

Psikiyatride Rasyonel Seçim Teorisi

Rational Choice Theory in Psychiatry

Pınar Güzel Özdemir, Fuat Tanhan, Osman Özdemir

Öz

Rasyonel seçim yaklaşımı son yıllarda pek çok disiplinde yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır. Nevrozların rasyonel seçim teorisi, hastaların dayanılmaz stres seviyeleri ile karşı karşıya kaldıklarında bilinçli ve kasıtlı olarak nevrotik bozuklukları ortaya çıkardığını savunur. Çarpıcı farklılıklara rağmen, nevrozların rasyonel-seçim teorisi, yeni bir represyon kavramı kullanmakla birlikte Freud'un düşünce çerçevesini sürdürür. Bu yeni teoriye göre, tüm terapiler etkilerini ya hastaların farkındalık yokluğunu ortadan kaldırmak, belirtilerin maliyetini arttırmak, hastanın duygusal sıkıntısını azaltmak ya da stres faktörünü ortadan kaldırmak suretiyle gösterirler. Bu teoride birey strese ilgili düşünceleri dikkat çekmeden ortadan kaldırmak için bilinçli olarak dikkat dağıtıcı önlemler kullanır ve represyon bilinçli bir başa çıkma mekanizması olarak tanımlanır. Bu makalede rasyonel seçim teorisinin psikiyatride tanımı, bütüncül yaklaşımı, en sık uygulama alanları ve tedavide kullanımını gözden geçirmek amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Nevroz, rasyonellik, stres, seçim, terapi.

Abstract

The rational choice approach has become more prevalent in many disciplines in recent years. The rational choice theory of neurosis maintains that patients consciously and deliberately adopt neurotic disorders when confronted with intolerable levels of stress. Despite the striking differences, rational choice theory of neurosis continues Freud's framework of thinking as it employs a new concept of repression. According to this new theory, all therapies exert their effect either by disrupting patients' ability to preserve unawareness, increasing the cost of the symptom, decreasing the patient's emotional distress, or eliminating the stressor. Repression is defined as a conscious coping mechanism by which the individual deliberately employs distractive measures to eliminate stress-related thoughts from attention in this theory. This article aims to review the definition of rational choice theory and its integrative therapeutic approach in psychiatry.

Key words: Neurosis, rationality, stress, choice, therapy.

RASYONEL SEÇİM TEORİSİ (RST), insan davranışını anlamak için sosyal bilimciler tarafından kullanılan önemli bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım uzun süredir ekonomi alanında temel bir paradigmaya dönüşmüş olmasına karşın, son on yılda sosyoloji, siyaset bilimi, antropoloji ve psikiyatri gibi diğer disiplinlerde de yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (Green 2002). RST, bireyler arasındaki etkileşimden kaynaklanan toplumsal fenomeni inceler (Krstić 2014).

Kognitif psikolog ve Nobel Ödülü sahibi ekonomist Herbert Simson (1978) karar vermeyi tanımlayan rasyonel kavramını formüle etmiş, dolaylı yoldan nörotik bozuklukların aslında rasyonel davranışlar olduğunu ileri sürmüştür. RST, rasyonelite para-

digmasını temelde değiştirmiştir. RST'nin savunucuları, davranış ve karar vermede etkili olan rasyonel ve irrasyonel (mantıksal/mantıksızlık) arasındaki "sınırlamayı" reddeder ve rasyonelitenin öznel olarak belirlenmesine odaklanır. Bu makalede RST'nin psikiyatride tanımı, bütüncül yaklaşımı, en sık uygulama alanları ve tedavide kullanımı hakkındaki bilgilerin derlenmesi amaçlanmıştır.

Nevrozların Rasyonel-Seçim Teorisi (NRST)

Nevroz gelişimine ve tedavisine ilişkin birçok temel sorun psikopatolojinin davranışsal, bilişsel ve biyolojik gibi geleneksel teorilerin geçerliliğini de sarsmıştır. Nevroz gelişimine bağlı olarak bu teoriler cinsiyet ve sosyokültürel farklılıklar gibi nevrotik bozuklukların yaygınlığı ve farklı zaman dilimleri arasındaki dalgalanmaları açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Örneğin, kadınların neden nevrotik bozukluklar için daha yüksek bir prevalans sergilediği tam olarak açık değildir. Benzer şekilde, nevrotik bozuklukların yaygınlığının neden sosyokültürel faktörlerden etkilendiği (örneğin, konversiyon bozukluğunun daha düşük sosyoekonomik sınıfta olması gibi) de kesin olarak açıklığa kavuşturulamamıştır (Kuloğlu ve ark. 2003). Benzer şekilde, geleneksel teoriler farklı zaman dönemlerindeki nevrotik bozuklukların tanısız dalgalanmalarını açıklamakta güçlük çekmişlerdir. Psikopatolojide uzun yıllardır devam eden teorik kilitlenmeden dolayı sosyal bilimlerde uzun yıllardır kabul görmüş olan bu teoriden yola çıkarak nevrozların gelişimi ve tedavisi için yeni bir teori ortaya atılmıştır (Rofé 2010).

NRST, Freud'un birkaç temel konuda düşünme çerçevesini sürdürür ancak tamamen psikanalizden farklıdır. Nevrozun tanısız kategorisiyle doğrudan ilgilenen bu iki teori arasında en önemli benzerlik, her iki teorinin de nevrotik bozuklukların benzer etyolojiyi paylaştıklarını ve represyonun tüm bu bozuklukların ortak özelliği olduğunu iddia etmesidir. Bu teorinin temel varsayımına göre bireyler, kabul edilemez düzeyde stres ile karşı karşıya kaldıklarında çeşitli yanıtlar verirler. İntihar girişimi, madde kullanımı ve antisosyal davranışlar bunlar arasında sayılabilir. Bununla birlikte, bazı kişiler, öncelikle stresle ilgili düşünceleri aktif bir şekilde bastırmalarını ve böylece duygusal sıkıntılarını hafifletmelerini sağlayan panik bozukluğu, agorafobi, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve konversiyon bozukluğu gibi nevrotik bozukluklar geliştirebilirler. Böylece, psikanalitik öğretinin aksine Freud'un orijinal düşünceleri ve bu alandaki deneysel çalışmaların birçoğu ile represyonun kasıtlı ve bilinçli olduğu vurgulanmıştır (Erdelyi 2001, 2006). Ancak nevroz gerçekten bilinçli ve kasıtlı olarak kabul edilmişse, hasta bu süreçteki bilinçli katılımlarından nasıl haberdar değildir? Bu teorinin temel fikirleri aşağıda özetlenmiştir.

