

RUHSAL BOZUKLUKLARA DİSİPLİNLERARASI YAKLAŞIMLAR

KLİNİK GÖZLEMLER VE
TOPLUMSAL DİNAMİKLER

Editör
MERYEM KARAAZİZ



BİDGE Yayınları

**RUHSAL BOZUKLUKLARA DİSİPLİNLERARASI
YAKLAŞIMLAR: KLİNİK GÖZLEMLER VE TOPLUMSAL
DİNAMİKLER**

Editör: MERYEM KARAAZİZ

ISBN: 978-625-372-747-5

1. Baskı

Sayfa Düzeni: Gözde YÜCEL

Yayınlama Tarihi: 2025-06-25

BİDGE Yayınları

Bu eserin bütün hakları saklıdır. Kaynak gösterilerek tanıtım için yapılacak kısa alıntılar dışında yayıncının ve editörün yazılı izni olmaksızın hiçbir yolla çoğaltılamaz.

Sertifika No: 71374

Yayın hakları © BİDGE Yayınları

www.bidgeyayinlari.com.tr - bidgeyayinlari@gmail.com

Krc Bilişim Ticaret ve Organizasyon Ltd. Şti.

Güzeltepe Mahallesi Abidin Daver Sokak Sefer Apartmanı No: 7/9 Çankaya /
Ankara



İÇİNDEKİLER

SOSYO-TERAPÖTİK BELLEK ONARIMI (STBO)	1
<i>MEHMET NİYAZİ ŞAHİN, YASEMİN ŞAHİN, ÖZLEM ŞAHİN</i>	
RUHSAL BOZUKLUK TANISI ALMIŞ BİREYLERE YÖNELİK ZORUNLU TEDAVİ UYGULAMALARI: KLİNİK PERSPEKTİFTEN BİR DEĞERLENDİRME	51
<i>BERNA ERSOY ÖZCAN, YUNUS KARA</i>	
DERLEME KİTAP BÖLÜMÜ	90
<i>YASEMİN KARAKAYA, MERYEM KARAAZİZ</i>	
GENERALIZED ANXIETY DISORDER AND COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY	145
<i>BUSE KARAEEL, MERYEM KARAAZİZ</i>	

BÖLÜM 1

SOSYO-TERAPÖTİK BELLEK ONARIMI (STBO)

1. MEHMET NİYAZİ ŞAHİN¹

2.YASEMİN ŞAHİN²

3.ÖZLEM ŞAHİN³

GİRİŞ

Sosyo-Terapötik Bellek Onarımı (STBO), bireyin travmatik yaşantılarını yalnızca bireysel değil, aynı zamanda toplumsal, kültürel ve ilişkisel bağlam içinde ele alan bütüncül bir terapi modelidir. Bu yaklaşım, klasik travma yaklaşımlarının ötesine geçerek, danışanın belleğini sosyal ağları ve kültürel kimliğiyle birlikte anlamlandırmayı hedefler. STBO, bireysel hikâyenin kolektif bellekteki karşılığını ortaya çıkararak, bastırılmış ya da inkâr edilmiş duyguların sosyal tanıklık, yaratıcı anlatım ve ilişkisel onarım yoluyla dönüştürülmesini sağlar (White ve Epston, 1990; Neimeyer, 2001).

¹ Eğitimci, Sosyolog, Aile Danışmanı , Orcid: 0000- 0003- 3233 - 4964

² Psikolog, Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Klinik Psikoloji MA., Orcid: 0009-0000-5714-4433

³ Kadın ve Aile Politikaları Araştırmacısı, Yerel Yönetimler ve Kamu Politikaları Uzmanı, Bağcılar Belediyesi, Kadın ve Aile Kültür Merkezi Müd., Orcid: 0000-0002-7368-2191

Bu yaklaşım, klasik psikanalitik savunma mekanizmalarını kültürel bir mercekten yeniden yorumlayarak, danışanın yaşadığı duygusal kopuklukları yalnızca intrapsişik değil, aynı zamanda sosyal bağlamda da anlamlandırır. STBO'nun temel varsayımı, travmaların çoğu zaman yalnızca bireyin zihinsel dünyasında değil, aynı zamanda kuşaklar arası anlatılarda, ailevi normlarda ve toplumsal sessizliklerde de gömülü olduğudur (Assmann, 2011; Erikson, 1995). Model, hem bireysel hem de grup terapilerinde uygulanabilecek şekilde yapılandırılmıştır. Özellikle sanat terapisi, anlatı terapisi ve yaratıcı yazım tekniklerini kullanarak bastırılmış anıların yüzeye çıkmasına, duygusal ifadenin desteklenmesine ve danışanın öznel anlam dünyasının yeniden yapılandırılmasına olanak tanır. Danışanın sosyal çevresi ve kültürel kodları terapötik sürece aktif şekilde dâhil edilir (Yalom, 1980).

STBO, Türkiye gibi kolektif belleğin güçlü, kültürel anlatıların baskın olduğu toplumlarda özellikle işlevsel bir model olarak konumlandırılabilir. Yaklaşım, yalnızca bireyin iyileşmesini değil, aynı zamanda toplumsal bir yüzleşme ve yeniden bağ kurma sürecini de hedefler.

STBO’NUN TEMEL KAVRAMLARI

1. **Kolektif Bellek:** Bireysel travmaların toplumsal olaylar, ailevi aktarım ve kültürel sessizliklerle iç içe geçmiş yapısını tanımlar.
2. **Anlatı Tanıklığı:** Terapist yalnızca dinleyen değil; aynı zamanda danışanın hikâyesine etik ve empatik tanıklık eden bir figürdür.
3. **Kültürel Kodlar:** Danışanın inanç sistemleri, gelenekleri, sosyal normları terapötik sürecin anlam haritasını belirler.

4. **İlişkisel Onarım:** Terapi yalnızca bireyle sınırlı değildir; aile, sosyal çevre ve toplumsal bağlarla ilişkisel düzenlemeyi de kapsar.
5. **Yaratıcı Bellek Aktivasyonu:** Masal, metafor, görsel sanat, sembol, yazı ve dramatik anlatı yoluyla bastırılmış içerikler terapötik olarak harekete geçirilir.

STBO’NUN UYGULAMA AŞAMALARI

6. **1. Tam ve Sosyal-Bellek Haritalama:** Danışanın anlatıları üzerinden kişisel travma noktaları, kuşaklar arası tekrarlar ve sosyal destek ağları tespit edilir.
7. **2. Anlatı Açılımı ve Yüzleşme:** İfade edilemeyen ya da bastırılan anlatılar sanatsal ve sözel tekniklerle desteklenir. Terapist aktif tanıklık sunar.
8. **3. İlişkisel Onarım Süreci:** Danışanın geçmiş ilişkilerindeki kırılmalar, ailevi veya toplumsal bağlamda duygusal yeniden yapılandırma ile ele alınır.
9. **4. Kültürel Entegrasyon ve Anlamlandırma:** Danışanın yaşadığı travmatik deneyimler kültürel semboller, ritüeller veya toplumsal normlar çerçevesinde anlamlandırılır.
10. **5. Aktarım ve Yaratıcı Dönüşüm:** Danışan, edindiği iç görüleri sosyal hayatına taşır. Hikâyesini başkalarına aktarma, sanat yoluyla ifade etme ya da toplumsal katkıya dönüştürme desteklenir.

Kolektif Bellek

Kolektif bellek, bireysel anıların toplumsal çerçevede inşa edilen, kuşaklar boyunca aktarılan ve sosyal bağlam içerisinde şekillenen ortak bir hafıza sistemidir (Assmann, 2011). Maurice Halbwachs’tan bu yana geliştirilen kolektif bellek yaklaşımları,

bireyin yalnızca biyografik geçmişine değil, aynı zamanda ait olduğu kültürün sembollerine, anlatılarına ve sessizliklerine de gömülü olduğunu öne sürer. STBO açısından kolektif bellek, danışanın kendi yaşam öyküsünü yalnızca “ben-merkezli” bir hatırlama değil, ailesel ve toplumsal düzeyde “biz-merkezli” bir bütünlük içinde kavrama sürecidir.

Travmalar, özellikle bastırılmış ya da inkâr edilmiş olanlar, çoğu zaman bireyin belleğinden çok, kültürel temsillerde, kuşaklar arası anlatılarda ya da sessiz kalmış toplumsal olayların izlerinde taşınır (Alexander, 2004; Erikson, 1995). STBO, bu travmatik katmanların çözümünde danışanın yalnızca bireysel belleğini değil, aynı zamanda içinde bulunduğu kültürel belleği de görünür kılmayı amaçlar. Bu bağlamda, danışanın ailesinde nesilden nesle aktarılan anlatılar, örüntüler, mitler ya da sessizlikler, terapötik süreçte yeniden işlenerek kişisel bütünlüşmeye katkı sunar.

Bu yaklaşımsal çerçevede terapist, yalnızca bireysel travmayla değil, aynı zamanda tarihsel, kolektif ve sosyal düzeyde bastırılmış olanlarla da çalışır. Kolektif belleğin terapötik bağlamda işlenmesi, yalnızca bireyin iyileşmesini değil; kuşaklar arası aktarım zincirlerinin kırılmasını, kültürel yeniden anlamlandırma ve toplumla yeniden bağ kurmayı da hedefler.

Anlatı Tanıklığı

Anlatı tanıklığı, terapötik ilişkide yalnızca “duyan” değil, etik ve empatik bir biçimde “tanıklık eden” bir terapist pozisyonunu ifade eder. Bu yaklaşım, travmatik belleğin söze dökülmesinin sadece psikolojik değil, aynı zamanda sosyal ve kültürel bir eylem olduğunu varsayar (Felman ve Laub, 1992). STBO bağlamında anlatı tanıklığı, danışanın kişisel hikâyesini ifade etmesi kadar, bu hikâyeye inanılması, duyulması ve toplumsal bağlamda yeniden yankı bulmasıyla anlam kazanır.

Danışanlar sıklıkla bastırılmış, inkâr edilmiş ya da değersizleştirilmiş hikâyelerle terapiye gelir. Bu hikâyeler toplum tarafından reddedilmiş, aile tarafından susturulmuş ya da danışanın kendisi tarafından anlamlandırılmamış olabilir. STBO, bu anlatıların yalnızca terapötik bir süreçte açığa çıkmasını değil; terapistin aktif, duyarlı ve kültürel olarak bilgili bir tanıklığıyla karşılık bulmasını savunur. Terapist bu noktada yalnızca bir teknik uygulayıcı değil, aynı zamanda toplumsal düzeyde sessizliğe uğramış travmatik gerçekliğin tanığı ve onarıcı bir eşlikçidir.

Bu anlayış, özellikle anlatı terapisi yaklaşımıyla örtüşür. White ve Epston'a göre (1990), danışanın yaşam öyküsü yeniden yazıldığında yalnızca bireysel kimlik değil, kişinin dünyayı kurduğu bağ da yeniden şekillenir. STBO'nun farkı, bu yeniden yazımı kültürel anlatılar, ritüeller ve ortak deneyimlerle örmesidir. Bu şekilde terapist, yalnızca bireysel belleğe değil, sosyal hafızaya da tanıklık etmiş olur.

Kültürel Kodlar

Kültürel kodlar, bireyin dünyayı algılamasını, kendilik inşasını ve ilişkisel örüntülerini biçimlendiren anlam sistemleridir. Bu kodlar; dil, ritüel, gelenek, aile yapısı, cinsiyet rolleri, dini inançlar, toplumsal yasaklar ve değer kalıpları gibi çok boyutlu yapılardan oluşur (Geertz, 1973). STBO açısından kültürel kodlar, danışanın içsel deneyimini yalnızca bireysel değil, sosyal olarak şekillenmiş bir anlatı olarak ele almanın anahtarıdır. Travmatik deneyimler, yalnızca bireyin içinde değil, ait olduğu kültürün söylem alanında da bastırılır, inkâr edilir veya meşrulaştırılır.

Terapötik bağlamda kültürel kodların göz ardı edilmesi, danışanın duygusal anlatısının indirgenmesine ve terapistin kendi normatif değerleriyle süreci yönlendirmesine yol açabilir (Sue vd., 2009). Bu nedenle STBO, kültürel olarak duyarlı ve bağlamsal bir yaklaşımla danışanın yaşantılarını anlamaya odaklanır. Danışanın

kültürel aidiyetleri, toplumsal rolleri ve aile içi normları, terapi sürecine aktif olarak dahil edilir.

STBO’da kültürel kodlar yalnızca bağlam değil, aynı zamanda dönüşüm aracıdır. Örneğin, aile içi şiddetin “terbiye” adıyla meşrulaştırıldığı bir toplumsal yapı içinde, danışanın yaşadığı travma yalnızca bireysel değil, kültürel kodlarla örtülmüş bir sessizlik alanında yer alır. Terapötik süreçte bu kodlar çözülür, yeniden adlandırılır ve danışanın duygusal anlam haritası kültürel olarak yeniden yapılandırılır. Bu yeniden anlamlandırma süreci, hem bireysel özgürleşmeye hem de sosyal onarıma hizmet eder (Laungani, 2004).

İlişkisel Onarım

İlişkisel onarım, bireyin yalnızca kendi içsel süreçlerini değil, aynı zamanda başkalarıyla kurduğu ilişkileri de terapötik olarak dönüştürmesini ifade eder. STBO, travmanın yalnızca bireyin içinde değil, ilişkisel bağların kırıldığı yerlerde oluştuğunu savunur. Bu bağlamda onarım süreci, yalnızca iç gözü kazanımı değil, aynı zamanda ilişkisel düzeyde güven, aidiyet ve ifade alanlarının yeniden inşasıdır (Siegel, 2020).

Danışanların taşıdığı birçok travmatik iz, doğrudan sözlü olmayan bağlanma örüntüleri, kuşaklar arası roller ya da işlevsiz aile dinamikleriyle ilgilidir. Bu örüntüler içinde kişi ya bastırılmıştır, ya inkâr edilmiştir ya da aşırı sorumluluk yüklenmiştir. STBO bu kırılmaları yalnızca birey-özne düzeyinde değil, sistemik bir düzlemde ele alır: Aile, mahalle, sosyal çevre gibi yapılar da terapi sürecinin anlam haritasına dahil edilir (Minuchin, 2002; Kahane-Nissenbaum, 2021).

İlişkisel onarımda terapist, yalnızca içsel boşluğu analiz eden biri değil, aynı zamanda danışanın duygusal olarak yeniden bağ kurmasına destek olan bir eşlikçidir. Bu bağlamda terapist, STBO’da bazen “sosyal tanık”, bazen “kültürel çevirmen”, bazen

de “duygusal ayna” işlevi üstlenir. Onarımın amacı, yalnızca kırılmış bağları telafi etmek değil, kişinin güvenli, açık ve özerk ilişki alanları kurmasını desteklemektir. Bu yönüyle STBO, klasik bireysel terapötik modellerden farklı olarak toplumsal bağın yeniden inşasını hedefleyen etik bir zemin oluşturur (Neimeyer ve Harris, 2022).

Yaratıcı Bellek Aktivasyonu

STBO’nun en yenilikçi yönlerinden biri olan yaratıcı bellek aktivasyonu, bastırılmış ya da söze dökülememiş anıların sanat, anlatı ve sembolik yollarla yüzeye çıkarılmasını hedefler. Bellek yalnızca sözel bir işlem değil, aynı zamanda imgeler, beden duyuları, ritüeller ve estetik anlatılar yoluyla da işler. Bu nedenle, yaratıcı süreçler danışanın belleğini hem bilinç düzeyinde hem de duygu-duygusal düzeyde harekete geçirir (Malchiodi, 2020).

Masal anlatımı, imgesel yazı, kolaj, drama, sembol çalışmaları, kültürel motifler ve metaforlar, STBO’da sadece yardımcı araçlar değil, terapötik anlamlandırmanın doğrudan aktörleridir. Özellikle bastırılmış ya da kuşaklar boyunca aktarılmış ama adlandırılmamış travmatik izler, sözsüz yollarla daha güvenli biçimde yüzeye çıkar. Bu teknikler, danışanın yaşadığı olayı baştan yazmasına, yeni anlamlar inşa etmesine ve alternatif anlatılar kurmasına olanak tanır (Neimeyer, 2022; White ve Epston, 1990).

STBO’da yaratıcı bellek aktivasyonu yalnızca bireysel değil, aynı zamanda toplumsal belleğin onarımı açısından da işlevseldir. Örneğin danışan geçmişteki sessizliğe mahkûm edilmiş bir acısını, grup ortamında masal anlatıcılığı, resim ya da şiir aracılığıyla paylaşabilir. Bu anlatılar, hem bireyin onarımına hem de kolektif bir iyileşmeye zemin oluşturur. Terapist burada kolaylaştırıcı değil, yaratıcı sürece katılan ve tanıklık eden bir eşliktir.

Kavramsal Birleştirme ve Teorik Geçiş

Sosyo-Terapötik Bellek Onarımı (STBO), yalnızca bir terapötik teknikler bütünü değil, aynı zamanda çağdaş psikoterapötik düşüncenin eksik bıraktığı boşluklara kapsamlı ve kültürel olarak duyarlı bir yanıt önerisidir. Bu modelin beş temel kavramı – kolektif bellek, anlatı tanıklığı, kültürel kodlar, ilişkisel onarım ve yaratıcı bellek aktivasyonu – hem bireysel psikodinamik süreçleri hem de bu süreçlerin toplumsal ve kültürel bağlamlardaki karşılıklarını açıklamak için geliştirilmiştir.

Kolektif bellek kavramı, bireyin hafızasının yalnızca öznel bir iç süreç değil, aynı zamanda toplumun semboller, mitler ve sessizlikler üzerinden şekillendirdiği bir alan olduğunu vurgular (Assmann, 2011; Halbwachs, 1992). Danışanın yaşadığı travmaların yalnızca bireysel değil, kuşaklar arası ve kültürel düzlemde de taşıyıcılarının olması, terapötik müdahalenin kapsamını genişletir. Anlatı tanıklığı ise, danışanın hikâyesine duyarlı, etik ve empatik bir katılımı gerektirir (Felman ve Laub, 1992; White ve Epston, 1990). Terapist burada yalnızca anlam dinleyeni değil, bir “anlam ortağı” ve toplumsal tanık konumundadır.

Kültürel kodların çözülmesi ve yeniden yapılandırılması, danışanın terapiye getirdiği deneyimlerin tarihsel ve toplumsal bağlamda nasıl üretildiğini anlamayı gerektirir (Geertz, 1973; Sue vd., 2012). İlişkisel onarım kavramı ise, bağlanma kırılmalarının ve duygusal kopuklukların yalnızca bireyin iç dünyasında değil, toplumsal ilişkilerde ve sosyal ağlarda da oluştuğunu kabul eder (Siegel, 2020; Kahane-Nissenbaum, 2021). Son olarak yaratıcı bellek aktivasyonu, travmanın sözsüz, simgesel ve estetik yolla işlenmesine imkân tanır. Bu, sadece duygusal boşalım değil, aynı zamanda yeni anlamlar üretme kapasitesinin harekete geçirilmesidir (Malchiodi, 2020; Neimeyer, 2022).

Bu bağlamda STBO'nun varlığı, modern psikoterapötik literatürde bir boşluğun doldurulması anlamına gelmektedir. Zira pek çok çağdaş araştırmacı, travmanın sadece bireysel düzlemde ele alınmasının yetersiz olduğunu; bağlamsal, kültürel ve anlatı temelli yaklaşımların giderek daha fazla önem kazandığını vurgulamaktadır (Becker ve Yeung, 2021; Güleç ve Aydın, 2023; Neimeyer ve Harris, 2022). Özellikle kolektif travmaların ve kuşaklar arası aktarımın yoğun olduğu toplumlarda, yalnızca birey merkezli yaklaşımların değil, ilişkisel ve kültürel duyarlılıkla yapılandırılmış bütüncül modellerin gerekliliği her geçen gün daha açık biçimde ortaya çıkmaktadır.

STBO, bu gerekliliği teorik düzlemde karşılayan ve uygulamada kültürel bağlamı hesaba katan bütüncül modellerden biri olmayı amaçlamaktadır. Gerek bireysel psikodinamik yapıları, gerekse toplumsal-tarihsel belleği kapsayan bu yaklaşım, yeni kuşak terapistler için hem teorik hem de etik bir yön belirleyici olarak konumlanmaktadır.

Tanı ve Sosyal-Bellek Haritalama:

Bu ilk aşama, danışanın yalnızca kişisel öyküsünü değil; aynı zamanda ailesel, toplumsal ve kültürel bağlamdaki bellek izlerini tanıma sürecidir. STBO'ya göre travma, bireyin yalnızca zihinsel düzeyinde değil; aynı zamanda ailesi, toplumu ve kuşağı aracılığıyla şekillenen çok katmanlı bir yapıdır (Assmann, 2011; Becker ve Yeung, 2021). Bu nedenle danışanla yapılan ilk görüşmelerde yalnızca semptomatik sorgulama yapılmaz; aynı zamanda danışanın geçmiş ilişkileri, ailede tekrar eden temalar, kültürel sessizlikler ve yaşanmış kolektif travmalar (göç, kayıp, sosyal dışlanma vb.) yapılandırılmış bir haritalama süreciyle ortaya konur.

Bu aşamada genellikle şu yöntemler kullanılır:

- Anlam haritası: Danışanın hayatındaki önemli olaylar, kişiler ve dönüm noktaları kronolojik değil, duygusal yoğunluklarına göre sıralanır.
- Sosyal ağ çizimi: Danışanın geçmişte ve bugün temas hâlinde olduğu ilişkisel çevreleri görselleştirilir.
- Kuşaklar arası aktarım çizelgesi (gölge şecere): Ailede tekrar eden kayıplar, sessizlikler ya da yüklenen roller sembolik olarak haritalanır.
- Kolektif travma taraması: Danışanın bağlı olduğu kültür, toplum veya grubun yaşadığı travmalarla özdeşleşme düzeyi incelenir.

Bu verilerle birlikte danışanın anlattığı öykü yalnızca bireysel bir “hikâye” değil, aynı zamanda toplumsal bellekteki bir yankı olarak değerlendirilir. Bu farkındalık hem terapistin müdahalelerini bağlama yerleştirmesini sağlar, hem de danışanın “sadece kendiyle değil, sistemle birlikte” onarıma ihtiyaç duyduğunu kavramasına katkı sunar.

Tanı ve Sosyal-Bellek Haritalama – Uygulama Diyalogları

Danışan: "Küçükken sürekli taşınırdık. Hiçbir yerde uzun süre kalmadım. Ama niye bu kadar rahatsız olduğumu hâlâ anlayamıyorum."

Terapist: "Sence bu sürekli yer değiştirme seni nelerden mahrum bıraktı? Sadece ev değil, başka neleri kaybettin?"

Danışan: "Sanki... bir aidiyet. Hiçbir yere ait hissetmedim. Biri bana 'memleketin neresi' dediğinde boşluğa düşüyorum."

Terapist: "Sence bu boşluk sadece coğrafi mi, yoksa ilişkisel bir boşluk da olabilir mi?"

Gölge Şecere Odaklı

Terapist: "Ailende aynı duyguyu yaşamış birisi var mıydı sence? Yani bu aidiyetsizlik ya da köksüzlük hissini taşıyan biri?"

Danışan: "Dedem Balkanlardan gelmiş, annem de hep 'biz sürgün milleti' derdi."

Terapist: "O zaman belki de sadece senin hikâyen değil, kuşaklar boyunca aktarılmış bir anlatının parçası bu. Ne dersin, bunu biraz çizerek birlikte haritalayalım mı?"

Sosyal Ağ Haritası ile

Terapist: "Şu anda sana en yakın hissettiklerin kimler?"

Danışan: "Çocukluğumdan beri mi? Çünkü şu an çevremde çok kimse kalmadı."

Terapist: "İstersen birlikte zaman çizelgesi gibi ama ilişkisel bir harita oluşturalım. Hangi dönem, kim vardı ve nasıl bir etkisi oldu?"

Anlatı Açılımı ve Yüzleşme

Bu aşama, danışanın sessizliğe gömülmüş, bastırılmış ya da parçalı biçimde hatırladığı yaşantıların güvenli bir bağlamda dışa vurulmasını ve anlamlandırılmasını hedefler. STBO, bu süreci yalnızca bir "anı paylaşımı" olarak değil, bir tür "toplumsal tanıklık pratiği" olarak konumlandırır. Çünkü danışanın yaşadığı birçok travmatik deneyim, yalnızca bireysel değil; aynı zamanda kültürel kodlar, ailevi sessizlikler ve sosyal dışlanmalar yoluyla şekillenmiştir (Felman ve Laub, 1992; White ve Epston, 1990).

Terapist bu aşamada aktif bir tanıklık sunar: yalnızca duyan değil, duygusal olarak tanıklık eden ve danışanın anlatısının toplumsal bağlamını kavrayan bir eşlikçi olur. Danışan hikâyesini yeniden kurarken; "kendine ait olmayan kelimelerle" konuştuğu yerlerden, "ilk kez kurabildiği cümlelere" geçiş yapar. Bu süreçte

özellikle yaratıcı teknikler (masal anlatımı, şiir, metafor, görsel çağrışım çalışmaları vb.) kullanılır. Çünkü birçok travmatik içerik doğrudan hatırlanamaz; ancak semboller, çağrışımlar ve imgeler yoluyla açığa çıkabilir (Malchiodi, 2020; Neimeyer, 2022).

Ayrıca, STBO bu aşamada anlatının hem bireysel hem de kolektif yönüne odaklanır. Örneğin bir danışan, annesinin baskıcı tutumunu anlatırken yalnızca kişisel acısını değil; aynı zamanda kuşaklar boyunca kadınların bastırıldığı bir toplumsal yapı içindeki sessizliğin yankısını da taşır. Bu noktada terapist, anlatıyı yalnızca intrapsişik bir materyal olarak değil; kültürel belleğin sembolik bir ifadesi olarak da işler.

Anlatı açılımı aşamasında kullanılan bazı temel teknikler:

- Metafor ve simge çalışmaları
- Güvenli anlatım alanları (imgeyle yazı, masal, kolaj)
- Parçalı anlatının bütünleştirilmesi (zamansal olmayan yapıdan zamansal düzleme geçiş)
- Tanıklık döngüsü: Terapistin duyduğu şeyi etik biçimde geri yansıtması

Sessizliğe Tanıklık

Danışan: “Kız çocukları sofrada önce oturmaz bizde... ama şimdi de kendi kızım yemeğe ilk uzanınca rahatsız oluyorum.”

Terapist: “Bu rahatsızlığı tarif etmek ister misin? Sana mı aykırı geliyor, ailene mi aykırı hissettiriyor?”

Danışan: “Sanki bizde kadın hep sonra gelir. İçim acıyor ama ağzımdan çıkmıyor.”

Terapist: “İstersen bu sessizliği bugün bir metaforla anlatalım. Belki hikâyeye dökersek, kelimelerin sesi daha güçlü olur.”

Aile Anlatısına Sıkışmak

Terapist: “Çocukken en çok hangi sözü duyardın aileden?”

Danışan: “‘Biz kimseye boyun eğmeyiz.’ Ama ben bu cümle yüzünden ne zaman ağlasam utanırdım.”

Terapist: “Bu cümle artık senin midir, yoksa aileden taşıdığın bir miras mıdır?”

Danışan: “Galiba hiç bana ait olmadı. Ama bırakamıyorum da.”

Terapist: “O zaman bu sözü masaya koyalım. Üzerine yazı yazmayalım, birlikte resim yapalım. Belki ait olmadığı yer belli olur.”

Topluluk İçinde Bastırılan Yas

Danışan: “Babam öldüğünde ben ağlamadım. Amcamlar ‘erkek adam içine atar’ dedi. Mahallede bile biri ağlayınca fısıltı olur.”

Terapist: “Sence o gün seninle birlikte ağlaması gereken biri var mıydı?”

Danışan: “Annem. Ama o da sessizdi.”

Terapist: “Peki bugün birlikte ağlasaydınız, ne derdin ona?”

Danışan: “Baba kokusu hâlâ üstümde... Ama söyleyemedim ki.”

Terapist: “Söyleyemediğini bugün bir yazıya ya da sese dökmek ister misin? Bunu birlikte taşıyabiliriz.”

İlişkisel Onarım Süreci:

Bu aşama, STBO’nun en özgün boyutlarından biridir çünkü bireyin yalnızca içsel çatışmalarını değil, sosyal ilişkilerinde yaşadığı kırılmaları da onarım odağına alır. Travmalar sıklıkla yalnızca iç dünyada değil; ebeveyn, kardeş, eş, arkadaş ya da otorite figürleriyle kurulan bozulmuş ilişkilerde şekillenir. STBO bu kopuşları yalnızca birey merkezli bir bakışla değil; aynı zamanda sistemik, kültürel ve kuşaklar arası düzlemde değerlendirir (Minuchin, 2002; Siegel, 2020).

Bu aşamada terapist, danışanın geçmişte kırıldığı yerlerde, ilişki içinde yeni ve güvenli bir deneyim sunar. Özellikle bağlanma örüntülerinde oluşmuş travmatik kalıplar (örneğin değersizlik, terk edilme, aşırı sorumluluk alma, yutulma korkusu) yeniden gözden geçirilir. Danışanın bu temaları ilk kez ifade etmesine, anlamlandırmasına ve yeni ilişkisel yanıtlar geliştirmesine olanak tanınır.

Klinik uygulamada aşağıdaki teknikler sıkça kullanılır:

İlişkisel yansıtma: Terapist danışana yalnızca anlam vermez, aynı zamanda onun duygusal yankısını gösterir.

Terapötik mikro-roller: Danışanın kırılma yaşadığı kişiler yerine kısa süreli empatik figür olma (örneğin “annenin yerine bir şey söylemek isterim”) teknikleri.

İlişkisel yeniden yapılandırma: “Ben” merkezli anlatının, “biz” bağlamında yeniden düzenlenmesi.

Sistemik geri bildirim: Danışanın ilişkisel örüntülerinin grup, aile veya sosyal bağlamda anlamlandırılması.

İlişkisel onarım yalnızca bireyin rahatlamasını değil, aynı zamanda güven, sınır koyma, özerklik ve karşılıklılık gibi psikososyal işlevlerin de yeniden gelişmesini sağlar. Bu aşamada danışan sadece geçmişteki bağlanma figürleriyle değil, bugünkü ilişkilerde de daha sağlam bir kendilik temsili oluşturur (Kahane-Nissenbaum, 2021).

Ailede Sessiz Hizmetkâr Rolü

Danışan: “Babam yaşlı, annem hasta... ama 3 kardeşten hep benden bekleniyor her şey.”

Terapist: “Ailenizde ‘yardım etmek’ ne zaman zorunluluk, ne zaman sevgiye dönüşür?”

Danışan: “Bilmem. Yardım etmeyince kötü evlat gibi oluyorum. Ama artık boğuluyorum.”

Terapist: “Peki biz bugün sadece ‘senin’ neye ihtiyacın olduğunu konuşsak, bu seni nereye taşır?”

İlişkisel Rol Kalıbını Yeniden Kurmak

Danışan: “Eşimle hiç kavga etmeyiz. Ama içimde hep susmuş bir çocuk var gibi.”

Terapist: “Hiç birine ‘senin yüzünden sustum’ dediğin oldu mu?”

Danışan: “Yok. Sanki söylesem ‘ailemizi dağıtmış’ olurum.”

Terapist: “Sana zarar veren o suskunluğu, bugün bu odada biri olarak konuşursak... ne derdi bize?”

Kuşaklararası Rollerle Yüzleşme

Danışan: “Ben küçüktüm, ama anneme hep babamı sakınleştirme görevi verilmişti bana.”

Terapist: “Sence o yaşta senin görevin miydi bu?”

Danışan: “O zamanlar öyle sanıyordum. Şimdi anlıyorum ki annem de susuyordu, ben de.”

Terapist: “Bu onarılamayan suskunluğu, biz şimdi birlikte nasıl dönüştürebiliriz? Belki senin yerinde şimdi bir başkası konuşabilir.”

Kültürel Entegrasyon ve Anlamlandırma

Bu aşamada STBO, danışanın yaşadığı travmatik deneyimlerin yalnızca bireysel düzeyde değil; ait olduğu kültürel yapı, tarihsel kimlik ve toplumsal normlar çerçevesinde nasıl anlamlandığını inceler. Çünkü birçok birey, yaşadığı acıyı yalnızca kendi hikâyesi olarak değil, aynı zamanda ait olduğu grubun kaderiyle bağlantılı biçimde deneyimler (Laungani, 2004; Güleç ve Aydın, 2023).

Kültürel entegrasyon, danışanın yaşam öyküsünü kültürel semboller, inanç kalıpları, geleneksel ritüeller ve sosyal roller aracılığıyla yeniden yapılandırmasını içerir. Terapist bu süreçte danışanın kültürel kodlarını küçümsemeden, eleştirel bir farkındalıkla ele alır. Örneğin; “namus” kavramıyla geleneksel olarak bastırılan bir kadın danışanın yaşadığı travma, yalnızca bireysel değil, ataerkil kültürel söylemin taşıyıcısı olarak da okunur. STBO, bu tür yapılarla yüzleşirken hem bireysel ifade özgürlüğünü hem de kültürel onarıcı anlatıları destekler.

Bu aşamada kullanılan bazı teknikler:

- Ritüel yeniden yazımı: Bastırıcı geleneksel bir ritüelin sembolik olarak yeniden kurulması (örneğin, 'helalleşme töreni' yerine yaratıcı mektup okuma).
- Kültürel anlatı analizi: Danışanın içinden geldiği topluluğun ortak hikâyelerinin bireysel travmalar üzerindeki etkisi değerlendirilir.
- Mit ve metafor kullanımı: Danışanın kimliğini taşıyan halk hikâyeleri, efsaneler, dualar ya da şiirsel imgelerle anlam üretimi yapılır.
- Kültürel tanıklık alanı oluşturma: Grup içinde danışanın kültürel kökenini duyurabileceği bir sahne yaratılır.

Bu süreç, danışanın hem bireysel farklılığını hem de kültürel aidiyetini onarıcı biçimde birleştirir. Bu bütünlük, yalnızca içsel bir barış değil, aynı zamanda toplumla yeniden bağ kurma potansiyelini de içerir (Madigan, 2020; Assmann, 2011).

Ritüelin Yeniden Yazımı

Danışan: “Babamın cenazesinde ağlayamadım. Amcamlar, ‘erkek adam sabırlı olur’ deyip susturdular.”

Terapist: “Bu sessizlik senin içinden geçen duayı da susturdu mu?”

Danışan: “Galiba. Dua etmek bile eksik hissettirdi.”

Terapist: “İstersen bugün burada senin için onarıcı bir dua yazalım. Belki bu, kendi ritüelini kurmanın ilk adımı olur.”

Kültürel Sembol ve Kimlik Yeniden İnşası

Danışan: “Benim dedem Bektaşî, babam ise cami cemaati... Ben nereye aitim bilmiyorum.”

Terapist: “Sence seni bu çizgide koparan şey inanç mı, yoksa aidiyetin yönünü değiştiren sessizlikler mi?”

Danışan: “İkisinden de biraz.”

Terapist: “O zaman bugün kendi iç yolculuğunun haritasını birlikte çizelim. Belki orada sadece gelenekten değil, senin niyetinden gelen bir sembol olur.”

Toplumsal Normla Yüzleşme ve Dönüştürme

Danışan: “Beni 14 yaşında nişanladılar. Kimse ‘ister misin’ diye sormadı.”

Terapist: “O gün sana sorulsaydı ne derdin?”

Danışan: “Korkar ama ‘hayır’ derdim. Ama o ‘hayır’ ağzıma hiç gelmedi.”

Terapist: “O zaman bugün o 14 yaşındaki seni buraya davet edelim. Ona bir mektup yazar mısın? Belki şimdi kelimeleri senin olur.”

Aktarım ve Yaratıcı Dönüşüm:

Bu son aşama, danışanın yalnızca iç gözü kazanmasını değil, aynı zamanda bu iç görüyü yaşamına, ilişkilerine ve topluma entegre etmesini hedefler. STBO’ya göre bir terapötik onarım süreci ancak birey bu süreci başka ilişkilerde, topluluklarda veya yaratıcı alanlarda yeniden ifade ettiğinde tamamlanmış sayılır (Neimeyer ve Harris, 2022; White ve Epston, 1990).

Danışan bu aşamada, kendi travma anlatısını dönüştürerek yeni bir kimlik inşasına yönelir: Kurban kimliğinden hikâye sahibi bir özneye geçiş. Bu dönüşüm yalnızca psikolojik değil; kültürel,

ilişkisel ve varoluşsal bir yeniden yapılanmadır. Anlam yeniden üretilir, benlik yeniden konumlandırılır ve danışan kendi yaşam anlatısının yazarı hâline gelir.

Bu aşamada sık kullanılan teknikler:

- Toplulukla paylaşım: Danışan, kendi hikâyesini anonim olarak grup içinde ya da yaratıcı bir alanda (şiiir, resim, hikaye vb.) paylaşabilir.
- Yaratıcı aktarım ödevleri: Sanat, yazı, drama, sembol çalışmaları ile elde edilen iç görülerin dışa vurumu sağlanır.
- Toplumsal katkı imkânları: Danışan, kendi deneyimini başkalarına yardım etmek için kullanmayı planlar (örneğin benzer deneyimler yaşamış kişilere mektup yazma).
- Onarıcı kapanış ritüeli: Terapist ve danışan arasında simgesel bir kapanış yapılır (örn. hikâyeyi kutuya koyma, kendine geleceğe mektup).

Bu aşamada STBO, yalnızca bireyin iç dünyasında iyileşme değil, aynı zamanda sosyal bağlamda yapıcı bir aktarım sağlar. Danışan yalnızca “iyileşen kişi” değil, başkaları için de onarıcı bir figür hâline gelir (Assmann, 2011; Madigan, 2020).

Yazılı Aktarım

Danışan: “Kardeşıme hiçbir zaman söyleyemedim: ‘Beni bıraktığın gün hâlâ içimde kırık.’”

Terapist: “Peki bunu sesli söyleyemesek de bir mektup olarak yazsak? Ona değilse bile, kendi iç sesine yazılmış olsun.”

Danışan: “Olur.. En azından içimden eksilmeden bir yere bırakabilirim.”

Terapist: “Belki o mektubu haftaya küçük bir kutuya koyar, birlikte uğurlayabiliriz. Bir onarım ritüeli olur.”

Toplulukla Paylaşım ve Anlam Üretimi

Danışan: “Grup çalışmasında kendi hikâyemi okumak beni korkuttu ama sonra bir kadın ağladı. Dedi ki, ‘sanki ben anlattım’.”

Terapist: “O an, senin anlatın sadece senin olmaktan çıktı. Topluluğa ait oldu. Bu da iyileştirici bir aktarım.”

Danışan: “Benim suskunluğum başkasına ses olmuş olabilir mi?”

Terapist: “Kesinlikle. Belki senin cesaretin, bir başkasının duygusuna ilk kez kapı araladı.”

Yaratıcı Dönüşümle Kimlik İnşası

Danışan: “Kendim için ilk kez resim yaptım. Yüzümde maske var ama gözlerim kocaman.”

Terapist: “Bu resmi biz sergilesek, sadece kendin için değil, senin gibi hisseden başkaları için de bir şey olurdu belki.”

Danışan: “Bilmiyorum... Ama artık o resmi saklamak istemiyorum.”

Terapist: “O zaman onu görünür kılsak mı? Belki bu, hem senin dönüşümün hem de yeni bir başkası için iz olur.”

