

ISSN 1302-0099 / e-ISSN 2146-7153

# KLİNİK psikiyatri DERGİSİ

www.klinikpsikiyatri.org



*Yıl / Year: 2018*

*Cilt / Volume: 21*

*Sayı  
Number 1*

ANP  
Yayıncılık

## İçindekiler / Contents

- Editörden / Editorial** 5 **Editör'den**  
*Burhanettin Kaya*
- Araştırma Yazıları** 7 **Suçta Sürüklenen Çocuklarda Psikiyatrik Bozukluklar, Sosyodemografik Özellikler ve Risk Faktörleri**  
*Psychiatric Disorders, Sociodemographic Features and Risk Factors in Children Driving to Committing Crime*  
*Murat Eyüboğlu, Damla Eyüboğlu*
- 15 **Sentetik Kannabinoid Kullanan Genç Yetişkin Erkeklerde Sosyo-demografik ve Klinik Özellikler**  
*Socio-demographic and Clinical Features of Young Adult Males Using Synthetic Cannabinoid*  
*Taner Öznur, Havva Öznur, Abdullah Bolu, Cemil Çelik, Kamil Nahit Özmenler*
- 24 **Suçluluk Ölçeği'nin Türkçe formunun psikometrik özelliklerinin klinik olmayan örneklem ve depresyon örnekleminde yeniden değerlendirilmesi**  
*Re-examining psychometric properties of the Turkish form of the Guilt Inventory in a non-clinical and depression sample*  
*Burçin Akın, Bikem Hacıömeroğlu, Müjgan İnözü*
- 38 **Meme Kanseri Olan Kadınlarda Bireysel, Çevresel ve Olaya Dair Faktörler ile Travma Sonrası Gelişim İlişkileri Arasında Başa Çıkma Stilllerinin Aracılık Rolü**  
*The Mediating Role Of Coping Styles In Personal, Environmental and Event Related Factors and Posttraumatic Growth Relationships Among Women With Breast Cancer*  
*Zümrüt Bellur, Arzu Aydın, Emre Han Alpay*
- 52 **Bilişsel Abartma Tarzı Ölçeği (BATÖ) Türkçe Formu'nun Psikometrik Özellikleri**  
*Psychometric Properties of the Turkish version of Looming Maladaptive Style Questionnaire (LMSQ)*  
*Ayşe Altan Atalay, Dilek Sarıtaş Atalar*
- 61 **Bir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Merhamet Düzeylerinin İncelenmesi**  
*The Investigation Of Compassion Level Of Nursing Students In A Health College*  
*Nurhan Çingöl, Ebru Çelebi, Seher Zengin, Mehmet Karakaş*
- 68 **Baş ağrısı olan ve olmayan grupların Geşalt temas biçimleri, öfke ve anksiyete düzeyleri açısından incelenmesi**  
*An examination of Gestalt contact styles, anger and anxiety levels of headache and non headache groups*  
*Çiğdem Kudiaki, Nilhan Sezgin*
- Derleme** 79 **Grup psikoterapisi uygulamalarının etik kurallar bağlamında incelenmesi**  
*Review* *Evaluating group psychotherapy applications in the context of ethical rules*  
*Cansu Alsanca Akbulut*
- 89 **Batı Ortaçağından Günümüze Uzanan Bir Kurum: Bethlem/Bedlam Akıl Hastanesi**  
*An Institution from the Western Middle Ages to the Present: Bethlem/Bedlam Mental Hospital*  
*Abdullah Yıldız*
- Olgu Sunumları** 98 **Charles Bonnet Sendromu: Bir Olgu Sunumu**  
*Case Reports* *Charles Bonnet Syndrome: A Case Report*  
*Ayşe Çakır, Demet Sağlam Aykut, Filiz Civil Arslan, Ahmet Taner Uysal*
- 102 **Valproik Asit Kullanımına Bağlı Gelişen Hiperamonyemik Ensefalopati: Olgu Sunumu**  
*Valproic acid induced hyperammonemic encephalopathy: A case report*  
*Ferda Apa, Figen Çulha Ateşçi, Gülfizar Sözeri Varma*

## YAZIM KURALLARI

Klinik Psikiyatri Dergisi, Psikiyatri, Klinik Psikoloji, Psikofarmakoloji ve Nörolojinin psikiyatryi ilgilendiren alanlarında yapılan deneysel ve klinik araştırmalar, derlemeler, olgu sunumları, kısa bildiriler ve editöre mektup türünden yazılara yer vermektedir. Yılda 4 kez yayınlanan dergi, Türkçe ve İngilizce yazıları kabul etmektedir.

Gönderilen makaleler için; iletim, değerlendirme, yayınlanma gibi hiçbir aşamada ücret talep edilmemektedir.

2016 sayıları itibarı ile makalelere DOI numaraları verilmektedir. Digital Object Identifier (DOI) sistemi digital ortamda yer alan içeriğe kolay erişilebilmesini sağlayan bir sistemdir. DOI numarası almış makaleler ile sistem, basili mecrada yayınlanmasına gerek kalmadan çevrimiçi yayınlanması ile birlikte çalışmalarınız arasında yer almasını olanak sunmaktadır. Bu durum akademisyenler için zaman açısından avantaj sağlamaktadır. DOI sistemi, ISO standardı olup International DOI Foundation tarafından idare edilmektedir. DOI Sisteminde yer alan dergimizde çalışmalarını yayınlanan yazarlar çalışmalarını ulusal ve uluslararası bilim çevrelerinin hızlı erişimine sunmakta ve böylelikle yazılarının atıf potansiyelini artırmaktadırlar.

Dergimiz Journal Agent ara yüzü ile makale gönderimi ve takibi yapmaktadır. Kullanıcılar tarafından kolay ve hızlı kullanım imkânı tanıyan makale takip sistemi ile çalışmalarınız hızlı bir şekilde değerlendirilmektedir.

### Yazıların değerlendirme süreci ve etik konular

Klinik Psikiyatri Dergisi makalelerin değerlendirilmesinde bağımsız, tarafsız, çift-kör hakem değerlendirme raporlarını temel alınmaktadır. Gönderilen makalelerin özgünlükleri, metodolojileri, tartışılan konunun önemi, Yayın Kurulu üyeleri tarafından değerlendirilir. Takiben, tarafsız değerlendirme sürecini sağlamak için her makale alanlarında uzman en az iki dış-bağımsız hakem tarafından değerlendirilir. Bütün makalelerin karar verme süreçlerinde nihai karar yetkisi Editörler Kurulu'ndadır.

Gözden geçirenler yazarların kimliğinden habersizdir ve yazarlar da gözden geçirenlerin kimliğinden habersizdirler.

Gönderilen yazılar, isimleri gizli tutulan konuyla ilgili en az iki danışma kurulu üyesince değerlendirilir. Danışma kurulunda değerlendirmeleri tamamlanan yazılar yayın kurulunda görüşülür. Yayın kurulu yazıyı yayınlamaya, düzeltilmesi için geri göndermeye, düzelterek yayınlamaya ya da yayınlamamaya yetkilidir. Dergimizin editöryel ve yayın süreçleri [International Committee of Medical Journal Editors \(ICMJE\)](#), [World Association of Medical Editors \(WAME\)](#), [Council of Science Editors \(CSE\)](#), [Committee on Publication Ethics \(COPE\)](#), [European Association of Science Editors \(EASE\)](#) ve [National Information Standards Organization \(NISO\)](#) organizasyonlarının kılavuzlarına uygun olarak biçimlendirilmiştir.

Derginin editöryel ve yayın süreçleri, Principles of Transparency and Best Practice in Scholarly Publishing ([doaj.org/bestpractice](#)) ilkelerine uygun olarak yürütülmektedir.

Yayın Kurulu, dergimize gönderilen çalışmalar hakkındaki intihal, atıf manipülasyonu ve veri sahteciliği iddia ve şüpheleri karşısında [COPE](#) kurallarına uygun olarak hareket edecektir. Bütün makalelerin benzerlik tespiti denetimi, [iThenticate](#) yazılımı aracılığıyla yapılmaktadır.

Eğer makalede daha önce yayınlanan makalelerden alıntı varsa, makalenin yazarı yayın hakkı sahibi ve yazarlarından yazılı onay almak ve bunu makalesinde belirtmek zorundadır. Alınan onay belgesi makaleyle beraber editörlüğümüze gönderilmelidir. Hakemlerin, mükerrer yayın, intihal vb gibi olası araştırma ve yayın etiği ihlalleri konusunda yorumda bulunmaları beklenir..

Yazar olarak listelenen herkesin [ICMJE](#) tarafından önerilen yazarlık ölçütlerini karşılaması gerekmektedir. ICMJE, yazarların aşağıdaki 4 ölçütün her birini karşılamasını önermektedir:

1. Çalışmanın konseptine/tasarımına; ya da çalışma için

verilerin toplanmasına, analiz edilmesine ve yorumlanmasına önemli katkı sağlamış olmak;

2. Yazı taslağını hazırlamış ya da önemli fikrinsel içeriğin eleştirel incelemelerini yapmış olmak;

3. Yazının yayından önceki son halini gözden geçirmiş ve onaylamış olmak;

4. Çalışmanın herhangi bir bölümünün geçerliliği ve doğruluğuna ilişkin soruların uygun şekilde soruşturulduğunun ve çözümlendiğinin garantisini vermek amacıyla çalışmanın her yönünden sorumlu olmayı kabul etmek.

Yazarlar bu dört kuralı karşıladıklarına dair yazılı onayı Yayın Hakkı Devir Formu'nda bildirmek durumundadır. Dört kriterin hepsini karşılamayan kişilere makalenin başlık sayfasında teşekkür edilmelidir. Yayın Kurulu'nun gönderilen bir makalede "armağan yazarlık" olduğundan şüphelenmesi durumunda söz konusu makale değerlendirme yapılmaksızın reddedilecektir.

Yazarlar, çalışmalarındaki doğrudan ya da ticari bağlantı, maddi destek gibi konularda tam olarak açık olmalıdırlar. Yazarlar bu türden bir ilişkileri varsa bunun nasıl bir ilişki olduğunu bildirmek, yoksa hiçbir ilişkileri olmadığını belirtmek zorundadırlar. Dergimiz, [WAME](#)'in çıkar çatışması tanımını benimsemektedir.

Yazıların geliş tarihleri ve kabul ediliş tarihleri makalenin yayınlandığı sayıda belirtilir. Derginin internet sayfasında bütün makalelerin Türkçe ve İngilizce özet versiyonları ile gönderilen dildeki tam metin versiyonları bulunur. İçerik, yayın sürecinin tamamlanmasını takiben derginin internet sayfasında ücretsiz erişime açık hale getirilir. Eğer abone değil iseler yazarlara, yazılarının yayınlandığı dergi gönderilmemektedir.

Dergimizde yayınlanan yazıların yayın hakkı ANP Özel Sağlık Hizmetleri LTD ŞTİ'ne aittir. Yazarlara telif ücreti ödenmemektedir.

Yayınlanan yazıların bilimsel ve hukuki sorumluluğu yazarlarına aittir. Dergide yayınlanan makalelerde ifade edilen görüşler ve fikirler Klinik Psikiyatri Dergisi, Editörler ve Yayın Kurulu'nun değil, yazar(lar)ın bakış açılarını yansıtır. Editörler, Yayın Kurulu ve Yayıncı bu gibi durumlar için hiçbir sorumluluk ya da yükümlülük kabul etmemektedir.

Gönderilen yazıların hemen işleme konulabilmesi için belirtilen yazım kurallarına tam olarak uygun olması gereklidir.

### Yazım Kuralları

Dergide yayınlanmak üzere gönderilen yazıların uzmanlarca tarafsız değerlendirmeye alınabilmesi için, yazarların kimliklerine ilişkin bilgilerin, yazının başında yer alacak ayrı bir sayfada bulunması gereklidir.

Yazılar, yazının daha önce bir dergide yayınlanmamış veya yayınlanmak üzere gönderilmemiş, olduğunu bildiren ve tüm yayın haklarının ANP Özel Sağlık Hizmetleri LTD ŞTİ'ne devredildiği belirtilen, yazarlarca imzalanmış bir üst yazı ile gönderilmelidir.

Yazılarınızı web anasayfamızda yer alan "online makale gönder" butonuna tıklayarak gönderebilirsiniz. Her türlü sorunuz için [linikpsikiyatri@gmail.com](mailto:linikpsikiyatri@gmail.com) adresinden bize ulaşabilirsiniz.

İlk sayfada, makale başlığının altında, yazarların isim, soyadı, unvan, çalışma adresleri ve varsa e-mail adresleri belirtilmelidir. En sonda da yazışmaların yapılacağı sorumlu yazarın adres, telefon ve e-mail adresi yer almalıdır.

Araştırmalar, olgu sunumları ve derleme yazıları için Türkçe özet ve anahtar sözcükler ile İngilizce başlık, İngilizce özet ve İngilizce anahtar sözcükler bulunması zorunludur. **Türkçe özet en az 150, en fazla 200, İngilizce özet en az 230, en fazla 250 sözcükten oluşmalıdır.** Anahtar sözcükler Index Medicus'a göre seçilmeli, en az 3 en fazla 6 kelime olmalıdır. Araştırma yazılarında Türkçe ve İngilizce özetler, Amaç (Objectives), Yöntem (Method), Bulgular (Results), Sonuç (Conclusion) şeklinde başlıklardan oluşmalıdır.

## YAZIM KURALLARI

Kısaltmalar uluslararası kabul edilen şekilde olmalı, ilk kullanıldıkları yerde açık olarak yazılmalı ve parantez içinde kısaltılmış şekli gösterilmelidir. Özetle kısaltmalar yer verilmemelidir. Yazılarda dipnot kullanılmamalı, açıklamalar yazı içinde verilmelidir.

Makaleler sadece [www.klinikpsikiyatri.org](http://www.klinikpsikiyatri.org) adresinde yer alan derginin online makale yükleme ve değerlendirme sistemi üzerinden gönderilebilir. Diğer mecralardan gönderilen makaleler değerlendirilmeye alınmayacaktır.

### MAKALE TÜRLERİ

#### Araştırma

Araştırma yazıları sırasıyla Giriş, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Sonuç alt başlıklarından oluşmalıdır. Türkçe ve İngilizce özetler, Amaç (Objectives), Gereç ve Yöntem (Method), Bulgular (Results), Sonuç (Conclusion) şeklinde başlıklardan oluşmalıdır.

Makaleler, [ICMJE-Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals](http://www.icmje.org) ile uyumlu olarak hazırlanmalıdır.

Araştırmalarda etik ilkelere uyulmalıdır. Etik Kurul kararları ve olgu onay formları yazılara eklenmeli, makalede etik ilkelere uyulduğu bir cümle ile belirtilmelidir.

Özgün araştırmaların kısıtlamaları, engelleri ve yetersizliklerinden Sonuç paragrafı öncesi "Tartışma" bölümünde bahsedilmelidir.

#### Derleme ve Olgu Sunumu

Derleme ve olgu sunumu şeklindeki makalelerde de yukarıdaki ana yazım düzenine uyulmalı, özet sayfasından sonra yazının türüne uygun şekilde kaleme alınmalı, derlemelerde kaynak sayısı 50'in üzerinde olmamalıdır. Derlemelerde, yazarlardan birinin konuyla ilgili 3 veya daha çok özgün araştırmasının yayımlanmış olması gereklidir. Derleme yazarlarının konu hakkındaki birikimi uluslararası literatüre yayın ve atıf sayısı olarak yansımış uzmanlar olması gerekir. Bu ölçütlere uyan yazarlar derleme yazısı yazmaları için Yayın Kurulunca davet edilebilir.

Olgu sunumlarının giriş ve tartışma kısımları kısa-öz olmalı, kaynak sayısı kısıtlı tutulmalıdır. Bu yazılar, "Giriş", "Olgu Sunumu" ve "Tartışma" alt başlıklarını içermelidir.

#### Kısa Bildiriler

Kısa bildiriler özet içermemeli, kısa-öz olmalı, kaynakları sınırlı olmalıdır. Kısa Bildirim yazıları (başlık sayfası, kaynaklar, tablo/şekil/resim hariç) 2500 kelimeyi geçmemelidir.

#### Editöre Mektup

Editöre mektup bölümü, dergide daha önce yayınlanmış yazılara eleştiri getirmek, katkı sağlamak ya da orjinal bir çalışma olarak hazırlanmamış ve hazırlanamayacak bilgilerin iletilmesi amacıyla oluşturulduğundan kısa-öz olmalı, özet içermemeli, kaynakları sınırlı olmalıdır.

#### TABLO, ŞEKİL VE RESİMLER

Tablo, Şekil ve Resimler numaralandırılmalı ve metin içinde geçiş sırasına göre belirtilmelidir. Başlık veya alt yazıları ile birlikte her biri ayrı sayfada hazırlanarak yazıya eklenmelidir. Şekiller fotoğraf filmi alınabilecek kalitede gönderilmelidir. Şekil içindeki harf, numara ya da semboller net ve okunabilir olmalıdır.

Tablolar ana dosyaya eklenmeli, kaynak listesi sonrasında sunulmalı, ana metin içerisindeki geçiş sıralarına uygun olarak numaralandırılmamalıdır. Tabloların üzerinde tanımlayıcı bir başlık yer almalı ve tablo içerisinde geçen kısaltmaların açılımları tablo altına tanımlanmalıdır. Tablolar Microsoft Office Word dosyası içinde "Tablo Ekle" komutu kullanılarak hazırlanmalı ve kolay okunabilir şekilde düzenlenmelidir. Tablolarda sunulan veriler ana metinde sunulan verilerin tekrarı olmamalı; ana metindeki verileri destekleyici nitelikte olmalıdır.

Resimler, grafikler ve fotoğraflar (TIFF ya da JPEG formatında) ayrı dosyalar halinde sisteme yüklenmelidir.

### KAYNAKLAR

Atıf yapılırken en son ve en güncel yayınlar tercih edilmelidir. Atıf yapılan erken çevrimiçi makalelerin DOI numaraları mutlaka sağlanmalıdır. Kaynakların doğruluğundan yazarlar sorumludur. Dergi isimleri Index Medicus/Medline/PubMed'de yer alan dergi kısaltmaları ile uyumlu olarak kısaltılmalıdır. Kaynaklarda tüm yazar isimleri listelenmelidir. Ana metinde kaynaklara atıf yapılırken parantez içinde Arabik numaralar kullanılmalıdır.

Vancouver stilinde kaynak gösterimi yapılmalıdır. Dergi isimlerinin kısaltmaları, "NLM Katalog: NCBI Veri tabanlarında atıf yapılan dergilerde" (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>) kullanılan stilde olmalıdır. Dizine eklenmemiş dergilerin kısaltılması gerekir. Farklı yayın türleri için kaynak stilleri aşağıdaki örneklerde sunulmuştur:

#### Kaynak bir makale ise,

Boyce P, Parker G, Barnett B, Cooney M, Smith F. Personality as a vulnerability factor to depression. Br J Psychiatry 1991; 159:106-114.

Zinbarg RE, Barlow DH, Liebowitz M, Street L, Broadhead E, Katon W, Roy-Byrne P, Lepine J-P, Teherani M, Richards J, Brantley PJ, Kraemer H. The DSM-IV field trial for mixed anxiety-depression. Am J Psychiatry 1994; 151:1153-1162

**Bir derginin ek sayısı ise;** Beskow J. Depression and suicide. Pharmacopsychiatry 1990; 23 (Suppl 1): 3.

Burrows GD, Norman TR, Judd FK, Marriott PF. Short-acting versus long-acting benzodiazepines: discontinuation effects in panic disorders. J Psychiatr Res 1990; 24 (suppl 2): 65-72.

**Kaynak bir kitap ise;** Beahrs JO. The Cultural Impact of Psychiatry: The Question of Regressive Effects, in American Psychiatry After World War II: 1944-1994. Edited by Menninger RW, Nemiah JC. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000, pp. 321-342.

**Çeviri kitaptan alıntı ise;** Saddock BJ, Saddock VA. Klinik Psikiyatri. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.) 2. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti., 2005, 155-157.

**Tezden alıntı ise** | Yılmaz B. Ankara Üniversitesindeki Öğrencilerin Beslenme Durumları, Fiziksel Aktiviteleri ve Beden Kitle İndeksleri Kan Lipidleri Arasındaki İlişkiler. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. 2007.

**Baskıdaki makaleler için** | Cai L, Yeh BM, Westphalen AC, Roberts JP, Wang ZJ. Adult living donor liver imaging. Diagn Interv Radiol 2016; 24. doi: 10.5152/dir.2016.15323. [In press].

**Kongre bildirileri için** | Yumru M, Savas HA, Kalenderoglu A, Bulut M, Erel O, Celik H. İkiüçlü bozukluk alt tiplerinde oksidatif dengesizlik. 44. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı 2008; 105.

**İnternette alıntılar için** | World Health Organization. Depression. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>. Erişim tarihi: Ağustos 22, 2016.

Kaynakların doğruluğundan yazarlar sorumludur. Doğrudan yararlanılmayan ya da başka kaynaklardan aktarılmış kaynaklar belirtilmemeli, basılmamış eserler ya da kişisel haberleşmeler kaynak gösterilmemelidir.

**Editörler Kurulu/ Editorial Board**

Önursal Editör

Dr. Nevzat Yüksel

Editör

Dr. Burhanettin Kaya

Yardımcı Editörler

Dr. Seher Akbaş

Dr. Ayşe Devrim Başterzi

Dr. Hamid Boztaş

Dr. Gamze Özçürümez

Dr. Meram Can Saka

Dr. Ejder Akgün Yıldırım

Dr. Mehmet Yumru

Dil Editörleri

Dr. Erkan Özcan

Dr. Tolga Binbay

Dış İlişkiler Editörleri

Dr. Halis Ulaş

Dr. Muzaffer Kaşer

İstatistik Editörü

Dr. Neşe Direk

Web Editörü

Dr. Mehmet Yumru

**Yazışma Adresi / For Correspondence**

Klinik Psikiyatri Dergisi

Fabrikalar Mah. 3024 Sok. No:13 Kepez/ Antalya

Tel/Faks: 0242 244 88 83/0242 244 20 99

e-mail: klinikpsikiyatri@gmail.com

web adresi: www.klinikpsikiyatri.org

**Sahibi ve Yazı İşleri Müdürü**

Terapi Tıp Merkezi

ANP Özel Sağlık Hizmetleri Ltd. Şti. Adına,

Dr. Mehmet Yumru

Kapak Resmi: Güvercin-Mehmet Emin Erşan

**2017 yılında görüş ve önerileri ile yayın kalitemize katkıda bulunan danışmanlarımız:**

Aslı Sürer Adanır	Ferdi Köşger
Esra Akı	Nesim Kuğu
Hatice Aksu	Çağdaş Öykü Memiş
Kürşat Altınbaş	Fatih Öncü
Ercan Altınöz	Turgut Önder
Vesile Altınayaz	Demet Güleç Öyekçin
Nuray Atasoy	Azize Atlı Özbaş
İnci Meltem Atay	Özlem Özel Özcan
Cumhur Avcil	Osman Özdel
Koray Başar	Taner Öznur
Sedat Batmaz	Ayşe Gül Yılmaz Özpolat
Ali Bozkurt	Eser Sağaltıcı
Mahmut Bulut	Özge Saraçlı
Ebru Çobanoğlu	Gökhan Sarısoy
Esra Yancar Demir	Bengi Semerci
Esra Demirci	Murat Semiz
Onur Okan Demirci	Mustafa Sercan
Artuner Deveci	Haldun Soygür
Lale Gönenir Erbay	Hüseyin Soysal
Ayten Erdoğan	Doğan Şahin
Burcu Rahşan Erim	Okan Taycan
Altan Eşsizöğlü	Oryal Taşkın
Leyla Gülseren	Ahmet Tiryaki
Esra Güney	Fuat Torun
Nermin Gürhan	Selim Tümkaya
Mükerrem Güven	Çisem Utku
Müjgan İnözü	Süheyla Ünal
Hasan Kandemir	Zekeriya Yelboğa
Sevcan Karakoç	Duygu Kaya Yertutanol
Alp Karaosmanoğlu	Abdullah Yıldırım
Önder Kavakçı	Münevver Hacıoğlu Yıldırım
Arşaluyş Kayır	Şahika Yüksel
Şennur Kışlak	Ayten Zara
E. Tuğba Özel Kızıl	Ayten Demir Zencirci

*Klinik Psikiyatri Dergisi* aşağıdaki dizinlerde yer almaktadır:

Emerging Sources Citation Index (ESCI)(2017 yılından itibaren)

Scopus (2017 yılından itibaren)

DOAJ (2018 yılından itibaren)

EBSCO Academic Search Complete (2007 yılından itibaren)

EBSCO TOC Premier (2007 yılından itibaren)

Türkiye Atif Dizini (2000 yılından itibaren)

PsycINFO/ Psychological Abstracts (2004 yılından itibaren)

TÜBİTAK/ULAKBİM-Türk Tıp Dizini (2000 yılından itibaren)

Google Scholar (1998 yılından itibaren)

Index Scholar (2007 yılından itibaren)

Akademik Dizin (2000 yılından itibaren)

Türk Medline (2000 yılından itibaren)

Türk Psikiyatri Dizini (1998 yılından itibaren)

CIRRIE

Index Copernicus

## *Editörden*

### **Hakikat acı verdiği kadar da iyileştirir**

Bir hakikat kaybı yaşadığımız dönemdeyiz. Hakikatin elimizden kayıp gittiği ve yalanın renkli bir bulut gibi hayatın ve gerçeğin üzerine çöktüğü bir dönemde. Güncel siyasetten ekonomiye, bilimden felsefeye hakikatin ayağının kaydığı bir dönemdeyiz. Genel sağlık ortamından ruh sağlığı alanına "hakikatin" bir kurgu olarak inşa edildiği ve pazarlandığı bir süreçte. Aslında uzun yıllardır bu inşa edilen ve pazarlanan gerçeklik, kapitalizmin bir gereği olarak gündelik yaşamın içine yerleştiriliyor ve tüketime yönelik yeni bir insan davranışı modelini biçimliyordu. Şimdiki öyle değil, tek referansı olan, muhafazakârlaştırılan ve a priori doğruluğu kabul edilen, siyasetin egemenliğindeki yalanın köleleştirdiği bir gerçeklik. Bu gerçeklik Hannah Arendt'in deyimiyle aktif ve agresif bir inkar becerisini içeriyor. Pasif olarak açık olduğumuz hata ve yanlısamalardan, belleğimizin çarpıtmalarından, duyusal ve zihinsel işlevlerimizin eksikliklerine atfedilebilecek diğer her şeyden açıkça farklı bir inkâr (1).

Kandırma hiç bir zaman mantığa ters düşmez diyor Arendt. Yalanlar çoğu zaman gerçeklikten çok daha makul, akla çok yatkın olabilir, çünkü yalancı izleyenin ne duymak istediğini ya da nasıl bir beklenti içinde olduğunu önceden bilmenin büyük avantajına sahiptir. Oysa gerçeklik bizi ummadığımız şeylerle karşılaştırmak gibi rahatsız edici bir alışkanlığa sahiptir (1). Hakikat acı vericidir oysa. Bu yalan dünya içinde de hakikati savunmak ve aktarmak giderek tehlikeli hale gelir (2). Fakat yalancı, normal koşullarda gerçekliği en sonunda yenik düşer diyor Arendt.

Yalanın kendisine zarar vermeye başladığı nokta hakikat ile yalanı birbirinden ayıran çizgiyi hiçe saymak zorunda bırakıldığı nokta da gerçekleşir bu. Hayatta kalmak bu önünüze sunulanı gerçek kabul etme, doğru sayma, ona inaniyormuş gibi yapmanıza bağlıysa size sunulanın hakikat mi yalan mı olduğunun önemi kalmaz (1). Güvenilir hakikatin bilimsel alandan tamamen çıkması dengeleyici unsurun da ortadan kalkması anlamına gelecektir. Bunun sonucu, bilimde, psikiyatride, psikoterapi de ciddi bir eksen kaymasıdır.

Bilimsel hakikati tartışırken, bir hakikat arayışını amaç edinen bir araştırma yazısını, bilginin özetlenerek yararlı biçimde kullanımını sağlayan derlemeleri, deneyim paylaşımını içeren ve tedavi becerilerine katkı sağlayan olgu sunumlarını değerlendirirken bu dengeyi aramak, güvenilir bir hakikate ulaşma yönündeki içten, etik ve bilimsel çabayı, yetkinliği görmek önemlidir. Bilimsel araç ve yöntemleri (kötüye) kullanarak bir hakikat görüntüsüyle yalanı üreten ve pazarlayan, hegemonyanın denetimindeki bilim ve bilimci, ürettikçe kendi yalanına inanan ve bunu en ısrarlı biçimde savunan bir noktaya geliyor. Burada Arendt'in anlatisına yeniden başvurmak gerekiyor. Arendt, akla yatkın bir hipotez ile onu doğrulaması gereken olgu arasında ayırım yapmayı başaramamanın, yani hipotezleri ve "teorileri" gerçekliği kanıtlanmış olgularmış gibi ele almanın -bahsi geçen dönemde- psikoloji ve sosyal bilimler alanlarında salgın haline geldiğini, bu gerçeklikten koparma ve sorun çözmenin hoş karşılandığını ve (bilime-siyasete) içkin haline geldiğini belirtiyor. 1967 yılında kaleme aldığı bu düşüncelere günümüzde ziyadesiyle geçerliliğini koruyor.

Bu noktada, dönüşen bu bilime, bilimciye, siyasete onurlu ve etik bir karşı duruş sergilemek gerekiyor.

Hakikat rahatsız ettiği, acı verdiği kadar iyileştiricidir. Nesnel olanın bireydeki, bireyin bilincindeki, zihnindeki ve iç dünyasındaki yansıması olan öznel hakikat-imiz bu direnci eyleme dönüştürecek duyarlılığa ve güce sahiptir.

Saygılarımla

Doç. Dr Burhanettin Kaya

Editör

Editörler Kurulu adına

#### **KAYNAKLAR**

1. Arendt H. Siyasette Yalan. Çev: İmge Oranlı, Berfu Şeker. \*Sel Yayıncılık, istanbul 2018.
2. Aytaç AM. 4. Psikiyatri Kış Okulu Konuşması. Aktaran Ayla Türksöy. <https://m.bianet.org/biamag/siyaset/194601-hakikat-iyilestirir>.

# Suçta Sürüklenen Çocuklarda Psikiyatrik Bozukluklar, Sosyodemografik Özellikler ve Risk Faktörleri

## *Psychiatric Disorders, Sociodemographic Features and Risk Factors in Children Driving to Committing Crime*

Murat Eyüboğlu<sup>1</sup>, Damla Eyüboğlu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uzm.Dr., Mardin Devlet Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, Mardin, Türkiye

### ÖZET

**Amaç:** Çalışmanın amacı; çocuk psikiyatrisine işledikleri iddia olunan suç nedeniyle adli değerlendirme amacıyla getirilen çocukları psikiyatrik açıdan değerlendirmektir. Ayrıca, bu çocukların psikiyatrik bozukluklarını, suç özellikleri, sosyodemografik verileri ve çocukları suça iten faktörlerinin değerlendirilmesi ve hekim tarafından düzenlenen adli rapor sonuçlarının incelenmesi diğer amaçlar arasındadır. **Yöntem:** Çalışmaya güvenlik güçleri tarafından işledikleri iddia olunan fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmiş olup olmadığının değerlendirilmesi için getirilen 204 çocuk alınmıştır. Çocuklarda bulunabilecek herhangi bir psikiyatrik bozukluğun belirlenmesi amacıyla tüm çocuk ve aileleri ile yapılandırılmış bir görüşme olan Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu ölçeği uygulanmış ve sosyodemografik veri formu doldurulmuştur. **Bulgular:** Suça sürüklenen çocukların %47'sinin (n=96) en az bir psikiyatrik bozukluğu vardı. En sık görülen bozukluklar Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu idi. Bu çocukların hemen hepsi daha önce tedavi almamıştı. Çocukların %45'i okula devam etmiyor, %40'ı sigara kullanıyordu. Ayrıca büyük çoğunluğu düşük sosyoekonomik seviye ailelere sahip bu çocukların ebeveynlerinde de eğitim seviyesi oldukça düşüktü. **Sonuç:** Erkek olmak, düşük sosyoekonomik aile yapısına sahip olmak, kalabalık ailede yaşamak, sigara-madde kullanmak, okula devam etmeme ve düşük eğitime sahip ebeveyne sahip olmanın suça yönelme ile ilişkili önemli faktörler olduğu belirlenmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Çocuk, çocuk suçları, suç, risk faktörleri, adli psikiyatri

### SUMMARY

**Object:** The aim of this study was to examine children driving to committing crime who were brought to psychiatry clinic for forensic evaluation because of the crimes they committed to. Additionally, evaluation of these children's psychiatric disorders, crime characteristics, sociodemographic data, factors driving to committing crime and forensic reports arranged by the physician were other aims. **Methods:** In this study 204 children, who were brought to the clinic in order to be evaluated whether they perceive the legal meaning and consequences of that action or possess sufficient ability to channel their behaviors, were included. In order to diagnose any psychiatric disorder, a structured interrogation schedule for affective disorders and schizophrenia for present and lifetime was applied all children and families and sociodemographic data form was completed. **Results:** At least one psychiatric disorder was present in 47% (n =96) of children driving to committing crime. The most common disorders were Attention Deficit and Hyperactivity Disorder and Conduct Disorder. Almost none of them have been treated before. 45% of them dropped out their school, and 40% were smoking. Additionally, most of their parents who had low socio-economical level also had very low education level. **Discussion:** It was determined that being male, living in a low socioeconomic family environment, living in large families, using drugs, smoking, not attending school and having parents with low education level were significant related factors for juvenile delinquency.

**Key Words:** Child, crime, juvenile delinquency, risk factors, forensic psychiatry

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:7-14)

DOI: 10.5505/kpd.2018.02997



## GİRİŞ

Çocukluk çağında işlenen suçlar önemli bir toplumsal sorun teşkil etmektedir. Bu nedenle son yıllarda suç işleyen çocuk popülasyonuna olan farkındalıkta artmıştır. Özellikle bilişsel, psikososyal ve fiziksel olarak hızlı büyüme ve gelişmenin olduğu ergenlik dönemi, diğer dönemlere göre çocukların suç işlemeye daha yakın oldukları bir zaman dilimidir. Çalışmalarda ergenlik döneminin insanların suç davranışları işlemeye en yakın dönem olduğunu göstermiştir (1). Çevresel faktörler (sosyal, ailesel ve ekonomik) ve kişisel özelliklerin (kişilik, beceri, olgunluk ve psikopatoloji) karmaşık etkileşiminin ergenlerde agresif ve yıkıcı davranışların artmasıyla ilişkili olduğuna dair yaygın bir kanı vardır (2,3). Yıkıcı davranışlar sergileyen ergenlerin erişkin döneminde ulaştıklarında da fiziksel ve ruhsal problemler, işsizlik ve ilişki sorunları gibi alanlarda yüksek riskli oldukları belirtilmiştir (4). Diğer psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi suça sürüklenen çocuklarda da ailesel özellikler ve dinamiklerin çocukların davranışlarında güçlü etkisi olduğu bilinmektedir. Aileleri ve suça sürüklenen çocukları inceleyen çalışmalarda aile içi şiddet, ebeveyn ilişkisindeki zayıflık ve aile içi iletişimde yetersizliğin olduğu belirtilmiştir (5). Bunlara ek olarak ihmal, istismar, anne-çocuk etkileşimi ve bağlanma gibi konuların çocukların dışavurum davranışları geliştirmesine etkili oldukları bilinmektedir. Sadece ruhsal hastalıklar tek başına çocuklarda suç işlemeye neden olan etken olmasa da tedavi edilmeyen ruhsal hastalıklar, alkol ve madde bağımlılığı, uygunsuz çevresel koşullar, ailesel problemler gibi çocukları yakından ilgilendiren faktörler duygu ve davranışta değişimlerin hızlı olduğu, davranış kontrolünde zorluk yaşayabilecek bu çocuklarda suç işlemeyi kolaylaştıran etkenler arasında sayılabilir.

Araştırmalarda suça yönelen çocuklarda eş zamanlı psikiyatrik hastalık görülme oranlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu çocukların en az %50-70'nin bir psikiyatrik hastalığının olduğu belirtilmiştir ki bu oran genel ergen popülasyonunda sadece %9-21 arasındadır (6). 358 suç işlemiş ergenle yapılan bir çalışmada, olguların %73.2'sinin davranım bozukluğu tanısı karşıladıkları gösterilmiştir (7). Benzer şekilde birleşik devletlerde suç işleyen çocuk ve ergenlerin % 65-75'inde bir veya

daha fazla psikiyatrik bozukluk olduğu tespit edilmiştir (8). En sık görülen psikiyatrik bozukluklar ise dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), davranış bozukluğu (DB), depresyon, anksiyete bozukluğu ve mental retardasyondur. Kendine zarar verme davranışı ve tekrar suç işlemeye de bu kişilerde yaygın olarak gözlenen bir durumdur.

Türkiye'de 2005 yılında çıkarılan Çocuk Koruma Kanunu ile kanunlarda suç olarak tanımlanan bir fiili işlediği iddia edilen çocuklar suça sürüklenen çocuklar olarak tanımlanmıştır. Türk Ceza Kanununda (TCK) suça sürüklenen çocukların ceza sorumluluğunda yaş kriteri söz konusudur. 2005 yılında yapılan değişiklik ile sorumluluk yaşı onbirden onikiye çıkarılmıştır (9). TCK 31. Maddesine göre; Fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmuş çocukların ceza sorumluluğu yoktur. Bu kişiler hakkında ceza kovuşturması yapılamaz; ancak çocuklara özgü güvenlik tedbirleri uygulanabilir. Fiili işlediği sırada on iki yaşını doldurmuş olup da on beş yaşını doldurmuş olanların işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmemiş olması halinde ceza sorumluluğu yoktur (9). Ancak, bu kişiler hakkında çocuklara özgü güvenlik tedbirlerine hükümler ifade yer almaktadır. 12-15 yaş arasında olup işlediği fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılayamaması veya davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmiş olduğu tespit edilen çocuklar için ise azaltılmış süreli cezalar uygulanmaktadır.