Yeniden Nevroz Kavramı

NRST, psikanaliz ile birlikte ruhsal bozuklukların gelişimini ve tedavisini anlamada nevroz kavramının esas olduğunu kabul eder. Bu yaklaşımla, bu teori DSM-III'ün nevroz kavramını kaldırma kararına karşı çıkar (APA 1980). Pilecki ve arkadaşları (2011), nevrozun kaldırılma nedenlerinden bazılarını, bu kavramı tanısız terminolojiden çıkarma isteği ve bunun yerine şiddetli patolojiyi tanımlayan ve geri ödeme konusunda haklı gerekçelere dayanan tanımlamalar yapmak şeklinde ifade etmişlerdir.

Mental sağlık alanının uzun vadeli ilerlemesi kuşkusuz etyoloji bilgisine ve teorik olarak tanımlanmış kategorilere dayanmaktadır. Bu nedenle, en iyi teşhis yaklaşımının,

belirli bir tanısal kategorinin gelişimini ve tedavisini açıklayabilen ve aynı zamanda bu kategoriye diğer davranışlardan ayırt edebilen, ölçülebilir ölçütleri sağlayabilen bir teori olacağı oybirliği ile kabul edilmiş gibi görünmektedir (Rofe 2016).

Birçok araştırma ve klinik veri nevrozun çok boyutlu bir kavram olduğunu belirtmiştir (Rofe 2000). Buna göre belirli bir davranışı nevroz olarak sınıflandırmak için beş ölçüt oldukça önemlidir:

1. Dikkat ve günlük işlevsellik üzerine etkiler: Araştırmalar, nevrotik belirtilerin günlük faaliyetler ve yaşam kalitesi üzerindeki zaman alıcı ve işlevselliği bozucu etkilerinden dolayı dikkat çekici bir değere sahip olduğunu göstermektedir. Örneğin, yeme bozukluğu hastalarının %49'u hemen her gün yeme bozukluğu ritüellerinde üç saatten fazla zaman harcarken, %16'sı 8 saatten fazla zaman harcar (Sunday ve ark. 1995). Benzer şekilde panik bozukluğu da, günlük yaşamı ve aktivitelerini etkiler ve sonuçta yaşam kalitesini önemli oranda düşürür (Welkowitz ve ark. 2004). Bu belirtiler bireyin dikkatini stresle ilgili düşüncelerin erişilemeyeceği biçimde etkiler ve günlük faaliyetlerini yoğun bir şekilde bozar.
2. Spontan başlangıç: Klinik kanıtlar nevrozların sapkın davranışla ilişkili özel bir olay yokluğunda geliştiğini veya ortaya çıkabileceğini gösterir (Rofe 2000). Örneğin konversiyon bozukluğu ve çeşitli kompülsiyon ritüelleri bu davranış değişiklikleri ile ilişkili olabilecek ve açıklayabilecek bir olay yokluğunda ortaya çıkabilir (Jones 1980, Samuels ve ark. 2002). Stres, nevrotik bozuklukların gelişmesinden önce ve bu davranış değişiklikleri için gerekli bir koşul gibi görünse de, bu faktörün tek başına belirli bir nevrotik belirtinin gelişimini açıklamaması beklenemez. Çünkü stres sadece belirli bir nevroz türü ile bağlantılı değildir, çeşitli nevrotik bozukluklara neden olabilir. Örneğin, evlilikle ilgili sorunlardan veya diğer aile içi çatışmalarından kaynaklanan tahammül edilemez düzeyde stres, obsesif ruminasyonlar, disosiyatif fug ve konversiyon bozukluğunun gelişimine öncülük edebilir (Masserman 1946, Blanchard ve Hersen 1976, Rofe ve Rofe 2015).
3. Farkındalık yokluğu: Nevrotik davranış sergileyen hastalar dramatik davranış değişikliklerinin altında yatan sebeplerden habersizdirler. Aksi takdirde bu belirtilerin hastanın dikkatini dağıtıcı bir değeri olmazdı. Hastalar, belirtiları için akılcı açıklamalar yapsalar da; örneğin, anoreksiklerin davranışlarını aşırı kilolu olmalarına bağlamaları, kompulsif yıkayıcıların enfeksiyona karşı biyolojik açıdan yatkınlığa bağlamaları gibi; bunlar gerçekliği yansıtmadığı için mutlak farkındalığı göstermez. Bu ölçüt şüphesiz tüm nevrotik bozuklukların temel özelliklerinden biridir. Farkındalık yokluğu örnekleri, histerik körlük, obsesif kompulsif bozukluk, anoreksiya nervoza, panik bozukluk gibi neredeyse tüm nevrotik bozukluklarda görülebilir (Horowitz 2004, Rofe ve Rofe 2015). Normal unutmaya süreçlerinden kaynaklanan farkında olmama bu ölçütü yerine getirmez.
4. Yaygınlık: Nevrotik bozuklukların prevalansı genellikle DSM'de belirtildiği gibi %3'ün altındadır (APA 2000).
5. Sosyal damgalanma: Nevrotik davranışlar fiziksel veya zihinsel hastalıkların bir yansıması olarak damgalanmaktadır. Bununla birlikte, tanımı gereği anormal davranış, gözlemleyen kişilerin büyük çoğunluğu için anlaşılmaz, ga-

rip olan davranışlardır (Carson ve ark. 1988). Bandura'nın (1969) dediği gibi "Davranışın patolojik olarak belirlenmesi, diğer faktörlerin yanı sıra yargılanan kişilerin normatif standartlarından etkilenen toplumsal yargılarını da kapsar". Psikopatoloji, kişilerin farklı zamanlarda ve mekânlarda nasıl davranılacağını tanımlayan toplumsal normlardan sapmanın derecesinden karakteristik olarak çıkarılır. Dolayısıyla verilen durumlara sembolik, duygusal ya da toplumsal yanıtların uygunluğu davranışın belirtiatik olarak tanımlanmasında önemli bir ölçüt oluşturur (APA 2013).