1. Psikanalitik Terapi ve STBO: Derinlik Psikolojisinden Sosyal Onarım

Psikanalitik Terapinin Temel Yaklaşımı

Psikanalitik terapi, bireyin bilinçdışı süreçlerini ve geçmiş yaşantıların bugünkü davranışlar üzerindeki etkilerini anlamaya yönelik bir derinlik psikolojisi kuramıdır. Freud'un kuramı üzerine inşa edilen bu yaklaşım, savunma mekanizmaları, bastırılmış anılar, içsel çatışmalar ve aktarım süreçleri üzerine odaklanır (Freud, 1917/1966).

Terapinin amacı, danışanın farkında olmadığı içsel dinamikleri fark etmesini sağlamak ve bilinçdışı içerikleri gün yüzüne çıkararak içsel uyumu artırmaktır. Rüya, serbest çağrışım ve aktarım analizi, başlıca teknikler arasında yer alır. Tedavi süreci genellikle uzun sürelidir ve bireyin erken dönem yaşantıları derinlemesine incelenir (Kernberg, 1975).

STBO ile Karşılaştırmalı Analiz

Ortak Yönler (+)

- Geçmiş odaklılık: Her iki model de bireyin geçmiş yaşantılarının bugünkü ruhsal yapısını nasıl şekillendirdiğiyle ilgilenir.
- Bilinçdışı içeriğe dikkat: STBO, anlatı ve metaforik çalışmalarda bilinçdışı sembolleri terapötik olarak işler.
- Anlamlandırma süreci: Psikanalitik terapi çatışmaları bilinç düzeyine çıkararak çözümlemeye çalışırken, STBO bunu ilişkisel bağlamda sosyal ve kültürel anlatılarla yapar.

Farklı Yönler (–)

- Psikanaliz bireyin iç dünyasındaki çatışmalara odaklanırken, STBO bireyin sosyal belleği ve çevresel bağlarını temel alır.

- Psikanaliz çoğunlukla bireysel ve içe dönük bir yapıdayken, STBO topluluk temelli, ilişkisel ve kültürel temalar içerir.
- STBO, terapötik süreci anlatı ve sosyal temsiller üzerinden yeniden yapılandırırken, psikanalitik süreç daha çok bireyin içsel çözümlemeleriyle ilerler.

STBO ile Entegrasyon Önerisi

STBO modeli, psikanalitik yaklaşımın bireysel içgörü kazandırma gücünü; anlatı, metafor ve kültürel bağlamlarla bütünleştirerek daha ilişkisel ve dışavurumcu bir yapı sunar. Özellikle travmatik retrograd amnezide, bireyin hatırlayamadığı geçmişin yeniden yapılandırılması psikanalitik aktarım süreciyle desteklenebilir. Ancak bu süreç, STBO’da olduğu gibi sosyal destek, kültürel bellek ve metaforik temsil ile bütünleştirildiğinde daha çok katmanlı bir onarım süreci ortaya çıkar.

Bilişsel Davranışçı Terapi ve STBO: Yapılandırılmış Düşünceden Sosyal Belleğe

Bilişsel Davranışçı Terapinin Temel Yaklaşımı

Aaron Beck ve Albert Ellis’in öncülüğünde geliştirilen, bireyin işlevsiz düşünce kalıplarını belirleyip değiştirmeye odaklanan bir terapi yaklaşımıdır. Temel savı, “duygu ve davranışlar, olaylardan çok bu olaylara yüklenen anlamlar tarafından belirlendiği”dir (Beck, 1976).

BDT’de danışanın bilişsel çarpıtmaları tanınması, yeniden yapılandırılması ve işlevsel düşünce örüntüleri geliştirmesi hedeflenir. Bu süreçte otomatik düşünceler, ara inançlar ve temel şemalar üzerinde çalışılır. Müdahale kısa süreli, yapılandırılmış, hedef odaklı ve ölçülebilirdir (Dobson ve Dozois, 2019).

STBO ile Karşılaştırmalı Analiz

Ortak Yönler (+)

- Bilişsel yeniden yapılandırma: Her iki yaklaşım da bireyin olaylara yüklediği anlamı ele alır. STBO, bu süreci anlatı ve sosyal bağlam yoluyla yürütürken, BDT doğrudan düşünce içeriğine müdahale eder.
- Danışanın aktif katılımı: STBO gibi BDT de danışanın sürece aktif katılımını destekler.
- Öz düzenleme hedefi: BDT bireyin davranışsal ve bilişsel öz düzenlemesini önceler; STBO ise bunun yanı sıra sosyal ve duygusal düzenlemeyi de dahil eder.

Farklı Yönler (-)

- BDT bireyin içsel düşünce yapılarıyla çalışırken, STBO bireyin sosyal belleği ve ilişkisel öyküsü üzerinden ilerler.
- BDT çoğunlukla semptom hedeflidir; STBO ise kimlik ve aidiyet eksenli onarım perspektifiyle daha derinlemesine çalışır.
- BDT'nin yapılandırılmış yapısı bazı kompleks vakalarda sınırlı kalabilirken, STBO kültürel ve anlatı temelli esneklik sunar.

STBO ile Entegrasyon Önerisi

STBO modeli, BDT'nin sunduğu bilişsel teknikleri destekleyici bir yapı sunar. Özellikle bellek bozukluklarında, bireyin kendilik temsillerinin yeniden yapılandırılmasında BDT'nin düşünce-duygu-davranış üçlüsünü; STBO'nun anlatı, sosyal aidiyet ve metaforik onarımla birleştirilmesi önerilebilir.

Örneğin, retrograd amnezi yaşayan bir birey, “ben kimim?” sorusunu sadece mantıksal çerçevede değil; STBO’nun sunduğu sosyal imgeler, kişilerarası bağlar ve semboller aracılığıyla da yapılandırabilir. Bu tür bir hibrit yaklaşım, hem ölçülebilir sonuçlar hem de derinlemesine anlam sunar.

EMDR ve STBO: Travmatik İzlerden İlişkisel Onarıma

EMDR Terapisinin Temel Yaklaşımı

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), 1987’de Francine Shapiro tarafından geliştirilen, özellikle travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) başta olmak üzere birçok travmatik durumun tedavisinde etkili bir terapi yaklaşımıdır (Shapiro, 2001).

Temel mekanizma, bireyin travmatik anılarına odaklanırken çift yönlü uyarım (göz hareketleri, ses, dokunsal uyarım) yoluyla bu anıların işlenmesini sağlamaktır. EMDR, travmatik belleğin nörobiyolojik düzeyde yeniden işlenmesini ve danışanın bu anılara karşı duyarsızlaşmasını hedefler (Solomon ve Shapiro, 2008).

STBO ile Karşılaştırmalı Analiz

Ortak Yönler (+)

- Travma odaklı müdahale: Her iki model de travmatik belleğin işlenmesine yönelik stratejiler sunar.
- Anıların yeniden yapılandırılması: EMDR anıların nörobiyolojik olarak yeniden işlenmesini sağlarken, STBO anıların sosyal anlatılar ve metaforik sembollerle yeniden inşa edilmesini hedefler.
- Güvenli terapi çerçevesi: EMDR gibi STBO da danışanın duygusal regülasyonunu ve hazır oluşunu temel alır.

Farklı Yönler (–)

- EMDR ağırlıklı olarak duyarsızlaştırma ve nörofizyolojik çözümleme içerirken, STBO anlamlandırma ve toplumsal bağları onarma üzerinden çalışır.
- EMDR daha çok bireysel seanslarla yürütülürken, STBO gerektiğinde grup çalışmaları, anlatı paylaşımları gibi sosyal içerikli yöntemleri de kapsar.
- EMDR'nin hedefi semptom azaltımıdır, STBO ise kişisel kimlik, sosyal ağ ve kültürel belleğin yeniden inşasıdır.

STBO ile Entegrasyon Önerisi

EMDR ile STBO'nun birlikte kullanımı, özellikle dissosiyatif amnezilerde oldukça etkili olabilir. Danışan, EMDR ile nörofizyolojik düzeyde anıya erişim ve duyarsızlaştırma yaşarken, STBO ile o anıya kültürel, sembolik ve ilişkisel bir bağlam kazandırabilir. Bu sayede travmatik iz sadece silikleşmekle kalmaz, aynı zamanda anlamlandırılarak kişilik yapısına entegrasyon sağlanır.

Özellikle çocukluk travmalarında STBO'nun sosyal anlatı ile sunduğu “iyileştirici sahneler”, EMDR'nin bilişsel yeniden yapılandırma protokollerine entegre edilebilir.

Anlatı Terapi ve STBO: Hikâyenin Gücü ile Belleğin Onarımı

Anlatı Terapisinin Temel Yaklaşımı

Anlatı Terapi, Michael White ve David Epston tarafından geliştirilen, bireyin kendini bir hikâye anlatıcısı olarak gördüğü ve hayatını da bu anlatılar aracılığıyla anlamlandığı bir terapi yaklaşımıdır (White ve Epston, 1990). Temel varsayım; insanların

deneyimlerini, kimliklerini ve değerlerini anlatılar yoluyla organize ettiğidir.

Anlatı terapide danışanla birlikte sorun doygun hikâyeler sorgulanır, dışsallaştırılır ve alternatif anlamlarla yeniden yapılandırılır. Bu süreçte danışanın hikâyesi dönüştürölürken, sosyal, kültürel ve tarihsel bağlar da göz önünde bulundurulur. Terapi, bireyi “problemi olan kişi” olmaktan çıkarıp “hikâyesini yeniden yazan özne” haline getirir (Morgan, 2000).

STBO ile Karşılaştırılmal Analiz

Ortak Yönler (+)

- Anlam inşası: Her iki model de bireyin yaşantısını anlamlandırmak için hikâyeleştirmeyi kullanır.
- Toplumsal bağlam: STBO da anlatı terapi gibi bireyin kültürel ve sosyal çevresiyle olan ilişkilerini terapötik sürece dahil eder.
- Metafor ve sembol kullanımı: Travmatik belleğin anlatılar yoluyla yeniden yapılandırılması hem STBO’nun hem anlatı terapinin özünde vardır.
- Danışanı özneleştirme: Birey, hikâyesini yeniden yazan, kimliğini yeniden inşa eden bir aktör haline gelir.

Farklı Yönler (–)

Anlatı terapi genellikle sorunun dışsallaştırılması ve “hikâyenin yeniden yazımı” üzerine odaklanırken, STBO geğmiş yaşantıların ilişkisel bağlarla yeniden bütünleştirilmesi yönünde ilerler.

STBO, anlatıyı sadece bireysel bir süreç değil, kültürel aktarım, bellek ritüelleri ve somatik eşlik ile bütünler.

Anlatı terapi daha çok postmodern söylem temelli, STBO aynı zamanda psikodinamik, gelişimsel ve nörobiyolojik altyapılarla çalışır.

STBO ile Entegrasyon Önerisi

Anlatı terapi, STBO'nun anlatısal ayağını güçlendiren ve danışanın kendi geçmişine yeniden temas kurmasına olanak tanıyan değerli bir araçtır. STBO modeli, anlatı terapinin dışsallaştırma tekniklerini kullanarak, bireyin travmatik belleğiyle arasındaki yükü azaltabilir.

Bununla birlikte STBO, anlatının ötesine geçerek sosyal bağların ve duygusal haritaların da terapötik malzeme olarak kullanımı destekler. Özellikle çocukluk travmaları, kimlik çözümleri ve retrograd amnezi gibi durumlarda, kişinin “kayıp anlatısını” yeniden oluşturmak için anlatı terapi teknikleri STBO içinde işlevsel biçimde entegre edilebilir.

Logoterapi ve STBO: Anlam Arayışından İlişkisel Onarıma

Logoterapinin Temel Yaklaşımı

Logoterapi, Avusturyalı nörolog-psikiyatr Viktor E. Frankl'ın geliştirdiği varoluşçu bir terapi akımıdır. Frankl'a göre insanın birincil güdüsü haz ya da güç değil, yaşamda anlam bulma arzusudur (Frankl, 1963). *Man's Search for Meaning*'de aktardığı Nazi toplama kampı deneyimi, “en olumsuz koşullarda bile anlam yaratılabilir” önermesinin klinik temelini oluşturur.

Logoterapide terapist, danışana üç temel “anlam kaynağına” (yaratım, deneyim, tutum) erişme konusunda rehberlik eder:

Anlam Kaynağı	Örnek Klinik Uygulama
----------------------	------------------------------

Anlam Kaynağı	Örnek Klinik Uygulama
Yaratıcı Değer	Ürün ortaya koyma, hizmet verme
Deneyimsel Değer	Sevgi, güzellik, doğa, sanat yaşantıları
Tutumsal Değer	Değiştirilemeyen acılara karşı sergilenen tavır

Temel teknikleri:

- Sokratik diyalog (anlamın keşfi)
- Paradoksal niyet (anksiyete döngüsünü kırma)
- Dereflexion (aşırı içe odaklanmayı azaltma)

STBO ile Karşılaştırmalı Analiz

Ortak Yönler (+)

- Anlam odağı: Logoterapi “yaşam amacı”nı, STBO “ilişkisel sürekliliği” esas alır; her ikisi de nihai hedef olarak varoluşsal bütünlük yaratır.
- Sorumluluk vurgusu: Frankl’ın “tutum özgürlüğü”, STBO’nun aktif bellek onarımı ilkesine paraleldir.
- Umut ve direnç: İki model de travmatik kayıplarda “umut-temelli yeniden inşa”yı merkezileştirir.

Farklı Yönler (–)

- Logoterapi öznel anlam üretimine odaklanırken, STBO kolektif/sosyal bağ boyutunu sistemli biçimde terapötik araca dönüştürür.
- Logoterapi teknik olarak bireysel, kısa müdahalelerle ilerleyebilir; STBO ise anlatı, somatik farkındalık, grup-temelli ritüeller gibi geniş araç seti kullanır.

- STBO, nöropsikolojik bellek süreçlerini (travmatik amnezi, disosiyasyon) ele alır; logoterapide nörobilimsel vurgu sınırlıdır.

STBO ile Entegrasyon Önerisi

Travma veya retrograd amnezi yaşayan danışan, EMDR/STBO entegrasyonunda duyarsızlaştırma sonrasında “boş kalan anlam alanı” ile yüzleşebilir. Bu noktada logoterapi ilkeleri, STBO’nun ilişkisel onarım aşamasına “eksik anlam tuğlalarını” ekler:

1. Yaratıcı Değer → Danışanın yeniden işlevsel rol (meslek, hobi) üstlenmesini STBO seans planına dahil edin.
2. Deneyimsel Değer → Sosyo-terapötik ritüellerde sanat ve doğa deneyimlerini kullanın.
3. Tutumsal Değer → “Yaşanmamış geçmiş”e karşı seçilen tutum üzerinde durun; terapötik mektup, öykü tamamlama gibi STBO teknikleriyle birleştirin.

Logoterapi ve STBO: Anlamanın Sosyal Hafızayla Bütünleştiği Bir Terapötik Alan

Viktor Frankl’in Bakışıyla İnsan

Frankl, insanı “anlam arayan bir varlık” olarak tanımlar.

“İnsandan her şeyi alabilirsiniz, ama bir şeyi asla: Her koşulda nasıl bir tutum takınacağını seçme özgürlüğünü.”(Frankl, 1963).

Bu anlayış, travma ve bellek bozukluklarında kritik bir nokta oluşturur:

Birey kontrol edemediği bir şey yaşamıştır. Ama ona nasıl bir anlam yükleyeceği hâlâ onun elindedir.

STBO’nun Logoterapik Açılımı:

Sosyal Bellek = Anlam Kaynağıdır

Frankl’ın “anlam deneyimsel kaynaklardan da gelir” önermesi, STBO’da şu şekilde karşılık bulur:

- Aile anlatıları, kültürel imgeler, çocukluk hatıraları, sadece nörolojik izler değil; anlamın dokuma tezgâhlarıdır.
- STBO’da bu belleksel parçalar bir araya getirilerek danışanın hayatı için anlamlı bir anlatı oluşturulur.

Tutumsal Değer= Terapötik Dönüm Noktası

Logoterapi, acıyı ortadan kaldırmaz; acının karşısındaki duruşu anlamlı kılar. STBO ise bu duruşu “ilişkisel sahnelemeler” yoluyla bedenle, sosyal hafızayla ve anlatıyla kurar:

- Danışan sadece “ne yaşadım?” değil, “bu yaşadıklarım beni kim yaptı?” sorusuna cevap arar.
- Bu cevap, logoterapik anlam üretimi ile güçlendirilir.

“Kader ve Seçim” İkilemi:

Frankl der ki: “Kimi zaman kader bize sadece ‘katlanma’ görevi verir. Ama orada bile seçim hakkımız vardır: Onurla mı, isyanla mı katlanacağız?”

STBO bunu terapi odasına taşır:

Terapist, danışanın “yaşayamadığı geçmişini” anlamlı biçimde sahiplenmesine, yasını tutmasına ve yeniden yazmasına alan açar.

Pratikte STBO ve Logoterapi Nasıl Bütünleşir?

Vaka: Travma sonrası retrograd amnezi yaşayan 35 yaşında erkek danışan

EMDR ile bazı anılara erişilmiş ama danışan hâlâ “yaşam amacı”na dair boşluk yaşıyor. STBO seanslarında, annesinin çocukluğunda söylediği bir türkü, kültürel kimliğine dair bir simgeyi çağırıştırıyor. Logoterapi ilkeleriyle danışan şu noktaya getiriliyor:

“O türkü sadece bir ses değil; geçmişte sevildiğime dair bir iz, hayatta kalmamı isteyen biri olduğuna dair bir işaret.”

Bu dönüşüm:

- Belleksel → Anlamsal
- Bilişsel → Duygusal
- Geçmiş → Kimlikolarak işlemektedir. Tam da STBO’nun işlevselleştiği alan budur.

Kısa Uygulama Önerileri (STBO’ya Logoterapi Entegrasyonu)

STBO Aşaması	Logoterapi ile Zenginleştirme
Anlatı oluşturma	“Bu yaşantıya dair hâlâ öğrenebileceğin bir anlam olabilir mi?”
İlişkisel onarım	“Sana değer veren biri vardı mı? Hatırlamasan da hissettiğin?”
Sosyal sahne çalışması	“Bu geçmişte yaşananı bir sahneye koysak, senin tavrın ne olurdu?”
Yeniden yapılandırma	“Bundan sonra nasıl biri olmak istersin ve neden?”

Sanat Terapisi ve STBO: Estetik İfade ile Belleğin Onarımı

Sanat Terapisinin Temel Yaklaşımı

Sanat terapisi, bireylerin içsel dünyalarını sözsüz biçimlerde ifade etmelerine imkân tanıyan, yaratıcı süreci terapötik araç olarak kullanan bir yaklaşımdır. Resim, heykel, kolaj, drama, müzik ve hareket gibi sanat biçimleriyle bireyin bastırılmış duyguları, travmatik deneyimleri ve bilinçdışı imgeleri açığa çıkarılır (Malchiodi, 2012).

Sanat terapisi, özellikle duyuşal hafıza, duyuşal ifade ve sembolik temsil üzerinden çalışır. Terapi sürecinde ortaya çıkan imgeler, bireyin iç dünyasına dair dolaylı bir pencere sunar; bu yönüyle özellikle sözle ifade etmekte zorlanılan travmalar için güçlü bir araçtır (Moon, 2007).

STBO ile Karşılaştırmalı Analiz

Ortak Yönler (+)

- Sembolik anlatım: STBO’da travmatik belleğin metaforik temsili ile sanat terapisinin imgeler üzerinden onarımı doğrudan örtüşür.
- Anlatı dışı yollarla ifade: STBO sözel anlatımın sınırlı kaldığı durumlarda sanat temelli yöntemleri kapsayıcı şekilde entegre eder.
- Duyuşal ve ilişkisel alan: STBO ve sanat terapisi, yalnızca düşünce değil, duyuş, beden ve bağ içeren çok boyutlu onarım yollarını paylaşır.

Farklı Yönler (–)

- Sanat terapisi daha çok bireysel yaratıcı sürece odaklanırken, STBO ilişkisel bağlar, sosyal geçmiş ve kültürel anlatılar eksenlidir.
- Sanat terapisinde imal edilen ürün (örneğin bir resim) merkezdeyken, STBO’da ürün değil, o ürünün ilişkisel belleği nasıl tetiklediği önemlidir.
- Sanat terapisi genellikle non-verbal yöntemlerle ilerlerken, STBO hem görsel hem sözlü hem de bedensel ifade yollarını eşzamanlı kullanır.

STBO ile Entegrasyon Önerisi

STBO’nun anlatı ve bellek onarım sürecine sanat temelli uygulamalar entegre edildiğinde, sözle ifade edilemeyen deneyimler imgeler aracılığıyla yüzeye çıkabilir.

Örneğin:

- Resim çizme: Danışana "kendini bir mekân olarak çiz" denebilir. STBO burada o mekânın sosyal boyutunu (kim vardı, kim eksikti) analiz eder.
- Kolaj çalışması: Danışan, geçmişe ait imgeleri bir araya getirir. STBO, bu kolaj üzerinden kültürel belleği ve aidiyet odaklarını açığa çıkarır.
- Drama/sessiz oyun: STBO’nun anlatı temelli ritüelleri, sanat terapisindeki dramatik oyunla birleştirilerek ilişkisel sahneler yeniden canlandırılabilir.

Sanat terapisi, STBO’nun sembolik anlatısına derinlik ve duygusal rezonans katar. Özellikle çocukluk dönemi retrograd amnezilerinde, sanat terapi STBO’nun en güçlü terapi müttefiklerinden biridir.

7. Duygu Odaklı Terapi (EFT) ve STBO: Duygusal Temastan İlişkisel Yeniden İnşaya

Duygu Odaklı Terapinin Temel Yaklaşımı

EFT (Emotion-Focused Therapy), Leslie Greenberg ve Sue Johnson tarafından geliştirilen, bireyin duygularına erişmesini, onları düzenlemesini ve bu duygularla ilişkisel değişim yaratmasını amaçlayan güçlü bir terapi yaklaşımıdır (Greenberg ve Watson, 2006).

Duygu Odaklı Terapi (EFT), özellikle bağlanma kuramına dayalı bir anlayışla, bireyin duygusal deneyimlerini anlamlı, düzenlenebilir ve dönüştürülebilir hale getirmeye çalışır. Duygular bir “mesaj” olarak görülür ve terapide bu mesajlar:

- Erişilir (accessed)
- İfade edilir (expressed)
- Dönüştürülür (transformed)

STBO ile Karşılaştırmalı Analiz

Ortak Yönler (+)

- Duyguya temas: Her iki model de duyguların bastırılmadan deneyimlenmesini ve anlamlandırılmasını temel alır.
- Bağ kurma: EFT, kişilerarası bağların onarımına; STBO ise sosyal belleğin ve kültürel ilişkilerin onarımına odaklanır.
- Güvenli alan yaratımı: EFT gibi STBO da danışanın duygusal deneyimlerini açıkça yaşayabileceği terapötik bir bağlam sunar.
- İlişkisellik: Her iki modelde de iyileşme süreci, izolasyondan çok bağ kurma yoluyla işler.

Farklı Yönler (-)

- EFT daha çok şu anki ilişkisel bağları (örneğin partner, ebeveyn) onarmaya yönelirken, STBO geçmişin sosyal bağları ve belleksel izleriyle çalışır.
- EFT'nin uygulama zemini sıklıkla çift ve bireysel seanslar iken; STBO anlatı, grup sahnelemeleri, kültürel temsiller gibi çok katmanlı yapı içerir.
- EFT, duygularla şu anki anlamı işlerken, STBO duyguları geçmişten bugüne taşıyan hatırlama kanallarını açar.

STBO ile Entegrasyon Önerisi

STBO, EFT'nin sunduğu duygu regülasyon teknikleriyle daha derinlemesine işlevsel hale getirilebilir. Özellikle şu alanlarda entegrasyon önerilebilir:

STBO Süreci	EFT Katkısı
Travmatik anlatıya girerken	Duygusal regülasyon, danışanın kendini aşırı yüklenmeden koruması
Sosyal bağlara dair metaforik çalışma	Duygu düzenlemeyle bağ imgelerinin yeniden yapılandırılması
Sessiz belleğin sembolik açılımı	Bedensel-duygusal tepkilerin fark edilip anlamlandırılması
Danışanın geçmişte yaşanmış duygularla yüzleşmesi	EFT teknikleriyle bu duyguların dönüştürülmesi

Özellikle geçmişi hatırlarken yaşanan yoğun suçluluk, utanç ya da öfke gibi duygular STBO içinde EFT yaklaşımlarıyla daha sağlıklı biçimde işlenebilir.

Somatik Terapi ve STBO: Bedenin Hafızasından İlişkisel Onarım

Somatik Terapinin Temel Yaklaşımı

Somatik terapi, bedenin travmaları nasıl “hatırladığı” ve bu hatıraların psikolojik işleyişe nasıl yansıdığı üzerine kurulu bir terapi yaklaşımıdır. Travmanın sadece zihinsel değil, bedensel bir iz bıraktığı savına dayanır (Levine, 1997; Ogden vd., 2006).

Bu yaklaşımda:

- Kas gerginlikleri, nefes paternleri, donma-tepki döngüleri gözlemlenir.
- Terapist, danışanın bedensel duyularına odaklanmasını sağlar.
- Amaç, bedenın tuttuğı travmatik enerjiyi serbest bırakmak ve sinir sistemini yeniden dengelemektir.

Somatik terapi, özellikle:

- PTSD,
- Dissosiyatif bozukluklar,
- Psikosomatik ağrılar ve
- Çocukluk travmaları üzerinde etkili sonuçlar vermektedir.

STBO ile Karşılaştırmalı Analiz

Ortak Yönler (+)

- Travmanın çok katmanlı işlenmesi: Her iki model de travmayı sadece zihinsel değil, duygusal ve bedensel yönleriyle işler.
- Bedensel farkındalık: STBO’nun “bedende saklı hikâye” yaklaşımı somatik terapi ile örtüşür.

- Ritüel, sembol, nefes gibi somatik araçların kullanımı: STBO seanslarında da danışanın bedensel belleğine dair farkındalıklar teşvik edilir.
- Sessiz travmaların işlenmesi: Sözle ifade edilemeyen anıların, bedensel tepkilerle açığa çıkışı her iki modelde de önemlidir.

Farklı Yönler (–)

- Somatik terapi, merkezi olarak sinir sistemi regülasyonu ve beden duyuları ile çalışır. STBO ise bu bedensel süreçleri sosyal bağlam ve anlatı ile bütünleştirir.
- STBO’nun güçlü yönü olan kültürel ve ilişkisel temsil, somatik terapide genellikle yer bulmaz.
- Somatik terapide travma “bedensel enerji” olarak görülürken, STBO’da ilişkisel bellek kırılması olarak değerlendirilir.

STBO ile Entegrasyon Önerisi

Somatik terapi, STBO’nun özellikle ilk oturumlarında ve yoğun duygu taşın dönemlerinde kullanılabilecek güçlü bir tamamlayıcı yaklaşımdır.

Şöyle bütünleşebilir:

STBO Aşaması	Somatik Uygulama
Güvenli alan kurma	Nefes egzersizi, beden taraması, topraklama teknikleri
Sessiz belleğe erişim	“O anı düşünürken bedenin nerede tepki veriyor?” sorusuyla çalışma
Anlatı kurma	Sadece kelime değil, jest, duruş, bakış gibi bedensel anlatılarla hikâyeye giriş
Duygusal regülasyon	Titreme, gevşeme, hareketle serbestleşen tepkilerin izlenmesi

Özellikle şok tipi travmalarda (kaza, ani kayıp) bedenin travmayı “tutma” biçimi çözülmeden ilerlemek, danışanı yeniden travmatize edebilir.

Bu nedenle STBO, somatik terapi ile belleğin hem bedenle hem anlatıyla çözülmesini sağlar.

Pozitif Psikoloji ve STBO: Güçlü Yanlardan Sosyal Onarıma

Pozitif Psikolojinin Temel Yaklaşımı

Pozitif psikoloji, bireyin yalnızca sorunlarını değil; aynı zamanda güçlü yönlerini, erdemlerini ve yaşam doyumunu ele alan bir psikoloji yaklaşımıdır. Martin Seligman, Mihaly Csikszentmihalyi ve Barbara Fredrickson gibi öncüler sayesinde şekillenen bu akım, insanların sadece “normal” olmaya değil, "gelişmeye ve anlamlı yaşamaya" da hakkı olduğunu savunur (Seligman ve Csikszentmihalyi, 2000).

Bu yaklaşımda:

- İyi hali (well-being),
- Hayat amacı (meaning),
- Akış deneyimi (flow),
- Psikolojik dayanıklılık (resilience) ve
- Minnettarlık, umut, öz-anlayış gibi olumlu duygular öne çıkar.

Pozitif psikoloji, bireyin geçmiş travmalarını değil, gelecekteki potansiyelini merkeze alır.

STBO ile Karşılaştırmalı Analiz

Ortak Yönler (+)

- Anlam üretimi: STBO’nun temel yapıtaşlarından biri olan ilişkisel anlamlandırma, pozitif psikolojideki “amaçlı yaşam” kavramıyla doğrudan örtüşür.
- Psikolojik dayanıklılık: STBO, sosyal bağlar ve anlatı yoluyla bireyin travmaya karşı dayanıklılığını artırırken; pozitif psikoloji içsel kaynakları harekete geçirir.
- Yapıcı hatırlama: Pozitif psikoloji genellikle “mutlu anılar” ile çalışır. STBO ise geçmişin “anlamsal onarımı” yoluyla aynı hedefe ulaşır.
- Güçlü yönler ve umut: STBO, danışanın travma sonrası kimlik onarımını umut ve aidiyetle destekler.

Farklı Yönler (–)

- Pozitif psikoloji çoğu zaman travma geçmişine girmeden ilerler. STBO ise yaralanmış belleği onarmadan iyileşmenin kalıcı olmayacağını savunur.
- Pozitif psikoloji bireysel güçleri öncelerken, STBO’nun merkezinde toplumsal bağ ve ilişkisel bütünlük yer alır.
- STBO, hem pozitif hem negatif belleği bütünleştirirken, pozitif psikoloji olumsuz duygulara genellikle dolaylı yaklaşır.

STBO ile Entegrasyon Önerisi

Pozitif psikoloji yaklaşımları, STBO’nun son aşamalarında yani yeniden yapılandırma ve gelecek senaryosu kurma dönemlerinde çok etkili şekilde entegre edilebilir:

STBO Uygulama Aşaması	Pozitif Psikoloji Tekniği
Anlamlı anlatı inşası	“En zor anında sana güç veren neydi?” çalışması (dayanıklılık)
Sosyal bağ temsili	Minnettarlık mektupları, olumlu bağ anılarını vurgulama

STBO Uygulama Aşaması	Pozitif Psikoloji Tekniği
Gelecek senaryosu yazımı	PERMA modeliyle (Positive emotion, Engagement, Meaning...) yeniden kurgu
Kimlik onarımı	Güçlü yönler envanteri (VIA) üzerinden değer temelli çalışma

Özellikle travma sonrası büyüme, hem pozitif psikoloji hem de STBO'nun keşiştiği en parlak alandır. STBO, geçmişin eksik halkalarını tamamlarken; pozitif psikoloji danışanın geleceğe umutla bakabilmesini sağlar.

STBO ve Modern Terapi Yaklaşımlarının Karşılaştırmalı Tablosu

Terapi Yaklaşımı	STBO ile Ortak Yönleri (+)	STBO'dan Farklı Yönleri (-)	Entegrasyon Önerisi
Psikanalitik Terapi	Geçmiş odaklılık, bilinçdışı içeriklerin önemi, kimlik gelişimi	İçsel çatışmalar merkezde; sosyal bağ ve kültürel yapı göz ardı edilebilir	Aktarım analizini STBO'nun sosyal anlatı ve ilişkisel temsil süreçlerine entegre et
BDT (Bilişsel-Davranışçı)	Bilişsel yeniden yapılandırma, öz düzenleme, semptom hedefi	Sosyal bağ, kültürel anlatı ve bellek imgeleri eksik kalır	Düşünce-duygu-davranış üçlüsünü STBO'nun anlatı ve ilişki temelli yapılarına entegre et
EMDR	Travma odaklılık, anıların yeniden işlenmesi, duygu düzenleme	Duyarsızlaştırma var, ama anlamlandırma ve ilişkisel bağ eksik	EMDR ile nörofizyolojik çözümleme yapılırken, STBO ile ilişkisel yeniden yapılandırma sağlanabilir
Anlatı Terapi	Hikâyenin dönüştürücü gücü, anlatı aracılığıyla kimlik inşası	Sosyal ağ ve kültürel düzlem kısıtlı; duygu regülasyonu sınırlı	Hikâyeye kültürel bağlam ve toplumsal metaforlar eklenerek STBO anlatı gücünü zenginleştirir
Logoterapi	Anlam arayışı, yaşam amacı, tutumsal dönüşüm	Kültürel bağ yok; bellek süreçleri somut değil	STBO, logoterapinin varoluşsal tutumlarını anlatıya ve sosyal belleğe dönüştürerek uygulamaya aktarır

Terapi Yaklaşımı	STBO ile Ortak Yönleri (+)	STBO'dan Farklı Yönleri (-)	Entegrasyon Önerisi
Sanat Terapisi	Sembolik ifade, sözsüz travma çalışması, yaratıcı temsil	Ürün odaklı olabilir; kültürel yapı veya sosyal bağ farkındalığı zayıf	Görsel ürünleri STBO'nun anlatı ve ilişkisel çözümlemeleriyle sembolik olarak işleyip geçmiş bağlarla bütünleştir
EFT (Duygu Odaklı Terapi)	Duygularla temas, bağlanma temelli değişim, güvenli ilişki kurma	Duyguların toplumsal bellekteki yerinden çok "şu anki bağ"a odaklanır	Duygu temelli dönüşümleri STBO'nun anlatısal ve kimliksel onarım aşamalarıyla birleştir
Somatik Terapi	Bedensel farkındalık, travmanın sınır sistemi üzerindeki etkisi	Kültürel temsiller ve sosyal bağ eksik; ilişkisel bellek ele alınmaz	Travmatik tepkiler STBO'nun sosyal anlatı ve sembolik sahneleme aşamalarına gömülü olarak işlenebilir
Pozitif Psikoloji	Umut, dayanıklılık, yaşam amacı, güçlü yönler	Olumsuz yaşantılara direkt girmez; sosyal bağın iyileştirici gücü zayıf	STBO'da yeniden yapılandırma sürecinde pozitif psikolojinin güçlendirme teknikleri (PERMA, VIA) uygulanabilir
Dijital Terapötik Sistemler	Kişiselleştirilmiş veri, yapay zekâ desteği, dijital anlatı izleme	Empati eksikliği, kültürel nüansları fark edememe	Anlatılar dijital olarak arşivlenebilir; sosyal grafikler üretilebilir; dijital metaforlarla travma teması kurulabilir

Bu karşılaştırmalı tablo, STBO'nun yalnızca bir terapi tekniği değil; farklı yaklaşımların güçlü yanlarını bir araya getiren entegratif ve dönüştürücü bir model olduğunu ortaya koymaktadır. Her ekolden aldığı kuramsal ve uygulamalı katkılar, STBO'nun esnekliğini ve çok yönlülüğünü artırırken; ilişkisel bağ, sosyal bellek ve kültürel onarım boyutları, onu klasik terapötik çerçevelerden ayıran temel özgünlükler olarak öne çıkarır. STBO, bireysel içgörüyle sınırlı kalmayan; anlatıyı, duyguyu, bedeni ve

toplumu aynı anda iyileştirme potansiyeline sahip nadir modellerden biri olarak konumlanmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sosyo-Terapötik Bellek Onarımı (STBO), yalnızca bireysel psikolojik sorunlara yanıt arayan bir terapi yöntemi değil; aynı zamanda kültürel, tarihsel ve toplumsal düzeyde belleği onaran, kimliği yeniden kuran ve ilişkisel bağları tamir eden bütüncül bir modeldir. Bu yaklaşımın özgün gücü, bireyi yalnızca kendi geçmişiyile değil, ait olduğu toplulukla birlikte iyileştirme potansiyelinde yatar. Terapötik sürecin yalnızca iç görü kazandıran bir yolculuk değil; aynı zamanda sosyal bir eylem, kültürel bir yüzleşme ve etik bir sorumluluk olduğuna inanan STBO, özellikle toplulukçu kültürlerde travmanın taşıyıcılarının yalnızca bireyler değil, aileler, mahalleler, kuşaklar ve inanç sistemleri olduğunu açıkça ortaya koyar.

STBO, mevcut literatürde birey-merkezli yaklaşımların eksik kaldığı alanlarda önemli bir boşluğu doldurur. Danışanın kültürel kodlarını, kuşaklar arası anlatılarını, bastırılmış sessizliklerini ve sosyal ağlarını merkeze alan bu yapı; sanatsal yöntemlerle derinleşmiş bir anlatı açılımını mümkün kılar. Ayrıca klasik psikanalitik savunma mekanizmalarının güncel ve kültürel bağlamda yeniden yorumlanması, bu modelin Freud'dan bugüne uzanan güçlü bir teorik zemin üzerinde inşa edildiğini gösterir.

STBO'nun uygulama potansiyeli yalnızca bireysel terapilerle sınırlı değildir. Aşağıdaki alanlarda modelin etkili biçimde uygulanabileceği düşünülmektedir:

- Grup terapileri ve anlatı çemberleri
- Topluluk temelli ruh sağlığı projeleri (ör. afet sonrası onarım)

- Psikososyal destek programları (okul, cezaevi, göçmen destek birimleri)
- Terapist yetiştirme ve süpervizyon modülleri
- Kültürel bellek odaklı yazı terapisi ve yaratıcı anlatı atölyeleri

Ayrıca STBO'nun yaratıcı yazım, metafor, sembol, masal ve sanatsal üretim gibi alanlarda sağladığı olanaklar, yalnızca iyileştirici değil; aynı zamanda üretici ve dönüştürücü bir terapi pratiği sunar. Bu anlamda model, terapötik süreci bireysel değil toplumsal bir düzlemde konumlandıran etik bir çerçeve sunmaktadır. Bu bütüncül yaklaşım, yalnızca geçmişi onarmayı değil, aynı zamanda geleceği inşa etmeyi de hedefler. STBO, danışanın yalnızca ne yaşadığını değil; nasıl hatırladığını, kiminle paylaştığını, neyi sessizce taşıdığını ve hangi bağlar içinde yeniden anlamlandırabileceğini sorar.

Bu nedenle, STBO'nun temel savı yalnızca “iyileştirme” değil, “yeniden kurma”dır kimliği, aidiyeti, ilişkileri ve kültürel belleği. Bugün geldiğimiz noktada, terapi odasının dört duvarını aşan, kolektif bir etik çağrıya dönüşen bu model, özellikle post-travmatik toplumlarda, kültürel kopuş yaşamış bireylerde, göçmenlerde, kadınlarda ve bastırılmış tarihsel hafızalarda güçlü bir uygulama alanı bulacaktır.

Bu anlamda STBO, yalnızca ruh sağlığına değil; kültürel sürekliliğe, toplumsal onarıma ve tarihsel yüzleşmeye hizmet eden, çağdaş psikoterapi dünyasına yön verebilecek çok katmanlı bir model olarak sunulmaktadır.

