

GERÇEKTEN BİLMENİZ GEREKEN

# 50 PSİKOLOJİ FİKRİ

ADRIAN FURNHAM

Çeviri: Sumru Ağıryürüyen

domingo

# İçindekiler

## Giriş 3

### HASTA ZİHİN

- 01 Anormal Davranış 4
- 02 Plasebo Etkisi 8
- 03 Alışkanlıktan Kurtulmak 12
- 04 Kayıp Dokunuş 16
- 05 Nevrotik Değil, Yalnızca Farklı 20
- 06 Akıllı Başında Görünüyor 24
- 07 Stres 28

### YANILSAMA VE GERÇEKLİK

- 08 Görsel Yanılsamalar 32
- 09 Psikofizik 36
- 10 Halüsinasyonlar 40
- 11 Delüzyonlar 44
- 12 Bilincin Yerinde mi? 48

### KALPLER VE ZİHİNLER

- 13 Pozitif Psikoloji 52
- 14 Duygusal Zekâ 56
- 15 Duygular Neye Yarar? 60
- 16 Bilişsel Terapi 64

### BİREYSEL FARKLILIKLAR

- 17 IQ ve Siz 68
- 18 Flynn Etkisi 72
- 19 Çoklu Zekâ 76
- 20 Bilişsel Farklılıklar 80

### KİMLİK VE TOPLUM

- 21 Rorschach Mürekkep Lekesi Testi 84
- 22 Yalanları Yakalamak 88
- 23 Yetkeci Kişilik 92
- 24 Yetkeye İtaat 96
- 25 Uyum Göstermek 100
- 26 Fedakârlık mı, Bencillik mi? 104

## 27 Bilişsel Uyumsuzluk 108

## 28 Kumarbaz Yanılgısı 112

### AKILCILIK VE SORUN ÇÖZME

- 29 Yargı ve Sorun Çözme 116
- 30 Vazgeçemeyecek Kadar Fazla Yatırım Yapmak 120
- 31 Akılcı Karar Verme 124
- 32 Geçmişte Kalan Anılar 128

### BİLİŞ

- 33 Tanık Ne Gördü? 132
- 34 Yapay Zekâ 136
- 35 İhtimal ki Düş Görürsün 140
- 36 Unutmayı Dene 144
- 37 Dilinin Ucunda Fenomeni 148

### GELİŞİM

- 38 Psikoseksüel Evreler 152
- 39 Bilişsel Evreler 156
- 40 Sıraya Girmiş Ördekler 160
- 41 Tabula Rasa 164

### ÖĞRENME

- 42 Aç Kal 168
- 43 Davranışçılık 172
- 44 Pekiştirme Çizelgeleri 176
- 45 Karmaşıklığı Denetlemek 180

### BEYİN

- 46 Frenoloji 184
- 47 Ayrılmak Zor Zanaat 188
- 48 Afazi 192
- 49 Disleksi 196
- 50 Bu da Kim? 200

### Sözlük 204

### Dizin 206

# Giriş

Psikolojiyi savunanlar kadar onu yerin dibine batıranlar da vardır. Kimileri için “sosyal bilimlerin kraliçesi”dir: Gelişimi, yaklaşımı ve uygulamalarıyla günümüzde sağlık, mutluluk ve ilerlemenin anahtarı haline gelmiştir. Psikolojiyi karalayarlarsa, psikologları akli çelinmiş bulmakla kalmaz, sağduyu yoksunu, hatta yanlış düşünce ve uygulamaların tehlikeli failleri olarak görür.

Psikoloji resmi olarak 1870’lerde doğdu. Psikologlar uluslararası düzeyde etkili aktörler olarak kabul gördüler. Darwin ve Marx’ın yanı sıra, Freud’un da 19. yüzyılın en etkili düşünürü olduğu rahatlıkla ileri sürülebilirdi. Watson, Skinner, Milgram ve diğerleri de, insanların çocuk yetiştirip eğitmekten, işyerlerine eleman seçip yönetmeye kadar yaptıkları her şeyde büyük etki sahibi oldular. Nihayet, 21. yüzyıla geldiğinde, ikinci kez bir psikolog Nobel Ekonomi Ödülü’nü kazandı.

Psikoloji günümüzde toplumun her alanına girmiş durumdadır. Psikolojik bakış açısına sahip olmayan bir suç romanı, belgesel, sohbet programı ya da tıbbi danışmanlık eksik sayılır. Arabamızın, evimizin tasarımı; giysi, tüketim eşyası ve partner seçimlerimiz; çocuklarımızı eğitim biçimimiz, tamamen psikolojik araştırmaların konusudur ve bunların etkisi altında biçimlenir. Psikolojinin yönetim, spor ve tüketici pazarlama tekniklerindeki rolü de kabul edilmektedir.

Psikoloji hem kuramsal hem de uygulamalı bir bilimdir. Davranışları ve bunun yanı sıra, fikirleri, duyguları ve düşünceleri etkileyen temel mekanizma ve süreçleri anlamayı amaçlar. İnsana dair sorunları da çözmeye çalışır. Anatomi, tıp, psikiyatri ve sosyolojinin yanı sıra, ekonomi, matematik ve zooloji gibi birçok alanla yakından ilişkili olduğundan birçok disiplinle kesişir.