Agorafobili Bir Vaka Örneği

Bu vaka, 36 yaşında iken kendisinde agorafobi gelişen bir şair, yazar ve edebiyatçı olan William Ellery Leonard'ın otobiyografik bir anlatımıdır (Leonard 1927). Hayatı boyunca devam eden bu rahatsızlığı önemli bir aileye mensup olan karısının intihar etmesinden birkaç hafta sonra ortaya çıkmıştır. Karısının ölümünden dolayı Leonard'ı talepkar ve ben merkezli olarak görmeye başlayan yakın çevresi, neredeyse oy birliğiyle onu sorumlu tutmuştur. Kısa bir süre sonra, bir göl kenarında düşünürken ani bir panik atak yaşamıştır. O sırada herhangi bir çevresel olay olmadığı için belirtisinin başlangıcı kendisine bile akıl almaz gelmiştir. Leonard'ın belirtileri dikkatini yoğun bir şekilde etkilemiştir ve günlük faaliyetlerini ciddi biçimde bozmuştur. Belirtilerinin başlangıcı, davranışlarındaki değişimi açıklayabilecek bir olay olmadığından anidir. Hasta bu dramatik davranışsal değişimin altında yatan nedenden habersizdir ve belirtileri sosyal olarak damgalanmasına yol açmıştır (Leonard 1927).

Yeni Represyon Kavramı

NRS, yeni bir represyon kavramı ve bilinçsizliğe alternatif bir modelin, nevrozların gelişimini daha tutarlı bir şekilde açıklayabileceğini ve bu bozukluklarla ilgili terapileri teorik bir çerçeveye entegre edebileceğini savunur (Rofe 2013). NRST, Freud (1914) ile birlikte represyonun, nevrozun anlaşılmasının anahtarı olduğunu kabul etmekle birlikte represyonun tanımlanması ve bu kavramın nevrotik bozukluklarla ilişkisi açısından iki teori arasında bazı temel farklılıklar vardır (Rofé 2008). NRST, represyon kavramının özünü, Freud tarafından "Bir şeyi uzaklaştırın ve bilinçli olandan uzak tutun" şeklinde tanımlanan kısmı korumayı önermektedir. Freud'un en eski yazılarında represyon, potansiyel olarak bilinçli bir mekanizma şeklinde değerlendirilmiştir. 'En azından bazen bilinçli, kasıtlı bir eylemdir' şeklinde ifade edilmiştir (Erdelyi 2006). NRST, represyonu, dikkat dağıtıcı manevraların kullanılması yoluyla, tehdit unsuru olan uyarıları kasıtlı olarak dikkatten uzaklaştıran, bilinçli bir başa çıkma mekanizması olarak görür. Bu yeni kavramsallaştırma, represyonun bilinçli dikkati dağıtmadan başka bir şey olmadığını keşfeden deneysel araştırmalarla tutarlıdır (Holmes 1990). Bilinçli ve kasıtlı olarak dikkatin uzaklaştırılması şeklindeki represyon anlayışı, laboratuvar ortamında represyonun doğasını inceleyen bir yığın deneysel çalışmalarla uyumludur (Holmes 1974, 1990).

Bu yeni tanım, represyonun psikanalitik anlayışını oluşturan diğer üç bileşenini (travmayı unutmak, bilinçsizlik, unutulmuş travma ile nevrotik bozukluklar arasındaki geçici ilişki) ampirik destek görmedikleri için ortadan kaldırmıştır (Rofé 2008). NRST tarafından yapılan bir diğer önemli değişiklik ise normal represyon ve patolojik repres-

yon arasında ayırım yapmasıdır. Normal represyonun stresle alakalı düşünceleri zihinden atmak konusunda yetersiz kaldığı ölçüde ya da bireylerin baş etme becerilerini aşan stresle karşı karşıya kaldıklarında represyon patolojik hale gelir. Bu gibi durumlarda bazı bireyler, stres faktöründen habersiz hale gelinceye dek dikkatlerini meşgul eden nörotik davranışları, kasıtlı ve rasyonel olarak tercih ederler. Bu nedenle, psikanalizin aksine, nevroz, çocukluk travmasından değil de mevcut stres faktörlerine tepki olarak ortaya çıkar ve en önemlisi, represyon nevrozun sebebi olmaktan ziyade sonucu olur (Rofé 2010).

Bu teoriye göre; stresin kaynağına bakılmaksızın, bireyler aşırı stres seviyeleri ile karşı karşıya kaldıklarında davranışsal seçenekleri kısıtlanır. Belirsizlik ve risk ortamında, stresörleri ortadan kaldırmak için saldırganlık, madde kullanımı, intihar girişimi gibi başatma yöntemlerine uygun bazı rasyonel olmayan davranışları sezgisel olarak seçebilirler. NRST'ye göre; bireylerin, eylem durumları hakkında az ya da çok bilgi sahibi oldukları ve amaçlarını gerçekleştirmek için en iyi eylem veya araçları seçtikleri varsayılır. Sonuç olarak insanlar, normal başa çıkma kaynaklarını aşan stresle karşılaştığında, belirli bir nevroitik davranışın, en iyi yol ve en düşük maliyetli tepki olduğunu düşünürler (Rofé 2010).

Belirtilerin Seçimi

RST, nevroitik davranışları bilinçli seçimler olarak görmektedir. Bu seçimlerin temel amacı ise kişiyi rahatsız eden, stres uyaranlarından uzaklaştırma çabasıdır. Belirli bir belirti seçimi, bireyin stres faktörünü kontrol etme ihtiyacı, bu davranışın çeşitli bilgi kanalları aracılığıyla bulunup bulunmadığı (ör. akran ve aile gibi), maliyet yarar ve zarar analizi tarafından belirlenir (Rofé 2010). Bu durumu açıklamak üzere panik atak belirtileri ortaya çıkan bir vaka örnek olarak verilebilir. Genç yaşlarda bir erkek hasta, tansiyon hastası olan büyük annesinin ani olarak vefat etmesinin ardından, yine tansiyon hastası olan annesini de bu şekilde kaybetmekten korkmaktadır. Bu korkusunun sonucunda, rasyonel olarak geliştirdiği bazı tipik davranışlar söz konusudur. Bu kişi annesi uyurken, uyumayı reddetmektedir. Ancak annesi uyandığında uyuyabilmektedir. Uykusuzluğa bağlı olarak kendisinde gelişen belirtiları gözlemlemeye başlamıştır. Bu baskı ve stres verici düşünceler baş edilemeyecek olmaya başladığı bir dönemde kendisinde panik atak belirtileri ortaya çıkmıştır.