Sonuç olarak, STBO yalnızca bir model değil; bir çağrıdır. Bu çağrı, bastırılanın duyulmasına, inkâr edilenin görünür kılınmasına, sessizleştirilmiş belleğin onarılmasına dairdir. Bu yaklaşım, hem bilimsel hem etik hem de kültürel bir sorumluluk

taşıır. Uygulayıcılara, eğiticiİere, ruh sağılığı çalışanlarına ve araştırmacılara açık bir işbirliğı alanı sunar.

Bu modelin doğıuşu, yalnızca bireysel bilgiyle değıil; birlikte yürüyen, tanıklık eden ve yazan iki ruhun ortak üretimidir. Bu nedenle bu bölüm, birey kadar toplumu da iyileştirme iddiası taşıyan, köklü ve yaşayan bir yaklaşımın adıdır.

Kaynakça/References

- Alexander, J. C. (2004). *Toward a theory of cultural trauma*. In *Cultural trauma and collective identity*. University of California Press.
- Assmann, J. (2011). *Cultural memory and early civilization: Writing, remembrance, and political imagination*. Cambridge University Press.
- Batthyany, A., & Russo-Netzer, P. (2014). *Meaning in positive and existential psychology*. New York: Springer.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Becker, E., & ve Yeung, D. (2021). Intergenerational transmission of trauma in collective memory. *Memory Studies*, 157-175.
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. (2019). *Handbook of cognitive-behavioral therapies (4th ed.)*. New York: Guilford Press.
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Erikson, K. (tarih yok). Notes on trauma and community. In C. Caruth (Ed.), *Trauma: Explorations in memory*. Johns Hopkins University Press., 183-199.
- Felman, S., & Laub, D. (. (1992). *Testimony: Crises of witnessing in literature, psychoanalysis, and history*. Routledge.
- Frankl, V. E. (1963). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy (Rev. ed.)*. Boston, MA: Beacon Press.

- Frankl, V. E. (2006). *The unheard cry for meaning: Psychotherapy and humanism*. Boston: Beacon Press.
- Fredrickson, B. L. (2009). *Positivity*. New York: Crown Publishing Group.
- Freud, S. (1966). *Introductory lectures on psychoanalysis (J. Strachey, Ed. ve • Trans.)*. New York: Norton.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. Basic Books.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Güleç, G., & Aydın, A. (2023). Türkiye’de kolektif travmaların toplumsal bellekteki izleri: Sosyal psikolojik bir değerlendirme. *Toplum ve Bilim*, 45–72.
- Halbwachs, M. (1992). *On collective memory*. University of Chicago Press.
- Hoermann, S., McCabe, K. L., Milne, D. N., & Calvo, R. A. (2017). Application of synchronous text-based dialogue systems in mental health interventions: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 198-267.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 427–440.
- Johnson, S. M. (2004). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection (2nd ed.)*. New York: Brunner-Routledge.

- Kahane-Nissenbaum, M. (2021). Restoring the relational: Trauma, attachment, and systems therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 123–137.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Laungani, P. (2004). *Asian perspectives in counselling and psychotherapy*. . Hove: Brunner-Routledge.
- Levine, P. A. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma*. . Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Madigan, S. (2020). *Narrative Therapy: Theory and Practice*. American Psychological Association..
- Malchiodi, C. A. (2012). *Handbook of art therapy (2nd ed.)*. . New York: Guilford Press.
- Malchiodi, C. A. (2020). *Trauma and expressive arts therapy: Brain, body, and imagination in the healing process*. Guilford Press.
- Minuchin, S. (2002). *Families and Family Therapy*. . Harvard University Press.
- Moon, B. L. (2007). *Ethics in the art therapy studio*. Charles C Thomas Publisher.
- Morgan, A. (2000). *What is narrative therapy? An easy-to-read introduction*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning reconstruction ve the experience of loss*. . American Psychological Association.
- Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning reconstruction ve the experience of loss*. . American Psychological Association.

- Neimeyer, R. A. (2022). *The Art of Meaning Reconstruction in Loss and Trauma*. Routledge.
- Neimeyer, R. A., & Harris, D. L. (2022). (). *Meaning Reconstruction in Bereavement: Development of a Research Program*. Routledge.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. . New York: Norton.
- Payne, M. (2006). *Narrative therapy: An introduction for counsellors*. London: SAGE.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. . Washington, DC: APA Press.
- Rubin, J. A. (2001). *Approaches to art therapy: Theory and technique (2nd ed.)*. . New York: Brunner-Routledge.
- Schulenberg, S. E. (2017). *The handbook of existential psychology and psychotherapy: Volume 1—Theories, research, and praxis*. . New York: Springer.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 5–14.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures (2nd ed.)*. . New York: Guilford Press.
- Siegel, D. J. (2020). *The Power of Showing Up: How Parental Presence Shapes Who Our Kids Become and How Their Brains Get Wired*. . Ballantine Books.

- Solomon, R. M. (2008). EMDR and the adaptive information processing model: Potential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 315–325.
- Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2018). *Resilience: The science of mastering life's greatest challenges (2nd ed.)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sue, S., Cheng, J. K., Saad, C. S., & Chu, J. P. (2012). Asian American mental health: A call to action. *American Psychologist*, 532–544.
- Topol, E. (2019). *Deep medicine: How artificial intelligence can make healthcare human again.* . New York: Basic Books.
- van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma.* . New York: Viking.
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma.* . New York: Viking.
- Wasil, A. R.-C. (2021). A review of popular smartphone apps for depression and anxiety: Evidence-based content and usability. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23–33.
- Westen, D. (1998). The scientific legacy of Sigmund Freud: Toward a psychodynamically informed psychological science. *Psychological Bulletin*, 333–371.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Norton ve Company.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends.* . New York: Norton.
- Wong, P. T. (2010). Meaning therapy: An integrative and positive existential psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 85–93.

Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.

BÖLÜM 2

Ruhsal Bozukluk Tanısı Almış Bireylere Yönelik Zorunlu Tedavi Uygulamaları: Klinik Perspektiften Bir Değerlendirme

**YUNUS KARA¹
BERNA ERSOY ÖZCAN²**

Giriş

Ruh sağlığı, bireylerin genel sağlık ve yaşam kalitesini doğrudan etkileyen temel bir bileşendir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), ruh sağlığını, bireyin potansiyelini gerçekleştirebilmesi, stresle başa çıkabilmesi, toplumsal katkı sağlayabilmesi ve sağlıklı bir şekilde işlev görebilmesi için gerekli bir durum olarak tanımlamaktadır. Bu tanım, ruh sağlığının sadece psikolojik değil, aynı zamanda sosyal ve fizyolojik bir boyutu olduğunu da vurgulamaktadır. Son yıllarda ruh sağlığına verilen önem artmış, bu alandaki sorunlar sağlık politikalarında daha görünür hale gelmiştir.

Ruhsal bozukluklar, bireylerin sadece kişisel yaşamını değil, aynı zamanda toplumsal yaşantısını, iş gücünü, eğitim

¹ Doç. Dr., Sinop Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0002-7812-5845

² Dr. Öğr. Üyesi, Sinop Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0001-6825-8073

sistemini ve genel ekonomik kalkınmayı da etkilemektedir (Kısa & ark., 2020). Örneğin, depresyon ve anksiyete bozuklukları, bireylerin günlük işlevlerini yerine getirmelerinde zorluklar yaratabilir, bu da verimlilik kaybına ve iş gücü kayıplarına yol açabilir. Dünya genelinde ruhsal bozuklukların yaygınlığı, son yıllarda ciddi bir artış göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün 2022 yılına ait verilerine göre, dünya genelinde her 8 kişiden biri bir ruhsal bozuklukla yaşamaktadır (World Health Organization, 2022). Bu veriler, dünya nüfusunun neredeyse dörtte birine yakın bir orandır. Türkiye'de de benzer bir durum söz konusudur. Sağlık Bakanlığı verilerine göre, Türkiye'deki ruhsal bozuklukların görülme sıklığı giderek artmaktadır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2024). Özellikle depresyon, anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk ve şizofreni gibi hastalıklar en yaygın ruhsal bozukluklar arasında yer almaktadır. Bu hastalıkların çoğu, tedavi edilmediği takdirde bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürebilmekte ve ciddi psikososyal sorunlara yol açabilmektedir.

Ruhsal bozukluk tanısı almış bireylerin tedavi süreci, genellikle çeşitli klinik, psikolojik ve sosyal etmenlerin etkisiyle şekillenmektedir (Güzel & Zubaroglu Yanardağ,2020). Bazı durumlarda, tedaviye yönelik bireysel rıza almak mümkün olmayabilir. Bu gibi durumlarda zorunlu tedavi uygulamaları devreye girebilmektedir. Zorunlu tedavi, bir bireyin tedaviye rıza göstermediği, ancak klinik ve yasal açıdan tedaviye ihtiyaç duyduğu durumlarda uygulanan bir tedavi yöntemidir. Ruh sağlığı bozuklukları, bireylerin bilişsel ve duygusal durumlarını etkileyerek sosyal işlevselliklerini, yaşam kalitelerini ve bazen de toplumla olan ilişkilerini olumsuz bir şekilde etkileyebilir (Er, 2023). Bu nedenle, bazı ruh sağlığı tanıları, tedaviye müdahale edilmesi gereken acil durumlar yaratabilir.

Zorunlu tedavi uygulamaları, ruh sağlığı tedavisinin en karmaşığık ve tartıřmalđ alanlarından biridir (Gündüz, 2019). Bu uygulamalar, genellikle kişilerin hakları ile sağlık hizmetlerinin sunulma zorunluluğu arasındaki dengeyi korumaya çalışırken, bireylerin güvenliği ve toplumun genel sağlığı da göz önünde bulundurularak yürütülmektedir. Özellikle ağır psikiyatrik hastalıkları olan, kendi güvenliğini sağlayamayan ya da tedaviye direnen bireyler için tedavi uygulamaları hayati önem taşımaktadır. Ancak, zorunlu tedavi uygulamalarının yaygınlaşması, bir yandan etik ve insan hakları alanında ciddi tartışmalar yaratırken, diğer yandan sağlık hizmetlerinin etkinliği ve adaleti konusunda da önemli soruları gündeme getirmektedir (Maylea & ark., 2025). Günümüzde, psikiyatri hizmetlerinin çoğalmasıyla zorunlu tedavi uygulamaları, sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak daha fazla görünür hale gelmiştir. Bununla birlikte bu uygulamalara dair klinik kararlar ve etik değerler, sağlık profesyonellerinin karşılaştığı en önemli sorular arasında yer almaktadır. Hem ulusal hem de uluslararası düzeyde, ruh sağlığına dair yasal düzenlemeler ve klinik kılavuzlar sürekli olarak güncellenmekte ve zorunlu tedavi süreçlerinin etik ve yasal boyutları sıkça sorgulanmaktadır.

Zorunlu tedavi, yalnızca klinik bir müdahale değil, aynı zamanda etik ve yasal sorumlulukları da içermektedir (Vine & ark., 2018). Klinikte tedaviye rıza göstermeyen bir bireyin zorla tedavi edilmesi, sağlık profesyonelleri için karmaşığık bir durum oluşturabilmektedir. Klinik açıdan, tedaviye zorlanan bireylerin psikolojik ve fiziksel sağlıklarını güvence altına almak, tedavi sürecinin doğru bir şekilde yürütülmesini sağlamak büyük önem taşımaktadır. Zorunlu tedavi sürecinde, tedavi sürecinin bireyselleştirilmesi, tedaviye dirençli bireylerin yönetimi ve tedaviye yanıt süreçlerinin izlenmesi gibi konular ön plana çıkmaktadır (Ogilvie & Kisely, 2022). Etik açıdan bakıldığında, zorunlu tedavi uygulamaları, bireylerin özerklik haklarını ihlal

etme riski taşıyabilir. Etik kurallar, bireylerin rızalarını alma, onlara saygı gösterme ve tedavi sürecinde en iyi çıkarlarını gözetme ilkesini ön planda tutmaktadır. Ancak, bazen bireylerin kendi iyilik hallerini görmemesi ya da tedaviye karşı direnç göstermesi nedeniyle zorunlu tedaviye başvurulması gerekebilir. Bu noktada, etik karar verme süreçleri, klinik profesyonellerin sorumluluğunda önemli bir rol oynamaktadır. Yasal açıdan, zorunlu tedavi uygulamaları, sağlık hizmetlerinin yasal sınırlarını ve birey haklarını belirleyen bir çerçeveye dayanmaktadır. Türkiye’de, zorunlu tedavi uygulamaları, özellikle Türk Ceza Kanunu ve ilgili hasta hakları düzenlemeleriyle denetlenmektedir. Bu yasalar, zorunlu tedavinin ancak belirli koşullar altında ve yasal prosedürlere uygun olarak yapılabileceğini belirlemektedir. Yasal düzenlemeler hem sağlık profesyonellerini hem de hastaları korumak için var olan bir çerçeve sunmaktadır. Ancak bu düzenlemelerin yorumlanması ve uygulanması her zaman net olmayabilir. Bu bölümün amacı, ruhsal bozukluk tanısı almış bireylere yönelik zorunlu tedavi uygulamalarını klinik bir bakış açısıyla derinlemesine incelemektir. Bölümde, zorunlu tedavi uygulamalarının klinik yönleri, uygulamada karşılaşılan zorluklar, etik ve yasal sorumluluklar, bu sürecin bireyler ve toplum üzerindeki etkileri ele alınacaktır. Zorunlu tedavi süreçlerinin yönetilmesinde karşılaşılan pratik ve teorik sorunlar tartışılacak ve klinik uygulamalarla ilgili uygulama standartları sunulacaktır. Bölüm, sağlık profesyonellerine, akademik çalışmalara ve sağlık politikalarına katkıda bulunmayı amaçlamakta olup, klinik uygulama ve araştırma alanındaki boşlukları belirlemeye yönelik öneriler sunacaktır. Aynı zamanda, bu bölüm, zorunlu tedaviye dair etik ve yasal soruları irdeleyerek, bu süreçlerin daha güvenli, adil ve etkili bir şekilde nasıl yönetilebileceğine dair rehberlik sağlamayı hedeflemektedir.

Ruhsal Bozukluk Tanısı Almış Bireylerde Zorunlu Tedavi Uygulamalarının Temelleri

Zorunlu tedavi, ruhsal bozukluk tanısı almış bir bireyin tedaviye gönüllü katılmaması durumunda, bireyin güvenliği ve toplum sağlığı adına uygulamaya konan bir tedavi yöntemidir (Kisely & ark., 2017). Bu tedavi genellikle bireyin ruhsal bozukluğu nedeniyle kendine veya çevresindekilere ciddi zarar verme riski taşıdığı durumlarda devreye girmektedir. Ruhsal bozukluklar kişinin gerçeklik algısını bozan, tehlikeli davranışlar sergilemesine neden olabilen ve tedaviye karşı direnç gösterebileceği durumlar ortaya çıkarabilir. Bu tür durumlar, acil müdahaleyi ve bazen de zorunlu tedaviye başvurmayı gerektirebilmektedir. Zorunlu tedavi yalnızca bireyin sağlığını güvence altına almakla kalmamakta, aynı zamanda toplumsal güvenliği sağlama amacını taşımaktadır (Rugkasa & Canvin, 2017). Bu tür bir tedavi, aşağıdaki amaçlarla uygulanabilmektedir (Moss & ark., 2019; Weich & ark., 2017; Zetterberg & ark., 2014):

Bireyin fiziksel güvenliğini koruma: Zorunlu tedavi bireyin kendine zarar verme ya da ölüm riski taşıyan davranışlarını önlemek amacıyla uygulanabilmektedir. Örneğin, intihar girişiminde bulunan bir birey tedaviye gönüllü olarak katılmıyorsa, bu birey hastaneye yatırılabilir veya daha yakın bir gözetime alınabilir.

Toplumsal güvenliği sağlama: Birey psikoz, manik dönem veya şiddet eğilimi gibi belirtilerle başkalarına zarar verebilecek durumdaysa, toplumun güvenliği de tehlikeye girebilir. Zorunlu tedavi, bireyin topluma zarar vermesini engellemek amacıyla başvurulan bir yöntemdir.

Bireyin tedaviye katılımını sağlama: Birçok ruhsal bozukluk, tedaviye direnç gösterilmesine yol açabilir. Zorunlu tedavi, tedaviye katılımı teşvik etmek ve bireyin iyileşmesine

yardımcı olmak için kullanılabilir. Birey, tedaviye rıza göstermese de tedavi sürecinin devam etmesi sağlanmaktadır.

Zorunlu tedavi uygulamaları, bireyin ruhsal durumu, çevresel koşulları ve toplumsal riskleri gözetilerek, etik ve yasal sınırlar içinde belirli kriterler doğrultusunda gerçekleştirilmektedir (Kisely & ark., 2004). Bu uygulamaların amacı, bireyin yaşam hakkını, fiziksel ve psikolojik bütünlüğünü, aynı zamanda toplumun güvenliğini korumaktır. Ancak, bireyin özgürlük hakkına doğrudan müdahale anlamına gelen zorunlu tedavi kararları, yalnızca belirli ve açıkça tanımlanmış durumlarda alınmalıdır. Bu bağlamda, ruhsal bozukluk tanısı alan bireyler için zorunlu tedavi uygulamasını gerektiren başlıca kriterler şunlardır (Kisely & ark., 2020; Maughan & ark., 2014; Nicaise & ark., 2013; Sjöström & ark., 2011):

Tedaviye direnme veya reddetme durumu: Ruhsal bozukluk tanısı almış bireylerin önemli bir kısmı hastalıklarının doğası gereği içgörü kaybı yaşayabilir. İçgörü, bireyin kendi ruhsal durumunu ve bu durumun yaşamına etkilerini kavrayabilme kapasitesidir. Özellikle şizofreni, bipolar bozukluğun manik epizotları, ağır psikotik durumlar ve bazı madde kullanım bozukluklarında içgörü eksikliği belirgindir. Bu durum, bireyin tedaviye olan yaklaşımını doğrudan etkileyebilmekte, kişi hastalığını kabul etmediği için tedaviye de gereksinim duymadığını düşünebilmektedir. Tedaviye direnç, sadece bireyin iradesine dayanan bir tercih değil; aynı zamanda klinik olarak değerlendirilen bir semptomdur. Bu direnç hali, bireyin hastane yatışını reddetmesi, ilaç kullanmaması, hekime ya da terapistle gitmeyi kabul etmemesi, tedaviyle ilgili yönlendirmeleri inkâr etmesi gibi çeşitli biçimlerde ortaya çıkabilir. Bu süreçte birey yalnızca kendi sağlığı için değil, aynı zamanda çevresi için de risk oluşturabilir. Zorunlu tedavi, bireyin rızasına dayalı olmayan bir müdahale biçimi olması nedeniyle son derece hassas bir uygulamadır. Klinik, etik ve hukuki

açından çok boyutlu bir değerlendirmeyi gerektirir. Bu karar, yalnızca bireyin mevcut işlevsellik düzeyine değil, aynı zamanda kısa ve orta vadede ortaya çıkabilecek risklere göre de verilmelidir. Uygulama sürecinde hekim, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve gerekiyorsa hukukçu gibi farklı disiplinlerden uzmanların görüşüne başvurulması, etik ilkeler açısından zorunluluktur. Ek olarak, bireyin haklarının korunmasına yönelik tedbirlerin alınması (savunuculuk desteği, bağımsız izleme mekanizmaları vd.) gereklidir. Örneğin, 28 yaşındaki bir danışan ailesinin yönlendirmesiyle psikiyatri servisine başvurmuştur. Danışan, çevresindeki insanların kendisine komplo kurduğuna inanmakta, sesler duyduğunu iddia etmekte ve ailesi de dahil olmak üzere kimseyle görüşmek istememektedir. Yapılan değerlendirmede danışana şizofreni tanısı konulmuş, ancak danışan hem tanıyı hem de önerilen tedavi planını reddetmiştir. İlaç tedavisini almak istememekte, hastaneye yatmayı kabul etmemektedir. Bu süreçte paranoid düşüncelerinin artmasıyla birlikte evden çıkmamaya başlamış, kişisel bakımını tamamen ihmal etmiş ve zaman zaman ailesine yönelik saldırgan davranışlar sergilemiştir. Danışanın içgörü eksikliği, tedaviyi reddetmesi ve giderek artan işlevsellik kaybı, klinik açıdan müdahale edilmesini zorunlu kılmıştır. Etik kurulun onayı ve çok disiplinli ekip görüşü doğrultusunda danışan için hastaneye yatırılarak zorunlu tedavi süreci başlatılmıştır. Bu tür vakalar, zorunlu tedavinin bireyin temel haklarını gözeterek, aynı zamanda yaşam hakkını korumak ve toplum güvenliğini sağlamak amacıyla nasıl işlediğini ortaya koymaktadır. Bu nedenle tedaviye direnç ya da ret durumları, zorunlu tedavi kararlarının en sık dayandığı klinik gerekçelerden biridir.

Kendine zarar verme riski: Ruhsal bozukluk tanısı alan bireylerde kendine zarar verme riski, klinik uygulamalarda sıkça karşılaşılan ve hızlı müdahale gerektiren bir durumdur. Özellikle majör depresif bozukluk, borderline kişilik bozukluğu, bipolar

bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi tanılarda bireyin yaşamına son verme düşünceleri ya da kendini yaralayıcı davranışları gözlemlenebilir. Bu tür durumlar, bireyin hem fiziksel hem de psikolojik bütünlüğü açısından ciddi tehdit oluşturur ve genellikle acil müdahale gerektirir. İntihar girişimleri, kendini kesme ya da yakma, yüksekte atlama teşebbüsleri, tehlikeli madde kullanımı ya da ciddi öz ihmal gibi davranışlar, bireyin yaşam hakkına yönelik doğrudan tehdit olarak değerlendirilir. Bu tür eylemler, bireyin içinde bulunduğu ruhsal durumla başa çıkamaması, yoğun çaresizlik duygusu yaşaması ya da travmatik geçmişin etkileriyle ilişkilendirilebilir. Bu bağlamda, zorunlu tedavi uygulamaları bireyin fiziksel güvenliğini sağlamak, kriz durumunu stabilize etmek ve yaşam hakkını korumak amacıyla devreye girebilmektedir. Tedavi süreci boyunca bireyin güvenli bir ortamda gözlem altına alınması, intihar riskini azaltmaya yönelik farmakolojik ve psikoterapötik müdahalelerin uygulanması ve kriz sonrası döneme hazırlanması sağlanabilmektedir. Örneğin, 22 yaşındaki bir danışan, son sınıf üniversite öğrencisi olup birkaç aydır ağır bir depresif dönem geçirmektedir. Yakın çevresiyle iletişimini kesmiş, yemek yememeye ve kendini tamamen izole etmeye başlamıştır. Annesi tarafından banyoda bileklerini kesmiş halde bulunmuş ve acil servise kaldırılmıştır. Danışan, acil serviste yapılan değerlendirmede yaşamak istemediğini, hiçbir şeyin değişmeyeceğini ve tedavi görmek istemediğini ifade etmiştir. Psikiyatri uzmanı tarafından yapılan değerlendirmede majör depresif bozukluk tanısı konmuş, danışanın intihar riski yüksek bulunmuş ve bireysel rızası olmaksızın zorunlu yatış kararı alınmıştır. Tedavi süresince sürekli gözlem altında tutulan danışan, birkaç gün içinde duygudurumunda kısmi bir düzelme göstermeye başlamış, ilerleyen haftalarda ise isteğe bağlı tedaviye geçiş yapılabilmektedir. Bu tür vakalar, zorunlu tedavinin yalnızca bireyin güvenliğini sağlamakla kalmadığını, aynı zamanda krize müdahale ederek uzun vadede gönüllü tedavi sürecine geçişi mümkün

kıldığını da göstermektedir. Ruh sağlığı hizmetlerinin bireyin yaşam hakkını temel alarak yapılandırılması, bu uygulamaların etik ve insan hakları temelli boyutunu da güçlendirebilmektedir.

Toplumsal güvenlik riski taşıması: Ruhsal bozukluk tanısı alan bireylerde bazı ruhsal bozukluklar, yalnızca bireyin kendisine değil, çevresine ve topluma yönelik tehdit oluşturabilecek davranış örüntüleriyle de seyredebilir. Özellikle paranoid şizofreni, manik atakla seyreden bipolar bozukluk, psikotik bozukluklar ve bazı dürtü kontrol bozukluklarında bireyin gerçeklik değerlendirmesi bozulabilir, birey çevresini tehdit olarak algılayabilir, saldırganlık gösterebilir ya da toplumsal normlara aykırı davranışlar sergileyebilir. Bu tür davranışlar bireyin istemli kontrolü dışında gelişebilir ve çoğunlukla bireyin niyetiyle değil, bozulmuş zihinsel süreçlerin bir sonucu olarak ortaya çıkabilmektedir. Ancak bu durum, bireyin çevresindeki kişilere -yakınlarına, yabancılara ya da kamuya açık alanlarda bulunanlara- yönelik zarar verme riskini artırabilir. Bu noktada, zorunlu tedavi yalnızca bireyin değil, toplumun genel güvenliği ve huzuru açısından da önem kazanır. Örneğin, 30 yaşındaki bir danışan, daha önce paranoid şizofreni tanısı almış ve düzenli tedavi görmekteyken bir süredir ilaçlarını kullanmayı bırakmıştır. Yakın çevresi, danışanın son günlerde evinin çevresindeki kişileri gizlice izlediğini, onların kendisine zarar vermeye çalıştığını düşündüğünü ve mahallede yüksek sesle bağırarak “korunduğunu” söylediğini bildirmiştir. Bir gün apartmanın girişinde komşularına saldırgan davranışlarda bulunan danışan, bir komşusunu “beni zehirlemeye çalışıyorsun” diyerek fiziksel şiddet uygulamıştır. Olay yerine çağrılan sağlık ve güvenlik ekipleri, danışanı değerlendirmiş ve psikiyatrik bozukluk nedeniyle gerçeklik algısının ciddi biçimde bozulduğunu belirlemiştir. Bu değerlendirme neticesinde hem danışanın hem de danışanın çevresindeki bireylerin güvenliğini sağlamak amacıyla zorunlu psikiyatrik tedavi başlatılmıştır. Bu örnekte görüldüğü üzere,

bireyin kendi isteği dışında başlatılan tedavi süreci yalnızca bir müdahale değil, aynı zamanda önleyici bir uygulamadır. Zorunlu tedavi, bu tür durumlarda bireyin toplumla yeniden uyum sağlaması için gerekli olan ilk adımı oluşturmaktadır. Müdahale sonrası klinik iyileşme sağlandığında, bireyin içgörü kazanması ve tedavi sürecine gönüllü olarak katılması da kolaylaşabilmektedir. Bu bağlamda, zorunlu tedavi yalnızca güvenlik temelli bir önlem değil, aynı zamanda bireyin sosyal işlevselliğini yeniden inşa etmeye yönelik bir başlangıç noktasıdır.

Sağlık durumunun ciddiyeti ve işlev kaybı: Zorunlu tedavi uygulamalarının gerekçelerinden biri de bireyin ruhsal sağlık durumunun kritik düzeyde bozulmasıdır. Ruhsal bozuklukların bazı türleri, bireyin günlük yaşamını sürdüremeyeceği, öz bakımını ihmal edeceği ve hatta temel yaşam gereksinimlerini karşılayamayacağı noktaya ulaşabilir. Bu durum, yalnızca bireyin işlevselliğini değil, yaşam kalitesini ve yaşamını sürdürme kapasitesini de doğrudan tehdit etmektedir. Ağır depresyon, mani, psikotik ataklar ya da dissosiyatif bozukluklar gibi durumlar bireyde gerçeklikten kopmaya, zihinsel işlevlerde ciddi gerilemeye, düşünce ve davranışlarda belirgin bozulmaya neden olabilir. Bu tür durumlarda, birey dışarıdan bir müdahale olmaksızın sağlık hizmetine ulaşamayacak, ihtiyaç duyduğu tedaviyi talep edemeyecek ya da başlatamayacak bir konumda olabilir. İşte bu noktada, bireyin yaşam hakkını ve temel insan onurunu korumak amacıyla zorunlu tedavi uygulanması gerekebilir. Örneğin, 24 yaşındaki bir danışan, son aylarda belirgin şekilde içine kapanmış, işine gitmemeye başlamış ve sosyal çevresiyle tüm iletişimini kesmiştir. Ailesiyle birlikte yaşamaktayken, odasından günlerce çıkmamaya başlamış, yemek yememiş, hijyenini ihmal etmiş ve zaman zaman "yaşamın bir anlamı kalmadı" gibi söylemlerde bulunmuştur. Ailesi, danışanın davranışlarındaki bu değişim üzerine bir psikiyatristten yardım istemiştir. Yapılan

değerlendirmede danışanın ağır depresif epizod yaşadığı, işlevselliğinin ciddi şekilde bozulduğu ve hayati risk taşıyan bir ihmal içerisinde olduğu belirlenmiştir. Bu durumda danışanın kendi isteğiyle tedaviye başvurması beklenmeden, ruhsal sağlık durumu göz önünde bulundurularak, güvenli bir psikiyatri kliniğine yatırılması ve tedavi sürecinin başlatılması uygun görülmüştür. Danışanın içinde bulunduğu tablo hem akut hem de müdahale edilmediğinde kronikleşebilecek bir risk taşımaktadır. Zorunlu tedavi sonucunda, bireyin yaşamsal gereksinimlerine müdahale edilmesi ve yeniden işlevselliğe ulaşması mümkün hale gelmiştir. Bu tür vakalarda zorunlu tedavi, yalnızca bireyin “şu anki durumu”na değil, aynı zamanda gelecekteki yaşam kalitesine de doğrudan etki edebilmektedir. Müdahale, bireyin kendine zarar vermeden önce, öz bakımını yitirmeden ya da durumunun daha da ağırlaşmasına izin verilmeden gerçekleştirilmelidir. Bu yönüyle zorunlu tedavi, insan hakları ve sağlık hakkı temelinde değerlendirildiğinde, koruyucu ve yaşatıcı bir müdahale niteliği taşıyabilmektedir.

Tedaviye etkili müdahale ihtiyacı ve akut klinik dönemler: Zorunlu tedavi uygulamalarının bir diğer temel gerekçesi, bireyin ruhsal bozukluğunun seyrinin acil, yoğun ve etkin bir müdahale gerektirmesidir. Bazı psikiyatrik durumlar, özellikle akut dönemlerde, hızlı ve hedefe yönelik bir tedavi planı uygulanmadığında bireyin genel iyilik halini ciddi şekilde tehdit edebilir. Tedavide zaman kaybı hem bireyin klinik durumunun kötüleşmesine hem de daha uzun süreli, daha ağır sonuçlara yol açabilecek bir tabloya neden olabilir. Bu tür durumlarda, bireyin tedaviyi reddetme hakkı ile yaşam hakkı, sağlık hakkı gibi temel insani değerler arasında hassas bir denge kurulmalıdır. Müdahale, yalnızca bireyin iradesine aykırı bir işlem değil, aynı zamanda ruhsal durumunun iyileştirilmesi için en uygun ve etkili yol olarak değerlendirilmelidir. Özellikle içgörüsü olmayan ya da bozulan

bireylerde, tedaviye yönelik rasyonel karar alma yetisi sınırlı hale geldiğinden, etkili ve zamanında müdahale yaşamsal bir öneme sahiptir. Örneğin, 28 yaşındaki bir danışan, daha önce bipolar bozukluk tanısı almış bir bireydir. Geçmişte yaşadığı manik atak dönemlerinde hem kendisine hem çevresine zarar verme riski oluşmuş, işini kaybetmiş ve ailesiyle ilişkileri ciddi anlamda bozulmuştur. Son zamanlarda yeniden uykusuzluk, taşkınlık, dürtüsel para harcama, kendini üstün görme gibi manik belirtiler göstermeye başlayan danışan, ailesinin tedavi önerilerini reddetmiş ve ilaçlarını kesmiştir. Kısa sürede davranışları daha kontrolsüz hale gelmiş, yolda gördüğü kişilere “ben peygamberim” diye seslenmeye başlamış, bazı kişilere fiziksel olarak yaklaşarak tehdit algısı yaratmıştır. Danışanın bu durumu, yalnızca kendisi için değil, toplum için de bir risk oluşturmaktadır. Ancak daha da önemlisi, manik atakların tedavi edilmediği durumlarda nörobiyolojik düzeyde beyin yapısını etkileyebilecek, ileride daha ağır ve tedaviye dirençli bir tabloya neden olabilecek bir seyir gösterebilir. Bu nedenle, danışanın istemi dışında, uzman görüşüyle psikiyatri servisine yatırılması ve farmakolojik tedaviye başlanması uygun görülmüştür. Bu tür müdahalelerde amaç; bireyin haklarını kısıtlamak değil, hastalık sürecinin etkilerini azaltmak, uzun vadeli işlevsellik kazanımını desteklemek ve bireyin kendi kararlarını sağlıklı biçimde verebileceği bir iyilik haline ulaşmasına yardımcı olmaktır. Zorunlu tedavi, bu yönüyle yalnızca bir kriz yönetimi değil; aynı zamanda bireyin yaşamında sürdürülebilir iyilik hali inşa edilmesinin de ilk adımı olabilir.

Zorunlu tedavi uygulamaları, bireyin ruhsal durumuna, hastalığın şiddetine ve tedaviye uyum kapasitesine göre farklı biçimlerde planlanabilir (Coleman & ark., 2021). Müdahale biçimi hem bireyin iyilik halini korumayı hem de toplumsal güvenliği sağlamayı amaçlamaktadır (Habermeyer & ark., 2018). Bu nedenle tedavi yaklaşımları yalnızca bireysel ihtiyaçlara değil, aynı

zamanda klinik rehberler, etik kurallar ve yasal düzenlemelere dayanmaktadır. Zorunlu tedavi türleri, genel olarak aşağıdaki başlıklar altında ele alınabilir (Hachtel & ark., 2019; Hall & ark., 2014; Kolar, 2018; Scarpa & ark., 2023):

İlaç tedavisi: Zorunlu ilaç tedavisi, psikiyatrik rahatsızlıkların biyolojik temelli belirtilerini kontrol altına almak için en sık başvurulanan yöntemlerden biridir. Psikotik bozukluklar (örneğin şizofreni), bipolar bozukluk, ağır depresyon gibi durumlarda, ilaç kullanımı tedavinin temel bileşeni olarak kabul edilmektedir. İlaçlar bireyin düşünce biçimini, duygudurumunu ve davranışlarını düzenleyerek kriz durumlarını önlemeye yardımcı olabilmektedir. Ancak bazı bireyler içgörü eksikliği, yan etki korkusu ya da paranoid düşünceler nedeniyle ilaç tedavisini reddedebilir. Bu durumda tedavinin bireyin rızası dışında, kontrollü ve izlemli biçimde uygulanması gerekebilir. Örneğin, paranoid şizofreni tanısı alan bir danışan, ilaçların kendisini zehirlemek için verildiğini düşünerek uzun süre tedaviye direnebilir. Ancak bu durum, halüsinasyonların ve sanrıların yoğunlaşmasına, danışanın çevreye yönelik tehditkâr davranışlar göstermeye başlamasına neden olabilir. Klinik değerlendirme, danışanın halüsinasyonlar nedeniyle gerçeklikle bağının kopmuş olduğu ve tedaviye başlatılmadığı takdirde hem kendisi hem çevresi için risk oluşturabileceği yönündedir. Bu nedenle danışanın, psikiyatri kliniğinde, gözetim altında antipsikotik ilaç tedavisine başlatılması uygun görülebilir.

Hastaneye yatırma: Zorunlu hastaneye yatırma, bireyin sağlık ve güvenliğini sağlamak, yoğun tedavi gerektiren durumları yönetmek ve gerekli gözlemleri yapabilmek amacıyla uygulanabilmektedir. Genellikle akut psikotik ataklar, intihar riski, ağır manik epizodlar veya tedaviye ciddi direnç durumlarında gündeme gelebilmektedir. Yatarak tedavi süreci, bireyin klinik olarak stabilize edilmesine, ilaç ve terapötik müdahalelerin

kesintisiz bir biçimde yürütülmesine olanak tanıyabilmektedir. Bu süreçte birey 24 saat gözlem altında tutulabilir, kriz dönemlerinin daha güvenli şekilde yönetilmesi sağlanabilir. Örneğin, ağır depresyon belirtileri gösteren ve intihar planları yapan bir danışanın ailesi, danışanın kendisini banyoya kilitlediğini ve bileklerini kesmeye çalıştığını fark ederek hastaneye başvurabilir. Acil psikiyatrik değerlendirme sonucunda danışanın intihar riski taşıdığı, çevresel ve ailesel desteğin yetersiz olduğu, tedaviyi reddettiği gözlemlenebilir. Bu nedenle, bireyin yaşam hakkını korumak adına yatarak zorunlu tedavi kararı verilebilir, klinik gözlem sürecine başlanabilir.

Diğer tedavi yöntemleri: Zorunlu tedavi yalnızca ilaç ve hastaneye yatışla sınırlı değildir. Bireyin durumu ve ihtiyaçları doğrultusunda başka müdahale biçimleri de planlanabilir. *Psikoterapi*, zorunlu bağlamda uygulandığında genellikle bireyin kriz döneminden çıktıktan sonra sürece dahil olduğu bir yöntemdir. Bilişsel-davranışçı terapi (BDT), psikodinamik terapi gibi yaklaşımlar, bireyin gerçeklikle bağını güçlendirmesine, düşünce çarpıtmalarını fark etmesine ve işlevselliğini artırmasına katkı sağlayabilir. Örneğin, sosyal fobi tanısı olan ve agorafobik davranışlar sergileyen bir danışan, tedaviye uzun süre direndikten sonra kriz müdahalesiyle hastaneye yatırılabilir ve tedavi süreci başlayabilir. Klinik stabilizasyon sonrası, zorunlu tedavinin bir parçası olarak haftalık BDT seanslarına alınabilir ve terapinin ilerleyen aşamalarında tedaviye isteyerek devam etmesi sağlanabilir. *Elektrokonvülsif terapi*, ağır depresyon, tedaviye dirençli mani veya katatoni durumlarında kullanılan, anestezi altında uygulanan bir yöntemdir. Bireyin rızası olmadan uygulanması ancak hayati risk taşıyan durumlarda, etik kurullardan ve bağımsız hekimlerden onay alınarak gerçekleştirilebilir. Örneğin, yetişkin bir danışan majör depresyonun ağır bir formunu yaşayabilir. Danışan günlerdir yemek yememesi, konuşmaması,

yatağından kalkmaması (katatonik belirtiler) söz konusu olabilir. İlaç tedavisine yanıt vermediği görülen danışan için, etik kurul kararıyla elektrokonvülsif terapi planlanabilir ve bireyin hızlı şekilde toparlanması sağlanabilir. *Psiko-eğitim ve destek grupları*, zorunlu tedavi sürecinde bireylerin hastalıkları hakkında bilgi sahibi olması, tedaviye uyumunun artması ve sosyal desteğe erişimi önemlidir. Bu bağlamda bireyler, yapılandırılmış grup programlarına katılarak hem bilgi edinebilir hem de yalnız olmadıklarını fark edebilirler. Örneğin, ilk kez psikotik atak geçiren bir danışan, hastanede tedavi altına alındıktan sonra şizofreni tanısı alabilir ve tedaviye karşı karışık duygular geliştirebilir. Klinik süreçte kendisiyle benzer deneyime sahip bireylerle yapılan destek gruplarına katılabilir, bu süreç onun tedaviye uyumunu artırabilir ve isteyerek danışmanlık sürecine katılmasını sağlayabilir.