Çalışmamızın amacı; çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine işledikleri iddia edilen suç nedeniyle adli değerlendirme amacıyla getirilen suça sürüklenen çocukları psikiyatrik açıdan değerlendirip varsa bu çocukların psikiyatrik bozukluklarını belirlemek, ayrıca suç özellikleri, sosyodemografik verileri (cinsiyet, yaş, ailesel özellikler gibi) ve bu çocukları suça iten risk faktörlerini değerlendirmektir. Ek olarak düzenlenen rapor sonuçlarının incelenmesi diğer amaçlar arasında yer almaktadır. Çocuk ve ergenleri suç işlemeye iten faktörlerin ve bu çocukların gereksinimlerinin belirlenmesi ve multidipliner bir şekilde gerekli önlemlerin alınması hem çocukların ruh sağlığı hem de toplumu ilgilendiren bu önemli konuda suç davranışlarının önlenmesine

katkı sağlayabilir.

## YÖNTEM

Çalışmaya 2016-2017 yılları arasında Mardin Devlet Hastanesi Çocuk psikiyatrisi polikliniğine işlemiş oldukları iddia olunan suç nedeniyle "fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin gelişmiş olup olmadığı hususunda" adli rapor düzenlenmesi amacıyla getirilen 204 sayıda çocuk alındı. Çocuklarda bulunabilecek herhangi bir psikiyatrik bozukluğun belirlenmesi amacıyla çocuk psikiyatrisi uzmanı tarafından tüm çocuk ve aileleri ile yapılandırılmış bir görüşme olan Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDGŞG-ŞY) ölçeği uygulanmıştır. Klinik muayene sırasında bilişsel becerilerinde gerilik olduğu düşünülen olgulara WISC-R (10) zeka testi (Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised; WÇZÖ-R: Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu) uygulandı. Sosyodemografik özellikler, işlenen suç türü, daha önce suç işleme davranışının olup olmadığı, alkol madde kullanım deneyimi ve klinisyen tarafından yapılan adli değerlendirmenin sonucu incelenmiş ve çıkan sonuçlar değerlendirmeye alınmıştır. Çalışmaya alınan tüm çocuk ve ailelerden yazılı onam alınmıştır. Çalışma için Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onayı alınmıştır.

## Veri Toplama Araçları

*Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDGŞG-ŞY)*

ÇDGŞG-ŞY çocuk ve ergenlerin DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (11). Form; sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı ilk bölüm, şimdi ve geçmiş psikiyatrik belirtilerin sorgulandığı ikinci bölüm ve çocuğun değerlendirme yapıldığı andaki genel işlevinin değerlendirildiği üçüncü bölümden oluş-

maktadır. Görüşmede duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir. ÇDGŞG-ŞY'nin Türkçe çevirisi ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (12).

## Sosyodemografik Veri Formu

Bu form çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi toplama amacıyla yazın temel alınarak, yazarlar tarafından oluşturulmuştur. Formda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, sigara-alkol deneyimi, kardeş sayısı, sosyoekonomik düzey ve aileye yönelik bilgilerin araştırıldığı sorular mevcuttur.

## İstatistiksel Değerlendirme

Araştırmadan elde edilen veriler IBM SPSS statistics software version 22.0 kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçümle elde edilen değişkenler ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler yüzde ve sayı şeklinde ifade edilmiştir. Psikiyatrik bozukluğu olan ve herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan çocukların bazı sosyodemografik verilerinin karşılaştırılmasında, sayısal değişkenlerden normal dağılım gösterenlerde Student's t testi, normal dağılım göstermeyenlerde ise nonparametrik test olan Mann Whitney U testi kullanılarak karşılaştırma yapılmıştır. Kategorik değişkenler (sosyodemografik özellikler gibi) Pearson ki-kare testi ve Fishers's Exact testi ile değerlendirilmiştir.  $p < 0.05$  değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Çalışmaya alınan 204 çocuğun yaş ortalaması  $14.4 \pm 1.2$  idi. Olguların 183'ü erkek (% 89.7), 21 tanesi ise (% 10.3) kızdı. Çocukların 54'ü (% 26.9) daha önce benzer nedenlerden dolayı adli değerlendirmeye alınmış, 147'si (%73.1) ise ilk defa işledikleri suç nedeniyle değerlendirmeye alınmıştır. Çocukların 96'sı (% 47.1) çeşitli nedenlerden dolayı okula devam etmiyordu. Suça sürükle-

nen çocukların ailelerinde belirlenen diğer önemli bulgu ise bu çocukların annelerinin %70.6'sının (n=144) okuma yazmasının olmamasıydı. Çocuk ve aileler ile ilgili sosyodemografik özellikler Tablo 1'de yer almaktadır.

Suçta sürüklenen çocukların en sık işledikleri suç hırsızlık (% 35.3) idi. Çocukların adli değerlendirilmeye neden olan suç türleri Tablo 2'de yer almaktadır.

Yapılan adli değerlendirme sonucunda 204 çocuktan 136'sinin (%66.7) işledikleri fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmediği, 20 olgunun (% 9.8) işledikleri fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algıladığı fakat bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince gelişmediği, 48 (%23.5) olgunun da işledikleri fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirme yeteneğinin yeterince geliştiği kanaatine varılmıştır.

**Tablo 1: Sosyodemografik Özellikler**

Yaş (mean±SD)		14.4 ± 1.2
Cinsiyet	Erkek	183 (%89.7)
	Kız	21 (%10.3)
Kardeş sayısı		6.6 ± 2.8
Eğitim	İlköğretim	59 (%28.9)
	Lise	50 (%24.5)
	İlköğretim terk	76 (%37.3)
	Lise terk	15 (%7.4)
	Hiç okula gitmemiş	4 (%2)
Okul başarısı	Pekiyi	8 (%3.9)
	İyi	45 (%22.1)
	Orta	40 (%19.6)
	Kötü	15 (%7.4)
	Devamsız	96 (%47.1)
Anne baba birlikteliği	Birlikte	181 (%88.7)
	Ayrı	23 (%11.3)
Anne eğitim	Okuma-yazma yok	144 (%70.6)
	İlköğretim	59 (%28.9)
	Lise	1 (%0.5)
	Üniversite	0 (%0)
Baba eğitim	Okuma yazma yok	29 (%14.6)
	İlköğretim	151 (%75.9)
	Lise	16 (%8)
	Üniversite	3 (%1.5)
Aile geliri		1298±730 TL

**Tablo 2: Suç Türleri**

Suç türleri	n (%)
Hırsızlık	72 (%35.3)
Kasten yaralama	62 (%30.4)
Terör suçları	31 (%15.2)
Cinsel istismar	9 (%4.4)
Uyuşturucu madde imalat-ticareti	7 (%3.4)
Hakaret-tehdit	8 (%3.9)
Huzur ve sükut bozma	6 (%2.9)
Adam öldürme	3 (%1.5)
Ruhsatsız silah bulundurma	2 (%1)
Parada sahtecilik	1 (%0.5)
Kaçakçılık	2 (%1)
Kesici alet taşıma	1 (%0.5)

Çocukların 108'i (%52.9) DSM IV-TR kriterlerine göre herhangi bir psikiyatrik tanıyı karşılamıyordu. Tanı alan çocuklarda ise en sık görülen bozukluk DEHB idi (Tablo 3). Ayrıca bu çocukların %6.4'ünde mental retardasyon saptandı.

Çocuklardan 83'ü (% 40.7) sigara içiyordu. Sigara içenlerin ortalama sigara kullanma süresi 34 ay idi. İlginç olarak tüm çocuklardan sadece 9'u (%4.4) daha önce çocuk ve ergen psikiyatrisine başvuruda bulunmuştu. 16 olguda alkol-madde kullanımını tespit edildi ve ailede psikiyatrik hastalık varlığı ise %19 idi.

Çalışmaya alınan çocuklardan psikiyatrik bozukluğu olanlar ile herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan çocuklar karşılaştırıldığında; psikiyatrik bozukluk olan grupta okula devam etmeme, önceden başka suç işleme, sigara ve alkol/madde kullanım oranlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4). İki grup arasında yaş, kardeş sayısı ve aile geliri açısından ise anlamlı

**Tablo 3: Suçta Sürüklenen Çocuklarda Psikiyatrik Bozukluklar**

Tanı	n (%)
DEHB	29 (%14.2)
Davranım Bozukluğu	12 (%5.9)
Depresyon	4 (%2)
Anksiyete Bozukluğu	10 (%4.9)
Madde kullanım bozukluğu	5 (%2.5)
Mental Retardasyon	13 (%6.4)
Konuşma Bozukluğu	2 (%1)
Travma Sonrası Stres B ozukluğu	3 (%1.5)
DEHB+ Davranım B ozukluğu	12 (%5.9)
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	2 (1)
Karşıt Olma Karşıt Gelme B ozukluğu	4 (%2)
Psikiyatrik Bozukluk Yok	108 (%52.9)
DEHB; Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	

farklılık saptanmadı (Tablo 4).

## TARTIŞMA

Çalışmamızda suçta sürüklenen çocukların klinik ve sosyodemografik özellikleri incelenmiş, bu çocukları suçta sürükleyen risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Tanı ve tedavi almamış psikiyatrik bozukluk varlığının, sigara içmenin, okula devam etmemenin ve özellikle anne eğitimin seviyesinin düşük olmasının bu çocukların suçta sürüklenmesinde etkili faktörler olabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Yazında suç davranışının ergenlik döneminde en yüksek görüldüğü bildirilmiştir (13). Ayrıca erkek çocuk ve ergenlerde suç davranışının kızlara göre daha sık olduğu saptanmıştır (14,15). Çalışmamıza alınan çocukların yaklaşık %90'ını (n=183) erkekler, %10'unu (n=21) ise kızlar oluşturmaktaydı. Ayrıca çocukların yaş ortalaması da 14,4 idi. Bizim çalışmamızda da suç işleyen çocukların büyük bölümünü önceki çalışmalarda olduğu gibi erkek ergenler oluşturmaktaydı. Erkeklerde suç davranışının daha fazla görülmesinin olası nedenleri arasında; özellikle klinik örneklemede DEHB ve DB gibi suç işleyen çocuklarda sık görülen psikiyatrik bozuklukların erkeklerde daha sık görülmesi ve erkeklerin kızlara göre biyolojik olarak saldırgan davranışlar geliştirme riskinin daha yüksek olmasının önemli bir etken olduğu düşünülmektedir.

Çocukların en sık işledikleri suç daha önceki çalış-

malar (14,16) ile uyumlu olarak hırsızlık idi. İkinci ve üçüncü en sık işlenen suçları ise kasten yaralama ve terör suçları oluşturmaktaydı. Terör suçlarının literatür ile uyumsuz olarak çalışmamızda yüksek olarak görülmesinin muhtemel nedenleri; bölgede yaşanan terör olaylarına, yetersiz denetim, uygun olmayan çevresel koşullar ve yıkıcı davranışlar başta olmak üzere tedavi edilmeyen psikiyatrik bozukluklar gibi nedenlerden dolayı çocukların terör ile ilişkili olaylara (gösteri, yürüyüş, güvenlik güçlerine yanıcı madde atma gibi) karışmalarının engellenememesi olduğu düşünülmüştür. Suçta sürüklenen çocukların tekrar suçta yönelmesi klinikte beklenen bir durumdur, çalışmamızda da bu çocukların %26,9'u (n=54) daha önce işledikleri suçlar nedeniyle adli değerlendirmeye alınmıştır. Çalışmada en fazla tekrar suçta sürüklenen alan hırsızlık idi, sık görülen suçlardan olan kasten yaralama ve terör suçlarında ise suçun tekrarlanma oranı oldukça düşüktü. Türkiye'de yapılan başka iki çalışmada suç tekrarlanma oranları sırasıyla %17,6 ve % 25 olarak bulunmuştur (17,18).

Çocukların yaşamında okulun öneminin büyük olduğu bilinmektedir. Hem bir eğitim alanı olan okul aynı zamanda çocuklar için sosyal bir öğrenme ortamıdır. Suç işleyen çocukların diğer çocuklara göre ders başarılarının daha düşük olduğu, sınıf tekrarlarının daha fazla, okula devamlarının daha zayıf olduğu gösterilmiştir (19). Yine benzer şekilde okul devamlılığı olan çocuklarda yıkıcı davranışlar ve şiddet suçlarının daha düşük seviyede olduğu belirtilmiştir (20). Ülkemizde kademeli eğitim sistemi ile birlikte zorunlu eğitimin 12 yıla (4+4+4) çıkarılmasına ve çalışmamıza ali-

**Tablo 4: Psikiyatrik bozukluğu olan ve olmayan çocukların sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması**

	Psikiyatrik bozukluk		p
	Var n= 96	Yok n= 108	
Eğitim durumu			
okula gidiyor	37	71	
okula gitmiyor	59	37	0.001*
Daha önce adli olay varlığı	40	14	0.001*
Sigara içme	57	26	0.001*
Alkol madde deneyimi	15	1	0.001*
Ailede ruhsal hastalık	30	9	0.001*
Yaş	14.3 ± 1.4	14.4 ± 1.1	0.447**
Kardeş sayısı	6.6 ± 2.8	6.7 ± 2.8	0.54**
Aile geliri	1240 ±700 TL	1346 ±753 TL	0.384**

\* Ki-kare testi, \*\*Mann -Whitney U testi

nan tüm çocukların okul çağında olmasına rağmen bu çocukların %47.1'i (n=96) okula devam etmiyordu. Ayrıca okula devam eden çocukların da yarısının ders başarısı orta ve ortanın altında idi. Diğer risk faktörleri ile birleştiğinde okul devamsızlığının suç işleme davranışı ile ilişkili olabileceği bu nedenle de tüm çocukların eğitim sistemine katılımının sağlanmasının önemli olduğu düşünülmüştür. Çalışmamızda çocukların eğitim durumlarının yanında ebeveynlerin eğitim düzeyleri de incelenmiştir. Suça sürüklenen çocukların annelerinin %70.6'sının (n=144) okuma yazmasının olmadığı, babalarda ise bu oranın %14.6 (n=29) olduğu belirlenmiştir. Eğitim alan ebeveynler düşünüldüğünde ise, annelerden sadece bir kişi lise eğitimini tamamlamış, üniversite eğitimi alan anne ise olmadığı görülmüştür. Babalardan lise eğitimini 16 (%8) kişi üniversite eğitimi ise 3 (%1.5) kişi tamamlamıştı. Yani ebeveynlerin büyük çoğunluğunun ya okuma yazması yok veya ilkokul düzeyinde eğitim seviyesine sahip oldukları gözlemlendi. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 yılı verilerine göre Mardin ilinde 15 yaş üstü erkek bireylerde okuma yazma bilmeme oranı %4, kadınlarda ise %20 idi (21). Lise eğitimini tamamlama oranı kadınlarda %12 erkeklerde %22, aynı yaş grubunda yüksek okul veya üniversite bitirme oranı kadınlarda %6.9, erkeklerde ise %12.6 idi (2016) (21). Çalışmamıza alınan olguların ebeveynleri düşünüldüğünde her iki ebeveynin eğitim düzeylerinin TÜİK verilerine göre düşük olduğu gözlenmiştir. Aile eğitim seviyesinin düştükçe çocuk suçluluğunda artış olduğunun gösterilmesi (22) ve çalışmamızda ebeveynlerin eğitim düzeyleri ile ilgili olan bu oranlar düşünüldüğünde özellikle anne eğitim seviyesi başta olmak üzere ebeveynlerin eğitim düzeyinin düşük olmasının suç işleme davranışı ile ilişkili önemli faktörlerden birisi olabileceği düşünülmüştür. Çalışmaya alınan ailelerin ortalama gelirleri 1300 TL, ortalama kardeş sayısı ise yaklaşık olarak 7 idi. Ayrıca ailelerin %92.1'inin (n=186) 4 ve üzeri, % 76.5'inin de (n=156) 5 ve üzerinde çocuğu vardı. Ülkemizde asgari ücretin 1300 TL olduğu düşünüldüğünde çalışmaya alınan ailelerin %59'unun aylık geliri asgari ücretin altında olduğu tespit edilmiştir. Yine TÜİK verilerine göre Mardin ilinde yaşayan ailelerin % 16,3'ünün yoksul olduğu belirtilmiştir (21). Bu veriler ışığında, çalışmadaki genel aile profilinin kalabalık ve düşük gelirli aileler tarafından oluşturulduğu

söylenebilir. Nitekim ailenin sosyoekonomik düzeyinin düşük olması, çok çocuklu aile ortamı, düşük eğitim seviyeli ebeveynlere sahip olma suça yönelme davranışının nedenleri arasında gösterilmiştir (23). Muhtemelen düşük sosyoekonomik seviye, kalabalık aile ortamı çocukların fiziksel, duygusal ve sosyal gereksinimlerini karşılamada yetersizlik oluşturmakta, bu duruma okul devamsızlığı, ebeveyn denetiminde yetersizlik gibi faktörlerin de eklenmesi çocuklar için suça yönelme riskini artırmaktadır.

Çalışmalar çocuk suçluluğunda psikiyatrik bozukluk varlığının önemli bir etken olduğunu göstermiştir. Suç işleyen çocuklarda 4-5 kat daha fazla psikiyatrik bozukluk olduğu gösterilmiştir (6). 1829 ergenin incelendiği başka bir çalışmada erkeklerin % 63.3'ünde, kızların ise %71.2'sinde psikiyatrik hastalık varlığı tespit edilmiştir (24). Yıkıcı davranım bozuklukları ve duygudurum bozuklukları sık görülen hastalıklar olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamızda da suça sürüklenen çocukların yaklaşık %47'sinde en az bir psikiyatrik bozukluğu vardı. Olguların yarısından fazlasının herhangi bir bozukluğa sahip olmaması, daha önce Türkiye'de suça sürüklenen çocuklarda psikiyatrik bozukluk sıklığının %69.2 ve %79.7 (16) olduğunu gösteren çalışmalara göre biraz düşük gibi görünmektedir. Çalışmamızda en sık görülen bozukluklar ise DEHB, DB ve mental retardasyon idi. DEHB ve DB'de muhtemelen davranış kontrolünde zorluk, dürtüsellik, davranışsal sorunlar gibi faktörler çocukların suça karışmasına neden olan faktörler arasındadır. Mental retardasyonda ise kolay yönlendirilme yargılama becerisinde zayıflık gibi nedenler etkili olmaktadır. Nitekim Cotte ve arkadaşları da düşük zihinsel kapasiteyi empati yetersizliği ve yargılama eksikliği ile ilişkilendirerek suçluluğun en önemli risk faktörleri arasında olduğunu belirtmiştir (25). Sadece 4 çocuk daha önce çocuk ve ergen psikiyatristine başvurduğu düşünüldüğünde, psikiyatrik bozukluğu olan çocukların hemen hemen hepsinin tedavi almadığı ve bu durumun da suç işleme davranışı için önemli risk faktörlerinden birisi olduğu düşünülmüştür. Çocuk suçluluğunu inceleyen bir çalışmada; çocukların %36.4'ünün sigara içtikleri saptanmış ve sigara içen çocukların içmeyenlere göre evden kaçma, suçun tekrarlanması ve suç işleyen arkadaşlara daha fazla sahip oldukları belirlen-

miştir (26). Çalışmamızda da benzer şekilde çocuklar arasında %40 oranında sigara kullanım sıklığı vardı. Sigara içmenin suç işleyen çocuklar arasında tek başına önemli faktör olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmada suç işleyen çocukların %66.5'inin (n=135) işlediği iddia edilen fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama veya davranışlarını yönlendirme becerilerinin yeterince gelişmediği, %10'ununda (n=20) işledikleri fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algıladığı fakat davranışlarını yönlendirme yeteneklerinin yeterince gelişmediği kanaatine varılmıştır. Ülkemizde daha önce yapılan çalışmalarda da benzer şekilde suçta sürüklenen çocukların %74 ve %70.7 oranında işlediği iddia edilen fiilin hukuki anlam ve sonuçlarını algılama veya bu fiille ilgili olarak davranışlarını yönlendirebilme yeteneği gelişmediği belirtilmiştir (14,16). Her ne kadar genel olarak yasalarda işlenen suçun değerlendirmesinde yaş kriteri önemli olsa da, çocuk ve ergenleri değerlendirirken bu tek başına yeterli olmamaktadır. Gelişimsel özellikler, yaşam olayları, sosyokültürel yapı, ailesel farklılıklar, okul gibi faktörler çocukları değerlendirirken mutlaka ele alınması gereken başlıklardır. Ayrıca nörobiyolojik açıdan bakıldığında mantıklı düşünme, muhakeme, karar verme ve yorumlama gibi işlevlerden sorumlu olan prefrontal beyin bölgesi de ergenlik dönemi sonrasında kadar gelişimini tamamlamamaktadır (16). Hem psikolojik hem de nörobiyolojik açıdan gelişimin devam ettiği 12-15 yaş aralığında bu çocukların işledikleri suçların hukuksal sonuçlarını bilmeleri ve bu suçlarla ilgili olarak davranışlarını yönlendirme becerilerinin tam olarak gelişmesi pek olası görünmemektedir.

Çalışmamızın bulguları değerlendirildiğinde kısıtlılıkları da dikkate alınmalıdır. Çalışmanın kesitsel bir çalışma olması, kontrol grubunun olmaması ve sadece adli makamlarca gönderilen çocukların değerlendirmeye alınması çalışmamızın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır.

Sonuç olarak, çalışmamızda önemli bir toplumsal sorun olan suçta sürüklenen çocuklar değerlendirilmiş, psikiyatrik nedenlerden çok adli değerlendirme için çocuk ve ergen psikiyatristine yönlendirilen bu çocukları suçta yönelten etmenler

belirlenmeye çalışılmıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda; bu çocuklarda psikiyatrik bozukluk oranlarının normal popülasyona göre yüksek olduğu ve hemen hemen hepsinin daha önce psikiyatrik takibinin olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca erkek olmak, düşük sosyoekonomik aile yapısına sahip olmak, kalabalık ailede yaşamak, sigaramadde kullanmak, okula devam etmeme ve düşük eğitim seviyesine sahip ebeveyne sahip olmanın suçta yönelmede etkili faktörler olabileceği düşünülmüştür. Çok yönlü ve kapsamlı bir değerlendirme ve müdahale gerektiren bu konuda en önemli yapılması gereken adımlar ise; eğitim altyapısının güçlendirilmesi, zorunlu olan eğitime çocukların dahil edilmesinin sağlanması, ruhsal bozukluğu olan çocukların takip ve tedavisinin sağlanması ve ailelerin ekonomik kalkınmasının sağlanmasıdır. Suç işleyen çocukların adli değerlendirmesi bütüncül olarak yapılmalı ve çocuğun ceza alıp almamasından öte, çocuğun topluma kazandırılması için gerekli koruyucu önlemlerin alınması gerekmektedir. İlginç olarak çalışmanın yapıldığı bölgede Suriyeli bireylerin yoğun olarak yaşadıkları bilinmesine rağmen çalışmanın yapıldığı dönemde hiçbir Suriyeli çocuk işledikleri suçlar nedeniyle değerlendirilmek için getirilmemişlerdir.

---

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Murat Eyüboğlu, Mardin Devlet Hastanesi, Çocuk Ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, Mardin  
murateyuboglu@hotmail.com

---

## KAYNAKLAR

1. Şireli Ö, Esenkaya Z, Yaylalı H, Uđur Ç, Duman NS, Gül B, Günay M, Kılıç HT, Gürkan CK, Günay Kılıç B. Suça Karışmış Ergenlerin Psikiyatrik Değerlendirmesi: Olgu Serisi. *Turk J Child Adolesc Ment Health*. 2014;21(2):131-8.
2. Smith DJ. Youth crime and conduct disorders: trends, patterns and causal explanations. Rutter M SD, editor. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 1995. 389-490 p.
3. Lissen SA, Doreleijers TA, Van Dijk ME, Hartman CA. Girls in detention: what are their characteristics? A project to explore and document the character of this target group and the significant ways in which it differs from one consisting of boys. *J Adoles*. 2000;23(3):287-303.
4. Corso PS, Mercy JA, Simon TR, Finkelstein EA, Miller TR. Medical costs and productivity losses due to interpersonal and self-directed violence in the United States. *Am J Prev Med*. 2007;32(6):474-82.
5. Kim HS, Kim HS. The impact of family violence, family functioning, and parental partner dynamics on Korean juvenile delinquency. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2008;39(4):439-53.
6. Schubert CA, Mulvey EP, Glasheen C. Influence of mental health and substance use problems and criminogenic risk on outcomes in serious juvenile offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(9):925-37.
7. Ruchkin V, Kopusov R, Vermeiren R, Schwab-Stone M. Psychopathology and age at onset of conduct problems in juvenile delinquents. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:913-20.
8. Wasserman GA, Jensen PS, Ko SJ, Cocozza J, Trupin E, Angold A, Kaufman E, Griso T. Mental health assessments in juvenile justice: report on the consensus conference. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(7):752-61.
9. Aytuc M. Anayasa- TCK- CMK- CGİK. Ankara: Kartal Yayınevi; 2006.
10. Işık S, Nail S. Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISC-R). Ankara: Türk Psikologlar Derneği; 1995.
11. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(7):980-8.
12. Gokler B, Unal F, Pehlivanurk B, Kultur EC, Akdemir D, Taner Y. Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T). *Turk J Child Adolesc Ment Health*. 2004;11(3):109-16.
13. Moffitt TE. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychol Rev*. 1993;100(4):674-701.
14. Göker Z, Hesapçıoğlu S, Sarp KS, Kandil ST. KTÜ Tıp Fakültesi Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne son iki yılda başvuran adli olguların değerlendirilmesi. *Adli Tıp Dergisi*. 2006;20(3):1-5.
15. Gavazzi SM, Yarcheck CM, Lim JY. Ethnicity, gender, and global risk indicators in the lives of status offenders coming to the attention of the juvenile court. *Int J Offender Ther Comp Criminol*. 2005;49(6):696-710.
16. Nasırođlu S, Semerci B. Mental problems and sociodemographic characteristics in children driven to committing crimes and the preparation of forensic reports. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2017;27(2):132-8.
17. Güleç G, Yenilmez Ç, Balcı YG, Seber G. Çocuk Suçluluğunda Sosyodemografik Özellikler. *Klinik Adli Tıp* 2001;1:69-80.
18. Kurtuluş A, Salman N, Günbet G, Boz B, Cenger CD, Acar K. Denizli ilinde 12-15 yaş arasındaki suça sürüklenen çocukların sosyodemografik özellikleri. *Pamukkale Tıp Dergisi* 2009;2(1):8-14.
19. Wang X, Blomberg TG, Li SD. Comparison of the educational deficiencies of delinquent and nondelinquent students. *Eval Rev*. 2005;29(4):291-312.
20. Frey A, Ruchkin V, Martin A, Schwab-Stone M. Adolescents in transition: school and family characteristics in the development of violent behaviors entering high school. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2009;40(1):1-13.
21. Türkiye İstatistik Kurumu, <https://biruni.tuik.gov.tr/bolge-selistatistik/sorguSayfa.do?target=degisken>. Erişim tarihi Eylül 2017
22. Dülger HE, Tokdemir M, Tezcan E. Distribüti on characteristic of juvenile delinquency in East and Southeast Anatolia. *Düşünen Adam* 1996;9(3):43-57.
23. Cantürk G. Çocuk suçluluğunda adli psikiyatrik değerlendirme. *Sted*. 2005;14:31-4.
24. Tęplin LA, Abram KM, McClelland GM, Dulcan MK, Mericle AA. Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59(12):1133-43.
25. Cottle CC, Lee RJ, Heilbrun K. The Prediction of Criminal Recidivism in Juveniles. *Criminal Justice and Behavior*. 2001;28(3):367-94.
26. Ozen S, Ece A, Oto R, Tirasci Y, Goren S. Juvenile delinquency in a developing country: a province example in Turkey. *Int J Law Psychiatry*. 2005;28(4):430-41.

# Sociodemographic and Clinical Features of Young Adult Males Using Synthetic Cannabinoid

## *Sentetik Kannabinoid Kullanan Genç Yetişkin Erkeklerde Sosyodemografik ve Klinik Özellikler*

Taner Öznur<sup>1</sup>, Havva Öznur<sup>2</sup>, Abdullah Bolu<sup>3</sup>, Cemil Çelik<sup>1</sup>, Kamil Nahit Özmenler<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Assoc. Prof., <sup>3</sup>Asist. Prof., <sup>4</sup>Prof. Department of Psychiatry, Gulhane Medical Faculty, University of Health Sciences, Ankara, Turkey

<sup>2</sup>M.D., Department of Family Medicine, Gulhane Medical Faculty, University of Health Sciences, Ankara, Turkey

### SUMMARY

**Object:** Synthetic Cannabinoid (SC) use is becoming more widespread throughout the world. Studies that revealed user profiles indicate that the drug is especially popular among young men. Knowledge on sociodemographic, clinical characteristics and motivation for SC users in our country is limited. On the other hand, in spite of the increase of information known about symptoms of acute intoxication of SC use, physical and psychiatric consequences and loss of function due to long-term use of SC is limited. In this study, we aimed to investigate socio-demographic and clinical characteristics associated with SC use and the negative consequences caused by the use of SC. **Methods:** 166 male patients who admitted to the psychiatric outpatient clinic due to SC use disorder between November 2014 to April 2015 were enrolled in the study. Demographic data of patients, substance use characteristics, familial substance use, reasons for substance use, medical history, the problems related to drug use was questioned. **Results:** The age of onset for SC use was found to be  $17.25 \pm 2.30$ . SC using duration was  $3.79 \pm 2.15$  years. The most common agents accompanying SC use were smoking (95.8%) and cannabis (88.6%). It was determined that 62.7% developed suicidal ideas due to SC use. Among psychiatric side effects, most common were euphoria, hallucinations, skepticism and suicidal ideation. About 1/3 of cases were found to live loss of business and legal issues depending on long-term SC use. 76.5% of the patients' consumed SC through inhalation and 22.9 % orally. It was determined that oral users began SC use at an earlier age than users via inhalation. **Discussion:** Despite the physical, mental, occupational, social and legal problems caused by the use of SC, it has become an important public health problem, especially among young men. Effective intervention programs for the use of outbreking SCs need to be developed.

**Key Words:** Synthetic cannabinoids, socio-demographic features, clinical features.

### ÖZET

**Amaç:** Sentetik Kannabinoid (SK), kullanımı tüm dünyada yaygınlaşmaktadır. Kullanıcı profillerini ortaya koyan çalışmalar maddenin özellikle genç erkekler arasında yaygınlaştığını göstermektedir. Ülkemizdeki SK kullanıcılarının sosyo-demografik, klinik özelliklerini ve madde kullanımına yönelik motivasyonlarına yönelik bilgiler kısıtlıdır. Öte yandan SK kullanımına bağlı akut intoksikasyon belirtilerine dair bilgilerin artmasına karşın uzun süreli SK kullanımına bağlı bedensel ve psikiyatrik sonuçlar ile yol açtığı işlev kayıpları hakkında bilinenler yetersizdir. Bu çalışmada, SK kullanımıyla ilişkili sosyo-demografik, klinik özellikler ile SK kullanımının yol açtığı olumsuz sonuçların araştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmaya Kasım 2014-Nisan 2015 tarihleri arasında SK kullanımı nedeniyle psikiyatri polikliniğine başvuran SK kullanımı kozukluğu tanısı konulan 166 erkek hasta alındı. Hastaların sosyodemografik bilgileri, madde kullanım özellikleri, ailesel madde kullanımı, madde kullanma gerekçeleri, tıbbi özgeçmişi, madde kullanımına bağlı yaşanan sorunlar ve istismar öyküsü sorgulandı. **Bulgular:** SK kullanımına başlama yaşı  $17.25 \pm 2.30$  olarak bulundu. SK kullanım süresi  $3.79 \pm 2.15$  yıldır. SK kullanımına en sık, sigara (%95.8) ve kannaabis (%88.6) kullanımının eşlik ettiği bulundu. %62.7'inde SK kullanımına bağlı intihar düşüncesi geliştiği belirlendi. Psikiyatrik yan etkiler içerisinde en sık öfori, hallüsinasyon, şüphecilik ve intihar düşüncesinin geliştiği saptandı. Uzun süreli SK kullanımına bağlı olarak olguların yaklaşık 1/3'nün iş kaybı ve yasal sorun yaşadığı bulundu. **Sonuç:** SK kullanıcılarının sosyo-demografik özelliklerinin ve kullanma gerekçelerinin belirlenmesi, etkin müdahale programlarının geliştirilmesine katkıda bulunabilir. Ayrıca SK'lerin uzun süreli kullanımının yol açtığı olumsuzlukların ortaya konulmasının bu psikotrop ajanların popülerliğine katkıda bulunan doğal ve zararsız ürünler olduğu yönündeki genel kanının değişimine katkıda bulunabileceği değerlendirilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Sentetik kannabinoidler, sosyodemografik özellikler, klinik özellikler.

(*Turkish J Clinical Psychiatry* 2018;21:15-23)

DOI: 10.5505/kpd.2018.07269.



## INTRODUCTION

The health problems that arise due to the increasing use of Synthetic Cannabinoids (SC) has reached serious levels. Use of SC is reported to be popular especially among teens and young adults (1). SCs began to be marketed through supermarkets and internet since 2004 in Europe. Although it was forbidden to use SC in 2008 in the United States, illegal sales of these substances continues (2). Lifetime prevalence of SC use was found as 8.1-16.8% at follow-up studies (3).

Increase in the cases of intoxication caused by SC use is striking. According to the US National Poison Data System records, the number of calls related to the use of the SC-induced side effects in 2015 showed a 229% increase compared to the previous year (4). Similarly, dramatic increase have been seen in intoxication cases due to use of SC in Japan in the last few years. As well as physical complications, behavioral pathologies and psychotic symptoms were also observed in these cases (5). In US National Poison Data System records of 2015, serious side effects has been found in 11.3% of the acute intoxication cases due to SC use (4).

Studies in Europe, US and Japan revealed that SC users vary among communities in terms of socio-demographic and clinical characteristics. While it was found that users in Europe and the US are mostly adolescent and young adult males (1,6), SC using age in Japan was reported to be higher when compared to Western countries (5). It was found in studies that the use of other psychoactive substances with SC is common and the most commonly used psycho-active agents are alcohol and cannabis (7). SC are most commonly consumed in the form of smoking (7,8). The most reasons of SC using are curiosity, relaxation request, not be detected in routine testing, to be easily accessible and more powerful effect than cannabis (9).

There are few studies on the use of SC in terms of psychiatry in Turkey (10,11,12). In this study, we aimed to investigate socio-demographic and clinical characteristics associated with SC use and the negative consequences caused by the use of SC in an example of outpatient population.

## METHODS

166 consecutive male patients referred to psychiatry outpatient clinic between November 2014 and April 2015, and diagnosed with "Cannabis Use Disorder" by a psychiatrist according to DSM-5 diagnostic criteria were enrolled in study. There is no female patient diagnosed with 'Cannabis Use Disorder' at study period. As well as the clinical assessment by a psychiatrist; sociodemographic information (age, education level, employment status) and legal (cigarettes, alcohol) and illegal substance abuse, physical and sexual abuse history, family history of substance abuse were questioned. Also, about the use of SC of patients; the age of onset, frequency of use, usage style, withdrawal symptoms, whether the thought of cessation is present, case of illegal actions for providing SC, medical help to stop, side-effects that was experienced, the problems caused by SC (job loss, school loss, accident, injury, health, legal) and reasons for use were investigated. Those considered to be under the influence of substance during interviews and those who refused to participate the study were excluded from the study. The trial was performed in accordance with the Declaration of Helsinki and subsequent revisions and approved by local ethics committee. Written informed consent was obtained before admitting subjects into the study.

## STATISTICAL ANALYSIS

The data were analyzed with SPSS 15.0. Continuous variables are presented as mean  $\pm$  standard deviation, while categorical variables are expressed as frequency and percentages. Student t test and chi-square test were used to compare respectively for continuous and non-continuous variables between oral and inhalation administration groups.

## RESULTS

In the study, a total of 24 896 patients admitted to the psychiatry clinic between November 2014 and April 2015, 166 (0.67%) were diagnosed with SC use disorder.

### Sociodemographic features

All of the patients in the study sample were men, and the sociodemographic data is given in Table 1.

### Clinical features

Clinical features associated with the use of SC is given in Table 2. Unemployment rate in taking SC more often than 5 times a week was 48/108 (44.5%), while it was found as 19/58 (32.7%) in users taking SC 4 times and fewer. Reasons for SC use is shown in Table 3.

Side effects due to SC use are given in Table 4. Euphoria (74.1%), hallucination (74.1%), skepticism (64.5%) and suicidal ideation (62.7%) were the most common psychiatric side effects.

When side-effects were compared that arise due to the usage patterns; there were statistically significant differences in terms of appetite and difficulty in breathing and pupil changes (Table 5). Everyday SC users was found to begin at a lower age than less frequent SC users ( $\chi^2 = 33.431$ ,  $p < 0.001$ ). Problematic areas related to the use of SC are shown in Table 6.

## DISCUSSION

### Prevalence-frequency

In the study, the proportion of patients with diagnosis of SC use disorder was found to be 0.67% among patients who admitted to psychiatry outpatient clinic and it was determined that 54.8% of

cases did not take medical advice previously. Only half of the SC users was seeking psychiatric treatment and referred to the psychiatric clinic. In our study, making no toxicological analysis may have led to the failure to diagnose some SC users. The frequency of SC use is estimated to be 2.8% in Germany and 4% in France (13,14). This rate in our study may not reflect real value. In a recent study, the frequency of SC use among patients who were hospitalized in a substance use disorder treatment center was reported to be 43% (12). Serving only to drug users of this study center thought to be led to relatively high proportion for use of SC.

### Age of onset-employment status

In the study, age of onset of the SC users was  $17.25 \pm 2.30$ , duration of education was found to be  $8.72 \pm 3.09$  years. In other studies for SC users mean age of first use of Spice products was respectively 28.4, 21, 26 (5,6,7). These findings shows that those begin at an earlier age to SC use in our country than Japan, US and Europe.

A recent study carried out in our country have reported that SC use begin during adolescence and at an earlier age than other substances (12). In our country, it was reported that easy access and cheapness contributed to the widespread use of SC, and according to official data the amount of captured SC had a 17-fold increase in three years (15). In accordance with the results of our study, it is considered that SD prevention programs should be conducted especially in adolescence.