Farkında Olmama: Kendini Aldatma Süreci

NRST, psikanaliz ile birlikte, nevrozun anlaşılmasının anahtarı olarak hastaların sapkın davranışlarının altında yatan nedenin farkında olmadığı konusunda hemfikiridir (Shevrin ve Dickman 1980). Bununla birlikte, psikanalizin aksine, NRST bilinçli ve rasyonel anlamda farkındalık yokluğuna açıklık getirir ve bu etkiyi iki psikolojik mekanizmaya bağlar. Önceki çalışmalarda Rofé tarafından ayrıntılı olarak ele alınan bir mekanizma, belirtilerin güçlü dikkat dağıtıcı özelliği tarafından üretilen represif süreçlerle ilişkilidir. Bu durum, hastaların belirtiye odaklanarak stresle ilgili düşüncelerini dikkatinden uzaklaşmasını sağlar. Sonuç olarak, hastalar belirtilerin ortaya çıkmasına neden olan orijinal stres faktörünün farkında değillerdir. İkinci mekanizma, hastaların belirtinin kabulü ve sürdürülmesindeki bilinçli ve kasıtlı katılımlarından habersiz oldukları psikolojik süreçlerle ilişkilidir. Hastaların belirtilerin kendisiyle ilişkili olma bilgilerini bilmeden yarattığı

bu psikolojik süreç belirtinin baskılayıcı değerini korumak için gereklidir. Hastanın bilinçli katılımlarının farkında olmaları durumunu benimsemeleri halinde, belirti dikkati dağıtma değerini kaybedecektir. Buna göre, belirtilerin kendisiyle ilişkili olma bilgisinin farkında olmama mekanizmasını bozan herhangi bir terapötik müdahale, belirtinin represif değerine zarar vererek hastanın bu davranıştan vazgeçme eğilimini artıracaktır (Rofé 2010).

Nevrotik belirti kabul edildiğinde, çeşitli faktörler kişinin kendisiyle ilişkili olma bilgisini zayıflatır. Daha sonra, bir dizi mekanizma, kendisiyle ilişkili olma bilgisini daha da azaltarak, başlangıçtaki bilgilerin geri alınımının imkânsız hale gelmesine neden olur. Bu süreçlerin fenomenolojik sonucu, hastanın sapkın davranışları üretme konusundaki aktif ve bilinçli katılımına ilişkin geçici farkındalık yokluğudur. Bir hasta nevroitik bir belirti geliştirdiğinde, belirtilerin kendisiyle ilişkili olma bilgisi aşağıdaki dört faktörden herhangi biri tarafından zayıflatılabilir.

1. Bilişsel işlevlerde bozulma: Çok sayıda araştırma, anksiyete ve depresyon gibi olumsuz duygusal dışavurumların dikkat eksikliği gibi bilişsel bozukluklara neden olabileceğini göstermiştir (Mialet ve ark. 1996, Erickson ve ark. 2005). Bulgular ayrıca, kişilerin duygusal sıkıntılarının dikkatlerini dağıttığını ve kodlama süreçlerine müdahale ederek öğrenme ve hafızada bozulma ile sonuçlandığını göstermektedir (Christopher ve MacDonald 2005, Rose ve Ebmeier 2006). Buna göre, nevroitik hastalıkların gelişmesinde NRST' nin varsayımı göz önüne alındığında; hastalar dayanılmaz düzeyde bir stres ile karşı karşıya kaldıklarında kendisiyle ilişkili olma bilgisi, başlangıç aşamasındaki karar verme esnasında bozulacaktır (Rofé 2010).
2. Yönlendirilmiş unutma: Bireylere verilen bilgileri unutmaları talimatları verilerek yürütülen araştırmalar, insanların kasıtlı olarak şifreleme sürecini bozarak, bilgiyi unutmaya yeteneğine sahip olduklarını göstermiştir (Anderson 2005, Hourihan ve ark. 2006, Gottlob ve ark. 2006). Bu nedenle, hastanın kendi müdahil olmasının farkında olmamaya duyduğu ilgiyi de göz önüne alarak, hastalar dikkatlerini bu bilgidan kasıtlı olarak uzaklaşmaya yönlendirip kendisiyle ilişkili olma bilgisinin kodlamasını engelleyebilirler (Rofé 2010).
3. Dikkat dağıtan belirtiler: Araştırmalar, kodlamanın, dikkat dağıtıcı etkenler tarafından bozulabildiğini göstermiştir (Wolach ve Pratt 2001, Tremblay ve ark. 2005). Bu bağlamda, davranış değişikliği o kadar dramatik ve olağandışı olur ki hastanın tüm dikkatini çekmesi muhtemeldir. Dikkat yoğun bir şekilde bu son derece güçlü ve dikkat dağıtıcı uyarılara odaklandığından, kendisiyle ilişkili olma bilgisine ait kodlamalar ciddi şekilde bozulur. Nevrotik belirtilerin bireyin dikkatini etkilemedeki etkisini gösteren klinik bir örnek olarak DKB (Dissosiyatif kimlik bozukluğu) gösterilebilir. Bliss'in (1980) belirttiği gibi, bir DKB hastası "Kafasındaki her şeyi engelleyerek kişilikler yaratır, zihinsel olarak rahatlar, çok yoğun konsantre olur. Zihnini temizler, ancak kendisi ne yaptığının farkında değildir".
4. Kısa kodlama periyodu: Klinik kanıtlar, özgül nevroitik bir bozukluğun seçimi ile ilgili nihai kararın, önceden planlamanın yokluğunda, kendiliğinden oluştuğunu gösterir. Örneğin, Malamud (1944), çocuk sahibi olmama konusunda yaptıkları bir anlaşmaya rağmen eşi hamile kalmış, mutsuz, evli bir adam vakaından bahseder. Hastaneye eşi ve yeni doğan çocuğunu ziyaret etmek üzere

yolda iken, adam bir araba kazasında hafif yaralanır ve aniden histerik körlük geçirir. Açıkçası, belirtinin gelişmesi kendiliğinden olduğu için, hastanın kendi müdahale bilgisini tasarlamak için fırsatı bile yoktur.

