

PSİKOPATOLOJİ

NORMAL VE ANORMAL DAVRANIŞIN TANIMI.....	2
RUH SAĞLIĞI BOZUKLUKLARI	13
ANKSİYETE BOZUKLUKLARI	23
DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI	45
PSİKOTİK BOZUKLUKLAR	61
OBSESİF-KOMPULSİF VE TRAVMA İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR.....	73
YEME BOZUKLUKLARI	78
KİŞİLİK BOZUKLUKLARI	84
ÇOCUKLUK DÖNEMİ BOZUKLUKLARI	91
STİGMA VE RUH SAĞLIĞI	98

NORMAL VE ANORMAL DAVRANIŞIN TANIMI

Normallik Ölçütleri

1. Normal ve Anormal Davranışın Kavramsal Çerçevesi

- Psikopatoloji alanında "normal" ve "anormal" davranış ayrımı kesin çizgilerle belirlenemeyen, tarihsel, kültürel ve toplumsal koşullara bağlı olarak değişebilen bir kavramdır.
- Normal davranış, bireyin kendisiyle ve çevresiyle uyum içinde, işlevselliğini koruyarak yaşamını sürdürebildiği davranış örüntülerini ifade eder.
- Anormal davranış ise, bireyin düşünce, duygu ve davranışlarında bozulma, günlük yaşamda işlev kaybı, toplumla uyumsuzluk ya da yoğun sıkıntı yaşamasına yol açan durumları tanımlar.
- Bu ayrımın yapılabilmesi için bilimsel psikolojide çeşitli ölçütler geliştirilmiştir.

2. Normallik Ölçütleri

a) İstatistiksel Ölçüt

- Normalliği belirlemede en sık kullanılan yöntemlerden biridir.
- Bir davranış veya özellik toplumun büyük çoğunluğunda görülüyorsa "normal", azınlıkta kalıyorsa "anormal" olarak değerlendirilir.
- Örneğin, zekâ düzeyi ortalamanın çok altında (zihinsel yetersizlik) veya çok üstünde (üstün zekâ) olduğunda anormal kabul edilebilir.

Eleştiri: Her nadir davranış anormal değildir (örneğin müzikte deha göstermek).

b) Kültürel ve Toplumsal Ölçüt

- Normal davranış, toplumun kültürel değerleri, normları ve geleneklerine uygun olandır.
- Anormal davranış ise kültürel normlardan sapma olarak değerlendirilir.
- Örneğin, bir toplumda normal görülen bir dini ritüel, başka bir toplumda farklı algılanabilir.

Eleştiri: Kùltürler arası farklılıklar göz önüne alındığında, bu ölçüt evrensel değildir.

c) Bireysel Uyum ve İşlevsellik Ölçütü

- Normal davranış, bireyin kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmesi, sosyal ilişkilerini sürdürebilmesi ve işlevselliğini koruyabilmesidir.
- Anormal davranış, bireyin iş yaşamını, sosyal ilişkilerini ve günlük işlevlerini yerine getirmesini engellediğinde söz konusudur.
- Örneğin, yoğun kaygı nedeniyle okula gidememek veya işlevselliğini kaybetmek anormallik olarak değerlendirilir.

d) Öznel Rahatsızlık Ölçütü

- Bireyin kendisini mutsuz, kaygılı, depresif veya sıkıntılı hissetmesi durumudur.
- Eğer kişi yaşadığı duygu ve davranışlardan rahatsızlık duyuyorsa bu durum anormallik işareti olabilir.
- Örneğin, panik atak yaşayan birey yoğun sıkıntı hisseder ve bu durum anormal olarak kabul edilir.

Eleştiri: Her anormal davranış bireyde rahatsızlık yaratmayabilir (örneğin antisosyal kişilik bozukluğu).

e) İdeal Sağlık Ölçütü

- Normalligi tanımlarken, bireyin ideal ruh sağlığına sahip olup olmadığına bakılır.
- Marie Jahoda'ya göre ideal ruh sağlığının göstergeleri:
 - » Kendini gerçekleştirme
 - » Çevreyle uyum
 - » Stresle başa çıkabilme
 - » Gerçekçi algılar geliştirme
 - » Olumlu benlik algısı
- Bu ölçüt bireyin psikolojik iyi oluş düzeyini dikkate alır.

3. Normallik - Anormallik Ayrımında Ek Yaklaşımlar

a) Evrimsel ve Biyolojik Ölçüt

- Normal davranış, bireyin biyolojik ve evrimsel uyumunu artıran davranışlardır.
- Anormal davranış ise, bireyin hayatta kalma ve neslini sürdürme kapasitesine zarar verir.

b) Klinik Ölçüt

- Anormal davranış, DSM-**5 ve** ICD-10/11 gibi uluslararası tanı sınıflandırmalarında belirtilen kriterlere göre değerlendirilir.
- Klinik ölçütler; semptomların süresi, şiddeti ve bireyin yaşamını etkileme derecesine göre tanımlanır.

c) Tarihsel Perspektif

- Antik çağlarda anormal davranışlar doğaüstü güçlere atfedilirken, modern çağda biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerle açıklanmaktadır.
- Bu da normallik tanımının zaman içinde değişkenlik gösterdiğini ortaya koyar.

4. Normallik Ölçütlerinin Günlük Yaşama Yansımaları

- Eğitimde, öğrencilerin uyum sorunlarının değerlendirilmesinde.
- Sağlıkta, bireyin işlevselliğini ve yaşam doyumunu belirlemede.
- Adli psikolojide, suç davranışlarının anormallik bağlamında analizinde.
- Sosyal ilişkilerde, bireylerin toplumla uyum düzeylerinin değerlendirilmesinde.

5. Eleştiriler ve Sınırlılıklar

- Normallik kavramı kültürden kültüre değiştiği için evrensel bir tanım yapmak zordur.
- İstatistiksel yaklaşım, sıra dışı ama olumlu özellikleri (yaratıcılık, üstün yetenek) "anormal" olarak sınıflandırabilir.
- Klinik ölçütler daha nesnel olsa da bireyin öznel deneyimlerini her zaman yansıtmayabilir.

Anormalliği Belirleyen Kriterler

1. Giriş: Anormalliğin Göreceli Niteliği

- Psikopatolojide "anormal" kavramı tek boyutlu bir tanıma indirgenemez; kültürel, toplumsal, biyolojik ve bireysel bağlamlarda farklı değerlendirmeler yapılır.
- Anormallik, yalnızca bireyin kendisinde ortaya çıkan bir durum değil, aynı zamanda bireyin çevresiyle olan ilişkilerinde ve işlevselliğinde ortaya çıkan uyumsuzluklarla da tanımlanır.
- Bu nedenle bilim insanları ve klinisyenler, anormalliği tanımlamak için çeşitli kriterler geliştirmiştir.

2. Anormalliği Belirleyen Kriterler

a) İstatistiksel Sapma

- Davranışın toplumdaki ortalama düzeyden anlamlı derecede farklılık göstermesi, anormalliğin ölçütlerinden biridir.
- Örneğin, zekâ düzeyinin aşırı düşük ya da çok yüksek olması ortalamadan sapmayı gösterir.
- Ancak her istatistiksel sapma "olumsuz" değildir; üstün yetenek de bir sapma örneğidir.

b) Toplumsal Uyum (Sosyal Normlara Uygunsuzluk)

- Toplumun değerleri, gelenekleri ve kuralları ile uyumlu olmayan davranışlar anormal olarak nitelendirilebilir.
- Örneğin, sürekli saldırgan davranışlar sergilemek ya da toplumsal kuralları hiçe saymak sosyal normlara aykırıdır.

Eleştiri: Toplumsal normlar kültürden kültüre değiştiği için bu ölçüt görecelidir.

c) Öznel Rahatsızlık (Subjektif Distres)

- Bireyin kendi duygu ve düşüncelerinden sıkıntı duyması, kaygı, depresyon, huzursuzluk yaşaması anormalliğin bir göstergesidir.
- Örneğin, panik atak geçiren birey yaşadığı yoğun korku nedeniyle öznel rahatsızlık yaşar.
- Ancak bazı psikolojik bozukluklarda (ör. antisosyal kişilik bozukluğu) birey kendini rahatsız hissetmezken çevresi zarar görebilir.

d) İşlevsellik Kaybı

- Normal davranış, bireyin günlük yaşamını sürdürebilmesi, işini yapabilmesi ve sosyal ilişkilerini yürütmesi ile ölçülür.
- Anormal davranış ise işlevsellik kaybına yol açar; birey okul, iş veya aile yaşamındaki rollerini yerine getiremez.
- Örneğin, obsesif kompulsif bozukluğu olan birey, sürekli el yıkama davranışı yüzünden işine zamanında gidemez.

e) Kültürel Bağlam

- Bir davranışın normal ya da anormal olarak değerlendirilmesi, içinde bulunulan kültüre göre değişebilir.
- Örneğin, bir toplumda dini ritüel sayılan davranışlar başka bir toplumda farklı algılanabilir.
- Bu nedenle kültürel bağlam göz ardı edilmeden değerlendirme yapılmalıdır.

f) Gerçeklikten Kopma (Psikotik Belirtiler)

- Anormal davranışın önemli ölçütlerinden biri, bireyin gerçeklik algısını kaybetmesidir.
- Sanrılar (gerçekte olmayan şeylere inanma) ve halüsinasyonlar (olmayan sesler ya da görüntüler görme) psikotik bozuklukların temel göstergeleridir.
- Bu durumda birey, yalnızca işlevselliğini değil, çevresiyle iletişimini de kaybeder.

g) İdeal Ruh Sağlığı Ölçütleri

- Marie Jahoda'nın önerdiği kriterlere göre, bireyin kendini gerçekleştirmemesi, olumlu benlik algısına sahip olmaması, stresle başa çıkamaması ve çevreyle uyumsuzluk yaşaması, anormalliğin göstergeleri arasında sayılır.
- Bu yaklaşım, bireyin yalnızca semptomlarının değil, psikolojik iyilik hâlinin de dikkate alınmasını sağlar.

3. Ek Yaklaşımlar

Biyolojik kriterler: Davranışların beyin yapıları, genetik faktörler veya biyokimyasal süreçlerdeki bozukluklarla ilişkili olup olmaması.

Evrimsel yaklaşım: Davranışın bireyin uyumunu azaltıp azaltmadığına bakılması.

Klinik sınıflandırma kriterleri: DSM-5 ve ICD-11 gibi sistemlerde tanı konulurken semptomların süresi, şiddeti ve işlevsellik üzerindeki etkisi dikkate alınır.