In this study, unemployment rate among SC users was 40.4%, this rate was found to be 32.7% among

**Table 1:** Socio-demographic characteristics of the patients with SC abuse disorder.

	Case (n=166)
<b>Age (years)</b>	
mean $\pm$ SD	21.04 $\pm$ 1.04
median (min-max)	21 (20-24)
<b>Education level (years)</b>	
mean $\pm$ SD	8.72 $\pm$ 3.09
median (min-max)	8 (0-16)
<b>Working status</b>	
Not working n (%)	67(40.4)
Working n (%)	99(59.6)

**Table 2:** Clinical features associated with the use of SC.

Clinical feature	Case (n=166)
<b>The age of onset (years)</b>	
mean $\pm$ SD	17.25 $\pm$ 2.30
median (min -max)	18(11-22)
<b>Duration of using (years)</b>	
mean $\pm$ SD	3.79 $\pm$ 2.15
median (min -max)	3(0-9)
<b>Accompanying drug use *</b>	
	<b>n (%)</b>
Cigarette	159(95.8)
Cannabis	147(88.6)
Alcohol	88(53)
Cocaine	72(43.4)
Heroin (nasal inhalation)	63(38)
Inhalant	43(25.9)
Ecstasy	56(33.7)
LSD	16(9.6)
Amphetamine	21(12.7)
None	7(4.2)
<b>SC Using method</b>	
Inhalation (Cigarette, pipe, waterpipe, bong)	127(76.5)
Oral	38(22.9)
Injection	1(0.6)
<b>Weekly Frequency of Use</b>	
Daily	92(55.5)
5-6 times	16(9.6)
3-4 times	19(11.4)
1-2 times	39(23.5)
<b>Medical help for cessation</b>	
None	91(54.8)
One time	55(33.1)
Regular	20(12.1)
<b>Withdrawal</b>	
Yes	133(80.1)
No	33(19.9)
<b>Desire for cessation</b>	
Yes	131(78.9)
No	35(21.1)
<b>Illegal action for SC supply</b>	
Yes	48(28.9)
No	118(71.1)

\*: Some participants choose multiple options.

users who use 4 times or less a week while it was 44.5% in users who use SC more frequent than 4 at a week. Frequency of use of SC affects the unemployment level.

### Comorbid drug use

In the study, it was found that the most common agents accompanying SC use were smoking, cannabis and alcohol. It was determined that 95.8% of the cases had concurrent smoking and 88.6% consumed cannabis. Smoking and cannabis use were found to frequently accompany to SC use also in other studies (3,6,9,16). Additionally, it was revealed that 53% of patients had comorbid alcohol use. Cigarettes, alcohol and, cannabis, are as cheap and easy to obtain as in SC, this may be the reason for comorbid use of them. As a result, use of multiple substances frequently accompany to the use of SC also in our patients as in other societies.

### Route of administration

It has been found in the study that SC was most frequently consumed by inhalation, the oral administration was second. Similarly, it was stated that SC were most consumed by inhalation (7,8,9). In our study, preferred method for consumption as steam was through smoking in most of the cases. Conveniently, Bonar et al. stated smoking as the most commonly used method, Barrat et al. reported the most commonly used method as waterpipe (8,9). Unlike other studies (7,8,9) consumption as

**Table 3: Reasons for SC use**

Reasons for SC use (n=166)	n	%
Friend group	118	71.1
Relaxing effect	110	66.3
Euphoric effect	107	64.5
Dependency	69	41.6
Cheapness	64	38.6
Being easily accessible	64	38.6
Aim of trying	51	30.7
to strengthen the cognitive functions	27	16.3
Analgesic effect	26	15.7
not be detected by routine screening	19	11.4

\*: Some participants choose multiple options.

**Table 4: Side effects due to SC use.**

Clinical side effects (n=166)	n	%
Slowing in movements	121	72.9
Altered consciousness	119	71.7
Speech difficulties	118	71.1
Loss of balance	113	68.1
Tremor	107	64.5
Headache	76	45.8
Involuntary movement	74	44.6
Epileptic seizures	19	11.4
Euphoria	123	74.1
Hallucination	123	74.1
Skepticism	107	64.5
Suicidal ideation	104	62.7
Memory loss	92	55.4
Panic attack	88	53
Depression	82	49.4
Anxiety	79	47.6
Palpitation	120	72.3
Irregular Blood pressure	57	34.3
Dry mouth	144	86.7
Weakness	136	81.9
Change in appetite	131	78.9
Watery eyes	108	65.1
Difficulty breathing (dyspnea)	103	62
Nausea	88	53
Fading skin	63	38
High fever	57	34.3
Pupillary changes	54	32.5
Skin eruption	39	23.5

\*: Some participants choose multiple options.

chewing in the mouth of SC was found high (22.9%) in our study. There are a small number of case reports in the literature that psychotropic effects are available depending on the oral use of SC (17).

In our study, statistically significant differences was found in terms of side effects that occur depending on the consumption method of SC. Consumption by inhalation was found to produce more appetite changes ( $\chi^2 = 5,585$ ,  $p = 0.018$ ) and cause difficulty in breathing than oral way. On the other hand, orally consumption was found to lead more pupil changes than consumption by inhalation. No difference was determined in terms of frequency of use between inhalation and oral SC users ( $\chi^2 = 2.17$  and  $p = 0.54$ ), but oral SC users started using SC at an earlier age than those using by inhalation ( $t=2.58$ ,  $p=0.01$ ).

**Table 5:** Comparison of side effect and clinical features of inhalation or oral administration of Synthetic cannabinoids.

	Synthetic cannabinoids using pattern		Statistics	
	Using via inhalation (n=127) n (%)	Oral administration (n=38) n (%)	$\chi^2/t$	p
<b>Change in appetite</b>				
Yes	21 (16.5)	13 (34.2)	5.585*	0.018*
No	106 (83.5)	25 (63.8)		
<b>Pupillary changes</b>				
Yes	94 (74.0)	18 (47.4)	9.525*	0.002*
No	33 (26.0)	20 (52.6)		
<b>Difficulty in breathing</b>				
Yes	43 (33.9)	20 (52.6)	4.367*	0.037*
No	84 (66.1)	18 (47.4)		
<b>Using frequency (weekly)</b>				
>4	81(63.8)	26(68.4)	2.172*	0.538
≤4	46(36.2)	12(31.6)		
<b>Onset age of using (mean±SD)</b>				
	17.71±2.16	16.61±2.37	2.579**	0.011

\*: Chi-square value, \*\*: Student -t test value.

### Frequency of use, indications and side effects

It was found in the study that 55% of cases use SC every day, 76.5% more than two in a week. Everyday use of SC has been reported as 7% in the Barrett et al.'s study and 4.8% in Winsock et al.'s study (6,9). Use of daily SC was more frequent than other community users. The age of onset of every day SC users was found to be lower than those who use less often SC ( $t=33.431$ ,  $p<0.001$ ).

In the study, 80.1% of the cases was found to experience withdrawal symptoms, 78.9% wants cessation, 41.6% stated that they use SC due to dependence. Neurological, psychiatric and somatic side effects was determined due to SC use. The most common neurological side effects were slowing of movements, slurred speech, loss of consciousness, and change in balance. Tremor was determined in 64.5% of cases, involuntary movements occurred at 44.6%, epileptic seizures developed in 11.4% in our study. These neurological symptoms due to the use of SC are usually seen during intoxication, but in

some cases it has been reported that they could be observed for a longer time (2).

The most common experienced psychiatric side effects were euphoria, hallucination, skepticism and suicidal ideation. The euphoria was the most common psychiatric side effect experienced in this study, and it was reported in the first place among the reasons for the use of SC. Therefore euphoria is considered to have a significant impact on the continuity of the SC use. Skepticism in relation to the SC use was detected as 64.5%, hallucinations was 74.1%. Acute psychotic symptoms have been reported to trigger in susceptible individuals or in patients who have a history of psychiatric illness with SC effect (18).

Suicidal ideation related to the use of SC was found to develop in 62.7% of patients in the study. SC use at young soldiers was reported to be high in studies (19) and the evidence is increasing that it may be associated with suicide attempts in conjunction with the other facilitator factors (20). There is a

**Table 6:** The problematic areas related to the use of SC.

The problematic areas related to the use of SC (n=166)	Number (n)	%
Job losses	55	33.1
Legal issues	51	30.7
Health problems	46	27.7
Injury	45	27.1
Dropped out of school	42	25.3
Accident	31	18.7

\*: Some participants choose multiple options.

need for new studies examining the relationship between SC use and suicide.

About half of the cases was found to experience memory problems, depression, panic attacks and anxiety. Related with that, it was reported that SC use impair memory function in the acute phase (2), long-term heavy cannabis use caused a decrease in hippocampus volume (21). In our study, half of patients have experienced depression, who are largely multiple substance user and heavy drinkers. Similarly, Bonar et al. determined that patients with long-term SC use had higher frequency for the use of other substances and had more severe depression (8). Anxiety and panic attacks have been reported to occur frequently associated with the use of SC (2,5,22).

#### Reasons to use

The most common reason in the study to use SC was found as friend group (71.1%). Similarly, it has been shown in previous studies that 91% of the SC users had contact with the substance by a friend and 76% provided SC from a friend (16). In this study, the relaxing (66.3%) and euphoric effects (64.5%) were found to be other reasons for preference. 41.6% of the patients stated that they use SC because of being dependent. Only 16% of patients in the Bonar et al.'s study reported that they used SC for the same reason (8). These difference in our study is considered to be due to the high proportion of patients living withdrawal symptoms. 38.6% of the patients reported that they preferred SC because it is cheaper and easier to reach than other psychotropics. Despite being banned since 2011, it is understood that SC is still easy to obtain in our country. 11.4% of the cases prefer SC because of not to be detected in routine screening. This rate is similar to some studies (9), but lower than some

(7,8). The lack of knowledge about the presence or absence of identifying SC in routine screening of SC users in our country can cause this condition.

#### Negative consequences of SC use

The patients most common experienced loss of business due to SC use. When taken together the high rate of dependence level of cases, and the physical and psychological side effects experienced, the reason for the loss of business at one out of every three user is better understood.

Also, 30.7% of cases faced with legal problems, the proportion of cases who made illegal actions for the supply of SC has been determined in 28.9%. In other words, one out of every three users are faced with legal issues and made an illegal action for providing SC. In accordance, a recent study reported that SC users are faced with more legal problems compared to other drug users, and criminal records can be used as a marker for predicting the use of SC (12).

Despite the cases largely live side effects, rate of regular medical treatment is 12.1%. It is considered that marketing SC as natural harmless products and low awareness about the negative impact on the health due to recent emergence at all over the world reduce the medical help rates.

In association, it has been reported that, despite the harmful consequences, the SC users show very little help-seeking behavior (9). %27.7 of patients reported that they have health problems due to long term SC use in this study.

Depending on the use of SC, 27% of the cases was determined to have injuries and accidents. It has

been reported in one study that, 10.8% of patients admitted to the emergency room after SC use had pathological behaviors as harm to around and self-harm, suicide and traffic accidents (5). Injuries and accidents are evaluated to occur due to neurological and psychiatric symptoms of intoxication.

25.3% of SC users in the study were found to drop out of school. In association, the average training time of SC users have been reported to be shorter than other substance users (12). As a result, SC use which was initiated at an early age is considered to lead dropout and shorter training time.

### **Limitations**

Cross-sectional design of the study, the absence of a control group, to obtain data from feedback of patients from the retrospective data constitute the methodological limitations of this study. Because of not making a toxicological examination, not determining chemical structure of substances which the patient declares that he uses is another limitation of the study. Being all of the patients male gender in the study makes it difficult to generalize the results. Controlled follow-up studies that contain toxicological and biochemical analyzes are needed for more objectively determining the negative consequences caused by SC.

### **CONCLUSION**

In this study, the socio-demographic and clinical features of young men who applied to the psychiatry outpatient clinic for the use of SC were evaluated. Young age of SC in our country compared to other countries were found to be significantly lower and heavy smokers were found to be at higher levels. On the other hand, it has been found that the frequency of use may be related to the unemployment rate. It has been shown that SC usage way leads to different psychotropic effects, and chewers experience more visual problems than others. Although SC users have a high rate of suicide ideation, there is a need for new studies to investigate the causality between these two. The use of SC has been found to have a very low rate of seeking medical help before attendance, despite the fact that it is accompanied by educational and occupa-

tional impairments and, legal problems. To determine the socio-demographic characteristics and reasons for the use of SC users will contribute to the development of effective intervention programs.

As a result, in addition to the acute side effects of SC, permanent psychiatric and physical side effects was determined due to the long-term use of SC which has become a common health problem for the whole world. SC use was found to have serious consequences affecting the level of functionality in the form of loss of business, school dropout, delinquency, and having accident.

---

Correspondence address: Assoc. Prof. Taner Oznur, Health Sciences University, Faculty of Gulhane Medicine, Department of Psychiatry, Ankara, Turkey drtaneroznur@gmail.com

---

## KAYNAKLAR

1. Brewer TL, Collins M. A review of clinical manifestations in adolescent and young adults after use of synthetic cannabinoids. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* 2014; 19 (2): 119-126.
2. Spaderna M, Addy PH, D'Souza DC. Spicing things up: synthetic cannabinoids. *Psychopharmacology* 2013; 228 (4): 525-540.
3. Hu X, Primack BA, Barnett TE, Cook RL. College students and use of K2: An emerging drug of abuse in young persons. *Substance abuse treatment, prevention, and policy* 2011; 6: 16.
4. Law R, Schier J, Martin C, Chang A, Wolkin A. Notes from the field: Increase in reported adverse health effects related to synthetic cannabinoid use-United States, January-May 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2015; 64 (22): 618-619.
5. Kamijo Y, Takai M, Fujita Y, Hirose Y, Iwasaki Y, Ishihara S, Yokoyama T, Yagi K, Sakamoto T. A multicenter retrospective survey of poisoning after consumption of products containing synthetic chemicals in Japan. *Internal Medicine* 2014; 53 (21):2439-2445.
6. Winstock AR, Barratt MJ. Synthetic cannabis: A comparison of patterns of use and effect profile with natural cannabis in a large global sample. *Drug and alcohol dependence* 2013; 131 (1-2):106-111.
7. Vandrey R, Dunn KE, Fry JA, Girling ER. A survey study to characterize use of spice products (synthetic cannabinoids). *Drug and alcohol dependence* 2012; 120 (1-3): 238-241.
8. Bonar EE, Ashrafioun L, Ilgen MA. Synthetic cannabinoid use among patients in residential substance use disorder treatment: Prevalence, motives, and correlates. *Drug and alcohol dependence* 2014; 143: 268-271.
9. Barratt MJ, Cacic V, Lenton S. Patterns of synthetic cannabinoid use in Australia. *Drug and alcohol review* 2013; 32(2): 141-146.
10. Bozkurt M, Umut G, Evren C, Karabulut V. Sentetik kannabinoid kullanımı nedeniyle polikliniğe başvuran hastaların klinik özellikleri ve laboratuvar sonuçları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2014;27:328-34.
11. Dogan H, Özücelik DN, Acıksari K, Avcı A, Yazıcıoğlu M, Celikmen MF, Karşıdağ Ç, Erkiran M, Aksoy UM. New synthetic cannabinoid intoxications in emergency department (It's grass, It's no sin). *Anadolu Psikiyatri Derg* 2016; 17(1): 18-25.
12. Nurmedov S, Yilmaz O, Darcin AE, Noyan OC, Dilbaz N. Frequency of Synthetic Cannabinoid Use and Its Relationship with Socio-Demographic Characteristics and Treatment Outcomes in Alcohol-and Substance-Dependent Inpatients: A retrospective study. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni* 2015; 25 (4): 321-434.
13. Debruyne D, Le Boisselier R. Emerging drugs of abuse: Current perspectives on synthetic cannabinoids. *Substance abuse and rehabilitation* 2015; 6: 113.
14. Jaenicke NJ, Pogoda W, Paulke A, Wunder C, Toennes SW. Retrospective analysis of synthetic cannabinoids in serum samples-epidemiology and consumption patterns. *Forensic science international* 2014;242: 81-87.
15. EMCDDA. *European Drug Report 2014: Trends and Developments*. 2014.
16. Gunderson EW, Haughey HM, Ait-Daoud N, Joshi AS, Hart CL. A survey of synthetic cannabinoid consumption by current cannabis users. *Substance abuse* 2014; 35(2): 184-189.
17. Obafemi AI, Kleinschmidt K, Goto C, Fout D. Cluster of acute toxicity from ingestion of synthetic cannabinoid-laced brownies. *Journal of medical toxicology : Official journal of the American College of Medical Toxicology* 2015; 11(4): 426-429.
18. Papanti D, Schifano F, Botteon G, Bertossi F, Mannix J, Vidoni D, Impagnatiello M, Pascolo-Fabrizi E, Bonavigo T. "Spicephrenia": A systematic overview of "spice"-related psychopathological issues and a case report. *Human psychopharmacology* 2013; 28 (4): 379-389.
19. Berry-Caban CS, Kleinschmidt PE, Rao DS, Jenkins J. Synthetic cannabinoid and cathinone use among US soldiers. *US Army Medical Department journal* 2012: 19-24.
20. Shlosberg D, Zalsman G, Shoval G. Emerging issues in the relationship between adolescent substance use and suicidal behavior. *The Israel journal of psychiatry and related sciences* 2014; 51 (4): 262-267.
21. Seely KA, Lapoint J, Moran JH, Fattore L. Spice drugs are more than harmless herbal blends: A review of the pharmacology and toxicology of synthetic cannabinoids. *Progress in Neuro-psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2012; 39(2): 234-243.
22. Muller HH, Kornhuber J, Sperling W. The behavioral profile of spice and synthetic cannabinoids in humans. *Brain Res Bull*. 2016 ; 126(1): 3-7.



# Suçluluk Ölçeği'nin Türkçe formunun psikometrik özelliklerinin klinik olmayan örneklem ve depresyon örnekleminde yeniden değerlendirilmesi

*Re-examining psychometric properties of the Turkish form of the Guilt Inventory in a non-clinical and depression sample*

Burçin Akın<sup>1</sup>, Bikem Hacıömeroğlu<sup>2</sup>, Müjgan İnözü<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Arş.Gör., <sup>2</sup>Doç..Dr., Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Doç. Dr., Gazi Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye

## ÖZET

**Amaç:** Suçluluk, bireyin içsel değerlerine ve yargılarına ya da toplum tarafından benimsenmiş standartlara uyarak yaşamadığı ya da bunları ihlal ettiği durumlarda çıkan, güçlü, yoğun ve olumsuz bir duygu olarak tanımlanmaktadır. Bu araştırmanın amacı, Kugler ve Jones tarafından geliştirilmiş olan Suçluluk Ölçeği'nin faktör yapısını doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizleri ile değerlendirmek ve oluşturulan Türkçe formun psikometrik özelliklerini depresyon tanısı almış klinik örnekleme ve sağlıklı örnekleme yeniden incelemektir. **Yöntem:**Araştırmanın örneklemini 448 üniversite öğrencisi, herhangi bir tanı almamış 107 sağlıklı kontrol ve depresyon tanısı almış 56 yetişkin oluşturmuştur. Katılımcılardan Suçluluk Ölçeği, Beck Depresyon Envanteri, Tikslenme Ölçeği-Revize Edilmiş Form ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri-Durumluk Kaygı Formu'ndan oluşan ölçek setini doldurmaları istenmiştir. **Bulgular:** Yapılan analizler ölçeğin orijinal formunun Türkiye örnekleminde istenir düzeyde çalışmadığına, bunun yerine 35 maddelik ve 3 alt ölçekli yeni formun Türk kültüründe daha iyi çalıştığına işaret etmektedir. Yapılan grup karşılaştırmaları ve korelasyon analizi sonuçları ölçeğin birleşen, ayırt edici ve ölçüt geçerliğinin tatmin edici düzeyde olduğunu göstermiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları, toplam madde korelasyonları ve Guttman iki yarım test güvenilirliği Türkçe formun orijinal formula kıyaslanabilir düzeyde güvenilirlik değerlerine sahip olduğuna işaret etmektedir. **Sonuç:** Yapılan analizler, Suçluluk Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğunu göstermiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Suçluluk Ölçeği, Depresyon, Geçerlik, Güvenirlik

## SUMMARY

**Object:** In the most general sense, guilt is conceptualized as a strong, intense and negative emotion that quickly emerges when people do not live up according to internal values, judgements and social standards or violate them. The aim of the present study was to investigate the factor structure of Guilt Inventory that developed by Kugler and Jones with confirmatory and explanatory factor analyses and reevaluate the psychometric properties of the new Turkish form in depression and non-clinical samples. **Methods:** For this purpose, 448 university students, 107 healthy controls and 56 adults diagnosed with depression were asked to fill out the questionnaire set consisted of the Guilt Inventory, Beck Depression Inventory, Disgust Scale- Revised Form and The State-Trait Anxiety Inventory-State Anxiety Form. **Results:** According to the results, original form of Guilt Inventory did not work at the desired level in Turkish culture. Confirmatory and exploratory factor analyzes revealed that the new form with 35 items and 3 subscales works much more appropriately. The analyses of group comparison and correlations with other scales indicated that Turkish version of the Guilt Inventory had satisfactory convergent, divergent and criterion validity. Additionally, internal consistency, item-total correlations and Guttman split-half reliability coefficients showed that the Turkish form of Guilt Inventory had good reliability values which were comparable to the original version of the scale. **Discussion:** In conclusion, results revealed that the Turkish version of Guilt Inventory is a reliable and valid measurement tool.

**Key Words:** Guilt Inventory, Depression, Validity, Reliability

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:24-37)

DOI: 10.5505/kpd.2017.52523

## GİRİŞ

Suçluluk, kişinin içsel değerlerine, yargılarına ya da inandığı toplumsal standartlara uygun yaşamadığını, bu değerleri ve standartları ihlal ettiğini düşündüğü durumlarda ortaya çıkan, oldukça güçlü ve yoğun bir duygu olarak tanımlanmaktadır (1). Freud'un nevrozu açıklama çabası sonucu köklerini ilk kez buradan alan suçluluk, psikodinamik bakış açısına göre, id ve egonun eylemlerinin süperegonun ahlaki standartlarıyla çatıştığı zaman ortaya çıkmaktadır (2). Evrimsel perspektife göre ise suçluluk, kişiyi diğer insanlardan koruma yönünde önemli bir rol oynayan, adaptif ve sosyal bir duygudur (3). Suçluluğun duygu düzenleme işlevi gördüğünü belirten alan yazına ek olarak, bu sosyal duygunun kişiyi suç teşkil eden davranışlardan koruduğu ve yararlı davranışlara yönlendirdiği yönünde açıklamalar sunan kuramlar da bulunmaktadır (4).

Suçluluk duygusu bireyler ve kurdukları ilişkiler için uyum sağlayıcı ve işlevsel olsa da, bu duygunun aşırı ve kronik düzeyde yaşanması durumunda bir takım sosyal ve duygusal uyum problemlerinin ortaya çıkabileceği ileri sürülmektedir (5). Suçluluğun psikopatoloji ile olan ilişkisini ilk formüle eden kuramlardan biri olan psikodinamik yaklaşım, suçluluğun melankoli, nevroz ve mazozizm gibi psikolojik sorunlarla olan ilişkisini vurgulamıştır (6). Bu ilk formülasyonun ardından, suçluluğun psikopatolojilerin gelişimi ve sürdürülmesindeki rolü daha kapsamlı olarak incelendiğinde bu duygunun başta travma sonrası stres bozukluğu (TSSB, 7,8,9), genellenmiş kaygı bozukluğu (10), sosyal fobi (11) obsesif-kompulsif bozukluk (12,13) ve yeme bozuklukları (14,15) olmak üzere birçok psikopatoloji ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (16).

Bu psikopatolojilere ek olarak, suçluluğun majör depresyon bozukluğu (MDB) tanısını diğer psikopatolojilerden ayırt eden en temel belirtilerden biri olduğu bilinmektedir (17). Depresyonda davranışsal, bilişsel, duygusal ve fizyolojik belirtilere suçluluk duyguları da yoğun bir şekilde eşlik etmektedir. Bu sebeple de diğer pek çok psikopatolojiden farklı olarak depresyon değerlendirme ölçeklerinde (18,19) ve depresyonu betimleyen tanı

kriterlerinde (20,21,22) yoğun suçluluk duygusu tanı kriterlerinden biri olarak yer almaktadır. Bu unsurla paralel olarak, Beck tarafından geliştirilmiş olan depresyonun bilişsel modelinde de (23) kişinin kendisiyle ilgili olumsuz uğraşısının ve bu uğraş üzerinde temellendirilen suçluluk duygusunun bozukluğun gelişimi ve sürdürülmesinde önemli bir yeri olduğu belirtilmektedir (23,24,25,26). Bu nedenle, suçluluğu objektif olarak değerlendirecek kapsamlı ölçüm araçları hem bozukluğun seyrinin değerlendirilmesinde hem de uygulanan müdahale programlarının etkinliğinin değerlendirilmesinde önemli bir işlev üstlenmektedir.

Suçluluğu değerlendiren bazı ölçüm araçları klinisyenlerin hastalarının kendilerini "suçlu" ya da "suçsuz" hissedip hissetmediklerini öznel olarak puanlamasına dayanmaktadır (1). Bazı ölçüm araçları ise tek başına suçluluğu ölçmek yerine suçlulukla kavramsal olarak örtüşen yanları bulunan utanç gibi kavramları da ölçmektedir. Tarihsel olarak bakıldığında bu iki kavramın, aslında birbirlerinden farklı kavramlar olmalarına rağmen, birbirleriyle eş anlamlı olarak kullanıldığı ve genelde tek bir yapı gibi algılandığı görülmektedir (27,28). Utanç, kişinin doğrudan kendisine yönelik cezalandırıcı ve yargılayıcı yönelimi olan bir duygu iken, suçluluk doğrudan kişinin kendisine yönelik değerlendirmesinden ziyade belirli bir davranışına yönelik bir yargılamadan doğan bir duygudur ve utanç duygusuna kıyasla kişide yarattığı duygu yoğunluğu daha hafiftir (29,30). Suçluluk ve utancı birlikte değerlendiren ve ilgili alan yazında en yaygın olarak kullanılan ölçüm araçları sıfat tarama listeleri ve senaryo temelli bir ölçüm aracı olan Test of Self-Conscious Affect'dir (TOSCA, 31). Kavramsal olarak birbirleriyle bu denli karıştırılan iki yapının birlikte değerlendiriliyor olması ile ilişkili olarak, Lewis (29) sıfat tarama listelerinin suçluluk ve utanç gibi iki farklı yapıyı birbirinden ayırmakta yetersiz kaldığını ileri sürmüştür. TOSCA kullanılarak yapılan bazı çalışmalar da klinik ve normal örneklemin suçluluk puanları açısından birbirinden farklılaşmadığına işaret etmiştir (aktaran 30,pp.1366,32). Bu sonuçlar bize suçluluğun psikopatolojik olmayan doğasına yönelik çıkarsamada bulunma fırsatı vermesine rağmen, kullanılan ölçüm araçlarının başta yapı geçerliği olmak üzere bir dizi sınırlılığı bulunduğuna işaret etmektedir. Bu nedenle, bu ölçekler kullanılarak

yapılan araştırmaların sonuçları yorumlanırken suçluluk ve utanç duygusunun ayırt edilememesinin bir kısıtlılık olarak dikkate alınması gerektiği belirtilmektedir (33).

Ülkemizde suçluluğu değerlendirmek üzere geliştirilmiş olan ölçeklerde de benzer bir eğilim olarak suçluluk ve utanç kavramları bir arada ele alınmaktadır. Örneğin, Şahin ve Şahin (34) tarafından geliştirilmiş olan Suçluluk ve Utanç Ölçeği, belli durumlarda yaşanan ve depresyon ile ilişkili olduğu öne sürülen suçluluk ve utanç duygularını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Görüldüğü üzere suçluluk, alan yazınında çoğunlukla utanç ile birlikte çalışılmıştır. Bu durumun yarattığı geçerlik problemlerinin yanı sıra bahsi geçen ölçüm araçları genellikle belirli bir bağlamdaki durumluk suçluluk duygusunu ölçme eğilimi taşımaları nedeniyle de bazı kısıtlılıklara sahiptir.

Alanda var olan suçluluk ölçümlerindeki kısıtlılıkları göz önünde bulundurarak, Kugler ve Jones (35), 45 maddelik Suçluluk Ölçeği'ni (SÖ) geliştirmişlerdir. Bu ölçeğin, suçluluğu sürekli suçluluk, durumluk suçluluk ve ahlaki standartlar olacak şekilde çok yönlü olarak ele aldığı, bu nedenle belli bir duruma özgü olmayan, daha evrensel ahlaki kodların değerlendirmesine de fırsat verdiği belirtilmektedir. Ölçeğin dilimize adaptasyonu, Altın (36) tarafından yapılmış, 45 maddelik orijinal formunda üç faktöre dağılan maddeler aynen korunarak psikometrik özellikleri incelenmiştir. Bu araştırmada ölçeğin geçerlik analizleri Clark Beck Obsesif Kompulsif Envanteri ile belirlenen yüksek ve düşük OKB risk grupları üzerinden yürütülmüştür. Hedef Dönüştürme Analizi (Target Rotation) kullanılarak Kanada ve Türk örneklemelerinden toplanan veri karşılaştırılmış ve uyum endekslerinin ve faktörleri oluşturan madde dağılımının iki kültürde büyük örtüşme gösterdiği bulunmuştur. Bu nedenle 45 maddelik orijinal formun Türk örnekleminde aynen korunarak kullanılmasına karar verilmiş ve ölçeğin kullanıldığı diğer çalışmalarda da (37) bu çalışmadan elde edilen geçerlik ve güvenilirlik değerleri kullanılmıştır. Ancak ölçeğin ilk adaptasyon çalışmasında, örneklem sağlıklı üniversite öğrencilerinden oluşmuş ve ölçeğin faktör yapısı doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizi kullanılarak test edilmemiştir. Ayrıca, ölçek puanlarının herhangi bir tanı almış klinik

örneklem ile sağlıklı örneklem arasında anlamlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı da incelenmemiştir. Bütün bu nedenlerle mevcut araştırmada depresyon tanısı almış klinik grup dahil edilerek ölçeğin faktör yapısının yeniden incelenmesi hedeflenmiştir. Klinik örneklem olarak depresyon grubunun seçilme sebebi ise diğer psikopatolojilerden farklı olarak suçluluğun MDB için tanı kriterlerine de dahil edilmiş güçlü bir duygusal bileşeni olmasıdır.

Suçluluğun patolojilerle olan ilişkisi değerlendirildiğinde, özellikle depresif belirtilerin gelişimi ve sürdürülmesinde önemli bir duygusal bileşen olduğu bilinmesine rağmen suçluluğa dair ülkemizde yapılmış olan araştırma sayısı son derece kısıtlıdır. Bu çalışmada, SÖ'nün faktör yapısının doğrulayıcı ve açıklayıcı faktör analizleri ile yeniden incelenmesi hedeflenmektedir. Ardından oluşturulan Türkçe formun psikometrik özelliklerinin depresyon tanısı almış klinik örnekleminde yeniden incelenmesi amaçlanmaktadır. Ölçeğin Türk kültürüne en iyi uyacak hale dönüştürülmesi ve ülkemizde suçluluk ile ilgili olarak yapılacak araştırmalar için kullanılabilir hale getirilmesi ise en temel hedeflerdendir.

## YÖNTEM

**Örneklem:** Araştırmanın örneklemini üç ayrı gruptan oluşmuştur: (1) SÖ'nün orijinal faktör yapısının Türk örnekleminde elde edilen veri ile ne derece örtüştüğünü değerlendirmek amacıyla herhangi bir klinik tanı almamış 448 üniversite öğrencisinin oluşturduğu üniversite örneklemini, (2) grup karşılaştırmalarını ve diğer geçerlik özelliklerini değerlendirmek amacıyla veri toplanan, herhangi bir klinik tanı almamış 107 yetişkin katılımcıdan oluşan sağlıklı kontrol grubu, (3) depresyon tanısı almış 56 katılımcıdan oluşan klinik örneklem.

SÖ'nün faktör yapısını değerlendirmek amacıyla veri toplanan Gazi Üniversitesi'nin çeşitli bölümlerinde okuyan toplam 448 katılımcıdan, 385'i kadın (% 85.9)'dır. Yalnızca bir katılımcı cinsiyetini belirtmemiştir. Katılımcıların yaş aralığı 18 ile 33 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 20.25 yıldır (S = 1.83). Katılımcıların % 98'i (n = 439) bekâr olduğunu, % 2'si ise (n = 9) evli veya birlik-

te yaşadığını bildirmiştir.

Ölçeğin geçerlik özelliklerini değerlendirmek amacıyla, Gazi Üniversitesi'nde çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan yaş ortalaması 33.48 yıl (S=9.87) olup, % 68'i (n=72) kadın olan toplam 107 yetişkin katılımcıdan veri toplanmıştır. Katılımcıların % 53.2'si (n=57) bekâr, % 42'si (n=45) evli, % 3.7'si (n=4) boşanmış, % .9'u (n=1) dul olduğunu belirtmişlerdir.

Klinik örneklem grubu için, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi (GATA) Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına başvuran, DSM-IV tanı ölçütlerine göre MDB tanısı alan (n=56) olgular çalışmaya katılmıştır. Depresyon tanısı alanların 15'i (%26.8) kadın, 41'i (%73.2) erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması 37.27 yıl (S=9.34) olarak bulunmuştur. Veri toplama aşamasında, katılımcıların 19'u (%33.9) yatılı olarak; 37'si (% 66.1) ise ayakta tedavilerine devam ettiklerini belirtmişlerdir. Görüşmede olgular Eksen-I Tanıları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorder) (SCID-I) ile değerlendirilmiştir. Araştırmaya dâhil edilme kriterleri; depresyon tanısı almış olmak, eğitim seviyesinin testleri alabilecek düzeyde olması, 18-65 yaş aralığında yer almak ve araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek olarak belirlenmiştir. Araştırma dışı kalma kriterleri ise; organik ruhsal bozukluk öyküsü olması, alkol ve madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı olması, şizofreni, sanrısız bozukluk, şizoaffektif bozukluk, şizofreniform bozukluk, kısa psikotik bozukluk, bipolar bozukluk ve psikotik özellikli depresyon öyküsü veya tanısı olması, çalışmayı tamamlamadan ayrılmak isteme olarak belirlenmiştir.

### Veri Toplama Araçları

*Eksen I Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID).* SCID Eksen I tanılarının klinik görüşme ile değerlendirildiği ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre yapılandırılmış bir görüşme formudur (38). Daha sonra DSM-IV-TR'ye göre tanısal görüşme formuna çevrilen bu formun (39) Türkçe'ye uyarlanması Çorapçıoğlu ve arkadaşları (40) tarafından yapılmıştır.

*Beck Depresyon Envanteri (BDE).* BDE, depresyonun duygusal, somatik, bilişsel ve motivasyonel belirtilerini ölçme amacıyla geliştirilmiş 21 maddelik bir ölçektir (19). Ölçeğin Türkçeye iki farklı adaptasyonu yapılmıştır (41,42). Her iki formun da geçerlik ve güvenilirlik değerlerinin benzer olduğu ve orijinal formu ile tutarlı geçerlik ve güvenilirlik değerlerine sahip olduğu bulunmuştur.

*Suçluluk Ölçeği (SÖ).* SÖ, sürekli suçluluk, durumluk suçluluk ve ahlaki standartlar olmak üzere 3 alt ölçüğe sahip, 5'li Likert tipi sorulardan oluşan 45 maddelik bir ölçektir (35). Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik değerlerinin istatistiksel olarak kabul edilebilir değer aralığında olduğu belirtilmiştir. Cronbach Alfa katsayısı .81 ve .89 arasında değişiklik göstermektedir. İki haftalık aralıklarla ve 36 hafta yapılan test-tekrar test ölçümü ile test-tekrar test güvenirliliği değerlendirilmiştir. Ahlaki standartlar alt ölçüğü için 10. haftada ve 36. haftada alınan ölçümler istikrarlıdır ve değerleri sırasıyla .81 ve .77'dir. Sürekli suçluluk alt ölçüğünün test-tekrar test korelasyonları durumluk suçluluk alt ölçüğü test-tekrar test korelasyonlarından daha yüksek bulunmuştur. Sürekli suçluluk alt ölçüğü için bu değerler sırasıyla .72 ve .75'dir. Durumluk suçluluk alt ölçüğü için ise .56 ve .58'dir. Ölçeğin diğer suçluluk ve utanç ölçümleriyle anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu da bilinmektedir (35). Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Altın (36) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlık katsayıları; sürekli suçluluk için .90, durumluk suçluluk için .86 ve ahlaki değerler için .78 olarak bulunmuştur. Tüm ölçüğün iç tutarlık katsayısı ise .91 bulunmuştur. Test tekrar test güvenirlilik katsayıları ise tüm ölçek için .77, sürekli suçluluk için .74, durumluk suçluluk için .82 ve ahlaki değerler için .83 olarak bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin ayırt edici geçerliğinin kabul edilebilir düzeyde olduğu belirtilmiştir. Yapılan Hedef Dönüştürme Analizi ile de ölçeğin faktör yapısının orijinal ölçekle uyuma gösterdiği bulunmuştur.

*Tiksinme Ölçeği-Revize Edilmiş Form (TÖ-R).* Tiksinme Ölçeği hayvanlar, ölüm, yaralanma, vücut salgıları, hijyen, yiyecekler ve seks gibi tiksinme tepkisini ortaya çıkaran uyarıcılara yöneltilen tiksinme tepkilerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (43). Olatunji ve arkadaşları (44) tarafından revize edilen ölçeğe 2008 yılında (45) son formu ve-

rilmiştir. Son form 27 maddeden oluşmaktadır ve maddeler 5li Likert tipindedir. Ölçekten alınan puanların artması yüksek tikslenme duyarlılığına işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması İnözü ve Eremsoy (46) tarafından yapılmış ve değerler orijinal form ile karşılaştırılabilir nitelikte bulunmuştur.

*Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE)*. Ölçek durumluk kaygı ve sürekli kaygı olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır (47). Her bir alt boyut 20 maddeden oluşmaktadır ve her iki alt ölçekten elde edilen puanlar 20 ile 80 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Öner (48) tarafından yapılmış ve kabul edilebilir değerlere sahip olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada sadece Durumluk Kaygı alt ölçeği kullanılmıştır.

**İşlem:** Çalışmanın yürütülebilmesi için ilgili etik kurullardan izin alındıktan sonra öncelikle klinik grubunun belirlenebilmesi amacıyla SCID kullanılarak görüşmeler yapılmıştır. Psikiyatrist tarafından yapılan bu görüşmeler ardından MDB tanısı alan ve eş tanısı bulunmayan gönüllü katılımcılar araştırmaya dâhil edilmiştir. Üniversite örnekleminde sınıf duyuruları şeklinde ulaşılmış, gönüllü katılımcıların sınıf ortamında ölçek setini doldurmaları istenmiştir. Öğrenci katılımcılara katılımları karşılığında psikoloji bölümünden aldıkları bir ders için bir puan verilmiştir. Sağlıklı kontrol grubu için ise katılmayı kabul eden araştırmacılara ölçek seti kapalı bir zarf ile ulaştırılmış ve aynı şekilde geri alınmıştır. Ölçek setini doldurmak yaklaşık 30-35 dakika almıştır. Sıra etkisini kontrol etmek amacıyla ölçek setlerindeki ölçekler farklı sırada düzenlenmiştir. Hem klinik grupta hem de sağlıklı kontrol grubunda katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır ve katılımcılara herhangi bir katılımcı payı verilmemiştir.

## BULGULAR

**Geçerlik Yapı Geçerliği.** SÖ'nün orijinal versiyonu 45 maddeden ve 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Sürekli suçluluk alt ölçeğinde 20, Durumluk suçluluk alt ölçeğinde 10, Ahlaki Standartlar alt ölçeğinde ise 15 madde bulunmaktadır (35). İlk olarak, SÖ'nün orijinal üç faktörlü yapısını Türk örnekleminde toplanan veri üzerinden doğrula-

mak amacıyla, Analysis of Moment Structures (AMOS) programı kullanılarak Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. DFA'da, modelin kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermek için ki kare değerinin anlamsız çıkması beklenmektedir. Fakat ki kare değeri örneklem sayısına oldukça duyarlıdır. Bu nedenle örneklem sayısı büyük olduğu durumlarda  $\chi^2/sd$  oranının 2, 3 ve hatta 5 olması modelin kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir. En çok kabul gören değer ise  $\chi^2/sd < 3$  tür. Ayrıca CFI, GFI, AGFI ve NFI değerlerinin .90 ve üzerinde olması ve RMSEA değerinin ise .08'in altında olması beklenmektedir (49).

DFA sonuçları, orijinal ölçeğe ait üç faktörlü yapının Türk örnekleminde toplanan verilere ait uyum indekslerinin kabul edilebilir değer aralıklarının uzağında olduğunu göstermiştir (Model 1) ( $\chi^2/df = 3.08$  AGFI=.73, GFI=.75, CFI=.80, NFI = .73, RMSEA = .07,  $p < .001$ ). Her ne kadar  $\chi^2/sd$  ve RMSEA değerleri kabul edilebilir sınırlarda olsa da AGFI, GFI, CFI ve NFI uyum indeksleri ölçeğin orijinal üç faktörlü yapısının ve bu yapıya ilişkinin madde dağılımının Türk kültüründe yeterince iyi çalışmadığını göstermiştir. Buradan hareketle, açımlayıcı faktör analizi yapılarak SÖ'nün Türk kültürüne uygun faktör ve madde dağılımının keşfedilmesi ve doğrulanması gerekli görülmüştür.

**Açımlayıcı Faktör Analizi.** SÖ'nün faktör yapısını ve maddelerin bu faktörlere nasıl dağıldığını belirlemek amacıyla açımlayıcı faktör analizi oblimin dönüştürme ile temel bileşenler analizi (Principal Component Analysis) uygulanmıştır. Analizlerde, KMO indeksinin .93, Barlett's Ki-Kare değerinin (10214) anlamlı ( $p < .001$ ) bulunması toplanan verinin açımlayıcı faktör analizi için uygun olduğunu göstermiştir. Faktör sayısı belirlenirken eigenvalue değeri 1'den büyük olanlar ve scree plot tablosu birlikte değerlendirilmiştir. Orijinal ölçekle tutarlı olarak, eigenvalue değeri 1 den büyük olan ve scree plot tablosundaki kırılmalarla desteklenen 3 faktör olduğu görülmüştür. Bu 3 faktör toplam varyansın % 44.3'ünü açıklamıştır. SÖ'nün orijinal yapısında yer alan 45 maddenin faktör analizindeki dağılımı, içerikleri ve faktör yükleri aşağıdaki tabloda (Tablo 1) gösterilmiştir. .30'un altındaki faktör yüklerine tabloda yer verilmemiştir.

**Tablo 1: SÖ'ye ilişkin açıklayıcı faktör analizi sonuçları**

Maddeler	Faktör 1 (Sürekli)	Faktör 2 (Durumluk)	Faktör 3 (Ahlaki Standartlar)
26. Sık sık derin bir pişmanlık duyarım.	.83		
8. Geçmişimde derinden pişmanlık duyduğum bir şey var.	.83		
41. Geçmişimde çok pişmanlık duyduğum hiçbir şey yok.	.81		
21. Bazen, geçmişte yaptığım bazı şeyleri düşündüğümde çok rahatsız oluyorum.	.80		
27. Geçmişte yaptığım şeylere dair çok endişelenirim.	.79		
6. Hiçbir zaman çok büyük bir vicdan azabı ya da suçluluk hissetmedim.	.78		
20. Hatırlayabildiğim kadarıyla suçluluk ve pişmanlık hayatımın bir parçası olmuştur.	.76		
14. Eğer hayatımı yeni baştan yaşayabilseydim, birçok şeyi farklı şekilde yapardım.	.73		
29. Hayatımda yapmış olmaktan ötürü pişmanlık duyduğum çok az şey var.	.73		
9. Sıklıkla, yaptığım bir şeyde n dolayı kendimden nefret ederim.	.72		
12. Yaptığım bir şeyden dolayı sıklıkla kendimle ilgili hoşnutsuzluk yaşarım.	.67		
43. Eğer yaptığım şeyleri yapmasaydım, son zamanlarda hayatım çok daha iyi olabilirdi.	.66		
2. Hayatımda birçok hata yaptım.	.65		
33. Şu anda kendimi, yaptığım hiçbir şeyden ötürü, özellikle suçlu hissetmiyorum.	.61		
36. Bir şekilde geriye dönüp son zamanlarda yanlış yaptığım bazı şeyleri düzeltebilmek için her şeyimi verirdim.	.59		
23. Hayatım boyunca çok fazla hata yaptığımı düşünmüyorum.	.58		
34. Bazen, yanlış yaptığımı inandığım şeyler hakkında düşünmekten kendimi alıkoyamıyorum.	.57		
5. Eğer bazı şeyleri yeniden yapabilseydim, omuzlarımdan büyük bir yük kalkardı.	.56		
37. Yakın geçmişimde, değiştirmek isteyeceğim en azından bir şey var.	.56		
16. Son zamanlarda, çok pişman olduğum bir şey yaptım.	.53		
44. Eğer hayatıma yeniden başlayabilseydim, ya hiç ya da çok az şeyi değiştirdim.	.51		
32. Yaptığım şeylerle ilgili asla endişelenmem; çünkü hayat zaten bir şekilde devam eder.	.45		
31. Bazen, geçmişte yaptığım şeylerden dolayı yemek yemekte zorlanıyorum.	.38		
40. Suçluluk benim için özel bir problem değildir.	.31		
10. Ebeveynlerim bana karşı çok katıydılar.			
42. Ahlaki değerlerin kesin olduğuna inanıyorum.		.84	
25. Ahlaki değerlerime uygun yaşamak için güçlü bir istek duyuyorum.		.80	
3. Her zaman, bir dizi kesin ahlaki etiketlere, kuvvetle inanmışımdır.		.74	
13. Doğru ve yanlışla ilişkin fikirlerim oldukça esneklerdir.		.67	

SÖ'nün orijinal formunda durumluk suçluluk alt ölçeği (4,16,17,19,30,33,36,37,43,45), sürekli suçluluk alt ölçeği (2,5,6,8,9,10,12,14,20,21,23,26,27,29,31,34,35,40,41,44) ve ahlaki suçluluk alt ölçeği (1,3,7,11,13,15,18,22,24,25,28,32,38,39,42) yer almaktadır. Tablo 1'de görülebileceği üzere, orijinal form ve Türkçe form arasında alt ölçekler ve madde dağılımında büyük oranda örtüşme olmakla birlikte bazı farklılıkların olduğu da dikkat çekmektedir.

İlk olarak, 10., 11. ve 22. maddelerin her 3 alt boyut için de .30'un altında faktör yüklenmeleri görülmüştür. Bu maddelerin alt ölçeklerden herhangi birine kararlı bir biçimde yüklenmemesi (tüm alt boyutlarda .30 altında değerler) ve communalities değerlerinin .10'un altında olması, SÖ'nün Türkçe versiyonunda yer almamaları gerektiğini istatistiksel olarak göstermiştir (50,51). Ayrıca bu üç maddenin içerikleri araştırma ekibi tarafından dikkatle incelenmiş ve görünüş geçerliği açısından doğrudan durumluk, sürekli veya ahlaki suçlulukla ilişkili olmayabilecekleri sonucuna varılmıştır (Örn: madde 10: Ebeveynlerim bana karşı katıydılar).

SÖ'nün orijinalinde sürekli suçluluk alt ölçeğinde yer alan 35. madde (Hiçbir zaman uyumakta zorlanmam), Türkçe formda durumluk suçlulukta yer almıştır (Bkz. Tablo 1). Maddenin içeriğine bakıldığında uyku üzerinden suçluluğa ilişkin oldukça dolaylı bir ölçüm almayı hedefleyen bir madde olduğu düşünülmüştür. Uyku problemlerinin suçluluk dışında ve ötesinde çok sayıda nedeni olabilir. Dolayısıyla bu maddenin doğrudan suçluluk yapısına ilişkin bir madde olmayabileceği düşünülmüştür. Hem içerik hem de orijinal formdaki farklı bir dağılım göstermesi nedeniyle Türkçe formdan 35. maddenin de çıkarılmasına karar verilmiştir. Benzer şekilde orijinal ölçekte ahlaki suçluluk alt ölçeğinde yer alan 32. madde (Yaptığım şeylerle ilgili asla endişelenmem; çünkü hayat zaten bir şekilde devam eder) Türkçe versiyonda sürekli suçluluk alt ölçeğinde yer almıştır (Bkz. Tablo 1). Madde içeriğinin doğrudan suçluluk ile ilişkili olmayabileceği ve orijinalden farklı bir alt ölçekte yer alması nedeniyle 35. madde gibi 32. maddenin de ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir.

Son olarak, ölçeğin orijinal formunda durumluk

suçluluk alt ölçeğinde yer alan 16.,33.,36.,37.ve 43. maddeler Türkçe formda sürekli suçluluk alt ölçeğinde yer almıştır (Bkz. Tablo 1). İstatistiksel olarak bu maddelerin faktör yükleri sürekli suçluluk alt ölçeğinde olduklarını gösterse de orijinal formla tutarsız olmaları nedeniyle madde içerikleri incelenmiştir. Madde içeriklerinde "son zamanlarda" ve "yakın geçmişte" ifadelerinin bulunduğu dikkat çekmiştir. SÖ'de durumluk suçluluk alt ölçeğinin kişilerin mevcut durumda, başka bir deyişle "şu anda" ki suçluluk duygusunu ölçmektedir. Sürekli suçluluk alt ölçeği ise daha genel ve sürekli özellikli suçluluk duygularını ölçmektedir. Yukarıda sözü edilen 5 maddenin içeriğinde yer alan "son zamanlarda" ve "yakın geçmişte" ifadelerinin sürekli suçluluk ile durumluk suçluluğu birbirinden ayırma konusunda zorluk yaratabilecek ifadeler olduğu düşünülmüştür. Örneğin, sürekli suçluluk duygusu yüksek olan bir kişi son zamanlarda da suçlu hissediyor olabilir. Öte yandan, "son zamanlarda" ve "yakın geçmişte" ifadelerinin ne kadarlık bir zaman dilimine denk geldiği açık değildir. Bu ifadeler bazı katılımcılara son birkaç günü, bazılarına son birkaç ayı bazılarına ise son birkaç yılı düşündürmüş olabilir. Bir diğer açıklama olarak kültürel olarak bu maddelerin Türk örnekleminde farklı anlaşılabilir veya yorumlanmış olma olasılığında söz edilebilir. Nitelikli bir ölçüm aracı olarak yer alması gereken maddelerin sorduğu soruyu açık, anlaşılır ve doğrudan sormasının gerekliliği bilinmektedir (Savaşır, 1994). Dolayısıyla, içerik olarak hem sürekli hem durumluk suçluluğa girebilecek bu maddeler, orijinal ölçekle tutarlı bir şekilde dağılmamaları da dikkate alınarak Türkçe formdan çıkarılmıştır.

Açımlayıcı faktör analizine göre ölçekten çıkarılan toplam 10 maddenin ardından, SÖ Türkçe form 3 alt ölçekten ve 35 maddeden oluşan bir ölçüm aracı olarak ele alınmıştır. SÖ Türkçe formun alt ölçekleri; durumluk suçluluk (4,17,19,30,45), sürekli suçluluk (2,5,6,8,9,12,14,20,21,23,26,27,29,31,34,40,41,44) ve ahlaki suçluluk (maddeler: 1,3,7,13,15,18,24,25,28,38,39,42). Son olarak ölçeğin Türkçe formunun faktör yapısı yapısal eşitlik modelleriyle (AMOS programı kullanılarak) test edilmiştir. Yapılan doğrulayıcı faktör analiz sonuçları ölçeğin 35 maddelik yeni formunun uyum indekslerinin (Model 2) 45 maddelik orijinal forma göre yapılan modelin indekslerine göre daha iyi

indekslere sahip olduğunu göstermekle birlikte model 2 ye ait indeks değerleri bir dizi düzeltmeye ihtiyaç duyulduğuna da işaret etmiştir ( $\chi^2/df = 2.97$  AGFI=.78, GFI=.81, CFI=.85, IFI=.86, RMSEA=.07,  $p<.001$ ). Aynı faktörde yüklenen ölçek maddeleri arasında önerilen modifikasyonlar (12-9 [ $\chi^2 = 70.14$ ]; 41-8 [ $\chi^2 = 60.12$ ]; 14-5 [ $\chi^2 = 58.35$ ] doğrultusunda yapılan düzeltmeler neticesinde model uyum indeksi daha iyi bir düzeye çekilmiş ve 35 maddelik üç faktörlü yapı doğrulanmıştır (Model 3) ( $\chi^2/df = 2.63$  AGFI=.81, GFI=.83, CFI=.88, IFI=.88, RMSEA=.06,  $p<.001$ ). Bu sonuçlar, 35 maddeli 3 alt boyutlu yapının Türk kültürü için daha uygun olduğunu desteklemektedir (Bkz. Şekil 1).

*Birleşen ve ayırt edici geçerlikler.* Ölçeğin birleşen ve ayırt edici geçerlik analizleri depresyon tanısı almış klinik örneklem üzerinden yürütülmüştür. Ölçeğin birleşen ve ayırt edici geçerliğini değerlendirmek için SÖ'nün BDE, DSKE- Durumluk Kaygı Formu ve TÖ-R ile olan korelasyonları incelenmiştir. Tablo 2'de görüldüğü üzere, SÖ toplam puanı BDE toplam puanı ( $r=.46$ ,  $p<.01$ ) ve Durumluk Kaygı alt ölçek puanı ( $r=.41$ ,  $p<.01$ ) ile anlamlı ve pozitif yönde ilişki göstermiştir. SÖ alt ölçeklerinin depresyon belirtisi şiddeti olan ilişkisi incelendiğinde ise sadece Durumluk Suçluluk ( $r=.54$ ,  $p<.01$ ) ve Sürekli Suçluluk ( $r=.33$ ,  $p<.05$ ) BDE ile anlamlı düzeyde ilişki gösterdiği bulunmuştur. Ayrıca Durumluk Suçluluk ( $r=.30$ ,  $p<.05$ ) ile Ahlaki Standartlar ( $r=.37$ ,  $p<.01$ ) alt ölçekleri Durumluk Kaygı alt ölçek puanı ile anlamlı ve pozitif yönde korelasyon göstermiştir. Bu sonuçların, ölçeğin Türkçe formunun bileşen geçerliğini destekler nitelikte olduğu düşünülmektedir.

SÖ'nün ayırt edici geçerliğini değerlendirmek için korelasyon katsayıları incelendiğinde, SÖ toplam puanının ( $r=-.05$ ) ve alt ölçeklerinin ( -.13 ile .02 arasında değişen korelasyon katsayıları) TÖ-R ile anlamlı bir ilişki göstermediği bulunmuştur. Suçluluk ve Tiksinme Ölçeği'nin farklı yapıları ölçtüğü göz önünde bulundurulduğunda, iki ölçüm aracı arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmamış olmasının SÖ'nün ayırt edici geçerliğini desteklediği düşünülmektedir.

*Ölçüt Geçerliği.* SÖ'nün ölçüt geçerliğini değerlendirmek için herhangi bir klinik tanı almamış

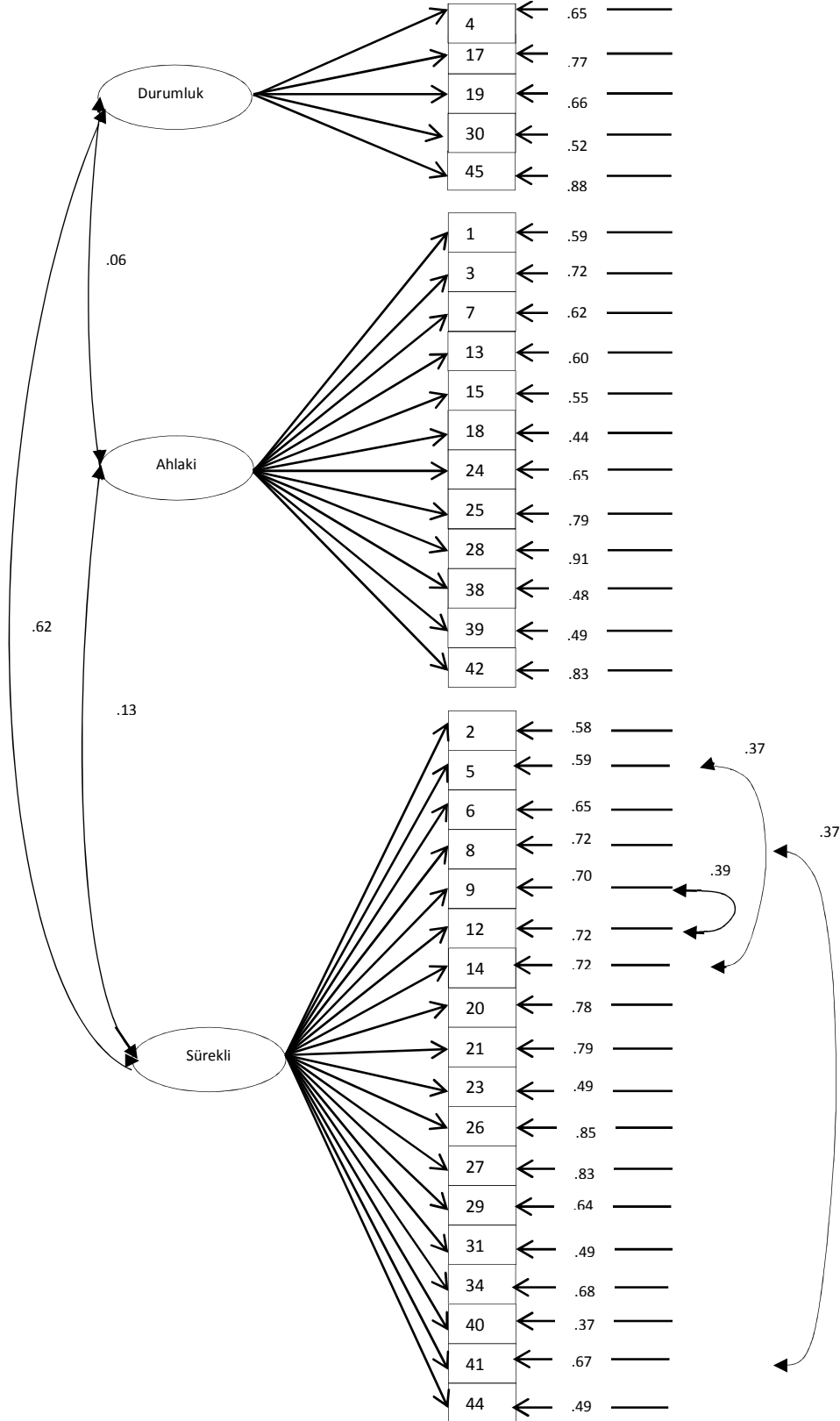
sağlıklı kontrol grubu ( $n=107$ ) ile depresyon tanısı almış klinik örneklem ( $n=56$ ) kullanılmıştır. Sağlıklı yetişkin örneklem ile depresyon tanısı almış örneklemin SÖ toplam puanı açısından farklılaşp farklılaşmadığını test etmek için Bağımsız Gruplar için tek yönlü T-test, SÖ alt ölçek puanları açısından farklılaşp farklılaşmadığını test etmek için de tek yönlü Çoklu Varyans Analizleri (MANOVA) yapılmıştır.

T-test analizini yürütmeden önce varyansların homojenliği test edilmiş ve Levene testinin anlamsız çıktığı görülmüştür ( $p=.49$ ). Levene testinin anlamsız çıkması iki grup arasındaki varyansın homojen olduğuna işaret etmektedir. Analiz sonuçları, depresyon tanısı almış kişilerin SÖ'den aldıkları toplam puanın ( $X=120.80$ ,  $S=13.90$ ) sağlıklı yetişkin grubundan ( $X=98.01$ ,  $S=13.21$ ) anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir ( $t[161]=10.27$ ,  $p<.001$ , %95 CI [18.40,27.16]). SÖ'nün alt ölçek puanlarını karşılaştırmak için yapılan MANOVA sonuçları değerlendirildiğinde, ölçeğin bütün alt ölçek puanlarının depresyonu olan ve olmayan kişilerde başarılı bir şekilde ayrışabildiği görülmüştür [Wilks'  $\lambda=.55$ ,  $F(3,159)=43.04$ ,  $p<.001$ ]. Bonferroni düzeltmesi yapılmış ( $0.05/3 = 0.01$  anlamlılık düzeyi kullanılmıştır) analiz sonuçlarına göre, depresyon tanısı almış grubun tanı almamış gruba göre sürekli suçluluk [ $F(1,161) = 53.21$ ,  $p = .000$ ,  $\eta_p^2 = .25$ ], durumluk suçluluk [ $F(1,161) = 95.98$ ,  $p = .000$ ,  $\eta_p^2 = .37$ ] ve ahlaki standartlar [ $F(1,161) = 15.13$ ,  $p = .000$ ,  $\eta_p^2 = .09$ ] alt ölçeklerinden anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldığı bulunmuştur.

## Güvenirlilik

Herhangi bir tanı almamış 448 kişilik üniversite örneklemini kullanarak yapılan güvenirlik analizlerine göre; SÖ'nün toplam puan için iç tutarlılık katsayısı .91, sürekli suçluluk, durumluk suçluluk ve ahlaki standartlar alt ölçekleri için ise sırasıyla .93, .82 ve .87 olarak bulunmuştur. Tüm bu değerler, SÖ'nün toplam ve alt ölçekler için iç tutarlılığının oldukça tatmin edici düzeyde olduğunu göstermektedir. Depresyon tanısı almış klinik örneklem için bakıldığında ise iç tutarlılık değerlerinin tüm ölçek için .79, durumluk suçluluk için .67, sürekli suçluluk için .88, ahlaki standartlar alt ölçeği için ise .61





Şekil 1. SÖ'nün 35 Maddelik 3 Faktörlü Yapısına İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

olduğu görülmüştür. Bu bulgunun SÖ'nün klinik örnekleme'deki güvenilirliğine dair ipuçları sağlaması açısından önemli olduğu düşünülmektedir. SÖ'nün Madde-Toplam Korelasyonları tüm ölçek için .10 ile .76, sürekli suçluluk için .41 ile .84, durumluk suçluluk için .65 ile .87, ahlaki standartlar için ise .39 ile .84 arasında değişmektedir. Ayrıca, ölçeğin toplam puanının Guttman iki yarım test güvenilirliği .93 olarak bulunmuştur. 18 maddeden oluşan ölçeğin ilk yarısı için Cronbach alfa korelasyonu .85 iken, 17 maddeden oluşan ikinci yarısı için de bu değer .82'dir. Tüm bu değerlerden anlaşıldığı üzere ölçeğin güvenilirlik değerleri kabul edilebilir düzeydedir.

## TARTIŞMA

Suçluluk duygusunun ölçülmesi zor bir duygu olması nedeniyle, birçok psikolojik belirtinin devamlılığında ve semptomlarının şiddetlenmesinde önemli bir rol oynamasına rağmen, bu alanda yürütülmüş görgül araştırmaların sayısının son derece sınırlı kaldığı dikkat çekmektedir. Suçluluğun çok boyutlu ve kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesinin ülkemizde suçluluk duygusu ile ilgili araştırmaların hız kazanmasına katkı sunacağı düşünülerek bu çalışmada, Kugler ve Jones (35) tarafından suçluluğu sürekli, durumluk ve ahlaki standartlar olarak üç boyutta değerlendirmek üzere geliştirilen SÖ'nün psikometrik özelliklerinin klinik örneklem kullanılarak yeniden incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda ilk olarak, ölçeğin Türkçe formunun yapı geçerliğinin incelenmesi amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, ölçeğin orijinal formundaki 45 maddelik üç faktörlü yapısının Türk örnekleminde elde edilen verilere kabul edilebilir derecede uyum sağlamadığı görülmüştür. Bu sebeple, açımlayıcı faktör analizi yapılarak SÖ'nün faktör yapısı ve maddelerin faktörlere dağılımı incelenmiştir. Maddelerin faktör yükleri incelendiğinde 10.,11. ve 22. maddenin faktör yükünün .30'un altında kaldığı görülmüştür ve bu sebeple maddeler ölçekten çıkarılmışlardır. Bunun yanı sıra bazı maddelerin de orijinal formdan farklı olarak diğer alt ölçeklere yüklendikleri görülmüştür (35.,32.,16.,33.,36.,37., ve 43. maddeler). Bu maddeler incelendiğinde, maddelerin doğrudan suçluluk ile ilişkili olmayabileceğine ve maddelerdeki ifadelerin durumluk suçluluk ile sürekli suçluluk gibi farklı yapıları birbirinden ayırmakta yetersiz olduklarına karar verilmiş ve bu sebeple ölçeğin Türkçe formundan çıkarılmışlardır. Tüm bu düzenlemeler neticesinde, 10 maddenin çıkarılması ile elde edilen 35 maddelik üç faktörlü formun Türk kültüründe kullanımının uygun olacağı söylenebilir.

Duygular, temelinde kültürün ve değerlerin yer aldığı yaşantılardır. Bu nedenle, kişilerin içinde yaşadıkları kültüre ait normlar, insanların ne tür duygular hissedeceğini, bu duyguları nasıl düzenleyeceğini ve nasıl ifade edeceğini belirleyebilmektedir (54). Suçluluk, kişinin kendi davranışlarının farkında olduğu ve bu davranışların başkaları üzerinde uyandıracığı izlenim konusunda

**Tablo 2: Depresyon Tanısı Almış Klinik Örneklem için SÖ ve Alt ölçekleri ile BDE, TÖ-R ve DSKE Arasındaki Korelasyon Katsayıları**

	SÖ Toplam	Durumluk Suçluluk	Sürekli Suçluluk	Ahlaki Standart	BDE	TÖ Toplam	Durumluk Kaygı
SÖ Toplam		.56**	.87**	.26*	.46**	-.05	.34**
Durumluk Suçluluk			.31*	.09	.54**	-.13	.30*
Sürekli Suçluluk				-.19	.33*	.02	.21
Ahlaki Standart					.10	-.09	.37**
BDE						-.07	.31*
TÖ Toplam							.14
Durumluk Kaygı							

\* p < .05, \*\* p < .01

**Not.** SÖ Toplam: Suçluluk Ölçeği Toplam Puanı; Durumluk Suçluluk: SÖ Durumluk Suçluluk Alt Ölçeği Toplam Puanı; Sürekli Suçluluk: SÖ Sürekli Suçluluk Alt Ölçeği Toplam Puanı; Ahlaki Standart: SÖ Ahlaki Standartlar Alt Ölçeği Toplam Puanı; BDE: Beck Depresyon Envanteri Toplam Puanı; TÖ Toplam: Tiksinme Ölçeği Toplam Puanı; Durumluk Kaygı: Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri Durumluk Kaygı Alt Ölçeği Toplam Puanı.

duyarlılık içeren öz-bilinç duygu grubunda yer alan duygulardan biridir. Bu özelliği nedeniyle de "moral duygu" olarak da adlandırılmaktadır. Bu anlamda suçluluk duygusunun kişinin içinde bulunduğu kültürden ve değerlerden etkilenme olasılığının çok yüksek olduğu belirtilmektedir (55). Batı kültüründe geliştirilmiş olan ölçeklerin Türkçe'ye uyarlanması noktasında da kültürel bir takım yanlışlıkların ölçeklerin faktör yapısında ve madde dağılımlarında değişikliklere sebep olduğu bilinmektedir (56). Ölçek uyarlama sürecinin ölçeği olduğu gibi çevirmek veya faktör-madde yapı ve dağılımlarını olduğu gibi korumaktan öte bir uyarlama süreci olduğu düşünüldüğünde (57) suçluluk gibi kültüre son derece duyarlı bir yapıyı ölçen bir ölçüm aracının uyarlanmasında bir dizi değişikliklerin olmasının ve ölçekteki bazı maddelerin Türk örneğinde çalışmamış olmasının beklenir olduğu düşünülmektedir.

SÖ'nün yapı geçerliği değerlendirildikten sonra, birleşen (convergent) ve ayırt edici (divergent) geçerlik analizleri 35 maddelik form kullanılarak depresyon tanısı almış klinik örneklem üzerinden gerçekleştirilmiştir. Bu amaç doğrultusunda SÖ toplam puanı ve alt ölçeklerinden alınan puanlar ile BDE, DSKE Durumluk Kaygı alt boyutu ve TÖ arasındaki korelasyonlar incelenmiştir. Analiz sonuçlarına göre, SÖ'nün birleşen geçerliğini destekleyen en önemli bulgu SÖ toplam puanı, durumluk suçluluk ve sürekli suçluluk alt ölçek puanlarının BDE ile anlamlı ilişkiler göstermiş olmasıdır. Ancak ahlaki standartlar alt ölçeği ile BDE arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Bu bulgular, SÖ'nün kullanıldığı diğer araştırmaların bulguları ile tutarlıdır. Suçluluğun depresyon klinik örnekleme, kronik kalp hastaları ve sağlıklı örnekleme karşılaştırıldığı bir çalışmaya göre sürekli suçluluk ve durumluk suçluluk alt boyutları depresyon grubunda anlamlı olarak yüksek iken, ahlaki standartlar alt boyutu üç grupta farklılaşmamıştır (52). Ayrıca, SÖ toplam puanı Durumluk Kaygı alt ölçek puanı ile de anlamlı ve pozitif yönde ilişki göstermiştir. Bu veri de SÖ'nün birleşen geçerliğini desteklemekte ve alanyazın ile tutarlılık göstermektedir (58). Birleşen geçerliğe ek olarak, SÖ toplam puanı ve alt ölçek puanlarının farklı bir yapıyı ölçen TÖ ile anlamlı korelasyon göstermemiş olması ölçeğin ayırt edici geçerliğini destekler niteliktedir. Tüm bu sonuçlar, SÖ'nün

Türkçe formunun istenilir birleşen ve ayırt edici geçerlik özelliklerine sahip olduğunu destekler niteliktedir.

Ölçeğin ölçüt geçerliğini değerlendirmek amacıyla depresyon tanısı almış klinik örneklem ile sağlıklı yetişkin grubu SÖ'den alınan toplam puan ve alt ölçek puanları açısından karşılaştırılmıştır. Buna göre, depresyon tanısı almış klinik grubun toplam suçluluk puanlarının ve alt ölçek puanlarının sağlıklı yetişkin gruba kıyasla anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Ölçekten alınan puanların iki grubu anlamlı bir şekilde birbirinden ayırtabiliyor olması ölçeğin ölçüt geçerliğini destekler niteliktedir. Tüm bu bulgular, suçluluğun depresyon belirtileri ile ilişkili olduğunu gösteren alan yazın bulguları ile tutarlılık göstermektedir (52).

Psikopatolojilerin kişinin işlevselliğinin farklı alanlarındaki bozulmalar ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Bu alanlardan birisi de duygusal süreçler ve duygulara verilen tepkilerdir (59). Kaygı bozukluğu gibi psikopatolojiler kaygının ve korkunun aşırı deneyimlenmesi ile ilişkilendirilirken (60), şizofreni gibi psikotik bozukluklar da azaltılmış ya da bastırılmış duygusal deneyimler ile ilişkilendirilir (61). Görüldüğü üzere olumlu ya da olumsuz duyguların yaşanması değil, tüm bu duyguların aşırı düzeyde yaşanması ya da hiç yaşanmamasının psikopatolojiler ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Sağlıklı düzeyde yaşanan suçluluk duygusunun da adaptif bir rolünün olduğu, hatta TSSB tedavisinde işbirliğini arttırdığı bilinmesine rağmen (62), suçluluğun aşırı düzeyde yaşanması bu duyguyu kişiler için işlevsiz hale getirmekte ve psikopatolojiler için bir risk faktörü olarak görülmektedir. Aşırı düzeyde yaşanan suçluluk duygusunun kişilerin yaşamakta olduğu depresyonun şiddeti ile ilişkili olduğu da görülmektedir (52). SÖ'nün ölçüt geçerliğini değerlendirmek üzere yapılan analiz sonuçları da tüm bu bulgularla tutarlı olacak şekilde hem depresyon klinik örnekleminde hem de sağlıklı yetişkin örnekleminde suçluluk duygularının yaşandığını ancak suçluluk duygusunun depresyon klinik örnekleminde anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir.

SÖ'nin geçerlik analizleri incelendikten sonra güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Üniversite örnekle-

lemi üzerinden yürütülen güvenilirlik analizlerine göre, ölçeğin Türkçe formunun toplam ve alt ölçeklerinin iç tutarlık katsayılarının ve madde-toplam korelasyonlarının oldukça tatmin edici düzeyde olması ölçeğin güvenilir olduğu yönündeki bulguları doğrulamaktadır.

SÖ'nün psikometrik özelliklerinin değerlendirildiği bu çalışmanın bir takım kısıtlılıkları da mevcuttur. Ahlaki standartlar alt ölçeğinin depresyonu olan kişiler ile olmayan kişileri ayırt etme noktasında başarısız olmasının yanı sıra durumluk suçluluk ve sürekli suçluluk alt ölçekleri ile anlamlı ilişkiler göstermiyor olması da (Bkz. Tablo 2) bu alt ölçeğin kullanımı ile ilgili olarak dikkatli olunması gerekliliğine işaret etmektedir. Ahlaki standartlar alt ölçeğinin kullanılacağı çalışmalarda bu alt ölçek ile ilgili bahsedilen kısıtlılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Buna ek olarak, ölçeğin geçerlik özelliklerini değerlendirmek için kullanılan depresyon tanısı almış klinik örneklem sayısı görece azdır. Yapılacak çalışmalarda örneklem sayısının artırılmasının yukarıda bahsedilmiş kısıtlılıklar için de fayda sağlayıcı olabileceği düşünülmektedir. Araştırmanın bir diğer kısıtlılığı cinsiyet dağılımındaki eşitsizliktir. Klinik veri toplanan hastanenin verinin toplandığı süreçte askeri hastane olması kadın hasta sayısının daha az olmasına neden olmuştur. Bu nedenle klinik grup ve kontrol grupları arasında cinsiyet dağılımında farklılıklar oluşmuştur. Yapılacak diğer çalışmalarda bu kısıtlılığın giderilerek cinsiyet dağılımının göz önüne alınmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca gelecek çalışmalarda ölçeğin ayırt edici geçerliğinin depresyon dışında OKB, TSSB gibi diğer klinik gruplarda da incelenmesi ölçeğin geçerliğine dair çok daha güçlü kanıtlar elde edilmesi açısından son derece kıymetlidir.

## SONUÇ

Sonuç olarak, başta depresyon olmak üzere birçok psikopatolojinin gelişimi ve sürdürülmesinde önemli bir duygusal bileşen olduğu gösterilen suçluluğun çok yönlü olarak ele alındığı bu ölçüm aracının Türk kültürüne uygunluğunu açılıyıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri ile test etmeyi ve elde edilen yeni formu depresyon örneklemini kullanarak psikometrik açıdan değerlendirmeyi amaçlayan bu

çalışmadan elde edilen veriler bir araya getirildiğinde SÖ'nün 35 maddelik yeni formunun ülkemizde de geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılabileceği görülmektedir. Bu çalışma ile Türk kültürüne kazandırılan bu ölçeğin, suçlulukla ilgili yürütülecek çalışmalardaki önemli bir ihtiyacı karşılayacağı, dolayısıyla da psikoloji alan yazınına önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca, çalışmanın örnekleminin üniversite öğrencileri, sağlıklı yetişkin örneklem ve depresyon tanısı almış klinik örneklem gibi farklı özellikteki grupları kapsıyor olmasının çalışmanın genellebilirliği açısından son derece önemli olduğu düşünülmektedir.