Bu dört faktör kendisiyle ilişkili olma bilgisinin kodlamasını önemli ölçüde zayıflatarak hastanın bu bilginin tamamen farkında olmamasına neden olabilir. Tüm bu faktörlerin her vakada etkisi vardır demek zordur; ancak tek bir faktör bile etkili olabilir.

Geri Hatırlamanın İnhibe Edilmesi Mekanizmaları

Durumsal Bellek ve Çevresel Bağlam

Duruma bağlı bellek üzerine yapılan birçok çalışma göstermiştir ki; kişinin hatırlama halindeki şartları, ilk öğrenmenin yaşandığı zamanki şartlarından farklıysa, hatırlamak daha da zorlaşır (Blaney 1986, Lang ve ark. 2001). Benzer şekilde, kişinin emosyonel durumunun değiştirilmesi unutmayı kolaylaştırıcıdır (Pearce ve ark. 1990, Eich 1995). Belirtilerin benimsenmesi duygusal sıkıntıyı hafiflettiğinden, duygusal durumda değişiklikler olduğundan kişinin kendisiyle ilişkili olma bilgisinin alınmasını engeller. Durumsal bellek, DKB hastaları arasında bu bilginin engellenmesinde özellikle etkili olmaktadır, çünkü alternatif kişilikler zevk, tercih, duygu, davranış, cinsiyet ve yaş açısından son derece farklı olma eğilimindedir (Putnam ve ark. 1986). Çevresel bağlamda yapılan değişikliklerin, geri hatırlama ve tanıma performansını azalttığı da gösterilmiştir (Smith ve Vela 2001). Agorafobi, dissosiyatif füğ ve kompulsif yıkama gibi çeşitli belirtiler, belirtinin benimsenmesinden önce olan ortamlardan çok daha farklı ortamlar üretir ve böylece kişinin kendisiyle ilişkili olma bilgisini de engellemiş olur (Rofe 2010).

Bastırma (Supresyon)

DeneySEL kanıtlar, insanların istenmeyen anılar için farkındalığının önlediği bilişsel-nöropsikolojik bir mekanizma geliştirebileceğini göstermiştir (Anderson ve Green 2001, Geraerts ve McNally 2008, Levy ve Anderson 2008). Bu çalışmalar, katılımcılara daha önce öğrenilen öğeleri kasıtlı olarak unutmaya talimatı verildiğinde, sonrasındaki bellek performansının bozulduğunu göstermiştir. Dolayısıyla, hastalar bu endişe kaynaklı düşünceyi bilinçli olarak bastırarak ve onları hatırlatan durumlardan kaçınarak kendisiyle ilişkili olma bilgisini zayıflatır. Bu kuramsal yaklaşım, istenmeyen materyali unutmak için bilinçli çaba olarak görülen supresyonun psikanalitik tanımıyla uyumludur (Freud 1936).

Hipnotik Amnezi

Hipnotik amnezi ile ilgili yapılan araştırmalar, bu fenomenin, kişinin ilgili hedef ipuçlarını kasıtlı olarak yok saydığı ve yalnızca diğer konulara odaklandığı, aktif dikkat dağıtıcı manevraların bir sonucu olduğunu göstermiştir (Bowers 1996, Wagstaff ve Frost 1996). Dolayısıyla, kodlama aşamasından sonra bile nevrotik bozukluğu olan hastalar bilinçli olarak nevrotik davranış üzerine odaklanarak amnezik-hipnoz halini indükleyebilir ve böylece belirtilerin kendisiyle ilişkili olma bilgisini engeller.

Böylece yukarıda bahsedilen tüm etkenler belirtilerin ilk görüntüsünden hemen sonra tamamen farkında olunamayan bir duruma neden olur.

İnkârın Kendini Aldatıcı İnanışı

Daha önce belirtildiği gibi, çoğu hasta maruz kaldıkları bilgilere dayanarak, hastalığa karşı kendini aldatan bir inanç geliştirir. Bununla birlikte, hastaların kendileriyle ilgili yanlış gidene herhangi bir şey olabileceğini inkâr ettikleri vakalar nasıl açıklanabilir? Örneğin, anoreksikler "Güzel görüldüğü ve çok zayıf olmasının yanlış olmadığını" ısrarla vurgulayan ve "Bu hastalığa sahip olmaktan hoşlanıyorum ve bunu istiyorum. Kendimi hasta olduğuma ve iyileşmek zorunda olduğum bir şeyin varlığına ikna edemiyorum" şeklinde açıklama yapabilirler (Bruch 1978). NRST açısından bakıldığında, davranışlarının sapkın olduğunu reddeden hastalar çoğunlukla anoreksik ve OKB'li "hastalık" grubundaki hastalardan daha az mantıklı ve gerçekliğe oryante olmayan bazı vakalardır (Kozak ve Foa 1994). Bu hastalar maruz kaldıkları dışsal ve içsel kanıtlardan çıkarsama yaparak hastalıklarını inkâr ederler ve bir farkında olmama durumu oluştururlar. Genellikle sosyal olarak kabul edilen davranışlar gözlemlenir (ör. diyet ve temizlik). Ayrıca belirli abartılı tuhaf seviyelere çıkmadan önce övgüler dahi almıştır. Başlangıçtan sonra dahi sosyal destek en azından ilk aşamalarda düzeyde devam etme eğilimindedir. Örneğin Branch and Eurman (1980), anoreksiya hastalarının başlangıçta, ailelerinin ve arkadaşlarının bu hastalara görüşleri ve kendilerini kontrol etmeleri yönünden hayranlık duyduğunu ifade etmiştir (Porzelius ve ark. 1999).