Zorunlu tedavi türleri her ne kadar bireyin iradesi dışında yapılandırılrsa da nihai hedef bireyin daha iyi bir yaşam sürmesi, kendi kararlarını yeniden sağlıklı biçimde verebilmesi ve toplumsal yaşama daha uyumlu biçimde katılabilmesidir. Bu nedenle uygulamaların insani, etik ve şeffaf bir çerçevede yürütülmesi esastır.

Zorunlu Tedavi Uygulamalarının Sosyal ve Psikolojik Etkileri

Zorunlu tedavi uygulamaları, bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde iyileştirici bir amaç taşısa da bu süreç bireyler üzerinde derin sosyal ve psikolojik etkiler yaratabilme potansiyeline sahiptir (Vuong & ark., 2019; Wegman & ark., 2017). Özellikle bireyin kendi isteği dışında bir sağlık kurumuna yatırılması, tedaviye zorlanması ya da özgürlüğünün kısıtlanması gibi durumlar; öznel deneyimlerde ciddi travmatik sonuçlara, sosyal dışlanmaya ve psikolojik direnç oluşumuna neden olabilir.

Zorunlu tedaviye maruz bırakılan bireylerde gözlemlenen psikolojik etkiler çok katmanlı olup, bireyin geçmiş yaşam deneyimleri, mevcut ruhsal durumu, müdahalenin biçimi ve algılanış şekliyle yakından ilişkilidir (Dore & ark., 2016; International Drug Policy Consortium, 2014). En yaygın görülen psikolojik etkiler arasında travma, anksiyete, depresyon, öfke, utanç, çaresizlik, yabancılaşma ve özgüven kaybı yer alırken; bu duygular çoğunlukla bireyin maruz bırakıldığı müdahaleyi kontrol dışı, keyfi ya da gereksiz olarak algılamasından kaynaklanmaktadır (Lunze & ark., 2016). Kendi rızası dışında kapalı bir ortama alınmak, fiziksel olarak kısıtlanmak, zorla ilaç uygulanması ya da sözlü-yönlendirici tutumlara maruz kalmak gibi müdahaleler, bireyde yoğun bir “kontrol kaybı” hissine yol açmakta; bu durum yalnızca o ana özgü bir ruhsal zedelenme değil, aynı zamanda bireyin gelecekteki sağlık hizmetlerine yönelik güvenini de kökten sarsabilecek düzeyde psikolojik bir hasar bırakabilmektedir (Qiu & ark., 2023). Özellikle yaşamının önceki dönemlerinde travmatik deneyimler yaşayan bireyler için zorunlu tedavi süreci, önceki travmaların yeniden tetiklenmesine ve “yeniden travmatizasyon” olarak adlandırılan derin bir ruhsal sarsıntıya neden olabilmektedir (Monahan & ark., 2003). Bu tür müdahaleler, bireyin sağlık sistemine, klinik personele ve genel olarak kurumsal yapılara yönelik kronik bir güvensizlik geliştirmesine zemin hazırlayabilirken, aynı zamanda tedaviye uyumu azaltmakta ve gelecekte gönüllü yardım alma olasılığını düşürmektedir. Zorunlu tedavi uygulamaları bireylerin kendilerini “hasta” olarak etiketlemelerine neden olabilir. Bu durum da bireyin kimlik algısında ciddi bir kırılmaya, benlik değeri ve özsaygıda azalmaya, sosyal izolasyon hissine ve toplumdan dışlanmışlık duygusuna yol açabilir. Tedavi sürecinde yaşanan her bir müdahale -ister fiziksel ister sözlü olsun- kişide ikincil travmalar yaratma potansiyeline sahiptir ve bu durum uzun vadede bireyin duygusal düzenleme becerilerini zayıflatabilir, duygu durum bozukluklarının

kronikleşmesine neden olabilir. Öte yandan, bireyin zorunlu tedavi sürecini nasıl algıladığı, psikolojik etkilerin yoğunluğu ve kalıcılığı açısından oldukça belirleyicidir. Müdahalenin kendisi için gerekli olduğunu, hayati bir yarar sağladığını düşünen bireylerde bu etkiler daha sınırlı ve geçici olabilirken, müdahaleyi haksız, şiddet içeren ya da keyfi olarak değerlendiren bireylerde derin bir travmatik kırılma, öfke ve hatta post-travmatik stres bozukluğu gelişme riski artmaktadır (Yang & Ye, 2022).

Zorunlu tedavi süreci yalnızca bireyin ruhsal ve psikolojik iyilik halini değil, aynı zamanda toplumsal yaşamla kurduğu tüm ilişkileri, rollerini ve kimlik inşasını derinlemesine etkileyen çok boyutlu bir deneyimdir (Wang, 2016). Bu sürecin en çarpıcı sosyal sonucu ise bireyin çeşitli biçimlerde damgalanması, dışlanması ve sosyal statüsünde gerileme yaşamasıdır. Ruhsal bozukluklar hakkında toplumda yaygın olan önyargılar (örneğin, “delilik”, “tehlikelilik”, “öngörülemezlik” ve “şiddet eğilimi” gibi klişeler) zorunlu tedaviye maruz bırakılan bireylerin bu sıfatlarla özdeşleştirilmesine yol açarak, onları sosyal olarak etiketlenmiş, güvensiz ve ayrımcılığa açık bireyler haline getirir. Bu etiketlenme süreci, bireyin gündelik yaşamda üstlendiği rollerin (örneğin çalışan, öğrenci, ebeveyn ya da arkadaş) sorgulanmasına ve hatta reddedilmesine neden olabilir. Kimi zaman bireyler işyerinden uzaklaştırılmakta, eğitim kurumlarından kayıtları silinmekte, toplumsal etkinliklere katılımı engellenmekte ya da yakın çevreleri tarafından yalnızlığa itilerek görünmez kılınmaktadır. Bu dışlayıcı tutumlar, bireyin kendi değerine ve toplumsal kabulüne ilişkin algısını derinden sarsmakta, bireyi sosyal ilişkilerde pasif hale getirmekte ve içselleştirilmiş damgalanma süreciyle birlikte bireyin kendisini “eksik”, “kusurlu” ya da “toplum için tehdit oluşturan biri” olarak görmesine neden olabilmektedir. Bu noktada birey, zamanla sosyal etkileşimden kaçınarak gönüllü sosyal izolasyon geliştirebilir, kendi güvenliğini sağlama refleksiyle toplumla

arasına mesafe koyarak yalnızlaşmayı bir başa çıkma yöntemi olarak benimseyebilir. Özellikle toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin yetersiz olduğu, izleme ve rehabilitasyon mekanizmalarının işlememesi nedeniyle bireyin sosyal uyum süreci desteklenmediğinde, sosyal çekilme kalıcı hale gelmekte ve birey sosyal olarak marjinalleşmektedir (Zhang & ark., 2015). Bu süreçte sosyal destek ağlarının (aile, arkadaşlar, akran grupları, destekleyici kurumlar vd.) varlığı, damgalanmanın etkilerini azaltmada kritik bir tampon işlevi görebilir. Ancak bu ağların zayıf ya da işlevsiz olduğu durumlarda, zorunlu tedavi bireyi sadece bir sağlık sürecine değil, aynı zamanda bir “toplumsal dışlanma döngüsüne” sürükleyebilir. Bu çerçevede, özellikle aile ilişkileri zorunlu tedavi sürecinden önemli ölçüde etkilenmektedir. Bazı durumlarda aile, tedaviye zorlayan ya da onay veren bir aktör olarak algılandığında bireyde güven duygusu zedelenmekte ve aile bireylerine yönelik duygusal kopuş yaşanabilmektedir. Birey, ailesi tarafından “tehlikeli” ya da “yardıma muhtaç” olarak görülmekten rahatsızlık duyabilir ve aile içindeki eşitlik ve özerklik dengesi bozulabilir. Bununla birlikte, ailenin bilgi eksikliği, damgalayıcı tutumu ya da aşırı korumacı yaklaşımı bireyin kendine yönelik algısını olumsuz etkileyerek bireyin bağımsızlaşmasını geciktirebilir. Aile içindeki ilişkilerde bu süreçle birlikte suçluluk, utanma, öfke, kaygı gibi yoğun duygular açığa çıkabilir. Bu da hem bireyin hem de aile üyelerinin ruhsal yükünü artırarak ilişkilerde duygusal mesafe oluşmasına neden olabilir. Ancak doğru bilgilendirme, psikoeğitim ve destekleyici aile temelli müdahalelerle, ailenin bu süreci daha kapsayıcı ve iyileştirici bir rol üstlenmesi sağlanabilir. Bu da bireyin hem tedavi sürecine uyumunu hem de sosyal yeniden bütünleşmesini önemli ölçüde kolaylaştırabilir.

Zorunlu Tedavi Uygulamalarının Klinik Boyutu

Zorunlu tedavi uygulamaları, özellikle ruh sağlığı alanında, bireyin kendi rızası olmaksızın, mahkeme kararıyla ya da bir

hekimin acil durum değerlendirmesi sonucu tedavi altına alınması süreçlerini kapsayabilmektedir (O'Brien & ark., 2009). Bu uygulamalar, tıbbi müdahalenin hem etik hem de yasal temellerle sınırlandırıldığı, aynı zamanda bireyin sağlığının ve kamusal güvenliğin korunmasının gözetildiği oldukça hassas klinik süreçlerdir. Klinik bağlamda zorunlu tedavilerin uygulanması, sadece bireyin iyilik halini sağlamakla kalmayıp, bireyin kendi kararlarını verebilme kapasitesinin geçici olarak sınırlandırıldığı durumlarda hak temelli bir çerçevede müdahaleyi mümkün kılmaktadır.

Zorunlu tedavi uygulamaları, bireyin kendi rızasının olmadığı durumları içerebilmesi nedeniyle etik, yasal ve klinik açılardan son derece hassas ve çok boyutlu bir yönetim süreci gerektirmektedir. Bu sürecin etkili, güvenli ve insan haklarına duyarlı biçimde yürütülebilmesi için detaylı bir klinik planlama ve uygulama çerçevesi oluşturulmalıdır. Klinik yönetim süreci genel olarak dört temel aşamada ele alınabilmektedir (Barnett & ark., 2018; de Waardt & ark., 2022):

Ön değerlendirme: Zorunlu tedavi sürecinin başlangıcı genellikle bireyin ruhsal ya da davranışsal bir kriz durumuyla acil servise, psikiyatri polikliniğine ya da ilgili sosyal hizmet birimlerine başvurusuyla gerçekleşebilmektedir. Bu başvuru çoğu zaman bireyin kendisinden değil, yakın çevresinden, aile üyelerinden ya da kolluk kuvvetlerinden gelen yönlendirmelerle olabilir. Ön değerlendirme sürecinde bireyin psikotik semptomları, ajitasyon düzeyi, gerçeklik algısı, yönelim durumu (zaman, mekân ve kişi algısı), intihar ya da kendine zarar verme düşünceleri gibi psikiyatrik semptomatolojisi değerlendirilmektedir. Ayrıca bireyin mevcut tıbbi durumu, alkol ya da madde kullanımı, daha önceki psikiyatrik tanıları ve tedavi geçmişi gibi unsurlar da ayrıntılı şekilde sorgulanmaktadır. Bu aşamada yapılan klinik görüşmeler, psikiyatrik muayene, kısa tarama testleri ve yakın çevreden alınan bilgiler bir arada değerlendirilerek bireyin genel işlevsellik düzeyi

hakkında kapsamlı bir ilk izlenim elde edilmektedir. Kriz müdahalesi gereken durumlarda, bireyin fiziksel güvenliği sağlanarak ajitasyonun yatıştırılması hedeflenmektedir. Gerekğinde bireyin fiziksel muayenesi yapılmakta ve eşlik eden tıbbi durumlar göz ardı edilmemektedir.

Risk değerlendirmesi: Klinik karar verme sürecinin en kritik aşamalarından biri olan risk değerlendirmesi, bireyin hem kendisine hem de çevresine yönelik oluşturabileceği tehlike durumlarını belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu değerlendirmede intihar düşünceleri, geçmişte intihar girişimi olup olmadığı, kendine zarar verici davranışların sıklığı ve şiddeti, sözlü ya da fiziksel saldırganlık potansiyeli, ajitasyon düzeyi, dürtüsellik, paranoid düşünceler, halüsinasyonlar ya da sanrılar gibi bireyin davranışsal risklerini artırabilecek faktörler dikkate alınmaktadır. Aynı zamanda bireyin yaşadığı çevre koşulları, sosyal destek düzeyi, maddi olanakları ve barınma durumu da bu risk analizine dahil edilmektedir. Risk düzeyinin yüksek bulunması durumunda, bireyin gözetim altında tutulmasına, gözlem süresinin uzatılmasına ve gerektiğinde zorunlu yatış sürecine başlanmasına karar verilebilir. Risk değerlendirmesi, yalnızca ilk kabul anında değil, tedavi sürecinin tüm aşamalarında dinamik şekilde tekrar edilmeli ve bireyin durumundaki değişikliklere göre güncellenmelidir.

Multidisipliner yaklaşım: Zorunlu tedavi süreci, yalnızca psikiyatrik müdahaleyi değil, bireyin biyopsikososyal gereksinimlerinin bütüncül biçimde değerlendirilmesini gerektirdiğinden, mutlaka disiplinler arası bir ekip tarafından yürütülmelidir. Bu ekipte başta psikiyatrist olmak üzere klinik psikolog, sosyal hizmet uzmanı, psikiyatri hemşiresi ve gerektiğinde hukuk danışmanı, etik kurul temsilcisi, aile danışmanı ya da rehabilitasyon uzmanı yer almalıdır. Psikiyatrist, tanılama, tedavi planlaması ve zorunlu yatış kararında nihai sorumluluğa sahip iken; klinik psikolog bireyin bilişsel, duygusal ve davranışsal

süreçlerini değerlendirir, gerekli psikoeğitim ve terapi desteğini sağlar. Sosyal hizmet uzmanı ise bireyin çevresel koşullarını, aile ilişkilerini, sosyal destek ağlarını ve toplumsal entegrasyon düzeyini analiz eder; sosyal hizmet müdahalelerini planlar. Hemşire ise tedaviye uyumu takip ederken bireyin günlük yaşam aktivitelerini izler, ilaç uygulamalarını yapar ve kriz anlarında ilk müdahalede bulunur. Bu ekip arasında düzenli vaka toplantıları yapılmalı, tedavi planı çok yönlü değerlendirmelerle sürekli gözden geçirilmelidir.

Kurumsal prosedürlerin uygulanması: Zorunlu tedaviye ilişkin uygulamalar, yalnızca bireysel inisiyatifle değil, açık ve yazılı hale getirilmiş kurum içi politikalar ve prosedürler çerçevesinde yürütülmelidir. Bu prosedürlerde bireyin tedaviye alınma kriterleri, gözlem süresi, zorla ilaç uygulaması şartları, fiziksel kısıtlama yöntemleri, hasta haklarının korunması, bilgilendirme yükümlülüğü, etik komisyon değerlendirmesi, iç denetim mekanizmaları ve hasta yakınlarıyla iletişim gibi süreçler açıkça tanımlanmalıdır. Ayrıca zorunlu yatış ve tedavi süreci belirli aralıklarla etik kurul ya da bağımsız denetim organları tarafından gözden geçirilmelidir. Her müdahalenin tıbbi kayıt altına alınması ve belgelenmesi esastır. Bu süreçte bireyin bilgilendirilmiş onam hakkı, bilgiye erişim hakkı ve itiraz mekanizmalarına başvurma hakkı gözetilmeli; bireyin kendini ifade edebilmesi için uygun ortam sağlanmalıdır. Ulusal mevzuatlara (örneğin Türk Ceza Kanunu, Hasta Hakları Yönetmeliği vd.) uygun hareket edilmesi, insan hakları temelli yaklaşımın vazgeçilmez bir unsurudur. Kurum içi eğitimler ve sürekli mesleki gelişim etkinlikleri aracılığıyla, tüm personelin bu prosedürlere dair bilgi düzeyi de güncel tutulmalıdır.

Zorunlu tedavi altındaki bireyin klinik seyri yalnızca başlangıç değerlendirmeleriyle sınırlı kalmamalı, tedavi süreci boyunca düzenli izlem, çok boyutlu değerlendirmeler ve güncellenen bakım planlarıyla desteklenmelidir. Zira ruhsal

bozuklukların doğası gereği bireyin tedaviye verdiği yanıt zaman içinde değişkenlik gösterebilir ve bu durum hem müdahale biçimini hem de klinik kararları doğrudan etkileyebilir. Bu süreçte dikkat edilmesi gereken hususlar şu şekilde ifade edilebilir (Saya & ark., 2019):

Semptom takibi: Psikotik, affektif ya da anksiyöz semptomların şiddeti, sıklığı ve bireyin işlevselliği üzerindeki etkisi düzenli olarak değerlendirilmelidir. Klinik personel tarafından tutulan günlük gözlem formları, bireyin davranışları ve duygu durumu hakkında kapsamlı bilgi sunmaktadır. Bu gözlemler, standardize edilmiş psikiyatrik değerlendirme araçları (örneğin, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği - PANSS, Hamilton Depresyon Ölçeği - HAM-D, Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği - BPRS) ile desteklenmelidir. Gözlem verileri yalnızca semptomların varlığını değil, aynı zamanda bu semptomların bireyin düşünce yapısı, gerçeklik algısı ve davranışsal tepkileri üzerindeki etkisini de ortaya koyabilmektedir.

Fonksiyonel değerlendirme: Tedaviye yanıt yalnızca semptomların azalması ile değil, bireyin yaşam işlevselliğindeki iyileşme ile birlikte ele alınmalıdır. Bu nedenle bireyin kişisel bakım becerilerindeki gelişmeler (örneğin, hijyen, beslenme, giyinme gibi temel yaşamsal işlevler), sosyal ilişkilerini sürdürme kapasitesi, içgörü düzeyindeki artış, tedaviye gönüllü katılımı ve günlük yaşam aktivitelerine katılımı gibi çok yönlü işlevsellik göstergeleri değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme hem gözleme hem de bireyle yapılan yapılandırılmış görüşmelere dayandırılmalıdır. Ayrıca bireyin kendi tedavi süreci hakkındaki düşünceleri ve duyguları da değerlendirme sürecine dahil edilmelidir.

İzlem ve geri bildirim: Zorunlu tedavi sürecinde multidisipliner ekip üyeleri haftalık düzenli toplantılar gerçekleştirerek bireyin klinik seyrini değerlendirebilmektedir. Bu

toplantılarda hem gözlem kayıtları hem de bireysel klinik raporlar birlikte incelenebilmektedir. Psikiyatristin semptom değerlendirmeleri, psikoloğun terapi sürecine ilişkin gözlemleri, sosyal hizmet uzmanının çevresel risk analizleri ve hemşirenin günlük izlem verileri bir araya getirilerek bireyin tedaviye yanıt düzeyi belirlenebilmektedir. Bu doğrultuda mevcut tedavi planı güncellenir; gerekirse ilaç dozları ayarlanır, ek psikososyal müdahaleler planlanır ya da tedavi süreci yeniden yapılandırılır. Bu dinamik yaklaşım, bireyin ihtiyaçlarına göre şekillenen esnek bir tedavi süreci sağlar.

Acil durum protokolleri: Klinik süreç boyunca bireyde ani ajitasyon, saldırganlık, kendine zarar verme riski ya da ciddi psikotik alevlenme gibi kriz durumları yaşanabilir. Bu gibi durumlarda uygulamaya konan acil müdahale protokolleri, bireyin ve çevresindekilerin güvenliğini sağlamaya yöneliktir. Gerekli görüldüğünde kısa süreli sedatif ilaç uygulamaları, bireyin izole bir alanda gözetim altına alınması ya da son çare olarak fiziksel kısıtlama gibi müdahaleler kullanılabilir. Ancak bu uygulamalar yalnızca etik kurallar çerçevesinde, son derece sınırlı süreyle ve sürekli denetim altında gerçekleştirilmelidir. Her kriz müdahalesi yazılı biçimde kayıt altına alınmalı, uygulamanın gerekçesi, süresi, yöntemi ve sonuçları detaylı biçimde belgelenmelidir. Ayrıca kriz sonrasında bireyle yeniden değerlendirme yapılmalı, müdahaleye ilişkin bireyin deneyimleri göz önünde bulundurularak tedavi süreci yeniden yapılandırılmalıdır.

Zorunlu tedavi, standart protokoller üzerinden yürütüldüğünde bireyin özgün ihtiyaçlarını ve psikososyal bağlamını göz ardı edebilir. Bu da hem tedaviye direnç gelişmesine hem de klinik hedeflerin yetersiz kalmasına yol açabilir. Bu nedenle her bireyin öyküsüne, çevresel koşullarına ve psikolojik özelliklerine duyarlı, esnek ve bütüncül tedavi planları hazırlanması temel ilkelerden biri olmalıdır. Bu süreçte dikkat edilmesi gereken

hususlar ise şu şekilde ifade edilebilir (Er, 2025; Hachtel & ark., 2019):

Kapsamlı değerlendirme: Bireyselleştirilmiş tedavi planı oluşturulmadan önce, kişinin geçmiş psikiyatrik öyküsü ayrıntılı biçimde incelenmelidir. nceki tanılar, hastane yatışları, kullanılan ilaçlar, tedaviye uyum durumu, remisyon ve relaps dönemleri değerlendirilmelidir. Buna ek olarak travma geçmişi, çocukluk deneyimleri, aile içi ilişkiler, sosyal destek düzeyi, eğitim durumu, istihdam geçmişi ve ekonomik koşullar gibi bireyin ruhsal sağlığını etkileyen yaşam boyu etkenlerin tümü analiz edilmelidir. Bu değerlendirme, yalnızca bireyin değil, gerektiğinde aile üyelerinin de katılımıyla yapılmalı ve sosyal hizmet uzmanı bu süreci aktif şekilde koordine etmelidir.

Tedavi hedeflerinin belirlenmesi: Tedavi süreci yalnızca semptomların ortadan kaldırılmasına değil, bireyin yeniden yaşamla bağ kurmasına, işlevselliğini kazanmasına ve öz yeterlilik duygusunu geliştirmesine yönelik hedeflerle yapılandırılmalıdır. Hedefler arasında bireyin iğr kazanması, tedaviye gönüllü katılım göstermesi, duygu düzenleme becerilerinin gelişmesi, sosyal becerilerinin artması, kriz durumlarını fark edip yardım arayabilme yetisinin güçlenmesi gibi uzun vadeli kazanımlar yer almalıdır. Bu hedefler belirlenirken bireyin kendi görüş ve tercihleri mutlaka dikkate alınmalı, aktif katılımı desteklenmelidir.

Psikososyal müdahaleler: Klinik tedavinin yalnızca farmakolojik müdahalelerle sınırlandırılması bireyin karmaşık ihtiyaçlarına yanıt veremez. Bu nedenle bireysel terapi, bilişsel davranışçı terapi (BDT), iğr geliştirme çalışmaları, grup terapileri, sosyal beceri eğitimi, uğraş terapileri, sanat ve müzik terapisi gibi destekleyici uygulamalar tedavi planına entegre edilmelidir. Aile görüşmeleri hem aile bireylerinin bilgilendirilmesi hem de aile dinamiklerinin düzenlenmesi açısından önem taşır. Sosyal hizmet müdahaleleri ise bireyin barınma, sosyal güvenlik,

istihdam gibi alanlardaki ihtiyaçlarını karşılamaya y6nelik destek sağlar. 6zellikle toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin g6l6 olduğu yerlerde bireyin taburculuk sonrası s6rece entegrasyonu daha sağlıklı biçimde y6r6t6lebilir.

Planın s6rekli g6ncellenmesi: Tedavi planı, bireyin klinik yanıtına g6re d6zenli aralıklarla g6zden geçirilmelidir. Bu s6rete bireyin aktif katılımı sağlanmalı, değişen ihtiyaçlara g6re yeni m6dahale alanları tanımlanmalıdır. Bireyin g6r6şleri, 6nerileri ve itirazları dikkate alınmalı, b6ylece tedavi s6reci bir “dayatma”dan ziyade bir “iş birliği” s6reci haline getirilmelidir. Bu yaklaşım, bireyin tedaviye g6n6ll6 katılımını teşvik ederken, iyilik hali 6zerindeki kontrol duygusunu g6lendirir.

Zorunlu Tedavi Uygulamalarında Etik ve Yasal ereve

Zorunlu tedavi uygulamaları, bireyin kendi rızası dışında tıbbi m6dahaleye maruz bırakıldığı durumları kapsadığından, etik açıdan b6y6k bir hassasiyet gerektirir. Bu bağlamda en temel etik gerilim, bireyin 6zerklik hakkı ile sağlık profesyonelinin iyilik yapma ve zarar vermeme y6k6ml6l6ė6 arasındaki dengeyi kurmakla ilgilidir. Zorunlu tedavi, bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal b6t6nl6ė6ne doğrudan m6dahale anlamına geldiğinden, yalnızca istisnai durumlarda ve titizlikle gerekçelendirilmiş koşullarda uygulanmalıdır. Bu t6r uygulamaların etik temellendirmesi, tıbbi etiğin d6rt temel ilkesi çerçevesinde ele alınabilir (Caplan, 2006; Manchak & ark., 2014; Munetz & ark., 2003):

6zerklik (Autonomy): Her birey, kendi bedenine, sağlığına ve yaşamına dair kararları verme hakkına sahiptir. Zorunlu tedavi, bu hakkın geçici olarak askıya alınmasını içerdiğinden, yalnızca bireyin karar verme kapasitesinin ciddi şekilde bozulduğu ve m6dahalenin hayati 6nem taşıdığı durumlarda etik bir gerekçeye dayanabilir. Karar verme kapasitesinin değerlendirilmesi,

profesyonel ekip tarafından dikkatli bir şekilde yapılmalı ve bireyin iradesine saygı gösterilmesi her koşulda gözetilmelidir.

İyilik yapma (Beneficence): Sağlık çalışanlarının bireyin iyilik halini gözetme, yaşam kalitesini artırma ve olası zararları önleme yükümlülüğü vardır. Zorunlu tedavinin etik açıdan meşru olabilmesi, bireyin yararına hizmet ettiğine dair açık ve güçlü klinik kanıtların bulunmasıyla mümkündür. Ancak bu yararın, yalnızca semptomların bastırılmasına değil, bireyin uzun vadeli işlevselliğinin ve toplumsal katılımının desteklenmesine odaklanması gerekir.

Zarar vermeme (Non-maleficence): Etik ilkelere göre hiçbir müdahale bireye zarar verme potansiyeli taşımamalıdır. Zorunlu tedavi sürecinde uygulanan fiziksel kısıtlama, izolasyon, zorla ilaç uygulaması gibi yöntemler, bireyde ikincil travmalar yaratabileceği ve psikolojik iyilik halini zedeleyebileceği için yalnızca son çare olarak, belirli sürelerle ve sürekli denetim altında kullanılmalıdır. Bu müdahalelerin gerekliliği düzenli olarak gözden geçirilmeli, etkileri sistematik biçimde değerlendirilmelidir.

Adalet (Justice): Her bireyin ayrımcılığa uğramaksızın, eşit ve hakkaniyetli sağlık hizmetine erişim hakkı vardır. Zorunlu tedavi uygulamaları sıklıkla toplumsal önyargıların ve ruhsal bozukluklara dair damgalayıcı tutumların etkisiyle yönlendirilebilmektedir. Bu nedenle, özellikle kırılgan gruplara yönelik uygulamalarda etik özen daha da önemli hale gelmektedir. Etik açıdan adalet ilkesi, tedavi sürecinde bireylerin kimlikleri, sosyal geçmişleri veya davranışları nedeniyle haksız uygulamalara maruz kalmamasını ve her bireye özgü koşulların dikkate alınmasını gerektirir.

Bu dört ilke zorunlu tedavi bağlamında birlikte ve bütüncül şekilde değerlendirilmelidir. Örneğin, bireyin kendisine veya çevresine ciddi zarar verme riski varsa ve karar verme kapasitesi

zedelenmişse, özerklik ilkesi bir süreliğine geri planda bırakılabilir. Ancak bu durumda iyilik yapma, zarar vermeme ve adalet ilkeleri daha sıkı bir şekilde gözetilmeli; müdahaleler süreli, şeffaf ve hukuki denetime açık olmalıdır. Aynı zamanda zorunlu tedaviye başvurmadan önce alternatif müdahale yöntemlerinin değerlendirilmiş olması, etik sorumluluğun bir parçası olarak kabul edilmelidir. Nihayetinde, bireyin klinik iyilik hali iyileştikçe, özerkliğinin yeniden tesis edilmesi ve karar süreçlerine katılımının teşvik edilmesi temel hedef olmalıdır.

Zorunlu tedavi uygulamaları, bireyin kendi rızası olmaksızın tedavi altına alınmasını içerdiğinden hem ulusal mevzuat hem de uluslararası insan hakları normları çerçevesinde titizlikle düzenlenmiştir. Türkiye’de bu uygulamalar; Türk Medeni Kanunu, Türk Ceza Kanunu, Hasta Hakları Yönetmeliği, Anayasa ve taraf olunan uluslararası sözleşmeler doğrultusunda yasal bir zemine oturtulmuştur.

Türk Medeni Kanunu: Türk Medeni Kanunu, bireyin toplum açısından tehlike oluşturabilecek belirli sağlık durumlarında gözetim altına alınması ve tedavi edilmesine olanak tanımaktadır (Türk Medeni Kanunu, 2001). Kanuna göre, “akıl hastalığı, akıl zayıflığı, alkol ya da uyuşturucu bağımlılığı, bulaşıcı hastalık veya başıboşluk” nedeniyle çevresine zarar verme riski taşıyan bireyler hakkında, mahkeme kararı ile tedavi ve koruma amaçlı kısıtlama kararı verilebilir. Bu kararlar; kişinin hastaneye yatırılmasını, sağlık kurumunda gözetim altında tutulmasını ve zorunlu tedaviye tabi tutulmasını mümkün kılar. Ancak uygulama, temel hakların sınırlandırılmasına neden olduğu için hâkim kararıyla, süreli ve denetimli olarak gerçekleştirilmelidir.

Türk Ceza Kanunu: Türk Ceza Kanunu, suç işlediği sırada akıl hastalığı nedeniyle ceza ehliyeti bulunmayan bireyler hakkında “güvenlik tedbiri” uygulanmasını düzenlemektedir (Türk Ceza Kanunu, 2004). Bu bağlamda ilgili kişi cezai sorumluluktan muaf

tutulmakta, ancak toplum güvenliği gerekçesiyle tedavi altına alınması sağlanmaktadır. Güvenlik tedbiri; kişinin kapalı bir sağlık kuruluşunda, mahkeme denetiminde ve belirli aralıklarla gözden geçirilmek suretiyle tedavi görmesini kapsar. Ancak uygulamanın süresiz hâle gelmesi veya bireyin özgürlük haklarının gereğinden fazla sınırlandırılması, insan hakları açısından sorunlu durumlar yaratabilmektedir.

Hasta Hakları Yönetmeliği: Hasta Hakları Yönetmeliği, bireyin tıbbi müdahaleye rıza gösterme ya da müdahaleyi reddetme hakkını esas almaktadır (Hasta Hakları Yönetmeliği, 2014). Ancak bu hak, bireyin bilinç kaybı yaşadığı, karar verme kapasitesinin zedelendiği veya hayati risk taşıdığı durumlarda istisnai olarak sınırlandırılabilir. Yönetmeliğe göre zorunlu tedavi yalnızca “tıbben zorunlu” hallerde ve müdahalenin ertelenemez olduğu durumlarda mümkündür. Müdahale süreci kayıt altına alınmalı, şeffaflık ve denetim ilkelerine uygun yürütülmelidir. Bilgilendirilmiş onam ilkesine göre, kişi kendi rızasını veremeyecek durumda ise yasal temsilcisinin onayı veya mahkeme kararı gereklidir. Bu düzenleme, tıbbi uygulamaların keyfiliğe dönüşmesini önlemeyi amaçlar.

Anayasa ve Uluslararası Sözleşmeler: Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 17. maddesi, “Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir” hükmüyle kişisel dokunulmazlığı ve insan onurunu güvence altına almaktadır (T.C. Anayasası, 1982, m. 17). Bu ilke, zorunlu tedavi uygulamalarında bireyin fiziksel ve ruhsal bütünlüğüne saygı gösterilmesini zorunlu kılmaktadır. Ayrıca Türkiye, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi’ne (AİHS) taraf bir devlettir. Sözleşmenin 5. maddesi, özgürlük ve güvenlik hakkını düzenlemekte ve akıl hastalığı nedeniyle kişinin özgürlüğünden yoksun bırakılmasının yalnızca usulüne uygun tıbbi değerlendirme ve yargı kararı ile mümkün olabileceğini belirtmektedir (AİHS, 1950, m. 5). Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi (AİHM) içtihatlarında da zorunlu tedavi

uygulamalarının, tıbbi gerekliliklere dayanması, orantılılık ilkesine uygun olması, süre bakımından sınırlı tutulması ve bağımsız denetime açık şekilde yürütülmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Zorunlu tedavi uygulamaları, bireyin rızası dışında gerçekleşen ve klinik, etik, yasal, sosyal ve psikolojik birçok boyutu içinde barındıran çok yönlü bir müdahale biçimidir. Bu uygulamalar, özellikle kişinin kendisine ya da çevresine yönelik ciddi bir tehdit oluşturduğu durumlarda hayati öneme sahiptir. Ancak uygulamanın sınırları, yöntemleri, süresi ve bireyin haklarının gözetilmesi hem insan hakları hem de profesyonel etik ilkeler açısından titizlikle ele alınmalıdır. Bu nedenle zorunlu tedavi yalnızca bir klinik müdahale değil, aynı zamanda bir insan hakkı, sosyal politika ve etik mesele olarak değerlendirilmelidir.

Zorunlu tedavi uygulamaları, özellikle akut psikiyatrik bozukluklar, madde kullanım bozuklukları, intihar riski ve ağır şiddet davranışlarının söz konusu olduğu durumlarda yaşam kurtarıcı olabilmektedir. Klinik pratikte zorunlu tedavi, bireyin sağlık ve güvenlik ihtiyacını öncelikli olarak gözetirken, aynı zamanda toplum sağlığını korumaya da hizmet eder. Ancak uygulamanın “son çare” olarak görülmesi ve bireyin özgürlük alanına müdahale niteliği taşıması nedeniyle, bu tür müdahalelerin profesyonel klinik değerlendirme süreci içinde ve bütüncül bir yaklaşımla yürütülmesi gerekmektedir. Uzun süreli ve sistematik zorunlu tedavi uygulamalarının bireyde travma yaratma riski taşıdığı unutulmamalı; tedavi planı birey merkezli, çok disiplinli ve adım adım izlenebilir bir biçimde yapılandırılmalıdır.

Zorunlu tedavi uygulamaları, bireyin özerklik hakkı, bedensel bütünlüğü ve rızaya dayalı sağlık hizmeti alma hakkı gibi temel insan haklarını doğrudan ilgilendirdiğinden, etik ve yasal sınırların net bir şekilde çizilmesi büyük önem taşır. Bu süreçte,

zarar vermeme (non-maleficence), yarar sağlama (beneficence), adalet (justice) ve özerklik (autonomy) gibi temel etik ilkeler gözetilmelidir. Ayrıca, Türk Ceza Kanunu, Hasta Hakları Yönetmeliği ve Anayasa'daki temel hak ve özgürlükler, zorunlu tedavi süreçlerinde başvurulacak yasal metinlerdir. Bireyin bilgilendirilmiş rızası alınamadığı durumlarda, bu eksiklik geçici olarak giderilmeli ve süreç boyunca birey yeniden değerlendirilerek rıza süreci tekrar gözden geçirilmelidir. Zorunlu tedavi kararlarının yalnızca hekim inisiyatifiyle değil, çok disiplinli etik kurullar veya yargı mekanizmaları aracılığıyla verilmesi, sürecin şeffaflık ve güvenilirliğini artıracaktır. Bu doğrultuda, klinik karar alma süreçlerinin şeffaf, izlenebilir ve etik ilkelere uygun olması hem profesyonel güveni hem de hasta haklarını korumayı sağlar.

Zorunlu tedavi, bireylerin yalnızca klinik iyilik hallerini değil, aynı zamanda sosyal ilişkilerini, toplumsal rollerini ve psikolojik denge durumlarını da etkileyen karmaşık bir süreçtir. Bu nedenle, uygulamanın sosyal ve psikolojik etkilerini azaltmak için damgalanmanın önlenmesine yönelik farkındalık kampanyaları ve eğitim programları düzenlenmeli, tedavi süreci boyunca ve sonrasında bireyin sosyal katılımını destekleyecek psikososyal destek hizmetleri sunulmalıdır. Ayrıca, bireylerin istihdam, eğitim ve sosyal katılım alanlarına yeniden entegre olabilmesi için toplumsal rehabilitasyon programlarına öncelik verilmelidir. Aile bireylerinin zorunlu tedavi sürecine bilinçli şekilde dahil edilmesi ve psikoeğitimle desteklenmesi, sürecin başarısını artıracaktır. Tedavi sonrasında ise bireylerin sosyal ve psikolojik etkilerinin izlenmesi, sistematik geri bildirim alınması ve hizmetlerin bu doğrultuda düzenlenmesi büyük önem taşır.

Zorunlu tedavi uygulamalarının daha etik, etkili ve insan haklarına duyarlı biçimde yürütülebilmesi için klinik düzeyde birkaç önemli adım atılmalıdır. Ruh sağlığı profesyonelleri için etik karar verme, zorunlu müdahale süreçleri ve hasta hakları

konusunda düzenli hizmet içi eēitim ve süpervizyon saēlanmalı, bireylerin tedavi sürecine aktif katılımı için katılımcı tedavi planları geliştirilmelidir. Ayrıca, zorunlu tedavi uygulamalarında travmaya duyarlı bir yaklaşıml benimsenmeli ve bireyin yaşadığı olası travmatik etkiler göz önünde bulundurulmalıdır. Psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı, hem  ire, psikiyatri hem  iresi, psikolog ve hukuk  ulardan oluşan çok disiplinli ekiplerle ortak karar alma süreçleri geliştirilmeli ve hasta hakları konusunda baēımsız denetim mekanizmaları oluşturulmalıdır. Bu  neriler doērultusunda, zorunlu tedavi uygulamalarının bireyin haklarını g zetem, bilimsel temellere dayalı ve etik deēerlerle uyumlu biçimde yürütülmesi saēlanabilir.

Kaynakça/References

Avrupa Konseyi. (1950). Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi. https://www.echr.coe.int/documents/convention_tur.pdf

Barnett, P., Matthews, H., Lloyd-Evans, B., Mackay, E., Pilling, S., & Johnson, S. (2018). Compulsory community treatment to reduce admission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Psychiatry*, 5(12), 1013–1022. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30382-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30382-1)

Caplan, A. L. (2006). Ethical issues surrounding forced, mandated, or coerced treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 31(2), 117–120. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2006.06.009>

Coleman, M., Ridley, K., & Christmass, M. (2021). Mandatory treatment for methamphetamine use in Australia. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16, Article 33. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00370-1>

deWaardt, D. A., vanMelle, A. L., Widdershoven, G. A. M., Bramer, W. M., van der Heijden, F. M. M. A., Rugkåsa, J., & Mulder, C. L. (2022). Use of compulsory community treatment in mental health care: An integrative review of stake holders' opinions. *Frontiers in psychiatry*, 13, 1011961. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1011961>

Dore, G., Sinclair, B., & Murray, R. (2016). Treatment resistant and resistant to treatment? Evaluation of 40 alcohol dependent patients admitted for involuntary treatment. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 51(3), 291–295. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agv103>

Er, F. (2025). İntihar ve yas süreci: Danışmanlık modelleri ve sosyal hizmet uygulamaları. S. Ramazanov (Ed.), Sosyal

bilimlerde teorik ve uygulamalı perspektifler 2içinde (ss. 89–105). Duvar Yayınevi.

