

# PSİKIYATRİDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR *Current Approaches in Psychiatry*

2016

Cilt / Volume. 8  
Sayı / Number. 2

[www.cappsy.org](http://www.cappsy.org)

ISSN:1309-0658  
eISSN:1309-0674

# PSİKIYATRİDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

*Current Approaches in Psychiatry*

[www.cappsy.org](http://www.cappsy.org)



ISSN:1309-0658  
eISSN:1309-0674

# **PSİKIYATRİDE** **GÜNCEL YAKLAŞIMLAR** *Current Approaches in Psychiatry*

**Cilt/Volume: 8 . Sayı/Number: 2**  
**Yıl/Year: 2016**

**Editör/Editor in Chief**  
**Lut Tamam**

## **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar / Current Approaches in Psychiatry**

Yıl: 2016 . Cilt: 8 . Sayı: 2

Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, psikiyatri ve ilişkili bilimlerin (davranış bilimleri, psikoloji, psiko-farmakoloji, nöropsikiyatri, nörobilimler, psikiyatri hemşireliği v.b.) tümünü kapsayan ve bu konulardaki orijinal araştırma makalelerini ve güncel gözden geçirme yazılarını Türkçe ya da İngilizce yayınlayan açık erişimli hakemli bilimsel bir dergidir. Dergide yer alan yazı, şekil, tablo ya da resimlerin telif hakkı dergiye aittir. Bir bölümü ya da tamamı izinsiz kopyalanamaz ya da basılamaz. Dergiden alıntı yapılacak tıbbi dergi ve kitapların, dergiyi kaynak göstermesi gereklidir. Yayınlanan yazıların bilimsel ve etik sorumluluğu tamamıyla yazar ya da yazarlara aittir. Dergi yayınlanan tüm yazılarda yer alan görüşler yazarlara ait olup, editör, yayın kurulu, bilimsel danışma kurulu ya da yayıncı bu yazılar için herhangi bir sorumluluk kabul etmemektedir. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar dergisi çevrimiçi (online) olarak [www.cappsy.org](http://www.cappsy.org) adresinden yayınlanır. Tüm makaleler kabul edilir edilmez, bu web sitesinde o dönemdeki sayının bir makalesi olarak yer alır. Yazım kurallarını ve makale gönderme kurallarını [www.cappsy.org](http://www.cappsy.org) adresinden edinebilirsiniz.

### **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi adına İmtiyaz Sahibi**

Lut Tamam

### **Sorumlu Yazı İşleri Müdürü**

Gonca Karakuş

### **Editör**

Lut Tamam

### **Yayın Koordinatörü**

Murat Gülsün

### **Yayın Kurulu**

Çağdaş Eker, Cengiz Akkaya, Gonca Karakuş, Hüseyin Güleç, Oya Mortan Sevi, Levent Sütçügil

### **İletişim Adresi**

Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana

Tel: 90-322-3386060/3247

İnternet sitesi: [www.cappsy.org](http://www.cappsy.org)

E-posta: [editor.cap@gmail.com](mailto:editor.cap@gmail.com)

Tüm abonelik, baskı izinleri ve reklam ile ilgili başvurular iletişim adresine yapılmalıdır.

### **Baskı**

Yayın Türü: Süreli Yayın

Baskı Tarihi ve Yeri : Mart 2016, Adana

ISSN: 1309-0658 eISSN: 1309-0674

**Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar (Current Approaches in Psychiatry)** *ASOS Index, Türk Psikiyatri Dizini, Türkiye Atf Dizini, Türk Medline, ULAKBİM Sosyal ve Beşeri Bilimler Veritabanı, Chemical Abstracts, CA Plus, Sci Finder, Cabell's Directory of Publishing Opportunities in Psychology & Psychiatry, Directory of Open Access Journals (DOAJ), EBSCO Academic Search Complete, EBSCO TOC Premier, EMCare – Elsevier, Google Scholar, J Gate, ProQuest Health & Medical Complete, PsycINFO, Research Gate, Scientific Commons ve ScopeMed* veritabanlarında yer almaktadır.

## **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar / Current Approaches in Psychiatry**

Year: 2016 . Volume: 8 . Number: 2

Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry is an open access journal which publishes original researches and review articles relevant to psychiatry and related sciences (i.e behavioral sciences, psychology, psychopharmacology, neuropsychiatry, neurosciences, psychiatric nursing) in Turkish or in English. The journal accepts articles on not only current subjects but also on classical subjects to become an educational source for all psychiatric residents, specialists and related professionals. The journal is currently published quarterly (four issues) comprising one volume per year. The submitted manuscripts will become freely available to all readers in its web site ([www.cappsy.org](http://www.cappsy.org)) as soon as they have been accepted after peer review. Accepted articles will immediately appear as a part of the journal issue belonging to that publication period. The Journal, the publisher, and the Editors assume no responsibility for the statements in the articles; authors carry the scientific and legal responsibilities of their own articles. Instructions to the authors and submission rules could be reached at the journal website([www.cappsy.org](http://www.cappsy.org)).

### **Editor in Chief**

Lut Tamam

### **Managing Editor**

Murat Gülsün

### **Editorial Board**

Çağdaş Eker, Cengiz Akkaya, Gonca Karakuş, Hüseyin Güleç, Oya Mortan Sevi, Levent Sütçügil

### **Correspondence Address**

Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana, Turkey

Tel: 90-322-3386060/3247

Web site: [www.cappsy.org](http://www.cappsy.org)

E-mail: [editor.cap@gmail.com](mailto:editor.cap@gmail.com)

Please contact to this address for any of your enquiries about reprint, copyright or advertisement issues.

**Printed in Adana, Turkey, March 2016**

ISSN: 1309-0658 eISSN: 1309-0674

**Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar (Current Approaches in Psychiatry) is abstracted and indexed in** *ASOS Index, Türk Psikiyatri Dizini, Türkiye Atf Dizini, Turk Medline, ULAKBIM Social Science Database, Chemical Abstracts, CA Plus, Sci Finder, Cabell's Directory of Publishing Opportunities in Psychology & Psychiatry, Directory of Open Access Journals (DOAJ), Directory of Research Journals Indexing (DRJI), EBSCO Academic Search Complete, EBSCO TOC Premier, EMCare – Elsevier, Google Scholar, J Gate, ProQuest Health & Medical Complete, PscINFO, Research Gate, Scientific Commons and ScopeMed.*

## İçindekiler / Contents

### Derlemeler / Reviews

Bilişsel Davranışçı Terapide Direnç ve Motivasyonel Görüşme Teknikleri Resistance in Cognitive Behavioral Therapy and Motivational Interviewing Techniques <i>Nurcihan Alpaydın, Meliha Çimen, Büşra Tarçalır Erol, Oya Mortan Sevi</i> .....	94
Oksitosin ve Psikiyatrik Bozukluklar Oxytocin and Psychiatric Disorders <i>Gökçe Nur Say, Mahmut Müjdecı</i> .....	102
Gündüz Aşırı Uykululuğu Excessive Daytime Sleepiness <i>Yavuz Selvi, Ali Kandığer, Ayça Asena Sayın</i> .....	114
Obezite ve Bilişsel Davranışçı Terapi Obesity and Cognitive Behavioral Therapy <i>Gülşay Oğuz, Aytül Karabekiroğlu, Birsen Kocamanoğlu, Mehmet Zihni Sungur</i> .....	133
Kendini Sabote Etme ve Ruh Sağlığı Üzerine Etkisi Self-Handicapping and Its Impact on Mental Health <i>Yeter Sinem Üzar Özçetin, Duygu Hiçdurmaz</i> .....	145
Aile İçi Şiddetin Çocuk Üzerindeki Etkileri ve Psikososyal Desteğin Önemi Effects of Domestic Violence on Children and Significance of Psychosocial Support <i>Neslihan Lök, Ceyda Başoğul, Selma Öncel</i> .....	156
Levinson'un Kuramında İlk Yetişkinlik Döneminin Yaşam Yapısı Life Structure of Early Adulthood Period in Levinson's Theory <i>Yahya Aktu</i> .....	162
Sirkadiyen Ritim Uyku Bozuklukları Circadian Rhythm Sleep Disorders <i>Erhan Akıncı, Fatma Özlem Orhan</i> .....	178

# Bilişsel Davranışçı Terapide Direnç ve Motivasyonel Görüşme Teknikleri

## *Resistance in Cognitive Behavioral Therapy and Motivational Interviewing Techniques*

Nurcihan Alpaydın, Meliha Çimen, Büşra Tarçalır Erol, Oya Mortan Sevi

### Öz

Her psikoterapi yöntemi için geçerli olduğu gibi, bilişsel davranışçı terapi ile izlenen danışanlar için de terapinin uygun ve yeterli olup olmadığı, danışanın terapiye hazır olup olmadığı, terapinin süresi ve sıklığı gibi faktörler tedavinin başarısını belirler. Ancak bu faktörleri ele alırken direnç kavramı göz ardı edilmemelidir. Bu makalenin amacı, bilişsel-davranışçı terapiler için direncin altında yatan nedenleri anlamak ve direncin nasıl yönetileceği konusunda önerilerde bulunmaktır. Bu kapsamda motivasyonel görüşme teknikleri de detaylı olarak anlatılacaktır.

**Anahtar sözcükler:** Direnç, bilişsel davranışçı terapi, motivasyonel yöntemler.

### Abstract

As is valid for each psychotherapy method, the factors such as whether the therapy is appropriate and sufficient, whether the client is ready to therapy, duration and frequency of the therapy shall determine the success of the treatment also for clients whom are treated with cognitive-behavioral therapy. However, while considering these factors, the concept of resistance should not be ignored. The aim of this article is to understand the underlying causes of the resistance for cognitive-behavioral therapy and to make suggestions on how to manage it. In this context, motivational interviewing techniques will also be explained in detail.

**Key words:** Resistance, cognitive behavioral therapy, motivational techniques.

**BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ (BDT)**, bilimsel temellere dayalı ve defalarca etkililiği kanıtlanmış olan bir psikoterapi türüdür. BDT'nin tek uçlu depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, agorafobinin eşlik ettiği ve etmediği panik bozukluk, sosyal fobi, travma sonrası stres bozukluğu, bulimiya, obsesif-kompulsif bozukluk ve şizofreni gibi birçok ruhsal sorunun tedavisinde etkili olduğu görülmüştür (Butler ve ark. 2006). Ancak, diğer ruh sağlığı müdahaleleri gibi, BDT'nin de tüm ruhsal sorunlar için tek çare olduğu söylenemez ve bu konuda hala cevaplanmamış bazı sorular vardır (Kingdon ve ark. 2007).

Terapi süreci tamamlanmış olsa da, terapiye gösterilen direnç nedeniyle BDT'nin her hastada işe yaramayabileceği bilinmektedir. Peki, neden bazı hastalar BDT'yi yararlı bulurken diğerleri bulmamaktadır? Neden bazı hastalar zamanından önce terapiyi bırakmaktadır? Terapinin ne noktasında BDT'nin uygun veya yeterli olmadığına karar verilmelidir? Standart gözden geçirme 6-10 seanstan sonra mı, 15-20 seanstan sonra mı



olmalıdır? Tedavi başarısız olduğunda onu ileriye taşıyan etkili seçenekler neler olabilir? Bu soruların cevabını verirken danışanın terapiye gösterdiği direnci anlamak şarttır. Buna ek olarak seans sayısı, sıklığı ve seansların içeriğinin danışan için yeterli olup olmadığını gözden geçirmek gerekmektedir. (Kingdon ve ark. 2007). Bu makale BDT'de direncin ne anlama geldiği ve dirence nasıl müdahale edilebileceği üzerine odaklanacaktır (Haugaard 2008).

## BDT'de Danışanın Direncini Anlamak

Terapi sürecine giren danışanlar, terapisinin nasıl işlediği ile pek ilgilenmez, sadece içinde buldukları durumdan kurtulup daha iyi bir hayat yaşamak için yardım isterler. Danışanlar terapiye her zaman kullandıkları kaçınma ve inkârlar işe yaramadığı zaman gelirler ve problemle mücadele etmenin yeni bir yolunu bulmaya ihtiyaç duyarlar; fakat bunun ne olduğunu bilemezler. Ne var ki, danışanlar onları terapiye getiren şeye dönüp bakmadıkça, onunla meşgul olmadıkça ve onu değiştirmek için çaba göstermedikçe, değişimin gerçekleşmeyeceğini bilmelidirler. Ancak terapi sürecinde çaba göstermek ve değişime kapı açmak her zaman arzu edilen bir şey olmayabilir. Yani danışan sorunlu fakat yine de kendine tanıdık olan alandan uzaklaşıp, bilmediği bir süreç olan iyileşme sürecine geçmeye cesaret edemeyebilir. Özetle, yeni olanın bilinmezliği ürkütebildiği için, kaçınma ve direnç gibi durumlar terapistlerin şahit oldukları durumlardır (Van Deurzen ve Adams 2011).

Terapide direnç pek çok şekilde ortaya çıkabilir ve sürecin ilerlemesinde bazen bir engel, bazen ise üzerine çalışıldığında danışanın ikilemlerini ve savunmalarını görünür kılıp iyileşmeye giden yolun başlangıcı olur. Direnç, terapistin yöneliminin ne olduğu önemli olmaksızın her süreçte ortaya çıkabilecek bir durumdur. Direncin kaynağı ya da buna yapılan müdahale yöntemleri bu yönelimlere göre değişebilir, ancak nihayetinde danışanda direnç yaratan bir şeyler daima ortaya çıkar. Dinamik terapi yöneliminde terapist, daha geri planda durup danışanın direnci kendi başına görmesine şahitlik ederek bekleyebilir. BDT'de ise, terapistin danışana direncini göstermek ya da bunu azaltmak için davranışsal yöntemleri vardır (Haugaard 2008).

Danışanları dirence yönlendiren pek çok sebep vardır, gelen her danışanın farklı bir sebebe sığındığını unutmadan direncin ne olduğunu keşfedene dek, danışanın asıl meselenin etrafında attığı turlara eşlik etmek önemlidir. Danışanlar ilk olarak, terapiye gelmenin hayatlarında bir takım değişikliklere yol açacağını bilirler ve bu her ne kadar amaçladıklarını belirttikleri şey de olsa, yola çıkmaya ikna olmaları zaman alabilir. Öte yandan danışanlar buldukları noktaya gelinceye dek harcadıkları zamanı ve bu süreçte sarf ettikleri çabayı yok saymak istemezler ve bu yüzden değişim fikri danışanları zorladığı için dirence başvurmak kaçınılmaz olabilir (Leahy 2001). Kısacası değişim risklidir. Mevcut şartlarda hayatlarını sürdürürken gerçekleşecek değişimin kontrol dışı olması endişesi ve sosyal çevrenin buna nasıl bir tepki göstereceğine dair şüpheler, bulunulan güvenli alanı terk etmeyi zorlaştırır. Öte yandan, kişinin tüm davranışlarını ve duygularını doğrulayan ve destekleyen, olumsuz odaklı bilişsel şemaları var olabilir. Bu şemalar öyle katı bir yapıya sahiptirler ki, bu kalıbın dışında olan herhangi bir davranışın kabulü imkânsız gibi görünür. Çevresine belli bir şema etkisinde bakan kişi kapkara bir gözlükle olanları filtrelemeye meyilli gibidir ve diğer tüm olasılıkları bu çerçevenin dışında tutarak her seferinde kendini doğrulamayı başarır. Bu da direnci besleyen bir şeydir (Haugaard 2008).

Söz konusu direnci oluşturan faktörleri şu şekilde özetlemek mümkündür: terapi ve ya değişimle ilgili rahatsız olmak; terapinin hedefleri, metodu ve mantığını kavrayamamış olmak; terapinin hedefleri, metodu ve mantığı konusunda anlayamamak; terapistin kendine yönelik olumsuz inanç ve tutumları (kendisini istenmeyen biri gibi hissetmek, konuşacak cesaret bulamamak, terapinin kontrolü dışında geliştiğini düşünerek terapide ya da genel hayatında yetersiz hissetmek (Haugaard 2008).

## Motivasyonel Görüşme

Motivasyonel görüşme, ambivalansı keşfederek ve çözerek değişime yönelik içsel motivasyonu arttırmak ve bağlılığı kuvvetlendirmek için kullanılan danışan odaklı, direktif bir yöntemdir. İşbirliği yapmak, çağrışımında bulunmak ve danışanın otonomisine saygı duymak motivasyonel görüşmenin davranış kalıplarını oluşturur. Motivasyonel görüşmenin prensipleri ise empatiyi ifade etmek, çelişkiyi geliştirmek, dirence dirençle karşılık vermek yerine onunla birlikte hareket etmek ve öz-yeterliliği geliştirmektir (Aviram ve Westra 2011).

Motivasyonel görüşme, çoğunlukla bağımlılık tedavisinde kullanılmaktayken, daha sonra terapiye yönelik direnci kırmak için destekleyici yöntem olarak geliştirilmiştir. Genellikle terapi sürecindeki dirençler; değişim hakkındaki kararsızlıklar veya tedavinin gerektirdiği hedeflere karşı ve kararsızlıklar sonucu doğar. Motivasyonel görüşme danışan odaklı ve yönlendirici bir tedavi tekniğidir. Böylece danışanın tedaviye karşı motivasyonu, tedaviye yönelik uzlaşması ve anlayışı artırılır ve karışıklığı çözülmesi mümkün olur (Aviram ve Westra 2011).

Motivasyonel yöntem BDT'ye göre daha yönlendirici ve danışan odaklıdır. BDT sürecinde danışanlar genellikle etkili bir terapi için gerekli olan ödevlere veya maruz bırakma çalışmalarına direnç gösterir. Motivasyonel görüşme sürecinde bu tip dirençlerle; danışanın şikâyetleri listelenerek, şikâyetleri esnasında aklından geçen otomatik düşünceleri tespit edilerek ve danışanın dirençlerine karşı ortak bir noktada anlaşılabilir baş edilebilir. Diğer yandan direnç ile karşılaşan terapist, çaresiz, tükenmiş ve danışandan daha fazla çalışıyor hissedebilir. Bu nedenle motivasyonel görüşmelerde, danışanı değişime hazırlamak ve tedaviye olan isteği arttırmak temel hedeflerdendir.

## Direnç ve Motivasyonel Görüşme

Danışanın değişim hakkındaki ambivalansı, tedavinin olumlu gidişini sınırlandıran veya danışanın BDT'ye kısmi yanıt vermesine veya hiç cevap vermemesine neden olan bir etmen olabilir. Değişim hakkındaki ambivalans en çok yaygın anksiyete bozukluğunda gözlemlenmiştir. Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı almış olan danışanlarda hem pozitif hem de negatif motivasyonlar bulunmaktadır. Kişi eş zamanlı olarak kaygısının kendi konsantrasyonuna ve problem çözmesine engel olacağını düşünmekle beraber, bu kaygının onu ve ailesini kötü şeyler olmasından koruduğunu da düşünmektedir (Freeston ve ark. 1994, Borkovec ve Roemer 1995). Benzer bir durum ruminasyon dönemindeki depresyon hastalarında da görülmektedir (Papageorgiou ve Wells 2001). Dahası, ruh sağlığı tedavisi için başvuran danışanların üçte ikisi, değişim açısından "eylem öncesi" aşamada ve bu durum belirgin bir şekilde değişim hakkında ambivalans içermektedir. Bu ambivalans danışanın aktif bir şekilde değişim temelli stratejileri kabullenmesini engeller (O'Hare 1996, Dozois ve ark. 2004,).

Ambivalans veya tedaviye direnç, etkili bir BDT tedavisinin gerekliliği için beklenen uyumun ortaya çıkmasını engelleyebilir. Örneğin, kaygı bozukluğu için gerekli olan yüzleştirme aşamasında ve depresyon tedavisinde davranışsal ödevlerde direnç sık sık ortaya çıkmaktadır. Bazı danışanların açıkça eylem-temelli tedaviye ve zorluklara dayanmaya istekli olduğu gözlemlense de, diğerlerinin de bu konuda çok da umutlu olmadıkları görülmektedir. Bu ambivalans tedavide genellikle dolaylı bir yolla ifade edilir. Danışan bunu ödevleri yapmayarak veya eksik yaparak, seansların yönetilmesinde aktif rol almayarak veya terapisti ile ödevlerin yapılması konusunda tartışarak ifade eder. Danışanın ödevlerini yapmaması BDT uzmanları tarafından önemli bir sorun olarak ele alınmıştır. Çünkü BDT'de ödev yapma oranı yüksek kişilerin iyileşme oranlarının da yüksek olduğu bildirilmektedir (Burns ve Spangler 2000, Schmidt ve Woolaway-Bickel 2000, Leahy 2001, Newman 2002, Huppert ve Baker-Morrisette 2003).

Direnç ile baş edebilmek için önerilen stratejilere örnek olarak; ödevleri tamamlamanın altında yatan zorlayıcı otomatik düşünceleri listelemek (Burns 1989) veya esas ödevle yakın ama daha az zorlayıcı bir ödev verilmesi olabilir ve hedefin tamamlanması için karşılıklı anlaşma yapılabilir (Leahy 2001, Huppert ve Baker Morrisette 2003).

Yüksek derecede direnç gösteren danışan ile çalışıldığında terapist, hayal kırıklığı ve umutsuzluk hissine kapılır; çünkü bu durum gösterdiği çabanın danışanı ileriye götürmediğini düşünmesine ve sanki danışandan daha fazla çalışıyormuş gibi hissetmesine sebep olur. Miller ve Rollnick (2002) bunu şöyle ifade eder: "Dirençler genellikle danışanın 'değişim için isteksiz' olarak etiketlenmesine sebep olur. Danışanın göstermiş olduğu direnç bu sebeple, sağlıklı bir iyileşme için gerekli olan terapötik ilişkiyi olumsuz etkilemiş olur."

## Motivasyonel Görüşme Tekniklerinin BDT ile Kullanımı

Motivasyonel görüşme danışanın direncini yönetebilmek ve ambivalansı anlamak için farklı teknikler önerir. (Miller ve Rollnick 2002). Direnç her ne kadar danışan ve terapist arasındaki etkileşimin sonucu olarak görülse de, aynı zamanda danışanın ambivalansının sonucu olarak da ele alınır. Örneğin terapistin danışanın değişime karşı geliştirdiği dirence gösterdiği cevabın şekli, direncin büyüklüğünden oldukça etkilenir (Moyers ve Rollnick 2002). Direnç ortaya çıktığı zaman motivasyonel görüşmeyi kullanmanın iyi bir yol olduğu düşünülür. Böylece dirence doğrudan karşı koymak yerine, terapist direnci yansıtır ve danışanın yanında durur hatta bu direnci artırır.

Benzer stratejiler Burns tarafından detaylandırılmıştır (1989). Motivasyonel görüşmede, ambivalans değişim sürecinin normal bir parçası olarak görülür. Motivasyonsuz danışanın durumu, değişime ısrarcı olsaydı, önemli hedeflerin seçeneklerini keşfetmek göz önünde bulundurularak yeniden kavramsallaştırılır. Motivasyonel görüşme BDT'nin tamamlayıcısı olabilir, çünkü odak noktası danışanı değişime hazırlamaktır. Diğer yandan BDT kendini değiştirmek için en iyi araçların ve uygulamanın ana hatlarını çizer.

Kısaca motivasyonel görüşme bize ambivalans yaşayan danışanı harekete geçirmek için iyi bir yöntem sunuyor olabilir. Bu da BDT'ye başlandığında danışanın işlevsel yöntemlerden yararlanma olasılığını artırır ve değişimin gerçekleşebilmesini olanaklı kılar. Motivasyonel görüşme hakkındaki meta-analitik inceleme yazılarında, yatan hasta bakımı, risk azaltma, ilaç tedavisi ve durum yönetiminde orta derecede etki büyüklüğüne (0.51) sahip olduğu ifade edilmektedir (Burke ve ark. 2003). Bu da motivasyonel

görüşme eklendiğinde tek başına BDT ile izlenene kıyasla iki katından daha fazla etki büyüklüğünün olduğunu göstermektedir. Ayrıca, Burke ve arkadaşları (2003) madde kötüye kullanımı olan bir grup hastanın BDT tedavisinden önce motivasyonel görüşme uygulandığında BDT'nin etkisini arttırmada küçük fakat belirgin rol oynadığını belirtmişlerdir (4 çalışmanın ortalama etki büyüklüğü 0.31). Metodolojik ve sayısal nitelik açısından sınırlı olsa da, ruh sağlığı alanındaki çalışmalar da tutarlı olarak motivasyonel görüşmenin tedavilerin verimliliğini artırıcı bir başlangıç yaptığını (Martino ve ark. 1999, Swanson ve ark. 1999) ve standart tedaviye yanıt verme oranını arttırdığını (Kemp ve ark. 1998) belirtmektedir. Westra (2004) da, depresyon ve anksiyete bozukluğu olan bireylerde tek başına BDT ile motivasyonel görüşmenin BDT'ye eklendiği karşılaştırmalı olgu analizlerinde, motivasyonel görüşmenin BDT'ye eklendiği koşulda daha olumlu sonuçlar elde edildiğini ifade etmiştir.

Westra (2004) ayrıca her bir motivasyonel görüşme prensibini olgu çalışmalarında örneklendirmiştir. Örneğin depresyon hastası bir kadın danışanın değişime dair direncini ve motivasyonel görüşme tekniklerini nasıl kullandığını şu şekilde ifade etmiştir: “Değişmemek, hiç kimsenin üzerinde baskı uygulamadığı anlamına gelir. İnsanların sürekli farklı şeyler yapmamı, daha aktif olmamı, ağlamayı bırakmamı söylemelerine dayanamıyorum. Kendimi rezalet hissediyorum. Başka bir şey yapmaya hiç enerjim yok. Yaptığım tek şey çocuklarımla aktivitelerini yönetmek ve başka bir şey yapamam, yapmak da istemiyorum!” Bunun üzerine terapist, “Seni eğer doğru anlamışsam, insanların seni kendi başına bırakması çok iyi olurdu. Başka insanların seni strese sokmasına, şiddetlendirmelerine veya bir şeyler yapman için itekleme çabalarına ihtiyacın yok, sen bir şeyler yapmaya hazır hissetmiyorsun kendini. Hayat bu baskılar eklenmeden de zaten yeterince zor” şeklinde motivasyonel görüşmenin empati gösterme prensibinden faydalanarak danışanın değişime göstermiş olduğu direncin karşısında değil, danışanın yanında yer almıştır. Görüşmenin devamında, danışanın devamında, danışanın onun üzerindeki baskısının kendi hareket becerisini ne kadar kısıtladığını ifade etmiş ve aslında kendisi de değişim için bir şeyler yapması gerektiğinin farkında olduğunu belirtmiştir. Bu görüşmede terapistin empatik yaklaşımı oldukça etkili rol oynamıştır. İlerleyen zamanlarda danışan depresif ve değişime karşı isteksiz olduğunu belirttiğinde de, onun değişime kararında özgür olduğunu yeniden belirterek, kibarca değişimin negatif ve pozitif yanlarının olabileceğinden bahsetmiştir. Yine burada terapist danışanın göstermiş olduğu direnci karşısına almamış, motivasyonel görüşme prensiplerinden direncin yanında yer almayı uygulamıştır. Ayrıca, terapist, “danışanın dediği gibi bu şekilde olmanın hiçbir olumsuz yanı olmazdı, muhtemelen danışanın görüşmelere gelmemiş olacağını ve onun şu an terapide bulunmasının karar aşamasında doğru bir adım olduğunu” vurgulamıştır. Ayrıca, bu aşamada danışanın şu anki çabasının nedeni ve farkında olmadan aslında değişim için vermiş olduğu kararlar sorulabilir. Böylece danışana motivasyonel görüşmenin “mücadelede özgür-öz yeterlilik” prensibi uygulanarak danışanın kendi motivasyonu hakkında farkındalık kazandırılmış olur. Daha sonra terapist, danışanın şu anki davranışları ve değerleri arasındaki tutarsızlıkları ayırt etmek için, çelişkileri geliştirme prensibi ile “danışanın terapiye devam etmesinin bir mücadele olup olmadığını, neden terapiye gelmek için efor harcadığını” sorar. Böylelikle terapist danışanın gerçek istek ve değerleri ile şu anki davranışları arasındaki çelişkileri geliştirirler. Bu sürecin sonunda danışan depresyonunun çocuklarına zarar verdiğini, çocukların üzerinde olumsuz etki yarattığını ifade etmiştir. Sürecin devamında danışanın değişim için karar

almasına sebep olan durum daha detaylandırılarak konuşulmuştur. Sonuç olarak bu görüşmede danışanın değişime karşı gösterdiği ambivalans aşamalı olarak Motivasyonel Görüşme prensiplerine göre ele alınmıştır.

Daha sonra danışan her ne kadar birkaç aktif rol oynasa da dördüncü seansta artık yorulduğunu belirtmiştir. Bu durum karşısında terapist, yine oldukça empatik yaklaşıktan sonra tedaviyi önleyici esas problemi bulmayı hedefler. Bu tip problemlerin ifade edilmesi ve arkasında durulması danışan için oldukça zordur. O yüzden terapist "direnç ile birlikte hareket etme" prensibine dayanarak danışanın verdiği kararlar üzerinden konuşur. Verdiği kararın faydaları, zararları, bunlara 10 üzerinden kaç değer verdiği üzerine tartışarak danışanın kararını yeniden değerlendirmesi sağlanır ve bu değerlerin oranları detaylıca konuşulur. Motivasyonel görüşmenin bir diğer bileşeni de öz-yeterliliği desteklemektir. Öz-yeterliliği desteklemek için, danışanın yaptığı değişimler üzerine konuşulur, özellikle bu değişimleri gerçekleştirmek için hangi kaynakları kullandığı, nasıl başardığı, bu yaptıkları hakkında ne söylemek istediği, sahip olduğu hangi gücün onu buraya nasıl getirdiği gibi sorular eklenebilir (Westra 2004).

## Motivasyonel Görüşmenin Tedaviye Katkısı

Etkinliği belgelenmiş olmasına rağmen, motivasyonel görüşmeyi diğer tedavilere eklenmenin yararlı etkisinin altında yatan mekanizma hakkında çok az şey bilinmektedir (Miller ve Rose 2009). Hastanın direnç göstermesinin ve seans aralarında verilen aktivitelere uyum göstermemesinin düşük motivasyondan veya tedavinin belirsizliğinden de kaynaklı olabileceği düşünülmektedir (Engle ve Arkowitz 2006). Tüm bu koşullarda da motivasyonel görüşme desteği alan hastalar, değişime daha hazır hale gelmektedirler. Değişime karşı direnç, motivasyonel görüşme içerisinde bütüncül bir kavramdır ve çok önemli bir kavram olmasına rağmen klinik uygulamada çok fazla yer almamaktadır. Oysaki araştırmacılar son zamanlarda, uyumsuzluk, ambivalans ve değişime olan direncin BDT'nin başarısının sınırlı kalmasında etkili bir rol oynadığı fikrini öne sürmektedirler (Aviram ve Westra 2011).

Yapılan araştırmalara göre, BDT'den önce motivasyonel görüşme seansı alan hastaların direncinin anlamlı derecede kırıldığı gözlemlenmiştir. Ayrıca dört seans motivasyonel görüşme alanların, dört seans BDT alanlara göre daha az direnç gösterdikleri bulunmuştur. Tedavi öncesi motivasyonel görüşmenin tedavinin başındaki direncin azalmasını sağladığı ve tedavi öncesinde yapılan motivasyonel görüşmenin hem kısa hem de uzun vadede BDT'de daha iyi sonuçlar alınmasıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir. BDT'de ilk seanslarda direncin düşük olmasının ödev uyumunu arttırdığı ve kaygının azalmasını kolaylaştırdığı bulunmuştur (Aviram ve Westra 2011).

## Sonuç

Seanslardaki direnç, hastanın değişim ve terapiye olan ambivalansını ya da eksik motivasyonunun göstergesidir (Engle ve Arkowitz, 2006). Değişime karşı direnci azaltan motivasyonel görüşme, mevcut deneysel olarak kanıtlanmış tedaviler ile tedavi sürecini kolaylaştırmada özellikle önemli bir yer tutmaktadır. İlk seanslardaki direncin sonraki seanslar arası aktivitelerle (ödev gibi) son derece ilgili olduğu bulunmuştur. Bu yüzden, terapide ilk seanslarda gösterilen yüksek düzeydeki direncin, ileriki seanslarda ödev uyumunda sorun yaşanacağına göstergesi olduğu düşünülmüştür. Genel olarak, ilk seanslar-

da terapötik ilişkiyi geliştirmek sadece danışanın sonraki seanslara bağlılığına değil, direkt olarak BDT sonuçlarının da gelişmesine katkıda bulunmaktadır (Aviram ve Westra 2011).

## Kaynaklar

- Aviram A, Westra HA (2011) The impact of motivational interviewing on resistance in cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder. *Psychother Res*, 21:698-708.
- Borkovec TD, Roemer L (1995) Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: distraction from more emotionally distressing topics? *J Behav Ther Exp Psy*, 26:25-30.
- Burke BL, Arkowitz H, Menchola M (2003) The efficacy of motivational interviewing: a metaanalysis of controlled clinical trials. *J Consult Clin Psychol*, 71:843-861.
- Burns DB (1989) *The Feeling Good Handbook*. New York, Penguin.
- Burns DB, Spangler DL (2000) Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance? *J Consult Clin Psychol*, 68:46-56.
- Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT (2006) The empirical status of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*, 26:17-31.
- Dozois DJ, Westra HA, Collins KA, Fung TS, Garry JKF (2004) Stages of change in anxiety: psychometric properties of the University of Rhode Island Change Assessment (URICA) scale. *Behav Res Ther*, 42:711-729.
- Engle DE, Arkowitz H (2006) *Ambivalence in Psychotherapy: Facilitating Readiness to Change*. New York, Guilford Press.
- Freeston MH, Rheaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R (1994) Why do people worry? *Pers Indiv Differ*, 17:791-802.
- Haugaard C, Sandberg K (2008) Resistance in cognitive therapy: an analysis of paradigm and contemporary practice. *Nord Psychol*, 60:24-42.
- Huppert JD, Baker-Morrisette SL (2003) *Beyond the manual: the insider's guide to panic control treatment*. *Cogn Behav Pract*, 10:2-13.
- Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A (1998) Randomised controlled trial of compliance therapy. *Br J Psychiatry*, 172:413-419.
- Kingdon D, Hansen L, Finn M, Turkington D (2007) When standard cognitive-behavioural therapy is not enough. *Psychiatr Bull*, 31:121-123.
- Leahy RL (2001) *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. New York, Guilford Press.
- Martino S, Carroll KM, O'Malley SS, Rounsaville BJ (1999) Motivational interviewing with psychiatrically ill substance abusing patients. *Am J Addiction*, 9:89-91.
- Miller WR, Rollnick S (2002) *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. New York, Guilford Press.
- Miller WR, Rose GS (2009) Toward a theory of motivational interviewing. *Am Psychol*, 64:527-537.
- Moyers TB, Rollnick S (2002) A motivational interviewing perspective on resistance in psychotherapy. *J Clin Psychol*, 58:185-194.
- Newman CF (2002) A cognitive perspective on resistance in psychotherapy. *J Clin Psychol*, 58:165-174.
- Papageorgiou C, Wells A (2001) Positive beliefs about depressive rumination: development and preliminary validation of a self-report scale. *Behav Ther*, 32:13-26.
- Schmidt NB, Wollaway-Bickel K (2000) The effects of treatment compliance on outcome in cognitive-behavioral therapy for panic disorder: quality versus quantity. *J Consult Clin Psychol*, 68:13-18.
- Swanson AJ, Pantaloni MV, Cohen KR (1999) Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *J Nerv Ment Dis*, 187:630-635.
- Van Deurzen E, Adams M (2011) *Skills in Existential Counselling and Psychotherapy*. New York, Sage Publishing.
- Westra H (2004) Managing resistance in cognitive behavioural therapy: The application of motivational interviewing in mixed anxiety and depression. *Cogn Behav Ther*, 33:161-175.

---

**Nurçihan Alpaydın**, Klin. Psik., İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul; **Meliha Çimen, Öğr.Gör.**, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul; **Büşra Tarçalır Erol**, Klin. Psik, Arkabağçe Psikolojik Gelişim ve Danışma Merkezi; **Oya Mortan Sevi**, Klin. Psk. Dr. İstanbul Psikiyatri Enstitüsü , İstanbul.

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Oya Mortan Sevi, İstanbul Psikiyatri Enstitüsü , İstanbul, Turkey.

E-mail: oyamortan@gmail.com

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir · No conflict of interest is declared related to this article

**Çevrimiçi adresi / Available online:** [www.cappsy.org/archives/vol8/no2/](http://www.cappsy.org/archives/vol8/no2/)

**Geliş tarihi/Submission date:** 19 Temmuz/July 19, 2015 · **Kabul Tarihi/Accepted** 19 Ağustos/August 19, 2015

---

# Oksitosin ve Psikiyatrik Bozukluklar

## *Oxytocin and Psychiatric Disorders*

Gökçe Nur Say, Mahmut Müjdecı

### Öz

Oksitosin anne ve bebeğin bağlanması, çiftlerin bağlanması ve sosyal davranışlarda rol oynayan bir nöropeptiddir. Otizm, şizofreni, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, alkol/madde bağımlılığı, agresyon, intihar, yeme bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi pek çok psikiyatrik bozuklukta oksitosin sistemine ait anormallikler tespit edilmiştir. Bu bulgular oksitosinin psikiyatrik bozuklukların tedavisinde kullanımının araştırıldığı çalışmalara öncülük etmiştir. Çalışmaların sonuçları incelendiğinde oksitosinin psikiyatrik bozukluklar üzerindeki etkisi umut vericidir. Bu derlemede oksitosinin duygu ve davranışlardaki rolü ve psikiyatrik bozukluklar üzerine etkileri ele alınmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Oksitosin, psikiyatrik bozukluklar, sosyal davranış, otizm.

### Abstract

Oxytocin is a neuropeptide that plays critical role in mother-infant bonding, pair bonding and prosocial behaviors. Several neuropsychiatric disorders such as autism, schizophrenia, affective disorders, anxiety disorders, attention deficit/hyperactivity disorder, alcohol/substance addiction, aggression, suicide, eating disorders and personality disorders show abnormalities of oxytocin system. These findings have given rise to the studies searching therapeutic use of oxytocin for psychiatric disorders. The studies of oxytocin interventions in psychiatric disorders yielded potentially promising findings. This paper reviews the role of oxytocin in emotions, behavior and its effects in psychiatric disorders.

**Key words:** Oxytocin, psychiatric disorders, social behavior, autism.

**İNSANLARDA** ve hayvanlarda yapılan birçok çalışma oksitosinin bağlanma ve sosyal davranışlarda rol oynadığını göstermektedir. Oksitosinin sosyal alanda güçlükler ile karakterize otizm ve şizofreni başta olmak üzere pek çok psikiyatrik bozuklukta tedavi amaçlı kullanımı araştırılmaya devam etmektedir. Bu derlemede oksitosinin duygu ve davranışlardaki rolü ve psikiyatrik bozukluklar üzerine etkileri ele alınmıştır.

Bağlanmadaki rolünden dolayı “aşk hormonu” olarak da adlandırılan oksitosin, dokuz tane aminoasitten oluşan bir nöropeptiddir. Oksitosin periferik dolaşımında hormon olarak, merkezi sinir sisteminde ise nörotransmitter olarak görev yapar (Churchland ve Winkielman 2012). Hipotalamusun supraoptik ve paraventriküler çekirdeklerinde üretilerek hipofiz bezinin arka lobunda depolanır. Buradan periferik dolaşıma salınarak doğum eylemi sırasında uterusun kasılmasını ve emzirme sırasında sütün kanallardan dışarı atılmasını sağlar (Insel 2010). Merkezi sinir sisteminde ise oksitosin paraventriküler çekirdekten amigdala, hipokampus ve nukleus akumbense uzanan nöronlardan



salınarak davranışsal ve psikolojik etkiler meydana getirir. Bugüne kadar tanımlanmış olan bir tane oksitosin reseptörü (OXTR) vardır. Bu reseptör beyinde ve vücutta cinsiyete ve türe özgü şekilde dağılım gösterir. Meme bezleri, uterin miyometriyum, gastrointestinal sistem, kalp kası ve vasküler endotelium OXTR'nin vücutta bulunduğu yerlerdir. Beyinde ise korteks, hipokampus, nukleus akkumbens, hipotalamus, limbik sistem, bazal ganglionlar, medial preoptik alan, olfaktör bulbus bu reseptörün yoğun olarak bulunduğu alanlardır. OXTR, G-proteinine bağlı reseptör ailesinden olup, reseptör iki farklı G-proteinine bağlanır. Oksitosinin reseptöre bağlanmasının ardından reseptörün vücuttaki yerleşimine bağlı olarak farklı hücre içi süreçler devreye girer. Ayrıca, OXTR'nin sayısı doğum ve doğum sonrası gibi hayatın bazı dönemlerinde artma ve azalma gösterir. OXTR ekspresyonundaki dinamik değişiklikler ve hücre içinde farklı süreçlerin aktive olması oksitosin sistemindeki kişisel farklılıkları da beraberinde getirir (Buisman-Pijlman ve ark. 2014).

## Oksitosinin Duygu ve Davranışlardaki Rolü

Oksitosinin annelik davranışı, anne-bebek bağlanması ve laktasyondaki rolü hayvanlarda ve insanlarda yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Nukleus akkumbens ve plazmada oksitosin düzeyi yüksek olan tarla farelerinin yavrularıyla daha çok ilgilendikleri ve oksitosin antagonisti verilmesinin annelik davranışını engellediği gösterilmiştir (Hollander ve ark. 2003). Annelere bebeklerinin resmi gösterildiğinde dopaminerjik ödül sistemine ait beyin bölgelerinde (ventral striatum ve medial prefrontal korteks) ve hipotalamustaki oksitosinden zengin alanlarda aktivite artışı olduğu ve aktivite artışının plazma oksitosin düzeyleri ile uyumlu olduğu bulunmuştur (Strathearn ve ark. 2009, Atzil ve ark. 2011). Normal doğum yapan annelerde sezeryan doğum yapanlara göre, doğum sonrası depresyon sıklığının daha düşük olduğu, anne-bebek bağlanmasının ve stresle başetme becerilerinin daha iyi olduğu, laktasyonla ilgili sorunlara daha az rastlandığı görülmüştür (Uvnäs-Moberg ve ark. 1990, Landry ve ark. 1998, Uvnäs-Moberg 1998).

Oksitosinin çiftler arasındaki bağlanmadaki rolünün anlaşılmasına hayvan deneyleri öncülük etmiştir. Bilim adamları genetik olarak birbirine çok benzeyen iki tarla faresi türünün neden birbirlerinden çok farklı bağlanma ve sosyal davranış şekilleri gösterdiklerini araştırmışlardır. İki tür arasındaki farklılığın oksitosin reseptörlerinin beyindeki dağılımının ve yoğunluğunun farklı olmasından kaynaklandığını bulmuşlardır (Lucht ve ark. 2009). Tek eşli olan ve yavrularına uzun süre bakım veren türün nukleus akumbensindeki oksitosin reseptör yoğunluğunun uzun süreli bağlar kuramayan, çok eşli türe göre daha fazla olduğu gösterilmiştir (Bartz ve McClines 2007). Çalışmalar bağlanmada oksitosinin yanı sıra mezolimbik ödül yollarından salınan dopaminin de önemli rolü olduğunu ortaya koymuştur. Tek eşli farelerde çiftleşme sırasında nukleus akumbensinden salgılanan dopaminin ve D2 reseptörlerinin bağlanmayı sağladığı (Young ve ark. 2011), bunu takiben sayısı artan D1 reseptörlerinin ise bağlanmanın devam etmesinde rol oynadığı gösterilmiştir (Resendez ve Aragona 2013).

İnsanlarda ve hayvanlarda yapılan çok sayıda çalışma oksitosinin sosyal davranışlarda görev aldığını ortaya koymuştur (Heinrichs ve ark. 2003, Kosfeld ve ark. 2005, Domes ve ark. 2007, Guastella ve ark. 2008, Heinrichs ve ark. 2009, Domes ve ark. 2010, Insel 2010, Domes ve ark. 2014). Oksitosin verilmesinin insanlarda gözle bakmayı

arttırdığı (Guastella ve ark. 2008) ayrıca başkalarının duygularını anlamada (Domes ve ark. 2007) ve yüzleri tanımada etkili olduğu bulunmuştur (Savaskan ve ark. 2008).

Oksitosinin etkilerinden bir diğeri de stresle tetiklenen kortizol salınımını baskılayarak anksiyeteyi azaltması ve güven duygusu meydana getirmesidir (Heinrichs ve ark. 2003, Kosfeld ve ark. 2005, Guastella ve ark. 2008, Heinrichs ve ark. 2009). İnsanlarda yapılan çift kör plasebo kontrollü bir çalışma, çiftlere tartışmadan önce intranasal verilen oksitosinin kortizol düzeyini ve anksiyeteyi azalttığını, pozitif iletişimi ise arttırdığını ortaya koymuştur (Ditzen ve ark. 2009). Oksitosin amigdaladaki GABAerjik nöronlar vasıtasıyla korku yanıtının baskılanmasını sağlar (Viviani ve Stroop 2008). Ayrıca oksitosin beyinsapının uyarılmasını da engelleyerek korku yanıtı sırasında ortaya çıkan otonomik belirtileri de baskılar (Kirsch ve ark. 2005). Bununla birlikte, oksitosinin antiinflamatuvar etkisi sebebiyle yara iyileşmesinde rol aldığı ve ağrı kesici etki gösterdiği bildirilmiştir (Pettersson ve ark. 1998, Grewen ve ark. 2008).

Beyinde oksitosin salınımının dokunma, güzel kokular ve müzik ile uyarıldığı bulunmuştur. Sanat terapisi, meditasyon, aromaterapi gibi alternatif terapilerin oksitosin salınımını artırarak etki gösteriyor olabileceği düşünülmüştür (Uvnas-Moberg ve Pettersson 2005).

## Oksitosin ve Psikiyatrik Bozukluklar

Otizm, şizofreni, duygudurum bozuklukları, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), sosyal fobi (SF), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), obsesif kompulsif bozukluk (OKB), dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB), alkol/madde bağımlılığı, agresyon, intihar, yeme bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi pek çok psikiyatrik bozuklukta oksitosin düzeylerinin sağlıklı kontrollerden farklı olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmaların sonuçları oksitosinin psikiyatrik bozukluklarda iyileştirici etkisinin araştırıldığı çalışmalara öncülük etmiştir (Ishak ve ark. 2011).

### *Otizm*

Otizmi olan çocuklarda plazma oksitosin düzeyi sağlıklı kontrollere göre anlamlı derecede düşük bulunurken oksitosin öncülleri ise yüksek bulunmuştur (Green ve ark. 2001, Miller ve ark. 2013). Ayrıca birçok çalışmada otizmde oksitosin reseptör geninde polimorfizm olduğu saptanmıştır. (Lerer ve ark. 2008, Liu ve ark. 2010, Li ve ark. 2012).

Oksitosinin sınırlı ve tekrarlayıcı ilgi alanı ve davranışlar üzerine etkilerinin araştırıldığı plasebo kontrollü üç çalışmadan ikisinde oksitosinin stereotipik davranışları anlamlı derecede azalttığı bulunmuştur (Hollander ve ark. 2003, Anagnostou ve ark. 2012, Dadds ve ark. 2014). Oksitosinin otizmde görülen sosyal etkileşimdeki eksiklikler üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmalar incelendiğinde üç çalışmadan ikisinde oksitosinin göz temasını arttırdığı görülmüştür (Andari ve ark. 2010, Dadds ve ark. 2014).

Otizmi olan bireylerde oksitosinin duyguları tanıma üzerine etkileri de plasebo kontrollü çalışmalar ile araştırılmıştır. Hollander ve arkadaşları (2007) oksitosin infüzyonunun konuşmaların duygusal içeriğini tanımada anlamlı olarak etkili olduğunu bulmuşlardır. Gözlerden akıl okuma testi kullanılarak yapılan iki çalışmadan birinde intranasal (i.n.) olarak verilen oksitosinin akut etkileri değerlendirilirken (Guastella ve ark. 2010) diğer çalışmada altı hafta süreyle oksitosin verilen erişkin hastalar değerlendirmeye alınmıştır (Anagnostou ve ark. 2012). Her iki çalışmada da oksitosinin test performansında plaseboya göre anlamlı ölçüde iyileşme sağladığı görülmüştür (Anag-

nostou ve ark. 2012, Guastella ve ark. 2014). Oksitosinin uzun süreli kullanıldığı çalışmada etki büyüklüğü daha yüksek bulunmuştur (Anagnostou ve ark. 2012). Bu sonuçların aksine yakın zamanda otizmi olan çocuklarda yapılan bir çalışmada katılımcılara 4 gün süreyle günde tek doz i.n. oksitosin verilmiştir. Bu çalışmada yüzden duyguları tanıma testinde oksitosin ile plasebo grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Dadds ve ark. 2014).

Oksitosinin otizmde genel işlevsellik üzerine etkilerinin değerlendirildiği iki çalışmada da genel hastalık şiddetinde plaseboya kıyasla anlamlı bir düzelme görülmemiştir (Anagnostou ve ark. 2012, Dadds ve ark. 2014). Otizmde oksitosinin etkinliğini değerlendiren çalışmalar yan etkiler açısından incelendiğinde genel olarak oksitosinin iyi tolere edildiği ve tıbbi müdahale gerektirecek düzeyde bir yan etki oluşmadığı görülmüştür. Ayrıca güvenlik açısından oksitosinin verilme şekilleri arasında (i.v. veya i.n.) fark olmadığı tespit edilmiştir (Ishak ve ark. 2011).

Otizmde oksitosinin etkinliği ile ilgili çalışmalar incelendiğinde birbiriyle çelişen sonuçlarının olduğu dikkat çekmektedir. Sonuçlar arasındaki çelişiklere metodolojik ve kişisel biyolojik farklılıklar yol açmış olabilir. Muhtemel nedenler şu şekilde sıralanabilir: 1)örneklem gruplarının yaşlarının (çocuk veya erişkin) farklı olması, 2)katılımcıların otistik bozukluk alt gruplarının ve klinik özelliklerinin farklı olması, 3)oksitosinin uygulanma şeklinin (i.v. infüzyon veya i.n.) farklı olması, 4)oksitosinin uygulanma dozunun farklı olması (10-48 IU arasında değişmektedir), 5 oksitosinin uygulanma süresinin farklı olması (4 gün-6 hafta arasında değişmektedir), 6)etkinliği değerlendirmede kullanılan test ve ölçeklerin farklı olması, 7)plasebo içeriklerinin farklı olması (salin solüsyonu veya birebir benzerlik gösteren plasebo), 8)oksitosin sistemindeki kişisel farklılıklar (reseptör polimorfizmi, reseptör duyarlılığı, reseptör dağılımı, bazal oksitosin düzeyi v.b.).

Yazındaki randomize plasebo kontrollü çalışmaların metaanalizine göre oksitosinin otizmin çekirdek belirtileri üzerine etki büyüklüğü orta derecededir (Preti ve ark. 2014). Fakat daha kesin sonuçlara varabilmek için yukarıda belirtilen hususların dikkate alındığı, daha geniş örneklemelerde yapılan çalışmalara ve sonuçların tekrarlanması ihtiyacı vardır.

### **Şizofreni**

Şizofrenide sosyal içe çekilmenin görülmesi, bilim adamlarına sosyal davranışlarda rol oynayan oksitosinin etiolojide rol oynayabileceğini düşündürmüştür. Yapılan çalışmalarda şizofrenide oksitosin seviyesinde anormallikler olduğu, yüksek plazma düzeylerinin daha hafif pozitif belirti şiddeti ve daha hafif sosyal defisit ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Linkowski ve ark. 1984, Rubin ve ark. 2010, Rubin ve ark. 2011). Son çalışmalarda ise, oksitosin reseptör genindeki polimorfizmin şizofrenide belirti şiddeti ve antipsikotiklere yanıt ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Souza ve ark. 2010a, Souza ve ark. 2010b).