Hastaları davranışlarının sapkın olduğunu inkâr etmeye motive eden ikinci bir sebep ise içsel bir deneyim olarak yaşanan kontrol hissidir. Bruch (1978) tarafından anoreksiya ile ilgili olarak belirtildiği üzere, ağırlık ve vücut büyüklüğünün kontrol altında tutulması, hastalara anlamlı bir başarı hissi verir. Onlara boşluk ve çaresizliğin yerini alan bir yaşam hedefi sunar. Kilo kaybı yetersizlik duygularıyla mücadeleye yardımcı olur ve benlik saygısını artırır (Vitousek ve Hollon 1990). Benzer bir görüş, Edelstein (1989) tarafından dile getirilmiştir; ona göre anoreksiya, hastaların hayatı açlık çekme dürtüsüne hâkim olma konusundaki kompulsif ihtiyacını tatmin eder. OKB'de de kontrol hissi önemli olabilir. Burada da belirtiler, hastaların dürtüsel davranışları üzerinde kontrol kaybı korkularının üstesinden gelmesini sağlar (Denys ve ark. 2004).

Hastaların davranış değişikliklerinden zevk alabilecekleri ölçüde (Bruch 1978) davranışlarının sapkın olduğunu inkâr etme eğilimini yoğunlaştıran bir diğer iç faktör, belirtinin dikkat dağıtma özelliğinden kaynaklanan duygusal rahatlamadır. Hastalar davranışlarının sapkın olduğunu reddettiği için ani davranışsal değişikliklerini rasyonelize etmek için kendini aldatan açıklamalar üretirler. Örneğin, Garner (1986), "Garip yemek yeme alışkanlıkları ve yeterli beslenmenin kararlı bir şekilde reddedilmesi, hastanın ince olmaktan duyduğu mutluluk ya da refah için vazgeçilmez olduğu inancı göz önüne alındığında makul hale gelir." demiştir.

NRST'nin kendini aldatan inkâr inancının isteğe bağlı olmadığı ve yeterli bilgiye dayandığı iddiası göz önüne alındığında, anoreksiya hastalarının, bedensel fonksiyonları ciddi şekilde bozulduğu zaman, hastalığa olan inançlarını, inkârın yerine tercih etmeleri beklenebilir. Gerçekten de, Greenfeld'in (1991) desteklediği gibi, hastalık inancını benimseme eğilimi, kilo kaybı ve hastanede yatış süresinin arttığı durumlarda daha fazladır. Dahası, anoreksik davranışa bulimik belirtiler eşlik ettiğinde, inkâr etmek yerine hastalık stratejisini seçme eğilimi daha fazladır (Pryor ve ark. 1995). Bunun sebebinin, aşırı yemenin sosyal olarak kabul edilemez olması ve kontrol kaybı hissi ile bağlantılı olduğu düşünülebilir (APA 2000). NRST perspektifinden bakıldığında ise,

“inkâr” halindeki hastalar “hastalık” grubundaki hastalardan daha az rasyonel veya gerçekçi değildirler. Bir ölçüde her iki grup da farkında olmama oluştuktan sonra hastaların maruz kaldığı özgül dış ve iç gözlemlerden oluşan mantıklı çıkarımlar yaparlar.

Cinsel İstismarı Açıklamada Rasyonel Seçim Teorisi

RST'nin suça uyarlanması, beklenen ödül ve cezanın bir fonksiyonu olarak suçla ilgili davranışı açıklamak üzere ortaya çıkmıştır. Bu teorinin savunucuları, bazı insanların neden cinsel suç işlemekten uzak durduğunu, bazılarının ise neden cinsel suçluluk içinde yer aldığı sorusunu araştırmaktadırlar. Bu teoriye göre; kişi içine gireceği suçlu eylem sonucunda oluşacak fayda ve zararı hesaplar ve kendisi için olumlu ve olumsuz olan durumları tespit eder ve neticede kârlı bir seçim olursa bu durumda o suça girer. Bu durumda birey potansiyel olarak suç fikrini taşıırken, analizine bağlı olarak bu suçtan gelecek fayda, suçun zararından daha fazla olursa suç işleme eğilimi artacaktır. Bununla ilgili yapılan çalışmalarda cinsel suçluların işleyecekleri suçu uygulamaya koyarken bu davranışı hem rasyonelize ettikleri hem de hesapladıkları bulunmuştur (Gönültaş ve ark. 2015).

Bütünleyici Terapötik Model

Geleneksel psikopatoloji kuramları, nevrotik rahatsızlıkların, bireyin bilinçli kontrolünün ötesinde faktörlerin bir sonucu olduğuna inanarak, fiziksel bir hastalığın tedavisinde olduğu gibi, terapötik müdahalenin, hastalığın temelini ortadan kaldıracak şekilde iyileştirici bir etkiye sahip olduğuna inanmaktadır. Her ne kadar farklı psikopatoloji okulları sapkın davranışın doğrudan nedeni konusunda fikir birliğine varamamış olsalar da, hastaların tedavi edilebilecek bazı yapısal psikofizyolojik defisite sahip oldukları konusunda hemfikirlidir. NRST'nin nevrotik belirtinin, kişinin stresle normal baş etme becerilerini aştığı zamanlarda bilinçli ve kasıtlı olarak benimsendiği patolojik bir başa çıkma mekanizması olduğu iddiası göz önüne alındığı zaman, terapinin amacı hastaları belirtilerini terk etmeye teşvik edecek uygun psikolojik koşullar üretmektir. En uygun psikolojik durum, doğrudan ya da dolaylı olarak, hastaların baş etme becerilerinin güçlendirilmesi yoluyla stresin giderilmesidir.

Sonuç olarak; bu kurama göre tüm tedaviler etkilerini hastaların farkında olmama durumlarını ortadan kaldırarak, belirtilerin maliyetini artırarak, onların duygusal huzursuzluklarını azaltarak ya da stresörleri ortadan kaldırarak gösterirler (Rofe 2010).

Sonuç

RST, psikopatolojide geleneksel teorilere ters düşen yeni bir bakış açısı sunmaktadır. Bu teori, diğer teorilerin temel varsayımlarının aksine, hastaların dayanılmaz stres seviyeleri ile karşı karşıya kaldıklarında bilinçli ve rasyonel olarak nevrotik bir belirtii patolojik bir başa çıkma mekanizması olarak seçtiklerini iddia etmektedir. Geleneksel düşüncedeki bu radikal değişim, hastaların nevrotik belirtilerinin altında yatan nedene farkında olmama durumunu hesaba katarak çok sayıda çalışmada, teorinin kullanımını olanaklı kılmaktadır. Ayrıca, nevrozun yeniden kavramsallaştırılması terapötik değişim mekanizmalarını anlama konusunda bir dönüm noktası oluşturmaktadır. Araştırmacılar, çeşitli terapötik müdahalelerin etkinliği ile ilgili araştırma ve klinik bulguların bütünleş-

tirilmesi olasılığı konusunda gittikçe karamsar olsa da bu teori ile çeşitli müdahalelerin etkinliği bir takım teorik kavramlarla açıklanabilmektedir.