Psikolojiye yeni başlayanlar, rüyalardan megalomaniye; bilgisayar fobisinden kanserin nedenlerine; bellekten sosyal hareketliliğe; tutum oluşumundan alkolizme, bir psikoloğun incelediklerinin çapını görünce genellikle çok şaşırırlar. Psikolojinin önemli ve yararlı bir yanı da, insanlara davranışları tanımlayıp açıklayabilecekleri zengin bir sözcük dağarcığı kazandırmasıdır: Psikoloji, öğrencilere davranışlarımızı tanımlayacak ve açıklayacak dili verir.

Kimi psikoloji kuramları toplumdaki genel kabullere aykırı, kimileri ise oldukça uyumludur. Umarım, elinizdeki kitapta, ilki konusunda açıklayıcı, ikincisine ise aydınlatıcı olabilmişimdir.

# 01 Anormal Davranış

Anormal psikolojisi –klinik psikoloji de denir– anormal davranışları inceler. Bozulmuş alışkanlıklar, düşünceler ya da dürtülerin kökenleri, kendini gösterme biçimleri ve tedavileriyle ilgilenir. Bunların nedenleri çevresel, bilişsel, genetik ya da nörolojik etmenler olabilir.

Anormal psikolojisiyle ilgilenen uzmanlar psikolojik sorunların değerlendirilmesi, tanısı ve yönetilmesiyle uğraşırlar. Dolayısıyla, bunlar kaygı (anksiyete) bozuklukları (kaygı, panik, fobiler, travma sonrası stres bozuklukları); duygudurum bozuklukları (depresyon, iki uçlu bozukluk, intihar); madde bozuklukları (alkol, uyarıcılar, halüsinojenler vb.) ya da şizofreni gibi çok karmaşık bozuklukların tedavisinde uzmanlaşmış hem bilim insanları hem de pratisyenlerdir. Klinik psikoloji, psikolojide tam anlamıyla merkezi önemde bir yer tutar. Konuya dışarıdan bakarlarsa, bunu kesinlikle uygulamalı psikolojinin en ilginç ve en önemli uzmanlık dalı olarak görürler.

**Anormalliği tanımlamak** Sıkıntı içinde olan ya da tuhaf davranan insanları fark etmek görece kolayken, anormalliği tanımlamak çok daha zordur. “Anormal” normdan uzaklaşmak demektir. Yani, çok uzun ya da çok kısa insanlar, tıpkı çok yavaş öğrenen ya da çok yetenekli kişiler gibi anormaldirler. Dolayısıyla, lafı dolandırmadan söyleyecek olursak, Einstein ve Michelangelo da, Bach ve Shakespeare de anormaldiler.

Klinik psikoloji açısından, konu davranışın anormalliğinden ziyade kişiyi strese sürükleyecek ve sosyalliğini bozacak davranış *uyumsuzluğunun* olup olmadığıdır. Kişinin davranışı akıldışıysa ya da kendisine ve diğerlerine zarar verme potansiyeli taşıyorsa, bunu anormal görme eğilimi taşıyırız. Psikolog için bu psikopatoloji, sıradan insan içinse, delilik ya da aklını kaçırmışlıktır.

Normal ile anormal arasında hassas bir ayırım yapmak açısından hepimiz kesinlik ve netlik peşindeyiz. Yine de, anormal kabul edilen şeyin tarih ve kültür

## dönem

1600

Büyücülük uygulamalarına ilk kez karşı çıkılması

1773

İlk akıl hastanesi ABD’de Williamsburg’da kuruldu.

tarafından biçimlendirildiğini de biliyoruz. Psikiyatri ders kitapları bu durumu çok güzel yansıtmaktadır. Eşcinsellik pek de uzak olmayan bir geçmişe kadar akıl hastalığı kabul ediliyordu. Mastürbasyon 19. yüzyılda anormal sayılıyordu.

Sosyoekonomik konum, cinsiyet ve ırk da anormallikle ilişkilidir. Anoreksiya, bulimiya ya da kaygı bozuklukları kadınlarda erkeklerdekine göre daha fazla görülürken, erkekler madde kötüye kullanımına daha açıktır. Yoksullarda şizofreni tanısı olasılığı, zenginlerdekinden daha yüksektir. Amerikalı çocuklarda aşırı kontrol bozukluğuna göre, yetersiz kontrol bozukluğu daha sıktır, öte yandan Batı Hint Adaları'nda durum tam tersidir.

Anormallik konusundaki ilk yaklaşımlar tuhaf davranışlara ruhun ele geçirilmesi gibi açıklamalar getiriyordu. İnsanlar animalizme –hayvanlara benzediğimizi kabul eden inanış– inanyor ve deliliğin de kontrol dışı regresyonun (gerileme) bir sonucu olduğunu düşünüyorlardı. Eski Yunanlar anormalliklerin ve genel sıkıntıların nedenini beden sıvıları ya da “humorlar”da arıyordu. Sonuç olarak, deliliğin ilk tedavisi tecrit etmek ve cezalandırmaktı. On dokuzuncu yüzyıla kadar gerçek anlamda insani bir tedaviden söz etmek mümkün değildi.