---

Yazışma adresi: Arş. Gör. Burçin Akın, Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Ankara  
burcinakin89@gmail.com

---

## KAYNAKLAR

1. Harrow M, Amdur MJ. Guilt and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1971; 25: 240-246. doi:10.1001/archpsyc.1971.01750150048007
2. Freud S. Civilization and its discontents. J. Strachey, Trans. New York, Norton, 1961.
3. Trivers RL. The evolution of reciprocal altruism. *Q Rev Biol* 1971; 46: 35-37. doi: 10.1086/406755
4. Monteith MJ. Self-regulation of stereotypical responses: Implications for progress in prejudice reduction. *J Pers Soc Psychol* 1993; 65: 469-485. doi: 10.1037/0022-3514.65.3.469
5. Cirhinlioğlu FG, Güvenç G. Shame proneness, guilt proneness and psychopathology. *Int J Hum Sci* 2011; 8: 248-267.
6. Tangney JP, Burggraf SA, Wagner PE. Shame-proneness, guilt-proneness, and psychological symptoms içinde, JP Tangney, KW Fischer editörler. New York, NY, The Guilford Press, 1995.
7. Kubany ES, Manke FP. Cognitive therapy for trauma-related guilt: Conceptual bases and treatment outlines. *Cogn Behav Pract* 1995; 2: 27-61. doi: 10.1016/S1077-7229(05)80004-5
8. Lee DA, Scragg P, Turner S. The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *Br J Med Psychol* 2001; 4: 451-466. doi: 10.1348/000711201161109
9. Finlay LD. Evidence-based trauma treatment: Problems with a cognitive reappraisal of guilt. *J Theor Phil Psychol* 2015; 35: 220-229. doi: 10.1037/teo0000021
10. Freeston MH, Rheaume I, Letarte H, Dugas MI, Ladouceur R Why do people worry? *Pers Individ Dif* 1994; 17: 791-802. doi: 10.1016/0191-8869(94)90048-5
11. Gilbert P. The relationship of shame, social anxiety, and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clin Psychol Psychother* 2000; 7: 174-189.
12. Basile B, Mancini F, Macaluso E, Caltagirone C, Bozzali M. Abnormal processing of deontological guilt in obsessive-compulsive disorder. *Brain Struct Func* 2014; 219: 1321-1331. doi: 10.1007/s00429-013-0570-2
13. Mancini F, Gangemi A. Deontological guilt and obsessive compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2015; 49: 1-7. doi: 10.1016/j.jbtep.2015.05.003
14. Fairburn CG, Cooper PJ. The clinical features of bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 1984; 144: 238-246. doi: 10.1192/bjp.144.3.238
15. Heatherton TF, Baumeister RF. Binge eating as escape from self-awareness. *Psychol Bull* 1991; 110: 86-108. doi: 0033-2909/91/J3.00
16. Pardini DA, Lochman JE, Frick PJ. Callous/unemotional traits and social-cognitive processes in adjudicated youths. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 364-371. doi: 10.1097/00004583-200303000-00018
17. Jarrett RB, Weissenberger JE. Guilt in depressed outpatients. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58: 495-498. doi: 10.1016/S0165-0327(01)00335-4
18. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56-62.
19. Beck AT, Ward CH, Mendeison M, Moth J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. (DSM-IV), Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
21. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva, World Health Organization, 10th Revision, 1992.
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-V), Washington, DC, American Psychiatric Association, 2013.
23. Beck AT. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am J Psych* 2008; 165: 969-977. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08050721
24. Coyne JC. Toward an interactional description of depression. *Psychiatry* 1976; 39: 28-40. doi: 10.1080/00332747.1976.11023874
25. Harder DW. Shame and guilt assessment, and relationships of shame- and guilt-proneness to psychopathology içinde, JP Tangney ve KW Fischer editörler. New York, NY, The Guilford Press, 1995.
26. O'Connor LE, Berry JW, Weiss J, Gilbert P. Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *J Affect Disord* 2002; 71: 19-27. doi: 10.1016/S0165-0327(01)00408-6
27. Mosher DL. The development and multitrait-multimethod matrix analysis of three measures of three aspects of guilt. *J Consult Clin Psychol* 1966; 30: 25-29. doi: 10.1037/h0022905
28. Tangley JP. Recent advances in the empirical study of shame and guilt. *Am Behav Sci* 1995; 38: 1132- 1145. doi: 10.1177/0002764295038008008
29. Lewis HB. Shame and guilt in neurosis. New York, International Universities Press, 1971.
30. Averill PM, Diefenbach GJ, Stanley MA, Breckenridge JK, Lusby B. Assessment of shame and guilt in a psychiatric sample: A comparison of two measures. *Pers Individ Dif* 2002; 32: 1365-1376. doi: 10.1016/S0191-8869(01)00124-6
31. Tangney JP, Wagner P, Gramzow R. The Test of Self-Conscious Affect. Fairfax, VA, George Mason University, 1989.
32. Köksal F, Gençdoğan B. Depresif olanlar ile olmayanların suçluluk, utanç ve öfke tarzlarının incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2007; 9: 163-175.
33. Harder DW, Cutler L, Rockart L. Assessment and shame and guilt and their relationships to psychopathology. *J Pers Assess* 1992; 59: 584-604. doi: 10.1207/s15327752jpa5903\_12
34. Şahin NH, Şahin N. Adolescent guilt, shame, and depression in relation to sociotropy and autonomy. *The World Congress of Cognitive Therapy*, Toronto, 1992.
35. Kugler K, Jones WH. On conceptualizing and assessing guilt. *J Pers Soc Psychol* 1992; 62: 318-327. doi: 10.1037/0022-

3514.62.2.318

36. Altın M. A cross-cultural investigation of obsessive compulsive disorder symptomatology: The role of religiosity and religious affiliation. ODTU Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi. 2009.

37. Inozu M, Karancı AN, Clark DA. Why are religious individuals more obsessional? The role of mental control beliefs and guilt in Muslims and Christians. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2012; 43: 959-966. doi: 10.1016/j.jbtep.2012.02.004

38. Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): I: history, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 624-629. doi: 10.1001/archpsyc.1992.01820080032005

39. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV clinical version (SCID-I/CV, Version 2.0). New York, Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 1997.

40. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Danacı AE, Köroğlu E. DSM-IV eksen 1 ruhsal bozukluklarına göre Türkçe yapılandırılmış klinik değerlendirmenin güvenilirliği. *İlaç ve Tedavi Derg* 1999; 12: 33-6.

41. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Turk J Psychology* 1988; 6: 118-126.

42. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Turk J Psychology* 1989; 7: 3-13.

43. Haidt J, McCauley C, Rozin P. Individual differences in sensitivity to disgust: Scale sampling seven domains of disgust elicitors. *Pers Individ Dif* 1994; 16: 701-713. doi: 10.1016/0191-8869(94)90212-7

44. Olatunji BO, Sawchuk CN, de Jong PJ, Lohr JM. Disgust sensitivity and anxiety disorder symptoms: Factor structure and psychometric properties of the Disgust Emotion Scale. *J Psychopathol Behav Assess* 2007; 29: 115-124. doi: 10.1007/s10862-006-9027-8

45. Olatunji BO, Haidt J, McKay D, David B. Core, animal reminder, and contamination disgust: Three kinds of disgust with distinct personality, behavioral, physiological, and clinical correlates. *J Res Pers* 2008; 42: 1243-1259. doi: 10.1016/j.jrp.2008.03.009

46. Inozu M, Eremsoy CE. The psychometric properties of the Turkish version of Disgust Scale and Contamination Cognitions Scale. *Turk J Psycho* 2013; 16: 1-10.

47. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press, 1970.

48. Oner N. Durumluk ve sürekli kaygı envanterinin Türk toplumundaki geçerliliği. Yayınlanmış Doktora Tezi, Ankara. 1977.

49. Kline RB. Software review: Software programs for structural equation modeling: Amos, EQS, and LISREL. *J Psychoeduc Assess* 1998; 16: 343-364. doi: 10.1177/073428299801600407

50. Field A. Discovering statistics using SPSS. Sage publications, 2009.

51. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate analysis. 2001.

52. Ghatavi K, Nicolson R, MacDonald C, Osher S, Levitt A. Defining guilt in depression: A comparison of subjects with major depression, chronic medical illness and healthy controls. *J Affect Disord* 2002; 68: 307-315. doi: 10.1016/S0165-0327(01)00335-4

53. Fergus TA, Valentiner DP, McGrath, PB, Jencius S. Shame and guilt-proneness: Relationships with anxiety disorder symptoms in a clinical sample. *J Anxiety Disord* 2010; 24: 811-815.

54. Tsai JL, Levenson RW, McCoy K. Cultural and temperamental variation in emotional response. *Emotion* 2006; 6: 484-497. doi: 10.1037/1528-3542.6.3.484

55. Paulhus DL, Robins RW, Trzesniewski KH, Tracy JL. Two replicable suppressor situations in personality research. *Multivar Behav Res* 2004; 39: 301-326. doi: 10.1207/s15327906mbr3902\_7

56. Ozen A, Sümer N. Evlilikte kızgınlık, üzüntü ve suçluluk duygularının ifade biçimlerinin ölçümü. *Türk Psikoloji Yazıları* 2013; 16: 36-55.

57. Savaşır I. Ölçek uyarlamasındaki sorunlar ve bazı çözüm yolları. *Turk J Psycho* 1994; 9: 27-32.

58. Fedewa BA, Burns LR, Gomez AA. Positive and negative perfectionism and the shame/guilt distinction: Adaptive and maladaptive characteristics. *Pers Individ Dif* 2005; 38: 1609-1619. doi: 10.1016/j.paid.2004.09.026

59. Kring AM, Bachorowski JA. Emotions and psychopathology. *Cogn Emot* 1999; 13: 575-599. doi: 10.1080/026999399379195

60. Barlow DH. Disorders of emotion. *Psychol Inq* 1991; 2: 58-71. doi: 10.1207/s15327965pli0201\_15

61. Kring AM, Neale JM. Do schizophrenics show a disjunctive relationship among expressive, experiential, and psychophysiological components of emotion? *J Abnormal Psychol* 1996; 105: 249-257. doi: 10.1037/0021-843X.105.2.249

62. Clifton EG, Feeny NC, Zoellner LA. Anger and guilt in treatment for chronic posttraumatic stress disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2017; 54: 9-16. doi: 10.1016/j.jbtep.2016.05.003

# Mediating role of coping styles in personal, environmental and event related factors and posttraumatic growth relationships in women with breast cancer

*Meme kanseri olan kadınlarda bireysel, çevresel ve olaya dair faktörler ile travma sonrası gelişim ilişkileri arasında başa çıkma stillerinin aracılık rolü*

Zumrut Bellur<sup>1</sup>, Arzu Aydın<sup>2</sup>, Emre Han Alpay<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Res. Ass, <sup>2</sup>Assoc.Prof., Mersin University, Faculty of Arts and Sciences, Department of Psychology, Mersin, Turkey

## SUMMARY

**Object:** The aim of this study was to examine the effects of environmental, personal and event related factors on posttraumatic growth in breast cancer patients. **Methods:** The study was conducted with 134 women who are undergoing chemotherapy treatment or coming to the hospital for their routine controls. Revised Dyadic Adjustment Scale, The Impact of Event Scale, Posttraumatic Growth Inventory, Ways of Coping Inventory, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, The General Self-Efficacy Scale-Turkish Form and Demographic Information Form was used. **Results:** According to t-test analyses as the time passage from the diagnosis increases the perceived social support from the family members is increasing. Also while the group that had previous trauma experiences uses more helplessness coping styles, the group that had no previous trauma experience uses more problem focused coping style and showed greater posttraumatic growth. Results of the mediation analyses showed that problem focused coping has a mediator role in dyadic adjustment- posttraumatic growth; perceived social support from the family- posttraumatic growth; and self-efficacy- posttraumatic growth relationships. **Discussion:** The results of the current study are important in terms of developing new intervention programs that will help breast cancer patients to develop posttraumatic growth and also to better cope with cancer. This study is also important because the effect of marital adjustment and marital satisfaction on posttraumatic growth in breast cancer patients is an issue which is not well studied with Turkish sample.

**Key Words:** Posttraumatic growth, marital adjustment, coping styles, breast cancer

## ÖZET

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı meme kanseri hastalarında çevresel, bireysel ve olaya dair faktörlerin travma sonrası gelişim ile olan ilişkisini incelemektir. **Yöntem:** Çalışma kemoterapi tedavisi ya da rutin kontrolleri için hastaneye gelen 134 kadın ile yürütülmüştür. Çalışma kapsamında Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği, Olay Etkisi Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu, Travma Sonrası Gelişim Ölçeği, Başa Çıkma Yolları Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Genel Özyeterlilik Ölçeği ve Demografik Bilgi Formu kullanılmıştır. **Bulgular:** T-testi analizi sonuçlarına göre tanı almanın üzerinden geçen zaman arttıkça aileden algılanan sosyal desteğin arttığı görülmüştür. Tanı almadan önce travma deneyimi olan katılımcılar daha çok çaresiz başa çıkma stili kullanırken, tanı öncesinde travma yaşamamış olanlar daha çok problem odaklı başa çıkma stili kullanıp daha yüksek travma sonrası gelişim rapor etmişlerdir. Aracılık testi sonuçları problem odaklı başa çıkma stiline; çift uyumu-travma sonrası gelişim; aileden algılanan sosyal destek-travma sonrası gelişim; genel özyeterlilik-travma sonrası gelişim ilişkilerinde tam aracılık rolü olduğunu göstermiştir. **Sonuç:** Çalışmanın bulguları kanser hastalarına yönelik daha iyi baş etme yolları ve travma sonrası gelişim geliştirebilmelerine yardımcı olabilecek müdahaleler geliştirilebilmesi açısından önemlidir. Ayrıca çalışma meme kanseri hastalarında travma sonrası gelişim ile evlilik uyumu ve evlilik doyumu arasındaki ilişkinin Türkiye’de çok az çalışılan bir konu olmasından dolayı önemlidir.

**Anahtar Sözcükler:** Travma sonrası gelişim, evlilik uyumu, başa çıkma stilleri, meme kanseri

(*Turkish J Clinical Psychiatry 2018;21:38-51*)

DOI: 10.5505/kpd.2018.65365

## INTRODUCTION

Human beings have been exposed to accidents, wars, terrorist attacks, losses and natural disasters ever since the beginning of the mankind's existence. Such traumatic experiences may cause some psychological disorders in people who experience them, like posttraumatic stress disorder. In addition, chronic illnesses can also be defined as traumatic for the patients and for their families in terms of the effects they have on these people.

Fortunately, traumatic events do not always end up with a disorder or a pathology. According to the literature, apart from their negative effects, traumatic events lead to some positive results for some people (1,2). In their study, which examines the changes resulting from traumas, Tedeschi, Park and Calhoun (3) reported that it is important to take into account both the negative and the positive psychological results of traumas to arrive at more comprehensive conclusions. Posttraumatic growth (PTG), which is well defined by Tedeschi and Calhoun (4), refers to the positive changes that are experienced as a result of trying to cope with threatening life events. According to the literature, people who experience traumatic events not only recover but they also go far beyond their functioning level prior to the traumatic event. Nolen-Hoeksema and Davis (5) stated that changes occurring as a result of trying to cope with the distressing situation bring the person to a higher functioning level prior to the traumatic event.

There are a plenty of models developed to define the term PTG and other related variables. Some of these models are: PTG as one construal of meaning (6), PTG within a meaning-making coping process (7), PTG as an interpretative process (8), PTG as one form of self-enhancing appraisal or positive illusion (9), model of life crises and personal growth (10) and conceptual model of PTG (4).

According to the conceptual model of posttraumatic growth, which is developed by Tedeschi and Calhoun (4), characteristics of the event and the person -stress management, ruminations, disclosure, and socio-cultural factors (schema models for post traumatic growth, social themes)- are related

factors with posttraumatic growth.

Schaefer and Moos (11) proposed that personal and environmental systems affect life crises and in turn, they shape the results of these crises. According to this model, personal system consists of demographic characteristics, self-efficacy, hardiness, motivation, health status and prior trauma experiences. Relationships with family, friends and coworkers and the perceived social support from these sources all together generate the environmental system. Moreover, financial status, home environment and social life can also be included within the environmental factors. Event related factors are the duration, severity and timing of the event and also the scope of the event (whether it affects only the person or it affects a group of people). In addition to these factors, the strategies used to cope with/ manage these traumatic events refer to the cognitive processes (11).

Zemore and Shepel (12) reported that social support not only influences the coping strategies but it also helps the person to successfully adjust to life crisis which in turn results in PTG. Another result of this study was related to the severity of the event, that is, as the severity increases, the social support also increases and it leads to higher PTG (12). Moos and Schaefer (13) reported that individuals who get more support from their family and friends are more prone to use approach coping. Moreover, it was stated that using approach coping more was related with increased adjustment to life crises and decreased psychological symptoms (13). Furthermore when compared with avoidant coping; approach coping is highly related with PTG (10). Likewise in another study it was found that postoperative breast cancer (BC) patients who were optimistic were more likely to use problem-focused coping strategies which leads to the development of posttraumatic growth (14). Some of the studies regarding the relationship between chronic illnesses and PTG examined the relationship between HIV infection and PTG (15), rheumatoid arthritis and PTG (16), and autism and PTG (17). Schwartzberg (15) stated that most of the gay men who are HIV infected gained insight about their positive characteristics. According to findings of this study, being diagnosed as HIV-positive for some men, was a transforming experience, because



this experience helped them to see their strong aspects, skills and also helped them to explore their internal resources (15). Elçi (17) in his study with the parents of autistic children found that social support and problem solving/optimistic coping were significant predictors of PTG among mothers. On the other hand, social support, problem solving/optimistic coping, religiosity, age, years of marriage were the significant predictors of PTG among fathers (17). Finally, Dirik (16) in her research about rheumatoid arthritis, found that, gender (being female), perceived severity of the illness, perceived social support and problem solving coping were significant predictors of PTG where as religiousness was not found to be related to PTG (16).

Cancer confronts people with the probability of their own death. When it comes to death, many of the cancer patients begin to think deeply about the meaning of life, purpose of life, beliefs in God or not believing in God and spirituality. For some patients this kind of existential thoughts leads to an increase in the value of life and to a stronger or clearer feeling of spirituality (2). In another study conducted with cancer patients, it was shown that some characteristics of cancer experience lead to posttraumatic growth in patients (18). Also in another study it was found that post traumatic growth is highly common in cancer patients that is most of the cancer patients develop a more positive manner to not only themselves but also to their families and to other people (11). Finally, when the studies that specifically assessed the relationship between breast cancer and posttraumatic growth are examined, some of the variables found to be related to PTG are as follow; social support and ways of coping (19); problem focused coping and dispositional optimism (14); perceived social support from significant others and dispositional optimism (20).

Individuals diagnosed with cancer are faced with different types of stressful experiences like; being diagnosed with a serious disease, being exposed to medical interventions, possibility of relapse, adverse effects of the treatment, impairments in physical and social functioning (21,22).

The most prevalent cancer type among Turkish women is breast cancer with a percentage of 43 (23). The purpose of the current study was to examine the relationship between environmental, personal and event related factors and posttraumatic growth in breast cancer patients. For this aim, hypotheses of the current study are as follows;

- Posttraumatic growth will increase as perceived social support increases.
- PTG will increase as self-efficacy increases.
- PTG will increase as avoidance increases, whereas, hypervigilance will decrease as PTG increases.
- As optimistic/problem focused coping and fatalistic coping increases, PTG will increase. On the other hand, as helplessness coping increases PTG will decrease.
- Optimistic/problem focused coping style will mediate the PTG-environmental factors, PTG-individual factors and PTG-event related factors relationships.
- Fatalistic coping style will mediate the PTG-environmental factors, PTG-individual factors and PTG-event related factors relationships.
- Helplessness coping style will not mediate the PTG-environmental factors, PTG-individual factors and PTG-event related factors relationships.
- Age, duration of marriage, time since the diagnosis, education and prior trauma experiences will be related with PTG.

## METHOD

### Participants

One hundred and thirty four women breast cancer patients (mean age=45.02, SD=8.18, range=23-67) undergoing postoperative chemotherapy treatment, radiotherapy treatment or coming to the hospital for their routine controls after recovery par-

ticipated in the study. Participants were recruited from different cities in Turkey, which are Gaziantep, Bursa, Mersin, İzmir and Adana. The participants had a history of breast cancer for a minimum of two months and a maximum of 180 months ( $M=27.92$ ,  $SD=37.13$ ). Thirty-two of the participants (% 23.9) had trauma experience (serious accident, natural disaster, physical assault, torture, serious illness, death of a loved one) prior to their diagnosis of breast cancer whereas one hundred and two of the participants (% 76.1) had no trauma experience prior to their diagnosis of breast cancer. While one hundred of the participants (% 74.6) were unemployed, twenty seven of the participants (% 20.2) were currently employed in different jobs (engineer, teacher, officer etc.) and finally seven of the participants (% 5.2) were retired (see table 1). Inclusion criteria for the sample were being at least 18 year old and being married, having a history of breast cancer for a minimum of two months and maximum of 180 months.

## Measures

**Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS):** The MSPSS, which was originally developed by Zimet, Dahlem, Zimet and Farley (24) was used in the present study. It was translated into Turkish by Eker and Arkar (25) and revised by Eker, Arkar, and Yıldız (26). The scale consists of 12 likert items questioning the source and the level of social support provided by a significant other, family members and friends (26). The scale is a seven-point Likert-type questionnaire and higher scores represent higher levels of perceived social

support. The factor analysis of the MSPSS for the present study yielded three factors explaining 62.49 percent of the variance. In the present study, the internal consistency measured by Cronbach alpha of the whole scale was 0.79, significant other was 0.83, family was 0.55 and friends subscale was 0.85 illustrating good reliability.

**Posttraumatic Growth Inventory (PTGI):** The PTGI was developed by Tedeschi and Calhoun (4) to measure the positive changes resulted after traumatic experiences. The scale was translated into Turkish by Kılıç (27). The revised and adapted form by Dirik and Karancı (28) was used in the current study. The PTGI consisted of 21 six-point likert items and divided into five subscales which are new possibilities, relating to others, personal strength, spiritual change and appreciation of life. Although this scale consists of five subscales, Bellizzi and colleagues (29) stated that factor analysis showed that the inventory appeared to reflect one global construct rather than several distinct areas of growth. Similarly Park and Lechner (30) stated that total score was used due to such inconsistencies regarding the factor structure of the scale. Likewise, in the current study total score was used as an indicator of growth: posttraumatic growth rate increases as the score increase. In the present study, the internal consistency reliability of the PTGI calculated by Cronbach's alpha was 0.86.

**Ways of Coping Inventory (WCI):** Ways of Coping Inventory (WCI) was developed by Folkman and Lazarus (31) and revised by Folkman and Lazarus (32) to measure the coping strategies. Uçman (33)

**Table 1.** Demographic characteristics of the participants

	Frequency	Percentage
Work Status		
Working	27	20.1
Not Working	100	74.6
Retired	7	5.2
Education		
Master Degree	2	1.5
University Graduate	22	16.4
High School Graduate	33	24.6
Primary School Graduate	69	51.5
No Education	8	6.0
Prior Trauma Experience		
Yes	32	23.9
No	102	76.1

stated that the scale was translated into Turkish in 1998 by Siva. Karancı et al. (34) used the shortened form (42 three-point likert items and four factors) in their study, which measures the relationship between ways of coping and psychological distress of earthquake survivors in Turkey. The form that was used by Karancı et al. (34) was used in the current study. The factor analysis made by using principal component analysis with varimax rotation of the WCI for the present study, yielded three factors explaining 35.86 per cent of the variance. According to the factor analysis, some of the items of optimistic coping loaded under the factor, which is named as problem focused coping. It can be said that the ones who use problem focused coping style are optimistic and their problem solving strategies are positive. According to Bell and D'Zurilla (35) "a positive problem orientation consists of the general disposition to a) appraise a problem as a challenge, b) believe that problems are solvable, c) believe in ones ability to solve problems effectively and d) recognize and accept the fact that effective problem solving takes time and effort". From this point of view, it was thought that optimism is the first requirement for the problem focused coping style. Thus, this factor, which mostly consists of the items related to optimistic coping and problem-focused coping is named as Problem focused/optimistic coping style. The Chronbach's alpha of the total scale was 0.80 while the Cronbach's alpha for Optimistic/ Problem focused coping was 0.80, for fatalistic coping was 0.78 and for helplessness coping was 0.69.

*The General Self-Efficacy Scale-Turkish Form:* The General Self-Efficacy Scale was developed by Sherer et al. (36) and consisted of 23 items. Turkish version of the scale readapted by Yıldırım and İlhan (37) was used in the present study. The questionnaire consisted of 17 five-point likert items. The original scale divided into three subscales but the total score was used in the present study as it was suggested by Yıldırım and İlhan (37) (as the score increases self-efficacy increases). In the present study, the internal consistency of the General Self-Efficacy Scale-Turkish Form calculated by Cronbach's alpha was 0.86.

*Revised Dyadic Adjustment Scale (R-DAS):* Dyadic Adjustment Scale (DAS) was developed by Spanier

(38) to measure the quality of the marriage. The original scale consisted of 32 items and divided into four factors. It was translated into Turkish by Fıfıloğlu and Demir (39). The Revised Dyadic Adjustment scale was developed by Busby, Crane, Larson, and Christensen (40). It consisted of 14 items and scored on a five-point scale (1=never, 5=almost every time). It has three subscales that are consensus, satisfaction and cohesion. Turkish form that was used by Gündoğdu (41) was used in the present study. The factor analysis of the RDAS for the present study did not yield three factors. The existence of other studies (42) having used the total score from the scale, enabled the researchers to use the total score from the scale for the current study too. The internal consistency reliability of the RDAS calculated by Cronbach's alpha was 0.83 for this study.

*Impact of Event Scale-Revised (IES-R):* Impact of Event Scale was developed by Horowitz et al. (43) to assess the subjective distress level of a person experiences after a certain event. The scale consists of 15 items and these items made up two subscales (intrusions, and avoidance). As the scale does not consist of items related to hypervigilance, it was not able to contain all the symptoms known for the post traumatic stress disorder. Thus, Weiss and Marmar (44) added new items regarding hypervigilance dimension. After adding new items (Impact of Event Scale-R), it consisted of 22 items and these 22 items made up three subscales, which are, intrusions, avoidance and hypervigilance. It was translated into Turkish by Işıklı (45). Avoidance and Hypervigilance subscales were used in the current study. The internal consistency reliabilities of the avoidance and hypervigilance calculated by Cronbach's alpha were 0.70 and 0.76 respectively for this study.

## Procedure

In the present study, the examined environmental factors were dyadic adjustment and perceived social support (from family, friends and significant others). Personal factors were self-efficacy, demographic variables (age, time of marriage) and prior

trauma experiences. The impact of the event (avoidance and hypervigilance) variable was examined under the category of event related factors. The relations of cognitive processes with these factors listed before and with posttraumatic growth were examined. Furthermore, the mediating role of coping strategies on environmental factors-posttraumatic growth, individual factors-posttraumatic growth and event related factors-posttraumatic growth relation among cancer patients was also examined.

The data was collected from five different hospitals located in five different provinces of Turkey between March 2014 and April 2015. Before data collection, necessary ethical approvals were obtained from the Clinical Research Ethics Committees of Mersin University and also from Turkey Public Hospitals Institution for each of the hospitals mentioned above. After the purpose of the study was explained and confidentiality was guaranteed, informed consent was obtained from the participants. Application of each questionnaire took approximately 25 minutes.

Before statistical analysis, data were cleaned in terms of missing values and outliers. Since there were no cases with missing values, there is no need to apply any procedure for missing values. On the

other hand, the 17 cases who were outliers were deleted. A total of 134 cases were examined for further analysis.

### Statistical analysis

Pearson correlation coefficients were calculated to examine the relations among the variables of the study. Five separate independent sample t-tests were conducted in order to examine the group differences on study variables. Finally, in order to examine the mediating role of ways of coping on the environmental factors-posttraumatic growth, individual factors-posttraumatic growth and event related factors-posttraumatic growth relation among breast cancer patients, 24 separated mediation analyses were conducted according to the steps proposed by Baron and Kenny (46). Data was analyzed via SPSS 20.

### RESULTS

Pearson correlation coefficients were calculated to examine the relations among the variables of the study (see Table 2). The correlational analysis showed that PTG is significantly and positively related to optimistic/problem focused coping ( $r=0.50$ ,  $p<0.01$ ), fatalistic coping ( $r=0.29$ ,  $p<0.01$ ), dyadic adjustment ( $r=0.19$ ,  $p<0.05$ ), support from

**Table 2. Correlation matrix for study variables**

	Correlation												mean	sd	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
1. Helplessness Coping	-													12.53	2.88
2. Fatalistic Coping	.10	-												23.67	3.23
3. Optimistic/Problem F. Coping	-.25**	.12	-											43.36	4.19
4. Posttraumatic Growth	-.13	.29**	.50**	-										86.58	14.21
5. Dyadic Adjustment	-.19*	.06	.17*	.19*	-									55.21	8.74
6. Support From Family	-.16	.04	.21*	.21*	.45**	-								26.19	2.78
7. Support From Friends	-.11	.05	.06	.04	.07	.11	-							23.47	5.71
8. Support From Significant Others	.03	.08	-.03	.06	.05	-.03	.42**	-						20.70	7.13
9. Selfefficacy	-.36**	-.07	.40**	.28*	.15	.30**	.07	.03	-					67.00	12.18
10. Self-blame	.49**	-.13	-.10	-.13	-.29**	-.10	-.06	.10	-.13	-				2.99	1.16
11. Avoidance	.07	.27**	.36**	.39*	.08	.07	-.07	-.02	.05	.00	-			16.88	6.97
12. Hypervigilance	.48**	.06	-.11**	-.02	-.20**	-.23**	-.00	-.01*	.33**	.28**	.03	-		8.14	5.79

\* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$ , \*\*\* $p<0.001$

family ( $r=0.21$ ,  $p<0.05$ ), avoidance ( $r=0.30$ ,  $p<0.01$ ), and self-efficacy ( $r=0.28$ ,  $p<0.01$ ). As it is shown in Table 2, the correlation coefficient between dyadic adjustment and PTG ( $r=0.19$ ,  $p<0.05$ ) was the lowest one among these coefficients.

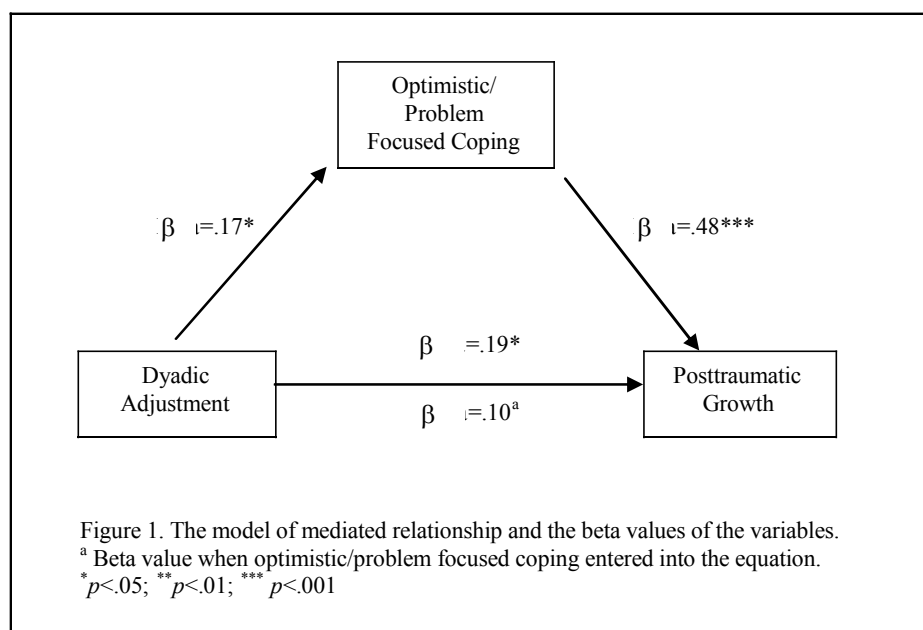
Five separate independent sample t-tests were conducted in order to examine the group differences on study variables. It was found that there is no significant difference between the groups regarding age (44 years and less group versus 45 years and older group), education level (high school and higher education group versus elementary education and illiterate group) and time passed since marriage (20 years and less versus 21 years and higher group). On the other hand, according to the t-test regarding time passed since the diagnosis (12 months and less, more than 12 months) there is a significant difference between the two groups only regarding the perceived social support from the family ( $t(132)=-2.61$ ,  $p < 0.01$ ). That is the participants in the more than 12 months group reported higher perceived social support from the family compared to the participants in the 12 months and less group. There were no significant differences between the two groups regarding time passed since the diagnosis on the remaining variables. According to the t-test analysis regarding the trauma experiences prior to BC diagnosis, there were significant differences between the groups. T-test analysis revealed that there was a significant difference between the two groups regarding problem focused coping style ( $t(132)=2.67$ ,  $p<0.01$ ). That is the group who had no prior trauma experience had higher scores ( $m=44.74$ ,  $sd=3.76$ ) on problem focused coping styles compared to the group who had prior trauma experience ( $m=42.71$ ,  $sd=4.24$ ). Also, there was a significant difference between the two groups regarding post traumatic growth ( $t(132)=2.33$ ,  $p<0.05$ ). That is, the group who had no prior trauma experience had higher scores ( $m=90.69$ ,  $sd=11.55$ ) on posttraumatic growth compared to the group who had prior trauma experience ( $m=84.64$ ,  $sd=14.98$ ). Finally, there was a significant difference between the two groups regarding helplessness coping style ( $t(132)= -2.49$ ,  $p<0.05$ ). That is, the group who had prior trauma experience had higher scores ( $m=12.95$ ,  $sd =2.81$ ) on helplessness coping style compared to the group who had no prior trauma experience ( $m=11.65$ ,  $sd$

$=2.84$ ). There were no significant differences between the two groups regarding the prior trauma experiences on the remaining variables (perceived social support, dyadic adjustment, fatalistic coping, avoidance and hypervigilance).

### Mediation Analysis

In the first analysis the mediation role of problem focused/optimistic coping on the dyadic adjustment and posttraumatic growth relation was examined. Results showed that the relationship between dyadic adjustment and posttraumatic growth was mediated by optimistic/problem-focused coping. Dyadic adjustment was a marginally significant predictor of posttraumatic growth (Beta=0.19,  $p=0.026$ ) and it was a significant predictor of optimistic/problem-focused coping (Beta=0.17,  $p=0.038$ ). Optimistic/problem-focused coping was a significant predictor of posttraumatic growth (Beta=0.48,  $p<0.001$ ). The final condition of mediation was also met: The standardized regression coefficient between dyadic adjustment and posttraumatic growth decreased after controlling for optimistic/problem-focused coping (from Beta= 0.19,  $p=0.026$  to Beta=0.10,  $p=0.172$ ). Therefore, optimistic/problem focused coping mediated the relationship between dyadic adjustment and posttraumatic growth (see Figure 1).

The relation between perceived social support from family members and posttraumatic growth was mediated by optimistic/problem-focused coping. Perceived social support from family members was a marginally significant predictor of posttraumatic growth (Beta=0.21,  $p=0.013$ ) and it was a significant predictor of optimistic/problem-focused coping (Beta=0.21,  $p=0.013$ ). Optimistic/problem-focused coping was a significant predictor of posttraumatic growth (Beta=0.48,  $p<0.001$ ). The final condition of mediation was also met: The standardized regression coefficient between perceived social support from family members and posttraumatic growth decreased after controlling for optimistic/problem-focused coping (from Beta=0.21,  $p = 0.013$  to Beta = 0.11,  $p = 0.148$ ). Therefore, optimistic/problem-focused coping mediated the relationship between perceived social support from family members and



posttraumatic growth (see Figure 2).

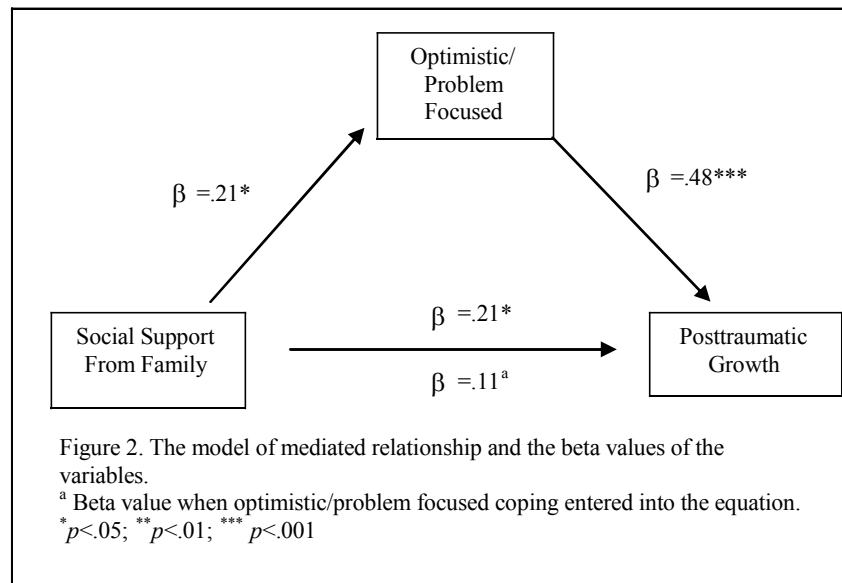
The relationship between self-efficacy and posttraumatic growth was mediated by optimistic/problem-focused coping. Self-efficacy was a marginally significant predictor of posttraumatic growth (Beta = 0.28,  $p < 0.001$ ) and it was a significant predictor of optimistic/problem-focused coping (Beta=0.40,  $p < 0.001$ ). Optimistic/problem-focused coping was a significant predictor of posttraumatic growth (Beta=0.48,  $p < 0.001$ ). The final condition of mediation was also met: The standardized regression coefficient between self-efficacy and posttraumatic growth decreased after controlling for optimistic/problem-focused coping (from Beta=0.28,  $p = 0.001$  to Beta=0.09,  $p = 0.261$ ). Therefore, problem-focused coping mediated the relation between self-efficacy and posttraumatic growth (see Figure 3).