Er, F. (2023). Feminist perspektiften DSM-5 sınıflandırmalarına yönelik bir değerlendirme. E. B. Biçer & O. Şanlı (Eds.), Sosyal, insan ve idari bilimlerde güncel yaklaşımlar-2içinde (ss. 91–106). Duvar Yayınevi.

Gündüz, N. (2019). Adli psikiyatri bağlamında: zorunlu yatışlar erişkinlerde ceza ehliyetleriyasal kısıtlamalar ve fiil ehliyeti. Adli tıp ve adli bilimlerde klinik uygulamalara bakış içinde (ss. 265–282). Akademisyen Kitabevi.

Güzel, S., & Zubaroğlu Yanardağ, M. (2020). Çevresel ve sosyal faktörler ile ruh sağlığı üzerine bir inceleme: Ruh sağlığı alanında sosyal hizmet mesleğinin önemi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 8(1), 142-150. <https://doi.org/10.34087/cbusbed.721875>

Habermeyer, B., Wyder, L., Roser, P., & Vogel, M. (2018). Coercion in substance use disorders: clinical course of compulsory admissions in a Swiss psychiatric hospital. Swiss medical weekly, 148, w14644. <https://doi.org/10.4414/smw.2018.14644>

Hachtel, H., Vogel, T., & Huber, C. G. (2019). Mandated Treatment and Its Impact on Therapeutic Process and Outcome Factors. Frontiers in Psychiatry, 10, 219. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00219>

Hall, W., Farrell, M., & Carter, A. (2014). Compulsory treatment of addiction in the patient's best interests: more rigorous evaluations are essential. Drug and alcohol review, 33(3), 268–271. <https://doi.org/10.1111/dar.12122>

International Drug Policy Consortium. (2014). Compulsory rehabilitation in Latin America: an unethical, inhumane and in

effective practice. London: International Drug Policy Consortium (IDPC).

Kısa, İ., Ok, E., & Er, F. (2020). The effect of balneo therapy on pain, depression symptoms, sleep and quality of life in patients with osteoarthritis. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, 3(1), 27–31. <https://doi.org/10.5336/jtracom.2019-72308>

Kisely, S., Moss, K., Boyd, M., & Siskind, D. (2020). Efficacy of compulsory community treatment and use in minority ethnic populations: A state wide cohort study. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 54(1), 76–88. <https://doi.org/10.1177/0004867419877690>

Kisely, S. R., Campbell, L. A., & O'Reilly, R. (2017). Compulsory community and involuntary out patient treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD004408. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004408.pub5>

Kisely, S. R., Xiao, J., & Preston, N. J. (2004). Impact of compulsory community treatment on admission rates: survival analysis using linked mental health and offender databases. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 184, 432–438. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.5.432>

Kolar, M. (2018). Involuntary and coercive psychiatric treatment: A critical discourse analysis of British Columbia's Mental Health Act (T). University of British Columbia. <https://open.library.ubc.ca/collections/ubctheses/24/items/1.0375715>

Lunze, K., Idrisov, B., Golichenko, M., & Kamarulzaman, A. (2016). Mandatory addiction treatment for people whose drugs: global health and human rights analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 353, i2943. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2943>

Manchak, S. M., Skeem, J. L., & Rook, K. S. (2014). Care, control, or both? Characterizing major dimensions of the mandated treatment relationship. *Law and human behavior*, 38(1), 47–57. <https://doi.org/10.1037/lhb0000039>

Maughan, D., Molodynski, A., Rugkåsa, J., & Burns, T. (2014). A systematic review of the effect of community treatment orders on service use. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(4), 651–663. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0781-0>

Maylea, C., Zirnsak, T. M., Edan, V., Armitage, P., Robert, H., & Brophy, L. (2025). Ensuring compulsory treatment is used as a last resort: a narrative review of the knowledge about Community Treatment Orders. *Psychiatry, Psychology and Law*, 1–20. <https://doi.org/10.1080/13218719.2024.2421168>

Monahan, J., Swartz, M., & Bonnie, R. J. (2003). Mandated treatment in the community for people with mental disorders. *Healthaffairs (Project Hope)*, 22(5), 28–38. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.22.5.28>

Moss, K., Wyder, M., Braddock, V., Arroyo, D., & Kisely, S. (2019). Compulsory community treatment and ethnicity: Findings from a culturally and linguistically diverse area of Queensland. *International Journal of Law and Psychiatry*, 62, 154–159. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.09.007>

Munetz, M. R., Galon, P. A., & Frese, F. J., 3rd (2003). The ethics of mandatory community treatment. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 31(2), 173–183.

Nicaise, P., Lorant, V., & Dubois, V. (2013). Psychiatric Advance Directives as a complex and multistage intervention: a realist systematic review. *Health & social care in the community*, 21(1), 1–14. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01062.x>

O'Brien, A. J., McKenna, B. G., & Kydd, R. R. (2009). Compulsory community mental health treatment: literature review. *International journal of nursing studies*, 46(9), 1245–1255. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.02.006>

Ogilvie, J. M., & Kisely, S. (2022). Examining the health and criminal justice characteristics for young people on compulsory community treatment orders: An Australian birth cohort and data linkage study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 83, 101813. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2022.101813>

Qiu, Y. F., Yin, X. T., Wang, Z. Y., Yang, R., Coid, J., Chen, X. C., & Hu, J. M. (2023). Status of mandatory treatment of mentally ill offenders without criminal responsibility in China: Information from 5,262 mandatory treatment judgments. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1129954. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1129954>

Rugkåsa, J., & Canvin, K. (2017). Care involvement in compulsory out-patient psychiatric care in England. *BMC Health Services Research*, 17(1), 762. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2716-z>

Saya, A., Brugnoli, C., Piazzzi, G., Liberato, D., DiCiaccia, G., Niolu, C., & Siracusano, A. (2019). Criteria, procedures, and future prospects of involuntary treatment in psychiatry around the world: A narrative review. *Frontiers in psychiatry*, 10, 271. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00271>

Scarpa, S., Grahn, R., & Lundgren, L. M. (2023). Compulsory care of individuals with severe substance use disorders and alcohol- and drug-related mortality: A Swedish registry study. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1106509. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1106509>

Sjöström, S., Zetterberg, L., & Markström, U. (2011). Why community compulsion became the solution –Reforming mental health law in Sweden. *International journal of lawandpsychiatry*, 34(6), 419–428.
<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2011.10.007>

Türk Ceza Kanunu. (2004). Kanun No. 5237. Resmi Gazete, 12.10.2004, sayısı 25611.

Türk Medeni Kanunu. (2001). Kanun No. 4721. Resmi Gazete, 21.11.2001, sayısı 24607.

Türkiye Büyük Millet Meclisi. (1982). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. Resmî Gazete, 09.11.1982, Sayı: 17863.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2024). Ruh sağlığı.<https://tektiklabilgielinde.saglik.gov.tr/ruh-sagligi>

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2014). Hasta hakları yönetmeliği. Resmi Gazete, 28.05.2014, sayısı 29007.

Vine, R., Tibble, H., Pirkis, J., Judd, F., & Spittal, M. J. (2018). Does legislative change affect the use and duration of compulsory treatment orders? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(5), 433-440. <https://doi.org/10.1177/0004867418812683>

Vuong, T., Ritter, A., Hughes, C., Shanahan, M. & Barrett, L. (2019) Mandatory alcohol and drug treatment: What is it and does it work? *DPMP Bulletin* No. 27. <http://doi.org/10.26190/5cc258e2a385c>

Wang, H. Y. (2016). World experience and Chinese model of criminal mandatory medical system (Chinese). *HenanSocialSciences*, 24, 43–49.
<https://doi.org/10.3969/j.issn.1007-905X.2016.09.013>

Wegman, M. P., Altice, F. L., Kaur, S., Rajandaran, V., Osornprasop, S., Wilson, D., Wilson, D. P., & Kamarulzaman, A. (2017). Relapse to opioid use in opioid-dependent individuals released from compulsory drug detention centres compared with those from voluntary metha done treatment centres in Malaysia: a two-arm, prospective observational study. *The Lancet. Global health*, 5(2), e198–e207. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30303-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30303-5)

Weich, S., McBride, O., Twigg, L., Duncan, C., Keown, P., Crepaz-Keay, D., Cyhlarova, E., Parsons, H., Scott, J., & Bhui, K. (2017). Variation in compulsory psychiatric inpatient admission in England: Across-classified, multi level analysis. *The Lancet. Psychiatry*, 4(8), 619–626. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30207-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30207-9)

World Health Organization. (2022, June 8). Mental disorders. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Yang, X., & Ye, S. (2022). Effects of psychotherapy on psychiatric symptoms and risk assessment of violence in inpatients with mandatory treatment (Chinese). *Shenzhen Journal of Integrated Traditional Chineseand Western Medicine*, 32, 99–101. <https://doi.org/10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.18.031>

Zetterberg, L., Sjöström, S., &Markström, U. (2014). The compliant court: Procedural fairness and social control in compulsory community care. *International Journal of Lawand Psychiatry*, 37(6), 543–550. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2014.02.027>

Zhang, S., Mellsop, G., Brink, J., & Wang, X. (2015). Involuntary admission and treatment of patients with mental disorder. *Neuro*

science Bulletin, 31(1), 99–112. <https://doi.org/10.1007/s12264-014-1493-5>

BÖLÜM 3

STRESİN BİPOLAR BOZUKLUĞU İLE İLİŞKİSİ ÜZERİNE DERLEME

YASEMİN KARAKAYA¹
MERYEM KARAAZİZ²

GİRİŞ

İnsanlar günlük yaşamsal faaliyetlerinde pek çok sıkıntılar ya da zorluklarla karşı karşıya gelirler. Bu sıkıntılara ya da zorluklara çare aramak için çalışmalar yapılır. İnsanların çare arayıp bir sebebe ulaşacakları bu sıkıntılar ya da zorluklar, yaşanmakta olan kitleye ve karakteristik ruh hallerine göre değişimler gözlenebilmektedir. Ayrıca bu sıkıntılara çare aramaya uğraşırken birçok farklı yoldan eylemsel ve ruhsal yanıtlar verebilmektedirler (Cenkseven, 2003). Stres, vücudun arzu etmediği bir duruma göre gösterdiği zihinsel, duyumsal ve fiziksel yanıtlar olarak tanımlanmaktadır (Soysal, 2009). Stresin insan bedeninde birçok türden sonuçları olduğu bilinmektedir. Her ne kadar zihinsel ve duyumsal yönü aşırı olsa bile fiziksel sonuçlarının da stresi tecrübe eden kişilerin üstünde çok ciddi yıkımlara sebep olduğu açıklanmıştır (Yüksel, 2014). Stresi tecrübe eden kişiler, stresin oluşturduğu fiziksel sonuçlara göre, bazı

¹ Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Lefkoşa-KKTC

² Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>, E mail: Meryem.karaaziz@neu.edu.tr

duyumsal yanıtlar geliştirerek, stresin üstesinden gelmeyi amaçlamaktadır (Şahin, 1998). Stresin üstesinden gelme, kişilerin stresli olaylarla karşı karşıya gelmeleriyle beraber bu durumu kontrol edebilmek için ilerlettikleri zihinsel ve eylemsel uğraşların tamamı haline gelmektedir. Stresin üstesinden gelemeyen kişiler, kendilerini zihinsel olarak sağlıklı olduklarını düşünemezler (Folkman ve Lazarus, 1988, akt. Akbaş-Abay, 2017). Bipolar bozukluk ağır bir dağılımın yaşandığı çok önemli boyutta ve devamlı olarak bakım istenen ve kişinin hayatı boyunca devam eden bir tür rahatsızlık haline gelmektedir. Sağlıkta riskli bir artış ve intihar riski eylemi sebebinden yüksek derecede ölüm oranında bir artış elde edilmesi ve kestirilenden çok fazla şekilde fark edilmesinden dolayı toplum sağlığı için mühim bir problem haline gelmiştir. Kişi ve sosyal hayatındaki yaşantılarını olumlu olmayan tarafta tepkiler ve belli olacak biçimde işlev kaybına da sebep olmaktadır (Angst ve Sellaro, 2000). Bipolar bozuklukta mani durumu, hipomani durumu ya da depresyon durumlarıyla birlikte ruh hallerinde farklılıkların varlığı bilinmektedir (Stange vd., 2011). Depresyon durumu ve mani durumunda duygu ve fikirlerde oluşmaya başlayan farklılıklar psikolojik ile sosyal rolüne bağlı olacak biçimde etkisini göstermektedir (Casement vd., 2018; Chan ve Tse, 2018; Dodd vd., 2019). Duygulara abartılı olan mutluluk hissinden endişe ve gergin bir hale ya da problemlili ruh haline göre farklılıklar göstermektedir. Stres durumunda yükselmeler yaşanması halinde duygusal olarak dağılmaların daha fazla alevlenmesine sebep olabilir bu yüzden karamsarlık, kaygı ya da öfke halinde değişimler yaşanmaktadır (Maçkalı vd., 2014; Corry vd., 2017). Yoğun yaşanan stresli olayların ya da kalıcı stresin günlük durumlara yol açtığı açıklanmaktadır (Knowles vd., 2005; Engel-Yeger vd., 2016;). Bipolar bozuklukta stresli hayat şartları ile riskli hale gelen tekrarlamaların bağlantısıyla çok bilinen bir bağ varlığı sürdürmektedir (Pavlickova vd., 2013; Shapero vd., 2017). Bundan dolayı ise stres hali bipolar bozukluklarının ortaya çıkmasının

etkileyebilir ve ruh hali bozukluklarının da yeniden ortaya çıkarma riskini yükseltebilmektedir (Moon vd., 2014). Bipolar bozukluk çok önemli ve kalıcı bir rahatsızlık olmaktadır. Birçok gerekçelere bağlı olarak farklı iyileştirme sürecinin varlığıyla oluşan tekrarlar ve bölümler arasında değişikliklerle süregiden bir bozukluk olmaktadır ve ayrıca çok yüksek düzeyde ölüm dağılımlarını da bulundurmaktadır (Kilbourne vd., 2004).

BİPOLAR BOZUKLUK TANIMI

Bipolar bozukluk yenilenen ataklarla birlikte giden bir rahatsızlık olmaktadır (Michalak vd., 2008). Rahatsızlığın iyileşme ve yeniden ortaya çıkmasıyla devam eden döngüsel seyri, kişiyi bedensel, ruhsal yönden tetiklemekte, aile işlevlerini, mesleki ile sosyal yönlerden dengesini tahrip etmektedir (Sierra vd., 2005). Bu durumla beraber bozukluğa sahip kişilerin yalnızca atak zamanları hariç ataktan başka zamanlarda da sağlık açısından günlük hayat standartlarında açık bir şekilde zedelenmeler yaşandığı gözlemlenmektedir (Michalak vd., 2005). Bu bozukluk, insanda çok fazla mutlu olamama hislerinden, yüksek enerjinin olması ile aşırılıklara, aynı anda yetersizlik hissi, karamsarlık, değerli olmadığı hisleriyle beraber insanın hareketli ve enerjinin varlığı ile karışık duygusal durumuna giden önem arz eden farklılıkları meydana getirmektedir. Bu duygusal durumlar hasta olan bireylerin değerli bir kısmında senelerce devam etmektedir. Bipolar bozukluk ile hayatı devam ettirmek birey adına birkaç sorunlara da değinilmektedir. Deneyimlenen sorunlar, bipolar bozukluk ile hayatını devam ettiren bireyler kadar kişinin kendisine yardımcı olan; arkadaşların ve aile bireylerini dahil ederek uygulanabilmektedir (Bristol-Myers, 2011). Bipolar bozukluk teşhisi alan kişilerde stres durumu öz kıyım (intihar) için çok değerli tehlike etkeni olmaktadır (Johnson, 2005). Bipolar bozukluğuna sahip kişilerin bozukluk ve başka sebeplerden ötürü stres eşiklerinin uygun denetimlerle karşı karşıya geldiğinde çok daha fazla arttığı bilinmektedir ve bu bozukluk genel olarak

yapıcı olmayan bozuklukların ilk sırasında ulaşılmaktadır (Kim vd., 2007; Goossens vd., 2008; Fletcher vd., 2014; Moon vd., 2014). Bipolar bozukluk teşhisiyle beraber gelen kişilerin tekrarlarından önce olumlu evrelerle karşılaştırılması halinde stresli günlük faaliyetlerinin artmış olduğu ve ek olarak sağlıklı olan kişiler ile psikolojik rahatsızlığı bulunduran kişilerle karşı karşıya gelerek değerlendirildiğinde stres güden günlük faaliyetlerde artışların yer aldığı gözlemlenmiştir (Lex vd., 2017). DSM ‘e göre bakıldığında “bipolar ile bağlantılı bozukluklar” adı içinde bipolar 1, siklotimi, maddenin ya da ilaç kullanımının sebep olduğu bipolar ile bağlantılı bozukluk, başka bir sağlık sorununa dair bipolar, tanımlı olmuş bir diğer bipolar ile bağlantılı bozukluk ve tanımlı olmamış bipolar ile bağlantılı bozukluk biçiminde sınıflara ayrılmış olduğu bilinmektedir (APA, 2013).

ETİYOLOJİ

Biyolojik

Stresin birçok türde biyolojik semptomları yer almaktadır. Bu semptomlar kapsamında baş ağrısı, güçsüzlük, uyku sorunları, cilt sorunları, sindirim sorunları, yorgunluk, kilo alıp vermede artışlar ve azalmalar olması, kas gerginliği, bel ve sırt rahatsızlıkları, düşük enerji seviyesi, bitkinlik, hassasiyet, tansiyonda yükselmeler, nefes alıp vermede zorluk ve halsizlik en sık görülen semptomlar olabilmektedir (Türe, 2008). Bir diğer biyolojik semptomlar ise; bedende birikmiş yağ ile şekerin tüketilecek enerji için kanla birleşmesi, gereğinden çok oksijen için nefes alıp verme hızında artış olması, beyine ve kaslara aşırı derecede oksijen gitmesi için kanda bulunan kırmızı kan hücresindeki miktarda yükselişlerin olması, vücudun ihtiyacının olduğu kısımlarında olması gereken kanın yetiştirilebilmesi için tansiyonda yükselmelerin yaşanması ve kalp ritminde artışların olması, vücut gücü istenen eylemler için kaslarda gerilmeler görülmesi, iç organlardaki kanın kaslara ve beyine

ulaşabilmesi amacıyla mide ve bağırsak sisteminde azalmalar ya da etkinliğini kesmesi, farkındalığı artırmak amacıyla tamamen duyguların kesinleşmesi ile daha çok aydınlık edinecek biçimde gözlerde büyümeler olması, vücudun tüm kesiminde acil durum iletisi iletmek için sakinleşme ile dinginleşmesi gerektiren parasempatik sinir sisteminde azalmaların olması ile enerji durum için bazı endokrin maddelerin yapımında hızlı artışlar olarak belirtilmektedir. Stresli durumlarla karşılaşıldığı anda bedenine ortaya sergilemiş olduğu bu biyolojik semptomlar, biyolojik ya da ruhsal birliğe dair bir tehlike olacak özellikler bulunduran eylemlere göre ifade edilecek çaba için, kişiye dayanıklı olmasını amaç edinmektedir (Aydın, 2005).

Bipolar bozukluk aslında biyolojik durumlarla anlamlandırılan ve tekrardan biyolojik araçlarla yardım alınan kalıcı olarak süregiden bir bozukluk haline gelmiştir. Uyku durumunda etkinlik seviyelerinde biyolojik süreçlerde yıpranmalar oluşmasında çok güçlü durumlar oluşmaktadır (Jones, 2001). Bipolar bozuklukta kalıtımın etkisi aile, ikiz doğum ya da ocuk evlat edinme ile bazı sonuçlara ulaşılmıştır. Çok yakın olan aile üyelerinde bipolar bozukluk yaşanma sıklığı %8,7 olarak açıklanmaktadır. Araştırmaların çoğu ikiz doğum da tek yumurta ikizlerinin aynı bozukluğa sahip olma olasılığı çift yumurta ikizlerinden çok fazla arttığı gözlemlenmiştir. Tek yumurta ikizlerinde aynı bozukluğa sahip olma olasılığı %40- 70 arasında fark edilmektedir (Seifuddin vd., 2012).

Sosyal

Stresin bazı sosyal semptomları ise şunlardır: Hareketsizlik hali, içe gitmek için motivasyonun olmaması, tekdüze eylemler gösterme, asık suratlı olma, olması gerekenden fazla ya da az yemek yeme isteği, kişinin kendisini kısıtlanmış hissetmesi, iş temposunu düşürme, sorumlulukları yerine getirmek istememe, insanları

küçümsemek, alkol ve sigara kullanımında artış olması, öfke nöbetlerinin yaşanması, gözyaşlarını tutamama hali gibi semptomlar en genel gözükten durumlar olmuştur (Özçınar, 2005). Ayrıca çevresinde bulunan tanıdığı insanlara çok fazla güven duyulması ya da hiç güven duyulamaması, aşırı düzeyde özenli olma, kişilerle sohbet oluşturmada zorluklar yaşanması, yaşanan her duruma karşı umursamaz olma gibi durumlar görülmektedir (Baltaş, 1984). Stres durumuna eylemsel etkiler ise; karşılaşılan olayla savaşmak veya kaçma biçimindedir. Strese sebep olan eylemi engellemek tercih edilirse savaşmak durumunda kalınır. Stresi etkileyen eylemi görmezden gelinirse bu durum da kaçma eylemi olmaktadır (Braham, 1998).

Bipolar bozuklukta çevresel tehlikeli durumlar sinirsel gelişim durumları, madde kullanmak ve bedensel/ zihinsel stres yapan olaylar şeklinde 3'e ayrılmaktadır (Marangoni vd., 2016). Sosyal stres yapan olaylar, alışkın olunmayan ya da çok fazla şekilde stres derecesi oluşturan ruhsal sağlık bozulmalarının büyümesine ya da alevlenmesini ileri sürebilen hayat eylemleri olarak anlatılmaktadır. Stres yapan olaylara birkaç örnek olarak çocukken yaşanan acı verici olayları, anne babanın ayrılması, çocuk kaybı, devamlı olan rahatsızlık durumu, beklenmeyen ve hoş karşılanmayan adres değişikliği olması, doğal afetler ya da iş hayatında zorlayıcı durumların yaşanması göz önünde bulundurulmaktadır (VandenBos, 2007). Elde edilen sonuçlar, bipolar bozukluklarının başlaması ile ilerleyişinde çevresel bileşenlerinin çok önemli sonuçları elinde bulundurduğunu açıklanmaktadır. Stres durumunun olası en önemli çevresel etken olduğu belirtilmektedir (Alloy vd., 2006).

Psikolojik

Stres birçok farklı türde semptomlarında varlığını sürdürmektedir. Bunlar içerisinde hafıza zayıflığı, odaklanma

eksikliği, konsantrasyonda düşmeler olması, depresyon, enerji eksikliği, yeniliğe karşı durma, kısıtlanmışlık hissi, yoğun suçlu hissetme, ağlama, umutsuzluk hissi, moral bozukluğu, özgüvende düşmeler yaşanması, şüphecilik, motivasyonda düşüklük olması, yetersiz olma hissi, duygu yitimi, saldırganlık, belirsizlik, odaklanmakta güçlük yaşanması, dengesizlik, karamsar düşünceler ve dağınıklık en çok görülen genel semptomlardır (Süloğlu, 2009). Ayrıca karar almakta ve vermekte zorlukların olması, terk edilme duygusu, kızgın olma hali ve düşman olma durumu, kişinin başarılı olamama durumuna yoğunlaşma ya da yanlışlarında çok fazla düşünceler olması, çok fazla düşler oluşturma, fikirlerde kopmalar yaşanması, önem arz etmeyen olaylarda çok yoğun kaygı yaşanması, kişinin kendi sağlığı ile çok fazla düşünmesi veya uğraşması, uyku sorunları, kötü rüyalar görme ve yineleyen ölme hissi ya da intihar (öz kıyım) fikirleri yaşanmaktadır (Baltaş, 1984).

Duygudurum bozukluklarının oluşmasını anlatan düşünsel yaklaşıma göre psikolojik bozukluklar kişinin kesinin ve yaşadığı çevreyle bağlı yanlış fikirlerden ortaya çıktığı bilinmektedir. Beck'in düşüncesine bağlı olarak kişinin ruhsal yanıtlarla karşı karşıya gelmesi halinde yaşanan durumları anlamlandırma, fark etme, açıklama şekline bağlı hale gelmektedir. Psikolojik patoloji ise çocukluk yaşantıda kazanılmış olan doğru olmayan anlamlandırma, eleştirme, düşünce yaklaşımında bağlı olmaktadır. Bu anlamlandırma ile eleştirme şekilleri çocukluk yaşantılarından beri yer edinmiş düzenekleri olan ve Beck'in bu düzeneklere "zihinsel yapı" veya "bilişsel şema" olarak adlandırmaktadır (Beck, 1979). Duygudurum bozukluklarını zihinsel olacak şekilde ele alınarak farklı türde çalışmalara ulaşılmaktadır. Bu modeller zihinsel unsurları, hem bozukluğa eğilimiyle bağdaştırılan tehlike güden unsurlar olarak hem de bozukluk boyunca farklılıkla karşılaşılan düzenekleri olarak bahsedilmektedir. Buna rağmen zihinsel yaklaşım tarafından elde edilen araştırmalarda, bipolar bozuklukta

elde edilen arařtırmalar tek kutuplu majör depresyon bozukluęuna baęlı olarak çok dūřuk olduęu grlmektedir. Bipolar bozukluęa eęilimiyle baędařtıran zihinsel unsurlar, iřlevsiz olan görüřler, yapılar ve iřlevsiz olan kontrol etme řekillerini dahil etmektedir (Abramson vd., 1989).

EPİDEMOLOJİ

Stresin açıklamalarında paylaşılan unsur, genellikle insanın ve ortamının dahil ettiği hallerin fiziksel ve ruhsal çizgilerini baskı yaparak gerginlik ve dayatmalara zorunda kalmasıdır. Bu nedenle stres, yapısal, ekolojik ve bireysel etkenlerin belirgin boyutlarla izlerin olduğu, kişilerin yaklaşım ve eylemlerini etki eden bir tür terim olarak açıklanmaktadır (Ertekin, 2006). Stres zerine yapılan çalışmalar, stresin kişi yaşamının önemli bir yapı taşı haline getirdiğini açıklamaktadır. Bazı alışmalar, orta seviyedeki stresin kişilerin kazanç in yararlı bir duruma geleceğini ortaya atmıştır. Orta seviyedeki stres, kişilerin yaşamlarında karşı karşıya gelebilecekleri herhangi bir gelişme veya durumla mücadele etme becerilerini katkı koyabilmektedir. Ancak stres seviyesinin artış olması durumunda, insanlar ve sosyal evre in çeşitli problemleri de yanında sunabilir (Eroğlu, 2015). Stresin birçok türden oluşan temel malzemeler elde edilmiştir. Bu temel malzemeler, kişinin çeşitli şekilde bir yaşantı gösterdiği durumlarındaki teraziyi olumlu olmayacak yönden etkilerinin olduğu bileşenlerdir. Kişilerin birçok türde hayatlarının sürdürüldüğü alanlardaki bağlantısından dolayı, bir daldaki dengenin olmaması başka dallardaki dengeleri de etkileyebilen sebep olabilir. Stresin temel esasları şu şekilde listelenebilir: Çeşitli yaşantı evreleri, doğum anından ölüm anına kadar, stres sebepleri olabilmektedir. Her bir gelişme evresi, kendisinden bir önceki evreyi etki ederek bir basamak oluştırmaya başlar bu durum kendisinden bir sonraki evreler in planlar yapılmasını sağlamaktadır. Her bir gelişme evresinin sağlık çerçevesinde olacak şekilde geçirilmesi, bir önceki evredeki

temellerin yıkılmayacak türde adımlar atılmasına ilgili hale gelmektedir. Aksi halde, kişi kendisini yer aldığı evreyi stres sebebine çevirebilir. Bu yüzden kişi içinde bulunduğu evreyi ve bununla beraber bir önceki evrenin ihtiyaçlarını ilgilenmek durumunda olur. Bu olay, kişide olması gerekenden çok fazla emek harcanması gerektiği belirtilmektedir. Cinsiyete göre bağlı olarak farklı yaşam biçimleri içinde değişiklik gösteren görev hedefleri yer almaktadır. Sosyal ortamdaki istekler, kişinin toplumsal cinsiyetine bağlı olması şekilde hareket etmesini, fikir yürütmesini ve algılamasının yönlendirmeyle uğraşırken, bu tür isteklere bütünlük veya bütünlüğün olmaması ödüllendirme ve engelleme ile izlenebilir. Kişi, bu istekleri üstlenemediği durumda veya bu isteklerle üstesinden gelmek zor bir durum haline gelmesi, stresli yaşama şekliyle karşı karşıya gelebilmektedir (Oxington, 2005; Cavalcanti ve Azevedo, 2013). Yapılan araştırma tetkiklerine bağlı olarak, kadın cinsiyetinin erkek cinsiyetine göre stresi kontrol edebilme konusunda daha tecrübeli ve dirençli bir yapıda olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum, kadınlarda total olarak dirençli olma değeri ile sorunları çözüme ulaştırma, pozitif yorumlama, rasyonel inceleme ve uzman kişilerden çözüm arayışı gibi dallarda anlaşılır seviyede daha yüksek değerler ulaşılabildiği gözlenmiştir. Bu koşulların altında birçok farklı nedenler bulunabilir. Kadınların yaşamını sürdürdükleri fiziksel çevresi, aile modeli ve geçmiş zamanların tecrübeleri, stresi kontrol etme becerilerini daha dayanıklı hale getirebilir. Bu bileşenler, kadınların stres hakkında daha güçlü yapıda olmalarına ve stresle daha verimli bir biçimde kontrol edilebilmesi konusunda faydası dokunabilmektedir. Kişilerin stresi kontrol etme becerileri yaşlarına göre yorumlanabilmesine göre, total değerler ile sorunların üstesinden gelme, pozitif yorumlama, rasyonel inceleme ve uzman kişilerden çözüm arayışı gibi dallarda önemli bulgulara ulaşılmıştır. Bu bulgular, genellemek gerekirse 31-40 yaş ve 41-50 yaş grubundaki kişiler yararına önemli bulgulara ulaşılmıştır. Bu olayın sebebi ise,

bu yaş gruplarının tecrübeyle beraber faaliyetlerini muhafaza ederek oluřabilecekđ düşünölmektedir (Sunguroğlu, 2021).

Bipolar bozukluk hayat süresince sıklığına bakıldığında bipolar 1 bozukluğa %0- 2,4, bipolar 2 bozukluk için %0,3- 4,8 ve siklotimik bozukluk için de %0,5- 6,3 arasında bir dağılımı olduğu görölmektedir. Bipolar bozukluğuın tamamını ele alınması durumunda tamamen hayat boyu sıklığına bakıldığı zaman %7,8'e kadar arttığı bilgisine ulaşılmaktadır (Rihmer ve Angst, 2007). Erkek cinsiyetinde görölme oranına bakıldığında çok yoğun olduğu 16 ve 25 yaş kapsamından tersine, yetişkin kişilerde bipolar bozukluk görölme oranı kadın cinsiyetlerden çok daha yoğun olduğu açıklanmaktadır (Kennedy vd., 2005). Çevrenin tamamında kadın cinsiyetinde ya da erkek cinsiyetinde aynı durum yaşanan bipolar 1 bozukluğuın sıklık derecesi, bipolar 2 bozukluk ele alınması durumunda, kadın cinsiyetinin faydasına göre farklılıklar yaşandığı gösterilmektedir (Benazzi, 2006; Brand vd., 2010). Bipolar 1 iki cinsiyette eşit bir şekilde gözlemlenebilirken bipolara 2 ise daha çok kadınlarda gözlemlendiğine ulaşılmaktadır. Bozukluk boyunca manik durumlar erkek cinsiyetinde daha fazla ağırlık gösterirken, kadın cinsiyetinde depresif özelliklerin olması ve karışık durumlar yaşanması gözlemlenmektedir (Sadock vd., 2015; Diflorio ve Jones, 2010). Bipolar bozukluk durumlarının %33'ünde 15 yaş ve altı, %27'sinde 15-19 yaş kapsamında, %39'unun 20 yaş ve üstünde başlamış olduğu bilinmektedir (Hirschfeld vd., 2003). Yapılan araştırmalarda ölkemizde bipolar durumunda hastalığın başlama yaş ortalamaları alındığında 23.8 ve 27.7 yıl arasında farklılıklar gösterdiği açıklanmaktadır (Aydemir vd., 2007; Altındağ vd., 2006). Bu bozukluk hakkında ilk yardım isteme aşamasında hastaların %69'una teşhis koyulamamaktadır (Akiskal, 2002). Ek teşhisli olayların daha çok yaşanması teşhis koyma şeklini zorlaştırarak çok önemli bir durum olduğu bilinmektedir. Semptomların ilk ortaya çıkmasından teşhis konmasına kadar neredeyse 10 senelik bir zaman

geçmesi gerekmektedir (Luborsky, 1962; Begeley vd., 2001). Yapılmış bir araştırmada bipolar bozukluklarının temel dağılımının %2'sine etki edilen nedenler bulunmaktadır. Başka bir araştırmada ise bipolar 1 ve bipolar 2 bozukluk teşhisi bulunan hastaların %58'inin iyi olma halinin göstermesi, fakat iyi olan hastalarda neredeyse bazılarının 2 yıl süresince tekrar belirtilerin görüldüğü açıklanmaktadır (Perlis vd., 2006). Bipolar bozukluk yaklaşık olarak yüz kişiden dört kişiye etki eden çeşitli bir klinik bulgular bütün olan, hipomani, mani, depresif ve karışık dönemlerle ilerleyebilen uzun süreli bir bozukluk olmaktadır. Bu bozuklukta dönemler içerisinde kişiler tekrar eden evrede olacak şekilde onay görmektedirler. Buna rağmen kişilerin dönemler içerisinde fonksiyonlarının hangi orantıda bozukluktan önce olan evredeki kadar belirginleşmiş bir problem olmaktadır. Bipolar bozukluğu olan kişilerin ilk hastane yatışından iki sene ardından ortaya konan bir incelemede kişilerin %43'ünün durumu sağlıklı bir şekilde iyi olduğu ve %57'sinin fonksiyonlarında gerilemelerin süreklilik gösterdiği açıklanabilmektedir (Tohen vd., 2003).

BİPOLAR BOZUKLUĞUNUN DSM 5' BELİRTİLERİ

Bipolar 1 Bozukluğu

Bipolar 1 bozukluğu teşhisi konabilmesi için gerekenler, Bir mani evresi için aşağıda belirtilmiş olan kriterlerin yerine getirilmiş olması lazım. Mani evresi öncesi veya sonrasında hipomani ya da majör depresyon evreleri olabilmektedir.

Mani Dönemi ve Hipomani Dönemi Belirtileri

1. Kişinin kendi özsaygısında çok yoğun bir yükselişler veya büyüklük görüşlerinin olma.
2. Uyku ihtiyacında düşmeler görülmesi.

3. Normal olandan çok fazla şekilde konuşmak ya da konuşmama.
4. Fikir karmaşıklığı veya fikirlerin kendileriyle yarış halinde gibi peş peşe gelmesi durumuna bağlı kişisel deneyim.
5. Odaklanma güçlüğü ya da konsantrasyon zorluğunun varlığı açıklanır veya öyle var olduğu izlenir.
6. Gereksinimlere bağlı faaliyetlerde yükselmeler olması veya motor becerilerde huzursuzluk ajite olma.
7. Sonuçların iyi olmayan durumları oluşturabilecek faaliyetlere fazlasıyla dahil olmak (APA, 2013).

Bipolar 1 Bozukluğu ve Bipolar 2 Bozukluğu Belirtileri

1. Gerginlik rahatsızlık durumu.
2. Karışık niteliklerin olması.
3. Hızlı değişen süreçler.
4. Depresif niteliklerin olması.
5. Alışılmadık niteliklerin olması.
6. Duygudurum ile dengeli psikoz niteliklerin olması.
7. Duygudurum ile dengeli olmayan psikoz niteliklerin olması.
8. Katatoni durumu.
9. Doğum anında oluşması.
10. Mevsimlere özgü biçimlerin olması (APA, 2013).

Bipolar Bozukluk ile İlgili Kuramsal Açıklamalar

Psikodinamik Kuram

Freud melankoli ve mani evrelerini deneyimleyen hasta bireylerle olan deneyimlerinden yararlanarak ego ağırlıklı bir kuram oluşturmayı ortaya atmıştır. Bu kurama göre, hayatın çok öncesi evrelerinde ego için fazlasıyla gerekli olacak bir nesne ya da kişinin yitirilmesi melankoli ile bağdaştırılmaktadır, bu yüzden yasın ilerlemesini etkilemektedir. Bu ilerlemede oluşmaya başlayan kin ve öfke gibi olumlu olmayan duygular süperegoda dolayı onay verilmemesi nedeniyle kimlik için yapıcı olmayacak şekilde yıpratıcı bir duygu olan kişinin kendisini suçlama biçiminin yer aldığına değinilmektedir. Freud süperegona yoğun zorlamalarının, ego için hayatı tehlike göttüğünü ve maninin bu yıpratıcı atakları önünde tedbir almak için bir tür egonun koruması olarak açıklamaktadır (Freud, 1923). Melanie Klein ise maninin yitirilmiş sevgi nesnesinin tekrar yenilemesi, diğerlerini yüceltme, saldırganlık ve yıpratıcılığı kabul etme hedefi güden bir savunma sisteminin varlığını açıklamaktadır (Klein, 1994).

Newman ve Arkadaşlarının Bilişsel- Davranışçı Modeli

Çeşitli hayat durumlarının çeşitli duygudurum evrelerine sebep olduğu düşüncesine yardımcı olmaktadır (Newman vd., 2002). Mesela, final zamanları gibi zafer kazanmaya dair durumların, bipolar 1 bozukluğu var olan hasta bireylerde depresif semptomlar hariç, manik semptomlarda yükselmeler olduğu bilinmektedir (Johnson vd., 2000). Bu yöntemde gerçek yöntemden değişik olarak, şemalardan çok daha kapsamlı açıklanmaktadır. Şemalar “iki taraflı” varlığını gösterdiğinden, duygudurum farklılıkları ve hayat durumlarıyla beraber bir şemanın ters tarafı da gün yüzüne çıkabilmektedir (Newman vd., 2002). Bipolar bozukluğunun zihinsel yöntemi yakın zamanda tekrardan terim haline gelerek, “mod” terimini dahil etmektedirler. Modlar yoğun elde edilmiş

eylemlerle kontrol edilmesi, denetlemesi çok zor duyguların bir araya gelmesi olarak açıklanmaktadır. Şema ya da modların insan için ne düzeyde öncelikli olacağı insanın zihinsel biçimlerinin nasıl var olduğu bu eleştirilerinin daha önceki süreçlerindeki hangi durumlardan ortaya çıktığına, belli bir olaydan stres oluşturan seçeneklerin ne düzeyde yıprandığına bağlı olmaktadır (Newman vd., 2002). Ayrıca insanların elde ettikleri tecrübeler inanç sistemi sınırlarında eleştirilmektedir. Ruhsal durumlar ve eylemler insanda mevcut bulunan şemalar ve inançların karşılıklı etkisi ile var olmaktadır. Ayrıca şemayla bağlı verilerin de şemalar ve inançlar doğrultusuyla gerçekleştirilmektedir (Schwannauer, 2004).