**Genel kabul gören ölçütler** Günümüzde, psikoloji açısından anormallik tanımları genel kabul gören birkaç ölçüt etrafında dönmektedir. Bunlar 4D olarak bilinir: *distress* (sıkıntı), *deviance* (sapma), *dysfunction* (işlev bozukluğu), *danger* (tehlike). Anormallik genel olarak, *acı* ve bir yönüyle akut ve kronik bireysel acı çekmek demek olan *ıstırapı* kapsar. Kriterlerden biri *kötü uyum*, yani işini elinde tutmak, insanlarla mutlu ilişkiler yürütmek ya da gelecek planları yapmak gibi yaşamın günlük gerekliliklerini yerine getirememektir.

Çok yaygın bir başka ölçüt de, fiziksel ya da sosyal dünya ve sıklıkla da, ruhani dünya hakkında yersiz, mantıksız inançlara sahip olmak şeklindeki *irrasyonalityedir* (*usdışılık*).

Anormal kişilerin davranışı genellikle diğerleri tarafından anlaşılmaz. Çoğu kez tahminlere uymayan; bir aşırı uçtan diğerine çok değişkenlik gösterebilen

**“Yıllar bu anormal terimi üzerine çok fazla değer yargısı yükledi. Artık tercihe göre birçok eşanlamlısından birini seçebiliyoruz: uyumsuz (*maladaptive*), sapkın vb.”**

**A. Reber, 1985**

## 1890'lar

Hipnoz ve psikanaliz başladı.

## 1940'lar

Davranış terapisi uygulandı.

## 1952

İlk iyi tanı elkitabı basıldı.

## Normallik ve Anormallik

**Öznel** Kendimizi, kendi davranış ve değerlerimizi normallik ölçütü olarak kabul eden en ilkel fikir, belki de budur. Bu tam da özdeyiş ve atasözlerini andıran bir saçmalaktır (“elini bir kez hırsızlığa alıştırıran, her zaman çalar”; “avam kadar tuhafı yoktur”). Yani, bizim gibiler normal, bizden farklı olanlarsa anormaldir. Bu yaklaşım basit kategoriler ya da örtüşmeyen türler kapsamında düşünmeye yönelimlidir: normal-anormal-çok anormal.

**Normatif** Bu ise, kişinin nasıl düşünüp davranacağına dair arzu edilen, ideal bir durum fikridir. Bu mükemmel dünya görüşü, genellikle din ve siyaset alanındaki düşünürler tarafından dile getirilir. Normallik mükemmellik: Normallikten ne kadar uzaklaşırsa, o kadar anormallik var demektir. Duruma “akla yatkın olasılık”tan ziyade “olması gereken” çerçevesinde bakar. Kimse mükemmel olmadığından hiçbir şey normal değildir.

**Klinik** Sosyal bilimciler ve tıbbi klinisyenler kişinin işlev görme halini etkililik, örgütlenme ve uyumluluk açısından değerlendirmeye çalışırlar. Hangi boyutun değerlendirildiğine bağlı olarak çok şey fark eder. Klinisyenler, güvenilir bir tanı peşinde koşarsa da, normal-anormal ayrımının gri ve bir ölçüde öznel olduğunu kabul ederler. Anormallik genellikle uyum zayıf-

lığı, acı ya da tuhaf davranışlarla ilişkilendirilir.

**Kültürel** Kültür giyimden tavırlara, dilden aşka kadar her şeydeki eğilimleri belirler. Kültür bize, davranışların nasıl olması gerektiğini söyler ya da onları mahkûm eder. Bazı şeyler tabu, bazıları da yasadışıdır. Bu durumda da, kişi kültürel normlardan ne kadar uzaklaşırsa, bir o kadar anormal sayılır. Öte yandan, kültürel inanışlar ya da uygulamalar değiştikçe, normallik tanımları da değişir. Eşcinsel davranış olgusu bu duruma çok güzel bir örnektir.

**İstatistiksel** İstatistikçilerin tümü çan eğrisi ya da normal dağılım kavramına aşinadır. Bu eğrinin belli özellikleri vardır ve en çok da zekâ alanında uygulanır. Bu durumda, ortalama puan 100, popülasyonun yüzde 66’sının puanı 85 ile 115 arasında, yaklaşık yüzde 97’si-ninkiyse 70 ile 130 arasındadır. Yani, puanınız 70’in altı ya da 130’un üstüye sıra dışısınız; yine de, sizin için “anormal” sözcüğü kullanılmayacaktır. Bir davranışın sık görülmesi, mutlaka sağlıklı ya da arzulan bir davranış olduğunu göstermeyeceğinden, bu modelin kusurları vardır. Ayrıca, doğrudan ölçülebilir yetenekler için uygulanabilirken, kişilik ya da zihinsel hastalık gibi daha örtük ve çok boyutlu konularda daha güç uygulanabilir.

ve sıklıkla da davranışlarını kontrol edemeyen kişilerdir. Davranışları genellikle çok uygunsuzdur.

Neredeyse tamamen tanıma uygun şekilde, anormallikleri alışılmadık, genellikle de nadir görülen istenmeyen davranışlarla ayırt edilir. Ayrıca, anormallığın ahlaki bir boyutu da vardır. Kuralların yıkılması, ahlak standartlarının

ihlali ve sosyal normların tanınmamasıyla ilişkilidir. Yasadışı, ahlakdışı, nahoş davranış anormaldir.

