildir. Birincil tedavi olmamasına rağmen borderline ile birlikte görülen depresyon, anksiyete gibi durumları kontrol altına almak amacıyla terapi ile birlikte ilaç kullanılması gerekebilir.

### **Borderline Hastası Yakınları İçin İp Uçları**

-Duygusal destek ve sabır oldukça önemlidir. Onlar için değişim zor ve korkutucudur ancak imkânsız değildir. Bu durumu kabullenmeniz ve sabırlı olmanız ona da size de yararlı olacaktır.

-Yargılayıp değiştirmeye çalışmak yerine kabullenmeli ve özverili olmanız gerekir.

-Kişilik bozukluğu hakkında bilgi edinmek, ne yaşadığını ve ne hissettiğini anlamanıza yardımcı olacaktır.

-Yazımı okuduğunuz için teşekkür ederim!

Nil Torun

### **Referanslar:**

Kulacaoglu, F., & Kose, S. (2018). Borderline Personality Disorder (BPD): In the Midst of Vulnerability, Chaos, and Awe. *Brain sciences*, 8(11), 201. <https://doi.org/10.3390/brainsci8110201>

Dixon-Gordon, K. L., Peters, J. R., Fertuck, E. A., & Yen, S. (2017). Emotional Processes in Borderline Personality Disorder: An Update for Clinical Practice. *Journal of psychotherapy integration*, 27(4), 425–438. <https://doi.org/10.1037/int0000044>

Biskin R. S. (2015). The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 60(7), 303–308.

<https://doi.org/10.1177/070674371506000702>



## DEPRESYON

Depresyon kelimesi Türkçede çökme, çökkünlük, kederli hissetme gibi anlamlara gelmektedir. Kelimenin kökeni olan ‘depress’ sözcüğü ise Latince dilinde “depressus”tan gelmekte ve “alçakta olmak, bastırmak” anlamlarını içermektedir (Hocaoğlu ve Çelik, 2016).

Depresyon; biyolojik, psikolojik ve sosyal nedenleri olan bir duygu durum bozukluğudur. Depresyon yaşayan kişi kendini yoğun bir üzüntü içinde hissederek geleceğe yönelik karamsar düşüncelere sahiptir. Bunun yanında geçmişe yönelik yoğun pişmanlık hissi ve suçluluk duyguları taşıyabilmektedir. Bu düşünceler kimi zaman ölüm ile ilgili de olabilmekte hatta itihar girişimlerine kadar gitmektedir. Genel olarak işlevsellikte yaşanan düşüşler uyku, iştah, cinsel istek gibi fizyolojik olarak bozuklukları da kapsamaktadır. Depresyon bedensel veya başka bir ruhsal hastalığa bağlı olarak ortaya çıkabileceği gibi tümü ile ondan bağımsız olarak da ortaya çıkabilmektedir. (Karataş, 2015).

### Depresyonun Nedenleri:

Depresyonun ortaya çıkmasında birden çok faktör etkili olduğu bilinmektedir. Fizyolojik, biyolojik, kalımsal, ve sosyal etkenler depresyonun gelişmesinde önemli rol almaktadır. Depresyonu oluşturan bu

faktörler yatkınlık hazırlayan ve tetikleyen (ortaya çıkaran) olmak üzere iki ana faktörde gruplanmaktadır. Kalıtım, kişilik yapısı, aile düzeni ve eğitim düzeyi birinci grup olan depresyonu oluşturan faktörler başlığında ele alınmaktadır. İkinci grupta ise genel anlamda tetikleyici olan psiko-sosyal stres faktörleri yer almaktadır (Güleç, 2009).

### Biyolojik Nedenler:

Biyolojik nedenlerin başında kalıtım gelmektedir. Yapılan araştırmalarda birinci derece aile üyelerinde duygu durum bozukluğu olan bireylerin depresyon geçirme riski oldukça yüksektir. Ailede depresyon öyküsü bulunması depresyon çıkma ihtimalini arttırsa da bu durumun genetik bir aktarım sonucu mu yoksa öğrenme sonucu mu oluştuğuna dair halen soru işaretleri içermektedir (Ersan ve Abay, 2001).

Yapılan aile ve evlat edinme çalışmalarında Majör Depresif Bozukluk hastalarının birinci derece akrabalarında depresyon riskinin arttığı gözlemlenmiştir. Bununla birlikte biyolojik anne babasında depresyon olan evlat edinmiş çocuklarda depresyona yakalanma riskinin daha fazla olduğu gösterilmiştir (Elder ve Mosack, 2011). İkiz bireylerde yapılan çalışmalar

sonucunda ise Monozigot ikizlerde depresyon riski %40, dizigotlarda ise %11 kadar olduğu tespit edilmiştir.

### **Biyokimyasal Nedenler:**

Günümüzde depresyon oluşumunda özellikle serotonerjik ve noradrenerjik sistemler başta olmak üzere beyindeki nörotransmitterlerle ilgili işlevsel bozuklukların önemli rol aldığı düşünülmektedir. İzlenen bu işlevsel bozukluklar ya beyin işlevlerinde ortaya çıkan değişikliklerden etkilenerek oluşmakta ya da depresyonun bizzat kendisi bu değişimlerin oluşumunda rol oynamaktadır. Genel yaklaşım ilk olarak nörotransmitter sistemleri arası dengenin bozulduğu şeklindedir. Yani nörotransmitter işlev patolojileri ilk basamağı oluşturmakta ve bu değişiklikler hücresel düzeydeki patolojileri (protein kinazlar, cAMP, CREB, BDNF, g proteini, gen ifadenmesi ve nöral plastisite patolojileri) etkileyerek depresyon oluşumuna yol açabilmektedir.

### **Psikososyal Nedenler:**

Hayatın belli bir kısmında ekonomik sıkıntılarla karşılaşmak, aile içi sorunlar, iş hayatında doyumsuzluk yaşamak veya bazı tersliklerle karşılaşmak, emekli olmak, işini kaybetmek, vücut sağlığının bozulması, kişiyi inciten davranışlara

maruz kalması gibi birçok fiziksel ve sosyal etkiler depresyonun oluşumunda rol almaktadır. Elbette ki kişinin yaşadığı olumsuz yaşam deneyimleri doğrudan depresyona girmesine sebep olmamakla birlikte genetik veya biyolojik yatkınlığı olan bireylerde pekiştirici olarak hastalığa sürüklemektedir.

Depresyonu tetikleyen bir diğer sosyal etki kişisel ilişkilerin zayıflamasıdır. Özellikle metropollerde yaşayan bireyler giderek yalnızlaşmakta ve ilişkileri zayıflamaktadır. Yapılan araştırmalar da bu durumu destekler niteliktedir. Depresyon vakaları büyük şehirlerde kırsal alanlara göre daha çok görülmektedir. Bireylerin kazandıkları ile yetinmeyip hep daha fazlasını arzularak doyum eşiklerini yüksek tutarlar. Bunun sonucunda da kırsal alanlarda yaşayan insanlara göre daha çok problemle baş etmek durumunda kalırlar.

### **Depresyonun Belirtileri**

Belirtiler davranışsal, fizyolojik, bilişsel ve duygusal olmak üzere dört başlıkta incelenmektedir.

### **Davranışsal Belirtiler:**

- **Psikomotor retardasyon:** Bireylerin depresyonla birlikte hareketlerinde yavaşlama, azalma ve isteksizliğin eşlik ettiği tablodur.

Yeni bir davranışı başlatma ve sürdürme konusunda ilgisiz ve güçsüzdürler. Birey alçak sesle ve tek düze konuşabilmektedir. Her davranış için aşırı bir çaba gerekebilmektedir (Çalık ve Aktaş, 2011).

- **Psikomotor ajitasyon:** Yaşanan sıkıntı ve bunaltının motor dışı vurumuna ajitasyon denir. Kadınlarda ve yaşlılarda daha sık izlenmektedir. Depresyonda yaşanan yoğun anksiyete ve ajitasyon intihar için önemli bir risk oluşturmaktadır.

#### **Fizyolojik Belirtiler:**

- **Uyku bozuklukları:** Depresyonda olan bireylerde hem uykusuzluk (insomnia) hem de aşırı uyuma (hipersomnia) şeklinde uyku bozuklukları görülebilmektedir. Yapılan araştırmalar %90 oranında insomnia görüldüğünü, %6-36 oranında ise hipersomnia görüldüğünü göstermektedir. Ayrıca uykuya dalamama, uykuyu sağlıklı bir biçimde sürdürememe veya sabahları erken, yorgun uyanma şeklinde uyku sorunları da yaşanabilmektedir (Işık, Taner, 2013).