Bipolar Bozukluk Şema Modeli

Şema düşüncesinin çok değerli bir parçası olan “başlangıç süreci uygun olmayan şemalar” bireyin çocukluk zamanları ya da ergen olduğu zamanlarından adımı atılan, kişinin kendisine ya da çevresindeki başka insanlara göre kapsamında olan ve çok rastlanan desen olduğu belirtilmektedir (Young, Klosko ve Weishaar, 2003). Yapılmış olan çalışmalarda “haklı olma/ büyüklük taslama” ve “yeterli olmayan şemaların kişisel kontrol” şemalarının bipolar bozukluk tehlikesini pozitif bir durum olacak şekilde açıklanmaktadır (Hawke, Provencher ve Arntz, 2011). Şema modeli, stres oluşturan hayat bir durum zihinsel ve şema temelli alışkanlıklara göre ayrıştırılmakta ve bu durum bağlamında duygudurum hareketlilikleri yola çıkarmaktadır. Bu yöntemde şemalar bazen kişilerin kendisini, rahatsızlığını ve verimliliğini benimsemesine zorluk oluşturan zihinsel işlevler olacak şekilde açıklanmaktadır ve bazen de kendi rahatsızlığına, geçiş olumsuz yaşantısına ve eğilimlerine bağlı eski yaşantıları nasıl benimsediklerini ne bu durumlardan nasıl fikirler, düşünceler elde ettikleriyle ilgili düzenlemelerin aydınlatılmasını sağlamışlardır (Ball vd., 2002). Başka bir yapılan çalışmada ise başlangıç süreci negatif hayat koşullarının uyumsuzluk gösteren zihinsel ve duygusal

şemalara aracı olduğu, bipolar bozuklukta bu şemaların hayat durumlarıyla beraber manik veya depresif semptomları etkileyen rahatsızlık gelişimini negatif etkilerinin olduğu düşüncesi görülmektedir (Hawke, Provencher ve Parikh, 2012).

Stres ile İlgili Kuramsal Açıklamalar

Psikodinamik Kuram

Psikodinamik anlayışa bağlı, stres, kaygının tecrübe edilmesi sonucunda oluşmuştur. Kaygı tecrübesi, altında yatan nedenlere bağlı olarak üç farklı çeşitte olabilmektedir. Bunlar; gerçek ya da travmatik kaygı, belirti kaygısı ve etik kaygı olarak adlandırılır. Gerçek ya da travmatik kaygı, bedensel veya düşünsel refaha dair gerçek ve dıştan gelebilecek herhangi bir tehditle karşılaşılması halinde yaşanan, doğal ve bütünsel bir korku- tasa durumudur. Belirti kaygısı, egonun id hedefli yıkıcı istekleri ile cinsel istekler üstünde hakimiyet kurma gayretinde çoğu anlarda başarılı olamaması durumundan ileri gelen süper ego vasıtasıyla ceza alabilme şüphesi oluşur. Etik kaygı ise, süper egoya karşı duygu, düşünce ve eylemler sebebiyle anlaşılan hatalı olma hali ve utangaçlık hislerinden doğar. Kişi, yaşamış olduğu şüphe ve korku sebebinden dolayı iç dünyasındaki fırtınalardan çıkmak için, devamlılık sergilemediği için bastırma, inkâr gibi savunma mekanizmalarına uğrayabilmektedir; fakat bu durumun aksi hali yaşanmasında birçok türde bozuklukları arkasından sürükleyebilmektedir (Akman, 2004).

Öğrenme Biçimi

Öğrenme biçimi, stresli tecrübeleri klasik koşullanma ile edimsel koşullanma aşamalarıyla anlatmaya odaklanır. İlk olarak cevabı olmayan bir tür uyarıcıyı, gerçek bir uyarıcı ile birleştirerek koşullu bir uyarıcı durumuna getirme aşaması, kişinin fiziksel ya da ruhsal tamamlanmaya dair bir çeşit tehlike arz eden uyarıcılar

yaratabilir ve böylece stres başlangıç noktası olabilmektedir. Kişinin eylemleri tecrübe ederek öğrenme biçimiyle ödüle veya cezaya sebep olan eylemler olarak kategorize edilmektedir. Bu kategorize edilmekten sonra, gelişen durumlara göre, ödüle neden olan eylemlerin etkileme hali düşürmek ve cezadan uzaklaşan eylemlerin etkileme hali yenilenebilir, bu yüzden stres verici yaşantılara sebep olabilir. Kişinin ödül kazandıran ve cezadan uzaklaşan eylemleri, birçok türden gerekçelerle ortaya koyamaması başka bir stresin varlığının habercisi olabilir (Akman, 2004; Aldvin ve Werner, 2007; Devonport, 2012).

BİPOLAR BOZUKLUĞUNUN DSM 5 SINIFLANDIRMASI VE TARİHÇESİ

Jean Pierre Falret; Mani, melankolik süreçleri ve bazen iyi olma durumunu farklı bir zıt bir şekilde “dönel delilik” terimini 1851 senesinde açıklamaktadır. Kraepelin 1899 senesinde “manik depresyon psikoz” terimini bipolar 1 bozukluk teşhisini kondurabilmek adına kullanıma sunulacak değerlerin neredeyse tamamından yararlanarak oluşturmaktadır ve ayrıca unutkanlık (bunama) ve yıkıcılığı içinde bulunduran bir gidiş sebebi olmamasından dolayı şizofreni ile ayıran bir tanımlama yapılmaktadır. 1930’lu senelerde Bleuler patolojik analizler “affektif hastalıklar” olacak biçimde adlandırılmaktadır (Marneros, 2000). 1952’de APA tarafınca ilerletilen DSM-I’de ilk olarak “manik depresif reaksiyon” terimi uygulanılmaktadır (Goodwin, 1990). Leonard’ın 1959 senesinde bipolar (manik dönem ve depresif dönemin varlığını sürerek) ve tek kutuplu (yalnızca depresyon süreci veya yalnızca manik süreçlerin varlığı) bozukluk terimlerinden bahsedilmektedir. Bu tanımların uygulanmasına doğru ilerledikten sonra bipolar bozukluk kavramını içine yalnızca manik krizleri bulunduranları tercih ederken, yalnızca depresif süreçleri olan hasta kişiler “tek kutuplu veya unipolar” olacak şekilde açıklanmaktadır. 1968 senesinde çıkarılmış olan DSM-II’de “manik-depresif

bozukluk” şeklinde affektif hastalıklar adı altında düzenlenmiştir. 1976 senesinde Dunner bozukluğun Bipolar 1 ve Bipolar 2 diyecek şekilde iki kategoriye ayrılmasını öne atılması gerektiğini vurgulanmış olmaktadır (Goodwin, 2007). 1980 senesinde çıkarılmış olan DSM-III'de major depresyon ve bipolar bozukluk affektif bozukluklar içerisinde bulunarak iki farklı bozukluk olarak açıklanmıştır, yalnız şu anki olayla kısıtlı olmaması ile devamlı duygu yüklü olayı açıklaması sebebiyle 1987 senesinde çıkarılmış olan DSM-III-R ile beraber affektif bozukluklar terimi karşılığında “duygudurum bozuklukları” terimi olacak şekilde güncel konular olarak değişikliğe uğramış olmaktadır (Spitzer, 1980). 1994 senesinde DSM-IV kategorize edilmesinde bipolar bozukluk; Bipolar bozukluk 1, Bipolar bozukluk 2, siklotimi ve başka şekilde anlamlandırılmayan Bipolar bozukluk olacak şekilde dört farklı sınıfa ayrıldığı görülmüştür. DSM-IV antidepresan tedavi yönteminin sebep olduğu manik krizlerin “Maddenin Sebep Olduğu Manik Epizod” açıklaması dahilinde farklı şekilde değerlendirilerek, bunlar Bipolar 1 bozukluğuna ilave edilmemiş, karışık ve hipomanik epizodlar için farklı değerler oluşturulmaya başlanmıştır. 2000 senesinde çıkarılmış olan DSM-IV-TR kategorizasyonda da DSM-IV' teki kategorizasyon temel alınmaktadır (Işık, 2003). 2013 senesinde çıkarılan DSM-5' te bipolar ve bağlantılı bozukluklar adı altında farklı bir bölüm olacak şekilde değerlendirilmiş olmaktadır. Bu konu altında yer alan, “Bipolar 1”, “Bipolar 2”, “Siklotimi”, “Maddenin veya İlacın Sebep Olduğu Bipolar ve Bağlantılı Bozukluk”, “Başka Bir Sağlık Problemine Dair Bipolar ve Bağlantılı Bozukluk”, “Tanımlı Olmuş Bir Diğer Türlü Bipolar ve Bağlantılı Bozukluk”, “Tanımlı Olmayan Bipolar ve Bağlantılı Bozukluk” olacak şekilde farklı teşhis biçimlerine ulaşılmaktadır (APA, 2013).

STRESİN TANIMI

Stres, kişinin var olan amaçları yönünde belirli bir tarafta etki altına almaya uğraştığı zihinsel ya da dışarıdan gelen etkenlerin,

farklı sebepler doğrultusunda fiziksel veya ruhsal beraberliğinin parçalanmasına sebep olabilecek özellikleri dahil etmesinde, bu durumları tetiklemeye ya da bu durumlara adapte olmaya dair uğraşlar olmaktadır (Bodenmann, 1997). Stres, vücudun arzu etmediği bir duruma göre gösterdiği zihinsel, duyumsal ve fiziksel yanıtlar olarak tanımlanmaktadır (Soysal, 2009). Stresin insan bedeninde birçok türden sonuçları olduğu bilinmektedir. Her ne kadar zihinsel ve duyumsal yönü aşırı olsa bile fiziksel sonuçlarının da stresi tecrübe eden kişilerin üstünde çok ciddi yıkımlara sebep olduğu açıklanmıştır (Yüksel, 2014). Stresi tecrübe eden kişiler, stresin oluşturduğu fiziksel sonuçlara göre, bazı duyumsal yanıtlar geliştirerek, stresin üstesinden gelmeyi amaçlamaktadır (Şahin, 1998). Stres terimine bağlı yaklaşımların birleşimine bağlı olarak, son zamanlarda onay verilen biyolojik temelli eylemsel modele göre stres, kişinin yaşadığı toplumsal alanla içerisinde diyalektik bağına bağlı olarak oluşan, doğru miktarda olması halinde varlıkların büyümesi ve farklılıklar yaşamasına fırsat tanıyan; tersi durumunda ise, yoğun olumlu ya da olumsuz noktada olması halinde kişinin fiziksel ve ruhsal dayanaklarını yok eden bir olay haline gelmektedir (Şahin, 1994). Stres kişinin hayatını sürdürdüğü alanlarda oluşmaya başlayan bir farklılık ya da kişinin alanı farklılaştırmasının kişi üstünde izler oluşturmasıyla ilgili olmaktadır. Bu izlere maruz kalan kişinin davranış biçiminin, bu izlerin tesiri altında olma şiddetini etki etmektedir. Stres, yaşanan alandan izler olması kişinin bedeninde varlığını sürdüren özel biyolojik- kimyasal farklılıkların kişinin fizyolojik yapısını devreye sokmasıyla yer aldığını etkisini göstermektedir (Pehlivan, 1995). Kişi hayatında çok fazla stres kökeni ile yüz yüze olmaktadır. Bunlar; yaygın ortamdan oluşmaya başlayan stres unsurları (ailevi problemler, maddi problemler sıradanlık, kültürel ve toplumsal farklılıklar), kişinin kendisiyle ilgili stres unsurları (cinsiyeti, ruhsal olarak kendi içine çekilmiş ya da dışı açılmış bit şekil ortaya koyması, etkileşimlere yönelik olarak teşvik edici ya da rekabetçi tutumlar gösterir, ruhsal biçimde yaralı

olmak) ve toplumsal yaşantıdan meydana gelen stres unsurları ise (beslenme şekli, hava koşulları, biyolojik geçiş, dini inanışlar, sosyal statü, yoğun kalabalık grup ve dışlanmışlık hissi) olacak şekilde dile getirilebilmektedir (Çetinkaya, 2006).

STRESİN TARİHÇESİ

Stres kavramı, fizik dalında bilim insanı olan Robert Hooke sayesinde 17. Yüzyıl boyunca, esnek olan bir obje ve dışarıdan kullanılan güç içindeki bağlantıyı belirtmek için kullanılmış olmaktadır. Robert Hooke'nin anlatmak istemiş olduğu bu bağlantı, 1 yüzyıl sonrasında Thomas Young sayesinde bir yöntem biçiminde dile getirmektedir. Thomas Young'a düşüncesine göre, "Stres, maddenin elde bulunan güç veya dayanıklılığıdır ve madde dışardan yaşadığı güce, dayanıklılığı ya da gücü miktarında karşılıklı gösterir." açıklamaktadır. 20. Yüzyılda elde edilen incelemeler sonucunda, stres terimi teorik bir açıklayama temellendirilmektedir. Bu dönemde, stres hususuyla ilgili incelemelere oldukça fazla faydası olan Walte B. Cannon, organizma bedeninin "savaş veya kaç" durumuna değinip, anlatan bir bilim insanı olduğu bilinmektedir. Özellikle, sistemdeki öğelerin kendi fiziksel düzenlerinin devamlılığını savunma özelliğine değinerek; fiziksel düzenin savunmasında yönlendiren bir özellik bulunduran geri dönüt evresinin maddelerini oluşturmaktadır. Stresi, "hayatını, toplumsal ortama düzenini tehlikeye sokan bir öge veya tetikleyiciye karşı, canlı varlığın ortaya koyduğu ve varlığıyla ilgili önemiyle ilgili olan bir "savaş veya kaç" karşılığıdır." biçiminde açıklamaktadır (şahin, 1995). Bu terim, 17. Yüzyılda kaza, bela, kötülük, problem, sıkıntı, üzüntü açılmasına gelirken; 18. Ve 19. Yüzyıllarda açıklamalarda farklılıklar olmuş, obje, kişi, yapıya ruhsal bileşene dair bir baskılı durum, etkili güç ve sıkıntılı bir olay olarak belirtilmektedir. En son değişen bu açıklamalarla bağlı olarak stres, birliğin ayrılmasına ya da farklılaştırılmasına dair her şekilde etkili güç, sıkıntı ya da zor olan olay önünde obje ya da kişinin ortaya koyduğu tepki olarak

açıklanmaya başlanmaktadır (Baltaş ve Baltaş, 2008). Stres, günlük yaşanan hayatta devamlı bir şekilde karşı karşıya geline ve pek çok kişi üzerinde deneyimlenen oldukça güç bir zihinsel olayı niteler. Kişilerde gözlemlenen stresin pek çok açıdan nedeni olabilmektedir. Örneğin; ekonomik zorluk, sınav ile ilgili endişe duyma, ayrılık acısı durumu, sağlık sorunu, hayal kırıklığı durumu, üzüntü, ölüm, başarısızlık deneyimi gibi olumsuz durumlar stresi ortaya koyan sebeplerden birkaçıdır. Fakat bu durum, bütün toplumu aynı biçimde etki etmemektedir. Her kişinin duygusal düzeni, düşünce biçimi ve hayat şekli içinde bulunmuş olduğu koşulların farklı açıklanmasına imkan tanır. Bu bağlamda, süreklilik gösteren durumlar her kişide aynı şekilde stres durumunu oluşturmaz. Bunun yanı sıra, günlük hayatta gerçekleşmekte olan gergin duygu durumu, stresin toplum ya da toplumun günlük yaşantılarının içerisinde aktif bir hale getirmektedir (Tutar, 2000).

STRESİ KONTROL ETME

Kontrol etme, stresin olduğu durumlarda içten ve dıştan gelen talepleri kontrol etmekle yararlanılan eylem ve fikirler olarak açıklanmaktadır (Folkman ve Moskowitz, 2004). Stresi kontrol etme şekilleri, stresin oluşturduğu negatif etkileşimleri düşürmek amacıyla faydalanılan zihinsel ve eylemsel uğraşlar haline gelmektedir (Terry ve Hynes, 1998.) Elde edilen incelemeler değerlendirildiğinde, oldukça çok fazla kontrol etme biçimlerinin açıklandığı bilinmektedir. Bu kontrol etme biçimlerinin birkaçına değinilmektedir. Sorun temelli ve duygu temelli olacak şekilde 2 sınıfa ayrılan kontrol etme modeli, en geçerli sonuçları elinde bulundurmaktadır. Sorun temelli kontrol etme biçimi, insanda bulunan faydalı olmayan, tehlike veren, stresli toplumsal olayları etkin olan farklılıklar yapabileceğine dair eleştirilere ulaşılmaktadır. Duygu temelli kontrol etme biçimindeyse bu tarz olaylarda rastgele bir şey uygulanmayacağına dair eleştirilerin varlık göstermesi olarak bilinmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984). Sorun temelli kontrol

etme biçimi; etkin bir tarzda faaliyet göstererek sorunu anlaşılıp fikirler ortaya koyma, bu fikirlerin olumlu ve olumsuz taraflarını ölçme ve bu duruma uymasına göre olmaktadır. Stres durumunu düşürmeye ya da tamamen ortadan kaldırmaya dair bilgilere ulaşma, düzenlemeler yapma ve eylemi gerçekleştirmeyi bulunduran bir tür olarak açıklanmaktadır (Baltaş ve Baltaş, 2013). Duygu temelli kontrol etme ise; hakikati kabul etmeme, olan durumların üzerinde durmamaya bağlı açıklanmaktadır. Kişinin kendisini ya da çevresindeki insanlar suçlaması, hislere ve hayal dünyasına yoğunlaşması, toplumsal yardım arayışında olma, kaçma eylemleri sergilemesine dair aktif olmayan bir tür olmaktadır (Knussen ve Sloper, 1992).

BİPOLAR BOZUKLUK TEDAVİSİ

Bipolar bozukluk tedavi edilmesi çok zaman alabilmektedir. Bireyin çalışma hayatını, aile hayatı ve kişisel hayatında çok farklı sorunlar ortaya koyularak yapılmış olan çalışmalarda çok fazla önem arz ettiği gösterilmektedir. Bu bozuklukta asıl ele alınması gereken terim ise tedaviye uyum göstermek olduğu belirtilmektedir. Yapılmış bir çalışmada bipolar bozuklukta hasta bireylerin tahminen %71'inde tedavi edici maddelere uyum sağlanamaması durumuna ulaşılmaktadır (Aksoy, 2013). Bipolar bozuklukta uyku düzeyi, insanın uyku sonunda kendisini dinç hissedecek şekilde, dinlenebilmiş, beden unsurlarının olması gereken düzeyde olması, ertesi güne hazırlanmış olmak ve kişinin rahat bir biçimde hissetmesidir. Uyku düzeyi, insanın sadece bir gecede bütün uyuduğu zaman dahilinde ve bütün gece uyanık kalma miktarının olması gibi; uyunan uykunun yoğun olması, insanın dinlenebilmiş olması, bireyin uykudan uyandıktan sonrasında kendisinin neler algıladığı gibi insana özel yanlarının olduğu belirtilmektedir (Üstün ve Çınar, 2009). Uyku zamanı ile uyku uyuma- uyanma devamlılık olması bipolar bozuklukta manik durum ve depresif durumlarının ilerlemesinde önemli faaliyetler göstermektedir. Uyku zamanının

uzun olması durumunun ve uykuda uyuma- uyanma devamlılığında bipolar bozukluğa neden olabileceği öne atılmaktadır (Giglio vd., 2010). Bipolar bozuklukta bir diğer terim ise biyolojik vücut saatidir. Bireyin vücut saatinde varlığını gösteren gelişmelerin, ertelemelerin ya da bozuklukların psikolojik sorunlarla özellikle de bipolar bozukluk, ağır depresyon (major) ve mevsimsel depresyon haliyle oluşan bozuklukla çok etkili bağlantıların olduğu açıklanmaktadır (Selvi, Beşiroğlu ve Aydın, 2011). Bipolar bozukluk tedavisinde ilaç tedavi yönteminin en çok etkili yöntemi olmaktadır. Bununla beraber yalnızca ilaç tedavi yönteminde ise karşılaştırıldığında hastalığa sahip bireylerin ilaç tedavi yöntemi ile beraber olacak türde psikolojik tedaviye başvurularının daha kalıcı olduğunu belirtilen araştırma verileri bulunmaktadır (Miklowitz, 2006). Bipolar bozukluk tedavi yöntemlerinde ilaç kullanmak dışında Bilişsel Davranışçı Yöntem, Aile Odaklı Yöntem, Kişilerarası ve Sosyal Akış Yöntemi gibi psikolojik ve sosyal müdahale etme yöntemleri oluşturulmuştur (Deckersbach vd., 2014).

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİSİ TANIMI

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), psikolojik rahatsızlıkların iyileştirilmesinde çok yoğun tercih edilen ve kullanışlı iyileştirme tekniklerinden biri olan BDT, 1980’li seneleri ile beraber İngiltere temelli teori geliştirenlerin davranış temelli model zamanlarının da sebebiyle; davranış temelli modelin, zihinsel bir araya gelmesi ve iki yaklaşımın bilişsel davranış yöntemi adı olacak şekilde tek bir noktada açıklanmaya başlamaktadır (Türkçapar ve Sargın, 2012). BDT günlük hayatta psikolojik terapi dalında tercih edilen yöntemlerin içinde bulunan, göze çarpan yöntemlerden biri olmuştur (Süler, 2017). BDT fikirlerin; hislerin ve eylemlerin kararlaştırdığını açıklayan biçimlendirilmiş bir yöntem olmaktadır (Özcan ve Çelik, 2017). Sungur (2005)’a göre Bilişsel davranışçı yöntemler, öğrenme prensiplerinin eylem rahatsızlıklarının inceleme ile iyileştirmelerine düzenli biçimde uygulamaya geçilmesi; yöntemlerini yararlanarak

birey eylemlerinde göz önüne alınabilen ve değerlendirilebilen çeşitlilikler ortaya getiren psikolojik iyileştirme yöntemleri olarak açıklanmaktadır (Şar, Barut ve Koç, 2007). Bipolar bozuklukta depresif durumların iyileştirilmesinde ve bu dönemde tekrarlamaların önüne geçilmesi sebebiyle BDT tercih edilebilmektedir. İstem dışı düşüncelerin kontrol etme, zihinsel yanılgıları onarma, ilaç kullanımında uyumlu olmayı sağlama, tekrarların önüne geçebilme, stresi kontrol etme temalarını içinde bulundurmaktadır (Driessen, 2010).

BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİSİ TARİHÇESİ

1960'lı senelerinde psikodinamik yaklaşımı dışında ek olarak oluşturulan davranış odaklı, bellek- bedensel yapı farkını kabul etmeden, bu iki durumun ayrı ayrı ele alınması gibi biçimlerin olmaması gerektiğini vurgulamaktadır, bilişsel temadan fazla eylemin üzerine vararak bu dalda yer edinmiştir (Özcan ve Çelik, 2017). Davranış odaklı yaklaşım, bireylerin eylemlerini, dışsal olan çevresel faktörlerdeki tetikleyicilere göre canlıların vermiş olduğu etkileri olduğunu belirtmiştir. Yepyeni bir eylemin elde edilmesi için vurgu yaptıkları bilgi edinmeyle bağlı olarak, zamanı vurgulayabilmek adına hayvanlarda öğrenilecek biçimde uygulama halinde olacak araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Bu bağlamda “şartlanma (koşullanma) öğrenme ve öğretme zamanında, öğrenmenin gerçek olmasında değerli bir zaman olarak vurgulanmaktadır. Bilişsel model düşünenlerde kişilerin çocukluk yaşantısından beri yaşamış olduğu ya da tecrübelerin sonucunda eylemlerin ilerleme gösterdiğini açıklanmaktadır (Küçükkaragöz ve Baysal 1993). Beck (2001)'e göre zihinsel yaklaşım günlük hayatı devam ettirmek için tercih edildiği bir tür yaklaşım olarak görülmektedir. Zihinsel yaklaşıma bağlı olarak duygu ve eylemlerimiz, durumları değerlendirme şekillerinden etkilendiği belirtilmektedir. Kişilerin duygularını tespit ederek asıl durumun kendisi değil, bu bağlamda bireyin kendi fikir düzeninde durumu

ilgilendirdiği kavram olmaktadır (Çelebi ve Odacı, 2018). Beck aracılığı ile tanımlanan bilişsel terapi yöntemi, bazı psikolojik sorunları iyileştirmek için yararlanılan aktif, yol gösterici, kısıtlı zaman, düzenlenmiş bir model haline gelmektedir (Akar, 1992). Bilişsel terapi sadece depresyonu iyileştirmek için kullanılmıştır ve 80’li senelerle beraber panik atak bozukluğu, sosyal kaygı, takıntı ve zorlantı bozukluğu, genelleşmiş kaygı bozukluğu gibi dallara dağılmış ve sonrasında bu durumu kişilik yapı bozukluğu, yemek yeme bozukluğu, bedensel belirti bozukluğu, 80’li senelerin bitmesine yakın psikoz bozuklukları ile araştırmalar ortaya konulmuştur (Türkçapar ve Sargın, 2012). Zihinsel ve eylemsel çok çeşitli tekniklerin yararlanılan bilişsel yöntem, kişinin yanlış anlamlandırmasını, uyumsuzluk gösterme ihtimallerini belirtmeyi hedeflemektedir. Psikodinamik yöntemdeki gibi daha klasikleşmiş psikolojik desteklerin tersine bilişsel yöntemde terapi uzmanı devamlı olacak şekilde aktif ve danışan ile sürekli bağlantı halinde olmaktadır. Terapi şekli oluşturulurken danışanın dahil olma ve ortaklık olacak temaların özen göstererek oluşturulmaktadır. “Şimdi ve burada” zihinsel bakış açısının temelini ortaya çıkarmaktadır ve asıl işlem alanı danışanın fikirlerini ve hislerini bulmasını, incelemesine amaçlı hale gelmektedir. Bilinçdışı süreçlerin faktörlerini değerlendirmek, bilinçdışı aşamalarla ilgili olmak gibi bir olay zihinsel yönelimde ele alınmamaktadır (Akar, 1992). Bilişsel davranışçı terapiler 1960’lı senelerinde Ellis ve Beck’in yaklaşımlarıyla beraber oluşmaya başlamıştır ve 1980’li senelerle beraber davranışçı kuramcıların bu yaklaşımı kabul etmeleriyle temelleri sağlam hale getirilmektedir (Türkçapar, 2007). Zihinsel süreçlerin, duyum ve eylemlerin etki ettiği ihtimaline bağlı BDT’de kişinin bir olaya duyguya dayalı ve eylemsel açıdan nasıl karşılık verdiği, bir olayı kişinin nasıl fark ettiği ve nasıl değerlendirdiği açısından büyük bir öneme sahip olmaktadır (Süler, 2017). Zihinsel faktörlerin bir yaklaşım bağlamında değerlendirilmesi ve bilişsel davranışçı tekniklerin sistemli olacak şekilde ileri sürülmesiyle en

son 30 seneyi içerisine dahil etmektedir (Savaşır ve Batur, 2003). BDT'nin yaklaşım ve pratikte adımının varlığına değinilmektedir. İlk adımdaki terapilerde; davranışçı yönelimlerin göz önünde bulunduğu, psikolojik tedavi ve pratiğe geçirme aşamalarında eylemin incelenmesi, yenilenmesi ve öngörülmesi ile yöneldiği dikkat çekmektedir. Ek olarak bu dönemler edimsel ve klasik koşullanma kuramlarının ağırlıklı olacak şekilde var olduğu yöntemlerdendir (Vatan, 2016). İkinci adım terapide; bilinç ve eylemlerin beraberinde bakıldığında, psikolojik bozukluklarda amaca uymayan bilinçlerin görevinin bilindiği ve amaca uymayan bilinçlerin yenilenmesinin odaklandığı bilinmektedir (Schultz ve Schultz, 2008). nc adım terapilerdeyse bilinç ve eylemlerin yanında farkına varma durumu, bilinçlenme, onay ve st biliş gibi terimler öncelikli hale gelmektedir. nc adım terapilerin esas hedefi içsel tecrübelere yoğunlaşıp, içsel deneyimlerin farkına varmak ve içsel algılamaları yenilemek dışında bu durumları eleştirmeden onaylamayı gerekmektedir (Herbert ve Forman, 2011).

BİPOLAR BOZUKLUK'TA BİLİşSEL DAVRANIşCI TERAPİSİ

Bipolar bozukluk için standart olan iyileştirme şekillerinden ilki farmakolojik iyileştirme yöntemi ve elektrokonvülsif yöntemi (EKT) fiziksel iyileştirmeler olsa bile iyi olma durumunda olması gereken biçime ilerlemede psikolojik yardım gerektiren iyileştirmeler vurgulanmaktadır. BDT, farmakolojik iyileştirmenin beraberinde akut mani evresi dışında tavsiye edilen gerçek bulgulara bağlı iyileştirmeler içinde yer almaktadır (Jauhar vd., 2016; Yatham vd., 2018). Yararlanılan yöntem ne şekilde olursa olsun, psikolojik eğitim yönelik olarak çok fazla araştırma yapılan müdahale etme rehberlerce tavsiye edilmektedir. Psikolojik eğitim herhangi bir evrede BDT'nin bir temeli olacak şekilde pratiğe geçebileceği gibi tek olarak ötimik olaylardaki danışanlara tekrarların önüne geçebilecek müdahale etme olarak gerçekleştirilebilmektedir

(Colom ve Vieta, 2006). 6 seanslık grup psikolojik eğitimi yönlendirmelerinin çok fazla uzun zaman alan kişisel BDT uygulama haline gelmesi kadar tekrarlamayı engelleme izlenimine bulundurduğunu belirten araştırmalara yer verilmektedir (Parikh vd., 2012). Yaşanmış atak sayısı çeşitli olanlarda BDT'nin aktif yer almadığı ancak 12 tane ataktan az sayıda atak deneyimlenmiş olması kanıtlanmıştır, bu yüzden BDT'nin rahatsızlığın erken evresinde ortaya çıkmasının çok daha faydalı olduğu açıklanmaktadır (Driessen ve Hollon, 2010). Elde edilen araştırmalarda BDT'nin depresif semptomlar, depresif tekrar miktarı, atakların zamanı ve hastane yatış oranlarında düşmeler olması, mani semptomlarına ve tekrarlamasına etkinin olmadığı ve sınırlı etkilerinin olması biçimlerine rastlanmaktadır. BDT yapılan danışanların iyileşmeye uyumlu şekilde artışların olduğu, verimliliğinin çok daha iyi bir biçimde olması, ancak süre dahilinde aktifliğinin düşmesi sebebiyle başka psikolojik iyileşme biçimleri ya da görüşmeleri olmasının fayda sağladığı açıklanmaktadır (Lam vd., 2005; Gregory, 2010). BDT yöntemleri çoğu zaman 20 görüşme ve daha sonraki zamanlarda güçlü hale getirme görüşmelerini dahil eden yöntemler biçiminde bulunmaktadır. BDT'nin bipolar bozukluk için kanıtlarla desteklenmiş tek kutuplu depresyon ve psikotik rahatsızlıklar için mevcut düzeye göre azalmaktadır. BDT tekrarlamının önüne geçilmesinde faydalı olabilmesine rağmen, çok şekilde atak yaşamış danışanlarda BDT'nin tekrar etmeyi koruyucu etkisi hızla yok oluyor gibi fark edilmektedir (Szentagotai ve David, 2010). BDT, akut mani haricinde her olaylar için farmakolojik iyileştirmesine yanı sıra ikinci tercihte tavsiye edilmektedir. Akut evre depresyon iyileştirmesinde, tekrar etmeye engel olmada, belirtilerin hafiflemesinde kalınan zamanın uzamasına neden olmaktadır (Yatham vd., 2018). Bipolar bozukluğun genetik etkili ve yaşamsal temele dayanan bir bozukluğu olarak bilindiği düşüncesi, bu bozukluğun müdahalesinde zihinsel yöntemlerin değerinin bilinmesi konusunda yavaşlattırıştır. Bipolar bozuklukta müdahale temel

olarak yaşamsal çabayı temellendirmektedir ve süreçlerin sıklık derecesi ile yoğunluğunu düşürmek için gerek akut evrede gerekse koruyucu olarak devamında ilerlemektedir (Dent, Close ve Ryder, 2004). Farmakolojik yöntemin fayda sağlamasına ve yeterli bir miktar uygulamasıyla müdahaleye denge kurulmasına karşın, bir incelemede iki senelik kontrol evresindeki kişilerin %40 ile %60'nın mani ve depresyon süreçlerinin tekrarlandığına ulaşılmaktadır (Roth ve Fonagy, 2005). Yapılmış olan incelemelerde bipolara sahip olan kişilerin %40 ile %60'nın farmakolojik müdahaleye denge kurmadıkları ve yeterli olan dengenin kurulması için uğraşılsa bile, müdahaleye oldukça iyi cevap verilse bile, farmakolojik müdahalenin toplumsal fonksiyonellik hakkında faydasının eksik olduğu belirtilmektedir (Basco, 2000; Clarkin vd., 1990). Çalışmalar ilerledikçe bipolar bozukluğun başlama noktasının ve aşamasının stres unsurlarıyla biyolojik ve zihinsel eğilimlerle bağlantılı olduğu belirtildikçe, bu bozukluğun müdahalesinde farmakolojik yardımla beraber BDT'nin uygulamasının daha yararlı olacağı düşüncesi dağılım gösterdiği elde edilmektedir (Scott, 2001). Bipolar bozukluğunun müdahale aşamalarında BDT'nin hedefleri 4 madde içerisinde açıklanabilmektedir: 1. Farmakolojik müdahalede denge kurma; 2. Erken aşamada teşhis ve çözümler oluşturma; 3. Stres ile günlük yaşantı biçimini denetleme; 4. Eş tanılarının müdahalesi (Otto, 2003). Temelde, zihinsel- eylemsel model bipolara sahip kişilerde kontrol etme yetilerini iyileştirmek, müdahale aşamasında kendine yeterlilik ve görevleri tekrarlamak, psikolojik ve sosyal stres temellerine dayanarak, bu durumları kontrol etmeye yardımcı olmak, zihinsel ve eylemsel zorluklara bağlı planlar iyileştirmek ve temelde olan şema ve asıl inanışları farklılaştırma hususlarının üstüne düşülmektedir (Schwannauer, 2004). Başka bir çalışmada bipolar bozukluk iyileştirme biçiminin temel maddesi ilaç yöntemidir. Bu yönetime bağlı olarak psikolojik eğitimin verilmesi sonucunda bozukluğun iyileşme sürecinde önemli bir seçenek olabilmektedir. Bu meselenin her bipolar bozukluk biçimlerinde,

tekrarları ve hastane yatma zamanını düşürdüğü açıklanmıştır. Hedef, kişinin bipolar bozukluğu öğrenmesi ve buna beraber olacak şekilde iyileşme sürecine uygunluk olması gerekmektedir (Colom ve Vieta, 2012). Psikolojik rahatsızlıklarda ilaçla müdahale ile psikolojik destekle birlikte verilmesi bu bozukların iyileşme sürecinde en çok tercih edilen yöntem haline gelmiştir. Psikoterapistler, bipolar bozukluk iyileştirme biçiminde yöntemlerin birer birer tercih edilmesi yerine iki tane iyileştirme modeli ile birlikte tercih edilmesinin iyileştirmede önemli ve faydalı olduğu açıklanmaktadır (Topçuoğlu, 2011).

ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmanın amacı, derleme yöntemi ile Stresin Bipolar Bozukluğu üzerinde Bilişsel Davranışçı Terapinin kullanım biçimi ve Stresin Bipolar Bozukluğu üzerinde etkisi hakkında alan yazı taraması ve incelemeler yapılmıştır.

SINIRLILIKLAR

Yapılan çalışmada 2010'dan 2022 yıllarına kadar Google Akademik veri Türkçe yayınlanmış olan ve anahtar kelimelerle, özete ve tam metine ulaşılabilen çalışma ve derleme makalelerine değerlendirilmiştir.

YÖNTEM

Oluşturulan bu incelemede derleme biçiminden yararlanılmıştır. İncelemede herhangi bir alan çalışması ile ölçekten yararlanılmamıştır. Derleme incelemeleri, belirlenen herhangi bir konuyla ilgili çok daha önceye dayanan çalışmaların sistemli olacak şekilde değerlendirilmesi, birleştirilmesi ve açıklanması evresidir. Bu biçimde olan makaleler, yeni bilgileri bir araya getirmekten daha çok elde bulunan kaynakları eleştirerek hususun temel sınırlarını meydana getirmektedir ve ileride yapılacak araştırmalara dair tavsiyelerde bulunmaktadır (Snyder, 2019).

Bu çalışmada Google Akademik veri tabanından Türkçe yayınlanmış olan incelemelerle ilgili olan anahtar kelimelerle özet ile metnin tam halinin elde edilmesiyle ulaşılan çalışmalar ve derleme makalelerinin değerlendirilmesi sonucunda tutarlı olabilmek için başlıkta geçen kelimelerle ilgili bit tarama çalışması yapılmıştır.

BULGULAR

Bilişsel davranış modeline bağlı şekilde ilerleme kaydetmiş olan stresi kontrol etme yetileri öğretim düzeninin stres, kaygı hali ile iyi olma durumu aşamaları konusundaki yansımaları tanımlamak hedefiyle İzmir Karşıyaka Vergi Dairesi çalışanları konusunda uygulamayı deneye bağlı bir çalışmada şöyle cevaplar elde edilmiştir: Bilişsel davranış modeli temelli stresi kontrol etme yetileri öğretim düzeni, çalışanların stres, kaygı hali ve iyi olma durumu aşamaları hakkında anlam ifade eden bir yansımaya bulundurmaktadır. Bu yüzden öğretim düzeni, çalışanların stres ile kaygı aşamalarının düşmesinde ve iyi olma durumunda yükselmeler olması ise anlam ifade eden bir yansımaya bulundurmaktadır (Özü, 2010).

Açık ve gizli başarıya dair dürtüleri içindeki uyumun olmamasına bağlı stresin, kişisel iyi olma durumunu düşürüp düşürmediğine ve psikolojik semptomla fiziksel semptomları yükseltip yükseltmediğini anlayabilmek için ortaya koyulan bir çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir: Açık ve gizli başarıya ait dürtülerle ilişkili uyumun olmamasına dair stres, diğer bir deyişle arzu edilmeyen amaçlar için uğraşmalarla ortaya çıkan stres, kişisel iyi olma durumunu düşürmekte ve psikolojik semptomla fiziksel semptomları yükseltmektedir (Baumann, Kaschel ve Kuhi, 2005).

Stres ile kişisel iyi olma durumu içerisinde bağlantıları oluşturmak için, psikiyatri ve genel hastane hemşireleri hakkında iletmiş oldukları bir çalışmada şu cevaplar elde edilmiştir: Stres

ve kişisel iyi olma durumu içerisinde olumsuz dalda anlamı olan bir bağlantıya ulaşılmaktadır (YaFang vd., 2012).