Anormallikle ilgili bir diğer ilginç ölçüt de, anormal davranışa maruz kalan insanlardaki huzursuzluk duygusudur. Ortamda anormalliğe dair net bir kanıt varsa, gözlemciler sıklıkla kendilerini huzursuz hissederler.

**Kavram sorunları** Anormallik tanımlarının tümünün sorunlu olduğu aşikârdır. İlk olarak, sağlıklı bir toplumda yaşayan sağlıklı bir insan genellikle anormal olarak nitelenir. Toplumların, kendi dar (sağlıksız, uyumsuz) inanç ve davranış standartlarına boyun eğmeyenlere fazlasıyla tahammülsüz davrandıklarına dair çok sayıda örnek vardır. İkinci olarak, uzman gözlemciler normale karşı anormalin ne olduğunun sınıflandırılması konusunda elbette birleşmemektedir. Çok sayıda anormallik ölçütü belirlendiğinde bile, bir kişinin belli bir anlamda anormal sayılıp sayılmayacağı hakkında temel fikir ayrılıkları ortaya çıkmaktadır. Üçüncüsü, aktör-gözlemci farklılığı diye bir şey vardır: Yargıyı hangisi verecektir? Aktörler kendilerini nadiren anormal bulurlar: Çoğumuz elbette kendi hakkımızda olumlu düşünürüz ve gerçekten, diğerlerinin sahip olamayacağı kadar bilgiye sahibizdir. Yine de, kendi kendine tanı koymanın çok iyi bilinen tuzakları ve tehlikeleri mevcuttur. Diğerlerini gözlemleyip, özellikle de bizlerden farklılarsa ya da bizim için tehdit unsuru oluştururlarsa, anormal etiketi yapıştırmak daha kolaydır.

**Kendine tanı koymak** Danışmanlık, eğitim ve terapinin birincil hedeflerinden biri de, insanların kendine dair farkındalığını artırmaktır. Elbette, zihinsel rahatsızlıkları bulunan ya da normal kabul edilen insanlardan bazılarının kendi sorunlarıyla ilgili içgörülerini azdır. Akılları karışmış görünürler. Öte yandan, anormal psikolojisi alanında çalışan öğrenciler, ders kitaplarını okuduklarında kendilerinde belli zihinsel hastalıklar olduğunu fark ettiklerini söylerler. Böyle olmasının nedeni, çoğumuzun kimi özel, paylaşılmayan, hatta “yasak” ya da onaylanmayan düşünce ve davranışların yalnızca bize ait olduğuna dair abartılı bir inanca sahip olmasıdır. Hepimiz bazı yönlerimizi saklarız; ancak, bir gün aniden her türlü anormal davranışı sıralayan ders kitaplarında bunlardan bahsedildiğini görürüz.

**“Anormalden hiç hoşlanmadığını söyler sürekli, çok aleni bir şeydir ona göre anormallik. Normal ise kesinlikle daha karmaşık ve ilginçtir onun için.”**

**G. Stein, 1935**

» **fikrin özü**  
**“Normal” davranış nedir?**

# 02 Plasebo Etkisi

Meşhur doktor tavsiyesidir: “Şu iki hapi al ve sabah beni ara.” Doktorlar tüm (fiziksel) tedavilerin hastada fiziksel değişim sağlayacak aktif bileşenler ve prosedürler içerdiğini bilseler de tedavide psikolojik etmenlerin gücünü de göz ardı etmezler. Zihnin maddeye etkisi, sağlık dünyasında yüzyıllardır bilinen bir kavramdır.

**Nedir?** Latince kökenli bir kelime olan plasebo “hoşnut etmek” demektir. Plasebo, kısaca, şifa verici bir değer taşımayan ve farmakolojik etkileri bulunmayan preparat olarak tanımlanır. Aktif plaseboysa, araştırılan bir ilacın yan etkilerini taklit eden, ancak onun beklenen özgül, tedavi edici etkilerine sahip olmayan preparattır.

**“Flüt sesi epilepside ve siyatik gutta şifa sağlar.”**  
**Teofrastos,**  
**iö 300**

Kimilerine göre, plasebo etkisi psikolojik hastalıklarda fiziksel hastalıklardakine göre daha güçlüdür. Son zamanlarda yapılmış önemli bir çalışmada, plasebo kontrollü hastaların yaklaşık yüzde 60’ında, bekleme listesindeki kontrol hastalarında elde edilen ortalamaya göre daha iyi sonuçlar alındığının gösterilmesi, plasebonun gücünü ortaya koymuştur.

**Tarihçe** Bu alandaki modern araştırmaların geçmişi, genellikle 50 yılı aşkın bir süre önce *American Dental Association Journal*’da yayımlanan bir makaleye dayandırılır. Henry Beecher, yalnızca şekerli hap vermek, hatta şefkatli fizik muayene gibi plasebo uygulamalarının, hastaların yüzde 30’unun durumunda iyileşme sağlayacağını savunarak tıp dünyasında şaşkınlık yaratmıştı. Günümüzde, bu tahmin, astımdan Parkinson’a çeşitli sorunlarla boğuşan hastaların bir dizi tedaviden sonra gerçekten kalıcı düzelmeler görülen yarısına ya da dörtte üçüne kadar yükselmiştir.

**Farklı plasebolar** Soru şudur: Hangi tip plasebo en iyisidir? Deney ortamlarında kapsüllerin ve hapların rengi ve boyutu devamlı değiştirilmekteyse

## dönem

### 1500-1900

Her çeşit maddeye tedavi edici özellikler atfedildi.