4. Günlük Yaşama Yansımaları

- Eğitim ortamında, öğrencilerin uyum sorunlarının normal mi yoksa klinik bir sorun mu olduğunun belirlenmesi.
- İş yaşamında, çalışanın stres, kaygı ve motivasyon sorunlarının işlevsellik düzeyine göre değerlendirilmesi.
- Toplumsal düzeyde, bireylerin kültürel normlara uygunluklarının ruh sağlığı boyutuyla analiz edilmesi.

5. Eleştiriler ve Sınırlılıklar

- Tek bir kriter üzerinden "anormal" tanımı yapmak yanıltıcı olabilir.
- Kültürel farklılıklar, normallik ve anormallik ayrımını görece hâle getirir.
- Bazı bozukluklarda birey değil çevre rahatsızlık duyar; bazı durumlarda ise birey çok rahatsızdır ama çevre bunu fark etmeyebilir.
- Bu nedenle modern psikopatoloji, çok boyutlu değerlendirme yaklaşımını benimsemiştir.

RUH SAĞLIĞI BOZUKLUKLARI

Tanım

1. Ruh Sağlığı Bozukluğu Kavramının Genel Çerçevesi

- Ruh sağlığı bozukluğu, bireyin düşünce, duygu, davranış ve sosyal ilişkilerinde işlevsellik kaybına yol açan, süreklilik gösteren ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bozukluklar bütünü olarak tanımlanır.
- Bu bozukluklar yalnızca bireyin içsel yaşantısını değil, aynı zamanda ailesiyle, iş yaşamıyla ve toplumsal çevresiyle kurduğu ilişkileri de derinden etkiler.
- Modern psikoloji ve psikiyatri alanında ruh sağlığı bozuklukları, yalnızca bireyin yaşadığı sıkıntılarla değil, aynı zamanda bu sıkıntıların toplumsal normlara, işlevselliğe ve bireyin öznel iyilik haline etkisi ile birlikte değerlendirilir.

2. Ruh Sağlığı Bozukluklarının Temel Özellikleri

Düşünce süreçlerinde bozulma: Gerçeklik algısında sapmalar, sanrılar ya da mantıksız inançlar.

Duygusal işlevsellikte bozulma: Yoğun kaygı, depresyon, öfke patlamaları veya duygusal dalgalanmalar.

Davranışsal sorunlar: Toplumsal kurallara uymayan, işlevselliği bozan ya da tekrarlayan davranış örüntüleri.

Bilişsel sorunlar: Dikkat, hafıza, algı ve problem çözme süreçlerinde aksaklıklar.

İşlevsellik kaybı: Günlük yaşam becerilerinde, sosyal ilişkilerde, akademik ya da mesleki alanlarda ciddi aksamalar.

3. Ruh Sağlığı Bozukluklarının Tanımlanmasında Kullanılan Sistemler

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders): Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından hazırlanmış, en güncel versiyonu DSM-5 olan sınıflandırma sistemi.

- Ruh sağlığı bozukluklarını tanısal kriterlere göre sınıflandırır.
- Klinik uygulamada en sık kullanılan rehberdir.

ICD (International Classification of Diseases): Dünya Sağlık Örgütü'nün geliştirdiği ve sağlık alanında evrensel standart kabul edilen sınıflandırma sistemi.

- Ruh sağlığı bozuklukları ICD-**10** **ve** güncel olarak ICD-11 içerisinde yer almaktadır.
- Bu iki sistem, ruh sağlığı bozukluklarının evrensel, kültürler arası karşılaştırılabilir şekilde tanımlanmasına ve tedavi protokollerinin standartlaşmasına katkı sağlar.

4. Ruh Sağlığı Bozukluklarının Ortaya Çıkışında Etkenler

Biyolojik etkenler: Genetik yatkınlık, beyin yapılarındaki bozukluklar, nörotransmitter dengesizlikleri.

Psikolojik etkenler: Çocukluk travmaları, stresli yaşam olayları, kişilik özellikleri.

Sosyal etkenler: Aile ilişkilerinde sorunlar, toplumsal baskılar, ekonomik güçlükler.

Kültürel etkenler: Toplumun inanç sistemleri, normları, ruh sağlığına bakış açısı.

Bütüncül yaklaşım: Modern psikiyatri, biyopsikososyal modeli benimseyerek bu etkenlerin birlikte değerlendirilmesi gerektiğini savunur.

5. Ruh Sağlığı Bozukluklarının Belirleyici Ölçütleri

Süreklilik: Belirtilerin geçici değil, uzun süreli ve tekrarlayıcı olması.

Yoğunluk: Belirtilerin bireyin işlevselliğini ciddi şekilde etkileyecek düzeyde olması.

Uyumsuzluk: Bireyin davranışlarının toplumsal normlara ve beklentilere uyumsuzluk göstermesi.

Öznel sıkıntı: Bireyin yaşadığı duygu, düşünce ve davranışlardan dolayı yoğun rahatsızlık duyması.

İşlevsellik kaybı: Sosyal ilişkilerde, okul ya da iş yaşamında görevlerini yerine getirememe.

6. Ruh Sağlığı Bozukluklarının Toplumsal Önemi

- Ruh sağlığı bozuklukları yalnızca bireyi değil, aileyi ve toplumu da etkiler.
- Çalışma yaşamında verimliliği düşürür, sağlık harcamalarını artırır ve toplumsal refahı olumsuz etkiler.
- Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, ruh sağlığı sorunları dünya genelinde en önemli halk sağlığı sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir.
- Bu nedenle hem önleyici ruh sağlığı hizmetleri hem de tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri toplum sağlığı açısından kritik öneme sahiptir.

7. Eleştiriler ve Güncel Yaklaşımlar

- Ruh sağlığı bozukluklarının tanımlanmasında kültürel farklılıkların yeterince dikkate alınmaması eleştirilmiştir.
- Etiketleme (stigma), ruh sağlığı bozukluğu yaşayan bireylerin tedaviye ulaşmasını zorlaştırabilir.
- Güncel yaklaşımlar, yalnızca bozuklukların tedavisine değil, aynı zamanda psikolojik dayanıklılığın artırılmasına, önleyici ruh sağlığı çalışmalarına ve toplum temelli hizmetlere odaklanmaktadır.

Sınıflandırma (DSM ve ICD)

1. Ruh Sağlığı Bozukluklarının Sınıflandırılmasının Önemi

- Ruh sağlığı bozukluklarının bilimsel olarak anlaşılabilmesi, tanılanabilmesi ve tedavi edilebilmesi için standart bir sınıflandırma sistemi gerekir.
- Sınıflandırma, hem klinik tanı koymayı hem de bilimsel araştırmalarda ortak bir dil kullanılmasını sağlar.

Günümüzde en yaygın kullanılan iki sistem:

- DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından hazırlanır.
- ICD (International Classification of Diseases) – Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından hazırlanır.

2. DSM Sistemi

Hazırlayan kurum: Amerikan Psikiyatri Birliği (APA).

Güncel sürüm: DSM-5 (2013) ve ek güncellemeleri.

Kapsam: Ruhsal bozuklukları tanı kriterlerine dayalı olarak sınıflandırır.

Özellikleri:

- Belirtilerin süresi, sıklığı ve işlevsellik üzerindeki etkisine göre tanı koyma ölçütleri sunar.
- Kültürler arası farklılıkları da dikkate alan ek bölümler içerir.
- Kliniklerde, akademik araştırmalarda ve adli değerlendirmelerde yaygın olarak kullanılır.

DSM-5'teki ana bozukluk kategorileri:

- Anksiyete bozuklukları
- Duygudurum (depresif ve bipolar) bozuklukları
- Psikotik bozukluklar (şizofreni spektrumu)
- Obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar
- Travma ve stresörle ilişkili bozukluklar
- Somatoform bozukluklar
- Yeme ve yeme davranışı bozuklukları
- Uyku-uyanıklık bozuklukları
- Nörogelişimsel bozukluklar (DEHB, otizm spektrum bozukluğu)

- Kişilik bozuklukları
- Madde kullanımına bağlı bozukluklar

3. ICD Sistemi

Hazırlayan kurum: Dünya Sağlık Örgütü (WHO).

Güncel sürüm: ICD-11 (2022 itibarıyla yürürlükte).

Kapsam: Sadece ruh sağlığı bozukluklarını değil, tüm tıbbi hastalıkları kapsayan evrensel sınıflandırma sistemidir.

Özellikleri:

- Hem fiziksel hem ruhsal hastalıkları içerir.
- Uluslararası sağlık kurumları, hastaneler ve araştırmacılar tarafından ortak dil olarak kullanılır.
- Her hastalığa özel tanı kodu bulunur, bu da sağlık istatistikleri ve sigorta sistemlerinde standart sağlar.

ICD-11'de ruhsal bozukluk kategorileri:

- Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar
- Duygudurum bozuklukları
- Anksiyete ve fobik bozukluklar
- Obsesif-kompulsif bozukluk ve ilişkili durumlar
- Travma ve stres faktörüne bağlı bozukluklar
- Dissosiyatif bozukluklar
- Yeme bozuklukları
- Cinsel işlev bozuklukları
- Kişilik bozuklukları
- Çocukluk ve ergenlikte başlayan gelişimsel bozukluklar (otizm, DEHB, öğrenme güçlükleri)

4. DSM ve ICD'nin Karşılaştırılması

Benzerlikler:

- Her ikisi de tanı koymada evrensel standart sağlar.
- Ruhsal bozuklukları belirtiler ve işlevsellik kaybı üzerinden değerlendirir.
- Klinik uygulamalarda ve bilimsel araştırmalarda yaygın kullanılır.

Farklılıklar:

- DSM yalnızca ruhsal bozukluklara odaklanırken, ICD tüm tıbbi hastalıkları kapsar.
- DSM Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından hazırlanırken, ICD Dünya Sağlık Örgütü tarafından hazırlanır ve daha evrensel kabul görür.
- DSM tanı kriterleri daha ayrıntılıdır; ICD ise daha kısa ve tanısal kodlama için uygundur.

5. Güncel Yaklaşımlar ve Eleştiriler

- DSM, tanıların aşırı kategorik olması ve bazı durumlarda "normal" ile "anormal" arasındaki çizgiyi katı çizgilerle ayırması nedeniyle eleştirilmiştir.
- ICD'nin daha geniş kapsama sahip olması, kültürler arası geçerlilik açısından avantaj sağlasa da klinik detaylarda DSM kadar ayrıntılı olmayabilir.
- Modern yaklaşımlar, ruhsal bozuklukların sadece semptomlarla değil, biyopsikososyal model çerçevesinde değerlendirilmesi gerektiğini vurgular.