Şizofren hastalara i.n. olarak verilen oksitosinin pozitif belirtiler, sosyal içe çekilme ve bilişsel belirtiler üzerine etkili olduğu görülmüştür (Pedersen ve ark. 2011, Davis ve ark. 2013). Ayrıca klozapin gibi bazı atipik antipsikotiklerin oksitosin düzeyini arttırdıkları gözlenmiştir (Uvnas-Moberg ve ark. 1992). Çalışmaların sonuçları ümit verici olmakla beraber, oksitosinin şizofrenide terapötik bir ajan olarak kullanımına ilişkin halen yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

### ***Duygudurum Bozuklukları***

Major depresyonu olanlarda plazma oksitosin düzeyi düşük bulunmuştur (Frasch ve ark. 1995). Özsoy ve arkadaşları (2009) unipolar veya bipolar depresyonu olan kadınlarda oksitosin seviyelerinin sağlıklı kontrollerden daha düşük olduğunu, erkeklerde ise normal olduğunu bildirmişlerdir. Hayvan modellerinde ise oksitosinin antidepresan etkinlik gösterdiği görülmüştür (Neumann ve Landgraf 2012). Ayrıca, oksitosin infüzyonunun seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) etki ettiği temel alan olan rafe çekirdeğinde serotonin salınımını arttırdığı gözlenmiştir (Yoshida ve ark. 2009).

Yazında, bildiğimiz kadarıyla, bipolar bozuklukta oksitosin düzeyinin araştırıldığı sadece bir çalışma bulunmaktadır. Turan ve arkadaşları (2013), bipolar bozukluğu olanlarda sağlıklı kontrollere göre serum oksitosin düzeyinin anlamlı olarak yüksek olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca, manik atakta hastaların oksitosin düzeyinin depresif ataktaki veya remisyonadaki hastalara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Son yayınlanan bir çalışmada ise, doğum eylemini indüklemek için anneye oksitosin verilmesinin bebekte ileriki yaşamda bipolar bozukluk gelişme riskini 2.4 kat arttırdığı bildirilmiştir (Freedman ve ark. 2015). Oksitosinin bipolar bozukluğun etyolojisindeki rolünü araştıran çalışma sayısı kısıtlı olup, bildiğimiz kadarı ile tedavi etkinliğinin araştırıldığı çalışma bulunmamaktadır.

### ***Yaygın Anksiyete Bozukluğu***

Stresli ve korkulu durumlar oksitosin sistemini uyarak hem merkezi sinir sisteminde hem de periferde oksitosin salınımına sebep olmaktadır (Engelmann ve ark. 2004, Neumann 2007). Plazma oksitosin seviyesi ile sürekli kaygı düzeyi arasında kadınlarda pozitif bir ilişki saptanırken (Holt-Lunstad ve ark. 2001), başka bir çalışmada erkeklerde plazma oksitosin seviyesi durumluk kaygı skorları ile ters ilişkili bulunmuştur (Weissman ve ark. 2013).

YAB olanlarda üç hafta süreyle verilen oksitosinin belirtilerde azalma sağladığı gösterilmiştir (Myers ve ark. 2014). Oksitosinin akut olarak uygulanmasının da anksiyeteyi azalttığı bildirilmiştir (de Oliveira ve ark. 2012). Sonuç olarak, plazma oksitosin düzeylerinin psikopatolojinin yanı sıra cinsiyete göre değiştiği söylenebilir.

### ***T travma Sonrası Stres Bozukluğu***

Vietnam savaşına katılan ve TSSB yaşayan askerlerde i.n. oksitosin ile travmatik olayın tekrar tekrar hatırlanmasında azalma gözlenmiştir (Pitman ve ark. 1993). Koşullanma/söndürme paradigmasına maruz bırakılan sağlıklı gönüllülerde oksitosinin söndürme sırasında oluşan bedensel yanıtı ve amigdala aktivitesini azalttığı görülmüştür (Acheson ve ark. 2013, Eckstein ve ark. 2015). Beklenmedik şekilde ortaya çıkan tehlike durumunda ise oksitosinin irkilme yanıtını arttırdığı bulunmuştur (Grillon 2013). Çalışmalardan elde edilen bu bulgular, sentetik oksitosinin etkinliğinin travmatik olayın özelliklerine göre değiştiğini düşündürmektedir.

### ***Sosyal Fobi***

SF yaşayan bireyler ile yapılan plasebo kontrollü bir çalışmada, maruz bırakma tedavisine kombine olarak oksitosin verilen grupta kendini olumlu değerlendirmede anlamlı derecede artma olduğu gözlenmiştir (Guestella ve ark. 2009). Oksitosinin SF olan

bireylerde korkulu yüzlere bakarken oluşan amigdala hiperaktivasyonunu baskıladığı (Labuschagne ve ark. 2010), ayrıca amigdalanın insula ve anterior singulat korteks ile olan bağlantılarında aktivite artışına sebep olduğu gösterilmiştir (Gorka ve ark. 2015). Çalışmaların sonuçları, SF hastalarında görülen tehdit içeren sosyal uyaranların oluşturduğu artmış anksiyete yanıtında oksitosinin etkili olabileceğini göstermektedir.

### ***Obsesif Kompulsif Bozukluk***

Gebeliğin üçüncü trimesterinden itibaren beyin omurilik sıvısında (BOS) oksitosin düzeyi yükselmektedir. OKB olgularının %18.6'sında belirtilerin gebelikte başladığı, %55.9'unda ise belirtilerin gebelikte şiddetlendiği görülmüştür (Epperson ve ark. 1996). Bir çalışmada, OKB olan bireylerde BOS'ta ölçülen oksitosin düzeyi sağlıklı kontrollerden ve Tourette sendromu grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yazında oksitosinin OKB'de terapötik etkinliğinin değerlendirildiği plasebo kontrollü iki çalışma bulunmaktadır. Her iki çalışmada da oksitosin ile OKB belirtilerinde iyileşme gözlenmemiştir (den Boer ve Westenberg 1995, Epperson ve ark. 1996).

### ***Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu***

DEHB olan çocuklarda yapılan bir çalışmada serum oksitosin düzeyi DEHB grubunda sağlıklı kontrollerden anlamlı olarak düşük bulunmuştur. İlaç kullanan ve kullanmayan DEHB olguları karşılaştırıldığında ise, ilaç kullanan grupta oksitosin düzeyi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, oksitosin düzeyinin toplam belirti skoru ve dikkat eksikliği skoru ile negatif korelasyon gösterdiği görülmüştür (Sasaki ve ark. 2015).

Perinatal dönemde doğum indüksiyonu için anneye oksitosin verilmesinin bebekte ileriki yaşamda DEHB gelişme riskini arttırdığı bildirilmiştir (Kurth ve Haussmann 2011). Oksitosinin DEHB'nin etyolojisindeki rolünü araştıran çalışmaların sayısı çok kısıtlı olup, bildiğimiz kadarı ile tedavi amaçlı kullanımı hakkında henüz herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.

### ***Alkol/Madde Bağımlılığı***

Kişisel genetik farklılıklar ve çevresel faktörler (anne yoksunluğu, erken dönem olumsuz yaşam olayları) oksitosin sisteminin gelişimi üzerinde etkilidir. Genetik ve çevresel faktörler oksitosin düzeyinde, reseptör sayısında ve sistemin duyarlılığında değişikliklere yol açarlar. Oksitosin sisteminin gelişimi sırasında oluşan bu bozuklukların strese dayanıklılığı azalttığı ve bağımlılığın gelişmesinde rol oynadığı düşünülmektedir. Ayrıca, erken dönemde alkol/madde kullanımının başlaması da oksitosin sisteminin gelişimini olumsuz yönde etkileyerek madde bağımlılığının ortaya çıkmasını ve devam etmesini kolaylaştırmaktadır (Buisman-Pijlman ve ark. 2014).

Yapılan çalışmalarda metamfetaminin (ekstazi) hem deney hayvanlarında hem de insanlarda plazma oksitosin seviyesini akut dönemde arttırdığı gözlenmiştir. Özellikle eğlence mekânlarında kullanılan bu maddenin akut dönemde sosyalliği arttırıcı etkisinde oksitosin salınımındaki artışın rol oynadığı düşünülmüştür (Dumont ve ark. 2009, Broadbear ve ark. 2011). Başka bir çalışmada ise kronik kokain, morfin, kannabis ve alkol kullanımının ratlarda beyinden oksitosin salınımını azalttığı bulunmuştur. Oksitosinerjik aktivitedeki azalmanın uzun süreli madde kullanan kişilerde ortaya çıkan sosyal işlevlerde bozulmadan sorumlu olabileceği belirtilmiştir (McGregor ve Bowen 2012).

Oksitosinin madde bağımlılığında tedavi edici etkilerinin araştırılması 1990 yıllarının ortalarında yapılan hayvan deneyleri ile başlamıştır. Oksitosinin ratlarda morfin, alkol ve kokain toleransını azalttığı (McGregor ve Bowen 2012, Sarnyai ve Kovacks 2014), kokain ve metamfetamin kullanımına bağlı oluşan stereotipik hareketleri azalttığı (McGregor ve Bowen 2012) gözlenmiştir. İnsanlarda yapılan çalışmalarda ise, akut alkol detoksifikasyonu alan hastalarda i.n. oksitosinin ihtiyaç duyulan lorazepam dozunu, yoksunluk ve aşerme belirtilerini azalttığı görülmüştür (Pedersen 2014). Benzer şekilde esrar bağımlılarında tek doz i.n. oksitosinin sosyal stresle tetiklenen aşermeyi plaseboya göre anlamlı düzeyde azalttığı rapor edilmiştir (Mc Rae-Clark 2013). Çalışmaların sonuçları umut vaat etmekle beraber, bağlanma örüntüsüne göre alt gruplara ayrılan örneklerde oksitosinin etkinliğinin ve uygun kullanım dozu ve süresinin araştırıldığı çalışmalara gerek vardır.

### ***Agresyon***

Oksitosin geni veya reseptörü inaktive edilen deney hayvanlarında sosyal davranışlarda değişiklikler ve agresyon artışı gözlenmiştir (Takayanagi ve ark. 2005). İnsanlarda ise yaşam boyu agresyon skoru ile BOS'ta ölçülen oksitosin düzeyinin ters ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada oksitosin düzeyi ile kişilik bozukluğu varlığının ilişkisi de araştırılmış olup, ilişki saptanmamıştır (Lee ve ark.2009). Başka bir çalışmada ise, çocuklardaki agresif davranışlar ile oksitosin reseptör genindeki polimorfizm ilişkili bulunmuştur (Beitchman ve ark. 2012). Sonuçlar oksitosinin agresif davranışların etiolojisinde rolü olabileceğini düşündürmektedir.

### ***Yeme Bozuklukları***

Anoreksiya nervoza tanısı alan hastaların plazma oksitosin düzeylerinin sağlıklı kontrollerden daha düşük olduğu, oksitosin düzeyinin kemik mineral yoğunluğu ve leptin düzeyi ile ilişkili olduğu rapor edilmiştir. Ayrıca oksitosin salınımındaki bozukluk ile bu hastalardaki anksiyete ve depresyon düzeyi de ilişkili bulunmuştur (Lawson ve ark. 2013). Başka bir çalışmada ise, yeme bozukluğu olanlarda i.n. oksitosinin yemekle ilgili uyarana artmış dikkati ve olumsuz beden algısını azalttığı gösterilmiştir (Kim ve ark. 2014).

### ***İntihar***

Bildiğimiz kadarı ile yazında bu konuda yapılan iki çalışma bulunmaktadır. Her iki çalışmada da intihar girişimi olanlarda sağlıklı kontrollere göre BOS'ta oksitosin düzeyinin anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (Lee ve ark.2009, Jokinen ve ark. 2012).

### ***İstismar***

Çocuklukta istismar veya ihmale uğrayan kadınlarda BOS'ta ölçülen oksitosin düzeyinin uğramayanlara kıyasla daha düşük olduğu bildirilmiştir. Ayrıca oksitosin düzeyleri ile istismarın süresi ve şiddeti arasında negatif korelasyon saptanmıştır (Heim ve ark. 2009). Yazında çocuklukta cinsel istismara uğrayanlarda plazma oksitosin düzeylerinin kontrollerden yüksek bulunduğu çalışmalar da mevcuttur (Pierrehumbert ve ark. 2009, Parker ve ark. 2010). Sonuçlar arasındaki farklılıklar istismar dışındaki travmaların ve

erişkin dönemdeki psikopatolojinin dikkate alınmamış olmasından kaynaklanıyor olabilir.

### ***Borderline Kişilik Bozukluğu***

Borderline kişilik bozukluğu olan kadınlarda plazma oksitosin düzeyi sağlıklı kontrollerle göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Yapılan bir fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmasında ise borderline kişilik bozukluğu olanlarda kızgın yüzlere bakıldığında amigdalada aşırı bir aktivasyon olduğu, oksitosinin ise bu aktiviteyi ve sosyal tehditlere aşırı duyarlılığı azalttığı gözlenmiştir (Bertsch ve ark. 2013, Brüneve ark. 2013).

### **Sonuç ve Öneriler**

Günümüzde oksitosin sadece obstetrik durumlarda kullanılmak üzere onay almıştır. Yapılan çalışmaların sonuçları ümit verici olmakla beraber, gelecek çalışmalarda aydınlatılmayı bekleyen konular vardır. Öncelikle, aynı psikiyatrik tanıyı alan hastalar belirti dağılımı ve şiddetindeki farklılığın yanında genetik ve epigenetik özellikler açısından farklılıklar gösterirler. Çalışmalar oksitosin sisteminin kişisel farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Oksitosin ve reseptörüne ait genlerin ekspresyonu, bazal oksitosin düzeyi, oksitosin reseptörlerinin duyarlılığı, sayısı, yerleşimi ve oksitosin sisteminin diğer sistemlerle etkileşimi kişiden kişiye değişmektedir. Ayrıca, olumlu veya olumsuz yaşam olayları ve sosyal deneyimler de oksitosin sisteminde değişikliklere yol açmaktadır. Çalışmalarda oksitosin yanıtını etkileyen nörobiyolojik, bilişsel ve davranışsal özelliklerin belirlenmesine, böylece hangi hastaların tedaviye daha iyi yanıt vereceğini anlamamıza ihtiyaç vardır. İkinci olarak, cinsiyet oksitosin yanıtını etkileyen bir diğer faktördür. Yazındaki çalışmaların çoğu kadın katılımcılar ile yapılmış olup, sonuçların genellenmesini güçleştirmektedir. Üçüncüsü, yazındaki çalışmalarda oksitosin kısa süreli ve düşük doz olarak uygulanmıştır. Oksitosinin terapötik etkinliğinden bahsedebilmek için yüksek doz ve uzun dönem kullanımdaki sonuçların ve yan etkilerin çalışılmasına ihtiyaç vardır. Son olarak, oksitosinin diğer tedaviler ile (farmakolojik tedaviler ve psikoterapi) kombine olarak kullanıldığındaki etkinliği aydınlatılmayı bekleyen bir konudur (Kim ve ark. 2014).

Çalışmaların sonuçlarına genel olarak bakıldığında oksitosinin psikiyatrik hastalıkların belirtilerinde çoğunlukla azalmaya sebep olduğu söylenebilir. Fakat, yazında oksitosinin çeşitli psikiyatrik bozuklukların kliniğinde kötüleşmeye sebep olabileceğini bildiren çalışmalar da mevcuttur. Hayvan deneylerinde oksitosin ile başkalarını dışlama ve kıskançlık şeklinde davranışların ortaya çıktığı bildirilmiştir. Psikiyatrik bozukluklarda görülen sosyal alandaki sorunlar iki farklı şekilde olabilmektedir. Bunlardan birisi özellikle otizmde görülen “sosyal beceri eksikliği”, diğeri ise şizofreni ve depresyonda görülen “sosyal yanlılık”tır. Sosyal yanlılığın ön planda olduğu hastalar sosyal ipuçlarını üzerine alma ve yanlış yorumlama eğilimi gösterirler. Oksitosinin sanrıların ön planda olduğu şizofreni vakalarında ve ağır depresyonda sosyal yanlılığı arttırarak klinik kötüleşmeye sebep olabileceği düşünülmektedir. Bu sebeple şizofreni alttıplerinde oksitosinin etkinliğinin araştırıldığı çalışmalara ihtiyaç vardır (Zik ve Roberts 2015).

Sonuç olarak, neredeyse tüm psikiyatrik hastalıklarda oksitosin sistemine ait bozuklukların görülmesi ve bu nörohormonun tedavi etkinliğine dair bulgular heyecan vericidir. Oksitosinin otizm, şizofreni, depresyon, anksiyete bozukluğu, bağımlılık, yeme



bozukluğu ve kişilik bozukluklarında tedavi etkinliğinin değerlendirildiği plasebo kontrollü çalışmalara ve sonuçların tekrarlanması ihtiyacı vardır. DEHB, intihar, agresyon ve bipolar bozuklukta oksitosin düzeyinde anormallik saptansa da, oksitosinin tedavi amaçlı kullanımına dair çalışma bildiğimiz kadarı ile henüz bulunmamaktadır. Oksitosinin tek başına veya diğer tedavilerle kombine olarak etkinliğinin kanıtlanması özellikle otizm, madde bağımlılığı, kişilik bozuklukları, anoreksiya nervosa gibi mevcut farmakolojik tedavilerin yetersiz kaldığı bozuklukların tedavisinde çığır açabilir.

## Kaynaklar

- Acheson D, Feifel D, de Wilde S, McKinney R, Lohr J, Risbrough V (2013) The effect of intranasal oxytocin treatment on conditioned fear extinction and recall in a healthy human sample. *Psychopharmacol*, 229:199-208.
- Anagnostou E, Soorya L, Chaplin W, Bartz J, Halpern D, Wasserman S et al. (2012) Intranasal oxytocin versus placebo in the treatment of adults with autism spectrum disorders: a randomized controlled trial. *Mol Autism*, 3:16.
- Andari E, Duhamel JR, Zalla T, Herbrecht E, Leboyer M, Sirigu A (2010) Promoting social behavior with oxytocin in high-functioning autism spectrum disorders. *Proc Natl Acad Sci USA*, 107: 4389-4394.
- Atzil S, Hendler T, Feldman R (2011) Specifying the neurobiological basis of human attachment: brain, hormones, and behavior in synchronous and intrusive mothers. *Neuropsychopharmacology*, 36:2603-2615.
- Bartz JA, McClnes LA. (2007) CD38 regulates oxytocin secretion and complex social behavior. *Bioessays*, 29:837-841.
- Beitchman JH, Zai CC, Muir K, Berall L, Nowrouzi B, Choi E et al. (2012) Childhood aggression, callous-unemotional traits and oxytocin genes. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 21:125-132.
- Bertsch K, Gamer M, Schmidt B, Schmidinger I, Walther S, Kästel T et al. (2013) Oxytocin and reduction of social threat hypersensitivity in women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 170:1169-1177.
- Broadbent JH, Tunstall B, Beringer K (2011) Examining the role of oxytocin in the interoceptive effects of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA, 'ecstasy') using a drug discrimination paradigm in the rat. *Addict Biol*, 16:202-14.
- Brüne M, Ebert A, Kolb M, Tas C, Edell MA, Roser P (2013) Oxytocin influences avoidant reactions to social threat in adults with borderline personality disorder. *Hum Psychopharmacol*, 28:552-561.
- Buisman-Pijlman FT, Sumracki NM, Gordon JJ, Hull PR, Carter CS, Tops M (2014) Individual differences underlying susceptibility to addiction: Role for the endogenous oxytocin system. *Pharmacol Biochem Behav*, 119:22-38.
- Churchland PS, Winkielman P (2012) Modulating social behavior with oxytocin: how does it work? what does it mean? *Horm Behav*, 61:392-399.
- Dadds MR, Macdonald E, Cauchi A, Williams K, Levy F, Brennan J (2014) Nasal oxytocin for social deficits in childhood autism: A randomized controlled trial. *J Autism Dev Disord*, 44:521-531.
- Davis MC, Lee J, Horan WP, Clarke AD, McGee MR, Green MF et al. (2013) Effects of single dose intranasal oxytocin on social cognition in schizophrenia. *Schizophr Res*, 147:393-397.
- den Boer JA, Westenberg HGM (1992) Oxytocin in obsessive compulsive disorder. *Peptides*, 13:1083-1085.
- de Oliveira DC, Zuari AW, Graeff FG, Queiroz RH, Crippa JA (2012) Anxiolytic-like effect of oxytocin in the simulated public speaking test. *J Psychopharmacol*, 26:497-504.
- Ditzen B, Schaer M, Gabriel B, Bodenmann G, Ehler U, Heinrichs M (2009) Intranasal oxytocin increases positive communication and reduces cortisol levels during couple conflict. *Biol. Psychiatry*, 65:728-731.
- Domes G, Heinrichs M, Michel A, Berger C, Herpertz SC (2007) Oxytocin improves "mindreading" in humans. *Biol Psychiatry*, 61:731-733.
- Domes G, Kumbier E, Heinrichs M, Herpertz SC (2014) Oxytocin promotes facial emotion recognition and amygdala reactivity in adults with asperger syndrome. *Neuropsychopharmacology*, 39:698-706.
- Domes G, Lischke A, Berger C, Grossmann A, Hauenstein K, Heinrichs M et al. (2010) Effects of intranasal oxytocin on emotional face processing in women. *Psychoneuroendocrinology*, 35:83-93.
- Dumont GJ, Sweep FC, van der Steen R, Hermesen R, Donders AR, Touw DJ et al. (2009) Increased oxytocin concentrations and prosocial feelings in humans after ecstasy (3,4-methylenedioxymethamphetamine) administration. *Soc Neurosci*, 4: 359-366.
- Eckstein M, Becker B, Scheele D, Scholz C, Preckel K, Schlaepfer TE et al. (2015) Oxytocin facilitates the extinction of conditioned fear in humans. *Biol Psychiatry*, 78:194-202.



- Engelmann M, Landgraf R, Wotjak CT (2004) The hypothalamic-neurohypophysial system regulates the hypothalamic-pituitary-adrenal axis under stress: an old concept revisited. *Front Neuroendocrinol*, 25:132-149.
- Epperson CN, McDougle CJ, Price LH (1996) Intranasal oxytocin in obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry*, 40:547-549.
- Frasch A, Zetzsche T, Steiger A, Jirikowski GF (1995) Reduction of plasma oxytocin levels in patients suffering from major depression. *Adv Exp Med Biol*, 395:257-258.
- Freedman D, Brown AS, Shen L, Schaefer CA (2015) Perinatal oxytocin increases the risk of offspring bipolar disorder and childhood cognitive impairment. *J Affect Disord*, 173:65-72.
- Green LA, Fein D, Modahl C, Feinstein C, Waterhouse L, Morris M (2001) Oxytocin and autistic disorder: alteration in peptide forms. *Biol Psychiatry*, 50:609-613.
- Greven KM, Light KC, Mechlin B, Girdler SS (2008) Ethnicity is associated with alterations in oxytocin relationships to pain sensitivity in women. *Ethn Health*, 13:219-241.
- Grillon C, Krimsky M, Charney DR, Vytal K, Ernst M, Cornwell B (2013) Oxytocin increases anxiety to unpredictable threat. *Mol Psychiatry*, 18:958-960.
- Guastella AJ, Einfeld SL, Gray KM, Rinehart NJ, Tonge BJ, Lambert TJ et al. (2010) Intranasal oxytocin improves emotion recognition for youth with autism spectrum disorders. *Biol Psychiatry*, 67:692-694.
- Guastella AJ, Mitchell PB, Dadds MR (2008) Oxytocin increases gaze to the eye region of human faces. *Biol Psychiatry*, 63:3-5.
- Heim C, Young LJ, Newport DJ, Mletzko T, Miller AH, Nemeroff CB (2009) Lower CSF oxytocin concentrations in women with a history of childhood abuse. *Mol Psychiatry*, 14:954-958.
- Heinrichs M, Baumgartner T, Kirschbaum C, Ehlert U (2003) Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biol Psychiatry*, 54:1389-1398.
- Heinrichs M, von Dawans B, Domes G (2009) Oxytocin, vasopressin, and human social behavior. *Front Neuroendocrinol*, 30:548-557.
- Hollander E, Bartz J, Chaplin W, Phillips A, Sumner J, Soorya L et al. (2007) Oxytocin increases retention of social cognition in autism. *Biol Psychiatry*, 61:498-503.
- Hollander E, Novotny S, Hanratty M, Yaffe R, DeCaria CM, Aronowitz BR et al. (2003) Oxytocin infusion reduces repetitive behaviors in adults with autistic and Asperger's disorders. *Neuropsychopharmacology*, 28:193-198.
- Holt-Lunstad J, Birmingham W, Light KC (2011) The influence of depressive symptomatology and perceived stress on plasma and salivary oxytocin before, during and after a support enhancement intervention. *Psychoneuroendocrinol*, 36:1249-1256.
- Insel TR (2010) The challenge of translation in social neuroscience: a review of oxytocin, vasopressin, and affiliative behavior. *Neuron*, 65:768-779.
- Ishak WW, Kahloon M, Fakhry H (2011) Oxytocin role in enhancing well-being: a literature review. *J Affect Disord*, 130:1-9.
- Kim S, Soeken TA, Cromer SJ, Martinez SR, Hardy LR, Strathearn L (2014) Oxytocin and postpartum depression: delivering on what's known and what's not. *Brain Res*, 1580:219-232.
- Kim YR, Kim CH, Cardi V, Eom JS, Seong Y, Treasure J (2014) Intranasal oxytocin attenuates attentional bias for eating and fat shape stimuli in patients with anorexia nervosa. *Psychoneuroendocrinol*, 44:133-142.
- Kirsch P, Esslinger C, Chen Q, Mier D, Lis S, Siddhanti S et al. (2005) Oxytocin modulates neural circuitry for social cognition and fear in humans. *J Neurosci*, 25: 11489-11493.
- Kosfeld M, Heinrichs M, Zak PJ, Fischbacher U, Fehr E (2005) Oxytocin increases trust in humans. *Nature*, 435:673-676.
- Kurth L, Haussmann R (2011) Perinatal Pitocin as an early ADHD biomarker: neurodevelopmental risk? *J Atten Disord*, 15:423-431.
- Jokinen J, Chatzittofis A, Hellström C, Nordström P, Uvnäs-Moberg K, Asberg M (2012) Low CSF oxytocin reflects high intent in suicide attempters. *Psychoneuroendocrinol*, 37:482-490.
- Landry SH, McGrath SK, Kennel JH (1998) The effects of doula support during labor on mother-infant interaction at 2 months. *Pediatr Res*, 42:13.
- Lawson EA, Holsen LM, Santin M, DeSanti R, Meenaghan E, Eddy KT et al. (2013) Postprandial oxytocin secretion is associated with severity of anxiety and depressive symptoms in anorexia nervosa. *J Clin Psychiatry*, 74:e451-e457.
- Lee R, Ferris C, Van de Kar LD, Coccaro EF (2009) Cerebrospinal fluid oxytocin, life history of aggression, and personality disorder. *Psychoneuroendocrinol*, 34:1567-1573.
- Lerer E, Levi S, Salomon S, Darvasi A, Yirmiya N, Ebstein RP (2008) Association between the oxytocin receptor (OXTR) gene and autism: relationship to Vineland Adaptive Behavior Scales and cognition. *Mol Psychiatry*, 13:980-988.
- Li X, Zou H, Brown WT (2012) Genes associated with autism spectrum disorder. *Brain Res Bull*, 88:543-552.
- Linkowski P, Geenen V, Kerkhofs M, Mendlewicz J, Legros JJ (1984) Cerebrospinal fluid neuropeptides in affective illness and in schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci*, 234:162-165.

- Liu X, Kawamura Y, Shimada T, Otowa T, Koishi S, Sugiyama T et al. (2010) Association of the oxytocin receptor (OXTR) gene polymorphisms with autism spectrum disorder (ASD) in the Japanese population. *J Hum Genet*, 55:137-141.
- Lucht MJ, Barnow S, Sonnenfeld C, Rosenberger A, Grabe HJ, Schroeder W et al. (2009) Associations between the oxytocin receptor gene (OXTR) and affect, loneliness and intelligence in normal subjects. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 33:860-866.
- McGregor IS, Bowen MT (2012) Breaking the loop: oxytocin as a potential treatment for drug addiction. *Horm Behav*, 61:331-339.
- McRae-Clark AL, Baker NL, Maria MM, Brady KT (2013) Effect of oxytocin on craving and stress response in marijuana-dependent individuals: a pilot study. *Psychopharmacol*, 228:623-631.
- Miller M, Bales KL, Taylor SL, Yoon J, Hostetler CM, Carter CS (2013) Oxytocin and vasopressin in children and adolescents with autism spectrum disorders: sex differences and associations with symptoms. *Autism Res*, 6:91-102.
- Myers AJ, Williams L, Gatt JM, McAuley-Clark EZ, Dobson-Stone C, Schofield PR et al. (2014) Variation in the oxytocin receptor gene is associated with increased risk for anxiety, stress and depression in individuals with a history of exposure to early life stress. *J Psychiatr Res*, 59:93-100.
- Neumann ID (2007) Stimuli and consequences of dendritic release of oxytocin within the brain. *Biochem Soc Trans*, 35:1252-1257.
- Neumann ID, Landgraf R (2012) Balance of brain oxytocin and vasopressin: implications for anxiety, depression, and social behaviors. *Trends Neurosci*, 35:649-659.
- Ozsoy S, Esel E, Kula M (2009) Serum oxytocin levels in patients with depression and the effects of gender and antidepressant treatment. *Psychiatry Res*, 169:249-252.
- Parker KJ, Kenna HA, Zeitzer JM, Keller J, Blasey CM, Amico JA, Schatzberg AF (2010) Preliminary evidence that plasma oxytocin levels are elevated in major depression. *Psychiatry Res*, 178:359-362.
- Pedersen CA (2014) Schizophrenia and alcohol dependence: diverse clinical effects of oxytocin and their evolutionary origins. *Brain Res*, 1580:102-123.
- Pedersen CA, Gibson CM, Rau SW, Salimi K, Smedley KL, Casey RL et al. (2011) Intranasal oxytocin reduces psychotic symptoms and improves Theory of Mind and social perception in schizophrenia. *Schizophr Res*, 132:50-53.
- Petersson M, Lundeberg T, Sohlström A, Wiberg U, Uvnäs-Moberg K (1998) Oxytocin increases the survival of musculocutaneous flaps. *Naunyn Schmiedeberg's Arch Pharmacol*, 357:701-704.
- Pierrehumbert B, Torrisi R, Glatz N, Dimitrova N, Heinrichs M, Halfon O (2009) The influence of attachment on perceived stress and cortisol response to acute stress in women sexually abused in childhood or adolescence. *Psychoneuroendocrinology*, 34:924-938.
- Pitman RK, Orr SP, Lasko NB (1993) Effects of intranasal vasopressin and oxytocin on physiologic responding during personal combat imagery in Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res*, 48:107-117
- Preti A, Melis M, Siddi S, Vellante M, Doneddu G, Fadda R (2014) Oxytocin and autism: a systematic review of randomized controlled trials. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 24:54-68.
- Resendez SL, Aragona BJ (2013) Aversive motivation and the maintenance of monogamous pair bonding. *Rev Neurosci*, 24:51-60.
- Rubin LH, Carter CS, Drogos L, Pournajafi-Nazarloo H, Sweeney JA, Maki PM (2010) Peripheral oxytocin is associated with reduced symptom severity in schizophrenia. *Schizophr Res*, 124:13-21.
- Rubin LH, Carter CS, Drogos L, Jamadar R, Pournajafi-Nazarloo H, Sweeney JA et al. (2011) Sex-specific associations between peripheral oxytocin and emotion perception in schizophrenia. *Schizophr Res*, 130:266-270.
- Sarnyai Z, Kovács GL (2014) Oxytocin in learning and addiction: From early discoveries to the present. *Pharmacol Biochem Behav*, 119:3-9.
- Sasaki T, Hashimoto K, Oda Y, Ishima T, Kurata T, Takahashi J et al. (2015) Decreased levels of serum oxytocin in pediatric patients with attention deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Res*, 228:746-751.
- Savaskan E, Ehrhardt R, Schulz A, Walter M, Schachinger H (2008) Post-learning intranasal oxytocin modulates human memory for facial identity. *Psychoneuroendocrinology*, 33:368-374.
- Strathearn L, Fonagy P, Amico J, Montague PR (2009) Adult attachment predicts maternal brain and oxytocin response to infant cues. *Neuropsychopharmacology*, 34:2655-2666.
- Souza RP, de Luca V, Meltzer HY, Lieberman JA, Kennedy JL (2010a) Schizophrenia severity and clozapine treatment outcome association with oxytocinergic genes. *Int J Neuropsychopharmacol*, 13:793-798.
- Souza RP, Ismail P, Meltzer HY, Kennedy JL (2010b) Variants in the oxytocin gene and risk for schizophrenia. *Schizophr Res*, 121:279-80.
- Takayanagi Y, Yoshida M, Bielsky IF, Ross HE, Kawamata M, Onaka T et al. (2005) Pervasive social deficits, but normal parturition, in oxytocin receptor-deficient mice. *Proc Natl Acad Sci USA*, 102:16096-16101.

- Turan T, Uysal C, Asdemir A, Kılıç E (2013) May oxytocin be a trait marker for bipolar disorder? *Psychoneuroendocrinology*, 38:2890-2896.
- Uvnäs-Moberg K (1998) Antistress pattern induced by oxytocin. *News Physiol Sci*, 13:22-26.
- Uvnäs-Moberg K, Alster P, Svensson TH (1992) Amperozide and clozapine but not haloperidol or raclopride increase the secretion of oxytocin in rats. *Psychopharmacol*, 109:473-476.
- Uvnäs-Moberg K, Petersson M (2005) Oxytocin, a mediator of anti-stress, well-being, social interaction, growth and healing. *Z Psychosom Med Psychother*, 51:57-80.
- Uvnäs-Moberg K, Widström AM, Nissen E, Björvell H (1990) Personality traits in women 4 days postpartum and their correlation with plasma levels of oxytocin and prolactin. *J Psychosom Obstet Gynecol*, 11:261-273.
- Viviani D, Stoop R (2008) Opposite effects of oxytocin and vasopressin on the emotional expression of the fear response. *Prog Brain Res*, 170:207-218.
- Weisman O, Zagoory-Sharon O, Schneiderman I, Gordon I, Feldman R (2013) Plasma oxytocin distributions in a large cohort of women and men and their gender-specific associations with anxiety. *Psychoneuroendocrinol*, 38:694-701.
- Yoshida M, Takayanagi Y, Inoue K, Kimura T, Young LJ, Onaka T et al. (2009) Evidence that oxytocin exerts anxiolytic effects via oxytocin receptor expressed in serotonergic neurons in mice. *J Neurosci*, 29:2259-2271.
- Young KA, Gobrogge KL, Liu Y, Wang Z (2011) The neurobiology of pair bonding: insights from a socially monogamous rodent. *Front Neuroendocrinol*, 32:53-69.
- Zik JB, Roberts DL (2015) The many faces of oxytocin: implications for psychiatry. *Psychiatry Res*, 226:31-37.

---

**Gökçe Nur Say**, Yrd.Doç.Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun; **Mahmut Müjdedi**, Arş.Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Gökçe Nur Say, Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ABD, Samsun, Turkey. E-mail: gokcenurtasdemir@yahoo.com.tr

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article

**Çevrimiçi adresi / Available online:** [www.cappsy.org/archives/vol8/no2/](http://www.cappsy.org/archives/vol8/no2/)

**Geliş tarihi/Submission date:** 29 Mart/March 29, 2015 · **Kabul Tarihi/Accepted** 25 Mayıs/May 25, 2015

---

# Gündüz Aşırı Uykululuğu

## *Excessive Daytime Sleepiness*

Yavuz Selvi, Ali Kandeğer, Ayça Asena Sayın

### Öz

Gündüz aşırı uykululuğu en sık görülen uyku ile ilişkili belirti olup, toplum içindeki tahmini yaygınlığı %18'e kadar çıkabilmektedir. Gündüz aşırı uykululuğu olan kişiler yaşamı tehdit eden yol veya iş kazaları, sosyal uyumsuzluk, akademik veya mesleki performansta düşme yaşayabilir ve daha düşük sağlık standartlarına sahip olabilirler. Bu yüzden gündüz aşırı uykululuk incelenmesi, tanısı ve tedavisi öncelikle yapılması gereken önemli bir durumdur. Çoğu tıbbi durumda olduğu gibi, gündüz aşırı uykululuğunun değerlendirilmesi titiz bir öyküyle başlar ve bunun için çeşitli öznel ve nesnel araçlar da geliştirilmiştir. Gündüz aşırı uykululuğunun en sık sebepleri uyku hijyenine uymama, kronik uyku yoksunluğu, ilaçlar, fiziksel ve psikiyatrik durumlar ve obstruktif uyku apnesi ve narkolepsi gibi uyku bozukluklarıdır. Tedavi seçenekleri iyi uyku hijyeni sağlayarak uyku miktarı ve kalitesini artırmayı amaçlamalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Gündüz aşırı uykululuk, narkolepsi, sirkadiyen ritim uyku bozuklukları.

### Abstract

Excessive daytime sleepiness is one of the most common sleep-related patient symptoms, with prevalence in the community estimated to be as high as 18%. Patients with excessive daytime sleepiness may exhibit life threatening road and work accidents, social maladjustment, decreased academic and occupational performance and have poorer health than comparable adults. Thus, excessive daytime sleepiness is a serious condition that requires investigation, diagnosis and treatment primarily. As with most medical condition, evaluation of excessive daytime sleepiness begins a precise history and various objective and subjective tools have been also developed to assess excessive daytime sleepiness. The most common causes of excessive daytime sleepiness are insufficient sleep hygiene, chronic sleep deprivation, medical and psychiatric conditions and sleep disorders, such as obstructive sleep apnea, medications, and narcolepsy. Treatment option should address underlying contributors and promote sleep quantity by ensuring good sleep hygiene.

**Key words:** Excessive daytime sleepiness, narcolepsy, circadian rhythm sleep disorder.

**GÜNDÜZ AŞIRI UYKULULUĞU (GAU)**, uyku bozukluklarında en sık görülen belirti olmasına rağmen gözardı edilme oranı çok yüksektir (Guilleminault ve Brooks 2001). Günümüzde insanların teknolojinin getirdiği imkânlarla çalışma ve sosyal faaliyetlerini geç saatlere kadar devam ettirmesi, kısmi ya da tam uyku yoksunluğuna yol açmaktadır. Bir süre devam eden uyku yoksunluğunun sebep olabileceği GAU'nun sıklığı ve normal görme eğilimi hipersomni ile giden hastalıkların tanınmasını zorlaştırmaktadır. Daha önceleri aşırı uykuluk, gündüz uykululuğu ve hipersomni terimleri birbirlerinin yerine kullanılırken; Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi tarafından 2005 yılında 2.si yayınlanan Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması'nda GAU

tanımı yapılmıştır (AASM 2005). O süreçten sonra belirti olarak GAU kullanılmış olup, hipersomni tanı düzeyindeki santral kökenli (primer) bozuklukları adlandırmak için kullanılmıştır.

Uykuyu erteleme, uyumama gibi uyku yoksunluğundan sonra GAU'nun sık sebepleri arasında uyku ile ilişkili solunum bozuklukları ve tedavi amaçlı hipnotik ilaç kullanımını önemli yer tutmaktadır. GAU ile başvurup uyku laboratuvarında tanı alan hastaların %75'i uyku ile ilişkili solunum bozukluğu (en sık obstrüktif uyku apne sendromu), %25'i narkolepsi, %5'i ise huzursuz bacaklar sendromu tanısı almıştır.

Yapılan çalışmalar batı toplumlarında popülasyonunun %12-16'sının, Türk toplumunun ise %14'ünün günlük aktivitelerini bozan gündüz uykululuktan yakındıklarını bildirmektedir (Klink ve Quan 1987, Kaynak ve ark. 1995). İş kazalarının yarısının ve ev içindeki kazaların dörtte birinin sebebinin hipersomni olması nedeniyle can ve mal kaybına yol açabilen bu klinik durumun önemi daha iyi anlaşılmaktadır (Guilleminault ve Brooks 2001). Bu derlemede amacımız GAU'nun nöroanatomi ve fizyopatolojisi ile ilgili bilgi vermek, GAU sebeplerinin tanı ve tedavi yaklaşımına güncel literatür ışığında değinmek ve bir belirti olarak GAU'nun farkındalığını artırmaktır.

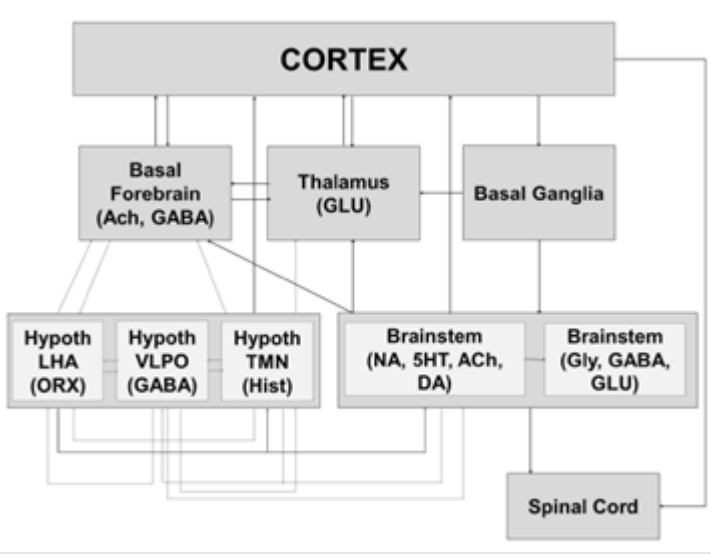
## Nöroanatomi ve Fizyopatolojisi

Uyku homeostatik ve sirkadiyen olmak üzere iki süreç tarafından düzenlenir. Bu iki süreç arasındaki etkileşimler her 24 saatte uyku ve uyanıklık arasındaki uyumdan sorumludur. Uyku ve uyanıklığın başlatılması ve sürdürülmesinde beyin sapı retiküler aktive edici sistem (RAS), lokus seruleus, dorsal rafe, bazal ön beyin, talamus, hipotalamus ve korteks gibi beyin bölgelerinin katıldığı bilinmektedir (McCarley 1999) (Şekil-1). Hipersomni görülen birçok bozuklukta bu beyin bölgelerinin nasıl görev yaptığı halen araştırılmaktadır. Noradrenalin, serotonin, dopamin, GABA (gama aminobütirik asit), asetilkolin, histamin, glutamat, adenozin, substans P, interlökin-1 ve prostaglandinler gibi birçok nörotransmitter ve peptidlerin uyku ve uyanıklıkta önemli rol aldığı bilinmektedir (Zolotki ve ark.1999).

Uyku sırasında, NREM (non-REM, yavaş dalgalı uyku evresi) ve REM uykusu arasında beyin sapında kolinerjik ve monoaminerjik nöronlar arasında karşılıklı inhibisyona bağlı bir ultradiyen salınım oluşur. Bir olasılık hipersomni bu homeostatik süreç ve/veya sirkadiyen kontrol sisteminin bozulduğuna daırdır (Dantz ve ark. 1994). Hipotalamusun preoptik bölgesi ventromedial preoptik nükleus (VLPO) ile majör uyku sağlayan beyin bölgesi olarak kabul edilmektedir (Gvilia ve ark. 2006, Szymusiak ve McGinty 2008, Fort ve ark. 2009, Saper ve ark. 2010, Luppi ve Fort 2011, Benedetto ve ark. 2012). Medyan preoptik nükleus (MnPO) ise uyanıklık durumunu başlatma ve sürdürmeyle ilgili beyin bölgelerinin inhibisyonunu sağlar (Şekil-1). Son çalışmalar lateral hipotalamik alandaki (LHA) melanin konsantre edici hormonun (MCH) uyku sağlayıcı rolüne dikkat çekmiştir (Hassani ve ark.2009,Hassani ve ark.2010, Jago ve ark.2013, Konadhode ve ark.2013, Tsunematsu ve ark. 2014). REM ve NREM uykusunda aktif olan MCH nöronları GABA ile birlikte salınarak uykuyu sağlarlar (Sapin ve ark. 2010, Fraigne ve Peever 2013).

LHA bölgesindeki oreksin üreten hücrelerin uyanıklığın indikasyonu ve sürdürülmesinde majör rolü olduğu gösterilmiştir (Sakurai 2007, Hara ve Sakurai 2011, Carter ve ark.2012, Alexandre ve ark.2013). Ayrıca bu hücreler otonomik ve metabolik mer-

kezlerle bağlantılı olup, büyük bir bütünleştirici sistem olarak hareket ederler (de Lecea 2012) (Şekil-2).



**Şekil 1. Uyku-uyanıklık döngüsü beyin sapı bileşenleri, hipotalamus, bazal gangliyonlar, bazal ön beyin ve talamusu içeren yaygın olarak dağılmış ve karmaşık sinir sistemi ağının etkileşimi ile kontrol edilir** (Larson-Prior ve ark. 2014)

Ach, asetilkolin; GABA, gama-amino bütirik asid; GLU, glutamat; Hypoth, hipotalamus; LHA, lateralhipotalamik alan; ORX, oreksin; VLPO, ventrolateral preoptik alan; TMN, tuberomamillar nükleus; Hist, histamin; NA, noradrenalin; 5HT, seratonin; DA, dopamin; Gly, glisin.

## Tanımlama

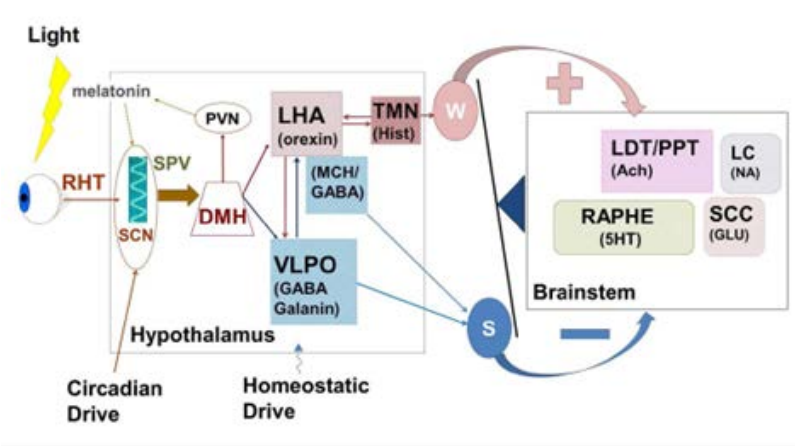
### *Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması*

Hali hazırda bilinen tüm uyku ve uyanıklık bozukluklarını tanımlamak ve bu tanımların dayandığı bilimsel ve klinik kanıtları açıklamak amacıyla 2014 yılında Amerika Uyku Tıbbı Akademisi tarafından 3.sü yayınlanan Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflaması (ICSD 3), GAU'yu (excessive daytime sleepiness) normal koşullarda uyku uyanıklık döngüsü içinde gün içinde uyanık kalmada güçlük ve istemsiz uyuklamalar olarak tanımlamıştır (AASM 2014). GAU hafif şiddette olup sadece dinlenme halinde ortaya çıkabildiği gibi; şiddetli olup yemek yeme ve cinsel ilişki gibi aktif durumlarda da ortaya çıkabilir.

Hipersomni; uzamış uyku süreleri, her yerde ve kolayca uykuya dalma, tekrarlayan uyku atakları ve gündüz aşırı uykulu olma ile karakterize bir klinik tablodur. GAU terimini kapsar ve gece uyku süresinde artışı da ifade edebilir. Ayrıca ICSD 3'te "Sant-ral Kökenli Hipersomniler" başlığı altında hastalık grubunu belirtir (AASM 2014).

### ***Rubsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM)***

DSM-5'te Aşırı Uykululuk Bozukluğu (Hypersomnolence Disorder), 3 aydan uzun süren ve haftanın en az 3 günü olan ana uyku süresi en az 7 saat olmasına rağmen; gün içinde yineleyen uyku evreleri, dinlendirici olmayan 9 saatin üzerinde gece uyku süresi ve uyanıklığı sürdürmede güçlük çekme belirtilerinden en az birinin olması şeklinde tanımlanmıştır. Ayrıca bu bozukluğun işlevsellikte düşmeye neden olup tıbbi, nörolojik, psikiyatrik hastalıklar ve madde kullanımıyla ilişkili olmaması gerekmektedir (APA 2013). DSM-5'te 1 aydan kısa akut, 1-3 ay arası subakut, 3 aydan fazla süreli kronik olarak tanımlanmıştır. Şiddet ölçüsü olarak haftada 1-2 gün olması hafif, 5-7 gün olması ağır olarak tanımlanmıştır.



### **Şekil.2. Hipotalamus; suprakiazmatik nükleus (SCN) tarafından düzenlenen sirkadiyen ritm ve uyku hemostazı etkileşiminde merkezi kontrol merkezidir (Larson-Prior ve ark. 2014)**

RHT, retino-hipotalamik yolak; SPV, subparaventricüler bölge; SCN, supra kiazmatik nükleus; DMH, dorsomedial hipotalamik nükleus; PVN, paraventricüler hipotalamik nükleus; LHA, lateral hipotalamik alan; VLPO, ventrolateral preoptik alan; TMN, tuberomamillar nükleus; LDT/PPT, laterodorsal tegmental/pedüncüler pontin tegmentum; LC, lokus seruleus; SCC, subcoreleus complex; GABA, gama-amino bütirik asit; MCH, melanin konsantr edici hormon; Hist, histamin; Ach, asetilkolin; 5HT, seratonin; NA, noradrenalin; Glu, glutamat; W, uyanıklık; S, uyku.

## **Hastaların Değerlendirilmesi**

GAU, öncelikle bir belirti olarak ele alınmalı ve incelenmelidir. Bu belirti ele alınırken normal sınırlarda olup olmaması, sıklığı, şiddeti ve işlevselliği ne kadar etkilediği değerlendirilmelidir. Uyku uyanıklık döngüsünün elektrofizyolojik, hormonal ve bilişsel bileşenleri akılda tutulmalı ve değerlendirme bütüncül tıp çerçevesinde değerlendirilmelidir. GAU; uyku bozuklukları başta olmak üzere nörolojik, metabolik hastalıkların bir belirtisi olabilir ya da madde kullanımı, ilaç kullanımı ve travmaya bağlı ortaya çıkabilmektedir (Tablo 1). GAU'nun değerlendirmesi, diğer tıbbi bozukluklarda olduğu gibi titiz bir öykü ve fizik muayeneye başlayıp diğer değerlendirme ve tanı araçları ile devam eder (Tablo 2).

**Tablo 1. Gündüz aşırı uykululuğun nedenleri**

Santral Kökenli Hipersomni (ICSD 3)	Sekonder Hipersomni
Narkolepsi Tip 1	Uyku ile ilişkili Solunum Bozuklukları
Narkolepsi Tip 2	
İdiyopatik Hipersomni	Uyku ile ilişkili Hareket Bozuklukları
Kleine-Levin Sendromu	Sirkadiyen Ritm Uyku Bozuklukları
Tıbbi Durumlara Bağlı Hipersomni	Diğer Risk Faktörleri
İlaç/Madde Kullanımına Bağlı Hipersomni	
Psikiyatrik Bozukluklara Bağlı Hipersomni	
Yetersiz Uyku Sendromu	
İzole Semptom ve Varyantlar -Uzun Uyuyanlar	

Yorgunluk da GAU gibi pratikte sık karşılaşılan bir belirti olup uykululuk ile ayırt edilmelidir. Zayıf tanımlanan bu belirti kronik hastalıklarla ve psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülebilmektedir (Lewis ve Wessely 1992). Yorgunlukta uykuya eğilimden ziyade enerji kaybı, güçsüzlük ön plandadır.