NRST, nevrozun anlaşılmasının anahtarı olarak farkında olmama sürecini kontrol eden mekanizmanın açıklığa kavuşturulması ve belirtilerin ortaya çıkmasında Freud'un (1915) klinik sezgilerini paylaşır. Her iki kuram da, tüm nevrotik bozuklukların aynı etyolojiye sahip olduğuna ve hastaların represyon mekanizması vasıtasıyla belirli bir stresör, travma veya çatışmanın farkında olmadığına inanırlar. Freud, nevroz hastalarını içeren çalışmalarında nevroz fenomenini anlamak için farkındalık yokluğunun önem taşıdığına karar vermiştir. Bilişsel teori ile uyumlu olarak NRST, hastaların inançlarının anksiyete bozukluklarının gelişimi ve tedavisinde önemli bir rol oynadığını iddia eder (Clark 1986, Beck 1988).

Yıllardır devam eden yoğun araştırmalardan sonra ruhsal rahatsızlıkların gelişimini ve tedavisini kontrol eden mekanizmalara ilişkin tartışmalara devam edilmesinin yanı sıra, psikopatolojideki yeni bir teorinin temel görevi bu alanda yaşanan güçlükleri gidermek ve yıllar boyunca biriken bulguları tek bir teorik çerçeveye entegre etmektir. Dolayısıyla, vaka çalışmaları dışında, bu teori henüz kendi verilerini sunmuyor olsa da, hem psikoterapi hem de psikopatoloji konusundaki hesaplanamayan güçlüklerin çözümlenebileceği teorik bir çerçeve sunmaktadır. Bu nedenle ruhsal bozuklukların nihai anlayışına ulaşmak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmasına rağmen bu amaca ulaşmak için mevcut teorik yaklaşımlara rasyonel seçim teorisinin dâhil edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Anderson MC (2005) The role of inhibitory control in forgetting unwanted memories: A consideration of three methods. In *Dynamic Cognitive Processes* (Eds N Ohta, C MacLeod, B Uttl):159–189. Tokyo, Japan, Springer-Verlag.
- Anderson MC, Green C (2001) Suppressing unwanted memories by executive control. *Nature*, 410:366–369.
- APA (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third edition (DSM-III)*. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-5)*. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- APA (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Bandura A (1969) *Principles of Behavior Modification*. New York, Holt, Rinehart & Winston.
- Beck AT (1988) Cognitive approaches to panic disorder: theory and therapy. In *Panic: Psychological Perspectives* (Eds S Rachman, JD Maser). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Blanchard EB, Hersen M (1976) Behavioral treatment of hysterical neurosis: symptom substitution and symptom return reconsidered. *Psychiatry*, 39:118-129.
- Blaney PH (1986) Affect and memory: a review. *Psychol Bull*, 99:229–246.
- Bliss EL (1980) Multiple personalities. *Arch Gen Psychiatry*, 37:1388–1397.
- Bowers KS, Woody EZ (1996) Hypnotic amnesia and the paradox of intentional forgetting. *J Abnorm Psychol*, 105:381–390.
- Branch H, Eurman LJ (1980) Social attitudes toward patients with anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*, 37:631–632.
- Bruch H (1978) *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa*. Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Carson RC, Butcher JN, Coleman JC (1988) *Abnormal Psychology and Modern Life*, 8th ed. New York, Harper Collins.
- Christopher G, Mac Donald J (2005) The impact of clinical depression on working memory. *Cogn Neuropsychiatry*, 10:379–399.
- Clark DM (1986) A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther*, 24: 461–470.
- Denys D, de Geus F, van Meegen H, Westenberg HGM (2004) Symptom dimensions in obsessive–compulsive disorder: factor analysis on a clinician-rated scale and a self-report measure. *Psychopathology*, 37:181–189.
- Eich E (1995) Mood as a mediator of place dependent memory. *J Exp Psychol Anim Learn Cogn*, 124:293–308.