Bipolar bozukluğa sahip kişilerle birlikte oluşturulmuş incelemelerde, bu kişilerin bozukluklarının ilerleyişinin harekete geçirmesini etki eden depresif ve mani evrelerini uyaran kültürel ve sosyal niteliklerin varlığı bilinmektedir. Bu aşamada tecrübe edilen manik ve depresif evrelerde fizyolojik nedenler ve çocukluk yaşantısında karşı karşıya gelinen sarsıcı durumların da uzun süreli izler oluşturulabileceği ifade etmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Fizyolojik düzenlerde ve uyku sağlığına yönelik elde edilen çalışmalar bu iki seçeneğin beraber bir ilişkisinin varlığını belirtmektedir. Duygusal durum rahatsızlıklarında kişinin bir günlük biyolojik düzenini organize eden sisteminin aksaması kişinin uykuyu da içine alarak fizyolojik düzenlerinin aksamasına sebep olmaktadır (Bunney ve Bunney, 2000; Millar, Espie ve Scott, 2004; Shen, Alloy, Abramson ve Sylvia, 2008).

Yapılan çoğu incelemelerde sosyal çevrenin motivasyon durumu çok fazla olan kişilerin sağlıklı bir gelişme göstermelerinden dolayı çok daha pozitif bir ilerlemenin olduğu açıklanmaktadır (Harrow, Goldberg ve Grosman, 1990; Keck vd., 1998). Bipolar bozuklukta kişilerin almış oldukları sosyal motivasyon bozukluğun ilerleyişinde de etkilerinin olduğuna değinilmektedir (Canbaba, 2011).

Bipolar bozukluk teşhisiyle beraber gelen kişilerin tekrarlarından önce olumlu evrelerle karşılaştırılması halinde stresli günlük faaliyetlerinin artmış olduğu ve ek olarak sağlıklı olan kişiler ile psikolojik rahatsızlığı bulunduran kişilerle karşı karşıya gelerek değerlendirildiğinde stres güden günlük faaliyetlerde artışların yer aldığı gözlemlenilmiştir (Lex vd., 2017).

Elde edilen başka incelemeler bipolar bozukluk teşhisi olan kişilerin üçte birinden çoğunun kendi psikiyatristiyle ortaklık

gerçekleştirmeden farmakolojik tedavisini iki ya da çoğu kez bıraktığını ifade etmektedir. Her on bipolar bozukluğa sahip kişilerden dokuzu yaşantılarında en az bir kere önem verecek bir biçimde farmakolojik tedaviye devamlılık göstermediklerini onaylamaktadırlar. Ek olarak bipolar bozukluğa sahip kişilerin en az üçte biri kendilerine ait reçeteli olan ilaçları talep etmekte de %70 olumsuz sonuç göstermektedir (Colom vd., 2005; Sajatovic, Chen, Dines ve Shirley, 2007).

İlgili alan yazıda bipolar bozukluk teşhisi konulmuş kişilerin stresi kontrol etme biçimlerini yeterli olmadığı, kontrol etme yetilerini güçlendirmek amacıyla psikolojik ve sosyal uğraşların çok değerli olduğu açıklanmaktadır (Goossens vd., 2008; Willert vd., 2009; Fletcher vd., 2013; Chan ve Tse, 2018; Dodd vd., 2019). Bipolarlara sahip olan kişilerde stresi kontrol etme eylemsel niteliklerini inceleyen bir araştırmada bipolarlara sahip kişilerde ‘sigara kullanma’, ‘bireysel cinsellik’ ve ‘hırsızlık’ gibi doyum sağlayan eylemler dayanıklı denetim grubuna bağlı anlamı olacak şekilde çok fazla fark edildiği bilinmektedir (Moon vd., 2014).

Bipolar bozukluğa sahip olan insanların denetimlere karşılaştırıldığında kontrol etmelerin yeterli olmadığı açıklanmıştır (Dodd vd., 2019). Bu olay bozukluk belirtileriyle çok yakın bağlantılı olabilmektedir (Johnson vd., 2008). Bu yüzden psikolojik ve sosyal uğraşların stresi kontrol etmede çok önem belirten bir alanı bulundurduğuna değinilmektedir (Moon vd., 2014).

Yapılan çalışmalarda bipolar bozukluk biçiminin ve cinsiyette lityum iyileştirme biçiminde elde edilmiş olan cevapla bağlantılı incelemeler uygulanmıştır. Bipolar bozukluk 2’nin Kadın kişilerde çok fazla fark edilmesi ve kadın kişilerin iyileştirme biçimine uygun davranmalarının çok fazla olması lityuma çok fazla olumlu cevap oluşturdıklarını belirtmektedir. Elde edilen çalışmalar bipolar bozukluk 2’ye sahip olan kişilerin lityum iyileştirme biçimine bipolar bozukluk 1’e sahip olan kişilerle aynı ve biraz daha

olumlu cevap oluşturduğu ve bu eylemin cinsiyetle beraber olmadığına ulaşılmaktadır (Tondo, Baldessarini, Hennen ve Floris, 1998).

TARTIşMA

Bu araştırma kapsamında elde edilen bulgularda Özü'nün (2010) senesinde yapmış olduğu araştırmada, bilişsel davranışçı model temelli stresle başa ıkma öğretim düzeninin, çalışanların stres, kaygı ve iyi oluş düzeyleri üzerinde anlamlı etkiler yarattığına ulaşılmaktadır. İzmir Karşıyaka Vergi Dairesi alışanları üzerinde yürütölen uygulamalı çalışmalarında, bu öğretim düzeninin stres ve kaygı düzeylerinde belirgin bir azalma, iyi oluş düzeylerinde ise anlamlı olacak biçimde bir artış sađladđını oluşmaktadır. Bu sonuçlar, bilişsel davranışçı yaklaşımın, stres yönetimi ve psikolojik sağlamlık geliştirme süreçlerinde etkili bir müdahale aracı olarak değerlendirilebileceğini göstermektedir. Baumann, Kaschel ve Kuhi'nin (2005) yapmış olduğu çalışmada, aynı zamanda başarıya yönelik açık olan ve gizli olan istekleri arasındaki uyumlu olunmamasının kişide stres oluşturabilecek ve bunun kişisel iyi oluşu olumsuz etkileyerek psikolojik ve fizyolojik semptomlarda artışa neden olabileceğini belirten literatörlle de örtüşmektedir. Stresin bireyin genel sağlığı üzerindeki yıkıcı etkisi üzerine YaFang ve arkadaşlarının (2012) ortaya koyduğu araştırmada ise daha önceki çalışmalarda da sıkça vurgulanmış ve stres ile iyi oluş arasında olumsuz yönlü bir ilişki bulunduğu ifade edilmiştir. Bipolar bozukluk özelinde Öztürk ve Uluşahin'in (2008) elde ettikleri verilerde ise, bozukluğın manik ve depresif evrelerinin yalnızca biyolojik etmenlerle değil, aynı zamanda sosyal ve kültörel uyarıcılarla da tetiklenebildiğini göstermektedir. Ayrıca, ocukluk döneminde yaşanan travmatik deneyimlerin, bu bozukluğın seyrinde uzun vadeli etkiler yaratabileceği belirtilmiştir. Bu yüzden bulgular, stresin sadece sağlıklı bireylerde değil, psikiyatrik tanıya sahip bireylerde de önemli bir değerşken olduğunu desteklemektedir.

Fizyolojik düzenlemeler ve uyku sağlığı üzerine Bunney ve Bunney, 2000; Millar, Espie ve Scott, 2004; Shen, Alloy, Abramson ve Sylvia'in (2008) yapmış oldukları çalışmalarda, duygudurum bozukluklarında görülen biyolojik ritim bozukluklarının, fizyolojik dengeyi bozarak uyku düzenini de olumsuz etkilediğini ortaya koymuşlardır. Sosyal çevrenin bireyin motivasyon düzeyi için Harrow, Goldberg ve Grosman, 1990; Keck vd.'nin (1998) yapmış oldukları çalışmalarda bu durum üzerindeki rolü ise pozitif psikolojik gelişim açısından önemli bir destek unsuru olarak açıklanmış olmaktadır. Colom vd., 2005; Sajatovic, Chen, Dines ve Shirley'in (2007) yapmış olduğu çalışmada ise, bipolar bozukluğa sahip bireylerde farmakolojik tedaviye uyumun düşük olması dikkat çekmektedir. Bu durum, semptomların yönetimini güçleştirmekte ve nüks olasılığını artırmaktadır. Psikososyal müdahalelerin bu noktada önemli bir tamamlayıcı rol üstlenmesi gerektiği Goossens vd., 2008; Willert vd., 2009; Fletcher vd., 2013; Chan ve Tse, 2018; Dodd vd.'nin (2019) yapılan çalışmalarda; bireylerin stresle başa çıkma becerilerinin desteklenmesiyle tedavi sürecine olan uyumlarının da glenebileceğine ulaşılmaktadır. Eylem odaklı stresle başa çıkma biçimlerinin incelendiği Moon vd., (2014) yapmış oldukları çalışmalarda, bipolar bozukluğa sahip bireylerin sigara kullanımı, bireysel cinsellik ve hırsızlık gibi kısa vadeli haz sağlayan davranışlara daha sık yöneldikleri görülmüştür. Bu durumu Johnson vd.'nin (2008) yrtlen çalışmada dürtü kontrolündeki zayıflıkla açıklanmakta ve bozukluğun klinik belirtileriyle ilişkili olarak anlamlandırılmaktadır. Son olarak, bipolar bozukluk alt tipleri ve tedavi yanıtları arasındaki ilişkilere dair Tondo, Baldessarini, Hennen ve Floris, (1998) ortaya konulan çalışmalar, bipolar II bozukluğun kadın bireylerde daha yaygın olduğunu ve bu bireylerin lityum tedavisine daha olumlu yanıt verdiğini göstermektedir. Bununla birlikte, cinsiyetin tedavi yanıtı üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olmadığı da vurgulanmaktadır. Genel olarak, bu bulgular stresin hem sağlıklı bireyler hem de psikiyatrik tanıya sahip

bireyler üzerinde önemli etkiler yarattığını ortaya koymakta; stresle başa çıkma becerilerinin geliştirilmesinin psikolojik sağlığı korumada ve ruhsal bozuklukların yönetiminde merkezi bir rol oynadığı görülmektedir. Ayrıca bipolar bozukluğu kadın ve erkeklere göre yapılmış incelemelerde Hendrick vd.,nin (2000) ortaya koydukları çalışmalara bakıldığında bu bozukluk cinsiyetlerinde erkek cinsiyetlere bağlı çok daha ileri evrelerde oluşmaktadır. Kennedy vd.'e göre (2005) erkek cinsiyete sahip olan ve çocukluk dönemi antisosyal eylemi daha önceden oluşmaya başlayan bipolar bozukluğun bir diğer basamağını ortaya koymaktadır. Arnold'a göre ise (2003) başlangıç atağı depresyon şiddeti kadın cinsiyeti bipolar bozukluk durumları etkileşiminde erkek cinsiyetlere bağlı çok yoğun olmaktadır. Bu bozuklukta ilk oluşumundan teşhis konmasına değin ilerleyen süre zarfında kadın durumunda erkeklere göre çok fazla olduğu açıklanmıştır. Bu bağlamda durumların kesin ve gerçek teşhis konulmadan öncesi teşhisleri çok geniş orantıda unipolar depresyon olarak bilinmektedir. Kessing'in (2006) yapmış olduğu çalışmada ise erken başlangıcı olmayan unipolar ve bipolar bozukluk durumları bağlantısında cinsiyet ayırımına ulaşılamamaktadır. Kawa vd.'nin (2005) çalışmasında ise depresif atak, karışık atak ve huzursuz olaylar kadın cinsiyetlerde çok fazla sıklıkta oluşmaya başladığı, bu evrelerde kadın kişiler erkek kişilere göre, ilk olarak yemek isteği ve kilo durumlarında farklılıklar olması ile orta düzeyde uyku sorunları olacak şekilde çok daha fazla fizyolojik semptomu açıklanmaktadır. Nivoli vd.'nin (2011) çalışmalarında sürekli değişimli ve dönemsel ilerleyiş kadın bipolar bozukluk durumlarında çok şekilde gözlemlenmektedir. Psikotik belirtiler gösteren depresyon, intihara teşebbüs etme ve aile bilgisinde intihara teşebbüs yaygınlığının kadın durumlarında çok fazla gözüktüğü açıklanmaktadır. Benazzi'nin (1999) bipolar bozukluk 2 teşhisli kadın cinsiyeti durumlarında araştırmış olduğu bozukluk unipolar kadın depresyon durumlarına bağlı çok önceden gelişme gösteremeye başladığına

ulaşılmaktadır ve alışılmadık alt sınıf kriterleri çok fazla olduğu bilinmektedir. Burt ve Rasgon'a göre (2004) manik atak yaşanma derecesi kadın kişilerde çok fazla görülen incelemeler dışında, erkek kişilerle aynı derecede görülen incelemeler de varlığını göstermektedir. Buna göre Bhattacharya vd.'nin ulaştığı sonuca bakıldığında (2011) manik atak yüzünden hastaneye yatan kadın kişilerin durumu çok fazla olduğu bilinmektedir. Braunig vd.'nin yaptığı çalışmada (2009) psikotik semptomlar, motor beceri etkinlikte yükselişi ve kendini olduğundan üstün görme erkek kişilerin mani durumunda çok fazla yürütülen sonuçlar olurken, kadın kişilerin mani durumlarında duygusal dengesizlik, kaygı ve kişinin kendisine dair odağını vermesi ve kendine bakım göstermesinde yoğun yükselişler olduğu fark edilmektedir. Psikotik semptom ortaya koyan kadın kişilerde manik ataklar çok daha yavaş ilerler ve bu semptomlar çok daha fazla karışık ataklar olacak biçimde meydana gelmektedir. Miquel vd.'e göre (2011) maninin yoğunluğu ve 12 haftanın sonlarına doğru iyileşme olasılıkları kadın kişide ve erkek kişide aynı durumdayken, 12 ay bitiminde iyi olma hali olasılıkları kadın kişilerde çok fazla olduğu saptanmaktadır. Ek olarak Kumar vd.'nin (2000) ortaya koyduğu çalışmada bir incelemenin bulgularına göre, mani erkek kişilerde oldukça hemen devam etmekte ve iyileşme için yapılan müdahale daha kolay cevap verdiği bilinmektedir. Türkiye'de Akarsu vd.'nin (2012) ortaya koymuş oldukları bir incelemede kadın bipolar bozukluğu olan kişilerde psikotik semptomların erkek kişilere orantılanırsa çok daha yoğun olduğuna ulaşılmaktadır. Bipolar bozuklukta ulaşılan mevsime dair gelişen duygudurum bozukluk Karamustafaoğlu vd.'nin (2004) ortaya koyduğu çalışma sonucunda faktörleri kadın kişilerde çok daha görülmektedir. Bipolar bozuklukla ilgili Arnold, 2003; Ateşçi vd.'ne göre (2000) başlangıç yaşının cinsiyetle ilgili ilişkisi hakkında yapılan incelemelere bakıldığında erkek bireylerin bozukluğa sahip olabilmektedir. Başka bir çalışmada ise kadın bireylerin bu bozukluğa çok daha erken zamanda başlamış olduğunu

açıklamaktadırlar. Hendrick vd.'nin (2000) elde ettiği diğer bir incelemede ise cinsiyetlere bağlı olarak bozukluğun başlama yaşı tarafından bir ayrılık ya da çeşitliliğin yaşanmadığını açıklamış olmaktadır. Bununla birlikte Singh ve Bowden'nin çalışma sonucunda (2006) duygudurum bozukluğunun ortaya çıkma yaşı, bozukluğun durumunu etki eden çok önem arz eden niteliklerinden biri olmaktadır. Erken oluşan durumlar çok daha ciddi bozukluk ve çok fazla zararlı uzun evre nedeniyle bağlantı kurduğu bilinmektedir. Nivoli vd.'ne göre (2011) bu bozukluğun ilk döneminin depresyon olma ihtimalinin erkek kişilere göre kadın kişilerde çok artmış olduğu elde edilmektedir. Diflorio ve Jones'in yaptığı incelemedeye bakıldığında (2010) bipolar bozukluğa sahip olan kadın bireylerin erkek bireylerle karşılaşılması durumunda depresyona çok daha eğilimli oldukları açıklanmıştır. Karamustafaoğlu vd.'nin (2004) elde ettiği çalışma sonucunda ise ilk atağın depresif başlangıçlı olarak oluşmasının iyileşmeye gücünün yükselmiş olduğu, bu yüzden bozukluğun kadın kişilerde çok yavaş ilerlediği açıklanmaktadır. Azorin, Kaladjian ve Adida'nın (2009) inceleme sonucuna göre ise bipolar bozukluğa sahip olan kadın bireylerde intihara teşebbüs olasılığının çok yaygın olduğu gözlemlenmektedir. Nivoli vd., 2011; Hendrick vd.'nin (2000) incelemelerinde ise Sonuçlanmamış intihar durumunun ise erkek bireylerde kadın bireylere göre çok daha sıklıkla gözlemlendiği açıklanmaktadır. Vega, Berbeit ve Azua'na göre (2011) bipolar bozukluğa sahip kişilerde madde kullanımı ya da maddeyi kötü şekilde tercih etme bu bozukluğu anamnezinin erkek kişilerde kadın kişilerden daha fazla artmış olduğu açıklanmaktadır. Goodwin ve Jamison'un (1990) elde ettiği çalışma sonucunda ise bu bozukluğa sahip kişilerin maddeyi tercih etmelerinin yüksek derecede olması sonucu hakkında madde tercih edilmesinin; bipolar bozukluğun bir belirtisi olduğu açıklanmış ve bipolar bozukluğa sebep olduğu belirtilmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu derlemede stresi ile bipolar bozukluk hakkında yapılan çalışmalara yer verilmektedir ve bazı yapılmış olan çalışmaların sonuçları açıklanmaktadır. Stresin bipolar bozukluğa sahip olan kişilerde etkisinin olduğu görülmektedir. Stres, istenmeyen durumlara karşı gösterilen bir durum olmaktadır. Bipolar bozukluk ise yenilenen ataklar sonucu ilerleyen bir bozukluk olarak bilinmektedir. Bu bozukluğa sahip olanlarda depresif durumdan önce oldukça fazla bir stres yaşanması ile manik durum ortaya çıkardığı konusuna ulaşılmaktadır. Ayrıca stres durumunun bu bozukluğu ortaya çıkarabilme tehlikesinde artışlar gösterebilmektedir. Bipolar bozukluk çok önemli ve kalıcı bir rahatsızlık olmaktadır. Birçok gerekçelere bağlı olarak farklı iyileştirme sürecinin varlığıyla oluşan tekrarlar ve bölümler arasında değişikliklerle süregiden bir bozukluk olmaktadır ve ayrıca çok yüksek düzeyde ölüm dağılımlarını da bulundurulmuştur (Kilbourne vd., 2004). Bipolar 1 her iki cinsiyette eşit bir biçimde görülmektedir ve ayrıca bipolar 2 bozukluğu ise kadınlarda çok fazla görüldüğüne ulaşılmıştır. Kısaca bazı bulgu sonuçlarını ele alarak stres ve bipolar bozukluk hakkında bilgilere ulaşılmaktadır. Açık ve gizli başarıya ait dürtülerle ilişkili uyumun olmamasına dair stres, diğer bir deyişle arzu edilmeyen amaçlar için uğraşmalarla ortaya çıkan stres, kişisel iyi olma durumunu düşürmekte ve psikolojik semptomla fiziksel semptomları yükseltmektedir (Baumann, Kaschel ve Kuhi, 2005). Bipolar bozuklukta kişilerin almış oldukları sosyal motivasyon bozukluğun ilerleyişinde de etkilerinin olduğuna değinilmektedir (Canbaba, 2011). Bipolara sahip olan kişilerde stresi kontrol etme eylemsel niteliklerini inceleyen bir araştırmada bipolarlara sahip kişilerde ‘sigara kullanma’, ‘bireysel cinsellik’ ve ‘hırsızlık’ gibi doyum sağlayan eylemler dayanıklı denetim grubuna bağlı anlamı olacak şekilde çok fazla fark edildiği bilinmektedir (Moon vd., 2014). Stres ve bipolar bozukluk hakkında önerilere bakıldığında

stresi kontrol edebilmek için bazı yöntemlere değinilmektedir. Bunlar sorun temelli ve duygu temelli olacak şekilde 2 sınıfta açıklanmaktadır. Sorun temelli kontrol etme biçimi, insanda bulunan faydalı olmayan, tehlike veren, stresli toplumsal olayları etkin olan farklılıklar yapabileceğine dair eleştirilere ulaşılmaktadır. Duygu temelli kontrol etme biçimindeyse bu tarz olaylarda rastgele bir şey uygulanmayacağına dair eleştirilerin varlık göstermesi olarak bilinmektedir (Lazarus ve Folkman, 1984). Bipolar bozukluk tedavisi için birçok yöntem uygulanılmaktadır. Bu yöntemlere kabataslak bakıldığında ilaç yöntemi, elektrokonvülsif yöntem, psikolojik tedavi, yatarak tedavi, ilaç ve psikolojik tedavinin birlikte yürütülmesiyle ilerlenen tedavi biçimleri olmaktadır. Bipolar bozukluk tedavi yöntemlerinde ilaç kullanmak dışında Bilişsel Davranışçı Yöntem, Aile Odaklı Yöntem, Kişilerarası ve Sosyal Akış Yöntemi gibi psikolojik ve sosyal müdahale etme yöntemleri oluşturulmuştur (Deckersbach vd., 2014). BDT, akut mani haricinde her olaylar için farmakolojik iyileştirmesine yanı sıra ikinci tercihte tavsiye edilmektedir. Akut evre depresyon iyileştirmesinde, tekrar etmeye engel olmada, belirtilerin hafiflemesinde kalınan zamanın uzamasına neden olmaktadır (Yatham vd., 2018). Ayrıca bu bozukluğa yardımcı olacak birtakım etkenler göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bunlar; uyku düzeyi, tedaviye uyum göstermek ve vücut saati olarak bilinmektedir. Bipolar bozuklukta bu etkenlerin kontrol edilmemesi durumunda tedavide iyileşmelerin yavaşlaması ya da herhangi bir ilerleme görülmeyebilmektedir. Psikoterapistler, bipolar bozukluk iyileştirme biçiminde yöntemlerin birer birer tercih edilmesi yerine iki tane iyileştirme modeli ile birlikte tercih edilmesinin iyileştirmede önemli ve faydalı olduğu açıklanmaktadır (Topçuoğlu, 2011).

KAYNAKÇA

Akar, H. (1992). Beck'in depresyon modeli ve bilişsel terapisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 5(1-3), 37-40.

Akarsu, S., Erdem, M., Bolu, A., Günay, H., Garip, B., Ak, M., et al. (2012). Bipolar bozuklukta cinsiyete göre klinik ve sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54, 279-283.

Akbaş-Abay, C. (2017). *Lise öğrencilerinin sürekli öfke ve umutsuzluk düzeylerinin stresle başa çıkma durumlarına etkisinin incelenmesi (Şırnak örneği)* [Yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.

Akiskal, H. S. (2002). Classification, diagnosis and boundaries of bipolar disorders: A review. In M. Maj, H. S. Akiskal, J. J. López-Ibor & N. Sartorius (Eds.), *Bipolar disorders. WPA series: Evidence and experience in psychiatry* (pp. 1-50). Wiley.

Akman, S. (2004). Stresin nedenleri ve açıklayıcı kuramlar. *Türk Psikoloji Bülteni*, 10(34-35), 40-98.

Aksoy, A. (2013). *Bipolar bozukluğu olan hastalarda ilaç uyumu ve etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi* [Yüksek lisans tezi, Cumhuriyet Üniversitesi]. YÖK Tez Merkezi.

Aldwin, C. M., & Werner, E. E. (2007). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. Guilford Press.

Angst, J., & Sellaro, R. (2000). Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 48, 445-457. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)00909-4](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00909-4)

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

Arnold, L. M. (2003). Gender differences in bipolar disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 595–620. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(03\)00034-7](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(03)00034-7)

Ateşçi, F. G., Karadağ, F., Özdel, O., & Nalan, K. O. (2000, Ekim 3–7). *Bipolar ve unipolar hastalarda gidiş*. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya. Kongre Özet Kitabı, 136–138.

Aydın, K. B. (2005). *Akış kuramına dayalı stresle başa çıkma grup programının ergenlerin stresle başa çıkma stratejilerine etkisi* [Yayımlanmamış doktora tezi]. Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

Azorin, J. M., Kaladjian, A., Adida, M., et al. (2009). Risk factors associated with lifetime suicide attempts in bipolar I patients: Findings from a French national cohort. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 115–120. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.06.007>

Ball, J., Mitchell, P., Malhi, G., Skillecorn, A., & Smith, M. (2003). Schema-focused cognitive therapy for bipolar disorder: Reducing vulnerability to relapse through attitudinal change. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(1), 41–48. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01113.x>

Baltaş, A., & Baltaş, Z. (2008). *Stres ve başa çıkma yolları* (36. basım). Remzi Kitabevi.

Baltaş, A., & Baltaş, Z. (2013). *Stres ve başa çıkma yolları* (Genişletilmiş basım). Remzi Kitabevi.

Baltaş, Z. (1984). Kavram olarak stres. *İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü Pedagoji Dergisi*, 2, 211–220.

Basco, M. R. (2000). Cognitive-behavior therapy for bipolar I disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 14(3), 287–305.

Baumann, N., Kaschel, R., & Kuhl, J. (2005). Striving for unwanted goals: Stress-dependent discrepancies between explicit and implicit achievement motives reduce subjective well-being and increase psychosomatic symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(5), 781–799. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.89.5.781>

Begley, C. E., Annegers, J. F., Swann, A. C., Lewis, C., Coan, S., Schnapp, W. B., et al. (2001). The lifetime cost of bipolar disorder in the United States: An estimate based on incidence and course of illness. *Pharmacoeconomics*, 19(5), 483–495. <https://doi.org/10.2165/00019053-200119050-00005>

Benazzi, F. (1999). Gender differences in bipolar II and unipolar depressed outpatients: A 557 case study. *Annals of Clinical Psychiatry*, 11(2), 55–59. <https://doi.org/10.3109/10401239909148961>

Benazzi, F. (2006). Gender differences in bipolar-II disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(1), 67–71. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0591-8>

Bhattacharya, A., Khess, C. R., Munda, S. K., Bakhla, A. K., Praharaj, S. K., & Kumar, M. (2011). Sex difference in symptomatology of manic episode. *Comprehensive Psychiatry*, 52(3), 288–292. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.07.002>

Bodenmann, G. (1997). The influence of stress and coping on close relationships: A two year longitudinal study. *Swiss Journal of Psychology*, 56(3), 156–164. <https://doi.org/10.1024//1421-0185.56.3.156>

Braham, B. (1998). *Stres yönetimi: Ateş altında sakin kalabilmek* (V. G. Diker, Çev.). Hayat Yayınları.

Brand, S., Angst, J., & Holsboer-Trachsler, E. (2010). Is the increase of hypomanic stages during adolescence related to gender

and developmental tasks? *World Journal of Biological Psychiatry*, 11(4), 594–602. <https://doi.org/10.3109/15622971003653822>

Braunig, P., Sarkar, R., Effenberger, S., Shoofs, N., & Krüger, S. (2009). Gender differences in psychotic bipolar mania. *Gender Medicine*, 6(2), 356–361. <https://doi.org/10.1016/j.genm.2009.09.002>

Bristol-Myers Squibb Company & Otsuka Pharmaceutical Europe. (2011). *Bipolar bozuklukla yaşamayı öğrenmek: Yardımcı rehber*.

Bunney, W. E., & Bunney, B. G. (2000). Molecular clock genes in man and lower animals: Possible implications for circadian abnormalities in depression. *Neuropsychopharmacology*, 22(4), 335–345. [https://doi.org/10.1016/S0893-133X\(99\)00147-0](https://doi.org/10.1016/S0893-133X(99)00147-0)

Burt, V. K., & Rasgon, N. (2004). Special considerations in treating bipolar disorder in women. *Bipolar Disorders*, 6(1), 2–13. <https://doi.org/10.1034/j.1399-5618.2004.600101.x>

Canbaba, C. (2011). *Psikiyatri kliniğinde ayaktan takipli bipolar bozukluk tanılı ötimik hastalarda ve ailelerinde yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi: Sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması* (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Isparta.

Casement, M. D., Goldstein, T. R., Gratzmiller, S. M., & Franzen, P. L. (2018). Social stress response in adolescents with bipolar disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 90, 158–169. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.02.005>

Cavalcanti, L., & Azevedo, S. (2013). *Psychology of stress*. Nova Science Publishers.

Cenkseven, F. (2003). Öfke yönetimi becerileri programının ergenlerin öfke ve saldırganlık düzeylerine etkisi. *Eğitim Bilimleri ve Uygulama Dergisi*, 2(4), 153–167.

Chan, S. H., & Tse, S. (2018). Coping with amplified emotionality among people with bipolar disorder: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 229, 303–312. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.060>

Clarkin, J. F., Glick, I. R., Haas, L. G., Spencer, J. H., & Lewis, A. B. (1990). A randomized clinical trial of inpatient family intervention vs. results of affective disorders. *Journal of Affective Disorders*, 18(1), 17–28. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(90\)90008-J](https://doi.org/10.1016/0165-0327(90)90008-J)

Colom, F., & Vieta, E. (2006). *Psychoeducation manual for bipolar disorder*. Cambridge University Press.

Colom, F., & Vieta, E. (2012). Bipolar bozukluğun klinik, tanısal ve terapötik yönleri. In *Bipolar Bozuklukta Psikoeğitim El Kitabı* (pp. xx–xx). Ankara: BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.

Colom, F., Vieta, E., Tacchi, M. J., Sanchez-Moreno, J., & Scott, J. (2005). Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar Disorders*, 7(Suppl 5), 24–31. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00239.x>

Çelebi, Y. G., & Odacı, H. (2018). Bağlanma stilleri, ilişkilere ilişkin bilişsel çarpıtmalar, kişilerarası ilişki tarzlar ve kişilik özelliklerinin evlilik uyumunu yordamadaki rolünün incelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 18(40), xx-xx.

Çetinkaya, Y. (2006). *Kanser hastalarına bakım verenlerde stres, stres yaratan durumlar ve etkilerinin incelenmesi* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Deckersbach, T., Hansen, N., & Holzel, B. (2014). *Mindfulness-based treatment approaches* (2nd ed.). Academic Press.

Dent, J., Close, H., & Ryder, J. (2004). Bipolar affective disorders. In J. Benneth-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackman, M. Mueller, & D. Westbrook (Eds.), *Oxford guide to behavioral experiments in cognitive therapy* (pp. 225–242). Oxford University Press.

Devonport, T. I. (2012). *Psychology research progress: Managing stress: From theory to application*. Nova Science Publishers.

Diflorio, A., & Jones, I. (2010). Is sex important? Gender differences in bipolar disorder. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 437–452. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.485880>

Dodd, A., Lockwood, E., Mansell, W., & Claus, J. P. (2019). Emotion regulation strategies in bipolar disorder: A systematic and critical review. *Journal of Affective Disorders*, 246, 262–284. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.041>

Engel-Yeger, B., Gonda, X., Muzio, C., Risi, G., Pompili, M., Amore, M., et al. (2016). Sensory processing patterns, coping strategies, and quality of life among patients with unipolar and bipolar disorders. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 38(3), 207–215. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1760>

Eroğlu, F. (2015). *Davranış Bilimleri*. İstanbul: Beta.

Ertekin, Y. (2006). *Stres ve Yönetim*. Ankara: Gazi.

Fletcher, K., Parker, G. B., & Manicavasagar, V. (2013). Coping profiles in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 1177–1184. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.06.002>

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745–774. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>

Giglio, L. M. F., Magalhães, P. V., Andersen, M. L., Walz, J. C., Jakobson, L., & Kapczinski, F. (2010). Circadian preference in bipolar disorder. *Sleep and Breathing*, 14(2), 153–155. <https://doi.org/10.1007/s11325-009-0285-0>

Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (1990). *Manic-depressive illness* (pp. 266–267). New York: Oxford University Press.

Goossens, P. J., Knoppert, E. M., Klein, -v., & Achterberg, T. (2008). Coping styles of outpatients with a bipolar disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(5), 245–253. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2007.11.002>

Harrow, M., Goldberg, J. F., Grossman, L. S., & Meltzer, H. Y. (1990). Outcome in manic disorders: A naturalistic follow-up study. *Archives of General Psychiatry*, 47(7), 665–671. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1990.01810190095011>

Hawke, L. D., Provencher, M. D., & Arntz, A. (2011). Early maladaptive schemas in the risk for bipolar spectrum disorders. *Journal of Affective Disorders*, 133(3), 428–436. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.001>

Hawke, L. D., Provencher, M. D., & Parikh, S. V. (2012). Schema therapy for bipolar disorder: A conceptual model and future directions. *Journal of Affective Disorders*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.034>

Hendrick, V., Altshuler, L. L., Gitlin, M. J., Delrahim, S., & Hammen, C. (2000). Gender and bipolar illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(6), 393–396. <https://doi.org/10.4088/JCP.v61n0602>

Hendrick, V., Altshuler, L. L., Gitlin, M. J., Delrahim, S., & Hammen, C. (2000). Gender and bipolar illness. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 393–396. <https://doi.org/10.4088/JCP.v61n0602>

Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2011). *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies* (2nd ed.). Hoboken, NJ: Wiley.

Jauhar, S., McKenna, P. J., & Laws, K. R. (2016). NICE guidance on psychological treatments for bipolar disorder: Searching for the evidence. *The Lancet Psychiatry*, 3, 386–388. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00050-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00050-0)

Johnson, S. L. (2005). Life events in bipolar disorder: Towards more specific models. *NIH Public Access*, 25(8), 1008–1027.

Johnson, S. L., Sandrow, D., Meyer, B., Winters, R., Miller, I., Solomon, D., et al. (2000). Increases in manic symptoms after life events involving goal attainment. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 721–727. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.4.721>

Jones, S. (2001). Circadian rhythms, multilevel models of emotion and bipolar disorder—an initial step towards integration. *Clinical Psychology Review*, 21, 1193–1209. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00103-5](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00103-5)

Karamustafaoğlu, N., Tomruk, N. B., & Alpay, N. (2004). İki uçlu mizaç bozukluğunda cinsiyet farklılıkları ve tedaviye yansımaları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5, 28–36.

Kawa, I., Carter, J. D., Joyce, P. R., Doughty, C. J., Frampton, C. M., Wells, J. E., et al. (2005). Gender differences in bipolar disorder: Age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation. *Bipolar Disorders*, 7, 119–125. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00198.x>

Keck, P. E. Jr., McElroy, S. L., Strakowski, S. M., West, S. A., Sax, K. W., Hawkins, J. M., ... & Haggard, P. (1998). 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization

for a manic or mixed episode. *American Journal of Psychiatry*, 155(5), 646–652. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.5.646>

Kennedy, N., Boydell, J., Kalidindi, S., Fearon, P., Jones, P. B., van Os, J., et al. (2005). Gender differences in incidence and age at onset of mania and bipolar disorder over a 35-year period in Camberwell, England. *American Journal of Psychiatry*, 162, 257–262. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.257>

Kessing, L. V. (2006). Gender differences in subtypes of late-onset depression and mania. *International Psychogeriatrics*, 18, 727–738. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003839>

Kilbourne, A. M., Cornelius, J. R., Han, X., Pincus, H. A., Shad, M., Salloum, I., et al. (2004). Burden of general medical conditions among individuals with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 6, 368–373. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2004.00131.x>

Kim, Y. E., Miklowitz, D. J., Biuckians, A., & Mullen, K. (2007). Life stress and the course of early-onset bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 99(1-3), 37–44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.07.021>

Knowles, R., Tai, S., Christensen, I., & Bentall, R. (2005). Coping with depression and vulnerability to mania: A factor analytic study of the Nolen-Hoeksema (1991) Response Styles Questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 99–112. <https://doi.org/10.1348/014466505X25252>

Knussen, C., & Sloper, P. (1992). Stress in families of children with disability: A review of risk and resistance factors. *Journal of Mental Health*, 1(3), 241–256. <https://doi.org/10.1080/09638239208400585>

Kumar, R., Sinha, B. N., Chakrabarti, N., Baruah, S., & Sinha, V. K. (2000). Gender differences in resolution of mania. *Indian Journal of Psychiatry*, 42, 198–202.

Küçükkaragöz, H., & Baysal, A. (1993). Psikolojik danışma bilişsel yaklaşımlar. *Eğitim Bilimleri Dergisi*.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lex, C., Bazner, E., & Meyer, T. D. (2017). Does stress play a significant role in bipolar disorder? A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 208, 298–308.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.046>

Luborsky, L. (1962). Clinicians' judgments in mental health. *Archives of General Psychiatry*, 7, 407–417.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1962.01710190047004>

Maçkalı, Z. (2014). Bipolar bozuklukta bilişsel yatkınlık-stres kuramları. *Türk Psikoloji Yazıları*, 17(33), 15–28.

Michalak, E. E., Murray, G., Young, A. H., & Lam, R. W. (2008). Burden of bipolar depression: Impact of disorder and medications on quality of life. *CNS Drugs*, 22, 389–406.
<https://doi.org/10.2165/00023210-200822050-00004>

Michalak, E. E., Yatham, L. N., & Lam, R. W. (2005). Quality of life in bipolar disorder: A review of the literature. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 72. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-72>

Miklowitz, D. J. (2006). An update on the role of psychotherapy in the management of bipolar disorder. *Current Psychiatry Reports*, 8, 498–503. <https://doi.org/10.1007/s11920-006-0074-z>

Millar, A., Espie, C. A., & Scott, J. (2004). The sleep of remitted bipolar outpatients: A controlled naturalistic study using actigraphy. *Journal of Affective Disorders*, 80(2), 145–153. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00115-3](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00115-3)

Miquel, L., Usall, J., Reed, C., Bertsch, J., Vieta, E., Gonzalez-Pinto, A., et al. (2011). Gender differences in outcomes of acute mania: A 12-month follow-up study. *Archives of Women's Mental Health*, 14, 107–113. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0212-z>

Moon, E., Chang, J. S., Choi, S., Ha, T. H., Cha, B., Cho, H. S., et al. (2014). Characteristics of stress-coping behaviors in patients. *Psychiatry Research*, 216(1), 69–74. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.027>

Newman, C. F., Leahy, R. L., Beck, A. T., Reilly-Harrington, N. A., & Gyulai, L. (2002). *Bipolar disorder: A cognitive therapy approach*. Washington, DC: American Psychological Association.

Nivoli, A. M., Pacchiarotti, I., Rosa, A. R., Popovic, D., Murru, A., Valenti, M., et al. (2011). Gender differences in a cohort study of 604 bipolar patients: The role of predominant polarity. *Journal of Affective Disorders*, 133, 443–449. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.04.008>

Otto, M. W., Reilly-Harrington, N., & Sachs, G. S. (2003). Psychoeducational and cognitive behavioral strategies in the management of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 73(1-2), 171–181. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00309-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00309-5)

Oxington, K. V. (2005). *Psychology of stress*. New York: Nova Science Publishers Incorporated.

Özcan, Ö., & Çelik, G. G. (2017). Bilişsel Davranışçı Terapi. *Türkiye Klinikleri*, 3(2).