- **İştahta bozulmalar:** Genellikle iştahta azalma ve kilo kaybı yaşanmaktadır. Bunun tam aksine bazen aşırı iştah hali de görülebilir. İştahın artış gösterdiği ve kilo alımına sebep olan bu tablo genellikle atipik depresyon türünde görülmektedir.
- **Cinsel istek kaybı:** Depresyonun başlangıç dönemlerinde belirerek en geç düzelen belirtilenden biridir. Ayrıca tedavi süresince kullanılan antidepresan ilaçlar da benzer yan etkiler ortaya çıkarabilmektedir.

#### **Bilişsel Belirtiler:**

Dikkati odaklama, bellek, bilgi işleme süreci ve yürütücü işlevlerde bozukluklar ortaya çıkabilmektedir. Düşünce akışındaki yavaşlama sonucu bireylerde sorulara yanıt vermede gecikmeler olabildiği gibi kimi zamansa konuşmak için bile büyük çaba harcamaları gerekmektedir. Ağır depresyondaki kişiler hiç konuşmayabilmektedirler. Düşünce içeriği açısından baktığımızda ise umutsuzluk, karamsarlık, olumsuz düşünceler, kişisel yetersizlik, kendini suçlama, eleştirme ve cezalandırma duyguları ve değersizlik fikirleri hakimdir. Ayrıca bireyler ciddi boyutta karar verme güçlüğü de yaşamaktadırlar. Bu düşüncelerle birlikte ölümlerle ilgili yineleyen düşünceler de

ortaya çıkabilmektedir (Çelik ve Hocaoğlu, 2016).

### **Duygusal Belirtiler:**

En fazla belirtiyile karşılaşılan kısımlardan biri de duygusal boyuttur. Depresyonun temel özelliklerinden biri olan çökkün duygu durumudur. Çökkün duygu durumu yani disfori şu şekilde tanımlanmaktadır; mutsuz, hüznü, umutsuz, karamsar, kederli, kendini boşlukta, sıkıntılı hissetme ve bu durumun devamlılık göstermesi. Kişi günlerinin çoğunu bu duygu durum belirtilerini göstererek geçirmektedir. Bu belirtilerin en sık görüldüğü depresyon tipi ise melankolik ve psikotik özellikli depresyondur (Çelik ve Hocaoğlu, 2016).

Anksiyete; sıkıntı hissi ve bunaltı şeklinde tanımlayabiliriz. Bunaltı hissine sıklıkla çarpıntı, terleme, ağız kuruluğu, karın ağrısı ve ishal gibi bedensel yakınmalarda eşlik etmektedir. Depresyonun karakteristik bir özelliği olmamakla birlikte ağır depresyon vakalarında bunaltı sıklıkla kendini ajitasyon şeklinde gösterebilmektedir (Karataş, 2015).

### **Depresyonda Risk Faktörleri:**

Depresif bozukluğun etiyolojisinde rol alan faktörleri açıklamaya yönelik

çalışmalar genetik, biyolojik ve psikososyal etkiler olarak üçe ayrılabilir de bunlar arasındaki ilişkilerden dolayı bu ayrımın çok da gerçekçi olmadığına yönelik bir tartışma konusu oluşturmuştur. Hastalığın ortaya çıkışından tek bir risk etkeni sorumlu tutulmamaktadır. Yaşanılan ailesel sorunlar, depresif kişilik özellikleri, kadın olmak, eğitim düzeyinin düşüklüğü, yaşanılan olumsuz yaşam olayları, yakın ilişki azlığı, bedensel rahatsızlıklar risk faktörleri olarak görülmektedir. Ayrıca 18–44 yaşlar arasında olmak, iş sahibi olmamak, bekâr olmak ve düşük sosyoekonomik durum depresyon için diğer risk etkenlerini oluşturmaktadır (Çalık ve Aktaş, 2011).

### **Depresyon Türleri:**

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)'e göre depresyon şu alt gruplar içerisinde değerlendirilmiştir (Koroğlu, 2014):

1. Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu
2. Majör Depresyon Bozukluğu
3. Süregelen Depresyon Bozukluğu (Distimi)
4. Premenstrüel Disfori Bozukluğu

## 5. Maddenin/İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu

### 1. Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği

#### Bozukluğu:

A) Sözel olarak kendisini gösteren, içinde bulunulan veya kışkırtan duruma göre yoğunluk veya süre açısından büyük oranda orantısız olan, yineleyici, ağır öfke patlamaları.

B) Öfke patlamaları gelişim düzeyi ile tutarsızdır.

C) Öfke patlamaları, ortalama olarak haftada üç veya daha fazla ortaya çıkar.

D) Öfke patlamaları aralarındaki duygudurum, nerede ise her gün, sürekli olarak çabuk kızma veya kızgınlık gösterme ile belirlidir. Bu durum başka insanlarca gözlenebilir.

E) A-D tanı ölçütleri 12 aydır veya daha uzun bir süredir vardır. Bu süre boyunca, kişinin A-D tanı ölçütlerindeki bütün belirtilerin olmadığı ardışık üç ay veya daha uzun süren bir süre olmamıştır.

F) A ve D tanı ölçütleri, üç ortamdan (evde, okulda, yaşlıları ile birlikteyken) en az ikisinde vardır. Ve bunlar içerisinde en az birinde, ağır bir biçimde kendisini gösterir.

G) Bu tanı, ilk kez 6 yaşından önce veya 18 yaşından sonra konmamalıdır.

H) Öyküden elde edilen bilgilere veya yapılan gözlemlere göre, A-E tanı ölçütlerinin başlangıç yaşı 10 yaşından öncedir.

I) Mani veya hipomani döneminin, süre dışında, belirti tanı ölçütlerinin tam karşıladığı, bir günden daha uzun süren ayrı bir dönem hiç olmamıştır.

J) Bu davranışlar, yalnızca majör depresyon bozukluğu dönemi sırasında ortaya çıkmaz ve başka bir ruhsal bozukluk ile daha iyi açıklanamaz.

K) Bu belirtiler, bir maddenin, başka bir sağlık durumunun veya nöroloji ile ilgili bir durumun fizyoloji ile ilgili etkilerine bağlanamaz.

### 2. Majör Depresyon Bozukluğu:

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca, aşağıdaki belirtilerden beşi bulunmuştur ve önceki işlevsellik düzeyinde bir değişiklik olmuştur. Bu belirtilerden en az biri çökkün duygudurum veya ilgisini yitirme, zevk almamadır.

1. Çökkün duygudurum, neredeyse tüm gün ya da günün büyük bir bölümünde bulunur ve bu durumu ya kişinin kendisi bildirir. Bu durum başkaları tarafından da gözlenebilir.

2. Bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin şekilde azalma veya bunlardan zevk alamama durumu. Neredeyse her gün, günün büyük bölümünde görülür.

3. Kilo vermeye çalışmıyorken çok kilo verme ya da kilo alma veya yemek yeme isteğinde azalma veya artma

4. Neredeyse her gün uykusuzluk çekme veya aşırı uyuma.

5. Neredeyse her gün bitkinlik veya enerji düşüklüğü

6. Neredeyse her gün değersizlik ya da suçluluk duyguları

7. Neredeyse her gün düşünmekte, odaklanmakta güçlük çekme, kararsızlık yaşama.

8. Yineleyici ölüm düşünceleri veya öldürme girişimi, kendini öldürmek üzere özel bir eylem tasarlama.

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya toplumsal, iş ile ilgili

alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu dönem, bir maddenin veya başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

A-C tanı ölçütleri bir yeğin depresyon dönemini oluşturur.

D. Yeğin depresyon döneminin ortaya çıkışı şizoduygulanımsal bozukluk, şizofreni, şizofrenimsi bozukluk, sanrılı bozukluk veya şizofreni açılımı kapsamında ve psikoza giden tanımlanmış ya da tanımlanmamış diğer bozukluklarla daha iyi açıklanamaz.

E. Hiçbir zaman bir mani dönemi ya da bir hipomani dönemi geçirilmemiştir.

### **3. Premenstrüel (Regl Öncesi) Disfori Bozukluğu:**

A. Aybaşı döngülerinin büyük çoğunluğunda, aybaşlarının başlamasından önceki son hafta, en az beş belirti bulunmalıdır. Belirtiler aybaşlarının başlamasından sonraki hafta çok azalır veya yok olur.