ANKSİYETE BOZUKLUKLARI

Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB)

1. Tanım ve Genel Özellikler

- Yaygın Anksiyete Bozukluğu (YAB), bireyin günlük yaşam olayları ve durumları hakkında aşırı, sürekli ve kontrol edilemeyen kaygı ve endişe yaşamasıyla karakterize edilen bir ruhsal bozukluktur.
- Kaygı, normalde bireyin tehditlere karşı hazırlıklı olmasını sağlayan işlevsel bir duygudur; ancak YAB'de bu kaygı orantısız, kronik ve işlev bozucu hale gelir.
- DSM-5'e göre, bu bozuklukta kaygı ve endişe **en az 6 ay** boyunca, çoğu gün, birçok olay veya etkinlik hakkında ortaya çıkar.

2. Belirtiler

a) Bilişsel Belirtiler

- Olayları felaketleştirme eğilimi.
- Sürekli “ya şöyle olursa?” tarzı düşünceler.
- Konsantrasyon güçlüğü, dikkat dağınıklığı.
- Aşırı düşünme ve karar vermede zorlanma.

b) Duygusal Belirtiler

- Sürekli huzursuzluk ve gerginlik.
- Çabuk sinirlenme, tahammülsüzlük.
- Kontrol kaybı yaşama korkusu.

c) Fiziksel Belirtiler

- Kas gerginliği ve ağrılar (özellikle boyun, omuz, sırt bölgelerinde).
- Çarpıntı, terleme, titreme.
- Uykuya dalmada ve sürdürmede güçlük.
- Yorgunluk ve bitkinlik.

d) Davranışsal Belirtiler

- Kaygıyı artırabilecek durumlardan kaçınma.
- Sosyal ilişkilerden geri çekilme.
- Aşırı kontrol etme ya da sürekli güvence arama davranışları.

3. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Nedenleri

a) Biyolojik Etkenler

- Genetik yatkınlık; birinci derece akrabalarda YAB riskinin artması.
- Beyinde serotonin, GABA ve noradrenalin gibi nörotransmitterlerin işlev bozuklukları.
- Otonom sinir sisteminde aşırı duyarlılık.

b) Psikolojik Etkenler

- Çocuklukta aşırı koruyucu ebeveyn tutumları veya travmatik deneyimler.
- Öğrenilmiş çaresizlik ve olumsuz düşünce kalıpları.
- Aşırı mükemmeliyetçilik ve kontrol etme ihtiyacı.

c) Sosyal ve Çevresel Etkenler

- Uzun süreli stres (iş yükü, akademik baskı, ekonomik zorluklar).
- Sosyal destek eksikliği.
- Toplumsal krizler (savaş, afet, pandemi).

4. Yaygın Anksiyete Bozukluğunun Tanı Ölçütleri (DSM-5)

- En az **6 ay** süreyle, çoğu gün aşırı kaygı ve endişe yaşama.
- Kaygının kontrol edilememesi.

Aşağıdaki belirtilerden en az üçü (çocuklarda en az bir):

- Huzursuzluk, kolay yorulma, konsantrasyon güçlüğü, kas gerginliği, uyku bozukluğu, irritabilite.
- Kaygının klinik açıdan belirgin sıkıntıya ve işlevsellik kaybına yol açması.
- Belirtilerin başka bir tıbbi duruma, madde kullanımına veya başka bir ruhsal bozukluğa bağlı olmaması.

5. Tedavi Yaklaşımları

a) Psikoterapi

- Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT):
 - » Kaygıyı tetikleyen düşünce kalıplarını fark etme ve değiştirme.
 - » Gevşeme teknikleri ve maruz bırakma çalışmaları.
- Bilinçli farkındalık (mindfulness): Kaygıyı kabullenme ve anda kalma becerisi geliştirme.
- Destekleyici psikoterapi: Sosyal destek, güven duygusu kazandırma.

b) Farmakolojik Tedavi

- SSRI'lar (seçici serotonin geri alım inhibitörleri): İlk basamak tedavi.
- SNRI'lar: Özellikle duloksetin ve venlafaksin etkili bulunur.
- Benzodiazepinler: Kısa süreli, akut belirtilerde; bağımlılık riski nedeniyle uzun süreli kullanım önerilmez.
- Buspiron: Kaygı tedavisinde kullanılan alternatif ilaçlardan biridir.

c) Diğer Müdahaleler

- Düzenli egzersiz, sağlıklı uyku düzeni.
- Nefes egzersizleri ve gevşeme teknikleri.
- Sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi.

6. YAB'nin Günlük Yaşama Etkileri

- Akademik performansı düşürür, sınav kaygısını artırır.
- İş yaşamında verimliliği azaltır, tükenmişlik riskini yükseltir.
- Sosyal ilişkilerde gerginlik, yalnızlık ve izolasyona yol açabilir.
- Uzun süreli kaygı, psikosomatik rahatsızlıklara (mide problemleri, baş ağrıları, hipertansiyon) neden olabilir.

7. Güncel Yaklaşımlar ve Eleştiriler

- DSM-5 kriterlerinin fazla kategorik olduğu ve kaygı spektrumunun bazı bireylerde yeterince açıklanamadığı ileri sürülmektedir.
- Kültürel farklılıklar kaygının ifadesinde etkili olabilir; bazı toplumlarda endişe normal bir uyum biçimi olarak görülebilir.
- Son yıllarda pozitif psikoloji ve stres yönetimi programları, YAB tedavisinde tamamlayıcı yöntemler olarak kullanılmaktadır.

Panik Bozukluk

1. Tanım ve Genel Özellikler

- Panik bozukluk, tekrarlayıcı ve beklenmedik panik atakların görüldüğü, atakların yeniden yaşanacağı korkusu ile sürekli kaygının eşlik ettiği bir anksiyete bozukluğudur.
- Panik atak, ani başlayan, birkaç dakika içinde doruğa ulaşan ve yoğun korku ile bedensel belirtilerin eşlik ettiği kısa süreli krizlerdir.
- Panik bozukluğu olan bireyler, yaşadıkları ataklar sırasında kalp krizi geçirdiklerini, bayılacaklarını veya öleceklerini düşünebilirler.
- Bu durum, kişinin günlük yaşam aktivitelerini sınırlandırmasına, kaçınma davranışları geliştirmesine ve yaşam kalitesinin ciddi şekilde bozulmasına yol açar.

2. Panik Atağın Belirtileri (DSM-5)

- Bir panik atakta aşağıdaki belirtilerden **en az** dördünün bulunması gerekir:
 - » Çarpıntı, kalp atımlarında hızlanma
 - » Terleme
 - » Titreme veya sarsılma
 - » Nefes darlığı veya boğulma hissi
 - » Göğüs ağrısı veya sıkışma
 - » Baş dönmesi, sersemlik, bayılacak gibi olma
 - » Üşüme, ürperme veya ateş basması
 - » Uyuşma veya karıncalanma hissi
 - » Gerçekdışılık (derealizasyon) veya kendinden kopma (depersonalizasyon)
 - » Kontrolünü kaybetme ya da delirme korkusu
 - » Ölüm korkusu

3. Panik Bozukluğun Tanı Kriterleri (DSM-5)

- Tekrarlayan beklenmedik panik atakların varlığı.
- Ataklardan **en az** birini izleyen **1 ay** veya daha uzun süre aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin olması:
 - » Başka panik atakların olacağına ilişkin sürekli kaygı veya korku.
 - » Panik atakların sonuçlarıyla ilgili endişe (kalp krizi, kontrolü kaybetme vb.).
 - » Ataklara bağlı davranış değişiklikleri (kaçınma, yalnız dışarı çıkmama).
- Belirtiler başka bir tıbbi durumun (örneğin kardiyak, endokrin bozukluklar) veya madde kullanımının doğrudan etkisiyle açıklanamamalı.

4. Panik Bozukluğun Nedenleri

a) Biyolojik Etkenler

- Genetik yatkınlık; birinci derece akrabalarda görülme riskinin artması.
- Serotonin, GABA ve noradrenalin sistemlerinde düzensizlik.
- Beynin korku yanıtını yöneten amigdala ve solunum kontrol merkezlerinde aşırı duyarlılık.

b) Psikolojik Etkenler

- Çocukluk döneminde yaşanan travmalar, kayıplar.
- Kaygıya karşı aşırı duyarlılık geliştirme.
- "Bedensel duyumları felaketleştirme" eğilimi (örneğin çarpıntıyı kalp krizi gibi algılama).

c) Sosyal ve Çevresel Etkenler

- Yoğun stresli yaşam olayları (işsizlik, boşanma, ekonomik kriz).
- Sosyal destek yetersizliği.
- Toplumsal baskı ve çevresel stresörler.

5. Panik Bozukluk ile İlişkili Durumlar

Agorafobi: Panik bozukluğu olan bazı kişilerde, panik atağın gerçekleşmesi halinde kaçamayacakları veya yardım alamayacakları yerlerde bulunmaktan yoğun korku gelişir. Bu kişiler çoğu zaman evden çıkmamaya başlar.

Depresyon ve diğer anksiyete bozuklukları: Panik bozukluk çoğunlukla depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu veya obsesif kompulsif bozukluk ile birlikte görülebilir.

6. Tedavi Yaklaşımları

a) Psikoterapi

- Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT):
 - » Panik atakları tetikleyen düşüncelerin belirlenmesi ve yeniden yapılandırılması.
 - » Maruz bırakma teknikleri ile bedensel duyumların felaketleştirilmesinin önlenmesi.
- Gevşeme ve nefes egzersizleri: Panik sırasında solunum kontrolünü sağlamaya yardımcı olur.
- Psiko-eğitim: Danışanın panik bozukluğu ve panik atağın mekanizmasını anlaması, korkularını azaltır.

b) Farmakolojik Tedavi

- SSRI'lar (seçici serotonin geri alım inhibitörleri): Panik bozukluğunda birinci basamak tedavidir.
- SNRI'lar: Alternatif tedavi seçeneği.
- Benzodiazepinler: Akut atakların kontrolünde kısa süreli kullanılabilir; bağımlılık riski nedeniyle uzun süre önerilmez.

c) Diğer Yaklaşımlar

- Düzenli fiziksel egzersiz, uyku düzeninin sağlanması.
- Kafein, nikotin ve alkol gibi panik atağı tetikleyebilecek maddelerden kaçınma.
- Sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi.