Özçınar, M. (2005). *Asistan hekimlerde burnout sendromu* (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2008). *Ruh sağlığı ve bozuklukları* (s. 337–428). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

Özü, Ö. (2010). Bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı stresle başa çıkma becerileri eğitim programının işgörenlerin stres, kaygı ve iyilik hali düzeylerine etkisi: Karşıyaka vergi dairesi örneği (Yayımlanmamış doktora tezi). Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Parikh, S. V., Zaretsky, A., Beaulieu, S., Yatham, L. N., Young, L. T., Patelis-Siotis, I., Macqueen, G. M., Levitt, A., Arenovich, T., Cervantes, P., Velyvis, V., Kennedy, S. H., & Streiner, D. L. (2012). A randomized controlled trial of psychoeducation or cognitive behavioral therapy in bipolar disorder: A Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73, 803–810. <https://doi.org/10.4088/JCP.11m07387>

Pavlickova, H., Varese, F., Smith, A., Myin-Germeys, I., Turnbull, O. H., Emsley, R., et al. (2013). The dynamics of mood and coping in bipolar disorder: Longitudinal investigations of the interrelationship between affect, self-esteem and response styles. *Dynamics of Response Styles in Bipolar Disorder*.

Pehlivan, İ. (1995). *Yönetimde stres kaynakları*. Ankara: Pegem Yayınları.

Perlis, R. H., Ostacher, M. J., Patel, J. K., Marangell, L. B., Zhang, H., & Wisniewski, S. R. (2006). Predictors of recurrence in bipolar disorder: Primary outcomes from the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *American*

Journal of Psychiatry, 163(2), 217–224.
<https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.2.217>

Rihmer, Z., & Angst, J. (2007). Duygudurum bozuklukları: Epidemiyoloji. In H. Aydın & A. Bozkurt (Çev. Eds.), *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Cilt 8, ss. 1575–1582). (Türkçe çeviri).

Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2nd ed.). Guilford Press.

Sajatovic, M., Chen, P., Dines, P., & Shirley, E. R. (2007). Psychoeducational approaches to medication adherence in patients with bipolar disorder. *Disease Management & Health Outcomes*, 15(3), 181–192. <https://doi.org/10.2165/00115677-200715030-00003>

Savaşır, İ., & Batur, S. (2003). Bilişsel-davranışçı görüşme ve değerlendirme süreçleri. In İ. Savaşır, G. Soygüt, & E. Kabakçı (Ed.), *Bilişsel davranışçı terapiler içinde* (s. 17). Ankara: Psikologlar Derneği Yayınları.

Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2008). *A history of modern psychology* (9th ed.). Belmont, CA: Thomson Learning.

Schwannauer, M. (2004). Cognitive behavioral therapy for bipolar affective disorder. In M. Power (Ed.), *Mood disorders: A handbook of science and practice* (ss. 259–273). Wiley.

Scott, J. (2001). Cognitive therapy as an adjunct to medication in bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 178(2), 164–168. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.2.164>

Selvi, Y., Beşiroğlu, L., & Aydın, A. (2011). Kronobiyoloji ve duygudurum bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 368–386.

Shapero, B. G., Weiss, R. B., Burke, T. A., Boland, E. M., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2017). Kindling of life stress in bipolar disorder: Effects of. *Behavior Therapy*, 48(3), 322–334. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.10.003>

Shen, G. H., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., & Sylvia, L. G. (2008). Social rhythm regularity and the onset of affective episodes in bipolar spectrum individuals. *Bipolar Disorders*, 10(4), 520–529. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2008.00570.x>

Sierra, P., Livianos, L., & Rojo, L. (2005). Quality of life for patients with bipolar disorder: Relationship with clinical and demographic variables. *Bipolar Disorders*, 7(2), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00190.x>

Singh, V., & Bowden, C. L. (2006). Bipolar bozukluk karma dönemlerinin tanı ve tedavisindeki gelişmeler. (A. F. Beşkardeş, S. Özdemir, & M. K. Doksat, çev.). *Yeni Symposium*, 44(1), 23–34.

Snyder, H. (2019). Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *Journal of Business Research*, 104, 333–339. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2019.07.039>

Soysal, A. (2009). İş yaşamında stres. *Çimento İşveren*, 2, 17–39.

Stange, J. P., Eisner, L. R., Hölzel, B. K., Peckham, A. D., Dougherty, D. D., Rauch, S. L., et al. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: Effects on cognitive functioning. *Journal of Psychiatric Practice*, 17(6), 410–419. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000393475.12681.91>

Sunguroğlu, S. (2021). Bireylerin strese karşı dayanıklılığı ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi (Yayımlanmış yüksek lisans tezi). İstanbul Gelişim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. YÖK Ulusal Tez Merkezi.

Süler, M. (2017). Çocuk ve ergenlerde bilişsel davranışçı terapi uygulamaları: Bir gözden geçirme. *Çocuk ve Medeniyet Dergisi*.

Süloğlu, A. (2009). Diyaliz merkezlerinde çalışan doktor ve hemşirelerde tükenmişlik sendromu (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Szentagotai, A., & David, D. (2010). The efficacy of cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: A quantitative meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(1), 66–72. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04946>

Şahin, F. Y. (1998). Grupla iletişim becerileri eğitiminin üniversite öğrencilerinin iletişim beceri düzeylerine etkisi. *Eğitim ve Bilim Dergisi*, 22(11), 2–19.

Şahin, H. (1995). Yetiştirme yurtlarında kalan ve aileleriyle yaşayan liseli gençlerin stresle başa çıkma stratejileri (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Şahin, N. H. (1994). Stresli ve düşük stresli yaşam tarzları: Stresle başa çıkmada olumlu bir yaklaşım. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Şar, H. A., Barut, Y., & Koç, M. (2007). Bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı grupla psikolojik danışmanın son çocukluk çağı (7-11 yaş) depresyonuyla baş etmeye etkisi. *SAÜ Eğitim Fakültesi Dergisi*.

Terry, D. J., & Hynes, G. J. (1998). Adjustment to a low-control situation: Reexamining the role of coping responses. *Journal of Applied Social Psychology*, 28(4), 1078–1092. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1998.tb01686.x>

Tondo, L., Baldessarini, R. J., Hennen, J., & Floris, G. (1998). Lithium maintenance treatment: Depression and mania in

bipolar I and II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 155(5), 638–645. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.5.638>

Topçuğlu, V. (2011). Farmakoterapi ile psikoterapinin birleştirilmesinde yetkinlik. Ankara: BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.

Tutar, H. (2000). Kriz ve stres ortamında yönetim. İstanbul: Hayat.

Türe, M. E. (2008). Özel eğitim sektöründe çalışan bireysel eğitimcilerin tükenmişlik düzeyleri (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Türkçapar, M. H. (2007). Bilişsel terapi: Temel ilkeler ve uygulamalar. Ankara: HYB Basım Yayın.

Türkçapar, M. H., & Sargın, E. A. (2012). Bilişsel davranışçı psikoterapiler: Tarihçe ve gelişim. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*.

Üstün, Y., & Çınar, Ş. (2009). Hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi. 12. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 20-24 Ekim 2009, Sivas. Poster Bildiri.

Vatan, S. (2016). Bilişsel davranışçı terapilerde üçüncü kuşak yaklaşımlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8, 190–203.

Vega, P., Barbeit, S., Azua, S. R., et al. (2011). Bipolar disorder differences between genders: Special considerations for women. *Women's Health*, 7(6), 663–676. <https://doi.org/10.2217/whe.11.49>

Willert, M. V., Thulstrup, A., Hertz, J., & Bonde, J. P. (2009). Changes in stress and coping from a randomized controlled trial of a three-month stress management intervention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35(2), 145–152. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1286>

YaFang, Y., QiuChan, Q., Ce, C., LiNa, H., Lei, W., & MinJie, Y. (2012). Occupational stress and subjective well-being among female nurses from psychiatric and general hospitals: A comparative study. *Chinese Preventive Medicine*, 13(12), 916–921.

Yatham, L. N., Kennedy, S. H., Parikh, S. V., Schaffer, A., Bond, D. J., Frey, B. N., ... Berk, M. (2018). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 20(2), 97–170. <https://doi.org/10.1111/bdi.12654>

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York, NY: Guilford Press.

Yüksel, H. (2014). Çalışma yaşamı ve stres kavramı: Durumsal bir yaklaşım. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(3), 110–130.

BÖLÜM 4

GENERALIZED ANXIETY DISORDER AND COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY

BUSE KARAEL¹
MERYEM KARAAZİZ²

Entrance

Anxiety is defined as a condition accompanied by physical symptoms such as muscle tension and alertness as a result of the perception of a future threat or danger (Zereyalp et al., 2024). The anxiety experienced by a person can be defined as a state of worry and anxiety about a situation that is not clear how it will happen at that moment or in the future; perhaps impossible to happen. Individuals deny, reject, ignore situations that cause them pain, cut off internal and external contact, and resort to defense mechanisms. Situations that are repressed, pushed into the unconscious, and unresolved problems cause a person to be anxious, worried, and anxious even in some situations (Şahin, 2019).

Generalized anxiety disorder (GAD) is a chronic and quite common disease characterized by uncontrollable excessive worry,

¹ Psy.Buse Karael, No Institution, Orcid: 0009-0003-3618-1149

² Assoc.Prof.Meryem Karaaziz, Near East University, Institute of Graduate Studies Chair, Clinical Psychology, Faculty of Arts and Sciences, Chair, Department of Psychology (Turkish), Orcid: 0000-0002-0085-612X

chronic anxiety and tension. It is accompanied by a series of physical symptoms that cause some impairment in functionality in daily and professional life (Asoğlu et al., 2018). GAD is a disorder in which widespread mental and physiological anxiety symptoms are experienced in the organism without a specific intellectual or motor content, without focusing on a specific object or place as an obsessive thought or compulsion (Gezgin et al., 2010).

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is one of the treatment methods used in the treatment of many psychological disorders in recent years. CBT is also one of the frequently preferred treatment methods in the treatment of anxiety disorders and there are many studies proving its effectiveness (Karataş, 2023). This study aimed to reveal the effect of CBT on GAD. The aim of GAD treatment is to reduce mental and physical symptoms, improve the patient's functions and increase the quality of life. CBT is used in the treatment of anxiety disorders and many studies have been conducted to evaluate the effectiveness of this treatment. In the review and meta-analysis studies evaluating these studies, it is stated that CBT is effective both in reducing anxiety symptoms and in the treatment of anxiety disorders and that these effects are permanent. Psychotherapy can be applied to patients with moderate and mild anxiety in GAD. Dynamic psychotherapy, supportive psychotherapy and CBT are included in the treatment of GAD (Çiçek, 2016). This study also aimed to reveal the effect of CBT therapy on GAD.

Definition of Generalized Anxiety Disorder

Generalized Anxiety Disorder is a mental disorder that is often overlooked and not sufficiently recognized. Since patients primarily consult physicians and non-psychiatrists, it is also called a public health problem. Clinicians are often unaware of the severity and chronic course of the disease. GAD is not just about being "anxious"; anxiety is always felt (Ünsalver&Balcıoğlu, 2006). The basic symptoms seen in Generalized Anxiety Disorder consist of

worry and anxiety. In all anxiety disorders, anxiety symptoms appear in different forms. Individuals with GAD try to increase their sense of control or preparedness by anticipating negativities. When a person with Generalized Anxiety Disorder is viewed from the outside; a restless, anxious facial expression, a tense posture, uneasiness in movements, being easily startled or angry, being unable to sit still, and behaviors such as trembling in the voice and difficulty in speaking may be observed. There are no direct impairments in the person's cognitive capacity, but attention may be easily distracted, temporary forgetfulness may occur, and understanding and learning new things may decrease (Yandım, 2022). Considering that anxiety and worry structures underlie many psychological disorders, GAD is thought to be the basic anxiety disorder (Llera & Newman, 2015).

Generalized Anxiety Etiology of the Disorder

Many factors play a role in the etiology and maintenance of GAD, including genetic, interpersonal, environmental, cognitive, emotional and neurobiological factors (Llera & Newman, 2015). Below, the biological factors, social environmental factors and psychological models that are effective in the formation of generalized anxiety disorder are examined.

Biological Factors

From a biological perspective, GAD has been associated with genetic factors and twin studies have reported a heritability of approximately 32%. In particular, twin studies in women have suggested that heritability is 30% effective. In addition, there are genetic studies that suggest a link between GAD and the serotonergic and catecholaminergic systems. However, it has been stated that specific genetic evidence for GAD is lacking and that more replication studies are needed on this subject (Yandım, 2022).

Social Factors

Social and environmental factors also appear to be important. Research suggests that environmental and interpersonal factors may also put a person at risk for developing GAD. People with GAD are known to have negative life histories that are unpredictable and uncontrollable. In addition, many report that early relationships with caregivers were lacking in boundaries or role reversal (the child transitioned to the caregiver position). Evidence suggests that the impact of early interpersonal problems may persist over time, as individuals with GAD tend to have problems in current relationships (e.g., marital dissatisfaction or few close friendships) and report hypersensitivity to threat in their social environments. Individuals with GAD also exhibit a cognitive profile that may initiate or maintain symptoms of pathological anxiety. This profile includes acute attention to environmental threat cues, a tendency to perceive neutral or ambiguous material as threatening, and rigid or inflexible thinking. When combined with interpersonal sensitivity, this thought pattern may lead an individual to, for example, be alert to signs of unhappiness in a romantic partner, interpret neutral behaviors in a partner as dissatisfaction, and have difficulty distancing themselves from this perspective despite conflicting evidence. This sequence may then lead to concerns about relationship security (Llera & Newman, 2015).

Psychological Factors

Research shows that individuals with GAD are emotionally overreactive, their emotions are more intense and difficult to control, and it is difficult to get rid of negative emotions. This has been associated with decreased tonic parasympathetic activity and increased tonic sympathetic activity. Individuals with GAD are also more sensitive to negative emotional contrast and have increased emotional reactions to negative stimuli. Although worrying is used to reduce negative emotions, it does not help with emotional

avoidance. Additionally, individuals with GAD are oversensitive to threats and worry in order to be emotionally prepared for potential negative events. These findings suggest that the avoidance of emotional contrast model may reinforce anxious behavior for individuals and that further investigation of this theory may be beneficial (Llera & Newman, 2015).

Different perspectives on the theory and treatment of GAD have been emphasized. Two different models have been defined, including the concepts of intolerance of uncertainty and emotional hyperarousal. According to the intolerance of uncertainty model; the anxiety experienced in GAD and the object of anxiety are generally uncertain and uncertainty is perceived as threatening. This model is based on a belief that uncertainty is stressful in patients and suggests that anxiety is used because they perceive uncertain events as more threatening. The emotional disorder model states that individuals experience more intense negative emotions, have difficulty identifying and managing emotions, and are preoccupied with excessive worry. There is conflicting evidence on some parts of these models (Yandım, 2022).

Epidemiology of Generalized Anxiety Disorder

Generalized anxiety disorder is a disorder that is increasing rapidly today and can significantly affect individuals' quality of life. The occurrence of GAD varies from society to society. GAD is a common condition in community and healthcare institutions. In epidemiological studies conducted in the United States, the lifetime prevalence of GAD was found to be between 5.1% (5-7) and 11.9% (5, 8). In a study reviewing epidemiological studies in Europe, the 12-month prevalence was found to be between 1.7-3.4% (5, 9) and the lifetime prevalence was found to be between 4.3-5.9% (5, 10) (Asoğlu et al., 2018). Generalized anxiety disorder, like other childhood anxiety disorders, can lead to problems in educational, social, family and emotional areas. Although it is seen in more than

15% of children and adolescents, the average age of onset has been determined as 8.5 years (Karataş, 2023). Its prevalence in children is between 5-18%; It is known that it varies between 0.3-12.9% during adolescence (Öngider & Baykara, 2015). Women are 60% more likely to develop anxiety disorders than men. This explains why studies on anxiety have been at the forefront from past to present due to its frequency and the fact that it is a feeling experienced by almost every person (Yandım, 2022). There are findings that generalized anxiety disorder is more common in high-income countries compared to other countries, and this situation is more pronounced especially among adult women and unmarried individuals. According to DSM-5, it is stated that generalized anxiety disorder is twice as common in women as in men and is more common in developed countries. In a study conducted with participants aged 65 and over, it was determined that generalized anxiety disorder was more common in women than in men, and the average age of onset of the disease was determined as 35. In a study comparing the ages of onset of anxiety disorders, it was found that the latest onset anxiety disorder was generalized anxiety disorder with an average age of 34.9 (Zereyalp et al., 2024). GAD is a common condition in the elderly, but there is very little information about the prevalence, course and age of onset of the disease in older ages. Although current publications are limited, the prevalence of GAD in the elderly is estimated to be approximately 7%. In a study conducted with individuals over the age of 65, generalized anxiety disorder was found to be 1.9% in this population. In a study conducted in our country, approximately 6.9% of the elderly were found to have GAD. GAD seen in the elderly is usually chronic, and the average age of onset of the disease was reported as 48.8. This condition causes loss of functionality and deterioration in quality of life in the elderly. GAD in the elderly has been associated with many factors such as female gender, chronic medical problems, being single or divorced, low level of education, stressful life events and physical limitations

in daily activities. However, there is very little data in the literature about the severity of GAD symptoms in the elderly. Obtaining more data on this subject would enable better recognition and treatment of GAD in the elderly (Eroğlu et al., 2012).

Symptoms of Generalized Anxiety Disorder

Generalized Anxiety Disorder (GAD) is an anxiety disorder in which excessive anxiety or worry about an event or situation lasts at least 6 months, accompanied by at least three of the following symptoms: restlessness, easy fatigue, difficulty concentrating, easy anger, muscle tension, and sleep disturbances. These symptoms cause significant distress to the person by causing functional impairment in social, occupational, and other areas of life (Zereyalp et al., 2024).

People with GAD worry about small events and often at the same time, and their sentences are usually in the form of "... what if?" They usually think that something bad will happen and that they will not be prepared for this terrible danger. Their worries may be unresolved or triggered by very subtle stimuli (Yandım, 2022).

There are many different events or situations that cause anxiety and worry in GAD, in addition, the intensity, duration and frequency of anxiety and worry, the probability of the expected event occurring or the outcome are disproportionate to the social and cultural context. In addition to anxiety and worry in GAD, hyperarousal and somatic symptoms also accompany. Most individuals worry about every negative situation, and due to this worry, GAD is a difficult psychiatric disorder to diagnose because anxiety is common in non-clinical samples in other anxiety and depressive disorders. According to researchers, individuals with GAD and those without this diagnosis worry about almost the same things, but individuals with GAD experience anxiety as excessive and uncontrollable. Since the minds of GAD patients are usually

busy with possible future situations, they cannot stay in the moment and have difficulty doing so, and this reduces the satisfaction they get from life. (Zereyalp et al., 2024).

Theoretical Basis for Explaining Generalized Anxiety Disorder

Psychoanalytic Approach

The individual cannot satisfy his biological or spiritual impulses whenever and wherever he wants. In childhood, we aim to expect our needs at a certain time and place and to learn to satisfy them in different ways. The pleasure principle gives way to the reality principle, but our impulses and needs continue to affect our behavior. There is a conflict between the quest for satisfaction and the necessity of adapting to the realities. There is an id, ego, and superego in the personality; the superego includes elements that are unconsciously effective, such as the prohibitions and moral rules of parents and society. These conflicts manifest themselves with a lack of internal balance. For example, the pressure of impulses for satisfaction conflicts with the pressure of moral judgments. In this conflict situation, the person realizes that he wants to satisfy his impulses but that they must be suppressed at the same time. Natural reactions emerge for dangerous situations, one of which is fear. Fear initiates the escape reaction against a threat. The danger can be not only external, but also internal. Impulses, excessive judgments, or environmental conditions can disrupt the person's balance and be perceived as dangerous. While the reaction to a conscious threat is called fear, the reaction to unconscious and unidentified internal dangers is called anxiety. (Öztürk & Uluşahin, 2018).

Freud's first views on anxiety were based on his studies of neurotic patients. At first, he suggested that anxiety emerged as a result of psychic energy that could not be discharged properly due to internal and external obstacles and accumulated in the psychic structure. Later, with the development of the structural model, his

views on anxiety also changed. His views on anxiety are as follows; he states that anxiety is a function of the ego and that the ego's task is quite difficult because the ego is responsible for both fulfilling the desires of the id and coping with the objective reality of the external world, and while doing so, it has to take into account the strict restrictions of the superego. These are also the three challenging situations that the ego encounters while fulfilling its task. The ego reacts to such threats with anxiety. This is a very disturbing emotion that resembles intense nervousness, and we can also call it aggression. Although anxiety fulfills a self-protective function that prepares the person for appropriate behavior, a very limited amount is normal and desirable. Freud examined anxiety under three headings depending on its source; It is divided into realistic anxiety, neurotic anxiety and moral anxiety (İnanç & Yerlikaya, 2012).

Behaviorist Approach

Behavioral and cognitive personality theories are theories that explain personality through learning. Some of these theories include both behavioral and cognitive elements in understanding personality as a learned behavior (İnanç & Yerlikaya, 2012). According to behavioral theory, anxiety is a type of learning process. Pavlov's respondent conditioning experiments have shown that organisms exposed to an undesirable external stimulus can develop reactions related to this stimulus. This supports the learning process in which stimuli associated with fear in children can cause changes in their behaviors. For example; a parent yelling at a child can cause fear in the child. Fear is one of the reasons why people seek psychotherapy and is closely related to other basic emotions (sadness, joy, anger, disgust). Watson and Jones' experiments have shown that the fear response can be formed through conditioning and that the extinction process of these reactions can be eliminated with therapy. According to Skinner, people tend to achieve the results they want in their behaviors, but they tend to reduce these behaviors when

they encounter undesirable results. These theories have contributed to the development of techniques used in the treatment of anxiety. Wolpe's systematic desensitization technique plays an important role in the treatment of anxiety, as this technique helps reduce negative effects by gradually comparing people to the stimuli they fear. Behaviorists have increased the knowledge in this area with experiments and techniques developed to eliminate anxiety (Yandım, 2022) .

Object Relations Theory

Object relations is a psychoanalytically based approach that is well known and widely accepted in scientific circles. Theories of important clinician researchers such as Klein, Fairbairn, Guntrip, Winnicott, Kernberg, Kohut and Bowlby are classified under the title of object relations. These theories provide different and original explanations about human nature (Uluç et al., 2015).

Object relations theory argues that people have internal relationships that are different and more complex than real interactions in the external world. These internal relationships are usually unconscious and are often associated with anxiety. This theory emphasizes that people internalize their interactions with other people and the psychological roles of these internalized relationships. Object relations theory focuses not only on interactions with the external world, but also on mental representations and internal images. Unlike other psychodynamic theories, object relations theory delves into the inner world and includes a dramatic inner world. It emphasizes that people define themselves and others in their inner worlds and discover their inner selves . Therefore, it is important to examine not only external interactions but also the inner world in the diagnostic process (Joan et al., 2008).

DSM 5 Classification and History of Generalized Anxiety Disorder

In DSM 1, anxiety was included in psychoneurotic disorders. Let's briefly talk about anxiety in psychoneurotic disorders; The main feature of these disorders is "anxiety", which can be felt and expressed directly or controlled unconsciously and automatically using various psychological defense mechanisms. In psychoneurotic disorders, "anxiety" is a danger signal felt and perceived by the conscious part of the personality. It is produced by a threat from within the personality (for example, by overwhelmed repressed emotions, including aggressive impulses such as hostility and anger), with or without stimulation. The various ways in which the patient tries to cope with this anxiety cause the various types of reactions listed below. The terms "traumatic neurosis" or "traumatic reaction" will not be used in recording such reactions; instead, the specific psychiatric reaction will be indicated. Likewise, the term "mixed reaction" will not be used; instead, the dominant reaction type, characterized by reference to other types of reactions as part of the symptomatology, will be recorded. Anxiety reaction. In this type of response, anxiety is generalized and is not limited to specific situations or objects, as in phobic reactions. It is not controlled by a specific psychological defense mechanism, as in other psychoneurotic reactions. This reaction is characterized by anxious expectation and is often associated with somatic symptomatology. The state must be distinguished from normal anxiety or fear. The term is synonymous with the older term "anxiety state" (APA, 1952).

In DSM 2, anxiety was included under the title of neurosis. To briefly mention neuroses; Anxiety is the main feature of neuroses, it can be felt and expressed directly or controlled unconsciously and automatically by transformation, displacement and various other psychological mechanisms. In general, these mechanisms produce symptoms experienced as subjective distress that the patient wants

to relieve. Neuroses, unlike psychoses, do not show a major distortion or misinterpretation of external reality, nor a major personality disorder. A possible exception to this is hysterical neurosis, which some believe may be accompanied by hallucinations and other symptoms occasionally encountered in psychoses. Traditionally, neurotic patients are not classified as psychotic because they are aware that their mental functions are impaired, even though they are severely disabled by their symptoms. Anxiety neurosis: This neurosis is characterized by anxious, excessive worry, extending to panic and often associated with somatic symptoms. Unlike phobic neurosis, anxiety can occur under any circumstances and is not limited to specific situations or objects. This disorder must be distinguished from normal anxiety or fear that occurs in realistically dangerous situations (APA, 1968).

The disorders included in anxiety disorders in DSM 3 are; Phobic disorder, agoraphobia with panic attack, agoraphobia without panic attack, social phobia, simple phobia, anxiety neurosis, panic disorder, generalized anxiety disorder, obsessive compulsive disorder, post-traumatic stress disorder, acute and chronic, atypical anxiety disorder, somatoform disorder, dissociative disorder, affective disorder. Generalized Anxiety Disorder is generalized, persistent anxiety lasting at least one month without specific symptoms that characterize phobic disorders, panic disorder and obsessive compulsive disorder as the basic feature. Although specific symptoms of anxiety vary from person to person, there are usually motor tension, autonomic hyperactivity, anxious expectation and alertness and scanning symptoms (APA, 1980).

In DSM 4, anxiety disorders are; Phobic disorders, social phobia, simple phobia, agoraphobia without panic attack, anxiety states, panic disorder with agoraphobia, panic disorder without agoraphobia, generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, post-traumatic stress disorder, acute stress disorder, anxiety

disorder due to general medical conditions, anxiety disorder due to substance use, anxiety disorder not elsewhere specified. The essential feature of Generalized Anxiety Disorder is excessive anxiety and worry about a series of events or activities, occurring every day for a period of at least 6 months (APA, 1994).

Diagnostic criteria for GAD in DSM 5 whereas;

A. There is excessive anxiety and worry (anxious anticipation) about some event or activity (such as achievement at work or school) on most days of the week for at least six months .

B. The person has difficulty controlling his/her delusions.

C. The anxiety and worry are accompanied by three (or more) of the following six symptoms (at least some of which have been present on most days of the past six months):

Note: For children, only one item is sufficient.

- Inability to settle down (restlessness) or being tense or constantly on edge.
- Don't tire easily.
- Difficulty concentrating or your mind going blank.
- Don't get angry easily.
- Muscle tension.
- Sleep disturbance (difficulty falling or staying asleep, or unrefreshing, unsatisfying sleep).

D. The anxiety, worry, or somatic symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.

E. The disturbance is not attributable to the physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or another medical condition (e.g., hyperthyroidism).

F. The disturbance is not better explained by another mental disorder (e.g., anxiety or delusions about having panic attacks in panic disorder, negative evaluations in social anxiety disorder (social phobia), contamination or other obsessions in obsessive-compulsive disorder, separation from attachment figure in separation anxiety disorder, reminders of the traumatic events in posttraumatic stress disorder, weight gain in anorexia nervosa, physical complaints in somatic symptom disorder, perceived appearance defects in body dysmorphic disorder, having a significant illness in illness anxiety disorder, or the content of delusional beliefs in schizophrenia or delusional disorder). (APA, 2013).

Treatment of Generalized Anxiety Disorder

Both psychotherapy and medication are effective in treating GAD. Cognitive behavioral therapy (CBT) is a frequently used method in the treatment of GAD. CBT teaches different ways of thinking and behaving to help control anxiety. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) uses mindfulness and goal-setting strategies to reduce discomfort and anxiety, using a different approach than CBT. SSRIs and SNRIs are frequently used as medication treatments, but they can cause some side effects. Anti-anxiety medications can also be used, but there is a risk of addiction. Other medications, such as buspirone, can also help treat GAD. The treatment process usually takes time and should be done under specialist supervision. Other treatment options include group therapies, healthy living habits, and exercise (National Institutes of Health, 2022).

Definition of Cognitive Behavioral Therapy

The abbreviation of CBT therapy is “Cognitive Behavioral Therapy”, also known as CBT (Cognitive Behavioral Therapy). CBT is a structured, time-limited and client-based approach where the therapist is active and directive. Although the duration of therapy varies according to the client and the nature of the problem, it is usually a relatively short-term therapy approach of 10-20 sessions on average (Sütçü, 2016). Cognitive therapy, which utilizes many cognitive and behavioral methods, aims to show and test the patient's faulty conceptualizations and maladaptive assumptions. Unlike more traditional psychotherapies such as psychoanalytic therapy, in cognitive therapy the therapist is constantly active and in constant interaction with the patient. When structuring the therapy, the patient's participation and cooperation issues are taken into consideration. The "here and now" form the basis of the cognitive approach and the main intervention point is to explore and investigate the patient's thoughts and feelings. There is no such thing as interpreting subconscious factors or dealing with subconscious processes in the cognitive approach. The counselor searches for various ways to make cognitive changes in the patient's belief system with different techniques in order to create emotional and behavioral changes. CBT is an approach that includes a wide range of people from very different socio-economic backgrounds to children, adolescents and adults, and has made its mark in the last 25-30 years. It has become a preferred approach in the treatment of many disorders not only because it quickly relieves people's pain, but also because it teaches them how to be well (Bengisoy et al., 2019).

History of Cognitive Behavioral Therapy

Cognitive therapy is a psychotherapy approach that was initially developed by Aaron T. Beck in the 1960s to treat depression, and has been adapted to treat many problems over time. In the 1980s, cognitive therapy and behavioral therapy approaches were combined

and became known as cognitive behavioral therapy . Therefore, therapy includes both cognitive techniques aimed at changing the cognitions thought to be causing the problem, and behavioral techniques that focus directly on changing behavior. Although the cognitive and behavioral components of therapy now seem inseparable, there are therapies that use only behavioral or only cognitive techniques, and these, like those that use both types of techniques, are included under the title of cognitive behavioral therapies (CBT). Today, CBT is widely used in the treatment of many mental disorders in adults such as mood disorders, anxiety disorders, eating disorders, and schizophrenia; many health problems such as hypertension, chronic pain, and insomnia; and life problems such as inability to manage anger and stress, marriage, and family problems. In addition, in recent years, CBT has been used in the treatment of many psychological problems seen in children and adolescents. When the literature is examined, it is seen that there are many studies proving the effectiveness of CBT (Sütcü, 2016).

CBT Therapy for Generalized Anxiety Disorder

As a treatment for GAD, CBT includes the development of a functional analysis, providing information through psychoeducation, experimenting with new behaviors and emotions (explanation, relaxation), and a cognitive approach. Functional analysis determines when, where, how often, with what intensity, and under what conditions the anxious response is triggered. This is a critical step for the smooth progress of therapy and helps to understand the patient's problem. Psychoeducation plays an important role in determining the next step of therapeutic progress and helps patients evaluate their behavior in different ways. Therapy is often combined with emotional and behavioral approaches. Instead of managing negative emotions, the therapist focuses on teaching how to develop positive emotions. In CBT, patients confront their emotions and learn how to cope with avoidance behaviors. In this process, it is important

to accept and change negative thoughts (Yandim, 2022). This strategy allows for a rapid and effective reduction of avoidance. Exposure to anxiety allows patients to remain in the presence of images related to their possible anxiety (usually avoided disturbing images) in order to promote emotional habituation. Patients can learn to tolerate their fears, which allows them to think about their worries less often and less intensely. The cognitive approach usually begins with self-observation of patients' own thoughts. Can thoughts be noticed? Can patients isolate themselves from emotions? The goal of cognitive work is to help patients step back from their automatic thoughts and distance themselves from these worries (Borza, 2017).

Related Research

In the case report by Zereyalp et al., a 36-year-old female client experienced intense fear and anxiety due to thoughts that something bad would happen to her son and that he would die. CBT therapy was used to minimize the symptoms of GAD for the client who experienced these symptoms. A total of 12 sessions of 45-50 minutes were conducted with CBT therapy, as a result of which the problems that led to GAD were evaluated and a situation-level formulation was made with the client. What she had done to cope with the problem before was discussed, in addition to this, the client's mental state, medical and psychiatric history were evaluated. As a result of these sessions, it was observed that the client made progress (Zereyalp et al., 2024).

In the case report made by Kara, a 24-year-old male client who had been showing some physical symptoms for 7 years due to health and generalized anxiety was discussed. Due to these symptoms, he frequently consulted a doctor and as a result, he felt relieved when no problems occurred, but his physical symptoms were quite numerous and his fears were recurring. In addition to his health concerns, he had fears that bad things could happen to him in various situations, and this situation had a devastating effect on the

client, so he applied. The client was started on medication and the psychotherapy process was started, the therapy process started with an evaluation, therapy goals were determined, psychoeducation was given about CBT and anxiety. Cognitive restructuring techniques related to health and anxiety were applied. It was observed that CBT therapy was an effective therapy method alone or in addition to medication (Kara, 2014).

In Öngider's review article, the examination of CBT applications applied to children with mood and anxiety disorders was investigated. Many research findings were found showing that CBT is effective in the treatment of mood disorders and anxiety in children and adolescents. It is known that Individual CBT and Group CBT are effective methods in the treatment of depression and anxiety in children and adolescents. In this study, not only the effectiveness of CBT for anxiety and depression in children and adolescents was reviewed, but also the effectiveness of CBT was investigated and stated (Öngider, 2014).

Conclusion and Recommendations

Anxiety is a concept that we have in every aspect of our lives. Although the level of anxiety and anxiety that people experience due to the life difficulties they experience varies, many situations cause the individual to be psychologically injured or harmed and put the person in a negative mood. When we look at the research, the number of individuals who experience anxiety and show GAD symptoms as a result of the anxiety they experience is also considerable. The level at which anxiety affects people or what kind of a mark it leaves on people varies. Anxiety symptoms include worry, restlessness, overstimulation, physiological symptoms, anger, muscle tension and negative changes in the person's mood. It has been seen that both psychological treatment and drug treatment are effective in the treatment of individuals with GAD. Anxiety can have negative effects on the individual at any age and there are a number

of therapy methods to improve and eliminate these effects. One of these therapy techniques is CBT therapy. CBT therapy aims to briefly show and test the patient's misconceptions and non-adaptive thoughts, and there is a collaboration between the counselor and the client in this process.

When the results of the 6 studies found were examined, it was seen that CBT therapy was an effective therapy method in reducing and eliminating the symptoms of generalized anxiety disorder . It is thought that CBT provides faster improvement in GAD symptoms than other methods. The use of CBT method is also widespread in our country. When we look at European countries, there are many studies on generalized anxiety disorder, clinical observations, and disorders related to anxiety.

In our country, more studies on CBT can be conducted and CBT therapy can become more widespread than it is today. Clinicians can also treat GAD symptoms in patients quickly and effectively by using CBT therapy.

References

APA (1952) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1 st ed (DSM-I).

Washington, DC, American Psychiatric Association.

APA (1968) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd ed. (DSM-II).

Washington, D.C., American Psychiatric Association.

APA (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. (DSM-III) Washington, DC, American Psychiatric Association.

APA (1987) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed. Revised (DSM-III-R). Washington, DC, American Psychiatric Association.

APA (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV).

Washington, DC, American Psychiatric Association.

APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5).

Washington, DC, American Psychiatric Association.

Asoğlu, M., Karka, İ., Pirinçcioğlu, F., Göbelek, M., Çelik, H., Takatak, H., & Bilgen-Ulgar, Ş . (2018). Cultural Reflections of Anxiety Expression Forms of Patients Diagnosed with Generalized Anxiety Disorder. *Bezmialem Science* , 6(4).

Balcıoğlu, İ., & Ünsalver, B. (2006). Generalized Anxiety Disorder: Epidemiology, Prognosis and Non-Pharmacological Treatments. *Cerrahpaşa Medical Journal* , 37 (3), 115-120.

Bengisoy, A., Ozdemir, MB, Erkivanc, F., Sahin, S., & Iskifoglu, T. C. (2019). Content analysis of research articles using

cognitive behavioral therapy 1997-2018. Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal , 9 (54), 745-793.

Berzoff, J., Flanagan, L. M., & Hertz, P. (2008). Inside Out and Outside In: Psychodynamic Clinical Theory and Psychopathology. Rowman & Littlefield Publishers.

Borza , L. (2017). Cognitive-Behavioral Therapy for Generalized Anxiety . Dialogues in Clinical Neuroscience, 19(2), 203-208.

Eroğlu, MZ, Annagür, B.B, & İçbay, E. (2012). Evaluation of generalized anxiety disorder in the elderly. Gaziantep Medical Journal , 18(3), 143-147.

Gezgin, H., Çam, O., & Karademir, M. (2010). Investigation of the effectiveness of psychoeducation given to individuals diagnosed with generalized anxiety disorder . Clinical Psychiatry , 13, 65-76.

Gursoy Cicek, B. Evaluation of Thought Characteristics and Personality Traits in Patients Diagnosed with Anxiety Disorder or Depressive Disorder. Ufuk University, Medical Specialization Thesis.

Karataş, E. (2023). Proceedings Book of the 11th Turkish Postgraduate Studies Congress-1 . Istanbul: Scientific Studies Association (İLEM).

Kara, N. (2014). Cognitive Behavioral Therapy of a Case of Generalized Anxiety Disorder Accompanied by Health Anxiety. Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research , 3(2), 99-108.

Llera, S. J., & Newman, M. G. (2015). Generalized Anxiety Disorder. The Encyclopedia of Clinical Psychology , 1341-1346.

National Institutes of Health. (2022). Generalized Anxiety Disorder: When Worry Gets Out of Control.

Öngider, N., & Baykara, B. (2015). The effectiveness of cognitive behavioral group therapy on children diagnosed with anxiety. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research* , 1(1), 26-37.

Öngider, N. (2014). The use of cognitive behavioral therapy in children and adolescents with mood and anxiety disorders: A review study. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research* , 3(2), 73-83.

Sütçü, ST (2016). Cognitive Behavioral Group Therapies. *Current Approaches in Psychiatry* , 8(1), 1-2.

Şahin, M. (2019). Fear, anxiety and anxiety disorders. *Eurasian Journal of Social and Economic Research* , 6 (10), 117-135.

Uluç, S., Tüzün, Z., Haselden, M., & Erbaş, SP (2015). Adaptation Study of Bell Object Relations and Reality Assessment Scale (BORTTI) into Turkish. *Journal of Clinical Psychiatry* , 18(4), 112-123.

Yandım, MB (2022). Treatment of Generalized Anxiety Disorder in Cognitive Behavioral Therapy and New Generation Cognitive Behavioral Therapies. (Master's thesis). Fatih Sultan Mehmet Vakıf University, Institute of Graduate Education.

Yazgan-İnanç, B., & Yerlikaya, EE (2012). *Personality Theories*. Ankara: Pegem Academy.

Zereyalp, M., Kurtoğlu, MB, & Canahmet, BOZ (2024). Online Cognitive and Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Case Report. *AYNA Journal of Clinical Psychology* , 11 (1), 163-185.

RUHSAL BOZUKLUKLARA DİSİPLİNLERARASI YAKLAŞIMLAR

KLİNİK GÖZLEMLER VE
TOPLUMSAL DİNAMİKLER