### *Anamnez ve Fizik Muayene*

Anamnezde hastanın öncelikle uyku uyanıklık düzeni, uyku alışkanlıkları, gece uyanma sayısı ve sebebi sorgulanmalıdır. Şikâyetinin ne zamandır ve ne sıklıkta olduğu, geçmişteki uyku şikâyetleri ve uyku bozukluğu için kullandığı ilaçlar öğrenilmelidir. Uykuya dalma süresi, horlama, tanıklı apne, periyodik ekstremitte hareketi, hipnogojik varsanı, katapleksi, sabah baş ağrısı, uyku paralizisi gibi uyku sorunlarını da içeren detaylı uyku öyküsü alınmalıdır. Psikiyatrik ve diğer tıbbi ek hastalıkları, kullandığı ilaçlar, yaşla ilgili stresörlerin öğrenilmesi ve hastanın işlevselliğinin değerlendirilmesi doğru tanı ve tedavi için oldukça önemlidir.

Fizik muayenede hastanın genel görünümünde düşük göz kapakları, göz halkalarının belirgin olması, sık esneme, hareketlerde yavaşlama, obezite, kalın boyun çevresi gibi GAU'yu destekleyen bulgular saptanabilir. Hastanın vital bulguları değerlendirilmeli, şüphelenilen hastalarda bel ve boyun çevresi ölçülmelidir. Solunum disfonksiyonu açısından üst solunum yolu muayenesi ve nörolojik hastalıklar için nörolojik muayene yapılmalıdır. Diğer sistem muayenesinden gerekli görülenler yapıp ve pozitif belirtiler not alınmalıdır.

### *Değerlendirme ve Tanı Araçları*

Anamnez ve fizik muayene sonrası hastalara subjektif ve objektif ölçüm yöntemleri uygulanabilir. Subjektif ölçüm yöntemlerinde GAU'yu değerlendirmeye yarayan ölçekler, objektif ölçüm yöntemlerinde ise sıklıkla elektrofizyolojik çalışmalar uygulanır. Ayırıcı tanıda biyokimyasal, hormonal tetkikler (tiroid fonksiyon testi, enfeksiyon belirteçleri vs) ve yapısal beyin hasarı için görüntüleme yöntemleri de kullanılabilir. Subjektif tanı araçları arasında en sık kullanılan Epworth Uykululuk Ölçeğidir (EUÖ) (Ağargün ve ark.1999). EUÖ, hastanın gün içerisinde 8 farklı durumda uykulama derecesini sorgulayan bir ankettir. Her soruya son iki haftadaki sıklık durumuna göre 0 ile 3 arasında değer vermesi istenmektedir. Skoru 10/24 üzerinde olan bireylerin uyku bozukluğu açısından ileri tetkik edilmesi önerilmektedir. EUÖ aynı zamanda



uykululuğun takibi ve tedaviden sağlanan faydayı değerlendirmek için belirli aralıklarla uygulanabilir. Stanford Uykululuk Ölçeği (Hoddes ve ark. 1972), Karolinska Uykululuk ölçeği (Akestedt 1996) ve Görsel Analog Skala subjektif değerlendirmede kullanılan diğer ölçeklerdir (Gogenur ve ark. 2007).

Polisomnografi (PSG) en sık kullanılan elektrofizyolojik değerlendirmedir ve objektif tanı aracıdır. İyi bir öykü ve fizik muayene sonrasında, gece uykusundan kaynaklanan bir sorun olduğu düşünüldüğünde PSG çalışması yapılır. PSG uykusu yapılarında parçalanmaya sebep olan uykuyu ile ilişkili solunum bozuklukları, periyodik bacak hareketleri, REM uykusu davranış bozukluğu, uykuyla ilişkili hareket bozukluklarının tanısında ve narkolepsi, idiopatik hipersomnia gibi primer hipersomnia nedenlerinin ayırıcı tanısında kullanılır.

**Tablo 2- Değerlendirme ve tanı yöntemleri**

Anamnez
Fizik Muayene
Ölçekler (Subjektif)
<i>Epworth Uykululuk Ölçeği</i>
<i>Stanford Uykululuk Ölçeği</i>
<i>Karolinska Uykululuk Ölçeği</i>
<i>Görsel Analog Skala</i>
Elektrofizyolojik İncelemeler (Objektif)
<i>Polisomnografi</i>
<i>Çoklu Uykü Latens Testi (MSLT)</i>
<i>Uyanıklığı Sürdürme Testi (MWT)</i>
<i>Pupillometri</i>
<i>Aktigrafi</i>
<i>Uyarılmış Potansiyeller</i>

Çoklu Uykü Latens Testi (MSLT, Multiple Sleep Latency Test) ve Uyanıklığı Sürdürüm Testi (MWT: Maintenance of Wakefulness Test) gündüz yapılan elektrofizyolojik çalışmalardır. MSLT'de doğrudan uykululuk düzeyi ile ilişkili olan uykuya dalma hızını ölçmek amaçlanır. Ayrıca narkolepsi tanısına yönelik REM başlangıçlı uykunun (sleep onset REM, SOREM) saptanmasına imkân veren bir yöntemdir. İdiopatik hipersomni şüphesi olan hastalarda narkolepsi için ayırıcı tanı amacıyla uygulanması önerilir. MSLT yapılmadan 2 hafta önce uykü ve uyanıklığı etkileyen ilaçlar (Hipnotikler, sedatifler, antihistaminikler veya REM uykusunu etkileyen antidepresanlar, stimulanlar) kesilmelidir, uykü ve uyanıklık saatleri düzenlenmeli, uykü hijyeni kuralları öğretilmelidir, bu süre içinde uykü günlüğü kullanılmalıdır. 1 gün önce gece PSG çalışmasına alınmalıdır. Gece PSG'de en az 6 saat uykü kaydı olmalıdır. Gün içinde 2 saat arayla yirmişer dakikalık 4-6 uykü kaydı uygulanır. Ortalama uykü latensleri ve SOREM sayısı değerlendirilir. Obstrüktif uykü apnesi olan hastalarda ortalama uykü latensleri genelde 10 dakikadan kısadır, narkoleptik hastalarda ise 5 dakikadan kısa uykü latensleri ve 2 ya da daha fazla SOREM saptanır. MWT ise bireyin uykuyu engelleyebilme, uyanık kalabilme yeteneğini ve uyanıklığı sağlayan tedavilerin tedavi etkinliğini değerlendirme amacıyla kullanılır. İki saat ara ile 40 dakikalık 4 kayıt olarak uygulanır. Dört kayıttan alınan uykü latenslerinin aritmetik ortalaması ile ortalama uykü latensleri hesap-

lanır. Çalışmalar MSLT'nin özellikle narkolepsi için daha iyi bir tanı aracı olduğunu gösterirken, MWT'nin tedavinin takibinde daha etkili olduğunu göstermektedir (Bonnet ve Arand 2005).

Daha az kullanılan diğer tanı araçları Aktigrafi, Pupillometri ve Uyarılmış Potansiyeller olarak sayılabilir. Aktigrafi; özellikle sirkadiyen ritm uyku bozukluklarında 2-3 haftalık kayıt yapabilen bileğe takılan saat büyüklüğünde, kablo ile vücuda bağlanmayan bir cihazdır. Uyku ve uyanıklıktaki hareketleri kaydeden aktigrafi özellikle uyku günlüğü ile kullanıldığında faydalı olabilmektedir (Morgenthaler ve ark. 2007). Pupil çapının ve stabilitesinin değerlendirildiği Pupillografik Uykululuk Testi'nde merkezi sinir sistemi aktivasyonu ve uyanıklık düzeyinin yansıtılması amaçlanır (Wilhelm ve ark. 2015). Diğer tanı aracı uyarılmış potansiyeller de günümüzde nadir olarak kullanılmaktadır (Colrain ve Campbell 2007).

## Nedenlerine Göre GAU'ya Yaklaşım

GAU'ya neden olan patolojiyi tespit etmek, etkili tedavi, hastanın işlevselliğinin artması ve ortaya çıkabilecek kazaları önlemek için çok önemlidir. GAU uyku yoksunluğu, obstrüktif uyku apnesi, ilaç etkileri, madde kullanımı ve diğer tıbbi ve psikiyatrik tablolara daha nadir olarak da santral kökenli primer hipersomniye (örn, narkolepsi, idiyopatik hipersomni) ikincil ortaya çıkabilir (Tablo 1) (AASM 2014).

GAU'ya klinik yaklaşımda öyküde obstrüktif uyku apne sendromu (OSA) belirtileri mevcutsa ya da multifaktöriyel etkenlerden dolayı GAU'nun nedeni net değilse hastaya tanı amaçlı PSG testi uygulanmalıdır. Ancak GAU vardiyalı çalışma, jet lag, depresyon, alkol ve madde kullanımı gibi öyküden anlaşılabilir bir sebebe bağlıysa, tanıya uygun tedavi verilmeli ya da psikiyatri veya uyku polikliniklerine yönlendirilmelidir. Uygun tedaviye rağmen GAU'nun devam etmesi halinde uyku bütünlüğünü bozacak diğer uyku bozukluklarını dışlamak için hastaya PSG çekilmelidir. PSG sonrasında uyku ile ilişkili solunum ve hareket bozuklukları gibi uyku bütünlüğünü bozup, yetersiz uykuya yol açabilecek uyku bozukluklarının tanısı konulabilir ve uygun tedavisi başlanabilir. PSG normal çıkması ya da uygun tedaviye rağmen GAU'nun devam etmesi durumunda narkolepsi ve idiyopatik hipersomni ayırıcı tanısı için MSLT uygulanmalıdır (Pagel 2009).

### *Santral Kökenli Hipersomniler*

ICSD-3'de sirkadiyen ritim uyku bozukluğuna veya uykuyu bozan diğer nokturnal nedenlere bağlı olmayan, santral kökenli hipersomniler olarak tanımlanır (Tablo 1) (AASM 2014).

### **Yetersiz Uyku Sendromu (Kronik Uyku Deprivasyonu ve Uyku Kısıtlanması)**

Uyku yoksunluğu, GAU'nun en sık nedenidir. Semptomlar hafif uyku kısıtlanması sonrası sağlıklı kişilerde bile ortaya çıkabilir. Yetersiz uykuya bireylerin yaşam stilineki değişiklikler, okul ya da mesleki gereklilikler, mesai saatlerinde kaymalar neden olabilir. Bireysel uyku ihtiyacının fazla olduğu ergenlik döneminde ihtiyaç duyulandan daha az uyuması GAU'ya yol açarak ergenlerin ders başarısını düşürmekte, işlevselliğini önemli ölçüde azaltmaktadır. Uyku yoksunluğuyla ilgili yapılan çalışmada; 14 ardışık gece 6 saat uykuyla sınırlanmış erişkinlerin nörobiyolojik fonksiyonlarında kümülatif anlamlı bir bozulma gösterilmiş (Van Dongen ve ark. 2003). Benzer bir çalışmada;

kronik uyku yoksunluğu olan kişilerde genellikle artan bilişsel ve performans açığı saptanmıştır (Sforza ve ark. 2002).

Yetersiz Uyku Sendromu ICSD 3'te psikolojik ve fiziksel olarak ihtiyaç duyulan uyku süresi kadar uyunmaması olarak tanımlanmış olup, kronik uyku yoksunluğu olarak da adlandırılmaktadır. Son 3 aydır umulandan daha az uyunması ve bunun herhangi uyku bozukluğu ya da diğer psikiyatrik ve tıbbi durumlarla açıklanmamasıyla tanı konur (AASM 2014).

**Tablo 3. Katapleksi tedavisinde kullanılan ilaçlar (Houghton ve ark. 2004)**

İlaç	Günlük Doz	Yan Etkiler
<b>Sodyum Oksibat</b>	4,5-9 mg	Mide bulantısı, sıvı retansiyonu, baş dönmesi, idrar inkontinansı, solunum depresyonu
<b>TrisiklikAntidepresanlar</b>		
<b>İmipramin</b>	25-200 mg	Ağız kuruluğu, bulanık görme, kabızlık, idrar retansiyonu, ortostatik hipotansiyon, cinsel disfonksiyon
<b>Klomipramin</b>	10-200 mg	
<b>Desipramin</b>	25-200 mg	
<b>Protriptilin</b>	5-30 mg	
<b>Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri</b>		
<b>Fluoksetin</b>	20-80 mg	Uykusuzluk, cinsel disfonksiyon, anksiyete, ağız kuruluğu, mide bulantısı, gerginlik
<b>Venlafaksin</b>	75-225 mg	

### Narkolepsi

Narkolepsi herhangi bir yaşta görülebilir de, bulgular en sık adolesan döneminde ortaya çıkar. Artmış gündüz uykululuğu yanında, katapleksi (emosyon ile ilgili ani ve geçici kas tonusu kaybı), uyku paralizi, hipnagogik veya hipnopompik halusinasyonlar ilişkili diğer bulgulardır (AASM 2014). Narkolepside belirtiler oldukça çeşitlilik gösterir ve hastaların yalnız %10'u klasik dört belirtinin tümüne sahiptir (Morrish ve ark. 2004). Epilepsi ve dissosiasyon benzeri semptomların eşlik ettiği narkolepsi vakalarının bildirilmesinden dolayı, klinisyenler narkolepsinin farklı klinik görünüşleri konusunda dikkatli olmalıdırlar (Özdemir ve ark. 2013). Gündüz uykululuğu beklenmedik, karşı konulamayan uyku ataklarıdır. Klinik öykü yanında, aile yükünlüğünün incelenmesi ve PSG narkolepsi tanısına gidişte önemlidir. Genetik çalışmalar HLA DR2 ve DQ1 ile ilişkili olduğunu ve HLA DR2 ilişkisinin%100 olduğu bildirilmektedir (Langdon ve ark. 1986). Son çalışmalar narkolepside, hipokretin nöron iletiminde hasar olduğunu göstermiş (Langdon ve ark. 1986) ve BOS hipokretin seviyesinin düşük olması tanı aracı olarak kullanılmaya başlanmıştır (AASM 2014).Narkolepsi tanısında elektrofizyolojik çalışmalar ve BOS hipokretin ölçümü kullanılabilir. MSLT'de 8 dakikadan kısa uyku latensi ve 2 ya da daha fazla SOREM saptanması narkolepsi için tanı koydurucudur. Tedavide GAU'da kullanılan modafinil ve diğer santral sinir sistemi stimülanları kullanılabilir (Tablo-4). Katapleksi tedavisinde ise uyku bütünlüğünü sağlayıp, yavaş dalga uykusunu artıran trisiklik antidepresanlar ve sodyum oksibat kullanılmaktadır (Tablo-3).

### İdiyopatik Hipersomni

Etyolojisi bilinmemekle birlikte otozomal dominant genetik geçişli olduğu düşünülmektedir. Genelde 25 yaşından önce başlar. Kronik seyretse de nadiren spontan remis-

yon bildirilmiştir. PSG'de %85'in üzerinde uyku etkinliği ve 6 saatten fazla uyku süresi saptanır. MSLT'de 8 dakikadan kısa uyku latensi, 2'den az SOREM görülmesi ve elektrofizyolojik çalışmalarda hipersomniye yol açacak diğer bozuklukların dışlanması ile tanı konur (AASM 2014).

**Tablo 4.-Gündüz aşırı uykululuğunda kullanılan ilaçlar** (Drakatos ve Leschziner 2014)

İlaç	Günlük Doz	Yan Etkiler
<b>Modafinil</b> <b>Armodafinil</b>	100-400 mg 150-250 mg	Baş ağrısı, çarpıntı, bulantı, gerginlik
<b>Metilfenidat</b>	10-60 mg	Sinirlilik, mide-bağırsak sorunları, baş ağrısı, sinirlilik, çarpıntı, tansiyon yüksekliği, rahatsız gece uykusu
<b>Dekstroamfetamin</b> <b>Metamfetamin</b>	5-15 mg 5-160 mg	İştah kaybı, duylarda artma/bozulma, huzursuzluk, baş ağrısı, çarpıntı, ishal, bulanık görme, kontrolsüz hareketler, uykusuzluk, aritmi
<b>Sodyum Oksibat</b>	4,5-9 mg	Mide bulantısı, sıvı retansiyonu, baş dönmesi, idrar inkontinansı, solunum depresyonu

### **Kleine-Levin Sendromu**

Kleine-Levin Sendromu ilk defa 1925 yılında Klein tarafından rapor edilmiştir. Çoklu vaka sunumlarıyla tanımlanmıştır. Kadınlarda özellikle menstruasyon ilişkili hipersomni ile ayırıcı tanısı yapılmalı. ICDSD-3'e göre yılda en az 1 kere 2 gün ile 4 hafta arasında süren aşırı uykululuk atağı olması, ataklar arasında hastanın normal uyanıklık, bilişsel fonksiyon ve davranışlar paterninde olması ile tanı konur (AASM 2014). Atak sırasında; hastaların %66'sında hiperfaji, %50'sinde cinsel uyarılma ve disinhibisyon vardır. Bunun yanında; bilişsel belirtiler (konuşma, okuma, konsantrasyon, hafıza, koordinasyon bozuklukları), değişmiş algı belirtileri (dissosiasyon, derealizasyon, değişmiş tat ve koku), otonomik ve meningeal belirtiler (ateş, fotofobi, baş ağrısı, terleme) ve psikolojik belirtiler (irritabilite, çökkünlük, anksiyete, kompulsiyon, sanrı, varsanı) ataklar sırasında eşlik edebilir ancak ataklar arasında tamamen normale döner. Hastaların %89'u ataklar için tetikleyici belirtmiştir, bunlardan en sık görüleni grip benzeri enfeksiyondur (%75). Tedavide kontrollü çalışmalar yoktur. Atak sırasında uyanıklık sağlayıcı ajanlar önerilir (Arnulf ve ark. 2008, Oliveira ve ark. 2009).

### **Psikiyatrik Bozukluklar**

#### **Depresyon**

Depresyonda uyku şikâyetleri sık olup %90 gibi yüksek bir oranda olduğu gösterilmiştir (Almeida ve Pfaff 2005, Tsuno ve ark. 2005). Depresif hastalarda uyku sorunlarının genç yaşlarda yetersiz uyku, ileri yaşlarda ise kronik hastalıklar ve genel tıbbi duruma bağlı olduğu bilinmektedir. Bu nedenle genç yaşta uykuya dalma, yaşlılarda ise uykuyu sürdürme güçlüğü sıkıdır (Bixler ve ark. 2005). Uyku düzensizlikleri Majör Depresif Bozukluk'un (MDB) tipik özelliklerinden olsa da, böyle belirtiler bazen bir MDB

döneminden önce ortaya çıkabilir ya da tedavi sonrası rezidüel belirti olarak tespit edilebilir (Güleç ve ark. 2012). Yapılan bir çalışmada 20 haftalık tedavi sonrası remisyonunda olan MDB hastalarının %22 erken insomnia, %26 orta insomnia, %17 terminal insomniadan yakındıkları bildirilmiştir (Carney ve ark. 2007). Benzer bir çalışmada kısmi ya da tam remisyonunda olan MDB hastalarının %40'ından fazlası yorgunluk ve uykululuk rapor etmiştir (Fava ve ark. 2006). Depresyonda gece uyanma sıklığının artması uykü bütünlüğünün bozulmasına ve GAU'ya yol açabilmektedir. Bunun nedeni uykü yapı-sındaki değişikliklerdir. Depresyonu olan kişilerin uykü ve REM latensi uzamış, 3. ve 4. evre uykuları azalmış, yavaş dalga uykusu azalmıştır (Palagini ve ark. 2013). Bu da dinlendirici olmayan uykü anlamına gelmektedir. Yine depresyonda gecikmiş uykü fazı tipi'ne benzer sirkadiyen kayma olması ya da depresyonun belirtilerine bağlı uykü hijyeninin davranışsal bozulması da sağlıklı uykünün bozulması ve GAU'ya yol açabilmektedir (Zee ve ark. 2013). Atipik depresyonun semptomlarının, bipolar depresyonu öngörebileceği bilinmektedir. Bu sebeple atipik semptomlardan olan hipersomnisi olan depresif hastalarda bipolarite açısından daha dikkatli olunmalıdır (Galvao ve ark. 2013).

Bazı hastalarda psikojenik hipersomnia da denilen artmış gündüz uykululuğu görülebilir. Genelde genç erişkinlerde, uzun süreli stres durumlarından sonra veya bozuk uykü dönemini takiben görülür (Vgontzas ve ark. 2000).

### **Psikotik Bozukluklar**

Şizofreni hastalarında sık görülen avolüsyon ve içe çekilme sedasyon yan etkisi ile karışabileceği için, bu hastalarda sedasyonun ortadan kaldırılması için girişimde bulunmadan önce, negatif belirti olasılığı dışlanmalıdır. Ayrıca hastada uykü durumuna yol açabilecek hipotiroidi, anemi gibi başka tıbbi durumların olup olmadığı değerlendirilmeli ve varsa bunlar tedavi edilmelidir. Hasta başka uykü yapan ilaçlar kullanıyorsa bunlar gözden geçirilmeli ve mümkünse kesilmeli ya da değiştirilmelidir. Örneğin hasta trisiklik bir antidepresan kullanıyorsa, bu ilaç bir SSRI ile değiştirilebilir. Hastalığın alevli döneminde uykusuzluk ya da hareketlilik için verilmiş bir benzodiyazepin sonlandırılabilir. Hastanın antipsikotik tedavisini akşam saatlerinde alması sağlanabilir. Eğer hasta ilacının hepsini tek dozda alamıyorsa, toplam dozun küçük bölümü sabah, daha büyük bölümü ise akşam saatlerinde verilebilir. Klinisyen hastayı kullandığı ilacın dozu yönünden değerlendirip, mümkünse ilacın dozunu azaltabilir. Bütün bu önlemler sorunu çözmediyse daha az sedasyon yapan başka bir ilaca geçmek düşünülmelidir. Ayrıca psikotik hastalarda GAU'ya yol açacak diğer durumların (OSA, HBS vs) eş zamanlı olabileceği de unutulmamalıdır (Miller 2004).

### **İlaç Kullanımı**

Tedavi amaçlı kullanılan ilaçlar da GAU'ya neden olabilir. Anksiyolitikler, sedatifler, hipnotikler, antihistaminikler, bazı antidepresanlar, antihipertansifler, antikonvulsanlar ve nöroleptikler GAU'ya yol açabilirler. Ayrıca ilaçlar arasındaki etkileşimler ve bunların oluşturduğu metabolik bozukluklar (karaciğer hasarı gibi) dikkate alınmalıdır. Stimulan ilaçların kesilme döneminde de sıklıkla rebound olarak artmış uykululuk görülür.

İlaçlar GABA yolu ile uykü sağlayıcı sistem aktivitesini yükselterek (Örn: benzodiazepin reseptör agonistleri, etanol) ve santral histamin tip 1 (H1) reseptörleri (Örn: birinci kuşak antihistaminikler, trisiklik antidepresanlar), alfa adrenerejik tip 1 reseptörleri (Örn: klonidin, bazı antidepresan ve antipsikotik ilaçlar), muskarinik kolinerjik reseptörler (Örn: bazı antidepresanlar), veya serotonin 5-HT<sub>2A</sub> reseptörlerini antagonize ederek uyanıklık sağlayıcı sistemin baskılanması gibi birçok mekanizma ile sedas-

yonu neden olabilir. Benzer şekilde, ilaçlar hem uyku sağlayıcı sistem üzerinden (Örn: kafein ile GABA inhibisyonu yapmak gibi) hem de uyanıklık sağlayıcı sistem üzerinden (Örn: dopamin salınımının uyarılması ya da amfetaminler yolu ile dopamin geri alınımının blokajı) uykuyu bozabilir (Kryger ve ark. 2010).

### **Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları**

Alkol; uykuya dalma ve uykuyu kolaylaştırma amacıyla en sık kullanılan güçlü bir somnojenidir. Alkolik olmayan sosyal içicilerde, akut alkol kullanımı gecenin ilk yarısında uyku latensinikisaltır, NREM uykusunun kalitesini ve miktarını artırır (Johnson ve ark. 1998, Roehrs ve Roth 2001, Roehrs ve Roth 2012). Ancak gecenin ikinci yarısında uykuda bozulmalara yol açar. Alkoliklerde ise kullanım sonrasında ve ara dönemde, insomnia, GAU ve uyku yapısında bozulma gibi uykuya ilgili birçok semptomu yol açar (Colrain ve ark. 2009, Brower ve Perron 2010). Alkol kötüye kullanımı olan kişilerde ortaya çıkan uyku semptomları, relapsın belirleyicileri arasındadır (Brower ve Perron 2010). Alkol ile ilişkili uyku sorunları önemli ekonomik ve klinik sorunlara yol açmasına rağmen, alkolün uykuyu nasıl etkilediği az bilinir. Alkol; bazal önbeyinde uyanıklık sağlayıcı nöronları inhibe ederek ekstrasellüler alanda adenozeni artırır (Sharma ve ark. 2014a). Ayrıca yoğun alkol alımı ve alkol çekilmesinin de uyku hemostazını bozarak uykuda kesintiye yol açtığı anlaşılmıştır. Tüm bu sebeplerden dolayı alkol, somnojen etkisiyle ya da gece uykusunun miktarında ve kalitesinde yaptığı azalmayla GAU'ya yol açabilmektedir (Brower ve ark. 2011, Armitage ve ark. 2012, Sharma ve ark. 2014b, Thakkar ve ark. 2014).

Madde kullanımı ve madde çekilmesinin en yaygın sonuçlarından biri uyku bozukluklarıdır. Kötüye kullanılan maddeler uyku-uyanıklık sistemini düzenleyen nörotransmitter sistemleri de dâhil olmak üzere uyku fiziolojisini etkiler. Kötüye kullanılan tüm maddelerin kullanımı, intoksikasyonu ve çekilmesi sırasında uyku latensini uzatma, uyku kalitesini azaltma ve yavaş dalga uykusunun oranını azaltma gibi semptomlarla GAU'ya yol açabileceği düşünülmektedir (Conroy ve Arnedt 2014). Kokain ve amfetamin türevi psikostimülan maddelerin çekilmesinde GAU yaptığı MSLT kullanılarak gösterilmiştir (Johanson ve ark. 1999). Opioid türü maddelerin tıbbi amaçlı ya da kötüye kullanımında santral apnelere ve düzensiz solunum paternine yol açabileceği de akılda tutulmalıdır (Walker ve ark. 2007).

### **İzole Semptom ve Varyantlar**

Uzun Uyuyanlar: Bir günde 10 saat veya daha uzun süre uyunması ve bu durumun 1 haftadan fazla devam etmesi uzun uyuyan (long sleeper) olarak tanımlanmıştır (AASM 2014).

### **Sekonder Hipersomniler**

#### **Uyku İle İlişkili Solunum Bozuklukları**

OSA Uyku İle İlişkili Solunum Bozuklukları arasında en sık görülen bozukluktur. GAU, OSA'nın en yaygın belirtisidir. Üst solunum yolu tıkanmasının sebep olduğu, bir uyku bozukluğu olan OSA solunum durması (apne) veya hava akımı azalması (hipopne) ataklarıyla sonuçlanır ve uykuda her saatte en az 5 kere apne ya da hipopne atağı olarak tanımlanır. Bu olaylar tekrarlayan hipoksi ve tekrarlayan uyanmalara neden olur.

Otuz ile 60 yaş arası yetişkinler için OSA prevalansı kadınlar için yüzde 9, erkekler için yüzde 24 olarak tahmin edilmiştir. OSA hastalarında kadınların yaklaşık %23'ünde, erkeklerin %16'sında GAU saptanmıştır (Young ve ark. 1997). Uyku İle İlişkili Solu-

num Bozuklukları GAU'nun önemli sebeplerinden kabul edilmektedir. Bir çalışmaya göre orta ve şiddetli OSA'sı olan kadınların %93'nün, erkeklerin %82'nin tanı konulmamış olduğu tahmin edilmektedir (Young ve ark. 2002). Artan yaş ve obezitenin OSA için önemli risk faktörü olmasından dolayı, sıklığının hızla artması beklenmektedir (WHO 2011). OSA'lı kişilerin bozulmuş uyanıklık nedeniyle motorlu taşıt kullanımlarında risk vardır (Young ve ark. 2002). Tedavi edilmeyen OSA hastalarının %25'i uyku- lu araç kullanma sebebiyle sık sık rapor edilmiştir (Findley ve ark. 1992). OSA'sı olan kişiler GAU ve dikkatsizlik sebebiyle mesleki performansta zorluklar yaşarlar ve iş kazaları açısından risk altındadırlar (Lindberg ve ark. 2001).

Artmış vücut kitle indeksi (VKİ), kalın boyun çevresi, artan yaş, alkol kullanımı, erkek cinsiyet ve üst solunum yolu dar anatomik yapısı OSA için bilinen risk faktörleridir. Yapılan bir çalışmada artmış boyun çevresinin artmış VKİ'den daha riskli olduğu saptanmıştır (Sarı ve ark. 2011). OSA tedavi edilebilir bir hastalıktır. Tedavide öncelikle kilo verme, sigarayı ve alkolü bırakma, sırtüstü yatmama, ilaçlardan kaçınma (hipnotikler, anksiyolitik, kas gevşetici) gibi değiştirilebilir risk faktörlerini belirlemek ve düzeltmek gerekir. OSA'da bugün için etkinliği gösterilmiş, tedavi şekli burundan maske yoluyla uygulanan basınç tedavisidir. Pozitif hava yolu basıncı (PAP) cihazı, üst hava yolundaki tıkanmayı önleyecek yeterli miktardaki basınçlı havayı hava yoluna vermektedir. Uygun ayarlanırsa uyurken kullanılan pozitif hava yolu basıncı cihazları, solunum durmalarını ve horlamaları ortadan kaldıracaktır. Bifazik ve devamlı pozitif hava yolu basıncı (BPAP ve CPAP) olmak üzere en sık kullanılan iki türü vardır. Uyku sırasında solunum bozukluğuna yol açan bazı fiziksel problemler cerrahi ile düzeltilir. Bu problemler; büyük bademcikler ya da geniz eti, nazal polipler, septum deviasyonu, bozuk çene yapısı ya da yumuşak damak sorunları olabilir. Tedavide dili ya da alt çeneyi öne çeken ağız içi cihazlar uyku apne sendromlu hastalarda hava yolunun açık tutulmasına yardımcı olabilir.

### **Uyku ile İlişkili Hareket Bozuklukları**

Huzursuz bacaklar sendromu (HBS) ekstremitelerde özellikle de bacaklarda tarifi mümkün olmayan anormal bir duyum, bir çeşit dizestezi ile karakterize bir hastalıktır. Bu anormal duyum/dizestezi karşı konulması mümkün olmayan hareket etme ihtiyacı ve motor huzursuzluğa neden olur. Huzursuz bacak sendromunun prevalansı ile ilgili olarak yapılan birçok çalışma toplumda ortalama %10-15 sıklığında görüldüğüne işaret etmektedir (Johnson 1999). Huzursuz bacaklar sendromlu hastaların %94'ünde hem uykuya dalma hem de sürdürmede zorluk, %84,7'sinde sadece uykuya dalmakta zorluk, %86'sında ise sadece uykuyu sürdürme zorluk yakınması mevcuttur (Montplaisir ve ark. 1996). Uyku bütünlüğünün sağlanamadığı bu durum GAU'ya yol açmaktadır. Uykuda periyodik hareket bozukluğu (UPHB) ise uyku sırasında periyodik olarak tekrarlayan, oldukça stereotipik ayak, bacak ve/veya kol hareketleri ile şekillenen bir hastalıktır. UPHB'nin varlığını değerlendiren en geniş epidemiyolojik çalışma, 18980 kişiyi içeren 15-100 yaşları arasında genel nüfusta yapılmış ve prevalansı %3,9 olduğunu bildirmiştir (Ohayon ve Roth 2002). İnsomni yakınması ile başvuran hastaların %18'inde, gündüz uykululuk şikâyeti ile başvuran hastaların ise %11'inde primer tanının UPHB olduğu bildirilmektedir (Karadeniz ve ark. 2000).

HBS ve UPHB'nin sıklıkla birlikte görülüyor olması ve HBS ile ilişkili hareketlerin, uykunun başlaması ve derinleşmesi ile birlikte, UPHB'nin karakteristik özelliklerine sahip, daha yaygın ve düzenli bir hal aldığı gösterilmesi bu iki hastalığın, ortak bir

santral sinir sistemi (SSS) bozukluğunun farklı iki klinik gösterimi olduğunu düşünmektedir. Her iki hastalığın prevalansı da yaşla birlikte artış gösterir ve uykusuzluk yakınmasının en önemli nedenleridir. İdiyopatik olabilecekleri gibi diğer medikal, nörolojik veya primer bir uyku bozukluğuna eşlik edebilirler. Fizyopatolojileri tam aydınlatılmamış olmakla birlikte, merkezi sinir sisteminde demir yetersizliğinin, uyku uyanıklık durumuna bağlı olarak dopaminerjik diensefalik spinal nöronlarda (A11) değişikliğe yol açtığı bunun da spinal eksitabilite artışına neden olduğu kabul edilmektedir (Ondo ve ark. 2000). Tedavide, başta dopamin agonistleri olmak üzere, L- Dopa, antiepileptikler, benzodiazepinler veya opioidler kullanılır.

### **Sirkadiyen Ritim Uyku Bozuklukları**

Sirkadiyen ritim ön hipotalamusta endojen biyolojik uyarı yapan suprakiazmatik nükleus (SCN) tarafından üretilen yaklaşık 24 saatlik yineleyen fizyolojik ve davranışsal döngüdür (AASM 2014). Sirkadiyen Ritim Uyku Bozuklukları (SRUB); sirkadiyen ritim ile dış çevrenin uyumunun bozulması (jet lag, vardiyalı çalışma vs) ya da sirkadiyen saat veya onun afferent ve efferent yollarının disfonksiyonu sonucu ortaya çıkar (gecikmiş uyku fazı, erken uyku fazı, düzensiz uyku uyanıklık, serbest gidişli vs). Anket çalışmaları erişkin nüfusun % 3'ünün bir sirkadiyen ritim uyku bozukluğundan muzdarip olduğunu göstermektedir (Yazaki ve ark. 1999). Bu bozuklukların en yaygın belirtileri sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulmaya yol açan; uykuya başlama veya uykuyu sürdürme zorlukları ve GAU'dur. SRUB'nun en etkili tedavisi belirli zamanlarda ışığa maruz kalma, uygunsuz zamanlarda parlak ışıktan kaçınma ve planlanan uyku uyanıklık sürelerine uyarak sirkadiyen ritmin yeniden düzenlenmesini sağlayan multimodal bir yaklaşımı gerektirmektedir (Zee ve ark. 2013). İlâveten, bazı SRUB için tavsiye edilen ilaç tedavileri de vardır. Gecikmiş uyku fazı, serbest gidişli, vardiyalı çalışma tipi SRUB'de sirkadiyen ritmi düzenlemek için düşük doz melatonin yardımcı olmaktadır (Paul ve ark. 2011). Yine vardiyalı çalışma tipinde kafein, modafinil ve armodafinil gibi uyanıklık artırıcı ajanlar GAU yönetiminde seçenek oluşturmaktadır (Dodson ve Zee 2010).

### ***Diğer Risk Faktörleri***

GAU prevalansı yaş ile değişmekle birlikte, 35'li yaşlarda azalmakta, 75 yaşlarında tekrar artmaktadır (Bixler ve ark. 2005). Gençlerde genellikle uyku yoksunluğuna bağlı, yaşlılarda ise diyabet ve kalp damar hastalıkları gibi kronik hastalıklara ve hormonal uyku dengesinin bozulmasına bağlı ortaya çıkar (Vgontzas ve ark. 2001).

Obezite GAU ile ilişkilidir; obez bireylerde, obez olmayan bireylere göre iki kat daha fazla GAU rapor edilmiştir (Steier ve ark. 2009). Obez kişilerde artmış OSA prevalansı bu farkın bir kısmını açıklayabilir ancak obezite uykuda solunum bozukluğu yokluğunda da GAU ile ilişkilidir. Obez hastalarda GAU ilişkisinde tahmin edilen birçok mekanizma olsa da henüz tam olarak anlaşılabilmiştir. İsveç'te 4322 kadında yapılan 10 yıllık bir izlem çalışmasında GAU insidansı %7,9 bulunmuş; insomnia, anksiyete ve/veya depresyon, sigara kullanımı, obezite, horlama ve somatik hastalıkların GAU'nun belirleyicilerinden olduğu anlaşılmıştır (Theorell-Haglöw ve ark. 2015). Vücut bileşenleriyle GAU ilişkisini değerlendiren bir çalışmada erişkinlerde cinsiyet ayrımı olmaksızın GAU'nun bel çevresi ve VKİ ile ilişkili olduğu ancak vücut yağ oranı, yağsız kütle ile ilişkili olmadığı saptanmıştır (Hayley ve ark. 2014).



Yapılan bir çalışmada erkek ve kadınlarda metabolik sendrom ve GAU ilişkili bulunmuş, her ikisi de yaş ile artmıştır (Hayley ve ark. 2015). Obezitede görülen metabolik bozulma ve kronik inflamasyon, GAU ile aşırı kilonun mekanik etkilerine nazaran daha bağlantılı olduğunu tahmin edilmektedir. Obezitede GAU, metabolik bozukluğun bir bulgusu olduğunu ileri süren Vgontzas ve arkadaşları obez bireylerde kontrol grubuna göre gecenin ilk yarısında daha sık, ikinci yarısında ise daha az REM uykuyu periyodu gözlemlemiştir. Sonuç olarak obez bireylerin REM uykusunda sirkadiyen kaymaya bağlı gece uykuya dalma ve sürdürmede güçlük, gündüz ise kısa uyku latensi ve uyku etkinliğinde artma gözlenmiştir. Yine obez hastalarda kronik inflamatuvar durumu kanıtlar nitelikte insülin ve interlökin-6 ve tümör nekrozis faktör alfa (TNF- $\alpha$ ) artmıştır (Vgontzas ve ark. 2004).

## Tedavi Yaklaşımları

GAU'su olan hastaya hali hazırdaki durumu ile ilgili bilgi vermek, altta yatan patoloji varsa ona özgün tedaviyi anlatmak ilk basamaktır. GAU'nun risklerinden bahsedilmeli, maddi ve manevi olası kayıplar ile ilgili önlem alınması ve tedbirli olunması sağlanmalıdır (Billiard 2008). Tedavide ilk basamak uyku hijyeni detaylı anlatılmalı ve varsa gece uykusunu olumsuz etkileyecek ortam ve davranışlar düzenlenmelidir (Irish ve ark. 2014). Düzenli egzersiz yapılması, uyku uyanıklık döngüsünü düzenlemektedir. Hastalarda diyet düzenlenmesine gidilebilir. Düşük karbonhidratlı, yüksek proteinli ketojenik diyetin uykuluğu azalttığı saptanmıştır (Husain ve ark. 2004). Planlanmış yarım saati geçmeyen şekerlemeler GAU'nun en etkili ilaç dışı tedavilerinden biridir (Rogers ve ark. 2001).

Farmakoterapi olarak en çok tercih edilen uyanıklık artırıcı ajan modafinildir. Modafinil; narkolepsi, OSA ve vardiyalı çalışma tipi uyku bozukluğu ile ilişkili GAU tedavisi için onaylanmıştır. Modafinil uyku ve uyanıklığı düzenleyen hipotalamusu seçici olarak uyaran alfa 1 adrenerjik agonist ajandır. Bunun bir sonucu olarak, yan etkiler hafif ve kısa ömürlü olma eğilimindedir. Tipik olarak, mide bulantısı, sinirlilik ve baş ağrısı ile sınırlıdır. Dopamin taşıyıcısını bloke ederek dopaminin sinaptik aralıkta artışı ve buna bağlı histamin ve oreksin etkisinin arttığı tahmin edilmektedir. 200 mg, 300 mg ve 400 mg dozlarda kullanılan çift kör randomize kontrollü çalışmalarda Modafinil'in GAU'a etkisi gösterilmiştir (Modafinil in Narcolepsy Multicenter Study Group 2000, Billiard ve ark. 1994). GAU tedavisinde en çok reçete edilen Modafinil için başlangıç dozu 100-200 mg, sonrasında 100 ila 400 mg arasındadır. Sabah tek doz veya bölünmüş dozlarda verilebilir (Özdemir ve ark. 2014). Modafinilin; geleneksel uyarıcılardan daha az potent olmasına rağmen, düşük kötüye kullanım potansiyeli ve olumlu yan etki profili, GAU'da birinci basamak tedavi haline getirmiştir (Black ve Guillemineault 2001). Narkolepsi hastalarında modafinil ve plasebo ile karşılaştırılan seçici histamin H3 reseptör agonisti pitolisant'ın GAU'da etkili olduğu görülmüştür. (Dauvilliers ve ark. 2013).

Armodafinil (R-modafinil); 2007 yılında ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından onaylanmış, 10 ila 15 saatlik bir yarılanma ömrüne sahip, modafinilin uzun ömürlü izomeridir. Endikasyonları modafinil ile aynıdır. Klinik çalışmalar modafinile göre daha düşük dozlarda daha uzun süre uyanıklık sağlayıcı etki göstermiştir. Güvenlik profili benzer olup ilaç genellikle iyi tolere edilir (Houghton ve ark. 2004).

Metilfenidat; 1950'lerden beri kullanımda olup dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve narkolepsi tedavisi için onaylanmıştır. Narkolepsiye bağlı GAU'da etkinliği randomize kontrollü çalışmada gösterilmiştir (Mitler ve ark. 1985). Metilfenidat uyanıklığı artıran amfetamin türevi ajanlara göre daha iyi tolere edilir. Metilfenidat ayrıca sinir sisteminin diğer kısımlarında da aktivite göstererek istenmeyen yan etkilere neden olabilir. Bunlar sinirlilik, mide-bağırsak sorunları, baş ağrısı, sinirlilik, çarpıntı, tansiyon yüksekliği ve rahatsız gece uykusudur (Houghton ve ark. 2014).

Amfetamin türevi ilaçlar (dekstroamfetamin, metamfetamin vs); uyanıklık ve konsantrasyonu sürdürmeyi sağlayan dopamin, norepinefrin ve serotonin gibi nörotransmitter düzeylerini artırır. Bu ilaçlar aynı zamanda eğlence ve performans artırıcı ilaçlar olarak yasadışı kullanılabilir. Dekstroamfetamin beyinde dopamin reseptörlerine yüksek afiniteye sahip olduklarından amfetamininden daha etkilidir. Metamfetamin olarak bilinen metile formu, SSS penetrasyonu nedeniyle bu sınıf içinde en güçlü olanıdır. Bu maddeler; iştah kaybı, duyularda artma/bozulma, huzursuzluk, baş ağrısı, çarpıntı, ishal, bulanık görme, kontrolsüz hareketler, uykusuzluk ve aritmi gibi çeşitli yan etkilere neden olabilir. Epileptik nöbetler ve psikoza nadiren rastlanır. Uzun süreli ve/veya yüksek dozlarda kullanım sonucu tolerans gelişebilir. Bu durumda uyanıklığı sürdürmek için gerekli olan ilaç miktarının artırılması gerekebilir (Black ve Guilleminault 2001).

Sodyum oxybate (Xyrem); özellikle narkolepsi ile ilişkili GAUe katapleksi tedavisinde 2002'de FDA tarafından onaylanmış ilk ilaçtır. Gama hidroksibutirat içeren bir sodyum tuzudur. Yavaş dalga uykusunu artırır, narkoleptiklerdeki fragmente uykuyu düzenler. Günlük doz 4,5-9 mg'dır. Sodyum oxybate yan etkileri doza bağlıdır. Sodyum yüküne bağlı kalp yetmezliği, hipertansiyon gelişebilir. OSA'lı hastalarda apnenin tedavisi yapılmadan kullanılmamalıdır (Black ve Houghton 2006).

## Sonuç

GAU en sık görülen uyku ile ilişkili belirtidir. Toplum içindeki tahmini yaygınlığı %18'e kadar çıkabilmesi ve yaşamı tehdit eden yol veya iş kazaları, sosyal uyumsuzluk, akademik veya mesleki performansta düşme yaşatabilmesi ve hayat kalitesini düşürebilmesi sebebiyle GAU'nun göz ardı edilmemesi çok önemlidir. Planlı olarak uykuyu erteleme, uyumama ile giden uyku yoksunluğundan sonra GAU'nun en sık sebebi uyku ile ilişkili solunum bozuklukları ve hipnotik ajanlardır. Hastayı değerlendirmede anamnez ve fizik muayene sonrası subjektif ve objektif tanı araçları kullanılır. EUÖ en sık kullanılan subjektif tanı aracıdır. Tanısal yaklaşımda PSG ile OSA, SRUB ve HBS gibi uyku bütünlüğünü bozan hastalıkların saptanmasında, MSLT ise Narkolepsi ile İdiyopatik Hipersomni ayırıcı tanısında önem kazanmaktadır. Tedavide hastaya GAU'nun risklerinden bahsetmek, uyku hijyeninin sağlamak, diyet ve egzersiz önerileri ilk basamaktır. GAU'nun farmakolojik tedavisinde en sık kullanılan ajan Modafinil olup günlük dozu 400 mg'a kadar çıkarılabilmektedir.

## Kaynaklar

- Ağargün MY, Çilli AS, Kara H, Bilici M (1999) Epworth Uykululuk Ölçeği'nin geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg*, 10:261-268.
- Akerstedt T (1996) Wide Awake at Odd Jours. Shift Work, Time Zones and Burning the Midnight Oil. Uppsala, Swedish Council for Work Life Research.
- Alexandre C, Andermann ML, Scammell TE (2013) Control of arousal by the orexin neurons. *Curr Opin Neurobiol*, 23:752-759.

- Almeida OP, Pfaff JJ (2005) Sleep complaints among older general practice patients: association with depression. *Br J Gen Pract*, 55: 864-866.
- AASM (American Academy of Sleep Medicine) (2005) *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual*, 2nd ed. Westchester, IL, American Academy of Sleep Medicine.
- AASM (American Academy of Sleep Medicine) (2014) *The International Classification of Sleep Disorders, Diagnostic and Coding Manual (3rd ed.) (ICSD-3)*. Darien, IL, American Academy of Sleep Medicine.
- APA (American Psychiatric Association) (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Armitage R, Hoffmann R, Conroy DA, Arnedt JT, Brower KJ (2012) Effects of a 3-hour sleep delay on sleep homeostasis in alcohol dependent adults. *Sleep*, 35:273-278.
- Arnulf I, Lin L, Gadoth N, File J, Lecendreau M, Franco P et al. (2008) Kleine-Levin syndrome: a systematic study of 108 patients. *Ann Neurol*, 63:482-493.
- Benedetto L, Chase MH, Torterolo P (2012) GABAergic processes within the median preoptic nucleus promote NREM sleep. *Behav Brain Res*, 232:60-65.
- Billiard M (2008) Narcolepsy: current treatment options and future approaches. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 4:557-566.
- Billiard M, Besset A, Montplaisir J, Laffont F, Goldenberg, F, Weill JS et al. (1994) Modafinil: a double-blind multicentric study. *Sleep*, 17(8 Suppl):107-112.
- Bixler EO, Vgontzas AN, Lin HM, Calhoun SL, Vela-Bueno A, Kales A (2005) Excessive daytime sleepiness in a general population sample: the role of sleep apnea, age, obesity, diabetes, and depression. *J Clin Endoc Met*, 90:4510-4515.
- Black J, Guilleminault C (2001) Medications for the treatment of narcolepsy. *Expert Opin Emerg Drugs*, 6:239-247.
- Black J, Houghton WC (2006) Sodium oxybate improves excessive daytime sleepiness in narcolepsy. *Sleep*, 29:939-946.
- Bonnet MH, Arand DL (2005) Impact of motivation on Multiple Sleep Latency Test and Maintenance of Wakefulness Test measurements. *J Clin Sleep Med*, 1:386-390.
- Brower KJ, Hoffmann R, Conroy DA, Arnedt JT, Armitage R (2011) Sleep homeostasis in alcohol-dependent, depressed and healthy control men. *Eur Arch Psych Clin Neurosci*, 261:559-566.
- Brower KJ, Perron BE (2010) Sleep disturbance as a universal risk factor for relapse in addictions to psychoactive substances. *Med Hypotheses*, 74:928-933.
- Carney CE, Segal ZV, Edinger JD, Krystal AD (2007) A comparison of rates of residual insomnia symptoms following pharmacotherapy or cognitive-behavioral therapy for major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*, 68:254-260.
- Carter ME, Brill J, Bonnavion P, Huguenard JR, Huerta R, de Lecea L (2012) Mechanism for Hypocretin-mediated sleep-to-wake transitions. *Proc Natl Acad Sci USA* 109:E2635-E2644.
- Colrain IM, Campbell KB (2007) The use of evoked potentials in sleep research. *Sleep Med Rev*, 11:277-293.
- Colrain IM, Turlington S, Baker FC (2009) Impact of alcoholism on sleep architecture and EEG power spectra in men and women. *Sleep*, 32:1341-1352.
- Conroy DA, Arnedt JT (2014) Sleep and substance use disorders: an update. *Curr Psychiatry Rep*, 16:1-9.
- Dantz B, Edgar DM, Dement WC (1994) Circadian rhythms in narcolepsy: studies on a 90 minute day. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol*, 90:24-35.
- Dauvilliers Y, Bassetti C, Lammers GJ, Arnulf I, Mayer G, Rodenbeck A et al. (2013) Pitolisant versus placebo or modafinil in patients with narcolepsy: a double-blind, randomised trial. *Lancet Neurol*, 12:1068-1075.
- de Lecea L (2012) Hypocretins and the neurobiology of sleep-wake mechanisms. *Prog Brain Res*, 198:15-24.
- Dodson ER, Zee PC (2010) Therapeutics for circadian rhythm sleep disorders. *Sleep Med Clin*, 5:701-715.
- Drakatos P, Leschziner GD. (2014) Update on hypersomnias of central origin. *Curr Opin Pulm Med*, 20:572-580.
- Fava M, Graves LM, Benazzi F, Scalia MJ, Iosifescu DV, Alpert JE et al. (2006) A cross-sectional study of the prevalence of cognitive and physical symptoms during long-term antidepressant treatment. *J Clin Psychiatry*, 67:1754-1759.
- Findley LJ, Levinson MP, Bonnie RJ (1992) Driving performance and automobile accidents in patients with sleep apnea. *Clin Chest Med*, 13:427-435.
- Fort P, Bassetti C, Luppi PH (2009) Alternating vigilance states: new insights regarding neuronal networks and mechanisms. *Eur J Neurosci*, 29:1741-1753.
- Fraigne JJ, Peever JH (2013) Melanin-concentrating hormone neurons promote and stabilize sleep. *Sleep*, 36:1767-1768.
- Galvao F, Sportiche S, Lambert J, Amiez M, Musa C, Nieto I et al. (2013) Clinical differences between unipolar and bipolar depression: interest of BDRS (Bipolar Depression Rating Scale). *Compr Psychiatry*, 54:605-610.
- Gögenur I, Middleton B, Burgdorf S, Rasmussen LS, Skene DJ, Rosenberg J (2007) Impact of sleep and circadian disturbances in urinary 6-sulphatoxymelatonin levels, on cognitive function after major surgery. *J Pineal Res*, 43:179-184.