B. Aşağıdaki belirtilerden biri bulunmalıdır:

1. Belirgin duygusal değişkenlik

2. Belirgin bir şekilde kolay sinirlenme veya kişiler arası çatışmada artma.

3. Belirgin bir çökkün duygudurum, umutsuzluk duyguları veya kendisini küçümseyen düşünceler.

4. Belirgin bir bunaltı, gerginlik veya diken üzerinde olma, sinirlilik hali.

C. B tanı ölçütündeki belirtilerle birleştirilince toplam beş belirtiyeye çıkmak üzere, aşağıdaki belirtilerden biri ya da daha fazlası bulunmalıdır:

1. Olağan etkinliklere karşı ilgide azalma.

2. Odaklanmakta güçlük çekme.

3) Uyuşukluk, kolay yorulma veya içsel güçte belirgin bir düşüklük.

4) Belirgin bir yeme isteği değişikliği; aşırı yemek yeme veya özel birtakım yiyecekleri yemek için aşırı istek duyma.

5) Aşırı uyku uyuma veya uykusuzluk çekme.

6) Bunalmışlık veya denetimi yitirmişlik durumu.

7) Göğüslerde şişme, eklem ya da kas ağrısı, kilo alma gibi bedensel belirtiler.

A-C tanı ölçülerindeki belirtiler bir önceki yılın aybaşı döngülerinin çoğunda bulunmuş olmalıdır.

D. Belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıyla veya işte, okulda, olağan toplumsal etkinliklerde ya da başkalarıyla olan ilişkilerde bozulma ile gider.

E. Bu bozukluk, yeğin depresyon bozukluğu, panik bozukluğu, süregiden depresyon bozukluğu ya da bir kişilik bozukluğu gibi başka bir bozukluğun belirtilerinin alevlenmesi değildir.

F. A tanı ölçütü, en az iki belirtili döngü sırasında, ileriye dönük günlük derecelendirme ile doğrulanmalıdır.

G. Belirtiler bir maddenin veya başka bir sağlık durumunun fizyoloji ile etkilerine bağlanamaz.

#### **4.Maddenin / İlacın Yol Açtığı Depresyon Bozukluğu:**

A. Klinik görünümüne belirgin ve sürekli bir duygudurum bozukluğu egemendir. Bu klinik durum, çökkün duygudurum veya bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma, bunlardan zevk almama durumu ile belirlidir.

B. Öykü, fizik muayene ya da laboratuvar bulgularından elde edilen kanıtlar aşağıdaki iki maddenin varlığını gösterir.

1. A tanı ölçütündeki belirtiler, madde esrikliği ya da yoksunluğu sırasında veya bir ilaç aldıktan sonra gelişmiştir.

2. Söz konusu madde/ilaç, A tanı ölçütündeki belirtileri ortaya çıkarabilir.

C. Bu bozukluk maddenin/ilacın yol açmadığı bir depresyon bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz. Ayrı bir depresyon bozukluğu olduğunun kanıtları şunlar olabilir:

Belirtiler, madde/ilaç kullanımından önce de vardır; belirtiler akut yoksunluğun veya ağır esrikliğin bitmesinden sonra önemli bir süre kalıcı olmuştur. Ayrı bir maddenin yol açmadığı depresyon bozukluğunun başka kanıtları vardır.

D. Bu bozukluk yalnızca deliryumun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır.

E. Bozukluk klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal işle ilgili alanlarda veya önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

## **Depresyonun Tedavisi:**

İnsanlar zaman zaman kendini yetersiz ve değersiz hissedebilir. Bu durum bir zayıflığın göstergesi değildir. Hissedilen bu duygular depresyona dönüşmüşse profesyonel bir yardımla büyük bir rahatlama sağlanabilir.

Hastanın ilaç, terapi veya EKT (Elektrokonvulsif Terapi) tedavilerinden hangisine başlanacağına hekimi karar vermektedir. Akut dönem tedavisi genellikle 6 ile 8 hafta arasında sürmektedir. Tedavinin amacı hastanın düzelmesini sağlamaktır. Hastalık belirtileri düzelmeye başladıktan sonra ise 6 ay kadar tedaviye devam edilmektedir. 6 aylık tedavinin ardından hasta geri kazandığı işlevselliğini sürdürebiliyorsa iyileşme oluşmuş olur (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal,2011).

### **a) İlaç Tedavisi:**

Depresyon tedavisinde sıklıkla antidepresan ilaçlar kullanılmaktadır. Antidepresanlar arasından SSRI (seçici serotonin gerialım inhibitörleri) ve SNRI (serotonin noradrenalin gerialım inhibitörleri) gruplarından olan serotonin ve dopamin reseptörleri üzerinden etki eden ilaçlar sıklıkla tercih edilmektedir. Günümüzde Monoamin oksidaz inhibitörleri (MAO) ve trisiklik



antidepresanlar (TCA) artık çok daha az kullanılmaktadır (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011).

#### **b) Elektrokonvulsif Terapi (EKT):**

Elektrokonvulsif tedavi (EKT) 1938 yılından beri psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır. EKT tedavisine “elektroşok tedavisi” de denmektedir. Anestezi altındaki hastanın şakak bölgelerine yerleştirilen iki elektrottan birkaç saniye süre ile elektrik akımı verilir. EKT sayısı hastadan hastaya değişiklik göstermekle birlikte genellikle 6 ile 12 kür arası uygulanmaktadır. EKT uygulaması sonrasında sıklıkla hastalarda unutkanlık gerçekleşmektedir. Bellek kayıplarındaki geri kazanımlar 6 ile 1 yıl arasında sürmektedir. Sonrasında hastada unutkanlık belirtilerinin yok olduğu gözlemlenmiştir. Kalıcı hafıza kayıplarının yaşanması nadiren de olsa görülebilmektedir.

#### **Terapi Tedavisi:**

Depresyon hastalığını tedavi etmeyi amaçlayan birçok terapi yaklaşımı vardır. Son yıllarda yaygın olarak kullanılan **bilişsel davranışçı tedavi** bu yaklaşımlardan biridir. Bu tedavi hem etkili hem de kısa süreli bir yöntem olarak diğer terapi yaklaşımlarından ayrılmaktadır. BDT yaklaşımında

depresyonu oluşturan ruhsal yapıyı değiştirmek amaçlanmaktadır. Depresyonun bilişsel kuramı kişinin düşünce hatalarından kaynaklandığı üzerinde durur. Terapist seanslar sırasında kişinin olaylar ve kendisi hakkındaki düşüncelerini tespit ederek onlar üzerinde çalışır. Danışanın sahip olduğu olumsuz inançlarını gözden geçirmesini, bunların daha gerçekçi ve olumlu düşünceler geliştirmesi için nasıl engellediğini anlaması adına yöntemler geliştirilir. Terapilerde bilişsel yeniden yapılandırma ve bireyi farklı düşünmeye yönlendirme amaçlanmaktadır.

Tedavi üç temel öğeden oluşmaktadır. Öğretici yönler, bilişsel teknikler ve davranışçı tekniklerdir. Öğretici yönler hastaya depresyon, düşünce, duygu veya davranış arasındaki ilişkileri göstermektedir. Bilişsel teknikler, otomatik düşüncelerin belirlenmesi, bu düşüncelerin doğruluklarının sınanması, bunların altında yatan yanlış düşüncelerin belirlenmesi ile varsayımların doğruluklarının sınanması aşamalarından oluşmaktadır. Davranışçı teknikler ise bilişsel tekniklerle birlikte uygulanmaktadır. Davranışçı teknikler, yanlış bilişlerin sınanması ile değiştirilmesini amaçlamaktadır. Tedavide günlük etkinlikleri programlayıp, bu etkinliklerden ne kadar zevk alındığı, ne kadar başarılı olunduğu, yukarıda da

belirtildiği gibi bireye ödevlerin verilmesi gibi yöntemler kullanılmaktadır. Ayrıca bilişsel tedavi "şimdi ve burada" sorunlarına odaklanmaktadır. Burada görüşme sırasında ve görüşmeler arasında geçen süre içindeki duygu ve düşünceleri incelemektedir (Türkçapar, 2009).

Bilişsel tedavinin amaçları şöyledir:

1. Danışanın olumsuz otomatik düşüncelerini belirleyip değiştirmek,
2. Danışanın çarpıtılmış otomatik düşüncelerinin yerine yeni seçenekler bulmasına sağlamak,
3. Biliş, duygulanım ve davranış arasında bulunan bağlantıları tanımasını sağlamak,
4. Danışanın çarpıtılmış bilişlerin ve davranış kalıplarının yerine daha gerçeğe uygun yorumlar koymasını sağlamak,
5. Danışanın yaşantılarını çarpıtmasına yol açan yanlış inançlarını, düşüncelerini tanımasını ve değiştirmesini sağlamaktır (Türkçapar, 2009).