The relation between avoidance and posttraumatic growth was partially mediated by optimistic/problem-focused coping. Avoidance was a significant predictor of posttraumatic growth (Beta= 0.39,  $p < 0.001$ ) and it was a significant predictor of optimistic/problem-focused coping (Beta=0.36,  $p < 0.001$ ). Optimistic/problem-focused coping was a significant predictor of posttraumatic growth (Beta= 0.48,  $p < 0.001$ ). The final condition of mediation was also met: The standardized regres-

sion coefficient between avoidance and posttraumatic growth decreased after controlling for optimistic/problem-focused coping (from Beta=0.39,  $p < 0.001$  to Beta=0.24,  $p = 0.002$ ). The mediator role of optimistic/problem-focused coping was confirmed by Sobel test (Sobelz = 3.41,  $p < 0.01$ ). Therefore, optimistic/problem-focused coping partially mediated the relationship between avoidance and posttraumatic growth.

The relation between avoidance and posttraumatic growth was partially mediated by fatalistic coping. Avoidance was a significant predictor of posttraumatic growth (Beta= 0.39,  $p < 0.001$ ) and it was a significant predictor of fatalistic coping (Beta= 0.27,  $p < 0.001$ ) Fatalistic coping was a significant predictor of posttraumatic growth (Beta=0.20,  $p = 0.016$ ). The final condition of mediation was also met: The standardized regression coefficient between avoidance and posttraumatic growth decreased after controlling for fatalistic coping (from Beta=0.39,  $p < 0.001$  to Beta= 0.34,  $p < 0.001$ ) (see Figure 4). The mediator role of fatalistic coping was confirmed by Sobel test (Sobelz = 1.97,  $p < 0.05$ ). Therefore, fatalistic coping partially mediated the relation between avoidance and posttraumatic growth.

In terms of other variables used in this study, the conditions of mediation were not fulfilled.



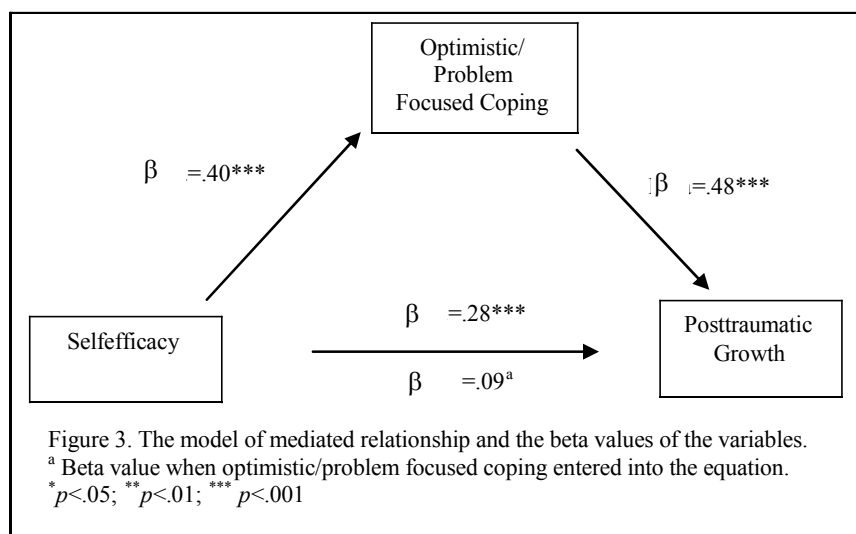
Therefore, the relation between the remaining variables and posttraumatic growth was not mediated by coping.

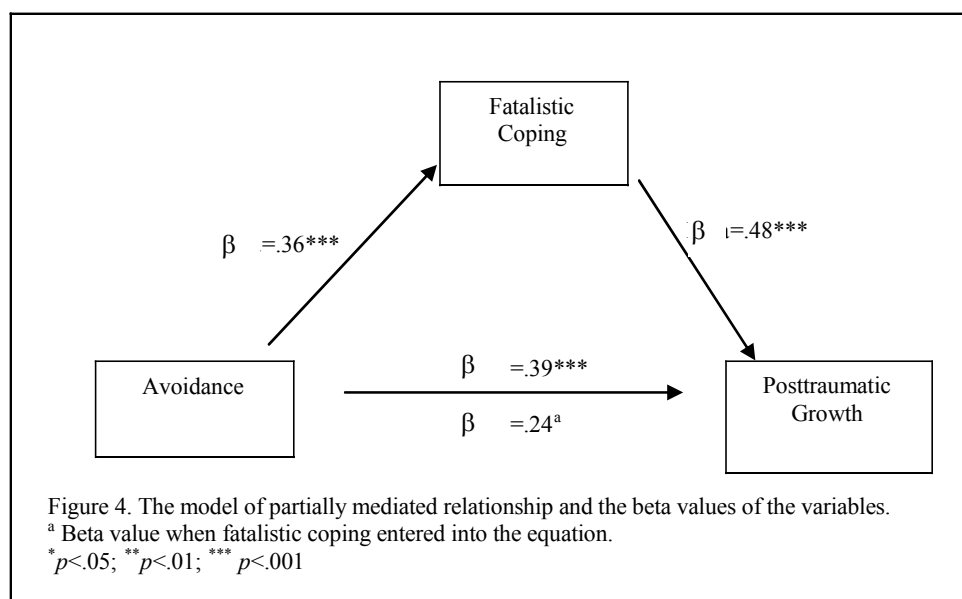
## DISCUSSION

The current study was conducted to examine the relation of environmental, event related, personal and cognitive factors with posttraumatic growth (PTG). For this reason, perceived social support and dyadic adjustment were examined as the environmental factors; demographic variables, prior

trauma experience and self-efficacy were examined as the personal factors; avoidance, hypervigilance and ways of coping were examined as the event related and the cognitive factors. The relation of these variables with PTG and also the mediator role of ways of coping in environmental factors-PTG, event related factors-PTG and personal factors-PTG relations were examined.

First of all, the effects of demographic variables (e.g., age, education, time passed since the diagnosis, prior trauma experience and time passed since the marriage) on the variables of the study were





investigated. The findings of the current study supported previous findings only partially regarding demographics predicting PTG. To begin with, age was not found to be related to PTG in the current study. Similar with this finding, Svetina and Nastran (47) found that age did not account for the differences in breast cancer patients. On the other hand, Bellizi (48) found that, age was related to PTG that is, the younger subjects experience more PTG when compared to older cancer patients. Similar to this finding Pinquart et al. (49) stated that the younger the age of patients, the higher the level of PTG. Education is another variable, which was found to be related to PTG. Some studies stated that there is a negative relation between education and PTG (50); on the other hand, some other researchers reported that there is a positive relation between education and PTG (51). Moreover other studies reported that education does not account for the differences in BC patients (49). Similarly with Svetina and Nastran's (47) findings, the results of the current study suggested that there is a non-significant relation between education and PTG.

In terms of other variables regarding the demographics information, prior trauma experience was significantly related to PTG. When two groups were compared, there was a significant difference in PTG that is, having no prior trauma experience predicted PTG while having prior trauma experi-

ence did not. However, these results are questionable. According to Güneş (52), it was thought that the group who has prior trauma experience would be more likely to show PTG compared to the group who has no prior trauma experience due to their experiences about coping with the prior traumatic events. However, according to the findings of Güneş's study (52), this hypothesis was not proven. Contrary to this finding, the current study revealed that having prior trauma experience did not predict PTG while having no prior trauma experience predicted PTG. According to Janoff-Bulman (53), to be able to experience PTG, one has to manage the traumatic event successfully at least to an extent. This may be related with the resolution of the prior trauma experience. In other words, if the person could not cope successfully with the prior trauma experience, this person may not show PTG after being diagnosed BC due to the unsuccessful coping schemas about traumatic events and the perception of the traumatic experience. However, in the current study, the data about how the person dealt with the prior trauma experience was not collected. Therefore, this might be the reason of the current findings. On the other hand on of the result of the current study revealed that; the group who had prior trauma experience uses more helplessness coping and less optimistic/problem focused coping when compared to the group who had no prior trauma experience. This information could be an explanation for the finding regarding PTG and



prior trauma experiences.

Perceived social support (from family, friends and significant others) and dyadic adjustment were examined as the environmental factors. The current study showed that only social support from the family predicted PTG. However, there is an inconsistency regarding PTG and social support relation in the literature. Although there are studies showing that social support predicted PTG (17, 49, 54, 55, 56); there are also other studies that illustrating that social support did not predict PTG (57, 58, 59). Findings of the current study showed that perceived social support from the family changes over time elapsed since diagnosis. According to the results of the current study the participants in the more than 12 months group reported higher perceived social support from the family compared to the participants in the 12 months and less from the diagnosis group.

Another environmental factor was the dyadic adjustment. According to the findings of the current study, as the dyadic adjustment score increased the PTG level also increased. Similar with the findings of the current study, O'Leary and colleagues (60) stated that dyadic adjustment influences the PTG responses of the participants. Moreover, it was stated that the perceived support from the marital relationship was positively related with PTG (50). From this point of view, it can be said that, findings regarding the dyadic adjustment are consistent with the related literature.

When it comes to personal factors, self-efficacy, consistent with the literature, was found to be positively related to PTG. According to Lotfi-Kashani et al. (61) self-efficacy was significantly related with PTG. In addition, Benight and Bandura (62) stated that self-efficacy moderates psychosocial functioning.

Event related factors dimension consisted of avoidance and hypervigilance variables. Şenol-Durak (63) found that avoidance-active coping style and hypervigilance-active coping style relations were significantly positive. Furthermore, it was stated that the relations between PTG-avoidance and PTG-hypervigilance were also significantly positive

(63). Similarly, in the current study, it was found that, avoidance-PTG relation was significantly positive. However there was no significant relation between PTG- hypervigilance variables in the current study.

Many studies examine the concept of PTG and its relation to ways of coping. According to Bellizzi and Blank (64), the best predictor of PTG is active coping. Schmidt et al. (50) stated that active coping was significantly associated with PTG. Furthermore, it was stated that problem focused coping was a good predictor of PTG in many other studies (10, 14, 16, 65). Fatalistic coping was also a predictor of PTG (16). Consistent with these findings, in the current study the PTG- problem focused/optimistic coping and PTG-fatalistic coping relations were found to be significant.

According to the results of the mediation analyses, problem focused coping/optimistic coping, fully mediated the relation between PTG and one of personal factors: PTG-self-efficacy relation. Similar with this finding, there are studies showing that the mediation role of problem focused coping in the relation between PTG and personal factors like: dispositional optimism-PTG relation (14); extroversion-PTG, responsibility-PTG relations (65).

Post-traumatic growth, as the definition implies, is a process in which one develops more positive and new perspectives about the person himself/herself, his/her relationships and his/her life. However, someone with a negative coping style, such as helplessness coping style, does not have the courage and energy to develop such new perspectives. Helplessness as a coping style means that one can not actively strive to get rid of the negative effects of trauma. Therefore, a person with a negative coping style can not be expected to develop PTG. Findings of the current study supported these interpretation. It was found that optimistic/problem focused coping fully mediated the relationships between perceived social support-PTG, dyadic adjustment-PTG and self efficacy-PTG. It seems that the optimistic/positive coping style contributed to the enhancement of the relationships between the sources that the person has, such as dyadic

adjustment, social support and self-efficacy, and the PTG. Besides having these resources, having a positive coping style seems to lead to an increase in the contribution of these resources. According to the findings of the current study there are two coping styles, optimistic/problem focused coping and fatalistic coping, that partially mediated the relationship between PTG and avoidance. Avoidance reactions are cognitive and behavioral reactions by which the person tries to consciously suppress the feelings, memories, and situations evoked by the traumatic experience. In this respect, avoidance reactions are thought to increase the likelihood of a person being less exposed to the adverse effects of traumatic events and developing PTG. This assumption was supported by the findings of the current study. It was found that optimistic/problem focused coping and fatalistic coping styles partially mediated the relationship between PTG and avoidance. Both of these coping styles mean that one has a more accepting and positive perspective regarding the traumatic event. Therefore, these two coping styles seem to contribute to the relationship between avoidance and PTG.

In the present study, there is no information about how the person dealt with the prior trauma experience. Thus, direct conclusions regarding why there was not a significant relation between PTG and prior trauma experiences could not be inferred. This is one of the limitations of this study. Another limitation is the lack of data regarding the stage of the illness. Also, time passed since the diagnosis was very different among subjects (differs from 2 months to 180 months) and this difference could affect coping strategies. Not controlling for this difference is another limitation of the current study. Finally, the cross-sectional nature of the study, the lack of control group, lack of measurements regarding post traumatic stress disorder symptoms and lack of assessment regarding psychiatric illness can be counted as the other limitations of the current study.

To sum up, taking into account other predictive variables of PTG in different cancer types and other chronic disorders for both sexes would be important in planning interventions which aimed to promote psychosocial resources. This study is also important because the effect of marital adjustment

and marital satisfaction on posttraumatic growth in breast cancer patients is an issue which is not well studied with Turkish sample. Besides these strengths, this study is also important in terms of having a great number of participants (134) that would not be underestimated for a specific clinical sample, such as breast cancer.

---

Correspondence address: Research Assistant Zumrut Bellur, Mersin University, Faculty of Arts and Sciences, Department of Psychology, Mersin, Turkey zumrut\_bellur@hotmail.com

---

## REFERENCES

1. Affleck G, Tennen H. Construing benefits from adversity: Adaptational significance and dispositional underpinnings. *J Pers*, 1996; 64, 900-922.
2. Tedeschi RG, Calhoun LG. *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA: Sage Press, 1995.
3. Tedeschi RG, Park CL, and Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual issues. In R. G. Tedeschi, C. L. Park and L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. NJ, Erlbaum Press, pp. 1-22
4. Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress* 1996; 9: 455-471.
5. Nolen-Hoeksema S, Davis C. *Positive response to loss*. New York, Oxford University Press, 2004.
- 6- Davis CG, Nolen-Hoeksema S, Larson J. Making sense of loss and benefiting from the experience: two construals of meaning. *J Pers Soc Psychol*, 1998; 75(2): 561-574.
7. Park CL, Folkman S. Meaning in the context of stress and coping. *Rev Gen Psychol*, 1997; 1(2): 115-144.
8. Filipp SH. A three-stage model of coping with stress and trauma,"in *Posttraumatic Stress Disorder: A Lifespan Developmental Perspective*. Edited by Maercker A, Schu?tzwohl M, Solomon Z. Seattle, Hogrefe and Huber Press, 1999, pp. 43-78.
9. Taylor SE. Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *Am Psychol*, 1983; 38: 1161-1173.
10. Schaefer JA, Moos RH. Life crises and personal growth. In B. N. Carpenter (Ed.), *Personal coping. Theory, research, and application*. Westport, CT: Praeger Press, 1992, pp. 149-170.
11. Schaefer JA, Moos RH. The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. Edited by Tedeschi RG, Park CL and Calhoun LG, *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* Mahwah, NJ, Erlbaum Press, 1998, pp. 99-125.
12. Zemore R, Shepel LF. Effects of breast cancer and mastectomy on emotional support and adjustment. *Soc Sci Med*, 1989; 28 (1): 19-27.
13. Moos RH, Schaefer JA. Coping resources and processes: Current concepts and measures. Edited by Goldberger L, Breznitz S, *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. New York: Free Press, 1993, pp. 234-257.
14. Büyükaşık-Çolak C, Gündoğdu-Aktürk E, Bozo Ö. Mediating role of coping in the dispositional optimism-posttraumatic growth relation in breast cancer patients. *J Psychol*, 2012; 146(5): 471-483.
15. Schwartzberg SS. Vitality and growth in HIV-infected gay men. *Soc Sci Med*, 1994; 38: 593-602.
16. Dirik G. Posttraumatic growth and psychological distress among rheumatoid arthritis patients: An evaluation within the conservation of resources theory. Middle East Technical University, Unpublished doctorate thesis, 2006.
17. Elçi Ö. Predictive values of social support, coping styles and stress level in posttraumatic growth and burnout levels among the parents of children with autism. Middle East Technical University, Unpublished doctorate thesis, 2004.
18. Joseph S, Linley PA. *Trauma recovery and growth*. New Jersey: John Wiley and Sons, 2008
19. Karancı AN, Erkam A. Variables related to stress?related growth among Turkish breast cancer patients. *Stress Health*, 2007; 23(5): 315-322.
20. Bozo Ö, Gündoğdu E, Büyükaşık-Çolak C. The moderating role of different sources of perceived social support on the dispositional optimism-posttraumatic growth relationship in post-operative breast cancer patients. *J Health Psychol*, 2009; 14(7): 1009-1020.
21. Bruce M. A systematic and conceptual review of posttraumatic stress in childhood cancer survivors and their parents. *Clin Psychol Rev*, 2006; 26: 233-256.
22. Kangas M, Henry JL, Bryant RA. Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clin Psychol Rev*, 2002; 22(4): 499-524.
23. Turkish Health Ministry. [http://kanser.gov.tr/Dosya/ca\\_istatistik/2014-RAPOR.\\_uzun.pdf](http://kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/2014-RAPOR._uzun.pdf). Date: 2 November 2016
24. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Per Assess*, 1988; 52(1): 30-41.
25. Eker D, Arkar H. Perceived social support: psychometric properties of the MSPSS in normal and pathological groups in a developing country. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1995; 30(3): 121-126.
26. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Factorial structure, validity, and reliability of revised form of the multidimensional scale of perceived social support. *Turk Psikiyatri Derg*, 2001; 12(1): 17-25.
27. Kılıç C. Posttraumatic growth and its predictors. Paper presented at the IV. International Psychological Trauma Meeting, 2005
28. Dirik G, Karancı AN. Variables related to posttraumatic growth in Turkish rheumatoid arthritis patients. *J Clin Psychol Med Settings*, 2008; 15(3): 193-203.
29. Bellizzi KM, Smith AW, Reeve BB, Alfano CM, Bernstein L, Meeske K, Baumgartner KB, Ballard-Barbash RR. Posttraumatic growth and health-related quality of life in a racially diverse cohort of breast cancer survivors. *J Health Psychol*, 2010; 15(4): 615-626.
30. Park CL, Lechner SC. Measurement issues in assessing growth following stressful life experiences. Edited by Calhoun LG, Tedeschi RG. *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*, NJ, Mahwah Press, 2006, 47-67.
31. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*, 1980; 21: 219-239.
32. Folkman S, Lazarus RS. If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J Pers Soc Psychol*, 1985; 48: 150-170.
33. Uçman P. Ulkemizde çalışan kadınlarda stresle başa çıkma ve psikolojik rahatsızlıklar [Coping with stress and psychological problems of working women in our country]. *Tu?rk Psikoloji Dergisi*, 1990; 7(24): 58-75.

34. Karancı NA, Alkan N, Aksit B, Sucuoğlu H, Balta E. Gender differences in psychological distress, coping, social support, and related variables following the 1995 Dinar (Turkey) earthquake. *N Am J Psychol*, 1999; 1(2): 189-204.
35. Bell AC, D'Zurilla TJ. Problem-solving therapy for depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 2009; 29(4): 348-353.
36. Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychol Rep*, 1982; 51(2): 663-671.
37. Yıldırım F, İlhan İÖ. Genel Özyeterlilik Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Derg*, 2010; 21(4): 301-308.
38. Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: Newscales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *J Marriage Fam*, 1976; 38: 15-27.
39. Fışiloğlu H, Demir A. Applicability of the Dyadic Adjustment Scale for measurement of marital quality with Turkish couples. *Eur J Psychol Assess*, 2000; 16(3): 214-218.
40. Busby DM, Crane DR, Larson JH, Christensen C. A revision of the DAS for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. *J Marital Fam Ther*, 1995; 21(3): 289-308.
41. Gündoğdu A. Relationship between self-construals and marital quality. Middle East Technical University, unpublished master thesis, 2007.
42. Civan A. Eşlerin duygu dışavurum tarzları ile algılanan evlilik kalitesinin ilişkisi ve duygusal farkındalığın rolü. Mersin University, unpublished master thesis, 2011.
43. Horowitz M, Wilner M, Alvarez W. Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosom Med*, 1979; 41: 209-218.
44. Weiss DS, Marmar CR. The impact of event scale revised. Edited by Wilson JP, Keane TM. *Assessing Psychological Trauma and PTSD* London: The Guilford Press, 1997, pp. 399-411.
45. Işıklı S. Travma sonrası stres belirtileri olan bireylerde olaya ilişkin dikkat yanlılığı, ayrışma düzeyi ve çalışma belleği uzamı arasındaki ilişkiler. Hacettepe University, unpublished doctorate thesis 2006.
46. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol*, 1986; 51(6): 1173-1182
47. Svetina M, Nastran K. Family relationships and post-traumatic growth in breast cancer patients. *Psychiatr Danub*, 2012; 24(3): 298-306.
48. Bellizzi KM. Expressions of generativity and posttraumatic growth in adult cancer survivors. *Int J Aging Hum Dev*, 2004; 58(4): 267-287.
49. Pinguat M, Fröhlich C, Silbereisen RK. Cancer patients' perceptions of positive and negative illness-related changes. *J Health Psychol*, 2007; 12(6): 907-921.
50. Weiss T. Correlates of posttraumatic growth in married breast cancer survivors. *J Soc Clin Psychol*, 2004; 23(5): 733-746.
51. Updegraff JA, Taylor SE, Kemeny ME, Wyatt GE. Positive and negative effects of HIV infection in women with low socioeconomic resources. *Pers Soc Psychol Bull*, 2002; 28(3): 382-394.
52. Güneş H. Travma sonrası gelişim olgusunun niceliksel ve niteliksel yöntemlerle açık kalp ameliyatı geçiren coroner kalp hastalarında incelenmesi. Ankara University, unpublished doctorate thesis, 2009
53. Janoff-Bulman R. Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychol Inq*, 2004; 15(1): 30-34.
54. Dirik G. Posttraumatic growth and psychological distress among rheumatoid arthritis patients: An evaluation within the conservation of resources theory. Middle East Technical University, unpublished doctorate thesis, 2006.
55. Park CL, Fenster JR. Stress-related growth: Predictors of occurrence and correlates with psychological adjustment. *J Soc Clin Psychol*, 2004; 23(2): 195-215.
56. Dunn J, Occhipinti S, Campbell A, Ferguson M, Chambers SK. Benefit finding after cancer: The role of optimism, intrusive thinking and social environment. *J Health Psychol*, 2011; 16 (1): 169-177.
57. Cordova MJ, Cunningham LL, Carlson CR, Andrykowski MA. Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychol*, 2001; 20(3): 176.
58. Widows MR, Jacobsen PB, Booth-Jones M, Fields KK. (2005). Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychol*, 2005; 24(3): 266-273
59. Schmidt SD, Blank TO, Bellizzi KM, Park CL. The relationship of coping strategies, social support, and attachment style with posttraumatic growth in cancer survivors. *J Health Psychol*, 2012; 17(7): 1033-1040.
60. O'Leary VE, Alday CS, Ickovics JR. Models of life change and posttraumatic growth. Edited by Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG. *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1998, pp. 127-152
61. Lotfi-Kashani F, Vaziri S, Akbari ME, Kazemi-Zanjani N, Shamkoeyan L. Predicting post traumatic growth based upon self-efficacy and perceived social support in cancer patients. *Iran J Cancer Prev*, 2014; 7(3): 115-123.
62. Benight CC, Bandura A. Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behav Res Ther*, 2004; 42(10): 1129-1148.
63. Şenol-Durak E. Environmental and individual resources, perception of the event, cognitive processing and coping as factors leading to posttraumatic growth among the survivor of myocardial infarction patients and their spouses. Middle East Technical University, unpublished doctorate thesis, 2007.
64. Bellizzi KM, Blank TO. Predicting posttraumatic growth in breast cancer survivors. *Health Psychol*, 2006; 25(1): 47-56.
65. Önder N. The mediating role of coping strategies in the basic personality traits-ptg and locus of control-ptg relationships in breast cancer patients. Middle East Technical University, unpublished master thesis, 2012.

# Bilişsel Abartma Tarzı Ölçeği-Yeniden Değerlendirilmiş (BATÖ-YD) Türkçe Formu'nun Psikometrik Özellikleri

## *Psychometric Properties of the Turkish version of Looming Maladaptive Style Questionnaire-Revised (LMSQ-R)*

Ayşe Altan Atalay<sup>1</sup>, Dilek Sarıtaş Atalar<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dr., Koç Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul

<sup>2</sup>Yard. Doç. Dr., Ankara Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Ankara

### ÖZET

**Amaç:**Bilişsel yatkınlığı inceleyen çalışmaların çoğunlukla depresyona karşı bilişsel yatkınlığa odaklandığı, kaygıya ise depresyonla örtüşmesi üzerinden açıkladıkları dikkat çekmektedir. Bilişsel Abartma Tarzı (BAT) sadece kaygıya ait bir bilişsel hassasiyet modeli olarak öne sürülmüştür. Bu modele göre, bilişsel abartma eğilimi olan kişiler çevredeki tehlikeleri gerçekte olduklarından daha şiddetli olarak değerlendirir ve çevreden gelecek olan tehdit işaretlerine karşı sürekli tetikte olur. Bu hassasiyet kaygı bozukluklarının ortaya çıkmasında ve sürdürülmesinde oldukça etkilidir. Bilişsel abartma tarzını değerlendirmek için iki faktörlü Bilişsel Abartma Tarzı Ölçeği (BATÖ) geliştirilmiştir. Bu çalışmada ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Araştırmanın örneklemini yaşları 18-29 arasında değişen 657 üniversite öğrencisi (363'ü kadın) oluşturmaktadır. Katılımcılara BATÖ'nün yanı sıra kaygı ve depresyon ölçekleri de uygulanmıştır. **Bulgular:** Ölçeğin sosyal ve fiziksel abartma tarzlarını içeren ikili faktör yapısı doğrulayıcı faktör analizi ile doğrulanmıştır. Ek olarak, toplam puan ve altölçek puanları diğer değişkenlerle anlamlı ilişki içinde bulunmuştur ve güvenilirlik puanlarının orijinal çalışma ve diğer dillerdeki versiyonları ile paralel olması ölçeğin güvenilirliğini desteklemektedir. **Sonuç:** Bilişsel abartma tarzı ölçeği Türkiye örnekleminde desteklenen geçerli ve güvenilir bir ölçektir.

**Anahtar Sözcükler:** Bilişsel Abartma Tarzı (BAT), Anksiyete, Depresyon, Bilişsel Yatkınlık

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:52-60)

DOI: 10.5505/kpd.2017.44227

### SUMMARY

**Objectives:** Most of the studies that examine cognitive vulnerability tend to focus on cognitive vulnerability for depression and explain anxiety through its intersection with depression. Looming Cognitive Style (LCS) was suggested as a cognitive vulnerability model that is specific for anxiety. According to the model, people who have looming vulnerability tend to evaluate the threats coming from the environment as more overwhelming than they actually are and are constantly hypervigilant to the threat cues that may come from the environment. This pattern plays an important role in both generation and maintenance of anxiety disorders. A two-factor looming vulnerability scale was developed to assess looming cognitive style and the present study aims to adapt the scale into Turkish and examine its psychometric characteristics. **Method:** The sample is composed of 657 university students between the ages of 18 and 29. The participants were administered LMSQ-R as well as scales that assess anxiety, depression, and worry. **Results:** Confirmatory factor analysis results supported the original factor structure of the scale providing two distinct, but correlated factors as social and physical looming. In addition to that, total score and subscale scores had moderate to high correlations with other study variables and reliability scores appearing close to the original form provides support for the reliability of the scale. **Conclusion:** The Turkish version of the LMSQ-R is a reliable and valid scale that can be used with Turkish population.

**Key Words:** Looming Cognitive Style, Anxiety, Depression, Cognitive Vulnerability

## GİRİŞ

Bugüne dek yapılmış pek çok çalışma bazı bilişsel tarzların özellikle stresli durumlarda dış dünyayı algılama ve anlamlandırma şeklini etkileyerek psikopatolojiye yatkınlığa sebep olduğunu öne sürmektedir (1). Ancak, bu çalışmaların büyük çoğunluğunun depresyona karşı bilişsel yatkınlığa odaklandığı, kaygıya yatkınlığa sebep olan spesifik bilişsel tarzların ise ihmal edildiği göze çarpmaktadır (1). Bu durum kaygı belirtilerinin artması ve kaygı bozukluklarının ortaya çıkmasıyla ilişkilendirilebilecek bilişsel yapıların belirlenmesini zorunlu hale getirmiştir.

### Bilişsel Abartma Tarzı Modeli

Bilişsel Abartma Tarzı Modeli (BATM) sadece kaygıya ait bir bilişsel hassasiyet modeli olarak öne sürülmüştür (2). Riskind ve arkadaşlarına (3) göre bireyler potansiyel tehdit içeren bir uyarıya karşılaştıklarında bu uyarıya ilgili belirleyici bazı bilgilere sahip olma ihtiyacı duyarlar. Örneğin uyarının ne kadar yakın olduğu, kendilerinden tarafa yaklaşıyor olup olmadığı ve eğer yaklaşıyorsa ne kadar hızla yaklaştığı gibi. Uyarının sabit olduğu ya da uzaklaşıyor olduğu durumlarda uyarı tehdit olma özelliğini kaybeder ve haliyle kaygı kendi kendine yok olur. Ancak, uyarının kişiye doğru yaklaşıyor olması durumunda uyarı tehdit oluşturma potansiyeli barındırmaya devam eder. BATM'ine göre, kaygıya yatkınlığı olan bireyler tehdit içeren bir uyarıya sürekli ve hızlı bir şekilde yaklaşan ve haliyle tehdit değeri her geçen dakika artan bir uyarıya algılama ve yorumlama eğilimine sahiptirler. Riskind ve arkadaşları (3) bu bilişsel yapıya Bilişsel Abartma Tarzı (BAT, Looming Cognitive Style) adını vermişlerdir. Diğer bir deyişle, bu bilişsel tarza sahip olan kişi bir tehditle karşılaştığında tehlikeyi gitgide büyüyen, şiddetlenen ve yaklaşan, kısacası artarak daha da katastrofik hale gelen bir uyarı şeklinde algılar. Bunun sonucunda kişi çevredeki tehlikeleri gerçekte olduklarından daha şiddetli olarak değerlendirir ve çevreden gelecek olan tehdit işaretlerine karşı sürekli tetikte olur. Bu tarz, bilgi işleme süreçlerinde yanlışlığa neden olarak kişinin çevredeki tehdit içeren uyarıların daha kolay fark etmesine ve zaman zaman gerçek bir tehdit olmadan bile

kaygılanmasına yol açar (4). Özetle, kaygıyı anlamak için, kişinin kendisine gelebilecek zarara dair zihninde barındırdığı durağan değerlendirmeler, inançlar ve öngörülerden ziyade tehdit algısının dinamik (zaman içinde büyüyen, yaklaşan ve çoğalan) özelliklerine odaklanmak daha önemlidir (3). Riskind ve Williams'a (4) göre bu algılayış tarzı kaygının hem ortaya çıkmasında hem de sürdürülmesinde oldukça etkilidir ve barındırdığı hareket algısı faktörü kaygı duyarlılığı ve belirsizliğe tahammülsüzlük gibi, kaygıya yönelik diğer bilişsel hassasiyet modellerinden ayrışmasını sağlar (5, 6). Reardon ve Williams'a (6) göre bu ayrışma iki noktada gerçekleşir. Birincisi, diğer bilişsel risk faktörlerinin aksine BAT kaygı algısında zaman içinde gözlenen değişiklikleri de dikkate aldığı için durağan olandan ziyade dinamik bir tehlike algısının kaygı üzerindeki etkisine odaklanır. İkinci olarak, yapılan çalışmalar kaygı duyarlılığının hem depresyon hem de kaygı ile ilişkili olduğunu öne sürerken, BAT kaygıya özgü bir bilişsel yatkınlık faktörü olarak öne çıkmaktadır (6,7).

BAT, kaygı ile oldukça yakından ilişkili olmasına ve tüm kaygı bozukluklarında ortaya çıkan bir durum olmasına karşın, yapılan çalışmalar BAT'ın kavramsal olarak kaygı ve endişeden ayrışacak biçimde anlamsaldan (semantik) ziyade görsel içeriğe sahip olduğunu göstermektedir (3,8). Ek olarak, kaygı ve depresyon arasındaki yüksek korelasyonlara rağmen, yapılan tüm araştırmalarda BAT, kaygı ile yüksek korelasyon gösterirken depresyonla ilişkisi oldukça sınırlı hatta bazı çalışmalarda anlamlılık düzeyinin altında bulunmuştur (3,9,10). Buradan yola çıkarak, Riskind ve arkadaşları (3) BAT'ın depresyonla ilişkisinin depresyon ve kaygı arasındaki örtüşmeden kaynaklandığını ileri sürmüşlerdir. Diğer taraftan son yıllarda elde edilen bulgular, BAT'ın belli koşullarda depresyonla da ilişkisi bulunabileceğine ve depresyon-kaygı eş tanı durumlarında temel bir rol oynuyor olabileceğine işaret etmektedir (5).

Yukarıda sözü edilen bilişsel yapının değerlendirilebilmesi amacıyla Riskind ve arkadaşları (3) tarafından Bilişsel Abartma Tarzı Ölçeği (BATÖ) geliştirilmiştir. BATÖ "Sosyal abartma" ve "Fiziksel abartma" olarak iki alt ölçekten oluşmaktadır. Sosyal abartma sosyal tehditlerin (örn. dışlanma, rezil olma vs.) yaklaşma hızını olduğundan fazla

gibi algılama eğilimine işaret ederken, fiziksel abartma boyutu fiziksel tehlikelerin (örn. ciddi bir sağlık problemi yaşama olasılığı) gerçekleşme ihtimalini ve hızını abartılı bir şekilde algılama eğilimi olarak tanımlanabilir. Bu iki alt ölçek her ne kadar kendi aralarında yüksek korelasyona sahip olsalar da yapılan çalışmalar farklı mekanizmalar ve farklı kaygı bozukluklarıyla ilişkili olabileceklerine işaret etmektedir (5,11,12). Örneğin, alanda yapılan deneysel çalışmalar fiziksel abartma boyutunun işitsel uyarıları olduklarından daha yakında algılamaya yol açabileceğini, aksi şekilde sosyal abartmanın ise uyarıyı daha uzak algılama eğilimiyle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (11). Bununla birlikte, sosyal abartma boyutu tutarlı şekilde sosyal kaygı bozukluğu ile daha yakından ilişkiliyken, fiziksel abartma boyutu açısından farklı kaygı bozukluğu tanısı almış kişiler arasında anlamlı farklılığa rastlanmamıştır (6,9).

BATÖ bugüne dek birçok çalışmada kullanılmış olmasına karşın Riskind ve arkadaşları (3) tarafından öne sürülen ve genel olarak kabul gören iki faktörlü yapı, Gonzalez-Diez ve arkadaşlarının (13) ölçeğin İspanyolca versiyonuyla yaptığı çalışmaya değin incelenmemiştir. Gonzalez-Diez ve arkadaşları (13), Riskind ve arkadaşlarının (3) öne sürdüğü iki faktörlü modeli destekler sonuçlar elde edilmiştir. Ardından, aynı yapı 10 farklı kültürden toplanan bir veri setinde Hong ve arkadaşları (5) tarafından da desteklenmiştir. Bilişsel hassasiyet üzerine yurtdışı kaynaklı alan yazında olduğu gibi Türkiye'de yapılan çalışmalarda da kaygıdan ziyade depresyona karşı hassasiyetle ilişkilendirilebilecek bilişsel faktörlerin daha çok çalışıldığı göze çarpmaktadır. Bu çalışma, Riskind ve arkadaşları (3) tarafından öne sürülen ve kaygı bozukluklarına özgü olduğu öne sürülen Bilişsel Abartma Modelinin (BAM) Türk örnekleminde de test edilmesini sağlayacaktır. Bu amaçla, BATÖ'nün Türkçe versiyonunun faktör yapısı, iç-tutarlılığı ve yapı geçerliği incelenecektir.

## YÖNTEM

### Örneklem

Araştırmaya yaşları 18-29 (Ort.=21,68, SS=1.33) arasında değişen 657 üniversite öğrencisi

katılmıştır. Katılımcıların 363'ü kadın ve 292'si erkektir. Ayrıca, test-tekrar rest geçerliliğinin saptanması için örneklemden 60 kişiye (36 kadın ve 24 erkek) aynı ölçek dört hafta sonra tekrar uygulanmıştır. Katılımcılardan birinin anadilinin Türkçe olmadığı, 4 katılımcının da depresyon ve kaygı bozukluğu nedeniyle tedavi görmekte olduğu tespit edilmiş ve bu kişilerin verileri analizlere dâhil edilmemiştir.

### Ölçekler

*Bilişsel Abartma Tarzı Ölçeği-Yeniden Değerlendirilmiş Formu (BATÖ-YD)*: Riskind ve arkadaşları (3) tarafından bilişsel abartma tarzının değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, yaklaşan tehdit içeren durumlara dair altı adet senaryo ve her senaryoyu takip eden "Bu sahneyi zihninizde canlandırmak sizi ne kadar kaygılandırdı ya da endişelendirdi?", "Bu sahnede tehdit edici olayın gerçekleşme olasılığı azalıyor mu, yoksa her geçen dakika artıyor mu?", "Senaryo ile ilgili tehdit algınız oldukça sabit kalıyor mu, yoksa her geçen dakika hızla büyüyor mu?" ve "Thedit edici durumun giderek daha da kötüleştiğini gözünüzde ne kadar canlandırıyorsunuz?" gibi dört adet sorudan oluşmaktadır. Verilen 6 senaryonun üçü fiziksel zarar görme olasılığına (trafik kazası ve çarpıntı) odaklanırken geri kalan üç tanesi ise romantik ilişkinin sona ermesi ve topluluk önünde konuşma gibi temaları içermektedir. Katılımcılardan her senaryoyu dikkatlice okuyup zihinlerinde canlandırmaya çalışmaları ve ardından 5'li Likert tipi tarzda verilen soruları cevaplamaları beklenmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan daha şiddetli zihinsel abartma tarzına işaret etmektedir. Ölçeğin asıl formunun iç tutarlılık (.91), ve 7 ay arayla yapılan test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ( $r = .72$ ) tatmin edici düzeydedir (Riskind ve ark., 2000). Yapı geçerliğini test etmek amacıyla yapılan analizler, ölçeğin kaygı ve endişe ölçekleriyle orta- yüksek seviyede korelasyona sahip olduğunu göstermektedir (3), diğer taraftan ölçeğin depresyon puanıyla düşük ancak yine de istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişkisi bulunmaktadır ( $r = .24$ ) (3).