- Guilleminault C, Brooks SN (2001) Excessive daytime sleepiness, a challenge for the practising neurologist. *Brain*, 124:1482-1491.
- Gulec M, Ozcan H, Oral E, Selvi Y, Aydin A (2012) The relationship between insomnia and major depressive disorder: a chicken and egg situation? *Journal of Mood Disorders*, 2:28-33.
- Gvilia I, Xu F, McGinty D, Szymusiak R (2006) Homeostatic regulation of sleep: a role for preoptic area neurons. *J Neurosci*, 26:9426-9433.
- Hara J, Sakurai T (2011) Interaction between sleep mechanisms and orexin neurons. *Sleep Biol Rhythms*, 9:38-43.
- Hassani OK, Henny P, Lee MG, Jones BE (2010) GABAergic neurons intermingled with orexin and MCH neurons in the lateral hypothalamus discharge maximally during sleep. *Eur J Neurosci*, 32:448-457.
- Hassani OK, Lee MG, Jones BE (2009) Melanin-concentrating hormone neurons discharge in a reciprocal manner to orexin neurons across the sleep-wake cycle. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 106:2418-2422.
- Hayley AC, Williams LJ, Kennedy GA, Berk M, Brennan SL, Pasco JA (2014) Excessive daytime sleepiness and body composition: a population-based study of adults. *PLoS One*, 9:e112238.
- Hayley AC, Williams LJ, Kennedy GA, Berk M, Brennan SL, Pasco JA (2015) Excessive daytime sleepiness and metabolic syndrome: a cross-sectional study. *Metabolism*, 64: 244-252.
- Hoddes E, Dement W, Zarcone V (1972) The development and use of the Stanford Sleepiness Scale. *Psychophysiology*, 9:150.
- Houghton WC, Scammell TE, Thorpy M (2004) Pharmacotherapy for cataplexy. *Sleep Med Rev*, 8:355-366.
- Housain AM, Yancy WS, Carwile ST, Miller PP, Westman EC (2004) Diet therapy for narcolepsy. *Neurology*, 62:2300-2302.
- Irish LA, Kline CE, Gunn HE, Buysse DJ, Hall MH (2015) The role of sleep hygiene in promoting public health: a review of empirical evidence. *Sleep Med Rev*, 2:23-36
- Jego S, Glasgow SD, Herrera CG, Ekstrand M, Reed SJ, Boyce R et al. (2013) Optogenetic identification of a rapid eye movement sleep modulatory circuit in the hypothalamus. *Nat Neurosci*, 16:1637-1643.
- Johanson CE, Roehrs T, Schuh K, Warbasse L (1999) The effects of cocaine on mood and sleep in cocaine-dependent males. *Exp Clin Psychopharmacol*, 7(4), 338.
- Johnson E (1999) *Omnibus Sleep in American Poll*. Washington DC, National Sleep Foundation.
- Johnson EO, Roehrs T, Roth T, Breslau N (1998) Epidemiology of alcohol and medication as aids to sleep in early adulthood. *Sleep*, 21:178-186.
- Karadeniz D, Ondze B, Besset A, Billiard M (2000) Are periodic leg movements during sleep (UPHB) responsible for sleep disruption in insomnia patients? *Eur J Neurol*, 54:502.
- Kaynak H, Gözükırmızı E, Damcı D, Akıncı T, Denkaş H (1995) The prevalence of insomnia and excessive sleepiness in Turkey. In *Reports of a WHO meeting: Neurology and Public Health*, 1st ed (Eds D Kirbac, L Matilde):164-169. İstanbul, Bitam Publications.
- Klink M, Quan SF (1987) Prevalence of reported sleep disturbances in a general adult population and their relationship to obstructive airways diseases. *Chest*, 91:540-546.
- Konadhode RR, Pelluru D, Blanco-Centurion C, Zayachkivsky A, Liu M, Uhde T et al. (2013) Optogenetic stimulation of MCH neurons increases sleep. *J Neurosci*, 33:10257-10263.
- Langdon N, Lock C, Welsh K, Vergani D, Dorow R, Wachtel H et al. (1985) Immune factors in narcolepsy. *Sleep*, 9:143-148.
- Lewis G, Wessely S (1992) The epidemiology of fatigue: more questions than answers. *J Epidemiol Commun Health*, 46:92-97.
- Lindberg E, Carter N, Gislason T, Janson C (2001) Role of snoring and daytime sleepiness in occupational accidents. *Am J Respir Crit Care Med*, 164:2031-2035.
- Luppi PH, Fort P (2011) What are the mechanisms activating the sleep-active neurons located in the preoptic area? *Sleep Biol Rhythms*, 9:59-64.
- McCarley RW (1999) Sleep neurophysiology: basic mechanisms underlying control of wakefulness and sleep. In *Sleep Disorders Medicine: Basic Science, Technical Consideration and Clinical Aspects*, 2nd ed (Ed S Chokroverty):21-50. Boston, Butterworth-Heinemann.
- Miller DD (2004) Atypical antipsychotics: sleep, sedation, and efficacy. *J Clin Psychiatry*, 6(Suppl 2):3-7.
- Mitler MM, Shafor R, Hajdukovich R, Timms RM, Browman CP (1985) Treatment of narcolepsy: objective studies on methylphenidate, pemoline, and protriptyline. *Sleep*, 9:260-264.
- Modafinil in Narcolepsy Multicenter Study Group (2000) Randomized trial of modafinil as a treatment for the excessive daytime somnolence of narcolepsy. *Neurology*, 54:1166-1175.
- Montplaisir J, Baucher S, Poirier G (1996) Clinical polysomnographic and genetic characteristics of Restless Leg Syndrome: a study of 133 patients diagnosed with new standart criteria. *Mov.Disord*, 12:61-65.
- Morgenthaler T, Lee-Chiong L, Alessi C, Friedman L, Aurora N, Boehlecke B et al. (2007) Practice parameters for the clinical evaluation and treatment of circadian rhythm sleep disorders. *Sleep*, 30:1445-1459.

- Morrish E, King MA, Smith IE, Shneerson JM (2004) Factors associated with a delay in the diagnosis of narcolepsy. *Sleep Med*, 5:37–41.
- Ohayon MM, Roth T (2002) Prevalence of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder in the general population. *J Psychosom Res*, 53:547-554.
- Oliveira MM, Conti C, Saconato H, Fernandes do Prado G (2009) Pharmacologic treatment for Klein-Levin syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*, 15:CD006685.
- Ondo WG, He Y, Rajasekaran S, Le WD (2000) Clinical correlates of 6- hydroxyl dopamine injections into A11 dopaminergic neurons in rats: a possible model for restless legs syndrome. *Mov Disord*, 15 154-158.
- Özdemir PG, Aydın A, Selvi Y (2013) Farklı klinik semptomlarla ortaya çıkan narkolepsi olguları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 16:244-248.
- Özdemir PG, Selvi Y, Güleç TÇ, Güleç M (2014) Narkolepsinin fizyopatolojisi, klinik görünümü ve tedavi yaklaşımları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6:271-283.
- Page JF (2009) Excessive daytime sleepiness. *Am Family Physician*, 79:391-396.
- Palagini L, Baglioni C, Ciapparelli A, Gemignani A, Riemann D (2013) REM sleep dysregulation in depression: state of the art. *Sleep Med Rev*, 17:377-390.
- Paul MA, Gray GW, Lieberman HR, Love RJ, Miller JC, Trouborst M et al. (2011) Phase advance with separate and combined melatonin and light treatment. *Psychopharmacology (Berl)*, 214: 515-523.
- Roehrs T, Roth T (2012) Insomnia pharmacotherapy. *Neurotherapeutics*, 9:728-738.
- Roehrs T, Roth T (2001) Sleep, sleepiness, and alcohol use. *Alcohol Res Health*, 25:101-109.
- Rogers AE, Aldrich MS, Lin X (2001) A comparison of three different sleep schedules for reducing daytime sleepiness in narcolepsy. *Sleep*, 24:385-391.
- Sakurai T (2007) The neural circuit of orexin (hypocretin): maintaining sleep and wakefulness. *Nat Rev Neurosci*, 8:171–181.
- Saper CB, Fuller PM, Pedersen NP, Lu J, Scammell TE (2010) Sleep state switching. *Neuron*, 68:1023–1042.
- Sapin E, Bérød A, Léger L, Herman PA, Luppi P-H, Peyron C (2010) A very large number of GABAergic neurons are activated in the tuberal hypothalamus during paradoxical (REM) sleep hypersomnia. *PLoS One*, 5:e11766.
- Sarı H, Tekin M, Özdamar O İ, Yakut H, Acar G (2011) Obstrüktif uyku apne sendromlu hastalarda vücut kitle indeksi ve boyun çevresi ölçümlerinin apne hipopne indeksiyle korelasyonu. *Türk Otolarengoloji Arşivi*, 49(4):67-73.
- Kryger MH, Roth T, Dement WC (2010) Principles and Practice of Sleep Medicine, 5th edition. Philadelphia, Saunders.
- Sforza E, de Saint Hilaire Z, Pelissolo A, Rochat T, Ibanez V (2002) Personality, anxiety and mood traits in patients with sleep-related breathing disorders: effect of reduced day time alertness. *Sleep Med*, 3:139-145.
- Sharma R, Bradshaw K, Sahota P, Thakkar MM (2014a) Acute binge alcohol administration reverses sleep-wake cycle in sprague dawley rats.alcoholism. *Clin Exp Res*, 38:1941-1946.
- Sharma R, Sahota P, Thakkar MM (2014b) Role of adenosine and the orexinergic perifornical hypothalamus in sleep-promoting effects of ethanol. *Sleep*, 37: 525-533.
- Steier J, Jolley CJ, Seymour J, Roughton M, Polkey MI, Moxham J (2009) Neural respiratory drive in obesity. *Thorax*, 64:719-725.
- Szymusiak R, McGinty D (2008) Hypothalamic regulation of sleep and arousal. *Ann N Y Acad Sci*, 1129:275–286.
- Thakkar MM, Sharma R, Sahota P (2014) Alcohol disrupts sleep homeostasis. *Alcohol*, 49:299-310.
- Theorell-Hagglöw J, Åkerstedt T, Schwarz J, Lindberg E (2015) Predictors for development of excessive daytime sleepiness in women—a population-based 10-year follow-up. *Sleep*, 38:1995-2003..
- Tsunematsu T, Ueno T, Tabuchi S, Inutsuka A, Tanaka KF, Hasuwa H et al. (2014) Optogenetic manipulation of activity and temporally controlled cell-specific ablation reveal a role for MCH neurons in sleep/wake regulation. *J Neurosci*, 34:6896–6909.
- Tsuno N, Besset A, Ritchie K (2005) Sleep and depression. *J Clin Psychiatry*, 66:1254-1269.
- Van Dongen H, Maislin G, Mullington JM, Dinges DF (2003) The cumulative cost of additional wakefulness: dose-response effects on neurobehavioral functions and sleep physiology from chronic sleep restriction and total sleep deprivation. *Sleep*, 26:117-126.
- Vgontzas AN, Bixler EO, Kales A, C Riley C, Vela-Bueno A (2000) Differences in nocturnal and daytime sleep between primary and psychiatric hypersomnia: diagnostic and treatment implications. *Psychosomatic Med*, 62:220-226.
- Vgontzas AN, Bixler EO, Wittman AM, Zachman K, Lin HM, Vela-Bueno A et al. (2001) Middle-aged men show higher sensitivity of sleep to the arousing effects of corticotropin-releasing hormone than young men: clinical implications. *J Clin Endocrinol Metab*, 86:1489-1495.
- Vgontzas AN, Zoumakis E, Lin HM, Bixler EO, Trakada G, Chrousos GP (2004) Marked decrease in sleepiness in patients with sleep apnea by etanercept, a tumor necrosis factor- $\alpha$  antagonist. *J Clin Endocrinol Metab*, 89:4409-4413.

- Walker J, Farney R, Rhondeau S, Boyle K, Valentine K, Cloward T et al. (2007) Chronic opioid use is a risk factor for the development of central sleep apnea and ataxic breathing. *J Clin Sleep Med*, 3:455–461.
- Wilhelm B, Bittner E, Hofmann A, Koerner A, Peters T, Lüdtke H et al. (2015) Short-term reproducibility and variability of the pupillographic sleepiness test. *Am J Human Biol*, 27:862-866.
- WHO (2011) Obesity and Overweight. Fact Sheet 311. Geneva, World Health Organization.
- Yazaki M, Shirakawa S, Okawa M, Takahashi K (1999) Demography of sleep disturbances associated with circadian rhythm disorders in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 53:267–268.
- Young T, Evans L, Finn L, Palta M (1997) Estimation of the clinically diagnosed proportion of sleep apnea syndrome in middle-aged men and women. *Sleep*, 20:705-706.
- Young T, Peppard PE, Gottlieb DJ (2002) Epidemiology of obstructive sleep apnea: a population health perspective. *Am J Respir Crit Care Med*, 165:1217-1239.
- Zee PC, Attarian H, Videnovic A (2013) Circadian Rhythm Abnormalities. *Continuum (Minneapolis)*, 19(1):132–147.
- Zolotoski RZ, Cabeza R, Gillin JC (1999) Biochemical pharmacology of sleep. In *Sleep Disorders Medicine: Basic Science, Technical Consideration and Clinical Aspects*, 2nd ed. (Ed S Chokroverty):63-94. Boston, Butterworth-Heinemann.

---

**Yavuz Selvi**, Doç.Dr., Selçuk Üniversitesi, Konya; **Ali Kandeğer**, Arş.Gör., Selçuk Üniversitesi, Konya; **Ayça Asena Sayın**, Arş.Gör., Selçuk Üniversitesi, Konya.

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Yavuz Selvi, Selçuk Univ. Tıp Fak. Psikiyatri ABD, Konya, Turkey.

E-mail: dryavuzselvi@yahoo.com

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article

**Çevrimiçi adresi / Available online:** [www.cappsy.org/archives/vol8/no2/](http://www.cappsy.org/archives/vol8/no2/)

**Geliş tarihi/Submission date:** 14 Temmuz/July 14, 2015 - **Kabul Tarihi/Accepted** 10 Eylül/September 10, 2015

---

# Obezite ve Bilişsel Davranışçı Terapi

## *Obesity and Cognitive Behavioral Therapy*

Gülşay Oğuz, Aytül Karabekiroğlu, Birsen Kocamanoğlu, Mehmet Zihni Sungur

### Özet

Obezite günümüzde toplumun tüm kesimlerini ilgilendiren, mortalite ve morbidite oranları üzerinde ciddi olumsuz etkileri olan ve gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunları arasında yer alan bir halk sağlığı sorunudur. Son dönemlerde bilişsel davranışçı terapi yaklaşımları obezite tedavisinde önemli bir yer almaya başlamıştır. Obezitenin bilişsel davranışçı terapisi, kendini izleme, uyarıcı kontrolü, yeme kontrolü, pekiştirme ve güçlendirme, bilişsel yeniden yapılandırma, doğru beslenme eğitimi, fiziksel aktivite artırma ve davranış kontratları basamakları yer almaktadır. Obezite tedavisinde diyet, fiziksel aktivitenin artırılması gibi yaşam biçiminde yapılan değişimlerin bilişsel-davranışçı müdahalelerle birleştirilmesi tedavi etkinliğini arttırmakta ve ulaşılan kilonun kalıcılığını sağlamaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Obezite, bilişsel-davranışçı terapi, uyarıcı kontrolü.

### Abstract

Today, obesity is a public health problem with significant negative effects on mortality and morbidity rates in developing countries, and impact on all levels of the society. In recent years cognitive behavioral therapy approach has been considered as an important part of the obesity treatment. Cognitive behavioral therapy for obesity includes sections like self-monitoring, stimulus control, food control, consolidation and reinforcement, cognitive restructuring, proper nutrition education, increase in physical activity, and behavior contracts. As part of the obesity treatment, combining cognitive-behavioral treatments with lifestyle changes such as increase in physical activity increases effectiveness of the treatment and ensures durability of the achieved weight loss.

**Key words:** Obesity, cognitive-behavioral therapy, stimulus control.

**OBEZİTE**, vücuda besinler ile alınan enerjinin, harcanan enerjiden daha fazla olmasından kaynaklanan ve vücut yağ kitlesinin, yağsız vücut kitlesine oranla artması ile karakterize olan kronik bir hastalıktır (Altunkaynak ve Özbek 2006). Obezite günümüzde toplumun tüm kesimlerini ilgilendiren, mortalite ve morbidite oranları üzerinde ciddi olumsuz etkileri olan ve gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunları arasında yer alan bir halk sağlığı sorunudur. Obezite, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından en riskli 10 hastalıktan biri olarak kabul edilmektedir (WHO 1997). Günümüzde obezitenin tanımlanabilmesi için beden kitle indeksi (BKİ) kullanılmaktadır. BKİ kişinin ağırlığının boy uzunluğunun metrekaresine bölümü (kg/m<sup>2</sup>) olarak tanımlanmaktadır. Obezite, BKİ'nin 30'un üstünde olması olarak tanımlanmaktadır. Obezite ölçüsü olarak BKİ kullanımı tüm dünyada kabul edilmiş olup, umulan yaşam ömrü ve obeziteye bağlı komplikasyonların gelişmesi ile ilgili bir gösterge gibi

kullanılmaktadır. Morbid obezite (BKİ>40) ise ciddi bir hastalıktır ve hastalar çoğunlukla 60 yıldan az yaşarlar (Aygün 2014).

Tüm dünyada obezite her geçen gün artış göstermektedir. Obezitenin yaygınlığı %8.2 olarak hesaplanmıştır (Taşan 2005). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1988-1994 yılları arasında obezite yaygınlığı çalışmasında obezitenin yaygınlığı erkeklerde 19.9, kadınlarda 24.9 olarak saptanmıştır. ABD'de 1991 yılından 1999 yılına kadar obezitenin yaygınlığı %50-70 oranında artmıştır. Artışın bu şekilde devam etmesi halinde 2025 yılında bu oranların %50 olması beklenmektedir (Serter 2004). Tüm bu bilgiler ışığında obezitenin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu açıktır.

Obezitenin oluşumunda genetik, çevresel ve psikolojik etmenlerin rolü olduğu dü-  
şünülmektedir. Bu etmenlerin kişide obezite gelişimine hangi oranda katkıda bulun-  
duklarını belirlemek mümkün değildir. Obezite gelişiminde kişinin yeme tutumunun ve  
fiziksel aktivitelerini içeren kişisel tercihlerinin, yaşadığı ülkenin artan refah düzeyi ve  
milli gelirinin rol oynamadığı belirtilmektedir (Giskes ve ark. 2011). Obezite metabolik  
bozukluklar yanında bazı psikiyatrik tablolara da yol açmaktadır (Yücel ve ark.  
2013). Çalışmalar obezitenin tikanırmasına yeme bozukluğu, bipolar afektif bozukluk,  
majör depresif bozukluk, şizofreni ve diğer psikiyatrik bozukluklarda giderek artan  
oranlarda karşımıza çıktığına işaret etmektedir (Mc Elroy ve ark. 2002; Papakostas ve  
ark. 2005; Susce ve ark. 2005). Marcus ve Wildes (2009) madde bağımlılığı ve kompul-  
sif davranışlarda gözlenen özelliklerin obezite de var olduğunu ve bu nedenle de obezi-  
tenin 'kompulsif gıda tüketimi' olarak adlandırılabilirliğini belirtmektedir.

Obezite nedeni ile tedaviye başvuranlar değerlendirildiğinde bu kişilerde kişilik bo-  
zuklukları, depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, uyku  
bozuklukları, tikanırmasına yeme bozukluğu ve gece yeme sendromuna daha sık rastlan-  
dığı görülmüştür ( Özdel ve ark. 2011; Colles ve ark 2007; Horne 2011).

Obezitenin tedavisi basitleştirerek ifade edilecek olursak, enerji girişini enerji tüke-  
timinin altına indirmekten ibarettir (Greenway 2000). Bu amaçla düzenlenen diyetlerin  
çoğunda diyetin büyük kısmı besin değeri olmayan selülozlu maddelerden oluşturul-  
maktadır (Greenway 2000). Bu kitle mideyi şişirerek tokluk hissi oluşturur. Obezitenin  
ilaçla tedavisi de diyet tedavisinin yeterli olmadığı durumlarda yaygın olarak kullanıl-  
maktadır (Bray ve ark. 1999). Daha önce de belirttiğimiz gibi obezite enerji alımı ile  
enerji sarfiyatı arasındaki dengesizliğin bir sonucudur. Obezite için kullanılan ilaçlar da  
bu enerji dengesi üzerine etkileri ile sınıflandırılmaktadır. Obezite tedavisinde kullanı-  
lan ilaçları, iştah davranışını etkileyen ilaçlar, enerji sarfiyatını arttıran ilaçlar, metabo-  
lizma ve besin parçalanmasını etkileyen ilaçlar olarak üç farklı sınıfta tanımlayabiliriz.  
Enerji harcamasını arttıran ilaçlar henüz araştırma aşamasındadır. Sibutramin seroto-  
nin ve noradrenalin geri alımını doza bağımlı olarak inhibe eden santral etkili bir ilaçtır.  
Doyma hissini azaltıp, enerji almını azaltmaktadır. Ek olarak noradrenerjik sistem  
üzerinden termojenizi stimule ettiği ve visceral yağ miktarını azalttığı belirtilmektedir.  
(Rodgers 2012) Diyetteki yağ miktarının fazla olması da obezite gelişimindeki önemli  
nedenlerden biridir. Yağların sindiriminde lipazlar rol almaktadır. Orlistat, güçlü bir  
gastrik ve pankreatik lipaz inhibitörüdür. Bu ilaç, gastrointestinal lümeninde gastrik ve  
pankreatik lipazların serin kalıntılarına kovalan bağlanarak etki eder. Sonuçta mono-  
açilgliserollerin ve serbest yağ asitlerinin oluşumunu önleyerek, diyetteki yağ emilimini  
dolaylı olarak inhibe eder (Tanakol 2003). Obezite tedavisinde ilaç tedavisinin kullanı-  
mı, ilaçların yan etkilerinin olması ve ilaç bırakıldığında tekrar kilo alınması gibi neden-



lerden dolayı kısıtlıdır (Batraktar, 2010). Tedavide kullanılan obezite ilaçları, diyet ve egzersize göre daha fazla yan etkiye sahip olduğu için ilaç tedavilerine başlarken kar/zarar hesabı yapılarak tedaviye başlanmalıdır (Yanovski ve Yanovski 2002).

Son dönemlerde bilişsel davranışçı terapi yaklaşımları da obesite tedavisinde önemli bir yer almaya başlamıştır (Wilson ve Brownell 2002; Wing 1998; Wing 2002). Bu derlemede, obezite tedavisinde uygulanan bilişsel-davranışçı terapi uygulamalarına değinilecektir.

## Davranış Tedavisi

Davranış tedavisi temel olarak öğrenme ilkeleri üzerine kuruludur (Stuart 1967). Bu ilkeler insan ve hayvanların nasıl öğrendikleri, davranışlarının yol açacağı sonuçlar hakkındaki beklentileri ve çevresel gereksinimlere yanıt olarak ne tür davranış değişikliği oluşturduklarını inceleyen çok sayıda araştırmaya dayanmaktadır (Beck, 1976). Obezitenin davranış değişikliği tedavisi; obeziteye neden olan yemek yeme ve fiziksel aktivite ile ilgili istenmeyen davranışları, istenen davranışlarla değiştirmek veya istenmeyen davranışları azaltmak ayrıca istenen davranışları pekiştirerek "yaşam tarzı" haline gelmesini sağlamak amacıyla uygulanan bir tedavi biçimidir (Wing 2002; Brownell 2000). Davranış değişikliği tedavisinde amaç; yaşam boyu sürecek davranış değişikliğini oluşturmak ve böylece istenen vücut ağırlığının uzun dönemde korunmasını sağlamaktır.

Obezitenin biyolojik temeli ile davranışlar arasındaki ilişki önem teşkil etmektedir. Total tüketilen enerjinin alınan enerjiden aşması halinde oluşan negatif enerji dengesi ise kilo kaybına yol açacaktır. Obezitede davranış tedavisinin asıl hedefi, yemenin azaltılması ve aktivitenin artırılmasıdır (Wing 1998). Davranış teorisine göre, yeme davranışı gıdaların haz verici özellikleri ve açlık hissini azaltmaları ile pekişir ve güçlenir. Özetle fazla yemenin yol açacağı olumsuz sonuçlar, yani uzun vadede ortaya çıkacak kilo artışının getireceği bedeller, tat ve tokluğun getirdiği erken olumlu ödüllere kıyasla daha hafif kalmaktadır.

Egzersiz; kısa dönemde özellikle de obez kişiler için yorgunluk, rahatsızlık ve zorlamaya neden olduğundan itici gelmekte, ancak düzenli egzersiz yapılırsa uzun dönemde zindelik, kilo kaybı ve daha sağlıklı bir yaşam elde edilebilmektedir. Bu nedenlerle pekiştirme ve güçlendirme gibi temel motivasyon artırıcı özellikler yemeyi arttırırken aktiviteyi azaltmakta ve yavaş yavaş kilo alımı sonucu zamanla obeziteye yol açmaktadır. Bu davranışların çeşitli çevresel ve biyolojik uyaranlarla güçlendiği düşünülmektedir. Televizyon seyredirken atıştırmak ve işten sonra egzersiz yerine istirahat etmek bu tür davranışlara örnek olarak verilebilir (Martínez-Gómez ve ark. 2015). Davranış tedavisinde amaç bu tür alışkanlıkları amaca yönelik ve sistematik bir yaşam tarzı ile değiştirmek ve oluşan değişikliği korumaktır..

## Obezitede Bilişsel Davranışçı Terapi

Obezite için davranış tedavisi genellikle bir terapistin yönetiminde, 10-12 kişiden oluşan gruplarla, haftada 1-2 saatlik oturumlar halinde 12-20 hafta boyunca uygulanır. Çoğu programda arada destek toplantıları da yapılmaktadır (Wing 1998).

Davranış tedavisinin basamakları şunlardır;

1. Kendini izleme (self- monitorization)
2. Uyarın kontrolü

3. Yeme davranışının kontrolü
  4. Pekiştirme ve güçlendirme
  5. Bilişsel yeniden yapılandırma
  6. Doğru beslenme eğitimi
  7. Fiziksel aktiviteyi arttırma
  8. Davranış sözleşmesinin yapılması
  9. Erişilen ve/veya ideal kiloyu sürdürme yöntemleri
- Bu aşamaları kısaca şu şekilde aktarabiliriz;

### **1. Kendini İzleme (Self- Monitorization)**

Kendi kendini gözleme, tedavinin temelidir ve kontrol edilecek davranışların tanımlanması amacına yöneliktir. Bu şekilde bireyin, obeziteye neden olan davranışlarının farkına varması sağlar (Baker ve Kirschbaum 1993). Yeme atakları, gece yemeleri ve sınırlılık, gerginlik anlarında (emosyonel) yeme gibi davranışların varlığının belirlenmesine fırsat sağlar. Kendi kendini gözleme yönteminin esası; o anki yemek yeme ve egzersizle ilgili davranışların kaydedilmesidir. Ana ve ara öğünleri, açlık derecesi, yemek yenilen yerleri ve zamanı, kimlerle yendiği, yemek sırasındaki aktiviteleri, yenilen besinlerin miktar ve çeşidini, yemek yenildiğinde hissedilenleri; aynı zamanda fiziksel aktivitenin türü, süresi ve aktivite yapıldıktan sonra hissedilenleri içeren bir "günlük" (kayıt formu) tutulmalıdır (Hardeman ve ark. 2000). Böylelikle kişinin obeziteye neden olan ve değiştirilmesi gereken davranışlarının farkına varması sağlanmış olur.

Kayıt tutma yöntemi, hem değerlendirme hem de tedavi aşamasında kullanılır. Bu yöntem değerlendirmenin ve değişimin temelini oluşturur. Bireyin sorununu formüle etmeyi kolaylaştırır. Tedavide işbirliğinin gerekliliğine işaret eder; kişi sorununu çözmek için doğrudan kendisi uğraşmaktadır. Hem duyu ve düşüncelerle hem de davranışlarla ilgili kayıt ve ölçümler alınabilir. Her gün tutulması istenen bu kayıt formunu başlangıçta bireyler zaman kaybı ve hoş olmayan bir görev olarak değerlendirip isteksiz davranabilirler. Ancak bu yöntemin kişilerin besin alımlarını azaltmada etkili olduğu bilinmektedir. Yine bu yöntem bireydeki davranış değişikliğinde hangi tekniklerin faydalı olduğunun ve özellikle hangi olaylar ve davranışların sorun oluşturduğunun değerlendirilmesinde önemli rol oynar. Program süresince, hatta daha sonrasında da kayıt tutma yönteminin kullanılması yararlı olacaktır. Kayıt formunun değerlendirilmesiyle, bireylerin kilo almına neden olan davranışları belirlenmiş olur. Kişiye özel hatalı davranışlar belirlenip birey tarafından önem sırasına göre dizildikten sonra, sıralanan bu davranışlar teker teker ele alınarak bırakılması ve bunların yerine daha sağlıklı davranışların yerleştirilmesi veya yapılamayan ancak yapılması gereken davranışın kazandırılması için çalışılır. Tedaviye başlarken birey nereden başlayacağına (hangi davranışların öncelikle düzelteceğine) kendisi karar vermelidir. Başlangıç basit olmalı ve adım adım (kolaydan zora doğru) ilerlenmelidir. Aynı süreçte birçok davranış alanında değişiklikler yapma çabasının başarıya ulaşması güçtür. Pratik olarak amaçlanan davranış; yerleşinceye kadar uygulamaya devam edilmelidir. Ayrıca her görüşmenin sonunda, açıkça belirlenmiş ev ödevleri verilerek, bir sonraki görüşmede bunların ne ölçüde yapıldığının izlenmesi gerekir. Bu arada yeme davranışını sürdüren durumlarla ilgili alternatif çözümlerin üretildiği yeni stratejilerinin belirlenmesi de gerekmektedir (Foster ve ark. 2000).

Kayıt tutma işleminin yanı sıra kişi ile tedavi sırasında ulaşılması gereken bireysel hedefler seçilir. Bunlar; haftalık, aylık ve toplam tedavi süresine göre belirlenmiş ağırlık

kaybı, arzu edilen davranışların repertuvara geçirilme süresi vb. hedefler olabilir. Hedeflerin ulaşılabilir nitelikte olması önemlidir. Çünkü obez bireylerin pek çoğunun olmak istedikleri vücut ağırlıkları ulaşılmaz hedefler içerebilir. Yapılan çalışmalarda da gösterildiği gibi, kilo vermek için uygulanan tedavide uzun sürede sağlanan orta dereceli kayıplar daha fazla korunabilmektedir (Foster ve ark. 2000, O'Neil ve ark. 2000.).

## 2. Uyarın Kontrolü

Bireyin istendik tepkide bulunabilmesi için önce ayırd etmeyi; bir başka deyişle, hangi davranış öncesi uyarana ne şekilde tepki vereceğini bilmesi gerekir. Uyarın kontrolü bir hedef uyarının sunulması ya da ortamda var olması nedeniyle bireyin kendisinden beklenen davranışı sergilediği için pekiştirilmesiyle kurulur. Uyarın kontrolünün nasıl kurulduğunu basitçe anlatmak gerekirse, uyarın kontrolünün kurulabilmesi için ortamda öncelikle ayırd edici uyarın bulunmalı ya da bireye ayırd edici uyarın sunulmalıdır. Ayırd edici uyarın UA ile gösterilmektedir. Birey ayırd edici uyarının varlığında istendik tepkide bulunursa pekiştirilir ki UP ile gösterilmektedir. Bireyin verdiği aynı tepki başka bir uyarın ya da uyarın grubunun (UD) varlığında ya da sunumunda da gösterilirse, verilen bu tepki pekiştirme ile sonuçlandırılmaz. Bu açıklamadan da anlaşılacağı gibi uyarın kontrolü ayrımlı pekiştirmeyle sağlanmaktadır (Rigaud ve ark. 2014) .

Örneğin bir bireye “valiz” tanıtılmaya çalışılırsa ve bu amaçla pazar çantası, omuz çantası ve valiz resimleri bireye gösterilerek “Bu resimlerden hangisi valiz?” diye sorulduğunda çocuk “valiz” resmini gösterirse, çocuğun tepkisi pekiştirilir. Bireyin, hedef uyarın kendisine sunulduğunda istendik tepkide bulunması uyarın kontrolünün kurulmuş olabileceğini göstermektedir. Kesin olarak uyarın kontrolünün kurulup kurulmadığı ise, bir uyarana karşı bireyin tahmin edilebilir ve güvenilir biçimde tepkide bulunması ile anlaşılır.

Aşırı yemek yemeye neden olabilecek herhangi bir uyarın, duyguların yoğunlaşmasına neden olarak açlık doğrultusunda yanlış bir sinyal oluşturabilir. Kişi uyarınların çeşitliliğine bir yanıt olarak yemek yemekte, besinler güzel tadı ve yatıştırıcı etkileriyle bireyleri bir bakıma ödüllendirmektedir. Aynı yanıt hem lezzetli besinlere karşı iştah artışı ile, hem de aktivitenin azalması ile birlikte kendi göstermektedir (Rigaud ve ark. 2014). Bu nedenle içsel ve dışsal uyarınların bilinçli bir şekilde kontrol altına alınması tedavide başarı oranını arttıracığından uyarın kontrolü tedavi programında önemli yer tutmaktadır (Grave ve ark. 2013). Yemekten önce gelen uyarının kontrol edilmesi, hatalı yeme davranışlarını düzeltmekte büyük kolaylık sağlamaktadır.. Sonuçta kişilerin yemek yeme ile ilgili dış uyarınlara maruz kalmalarını azaltmak, uygun yemek yeme davranışını geliştirmek için gerekli uyarınları arttırmak amacıyla çeşitli yöntemler uygulanır. Temel yaklaşım, sorun olan yeme davranışına yol açan olaylar zincirini tanımlamak ve zincirin erken aşamalarında müdahale sağlayacak stratejiler geliştirmeyi içerir. Örneğin; özendirici besinler olduğunda yemekten sakınmaya çalışmak yerine bu besinlerin bulunma şansını azaltmak gibi. Farklı durumlara yönelik özgül ve bireye özel öneriler geliştirilebilir.

## 3. Yeme Davranışının Kontrolü

Yeme davranışının kontrolünün amacı yeme davranışının hızını ve sıklığını azaltmaktır (Teixeira ve ark. 2010). Öncelikle yeme davranışının belirlenmesi için yenilen yiyeceklerin, öğün aralarının listelenmesi önemlidir. İkinci aşama sağlıklı yeme davranış-

sını tetikleyen durumları belirlemek önemlidir. Yiyecek miktarını kontrol etmeyi zorlaştırdığından yemek yerken başka aktiviteler yapmaktan kaçınılmalıdır.. Yemek yeme tek başına ve başka hiçbir şeyle karışmayan bir aktivite olmalıdır. Örneğin yemek yerken, televizyon seyretmek, kitap okumak, ders çalışmak, işle ilgili bir şeylerle ilgilenmek, telefonda konuşmak yemek yemeyi "otomatik" hale getirir. Bunlar yapılmadığında yemek yeme otomatik olmaktan çıkar, kontrollü hale gelir. Böylelikle de ne kadar yemek tüketildiğini fark etmek mümkün olacağı için aşırı yeme engellenmiş olur.

Evin her yeri yemek yeme için uygun değildir. Yemek yeme için belli bir oda ve odada belli bir yer belirlenmelidir.. Eğer mümkün ise, mekanın yemek yeme dışında başka aktiviteler için kullanılmayan bir yer olması faydalıdır. Evde bulundurulmuş yiyecek miktarının az olması, tabağa koyulan yemeğin sınırlı olması önemlidir.

Üçüncü aşama ise alternatif davranışlar edinmedir. Aktivitelerde bulunmak, aşırı yemeyi tetikleyebilecek ortamların oluşması ihtimalini azaltır. Yeme kontrolünün daha rahat kurulmasına olanak verir. Kilo ile ilgili rahatsız edici düşüncelerden uzaklaşmaya yardımcı olur ki bu çok önemlidir. Özellikle düzenli ve sağlıklı yeme davranışları edinme esnasında kaygının başladığı, aşırı yemeye yatkınlığın arttığı kriz durumlarında bu tür faaliyetlerin yardımcı olduğu bilinmektedir. Faaliyetlerin belirlenmesinde her birey hoşuna giden aktivitelerin bir listesini oluşturabilir. Bir arkadaşı ziyaret etmek ya da onu telefonla aramak, yürüyüş yapmak, müzik dinlemek, bahçe işleriyle uğraşmak, duş almak gibi faaliyetler örnek olarak verilebilir (Teixeira ve ark. 2010).

**Tablo 1. Yeme hızının kontrolü için öneriler**

<b>Lokmalar arasında çatalınızı indirin.</b>
<b>Yutmadan önce iyice çiğneyin.</b>
<b>Her öğün için sadece bir porsiyon hazırlayın.</b>
<b>Yemeğin bir kısmını tabakta bırakın.</b>
<b>Yemeğin ortasında biraz ara verin.</b>
<b>Yemek sırasında başka işle uğraşmayın. (TV seyretmek, gazete okumak, konuşmak, toplantıya katılmak gibi)</b>

#### **4. Pekiştirme ve Güçlendirme**

Öğrenme ilkelerine göre pekiştirme, davranışın sonucunun onun sıklığı ve yoğunluğu üzerine olan etkisi üzerine dayanmaktadır. Olumlu sonuçlar doğuran davranışlar olumlu pekiştirme, olumsuz sonuçları önleyen davranışlar ise olumsuz pekiştirmeye yol açarlar (Stuart, 1967). Fazla yeme davranışında gıdanın güzel tadı olumlu bir pekiştireç olurken açlığın giderilmesi olumsuz bir pekiştireçtir. Bu doğal pekiştirmeler ancak olumsuz etkilerinin önlenmesi ile değiştirilebilir. Örneğin öğün atlamayarak veya iştah kesici ilaç kullanılarak açlık hissinin önlenmesi gibi. Bu nedenle olumlu pekiştirme özetle ağırlık kaybına yönelik uygun davranışları ödüllendirerek pekiştirmeyi kapsar. Pekiştirme, zayıflamak için gerekli davranış değişikliğinin sürdürülmesinde yardımcı olur ve kişinin yemek dışındaki faaliyetlerden zevk almasına olanak tanır. Bunun için kişi ile diyetisyeni arasında sözleşmeler yapılabilir. Bu sözleşmeler kısa süreli olmalı ve kilo kaybının kendisinden çok; kilo kaybına yol açan uygun davranışlara yönelik olmalıdır (Erge 2003).

Başlangıçta yeme alışkanlığında ve egzersize yönelik değişikliklere kişi direnç geliştirebilir. Böyle durumlarda kişinin yaşam tarzındaki bu değişikliklere kolay uyum sağlaması için "ödül"e gereksinim duyulabilir. Verilecek ödül kişiye özel olmalı ve zevk vermelidir. Yemek yeme yerine geçebilecek zevk veren aktiviteler de ödül olarak değerlendirilebilir. Bazı araştırmacılar tedavi süresince bireylere ayda 1 gün "serbest beslenme günü" vererek hem bireyi ödüllendirmeyi, hem de motivasyonu arttırmayı amaçlamaktadırlar (Kabalak 1995). Bu "serbest beslenme günü"nde bireyler gün boyunca özledikleri-çok arzu ettikleri besinleri yiyip içerek, ertesi gün programa dönüş yaparlar. Ancak, bazı bireylerde serbest beslenme gününden sonra programa dönüş güç olabilmektedir. Bu nedenle serbest beslenme gününün uygulanıp uygulanmayacağına bireyin özelliklerine göre karar verilmelidir.

**Tablo 2. Pekiştirme ve güçlendirme yolları**

<b>Aile bireyleri ve arkadaşlardan destek ve yardım sağlayın.</b>
<b>Aile bireyleri ve arkadaşlara bu desteğin övgü ve maddi ödül şeklinde olması için yardım edin.</b>
<b>Kendini izleme davranışını ödülleri üzerine kurun.</b>
<b>Belirli davranışlara belirli ödüller verin.</b>
<b>Kilodaki değişimi değil, davranıştaki değişimi ödüllendirin.</b>
<b>Davranış değişikliğini yiyecek ile ödüllendirmeyin.</b>
<b>Para, giysi veya sosyal aktiviteler gibi çekici pekiştiriciler seçin.</b>
<b>Davranış değişikliği hedeflenen noktaya ulaştığı anda ödüllendirin.</b>

### 5. Bilişsel Yeniden Yapılandırma

Obezitenin tedavisine yönelik bilişsel davranışçı terapi uygulamaları, kişide sorunu sürdüren bilişlerin ele alınmasını ve bu bilişlerin yerine işlevsel alternatif yeni bilişlerin konması esasına dayanır. Diğer yeme bozukluklarında karşılaşılan ve kişilerde söz konusu bozukluğun ortaya çıkması veya sürdürülmesine katkıda bulunan düşünce hataları obezitenin ortaya çıkışı her nasıl olursa olsun, sürdürülmesinde rol oynamaktadır. Beck'e (2007) göre bu düşünce hataları ya hep ya hiç biçiminde düşünme, olumsuz geleceği önceden görmek, geleceği abartılı olumlu görmek, duygusal çıkarsama, zihin okuma, kendini kandırma, işlevsel olmayan kurallar, haklı neden ileri sürmek, abartılı düşünmedir. Beck bu amaçla motivasyon artırıcı müdahaleler, kendini izleme, çevrenin uygun şekilde düzenlenmesi, kilo verme amaçlı diyet başlanması, sağlıklı bir diyetle ilgili psiko eğitim verilmesi, egzersiz yapma konusunda danışanın desteklenmesi, diyet ve egzersiz programlarına bağlı kalma konusunda kişilere engel olan baltalayıcı düşüncelere karşı koyma gibi müdahaleleri içeren bir kendine yardım programı oluşturmuştur (Beck 2007).

Hastalara seanslar esnasında bu işlevsel olmayan hatalı düşüncelerini tanımları öğretilir. Daha sonra bu düşünceler gerçeğe uygunluğu ve işlevselliği açısından uygun tekniklerle gözden geçirilip çürütülür. Yerine bunlara alternatif olacak yeni işlevsel bilişlerin oluşturulması gündeme alınır. Bunun yanı sıra duygusal sorunlarla başa çıkma ve sorun çözme becerilerinin öğretilmesi de amaçlanır. Yeni öğrenilen beceriler uygun ev ödevleriyle pekiştirilir ve danışanın verdiği kiloyu uzun süre koruması için de müdahaleler bilişsel davranışçı terapi yaklaşımının odaklandığı konulardandır (Cooper ve ark. 2002, Beck 2007).

Obez bireyler kendileri ve kendi bedenleri hakkında olumsuz inanışlar taşımaktadırlar (Jacobson ve Melynt 2011, Santos ve ark. 2011). Bu olumsuz inanışlar zayıflamak için daha önce veya o anda gösterdikleri çabalara da yönelik olabilir (Cochrane 2008). Bilişsel modellerle tedavinin başarı oranını arttırmak için bu inanışlar değiştirilmeye çalışılır (Wisotsky ve Swencionis 2003). Aynada kendini gördüğünde veya aşırı yemek yediğinde, kendini "her şeyde başarısız biri" olarak değerlendiren kişinin aynı zamanda zayıflama çabalarını başarıyla sürdürme olasılığı da çok düşüktür. Burada birinci adım hastanın kendisi ile barışık olmayan düşüncelerini fark etmesinin sağlanması ve ardından bu düşüncelere karşı geliştirilen yeni stratejiler kullanılmasına yardımcı olunmasıdır. Bu karşıt düşüncelerin sık tekrarlanması sonucunda, kişi başlangıçta bu düşüncelere inanmasa bile sonuçta yarar sağlayabilmektedir. Buna ilişkin bir örnek Tablo 3'de gösterilmiştir.

**Tablo 3. Obezitede örnek otomatik düşünce ve karşıt düşünceler**

<b>Otomatik düşünce- "Kilo vermek ne kadar da uzun sürüyor".</b>
<b>Karşıt düşünce: "Fakat kilo veriyorum ve bunu sürdürmeyi öğreniyorum".</b>
<b>Otomatik düşünce- "Daha önce hiç kilo vermeye çalışmadım, neden şimdi başarılı olayım ki".</b>
<b>Karşıt düşünce: "Her zaman bir ilk vardır ve şimdi bunu sağlamak için iyi bir programım var".</b>
<b>Otomatik düşünce- "Atıştırmayı kesinlikle bırakmalıyım".</b>
<b>Karşıt düşünce: "Hayır, bu gerçekçi bir amaç değil, önce atıştırmaların sayısını azaltmayı denemeye devam etmeliyim".</b>
<b>Otomatik düşünce- "Ailemde herkesin kilo problemi var, sorun benim genlerimde".</b>
<b>Karşıt düşünce: "Bu, olayı sadece zorlaştırır ama olanaksız kılmaz, eğer bu programa bağlı kalırsam mutlaka başarılı olacağım".</b>

Obezitenin devam etmesini sağlayan baltalayıcı düşünceler yeme konusunda alınan kararların uygulanmasını engeller. Bu konudaki örnek düşünceler Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 4. Obezitede örnek baltalayıcı düşünceler**

<b>Bir kere yesem bir şey olmaz.</b>
<b>Hayır zarar verir.</b>
<b>Moralim bozuk yemeliyim.</b>
<b>Yemek yemek bana zarar verir.</b>
<b>Asla kilo veremeyeceğim.</b>
<b>Zayıf olmak istiyorum.</b>

Yeme alışkanlığını devam ettiren olumsuz otomatik düşüncelerle başetmek için yedi düşünce tekniği kullanılır. Bu yedi düşünce tekniği Tablo 5'te verilmiştir.

Dürtüsel yeme alışkanlığını düzenleyebilmek için her yeme davranışı öncesi kullanabileceğimiz yanıt kartları oluşturulabilir. Bu yanıt kartlarına bir örnek Tablo 6'da gösterilmiştir.

## **6. Doğru Beslenme Eğitimi**

Beslenme eğitiminde genel prensip basittir, harcanandan daha az alınan kalori ile vücut kilo kaybedecektir. Bu nedenle her tedavide diyet bir gerekliliktir (Fakat diyet için gıdalar nasıl seçilmelidir? Seçim yapmadan katı bir diyet uygulamak hafif obezler için

bile uygun değildir. Çünkü bir diyetle başlamak, o diyeti bir süre sonra bırakmak ve eski yeme davranışına dönmek anlamına gelir. Bu nedenle en etkili ve uygun diyet önerisi katı kısıtlamalar getirmeyen, uzun süre alınabilecek besinlerden oluşan basamaklı bir diyettir. Bunun anlamı kompleks karbonhidratların arttırılması (özellikle meyve, sebze ve baklagiller) ve rafine karbonhidratlar ve yağın azaltılmasıdır (Grave ve ark. 2013). Bu yöntem verilen kiloların korunmasını en iyi şekilde sağlar ve aynı zamanda güvenlidir. Bilinçli yemeye dayanan bir diyet sıkı bir tıbbi izlem gerektirmez ve ayaktan devam edilen gruplarda da kolaylıkla uygulanabilir. Hastalar beslenme eğitimini yaşam boyu sürecek bir yeme davranışını öğrenme yöntemi olarak algılamalıdır. Uzun yıllar ve değişik kişiler tarafından sürekli "diyet" adıyla söz edilen kısıtlamalar hastayı bıktırmakta ve uyumunu güçleştirmektedir. Diyet kelimesi yeni bir beslenme şekli kazanılması anlamına gelmelidir.

**Tablo 5. Obezitede olumsuz düşüncelere yönelik 7 düşünce tekniği**

<b>1. Hangi düşünce hatasını yapıyorum?</b>
<b>Abartma</b>
<b>2. Bu düşüncenin doğru olmadığını gösteren kanıtım var mı?</b>
<b>Yaşamımın diğer alanlarında kendimi denetleyebiliyorum.</b>
<b>3. Alternatif bir düşünce oluşturabilir miyim?</b>
<b>Kendimi denetleyebilirim ama şu anda yapmak istemiyorum.</b>
<b>4. Bu durumun en gerçekçi çözümü ne olabilir?</b>
<b>Bir yiyeceği istediğimde başka işlere yönelirim.</b>
<b>5. Bu düşünceye inanmamın ve bu düşünce yapısını değiştirmemin ne etkisi olabilir?</b>
<b>Bu düşünceye inanırsam yemek yemeye yenik düşerim ve kilo alırım, düşünce yapım değişirse kilo verebilirim.</b>
<b>6. Arkadaşım aynı durumda olsaydı ne önerirdim?</b>
<b>Arkadaşıma eğer isterse kendini denetleyebileceğini söylerim.</b>
<b>7. Şimdi ne yapmalıyım?</b>
<b>Dikkatimi başka şeylere yönlendirip başka seçeneğim yok derim.</b>

Davranış değişikliği tedavisi kapsamında bireylerin obezite ve diyet konusunda eğitilmesi kendilerine olan güveni arttıracak ve belirlenen tedavi programına uyumu kolaylaştıracaktır. Eğitimde amaç, bireyi düzenlenen diyet programının içine çekmek, programın bir parçası olduğuna inandırmak, programı uygulaması için yapılması gerekenler konusunda bilinçlendirip ve sonuçta istenen davranış değişikliğine ulaşmasını ve sürdürmesini sağlamaktır (Garipoğlu ve ark. 1995, Merdol 1999). Davranış değişikliği tedavisinde, standart davranış tedavisine ilave edilen her bir yöntemin (nüksü önleme, problem çözme yöntemleri vb) ağırlık kaybı ve korunmasında başarı oranını arttırdığı bilinmektedir.

### **7. Fiziksel Aktiviteyi Arttırma**

Yeni zayıflama programlarının çoğuna fiziksel aktivite de eklenmiştir. İlk adım hastaların fiziksel aktivitelerini kaydetmelerine yardımcı olmaktır. Mekanik pedometreler bu ölçümler için kullanılacak pahalı olmayan aletlerdir ve hastalar bunları kullanmaktan çoğu zaman hoşlanırlar (Bravata ve ark. 2007). Fiziksel aktivite monitörize edildikten sonra bunu arttırmak için davranış teknikleri geliştirilir. Önemli olan buna aşamalı

biçimde başlanmasıdır. Aksi takdirde hastalar çoğu kez başarısız olur ve umutsuzluğa kapılır. Örneğin bir durak önce otobüsten inerek aradaki mesafenin yürünmesi, arabayı uzağa park etmek, asansör yerine merdivenleri kullanmak gibi hastayı enerji tüketimine yönlendirerek başlamak uygun olur. Yürürüş en sık tercih edilen egzersizdir, her gün yavaş yavaş artırılarak günde 10.000 adıma kadar artırılması hedeflenmektedir (Harvey-Berino ve ark. 2010). Ancak fiziksel aktivitedeki ılımlı artışların bile hastaların moralini yükselttiği ve programa uyum ve devamlarını arttırdıkları unutulmamalıdır.

**Tablo 6. Örnek bir yanıt kartı**

<b>Şu anda istemediğim için denetleyemiyorum. Bu yemeği canım çekiyor, bununla baş etmek için çok şey yapabiliyim. Böyle yaparsam sevinirim.</b>
• <b>Zayıf olmayı bu yemeği yemekten daha çok istiyorum.</b>
• <b>Hemen şimdi buradan uzaklaş.</b>
• <b>Yalnızca canım çekti şimdi geçer. Sakın yeme.</b>
• <b>Bahane yok.</b>

## 8. Davranış Sözleşmesinin Yapılması

Davranış sözleşmeleri uyaran kontrolü ile pekiştirme yöntemlerinin örtüşmesini sağlamak için yapılır. Davranış sözleşmeleri hasta, terapist ve diğer grup üyelerinin ortak olarak geliştirdikleri yazılı sözleşmelerdir. Tipik bir sözleşme ilerleyen bir davranış değişikliği için bir hedefi ve bunun karşılığında ödülü net olarak belirler. Başarılı bir sözleşmenin oluşturulmasında terapistin önemli rolü vardır. Öncelikle bu sözleşmeler kişiselleştirilmeli ve açık anlatımlar tercih edilmelidir. Amaca ulaşılabilmesi ve sonuçta anlamlı bir davranış değişikliğinin sağlanabilmesi için davranış hedefleri terapist ile danışan tarafından adım adım ve gerçekçi bir biçimde saptanmalıdır. Aynı zamanda bu davranış değişiklikleri sırasında ortaya çıkabilecek sorunların çözümü için de terapist yeterli yardım sağlayabilmelidir

**Tablo 7. Davranış sözleşmesinin özellikleri**

Açık ve net davranış hedefleri belirleyin.
Davranış hedeflerine ulaşmak için bir süre bekleyin.
Asıl hedefe ulaşmak için gereken davranış değişikliklerini adım adım belirleyin.
Gerçekçi hedefler koyun.
Sözleşmeyi kilo değişikliği üzerine değil, davranış değişikliği üzerine kurun.