7. Panik Bozukluğun Günlük Yaşama Etkileri

- Bireylerin sosyal yaşamlarını kısıtlar; yalnız seyahat edememe, toplu taşıma kullanamama gibi sorunlar ortaya çıkar.
- İş yaşamında verimlilik düşer, işe devamsızlık artar.
- Aile ilişkilerinde güvence arama ve bağımlı davranışlar nedeniyle çatışmalar yaşanabilir.
- Uzun süre tedavi edilmeyen panik bozukluğu, agorafobi ve depresyon gelişimini tetikleyebilir.

8. Güncel Yaklaşımlar ve Eleştiriler

- DSM-5'te panik bozukluk, agorafobiden ayrı bir tanı olarak ele alınmıştır.
- Bazı uzmanlar, biyolojik temelli açıklamaların yanında kültürel faktörlerin de panik bozukluğun seyrini etkilediğini vurgular.
- Günümüzde bütüncül tedavi yaklaşımları (ilaç, psikoterapi, yaşam tarzı düzenlemeleri) panik bozukluğun kontrolünde en etkili yöntem olarak kabul edilmektedir.

Fobiler

1. Tanım ve Genel Özellikler

- Fobi, belirli bir nesneye, duruma ya da etkinliğe karşı duyulan yoğun, mantıksız ve aşırı korku olarak tanımlanır.
- Normal korku ile fobi arasındaki en temel fark, fobinin orantısız şiddette olması, kontrol edilememesi ve bireyin günlük işlevselliğini bozmasıdır.
- Fobi yaşayan birey, korkulan durumla karşılaştığında yoğun kaygı yaşar ve çoğunlukla bu durumdan kaçınma davranışları geliştirir.
- DSM-5'e göre fobi, anksiyete bozuklukları sınıflandırması altında yer alır ve alt türlere ayrılır.

2. Fobilerin Alt Türleri

a) Özgül (Spesifik) Fobi

- Belirli bir nesne veya duruma karşı aşırı korku.

Örnekler: Hayvan fobisi (köpek, yılan), doğa fobisi (yükseklik, fırtına), kan-enjeksiyon fobisi, kapalı alan (klostrofobi).

- Çocuklarda daha sık görülür, yetişkinlikte de sürebilir.

b) Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi)

- Bireyin, başkalarının değerlendirmesine maruz kalacağı sosyal ortamlarda yoğun kaygı ve utanma korkusu yaşaması.

Örnek: Topluluk önünde konuşamama, başkalarının yanında yemek yiyememe, eleştirilmekten aşırı korkma.

- Genellikle ergenlik döneminde başlar ve tedavi edilmezse yaşam boyu sürebilir.

c) Agorafobi

- Açık alanlarda, kalabalıkta, toplu taşıma araçlarında ya da kaçışın zor olacağı ortamlarda bulunmaktan yoğun korku.
- Genellikle panik bozuklukla birlikte görülür.
- Birey, evden çıkamama noktasına kadar kaçınma davranışları geliştirebilir.

3. Fobilerin Belirtileri

a) Bilişsel Belirtiler

- Tehlikenin abartılması, felaketleştirme düşünceleri.
- Mantıksız olduğunu bilmesine rağmen korkuyu engelleyememe.

b) Duygusal Belirtiler

- Yoğun kaygı ve panik duygusu.
- Utanç ve aşağılanma korkusu (özellikle sosyal fobi).

c) Fiziksel Belirtiler

- Kalp çarpıntısı, terleme, titreme.
- Nefes darlığı, baş dönmesi.
- Kas gerginliği ve mide bulantısı.

d) Davranışsal Belirtiler

- Kaçınma davranışları (ör. yükseklikten uzak durma).
- Sosyal ortamlardan geri çekilme.
- Sürekli güvence arama.

4. Fobilerin Nedenleri

a) Biyolojik Etkenler

- Genetik yatkınlık; fobiler ailelerde daha sık görülebilir.
- Beyinde korku yanıtını yöneten amigdalanın aşırı duyarlılığı.

b) Psikolojik Etkenler

- Klasik koşullanma: Fobilerin öğrenilmiş korkular olduğu fikri (ör. köpek saldırısına uğrayan kişinin köpekten fobi geliştirmesi).
- Edimsel koşullanma: Kaçınma davranışlarının kaygıyı azalttığı için pekişmesi.
- Model alma: Çocukların ebeveynlerinden korkuları öğrenmesi.

c) Sosyal ve Çevresel Etkenler

- Travmatik yaşantılar (ör. trafik kazası sonrası araç fobisi).
- Kültürel faktörler (bazı toplumlarda belirli hayvanlara karşı korkunun yaygın olması).

5. Tanı Kriterleri (DSM-5'e göre)

- Belirli bir nesne ya da durum karşısında sürekli, aşırı ve mantıksız korku.
- Korkunun **en az 6 ay** devam etmesi.
- Korku veya kaygının bireyin günlük işlevselliğini (sosyal, akademik, mesleki) bozması.
- Korkunun birey tarafından mantıksız olduğunun bilinmesine rağmen kontrol edilememesi.
- Belirtilerin başka bir ruhsal bozuklukla (ör. obsesif kompulsif bozukluk) daha iyi açıklanamaması.

6. Tedavi Yaklaşımları

a) Psikoterapi

- Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT): En etkili yöntemlerden biridir.
- » Bilişsel yeniden yapılandırma ile mantıksız inançların değiştirilmesi.
- » Maruz bırakma terapisi (exposure): Bireyin korkulan uyaranla kademeli olarak karşılaştırılması.
- Sosyal beceri eğitimi: Sosyal fobi için iletişim becerilerinin güçlendirilmesi.
- Mindfulness ve gevşeme teknikleri: Kaygıyı azaltma ve bedensel belirtileri kontrol etme.

b) Farmakolojik Tedavi

- SSRI'lar (seçici serotonin geri alım inhibitörleri): Sosyal fobi ve agorafobi tedavisinde sık kullanılır.
- Benzodiazepinler: Akut kaygı durumlarında kısa süreli kullanılır.
- Beta blokerler: Performans anksiyetesi (sahne korkusu) gibi durumlarda bedensel belirtileri azaltmak için kullanılabilir.

7. Fobilerin Günlük Yaşama Etkileri

- Sosyal ilişkilerin bozulması, yalnızlık ve izolasyon.
- Eğitim ve iş hayatında performans kaybı.
- Şiddetli durumlarda, bireyin günlük yaşam aktivitelerinden kaçınması (ör. evden çıkamamak).
- Uzun vadede depresyon ve diğer anksiyete bozukluklarının gelişimine zemin hazırlaması.

8. Güncel Yaklaşımlar ve Eleştiriler

- DSM-5, fobileri farklı kategoriler altında (özellik fobi, sosyal fobi, agorafobi) ayrı ayrı tanımlamaktadır.
- Kültürel faktörlerin fobilerin tür ve sıklığını etkilediği vurgulanmaktadır.
- Yeni tedavi yaklaşımlarında sanallaştırılmış maruz bırakma terapileri (VR terapi) kullanılmakta ve klasik yöntemlere alternatif sunmaktadır.

DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

Depresyon

1. Tanım ve Genel Çerçeve

- Depresyon, bireyin duygu durumunda belirgin ve sürekli bir çökkünlük, ilgi ve zevk kaybı, enerji azalması ve işlevsellikte bozulma ile seyreden bir ruhsal bozukluktur.
- Normal üzüntü ya da kısa süreli moral bozukluklarından farklı olarak depresyon, daha yoğun, kalıcı ve yaşamın tüm alanlarını etkileyen bir durumdur.
- DSM-5'te depresyon, Majör Depresif Bozukluk (MDB) başlığı altında tanımlanır ve bireyin hem duygusal hem bilişsel hem de bedensel işlevlerinde bozulma yaratır.

2. Belirtiler

a) Duygusal Belirtiler

- Sürekli üzgün, boşlukta hissetme veya umutsuzluk.
- Daha önce zevk alınan etkinliklere karşı ilgisizlik (anhedoni).
- Değersizlik, suçluluk duyguları.

b) Bilişsel Belirtiler

- Konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık.
- Karar vermede zorlanma.
- Gelecek hakkında karamsar düşünceler.
- Ölüm ya da intihar düşüncelerinin ortaya çıkması.

c) Fiziksel Belirtiler

- Uykusuzluk veya aşırı uyuma.
- İştah kaybı ya da aşırı yeme, buna bağlı kilo değişimleri.
- Enerji azalması, sürekli yorgunluk.
- Bedensel ağrılar, baş ağrısı, mide-bağırsak sorunları.

d) Davranışsal Belirtiler

- Sosyal geri çekilme.
- İş ve okul performansında düşüş.
- Günlük işleri yapmada isteksizlik.

3. Tanı Kriterleri (DSM-5'e göre Majör Depresif Bozukluk)

- En az **2 hafta** süreyle aşağıdaki belirtilerden beşinin bulunması gerekir:
 - » Depresif duygu durum.
 - » İlgisi ve zevk kaybı.
 - » İştah veya kilo değişiklikleri.
 - » Uyku bozuklukları.
 - » Psikomotor ajitasyon veya yavaşlama.
 - » Yorgunluk, enerji kaybı.
 - » Değersizlik ya da suçluluk duyguları.
 - » Konsantrasyon güçlüğü, kararsızlık.

» Ölüm ya da intihar düşünceleri.

- Belirtiler günlük yaşamı belirgin şekilde bozmalı ve başka bir tıbbi durum ya da madde kullanımı ile açıklanamamalıdır.

4. Depresyonun Türleri

Majör Depresif Bozukluk: Yoğun ve süregelen belirtiler.

Süregen Depresyon (Distimi): Daha hafif ama uzun süreli (**en az 2 yıl**) seyir.

Doğum Sonrası (Postpartum) Depresyon: Doğum sonrası annelerde ortaya çıkan depresif belirtiler.

Mevsimsel Depresyon: Mevsimsel değişimlerle tetiklenen depresif dönemler.

Atipik Depresyon: İştah artışı, aşırı uyuma gibi farklı semptomlarla seyreden tip.

5. Nedenler

a) Biyolojik Etkenler

- Genetik yatkınlık; ailede depresyon öyküsü olanlarda risk yüksektir.
- Beyinde serotonin, dopamin ve noradrenalin dengesizlikleri.
- Hormon düzeylerinde değişiklikler (ör. tiroit bozuklukları, kortizol yüksekliği).

b) Psikolojik Etkenler

- Olumsuz düşünce kalıpları (Beck'in bilişsel üçlüsü: kendilik, dünya ve gelecek hakkında olumsuz düşünceler).
- Öğrenilmiş çaresizlik.
- Çocukluk travmaları, kayıplar, aile içi çatışmalar.

c) Sosyal ve Çevresel Etkenler

- Yalnızlık, sosyal destek eksikliği.
- İşsizlik, ekonomik güçlükler.
- Stresli yaşam olayları (boşanma, göç, afetler).