### 20. yüzyıl öncesi

Modern çağlara kadar kullanılan her ilaç plasebonun tarihini oluşturur.



## Her derde deva mı?

Ortodoks bir tıbbi çerçevede uygulanan plaseboların, alerji, angina pektoris, astım, kanser, beyin enfarktüsü, depresyon, diyabet, gece yatak ıslatma, epilepsi, uykusuzluk, Ménière hastalığı, migren, multipl skleroz,

nevroz, göz patolojileri, Parkinson hastalığı, prostat hiperplazisi, şizofreni, deri hastalıkları, ülserler ve siğiller gibi etkileyici ölçüde geniş bir hastalık yelpazesinde iyileşme sağladığı gösterilmiştir.

de, bunun gerçekten güvenilir bir etkisi olduğu pek söylenemez. Bu uygulama büyük bir fark yaratıyor görünmemektedir. Bir bilim insanı, bir plasebonun en üst düzeyde etkili olabilmesi için, çok büyük ve kahverengi ya da mor veyahut da çok küçük ve parlak kırmızı ya da parlak sarı olması gerektiğini bildirmiştir.

Daha ciddi, “majör” ya da invazif girişimler daha güçlü plasebo etkileri sergiler görünmektedir. Enjeksiyonlar nitelikleri gereği, haplardan daha etkili görünmekte, plasebo ameliyatlarda bile (insanların kesilip hiçbir şey yapılmaksızın ya da pek az bir şey yapılarak dikildikleri) yüksek oranda olumlu yanıtlar alınmaktadır.

Tedavinin hangi tarzda uygulandığının ve terapistin diğer niteliklerinin de tedavinin etkisine başlı başına katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Hastalarıyla daha yakından ilgilenen, tedavilerine daha çok güvenen ve profesyonellik düzeyleri daha yüksek terapistlerin hastalarında daha güçlü plasebo etkisi yattığı görülmektedir.

**“Akrabalık şifa getirir: Hepimiz birbirimizin hekimiyiz.”**

**Oliver Sacks, 1973**

### 1950’ler

Plaseboyla ilgili ilk araştırmalar

### 1960’lar

Plasebo kontrollü denemeler başladı.

### 1980’ler

Doktorların yüzde 80’i hâlâ plasebo kullandığını kabul ediyor.

**Nasıl işliyor?** Plasebo etkisinin cazibesi, aslında nasıl işlediğine dair birçok fikir ve kuram geliştirilmesine yol açtı. Edimsel (operant) koşullanma, klasik koşullanma, suçluluk duygusunu azaltmak, aktarım (transferans), önerme, ikna, rol talebi, inanç, umut, etiketleme, seçici semptom monitorizasyonu, yanlış nedene yüklemek, bilişsel uyumsuzluğu azaltmak, kontrol kuramı, kaygıyı azaltmak, beklenti etkisi ve endorfin salgılanması gibi çeşitli kavramlar öne sürüldü.

**Rastgele yöntemli, çift-kör, kontrollü denemeler** Plasebo etkisi hem nimet hem de lanettir. Reçeteye hangi tedaviyi yazıyor olursa olsun, tüm terapistler için bir nimettir. Girişimlerin asıl etkisini değerlendirmeye çalışan bilim insanları içinse bir lanet. Plasebo kontrollü, rastgele yöntemli, çift-kör çalışmalar, her türlü plasebo etkisinin dışlanıp tedavinin değerlendirilmesinde, bilimsel araştırmanın altın standardı olmuştur.

**“Bizi affettiren  
rahip değil,  
itirafımızdır.”**  
Oscar Wilde, 1890

Buradaki fikir, insanların bir kısmının tedavi uygulanmayacak kontrol gruplarına, bir kısmınınsa alternatif tedavi gruplarına ya da plasebo tedavisi gruplarına rastgele yöntemle ayrılmasıdır. Dahası, bu yöntemde, ne doktor/bilim insanı/terapist ne de danışan/hasta hangi tedavinin uygulandığını bilmez.

İlk rastgele yöntemli, kontrollü tedavi İkinci Dünya Savaşı'nın hemen ardından yapılmıştı. Ancak, 20 yıl öncesine kadar “kör yöntemli” bir çalışma yoktu. Psikolojik etmenlerin tedaviye yanıtı etkileyebileceği düşünüldüğünde, hastanın verilen tedavinin ne olduğuna karşı “körleştirilmesi” gerektiği de fark edildi. Hem hasta hem de klinisyen verilen tedavinin ne olduğundan habersiz olduğunda (mesela, ilaca karşı plasebo), denemeye çift-kör denir. Klinisyen bilip, hasta bilmediğindeyse deneme tek-kör yöntemlidir.

**Sorunlar** Plasebo kontrollü, rastgele yöntemli, çift-kör yaklaşımda da güçlükler yaşanmaktadır. İlki, farklı tedavi gruplarına atanan hastaların karşılaşım tedavilerini tartışma olasılıklarından kaynaklanan sorunlardır. Hastaları doğal gruplara atamak (örneğin, iki okulun ya da iki coğrafi bölgenin karşılaştırılması) rastgele yöntemle tercih edilebilir. İkincisi, körleştirme bazı tedaviler için uygun olmayabilir. Ne doktor ne de hasta gerçek tableti şeker hapından, yani plasebo tabletten ayırabilir, öte yandan bazı tedavilerde plasebo ilaçlara net bir eşdeğer bulunamaz. Üçüncüsü, çalışmaya katılmak, katılımcı hastaların davranışlarını etkileyebilir. Düzenli olarak izlenip değerlendiriliyor olmak bile kendi başına yararlı bir etki oluşturabilir.