## 9. Erişilen ve/veya İdeal Kiloyu Sürdürme Yöntemleri

Tedavi sonrası sıklıkla verilen kiloların geri alındığının görülmesi üzerine, yinelenmelerin önlenmesine yönelik yöntemler geliştirilmeye çalışılmıştır. Aktif tedavi boyunca o hasta için yinelenme riski taşıyan durumlar belirlenip onlarla başa çıkmaya yarayacak stratejiler geliştirilmeye çalışılır. Tedavinin sonlarına doğru hastalara bu yöntemler öğretilir. Örneğin bir davette kilo aldırıcı yemeklerin kırıcı olmadan nasıl reddedilebileceği gibi... Ayrıca hastalara küçük kaamaklar oluştuğunda bunlar için çözüm yolları öğretilerek bu kaamakların tam yinelenmelere dönüşmesi engellenmeye çalışılır. Kilo



korunması için bir hedef kilo belirlenmeli ve kilo izleme sistemi oluşturulmalıdır. Kilo koruma planı aşağıdaki basamakları içerir.

1. Yeniden kilo almak istememe nedenleri
2. Yeme ile ilgili devam edilecek iyi alışkanlıklar
3. Aktivite planlanması
4. Tehlike oluşturabilecek durumların belirlenmesi

Böylece BDT kullanılarak obezite tedavisinde kalıcı sonuçlar elde edilebilir

## Sonuç

Obezite tedavisinde bilişsel davranışçı müdahalelerin önemi her geçen gün daha fazla anlaşılmaktadır (Von Dorstein ve Lindley 2008). Obezite tedavisinde diyet, fiziksel aktivitenin artırılması gibi yaşam biçiminde yapılan değişimlerin bilişsel-davranışçı müdahalelerle birleştirilmesi tedavi etkinliğini arttırmakta ve ulaşılan kilonun kalıcılığını sağlamaktadır.

## Kaynaklar

- Altunkaynak BZ, Özbek E (2006) Obezite nedenleri ve tedavi seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*, 13:138-142.
- Aygün N (2014) Obezite tanımı, komplikasyonları, endokrin kontrolü ve beslenme tedavisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30:45-49.
- Baker RC, Kirschenbaum DS (1993) Self-monitoring may be necessary for successful weight control. *Behav Ther*, 24:377-394.
- Bayraktar A (2010) Obezite tedavisinde eczacının rolü ve katkısı. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 23:106-110.
- Beck AT (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, International Universities Press.
- Bravata DM, Smith-Spangler C, Sundaram V, Gienger AL, Lin N, Lewis R et al. (2007) Using pedometers to increase physical activity and improve health: a systematic review. *JAMA*, 298:2296-2304
- Bray GA, Blackburn GL, Ferguson JM, Greenway FL, Jain AK, Mendel CM et al. (1999) Sibutramine produces dose-related weight loss. *Obes Res*, 7:189-198.
- Brownell KD (2000) *The LEARN Program for Weight Management 2000*. Dallas, American Health Publishers.
- Cochrane G (2008) Role for a sense of self-worth in weight-loss treatments: helping patients develop self-efficacy. *Can Fam Physician*, 54:543-547.
- Colles SL, Dixon JB, O'Brien PE (2007) Night eating syndrome and nocturnal snacking: association with obesity, binge eating and psychological distress. *Int J Obes*, 31:1722-1730.
- Cooper Z, Fairburn CG (2001) A new cognitive behavioral approach to the treatment of obesity. *Behav Res Ther*, 39:499-501.
- Erge S (2003) Obezitede diyet tedavisini destekleyen davranışsal tedavi. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2:75-82.
- Foster GD, Wadden TA, Phelan S, Sarwer DB, Sanderson RS (2000) Obese patients' perceptions of treatment outcomes and the factors that influence them. *Arch Intern Med*, 161:2133-2139.
- Garibağaoğlu M, İşsever H, Alphan E, Sabuncu HH (1995) Obesitenin tedavisinde düşük kalorili diyet ve davranış değişikliği programının birlikte uygulanması. *Klinik Gelişim*, 8:3897-3902.
- Giskes K, van Lenthe F, Avendano- Pabon M, Brug J (2011) A systematic review of environmental factors and obesogenic dietary intakes among adults: are we getting closer to understanding obesogenic environments? *Obes Rev*, 12:95-106.
- Grave RD, Calugi S, Ghoch EM (2013) Lifestyle modification in the management of obesity: achievement and challenges. *Eat Weight Disord*, 18: 339-349.
- Greenway FL, Smith SR (2000) The future of obesity research. *Nutrition*, 16:976-982.
- Hardeman W, Griffin S, Johnston M, Kinmonth AL, Wareham NJ (2000) Interventions to prevent weight gain: a systematic review of psychological models and behaviour change methods. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 24:131-143.
- Harvey-Berino J, West D, Krukowski R, Prewitt E, VanBiervliet A, Ashikaga T et al. (2010) Internet delivered behavioral obesity treatment. *Prev Med*, 51:123-128
- Horne J (2011) Obesity and short sleep: unlikely bedfellows? *Obes Rev*, 12:84-94.
- Jacobson D, Melnyk BM (2011) Psychosocial correlates of healthy beliefs, choices, and behaviors in overweight and obese school-age children: a primary care healthy choices intervention pilot study. *J Pediatr Nurs*, 26:456-464.
- Kabalak T (1995) Obezitenin diyetle tedavisi. In *Obezite (Ed C Yılmaz):141-147*. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri.

- Marcus MD, Wildes JE (2009) Obesity: is it a mental disorder? *Int J Eat Disord*, 42:739-753.
- Martínez-Gómez D, Veses AM, Gómez-Martínez S, Pérez de Heredia F, Castillo R, Santaliestra-Pasias AM et al. (2015) Television viewing time and the risk of eating disorders in Spanish adolescents: the AVENA and AFINOS studies. *Pediatr Int*, 57:455-460.
- McElroy SL, Frye MA, Suppes T, Dhvales D, Keck PE Jr, Leverich GS et al. (2002) Correlates of overweight and obesity in 644 patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 63:207-213.
- Merdol TK (1999) Beslenme Eğitimi. In *Diyet El Kitabı*, 3. baskı (Ed A Baysal A):383-387. Ankara, Hatiboğlu Yayınevi.
- O'Neil PM, Smith CF, Foster GD, Anderson DA (2000) The perceived relative worth of reaching and maintaining goal weight. *Int J Obes*, 24:1069-1076.
- Papakostas GI, Peterson T, Iosifescu DV, Burns AM, Nierenberg AA, Alpert JE et al. (2005) Obesity among outpatients with major depressive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*, 8:59-63.
- Rigaud D, Jiang T, Pennacchio H, Brémont M, Perrin D (2014) Triggers of bulimia and compulsion attacks: validation of the "Start" questionnaire. *Encephale*, 40:323-329.
- Rodgers RJ, Tschop MH, Wilding JPH (2012) Anti-obesity drugs: past, present and future. *Dis Model Mech*, 5:621-626.
- Santos Silva DA, Nahas MV, de Sousa TF, Del Duca GF, Peres KG (2011) Prevalence and associated factors with body image dissatisfaction among adults in southern Brazil: a population-based study. *Body Image*, 8:427-431.
- Serter R (2004) *Obezite Atlası*. Ankara, Karakter Color Basımevi.
- Susce MT, Villanueva N, Diaz FJ, de Leon J (2005) Obesity and associated complications in patients with severe mental illness: a cross-sectional survey. *J Clin Psychiatry*, 66:167-173.
- Özdel O, Sözeri-Varma G, Fenççi S, Değirmenci T, Karadağ F, Oğuzhanoğlu NK et al. (2011) Obez kadınlarda psikiyatrik tanı sıklığı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 14:210-217.
- Stuart RB. (1967) Behavioral control of overeating. *Behav Ther*, 5:357-365.
- Tanakol R (2003) Obezite Tedavisinde Orlistat. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 7(Suppl 2):87-97.
- Taşan E (2005) Obezitenin tanımı, değerlendirme yöntemleri ve epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri. J Int Med Sci*, 1(37):1-4.
- Teixeira PJ, Silva MN, Coutinho SR, Palmeira AL, Mata J, Vieira PN et al. (2010) Mediators of weight loss and weight loss maintenance in middle-aged women. *Obesity*, 18:725-735.
- Van Darsten B, Lindley EM (2011) Cognitive and behavioral approaches in the treatment of obesity. *Med Clin North Am*, 95:971-988.
- Yanovski SZ, Yanovski JA (2002) Obesity. *N Engl J Med* 346:591-602.
- Wilson GT, Brownell KD. (2002) Behavioral treatment for obesity. In *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*, 2nd edition (Eds CG Fairburn, KD Brownell):524-528. New York, Guilford Press.
- WHO (1997) Prevention and Management of the Global Epidemic of Obesity. Report of the WHO Consultation and Obesity. (Geneva, June 3-5, 1997). Geneva, World Health Organization.
- Wing RR (1998) Behavioral approaches to the treatment of obesity. In *Handbook of Obesity* (Eds GA Bray, C Bouchard, WPT James):855-873. New York, Marcel Dekker.
- Wing RR (2002) Behavioral weight control. In *Handbook of Obesity Treatment* (Eds TA Wadden, AJ Stunkard):301-316. New York, Guilford Press.
- Wisotsky W, Swencionis C (2003) Cognitive-behavioral approaches in the management of obesity. *Adolesc Med*, 14:37-48.
- Yücel B, Akdemir A, Küey AG, Maner F, Vardar E (2013) Yeme Bozuklukları ve Obezite. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği.

**Gülşay Oğuz**, Uzm.Dr., Samsun Çanık Başarı Üniversitesi, Samsun; **Aytül Karabekiroğlu**, Uzm.Dr., Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun; **Birsen Kocamanoğlu**, Uzm.Dr., Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun; **Mehmet Zihni Sungur**, Prof. Dr., Marmara Üniversitesi, İstanbul.

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Aytül Karabekiroğlu, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Samsun, Turkey.

E-mail: draytul@yahoo.com

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article

**Çevrimiçi adresi / Available online:** www.cappsy.org/archives/vol8/no2/

**Geliş tarihi/Submission date:** 23 Temmuz/July 23, 2015 - **Kabul Tarihi/Accepted** 10 Eylül/September 10, 2015

# Kendini Sabote Etme ve Ruh Sağlığı Üzerine Etkisi

## *Self-Handicapping and Its Impact on Mental Health*

Yeter Sinem Üzar Özçetin, Duygu Hiçdurmaz

### Özet

Kendini sabote etme davranışı, bireyin bir işi ya da görevi yerine getirebilecek kapasitede olmasına rağmen, bu işi başarıyla yapıp yapamayacağına yönelik endişe yaşamaya ile karakterizedir. Bireyler performanslarını önemsediklerinde, ancak başarı olasılıklarından şüphe ettiklerinde, benliklerini korumak amacıyla kendini sabote etme davranışları sergilemektedirler. Kendilerini sabote eden kişiler başarılarını içselleştirerek, başarısızlıklarını ise dışsallaştırarak benliklerini korumaya çalışmaktadırlar. Bu durum bireylerin her iki durumda da yani hem başarısızlıklarında hem de başarılarında kendilerini iyi hissetmelerine hizmet etmektedir. Kendini sabotaj zamanla birlikte bireyin yaşam doyumunun ve içsel motivasyonunun azalmasına, uyumsuzluk, olumsuz duygulanım, somatik semptomlar ve alkol ve madde kullanımı gibi olumsuz alışkanlıklarının artmasına neden olmaktadır. Kendini sabotaj performansı engellemekte ve performans kaybı uyum ve psikolojik iyi olma üzerinde olumsuz etkilerde bulunmaktadır. Kendini sabote etme davranışlarının ortaya çıkmasını önlemek için yapılması gereken en önemli yaklaşım, benliğin güçlendirilmesidir.

**Ahntar sözcükler:** Kendini sabote etme, öz-yeterlilik, ruh sağlığı.

### Abstract

Self-handicapping is characterized by experiencing anxiety at succeeding a mission although the person has the capacity to fulfill the assignment or duty. When individuals care about performance much but doubt about success, they display self-handicapping strategies to protect their self. Self-handicappers try to protect their self by internalizing successes and externalizing failures. This strategies help them feel well in both successes and failures. Self-handicapping causes the decrease of life satisfaction and motivation, and causes the increase of maladaptation, negative mood, somatic symptoms and alcohol-drug abuse. Self-handicapping hinders performance and this negative performance influences adaptation and psychological well-being. The most essential approach to prevent occurrence of self-handicapping behaviors is empowerment of the self.

**Key words:** Self-handicapping, self-efficacy, mental health.

**BİREYLER** performanslarını önemsediklerinde, ancak başarı olasılıklarından şüphe ettiklerinde, benliklerini korumak amacıyla kendini sabote etme adı verilen bir davranış sergileyebilirler. Bu davranış, özellikle bireyler yeni çabalar içine girdiklerinde ortaya çıkar (Berglas ve Jones 1978). Kendini sabote etme mekanizmasını kullanan kişiler, performansları sonucu ortaya çıkan başarısızlık durumlarını yeteneklerinden ziyade

performanslarındaki sorunlara bağlama eğilimi göstermektedirler (Coudeville ve ark. 2011). Bu stratejileri benimseyen bireyler, kullandıkları yaklaşımın diğer kişilere sunumunda oldukça dikkatli davranırlar ve bu eylemlerinin başarısızlıkları için kullandıkları bir bahane olduğunu diğer kişilerin anlamasına izin vermezler. Bu bireylerin bakış açısına göre, eğer davranışları için kullandıkları bu bahanelerin anlaşılmasına izin verilirse, bu stratejiler amacına hizmet etmekten uzaklaşacaktır. Kendini sabote etme mekanizmasını kullanan kişiler, başarısız olma ihtimalini artıran ortamı oldukça dikkatli bir şekilde oluştururlar. Böylece oluşturulan bu ortam olası başarısızlık durumunda bireyin benliğini korumasına hizmet eder ve onu çevrenin olumsuz değerlendirmelerinden koruyabilir (Akın ve ark. 2011).

Bu makalede ülkemiz literatüründe hakkında çok az yayın olduğu göze çarpan ve yerli literatür için oldukça yeni bir kavram olan kendini sabote etme kavramının tanımlanması, psikodinamiğinin açıklanması, ruh sağlığı üzerine etkileri ve yönetim yollarının ortaya konması amaçlanmıştır.

## Kendini Sabote Etme Kavramı

Kendini sabote etme kavramı ilk kez 1978 yılında Berglas ve Jones tarafından tanımlanmıştır (Berglas ve Jones 1978). Bu kavram; bir işi ya da görevi yerine getirebilecek kapasitede olmasına rağmen bireyin bu işi yapıp yapamayacağına yönelik belirsizlik yaşamaya ve yeterli kapasitede olmadığına ilişkin bahaneler bularak kendini haklı gösterme çabasını tanımlamaktadır. Kendini sabote eden kişiler başarılarını içselleştirerek, başarısızlıklarını ise dışsallaştırarak benliklerini korumaya çalışmaktadırlar. Bu durum bireylerin her iki durumda da yani hem başarısız hem de başarılı oldukları durumlarda kendilerini iyi hissetmelerine hizmet etmektedir (Berglas ve Jones 1978, Akın 2011). Savunucu beklentiler, iş odaklı olma ve yansıtma gibi davranış örüntüleri kendini sabote etme mekanizmasının kullanımının öncü belirtileridir (Martin ve ark. 2003).

Literatür incelendiğinde iki çeşit kendini sabote etme stratejisinden söz edildiği görülmektedir. Bunlar, davranışsal kendini sabotaj (behavioral self-handicapping) ve sözlü/öz bildirimli kendini sabotajdır (claimed/self-reported self-handicapping). Sözlü kendini sabotaj yapılacak eylem öncesi anksiyete, bitkinlik, stres gibi daha çok psikolojik belirtilerin sözel olarak ifade edilmesini içerirken, davranışsal sabotaj eylem öncesi başarılı olmak için gereken düzeyde çalışmama, farklı gündemlerle ilgilenme, sonucu kadere bağlama, fiziksel belirtiler gösterme, yapabileceğinden fazla işi bir arada yürütmeye çalışma, alkol-madde kullanımı gibi davranışları içermektedir (Higgins ve ark. 1990, Hendrix ve Hirt 2009). Sözlü stratejilerde, birey istenmedik bir durumla karşılaştığında bunun dışsal nedenlerden kaynaklı olduğunu düşünmekte ve mazeretler ileri sürmektedir. Davranışsal stratejilerde ise, birey görevlerini erteleme, fırsatları değerlendirmeme, görevi için yeterli çaba harcamama gibi performansını etkileyebilecek eylemlerde bulunmaktadır (Tucker ve ark. 1981, Leary ve Shepperd 1986, Kearns ve ark. 2008a). Dolayısıyla davranışsal sabotaj daha aktif ve açık eylemleri içerirken, sözlü sabotaj üstü örtülü ve pasif eylemleri içermektedir (Hendrix ve Hirt 2009). Davranışsal stratejileri benimseyen bireyler sözel olanları kullananlara oranla başarı olasılıklarını daha olumsuz etkilemektedirler (Jones ve Berglas 1978). Sözlü ya da davranışsal kendini sabote etme stratejilerini kullanan bireyler, tepkilerinin uyumlu ya da etkili olup olmadığını değerlendirememektedirler (Berglas ve Jones 1978). Böylece kendini sabote etme davranışı zamanla bireyin kişilik özelliği haline gelmektedir. Birey benliğini koruyabil-

mek ve başarısızlıkları ile yüzleşmekten kaçınmak için bu stratejiyi kullanmaktadır. Bu durum problemlerin gerçekçi şekilde değerlendirilmesini ortadan kaldırmakta, gerçekçi olmayan değerlendirmeler sonucunda bireyin sorununun çözümlenememesine neden olmaktadır (Abacı ve Akın 2011). Dolayısıyla sözü edilen bu stratejiler bireyin başarısız olma ihtimalini artırmakta ve bireyi olumsuz yönde etkilemektedir.

## Psikodinamiği ve Nedenleri

Kendilerini ve kaynaklarını iyi tanıyan kişiler yaşamlarının yöneticisinin kendileri olduğu bilincindedirler. Böyle bireyler ortaya çıkan yeni durumlara kendilerini daha iyi hazırlayabilmektedirler. Öte yandan, benliği ve başarıları konusunda endişeleri olan bireyler ise, yaşamlarını yönlendirmede kendini sabote etme gibi baş etme stratejilerinden yararlanmayı seçmektedirler (Berglas ve Jones 1978, Zuckerman ve ark. 1998, McCrea ve Hirt 2001). Kendini sabote eden bireyler, benliklerini tehdit edebilecek ya da belirsizlik yaşatabilecek durumlara uyum sağlamak için hazırlanmak yerine performanslarını engelleyebilecek olumsuz koşulları kendileri üretmektedirler (Akın ve ark. 2011). Kendini sabote etme, bireyin çocukluğundan itibaren kendiliğine ve başarıya ilişkin geliştirdiği olumsuz bilişsel yapılardan kaynağını almaktadır (Warner ve Moore 2004, Kearns ve ark. 2008, Arazzini Stewart ve De Leorge Walker 2014). Erken dönem aile tutumları ve aile ile olan etkileşimler bireyin benlik gelişimini olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Conlon ve ark. 2006).

Çocuğa, akademik başarı gibi belirli görevlerdeki performansına dayalı olarak değerli olduğu duygusunun aşılması çocuğun ebeveynlerine başarılı görünmek, onları mutlu etmek, onların dikkatini çekmek ve kendilik değerini korumak için kendini olduğundan daha yetenekli ve zeki gösterme çabası içine girmesine yol açabilmektedir. Zaman içinde bu eğilim kendini sabote etme davranışlarını ortaya çıkarmaktadır (Jones ve Berglas 1978). Kendini sabote etme davranışının özellikle başkaları tarafından gözetim altında olduğunda artması, bu psikodinamiğin önemli göstergelerinden biridir. Kolditz ve Arkin (1982) yaptıkları deneysel çalışma sonucunda, performansı etkileyebilecek bir ilacı kullanma oranının, ortamda tanık olan birisi olduğunda arttığını bulmuşlardır (Kolditz ve Arkin 1982). Yapılan bazı çalışmalar incelendiğinde de sözü edilen psikodinamiklerin, sabote edici davranış örüntülerini ve ilişkili ruhsal sorunların ortaya çıkışını nasıl etkilediği daha açık olarak görülmektedir. Bu çalışmalarda, alkol kullanımını sabote edici strateji olarak kullanan kişilerin ebeveynlerin dikkatini çekmek ve sevgisini kazanmak için bu davranışları benimsediği (Jones ve Berglas 1978), sosyal anksiyeteye sahip olan bireylerin kendilerine güvenlerini olumsuz etkileyen bu durumdan kurtulabilmek ve kendilerini iyi hissetmek için sabotajı kullanım eğilimi içerisine girebildiği (Schlenker ve Leary 1982, Coudevylle ve ark. 2011) ve akademik başarı gerektiren durumlarda sabotaj stratejilerinin sıkça kullanıldığı (Hirt 1991, Urdan 2004) bulunmuştur.

Kendini sabote etme stratejilerinin kullanımındaki ana nedenlerden bir diğeri ise, hata yapma korkusudur. Hata yapma korkusu nedeniyle kişiler çeşitli durumlara hazırlık yapmayı ertelemekte, olumsuz çıktılar oluşturarak olası başarısızlık sonucu yaşayacakları utanç duygusundan benliklerini korumaktadırlar (Elliot ve Thrash 2004). Sözü edilen bu korku, olumsuz kişi-içi ve kişiler-arası değerlendirmelerle ilişkilidir (Pulford ve ark. 2006). Bu değerlendirmeler erken dönem yaşam deneyimleri, özellikle de ebeveynlerle olan olumsuz etkileşimlerin bir sonucu olarak gelişebilmektedir. Benlik gelişimini etki-

leyen olumsuz ebeveyn-çocuk ilişkileri, başarısızlık mekanizmalarını ve hata yapma korkusunu ortaya çıkarabilmektedir (Martin ve ark. 2015). Başarısızlık mekanizmaları içerisinde yer alan ve bireyin davranışları üzerinde çeşitli etkilere yol açan kendini sabote etme davranışı zamanla bireyin sürekli olarak kullandığı bir davranış örüntüsü haline gelebilmektedir (Martin ve ark. 2015). Dolayısıyla hata yapma/başarısız olma korkusu ve kendini sabotaj davranışı arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır (Elliot ve Church 2003). Yaşamın erken dönemlerinde maruz kalınan diğer travmalar da ilerleyen yaşlarda kendini sabote etme davranışlarının ortaya çıkışını etkileyebilmektedir. Sansone ve arkadaşlarının (2008b) yaptıkları bir araştırma sonucunda erken dönem travmalara maruz kalan bireylerin yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde özellikle tıbbi tedavilerini sabote edici eylemler gerçekleştirdikleri bulunmuştur (Sansone ve ark. 2008b).

Kendini sabote etme stratejisinin kullanımına neden olan etkenlerin bazıları ise kaygı üzerine temellendirilmektedir. Özellikle yeterliği değerlendirmeye yönelik eylemlerin yapılacağı durumlarda birey başarılı olamama ya da yetersiz olma ihtimaline ilişkin bir kaygı yaşamaktadır. Birey, başarısız olabileceğine eşlik eden bu kaygıları giderebilmek için çeşitli arayışlar içerisine girmektedir. Ancak birey, arayış içerisine girdiği yöntemler arasından genellikle kendisini başarısız gösterme ihtimali olanları ortadan kaldırmayı tercih etmektedir. Çünkü birey, performansın değerlendirilmesi olasılığıyla yüzleştiğinde başarılı bir görünüm sergileyebilmeyi ve bu görünümü koruyabilmeyi istemektedir. Bunu sağlayabilmek için de birey benliğini koruyucu etki gösteren, başarısızlık durumunda dahi kendini yetersiz algılamasını engelleyen sabote etme stratejilerini kullanmaya yönelmektedir. Bu bağlamda kendini sabote etme stratejilerinin kullanımı bireyin başarısızlığını haklı göstermesine hizmet etmektedir (Abacı ve Akın, 2011).

Sabotaj mekanizmasını kullanan kişiler daha olay yaşanmadan bahanelerini hazırlamaktadır. Böylece olay gerçekleşmeden sabotaj hatayı doğuracak şekilde hazır olmaktadır (Hendrix ve Hirt 2009). Bu sayede başarısızlıklar dışsallaştırılırken, başarılar içselleştirilmekte (Berglas ve Jones 1978) ve bu stratejilerin kullanımı bireyin performansı sonrası başarısız olması durumunda bir mazeret olarak sunulabilmektedir (Akın ve ark. 2011). Sabotaj davranış örüntüleri, bireylerin başarılı ya da başarısız oldukları özel alanlarda, bu alandaki performanslarına ilişkin uygun bir anlayış geliştirmelerine yardım etmektedir. Bireyler özellikle zor bir görev ile karşılaştıklarını düşünüyorsa düşük performansı oluşturabilecek sabotaj stratejilerinin daha yoğun kullanılmaktadırlar (Rhodewalt ve Fairfield 1991). Dolayısıyla kişilerin benimsediği bu davranış örüntüsü çevrede olup biten diğer olaylardan ziyade, bireyin benlik saygısına yönelik tehdit oluşturan ve/veya başarılı olmayı gerektiren olaylara bağlı olarak ortaya çıkmaktadır (McCrea ve Hirt 2001, Schwinger 2013). Söz konusu başarısızlık durumlarında birey başarısız olmasına neden olan yetersiz performansını düşük yeteneğine ya da yeterince hazırlanmamasına bağlamaktansa (“Sınavda başarısız oldum çünkü bu konuyu anlamıyorum”), sabote etme mekanizması (“Sınavda başarısız oldum çünkü dün gece yeterince uyuyamadım”) ile açıklamaktadır. Böylece birey nedene atıf yaparak kendi benliğini korumakta ve yetersizlikleriyle yüzleşmekten kaçınmaktadır (Schwinger 2013). Sonuç olarak sabotaj olarak adlandırılan ve kendine hizmet eden bu davranışlar olası başarısızlık tehdidi ortaya çıkmadan harekete geçmektedir (Schwinger 2013). Bu stratejileri kullanan bireyler, sabote edici eylemleri sonrasında kendilerini daha iyi hissetmeyi ummakta dolayısıyla olumlu bir duygu durum elde etmektedir. Özellikle düşük benlik saygısına

sahip kişilerin kendini sabote etmeye yönelik stratejileri daha fazla kullanmaları (Martin ve Brawley 2002), bu stratejiyi olumsuz durumlara karşı benlik saygılarını koruyucu bir kalkan olarak kullandıklarını gösterir niteliktedir (McCrea ve Hirt 2001). Kendini sabote etme stratejilerinin kullanımının kişiye sağladığı olumlu katkılar, kişinin bu stratejileri kullanmaya devam etmesine olanak sağlamaktadır. Bu olumlu katkılar iki farklı şekilde ortaya çıkabilmektedir. Bunlardan ilki, düşük performans gösterse bile kişiyi başarısız olmaktan koruması, diğeri ise yetersizliklerine rağmen başarılı olduğu durumlarda kişiye ekstra kredi kazandırmasıdır (Alter ve Forgas 2007).

## Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri

Kendini sabote etme mekanizması, bireylerin hatalarını dışsal nedenlere bağlayarak özsaygılarını korumalarına olanak sağlamaktadır (Brown ve Kimble 2009). Böylece bu stratejiler benliği koruyan etkili mekanizmalar olmaktadır. Ancak, kendini sabote etme stratejilerini kullanan bu kişilerde olumsuz duygu duruma sahip olma düzeyi genel olarak daha yüksektir ve yaşam doyumu oldukça düşüktür (Zuckerman ve Tsai 2005, Christopher ve ark. 2007). Bu açıdan, kendini sabote edici davranışlar düşük sağlık ve iyilik hali düzeyiyle ilişkili olarak değerlendirilebilir. Kendini sabote etme davranışı kısa vadede kişinin başarısızlıklarına bahaneler bulup kendilik değerini desteklese de (Covington 2000), kronik olarak kullanıldığında etkisini yitirmekte, bireyin sağlığı ve benliği üzerinde olumsuz etkilere yol açmaktadır (Maata ve ark. 2002). Sabotaj, genellikle mevcut durum içerisinde başarısızlığı sağlayacak engellere uyumu ve bu engellerin savunuculuğunu içermektedir (Harris ve ark. 1986).

Kendini sabote etme stratejilerinin sık kullanımı uyum sağlama yeteneğinde azalmaya, bu yetenekteki azalma ise sabotaj stratejilerinin tekrarlı kullanımına ve kendini sabote etmenin bir kişilik özelliği haline gelmesine yol açmaktadır. Böylece bir döngü oluşmakta ve stratejilerin kullanım devamlılığı sağlanmaktadır (Zuckerman ve ark. 1998). Zorlu durumlara başatmak için bu stratejileri kullanan bireyler, bu davranışlarının bir sonucu olarak somatik yakınmalar gösterebilmekte ve psikolojik sorunlar yaşayabilmektedir (Berglas ve Jones 1978, Zuckerman ve Tsai 2005, Abacı ve Akın 2011).

Yapılan çalışmalar kendini sabote etme mekanizmalarının kullanımının mevcut sağlık durumu ve depresif belirtiler, anksiyete, narsisistik kişilik bozukluğu, düzenbaz davranış özellikleri, utangaçlık, uzun süreli düşük psiko-sosyal iyilik hali, savunucu kötümserlik, tükenmişlik gibi çeşitli sağlık problemleri ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Smith ve ark. 1982, DeGree ve Syder 1985, Synder ve ark.1985, Midgley ve Urdan 2001, Martin ve ark. 2003, Rhodewalt ve ark. 2005, Zuckerman ve Tsai 2005, Want ve Kletman 2006, Kearns ve ark. 2008a, Coudeville ve ark. 2011, Akın 2012). Zuckerman ve Tsai'nin yaptığı boylamsal bir çalışma sonucunda da, kendini sabote etme stratejilerinin kullanımının, bireylerin sağlıklarının ve iyilik hallerinin bozulmasına, daha düşük içsel motivasyona ve tatmine, olumsuz duygu durum ve semptomlara neden olduğu bulunmuştur (Zuckerman ve Tsai 2005). Yine, Coudeville ve arkadaşları (2011) sabote etme davranışının kullanımının durum ile bağlantılı anksiyetenin yüksek olmasına ve kendine güvende azalmaya neden olduğunu ortaya koymuşlardır. Yapılan diğer çalışmalarda kendini sabote etme mekanizmalarının kullanımının çeşitli kişilik ve davranış özellikleri ile ilişkili olduğu ve bu özellikleri besler nitelikte etki gösterdiği bulunmuştur. Want ve Kletman (2006) düzenbaz davranış özelliği, Rhodewalt ve arkadaşları (2006) narsistik kişilik özelliği, Sansone ve arkadaşları (2008a) borderline kişilik



bozukluğu, Smith ve arkadaşları (1983) hipokondriyazis, Arazzini Stewart ve De Leorge Walker (2014) ise maladaptif mükemmeliyetçilik kişilik özellikleri ile kendini sabote etme davranışı arasında bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (Smith ve ark. 1983, Rhodewalt ve ark. 2006, Want ve Kletman 2006, Sansone ve ark. 2008a, Arazzini Stewart ve De Leorge Walker 2014,). Bu çalışmalar incelendiğinde, borderline kişilik bozukluğuna sahip olan bireylerin tıbbi tedavilerini olumsuz etkileyebilecek sabotaj stratejilerini sıkça kullandığı (Sansone ve ark. 2008), düzenbazlık özelliklerine sahip olan bireylerin kendi performanslarını değerlendirmede sorunları olduğu (Want ve Kletman 2006), bireyin narsisist kişilik özelliği gösterme oranı arttıkça kendini sabote etmeye yönelik girişimlerinin arttığı (Rhodewalt ve ark. 2006), hipokondiyak kişilerin performanslarını sabote edici girişimleri kullanmaya daha yatkın oldukları (Smith ve ark. 1983), mükemmeliyetçi kişilik özelliklerine sahip bireylerin ise hata yapmaktan korkarak kendini sabote etme stratejilerinin kullanımını desteklediği bulunmuştur (Suddarth ve Slaney 2001).

Mükemmeliyetçilik bireyin kendisine ya da başkalarına karşı oldukça yüksek beklentileri olduğunu göstermesi nedeniyle genellikle olumsuz bir anlam içermektedir (Shafran ve Mansell 2001). Gerçekçi mükemmeliyetçilikte yüksek standartlara ulaşmak için çabalama vardır ve psikososyal sorunlara ya da strese yol açmaz. Maladaptif mükemmeliyetçilikte ise birey hata yapmaktan korkar ve bu durum sağlıksızdır (Suddarth ve Slaney 2001). Maladaptif mükemmeliyetçilik özellikleri kendini sabote etme mekanizması ile uyum içerisindedir. Maladaptif mükemmeliyetçiliğin yanı sıra kendini sabote etme mekanizmalarının kullanımının yüksek düzey anksiyete, depresyon, tükenmişlik ve düşük akademik başarıyla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Kearns ve ark. 2008b, Akın 2012). Aynı zamanda, sabote etme mekanizması duygusal tatminsizlik, düşük kişisel başarı ve depersonalizasyon kavramları ile ilişkilidir ve tükenmişlik yaşanmasına neden olabilmektedir (Akın 2012). Bu durum kişilerin içselleştirilmiş başarı duygusunu olumsuz yönde etkileyerek, sabotaj davranışını daha sık kullanmalarına neden olabileceği özelliği taşımaktadır. Tüm bu sözü edilen olumsuz etkilere ek olarak, kendini sabote etme stratejileri zaman içinde bireyin uyumsuzluğunun, yaşam doyumunun ve içsel motivasyonunun azalmasına, olumsuz duygulanım, somatik semptomlar ve alkol-madde kullanımı gibi olumsuz alışkanlıkların artmasına neden olmaktadır (Abacı ve Akın 2011). Birey sosyal yaşantısını benliğini korumak ve başarısızlıklarını dışsallaştırmak için azaltmakta ve dolayısıyla sosyal izolasyon yaşamaktadır (Zuckerman ve Tsai 2005).

Sonuç olarak kendini sabotaj performansı engellemekte ve performans kaybı uyum ve psikolojik iyi olma üzerinde olumsuz etkilerde bulunmaktadır. Bu durum, kendini sabote etme stratejilerinin kullanımının uzun vadede bireylerin özellikle ruh sağlıkları başta olmak üzere sağlık ve iyilik hali üzerine olumsuz etkilerde bulunduğunu göstermektedir.

## **Kendini Sabote Etme Stratejilerinin Yönetimi**

Bireyler kendileri hakkında olumlu duygulara sahip olmayı, kendilerini yeterli hissetmeyi ve yaşamları ile ilgili başarı ya da başarısızlık olasılıklarına ilişkin önemli sonuçları kontrol edebilmeyi isterler (Siegel ve ark. 2005). Kendini sabote etme davranışları bireylerin başarısızlıklarını dışsallaştırmalarına olanak sağladığı ve böylece benliklerini koruduğu için tercih edilen davranışlardır. Dolayısıyla, bireyin benliğini korumak için ken-



dini sabote etme davranışına ihtiyaç duymamasını sağlamak, sabotajı önlemek için en uygun yardım yaklaşımlarından biri olmaktadır. Bu bağlamda, öz-yeterlilik, kendiliğin olumlu algılanması, öz-saygı gibi benlik ile ilişkili özellikler önem kazanmaktadır. Öz-yeterlilik kavramı zorluklar karşısında iyimser olmayı, azim ile çabalamayı ve çabalarken ortaya çıkan davranışları içermektedir (Pajares 1996). Öz-yeterlilik algısının çocukluk dönemlerinden itibaren geliştirilmesinde ebeveynler ve onlarla olan ilişkiler hassas bir role sahiptir. Benlik gelişiminde oldukça önemli olan ebeveyn-çocuk etkileşiminin kalitesi, bireyin gelecek dönemlerdeki yaşam kalitesini ve davranış örüntülerini etkilemektedir (Kazemi ve ark. 2014). Öz-yeterlilik düzeyinin yüksek olması kişiyi başarılı olabilmek için motive etmekte, kişinin yeteneklerini değerlendirmesine olanak sağlamaktadır (Kuczka ve Treasure 2005). Akademik başarının çok ön planda tutulması nedeniyle ve ebeveynleri memnun etme amacıyla bireyler yaşadıkları başarısızlıkları manipüle edebilmek için kendini sabote etme stratejilerini kullanmaya başlayabilmektedir. Başarılı olabilmek için mevcut duruma hazırlanmak gibi performans odaklı yaklaşımlar öz-yeterlilik düzeyini desteklerken, performanstan kaçınan davranış örüntüleri öz-yeterlilik düzeyini azaltıcı etki göstermektedir (Wolters ve ark. 1996). Performanstan kaçınma stratejileri barındıran kendini sabote etme davranışı öz-yeterlilik düzeyini olumsuz etkilemektedir. Bu bağlamda Siegel ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışma incelendiğinde, kendini sabote etme davranışını önlemede bireyin kendini kabulünün artırılmasının etkili olduğunu belirledikleri görülmektedir (Siegel ve ark. 2005).

Kendini kabul etme çeşitli durumlar altında dürüstlüğü ve uyumlu davranışları destekleyerek psikolojik iyi oluşluğun ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Sherman ve Cohen 2006). Kendini kabul etme özelliğine sahip olmak benliğe karşı tehdit içeren durumlarla zıt ilişki içerisindedir. Öz-saygı ve benlik bütünlüğüne sahip olmak, kendini sabote etme davranışlarını azaltarak, öz-yeterlilik algısını güçlendirmektedir (Siegel ve ark. 2005). Kendini kabul etme davranışı benimsendiğinde, birey öz-saygı düzeyinin durum değerlendirmelerine bağlı olmadığını anlamaktadır (Sherman ve Cohen 2006). Eğer bireyler kendilerini olumlu algılaya fırsatına sahip olurlarsa, kendini sabote etme ile ilişkili olarak şans eseri ortaya çıkan başarıya ihtiyaç duymayacaklardır (Siegel ve ark. 2005).

Kendini sabote etme davranışlarının çocukluktan köken aldığı bilgisinden hareketle, bu davranışların ortaya çıkmasını önlemek için ebeveyn-çocuk etkileşiminin ve paylaşımının geliştirilmesi, çocukta sadece akademik başarı ile değil bir birey olarak bütünüyle değerli olduğu bilincinin oluşturulmaya çalışılması ve çocuğun olumlu bir benlik kavramına sahip olması için çeşitli açılardan benlik gelişiminin desteklenmesi gereklidir. Böylece çocukların güçlü bir benliğe sahip olarak yetiştirilmesi sağlanabilir ve psikososyal iyilik halleri artırılarak kendini sabote etme gibi maladaptif stratejilere yönelmeleri engellenebilir (Coudevylle ve ark. 2011). Benlik ve benlik saygısı, ebeveyn-çocuk etkileşimlerinin kalitesi ve etkililiği ile yakından ilgili olması (Streamer ve Seery 2015) nedeniyle, bu konuda çalışan profesyonellere de olumlu ebeveyn-çocuk etkileşimlerinin geliştirilmesi konusunda ebeveynleri desteklemeleri ve danışmanlık sağlamaları için önemli görevler düşmektedir. Kendine güven duyarak yetişmiş olan bireyler benliğine yönelik tehdidi önleme çabalarına gereksinim duymayacak, başarı ya da başarısızlık durumlarında sorumluluklarını kabul ederek başarılı olabilmek için yeterli performans sergilemeye çalışacak ve benliğini kabul ederek psikolojik uyum geliştirebileceklerdir (Sherman ve Cohen 2006).

Benliği koruma amacından yola çıkarak kullanılmaya başlanılan ve zamanla kişilik özelliği haline gelen sabotaj stratejilerinin yetişkin bireylerde kullanımının azaltılmasında öncelikle bireylerin bu davranış örüntülerinin, bu davranışa neden ihtiyaç duyduklarının ve davranışın sonuçlarının farkına varmalarının sağlanması gereklidir. Sonrasında ise benliğin güçlendirilmesi üzerinde çalışılmalıdır. Bunun için bireysel ya da grup danışmanlığı oldukça yararlı olabilir.

## Sonuç

Kendini sabote etme stratejilerinin kullanımı başarıya gerektiren yeni durumlarda benliği koruyucu etkilerinden dolayı bireyler için cazip bir yol olarak görülebilmekte, ancak bu stratejilerin sürekli olarak kullanımı başarısızlıklarla yüzleşerek benliği geliştirme fırsatlarını ortadan kaldırmaktadır. Ayrıca bu stratejilerin uzun süreli ve kronik şekilde kullanımını bireyin ruh sağlığı üzerinde de olumsuz etkilere neden olmakta; anksiyete, özsaygıda azalma, kişilik bozuklukları gibi olumsuz etkiler ile birlikte kişinin iyilik hali giderek azaltılmaktadır. Dolayısıyla, benliği koruma çabası ile başlayan bu stratejilerin kullanımının azaltılmasında yapılması gereken temel şey benliğin güçlendirilmesidir. Bireylerde çocukluktan başlayarak öz-yeterliliğin ve benlik saygısının güçlendirilmeye çalışılması kendini sabote etme davranışlarını önlemek açısından önemli yaklaşımlar arasındadır. Ayrıca hangi yaş grubunda olursa olsun bireylere, başarısızlığın ve başarısızlığa karşı hissedilen tehditlerin de önemli öğrenme ve gelişme fırsatları olduğu öğretilmelidir. Başarısız olunan durumlarda benliği korumak için kendini sabote etme stratejilerine başvurmak yerine, başarısızlığa neden olan durumlarla yüzleşip bu konularda gelişmeye çalışmanın benlik bütünlüğü ve ruhsal sağlık açısından daha değerli olduğu vurgulanmalıdır.

## Kaynaklar

- Abacı R, Akın A (2011) Kendini Sabotaj: İnsanoğlunun Sınırlı Doğasının Bir Sonucu. Ankara, Pegem Yayınları.
- Akın A (2012) Kendini Sabotaj Ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 37:176-187.
- Akın A (2012) Self-handicapping and burnout. *Psychol Rep*, 110:187-196.
- Akın A, Abacı A, Akın U (2011) Self-handicapping: A conceptual analysis. *International Online Journal of Educational Sciences*, 3:1155-1168.
- Alter AL, Forgas JP (2007) On being happy but fearing failure: the effects of mood on self-handicapping strategies. *J Exp Soc Psychol*, 43:947-954.
- Arazzini Stewart A, De Leorge Wolker L (2014) Self-handicapping, perfectionism, locus of control and self-efficacy: a path model. *Pers Individ Dif*, 66:160-164.
- Berglas S, Jones EE (1978) Drug choice as a self-handicapping strategy in response to noncontingent success. *J Pers Soc Psychol*, 36:405-417.
- Brown CM, Kimble CE (2009) Personal, interpersonal and situational influences on behavioral self-handicapping. *J Soc Psychol*, 149:160-164.
- Christopher AN, Lasane TP, Troisi JD, Park LE (2007) Materialism defensive, and assertive self-presentational tactics, and life satisfaction. *J Soc Clin Psychol*, 26:1145-1162.
- Conlon EG, Zimmer-Gembeck MJ, Creed PA, Tucker M (2006) Family history, self-perceptions, attitudes and cognitive abilities are associated with early adolescent reading skills. *J Res Read*, 29:11-32.
- Coudeville GR, Gernigon C, Ginis KAM (2011) Self-esteem, self-confidence, anxiety and claimed self-handicapping: a mediational analysis. *Psychol Sport Exerc*, 12:670-675.
- Covington MV (2000) Goal theory, motivation, and school achievement: an integrative review. *Annu Rev Psychol*, 51:171-200.
- Elliot AJ, Church MA (2003) A motivational analysis of defensive pessimism and self-handicapping. *J Pers*, 71:369-396.
- Elliot AJ, Thrash TM (2004) The intergenerational transmission of fear of failure. *Pers Soc Psychol Bull*, 30:957-971.

- Harris RN, Synder CR, Higgins RL, Schrag JL (1986) Enhancing the prediction of self-handicapping. *J Pers Soc Psychol*, 51:1191-1199.
- Hendrix KS, Hirt ER (2009) Stressed out over possible failure: the role of regulatory fit on claimed self-handicapping. *J Exp Soc Psychol*, 45:51-59.
- Higgins RL, Synder CR, Berglas S (1990) *Self-handicapping: The Paradox that isn't*. New York, Plenum Press.
- Hirt ER, Deppe RK, Gordon, LJ (1991). Self-Reported versus behavioral self-handicapping: empirical evidence for a theoretical distinction. *J Pers Soc Psychol*, 61:981-991.
- Jones EE, Berglas S (1978) Control of attributions about the self through self-handicapping strategies: the appeal of alcohol and the role of underachievement. *Pers Soc Psychol Bull*, 4:200-206.
- Kazemi Y, Nikmanesh Z, Khosravi M (2014) Role of self-handicapping on prediction of the quality of life in primary students. *Practice in Clinical Psychology*, 3:61-68.
- Kearns H, Forbes A, Gardiner M (2008a) A cognitive behavioural coaching intervention for the treatment of perfectionism and self handicapping in a non-clinical population. *Behav Change*, 24:157-172.
- Kearns H, Forbes A, Gardiner M, Marshall K (2008b) When a high distinction isn't good enough: a review of perfectionism and self-handicapping. *Aust Educ Res*, 35:21-36.
- Kolditz TA, Arkin RM (1982) An impression management interpretation of the self-handicapping strategy. *J Pers Soc Psychol*, 43:492-502.
- Kuczka KK, Treasure DC (2005) Self-handicapping in competitive sport: influence of the motivational climate, self-efficacy, and perceived importance. *Psychol Sport Exerc*, 6:539-550.
- Leary MR, Shepperd JA (1986) Behavioral self-handicaps versus self-reported handicaps: a conceptual note. *J Pers Soc Psychol*, 51:1265-1268.
- Maata S, Stattin H, Nurmi JE (2002) Achievement strategies at school: types and correlates. *J Adolesc*, 25:31-46.
- Martin KA, Brawley LR (2002) Self-handicapping in physical achievement settings: the contributions of self-esteem and self-efficacy. *Self Identity*, 1:337-351.
- Martin AJ, Marsh HW, Debus RL, Williamson A (2003) Self-handicapping, defensive pessimism, and goal orientation: a qualitative study of university students. *J Educ Psychol*, 95:617-628.
- Martin AJ, Nejad H, Colmar S, Liem GAD, Collie RJ (2015) The role of adaptability in promoting control and reducing failure Dynamics: a mediation model. *Learn Individ Differ*, 38:36-40.
- McCrea SM, Hirt ER (2001) The Role of Ability judgments in self-handicapping. *Pers Soc Psychol Bull*, 27:1378-1389.
- Midgley C, Urdan T (2001) Academic self-handicapping and achievement goals: a further examination. *Contemp Educ Psychol*, 26:61-75.
- Pajares F (1996) Self-efficacy beliefs in academic settings. *Rev Educ Res*, 66:543-578.
- Pulford BD, Johnson A, Awaida M (2005) A cross-cultural study of predictors of self-handicapping in university students. *Pers Individ Dif*, 39:727-737.
- Rhodewalt F, Firfield M (1991). Claimed self-handicaps and the self-handicapper: the relation of reduction in intended effort to performance. *J Res Pers*, 25:402-417.
- Rhodewalt F, Tragakis MW, Finnerty J. (2006) Narcissism and self-handicapping: linking self-aggrandizement to behavior. *J Res Pers*, 40:573-597.
- Sansone RA, McLean JS, Wiederman MW (2008a) The relationship between medically self-sabotaging behaviors and borderline personality disorder among psychiatric inpatients. *J Clin Psychiatry*, 10:448-452.
- Sansone RA, Wiederman MW, McLean JS (2008b) The relationship between childhood trauma and medically self-sabotaging behaviors among psychiatric inpatients. *Int J Psychiatry Med*, 38:469-479.
- Schlenker, BR, Laary MR (1982) Social anxiety and self-presentation: a conceptualization and model. *Psychol Bull*, 92:641-669.
- Schwinger M (2013) Structure of academic self-handicapping-global or domain-specific construct? *Learn Individ Differ*, 27:134-143.
- Shafraan R, Mansell W (2001) Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment. *Clin Psychol Rev*, 21:879-906.
- Sherman DK, Cohen GL (2006) The psychology of self-defense: self-affirmation theory. *Adv Exp Soc Psychol*, 38:183-242.
- Siegel PA, Scillitoe J, Parks-Yancy R (2005) Reducing the tendency to self-handicap: the effect of self-affirmation. *J Exp Soc Psychol*, 41:589-597.
- Smith TW, Snyder CR, Perkins SC (1983) The self-serving function of hypochondriacal complaints: physical symptoms as self-handicapping strategies. *J Pers Soc Psychol*, 44:787-797.

- Streamer L, Seery MD (2015) Who am I? The interactive effect of early family experiences and self-esteem in predicting self-clarity. *Pers Individ Dif*, 77:18-21.
- Suddarth BH, Slaney RB (2001) An investigation of the dimensions of perfectionism in college students. *Meas Eval Couns Dev*, 34:157-165.
- Tucker JA, Sobell MB, Vuchinich RE (1981) Alcohol consumption as a self-handicapping strategy. *J Abnorm Psychol*, 90:220-230.
- Want J, Kleitman S (2006) Imposter phenomenon and self-handicapping: links with parenting styles and self-confidence. *Pers Individ Dif*, 40:961-971.
- Warner S, Moore S (2004) Excuses, excuses: Self-handicapping in an Australian adolescent sample. *J Youth Adolesc*, 33:271-281.
- Wolters CA, Yu SL, Pintrich PR (1996) The relation between goal orientation and students' motivational beliefs and self-regulated learning. *Learn Individ Differ*, 8:211-238
- Zuckerman M, Kieffer SC, Knee CR (1998) Consequences of self-handicapping: effects on coping, academic performance, and adjustment. *J Pers Soc Psychol*, 74:1619-1628.
- Zuckerman M, Tsai FF (2005) Costs of self-handicapping. *J Pers*, 73:411-442..