-Bu yazımda sizlere depresyonu anlattım.

Sonraki aya farklı bir konu içeriğiyle görüşmek üzere. Sevgiyle kalın.

Klinik Psikolog Gizem Karataş

## KAYNAKLAR

Aykut, D. S., Arslan, F. C., Karagüzel, E. Ö., Selçuk, E., Uysal, S., & Tiryaki, A. (2017). Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Kliniğindeki Elektrokonvulsif Tedavi Uygulamalarına Genel Bakış. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 20(2).

Çelik, F. H., & Hocaoglu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: Bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.

Karataş, H. C. (2015). *'Beyoğlu İlçesinde Çalışan Bireylerin Aylık Kazançları, Çalışma Süreleri ve Yıllık İzinlerinin Depresyon ve Meslekî Doyum Üzerine Etkisi* (Doctoral dissertation, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi).

Karamustafalıoğlu, O., & Yumrukçal, H. (2011). Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.

Ersan, E., & Abay, E. (2001).

Depresyonun genetik nedenleri. *Duygudurum dizisi*, 6, 277-282.

Elder, B. L., & Mosack, V. (2011). Genetics of depression: an overview of the current science. *Issues in mental health nursing*, 32(4), 192-202.

Işık, E., Işık, U., & Işık Taner, Y. (2013). Çocuk, ergen, erişkin ve yaşlılarda depresif ve bipolar bozukluklar. *Ankara, Rotatıp Kitapevi*.

Birliği, A. P. (2014). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM 5)(Çev. ed: E. Körođlu) Hekimler Yayın Birliği.

Türkçapar, H. (2009). Depresyon. *HYB Basım Yayın: Ankara*.

## Stres ve Pandemi

Stres, günümüzün dünyasında her bireyin karşılaştığı temel sorunlardan biridir. Stres her döneme koşula ve kişinin zihinsel durumuna göre şekil almış ve bireye etkisi farklılık göstermiştir. ‘‘Fiziksel ve duygusal sağlığımızın karşısına çıkan zorluklar başa çıkma kaynaklarımızı ve yeteneklerimizi aştığı zaman yaşanan psikolojik durum genellikle stres olarak adlandırılır’’ (Burtcher, Mineka & Hooley, 2013, s.277). Stres kişiyi olumsuz etkileyen ve farklı psikolojik bozukluklara da yol açabilen bir faktördür. Başa çıkma becerisi düşük bireyler kendilerini sorunlar içinde çaresiz ve umutsuz hissedebilir. Bu yüzden hayattan lezzet alamama durumu baskınlaşabilir ve bu durumda depresyon gibi bozukluklara yol açabilir. Bazı bozuklukların birbirini tetiklemesi halinde birçok bozukluk türüne açık hale geldiği de göz önünde bulundurulmalıdır. Öncelikli olarak ‘stres’ kelimesi Hans Selye (1956 - 1976) tarafından bir mühendislik terimi olarak ortaya atılmış ve değişen çevre koşulları ile başa çıkmak, uyum sağlamak için organizmaların yaşadığı gerilim ve zorluğu tanımlamak için bu kelimeyi kullanmıştır (Wargo, 2007). Selye stresin olumlu ve olumsuz koşullar için kullanılması gerektiğini belirtmiş ve

genellikle toplum arasında kullanılan anlamını kötücül stres yani sıkıntı olarak nitelendirmiştir. Ek olarak duygusal dengenin ruh sağlığı için ayrılmaz bir parça olduğu da aşikardır. Stres, bireyin yaşantısında dengede olduğunda bireye katkıları kaçınılmazdır.

Stres, sağlık psikolojisini etkileyen etmenlerden biridir. Fizyoloji ve psikoloji arasındaki bağ birbiriyle çok etkileşimli ve bütünseldir. Bireyin fiziksel bir rahatsızlığı olduğunda ruhsal dengesinde de değişim olması ve buna bağlı baş etme stratejileri geliştirdiği düşünüldüğünde bu bütündeki farklılıklar netlik kazanır. Vücut bir stres tehlikesi ile karşılaştığında bedende birçok değişiklikler meydana gelir. İki farklı sistem üzerinden strese verilen biyolojik temelli tepkileri ayırabiliriz. Sempatik adrenomodüler sistem (SAM) kaynakları harekete geçiren beynin klasik bir tepkisi olan ‘kaç ya da savaş’ tepkisini oluşturur (Gunnar & Quevedo, 2007). Sempatik sinir sisteminde strese karşı üretilen tepki hipotalamusta başlar. Adrenal medulla denilen salgı bezleri adrenalin ve noradrenalin hormonlarını salgılar. Hormonların kana karışması ile birlikte kalp atışı hızlanır ve bedende daha hızlı bir glikoz metabolizasyonuna neden olur. İkinci sistem hipotalamik-hipofiz

adrenokortikal (HHA), hipotalamusta kortikotropin salgılarını hormonunu (KSH) salgılar. Hipofiz bezine uyarıcı bu hormon Adrenokortikotropik (AKTH) hormon salgılanmasına ve böbreküstü bezi korteksinde glukokortikoid yani stres hormonlarının üretilmesine neden olur. Bu glukokortikoid 'kortizol' olarak bildiğimiz stres hormonudur. Kortizol hormonu bedenin kaç ya da savaş tepkisi ne yardımcı olur. Yani bir yaralanma söz konusu ise bedende inflamatuvar tepkisi yani yangısal tepki ertelenir. Başka bir deyişle kurtulma iyileşmeden daha önceliklidir ve doku tamirinden önce hayatta kalmak daha önemlidir. Vücutta hasar gören eklemlerde iltihaplanmayı önlemek için kortizon iğnesinin kullanılmasının nedeni de budur (Butcher, Mineka & Hooley, 2013 s.284) Tüm bunların yanında kortizol tepkisi beyinde sonlandırıldığında hücrelere veya hipotalamusa zarar vermektedir. (Sapolsky, 2000) Stres tüm bunlarla birlikte beynin gelişimine zarar verebilmektedir. Bazı araştırmalara göre strese verilen tepkilerin genetik faktörlerle birlikte farklılık gösterdiğine dair bulgular saptanmıştır. Genetik farklılıklardan kasıt bazı genlerin strese yahut bazı olaylara karşı daha depresif tepkiler verdiğini ortaya çıkarmıştır. Bu genin kısa biçimine (s/s genotipi) sahip kişilerin, uzun biçimine (l/l genotipi) sahip olan insanlara oranla stresli

olaylara karşı depresyon yaşama eğilimlerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Caspi ve arkadaşları, 2003).

Geçmişten günümüze sağlıklı olma ve sağlık sistemindeki uygulamalar dönemin koşullarıyla şekil almıştır ve bireyi de şekillendirmiştir. Ruhsal hastalıklar üzerine geliştirilen sistemler ve fikirler dönemin bilgi seviyesine, sosyal yaşantısına, dini inanışlarına ve daha birçok etmene göre değişiklik göstermektedir. Stresi olumlu veya olumsuz bir duruma karşı verilen cevap olarak tanımlamıştık. Daha çok strese neden olan stres yaratıcılarının bu cevaba yönelttiğini söyleyebiliriz. Stres yaratıcıları bazen bir sınavda bilmediğiniz bir soru ile karşılaştığınızda veya bir yakınınızla eğlenirken bulunulan ortamda kavga çıkması gibi çevresel etkilerle ortaya çıkabilir. Dünya genelinde etkili olan ve toplumları bilhassa her insanı etkileyen ciddi salgın süreçleri yoğun strese neden olduğu kaçınılmazdır. "İnsanlık, virüs ve bakterilerin yayılması nedeniyle hastalıkların beklenmedik bir şekilde ortaya çıkmasını ve gelişimini deneyimledi" (Chaiyus, 2019). Birçok salgın dönemlerinde insanlar bu salgınlarla baş etme konusunda birçok zorluk yaşamışlardır. Bu deneyimler neticesinde günümüzün tanımlarından biri olan stres kavramı fazlaca su üstüne çıkmış ve daha