Dördüncüsü, bir çalışmada yer almayı kabul eden katılımcılar, o özel soruna sahip genel hasta topluluğunun tipik özelliklerini taşıyor olabilir. Bir çalışmaya giriş ölçütlerinin grupların karşılaştırılabilmesini sağlayacak ve bir tedavinin yararının gösterilmesine en yüksek düzeyde şans tanıyacak kesinlikte olması gerekir. Bir diğer sorun da, plasebo tedavisi alıyor olma olasılığının tedaviye uyumu azaltmasıdır. Hastalar, kendilerine plasebo alıyor olabilecekleri söylendiyse, hızlı etki görülmediğinde tedaviden vazgeçmeye daha fazla eğilimli olabilirler.

**“En iyi deva kahkahadır.”**

**Pindaros, iö 500**

Altıncı olarak, çalışmada standart tedavi vermek hem yapay kalabilir hem de klinik uygulamalarla hayli ilgisiz olabilir. Dolayısıyla, daha esnek bir hasta merkezli yaklaşımın önünü kesebilir. Böylece de, çalışma, tedaviyi klinik uygulamadaki şekliyle gerçekten sınamamış olur ve hastanın gereksinimleri araştırma şartlarıyla çelişebilir. Bir diğer sorun, yanıtta bireysel farklılıkların, yalnızca ortalama grup yanıtlarını dikkate alan bir analizde göz ardı edilebilmesidir. Bildirilen sonuçlarda, tedaviyle daha kötü sonuç alan hastalara, özellikle aşıkâr olan yan etkilerden yakınmadıkları sürece, yeterince dikkat edilmeyebilir.

Sekizincisi, plasebo tedavisi uygulandığında ya da hasta veya klinisyen belli bir tedaviyi açıkça diğerine tercih ettiğinde olduğu gibi, çeşitli açılardan etik sorunlarla karşılaşılabilir. Dokuzuncu olarak, klinik değerlendirmeye ve nesnel testlere dayalı ana sonlanım ölçütü, hastaların önemli ve yararlı bir değişimin nelerden oluştuğu hakkındaki bakış açılarını yansıtmıyor olabilir. Hastalar, kimi zaman biyokimyasal parametrelerdeki ya da diğer hastalık göstergelerindeki değişikliklerle yakından bağlantılı olmayabilecek şekilde, yaşam kaliteleriyle daha fazla ilgileniyor olabilirler. Son olarak da, bir tedaviyi karşılaştırılabilir bir plaseboyla ilişkisi açısından değerlendirirken plasebo etkisinin elenmesi, önemli psikolojik etkilerin göz ardı edilmesi anlamına gelebilir. Terapistin özellikleri ve hastanın tedaviye karşı tavrı, hastanın tedaviye uyumu ve hastalığa karşı tutumunun önemli belirleyicileri olabilecekken, nadiren tıbbi çerçevede incelenmektedir.

**“Tıp, kaderi ölmek olan insanı iyileştirir.”**  
**Atasözü**

## » fikrin özü

# Duyarlılık tedavi sonuçlarını etkiler

# 03 Alışkanlıktan Kurtulmak

“İptilanın her türüsü kötüdür, narkotik ister alkol, ister morfin, ister idealizm olsun.” Carl Jung, 1960

Çoğu kimse, bağımlılıkları esas olarak uyuşturucu maddeler kapsamında düşünür. Oysa insanların bağımlı olduğu ya da olabileceği maddelerin listesi epey uzundur. Bu maddelere alkol, uyarıcılar (kokain gibi), opiyatlar, halüsinojenler, marihuana, tütün ve barbitüratlar da dahildir.

Bağımlılık bir şeyle karşılaştıktan sonra, bu deneyimi tekrar ve çok sık arama davranışı gelişmesidir. Zamanla bağımlılık iyice kökleşir. Alışkanlıklarının pahalı, sağlıksız ve olasılıkla yasadışı olduğunu bilen, ancak bundan vazgeçemiyor görünen kullanıcılar arasında düzenli ve giderek artan bir tüketim söz konusudur. Bu biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri kapsayan karmaşık bir süreçtir.

**“Başkalarının sağlığına  
içip, kendimizinkini  
mahvediyoruz.”**

**Jerome K. Jerome, 1920**

Kimi bağımlılık araştırmacıları, belli maddelerin ya da etkinliklerin neden bağımlılık oluşturmaya bu denli yatkın olduğuna kafa yorar. Diğerleriye, kimi bireylerin neden başkalarından daha duyarlı olduğu konusunu ilginç bulur. Kimi bilim insanları bağımlılık olasılığını artırıp azaltan çevresel ve sosyal koşullar ve özelliklerle ilgilenirken, diğerleri de bağımlılıktan kurtulma çabalarına ve nüks konusuna yoğunlaşır.