---

**Yeter Sinem Üzar Özçetin**, Arş. Gör, Hacettepe Üniversitesi, Ankara; **Duygu Hiçdurmaz**, Yrd.Doç.Dr., Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Yeter Sinem Üzar Özçetin, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ankara, Turkey.  
E-mail: sinem\_uzar@hacettepe.edu.tr

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article

**Çevrimiçi adresi / Available online:** [www.cappsy.org/archives/vol8/no2/](http://www.cappsy.org/archives/vol8/no2/)

**Geliş tarihi/Submission date:** 01 Ekim/October 01, 2015 - **Kabul Tarihi/Accepted** 29 Ekim/October 29, 2015

---

# Aile İçi Şiddetin Çocuk Üzerindeki Etkileri ve Psikososyal Desteğin Önemi

## *Effects of Domestic Violence on Children and Significance of Psychosocial Support*

Neslihan Lök, Ceyda Başoğul, Selma Öncel

### Özet

Yaşam koşullarının gittikçe karmaşıklaştığı günümüzde, çocukların yetiştiği aile ortamı, ana-baba-çocuk ilişkileri ve çocuk yetiştirme yöntemleri, onların ruh sağlığını ve kişilik gelişimini etkileyen etmenler arasında önemli bir yer tutmaktadır. Aile ortamının çocuk için en güvenli ortam olduğu düşünülmeyle birlikte, pek çok anne babanın çocuklarını terbiye etme gerekçesiyle bilinçli ya da bilinçsiz olarak onlara eziyet ettikleri, zarar verdikleri ve fiziksel, ruhsal, zihinsel ve toplumsal gelişimlerini olumsuz yönde etkileyerek sağlıklı bireyler yetiştirdikleri görülmektedir. Bu nedenle, aile içi şiddete maruz kalan çocukların multidisipliner ekip üyeleri tarafından belirlenmesi, şiddetin ortaya çıkardığı etkilerini içeren psikososyal destek sağlanması gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Aile içi şiddet, çocuklar, psikososyal destek.

### Abstract

Nowadays increasing complexity of living conditions of children influence every aspect of family atmosphere, parent-child relationships and child rearing practices. These are significant factors in development of children's personality and sustaining their mental health. Although family environment is considered to be safest environment for children, many parents grind them consciously or unconsciously on the grounds of edification which might cause problems in their physical, spiritual, mental and affective growth leading them to be unhealthy individuals. Therefore, children exposed to violence by their family members should be determined by a multidisciplinary team to make a psychosocial support available..

**Key words:** Domestic violence, children, psychosocial support.

**ŞİDDET**, insan yaşamının her alanında görülebilen ve dünyada giderek artan önemli bir sorundur. Şiddet bir kişinin veya bazen bir grubun başka bir insan üzerinde güç ve kontrol kurma çabasıdır (Humphreys 2007). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1996 yılında yayınladığı Şiddet ve Sağlık Dünya Raporu'nda şiddeti, "birinin kendisine, karşısındaki kişiye, gruba ya da topluma karşı yaralanma, ölüm, psikolojik zarar ve ya kayıpla sonuçlanan ya da sonuçlanması muhtemel olan fiziksel güç ya da zorlama uygulaması ve ya tehdidinde bulunması" olarak tanımlamıştır (WHO 2002).

Şiddet olgusu insanlık tarihi ile birlikte ortaya çıkmış olup, birçok bireysel ve toplumsal öge ile birlikte karmaşık bir yapı ortaya koymaktadır. Bu nedenle şiddet olgusunu tanımlamak ve ortaya çıkarmak kolay olmamaktadır. Kendini çok farklı biçimlerde

gösterebilen şiddet, günümüzde gerek bireysel, gerekse toplumsal boyutta sık sık karşılaşılan bir olgudur. Ülkemizde şiddetin bir terbiye biçimi olarak algılanması, bunun hem aile içinde hem de kamusal yaşamda meşru olarak görülmesi; şiddetin hem tekrarlamasına, hem de gizlenmesine yol açmaktadır (Ayan 2007).

İnsanın doğduğu andan itibaren büyümesinde, gelişmesinde ve sosyalleşmesinde kısaca bireyin toplumun bir parçası olmasında ailenin rolü kaçınılmazdır. Bir çocuğun gelişiminde ilk sosyalleştiği yer ailesi; ilk iletişim kurduğu kişiler de aile bireyleridir. Çocuğun doğduğu andan itibaren kişiliğinin ve ruhsal yapısının temellerini ailesiyle kurduğu etkileşimden çıkardığı sonuçlar oluşturmaktadır. Çocuk, anne babaya yalnızca bakım ve beslenme açısından değil, aynı zamanda ilgi ve sevgi bakımından da muhtaçtır. Çocuk sevgi dolu ve huzurlu bir aile ortamında kurduğu temellerle davranışlarını, sosyal ilişkilerini ve topluma uyumunu düzenler. Bu nedenle anne babaların çocuklarına karşı gösterdikleri tutum ve davranışlar çocuğun gelişiminde etkilidir (Ovacık, 2008). Aile, yakın ilişkilerin, bütün doyumların, gelişimsel olanakların kaynağı olduğu gibi, kimi zamanda en büyük duygusal rahatsızlıkların, gerilim ve çatışmaların kaynağı da olabilir. Aile bireylerinden anneye, babaya ya da çocuğa uygulanan şiddetin tüm bireylerle yönelik olumsuz etkileri olmasına karşın en çok zarar görenlerin korunmasız olan çocuklar olduğu bildirilmektedir (Skinner ve ark. 2006).

Ülkemizde 2006 yılında yapılan bir araştırmaya göre, 3-17 yaş grubundan çocukları olan babaların %17'si ile annelerin %35'i cezalandırma amacıyla çocuklarını ara sıra (çoğu durumda "bazen") dövdüklerini kabul etmiştir. Aralarında "şiddet" olarak nitelenebilecek başka cezalandırma biçimlerine başvuranlar da vardır. Örneğin, annelerin %10'u son bir yıl içinde çocuklarını bir odaya kapatmıştır (UNİCEF 2015). Benzer biçimde, 2008 yılında yapılan Türkiye'de yapılan bir araştırmada, tüm bölgelerden toplam 12 ildeki ana babalara çocuklarına nasıl disiplin uyguladıkları sorulmuştur. Verilen yanıtlara göre ana babaların %9.3'ü fiziksel ceza uygulamakta, %7.3'ü çocuklarını "korkutmakta", %31.8'i de çocuklarına bağırarak veya yüksek sesle azarlamaktadır. Annelerin üniversite mezunu olmaları durumunda fiziksel cezalandırma daha az görülmektedir. Ana babalar çocuklarına uyguladıkları şiddeti "disiplin ve "kontrol" şeklinde gerekçelendirmekte, çocukların disiplin altına sokulmasında şiddetin yararlarına atıfta bulunan atasözleri hala dillerde dolmaktadır. Dezavantajlı kesimlerden gelen ve aile eğitimi kurslarına katılan ana babalar çocuklarını sıklıkla dövmediklerini ve onlarla nasıl konuşulacağını öğrendiklerini bildirmektedir. Bu da göstermektedir ki, ana babaların sürekli eğitilmeleri, bilinç ve duyarlılık geliştirme çalışmaları ailede şiddetin azaltılmasında önemli bir rol oynayabilmektedir (SHÇEK 2010).

## Aile İçi Şiddet ve Çocuk Üzerindeki Etkileri

Şiddet gören ya da yaşayan çiftler, bunu çocuklarına hissettirmediklerini, onları koruduklarını söyleseler de şiddetin yaşandığı ailelerde, çocuklarda dahil her birey yaşanan şiddetten olumsuz etkilenmektedir. Özellikle de çocukların şiddetin en ciddi mağdurları olduklarını, kadınların ya da erkeklerin ifadelerinin yanı sıra, aile içi şiddetle ilgilenen multidisipliner ekip ile yapılan görüşmelerden de çıkarmak mümkün olmaktadır (Tezcan ve ark. 2010). Şiddet yaşanan evlerde çocuklar çoğu kez şiddetin en yakın tanıkları, zaman zaman da doğrudan yaşayıcı olmaktadır. Anneler şiddet uygulayan babaya bazen müdahale etmek istedikleri için kendileri de şiddete maruz kalabilmekte ya da bu durumda bazen anne öfkesini çocuklarından alabilmektedir. Şiddet gören çocuklar genelde

fiziksel, duygusal ve sözel şiddetle karşılaşabilmektedir. Bu durum ise çocuklarda içine kapanma, korkular taşıma, iletişim sorunları yaşama, okul yaşamında başarısızlık, arkadaşlarının ailesiyle ilgili sorular sormalarından çekindiği için okula bile gitmek istememe olarak kendini göstermektedir (Kardam ve Yüksel 2010).

### ***Fiziksel Şiddetin Çocuk Üzerindeki Etkileri***

Fiziksel şiddet; kaba kuvvetin, kurbanın sindirilmesinde ya da korkutulmasında yaptırım aracı olarak kullanılmasıdır. “Tokatlama, çimdikleme, ısırma, itme, tekmeleme, boğazına sarılma, eline geçirdiği cisimle saldırma, kemik kırma, evden kovma, terk ve ölüm fiziksel şiddet olarak değerlendirilmektedir” (Yücel 1993). Çocukların aile içi fiziksel şiddete maruz kalması durumunda, genel muayene ile teşhisi mümkün olabilmektedir. Fiziksel şiddet sonucu genelde çocuklarda “çürükler, yanıklar ve kırıklar” oluşmaktadır. Fiziksel şiddete uğrayan çocuklarda sosyal uyum problemleri görülür. Genelde “içine kapanık, sessiz, uysal, başkalarıyla birlikteyken uyumlu, çekingen, bazen utangaç ve korkmuş bir izlenim bırakırlar” (Sokullu 2003).

### ***Duygusal Şiddetin Çocuk Üzerindeki Etkileri***

Duygusal şiddet çocukların, ebeveyn tarafından olumsuz tutumlara maruz kalmaları ve gereksinim duyulan sevgi ve ilginin karşılanamamasıdır. Aşağılayıcı sözler söylemek, isimler takmak, korkutmak, yeterli para vermemek, arkadaşlarını görmesini engellemek, yapmak istemediği işlere zorlamak, yalnız bırakmak, suça yöneltmek, duygusal ihtiyaçlarını karşılamamak, reddetmek, sevgiden yoksun bırakmak, sürekli eleştirmek, tehdit, terk etmekle korkutmak gibi birçok durum duygusal şiddete girmektedir (Kardam ve Yüksel 2010). Aile içinde duygusal şiddete maruz kalan çocukta duraklama, engelleme, gerileme oluşturan davranışlar oluşabilmektedir. Çocuğun olumlu yönde gelişimine ket vuran ve fiziksel şiddeti içermeyen davranışlar da duygusal şiddet kapsamına girmektedir. Burada unutulmaması gereken önemli bir durumdur, duygusal şiddetin etkileri, fiziksel şiddetin etkilerinden daha geç iyileşmesidir (Phillips 2012).

### ***Sözel Şiddetin Çocuk Üzerindeki Etkileri***

Söz ve hareketlerin, karşı taraf üzerinde sindirme, baskı ve korkutma amacıyla cezalandırma ve kontrol kurma aracı olarak kullanılması sözel şiddet olarak tanımlanmaktadır. Çocuğa yönelik olarak güven sarsıcı nitelikte ağır hakaretleri içerebilmektedir. Duygusal şiddetle iç içe geçebilmekle beraber aralarında bazı farklar da vardır. Sözel şiddette, hakaretler ve davranışların sözel ifadesi ön plandadır. Genelde öfke kontrolünün sağlanamaması sonucunda ani parlamaların etkisiyle ortaya çıkmaktadır (Tezcan ve ark. 2010). Sözel şiddet gören çocukta özgüven eksikliği, tedirginlik, sinirlilik, korku, depresyon, içe kapanma, isteksizlik ve ümitsizlik gibi birçok ruhsal problem görülebilmektedir (Phillips 2012).

## **Şiddet Sonrası Çocukta Görülen Sorunlar**

Aile içindeki şiddetin çocuklar üzerindeki en büyük etkisi, çocukların ailede işlerin böyle yürüdüğüne inanmalarıdır. Bu çocukların geleceğin şiddet uygulayanları veya istismarcıları olma olasılıkları daha fazladır. Babasının annesine şiddet uyguladığına tanıklık eden erkek çocuk, kadınlara şiddet uygulamanın normal bir davranış biçimi olduğunu öğrenecektir. Bu çocuklar yaşamlarındaki her türlü 32 problemin çözümünü

şiddetle sağlamaya çalışacaktır. Ayrıca şiddet içeren evlerde büyüyen gençler, madde kullanımı, intihar ve evden kaçmalar açısından büyük risk altındadırlar (Polat 2001). Vahip ve Doğanavşargil (2006) tarafından yapılan araştırma sonucu da çocuklukta fiziksel şiddet öyküsü ile kendi çocuğunu kötüye kullanma arasında anlamlı ilişki olduğunu desteklemiştir.

Çocuk istismarı ve ihmalinin özellikle fiziksel istismarın sonuçlarına baktığımızda; bu çocuklarda, çeşitli sakatlıklar, kırıklar, beyin kanamaları, iç organ yaralanmaları sonucu ortopedik sakatlıklar, felçler, havale, zeka özürü, çeşitli organ yetersizlikleri, bu hasarların çok ağır olması durumunda ise ölümün ortaya çıktığını görebiliriz. Yaşamı kurtulanlarda ise depresyon, kaygı bozukluğu, sosyal uyumsuzluk, dışı vurum ya da içe atım sorunları, karşı olma ve karşı gelme bozuklukları vb. gibi ruhsal sorunlar gelişebilir. Bunun yanı sıra zekâ özürü ya da ruhsal örselenme sonucu bu çocuklarda genellikle okul başarısı düşüktür, bilişsel gelişimleri olumsuz yönde etkilenmektedir (Kaymak Özmen 2004, Çaylı ve Rahte 2010). Ailedeki ilişkiler sisteminin bozuk olması, karı kocanın ilişkilerindeki kopukluk, çocuklara yönelik şiddet, gelecekte bir yetişkin olarak çeşitli toplumsal rol ve işlevler üstlenecek çocukların, psiko-sosyal açıdan sağlıklarını olumsuz etkilemektedir. Sapma davranışları olarak nitelendirilebilecek çeşitli davranışların sağlıklı aile ortamında yetişmiş bireylerce daha sıklıkla gösterildiği bilinmektedir. (Yenibaş ve Şirin, 2007) Agathonos- Georgopoulou (1999)'a göre hasar gören çocuk, ana baba ve ailenin bir imdat çağrısı, teşhis ve bakım gerektiren bir durumun ifadesi olarak görülmektedir (Yenibaş ve Şirin 2007).

Çocukların hayatında şiddet sadece sağlığını değil, ruhsal açıdan da gelişimlerini etkilemektedir. Çocuklarda, sosyal uyum azlığı, anti-sosyal davranışlar, okul devamlılığında azalma, dikkat azlığı, okul başarısında düşüklük, başkalarına şiddet gösterme, düşük benlik saygısı, güvensizlik, okula gitmeye korkma, yeme bozuklukları, sağlık problemleri, madde bağımlılığı, intihar girişimi, huzursuzluk, depresyon, hatalı cinsel seçimler, kendine zarar verme, suç işleme ve hatta ölüm ile sonuçlanmaktadır (Skinner ve ark. 2006, Kırbaş ve ark. 2007). 18-20 yaşları arasında sevgi ve saygıya dayalı bir aile ortamı içinde yaşayan gençler ile reddedilen, gereksinimleri karşılanmayan gençler arasındaki davranışsal farkların incelendiği bir çalışmada; sevgi ve saygıya dayalı bir aile ortamı içinde yetişen gençlerin kendini kabul düzeyi yüksek, sosyal ilişkilerinde başarılı, bağımsız bireyler oldukları gözlenirken, reddedilen ve kısıtlanan gençlerin ise içine kapanık, kendilerine fiziksel zarar veren, çevresine saldırganca davranan kişiler oldukları saptanmıştır (Ovacık 2008). Çocuklar şiddet uygulayan ebeveynlerini model aldıklarından dolayı, onları taklit etmektedirler (Kırbaş ve ark. 2007).

Tezcan ve arkadaşlarının (2010) kadına yönelik aile içi şiddet ve sağlık sonuçları ile ilgili çalışmalarında, annenin fiziksel veya cinsel şiddet yaşama durumuna göre çocuklarda görülen davranış sorunları sık sık kabus görme, yatağını ıslatma, çekingen/içine kapanık olma, Anneye/diğer çocuklara karşı saldırgan olma ve hırçınlaşarak ağlama olarak belirtmişlerdir. Buna göre şiddet yaşamış kadınların çocuklarında davranış sorunları, şiddet yaşamamış kadınların çocuklarına oranla daha yaygın olarak görülmektedir. Örneğin şiddet yaşamış yaklaşık her 10 kadından dördünün çocuğunda "anneye veya diğer çocuklara karşı saldırgan olma" davranışı görülürken, bu oran şiddet yaşamamış kadınların çocukları arasında neredeyse yarı yarıya düşmektedir (Tezcan ve ark. 2010).

Aile içi şiddetin toplumsal, sosyal, ekonomik gibi birçok boyutta etkileri vardır. Bunun nedenlerini ortaya çıkarmak bazı kültürel özellikler ve inançları ortaya çıkarmakla



ilgili olabilmektedir. Bu davranışların ortaya çıkartılmasında ve azaltılmasında sağlık personeline büyük görevler düşmektedir (Çetinkaya Duman ve ark. 2003). Hemşire mesleğinin gereği olarak, birey, aile ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürmede görev yapan sağlık ekibi üyesidir. Özellikle çocukluk döneminde ortaya çıkabilecek riskli davranışlar (sigara, alkol ve madde bağımlılığı, intihar, şiddet davranışı, riskli cinsel davranışlar vb.) konusunda koruyucu müdahaleleri gerçekleştirir. Bu doğrultuda çocuğa, aileye ve topluma danışmanlık yapar (Resmi Gazete 2010). Bu yüzden hemşire toplum, çocuk ve onun ailesiyle çalıştığından dolayı aile içi şiddet konusunda koruyucu ve iyilik halini sürdürmede bilgi sahibi olmalıdır. Pek çok alanda görev yaptığı için hemşirenin aile içi şiddetin önlenmesinde, tedavi edilmesinde ve azaltılmasında etkin bir konumu vardır. Hemşireler aileyi bulunduğu ortamda gözleyebilme, etkileyebilme ve eğitime şansına sahiptir (Ford-Gilboe ve ark. 2011, Humphreys ve Campbell 2011).

## Aile içi Şiddete Psikososyal Yaklaşım

Genel anlamda, aile içi şiddeti önleyebilmek öncelikle onun toplumsal bir olgu olduğunu kabul etmeyi gerektirmektedir. Bu durumda, tüm toplumsal kuruluşların kendi paylarına düşeni yapmaları gerekmektedir. Örneğin hukuksal alanda cinsiyet farklılıklarını temel alarak hazırlanan yasalardan çok, adının uğradığı şiddeti kanıtlamasına yardımcı, duygusal ve maddi zararını karşılamayı esas edinen, şiddeti uygulayana caydırıcı cezai hükümler sunan yasal düzenlemelere gereksinim vardır (Page ve İnce 2008). Aile içi şiddete psikososyal yaklaşımda hemşire, hekim, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, emniyet mensupları gibi birçok meslek üyelerinin bulunduğu multidisipliner ekip üyeleri yer almaktadır (Humphreys ve Campbell 2011). Uzmanlar psikososyal yaklaşımda üç aşama tanımlanmışlardır. Bu alanda yapılması gereken ekip üyelerinin belirlenmesi ve aile ile görüşmede şiddet ile ilgili yeterli ve doğru bilgi alma ve şiddeti tanımlamak olarak belirlenebilir (Patel ve ark. 2012). Daha sonra şiddet olgusuna maruz kalan aile üyelerine koruyucu ve önleyici çalışmalar kapsamında psikososyal yaklaşımda bulunulmalıdır.

Psikososyal müdahaleler arasında; Aile Odaklı Terapiler, İnsan ilişkilerinde Yaratıcı Drama Yaklaşımı, Psikodrama, Bilişsel Davranışçı Terapi, Çözüm Odaklı Terapi gibi uygulamalar yer almaktadır (Eriksson ve Näsman, 2012). Aile içi şiddette uygulanabilecek psikososyal uygulamaları ilgili yaklaşımın eğitim sürecini tamamlayan hemşire, psikiyatri uzmanı, psikolog, sosyal çalışmacı gibi sağlık profesyonelleri verebilir. terapilerinde aile içi şiddeti önlemeye yönelik ana yaklaşım, akut sorunun yani aile içi şiddetin anlaşılması ve çözümüdür. Öncelikle danışmanlıktan ziyade aileye gereksinim duydukları konularda destek vermek önemlidir. Akut sorunun çözümünden sonra aile bireyleri arasındaki uyumu geliştiren sözel iletişim şekillerini artırmak gelir. Aile üyeleri zıt kutuplarda toplanıp birbirlerinin iletişim çabalarını işitmeme ve dikkate almama eğiliminde olmaktadır. Sürekli bir ağız dalaşı içinde olabilirler. Aile terapisine aile üyelerinin tümü birlikte ya da ayrı ayrı alınabilir. Görüşmelerde aile üyelerinin birbirlerini dinleme ve anlamasına yardımcı olunmaktadır.

Tol ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında eş şiddetine maruz kalan annelerin şiddete bir şekilde tanıklık eden çocuklarında şiddete uğramayan çocuklara oranla benlik saygısı, anksiyete, depresyon ve davranış sorunlarının olduğu görülmüştür. Moylan ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada aile içi şiddete maruz kalmış çocuklar ve ergenlerdeki davranış sorunlarına yönelik psikodrama uygulaması yapılmıştır. Uygulama

sonrası çocukların davranış problemlerinde önemli oranda azalma olduğu görülmüştür (Moylan ve ark. 2010).

## Sonuç

Şiddetin sıklığı ve seviyesi, şiddetin azaltılması için benimsenen politikaların uygulanması ve etkileri de düzenli olarak nesnel bir değerlendirmeye tabi tutulmalıdır. Çocuklara yönelik şiddeti önlemeyi hedefleyen bir strateji, çocuklara en azından belirli biçimlerde şiddet uygulanmasını normal hatta yararlı sayan görüşlerin de var olduğunu hesaba katmalıdır. Dikkat edilmesi gereken bir başka nokta da, şiddetin çoğu kez bir sorun çözme yolu olarak haber ve magazinlerde de ön plana çıkarılması, yetişkinler arasında şiddetin normal ve kabul edilebilir sayılmasıdır. Sonuçta, çocuklar şiddeti yetişkinlerden öğrenmektedir. Aile içi şiddet, çocukların sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Aile içi şiddete tanık olan veya şiddete uğrayan çocuklarda, anksiyete, depresyon, öğrenme güçlüğü, duygu ve davranış bozuklukları, sonraki yaşamlarında daha fazla şiddete maruz kalma ve kendilerinin de şiddet uygulaması, okul başarısızlığı, post-travmatik stres bozukluğu, somatik yakınmalar, anti-sosyal davranış, fobi, uyum bozuklukları ve içe kapanma gibi sorunlar görülmektedir. Destekleyici olmayan ebeveyn tepkisi çocukta sürekli olumsuz duyguların ifade edilmesine, başarısız baş etme becerilerine ve düşük sosyal becerilere yol açabilmektedir. Bu nedenle, aile içi şiddete maruz kalan çocukların multidisipliner ekip üyeleri tarafından belirlenmesi, şiddetin ortaya çıkardığı etkilerini içeren psikososyal destek sağlanması gerekmektedir. Ancak bu süreçte o olumsuz sonucun hazırlayıcısı ya da doğrudan nedeni olan şiddetin de mutlaka hatırlanması ve buna yönelik gerekenlerin yapılması da unutulmamalıdır..

## Kaynaklar

- Ayan S (2007) Aile içi şiddete uğrayan çocukların saldırganlık eğilimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8:206-214.
- UNICEF (2015) Riskler ve Çocuk Koruma. <http://unicef.org.tr/sayfa.aspx?id=22&mnid=65&d=1&dil=tr> (accessed at 9.19.2015).
- Çaylı E, Rahte D (2010) Aile içi şiddet ve medya: gündüz kuşağı televizyonunda, şiddetin görünürlüğü ve yeniden üretimi. *İletişim Kuramı ve Araştırma Dergisi*, 30:78-83.
- Duman Çetinkaya Z, Özdağ Ş, Özcan A (2003) Aile içi şiddetin çocuk üzerindeki etkisi konusunda hemşire öğrencilerin görüşleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(2):50-56.
- Eriksson M, Näsman E (2012) Interviews with children exposed to violence. *Child Soc*, 26:63-73.
- Ford-Gilboe M, Varcoe C, Wuest J, Gray-Merritt M (2011) Intimate partner violence and nursing practice. In *Family Violence and Nursing Practice* (Eds J Humphreys, JC Campbell): 115-154. New York, Springer Publishing Company.
- Resmi Gazete (2010) Hemşirelik Yönetmeliği, 8 Mart 2010. Ankara, T.C. Başbakanlık.
- Humphreys CA (2007) Health inequalities perspective on violence against women. *Health Soc Care Community*, 15:120-127.
- Humphreys JC, Campbell A (2011) *Family Violence and Nursing Practice*, 2nd Edition. New York, Springer Publishing Company.
- Kardam F, Yüksel İ (2010) Kadına yönelik aile içi şiddet algısı: niteliksel araştırma sonuçları. In *Türkiye'de Kadın Yönelik Aile İçi Şiddet* (Eds S Üner, F Kardam):103-165. Ankara, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü.
- Kaymak Özmen S (2004) Aile içinde öfke ve saldırganlığın yansımaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 37(2):27-39.
- Kırbaş, Ş, Taşmektepligil Y, Üstün A (2007) Ortaöğretimde gençleri şiddete yönelten nedenler ve şiddeti engellemede spor aktivitelerinin rolünün incelenmesi Amasya ili örneği. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 5:177-185.
- Masuda Y (2011) Problems on legal policies regarding the prevention of child abuse, elder abuse, spousal violence and ill-treatment of persons with disabilities in Japan. *Rev Leg Polit Sci*, 47:171-186.
- Moylan CA, Herrenkohl TI, Sousa C, Tajima EA, Herrenkohl RC, Russo MJ (2010) The effects of child abuse and exposure to domestic violence on adolescent internalizing and externalizing behavior problems. *J Fam Violence*, 25:53-63.

- Ovacık AC (2008) Aile içi şiddetin erkek çocuğun şiddet içeren suç işleme davranışına etkisi (Yüksek lisans tezi). İstanbul, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü.
- Page ZA, İnce M (2008) Aile içi şiddet konusunda bir derleme. Türk Psikoloji Yazıları, 11(22):81-94.
- Patel MN, Bhaju J, Thompson MP, Kaslow NJ (2012) Life stress as mediator of the childhood maltreatment-intimate partner violence link in low-income, African American women. *J Fam Violence*, 27:1-10.
- Phillips D (2012) Troubled children: violence and illicit sexual behaviour in Trinidad schools, *Caribbean Dialogue*, 13:37-66.
- Polat O (2001) Çocuk ve Şiddet. İstanbul, Der Yayınları.
- SHÇEK (Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu) (2010) Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Raporu. Ankara, Avrupa Birliği.
- Skinner D, Tshoko N, Mtero-Munyati S, Segwabe M, Chibatamoto P, Mfecane S et al. (2006) Towards a definition of orphaned and vulnerable children. *AIDS Behav*, 10:619-626.
- Sokullu F (2003) Kriminoloji ve viktimoloji bağlamında aile içi şiddete genel bir bakış. In Türkiye'de Aile İçi Şiddet (Eds FS Akıncı, K İçel, Y Ünver):79-82. İstanbul, Beta Basım Yayım.
- Tezcan S, Yavuz S, Tunçkanat H (2010) Kadına yönelik aile içi şiddet ve sağlık sonuçları. In Türkiye'de Kadın Yönelik Aile İçi Şiddet (Eds S Ünler, F Kardam):8-11. Ankara, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü.
- Tol WA, Reis R, Susanty D, de Jong JT (2010) Communal violence and child psychosocial well-being: qualitative findings from Poso, Indonesia. *Transcult Psychiatry*, 47:112-135.
- Vahip I, Doğanavşargil Ö (2006) Aile içi fiziksel şiddet ve kadın hastalarımız. *Türk Psikiyatri Derg*, 17:107-114.
- WHO (2002) World Report on Violence and Health, Summary. Geneva, World Health Organization.
- Yenibaş R, Şirin A (2007) Ailede Çocuğun İstismarı ve Umutsuzluk. Ankara, Nobel Yayıncılık.
- Yücel M (1993) Ailede şiddet çocuk suçluluğu ve çocuk yargılaması. Çocuk İstismarının ve İhlalinin Önlenmesi Birinci Balkanlar, Kafkasya ve Ortadoğu Konferansı Ankara, 19-21 Nisan 1993 Poster Bildiri.

---

**Neslihan Lök**, Arş. Gör, Selçuk Üniversitesi, Konya; **Ceyda Başoğul**, Arş.Gör, Adıyaman Üniversitesi, Adıyaman; **Selma Öncel**, Doç.Dr., Akdeniz Üniversitesi, Antalya.

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Neslihan Lök, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Konya, Turkey.  
E-mail: neslihanlok@akdeniz.edu.tr

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article

**Çevrimiçi adresi / Available online:** [www.cappsy.org/archives/vol8/no2/](http://www.cappsy.org/archives/vol8/no2/)

**Geliş tarihi/Submission date:** 01 Aralık/December 01, 2015 · **Kabul Tarihi/Accepted** 30 Aralık/December 30, 2015

---

# Levinson'un Kuramında İlk Yetişkinlik Döneminin Yaşam Yapısı

## *Life Structure of Early Adulthood Period in Levinson's Theory*

Yahya Aktu

### Özet

İlk yetişkinlik, alanyazında yaşam boyu gelişim çerçevesinde ele alınan önemli dönüm noktalarından biridir. İlk yetişkinlik dönemi, psikolojik olarak yaşamın en doyumlu ve bir o kadar da yıpratıcı yıllarını oluşturmaktadır. Öteden beri ilk yetişkinliği açıklamaya çalışan kuramların evrenselliği tartışılmaktadır. Bu kuramlardan bir tanesi de ilk yetişkinlik yıllarına vurgu yapan Levinson'un bireysel yaşam yapısı kuramıdır. Bu çalışmada Levinson'un bireysel yaşam yapısı kuramına göre ilk yetişkinlik dönemi yapı-kurma ve yapı-değiştirme gelişim görevleri açısından incelenmiştir.

**Anahtar sözcükler:** İlk yetişkinlik, yaşam yapısı, yaşam döngüsü.

### Abstract

Early adulthood is one of the important defining periods considered within life-long development in the relevant literature. Early adulthood period consists of psychologically the most satisfying as well as turbulent years of one's life. Universality of theories explaining early adulthood has long been discussed. One of these theories is the Levinson's theory of individual life structure that emphasis on early adult years. In this study life structures of individuals in the early adulthood period was examined in terms of structure-building and structure-changing development tasks, regarding Levinson's theory of individual life structure.

**Key words:** Early adulthood, life structure, life cycle.

**İNSAN**, dünyaya geldiği andan itibaren yaşamı boyunca çeşitli gelişim dönemlerinden geçmektedir. İnsan gelişimi, felsefe alanında yaşamdaki değişimlere uyum sağlama, yaşamı anlama kapsamında kendine yer bulmaktadır (Platon 2006). Değişen dünyada değişen bireyi anlamaya çalışma görevi verilen psikoloji biliminin (Onur 2000) yaşam boyu gelişim yaklaşımına göre insan gelişimi, döllenmeyle başlamakta ve ölümle son bulmaktadır. (O'Rand ve Krecker 1990, Murdy ve ark. 2003, Santrock 2006, Overton 2010, Huang 2013). Yaşam dönemlerindeki değişimler, bireysel farklılaşmaya bağlı olarak tutumları, davranışları ve rolleri yeniden yapılandırabilmektedir (Levinson 1986). Dolayısıyla yaşamın her dönemine atfedilen çeşitli yaşamsal görevler bulunmaktadır. Bunlara gelişim görevleri denir.

Gelişim görevi, bireyin içinde bulunduğu yaşam döneminde üstesinden gelinmesi gereken bazı görevleri, sorumlulukları, kazanılması gereken özellikleri ve geliştirilmesi gereken davranışları belirtmektedir (Bacanlı 1998). Gelişim görevi kavramını geliştiren

Havighurst (1972), bunları yaşamın belli dönemlerinde ortaya çıkan, başarıldığında yaşamın devamındaki dönemlerde mutluluğa, başarılmadığında mutsuzluğa yol açan, toplum tarafından onaylamaya ihtiyaç görülen görevler olarak tanımlamaktadır. Her gelişim döneminde olduğu gibi yetişkinlikte de başarılması gereken gelişim görevleri bulunmaktadır.

Günümüzde çocukluk, ergenlik gibi gelişim dönemlerini açıklayan birçok kuram bulunurken yetişkinliği derinlemesine açıklayan kuram sayısı sınırlıdır. Ayrıca yetişkinlik, ilk yetişkinlik, orta yetişkinlik ve ileri yetişkinlik kavramları bilimsel dil açısından belirsizliğini korumaktadır. Alanyazında gelişim görevlerini açıklamaya çalışan ve yetişkinlik yıllarına önemle eğilen Havighurst'la birlikte Bühler, Jung, Gould, Vaillant, Erikson gibi kuramcılarının yanı sıra yetişkinlik yıllarına önem veren bir başka kuramcı da Levinson'dur (Eryılmaz 2011, 2013).

Bu çalışmanın bir amacı, yetişkinlik kuramları içinde gittikçe önemi artan Levinson'un yaşam yapısı kuramını geniş açıdan gözden geçirmektir. Bu çalışmadaki bir diğer amaç ise, ilk yetişkinlik dönemini yaşam yapısı kuramı açısından ayrıntılı olarak ele almak, kuramla ilgili olarak yurtdışı alanyazınında yapılan çalışmaların genel bir taramasını yapmaktır.

## Levinson'un Bireysel Yaşam Yapısı Kuramı

Yetişkin gelişimini yaşam akışı veya süresi çerçevesinde açıklayan Levinson, orta yetişkin erkekleri inceleyerek bireysel yaşam yapısı kuramını oluşturmuştur (Levinson, 1978, 1986). İlerleyen yıllarda (1987/1996) ise buna ilk ve orta yetişkin kadınları ekleyerek kuramını geliştirmiştir. Levinson'a (1978, 1986, 1996) göre, her değişim evresinin kendisine özgü yapısını oluşturan psikolojik özellikler, sosyal grup, kurum özellikleri ve sergiledikleri roller bulunmaktadır. Levinson yetişkin gelişiminin psikoloji bilimi için anlamlı bir sorun olduğunu belirtmiştir. Yetişkin gelişimi, psikoloji, sosyoloji, tarih, biyoloji gibi diğer disiplinler arası önemli bir bağlantı noktasıdır (Levinson 1986, 1996). Bu açıdan sözü edilen bilimlerin ortak olarak yetişkinliği ele almaları gerekmektedir. Levinson yetişkin gelişimini incelerken ortaya koyduğu bireysel yaşam yapısı kuramında yaşam akışı, yaşam döngüsü, yetişkin gelişimi ve yaşam yapısı kavramlarına vurgu yapmaktadır.

### *Yaşam Akışı*

Bu kavram, bir insanın yaşamının başlangıcından bitimine kadar olan gelişiminin görülebilir özellikleridir. Yaşam akışı dalgalanmaları, ilerlemeleri ve gerilemeleri içerdiği için anlaşılması basit ve sürekli bir süreç değildir. Yalnızca belirli bir anı veya birbiriyle ilişkili olmayan birkaç evreyi incelemek, yeterli değildir. Birey, yaşam boyunca tüm yönleri ile incelenmelidir. Örneğin, beklentileri, yaşam amaçları, bedensel değişimleri, zor zamanları, toplumsal rolleri gibi anlamlı tüm yönleri ele alınmalıdır. Yaşam akışı incelenirken biyo-psiko-sosyal etmenler birlikte değerlendirilmelidir. Böylece yetişkin birey, ahlak gelişimi, biyolojik yaşlanma, mesleki tercihler, strese uyum sağlama, yetişkin sosyalleşmesi gibi değişik kuramsal yaklaşımları birlikte ele alınarak daha iyi anlaşılabilir (Levinson 1986, 1996, Kittrell 1998, Minter ve Samuels 1998). Bunların ötesinde yaşam akışının niteliksel olarak yaşamdaki kararlılığı ve değişimi içeren farklı evreleri bulunmaktadır. Bireysel farklılıklara ve toplumsal etkenlere göre sözü edilen süreçler

niteliksel açıdan farklılaşabilir. Ancak sıralama yaşam akışı içerisinde yaş ile yakın ilişki-  
lidir. Levinson'un kuramında ele alınan ikinci kavram "yaşam döngüsü" dür.

### ***Yaşam Döngüsü***

Yaşam döngüsü kavramı, mevsimler veya çağlar sıralaması, düzenlemesi olarak belirtil-  
mektedir. Yaşam döngüsü, yaşam akışının belirli bir sıra içerisinde gelişimini ve değiş-  
imini ifade etmektedir. Her insanın yaşamının düzenini sağlayan ve bireysel farklılıkları  
oluşturan yaşam döngüsünün yapısı, çağların ve geçiş dönemlerinin toplamından oluş-  
maktadır. Levinson'a (1986, 1996) göre her çağın/mevsimin kendi içinde biyolojik,  
psikolojik ve sosyal boyutları bulunmaktadır. Bu boyutların her biri yaşam yapısına  
farklı katkılarda bulunmaktadır. Yaşam döngüsündeki çağlar dört evreden oluşmaktadır.  
Bu evreler sırasıyla ön yetişkinlik, ilk yetişkinlik, orta yetişkinlik ve ileri yetişkinliktir.

Ön yetişkinlik çağı, bireyin doğumundan yaklaşık olarak 22 yaşına kadar sürmekte-  
dir. Bu çağda birey, bebeklik, çocukluk ve ergenlik dönemlerinden geçerek bağımlılık-  
tan bağımsızlığa doğru bir yol alır. Bu çağda birey en hızlı biyolojik, psikolojik ve sosyal  
gelişimi ve değişimi geçirir. Bu çağ, yetişkinliğe hazırlıktır. Birey bu çağda, annesinden,  
ailesinden ve akran gruplarından ayrı bir birey olduğunu fark ederek benlik yatırımını,  
kendilik değerini oluşturur. Böylece, birey bireyselleşme için ilk adımı atmış olur (Le-  
vinson 1986, 1996).

İlk yetişkinlik çağı, ilk yetişkinliğe geçiş dönemiyle başlayan ve orta yaş geçişi ile son  
bulan yaklaşık 17-45 yaş arasında yer almaktadır. Bu çağ çok büyük bolluğun ve fazla  
enerjinin, fırsatların ve ödüllerin olduğu zaman dilimidir. Bu çağ biyolojik açıdan 30  
yaşa kadar yaşam döngüsünün zirve yıllarıdır (Levinson 1986). Yine bu çağ, psikolojik  
açıdan cinsellik, aşk, aile yaşamı, meslekte ilerleme, yaratıcılık ve yaşam amaçlarını  
gerçekleştirme konusunda yaşam doyumunun yüksek olduğu yıllardır. Sosyal açıdan ise  
bu çağ, toplumsal rollerin yerine getirilmesi, bir aile kurulması, toplumda daha saygınlık  
kazanılması konusunda zengin ilişkilerin gerçekleştiği yıllardır. Öte yandan, bu çağ en  
büyük çelişkilerin, streslerin, risklerin, bedellerin ve hayal kırıklıklarının olduğu mev-  
simdir. Birey, bireysel tutkuların, isteklerin, beklentilerin gerçekleşmediği gördüğünde  
yaşamdan darbe yemiş gibi olur (Levinson 1986, 1996, Arnett 2000, Shanahan ve ark.  
2005).

Orta yetişkinlik çağı, orta yaş ile ileri yaş geçiş dönemleri arasında kalan yaklaşık  
40-65 yaş diliminde yer almaktadır. Bu çağda biyolojik açıdan duraksama veya gerileme  
görüldürken, psikolojik açıdan doyum verici ve yeterli ve sosyal açıdan değerli bir yaşamı  
sürdürme görülebilmektedir. Bu çağda yeni nesilleri yetiştirme ve sonraki kuşaklara  
deneyimlerini paylaşma görevi yerine getirilerek sosyal açıdan verimli geçirilir. Bu bak-  
ımdan orta yetişkinlik döneminde birey, yaşam yapısında bir yapı kurma veya bir  
yapıyı değiştirme öntüsünü sergileyebilmektedir (Levinson 1986, 1996).

İleri (son/geç) yetişkinlik çağı ise, son yetişkinlik geçiş dönemi ile ileri yetişkinlik  
sonrası dönem arasında kalan yaklaşık 65 ve üstü yaşları arasında yer almaktadır. Emek-  
lilik ve sağlık sorunlarıyla baş etmesini sağlayacak yeni bir yaşam yapısı kurar. Örneğin,  
hobi bahçesi, deneyimleriyle ilgili bir kitap yazma bu sorunlarla baş etmek için tercih  
edilen eğilimler olabilir. Öte yandan gençlik dönemindeki kayıplarla ilgili psikolojik  
konulara eğilimler (Levinson 1986, 1996). Levinson'un kuramında ele alınan üçüncü  
kavram "yetişkin gelişimi" dir.

### ***Yetişkin Gelişimi***

Yetişkin gelişimi yaşam döngüsünde yerleşik evreler ve geçiş evreleri olmak üzere dokuz dönemden oluşmaktadır. Yetişkin yaşam döngüsündeki yerleşik dönemler ilk yetişkinlik için yaşam yapısına giriş (22-28 yaş), ilk yetişkinlik için yaşam yapısını sonuçlandırma (33-40 yaş), orta yetişkinlik için yaşam yapısına giriş (45-50 yaş), orta yetişkinlik için yaşam yapısını sonuçlandırma (55-60 yaş) olmak üzere dört evreden oluşmaktadır. Yetişkin yaşam döngüsündeki geçiş dönemleri ise, ilk yetişkinliğe geçiş (17-22 yaş), 30 yaş geçişi (28-33 yaş), orta yaş geçişi (40-45 yaş), 50 yaş geçişi (50-55 yaş) ve son yetişkinlik geçişi (60-65 yaş) olmak üzere beş evreden oluşmaktadır (Levinson 1978, 1986).

İlk yetişkinlik çağının ilk üç evresi (ilk yetişkinliğe geçiş, ilk yetişkinlik için yaşam yapısına giriş ve 30 yaş geçişi) bu dönemin başlangıç, alıştırma, acemilik evresini oluşturur. Bu dönemler, ergenlikten yetişkinliğe geçme, oluşturulması zorunlu olan ve sürekli olmayan bir yaşam yapısını biçimlendirme ve bu yapının neleri kazandığının fırsatını sunar. Bu çağın son iki evresi (ilk yetişkinliğin yaşam yapısını sonuçlandırma ve orta yaş geçişi) ise, bu dönemin çabalarının getirdiği sonuçlandırma evresini oluşturur (Levinson 1986, 1996).

Orta yetişkinlik çağının ilk üç evresi (orta yaş geçişi, orta yetişkinlik için yaşam yapısına giriş ve 50 yaş geçişi) bu dönemin başlangıç, çıraklık, acemilik evresini oluşturur. Bu dönemlerde birey, ilk yetişkinliğin olgunluk ve orta yetişkinliğin çıraklık durumu içindedir. Bu çağda bir yaşam yapısını kurma, sınama ve değiştirme imkanı bulunana kadar denemeler sürdürülür. Bu çağın son iki evresi (orta yetişkinliğin yaşam yapısını sonuçlandırma ve ileri yaş geçişi) ise, bu dönemin çabalarının getirdiği sonuçlandırma evresini oluşturur. Bu iki evre, bir sonraki aşamaya geçişin hazırlığını oluşturur (Levinson 1986, 1996). Levinson'un kuramında ele alınan dördüncü ve son kavram "yaşam yapısı" dır.

### ***Yaşam Yapısı***

Bu kavram, bireyin yaşadığı benlik tasarımı (kendilik yatırımı/bireysel) ile sosyal rollerinin (diğerleri ile anlamlı ilişkiler/toplumsal) toplamından oluşur. Benlik tasarımı (bireysel/işsel) süreçleri, bireysel beklentileri, umutları, hedefleri, becerileri, yaşam amaçları, değerleri ve durumlara yüklediği anlamları, yorumlamalarını içerir. Sosyal (dışsal) süreçler ise, toplumsal sorumlulukları, üstlendiği rolleri, üyelikleri, aile ilişkileri, iş yaşamındaki tercihleri, boş zaman etkinlikleri, arkadaşlık ilişkileri, yaşam tarzları, sosyo-ekonomik yaşam tercihlerinin tümünü içermektedir (Levinson 1986, 1996).

Sosyal süreçler (anlamlı ilişkiler), karşılıklı bireylerin istek, enerji, değerler, amaçları vb. kendilik değer yatırımlarını, bu yatırımlarını biçimlendiren toplumsal bağlamı içine alır. Bu ilişkiler aracılığıyla birey topluma katılır ve yaşam akışına biçim verir. Dostlar, eşler, anne babalar ve çocuklar, amirler ve iş arkadaşları, öğretmenler ve öğrenciler, ölmüş bir insan, simgesel bir grup, topluluk, dini cemaat, sendika, kuruluş, doğa, evren, yer ve özel bir nesne anlamlı başkasını ifade etmektedir. Her ilişki yaşam döngüsü içindeki değişimleri ve istikrarları gösterir. Yaşam yapısının değişmesiyle birlikte bireyin yaşamında bu ilişkilerin değişik işlevleri bulunmaktadır. Böylece, yaşam yapısı kavramı yaşam akışı içerisindeki değişimi, benlik tasarımını ve diğerleriyle olan anlamlı ilişkilerini incelemeyi gerekli kılmaktadır (Levinson 1978, 1986, 1996).

Levinson'a (1986, 1996) göre yaşam yapısı kavramı, kişilik terimiyle karşılaştırılarak daha iyi anlaşılabilir. Kişilik kuramları somut olarak bireyin nasıl bir insan olduğuyula ilgilenirken, yaşam yapısı kuramı şu anda nasıl bir yaşam olduğuyula ilgilenmektedir.

Kişilik kuramları, yetenekler, benlik imgeleri, değer yapıları, düşünce biçimleri gibi özelliklere göre bir çıkarsamada bulunurlar. Yaşam yapısı kuramı ise, yaşama neleri katmak istendiğine, yaşamın önemli evrelerinin nasıl bir bağlantı içerisinde olduğuna, yaşamı daha doyumlu kılmak için hangi ilişkilerinin olduğuna göre bir çıkarsamada bulunur. Sözü edilenlere ek olarak zamanın ve yoğunluğun çoğunlukla nerede ve nasıl geçtiği, şimdi önemsenmeyen ancak yaşamın ilerleyen aşamalarında yapmayı arzuladığı ilişkiler ve ilgi alanlarına göre de çıkarsamada bulunur. Böylelikle, bireyin yaşam yapısının sosyal süreçleri olan en anlamlı yönlerini keşfetmeye başlar. Bu dışsal süreçlerin birbirleriyle ilişkilerini belirler ve bu ilişkilerin örüntüsünü değerlendirir (Levinson 1978, 1986).

Levinson'a (1986, 1996) göre bireysel yaşam yapısı, yaşam döngüsü içerisinde ilk, orta ve ileri yetişkinlik yılları süresince yaşa göre değişen yerleşik ve geçiş dönemleriyle görece düzenli bir sıra ve değişmez bir örüntü içinde gelişmektedir. Bu düzenli sıra ve değişmez örüntü benlik, ahlaki ve mesleki gelişimde, aile ve toplumsal yönlerde görülmezken bireysel yaşam yapısında yer alması ilgi çekicidir. İnsan varoluşunun doğasındaki periyodik değişim ile yaşam yapısı sürekli değişmektedir (Levinson 1986).

İnsan yaşamında sürekli bir değişimin olduğu ilk, orta ve ileri yetişkinlik dönemlerinde görülen yerleşik ve geçiş evrelerinin dönüşüm sırası bulunmaktadır. Sıra kavramı, genel olarak yetişkin bireyin bir yapı kurma ve yapı değiştirme örüntüsünü, dolayısıyla periyodik değişimini ifade etmektedir. Yaşam döngüsündeki yerleşik dönemlerde (building periods) birey bir yapı kurma görevini gerçekleştirir. Bu çağdaki bir yaşam yapısı kurma sıkıntılı ve zorlu bir iştir, dolayısıyla beklenildiği gibi doyum sağlanamayabilir. Yapı kurma evresi, genellikle 5-10 yıl sürer. Yeni bir çağın başlangıcı önceki bir çağın bitimiyle çakışabilir. İki çağ arasında genellikle beş yıl süren bir geçiş dönemi bulunur. Bir çağdan diğerine geçişte yaşamda önemli değişimler olmaktadır (Levinson 1986, 1996). Yapı kurma evresinde bireyin ilk ve temel görevi, bir yaşam yapısı oluşturmaktır. İkinci görevi ise, amaçları, beklentileri, kendilik değeri vb. benlik yatırımlarını ve arkadaşlık, aile, çocuklar, iş yaşamı, toplumsal roller vb. sosyal yaşamını bu yaşam yapısı içine koyması, temel seçimleri yapmasıdır (Levinson 1996).

Yetişkinlik dönemindeki bireyler geçiş dönemlerinde (transitional periods) bir yapı değiştirme görevi gerçekleştirilir. Geçiş dönemi, var olan yapıyı değiştirmenin yanı sıra yeni bir yapı için olanak tanır. Bu dönemde yetişkinin birinci görevi, mevcut yapıyı gözden geçirmek, benlik tasarımı ve sosyal ilişkilerinde değişim fırsatlarını araştırmak ve bir sonraki dönemin yaşam yapısına esas olacak tercihlere yönelmektir. Genellikle beş yıl süren geçiş dönemleri, gelişimseldir ve yetişkinlik yaşamının yaklaşık yarısını oluşturmaktadır. Bireyin yaşamını şekillendiren yaşam döngüsü çağlarından (Levinson 1986, 1996) herhangi birinin görevlerini tamamlamadığında, bir sonrakine geçişinde (yapı-değiştirme evresi) zorlanma ve sarsılma yaşayabilmektedir.

Yukarıda ifade edilenleri özetlemek gerekirse, Levinson'un yaşam yapısı kuramı çeşitli mesleklerden orta yetişkinlik dönemindeki erkekler ile sonraki yıllarda ilk ve orta yetişkinlik dönemindeki farklı mesleklerdeki kadınlar ve ev hanımları ile yaptığı sonraki çalışmaları sonucunda kuramını şekillendirmiştir. Levinson'un belirttiği gibi, insan yaşamı süresi boyunca evlilik, iş ve aile yaşamı bireyin yaşamının merkezi öğeleri olduğu söylenebilir. Bühler, Erikson ve Gould gibi Levinson da ilk yetişkinlik döneminin sonlarında bireylerin yaşamlarını gözden geçirdiklerini, farklı amaçlar geliştirerek orta yaş geçişini gerçekleştirdiklerini ifade etmektedir. Levinson'un kuramının Erikson'un



kuramı gibi yetişkinlik süresi boyunca ayrıntılı ve psikososyal gelişimi açıklamaya çalışan ideal bir kuram olduğu söylenebilir.

## İlk Yetişkinlikte Gelişim

Yaşam boyu gelişim yaklaşımına göre yetişkinlik; ilk, orta ve ileri yetişkinlik dönemleri olarak üçe ayrılmaktadır. Kuramcılar farklı yaş dilimlerine göre ilk yetişkinlik dönemini sınırlama gereği duymuşlardır. Bu dönem Havighurst'e göre 18-35, Neugarten ve Moore' a göre 20-30, Erikson'a göre 20-40, Bühler'e göre 22-45 yaşları arasındadır (Zastrow ve Kirst-Ashman 2015). Sözü edilen kuramcılara göre erken/genç yetişkinlik olarak tanımlanan ilk yetişkinlik, Levinson'a (1996) göre 22-40 yaş diliminde yer almaktadır. Bu yaş diliminin öncesindeki ve sonrasındaki beş yıl bir sonraki döneme geçiş evreleri olarak ele alınmaktadır. Buna göre ergenliğin bitimiyle başlayan ilk yetişkinlik dönemi orta yaş krizinin başlamasıyla son bulmaktadır. Bu dönemde eş seçme, aile kurma, ekonomik bağımsızlığını kazanma, meslek sahibi olma, çocuk yetiştirme, sosyal ortamlara girme ve sürdürme gibi gelişim görevleri bulunmaktadır (Havighurst 1972). İlk yetişkinlik döneminde fiziksel, bilişsel, psikososyal, duygusal ve kişilik gelişimi söz konusudur. Bu gelişim alanlarının bireysel yaşam yapısıyla ilgili olduğu düşünülen psikososyal ve kişilik gelişiminin ele alınmasında yarar bulunmaktadır (Vander-Zanden ve ark. 2011).