ciddiye alınmaya başlanmıştır. Bunlardan en önemlileri de ruhsal bozukluklarla karşımıza çıkmaktadır. Dünya genelinde meydana gelen salgınlardan kara veba, İspanyol gribi, Kolera, AIDS, SARS ve Domuz gribi gibi nitelendirilen ve hepsinin ayrı genişlikteki coğrafyalarda, hastalığın seyri yani virüslerin yayılma yolları, bulaş oranları, nüfusa bağışıklığı gibi mevcut olan hastalığa yönelik varyasyonlar, ciddi ve önemli bir hastalık olmasına işaret etmektedir. (Morens, Folkers ve Fauci, 2009, s. 1018). Bu salgınlardan en güncel olanı da hala içerisinde bulunduğumuz Koronavirüs (COVİD-19) salgınıdır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 12 Mart 2020 tarihinde küresel pandemi olarak ilan edilen Koronavirüs salgını (WHO, 2020) yayılım hızı ve salgının insanlar üzerindeki olumsuz etkileri sebebiyle toplumsal yaşamı her alanda önemli ölçülerde etkileyen önlemler alınmasını gerekli kılmıştır. (Caspi ve arkadaşları, 2003). Loewenthal ve arkadaşlarına (2020) göre hızla yayılan bu virüsün insanların sağlığını ve ekonomik sistemi de tehdit ettiği ve bu tehdidin toplumsal temelli algıya da yeni bir boyut geçirdiği görmekteyiz (s.1). COVID-19 gezegenin her tarafına yayıldı ve sağlık hizmetleri başa çıkmaya çalışırken milyarlarca insanı kilit altına almıştır (Liao, 2020). Bu salgın dünyanın birçok

noktasına kadar ilerlemiş ve farklı şekillerde tedbirlere yol alınmasına neden olmuştur. Dünyanın birçok yerinde bu virüsün nefes yoluyla bulaşmasından ötürü kolayca yayılmasını engellemek adına birçok kurallar koyulmuş ve uyulması konusunda hükümetler tarafından cezalarla desteklenmiştir. Kagee ve Freeman'a göre, her iki sağlık da biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin bir kombinasyonundan etkilenir (2020). Yine Kagee ve Freeman'a göre düşünceler, duygular ve davranışların fiziksel sağlık üzerinde büyük etkisi vardır (2020). Bireyin ruh sağlığı, toplumun ruh sağlığını yansıtan en önemli faktördür. Bir örnek vermek gerekirse, yüksek yoğunluklu stresli bir yaşam olayı, bireysel psikolojik bozukluğu tetikleyen önemli bir stres etkendir. Bireyin bilişsel ve kişilik kaynaklarını seferber edebilmesi en önemli psikolojik mekanizmadır (Morosanova, vd., 2019). İnsanların virüse yakalanma korkusu, karantina altında kalma, hastalığa yakalanma, evde sıkılma, depresif hissetme gibi stres kaynaklarından ötürü yoğun strese maruz kaldıkları araştırmalarla da mevcuttur. Stresin yoğunluğu kişinin karakteristik özelliklerine, yaşanılan olayın kişi için ciddi derecede acı ve hüznün oluşturmaya göre değişiklik gösterir. Yoğun travmaların neden olduğu stres kaynaklı Travma Sonrası Stres Bozukluğu (PTSD) gibi bozukluklar meydana gelebilir. Stres faktörleri, kaynaklar,

güvenlik açıkları ve kısıtlamalarla karşılaşmak stres değerlendirmelerini, baş etme stratejilerini ve öznel iyi oluşu etkilemektedir (Jerusalem ve Mittag, 1995). Bu iyi oluş halini yakalamak adına kişinin içinde bulunduğu durumlara adaptasyonu önemlidir. Bu adaptasyonu yakalamak adına yeni veya iyi hissettiren aktivitelerde bulunmak olumlu gelişmelere kapı aralayacaktır. Diğer yandan kişinin baskın tepkilerini önlemek için kendi davranış kalıplarını değiştirdiği bir öz kontrol eylemi gerektirmektedir (Muraven ve Baumeister, 2000). Bu öz kontrol için kişi kendine şans vermeli ve iyi olma hali için bunu denemelidir. Bireyin kendine en büyük desteği kendisiyle iletişimini güçlü tutması bir bakıma kendisiyle ahenk içinde olmasıdır. Bu ahengi yakalayan bireyler, stresli olaylar karşısında bakış açısına daha kolay şekil verecek ve duygularını yaşama konusunda kendine izin verecektir. Stresle başa çıkmayı öğrenmek ve kendimizle ahenk yakalamak temennisiyle.

-Yazımı okuduğunuz için teşekkür ederim!

Sultan Altınsoy

### **Kaynakça:**

Butcher, J. N., Mineka, S. & Hooley, J. M.(2013). *Anormal Psikoloji: temel*

*kavramlar* (O. Gündüz, Çev.). İstanbul: Kaknüs Yayınları.

Caspi, A., Sugden, K.,Moffitt, T. E. Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A.,& Poulton, R.(2003,Jul. 18). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5HTT gene. *Science* , 301, 386-89.

Chaupis, H.N.( October, 2019). Feynman-Theory-Based Algorithm for an Efficient Detaining of Worldwide Outbreak of AH1N1 Virus.Valparaiso, Chile, 29-31.

Gunnar, M. & Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annu Rey Psychol* 58:145-173.

Jerusalem, M., & Mittag, W. (1995). *Self-efficacy in stressful life transitions*. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (p. 177–201). Cambridge University Press.

Loewenthal, G., Abadi, S.,Avram, O., Halabi, K., Ecker. N., Nagar, N., Mayrose, I.i & Pupko, T.,(2020). *COVID-19 pandemic-related lockdown: response time is more*

- important than its strictness*. EMBO Molecular Medicine Press.
- Liaoa, Z., Campob, E. R., Salemc, A., Pange, Q., Liuf, H. Guerrag, J.L.L. (2020). *Optimizing lung cancer radiation treatment worldwide in COVID-19 outbreak*. Received 14 December 2020. Elsevier.
- Kagee, A & Freeman, M. (2017). *Mental Health and Physical Health (Including HIV/AIDS)*. Received 12 December 2020). Elsevier.
- Morens, M. David, Folkers K. Gregory; Fauci S. Anthony (2009). What Is a Pandemic? *Journal of Infectious Diseases*, 200, 1018-1021.
- Morosanova, V. I. (2013). Self-regulation and Personality. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 86, 452–457.
- Muraven, M., & Baumeister, R. F. (2000). Self-regulation and depletion of limited resources: Does self-control resemble a muscle? *Psychological Bulletin*, 126(2), 247–259.
- Sapolsky, R. M. (2000). Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 925–935.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.



## İnsomnia (2002) Film Analizi

Ocak sayımızdan herkese merhaba demek istiyorum. Umarım hepimiz için güzel bir yıl olur. Yine bir film analizi ile sizlerle. Günde kaç saat uyku uyumalıyız? Nasıl uyumalıyız? Da Vinci uykusu gibi konuların tartışıldığı dünyamızdan farklı bir dünyaya sizleri götürmek istiyorum. Hiç uykunun olmadığı bir dünyaya. Çocukken kaçmak istediğimiz yetişkinlik döneminde ise en çok özlem duyduğumuz bu uyku dünyası, *Insomnia* hastaları için kutsal topraklar gibi hasretiyle yanılan ama ulaşılması zor olan topraklar.

*Insomnia*yı birkaç kelimeyle özetlemek mümkün elbette ama kısaca ‘‘uyuyamama, uykuya dalamama’’ hastalığı diyebilirim. Günümüze ait bir hastalıkmiş gibi gözükse de yüzyıllardır insanlar bu hastalıktan muzdarip. MRI altında *insomnia* hastalarının talamusunda ve sağ beyinlerinde uyku ve uyanıklılık, bilinçliği düzenleyen bölgelerinde görevli beyaz maddelerin kopukluğu gözlemlenmiştir. Bundan da anlaşılacağı üzere *insomnia* nörolojik etkileri de görülen bir hastalıktır. *Insomnia* hakkında bu kadar konuştuğumuz sanırım şimdilik yeterli, artık filme geçelim.

*Insomnia* (2002) Türkiye’de ‘‘Uykusuz’’ adıyla gösterime girdi.

*Insomnia*; Batman Serisi, Yıldızlarası, Prestij, Akıl Defteri gibi filmlerden tanıdığımız Christopher Nolan tarafından yönetildi. Usta oyuncular Al Pacino, Robin Williams, Hilary Swank bu filmin kadrosunda yer aldı. Polisiye-gerilim türünde diyebileceğimiz 1 Saat 56 süren *Insomnia* Filmi bizleri uykusuzluk dünyasına götürüyor.