**Bağımlılık ve kötüye kullanım** Maddeler bağlamında, psikiyatri yazını madde bağımlılığını madde kötüye kullanımından ayrı tutar. Bu ikisi teknik açıdan farklı anlam taşır. *Bağımlılık* tolerans (belirli bir etki için giderek daha fazlasının gerekmesi); yoksunluk belirtileri (madde alınmadığında); maddeyi elinde bulundurmaya çalışmak türünden saplantılar; tüm sosyal, mesleki ve boş zaman etkinliklerinde kötüye gitme ve maddenin yarattığı tüm zararın

dönem

1875

San Francisco afyonu yasakladı.

1919-33

ABD’de yasaklandı.

## Sigara kullanmak

En çok tartışılan iki bağımlılıktan biri sigara, diğeri alkol kullanmaktır. Çoğu Batı ülkesinde nüfusun yaklaşık dörtte birinden yarısına kadar olan bir bölümü halen sigara kullanmaktayken, sigaranın tüm kanserlerin üçte birine yol açtığı düşünülmektedir. Sigara kullanmak birçok nedeni olan, artık "damgalanmış bir alışkanlık"tır. Kişinin sigaraya başlamasına yol açan etmenlerle (sosyal baskı, rol modelleri) devam etmesine neden olanlar genellikle birbirinden farklıdır. Nikotin güçlü bir uyarıcıdır: Kalp hızını ve kan basıncını artırır, vücut sıcaklığını düşürür, hipofiz bezinden salınan hormonları değiştirir, adrenalini salgılamasını tetikler. Beyindeki dopamin salgılamasını nikotin bağımlılığını pekiştirir. Daha da önemlisi, insanlar ortaya çıkan kaygı, baş

ağrısı, huzursuzluk ve uykusuzluk gibi nahoş yoksunluk semptomları yüzünden de sigaraya devam ederler. Sigarayı bırakmanın hızla gelişen ve uzun süren etkileri vardır.

Çoğu kimse sigarayı azaltmaya ya da bırakmaya çalışmaktadır. Hükümetlerin reklam yasakları, satışları ve tüketim yerlerini kısıtlamaya gitmesi, fiyatları artırması ve bunun yanı sıra sağlık ve eğitim kampanyalarına başvurmaları, mütevazı bir etki yaratmaktadır. Kişiler nikotin flasterlerinden ve sakızlarından psikoterapi ve hipnoza ve nihayetinde irade gücüne kadar her şeyi denemektedir. Görsel, kokusal, fizyolojik ve sosyal bir dizi etmen sigara ihtiyacını tetiklediğinden, çoğu sigara tiryakisi bu alışkanlıktan kurtulmanın imkânsız olduğunu düşünür.

tamamen farkında olunmasına karşın kullanmayı sürdürme gibi çok özgül özellikler sergiler.

*Kötüye kullanım* ise bir maddenin okul, ev ve işte yerine getirilmesi gereken zorunluluklara karşın, tehlikeli durumlarda (araç kullanırken, işyerinde); yasadışı davranış sayılmasına ve ısrarcı olumsuz yan etkilerine karşın kullanılmasıdır.

**Bağımlı kişilik** Önceleri, insanlarda onları belli bir bağımlılığa ya da tüm bağımlılıklara yatkın kılan belirli bir profil ya da kusur veya kırılabilirlik olduğu varsayılıyordu. Ancak bu kavram tutmadı. Kimi psikiyatrlar, bağımlılığın depresyon ya da anti-sosyal kişilik bozukluğu gibi bir zihinsel hastalığın sonucu olduğunu düşünmektedir. İleri sürülen görüş, risk almayı sevenlerin ya da zihinsel hastalıkları olanların destek olarak madde kullanmaya yaslanmak gibi bir zayıflıkları olduğudur. Bu kişiler olabilecek her türden istenmeyen sonucu deneyimlemek, yok saymak ya da önemsememek eğilimindedirler.

### 1935

Adsız Alkolikler kuruldu.

### 1960'lar

Karşı kültür psikoaktif maddeleri savunuyor.

### 2000'ler

Halka açık yerlerde sigara kullanmanın yaygın olarak yasaklanması

## Madde bağımlılığının psikolojik kriterleri

On iki aylık dönem içinde herhangi bir zaman görülebilecek ve aşağıda yer alan tablodaki özelliklerin birçoğunun bulunduğu, kötüleşme ya da sıkıntıya yol açan madde kullanımı şeklindeki uyumsuzluk kalıbı.

1. Sarhoşluk/“kafayı bulma” haline ya da istenen etkiye ulaşmak için ihtiyaç duyulan madde miktarının giderek çarpıcı düzeyde artmasıyla ve/veya madde aynı miktarda sürekli kullanılırken etkisinin çarpıcı şekilde azalmasıyla tanımlanan tolerans.
2. Belirli bir maddeyle ilgili yoksunluk sendromu ya da aynı (veya yakından ilişkili) madde yoksunluk sendromlarını gidermek ya da önlemek için alındığında ortaya çıkan yoksunluk.
3. Maddenin, genellikle, niyetlenilenden daha çok miktarda ya da daha uzun süre kullanılması.
4. Maddeyi bırakmaya ya da kullanımını kontrol altına almaya yönelik ısrarlı bir istek ya da başarısız girişimler.
5. Kişinin zamanının çoğunu maddeyi elde etme ya da etkilerini hafifletme çabalarıyla harcaması.
6. Madde kullanımı yüzünden önemli sosyal, ailesel, mesleki ya da boş zaman etkinliklerinden vazgeçilmesi ya da bunlara ayrılan zamanın azaltılması.
7. İsrarcı ya da tekrarlayan fiziksel ya da psikolojik bir soruna yol açmış ya da onu kötüleştirmiş olabileceği açıkça bilindiği halde, kullanılan maddeye devam edilmesi.