### İlk Yetişkinlikte Psikososyal Gelişim

İlk yetişkinlik dönemi ile birlikte duygusal bağımsızlığa ulaşan bir birey olan yetişkin (Havighurst 1972), ergenlik dönemindeki iç dünyaya yönelmesinden daha fazla dış dünya ve diğerleri ile ilgilenmektedir. Örneğin, aile içinde, iş yaşamında ve arkadaş çevresinde karmaşık ilişkiler yaşanmaktadır (Onur 2000, Vander-Zanden ve ark. 2011). Bu dönemde psikososyal gelişim benlik gelişimi, duygusal gelişim, evlilik ve aile, sosyal ilişkiler, iş yaşamı ve kariyer düzenlemesi gibi değişkenlerle ifade edilmektedir (Havighurst 1972, Levinson 1986).

İlk yetişkinlikte ele alınan psikososyal gelişimin bir değişkeni benlik gelişimidir. Levinson'a (1978) göre, ilk yetişkinlik döneminde birey anne babasının yuvayı belli bir süreliğine terk ederek ayrı bir yerde yaşamaya başlar. Böylece aileden ayrılarak bağımsız olmaya çalışır. Bu dönemde bağımsız olma isteği ile birlikte sorumluluklar da artmaktadır. Bir iş ve evlilik yaşamıyla birlikte yetişkin dünyasına katılır. Bu bağlamda bir yaşam hayali ve bu hayaline ulaştıracak bir danışman (mentör) bulmaya çalışır. Otuzlu yıllarda ilk yetişkinlik dönemindeki birey, yaşam hayalini gerçekleştirme eğiliminde olur. Bu hayaline ulaşamadığını düşündüğünde hayal kırıklıkları yaşar, yaşamında sert değişimler olur. Bu dönemin sonlarına doğru birey ölümün etkisini hissetmeye, eşi ve işi arasındaki ilişkilerini düzenlemeye ve kendisine özgü edindiği değerlerle yeniden değerlendirmeye eğilimli olur.

İlk yetişkinlikte ele alınan psikososyal gelişimin diğer bir değişkeni duygusal gelişimdir. Duygu, bireyin niyetini belli eden ve ifade edildiğinde diğerlerini etkileyen birincil iletişim sistemi olarak tanımlanmaktadır (Greenberg 2004). İlk yetişkinlikte duygular, arkadaşlık, kardeşlik, aşk, bağlanma vb. yakın ilişkilerde, evlilik ve aile gibi yetişkin yaşam biçimlerinde kendisini göstermektedir. İlk yetişkinlik döneminde birey, duygusal gelişimini romantik aşkla ilgili görmesine rağmen; iş arkadaşlığı, sosyal arkadaşlık, kardeş ilişkileri gibi diğer karşılıklı ilişkiler yoluyla da duygusal ihtiyaçlarını

giderebilmektedir (Erikson 1984, Marcia 2002, Vander-Zanden ve ark. 2011). İlk yetişkinlik döneminde birey, sadece karşısındaki insanda samimi davranmasını değil, aynı zamanda kendisine mesafeli davranmasının niteliklerini öğrenir. Bununla birlikte kendisinin başkaları tarafından algılanan çekici, itici, sıkıcı yönlerini keşfeder. Böylece ilk yetişkinlik dönemindeki birey, yakın ilişkilerde ve iş konusunda becerilerini yerine getirmede hayal kırıkları yaşayabilmektedir. Dolayısıyla olumlu duygular gibi olumsuz duygular da yaşanabilmektedir (Arnett 2000, Atak ve Taştan 2012).

İlk yetişkin dönemindeki birey, benzer değer ve tutumları olan, kolay ulaşabildiği, sosyal açıdan kendisini onaylayan ve zor zamanlarında kendisine destek olan yaşlılarını arkadaşı/dost olarak tercih eder (Marcia 2002, Bagwell ve ark. 2005). Bu dönemde birey düzenli olarak yaşamının belli bir kısmını arkadaşlık ilişkilerine ayırmaktadır. İlk yetişkinlikte arkadaşlık gibi yoğun olarak yaşanan bir duygu da bağlanmadır. Bağlanma, bireyin değerli gördüğü diğer insanlara yönelik geliştirdiği güçlü duygusal bağlar olarak tanımlanmaktadır (Bowlby 1980). Bağlanma duygusu yaşam süresi boyunca yaşanmasına rağmen, ilk yetişkinlik dönemiyle birlikte yetişkinlik yaşamı boyunca bazı farklılıkları içermektedir. Bunlardan ilki bağlanmanın yetişkinlikte karşılıklı olması, karşı tepkilerine göre bağlanmanın şekillenmesidir. Bir diğeri bireyin bireyselleşmesiyle birlikte bağlanma yakın ilişkide bulunulan bir dosta, arkadaşına veya yaşamını paylaştığı bir eşe yöneliktir (Yıldız 2012).

Hazan ve Shaver (1994), güvenli, kaygılı ve kaçınan olmak üzere üçlü bağlanmanın stiline yetişkinler için söz konusu olduğunu öne sürmektedirler. Güvenli bağlanmada karşılıklı hatalar kabul edilip olumlu tutum sergilenirken, kaygılı-kararsız bağlanmada duygusal dengesizlikler, kuşkular, takıntılar görülmektedir. Son çeşit olan kaçınan bağlanmayı sergileyen bireyler ise, yakınlığa karşı mesafeli ve uzak davranırlar. Öte yandan, Bartholomew ve Horowitz (1991), yetişkin bağlanmasının korkulu, güvenli, kayıtsız ve saplantılı olmak üzere dört boyutlu olduğunu belirtmişlerdir. Buna göre güvenli bağlanan yetişkinler, başkalarıyla yakınlık kurar ve kendilerini değerli görürler. Saplantılı bağlananlar, başkalarını değerli görürken kendilerini değersiz görürler. Bu nedenle ilişkileri takıntılı olurlar. Kayıtsız bağlananlar, başkalarını değersiz görürken kendilerini değerli görürler. Böylece yakın ilişkilerden kaçınırlar. Korkulu bağlananlar ise hem kendilerini hem de diğerlerini değersiz görmektedir. Bu nedenle yakın ilişki kurmaktan korkarlar (Bartholomew ve Horowitz 1991).

İlk yetişkinlikte ele alınan psikososyal gelişimin diğer bir değişkeni evlilik ve aile yaşamıdır. Bireylerin yaşamlarında önemli görülen kararlardan biri evliliğdir. Evlilikle birlikte aile yaşamı başlamış olmakta, birey toplumda daha fazla kabul görmektedir. İlk yetişkinlik dönemi, aile yaşamında önemli değişimlerin olduğu bir evredir. Aile bir dönüşüm halinde üyelerini değiştirip dönüştürürken (Onur 2000, Vander-Zanden ve ark. 2011), toplumun gelişimine ve değişimine de katkı sunmaktadır. Yakın ve uzak çevrenin sosyo-ekonomik ve yönetim anlayışı bu dönüşümü sağlamaktadır (Özdemir ve ark. 2009).

Toplumsal yapı içerisinde gerçekleşen yeni evli çift olma, küçük çocuklu aile olma gibi aile yaşam döngüsü evrelerinde aile üyelerinin bireysel gelişimleri/değişimleri söz konusu olmaktadır (Vander-Zanden ve ark. 2011). Özdemir ve arkadaşlarına (2009) göre, bu dönemde aile üyelerinin bireyselliklerini yitirmeden aile olmaya çalıştıkları, ortak kararlar aldıkları, aile sorumluluğunun paylaştıkları görülmektedir. Bu dönemde aileye yeni bir üyenin katılımı aile dengesini bozabilir ve anne, babalık gibi yeni roller

edinilmeye çalışılabilir. Ailedeki yeni üyelerin (çocukların) artması ve büyümeleriyle birlikte çocuk yetiştirme, daha yaşanılabilir bir aile ortamı sunma gibi görevler beraberinde gelmektedir. Aile küçük çocuklarla iletişime geçerken çocukla birlikte değişmekte, çocuğa toplumun değer ve kurallarını öğretmeye çalışmaktadır.

İlk yetişkinlikte ele alınan psikososyal gelişimin başka bir değişkeni sosyal ilişkilerdir. Ergenlik döneminde önemi artan sosyal çevre, yetişkinlik yıllarında da önemini koruyarak çeşitli yaşam stillerini ve topluma katılımı sağlamaktadır (Levinson 1996, Marcia 2002). İlk yetişkinler için sosyalleşme, günlük yaşamın tekdüzeligine/sıradanlığa karşı bir çözümdür. Bireyler bu sıradanlığı aşmak için toplumsal yapının günlük etkinliklerine katılma isteği duyarlar (Onur 2000). İlk yetişkinlikte bireyin gelişim sürecini özellikle toplumsal etkileşimler sağlamaktadır. Bu etkileşimler dernek, kulüp, vakıf, dini cemaat, sendika, siyasal parti üyelikleri ve eğlence toplantıları şeklinde olabilmektedir. Sözü edilen toplumsal etkileşimlerde gelir düzeyi, eğitim durumu, meslek, cinsiyet, medeni durum, yaşam tarzı ve yaşam yeri değişkenlerinin etkili olduğu bilinmektedir (Newman ve Newman 2010, Yazar 2012).

İlk yetişkinlik dönemindeki birey, boş zaman faaliyetlerini değerlendirerek sosyal ilişkilerini sürdürmektedir. Toplumun değerlerine göre bireyler boş zaman kavramını açıklamakta ve ona yönelik örnek etkinlikler vermektedir (Carpenter 2005). Bazı toplumlara göre boş zaman eğitimsel, sanatsal etkinliklere katılmak ile örneklenirken bizim toplumumuzda televizyon izlemek, gezmek, arkadaşlarla vakit geçirmek ile örneklenmektedir (Onur 2000). Carpenter ve Patterson'a (2004) göre, ilk yetişkinlikte boş zamanın belirlenmesinde yaşam tarzı, iş ve yakın çevrenin etkisi olmaktadır.

Kelly'e (1987) göre, boş zaman, işten bağımsız olan, işle bağlantılı ve işi tamamlayan boş zaman olarak üçe ayrılmaktadır. İşten bağımsız boş zaman, serbest etkinliklerin seçildiği, özgürce hareket edildiği zaman dilimidir. Televizyon izlemek, gezmek buna örnek verilebilir. İşle bağlantılı boş zaman, işe bağlı olarak özgürce seçilebilen boş zaman dilimidir. Bir akademisyenin bilimsel makale okuması, mesleğiyle ilgili olan bir filmi izlemesi buna örnek verilebilir. İş tamamlayan boş zaman ise, bireyin özgür iradesiyle seçilmeyen işle dolaylı bağlantısı bulunan boş zaman dilimidir. Bir işçinin sendikaya, bir akademisyenin meslek odasına, bir velinin okul-aile birliğine üye olması, açık öğretim fakültesini okuyarak ikinci bir üniversite okuma buna örnek verilebilir. Sözü edilenlerin dışında, televizyon programcısının işi gereği televizyon izlemesi, özetlemesi gereken kitabı okuyan öğrencinin kitap okuması, şehirlerarası yolculuk yapmak zorunda olan şoförün gezmesi vb. boş zaman faaliyetleri değerlendirilmemektedir. Çünkü sözü edilen etkinlikler iş gereği ve iş sayılan etkinliklerdir.

İlk yetişkinlikte ele alınan psikososyal gelişimin son değişkeni iş yaşamı ve kariyer düzenlemesidir. Bireylerin yaşamlarında önemli görülen kararlardan birisi iş/meslek seçimidir. Bireyin seçtiği meslek aynı zamanda onun kimliğinin yanında, toplumsal sınıfını ve eğitim düzeyini de göstermektedir (Godbey 1985, Marcia 2002). Birey ilk yetişkinlikte Erikson'un (1984) deyimıyla "ben kimim?" sorusu yerine "ben ne yapıyorum?" sorusuna yönelmektedir. Bu soruya verilen cevap, düzenli bir meslek ise gelişimsel açıdan mesleki dönüm noktası yaşanabilmektedir. Bunun aksine cevap düzensiz ve değişken bir meslek ise, yeni bir uyum ve sosyalleşme süreci yaşanabilmektedir.

Kariyer düzenlemesi/gelişimi açısından ilk yetişkinliğe bakıldığında, Kimmel'e (1995) göre, tipik bir iş yaşamı döngüsünde işe giriş, işte ilerleyen yıllar ve emeklilik olmak üzere üç büyük dönüm noktası bulunmaktadır. İşe girme ilk yetişkinlik dönemi-

ne denk gelen ve meslek seçimi sürecinin sonucundaki dönüm noktasıdır. İlhan'ın (2013) belirttiği gibi, ülkemizde özellikle ekonomik bağımsızlığa atfedilen önemle birlikte iş sahibi olma bir yetişkinlik ölçütü olarak görülmektedir. Bir an önce iş sahibi olmak ve kısa yoldan para kazanmak birçok genci çalışmaya yönelik güdülemektedir.

Kimme'e (1995) göre, iş yaşamının ilerleyen yıllarında işe giriş dönemindeki krize benzeyen bir dönüm noktası ortaya çıkar. Bu dönemde kariyerinde yükselme, farklı yakın mesleklere ilgi duyma gibi durumları söz konusudur. İlerleyen yıllarda bireyler yaşam biçimleri ile işgereklikleri arasında sıkı bir ilişki kurarlar. Levinson'a (1986) göre, bu dönemde daha önce işle ilgili verilen birçok karar gözden geçirilir. Sözü edilen kararların gözden geçirilmesi yaşam yapısının geçiş evrelerinde gerçekleştirilmektedir. Örneğin, her bir sertifika, terfi, başarı belgesi, farklı iş deneyimleri ve yönelimleri benlik algısında, dolayısıyla yaşam yapısında değişimlere yol açabilmektedir. Benzer olarak ülkemizdeki açık öğretim fakültesi sistemi bu dönemdeki bireylerin yaşadıkları iş yaşamındaki kariyer düzenlemesine örnek olabilmektedir.

Özetle, ilk yetişkinlikte birçok psikososyal gelişim alanının olduğu görülmektedir. İlk yetişkinlik döneminde benlik gelişimi, duygusal gelişim, evlilik ve aile yaşamı, sosyal ilişkiler, iş yaşamı ve kariyer düzenlemesi gibi psikososyal gelişim alanları bulunmaktadır. İlk yetişkinlik dönemindeki bireyin psikososyal açıdan gelişimlerini sağlamaları için sözü edilen alanlarda kendilerine atfedilen görevleri yerine getirmeleri gerektiği varsayılmaktadır.

### ***İlk Yetişkinlikte Kişilik Gelişimi***

Kişilik, alanyazında en çok tartışılmaya değer görülen konuların başında yer almaktadır. Kişiliğin kavramsal açıdan birçok tanımı bulunmasına karşın bu tanımların gelişim paydasında buldukları söylenebilir. Bir tanıma göre kişilik, kişilerarası deneyime dayalı, sürekliliği olan, duygusal ve güdüleyici etkileşim tarzıdır (Costa ve McCrea 1998). Başka bir tanıma göre ise kişilik, doğuştan gelen, kişiyi başkalarından ayıran ve tutarlı bir şekilde sergilenen özelliklerin bütünüdür (Taymur ve Türkçapar 2012). Görüldüğü üzere, kişilikte tutarlı olmanın yanı sıra değişime uyum sağlama da söz konusudur.

Yaşam süresi boyunca kişiliğin farklılaşması ve bütünleşmesi arasında bir gerilim yaşanır. Ergenliğin sonları ile ilk yetişkinliğin başlarında bu gerilim kimlik arayışına yansır (Onur 2000). İlk yetişkinlik döneminde birey kimlik arayışı olan "ben kimim?" sorusundan uzaklaşır (Taymur ve Türkçapar 2012). Bu dönemde birey yaşam yapısında, yaşama şeklinde "Yaşamıma katmak istediğim neler var? Zamanımın büyük çoğunluğunu nereye ve nasıl harcıyorum? Bu yaşamda yaşamımı anlamlı ve doyurucu hale getirecek ne tür ilişkilerim var?" gibi sorularına cevap arar. Bu soruların tümüne verilen cevaplar bu dönemde yaşanan değişimi, psikolojik gelişim/değişim özelliklerini yansıtır (Erikson 1984, Levinson 1986, Marcia 2002). Böylece, ilk yetişkinlikle birlikte kişilik sisteminde içsel değişim ve gelişimler yerini dışsal gelişim ve değişimlere bırakır.

Kimme'e (1995) göre, birey ilk yetişkinlikte toplumsal dünyada genişleme hızında yavaşlama ve genişleme ile başa çıkabilecek beceriler geliştirmiştir. Dolayısıyla, bu dönemde kişilik sistemi içinde bir denge durumu bulunmaktadır. Yaşam deneyimlerinin artmasıyla kişisel tarzda ve toplumsal rollerde kararlılık söz konusudur. Rogers'a (2011) göre, ilk yetişkinlikte kendini gerçekleştirme ve yeterlilik güdülleri ile kişilik gelişmektedir. Kendini gerçekleştirme, dış dünyada kişiliğin tüm kapasitelerini korumayı ve geliş-

tırmeyi ifade etmektedir. Yeterlilik ise bireyin dış dünyaya etkileşime girmesini belirtmektedir.

Bireyin yaşamını sürdürdüğü aile, ebeveynlik, iş, sosyal çevre, kültür gibi toplumsal yaşam alanı etkenleri kişiliğin gelişiminde ve değişiminde katkı sunmaktadırlar. Alanyazında ilk yetişkinlikte kişilikte sabitliğin (kararlılık) mi yoksa esnekliğin (değişim) mi söz konusu olduğu sorusu güncelliğini korumaktadır (İlhan 2013). Kişiliğin yaşam boyunca sabit veya sürekli olduğu görüşü, insanların sergiledikleri bireysel farklılıkların tüm dillerde kodlanabildiği varsayımına dayanmaktadır. Dolayısıyla kişilik yapısı dil gibi sınıflandırılabilir ve kararlı bir şekilde ifade edilebilmektedir. Bu kuramcılara göre sıfatlara dayalı kişilik özelliklerinin çeşitli dillerdeki kişilik tanımlarıyla tutarlılık sergilemektedir (Costa ve McCrea 1998, Srivastava ve ark. 2003).

Öte yandan esneklik görüşüne göre yaşam boyu gelişim içinde ilk yetişkinlikte kişiliğin gelişim (değişim) sergilediği kabul edilmektedir (Neugarten 1968, Levinson 1986, 1996, Marcia 2002, Robert ve ark. 2006, Baltes ve ark. 2014). Neugarten'e (1968) göre, birey ilk yetişkinlikte olgunlaştıkça kendisine özgü ilgi alanları, değerler ve roller geliştirerek kişiliğine katkıda bulunur. Esneklik hipotezine göre kişilik gelişimi ve değişiminde sosyal çevre, toplumsal yapı, aile ve iş yaşamı gibi etkenlerin önemli bir rolü bulunmaktadır (İlhan 2013). Alanyazında kişiliğin sürekliliği ve değişimi konusundaki çalışmaların ortak noktasına göre, kişilik yaşam süresi içinde olgunlaşmakta ve edinilen sosyal görevlerle değişmektedir. Kişiliğin sürekliliği ve değişimi konusunda yapılan araştırmalar, kişiliğin yaşam boyunca hem kararlılık gösterdiğini hem de değişimi sergilediğini göstermektedir (İlhan 2013).

Yukarıda sözü edildiği gibi, ilk yetişkinlikte kişilik gelişimi alanyazında uzun bir zamandır tartışılmaktadır. Bu tartışmaların ortak noktasının gelişim olduğu söylenebilir. Yapılan araştırmalar ve ortaya konulan kuramsal açıklamalar ışığında yaşam süresi boyunca kişiliğin farklılaşması ve bütünlüşmesi arasında bir gerilimin yaşandığı görülmektedir. Başka bir ifadeyle ilk yetişkinlikte kişilik gelişiminde hem kararlılık hem de esneklik söz konusu olmaktadır.

### ***İlk Yetişkinlikte Yaşam Yapısı***

İlk yetişkinlik dönemi, yaşamda yoğunluğu olan eş, aile ve meslek tercihlerini ele alama ve değerlendirme süreci olarak önemli bir yer tutmaktadır. Yaşamın büyük çoğunluğunun oluşturduğu yetişkinliği nasıl geçireceği ile ilgili planlamalar ve faaliyetler bu dönemin önemini ortaya koymaktadır. Levinson'a (1978, 1986, 1996) göre, ilk yetişkinlik dönemindeki bireyin gelişimi beş evrede gerçekleşmektedir. Bu beş evre iki yerleşik ve üç geçiş evresinden oluşmaktadır. Sözü edilen yerleşik (yapı-kurma) ve geçiş (yapı-değiştirme) evrelerinde üstlendiği görevlerle birey yaşam yapısını şekillendirmektedir. Bu açıdan aşağıda ilk yetişkinlikte yaşam yapısı kavramı incelenmiştir.

Yetişkin gelişiminin ilk evresi ilk yetişkinliğe geçiş dönemi, 17-22 yaşları arasında bulunmaktadır. Çocuk merkezli anlayış ile yetişkin, olgun bir birey merkezli anlayışın temsil edildiği bir dönemdir. Başka bir ifadeyle ergen benlik yapısı ile yetişkin benlik yapısı temsil edilmekle birlikte tam olarak iki dönemin özelliklerini taşımaz. Bu dönemde kadın evlilik ve kariyer düşlerini kurarken erkek mesleki rollerde bağımsız bir araştırmacı, diğerlerinin amaçlarını gerçekleştirmeye yardımcı olma düşlerini kurmaktadır. Birey sözü edilen düşlerini yerine getirmek için bir rehber, akıl hocasına ihtiyaç duyar. Birey değişik roller edinerek, yaşam düzenlemeleri yaparak daha özerk ve sorum-

lu olmaya çalışır. Bu dönemde askerlik görevini yerine getirir, okulu bitirir ve iş yaşamıyla ilk ilişkisini yaşamaya başlar (Levinson 1996). Böylece birey yeni bir yaşam yapısı için arayışta olur.

İkinci evre olan ilk yetişkinlik için yaşam yapısına giriş dönemi, 22-28 yaşları arasında yer almaktadır. Bu dönem aileden ayrılma olarak da isimlendirilebilir. Bu dönemde birey, iş yaşamında ve ilişki alanlarında denemelerde bulunarak seçenekli yaşamı keşfeder. Bu dönemde birey, artık aile merkezli yaşamını bir kenara bırakarak yetişkin yaşamının ilk yapısını kurar. Bu dönemde birey evlilik öncesi romantik ilişkiler geliştirir. Bu dönemde birey aşk ilişkisi, evlilik, aile kurma, yakın çevre ilişkileri, iş ilişkileri ve düşlemler ile yaşam yapısını şekillendirirler. Birey, yetişkin rollerini ve sorumluluklarını öğrenir ve uygular. Bireyin artık okul yaşamı sonlanmış yeni komşular, arkadaşlar, tanıdıklar edinmiştir. Bu yerleşik evrede kurulan yaşam yapısında sosyal roller yerleştirilerek yaşama uyum sağlanır (Levinson 1996).

Üçüncü evre olan 30 yaş geçişi dönemi, 28-33 yaşları arasında yer almaktadır. Bu dönemde önceki dönemde kurduğu yapıyı tekrar düzenler, yeniler ve değiştirir. Birey bu dönemde yaşamını gözden geçirir, sorgular ve yeniden değerlendirir. Sonraki yaşam yapısını temellerini atmaya başlar. Bu evrede kadınlar için kariyer ile evlilik/annelik durumları arasında seçim yapma önemlidir. Bu dönemde çevreden gelen daha fazla düzen ve kararlılık baskıları karşısında birey bunalımı arttıran bir başıboşluğa kapılabilir. Yaşamında yaptıklarının gelecekte nasıl bir etkiye sahip olmasını istediğini öğrenmeye çalışır (Levinson 1996). Örneğin, 30 yaşına kadar bekâr kalan biri çevresinden gelen evlenme baskısı karşısında içe kapanarak ne yapacağını bilemeyebilir.

Dördüncü evre olan ilk yetişkinliğin yaşam yapısını sonuçlandırma dönemi, 33-40 yaşları arasında yer almaktadır. Bu dönemde erkekte durulma görülürken kadınlarda aileye yeni üyelerin katılımı, değişen iş koşulları ve yakın ilişkiler ile yeniden bağlanımlar görülmektedir. Bu dönemde istikrarlı ve bütüncül bir yaşam yapısı oluşturmaya ihtiyaç duyulur. Birey toplum içinde yerini, üstlendiği rolleri öğrenir ve ona göre hareket eder. Bu dönem aynı zamanda gençlik dileklerini, düşlerini, hayallerini gerçekleştirme aracı olmaktadır. Bu dönemde başına buyruk olmayı, toplumsal açıdan en çok değer verilen rolleri benimsemeyi tercih eder. İş yaşamı açısından, başarılı kariyer ilerlemesi, terfiler ile yeni ödüller alır ve yeni sorumluluklar üstlenir. Böylece birey toplum tarafından tanınmak ister. Sosyal açıdan, yetişkin dünyasında yer alarak, bir aileyi yöneterek, toplumsal sorumluluklarını yerine getirerek yaşamdan zevk alır (Levinson 1996).

Beşinci evre olan orta yaş geçişi dönemi, 40-45 yaşları arasında yer almaktadır. Yaşamın her yönüyle sorguladığı bu dönemde birey yaşamında neleri başardığını, edindiği deneyimleri, kendisi ve diğerlerine ne tür katkılarının olduğunu, yeteneklerini ve değerlerini gözden geçirmeyi gerçekleştirir. Gençlik dönemindeki bireyin gelecek düşleri ve hayalleri konusunda yaşam çizgisinde bir kırılma, temel değişiklik yaşanır. Bu dönem bireyin yeniden meydan okumalar, benliğin tehdit edilmesi ve bunalımlar ile baş etmeye çalıştığı zaman dilimidir. Bu süreçten kararlı ve başarılı çıkılabileceği gibi başarısız da olunabilir. Bu dönemde birey başarılı olursa daha sevecen, hoşgörülü, olgun, tedbirli, iç çatışmalardan arınık, kendisini ve başkalarını içtenlikle seven bir birey olarak görür. Bunun tersine başarısız olursa bireye yaşam zorlu, tatsız ve anlamsız bir durum olarak görülür. Aynı şekilde bu dönemde birey, yaşam ile ölüm, gençlik ile yaşlılık, bağıllık ile ayrılık, yapıcılık ile yıkıcılık çelişkilerini bütünlendirme görevini gerçekleştirir (Levinson 1986, 1996).

Yukarıda sözü edilenleri özetlemek gerekirse Levinson'a göre, ilk yetişkinlik dönemi iş ve eş seçimi, aile yaşamı ve kariyer gelişimi gibi önemli yaşamsal süreçlerini barındırmaktadır. Bu dönemde orta ve ileri yetişkinliği nasıl geçireceği ile ilgili planlamalar ve faaliyetler ortaya konmaktadır. Bu dönemde bireyin yaşam yapısını yerleşik ve geçiş evreleri oluşturmaktadır. Birbirini takip eden bu yerleşik ve geçiş evrelerini ilk yetişkinlik döneminin tamamını kapsamaktadır. Bir yerleşik evrede birey yaşamını içine koyduğu ve düzenlediği bir yapı kurma görevini üstlenir. Bir geçiş evresinde ise, birey önceki dönemde kurduğu yapıyı düzenlediği yapı değiştirme görevini yerine getirmektedir.

## Yaşam Yapısıyla İlgili Yapılan Araştırmalar

Bireysel yaşam yapısı ile ilgili yapılan araştırmalar incelendiğinde, araştırmaların büyük çoğunluğunun (Carpenter 1992, Gordon ve ark. 2002, Shi 2011, Stumpf 2012, Young 2013) orta yetişkinlik dönemi ile ilgili olduğu görülmektedir. Buna karşın ilk yetişkinlik dönemiyle ilgili sınırlı sayıda araştırmaya (Levinson 1996, Dyke ve Murphy 2006, Green 2006, Robinson 2008) rastlanmaktadır.

Levinson ve arkadaşları (1976) ve Levinson (1978) yaşları 35-45 arasında değişen 40 erkek yetişkin üzerinde biyografi yöntemini kullanarak yaptıkları araştırmada yetişkin gelişiminde yaşam yapısının altı dönemini tespit etmişlerdir. Bu dönemler aileden ayrılma, ilk yetişkinlik dünyasına katılma, otuz yaş geçişi, ilk yetişkinlik yaşam yapısının sonlandırma, orta yaş geçişi ve orta yaş yaşam yapısını sonuçlandırma olarak bulunmuştur. Levinson (1986), yetişkin gelişimde yukarıda sözü edilen altı döneme ek olarak yaşam yapısında ilk yetişkinliğe geçiş ve son yetişkinliğe geçiş dönemlerini tespit etmiştir. Sözü edilen dönemlerde bir yapı-değiştirme görevinin yerine getirildiğini belirtmiştir.

Levinson (1977), orta yaş geçişindeki erkekler üzerinde yaptığı araştırmada orta yaş geçişindeki erkeklerin iş, aşk, evlilik ve kariyer yaşamlarında önemli değişimlerin olduğu sonucuna varmıştır. Levinson (1996), ilk yetişkinlik dönemindeki farklı meslekleri icra eden kadınlar ile derinlemesine yaptığı görüşmeler sonucunda kadınlar için bireysel yaşam yapısındaki evrelerin varlığını tespit etmiştir. Smart ve Peterson (1994), yaşları 22-60 arasında değişen 498 Avustralyalı kadın ile yaptıkları çalışmada yaşam yapısı gelişiminde bazı zıtlıklara rağmen büyük oranda Levinson'un bireysel yaşam yapısı kuramına benzer yapı-kurma ve yapı-değiştirme görevlerini saptamışlardır.

Kopelman ve Glass (1979), orta yaş yetişkinlerle yaptıkları nitel araştırmada yaşam yapısındaki yapı-kurma ve yapı-değiştirme evrelerini bulmuşlardır. Bell ve Lee (2006), yapı-değiştirme evresinde stresin arttığını ve fiziksel aktivite değişimin olduğunu sonucuna ulaşmışlardır. Gordon ve arkadaşları (2002), yapı-değiştirme evresindeki yetişkin kadınlarla yaptıkları çalışmada ev, iş ve aile değişkenlerine göre içsel ve dışsal düzenlemelere ihtiyaç duyulduğunu tespit etmişlerdir.

Wink ve Helson (1993), 82 evli çift yetişkin ile yaptıkları boylamsal çalışmada, kadınların kişilik yapıları, iş ve aile yaşamlarındaki farklı rolleri sonucunda erkeklere göre farklı yaşam yapılarının olduğunu bulmuşlardır. Schilling ve arkadaşları (2007), 110 ilk yetişkinlik dönemindeki birey ile yaptıkları araştırmada her iki cins için okul, iş yaşamı, yetişkin rolünü sergileme ve yakın ilişkilerin yaşam yapısı üzerinde önemli bir rol oynadığını saptamışlardır.

Carpenter (1992), yetişkinlikte boş zamanın belirlenmesinde bireysel yaşam yapısına ve deneyimlere göre farklılıkların olduğunu tespit etmiştir. Öte yandan Carpenter ve



Patterson (2004), ilk yetişkinlikte boş zamanın belirlenmesinde yaşam tarzı, iş ve yakın çevrenin etkili olduğunu bulmuşlardır. Bu iki araştırmaya göre, yetişkin birey var olan yaşam yapısına göre boş zamanlarını belirlediği ve değerlendirdiği belirtilmektedir. Kittrell (1998), yaşamda başarı için bir yaşam hayalinin ilk yetişkinliğe geçiş evresinde olduğu gibi ilk yetişkinliğin diğer evrelerinde de yaşam yapısını şekillendirmede etkili olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca aynı çalışmada, kadınların erkeklere göre hayallerin daha farklı ve daha az yoğunlukta yaşadıkları görülmüştür.

Smithson (2011), kartopu örnekleme yöntemiyle yaşları 38 ile 47 arasında değişen 286 kadın ile yaptığı çalışmada; sosyal ilişki, yaşamda anlam, sağlık ve orta yaş geçişi arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre, orta yaş geçişindeki kadınların aile rollerinde değişimlerin olduğunu tespit etmiştir. Robinson ve Smith (2010), yaşları 25 ile 40 arasında olan 6 birey ile yaptıkları yarı yapılandırılmış görüşme ile iş ve yakın ilişkilerdeki değişimlerin ilk yetişkinlikte gelişimsel krizleri incelemişlerdir. Böylece gelişimsel krizlerin yaşam yapısını nasıl şekillendirdiğine odaklanmışlardır.

Green (2006), psikobiyografi yöntemini kullanarak Karen Horney'in bireysel yaşam yapısını incelemiştir. Bu çalışmada Green (2006), Karen Horney'in ilk yetişkinlik dönemindeki yerleşik ve geçiş evrelerinin varlığını ve yaşam yapısındaki yapı kurma ve yapı değiştirme kavramlarını saptamıştır. Ayrıca bu çalışmada yaşam yapısına etki eden aile, arkadaşlar, iş yaşamı, dini çevre olan diğerleri ile ilişkilerin etkili olduğu görülmüştür.

Wolfe ve arkadaşları (1990), orta yaş geçişindeki 64 erkek ve kadın ile çalışmada yaşam yapısı dönüşümlerini belirlemeye çalışmışlardır. Bu çalışmada potansiyelini gerçekleştirme, çelişme derecesi ve geçicilik boyutlarının merkezi bir konumda olduğunu tespit etmişlerdir. Sözü edilenlere ek olarak yaşam yapısındaki değişimler olan esneklik, karmaşıklık ve bağımsız karar verebilme boyutlarının yaşamı sorgulamaya daha fazla katkı sunduğunu saptamışlardır.

Dyke ve Murphy (2006), ilk yetişkinliğe geçiş evresi dahil yetişkinliğin tüm evrelerinde olan 20 kadın ile 20 erkek olmak üzere 40 birey ile görüşmeler yapmışlardır. Bu çalışmada erkeklerin kariyer gelişimi, iş yaşamındaki başarı için danışmana (mentör) ihtiyaç duyduklarını bulmuşlardır. Aynı çalışmada kadınların kariyer gelişiminin yanı sıra aile yaşamı ve çocuk yetiştirme için de danışmana ihtiyaç duydukları bulunmuştur. Böylece araştırmacılar her iki cinsin de yaşam yapılarını sözü edilen akıl hocası, danışman değişkenine göre şekillendiğini ortaya koymuşlardır. Diğer taraftan, Dunn ve Merriam (1995), farklı sosyo-ekonomik yapısı olan erkekler üzerinde yaptıkları çalışmada 30 yaş geçişi ile ilgili önemli bir kanıt bulmadıklarını belirtmişlerdir.

Yukarıda görüldüğü gibi, ilk yetişkinlik döneminde yaşam yapısını inceleyen birçok yurtdışı çalışmanın olduğu görülmektedir. Buna göre ilk yetişkinlik döneminde yaşam yapısının varlığını destekleyen ve desteklemeyen çalışmaların olduğundan söz edilebilir. Dolayısıyla ilk yetişkinlik dönemiyle ilgili yapılan araştırmalar, farklı yöntem, örneklem ve veri analizi tekniklerine bağlı olarak farklı sonuçlar doğurabilmektedir.

## Sonuç ve Öneriler

Levinson'un yaşam yapısıyla ilgili ilk çalışmalarında çeşitli mesleklerden orta yetişkinlik dönemindeki erkekleri incelemiştir. Levinson sonraki yıllarda ise ilk ve orta yetişkinlik dönemindeki farklı mesleklerdeki kadınlar ve ev hanımları ile yaptığı görüşmeler sonucunda kuramına son şeklini vermiştir. Bühler, Erikson ve Gould gibi Levinson da ilk yetişkinlik döneminin sonlarında bireylerin yaşamlarını gözden geçirdiklerini, farklı



amaçlar geliştirerek orta yaş geçişini gerçekleştirdiklerini ifade etmektedir (Eryılmaz 2013). Levinson'un kuramının Erikson'un kuramı gibi yaşam süresi boyunca ayrıntılı ve psikososyal gelişimi açıklamaya çalışan ideal bir kuram olduğu söylenebilir. Levinson'un belirttiği gibi, insan yaşamı süresi boyunca evlilik, iş ve aile yaşamı bireyin yaşamının merkezi öğeleri olduğu söylenebilir (Levinson 1996).

İlk yetişkinlik dönemi oranının artış eğilimi gösterdiği ve alanyazında çocukluk ve ergenliğe gösterilen ilginin giderek yetişkinlik ve yaşlılığa yöneldiği görülmektedir. Bu çalışmada Levinson'un yaşam yapısı kuramı açısından ilk yetişkinlik dönemi incelenmiştir. Sözü edilen kuramda ilk yetişkinlik dönemindeki bireyler, içinde yaşadıkları yaşam yapısı evresine bağlı olarak bir yapı-kurma veya yapı-değiştirme görevini yerine getirmektedirler. Bu görevler yerine getirildiğinde benlik tasarımı, sosyal ilişkilerde, iş ve aile yaşamında önemli değişiklikler olmaktadır. Bu bağlamda yaşam yapısıyla ilgili çalışmaların yapılması gelişim psikolojisi ve yetişkinlik terapisi alanlarına önemli katkılar sağlayabilir.

Günümüzde yetişkinlerin nasıl düşündükleri, nelere değer verdikleri, yaşamlarında hangi tercihleri ön plana aldıkları araştırma konuları arasında yer edinmeye başlanmıştır. Bu bağlamda ilk ve orta yetişkinlik dönemlerini ayrıntılı bir şekilde ele alan Levinson'un bireysel yaşam yapısı kuramı alanyazında yoğun bir ilgi görmüştür. Birçok toplumda bu kurama dayanarak kariyer gelişimi, yaşam amaçları, yaşamsal ve gelişimsel krizler ve geçiş dönemleri gibi birçok çalışma yapılmıştır. Ancak yerel alanyazında sınırlı çalışmaya rastlanmaktadır. Bu çalışmanın ülkemiz alanyazınına kuramsal bir temel hazırlamada öğretim elemanlarına ve lisansüstü/doktora öğrencilerine dayanak oluşturacağı düşünülmektedir. Uygulamaya yönelik olarak da ruh sağlığı alanında çalışan uzmanlara ilk yetişkinlikte yaşam yapılarının yaşam boyu gelişim yaklaşımı ve psikolojinin koruyucu ve önleyici ruh sağlığı işlevi çerçevesinde yetişkinlere yönelik psikolojik yardım hizmeti sunmada önemli bir katkısı olacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak, ilk yetişkinlik çoğu kültüre göre yaşamın en önemli dönüm noktası olarak ifade edilmektedir (Levinson 1996). Diğer taraftan, yapı-değiştirme görevinin yerine getirildiği geçiş dönemlerinin bedensel ve ruhsal zorlanmaların yaşandığı dönemler olduğu konusunda görüş birliğine varılamamıştır (Arnett 2000, Onur 2000, Smithson 2011). Yaşam döngüsü evrelerinin evrensel olduğu görüşü, yerini tarihsel zaman ve bireysel farklılıklar açısından topluma göre değişen, ancak evrelerin sıralı yapısının değişmediği anlayışına (Levinson 1996) alanyazında yer edinmeye başlanmıştır. Bu açıdan, bireysel yaşam yapısı ile ilgili farklı kültürleri ve bireysel farklılıkları gözeterek çalışmaların yapılması gerektiği söylenebilir.

## Kaynaklar

- Arnett JJ (2000) Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol*, 55:469-480.
- Atak H, Taştan N (2012) Romantik ilişkiler ve aşk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4:520-546.
- Bacanlı H (1998) Eğitim Psikolojisi. Ankara, Asal.
- Bagwell CL, Bender SE, Andreassi CL, Kinoshita TL, Montarello SA, Muller JG (2005) Friendship quality and perceived relationship changes predict psychosocial adjustment in early adulthood. *J Soc Pers Relat*, 22:235-254.
- Baltes PB, Reese HW, Nesselroade JR (2014) Life-span developmental psychology: introduction to research method. London, Psychology Press.
- Bartholomew K, Horowitz LM (1991) Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol*, 61:226-244.

- Bell S, Lee C (2006) Does timing and sequencing of transitions to adulthood make a difference? stress, smoking, and physical activity among young Australian women. *Int J Behav Med*, 13:265-274.
- Bowlby J (1980) *Attachment and Loss, Volume 2*. New York, Basic Books.
- Carpenter G (1992) Adult perceptions of leisure: Life experiences and life structure. *Society and Leisure*, 15:587-605.
- Carpenter G (2005) Linking research and practice: a case study in arts programming for adults. 11th Canadian Congress on Leisure Research. 17-20 May 2005 Malaspina University, Nanaimo, British Columbia.
- Carpenter G, Patterson I (2004) The leisure perceptions and leisure meanings of a mid-life couple around the time of retirement. *World Leisure J*, 46:13-25.
- Costa PT, McCrae Jr RR (1998) Six approaches to the explication of facet-level traits: examples from conscientiousness. *Eur J Pers*, 12:117-134.
- Dunn TR, Merriam SB (1995) Levinson's age thirty transition: does it exist? *J Adult Dev*, 2:113-124.
- Dyke LS, Murphy SA (2006) How we define success: A qualitative study of what matters most to women and men. *Sex Roles*, 55:357-371.
- Erikson EH (1984) *İnsanın Sekiz Çağı* (Çev. TB Üstün, V Şar). Ankara, Birey ve Toplum.
- Eryılmaz A (2011) Yaşam boyu gelişim yaklaşımı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3:49-66.
- Eryılmaz A (2013) Bir yaşam dönemi olarak yetişkinlik: Tanımı, ölçütleri ve kuramları. IN *Yetişkinlik ve Yaşlılık gelişimi ve Psikolojisi*, 2. baskı (Eds H Bacanlı ve Şİ Terzi): 49-85. İstanbul, Açılım.
- Godbey G (1985) *Leisure in your life: New perspectives* [Abstract]. State College, Pennsylvania, Venture Publishing.
- Gordon JR, Beatty JE, Whelan-Berry KS (2002) The midlife transition of professional women with children. *Women in Management Review*, 17:328-341.
- Green SJ (2006) *Karen Horney: a psychobiographical study*, (Unpublished doctoral dissertation). Grahamstown, South Africa, Rhodes University.
- Greenberg L (2004) Emotion-focused therapy. *Clin Psychol Psychother*, 11:3-16.
- Havighurst RJ (1972) *Developmental Tasks and Education*, 3rd ed. New York, David McKay Company.
- Hazan C, Shaver PR (1994) Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5:1-22.
- Huang LWW (2013) The transition tempo and life course orientation of young adults in Taiwan. *Ann Am Acad Pol Soc Sci*, 646: 69-85.
- İlhan T (2013) Orta yetişkinlik döneminde psikososyal ve bilişsel gelişim. *Yetişkinlik ve yaşlılık gelişimi ve psikolojisi içinde*, 2. baskı (Eds H Bacanlı ve Şİ Terzi): 241-274. İstanbul, Açılım.
- Kelly JR (1987) *Freedom to Be: A New Sociology of Leisure*. New York, Macmillan.
- Kimmel M (1995) *Manhood in America*. New York, Free Press.
- Kittrell D (1998) A comparison of the evolution of men's and women's dreams in Daniel Levinson's theory of adult development. *J Adult Dev*, 5:105-115.
- Kopelman RE, Glass M (1979) Test of Daniel Levinson's theory of adult male life stages [Abstract]. *Academy of Management Proceedings*, 1:79-83.
- Levinson DJ (1977) The mid-life transition: a period in adult psychosocial development. *Psychiatry*, 40:99-112.
- Levinson DJ (1978) *The Seasons of a Man's Life*. New York, Knopf.
- Levinson DJ (1980) Toward a conception of the adult life course. In *Themes of Work and Love in Adulthood* (Eds NJ Smelser, EH Erikson):265-290. Harvard, Harvard University Press.
- Levinson DJ (1986) A conception of adult development. *Am Psychol*, 41:3-13.
- Levinson DJ (1996) *The Seasons of a Woman's Life*. New York, Knopf.
- Levinson DJ, Darrow CM, Klein EB, Levinson MH, McKee B (1976) Periods in the adult development of men: ages 18 to 45. *Couns Psychol*, 6:21-25.
- Marcia JE (2002) Identity and psychosocial development in adulthood. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 2:7-8.
- McCrae RR, Costa Jr PT (1997) Personality trait structure as a human universal. *Am Psychol*, 52:509-516.
- Minter LE, Samuels CA (1998) The impact of 'the dream' on women's experience of the midlife transition. *J Adult Dev*, 5:31-43.
- Murdy JJ, Gibson HJ, Yiannakis A (2003) Predicting nature-based tourist roles: A life span perspective. Paper presented at the Proceedings of the 2002 Northeastern Recreation Research Symposium, Northeastern Research Station, USA.
- Neugarten BL (1968) *Middle Age and Aging: A Reader in Social Psychology*. Chicago, University of Chicago Press.
- Newman BM, Newman PR (2010) *Development Through Life: A Psychosocial Approach*, 9th ed. Belmont, Thomson Higher Education.

- Onur B (2000) Gelişim Psikolojisi: Yetişkinlik, Yaşlılık ve Ölüm, 5. baskı. Ankara, İmge.
- O'Rand AM, Kreckler ML (1990) Concepts of the life cycle: Their history, meanings, and uses in the social sciences. *Annu Rev Sociol*, 16:241-262.
- Overton WF (2010) Life span: concept and issues In *The Handbook of Life-Span Development: Volume 1 Cognition, Biology, and Methods* (Eds WF Overton):1-30. New Jersey, Wiley.
- Özdemir Ş, Vatandaş C, Torlak Ö (2009) Sosyal problemleri çözmede aile yaşam döngüsünün (AYD) önemi. *Aile ve Toplum Dergisi*, 4:7-18.
- Platon (2006) Sokrates'in Savunması (Çev. E Gören). İstanbul, Kabalıcı Yayınevi.
- Robinson O (2008) Developmental crisis in early adulthood: A composite qualitative analysis (Unpublished doctoral dissertation). London, University of London.
- Robinson OC, Smith JA (2010). Investigating the form and dynamics of crisis episodes in early adulthood: the application of a composite qualitative method. *Qual Res Psychol*, 7:170-191.
- Rogers CR (2011) Kişi Olmaya Dair (Çev. S Budak). İstanbul, Okyanus Yayınları
- Santrock J (2006) Life-span Development. Boston, McGraw-Hill.
- Schilling EA, Asetline RH, Gore S (2007) Adverse childhood experiences and mental health in young adults: A longitudinal survey. *BMC Public Health*, 7:30-40.
- Shanahan MJ, Porfeli E, Mortimer JT, Erickson LD (2005) Subjective age identity and the transition to adulthood: When does one become an adult. In *On the frontier of adulthood: Theory, research, and public policy* (Eds RA Jr Settersten, FF Jr Furstenberg, RG Rumbaut):225-255). Chicago, IL, University of Chicago Press.
- Shi YD (2011) The role of strengths in managing midlife career transition for corporate professionals. Paper presented at the BBS HDR Student Conference. New South Wales, Australia, University of Wollongong.
- Smart R, Peterson C (1994) Stability versus transition in women's career development: A test of Levinson's theory. *J Vocat Behav*, 45:241-260.
- Smithson KL (2011) The relationship among social connectedness, meaning in life, and wellness for adult women in Levinson's mid-life transition stage (Unpublished doctoral dissertation). Atlanta, USA, Georgia State University.
- Srivastava S, John OP, Gosling SD, Potter J (2003) Development of personality in early and middle adulthood: set like plaster or persistent change? *J Pers Soc Psychol*, 84:1041-1053.
- Stumpf KR (2012) Empirical midlife studies and the backlash against midlife crisis. [http://www.midlifecrisismarriageadvocate.com/support-files/empirical\\_midlife\\_studies\\_and\\_the\\_backlash\\_against\\_midlife\\_crisis.pdf](http://www.midlifecrisismarriageadvocate.com/support-files/empirical_midlife_studies_and_the_backlash_against_midlife_crisis.pdf) (15 Aralık 2014'te ulaşıldı).
- Taymur İ, Türkçapar MH (2012) Kişilik: tanımı, sınıflaması ve değerlendirmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4:154-177.
- Vander-Zanden JW, Crandell TL, Crandell CH (2011) Human development, 10th ed. Canada, McGraw-Hill Ryerson.
- Wink P, Helson R (1993) Personality change in women and their partners. *J Pers Soc Psychol*, 65:597-605.
- Wolfe D, O'Connor D, Grary M (1990) Transformations of life structure and personal paradigm during the midlife transition. *Hum Relat*, 43:957-973.
- Yıldız M (2012) Bağlanma kuramı açısından yaşlılık dönemine genel bir bakış. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 36:1-30.
- Yazar T (2012) Yetişkin eğitiminde hedef kitle. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4:21-30.
- Young N (2013) How do men with depresyon during the mid-life transition, navigate stigma? <http://hdl.handle.net/10344/3228> (15 Aralık 2014'te ulaşıldı).
- Zastrow C., Kirst-Ashman KK (2015) İnsan Davranışı ve Sosyal Çevre II: Yetişkinlik ve Yaşlılık (Çev. E Türközü, B Alparslan ve O Uraz). Ankara, Nika Yayınevi.

**Yahya Aktu**, Öğr.Gör, Siirt Üniversitesi, Siirt.

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Yahya Aktu, Siirt Üniversitesi, Erur MYO, Siirt, Turkey.

E-mail: aktuyahya@gmail.com

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article

**Çevrimiçi adresi / Available online:** [www.cappsy.org/archives/vol8/no2/](http://www.cappsy.org/archives/vol8/no2/)

**Geliş tarihi/Submission date:** 10 Kasım/November 10, 2015 - **Kabul Tarihi/Accepted** 4 Ocak/January 4, 2016

# Sirkadiyen Ritim Uyku Bozuklukları

## *Circadian Rhythm Sleep Disorders*

Erhan Akıncı, Fatma Özlem Orhan

### Özet

Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları, çevresel ve sosyal koşullara uygun olan uyku-uyanıklık ritminin bozulduğu klinik durumları tanımlar. Endojen sirkadiyen saatteki değişimler ya da çevresel veya sosyal yaşantının, endojen sirkadiyen ritme göre uyumsuzluğu sonucunda oluşurlar. Uyku-uyanıklık ritmi, içsel ve dışsal döngüler arasındaki dengesizliklere bağlı olarak devamlı veya tekrarlayıcı tarzda bozulur. Bu durum kişide uykusuzluk, aşırı uykuluk ya da her ikisine de neden olarak fonksiyonel kayıplara yol açar. Ayrıntılı uyku anamnezi ve uyku günlüğünün mümkün ise aktigrafi kaydı ile birlikte uygulanması tanı için yeterlidir. Tedavide endojen sirkadiyen ritmin çevresel koşullar ile uyumlu hale gelmesi amaçlanır. Bu yazıda sirkadiyen ritim uyku bozukluklarının patofizyolojisi, klinik özellikleri, tanı ve tedavilerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Sirkadiyen ritim bozuklukları, uyku bozuklukları, melatonin.