Filmin açılış sahnesi Will Dormer’in yorgun gözleriyle başlıyor. Kan lekesi ve gazete haberi, içinde bulunacağımız polisiyeye bizi hazırlar nitelikte. Los Angeles şehrinden Alaska’ya bir cinayeti çözmek için davet edilen Dedektif Will Dormer ve Dedektif Hap Eckhart, Ellie Burr tarafından karşılanıyor. Ellie Burr’un Dedektif Dormer’a olan hayranlığı tanışmalarını gördüğümüz ilk sahnede kendini belli ediyor. Ellie Burr’un öğrencilik yıllarında bile Dedektif Dormer’ın vakalarını takip ettiğini görüyoruz. Alaska’da işlenen cinayet vakasının verildiği Fred Duggar karakteri otopsi raporunu hazırladığını söylemesine rağmen Dedektif Dormer cesedi kendinin de görmek istediğini belirtmiş ve kendisi de cesedi incelemiştir. Dedektif Dormer’ın incelemeler sırasında yaptığı tespitlere karşı Fred Duggar ‘‘Ben bunu raporumda belirtmiştim.’’ şeklinde cevaplar vermiştir. Bu iki kişinin de davranışlarına

baktığımızda kendini Dedektif Dormer'a karşı kanıtlanma davranışları olduğunu görebiliriz. Dedektif Dormer'ın davranışına baktığımızda ise detaycılığı ve ihmale yer vermeyen yapısı sayesinde raporda belirtilmeyen bir ayrıntıyı (katil maktülün tırnaklarının sonradan kesmiş ve kimliğini tespit etmeye dair ipuçlarını sakince örtmüştü.) yakalamış oldu. Fakat Dedektif Dormer için tehlike çanları çalıyor çünkü insanlığın varoluşundan beri insan vücudu ışığa göre uyku uyanıklık sistemini ayarlamaktadır. Alaska'da o dönemde güneş ışığının hiç kaybolmaması Dedektif Dormer'a zor anlar yaşatacaktır.

Sislerin içinde kedi fare oyununa dönen şüpheliyi takip sahnesi filmdeki dönüm noktalardan biri olmuştur. Film kapağında görülen sisler içindeki Dedektif Dormer'ın görüntüsü aklımıza geldiği anda bunun bir dönüm noktası olduğunu anlamak zor değildir. Dedektif Dormer katil zanlısı sandığı için yanlışlıkla DedektifHap'i vurmuştur. Önceki sahnelerde Dedektif Hap'in soruşturma geçirdiğini ve vereceği ifadenin Dedektif Dormer'ı ve Dormer'ın çözeceği davaları zora sokacağını gördük. Kazara bile olsa Dedektif Dormer Hap'i öldürmüştü. Bizler dışında Hap'in ölümüne şahit olan bir kişi daha vardı: Kay Connell'in katili bu olaya şahit olmuştu. Dedektif Dormer

ceza almamak için ortağını Kay Connell'in katilini vurduğunu söylemiştir.

Bu sahneden sonra Dedektif Dormer'ın uyuyamayışı bizlere ilk defa gösterilmiştir. Sağa dönmek, sola dönmek, perdeleri kapatmak hiçbir şey uyumasına yardımcı olmamaktadır. Yaşananlar gözünün önünden bir an bile gitmemektedir. Bir katilin peşine düşen dürüst bir polisken birden kendi de katil olmuştur. Hatta yakalanmamak için delilleri karartmaya başlamıştır. Araba sürerken neredeyse bir kadına çarpacak hale gelmiştir. Bilindiği üzere uyku süreci beynin günü kaydetmesi ve kendini düzenlemesi için en yegane süreçtir. Uzun süren uykusuzluk sonucu bireylerin konsantrasyon ve odaklanma süreleri düşmektedir. Ofisten gelen sesler adeta Dedektif Dormer'ın beyinde yankılanmaktadır.

Alaska'da havanın hiç kararmaması Dedektif Dormer'ı daha da zora sokmaktadır. Gün ışığı adeta onunla dalga geçercesine yatak odasına süzülmemektedir. Daha bizlerle bile yeni paylaşılan uykusuzluğunu bilen biri vardır. Gece ansızın telefon aniden çalar. Telefondaki kişi Dedektif Dormer'ın sırrını biliyordu: Hem ortağını vurduğunu hem de uykusuzluk çektiğini. Dedektif Dormer kontrolü eline almak ister ve telefondaki yabancı "Bu işte ortağız." Diyerek

konuşmayı bitirir. Filmin başında dürüstlüğün ve saygının simgesi olan Dedektif Dormer artık eskisi kadar doğru değildir. Bu da bizlere insanın hayatının ve hayattaki dengelerin bir anda değişebileceği konusunda bir uyarıdır.

Kay Connell'in arkadışıyla arabada yolculuk yapan Dedektif Dormer tırın üzerine araba sürmüştür, bu Dormer'in ölümle bir oyun içerisine girdiğini göstermektedir. Film boyunca küçük ayrıntıların önemine dikkat çeken Dedektif Dormer, Connell'in sevgilisi ve Connell'in en yakın arkadaşı arasındaki ilişkiyi anlamıştır. Bu sayede Kay Connell'in hayatında olan ve cinayet zanlısı olduğunu düşündüğü kişiye ulaşmaya çalışmıştır. Bu durum hiçbir ayrıntının büyük ya da küçük diye ayrılması gerektiğini göstermiştir.

Dedektif Dormer'in ne kadar uykusuz kaldığını görsek de bize tam sayıyı veren yine telefondaki yabancı oluyor. Dedektif Dormer tam 3 gündür uyumamıştır. Dedektif Dormer en iyi bildiği işi cinayeti çözmek için ipuçları bulma, onları birleştirme yolunu takip edip kendini güvende hissetmeye çalışırken telefondaki yabancı bir yılan gibi oyuncu bir şekilde aslında işlerin yolunda gitmediğini hem bizlere hem de Dedektif Dormer'a göstermektedir. Telefondaki kişi aynı zamanda uykusuzluğun da ne demek olduğunu çok iyi bilmektedir. "Küçük ışık

oyunları, öldürdüğün partnerini gördün mü?" derken aslında Dedektif Dormer'a yakınlık kurmaya çalışmaktadır ve aynı zamanda cüretkarca kendinin de öldürdüğü kişiyi gördüğünü söylemektedir. Telefondaki yabancı aslında çok da farklı olmadıklarını söylemektedir. Burada amaç seyircilere yani bizlere de bunu sorgulatmaktır, sizce Dedektif Dormer ve Kay Connell'in katili birbirlerine benzemektedir mi?

Dedektif Dormer, Kay Connell'in arkadaşından aldığı takma isim ile Connell'in çantasında bulduğu kitaptaki ismi birleştirir ve yeniden yola koyulur. Yazarın evinde inceleme yaparken katil zanlısı ile yeniden kedi fare oyunu başlar. Dedektif Dormer'ın suyun altında nefessiz kaldığı sahnede herkesin nefesini tuttuğuna eminim. İçe çekilecek bir nefesin önemi bile bu sahnede gözler önüne seriliyor. Dedektif Dormer'ın yaşama ölüm arasındaki savaşını uzaktan hiçbir şey olmamış gibi izleyip yoluna devam ediyor katil zanlısı. Dedektif Dormer yenik, omuzları çökmüş bir şekilde uzaklaşıyor.

Dedektif Dormer yeniden yazarın evine döner ve bir sesli mesaj gelir. Katil zanlısı Dedektif Dormer'ı çok iyi tanımaktadır ve evine geleceğini bilmektedir "Duşu kullanabilirsin." demesi ile konuşunu ağırlayan bir ev sahibi edasına sahiptir. Telefon konuşması

sırasında Dedektif Dormer'a "Biraz uyu artık halüsinasyonlar göreceksin." demesi ile uykusuzluğun ileriki safhada nelere yol açtığına dair yeniden bize bir işaret gönderiliyor.

Filmdeki bir diğer dönüm noktası Walter Finch ile aynı Kay Connell'in katili ile Dedektif Dormer'ın ilk defa yüz yüze gelip konuştukları sahnedir. Walter Finch inatla düşünüldüğü gibi bir insan olmadığını iddia etmektedir. Cinayet işlediği için suçlu hissettimiyordur, yalnızca farkındalık hali onu savunmasız bırakmıştır. "Yaşam bu kadar önemliken neden kırılabilir?" deyişi bize bunu göstermektedir. Dedektif Dormer daha önce de bahsettiğim gibi bu vakanın diğer davalardan farklı olmadığını kendine kanıtlamak ve Walter Finch'in gözünü korkutmak için bir konuşma yapmıştır. Bu konuşmanın ardından Walter Finch sisli günde ortağını öldürürken ne hissettiğini, bunu daha önce planlayıp planlamadığını sorduğunda eminim ki bizler gibi Dedektif Dormer'da bu davanın diğer davalar gibi olmayacağını anlamıştır. Eskiden Dedektif Dormer ile suçlular arasında keskin bir çizgi varken artık bu çizgi yok olmuştur.