6. Tedavi Yaklaşımları

a) Psikoterapi

- Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT): Olumsuz düşünce kalıplarını değiştirmeyi amaçlar.
- Kişilerarası Terapi (IPT): Sosyal ilişkileri ve iletişim becerilerini güçlendirir.
- Psikodinamik Terapi: Bilinçdışı çatışmaların fark edilmesi ve çözülmesi.

b) Farmakolojik Tedavi

- Antidepresanlar (SSRI, SNRI, trisiklikler): Serotonin ve noradrenalin dengesini düzenler.
- İlaç tedavisi genellikle psikoterapi ile birlikte kullanıldığında daha etkilidir.

c) Diğer Tedaviler

- Elektrokonsülsif Terapi (EKT): İlaç tedavisine yanıt vermeyen ağır vakalarda.
- Transkraniyal Manyetik Uyarım (TMU): Alternatif biyolojik tedavi yöntemlerinden biridir.
- Düzenli egzersiz, sağlıklı beslenme, uyku hijyeni destekleyici unsurlardır.

7. Depresyonun Günlük Yaşama Etkileri

- İş ve akademik performansta belirgin düşüş.
- Sosyal ilişkilerde bozulma, yalnızlık ve izolasyon.
- İntihar riski, depresyonun en ciddi sonuçlarından biridir.
- Uzun vadede kronik hastalık riskini artırır (kalp-damar, bağışıklık sistemi sorunları).

8. Güncel Yaklaşımlar ve Eleştiriler

- DSM-5 kriterleri depresyonun evrensel tanısı için önemlidir; ancak kültürel farklılıkların tanıda yeterince dikkate alınmadığı eleştirilmektedir.
- Bazı araştırmacılar depresyonu yalnızca bireysel bir bozukluk değil, aynı zamanda toplumsal ve ekonomik koşullarla ilişkili bir halk sağlığı sorunu olarak görmektedir.
- Günümüzde pozitif psikoloji müdahaleleri, mindfulness, grup terapileri ve dijital psikoterapi yöntemleri depresyon tedavisinde yeni açılımlar sunmaktadır.

Bipolar Bozukluk

1. Tanım ve Genel Özellikler

- Bipolar bozukluk, kişinin duygu durumunda aşırı uçlarda dalgalanmalarla seyreden, dönemsel olarak mani/hipomani ve depresyon epizotlarının görüldüğü ciddi bir duygudurum bozukluğudur.
- "Bipolar" kelimesi, "iki kutuplu" anlamına gelir; bu da bireyin hem aşırı yükselmiş duygu durum (mani) hem de çökkün duygu durum (depresyon) dönemleri yaşamasına işaret eder.
- DSM-5'e göre bipolar bozukluk, yalnızca tek bir duygu durum epizodu ile değil, zaman içerisinde yinelenen epizotlarla tanımlanır.

2. Türleri

a) Bipolar I Bozukluk

- En az bir manik epizod ile karakterizedir.
- Mani dönemleri genellikle şiddetlidir, bireyin işlevselliğini ciddi şekilde bozar ve çoğu zaman hastane yatışı gerektirir.
- Depresif epizotlar sıklıkla eşlik eder, ancak tanı için şart değildir.

b) Bipolar II Bozukluk

- Hipomani (maninin daha hafif şekli) ve majör depresif epizotların bir arada bulunduğu durumdur.
- Hipomani, bireyin işlevselliğini mani kadar bozmaz, ancak depresyon dönemleri ağır seyreder.
- Daha çok depresyon ağırlıklı bir gidişat gösterir.

c) Siklotimik Bozukluk

- En az **2 yıl** süreyle (çocuk ve ergenlerde **en az 1 yıl**) hipomanik belirtiler ve depresif belirtilerin dalgalanmalar halinde devam etmesi.
- Tam mani veya tam depresyon ölçütlerini karşılamaz, ancak bireyin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkiler.

3. Belirtiler

a) Manik Dönem Belirtileri

- Aşırı taşkınlık, coşku ya da irritabilite.
- Uyku ihtiyacında belirgin azalma (ör. 2-**3 saat** uyuyup enerjik hissetme).
- Konuşkanlık, düşüncelerin hızlanması (çağrışımların uçuşması).
- Büyükenmeci düşünceler (abartılı özgüven, özel güçlere sahip olduğuna inanma).
- Dikkat dağınıklığı.
- Riskli davranışlar: aşırı para harcama, tehlikeli cinsel davranışlar, bilinçsiz yatırım kararları.

b) Depresif Dönem Belirtileri

- Sürekli üzüntü, umutsuzluk.
- Zevk alamama (anhedoni).
- İştah ve uyku değişiklikleri.
- Enerji kaybı, yorgunluk.
- Konsantrasyon güçlüğü.
- Değersizlik ve suçluluk duyguları.
- İntihar düşünceleri veya girişimleri.

4. Nedenler

a) Biyolojik Etkenler

- Genetik faktörler; bipolar bozukluğun kalıtımsal yönü oldukça güçlüdür.
- Beyin biyokimyasında dopamin, serotonin ve noradrenalin düzensizlikleri.
- Beyin görüntüleme çalışmalarında, duygu durum düzenlenmesiyle ilgili alanlarda farklılıklar bulunmuştur.

b) Psikolojik Etkenler

- Stresli yaşam olayları (kaybın, travmanın tetikleyici rolü).
- Kişilik özellikleri (yüksek dürtüsellik, duygusal dalgalanmaya yatkınlık).
- Olumsuz başa çıkma mekanizmaları.

c) Sosyal Etkenler

- Sosyal destek eksikliği.
- Aile içi çatışmalar.
- Toplumsal baskılar.

5. Tanı Ölçütleri (DSM-5'e göre)

Manik Epizod

- En az **1 hafta** boyunca, günün büyük kısmında taşkın, irritabl veya enerjik duygu durum.
- Aşağıdaki belirtilerden **en az 3**'ünün bulunması (irritabl durumda **en az 4**):
 - » Aşırı özgüven ya da grandiyözite.
 - » Uyku ihtiyacında azalma.
 - » Konuşkanlık, düşünce uçuşması.
 - » Dikkat dağınıklığı.
 - » Amaç yönelimli etkinliklerde artış.
 - » Aşırı riskli davranışlar.
- İşlevsellikte belirgin bozulma veya hastane yatışı gerektirme.

Hipomanik Epizod

- En az **4 gün** boyunca, manideki belirtilerin daha hafif şiddette olması.
- İşlevsellikte belirgin bozulma yaratmaz ama çevre tarafından fark edilir.

Depresif Epizod

- Majör depresyon ölçütleri ile tanımlanır (**en az 2 hafta, 5 veya daha fazla** belirti).

6. Tedavi Yaklaşımları

a) İlaç Tedavisi

Duygudurum düzenleyiciler: Lityum en klasik ve en etkili ilaçtır.

Antikonvülzanlar: Valproat, karbamazepin, lamotrijin.

Atipik antipsikotikler: Mani dönemlerinin kontrolünde kullanılır.

Antidepresanlar: Yalnız başına önerilmez, çünkü mani riskini tetikleyebilir; genellikle duygudurum düzenleyiciyle birlikte verilir.

b) Psikoterapi

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT): Epizotları tanıma, başa çıkma stratejileri geliştirme.

Aile odaklı terapi: Aile desteğini artırarak nüksleri azaltma.

Psikoeğitim: Hastanın ve ailesinin bozukluğu tanınması, tedaviye uyumu artırması.

c) Diğer Müdahaleler

- Düzenli uyku ve günlük yaşam rutinlerinin sürdürülmesi.
- Stres yönetimi, gevşeme teknikleri.
- Sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi.

7. Bipolar Bozukluğun Günlük Yaşama Etkileri

- İş ve akademik yaşamda düzensizlik ve süreksizlik.
- İlişkilerde çatışmalar ve güven sorunları.
- Tedavi edilmediğinde işsizlik, boşanma, ekonomik kayıplar ve intihar riski artar.
- Doğru tedavi ile bireyler üretken ve işlevsel yaşam sürebilirler.

8. Güncel Yaklaşımlar ve Eleştiriler

- DSM-5, bipolar bozukluğu "bipolar ve ilişkili bozukluklar" başlığı altında daha ayrıntılı tanımlamıştır.
- Tanı koymada zaman zaman depresyon ile şiddetli duygusal dalgalanmaların ayrımı güç olabilir.
- Günümüzde tedavi sadece ilaçla sınırlı olmayıp, biyopsikososyal bütüncül yaklaşım esas alınmaktadır.
- Yeni araştırmalar, genetik biyobelirteçler ve beyin görüntüleme teknikleri ile daha kişiselleştirilmiş tedavi yöntemleri geliştirmeyi amaçlamaktadır.

PSİKOTİK BOZUKLUKLAR

Şizofreni

1. Tanım ve Genel Özellikler

- Şizofreni, bireyin düşünce, duygu ve davranış süreçlerinde temel bozulmalara yol açan, özellikle gerçeklik algısının kaybı ile karakterize, kronik seyirli ve ciddi bir ruhsal bozukluktur.
- DSM-5'e göre şizofreni, **en az 6 ay** süreyle belirti göstermesi gereken, bireyin sosyal, mesleki ve kişisel işlevselliğini derinden etkileyen bir psikoz türüdür.
- Bu bozukluğun temel özelliği, bireyin dış dünyayla olan bağının kopması, yani sanrılar ve halüsinasyonlar yoluyla gerçekliği yanlış algılamasıdır.

2. Belirtiler

a) Pozitif Belirtiler

Sanrılar: Gerçeğe dayanmayan, mantıkla çürütülemeyen inançlar (ör. takip edilme, üstün güçlere sahip olma).

Halüsinasyonlar: Olmayan şeyleri algılama; en yaygın olanı işitsel halüsinasyonlardır (ses duyma).

Düşünce bozuklukları: Konuşmada dağınıklık, mantıksal bağların kopması, çağrışım uçuşmaları.

Davranışsal bozukluklar: Aşırı hareketlilik, uygunsuz davranışlar veya katatonik belirtiler.

b) Negatif Belirtiler

Duygulanımda küntleşme: Yüz ifadesizliği, duygusal tepkilerin azalması.

Alogi: Konuşmada fakirleşme.

Avolisyon: Motivasyon kaybı, günlük işleri başlatamama.

Sosyal geri çekilme: İnsanlarla ilişki kurmakta isteksizlik.

c) Bilişsel Belirtiler

- Dikkat ve konsantrasyon sorunları.
- Çalışma belleği zayıflığı.
- Soyut düşünmede güçlük.