### Abstract

The circadian rhythm sleep disorders define the clinical conditions where sleep-wake rhythm is disrupted despite optimum environmental and social conditions. They occur as a result of the changes in endogenous circadian hours or non-compatibility of environmental factors or social life with endogenous circadian rhythm. The sleep-wake rhythm is disrupted continuously or in repeating phases depending on lack of balance between internal and external cycles. This condition leads to functional impairments which cause insomnia, excessive sleepiness or both in people. Application of detailed sleep anamnesis and sleep diary with actigraphy record, if possible, will be sufficient for diagnosis. The treatment aims to align endogenous circadian rhythm with environmental conditions. The purpose of this article is to review pathology, clinical characteristics, diagnosis and treatment of circadian rhythm disorder.

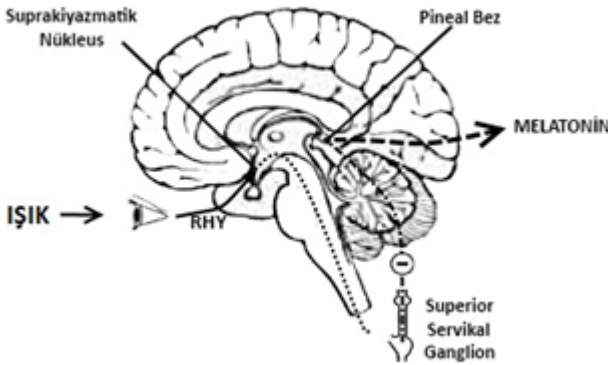
**Key words:** Circadian rhythm disorders, sleep disorders, melatonin.

**SİRKADİYEN** terimi, circa (yaklaşık) ve dies (gün) anlamına gelen iki Latince sözcüğün birleşiminden meydana gelmiş olup yaklaşık bir günü ifade etmekte kullanılır. Ritmin tek bir döngüsü için geçen zaman dilimi periyot, ritme ait başlangıç ve sonlanma gibi özellikler faz olarak tanımlanır. Sirkadiyen ritim, organizmanın yaklaşık bir günlük fizyolojik ve biyolojik süreçlerindeki değişimleri ifade eder. İnsanda uyku-uyanıklık döngüsü, en temel ve belirleyici sirkadiyen ritimdir (Çalyurt 2001, Zee ve Manthena 2007, Selvi ve ark. 2011).

Sirkadiyen ritmi düzenleyen ana merkez, anterior hipotalamusta bir çift yapı olarak bulunan suprakiazmatik nükleus (SKN)'tur (Gooley ve Saper 2005). Vücut çekirdek ısı ritmi, uyku-uyanıklık döngüsü ve bazı hormonların (büyüme hormonu, kortizol ve melatonin) salgılanması SKN kontrolündedir. Bu mekanizma, organizmanın fizyolojik

işleyişinin dış çevre ile uyum halinde çalışmasını ve farklı koşullarda ritmik fonksiyonların sürdürülmesini sağlar. Işık, en önemli ritim düzenleyicidir. Diğer düzenleyiciler sosyal ve fiziksel aktivitelerdir. Melanopsin içeren ışığa duyarlı retinal ganglion hücreleri tarafından ışık algılanır ve retinohipotalamik yolak ile SKN'ye aktarılır. Işık uyarısı, karmaşık nöral ağlar ile superior servikal ganglion üzerinden pineal beze aktarılır ve ışığın etkisi ile melatonin sentezi baskılanır (Şekil 1). Sirkadiyen ritmin düzenlenmesinde dış ortamdaki aydınlık ve karanlık döngüsü önemlidir. Melatonin sentez ve salınımı geceleri karanlıkta uyarılmakta, gündüzleri ise ışığın etkisi ile baskılanmaktadır (Szymusiak ve McGinty 2008, Zhu ve Zee 2012). Fakat gece ışığa maruz kalmak plazma melatonin seviyesinde düşmeye neden olur. Melatoninin kronobiyotik etkisinin yanında hipnotik etkisi de bulunur. SKN'deki nöronal ateşleme, melatonin tarafından baskılanarak uykuyu başlatıcı ve sürdürücü etki sağlar. Dışarıdan oral melatonin alımı uyku getirici yani hipnotik etki yaratır (Sack ve ark. 1997). Işığa maruz kalma ve melatonin uygulama saatine göre endojen ritimde fazın gecikmesi ya da erkene kayması sağlanabilir. Akşam saatlerinde melatonin uygulanması fazı erkene kaydırırken, sabah saatlerinde uygulanması fazın gecikmesine neden olur. Bunun tam tersi ışığa maruz kalma için geçerlidir: Akşam saatlerinde yoğun ışığa maruz kalma fazın gecikmesine, sabahın erken saatlerinde ışığa maruz kalma ise fazın erkene kaymasına neden olur. Uygun saatlerde parlak ışık ve melatonin uygulanması ile sirkadiyen ritim bozukluklarındaki faz değişikliklerinin düzenlenmesi sağlanabilir (Lewy ve ark. 1992, Sevim 2011).

Bu derleme yazısında, sirkadiyen ritim uyku bozukluklarının kliniği, patofizyolojisi, tanı ve tedavilerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.



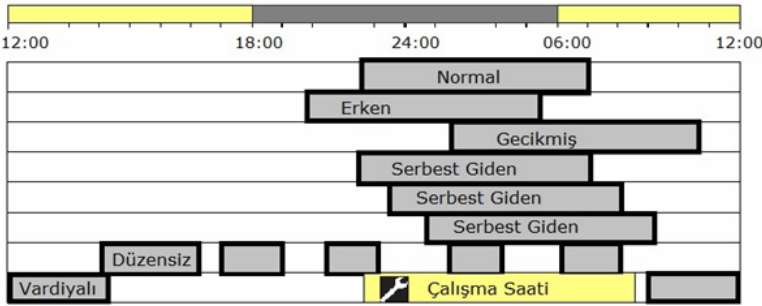
**Şekil 1. Işık uyarısı ile suprakıyazmatik nükleus tarafından pineal bezden melatonin sentez ve salınımı baskılanır.**

RHY: Retinohipotalamik yolak

## Sirkadiyen Ritim Uyku Bozuklukları

Genel olarak sirkadiyen ritim uyku bozuklukları (SRUB), çevresel ve sosyal koşullara uygun olan uyku-uyanıklık ritminin bozulduğu klinik durumları tanımlar. Daha geniş bir tanımlama olarak; uyku-uyanıklık ritminin içsel ve dışsal döngüler arasındaki denge-

sizliklere bağlı olarak devamlı veya tekrarlayıcı tarzda bozulması, oluşan sirkadiyen uyku bozukluğunun uykusuzluk, aşırı uyukluk ya da her ikisine de neden olması ve bu durumun fonksiyonel kayıplar ile sonuçlanmasıdır (Sevim 2011). Fonksiyonel kayıplar sosyal, mesleki, akademik ya da diğer önemli alanlarda performans azalması olarak kendini gösterir. Ayrıca ruhsal ve fiziksel açıdan olumsuz etkilenmelere neden olur. SRUB, altta yatan mekanizmalara göre: 1) endojen sirkadiyen saatteki değişimlere bağlı (gecikmiş uyku fazı bozukluğu, erken uyku fazı bozukluğu, düzensiz uyku-uyanıklık ritim bozukluğu, serbest giden uyku-uyanıklık ritim bozukluğu), 2) çevresel veya sosyal yaşantının, endojen sirkadiyen saate göre uyumsuzluğuna bağlı (jet lag ve vardiyalı çalışma tipi uyku fazı bozukluğu) olarak iki ana başlık altında sınıflandırılabilir (Zhu ve Zee 2012). Ancak, klinik pratikte her bir bozukluğu fizyolojik, davranışsal ve çevresel etmenler bütünü içerisinde değerlendirmek daha uygun olacaktır.



**Şekil 2. Normal uyku ve sirkadiyen ritim uyku bozukluklarında uyku fazları, koyu çizilmiş bölümler ile gösterilmiştir. Vardiyalı çalışma tipi, gece vardiyasına göre düzenlenmiştir**

Tanı için kapsamlı ve detaylandırılmış bir uyku anamnezi öncelikli yaklaşım olmalıdır. Tanı ölçütlerinin karşılanabilmesi için her bir sirkadiyen bozukluğu belirtilerinin en az 3 ay boyunca süregelmesi gereklidir. Ayrıca en az 7-14 günlük uyku günlüğü ve mümkünse aktigrafi kaydı tutularak sirkadiyen uyku bozukluğunun kendine özgü belirtileri gösterilmelidir (Şekil 2). SRUB olarak tanımlanan bu durum; başka bir uyku bozukluğu, medikal ya da nöropsikiyatrik bozukluk, ilaç veya madde kullanımı ile daha iyi açıklanamamalıdır.

Uluslararası Uyku Bozuklukları Sınıflandırma (ICSD-3) ölçütlerine göre, yedi ayrı SRUB tanımlanmıştır (Tablo 1) (AASM 2014). DSM-5'te ise bozukluğun alttürleri 'Yirmi Dört Saatlik (Sirkadiyen) Düzenle İlgili Uyku-Uyanıklık Bozuklukları' başlığı altında tanımlanmış olup, sınıflandırmaya jet lag tipi dâhil edilmemiştir (APA 2013).

## Gecikmiş Uyku Fazı Bozukluğu

Gecikmiş uyku fazı bozukluğu (GUFB), istenilen ya da sosyal yönden kabul gören uyku zamanlarına göre uyku saatlerinde iki saat ya da daha fazla gecikmeyi tanımlar (AASM 2014). Hastalarda tipik olarak 02:00-06:00 saatlerinden önce uykuya dalamama ve bunun sonucunda sabah erken zamanda uyanma güçlüğü vardır. Sosyal zorunluluklar nedeniyle erken kalkmaları gerektiğinde, toplam uyku süresinde kısalmaya bağlı olarak

gündüz yorgunluk ve uykululuk halinden yakınır. Bunun sonucunda, fonksiyonel kayıp ve bozulmalar meydana gelir (Regestein ve Monk 1995, Abbott ve ark. 2015). Takip eden iş günü değilse, saat 10:00-13:00 arasında uyanmayı tercih ederler ve toplam uyku süreleri yaşa göre normal sınırlardadır. Hastalar alışıktıkları uyku-uyanıklık zamanını öne çekme çabalarında ise güçlük veya başarısızlık yaşarlar. Bu hastaların uyku yoksunluğu ile faz düzenleme fonksiyonlarında yetersizlik olduğu gösterilmiştir (Uchiyama ve ark. 2000).

**Tablo 1. Sirkadiyen ritim uyku bozuklukları**

1.	<b>Gecikmiş uyku fazı bozukluğu</b>
2.	<b>Erken uyku fazı bozukluğu</b>
3.	<b>Düzensiz uyku-uyanıklık ritim bozukluğu</b>
4.	<b>Serbest gidişli uyku fazı bozukluğu</b>
5.	<b>Vardiyalı çalışma tipi uyku fazı bozukluğu</b>
6.	<b>Jet lag tipi uyku fazı bozukluğu</b>
7.	<b>Başka türlü adlandırılmayan uyku fazı bozukluğu</b>

Genel toplumdaki GUFB prevalansının %0.13-0.17 aralığında olduğu tahmin edilmektedir (Schrader ve ark. 1993, Yazaki ve ark. 1999). Adölesan ve genç erişkinlerde ise bu oran %3-8 olarak bildirilmektedir (Saxvig ve ark. 2012, Sivertsen ve ark. 2013). Toplum tabanlı güncel bir çalışmaya göre, yetişkin nüfusta tanımlamaya bağlı olarak prevalansın %1.5 ile %8 arasında değiştiği ve yaş ile birlikte azaldığı gösterilmiştir (Paine ve ark. 2014).

GUFB'nin patofizyolojisi tam olarak anlaşılammış olsa da genetik, fizyolojik ve davranışsal faktörlerin birbirleri ile etkileşimi sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir. CLOCK (Circadian locomotor output cycles kaput), PER3 (Human period 3) ve AA-NAT (Aralkylamine N-acetyltransferase) gibi sirkadiyen ritim genlerindeki polimorfizmlerin GUFB'e genetik yatkınlık oluşturduğu bildirilmiştir (Hohjoh ve ark. 2003, Mishima ve ark. 2005, Pereira ve ark. 2005). Ayrıca GUFB probandı üzerinden yapılan geniş tabanlı bir aile çalışmasında genetik aktarım, inkomplet penetrans gösteren ya da multifaktöriyel etkiye maruz kalan otozomal dominant geçiş paterni ile uyumlu bulunmuştur (Ancoli-Israel ve ark. 2001).

Endojen sirkadiyen periyodun normale göre daha uzun olmasının, uyku-uyanıklık zamanlaması ile endojen ritim arasında uyumsuzluğa neden olduğu düşünülmektedir. GUFB olan hastalarda, minimum vücut çekirdek ısısı ile uyanma zamanları arasındaki sürenin uzamış olduğu bildirilmektedir (Ozaki ve ark. 1996). Ayrıca akşam maruz kalınan ışığa aşırı duyarlılığın bulunduğu ve bunun melatonin sentezini engelleyerek fazın gecikmesine neden olduğu öne sürülmektedir (Aoki ve ark. 2001).

Hastalar genellikle uyku saatinin gecikmesine bağlı olarak sabah uyanma güçlüğünden yakınır. Yetersiz uyku nedeni ile okul, iş ve toplumsal ilişkilerle ilgili sorunlar yaşarlar ve genellikle bu nedenle kliniğe başvururlar. GUFB tanısı için hastadan ayrıntılı uyku anamnezi alınmalıdır. En az yedi günlük ardışık uyku günlüğü ve aktigrafı kaydının tutulması ile uyku-uyanıklık zamanlarında gecikme görülür. İlave olarak sirkadiyen biyolojik belirteçler tanı için mümkün ise kullanılabilir. Loş ışıkta bazal melatonin başlangıç değeri ve minimum vücut çekirdek ısısının ölçümünde endojen sirkadiyen faz gecikmesi gösterilebilir. Polisomnografi, eşlik eden ya da şüpheli uyku bozukluğu ne-

denlerini ayırt etme dışında endike değildir (Morgenthaler ve ark. 2007). GUFB tanısı alan hastalarda madde kötüye kullanımı, anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik bozukluklar daha sıktır (Reid ve ark. 2012). Bir çalışmada, hastaların % 64'ünde orta ve ağır derecede depresif belirtilerin bulunduğu gösterilmiştir (Abe ve ark. 2011). GUFB'de psikiyatrik bozuklukların sık görülmesi nedeni ile tüm hastalara ruhsal durum muayenesinin yapılması önerilmektedir (Shirayama ve ark. 2003).

Kaliteli bir uykunun sağlanabilmesi için hastaların uyku hijyeni konusunda eğitimi ve uyumu temel yaklaşım olmalıdır. Tedavide kronoterapi, parlak ışık uygulaması ve farmakoterapi kullanılan seçeneklerdir. Kronoterapi yönteminde, uyku-uyanma saatleri kademeli olarak her iki günde bir 3 saat ileriye alınır (Czeisler ve ark. 1981). Kronoterapi sosyal ve mesleki yaşantının olumsuz yönde etkilenme riski bulunmasından dolayı hastaların tedaviye uyumu genellikle kötüdür. Ancak, çocuk ve ergenlerde uygulanabilirliği daha kolaydır. Zamanlanmış parlak ışık uygulaması, GUFB'de en sık kullanılan tedavi yöntemidir. Akşam saatlerinde ışığa maruz kalmak sirkadiyen fazı geciktirirken, sabah saatlerinde ışığa maruz kalmak fazın erkene kaymasına neden olur (Czeisler ve ark. 1986). Buradan yola çıkılarak, GUFB'de sirkadiyen fazı erkene kaydırmak için sabah 07.00-09.00 saatleri arasında iki saat süre ile 2000-2500 lüks gücünde parlak ışık uygulaması ile birlikte akşam saatlerinde parlak ışıktan kaçınma önerilebilir (Rosenthal ve ark. 1990). Ancak, hastaların sabah kalkma güçlüğü yaşamaları, sosyal ve mesleki yaşamın aksama ihtimalinin bulunması parlak ışık uygulamasını güçleştirebilmektedir. Yapılan çalışmalarda, akşam saatlerinde melatonin uygulamasının GUFB tedavisinde etkin bir seçenek olduğu bildirilmektedir (Dahlitz ve ark. 1991, Nagtegaal ve ark. 2000, Van Geijlswijk ve ark. 2010). Melatoninin kendisi, ramelteon ve tasimelteon gibi seçici melatonin reseptör (MT1/MT2) agonistleri tedavi amaçlı kullanılmaktadır. Akşam saatlerinde melatonin uygulaması fazın erkene kaymasını sağlar. Dört hafta boyunca planlanan yatma saatinden 6-7 saat önce 0.3-3 mg melatonin uygulaması ile başarılı sonuçlar alındığı gösterilmiştir. Melatonin etkin bir tedavi olarak bildirilmesine rağmen kullanım dozu, süresi ve zamanlaması hakkında bir görüş birliği bulunmamaktadır. Ancak melatonin uygulama zamanının dozundan daha önemli olabileceği belirtilmektedir (Nagtegaal ve ark. 1998, Munday ve ark. 2005). Melatoninin yan etki profili düşük olarak kabul edilse de, uzun süreli etkileri tam olarak bilinmemektedir (Yetkin 2007).

## Erken Uyku Fazı Bozukluğu

Erken uyku fazı bozukluğu (EUFB), arzu edilen ya da sosyal olarak kabul edilen zamanlardan daha erken uyuma ve uyanmayı tanımlar. Etkilenen bireyler, en az 3 ay boyunca, klasik uykuya dalma saatlerine kadar uyanık kalmada ve sabah erken saatlerde uykuyu sürdürmede güçlük yaşarlar. İstenilen ya da sosyal yönden kabul gören uyku zamanlarına göre uyku saatlerinde iki saat ya da daha fazla öne kayma bulunur. Hastalarda sıklıkla istemsiz olarak 18:00-21:00 saatleri arasında uykuya dalma ve 02:00-05:00 saatleri arasında uyanma vardır (Moldofsky ve ark. 1986, AASM 2014, Abbott ve ark. 2015). Uyku-uyanıklık saatleri erkene kaymış olup uyku periyodu genellikle sabittir. Erken uyku fazı özelliğine uyulduğunda, yaşa göre toplam uyku süresi ve kalitesi normal sınırlardadır (Martinez ve Lenz 2010). Hastalar sabah erken uyanmalarına rağmen dinlenmiş ve tazelenmiş şekilde güne başlarlar. Ancak, erken uyuma zamanını geciktirdiklerinde sabah erken saatlerde uyanıp kronik uyku yoksunluğu yaşarlar.



Sıklığı GUFB'ye göre daha seyrektrir. İleri yaş önemli bir risk faktörüdür. Genç yaşlarda oldukça nadir görülürken, orta yaş ve yaşlılarda prevalansı yaklaşık %1 oranındadır (Schrader ve ark. 1993, AASM 2014). Toplum tabanlı güncel bir çalışmaya göre, yetişkin nüfusta tanımlamaya bağlı olarak prevalansın %0.25 ile %7 arasında değiştiği, yaş ile birlikte arttığı ve erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir (Paine ve ark. 2014).

EUFB patofizyolojisi GUFB'de olduğu gibi anlaşılammış olmakla birlikte, genetik ve çevresel faktörlerin patofizyolojide rol oynadığı düşünülmektedir. Olağan dışı kısa endojen sirkadiyen periyot (24 saatten daha kısa) veya sirkadiyen zamanlama ile uyku homeostatik süreç etkileşimindeki değişmeler, EUFB patofizyolojisinde ileri sürülen mekanizmalardır (Jones ve ark. 1999, Duffy ve ark. 2002). PER2 (Human period 2) ve CK1 (Casein Kinase 1) delta genlerindeki kayıp mutasyonlar, ailesel tip EUFB ile ilişkili bulunmuştur (Toh ve ark. 2001, Xu ve ark. 2005).

Uyku günlüğünün mümkünse aktigrafı kaydı ile beraber en az yedi gün süre boyunca uygulanması tanı için oldukça yararlıdır. İleri düzey araştırmalarda, loş ışık melatonin başlangıç testi ile endojen ritmin çevre ile senkronizasyon uyumu saptanabilmektedir. En az ardışık yedi gün, eğer mümkünse aktigrafı kaydı ile birlikte, uyku fazının erken saatlere kaydığının gösterilmesi ile tanı konulur. Loş ışıkta bazal melatonin başlangıç değeri ve minimum vücut çekirdek ısısının ölçümünde endojen sirkadiyen fazın erkene kayması gösterilebilir. Depresyonda da sabah erken uyanma olduğu için ayrırcı tanıda depresyonun dışlanması önemlidir. EUFB için polisomnografi, diğer uyku bozukluklarının ayrırcı tanısı dışında endike değildir (AASM 2014, Abbott ve ark. 2015).

Kronoterapide, arzu edilen uyku periyodu sağlanana kadar her iki günde bir uyku zamanı 3 saat erkene alınır. Uygulanma zorluğu nedeni ile, özellikle yaşlı hastalarda, pratik bir tedavi yöntemi değildir (Barion ve Zee 2007). Akşamları saat 19:00-21:00 arası 2 saatlik parlak ışık uygulaması ve sabah erken saatlerden ışıktan kaçınma ile endojen fazda gecikme ve uyku etkinliğinde artış sağlanabilir (Campbell ve ark. 1993, Lack ve Wright 1993). Teorik olarak, melatoninin sabah saatlerinde uygulanması ile endojen fazı geciktirmesi mümkün gibi görünse de tedavide etkinliği ve güvenilirliğine dair yeterli kanıtlar bulunmamaktadır. Ayrıca melatoninin sabahları yaratacağı sedasyon hali kullanımını kısıtlamaktadır (Barion ve Zee 2007, Zhu ve Zee 2012).

## Düzensiz Uyku-Uyanıklık Ritim Bozukluğu

Bu tip sirkadiyen ritim bozukluğunda düzenli bir uyku ve uyanıklık ritmi yoktur. 24 saatlik süreç içerisinde en az 3 kez olan ve tipik olarak 2-4 saat süren kısa uyku periyotları vardır. Uyku ve uyanıklık dönemleri gün içerisinde parçalı olarak dağılmasına rağmen en uzun uyku dönemi genellikle 02:00-06:00 saatleri arasında görülür (Wagner 1996, AASM 2014). Gün boyunca toplam uyku süresi, hastanın yaşına göre normal olabilir. SKN hasarı veya fonksiyonel işlev kaybı sonucunda düzensiz uyku-uyanıklık tipi ritim bozukluğu oluşur. Katarakt ya da retinohipotalamik yollardaki bozukluklar da, ışık uyarısı için SKN'de azalmış yanıt sebebi olabilir (Zee ve Vitiello 2009).

Yaygınlığı tam olarak bilinmemektedir. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda, Alzheimer hastalarında, travmatik beyin hasarı sonrası ve mental retardasyonda sık görülür (Witting ve ark. 1990, Wagner 1999). Yaş tek başına risk faktörü olmamasına rağmen, yaşlılığa eşlik eden medikal ve nöropsikiyatrik hastalıkların bu tip sirkadiyen ritim bozukluğu gelişiminde önemli olduğu belirtilmektedir (Ohayon ve ark. 2004). Eşlik eden hastalık olmaması durumunda; ışık, fiziksel ve sosyal aktivite gibi senkronize edici dış

uyaranlardan mahrumiyet ve kötü uyku hijyeninin varlığı düşünülmelidir. Ayrıca hastanın kullandığı ilaçlar, alkol ve madde kullanımı da ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır.

Hasta ve yakınları, düzensiz 24 saatlik uyku-uyanıklık ritmine eşlik eden uykusuzluk ya da aşırı uykululuk halinden yakınır. Tanı için bu tip kronik yakınmaların bulunması önemlidir. En az yedi gün boyunca uyku günlüğü tutulması ve mümkünse aktigrafik kayıtlama ile düzensiz uyku-uyanıklık periyotları gösterilebilir (AASM 2014).

Tedavi için uyku hijyeni kurallarının uygulanması önemlidir. Uyku ve uyanıklık periyotlarının planlanması yapılarak hastanın programa uyması sağlanmalıdır. Uyanıklık periyotlarında fiziksel ve sosyal aktivitelerin yapılması istenir. Geceleri sessiz ve az ışıklı ortamın oluşturulması, kalkış saatinde 1-2 saatlik parlak ışık uygulaması ile endojen ritmin çevre ile senkronizasyonu sağlanır. Davranışsal ve çevresel düzenlemeler ile birçok hastada başarılı sonuçlar alınabilmektedir (Ancoli-Israel ve ark. 2002). Psikomotor geriliği bulunan çocuklarda akşam 3 mg melatonin kullanımı ile belirtilerin kontrolünde faydalı olduğu gösterilmiştir (Pillar ve ark. 2000). Demans hastalarında ise tek başına melatonin uygulaması yarar sağlamaz (Singer ve ark. 2003).

## Serbest Gidişli Uyku Fazı Bozukluğu

Hastaların neredeyse her gün bir önceki günden 1-2 saat daha geç uyuyup daha geç uyardıkları bir uyku-uyanıklık ritmi vardır. Normalde endojen sirkadiyen ritim 24 saatten biraz daha uzundur ve çevresel zaman belirteçleri ile günlük 24 saatlik periyoda senkronize olur. Işık, en önemli çevresel zaman belirteci olup endojen ritmin çevre ile senkronizasyonunu sağlayan ana faktördür. İş, okul ve sosyal yaşantı diğer çevresel zaman belirteçleri olarak sayılabilir. Endojen sirkadiyen ritim ile 24 saatlik aydınlık-karanlık döngüsü arasındaki anormal senkronizasyon neticesinde uykusuzluk ya da aşırı uykululuk yakınmaları oluşur (Zhu ve Zee 2012).

Görmesi sağlam olanlarda oldukça nadir görülmesine rağmen total körlüğü bulunanların yaklaşık % 50'sinde serbest gidişli tip sirkadiyen ritim bozukluğu bulunmaktadır. Total körlüğü bulunan kişilerde bu durumun ışığın ritim ayarlayıcı fonksiyonunun bozulmuş olması sonucu ortaya çıktığı düşünülmektedir (Sack ve ark. 2000). Uyku günlüğünün aktigrafik kaydı ile beraber en az iki hafta süre boyunca uygulanması tanı için oldukça yararlıdır. Yeterli aktigrafik kaydı ile uyku-uyanıklık döngüsünde günlük kayma gösterilebilir (Barion ve Zee 2007). Sirkadiyen fazın belirlenmesine yönelik aralıklı melatonin ölçümleri de tanı için yararlı olabilmektedir (Sack ve ark. 2007).

Tedavide davranışçı yaklaşımlar ve melatonin kullanılır. Uyku hijyeni ile birlikte düzenli uyku-uyanıklık programı oluşturulması, sosyal ve fiziksel aktivitelerin sağlanması önemlidir. Total körlüğü bulunan hastalarda melatonin kullanımı, etkin bulunmuştur (Sack ve ark. 2000). Melatonin ilk bir ay boyunca yatmadan 1 saat önce 3-5 mg dozlarında kullanılır. Senkronizasyon sağlandıktan sonra, sirkadiyen ritmin sürdürümü için gece 0.5 mg melatonin ile devam edilebilir. Görmesi normal olan hastalarda, parlak ışık uygulaması gün boyunca uygulanabilir (Lewy ve ark. 2001, Zhu ve Zee 2012).

## Vardiyalı Çalışma Tipi Uyku Fazı Bozukluğu

Meslek gereği rutin uyku-uyanıklık saatlerine uymayan nöbet tarzı çalışma sonucunda oluşan uykusuzluk, aşırı uykululuk ve işlevsellik kaybına neden olan sirkadiyen ritim bozukluğudur. İş performansında düşmenin yanında, azalmış dikkat nedeni ile artmış

kazalara da neden olur (Schwartz ve Roth 2006). Ayrıca kronik yorgunluk, duygudurum bozuklukları ve gastrointestinal sorunlar da eşlik edebilir. Hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık riski artmıştır (Moore-Ede ve Richardson 1985, Drake ve ark. 2004). Günlük fiziksel ve sosyal aktivitelerden uzaklaşma nedeni ile psikososyal işlevsellik bozulur. Vardiyalı sistemde çalışmak, psikiyatrik bozuklukların oluşması ve düşük yaşam kalitesi açısından olası bir risk etkenidir. Yakınmalar vardiyalı çalışma süresince devam eder (Selvi ve ark. 2010, AASM 2014).

Vardiyalı çalışma sisteminde, gündelik rutine uymayan ve düzensiz çalışma saatleri bulunur. Çalışma programları için niteliğine göre kısa periyotlu, dönüşümlü ya da sürekli olabilir. Genel olarak vardiya programlarının dönüşümlü ve yavaş geçişli olması tercih edilmektedir. Çalışan programı gece, akşam ve gündüz vardiyaları halinde birer hafta dönüşümlü olarak planlanır. Her ne kadar çalışanın çalışma performansını korumaya yönelik tedbirler ve planlamalar yapılıyor olsa da vardiyalı çalışanların yaklaşık % 10'unda vardiyalı çalışma tipi uyku fazı bozukluğu olduğu saptanmıştır (Drake ve ark. 2004).

Tanı için uyku yakınmalarının vardiyalı çalışma ile ilişkisinin saptanması önemlidir. En az bir hafta boyunca uygulanan uyku günlüğü ve aktigrafı, bozulmuş uyku yapısının gösterilmesinde oldukça yararlıdır. Depresyon, alkol ve madde kullanımı gibi komorbid psikiyatrik bozukluklar araştırılmalıdır (Barion ve Zee 2007). Tedavide amaç, bireyin uyku ve yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Böylece iş performansının artması sağlanırken kaza riski de azaltılmış olacaktır. Tedavi için genellikle davranışçı ve farmakolojik yaklaşımların eşzamanlı yapılması gerekir. Uyku hijyeni eğitimi, parlak ışık uygulaması, sedatif ve uyanıklığı arttırıcı ajanlar tedavide kullanılan yaklaşımlardır.

Gece vardiyası çalışanlarında, gece boyunca uyanık ve dikkatin sürdürümü önemli bir sorundur. Çalışma öncesinde 1-2 saatlik kısa süreli uyku ile uyanıklık ve performans artışı sağlanabilir. Ayrıca çalışmanın ilk iki saati içerisinde kafein tüketiminin, gece boyunca uyanıklığı sağladığı ve çalışma sonrası uykuyu etkilemediği gösterilmiştir (Walsh ve ark. 1995). Gece çalışma süresince aralıklı (20 dakika/saat) ya da sürekli (3-6 saat) olarak parlak ışık uygulanabilir. Bazı iş yerlerinde aydınlatma sistemi buna göre dizayn edilmiştir. Işık uygulaması iş bitimine 2 saat kala kesilmelidir. Eve dönüşte ışıktan kaçınmak için güneş gözlüğü kullanılabilir. Uyku kalitesinin artırılması için eve dönüş sonrası geciktirilmeden uykunun başlatılması, odanın sessiz olması ve perdelerin ışık almayacak şekilde düzenlenmesi önerilir. Çalışma sırasında parlak ışık uygulaması ile sabah ışıktan kaçınma genellikle yeterli olmaktadır (Boivin ve James 2002, Crowley ve ark. 2003). Ancak buna rağmen, uyanıklığı sürdürme ya da uykusuzluk yakınması olanlarda psikofarmakolojik yaklaşımlar kullanılabilir. Gece vardiyasına başlamadan önce 200 mg modafinil kullanımının, çalışanlarda gece boyunca uyanıklık ve performans artışı sağladığı bildirilmiştir (Czeisler ve ark. 2005). Sabah melatonin kullanımı ile sirkadiyen ritimde gecikme sağlanarak uyku düzeninin sabaha çekilmesi sağlanabilir. Ayrıca melatoninin hipnotik etkisi, sabah uykuya dalmada faydalı olabilir (Barion ve Zee 2007). Gündüz uykuyu başlatma ve sürdürme sorunu devam edenler için kısa etki süreli başta olmak üzere hipnotiklerden yararlanılabilir (Sevim 2011).

## Jet Lag Tipi Uyku Fazı Bozukluğu

Jet lag, yani zaman dilimi değişikliği sendromu, genellikle uzun mesafeli uçuşlardan sonra gelişir. Aralarında belirgin zaman dilimi farkı bulunan bölgelerin hızlı bir şekilde

geçilmesi, endojen sirkadiyen ritim ile çevresel koşullar arasında uyumsuzluğa neden olur ve vücut hızla değişen yeni zaman dilimine uyum sağlayamaz. Vücudun endojen ritmi, gidilen bölgedeki zaman diliminde de aynı ritmini sürdürmeye devam ettiği için uyku düzeninde ve bedensel işlevlerde geçici bozulmalar ortaya çıkar. Yaşlılarda, gençlere oranla daha fazla uyum sorunu ve olumsuz etkilenmeler görülür (Moline ve ark. 1992). Gündüz yorgunluk ve uykululuk hali, gece uyku bozuklukları, duygudurum değişiklikleri, odaklanma güçlüğü ve gastrointestinal problemler sık görülen belirtilerdir. Belirtilerin şiddeti, yolculuğun yönüne ve geçilen zaman dilimi sayısına göre değişiklik gösterebilir. Batıya nazaran doğu yönüne yapılan seyahatlerde endojen sirkadiyen ritmin varılan bölgeye uyumu daha güçtür. Çünkü endojen sirkadiyen ritmin 24 saatten biraz daha uzun olması nedeni ile uyku fazının geciktirilmesi erkene çekilmesinden daha kolaydır. Doğuya yapılan seyahatlerde varış zaman dilimine göre kişinin endojen ritminde faz gecikmesi olur ve güncel koşullara uyum sağlanabilmesi için uyku fazının erkene kaydırılması gerekir (Barion ve Zee 2007, Zee ve ark. 2013).

Tedavi şekli seyahat süresine ve yönüne bağlı olarak değişiklik gösterir. Kısa süreli yolculuklarda endojen sirkadiyen ritmin korunması daha faydalı olacaktır. Doğuya doğru yapılacak seyahat öncesinde sabah saatlerinde ışığa maruz kalma sağlanırken, akşam saatlerinde ışığa maruz kalmaktan kaçınılır. Böylece seyahat öncesinde endojen faz erkene kaydırılarak yolculuk sonrası oluşacak faz gecikmesi önlenilmeye çalışılır. Seyahat sonrasında ilk 2-3 gün sabah erken saatlerde ışıktan kaçınma, öğleden sonra ise ışıklı ortamda bulunmak önerilir. Batıya doğru yapılan seyahatlerde, seyahat öncesinden uyku saatlerinin geciktirilmesi ile endojen ritmin varış saat dilimine hazırlığı sağlanabilir. Ayrıca seyahat sonrasında, gidilen bölgedeki uyuma saatine kadar uyumamaya çalışılmalıdır (Eastman ve ark. 2005, Zhu ve Zee 2012).

Melatoninin varış sonrası dört gün boyunca uykudan önce 2-5 mg dozlarında alınması, jet lag semptomlarını önlediği ya da azalttığı ve yeni endojen sirkadiyen ritmin oluşmasına katkıda bulunduğu belirtilmektedir (Suhner ve ark. 2001, Herxheimer ve Waterhouse 2003). Duruma göre, uykudan önce düşük doz kısa-orta etkili benzodiazepinler ya da zolpidem ve zopiklon gibi benzodiazepin reseptör agonistleri kullanılabilir. Hipnotikler, jet lag sendromuna bağlı uyku bozukluklarında etkili tedaviyi sağlamasına rağmen, yan etkiler açısından kontrollü ve kısa süreli kullanılmalıdır. Sabah uykululuğun giderilmesinde kafein etkili olabilir. Ayrıca bol sıvı tüketimi, alkolden uzak durmak ve gün içerisinde hafif egzersizlerin yapılması önerilir (Jamieson ve ark. 2001, Lu ve Zee 2006, Zee ve ark. 2013).

## Sonuç

SRUB'ler, kişinin çevresel ve sosyal koşullarına uygun olan uyku-uyanıklık zamanlamasının bozulduğu durumlardır. Endojen ritim ile dış çevre arasındaki uyumsuzluğa bağlı olarak uyku zamanlaması kalıcı veya tekrarlayıcı biçimde bozulur. Uykusuzluğa, aşırı uykululuğa ya da her ikisine birden neden olurlar. Bunun sonucunda sosyal, akademik ve mesleki alanlarda fonksiyonel kayıplar görülür. SRUB'lerin yaygınlığı göz önünde bulundurulurken, uyku ile ilgili yakınmaları bulunan tüm hastalarda ayırıcı tanıda değerlendirilmeleri gereklidir. Tanı için kapsamlı bir anamnez ile uyku günlüğünün tutulması yeterli olmaktadır. Uyku günlüğünün aktigrafı kaydı ile desteklenmesi önerilir. PSG, tanı için rutinde gerekli olmayıp altta yatan ya da birlikte olduğundan kuşku duyulan diğer uyku bozukluklarının dışlanması için uygulanabilir. Tedavilerin SRUB'e neden

olması mümkün çevresel, sosyal ve davranışsal etmenlerin de dahil edilerek planlanması önemlidir. Uyku hijyeninin sağlanması, parlak ışık uygulaması ve melatonin gibi psiko-farmakolojik yaklaşımlar tedavilerde etkin olarak kullanılan yöntemlerdir.

## Kaynaklar

- Abbott SM, Reid KJ, Zee PC (2015) Circadian rhythm sleep-wake disorders. *Psychiatr Clin North Am*, 38:805-823.
- Abe T, Inoue Y, Komada Y, Nakamura M, Asaoka S, Kanno M et al. (2011) Relation between morningness-eveningness score and depressive symptoms among patients with delayed sleep phase syndrome. *Sleep Med*, 12:680-684.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- American Academy of Sleep Medicine (AASM) (2014) *The International Classification of Sleep Disorders, Third Edition*. Darien, IL, American Academy of Sleep Medicine.
- Ancoli-Israel S, Schnierow B, Kelson J, Fink R (2001) A pedigree of one family with delayed sleep phase syndrome. *Chronobiol Int*, 18:831-840.
- Ancoli-Israel S, Martin JL, Kripke DF, Marler M, Klauber MR (2002) Effect of light treatment on sleep and circadian rhythms in demented nursing home patients. *J Am Geriatr Soc*, 50:282-289.
- Aoki H, Ozeki Y, Yamada N (2001) Hypersensitivity of melatonin suppression in response to light in patients with delayed sleep phase syndrome. *Chronobiol Int*, 18:263-271.
- Barion A, Zee PC (2007) A clinical approach to circadian rhythm sleep disorders. *Sleep Med*, 8: 566-577.
- Boivin DB, James FO (2002) Circadian adaptation to night-shift work by judicious light and darkness exposure. *J Biol Rhythms*, 17:556-567.
- Campbell SS, Dawson D, Anderson MW (1993) Alleviation of sleep maintenance insomnia with timed exposure to bright light. *J Am Geriatr Soc*, 41:829-836.
- Crowley SJ, Lee C, Tseng CY, Fogg LF, Eastman CI (2003) Combinations of bright light, scheduled dark, sunglasses, and melatonin to facilitate circadian entrainment to night shift work. *J Biol Rhythms*, 18:513-523.
- Czeisler CA, Richardson GS, Coleman RM, Zimmerman JC, Moore-Ede MC, Dement WC et al. (1981) Chronotherapy: resetting the circadian clocks of patients with delayed sleep phase insomnia. *Sleep*, 4:1-21.
- Czeisler CA, Allan JS, Strogatz SH, Ronda JM, Sánchez R, Rios CD et al. (1986) Bright light resets the human circadian pacemaker independent of the timing of the sleep-wake cycle. *Science*, 233:667-671.
- Czeisler CA, Walsh JK, Roth T, Hughes RJ, Wright KP, Kingsbury L et al. (2005) Modafinil for excessive sleepiness associated with shift-work sleep disorder. *N Engl J Med*, 353:476-486.
- Çaliyurt O (2001) Duygudurum bozuklukları ve biyolojik ritim. *Duygudurum Dizisi*, 5:209-214.
- Dahlitz M, Alvarez B, Vignau J, English J, Arendt J, Parkes JD (1991) Delayed sleep phase syndrome response to melatonin. *Lancet*, 337:1121-1124.
- Drake CL, Roehrs T, Richardson G, Walsh JK, Roth T (2004). Shift work sleep disorder: prevalence and consequences beyond that of symptomatic day workers. *Sleep*, 27:1453-1462.
- Duffy JF, Czeisler CA (2002) Age-related change in the relationship between circadian period, circadian phase, and diurnal preference in humans. *Neurosci Lett*, 318:117-120.
- Eastman CI, Gazda CJ, Burgess HJ, Crowley SJ, Fogg LF (2005) Advancing circadian rhythms before eastward flight: a strategy to prevent or reduce jet lag. *Sleep*, 28:33-44.
- Gooley JJ, Saper CB (2005) Anatomy of the mammalian circadian system. In *Principles and Practice of Sleep Medicine*. (Eds MH Kryger, T Roth, WC Dement): 335-350. Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Herxheimer A, Waterhouse J (2003) The prevention and treatment of jet lag. *BMJ*, 326:296-297.
- Hohjoh H, Takasu M, Shishikura K, Takahashi Y, Honda Y, Tokunaga K (2003) Significant association of the arylalkylamine N-acetyltransferase (AA-NAT) gene with delayed sleep phase syndrome. *Neurogenetics*, 4:151-153.
- Jamieson AO, Zammit GK, Rosenberg RS, Davis JR, Walsh JK (2001) Zolpidem reduces the sleep disturbance of jet lag. *Sleep Med*, 2:423-430.
- Jones CR, Campbell SS, Zone SE, Cooper F, DeSano A, Murphy PJ et al. (1999) Familial advanced sleep-phase syndrome: a short-period circadian rhythm variant in humans. *Nat Med*, 5:1062-1065.
- Lack L, Wright H (1993) The effect of evening bright light in delaying the circadian rhythms and lengthening the sleep of early morning awakening insomniacs. *Sleep*, 16:436-443.

- Lewy AJ, Ahmed S, Jackson JM, Sack RL (1992) Melatonin shifts human circadian rhythms according to a phase-response curve. *Chronobiol Int*, 9:380-392.
- Lewy AJ, Bauer VK, Hasler BP, Kendall AR, Pires ML, Sack RL (2001) Capturing the circadian rhythms of free-running blind people with 0.5 mg melatonin. *Brain Res*, 918:96-100.
- Lu BS, Zee PC (2006) Circadian rhythm sleep disorders. *Chest*, 130:1915-1923.
- Martinez D, Lenz Mdo C (2010) Circadian rhythm sleep disorders. *Indian J Med Res*, 131:141-149.
- Mishima K, Tozawa T, Satoh K, Saitoh H, Mishima Y (2005) The 3111T/C polymorphism of hClock is associated with evening preference and delayed sleep timing in a Japanese population sample. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 133B:101-104.
- Moldofsky H, Musisi S, Phillipson EA (1986) Treatment of a case of advanced sleep phase syndrome by phase advance chronotherapy. *Sleep*, 9:61-65.
- Moline ML, Pollak CP, Monk TH, Lester LS, Wagner DR, Zendell SM et al. (1992) Age-related differences in recovery from simulated jet lag. *Sleep*, 15:28-40.
- Moore-Ede MC, Richardson GS (1985) Medical implications of shift-work. *Annu Rev Med*, 36:607-617.
- Morgenthaler TI, Lee-Chiong T, Alessi C, Friedman L, Aurora RN, Boehlecke B et al. (2007) Practice parameters for the clinical evaluation and treatment of circadian rhythm sleep disorders. An American Academy of Sleep Medicine report. *Sleep*, 30:1445-1459.
- Munday K, Benloucif S, Harsanyi K, Dubocovich ML, Zee PC (2005) Phase-dependent treatment of delayed sleep phase syndrome with melatonin. *Sleep*, 28:1271-1278.
- Nagtegaal JE, Kerkhof GA, Smits MG, Swart AC, Van Der Meer YG (1998) Delayed sleep phase syndrome: A placebo-controlled cross-over study on the effects of melatonin administered five hours before the individual dim light melatonin onset. *J Sleep Res*, 7:135-143.
- Nagtegaal JE, Laurant MW, Kerkhof GA, Smits MG, van der Meer YG, Coenen AM (2000) Effects of melatonin on the quality of life in patients with delayed sleep phase syndrome. *J Psychosom Res*, 48:45-50.
- Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV (2004) Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*, 27:1255-1273.
- Ozaki S, Uchiyama M, Shirakawa S, Okawa M (1996) Prolonged interval from body temperature nadir to sleep offset in patients with delayed sleep phase syndrome. *Sleep*, 19:36-40.
- Paine SJ, Fink J, Gander PH, Warman GR (2014) Identifying advanced and delayed sleep phase disorders in the general population: a national survey of New Zealand adults. *Chronobiol Int*, 31:627-636.
- Pereira DS, Tufik S, Louzada FM, Benedito-Silva AA, Lopez AR, Lemos NA et al. (2005) Association of the length polymorphism in the human Per3 gene with the delayed sleep-phase syndrome: does latitude have an influence upon it? *Sleep*, 28:29-32.
- Pillar G, Shahar E, Peled N, Ravid S, Lavie P, Etzioni A (2000) Melatonin improves sleep-wake patterns in psychomotor retarded children. *Pediatr Neurol*, 23:225-228.
- Regestein QR, Monk TH (1995) Delayed sleep phase syndrome: a review of its clinical aspects. *Am J Psychiatry*, 152:602-608.
- Reid KJ, Jaksa AA, Eisengart JB, Baron KG, Lu B, Kane P et al. (2012) Systematic evaluation of axis-I DSM diagnoses in delayed sleep phase disorder and evening-type circadian preference. *Sleep Med*, 13:1171-1177.
- Rosenthal NE, Joseph-Vanderpool JR, Levendosky AA, Johnston SH, Allen R, Kelly KA et al. (1990) Phase-shifting effects of bright morning light as treatment for delayed sleep phase syndrome. *Sleep*, 13:354-361.
- Sack RL, Hughes RJ, Edgar DM, Lewy AJ (1997) Sleep promoting effects of melatonin: at what dose, in whom, under what conditions, and by what mechanisms? *Sleep*, 20:908-915.
- Sack RL, Brandes RW, Kendall AR, Lewy AJ (2000) Entrainment of free-running circadian rhythms by melatonin in blind people. *N Engl J Med*, 343:1070-1077.
- Sack RL, Auckley D, Auger RR, Carskadon MA, Wright KP, Vitiello MV et al. (2007) Circadian rhythm sleep disorders: part II, advanced sleep phase disorder, delayed sleep phase disorder, free-running disorder, and irregular sleep-wake rhythm. An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep*, 30:1484-1501.
- Saxvig IW, Pallesen S, Wilhelmsen-Langeland A, Molde H, Bjorvatn B (2012) Prevalence and correlates of delayed sleep phase in high school students. *Sleep Med*, 13:193-199.
- Schrader H, Bovim G, Sand T (1993) The prevalence of delayed and advanced sleep phase syndromes. *J Sleep Res*, 2:51-55.
- Schwartz JRL, Roth T (2006) Shift work sleep disorder: burden of illness and approaches to management. *Drugs*, 66:2357-2370.
- Selvi Y, Özdemir PG, Özdemir O, Aydın A, Beşiroğlu L (2010) Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23:238-243.

- Selvi Y, Beşiroğlu L, Aydın A (2011) Kronobiyoloji ve duygudurum bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3:368-386.
- Sevim S (2011) Sirkadyen Ritim Bozuklukları. In *Uyku Fizyolojisi ve Hastalıkları* (Eds H Kaynak, S Ardic):325-332. İstanbul, Nobel Matbaacılık.
- Shirayama M, Shirayama Y, Iida H, Kato M, Kajimura N, Watanabe T et al. (2003) The psychological aspects of patients with delayed sleep phase syndrome (DSPS). *Sleep Med*, 4:427-433.
- Singer C, Tractenberg RE, Kaye J, Schafer K, Gamst A, Grundman M et al. (2003) A multicenter, placebo-controlled trial of melatonin for sleep disturbance in Alzheimer's disease. *Sleep*, 26:893-901.
- Sivertsen B, Pallesen S, Stormark KM, Bøe T, Lundervold AJ, Hysing M (2013) Delayed sleep phase syndrome in adolescents: prevalence and correlates in a large population based study. *BMC Public Health*, 13:1163.
- Suhner A, Schlagenhauf P, Höfer I, Johnson R, Tschopp A, Steffen R (2001) Effectiveness and tolerability of melatonin and zolpidem for the alleviation of jet lag. *Aviat Space Environ Med*, 72:638-646.
- Szymusiak R, McGinty D (2008) Hypothalamic regulation of sleep and arousal. *Ann NY Acad Sci*, 1129:275-286.
- Toh KL, Jones CR, He Y, Eide EJ, Hinza W, Virshup DM et al. (2001) An hPer2 phosphorylation site mutation in familial advanced sleep phase syndrome. *Science*, 291:1040-1043.
- Uchiyama M, Okawa M, Shibui K, Liu X, Hayakawa T, Kamei Y et al. (2000) Poor compensatory function for sleep loss as a pathogenic factor in patients with delayed sleep phase syndrome. *Sleep*, 23:553-558.
- Van Geijlswijk IM, Korzilius HPLM, Smits MG (2010) The use of exogenous melatonin in delayed sleep phase disorder: a meta-analysis. *Sleep*, 33:1605-1614.
- Wagner DR (1996) Disorders of the circadian sleep-wake cycle. *Neurol Clin*, 14:651-670.
- Wagner DR (1999) Circadian rhythm sleep disorders. *Curr Treat Options Neurol*, 1:299-308.
- Walsh JK, Muehlbach MJ, Schweitzer PK (1995) Hypnotics and caffeine as countermeasures for shiftwork-related sleepiness and sleep disturbance. *J Sleep Res*, 4:80-83.
- Witting W, Kwa IH, Eikelenboom P, Mirmiran M, Swaab DF (1990) Alterations in the circadian rest-activity rhythm in aging and Alzheimer's disease. *Biol Psychiatry*, 27: 563-572.
- Xu Y, Padiath QS, Shapiro RE, Jones CR, Wu SC, Saigoh N et al. (2005) Functional consequences of a CK1delta mutation causing familial advanced sleep phase syndrome. *Nature*, 434:640-644.
- Yazaki M, Shirakawa S, Okawa M, Takahashi K (1999) Demography of sleep disturbances associated with circadian rhythm disorders in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 53:267-268.
- Yetkin (2007) Uyku bozukluklarında tedavi. In *Psikofarmakoloji*, 3. Baskı (Ed N Yüksel): 351-363. Ankara, MN Medikal & Nobel.
- Zee PC, Manthana P (2007) The brain's master circadian clock: implications and opportunities for therapy of sleep disorders. *Sleep Med Rev*, 11:59-70.
- Zee PC, Vitiello MV (2009) Circadian Rhythm sleep disorder: irregular sleep wake rhythm type. *Sleep Med Clin*, 4:213-218.
- Zee PC, Attarian H, Videnovic A (2013) Circadian rhythm abnormalities. *Continuum : Lifelong Learning in Neurology*, 19(1):132-147.
- Zhu L, Zee PC (2012) Circadian rhythm sleep disorders. *Neurol Clin*, 30:1167-1191.

---

**Erhan Akıncı**, Uzm.Dr., Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi, İzmir; **Fatma Özlem Orhan**, Doç. Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Kahramanmaraş

**Yazışma Adresi/Correspondence:** Erhan Akıncı, Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi, İzmir, Turkey.

E-mail: drerhanakinci@yahoo.com

Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bildirilmemiştir - No conflict of interest is declared related to this article

**Çevrimiçi adresi / Available online:** [www.cappsy.org/archives/vol8/no2/](http://www.cappsy.org/archives/vol8/no2/)

**Geliş tarihi/Submission date:** 10 Aralık/December 10, 2015 · **Kabul Tarihi/Accepted** 3 Ocak/January 3, 2016

---