Devam eden sahnelerde Dedektif Dormer'ın ışık hassasiyeti iyiden iyiye kendini belli etmeye başlamıştır. Bu da uyuyamayan insanın bir diğer belirtisidir. Çökmüş göz altları, kısalmış tam

açılmayan gözler ve ayakta durmak için kendini zorlayan duruşu ile Al Pacino uykusuzluk hissini bizlere sunmuştur. Doğru bir polisten bir polisiye yazarı olan katille delil karartma, suçlu birini aklama gibi konuşmalar yapar hale gelmiştir. Bu durakta ineyeğim diyen Walter Finch bir zafer nişanesi gibi ses kayıt cihazını gururla Dedektif Dormer'a göstermiştir. Katil bir sonraki durakta inerken Dedektif Dormer'ın yolculuğu devam etmiştir. Bu olayların seyrinin de bir metaforudur katil kullanabileceği jokeri bulmuştur: Dedektif Dormer onun jokeri olacaktır.

Dedektif Dormer yine bir gece hala perdelerle boğuşurken yine telefon çalar. Beklendiği üzere arayan yeni ortağı Walter Finch'tir. Cinayeti olduğu gibi anlatır. Konuşmanın sonunda Dedektif Dormer'a rahatladığını ifade eder. İsterse Hap'ın ölümü hakkında konuşabileceklerini söyler. Adeta bir günah çıkarma kabini içinde gibilerdir. Walter Finch inatla sonuca bakıldığında ikisinin de ölümün kırılğanlığını ve basitliğini bildiğini söylemeye devam eder.

Film boyunca arkada küçük ayrıntıları kovalayan Ellie Burr doğru soruları sormaktadır. Yazarın ismini ve delil üzerinden ilerlemeyi Dedektif Dormer'dan öğrenmiştir. Dormer'ın verdiği ifadedeki boşluğu yakalayıp sorgulamıştır ve Los Angeles'da süren

davanın kokusu Alaska'ya kadar gelmiştir. Ellie Burr, Dedektif Dormer'ın bir soruşturma içerisinde bulunduğunu biliyordur.

Dedektif Dormer Randy'nin gözlerine baktıktan sonra masum bir insanı suçlayıp bir katilin ise sokakta rahatça gezmesini istememektedir ve yine sahilde Dedektif Dormer ve Finch bir yüzleşme yaşarlar. Filmdeki tüm önemli sahneler bu sahilin çevresinde gerçekleşmiştir.

Dedektif Dormer artık bir rüyanın içinde gibidir. Çevresinde gerçekleşenler ve bunlara karşı tepkisi artık kontrollü ve bilinçli değildir. Ellie Burr ise günden güne kendinden emin bir hale gelmektedir. Filmin devam sahnelerinin birinde soruşturma geçirmesine neden olan davayı otel çalışanına tüm çıplaklığı ile itiraf etmiştir. Katil olduğunu bildiği birinin katil olduğunu kanıtlamak için sahte deliller bulduğunu aslında bizlerle paylaşmıştır. Film boyunca gösterilen kan damlalarının sırrı burada ortaya çıkmıştır. Dedektif Dormer'ın kendine güvenen ihtiyatlı yapısı onun yanlış yola sapmasının ilk adımı olmuştur. Sahneye dönecek olursak Dedektif Dormer otel görevlisinin onu yargılamasını istemiştir. Bu yargılanma sonucunda aslında taşıdığı suçluluk duygusundan kendini azat edecektir ama otel görevlisinin tepkisi bu şekilde olmaz. "Alaska'da iki tip insan vardır; Biri burada

doğanlar diğeri ise bir şeylerden kaçmak için buraya gelenler." Otel görevlisi de ikinci tip insanlardan olduğu için Alaska'ya bir şeylerden kaçmak için gelmiştir. Dedektif Dormer adeta fikrini söylemesi için ona yalvarmıştır. Bizlere bu sahnede doğruyla yanlışın değil bu doğru ya da yanlış ile yaşamı yaşanamayacağının en önemli durum olduğu anlatılmıştır.

Artık filmin son dakikalarındayken, Finch; Ellie Burr'un davadaki bir şeylerden şüphelendiğini anlar ve onu bayıltır. Dedektif Dormer artık iyice kendisinden geçmiş bir durumdadır. Uykusuzluğu had safhadadır. Halüsinasyon görmeye başlamıştır. Gerçekle hayal birbirine girmiştir anlık bilişteki kaymalar Finch'e karşı Dedektif Dormer'ı savunmasız bırakmıştır. Dedektif Dormer ve Finch artık son defa karşı karşıya gelecektir. Dormer, Ellie Burr'a zarar gelmesini reddeder. Finch, Dedektif Dormer'ı, Alaska'da sık kullanıldığı filmin başında söylenen av tüfeği ile vurur. Dedektif Dormer'da Finch'i kendi 38 kalibrelik silahı ile vurur. Bu sahne benim için Dormer ve Finch arasındaki farkı gösteren sahnedir. Film boyunca gösterilen sahilde cinayet vakası çözülür. Katil artık sahilin derin sularındadır. Ellie Burr ölmek üzere olan Dedektif Dormer'ı bulur ve Dedektif Eckhart'ı öldürmesinin en büyük delili olan mermiyi atmak için kendini hazırlar

ve “bunu bilmelerine gerek yok” der. Dedektif Dormer ise “Yolunu kaybetme!” cevabını verir ve Ellie Burr’a engel olur. Biliyoruz ki Dedektif Dormer’ı bu sona götüren yol en başta doğru yoldan ayrılmasıydı. Ellie Burr, Dedektif’e dayanmasını söylediğinde Dedektif Dormer’ın tek cevabı “Lütfen, beni bırak da uyuyabileyim.” olmuştur. Film boyunca uyuyamayan karakterin son sözü bu olmuştur. Ellie Burr doğru yoldan ayrılmamıştır ve delili yeniden yerine koymuştur.

İnsomnia filmi Christopher Nolan’ın en “underrated” olarak adlandırılan filmlerinden biridir bence. Beklenmedik ya da üzerine yazılacak alternatif sonlar yoktur bu filmde. Her şey açıktır, filmin sonunda iki benzer karakter de ölmüştür ama filmde de sürekli belirtilen küçük ayrıntıları takip ettiğimizde bu iki adam aynı değildir ve aynı şekilde ölmemiştir. Finch hiçbir zaman doğru yolda yürümemiştir, kendi çıkarı için masum bir insanı hapse göndermiş ve bir polisi manipüle etmiştir: yaptığı tüm eylemlerde kendisi vardır. Dedektif Dormer’ın doğruluktan ayrılma yolculuğunun başlangıcında kendi iyiliği yoktur. Bir çocuğun katilinin sokakta serbestçe gezmesine engel olmak istemiştir. Kendinde yargılama gücünü bulması sonunu getirmiştir sadece.

Uykusuzluğun algılama biliş ve karar verme gibi yüksek işlem gücüne ihtiyaç duyulan anlarda ne kadar hayati olduğunu gösteren bu filmin analizinde bana eşlik ettiğiniz için teşekkür ederim.

-Yazımı okuduğunuz için teşekkür ederim.

Özge Akgün

## Taklidi Olmayan Hastalık: Şizofreni

19.yy'da ilk defa araştırılmaya başlanan Şizofreni, toplumların bakış açısı ile ilgili oldukça gündemde yer almaktadır. Orta Çağ Batı Avrupası'nda bu tür hastaların içine cin ve şeytan kaçmış inancı ile insanlar diri diri yakılırken Doğu Avrupa'da ise aynı hastalar Bimarhanelerde tedavi ediliyorlardı. Özellikle son zamanlarda insanların birbirlerine karşı kullandıkları hakaret vesilesi olarak sunulan bu hastalık karikatür, sosyal medya vb. kanallar üzerinden de stigmatize bir yaklaşımla toplumlara aşılarmaya çalışılmaktadır.

Şizofreniyi tek bir tip hastalık olarak ele almaktan ziyade bir bozukluklar kümesi olarak görmek daha yapıcı olacaktır. Özellikle sıklık ve yaygınlığı her toplumda görülmesinin muhtemel olduğu bilinirken 15-45 yaş arasında bu hastalığa sahip olma oranının %1 olduğunu belirtebiliriz. Kadınlarda erkeklere nazaran daha geç yaşlarda başlayabilen bu rahatsızlık herhangi bir yaş, cinsiyet ya da spesifik bir etkene bağlı tetikleyiciye sahip değildir (Eren, 2006, ss.7, 15)

Hastalığın oluşma evresindeki yapılan araştırmalar neticesinde genetik faktör ele alındığında ise büyük oranda etkisinin olduğu ancak tamamen bu faktörden kaynaklı olmadığı tespit edilmiştir. Ailesel

geçişin etkin olduğu Şizofreni tanısında anne ve babanın her ikisinin şizofreni olma durumu yalnızca birisinin şizofreni olması durumundan daha büyük oranda kalıtsal geçişe sebep olmaktadır (Kocal ve ark. 2017, ss.255-256).