Terapistler müptelaların, yani madde bağımlısı kişilerin, bu maddeleri telafi ya da baş etme amaçlı kullandığına da işaret etmektedir. Madde duyguları köreltmek, acı veren duygusal durumları hafifletmek ya da iç çatışmaları azaltmak için kullanılır. Yalnızlığı unutturmak ya da diğer insanlarla mutlu ilişki eksikliğinin üstünü örtmekte de yararlı olabilir. Madde kullananlar, istediklerini, ancak maddenin etkisi altındayken dillendirip hayata geçirebildiklerini ve bu yüzden de, etkili bir sosyal işlevsellik için zamanla belirli bir maddeye bağımlı hale geldiklerini hissederler.

**Genetik yatkınlık** Bağımlılık ailede bireyden bireye iletilir. Dolayısıyla, alkoliklerin çocukları alkolik olmayan ebeveynlerin çocuklarına göre alkolik olmaya dört kat daha yatkındır. İkiz çalışmaları, madde kötüye kullanımında genetik belirleyiciler bulunduğunu açıkça ortaya koymuştur. Karmaşık genetik etmenler, muhtemelen özel olarak sinirsel ileti sistemleri aracılığıyla, bireyin maddelere belli bir biyolojik yanıt vermesine yol açıyor olabilir. Böylece, insanlar da beyinlerindeki kalıtımla devraldıkları biyokimyasal dengesizliği düzeltmek için “uygun” maddelerle kendi kendilerini tedavi ediyor olabilirler.

**“Sarhoşluk gönüllü delilikten başka bir şey değildir.”**

**Seneca, İö 60**

**Karşıt süreç kuramı** Bu kurama göre, sistemler uyarılara onların ilk etkilerine karşı çıkararak tepki gösterir ve uyum sağlar. Bir şeye karşı, herhangi bir madde kullanımından önce var olmayan bir arzu ya da açlık hissi, o madde alındığında artar. Birtakım olgular tüm bağımlılık ve tiryakilik türleriyle ilgili görülmektedir. İlki, *afektif haz*, yani kullanımı izleyen fiziksel ve duygusal haz halidir. Gevşeme, stresin boşalması ya da ani bir enerji patlaması hissi gibi olabilir. Sonrasında *afektif tolerans*, yani kişinin aynı hali yaşayabilmek için hep daha fazla miktarda maddeye ihtiyaç duyması söz konusudur. Üçüncü sırada, madde alınmadığında ortaya çıkan *afektif yoksunluk* gelir. Böylece madde, tekrarlanan kullanımda giderek güçlenen karşıt bir etki yaratan bir sürece yol açar. Bu da *afektif zıtlıktır*. Kullanım arttıkça, başat tepki olumsuz gider. Böylece, kişi nötr hali sağlayabilmek için maddeye ihtiyaç duyar, ama artık madde ona çok küçük bir haz verir.

**“Kokain alışkanlık yapmaz. Benden iyi kim bilebilir ki, yıllardır kullanıyorum.”**  
Tallulah Bankhead,  
1960

**Pozitif pekiştirme kuramı** Madde insana kendini iyi, hatta müthiş coşkulu hissettirebilir. 1960’larda, psikologlar maymunların “kendi kendilerine” morfin uygulamalarına izin verdiklerinde, maymunlar bağımlılığın tüm belirtilerini sergilemişlerdi. Psikologlar giderek beyindeki madde ödül yollarıyla, özellikle de, besin ve seks gibi “doğal ödüllere” karşılık “madde ve beynin elektriklerle uyarılması” gibi yapay uyarılarda rol oynaması olası beyin bölgeleri ve nörotransmitterlerle ilgilenmeye başladılar. Kokain ve amfetaminler gibi maddelerin beyin nükleus akkumbens denen bölgesinde sinaptik dopaminleri artırdığı bilinmektedir. Yani, çoğu madde bize kendimizi öyle iyi hissettirir ki, bu deneyimi tekrarlamak isteriz.

**Öğrenme kuramları** Madde almak ve bundan haz duymak, görüntü ve sesler gibi çok özgül durumlarla da bağlantılıdır. Dolayısıyla, insanlar alkolden amfetaminlere kadar birçok maddeyi çok özel işaret ve hatırlatıcılarla ilişkilendirir. İnsanları belirli ortamlara sokun, madde açlığı hissedeceklerdir; yani, alkolikler için barlar ya da nikotin tiryakileri için sigara kokusu açlığı tetikler. Maddenin yakınlaştığına dair işaretler, “mutlaka” tatmin edilmesi gereken güçlü arzular uyandırır. Birçok bakımdan bu, eski moda bir davranışçılık ve koşullama kuramı sayılır.

» **fikrin özü**  
**Bağımlılığa neden olan da,**  
**onu ortadan kaldıran da zihindir**