3. Tanı Kriterleri (DSM-5'e göre)

- En az **1 ay** süreyle aşağıdaki belirtilerden iki ya da **daha fazlası** bulunmalı (bunlardan **en az** biri ilk üçünden olmalıdır):
 - » Sanrılar
 - » Halüsinasyonlar
 - » Dağınık konuşma
 - » Aşırı dağınık veya katatonik davranış
 - » Negatif belirtiler (duygulanım küntleşmesi, avolisyon vb.)
- İşlevsellikte belirgin düşüş (iş, okul, sosyal ilişkiler).
- Belirtiler **en az 6 ay** devam etmeli.
- Başka bir tıbbi durum veya madde etkisi ile açıklanamamalı.

4. Şizofreninin Nedenleri

a) Biyolojik Etkenler

Genetik yatkınlık: Birinci derece akrabalarında şizofreni olanlarda risk yüksektir.

Nörotransmitter bozuklukları: Özellikle dopamin hipotezi; dopamin fazlalığı psikotik belirtilerle ilişkilendirilir.

Beyin yapısal farklılıkları: MRI çalışmalarında ventrikül genişlemeleri, gri madde kayıpları.

b) Psikososyal Etkenler

- Çocukluk travmaları, aile içi çatışmalar.
- Stresli yaşam olayları (göç, savaş, toplumsal krizler).
- Yüksek düzeyde eleştirel ve baskıcı aile ortamı (yüksek "duygusal ifade" düzeyi).

c) Çevresel Etkenler

- Doğum öncesi komplikasyonlar (anne karnında enfeksiyon, oksijen yetersizliği).
- Ergenlik döneminde madde kullanımı (özellikle esrar) risk faktörüdür.

5. Şizofreninin Türleri (DSM-5 öncesi alt tipler, günümüzde spektrum yaklaşımı)

Paranoid tip: Sanrılar ve halüsinasyonlar ön planda.

Katatonik tip: Aşırı hareketsizlik ya da anlamsız aşırı hareketlilik.

Dağınık tip: Konuşma ve davranışlarda düzensizlik.

Rezidüel tip: Negatif belirtilerin baskın olduğu tablo.

- DSM-5'te bu alt tipler kaldırılmış, "şizofreni spektrum bozuklukları" kavramı benimsenmiştir.

6. Tedavi Yaklaşımları

a) İlaç Tedavisi

Antipsikotikler: En temel tedavi aracıdır.

- Tipik antipsikotikler (haloperidol, klorpromazin).
- Atipik antipsikotikler (risperidon, olanzapin, klozapin).
- Klozapin, tedaviye dirençli şizofrenide en etkili ilaçtır.

b) Psikososyal Müdahaleler

Bilişsel davranışçı terapi: Sanrılar ve halüsinasyonların etkisini azaltmaya yardımcı olur.

Aile terapisi: Aile içi iletişimi düzenler, nüks riskini azaltır.

Sosyal beceri eğitimi: Bireyin toplumsal işlevselliğini artırır.

Destekli istihdam ve rehabilitasyon: İş yaşamına dönüşü kolaylaştırır.

c) Diğer Yaklaşımlar

Psiko-eğitim: Hastalık farkındalığını ve tedaviye uyumu artırır.

- Düzenli takip ve ilaç uyumunun sağlanması.

7. Şizofreninin Günlük Yaşama Etkileri

- Akademik ve mesleki işlevsellikte ciddi düşüş.
- Sosyal ilişkilerde bozulma, yalnızlık ve damgalanma (stigma).
- Uzun dönemli bakım gerektirebilir.
- Tedaviye uyum sağlandığında bireylerin büyük kısmı topluma uyum sağlayabilir, üretken yaşam sürebilir

Şizofreni Spektrum Bozuklukları

1. Genel Çerçeve

- DSM-5 ile birlikte şizofreni, alt tiplere (paranoid, katatonik, dağınık vb.) ayrılmaktan çıkarılmış ve "şizofreni spektrum ve diğer psikotik bozukluklar" başlığı altında bütüncül bir yaklaşımla sınıflandırılmıştır.
- Bu spektrum yaklaşımı, psikotik bozuklukların yalnızca "şizofreni" ile sınırlı olmadığını, belirtilerin şiddeti, süresi ve dağılımına göre farklı türler olabileceğini kabul eder.

Ortak özellik: gerçeklikten kopma, sanrılar, halüsinasyonlar, düşünce bozuklukları ve işlevsellik kaybı.

2. Şizofreni Spektrumunda Yer Alan Bozukluklar

a) Şizotipal Kişilik Bozukluğu

- Kişilik yapılanmasının bir parçası olarak garip inanışlar, düşünce ve algı bozuklukları görülür.
- Paranoya eğilimi, sosyal ilişkilerde mesafe, tuhaf konuşma tarzı belirgindir.

Şizofreniden farkı: Kronik kişilik özellikleri şeklinde sürer, tam psikotik epizotlar olmaz.

b) Sanrısıl Bozukluk

- En az **1 ay** süreyle, sistemli ve gerçeklikle bağdaşmayan sanrıların (ör. aldatılma, kıskançlık, büyüklük sanrıları) varlığı.
- Halüsinasyonlar ya hiç yoktur ya da çok hafiftir.
- Günlük işlevsellik genellikle şizofreniye göre **daha az** etkilenir.

c) Şizofreniform Bozukluk

- Şizofreniye benzer belirtiler gösterir ancak süre bakımından farklılık vardır.
- Belirtiler **en az 1 ay, en fazla 6 ay** sürer.
- **6 ayı** aşarsa şizofreni tanısı konur.
- Özellikle genç yaşlarda görülen geçici psikotik tablolarda ayırıcı tanı olarak önemlidir.

d) Şizoaffektif Bozukluk

- Hem şizofreni belirtileri (sanrılar, halüsinasyonlar, düşünce bozuklukları) hem de duygudurum belirtileri (depresyon veya mani) aynı dönemde görülür.
- Saf şizofreniden farkı: Duygudurum bozukluklarının eş zamanlı olmasıdır.
- Kronik seyirli olabilir ve tedavisinde hem antipsikotikler hem de duygudurum düzenleyiciler kullanılır.

e) Kısa Psikotik Bozukluk

- Ani başlayan psikotik belirtilerin (sanrı, halüsinasyon, dağınık konuşma) görüldüğü, **1 gün** ile **1 ay** arasında süren ve genellikle tamamen düzelme ile sonlanan bir bozukluktur.
- Çoğunlukla yoğun stresli yaşam olayları sonrasında ortaya çıkar (travma, afet, kayıp).

f) Katatoni

- Motor davranışlarda uç boyutlu bozulmalar: Aşırı hareketsizlik, tekrarlayıcı anlamsız hareketler, konuşmama (mutizm) veya aşırı motor hareketlilik.
- Hem şizofreni spektrumunda hem de başka tıbbi veya ruhsal bozuklukların bir parçası olarak görülebilir.

3. Belirtiler Spektrumunda Ortak Noktalar

Pozitif belirtiler: Sanrılar, halüsinasyonlar, dağınık düşünce.

Negatif belirtiler: Duygusal küntleşme, motivasyon kaybı, sosyal geri çekilme.

Bilişsel belirtiler: Dikkat eksikliği, bellek sorunları, soyut düşünmede zorluk.

4. Nedenler

Genetik: Aile öyküsü, özellikle birinci derece akrabalarda risk artırır.

Nörobiyolojik: Dopamin hipotezi (fazla dopamin aktivitesi), glutamat hipotezi.

Çevresel: Doğum öncesi komplikasyonlar, madde kullanımı, travmatik yaşam olayları.

Psikososyal: Yüksek düzeyde aile içi stres, sosyal izolasyon.

5. Tedavi Yaklaşımları

a) İlaç Tedavisi

- Antipsikotikler (tipik ve atipik).
- Şizoaffektif bozuklukta duygudurum düzenleyiciler.
- Kısa psikotik bozuklukta kısa süreli ilaç desteği.

b) Psikososyal Müdahaleler

- Bilişsel davranışçı terapi (özellikle sanrılar ve halüsinasyonlarla başa çıkmada).
- Aile terapisi ve psiko-eğitim.
- Sosyal beceri eğitimi ve destekli istihdam.

c) Rehabilitasyon

- Uzun süreli vakalarda topluma kazandırma programları.
- Toplum temelli ruh sağlığı merkezleri.

6. Günlük Yaşama Etkileri

- Eğitim ve iş yaşamında süreklilik sorunu.
- Sosyal ilişkilerde bozulma, yalnızlık.
- Damgalanma (stigma) nedeniyle tedaviye ulaşmada güçlük.
- Doğru tedavi ile bireylerin büyük kısmı işlevselliğini sürdürebilir

OBSESİF-KOMPULSİF VE TRAVMA İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR

1. Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB)

a) Tanım

- OKB, bireyin zihnine tekrarlayıcı, istenmeyen düşüncelerin (obsesyonlar) girmesi ve bu düşüncelerin yarattığı kaygıyı azaltmak için tekrarlayıcı davranışlar veya zihinsel eylemler (kompulsiyonlar) gerçekleştirilmesiyle karakterize bir bozukluktur.
- Obsesyonlar genellikle mantıksız olarak fark edilse bile birey bu düşünceleri engelleyemez.
- Kompulsiyonlar ise, obsesyonların yarattığı kaygıyı azaltmaya yönelik geçici çözümlerdir ancak uzun vadede bozukluğu pekiştirir.

b) Obsesyon Türleri

- Bulaşma obsesyonları: Mikroplar, kirlenme korkusu.
- Şüphe obsesyonları: Kapının kilitlenip kilitlenmediğinden emin olamama.
- Dini veya cinsel içerikli obsesyonlar: Günaha girme, uygunsuz düşüncelere sahip olma korkusu.
- Simetri ve düzen obsesyonları: Nesnelerin belli bir düzende olmasını isteme.

c) Kompulsiyon Türleri

- Yıkama ve temizleme ritüelleri.
- Kontrol etme davranışları (**defalarca** kapıyı kontrol etme).
- Sayma, dokunma veya tekrarlama davranışları.
- Zihinsel ritüeller (dua etme, içinden belirli cümleleri tekrarlama).

d) Nedenler

- Biyolojik: Serotonin sisteminde bozukluk, genetik yatkınlık.
- Psikolojik: Öğrenme kuramlarına göre, kaygının kompulsiyonlarla azaltılması davranışı pekiştirir.
- Çevresel: Travmatik yaşam olayları, aşırı kontrolcü ebeveyn tutumları.

e) Tedavi

- Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT): Özellikle "Maruz Bırakma ve Tepki Önleme (ERP)" tekniği en etkili psikoterapötik yaklaşımdır.
- İlaç Tedavisi: SSRI antidepresanlar, ağır vakalarda antipsikotik destek.
- Psikoeğitim: Bireyin ve ailesinin bozukluğu anlaması, tedaviye uyumu artırır.