- Eich E, Macaulay D, Ryan L (1994) Mood dependent memory for events of the personal past. *J Exp Psychol Anim Learn Cogn*, 123:201–215.
- Erdelyi MH (2001) Defense processes can be conscious or unconscious. *Am Psychol*, 56:761–762.
- Erdelyi MH (2006) The unified theory of repression. *Behav Brain Sci*, 29:499-551.
- Erickson K, Drevets WC, Clark L, Cannon DM, Bain EE et al. (2005) Mood-congruent bias in affective go/no-go performance of unmedicated patients with major depressive disorder. *Am J Psychiatry*, 162:2171–2173.
- Freud A (1936) *The Ego and the Mechanisms of Defense*. New York, NY, International Universities Press.
- Freud S (1914) On the history of the psychoanalytic movement. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Ed J Strachey). London, Hogarth Press.
- Freud S (1915) Repression. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Ed J Strachey):141-158. London, Hogarth Press.
- Garner DM (1986) Cognitive therapy for anorexia nervosa. In *Handbook of Eating Disorders: Physiology, Psychology and Treatment of Anorexia and Bulimia* (Ed KD Brownell, JP Foryet). New York, NY, Basic Books.
- Geraerts E, McNally RJ (2008) Forgetting unwanted memories: directed forgetting and thought suppression methods. *Acta Psychol*, 127: 614–622.
- Gottlob LR, Golding JM, Hauselt WJ (2006) Directed forgetting of a single item. *J Gen Psychol*, 133:67–80.
- Gönültaş B, Oral G, Beyaztaş G (2015) Cinsel istisमारları açıklayan teorilerin suç soruşturmaları bağlamında irdelenmesi. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi*, 6(21):79-104.
- Green S (2002) *Rational Choice Theory: An Overview*. Baylor, US, Baylor University.
- Greenfield DG, Anyan WR, Hobart M, Quinlan DM, Plantes M (1991) Insight into illness and outcome in anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*, 10:101–109.
- Holmes DS (1974) Investigations of repression: differential recall of material experimentally or naturally associated with ego threat. *Psychol Bull*, 81:632-653.
- Holmes DS (1990) The evidence for repression: an examination of sixty years of research. In *Repression and Dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, health* (Ed JL Singer). Chicago, University of Chicago Press.
- Horowitz LM (2004) *Interpersonal Foundations of Psychopathology*. Washington, DC, American Psychological Association.
- Hourihan, Gottlob KL, Taylor TL (2006) Cease remembering: control processes in directed forgetting. *J Exp Psychol: Hum Percept Perform*, 32:1354–1365.
- Jones MM (1980) Conversion reaction: anachronism or evolutionary form? a review of neurologic, behavioral and psychoanalytic literature. *Psychol Bull*, 87:427-441.
- Kozak MJ, Foa EB (1994) Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 32:345–353.
- Kuloglu M, Atmaca M, Tezcan E, Gecici O, Bulut S (2003) Sociodemographic and clinical characteristics of patients with conversion disorder in eastern Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38:88–93.
- Lang AJ, Craske MG, Brown M, Ghaneian A (2001) Fear-related state dependent memory. *Cogn Emot*, 15:695–703.
- Leonard WE (1927) *The Locomotive God*. New York, Appleton-Century.
- Levy BJ, Anderson MC (2008) Individual differences in the suppression of unwanted memories: the executive deficit hypothesis. *Acta Psychol*, 127:623–626.
- Malamud W (1944). *The psychoneuroses*. In *Personality and the Behavior Disorders: A Handbook Based on Experimental and Clinical Research* (Ed JM Hunt). New York, NY, Ronald.
- Masserman, JH (1946) *Principles of Dynamic Psychiatry*. Philadelphia, WB Saunders Company.
- Mialet JP, Pope HG, Yurgelun-Todd D (1996) Impaired attention in depressive state: a non-specific deficit? *Psychol Med*, 26: 1009–1020.
- Krstić M (2014) Rational choice theory and addiction behavior. *Trziste*, 24:163-177.
- Pearce SA, Isherwood S, Hrouda D, Richardson PH, Erskine A, Skinner J (1990) Memory and pain: tests of mood congruity and state dependent learning in experimentally induced and clinical pain. *Pain*, 43:187–193.
- Pilecki BC, Clegg JW, McKay D (2011) The influence of corporate and political interests on models of illness in the evolution of the DSM. *Eur Psychiatry*, 26:194-200.
- Porzelius LK, Berel S, Howard C (1999) Cognitive behavioral therapy. In *Handbook of Comparative Interventions for Adult Disorders* (Eds M Hersen, AS Bellack):491–512. New York, NY, Wiley.
- Pryor TL, Johnson T, Wiedman MW, Boswell DL (1995) The clinical significance of symptom denial among women with anorexia nervosa: another disposable myth? *Eat Disord*, 3:293–303.

- Putnam FW, Gurorf JJ, Silberman EK, Barban L, Post RM (1986) The clinical phenomenology of multiple personality disorder: a review of 100 recent cases. *J Clin Psychiatry*, 47:285–293.
- Rofé Y (2000) *The Rationality of Psychological Disorders: Psychobizarreness Theory*. New York, NY, Kluwer Academic Publishers.
- Rofé Y (2008) Does repression exist? Memory, pathogenic, unconscious, and clinical evidence. *Rev Gen Psychol*, 12:63-85.
- Rofé Y (2010) The rational-choice theory of neurosis: Unawareness and an integrative therapeutic approach. *J Psychother Integr*, 20:152-202.
- Rofé Y (2016) Which diagnostic approach is more valid? the DSM or the rational-choice theory of neurosis. *Int J Psychol Stud*, 8:98-110.
- Rofé Y, Rofé Y (2013) Conversion disorder: a review through the prism of the rational-choice theory of neurosis. *Eur J Psychol*, 9:832-868.
- Rofé Y, Rofé Y (2015) Fear and phobia: a critical review and the rational-choice theory of neurosis. *Int J Psychol Stud*, 7:37-73.
- Rose EJ, Ebmeier KP (2006) Pattern of impaired working memory during major depression. *J Affect Disord*, 90:149–161.
- Samuels J, Bienvenu OJ, Riddle MA, Cullen BAM, Grados MA, Liang KY et al. (2002) Hoarding in obsessive-compulsive disorder: results from a case-control study. *Behav Res Ther*, 40:517-528.
- Shevrin H, Dickman S (1980) The psychology of unconscious: a necessary assumption for all psychological theory? *Am Psychol*, 35:421–434.
- Simon HA (1978) Rationality as process and as product of thought. *Am Econ Rev*, 68:1-16.
- Smith SM, Vela E (2001) Environmental context-dependent memory: a review and meta-analysis. *Psychon Bull Rev*, 8: 203–220.
- Sunday SR, Halmi KA, Einhorn A (1995) The Yale-Brown-Cornell eating disorder scale: A new scale to assess eating disorders symptomatology. *Int J Eat Disord*, 18:237-245.
- Tremblay S, Nicholls AP, Parmentier FBR, Jones DM (2005) Visual distraction and visual-spatial memory: a sandwich effect. *Memory*, 13:357–363.
- Vitousek KB, Hollon SD (1990) The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognit Ther Res*, 14:191–214.
- Wagstaff GF, Frost R (1996) Reversing and breaching posthypnotic amnesia and hypnotically created pseudomemories. *Contemp Hypn*, 13:191–197.
- Welkowitz J, Welkowitz LA, Struening E, Hellman F, Guardino M (2004) Panic and comorbid anxiety symptoms in a national anxiety screening sample: implications for clinical interventions. *Psychotherapy (Chic)*, 41:69-75.
- Wolach I, Pratt H (2001) The mode of short-term memory encoding as indicated by event-related potentials in a memory scanning task with distractions. *Clin Neurophysiol*, 112:186–197.

Pınar Güzel Özdemir, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van; **Fuat Tanhan**, Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van; **Osman Özdemir**, Serbest Hekim, Van.

Yazışma Adresi/Correspondence: Pınar Güzel Özdemir, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Van Turkey. E-mail: pguzelozdemir@yahoo.com

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

Geliş tarihi/Submission date: 5 Aralık/December 5, 2017 · **Kabul Tarihi/Accepted:** 2 Şubat/February 2, 2018