*Beck Depresyon Envanteri (BDE)*: Beck ve arkadaşları (15) tarafından depresyon belirtilerini

ölçmek amacıyla geliştirilmiş 21 maddeden oluşan bir ölçektir. Her madde için katılımcılardan, 0 ve 3 puan arasında değişen dört ifadeden kendileri için en uygun olan ifadeyi seçmeleri beklenmektedir. Ölçeğin Türkçe adaptasyonu Hisli (16, 17) tarafından yapılmış ve ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu görülmüştür. Ölçek ülkemizde pek çok çalışmada kullanılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı .85 olarak bulunmuştur.

*Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri- Sürekli Kaygı Formu (SKE):* Spielberger ve arkadaşları (18) tarafından kaygıya yatkınlığı değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, 4'li Likert tipi 20 sorudan oluşan bir ölçektir. Yüksek puanlar daha yüksek kaygıya işaret eder. Asıl form kabul edilebilir seviyede geçerlik ve güvenilirliğe sahiptir. Türkçe'ye Öner ve Le Compte (19) tarafından uyarlanan ölçeğin yeterli iç tutarlılık katsayısı (.83-.87 arası) ve test-tekrar test güvenilirliği (.71-.86 arası) bulunmaktadır. Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı .83 olarak bulunmuştur.

*Penn Durumluk Endişe Ölçeği (PDEÖ):* PDEÖ 5'li Likert tipi 16 maddeden oluşan ve kişinin deneyimlediği genellenmiş kaygının şiddetini ve kontrol edilemezliğini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir (20). Yılmaz ve arkadaşları (21) tarafından geliştirilen Türkçe formu yeterli iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenilirlik katsayılarına sahiptir ( $r = .88$ ). PDEÖ'nin diğer kaygı ve depresyon ölçekleriyle olan korelasyonu .43 ile .67 arasında değişmektedir.. Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık kat sayısı .80 olarak bulunmuştur.

## İşlem

Ölçeğin Türkçe'ye adaptasyonunda çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır (22). İlk aşamada ölçek birbirinden bağımsız iki kişi tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, Türkçe çeviriler karşılaştırıldıktan sonra üzerinde mutabakata varılamayan 4 madde her iki dili de etkin bir şekilde kullanabilen 15 kişilik bir jüri tarafından değerlendirilmeye alınmıştır. Türkçe formuna son şekli verildikten sonra geri-çevirisi yapılmış ve bu formun asıl forma denk olduğuna karar verilmiştir.

Veri toplama işlemi öncesi Yeditepe Üniversitesi

İnsan Araştırmaları Etik Kurulundan gerekli onay alınmıştır. Ardından, yukarıda belirtilen ölçeklerden oluşan bir batarya katılımcılara sınıf ortamında yaklaşık 50 kişilik gruplar halinde uygulanmıştır. Katılımcılara ilk önce bilgilendirilmiş onam formu dağıtılmış, formu dikkatlice okuyup imzaladıktan sonra ölçek seti verilmiştir. Tüm ölçeklerin doldurulması yaklaşık 25 dakika sürmüştür. Katılım karşılığında her bir katılımcıya ders için ek kredi verilmiştir. Test-tekrar testi için dört hafta sonra daha küçük bir gruba sadece BATÖ uygulanmıştır

## BULGULAR

### Doğrulayıcı Faktör Analizi

Ölçeğin Türkçe formunun yapı geçerliğinin asıl ölçekte elde edilen yapı geçerliğini doğrulayıp doğrulamadığını test etmek amacıyla AMOS (23) programı kullanılarak, Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) gerçekleştirilmiştir. Asıl çalışmada her biri üçer maddeden oluşan 6 senaryonun iki faktör altında toplandığı görülmektedir.

Doğrulayıcı faktör analizinde genel olarak kovaryans matrisi ve en çok benzerlik tahmin yöntemi kullanılmaktadır. Ancak bu yöntemin kullanılması için değişkenlerin sürekli ve normallik varsayımını karşılıyor olması gerekmektedir. Normal dağılım gösteren veri setinin çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerinin sıfır olması gerekir ancak -2.00 ve +2.00 değer aralığının da normallik varsayımını karşıladığı kabul edilmektedir (24,25). Bu çalışmada çarpıklık değer aralığı -.232 ve -.424 iken, basıklık değer aralığı -.700 ve -.456 dir.

Uyum iyiliğini değerlendirmek için çeşitli uyum indeksi ölçütleri kullanılmaktadır. Bu çalışmada uyum iyiliğini değerlendirmek için Schweizer (26)'in ölçütleri doğrultusunda  $\chi^2$ (Ki-kare),  $\chi^2/sd$ , GFI (Uyum İyiliği İndeksi), RMSEA (Yaklaşık Hataların Ortalama Kare Kökü), CFI (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi) ve SRMS (Standardize Edilmiş Kalıntıların Ortalama Karekökü) değerleri rapor edilmiştir. Buna göre büyük ve istatistiksel olarak anlamlı  $\chi^2$  değeri zayıf uyum iyiliğine işaret etmektedir. Ancak bu değer örneklem sayısına çok duyarlı olduğu için bazı



araştırmacılar,  $\chi^2$  değerinin serbestlik derecesine bölüldüğünde elde edilen değer 5'in altında olmasının uyum iyiliği için yeterli olduğunu öne sürmektedir (27). Bununla beraber, iyi uyum ölçütünü karşılamak için CFI ve GFI değerlerinin .90 ve üzerinde olması (28), RMSEA değerinin .05 ile .08 arasında olması ve SRMR değerinin ise .10'un altında olması beklenmektedir (29,30,31). Ek olarak, Falk ve Miller (32) modelin açıklayıcı gücünü desteklemek için R2 değerlerinin .10 veya daha yukarıda olması gerektiğini belirtmiştir.

Bulgulara göre iki faktörlü model için ölçeğin asıl çalışmada bulunan ikili faktör yapısı doğrulanmıştır. Modelin kabul edilebilir uyum değerlerine sahip olduğu bulunmuştur. [ $\chi^2$  (128, N=657)=439,860,  $p < .001$ ,  $\chi^2/sd=3,436$ , CFI=.963, GFI=.923, RMSEA=.061 (.055-.067), SRMR=.070]. Bununla beraber, modelin açıklayıcı gücünü desteklemek için faktörlere yüklenen her bir madde için R2 değerleri hesaplanmış ve bu değerlerin .58 ile .85 arasında olduğu bulunmuştur. Maddelerin beta ve R2 değerleri Şekil 1'de verilmiştir.

### Güvenirlilik Bulguları

Ölçeğin güvenirliliğini değerlendirmek amacıyla, tüm ölçek ve alt ölçekler için Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları, test tekrar test güvenirlilik katsayıları ve madde toplam korelasyonları hesaplanmıştır. Tablo 1'de görüldüğü gibi iç tutarlık katsayıları .85 ile .90 arasında, test-tekrar test güvenirlilik katsayıları .69 ile .72 arasında, madde toplam korelasyon aralığı ise .50 ile .60 arasında değişmektedir.

### Ölçeğin Yakınsama ve Ayırt Edici Geçerliliği

Ölçeğin yakınsama geçerliliği Hair ve ark (33) tarafından önerilen kriterler çerçevesinde değerlendirilmiştir. Buna göre öncelikle standartlaştırılmış faktör yüklerinin .50 üzerinde, hatta tercihen .70 üzerinde olması beklenmektedir. Ek olarak Ortalama Açıklanan Varyans (OAV, Average Variance Extracted) değerlerinin de benzer şekilde en az .50 olması beklenmektedir (34). Faktör yükleri incelendiğinde tümünün .70'in üstünde olduğu göze çarpmaktadır (Şekil 1). İkinci kriteri test etmek amacıyla OAV hesaplanmış ve her iki alt-ölçek için OAV katsayısının yeterli düzeyde olduğu görülmüştür (fiziksel ve sosyal abartma boyutları için sırasıyla .76 ve .74). Son olarak, BATÖ'nün endişe, kaygı ve depresyon ölçümleri ile arasındaki korelasyonlara bakılmıştır. Tablo 2'de görüldüğü gibi, BATÖ ve alt ölçeklerinin kaygı puanı ile arasındaki korelasyonu istatistiksel olarak anlamlıdır. Benzer şekilde BATÖ'nün depresyon puanları ile de anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur, ancak Riskind ve arkadaşlarına (3) göre bu anlamlı ilişki depresyon ve kaygı arasındaki örtüşmeye, diğer bir deyişle bu iki kavram arasındaki yüksek korelasyona bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle BAT ve BDE arasındaki anlamlı ilişkinin, kaygı puanları kontrol edildiğinde anlamlılığını yitirip yitirmediğini görmek amacıyla bir dizi kısmi korelasyon analizi yapılmıştır. Buna göre BATÖ puanları ve BDE puanları arasındaki anlamlı ilişki kaygı puanları kontrol edildiğinde anlamlılığını kaybederken, BATÖ ve kaygı arasındaki ilişkinin BDE puanları kontrol edildiğinde dahi anlamlılığını koruduğu görülmüştür.

Son olarak, BATÖ'nün ayırt edici özelliğini görmek

**Tablo 1. BATÖ toplam puanı ve alt ölçekleri için iç tutarlılık, test-tekrar test güvenirlilik katsayıları ve Madde Toplam Korelasyon aralığı**

	Madde Sayısı	İç Tutarlılık Katsayısı	Test-Tekrar Test Katsayısı (n= 60)	Madde Toplam Korelasyon Aralığı
BATÖ	18	.90	.70	.47 -.60
BATÖ-Fiziksel	9	.86	.69	.55 -.64
BATÖ-Sosyal	9	.85	.72	.46-.63

amacıyla BDE ve DSKE ölçeklerinden aldıkları puan açısından alt ve üst %25'lik grupta olan katılımcılar BATÖ puanları açısından t-testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Bulgular yüksek BDE grubunda yer alan katılımcıların BATÖ puanlarının (Ort=60.71, SS=12.39), düşük BDE grubunda yer alan katılımcıların BATÖ puanından (Ort=50.75, SS=14.33) anlamlı düzeyde farklı olduğunu göstermektedir [(t (309)=-6.56, p<.001)]. Benzer şekilde yüksek DSKE grubunda yer alan katılımcıların BATÖ puanları da (Ort.=62.02, SS=12.10), düşük DSKE grubunda yer alan katılımcıların BATÖ puanından (Ort.=48.13, SS=13.19) anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur [(t (325)=-9.89, p<.001)]. Bununla beraber, Khine'a (35) göre ayırt edici geçerlik için, her bir alt ölçek için hesaplanan OAV değerinin karekökünün o ölçeğin diğer ölçek puanlarıyla arasındaki korelasyondan yüksek olması ve aynı zamanda .50 değerinden de büyük olması gerekmektedir. Bu çalışmada fiziksel boyut için OAV'nin karekökü .87, sosyal boyut için ise .86 olarak bulunmuştur ve bu değerler her iki kriteri de karşılamaktadır. Dolayısıyla BTÖ'nün ayırt edici geçerliğini destekler bir kanıt olarak görülmektedir.

## TARTIŞMA

Bu çalışmada Riskind ve arkadaşları (3) tarafından geliştirilen ve kaygı bozukluklarına karşı bilişsel hassasiyeti ölçmeyi amaçlayan BATÖ'nün Türkçe'ye uyarlamasının yapılması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla ilk olarak ölçeğin faktör yapısı doğrulayıcı faktör analizi ile test edilmiş ve sonuçların Riskind ve arkadaşları (3) tarafından önerilen ve daha sonraki çalışmalar tarafından desteklenen iki faktörlü yapıyla uyumlu olduğu görülmüştür (5,14). İkinci

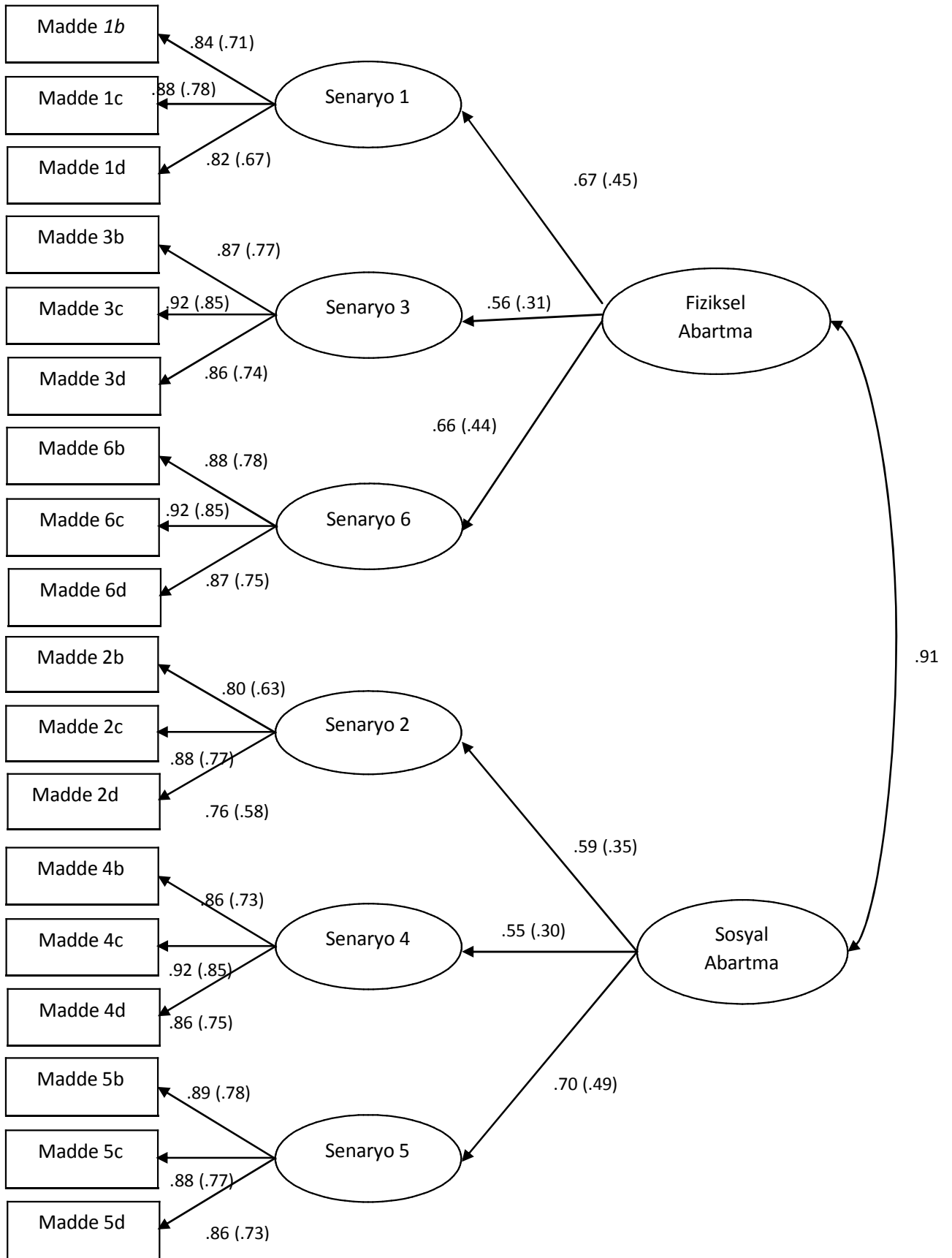
olarak, ölçeğin ve alt-ölçek puanlarının iç tutarlık katsayılarına bakılmış ve tatminkâr düzeyde oldukları görülmüştür. Bu katsayıları, ölçeğin asıl versiyonu ve diğer dillerdeki versiyonlarıyla benzer olması ölçeğin güvenilirliğini desteklemektedir (3,5,14). Ölçeğin benzer içeriğe sahip endişe ve kaygı ölçekleri ile güçlü korelasyonlara sahip olduğu, buna karşın kaygı puanları kontrol edildiğinde depresyonla anlamlı bir ilişkisi kalmadığı bulunmuştur. Son olarak, BATÖ'nün düşük ve yüksek kaygı ve depresyon seviyesine sahip katılımcıları birbirinden ayırabildiği görülmüş ve bu bulgu da ölçeğin ölçüt geçerliğine dair bir kanıt olarak yorumlanmıştır.

Kaygıya özgü bilişsel özellikler olarak ortaya atılan ancak zaman içinde kaygıdan ziyade depresyonla daha güçlü ilişkilere sahip olduğu öne sürülen otomatik düşünceler, kaygı duyarlılığı ve belirsizliğe tahammülsüzlük (7,36,37) gibi durağan kavramlardan farklı olarak BAT depresyondan ziyade kaygı ile ilişkili bir bilişsel kavram olarak ortaya çıkmaktadır. BAT ve depresyon arasındaki zayıf ancak yine de istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin, depresyon ve kaygı arasındaki örtüşme kontrol edildiğinde anlamını kaybetmesi, BAT'ın depresyonla ilişkisinin Barlow'nun (38) da vurguladığı gibi depresyon ve kaygı arasındaki yüksek korelasyondan kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu yanıyla BATÖ, kaygı ve depresyon arasındaki farklılıklara odaklanarak literatüre önemli bir katkıda bulunmaktadır. Depresyon ve kaygı arasındaki kavramsal farklılıklar, 1980'lerden beri alandaki araştırmacıların ve klinisyenlerin ilgisini çekmektedir ancak bu iki kavram arasındaki farklılıklara odaklanan ilk çalışmalar olumlu sonuçlar vermemiştir. Örneğin, Beck ve arkadaşları (39) tarafından öne sürülen Bilişsel İçerik Özgünlüğü

**Tablo 2.** BATÖ toplam puanı, alt ölçekleri ve diğer değişkenlerin ortalamaları, standart sapmaları ve korelasyonları

	1	2	3	4	5	6
1. BATÖ	-					
2. BATÖ-fiziksel	.90**	-				
3. BATÖ-Sosyal	.87**	.58**	-			
4. SKÖ	.41**	.40**	.32**	-		
5. PDEÖ	.44**	.42**	.37**	.68**	-	
6. BDE	.29**	.30**	.21**	.66**	.44**	-
X	55.81	29.78	29.88	44.87	48.92	11.51
SS	13.40	8.01	7.90	9.74	12.04	8.14

Not: BATÖ= Zihinsel Abartma Tarzı Ölçeği, SKE= Sürekli Kaygı Envanteri, PDEÖ= Penn Durumluk Endişe Ölçeği, BDE= Beck Depresyon Envanteri. \* p<.05, \*\*p<.01



Not: R<sup>2</sup> değerleri parantez içinde verilmiştir.

Hipotezi (Cognitive Content Specificity Hypothesis) kaygı ve depresyonda otomatik düşüncelerin içerikleri açısından bir farklılaşma olacağını öne sürerek, kaygının geleceğe odaklı düşüncelerle, depresyonun ise geçmiş ve şimdiki zamana odaklı düşüncelerle ilişkili olduğunu savunmuştur. Ardından yapılan görgül çalışmalar ise kaygıya ait olduğu düşünülen otomatik düşünce içeriğinin aynı zamanda depresyonla da anlamlı ilişki içinde olduğunu, haliyle kaygı ve depresyon arasında ayırıcı bir özellik olamayacağını ortaya koymuştur (40). Daha yakın zamanda yapılan ve kaygı duyarlılığı ve belirsizliğe tahammülsüzlük gibi diğer bilişsel tarzları irdelleyen çalışmalar da bu kavramların hem depresyon hem de kaygı ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (7). Bu yönüyle bakıldığında BATM ve BATÖ'nün depresyon ve kaygı arasındaki ayrışmaya odaklanarak alan yazına önemli katkı sağlayacağı söylenebilir.

Araştırmanın güçlü yanlarına karşın, bulguları değerlendirirken sınırlılıklarını da göz önünde bulundurmakta fayda vardır. Öncelikle sonuçların kişilerin beyanı üzerinden ölçek uygulamasına dayalı olmasından kaynaklanan sınırlılıklar mevcuttur. Bu nedenle gelecekteki çalışmalarda araştırma değişkenlerinin ölçümü için davranışsal teknikler ya da yapılandırılmış görüşme tekniklerinin kullanılması bu sınırlılıkların kısmen giderilmesinde yardımcı olacaktır. İkinci olarak, mevcut çalışmanın verileri üniversite öğrencilerinden toplandığı için sonuçların genel popülasyona ve hatta klinik gruplara doğrudan genellenmesi konusunda çekinceler bulunmaktadır. Her ne kadar çalışmanın

amacı BATÖ'nün faktör yapısının ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi olsa da bulguların diğer örneklem gruplarına da genellenebilmesi için farklı örneklem grupları ile çalışmakta fayda vardır. Son olarak, BAT üzerinde daha önce yapılmış çalışmalara bakıldığında bu kavramın kaygı duyarlılığı ve belirsizliğe tahammülsüzlük gibi bir takım bilişsel risk faktörleri ile ilişkilerine dair çalışmalara rastlanırken, Wells (41) tarafından ortaya atılan üstbilgi ve tehdit gözleme (threat monitoring) gibi kavramlarla ilişkisine odaklanılmadığı göze çarpmaktadır. İleride yapılacak çalışmalar BAT'ın kavramsal olarak tehdit gözleme kavramından ne şekilde farklılaştığı ve BAT'ın üstbilgi modeline iliştilmesi gibi konulara odaklanabilir.

Bahsi geçen sınırlılıklarına rağmen, Türkiye örnekleminde BATÖ'nün iki faktörlü yapısı desteklenmektedir. Bu sayede gelecekte yapılacak çalışmalar, bahsi geçen bilişsel yatkinlik faktörünü klinik örneklem ile -daha spesifik olarak kaygı bozukluğu tanısı almış kişilerle- kaygı bozukluğunun ortaya çıkışı ve sürmesindeki etkisini incelemeye odaklanabilir. Bu tip çalışmalardan elde edilecek sonuçlar kaygı bozukluklarının sağaltımında kullanılacak müdahale tekniklerinin geliştirilmesinde kullanılabilir (42).

---

Yazışma adresi: Dr. Ayşe Altan Atalay, Koç Üniversitesi Psikoloji Bölümü, İstanbul ayse.altan@gmail.com

---

#### KAYNAKLAR

1. Riskind JH, Alloy LB. Cognitive vulnerability to emotional disorders: Theory and research design/methodology. Cognitive vulnerability to emotional disorders içinde. LB Alloy, JH Riskind, Editörler. Erlbaum; New York: 2006, s. 1-32.
2. Riskind JH. Looming vulnerability to threat: A cognitive paradigm for anxiety. Behav Res Ther 1997; 35: 685-702.
3. Riskind JH, Williams NL, Gessner TL, Chrosniak LD, Cortina JM. The looming maladaptive style: Anxiety, danger, and schematic processing. J Pers Soc Psychol. 2000; 79: 837- 852.
4. Riskind JH, Williams NL. A unique vulnerability common to all anxiety disorders: The looming maladaptive style. Cognitive vulnerability to emotional disorders içinde. LB Alloy, JH Riskind, Editörler. Erlbaum; New York: 2006, s. 175-206.
5. Hong RY, Riskind JH, Cheung MW, Calvete E, Gonzalez-Diez Z, Altan Atalay A, Curzik D, Jokic-Begic N, del Palacio-Gonzalez A, Mihi? L, Samac N. The Looming Maladaptive

Style Questionnaire: Measurement invariance and relations to anxiety and depression across 10 countries. J Anxiety Disord 2017; 49: 1-1.

6. Reardon JM, Williams NL. The specificity of cognitive vulnerabilities to emotional disorders: Anxiety sensitivity, looming vulnerability and explanatory style. J Anxiety Disord 2007; 21: 625-43.

7. Starcevic V, Berle D. Cognitive specificity of anxiety disorders: a review of selected key constructs. Depress Anxiety. 2006; 23(2): 51-61.

8. Williams NL, Shahar G, Riskind JH, Joiner TE. The looming maladaptive style predicts shared variance in anxiety disorder symptoms: Further support for a cognitive model of vulnerability to anxiety. J Anxiety Disord 2005; 19: 157-75.

9. Brown MA, Stopa L. The looming maladaptive style in social anxiety. Behav Ther 2008; 39(1): 57-64.

10. Riskind JH, Tzur D, Williams NL, Mann B, Shahar G. Short-term predictive effects of the looming cognitive style on anxiety disorder symptoms under restrictive methodological conditions. *Behav Res Ther* 2007; 45: 1765-77.
11. Riskind JH, Kleiman EM, Seifritz E, Neuhoff J. Influence of anxiety, depression and looming cognitive style on auditory looming perception. *J Anxiety Disord* 2014; 28: 45-50.
12. Reardon JM, Williams NL. The specificity of cognitive vulnerabilities to emotional disorders: Anxiety sensitivity, looming vulnerability and explanatory style. *J Anxiety Disord* 2007; 21: 625-43.
13. Riskind JH, Rector NA, Cassin SE. Examination of the convergent validity of looming vulnerability in the anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2011; 25: 989-93.
14. González Díez Z, Orue Sola I, Calvete Zumalde E, Riskind JH. Psychometric properties of the Looming Maladaptive Style Questionnaire (LMSQ-R) in young Spanish adults. *Psicothema* 2014; 26: 260-266.
15. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press. 1979.
16. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1988; 6: 118-122.
17. Hisli N. Beck depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği ve güvenilirliği *Türk Psikoloji Dergisi*. 1989; 7: 3-13.
18. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto CS. 1970.
19. Öner N, Le Compte A. *Sürekli Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul Boğaziçi Yayınları, 1983
20. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behav Res Ther*. 1990; 28: 487-95.
21. Yılmaz AE, Gençöz T, Wells A. Psychometric characteristics of the Penn State Worry Questionnaire and Metacognitions Questionnaire?30 and metacognitive predictors of worry and obsessive-compulsive symptoms in a Turkish sample. *Clin Psychol Psychother*. 2008; 15:424-39.
22. Brislin RW, Lonner W, Thorndike R. *Cross-cultural methods*. John Wiley and Sons, New York. 1974.
23. Byrne BM. *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*. Routledge. 2016.
24. Chou CP, Bentler PM. Estimation and tests in structural equation modeling. *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications içinde*. RH Hoyle editör. Thousand Oaks, CA: Sage, 1995, s. 37-55.
25. Hu LT, Bentler PM, Kano Y. Can test statistics in covariance structure analysis be trusted? *Psychol Bull* 1992; 112(2): 351-362.
26. Schweizer K. Some guidelines concerning the modeling of traits and abilities in test construction. *Eur J Psychol Assess*. 2010; 26(1): 1-2.
27. Kelloway EK. *Using LISREL for structural equation modeling: A researcher's guide*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998.
28. Bentler PM. Comparative fit indexes in structural models. *Psychol Bull*. 1990; 107: 238.
29. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling*. 1999; 6(1): 1-55.
30. Kline RB. Software review: Software programs for structural equation modeling: Amos, EQS, and LISREL. *J Psychoeduc Assess*. 1998; 16(4): 343-364.
31. Tabachnick BG, Fidell, LS. *Using Multivariate Statistics*, 4th edn. Harper Collins College Publishers, New York, 2001.
32. Falk RF, Miller NB. *A Primer for Soft Modeling*. The University of Akron, Akron, OH, 1992.
33. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson, RE. *Multivariate data analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 2010.
34. Fornell C, Larcker D. Structural equation models with unobservable variables and measurement error. *J Marketing Res*. 1981;18(1): 39-50.
35. Khine MS. *Structural Equation Modeling Approaches in Educational Research and Practice*. Application of structural equation modeling in educational research and practice İçinde MS Khine editor. 2013. s 279-283. Sense Publishers.
36. Eremsoy CE, Çelimli Ş, Gençöz T. Students under academic stress in a Turkish University: Variables associated with symptoms of depression and anxiety. *Current Psychol*. 2005 Jun 1; 24(2):123-33.
37. Mantar A, Yemez B, Alkin T. Anxiety sensitivity and its importance in psychiatric disorders. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011; 22(3):187.
38. Barlow DH. The nature of anxiety: Anxiety, depression, and emotional disorders. *Chronic Anxiety: Generalized Anxiety Disorder and Mixed Anxiety-Depression içinde*. RM Rapee DH Barlow, editörler. (pp. 1-28). New York: Guilford Press, 1991, s. 1-28.
39. Beck AT, Brown G, Steer RA, Eidelson JI, Riskind JH. Differentiating anxiety and depression: a test of the cognitive content-specificity hypothesis. *J Abnorm Psychol* 1987; 96(3): 179- 183.
40. Beck R, Perkins TS. Cognitive content-specificity for anxiety and depression: A meta-analysis. *Cognit Ther Res* 2001; 25(6): 651-63.
41. Wells A. Metacognitive therapy: Cognition applied to regulating cognition. *Behav Cogn Psychother*. 2008; 36(6): 651-658.
42. Riskind JH, Rector NA, Taylor S. Looming cognitive vulnerability to anxiety and its reduction in psychotherapy. *J Psychother Integr* 2012; 22(2): 137- 162.

# Bir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü Öğrencilerinin Merhamet Düzeylerinin İncelenmesi

*The investigation of compassion level of nursing students in a health college*

Nurhan Çingöl<sup>1</sup>, Ebru Çelebi<sup>2</sup>, Seher Zengin<sup>2</sup>, Mehmet Karakaş<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yard. Doç.Dr., <sup>2</sup>Öğr. Gör., Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Bolu, Türkiye

## ÖZET

**Amaç:** Çalışmanın amacı, bir sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümü öğrencilerinin merhamet düzeyleri ve merhamet düzeylerini etkileyen faktörleri belirlemektir. **Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikteki çalışma, bir sağlık yüksekokulunun hemşirelik bölümünde yürütülmüştür. Veri toplama aracı olarak, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan, "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve Pommier (2010) tarafından geliştirilen "Merhamet Ölçeği" kullanılmıştır. Verilerin analizleri bir istatistik paket programında frekans, Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis H Testi, Bonferroni Düzeltmesi, Spearman Korelasyon testleri kullanılarak yapılmıştır. **Bulgular:** Araştırmanın örneklemini 494 öğrenci oluşturmuştur. Öğrencilerin %83.6'sının kadın ve %26.7'sinin 4.sınıf öğrencisi olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin merhamet ölçeği puan ortalaması  $4.19 \pm 0.44$  olarak tespit edilmiştir. Ölçekten alınan puanlara bakıldığında; cinsiyete göre umursamazlık, bağlantısızlık, bilinçli farkındalık, ilişki kesme alt boyutları ve ölçek genel puanı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ayrıca sınıflara göre bilinçli farkındalık alt boyutu ve öğrencilerin gelir durumlarına göre paylaşımların bilincinde olma alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. **Sonuç:** Öğrencilerin merhamet düzeylerinin cinsiyet, sınıf ve gelir durumu değişkenleri açısından farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 5 olması göz önünde bulundurulduğunda öğrencilerin merhamet düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Bu çalışmanın daha geniş örneklem gruplarında yapılması önerilebilir.

**Anahtar Sözcükler:** Merhamet, Hemşirelik Bakımı, Hemşirelik Öğrencisi

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:61-67)

DOI: 10.5505/kpd.2018.65487

## SUMMARY

**Object:** The aim of this study is to determine the level of compassion and the factors that affect the level of compassion of nursing students in a health college. **Methods:** The descriptive study has been conducted in a nursing department of a health college. "Introductory Information Form" by the researchers in accordance with the literature and developed by Pommier (2010) "Compassion Scale" has been used as the data collection tool. Analyzes of the data were conducted by using frequency, Mann-Whitney U Test, Kruskal-Wallis H Test, Bonferroni Correlation, Spearman correlation tests in a statistical package program. **Results:** The sample of the research has been consisted of 494 students. It has been determined that 83.6% of the students were female and 26.7% of them were 4th grade students. The mean score of the students' compassion scale was determined as  $4.19 \pm 0.44$ . Considering the scores received from the scale; statistically significant difference has been determined in terms of negligence according to the sex, indifference, separation, mindfulness, disengagement subscales and scale overall score. In addition, statistically significant difference has been determined in terms of mindfulness sub-dimension according to the classes. There was a statistically significant difference in the sub-scale of common humanity according to the income status of the students. **Discussion:** It has been determined that the levels of compassion of the students differ in terms of gender, class and income status. Considering the highest score that can be received from the scale to be 5 in the direction of the findings obtained from the research, it is seen that the levels of compassion of the students are high. This study may be suggested to be performed in larger sample groups.

**Key Words:** Compassion, Nursing Care, Nursing Student

## GİRİŞ

Hemşirelik, bilim ve sanatı kapsayan bir dizi özel bilgi ve beceri gerektiren karmaşık bir disiplindir. Bu nedenle hemşirelik uygulamaları en güncel bilgi ve uygulama standartlarının hasta bakımına yönelik anlayışlı ve merhametli bir yaklaşımla harmanlanmasını gerektirir (1). Genel Tıp Konseyi (The General Medical Council) ve Hemşirelik Ebelik Konseyi (Nursing Midwifery Council /NMC) sağlık profesyonellerinin bilgi ve becerilerinin yanı sıra merhamete de sahip olmaları gerektiğini belirtmektedir (2,3). NMC öğrencilerin profesyonel meslek hayatına geçmeden önce elde etmesi gereken temel bir beceri ve mesleki değer olarak, "insan haklarına ve onuruna saygı duyan ve bunları koruyan, güvenilir, merhametli, birey merkezli, kanıta dayalı hemşireliği" tanımlamaktadır (2).

Sağlık bakımında temel bir değer olan merhamet başkalarının acısını veya talihsizliğini anlama ve hafifletme arzusu olarak tanımlanmaktadır (2,3). Merhamet, acılara karşı empatik bir tepkidir. Belirli ahlaki eylemlerle acılara çözüm bulmaya yönelik, insanların refahını gözetken rasyonel bir sürecin sonucudur. Bu nedenle, merhamet başkalarının acısını anlamak için gösterilen duyarlılığa, mevcut duruma bir çözüm bulmak için yardım etmeye ve acı çeken kişinin refahını arttırmaya istekli olmayı içermektedir (2,4,5).

Acı merhametin ortaya çıkmasında tetikleyici olarak düşünülmektedir. Ölüm, fiziksel yaralanma ve rahatsızlıklar, yaşlılık, hastalıklar, gıda yetersizliği, tekrarlanan felaketler ve yalnızlık, insanların acı çekmesine neden olan çeşitli durumlardır. Tıp alanında gerçekleşen ileri düzeydeki gelişmeler sağlık sorunlarının çözümüne ilişkin beklentileri arttırmış olsa da, birçok sorunun neden olduğu acıların çözümü yoktur. Engellilik, kronik hastalıklar, sevdiklerini kaybetme ve benzeri durumların hepsi sağlık uzmanları tarafından ortadan kaldırılamayan acı türlerindedir. Sağlık profesyonelleri, özellikle de hemşireler bu tür acılara yaptıkları işin doğası gereği sıklıkla şahit olmaktadır (6). Merhamet, kişilere birey olarak saygı duyulmasını ve değer verilmesini, sağlık bakımı aldıkları süreçlerdeki insani tecrübelerini anlamayı ve bunları göz önünde bulundurarak tepki vermeyi gerek-

tirir. Bu yönleriyle merhamet sağlık profesyonellerinin günlük işlerinde görevi durumundadır (2,4).

Hemşirelerin en ayrıcalıklı rolü olan bakım, teknik bilgi ve becerilere sahip olmanın yanı sıra bakım verilen bireylere karşı merhametli olmayı da gerektirir. Çünkü hemşireler bakım verdikleri kişilerin en savunmasız anlarına ve özel durumlarına tanık olurlar (3). Hümanistik bir yaklaşım ve merhamet mükemmel hemşirelik bakımının temeli olarak kabul edilmektedir (2). Evrensel olarak, hastalar bakım ile merhameti eşit tutarlar. Bakım veren hemşire sıcak ve empatik, merhametli ve ilgili olarak tanımlanır. Hemşireler empatik bir yaklaşım için hastanın ağrısı ve rahatsızlığının farkına varmalı ya da kendisini onun ayakta kalmasıyla yürüdüğünü farz ederek hasta ile özdeşleşebilmektedir. Hemşireler hastaların sevinçlerini, üzüntülerini, acısını ve başarılarını paylaşır. Hemşirelerin bu paylaşımları etkin yönetebilmesi için merhametli, cesaretli ve açık olmaları gerekir (7).

Sağlık hizmetlerinin tümünde hasta bakımını merhametli bir şekilde sağlama olanağının sunulması, çalışan tüm hemşirelerin beklentilerinden biridir. Güven, onur, saygı, etkili iletişim becerileri, hastalar ve aileleri ile iş birliği sağlama, merhamet kavramıyla iç içe olan kavramlardır. Bu kavramlar merhamet, iletişim ve yüksek kaliteli bakımın sağlanması için gerekli olan unsurlardır. Bu nedenle hemşireler bakım için yeterli bilgi, teknik beceri, tutum ve kişiler arası ilişkiler geliştirmeli, ayrıca merhametli bakım verme özelliklerine sahip olmalıdırlar (3). Kaliteli bakım sağlamak için hemşirelik öğrencileri, danışan ve hastalar ile etkili ilişkiler kurmanın yanı sıra, bu süreçte karşılaşılabilecekleri zorlukları başarıyla yönetmek için gerekli becerilerle donatılmalıdırlar (8). Sağlık bakımının sunumunda merhametin bu denli önemli olması nedeniyle, bu çalışma hemşirelik bölümü öğrencilerinin merhamet düzeylerinin ve merhamet düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

## YÖNTEM

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma, bir sağlık yüksek okulunun hemşirelik bölümünde Mart-Haziran 2017 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın evrenini 2016-2017 eğitim-öğretim yılı bahar döneminde kayıtlı olan 712 hemşirelik öğrencisi oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmemiş olup, çalışmaya katılmayı kabul eden ve veri toplama formlarını eksiksiz dolduran 494 öğrenci örnekleme oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama süreci gerekli etik kurul izni ve kurum onayı alındıktan sonra başlatılmıştır. Veriler "Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Merhamet Ölçeği" ile toplanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda (8,9,10) oluşturulan bu form, yaş, cinsiyet gibi sosyo-demografik özellikleri içeren toplam 9 sorudan oluşmaktadır.