2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

a) Tanım

- TSSB, bireyin yaşadığı ya da tanık olduğu savaş, afet, şiddet, taciz, kaza gibi travmatik bir olayın ardından ortaya çıkan, sürekli yeniden yaşantılama, kaçınma, aşırı uyarılmışlık ve olumsuz düşünce-duygu değişiklikleri ile seyreden bir bozukluktur.
- DSM-5, TSSB'yi yalnızca askerî deneyimlerle sınırlamayıp, bireyin yaşamını tehdit eden veya yoğun korku ve çaresizlik yaratan her türlü travma sonrası gelişebileceğini kabul eder.

b) Belirtiler

- Yeniden Yaşantılama
 - » Travmatik olayla ilgili kabuslar, flashbackler.
 - » Travmayı hatırlatan uyaranlarla yoğun kaygı yaşama.
- Kaçınma
 - » Travmayı hatırlatan kişilerden, yerlerden, konuşmalardan kaçınma.
 - » Travma ile ilgili düşünce ve duygulardan uzaklaşmaya çalışma.
- Aşırı Uyarılmışlık

- » Sürekli tetikte olma, irkilme tepkisi.
- » Uyku bozuklukları, sinirlilik, öfke patlamaları.
- Olumsuz Düşünce ve Duygu Değişiklikleri
- » Gelecek hakkında umutsuzluk.
- » Kendini suçlama, değersizlik.
- » Duygusal uyuşukluk, yakın ilişkilerden uzaklaşma.

c) Nedenler

- Travmanın şiddeti ve süresi.
- Biyolojik: Beyinde stres yanıtını düzenleyen yapılar (hipokampus, amigdala) etkilenir.
- Psikolojik: Kişilik özellikleri (yüksek kaygı eğilimi), önceki travmalar.
- Sosyal: Yetersiz sosyal destek, travma sonrası yalnız bırakılma.

d) Tedavi

- Bilişsel Davranışçı Terapi (Travma odaklı BDT): Travmaya dair işlevsiz inançların değiştirilmesi.
- Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR): Travmatik anıların işlenmesinde etkilidir.
- İlaç tedavisi: SSRI antidepresanlar, kaygı ve uykusuzluk için ek ilaçlar.
- Grup terapisi ve destekleyici terapiler: Benzer deneyimler yaşayan bireyler arasında dayanışma sağlar.

3. OKB ve TSSB'nin Ortak Noktaları

- Her ikisinde de yoğun kaygı temel duygudur.
- Bireylerde kaçınma davranışları görülür.
- Tedavide BDT'nin etkinliği yüksektir.
- Biyopsikososyal etkenler rol oynar

YEME BOZUKLUKLARI

1. Anoreksiya Nevroza

a) Tanım

- Anoreksiya nevroza, bireyin kilo alımından yoğun korku duyması, beden algısında bozulma ve aşırı kısıtlayıcı yeme davranışları ile karakterize, yaşamı tehdit edebilen ciddi bir yeme bozukluğudur.
- Bu bozuklukta birey, normal veya düşük kiloda olmasına rağmen kendini kilolu görür ve zayıflamak için aşırı çaba gösterir.

b) Belirtiler

- Vücut ağırlığının yaş, boy ve sağlık durumuna göre normalin çok altında olması.
- Şiddetli kalori kısıtlaması.
- Yoğun kilo alma korkusu.
- Bozulmuş beden imajı (ayna karşısında kilolu görme).
- Amenore (**adet** görmeme), halsizlik, saç dökülmesi, ciltte kuruluk gibi fiziksel sorunlar.

c) Türleri

- Kısıtlayıcı tip: Yeme miktarını ciddi şekilde azaltma, oruç tutma, aşırı egzersiz.
- Tıkanırcasına yeme/çıkarma tipi: Aşırı yemek yedikten sonra kusma veya laksatif kullanma.

d) Nedenler

- Biyolojik: Genetik yatkınlık, serotonin dengesizliği.
- Psikolojik: Mükemmeliyetçilik, düşük benlik saygısı.
- Sosyal: Zayıf bedenin idealize edilmesi, medya etkisi.

e) Sonuçlar

- Kalp ritim bozuklukları, tansiyon düşüklüğü.
- Elektrolit dengesizlikleri.
- Organ yetmezlikleri.
- İntihar riski yüksek.

f) Tedavi

- Multidisipliner yaklaşım: Psikiyatrist, psikolog, diyetisyen.
- Psikoterapi: BDT, aile temelli terapi.
- Tıbbi destek: Kilo kaybı kritik düzeydeyse hastane yatışı.

2. Bulimiya Nevroza

a) Tanım

- Bulimiya nevroza, yineleyen tıkanırcasına yeme atakları ve sonrasında kilo almayı önlemek için uygunsuz telafi edici davranışlarla (kusma, laksatif kullanma, aşırı egzersiz) karakterize bir yeme bozukluğudur.
- Anoreksiyadan farkı: Birey genellikle normal kiloda veya hafif kilolu olabilir.

b) Belirtiler

- Kontrol kaybı ile çok kısa sürede aşırı yemek yeme.
- Telafi edici davranışlar: Kusma, müshil kullanma, aşırı egzersiz.
- Yeme davranışı üzerinde yoğun suçluluk ve utanma.
- Vücut ağırlığına ve şekline aşırı önem verme.
- Boğaz tahrişi, diş minesinde aşınma, mide-bağırsak sorunları.

c) Nedenler

- Biyolojik: Serotonin ve dopamin işlevlerinde düzensizlik.
- Psikolojik: Stres, anksiyete, düşük özsaygı.
- Sosyal: İncelik idealine toplumsal baskı.

d) Tanı Kriterleri (DSM-5)

- Tekrarlayan tıkanırcasına yeme atakları.
- Atakları telafi edici davranışların izlemesi.
- Bu döngünün **en az 3 ay** boyunca, haftada **en az 1 kez** devam etmesi.
- Beden şekli ve ağırlığının özsaygıyı aşırı derecede etkilemesi.

e) Sonuçlar

- Elektrolit dengesizlikleri, kalp ritim bozuklukları.
- Dehidratasyon.
- Özsaygı kaybı, depresyon ve intihar riski.

f) Tedavi

- Psikoterapi: Bilişsel davranışçı terapi (yeme alışkanlıklarının düzenlenmesi, düşünce hatalarının düzeltilmesi).
- İlaç tedavisi: SSRI'lar (fluoksetin özellikle etkilidir).
- Beslenme danışmanlığı: Sağlıklı yeme düzeni oluşturma.

3. Ortak Noktalar ve Karşılaştırma

- Her iki bozuklukta da beden imajı bozukluğu ve kilo takıntısı vardır.
- Anoreksiya: Aşırı kilo kaybı, düşük BMI.
- Bulimiya: Normal veya dalgalanan kilo.
- Her ikisi de ciddi fiziksel sağlık sorunlarına ve psikolojik yıkıma yol açar.
- Tedavi sürecinde erken müdahale, multidisipliner yaklaşım ve aile desteği kritik öneme sahiptir

KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

1. Sınırdaki (Borderline) Kişilik Bozukluğu

a) Tanım

- Sınırdaki kişilik bozukluğu (SKB), bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında istikrarsızlık, yoğun ve değişken ilişkiler, terk edilme korkusu, dürtüsel davranışlar ve kimlik karmaşası ile karakterize bir bozukluktur.
- Genellikle genç erişkinlikte başlar ve yetişkinlik boyunca devam eder.

b) Belirtiler

- Yoğun ve istikrarsız duygular, öfke patlamaları.
- Terk edilme korkusu, aşırı bağılılık veya ani uzaklaşmalar.
- Kimlik duygusunda belirsizlik ("Ben kimim?" sorusuna yanıt bulamama).
- Dürtüsel davranışlar (madde kullanımı, riskli cinsel davranışlar, aşırı harcama).
- Tekrarlayan intihar girişimleri veya kendine zarar verme davranışları.
- Boşluk duygusu, değersizlik hissi.

c) Nedenler

- Çocukluk çağı travmaları, ihmal ve istismar.
- Düzensiz aile ilişkileri.
- Genetik yatkınlık ve biyolojik duyarlılık.

d) Tedavi

- Diyalektik Davranış Terapisi (DBT): Özellikle SKB için geliştirilmiş ve etkili bir yöntemdir.
- Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT).
- İlaç tedavisi (duygudurum düzenleyiciler, antidepresanlar, antipsikotikler) belirtilere yönelik olarak kullanılabilir.

2. Antisosyal Kişilik Bozukluğu (ASKB)

a) Tanım

- Antisosyal kişilik bozukluğu, bireyin toplumsal kuralları hiçe sayması, başkalarının haklarını sürekli ihlal etmesi, empati yoksunluğu ve suç eğilimi ile tanımlanan **bir kişilik** bozukluğudur.
- Çocuklukta başlayan davranım bozukluğunun yetişkinlikte devam etmesi ile gelişir.

b) Belirtiler

- Sürekli yalan söyleme, başkalarını aldatma.
- Agresif, saldırgan davranışlar.
- Dürtüsellik ve geleceği planlayamama.
- Suç davranışlarına eğilim.
- Başkalarının güvenliğini umursamama.
- Vicdan azabı duymama, empati yoksunluğu.

c) Nedenler

- Genetik faktörler.
- Beyin ön lob bölgelerinde işlevsel farklılıklar.
- Çocukluk döneminde aile içi şiddet, ihmal ve istismar.
- Sosyal çevrede olumsuz rol modeller.

d) Tedavi

- Tedaviye dirençli bir bozukluktur.
- Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) sınırlı da olsa fayda sağlar.
- İlaç tedavisi saldırganlık ve dürtüselliği azaltmada destekleyici olabilir.
- Erken yaşta önleyici programlar önemlidir (davranım bozukluğunun tedavisi).