Biyolojik yaklaşım ile ele alındığında ise yapılan görüntüleme çalışmaları desteğiyle beraber bu hastalığa sahip bireylerde frontal lobun özellikle prefrontal alanın fazla gelişmediği, frontal lobun küçüldüğü, talamusun algıları süzme işlevlerinin yavaşladığı, ventriküllerde genişlemelerin olduğu, dopaminin fazla salgılandığı, D2 reseptörlerinin yoğunluğunda artmaların ve bilgiyi işlemede problemlerin olduğu tespit edilmiştir (Eren, 2006, s.7).

Bağımlılık perspektifinde ise herhangi bir maddeye bağımlı olan kişilerden şizofreni olanların şizofreni olmayanlara kıyasla iki kat fazla popülasyon oranının olduğunu söyleyebiliriz. Ayrıca yine madde kullanımı ve bağımlılık şizofreni eğilimi olan kişilerin tanı almalarını daha da erken döneme getirmektedir (Dilbaz ve Darçın, 2011, s.81).

Tek bir türünün olmadığını vurguladığımız Şizofreni hastalığında birden fazla boyut ve çeşitli sanrı içerikleri görülmektedir.

<p><b>Paronoid Tür</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Düşünce içeriğinde bozukluklar vardır.</li> <li>❖ Başlangıç genelde daha yavaş ve daha geç olur.</li> <li>❖ Başlangıçta konuşmaları mantıklı ve düzenli gelebilir ancak gerçeklikte kopukluk vardır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Kötülük görme sanrıları hezeyanları,</li> <li>❖ Büyüklük sanrıları,</li> <li>❖ Kuşkuculuk hezeyanları,</li> <li>❖ Alınganlık.</li> </ul>
<p><b>Hebefrenik Tip</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Düşünce ve hareket bozuklukları söz konudur.</li> <li>❖ Daha genç yaşta başlar.</li> <li>❖ Ani renkli ve pozitif belirtiler ile başlar.</li> <li>❖ Gidiş ve sonuç bakımından şizofreninin en ağır türüdür.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Kısa zamanda duygusal tepkilerde değişimler görülür.</li> <li>❖ Düşünceleri aşırı derecede bozuk ve dağınıktır.</li> <li>❖ Dağınık ve düzensiz bir konuşma akımı vardır.</li> <li>❖ Hasta kendi özel dünyasında yaşar, dış dünyaya kapalı ve kopuktur.</li> <li>❖ Davranışları ilkel ve çocuksudur.</li> </ul>
<p><b>Kalıntı-Rezidüel Şizofreni</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Bir ya da birkaç nöbetten sonra daha çok negatif belirtilerin sürekli olduğu bir bozukluktur.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Duygu kütlüğü, vurdumduymazlık, ilgisizlik, girişim ve eylem azlığı, kopukluk, düşüncede fakirlik, kendine iyi bakamama hakimdir.</li> <li>❖ Düşüncede somutlaşmama gibi durumlar kişinin yaşam biçimi haline gelmiştir.</li> </ul>
<p><b>Basit Tip Şizofreni</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Sinsi ve yavaş başlar.</li> <li>❖ İlerleyicidir.</li> <li>❖ Negatif özellikler baskındır.</li> <li>❖ Genç yaşta çok yavaş başlar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ İlgisizlik, duygu kütlüğü, düşüncede fakirleşme gibi durumlar görülür</li> <li>❖ Regresyon yani toplumdan ve aileden kaçma ve kendini kapatma isteği görülür.</li> <li>❖ Aylak dolaşma ve amaçsızlık hakimdir.</li> <li>❖ Hezeyan ve varsanılar sürekli değildir, daha çok hareket bozuklukları vardır.</li> </ul>



Şizofrenin türlerini kapsayarak yine şizofreni hastalarına ait belirtiler arasında negatif ve pozitif ayrımı yapmamız gereklidir. Bunlar ilgili türün çevre ve bireye dair içerdiklerine ve etkilerine göre sınıflanmaktadır. Ayrıca bu belirtilerden en az iki tanesinin şizofreni tanısı için kişide mevcut olması gerektiği ve bu belirtilerin en az 1 ay süre içinde kesintisiz sürmesi gerektiği de mutlak gerçektir.

### **Şizofreninin Pozitif Belirtileri**

- ✓ Konuşmada düzensizlik
- ✓ Aşırı konuşmadan hiç konuşmamaya giden değişiklikler
- ✓ Aynı konuşma ve davranışları tekrarlama
- ✓ Duygu durumunda bozukluklar
- ✓ Taşkınlık
- ✓ Çocuksuluk
- ✓ İşitme ve görme ile ilgili varsanılar (halisünasyon)
- ✓ Yanılsama (illizyon)
- ✓ Düşüncede kopukluk, çağrışım bozukluğu
- ✓ Cümleler arasında tutarsızlık
- ✓ Ses uyarımına göre çağrışma
- ✓ Neolojizm (Kelime uydurma)

### **Şizofreninin Negatif Belirtileri:**

- ✓ Aşırı içe kapanma

- ✓ Konuşma ve düşüncede fakirleşme
- ✓ Soyut düşüncede azalma ve somut düşüncede artış
- ✓ Duyguda kütleşme ve duygusuzluk
- ✓ İstekte ve sorumluluk almada azalma
- ✓ Kendine bakımda azalma veya kaybolma
- ✓ Hareket ve eylemlerde azalma

Şizofreni tanısı konulan hastalar adına hastalığın başlangıcı ve seyri oldukça önemlidir. İlgili hekimlerin vereceği kararlar ve uygulayacakları teknik mutlak olarak hastalık üzerinde en büyük etken olacaktır. Fakat hastalık süresince hastanın çevresinde bulunan insanlarda da hastalığa olan adapte motivasyonları oldukça önemlidir. Bu yüzden tanıdan sonraki süreçlerde olan etkenler hastalığı olumlu veya olumsuz yönde mutlak etkileyecek etkiye sahiptir. Özellikle kadın olma, ailede şizofreni öyküsünün ve duygudurum bozukluğunun bulunmaması, evli olma, hastalık başlangıcının pozitif belirtilerin olması, kırsal kesimde yaşama, tedavinin erken başlaması ve düzenli sürmesi durumları tedavinin olumlu ilerlemesini beraberinde getirmektedir (Üçok, 2008, ss. 3-11). Ancak bu etkenlerin zıttı ve tedavi ekibinin hastaya müdahale ve kontrolde iş birliği içinde olmaması hastalığın olumsuz ilerlemesine sebep olabilmektedir. Bu

noktada ise hasta olumsuz etkenler ile beraber intihara kadar uzanan bir hayati tehlike barından yolun içine girebilir. Hatta şizofreni hastalarının intihar oranı şizofreni olmayan toplumların ortalamasından 20 kat, öz kıyım ilişkilerinin ise 20-50 kat kadar daha fazla olduğu da bilinmektedir (Eren, 2006, ss.13-45).

Ayrıca tedavi için hastanın hekimle ve hekimin hasta ile olan diyalogu oldukça önemlidir. Hastanın ilk geçirilen nöbetten sonra yatırılarak tedavi altına alınması

erken tedavi için oldukça yararlıdır. Aynı zamanda şizofreni hastalığının toplum nezdinde kabul durumunun iyileşmesi hastaların tedavi süreçlerinde, öncesinde ve sonrasında oldukça önemli rol oynayacaktır çünkü **şizofreni taklit edilemeyen tek rahatsızlıktır.**

-Yazımı okuduğunuz için teşekkür ederim!

İsa Okul

#### **KAYNAKÇA:**

Dilbaz, N., Darçın E., A. (2011). Şizofreni ve Madde Kullanım Bozukluğu Eş Tanılı Hastalarda Tedavi, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 21(1), 80-90.

<http://www.istanbulsaglik.gov.tr>

Kocal, Y., Karakuş, G., Sert, D. (2017). Şizofreni: Etyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251-267.

Eren, K. (2006). **ŞİZOFRENİ VE CİNSİYET FARKLILIKLARI.** (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Üçok, A. (2008). Şizofreninin Erken Döneminde Klinik Özellikler ve Tedavi İlkeleri, *Klinik Psikiyatri*, 11(Ek 1), 3-8.