3. Narsistik Kişilik Bozukluğu (NKB)

a) Tanım

- Narsistik kişilik bozukluğu, bireyin kendini aşırı önemli görmesi, hayranlık ve onay arayışı içinde olması, empati yoksunluğu ve kırılğan özsaygı ile karakterize bir bozukluktur.
- Bireyler dışarıdan kibirli görünse de özünde eleştiriye karşı aşırı hassastır.

b) Belirtiler

- Kendini diğerlerinden üstün görme, özel muamele bekleme.
- Başarı, güç, güzellik gibi fantezilere yoğun düşkünlük.
- Sürekli övgü ve hayranlık ihtiyacı.
- Eleştiriye karşı aşırı hassasiyet, öfke patlamaları.
- Başkalarının duygularını önemsememe, empati eksikliği.
- Çıkar ilişkilerine dayalı, yüzeysel sosyal ilişkiler.

c) Nedenler

- Çocuklukta aşırı eleştirel ya da aşırı yüceltilen ebeveyn tutumları.
- Dengesiz özsaygı gelişimi.
- Genetik ve biyolojik faktörler.

d) Tedavi

- Psikoterapi (özellikle BDT ve şema terapi).
- Grup terapisi ile sosyal ilişkilerin düzenlenmesi.
- İlaç tedavisi yalnızca eşlik eden depresyon, anksiyete gibi belirtiler varsa uygulanır.

4. Ortak Noktalar ve Farklılıklar

Ortak noktalar:

- Empati sorunları, dürtü kontrol güçlükleri, sosyal ilişkilerde bozulma.
- İşlevsellik kaybı ve yoğun kişilerarası çatışmalar.

Farklılıklar:

Sınırdaki kişilik bozukluğu: Duygu ve kimlikte istikrarsızlık, terk edilme korkusu, kendine zarar verme.

Antisosyal kişilik bozukluğu: Kuralları çiğneme, suç eğilimi, vicdan azabı duymama.

Narsistik kişilik bozukluğu: Aşırı hayranlık ihtiyacı, kibir ve özsaygı kırılabilirliği.

ÇOCUKLUK DÖNEMİ BOZUKLUKLARI

1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

a) Tanım

- DEHB, çocukluk çağında başlayan ve yetişkinliğe kadar sürebilen, bireyin dikkat süresinde azalma, dürtü kontrolünde zayıflık ve aşırı hareketlilik ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur.
- DSM-5'te, belirtilerin **12 yaşından** önce başlaması, **en az** iki farklı ortamda (okul, ev vb.) görülmesi ve işlevsellikte bozulmaya yol açması tanı için gereklidir.

b) Belirtiler

- Dikkat eksikliği: Dikkati sürdürmede güçlük, unutkanlık, detaylara özen göstermeme.
- Hiperaktivite: Yerinde duramama, aşırı konuşma, huzursuzluk.
- Dürtüsellik: Sırasını bekleyememe, düşünmeden hareket etme, başkalarının sözünü kesme.

c) Türleri

- Dikkat eksikliğinin baskın olduğu tip.
- Hiperaktivite-dürtüselliğin baskın olduğu tip.
- Kombine tip.

d) Nedenler

- Genetik faktörler.
- Beyin yapılarında (özellikle frontal lob) işlevsel farklılıklar.
- Doğum öncesi riskler (sigara, alkol kullanımı, düşük doğum ağırlığı).

e) Tedavi

- İlaç tedavisi: Metilfenidat gibi uyarıcı ilaçlar.
- Psikososyal müdahaleler: Davranışçı teknikler, ebeveyn eğitimi.
- Okul temelli destekler: Bireyselleştirilmiş eğitim planları.

2. Özel Öğrenme Güçlükleri

a) Tanım

- Normal zeka düzeyine sahip bireylerde, okuma, yazma, matematik gibi akademik becerilerde belirgin güçlük yaşanmasıdır.
- Öğrenme güçlüğü, çocuğun çabasızlığından değil, nörolojik temelli bilgi işleme farklılıklarından kaynaklanır.

b) Türleri

- Disleksi: Okuma güçlüğü.
- Disgrafi: Yazma güçlüğü.
- Diskalkuli: Matematiksel işlemlerde güçlük.

c) Belirtiler

- Okuma-yazmada akranlarına göre geri kalma.
- Harfleri ters yazma, karıştırma.
- Basit matematik işlemlerinde zorlanma.
- Dikkat ve bellekte güçlükler.

d) Nedenler

- Genetik yatkınlık.
- Beyin bölgelerinde işlevsel farklılıklar (örneğin dil ve işleme alanları).
- Çevresel risk faktörleri (yetersiz eğitim, travmalar).

e) Tedavi ve Destek

- Özel eğitim programları.
- Bireyselleştirilmiş öğretim yöntemleri.
- Psikolojik destek (özgüven kaybını önlemek için).
- Aile ve öğretmen iş birliği.

3. Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)

a) Tanım

- Otizm spektrum bozukluğu, bireyin sosyal iletişim ve etkileşimde belirgin güçlükler yaşadığı, sınırlı ilgi alanları ve tekrarlayıcı davranışlarla karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur.
- "Spektrum" terimi, belirtilerin şiddetinin ve seyrinin bireyden bireye farklılık gösterebileceğini ifade eder.

b) Belirtiler

- Sosyal iletişim sorunları: Göz teması kurmama, duyguları anlama ve paylaşmada güçlük.
- Dil ve iletişim farklılıkları: Konuşmanın gecikmesi, tekdüze konuşma, ekolali (söylenenleri tekrarlama).
- Tekrarlayıcı davranışlar: Sallanma, el çırpma, nesneleri döndürme.
- Sınırlı ilgi alanları: Belirli konulara aşırı yoğunlaşma.
- Duyusal hassasiyetler: Ses, ışık, dokunma gibi uyaranlara aşırı duyarlılık veya tepkisizlik.

c) Nedenler

- Genetik yatkınlık (ikiz çalışmalarında yüksek oranda görülme).
- Beyin gelişiminde farklılıklar.
- Doğum öncesi ve doğum sırası komplikasyonlar.
- Çevresel faktörlerin biyolojik yatkınlıkla etkileşimi.

d) Tedavi ve Müdahale

- Erken müdahale: Ne kadar erken başlanırsa gelişimsel ilerleme o kadar artar.
- Uygulamalı Davranış Analizi (ABA).
- Dil ve konuşma terapisi.
- Özel eğitim ve sosyal beceri eğitimi.
- İlaç tedavisi sadece eşlik eden belirtilerde (anksiyete, hiperaktivite) kullanılır.

4. Ortak Noktalar ve Farklılıklar

Ortak noktalar:

- Çocukluk çağında başlayan nörogelişimsel bozukluklardır.
- Akademik, sosyal ve kişisel işlevselliği olumsuz etkiler.
- Erken tanı ve müdahale, seyrin düzelmesinde kritik öneme sahiptir.

Farklılıklar:

- DEHB: Dikkat, dürtüsellik ve hiperaktivite temel sorun.
- Özel Öğrenme Güçlükleri: Akademik becerilerde belirgin yetersizlik.
- Otizm Spektrum Bozukluğu: Sosyal iletişim ve davranışlarda geniş kapsamlı farklılık.

STİGMA VE RUH SAĞLIĞI

1. Damgalama (Stigma)

a) Tanım

- Stigma (damgalama), ruhsal hastalığı olan bireylerin toplum tarafından olumsuz etiketlenmesi, ayrımcılığa uğraması ve dışlanması sürecidir.
- Stigma, yalnızca bireyin ruhsal sorunlarıyla değil, toplumun ona yüklediği olumsuz yargılarla da mücadele etmesini gerektirir.

b) Türleri

- Kamu (toplumsal) stigmatı: Toplumun genelinde ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik önyargılar ve ayrımcı tutumlar.
- Kişisel (öz) stigma: Bireyin, toplumun olumsuz yargılarını içselleştirmesi ve kendisini değersiz görmesi.
- Yapısal stigma: Eğitim, sağlık, hukuk ve iş yaşamında ayrımcı uygulamaların kurumsallaşması.

c) Sonuçları

- Ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanmada isteksizlik.
- Sosyal izolasyon, yalnızlık, düşük özsaygı.
- İş bulma ve eğitim fırsatlarının azalması.
- Tedaviye geç başvurma veya hiç başvurmama.

2. Toplumsal Önyargılar

a) Kaynakları

- Bilgi eksikliği: Ruhsal bozuklukların yanlış anlaşılması, mitlerle açıklanması.
- Kültürel faktörler: Ruhsal sorunların "zayıflık", "irade eksikliği" olarak algılanması.
- Medya etkisi: Ruhsal hastalıkların şiddet, suç ve tehlike ile ilişkilendirilmesi.

b) Yaygın Önyargılar

- Ruhsal hastalığı olan bireylerin "tehlikeli" veya "kontROLSÜZ" olduğu inancı.
- Psikiyatrik tedavi görenlerin "iyileşemeyeceği" düşüncesi.
- Ruhsal sorunların kişisel zayıflık ya da irade eksikliği sonucu ortaya çıktığı görüşü.

c) Sonuçları

- Ayrımcılık ve dışlanma.
- Tedaviye direnç ve utanma duygusu.
- Ailelerin de damgalanması ("aile yükü").

3. Ruh Sağlığında Hak Temelli Yaklaşım

a) Temel İlkeler

- Ruhsal hastalığı olan bireyler, diğer bireylerle eşit insan haklarına sahiptir.
- Tedavi, bakım ve rehabilitasyon süreçleri bireyin onuruna, özerkliğine ve katılımına saygı göstermelidir.
- Hak temelli yaklaşım, damgalama ve ayrımcılıkla mücadele etmeyi, toplumsal kapsayıcılığı güçlendirmeyi amaçlar.

b) Uluslararası Belgeler

- BM Engelli Hakları Sözleşmesi (CRPD): Ruhsal ve zihinsel engeli olan bireylerin eşit haklara sahip olduğunu vurgular.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ruh sağlığı politikaları: Hak temelli, toplum temelli hizmetlerin geliştirilmesini önerir.

c) Uygulama Alanları

- Sağlık hizmetleri: Erişilebilir, ayrımcılıktan uzak, gönüllülük esasına dayalı hizmet.
- Eğitim: Ruhsal sorun yaşayan bireylerin eğitim hakkının korunması.
- İstihdam: Eşit iş fırsatlarının sağlanması, ayrımcılığın önlenmesi.
- Toplumsal yaşam: Bireylerin sosyal hayata tam ve etkin katılımı.

d) Stigma ile Mücadele Stratejileri

- Farkındalık kampanyaları: Toplumu bilgilendirme, yanlış inançları düzeltme.
- Medyanın sorumlu kullanımı: Olumlu rol modellerin ön plana çıkarılması.
- Eğitim programları: Öğretmenler, sağlık çalışanları ve kamu görevlilerinin bilinçlendirilmesi.
- Destek grupları: Bireylerin deneyimlerini paylaşabileceği güvenli ortamlar oluşturma.