Merhamet Ölçeği: Pommier (2010) tarafından geliştirilen, Akdeniz ve Deniz (2016) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan "Merhamet Ölçeği" 24 maddeden oluşmakta olup, 5'li likert (1=Hiçbir Zaman, 2=Nadiren, 3=Ara Sıra, 4=Sık Sık, 5= Her Zaman) tipindedir. Ölçek sevecenlik (6,8,16,24), umursamazlık (2,12,14,18), paylaşımların bilincinde olma (11,15,17,20), bağlantısızlık (3,5,10,22), bilinçli farkındalık (4,9,13,21) ve ilişki kesme (1,7,19,23) olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme alt boyutları ters çevrilerek hesaplanır. Bu hesap sonrasında toplam puan ortalaması alınır (9,10). Ölçekten alınan toplam puan arttıkça merhamet düzeyi de artmaktadır. Akdeniz ve Deniz'in (2016) çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.85 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değerinin 0.87 olduğu tespit edilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi: Verilerin analizleri SPSS (IBM SPSS Statistics 20) paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemlerden faydalanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U Testi" (Z tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleri ile karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H Testi" ( $\chi^2$  tablo değeri) yöntemi ve bunlara ait ikili karşılaştırmalar için "Bonferroni

Düzeltilmesi" kullanılmıştır. Ölçüm değerlerinin birbirleriyle ilişkisinin incelenmesinde Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

## BULGULAR

Çalışma bulgularına göre öğrencilerin %83.6'sının kadın, %59.9'unun 20 yaş ve altında olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin %50.0'sinin Anadolu Lisesi mezunu ve %61.7'sinin üniversiteye yerleştirilme tercihlerinde birinci sırada hemşirelik bölümünün olduğu saptanmıştır. Ayrıca öğrencilerin %26.7'sinin dördüncü sınıf öğrencisi olduğu, %38.5'inin 3 kardeş olduğu ve %54.3'ünün ailesinin bir il merkezinde yaşadığı tespit edilmiştir. Öğrencilerin %91.5'inin gelir düzeyinin orta seviyede olduğu, %61.3'ünün yurttan kaldığı, %23.1'inin ise arkadaşlarıyla evde kaldığı saptanmıştır (Tablo 1). Öğrencilerin merhamet ölçeği puanları incelendiğinde, puan ortalamasının  $4.19 \pm 0.44$ , medyan değerinin 4.3 olduğu, en düşük alınan puanın 2.3 ve en yüksek alınan puanın 5.0 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Ölçeğin alt boyutlarının puan ortalamasına bakıldığında sevecenlik alt boyutunun  $4.26 \pm 0.61$ , umursamazlık alt boyutunun  $1.79 \pm 0.64$ , paylaşımların bilincinde olma alt boyutunun  $4.13 \pm 0.65$ , bağlantısızlık alt boyutunun  $1.84 \pm 0.59$ , bilinçli farkındalık alt boyutunun  $4.08 \pm 0.57$  ve ilişki kesme alt boyutunun  $1.71 \pm 0.62$  olduğu saptanmıştır.

Ölçekten alınan puanların sosyo-demografik dağılımına bakıldığında, cinsiyet değişkeni, devam edilen sınıf ve gelir düzeyi özelliklerine göre merhamet puanı ve alt boyutlara ilişkin puanlar arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ( $p < 0.05$ ). Cinsiyet değişkeni açısından bakıldığında kadınların umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme alt boyut puanları erkeklerden daha düşük, bilinçli farkındalık puanlarının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Sevecenlik ve paylaşımların bilincinde olma alt boyutları açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ). Cinsiyet değişkenine göre kadınların merhamet ölçeği medyan puanının (4.3), erkeklerin puanından (4.0) yüksek olduğu ve farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $Z = -$



3.933,  $p=0.000$ ) (Tablo 3) .

Sınıflara göre bilinçli farkındalık alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $\chi^2=9.246$ ;  $p=0.026$ ). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucu ikinci sınıflar ile dördüncü sınıflar arasında anlamlı fark olduğu, ikinci sınıfların bilinçli farkındalık alt boyutu puanının, dördüncü sınıflardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

Gelir durumlarına göre paylaşımların bilincinde olma alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $\chi^2=7.187$ ;  $p=0.028$ ). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucu gelir durumu yüksek olanlar ile gelir durumu orta ve düşük olanlar arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir. Gelir durumu yüksek olanların paylaşımların bilincinde olma alt boyut puanı, gelir durumu orta ve düşük olanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür (Tablo 3).

**Tablo 1.** Öğrencilere Ait Özelliklerin Dağılımı

<b>Değişken (n=494)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b> [ $X \pm S.S.$ > 20,15±1,60 ]		
20 Yaş ve Altı	296	59,9
21 Yaş ve Üzeri	198	40,1
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	81	16,4
Kadın	413	83,6
<b>Mezun Olunan Lise</b>		
Düz Lise	115	23,3
Anadolu Lisesi	247	50,0
Fen Lisesi	5	1,0
Sağlık Meslek Lisesi	91	18,4
Diğer	36	7,3
<b>Sınıf</b>		
1.Sınıf	131	26,5
2.Sınıf	109	22,1
3.Sınıf	122	24,7
4.Sınıf	132	26,7
<b>Okunan Bölüm Tercih Sırası</b>		
İlk Tercih	305	61,7
2-3. Tercih	80	16,2
4-5. Tercih	38	7,7
6 ve Üzeri Tercih	71	14,4
<b>Ailenin Yaşadığı Yer</b>		
Köy	67	13,6
Kasaba	15	3,0
İlçe	144	29,1
İl	268	54,3
<b>Gelir Durumu</b>		
Düşük	29	5,9
Orta	452	91,5
Yüksek	13	2,6
<b>Kardeş Sayısı</b> $X \pm S.S.$ > 3,31±1,75		
1 Kardeş	10	2,0
2 Kardeş	157	31,8
3 Kardeş	190	38,5
4 ve Daha Fazla Kardeş	137	27,7
<b>Kalınan Yer</b>		
Yurt	303	61,3
Aileyle	69	14,0
Arkadaşlarla Evde	114	23,1
Yalnız Başına Evde	8	1,6

**Tablo 2.** Öğrencilerin Merhamet Ölçeği ve Alt Boyutlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler	Mean	S.D.	Median	Min.	Max.
Sevecenlik	4.26	0.61	4.3	1.0	5.0
Umursamazlık*	1.79	0.64	1.8	1.0	5.0
Paylaşımların Bilincinde Olmak	4.13	0.65	4.3	1.0	5.0
Bağlantısızlık*	1.84	0.59	1.8	1.0	5.0
Bilinçli Farkındalık	4.08	0.57	4.3	1.0	5.0
İlişki Kesme*	1.71	0.62	1.5	1.0	5.0
Merhamet Ölçeği	4.19	0.44	4.3	2.3	5.0

\*Toplam puan ortalaması hesaplanırken ters puanlanmıştır.

Ölçeğin alt boyutları ve genel toplam puanı ile öğrencilerin yaş, mezun olunan lise, hemşirelik bölümünü tercih etme sırası, ailenin yaşadığı yer, kardeş sayısı ve eğitim süresince kalınan yer değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).

## TARTIŞMA

Bu çalışmada hemşirelik bölümü öğrencilerinin merhamet düzeyleri ve merhamet düzeylerini etkileyen faktörler incelenmiştir. Öğrencilerin merhamet ölçeği puan ortalamasının  $4.19\pm 0.44$  olduğu

belirlenmiştir. Ölçekten alınan puan arttıkça merhamet düzeyi de yükselmektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 5 olduğu göz önüne alındığında öğrencilerin merhamet düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir. Bray ve arkadaşlarının (2014) yapmış oldukları çalışmada mesleki değerlerin içerisinde yer alan merhametin, hemşirelik eğitiminin temelini oluşturması açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır (2). Jack ve Tetley (2016) hemşirelik öğrencilerinin merhameti nasıl anlayıp deneyimlediklerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada merhametin öğrenciler tarafından birçok açıdan tanımlandığı ve deneyimlendiğini belirlemişlerdir. Özellikle şiir gibi yaratıcı çalışmaların,

**Tablo 3.** Öğrencilere Ait Özelliklerin Merhamet Ölçeği ve Alt Boyutlarıyla Karşılaştırılması

Değişken (n=494)	n	Sevecenlik	Umursamazlık	Paylaşımların Bilincinde Olmak	Bağlantısızlık	Bilinçli Farkındalık	İlişki Kesme	Genel Puan
		Medyan [Min-Max]	Medyan [Min-Max]	Medyan [Min-Max]	Medyan [Min-Max]	Medyan [Min-Max]	Medyan [Min-Max]	Medyan [Min-Max]
<b>Cinsiyet</b>								
Erkek	81	4.3 [1.5-5.0]	2.0 [1.0-4.0]	4.0 [1.5-5.0]	2.0 [1.0-4.0]	4.0 [1.5-5.0]	2.0 [1.0-3.8]	4.0 [2.3-4.9]
Kadın	413	4.3 [1.0-5.0]	1.8 [1.0-5.0]	4.3 [1.8-5.0]	1.8 [1.0-5.0]	4.3 [2.0-5.0]	1.5 [1.0-5.0]	4.3 [2.7-5.0]
<b>İst. Analiz</b>		Z=-1.481	Z=-4.174	Z=-1.197	Z=-4.439	Z=-2.490	Z=-2.653	Z=-3.933
<b>Olasılık</b>		p=0.139	<b>p=0.000</b>	p=0.231	<b>p=0.000</b>	<b>p=0.013</b>	<b>p=0.008</b>	<b>p=0.000</b>
<b>Sınıf</b>								
1.Sınıf <sup>(1)</sup>	131	4.3 [2.3-5.0]	1.8 [1.0-4.0]	4.3 [2.3-5.0]	1.8 [1.0-3.8]	4.3 [2.3-5.0]	1.5 [1.0-4.3]	4.3 [3.0-5.0]
2.Sınıf <sup>(2)</sup>	109	4.5 [2.5-5.0]	1.5 [1.0-3.5]	4.3 [2.0-5.0]	1.8 [1.0-3.8]	4.5 [2.3-5.0]	1.5 [1.0-3.3]	4.3 [2.8-5.0]
3.Sınıf <sup>(3)</sup>	122	4.3 [1.0-5.0]	1.8 [1.0-5.0]	4.3 [2.0-5.0]	1.8 [1.0-5.0]	4.0 [2.0-5.0]	1.5 [1.0-5.0]	4.3 [3.0-5.0]
4.Sınıf <sup>(4)</sup>	132	4.3 [1.5-5.0]	1.8 [1.0-3.5]	4.0 [1.5-5.0]	1.8 [1.0-4.0]	4.0 [1.5-5.0]	1.8 [1.0-4.3]	4.2 [2.3-4.9]
<b>İst. Analiz*</b>		$\chi^2=5.541$	$\chi^2=3.938$	$\chi^2=4.461$	$\chi^2=2.472$	$\chi^2=9.246$	$\chi^2=3.040$	$\chi^2=7.013$
<b>Olasılık</b>		p=0.136	p=0.268	p=0.216	p=0.480	<b>p=0.026</b>	p=0.385	p=0.071
<b>Fark</b>		-	-	-	-	<b>2-4</b>	-	-
<b>Gelir</b>								
Durumu	29	4.5 [2.5-5.0]	1.8 [1.0-5.0]	4.5 [2.5-5.0]	2.0 [1.0-5.0]	4.0 [2.5-5.0]	1.5 [1.0-5.0]	4.3 [3.0-4.8]
Düşük <sup>(1)</sup>	452	4.3 [1.5-5.0]	1.8 [1.0-4.5]	4.3 [1.5-5.0]	1.8 [1.0-4.0]	4.3 [1.5-5.0]	1.5 [1.0-4.3]	4.3 [2.3-5.0]
Orta <sup>(2)</sup>	13	4.3 [1.0-5.0]	2.0 [1.0-3.5]	3.8 [1.8-5.0]	2.0 [1.0-4.0]	4.0 [2.0-5.0]	1.5 [1.0-3.0]	4.0 [2.8-4.9]
Yüksek <sup>(3)</sup>								
<b>İst. Analiz*</b>		$\chi^2=2.897$	$\chi^2=0.912$	$\chi^2=7.187$	$\chi^2=0.776$	$\chi^2=0.093$	$\chi^2=0.283$	$\chi^2=1.932$
<b>Olasılık</b>		p=0.235	p=0.634	<b>p=0.028</b>	p=0.678	p=0.955	p=0.868	p=0.381
<b>Fark</b>		-	-	<b>[1,2-3]</b>	-	-	-	-

\*Normal dağılıma sahip olmayan 2 bağımsız grubun puanlarla karşılaştırılmasında "Mann -Whitney U" test (Z-tablo değeri) istatistikleri; 3 veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında "Kruskal -Wallis H" test ( $\chi^2$ -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır ve medyan min -max şeklinde gösterilmiştir.

öğrencilerin bireysel ve profesyonel merhamet duygusunu ifade etmelerini kolaylaştırdığını ve eğitimcilerin, öğrencilerin merhamet duygusunu nasıl deneyimlediklerinin farkına varmaları durumunda, hemşirelik bakımını sunarken merhametli olmaları konusunda daha fazla destek sağlayabileceklerini ifade etmişlerdir (11). Shih ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında da tıp öğrencilerine verilen merhamet odaklı eğitim sonucunda, öğrencilerin merhametli bakım algılarının yükseldiği bulunmuştur (12).

Ölçek alt boyutları ve genel puanı ile öğrencilerin yaş, mezun olunan lise, hemşirelik bölümünü tercih sırası, ailenin yaşadığı yer, kardeş sayısı ve eğitim süresince kalınan yer değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). İsgör'ün (2017a) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, çalışmamıza benzer olarak öğrencilerin merhamet düzeylerinin ailenin yaşadığı yer değişkenine göre değişmediği saptanmıştır. Bu durumun çalışmaya katılan öğrencilerin yaşlarının birbirine yakın olmasından ve alınan eğitimin birbirine benzer olması gibi durumlardan kaynaklandığı söylenebilir (13).

Çalışmada cinsiyet değişkenine göre kadınların merhamet düzeyleri erkelerinkinden anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Tatum'un (2012) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada da kadınların merhamet ölçeği genel puan ortalamalarının erkeklere oranla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (14). Çeşitli çalışmalarda da kadınların merhamet düzeylerinin daha yüksek olmasının beklendiği belirtilmiştir (15,16). Çalışmamızdaki bu sonucun kadınların doğası diyebileceğimiz onların daha hassas, sevecen ve anaç olmalarının yanı sıra bu durumu yaşamın her boyutuna entegre etmelerinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Sınıflara göre merhamet ölçeği bilinçli farkındalık alt boyutu açısından ikinci sınıfların bilinçli farkındalık alt boyut puanının dördüncü sınıflardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu farkın ikinci sınıftaki öğrencilerin kişilik özellikleri ile alakalı olabileceği düşünülebilir.

Araştırmadan elde edilen diğer bir bulgu da öğrencilerin gelir durumlarına göre merhamet ölçeği paylaşımların bilincinde olma alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğunun saptanmasıdır. Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığının tespiti için yapılan karşılaştırmalarda gelir durumu yüksek olanlar ile gelir durumu orta ve düşük arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Gelir durumu yüksek olanların, gelir durumu orta ve düşük olanlara göre paylaşımların bilincinde olma alt boyutu açısından merhamet düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. İsgör'ün (2017b) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada, çalışmamızın aksine öğrencilerin merhamet düzeylerinin ailelerinin gelir düzeyiyle ilişkili olmadığı tespit edilmiştir (17). Çalışmamızdaki bu durum orta ve düşük gelirli öğrencilerin yaşamış oldukları mutluluk veya sıkıntılı deneyimleri ile ilgili empati kurarak başkalarına yardım etme konusunda daha istekli olmalarından kaynaklı olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, öğrencilerin merhamet düzeylerinin yüksek olduğu söylenebilir. Öğrencilerin merhamet düzeylerinin yaş, mezun olunan lise, okunan bölüm tercih sırası, ailenin yaşadığı yer, kardeş sayısı ve kalınan yer değişkenlerinden etkilenmediği, cinsiyet, sınıf ve gelir durumu değişkenlerinden ise etkilendiği saptanmıştır. Bu çalışmanın daha geniş örneklem gruplarıyla yapılması önerilir.

---

Yazışma adresi: Yard. Doç. Dr. Nurhan Çingöl, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Bolu ebruarabaci@ibu.edu.tr

---

## KAYNAKLAR

1. Perry AG, Fundamentals of Nursing: Nursing Today. Edited by Potter PA, Perry AG, Stockert PA, Hall AM. 8th ed. St.Louis Missouri, Elsevier Mosby, 2013, pp. 1-13.
2. Bray L, O'Brien MR, Kirton J, Zubairu K, Christiansen A. The role of professional education in developing compassionate practitioners: A mixed methods study exploring the perceptions of health professionals and pre-registration students. *Nurse Education Today* 2014; 34:480-486. doi: 10.1016/j.nedt.2013.06.017
3. Bloomfield J, Pegram A. Care, compassion and communication. *Nursing Standard* 2015; 29(25):45-50. doi:10.7748/ns.29.25.45.e7653
4. Perez-Bret E, Altisent R, Rocafort J. Definition of compassion in healthcare: A systematic literature review. *International Journal of Palliative Nursing* 2016; 22:599-606. doi:10.12968/ijpn.2016.22.12.599
5. Polat FN, Erdem R. Merhamet yorgunluğu düzeyinin çalışma yaşam kalitesi ile ilişkisi: Sağlık profesyonelleri örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2017; 26(1): 291-312.
6. Cingel M. Compassion and professional care: exploring the domain. *Nursing Philosophy* 2009; 10:124-136. doi: 10.1111/j.1466-769X.2009.00397.x
7. Berman A, Snyder SJ, Frandsen G. Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing Concept, Process, and Practice. 10th ed. Edinburgh, Pearson Education Limited, 2016, pp. 425-429.
8. Adam D, Taylor R. Compassionate care: Empowering students through nurse education. *Nurse Education Today* 2014;34:1242-1245. doi: 10.1016/j.nedt.2013.07.011
9. Pommier AN. The Compassion Scale. The Graduate School of The University of Texas at Austin, Doctoral Thesis. 2010.
10. Akdeniz S, Deniz ME. Merhamet ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being* 2016; 4(1):50-61.
11. Jack K, Tetley J. Using poems to explore the meaning of compassion to undergraduate nursing students. *International Practice Development Journal* 2016; 6(1)[4]:1-13. doi: 10.19043/ipdj.61.004
12. Shih CY, Hu WY, Lee LT, Yao CA, Chen CY, Chiu TY. Effect of a compassion-focused training program in palliative care education for medical students. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine* 2017; 30(2):114-120. doi: 10.1177/1049909112445463
13. İşgör İY. Üniversite öğrencilerinde bağlanma stilleri ve akademik başarının merhamet üzerindeki yordayıcı etkisi. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2017a; 19(1):82-99. doi:10.17556/erziefd.299182
14. Tatum KJ. Adherence to Gender Roles as a Predictor of Compassion and Self-Compassion in Women and Men. Baylor University, Doctoral dissertation. 2012.
15. Chakrabarti B, Baron-Cohen S. Empathizing: neurocognitive developmental mechanisms and individual differences. *Progress in Brain Research* 2006; 156:403-417. doi:10.1016/S0079-6123(06)56022-4
16. Salazar LR. The relationship between compassion, interpersonal communication apprehension, narcissism and verbal aggressiveness. *The Journal of Happiness & Well-Being* 2016; 4(1):1-14.
17. İşgör İY. Merhametin öznel iyi oluş üzerindeki yordayıcı etkisinin incelenmesi. *Gaziantep University Journal of Social Sciences* 2017b; 16(2):425-436. doi: 10.21547/jss.290441

# Baş ağrısı olan ve olmayan grupların Geştalt temas biçimleri, öfke ve anksiyete düzeyleri açısından incelenmesi

*An examination of gestalt contact styles, anger and anxiety levels of headache and non headache groups*

Çiğdem Kudiaki<sup>1</sup>, Nilhan Sezgin<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kln.Psk., Çiğdem Kudiaki Bireysel ve Kurumsal Danışmanlık ve Eğitim Hizmetleri, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Prof. Dr., Ankara Üniversitesi DTCF Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye

## ÖZET

**Amaç:** Birincil baş ağrısı bozukluklarının en büyük bölümünü oluşturan migren ve gerilim tipi baş ağrılarında psikolojik faktörlerin önemi ve psikoterapi uygulamalarının yararı tutarlı olarak bildirilmektedir. Geştalt terapi yaklaşımında da, bedensel rahatsızlıklar ve bedene yönelik çalışmalar özel bir öneme sahiptir ve baş ağrısı gibi psikolojik etkenler tarafından oldukça ilişkili olan fiziksel rahatsızlıkların Geştalt temas biçimleri ile ilgili olabileceği varsayılmaktadır. Bu çalışma baş ağrısı olan ve olmayan gruplarda Geştalt temas biçimlerini, öfke ve anksiyete düzeylerini incelemek ve temas biçimlerini yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Migren ve gerilim tipi baş ağrısı olan ilk grupta 161 (141 kadın/20 erkek) katılımcı, baş ağrısı olmayan grupta ise 126 (94 kadın/32 erkek) toplam 287 katılımcı bulunmaktadır. Katılımcılar, Geştalt temas biçimleri, öfke ve anksiyete düzeyleri açısından karşılaştırılmıştır. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Geştalt Temas Biçimleri Ölçeği-Yeniden Düzenlenmiş Formu, Çok Boyutlu Öfke Ölçeği ve Beck Anksiyete Envanteri kullanılarak elde edilmiştir. **Bulgular:** Baş ağrılı grubun kendine döndürme, saptırma ve duyarsızlaşma temas biçimlerini baş ağrısı olmayanlara göre daha sık kullandıkları, öfke ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Geştalt temas biçimlerini yordayan değişkenler incelendiğinde, kişinin kendisine, diğerlerine ve dünyaya yönelik olumsuz düşüncelerinin kendine döndürme ve saptırma temas biçiminde önemli bir yordayıcı olduğu, kaygılı tepkilerin azalarak sakin tepkilerin azalmasında duyarsızlaşma temas biçiminin rol oynadığı görülmektedir. **Sonuç:** Temas biçimlerinin işlevsel kullanılmadığı durumlarda, öfke ve anksiyete yaşantılarının migren ve gerilim tipi baş ağrılarında olumsuz etkilerinin olabileceği görülmektedir. Bu sonuçların gelecekte baş ağrısına yönelik oluşturulacak Geştalt terapi temelli psikoterapi müdahalelerine zemin yaratması açısından önemli olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Baş ağrısı, migren, gerilim tipi baş ağrısı, Geştalt terapi, Geştalt temas biçimleri, öfke, anksiyete

(*Klinik Psikiyatri 2018;21:68-78*)

DOI: 10.5505/kpd.2017.42104

## SUMMARY

**Object:** In migraine and tension type headaches, which constitute the largest part of primary headache disorders, the importance of psychological factors and psychotherapy applications are reported consistently. In the gestalt therapy approach, studies on physical disorders and body have a special precaution and it is assumed that the physical disorders that are highly related to psychological factors such as headache may be related to Gestalt contact patterns. This study was conducted to investigate Gestalt contact patterns, anger and anxiety levels, and to identify variables that predict contact patterns in the groups with and without headache. **Methods:** In the first group, migrain and tension type headache, there were 161 (141 female/20 male) participants and in the group without headache there were 126 participants (94 female/32 male). There were 287 participants in total. Data was collected through Personal Information Form, Gestalt Contact Styles Scale – Revised Form, Multidimensional Anger Scale and Beck Anxiety Inventory. **Results:** The comparisons of groups in terms contact styles, anger and anxiety yields that the individuals in headache group engage in retroreflection, deflection and desensitization contact styles more than individuals who do not have headaches and they have higher anger and anxiety levels. Similarly, the results of the regression analysis show that the negative attitudes towards oneself, others and the world are an important predictor of retroreflection and deflection contacts styles. Also, the attitude of desensitization seems to play a role in decreasing anxious reactions and decreasing quiet responses. **Discussion:** The results indicate that unhealthy contact styles, anger and anxiety experiences have negative effects on headache. Thus, Gestalt therapy based psychotherapy techniques can be recommended to be an important foundation for treatment of headaches.

**Key Words:** Child, crime, juvenile delinquency, risk factors, forensic psychiatry Headache, migraine, tension type headache, Gestalt therapy, Gestalt contact styles, anger, anxiety

## GİRİŞ

Birincil baş ağrısı bozuklukları içinde büyük çoğunluğunu migren ve gerilim tipi baş ağrıları (GTBA) oluşturmaktadır (1). Baş ağrısında stres, anksiyete, depresyon, öfke gibi psikolojik süreçlerin öneminin ortaya konması; biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçlerin birbiri ile ilişkili olduğuna dair ilgiyi giderek arttırmıştır. Ağrının duyusal ve duygusal bileşenleri içermesi nedeniyle "anksiyete", "depresyon" ve "öfke" gibi duyguları içeren üç ayaklı bir yapıya dayandığı ve söz konusu duyguların baş ağrısının ortaya çıkışı, şiddetini ve gidişatını etkilediği belirtilmektedir (2,3). Anksiyete, öfke, depresyon ya da stresli durumların baş ağrısını tetikleyebildiği (4,5); migren tipi baş ağrısı olan kişilerin anksiyete ve depresif belirtilerinin baş ağrılı olmayanlardan daha fazla olduğu (6,7); anksiyetenin baş ağrısı etkisinde ve baş ağrısının şiddetlenmesinde rolü olduğunu (8) , baş ağrılı kişilerde öfkenin ve baş etme becerilerinin baş ağrısını yordayıcı rolü olduğu (9) gösterilmiştir. Ayrıca baş ağrısına yönelik psikososyal müdahalelerin (bilişsel davranışçı psikoterapi, gevşeme eğitimi, biyolojik geri bildirim yöntemi gibi), ağrı sıklığı ve şiddetinin azalmasında etkili olduğunun gösterilmesi, baş ağrısında psikolojik faktörlerin önemini destekler niteliktedir (10,11,12).

İnsanı içsel, sosyal ve fiziksel çevresinin bir bütünü olarak ele alan Gestalt terapi yaklaşımında bedensel, duygusal ve zihinsel yaşantıların birbirinden ayıramayacağı ve bunlardan herhangi birinde meydana gelen bir değişikliğin diğerlerini de etkileyerek tüm organizmanın etkileceği varsayılmaktadır (13). Bu yaklaşıma göre başka bir tıbbi sorunla açıklanamayan ağrı, acı, yanma, şişme, kasılma gibi fiziksel rahatsızlıkların o kişi için işlevsel bir anlamı olduğuna (14) ve fiziksel rahatsızlıklarla ilişkili olduğu düşünülen temas biçimlerinin sık kullanımıyla ortaya çıkabileceğine inanılmaktadır (15). Bunun için terapide bedensel rahatsızlıkların o kişi için taşıdığı anlamı ve vermeye çalıştığı mesajı araştırmaya yönelik çalışmalar yapılır (14).

Kişinin çevresiyle temas kurarken kullandığı yollara temas biçimleri adı verilmektedir. Kişinin kullandığı temas biçimleri, onun istek ve ihtiyaçlarını

gerçekleştirmesine yardımcı olduğunda, bu temas biçiminin işlevsel olarak kullanıldığı düşünülür (16). Ancak kişinin kullandığı temas biçimleri onun istek ve ihtiyaçlarını gerçekleştirmesine yardımcı olmaz, hatta engel olursa temasta yaşanan engellenmeler hem kişinin kendisiyle hem de çevresiyle ahenginin bozulmasına yol açar (14). Bu anlamda temas biçimleri Gestalt yaklaşımının kuram ve uygulamalarında terapistin rehberlik eden önemli haritalardan biri olması açısından da önemlidir. Çünkü bozukluğa, kesintiye, rahatsızlığa ya da dirence yol açan temas biçiminin kendisi değil; nasıl, ne zaman, kime karşı, hangi durumda, ne kadar sık ve ne kadar süre ile kullanıldığıdır (14). İnsanların diğerleriyle ilişkilerinde "içe alma", "iç içe geçme", "yansıtma", "kendine döndürme", "duyarsızlaşma", "saptırma" ve "kendini seyretme" şeklinde yedi farklı temas biçimi kullandıklarını ifade edilmektedir. İçe alma, kişinin çevresinden gelen duygu, düşünce ve davranışları ayırt etmeden ve özümsemeden, olduğu gibi içine almasıdır. Duyarsızlaşma en genel anlamıyla hislerin uyutulmasıdır. Bedenden gelen acı ya da rahatsızlık hissinin ve çevreden gelen bilgilerin dikkate alınmaması ya da göz ardı edilmesidir. Saptırma temas biçimi, temasın yoğunluğunu azaltmak için çevreyle ya da diğerleriyle doğrudan temastan kaçınmak ve diğerlerinden gelen mesaj, tepki ve duygu ifadelerini duymazdan ve görmezden gelmek şeklinde tanımlanabilir. Kişinin kendi duygu, düşünce, davranış ya da özelliklerini bir başka kişiye, duruma ya da objeye yönlendirmesi olarak tanımlanan dördüncü temas biçimi yansıtmadır. Kendine döndürme temas biçiminde ise, kişi ihtiyaçlarını karşılamak için kullanacağı enerjiyi çevresine yöneltmek yerine kendisine yöneltir. Enerjisini kendisine yönelten kişi çevreyle temasını keserek, kendi duygu ve düşüncelerine odaklanır ve hareketsizleşir. Gestalt yaklaşımına göre temas sınırı, kişinin çevresiyle bulunduğu yerdir. Ancak kendini seyretme temas biçiminde, ise kişi sadece kendisiyle buluşur ve kendisini, sanki bir başkasıymış gibi, dışarıdan gözler ve izler. Son temas biçimi olan iç içe geçme ise, kişinin kendisi ve diğerlerini "bir" olarak görmesi, kendi sınırlarını belirleyememesidir.

Gestalt yaklaşımında, yaşanan tüm sorunların, bedende somutlaşarak insanın varoluşunun temelini kapsadığı ve kişinin fizyolojik olarak ne yaşıyor-

sa psikolojik olarak da onu yaşadığı düşünülmemektedir (15). Örneğin kronik olarak başı ağrıyan bir kişinin psikolojik olarak da canının yandığı ya da ağrıdığı varsayılır. Özellikle kendine döndürme temas biçimini kronik olarak kullanan kişilerin bedensel özellikleri incelendiğinde, astım, ülser, baş ağrısı, kolit gibi bedensel rahatsızlıkların ön plana çıktığı belirtilmektedir (17, 18,19). Diğer yandan psikolojik sağlığın bozulmasında önemli bir yeri olan kendilikle ve diğerleriyle ilgili içe alınan bilgilerin de, ağız ve çene bölgesinde, boyun ve ensede, göğüs ve sırt bölgesinde ve diyaframda aşırı gerginliklere yol açtığı da ifade edilmektedir (20). Özellikle stresli durumlarda yaşanan anksiyete ve öfke duygularıyla işlevsel olarak baş edilememesi stresli durumun uzamasına ve kişinin hem psikolojik hem de bedensel olarak etkilenmesine yol açabilmektedir (21). Örneğin baş ağrılı kişilerde anksiyetenin artmasıyla ağrı şiddetinin arttığı, azalmasıyla ise ağrı sıklığının azaldığı belirtilmektedir (22,23). Benzer şekilde baş ağrısı grubunun öfke düzeyinin baş ağrısı olmayanlara göre yüksek olduğu, öfkelerini ifade etmekte daha fazla zorluk yaşadıkları bunun da ağrının yoğunluğu ve günlük yaşamda kısıtlılığa yol açtığı ifade edilmektedir (24,25)

Psikoterapi yaklaşımları içinde beden çalışmalarına, bedensel hastalık ve sorunlara özel bir önem veren Geşalt yaklaşımı içinde migren ve GTBA türü baş ağrısı olan kişilerin temas biçimlerine dair bilgi edinmek, bu kişilere yönelik teröpotik müdahalelerin oluşturulmasında son derece önem kazanmaktadır. Bu çalışmada migren, GTBA tanısı alan baş ağrılı olan ve bu tür bir ağrısı olmayan kişilerin temas biçimleri, öfke belirtileri, öfke sırasındaki düşünce ve tepkileri ile anksiyete düzeyleri karşılaştırılmış ve temas biçimlerini yordayıcı değişkenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

### Örnekleme

Çalışmada 16-60 yaş arasında 287 kişiden oluşan iki grup katılımcı yer almıştır. Baş ağrısı grubu migren ve gerilim tipi baş ağrısı olan 161 (141 kadın, 20 erkek; X: 33.22 SS:10.67) kişiden oluşmuştur. Bu grubun %31.68'i (51) ilkokul, %35'i lise (57), %

32'si ise üniversite mezunudur. Baş ağrısı olan katılımcılar, Ankara Tıp Fakültesi Nöroloji Departmanı'na baş ağrısı nedeniyle başvurup migren ve GTBA tanısı almış kişilerden oluşmaktadır. Bu tanılar, Uluslararası Baş Ağrısı Derneği Sınıflama Ölçütleri'ne göre (25) Nöroloji doktorları tarafından konulmuştur. Migren ve GTBA gruplarına dâhil edilme ölçütleri şu şekildedir: a) 16-60 yaş arasında olmak (Yetişkin Nöroloji Polikliniği 16 yaş ve üzerine hizmet vermektedir. 60 yaş ve üzerinde hormonlarla ilgili değişimler, baş ağrısının etiolojisini etkileyebilir. O nedenle çalışma ölçütleri, bu yaş grubu örneklemden oluşturulmuştur); b) Migren veya GTBA tanısı almış olmak; c) Migren ve GTBA dışında herhangi bir nörolojik ya da kronik hastalığı bulunmamak; d) Zihinsel engeli olmamak ve okur-yazar olmak. Bu ölçütleri karşılayan katılımcılar çalışmaya dahil edilmiştir. Baş ağrısı olan grubun baş ağrısı süresi incelendiğinde ise; 1 yıldan az olan katılımcı sayısı 32 (%19.9), 1-5 yıl arası olan katılımcı sayısı 59 (%36.7), 6-10 yıl 31 kişi (%19.3), 10 yıldan fazla 41 (%25.5) olduğu görülmektedir. Baş ağrılarının başlangıç yaşı incelendiğinde, katılımcıların %23 (37)'sinin çocukluk döneminde, %43 sinin (69) 16-29 yaş aralığında, %'sinin 34 (54) ise 30 yaş sonrasında başladığı görülmektedir.

Baş ağrısı olmayan grup ise 126 (94 kadın/32 erkek; Yaş Ort:37.44 SS:10.53) kişiden oluşmuştur. Bu gruptaki kişilere, hasta yakınlarından ve hastane personelinde ulaşılmıştır. Bu grubun %19.05'i (24) ilkokul, %32.6'sı (41) lise, % 48.4'ü (61) üniversite mezunudur. Bu gruba dahil edilme ölçütleri ise a) Yılda 10 defadan az baş ağrısı yaşıyor olmak - Baş ağrısının sıklığının değerlendirilmesi için; "0: Hiç olmadı", "1: Yılda birkaç kez", "2: Ayda birden az", "3: Ayda bir-üç kez", "4: Haftada bir iki kez", "5: Haftada üç veya daha fazla", "6: Hemen hemen her gün" aralığında bir derecelendirme kullanılmıştır. Baş ağrısı grubuna alınan kişiler, bir ve ikinci seçeneği işaretlemişlerdir. Sıklıkla ilgili bilgiler Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (26,27) tarafından belirtilen ölçütlere göre yapılmıştır. b) Psikiyatrik/psikolojik yardım almamış olmak; c) Nörolojik ya da kronik hastalığı bulunmamak; d) Zihinsel engeli olmamak ve okur-yazar olmak. Aynı zamanda migren ve GTBA grubundaki kişilerle yaş, cinsiyet ve eğitim düzeylerinin benzer olmasına özen gösterilmiştir.

Bu ölçütleri karşılayan kişilerden gönüllü olanlar çalışmaya alınmıştır.

### Veri Toplama Araçları

*Kişisel Bilgi Formu.* Kişisel Bilgi Formu'nda; cinsiyet, yaş, eğitim gibi demografik özellikler, baş ağrısına yönelik bilgiler baş ağrısının tipi, süresi, sıklığı, şiddeti gibi bilgiler ve kullanılan ilaçlara yönelik sorular yer almaktadır. Baş ağrısının sıklığı ve şiddeti konusundaki değerlendirmeler Uluslararası Baş Ağrısı Derneği (26,27) tarafından belirtilen ölçütlere göre yapılmıştır. Baş ağrısının sıklığının değerlendirilmesi için; "0: Hiç olmadı", "1: Yılda birkaç kez", "2: Ayda birden az", "3: Ayda bir-üç kez", "4: Haftada bir iki kez", "5: Haftada üç veya daha fazla", "6: Hemen hemen her gün" aralığında bir derecelendirme kullanılmıştır. Baş ağrısının şiddetini değerlendirmek için ise; "0-1: baş ağrısı yok", "2-3: çok az ağrı (sadece dikkatimi onun üzerine yönelttiğimde fark edebiliyorum)", "4-5: hafif ağrı (çoğu zaman baş ağrımı göz ardı edebiliyorum)", "6-7: ağrılı (başım ağrmasına rağmen, yaptığım işe devam edebiliyorum)", "8-9: çok ağrılı (baş ağrım konsantrasyonumu güçleştiriyor, sadece basit işleri yapabiliyorum)" ve "10: şiddetli ağrı (başım o kadar ağrıyor ki, hiçbir şey yapamıyorum)" şeklinde bir derecelendirme kullanılmıştır.

*Gestalt Temas Biçimleri Ölçeği Yeniden Düzenlenmiş Formu (GTBÖ-YDF).* İlk olarak Byrness'ın (28) tarafından geliştirilen 72 maddelik Gestalt Q Short (GQS) ölçeğe, yeni maddelerin de eklenmesiyle Gestalt Temas Biçimleri Ölçeği-GTBÖ- (Gestalt Contact Styles Questionnaire GCSQ) oluşturulmuştur (29). Woldt ve Kepner (30) ölçeğin yeniden düzenlenmesi amacıyla GCSQ'ye 24 madde ekleyerek "Gestalt Temas Biçimleri Ölçeği Yeniden Düzenlenmiş Formu (GTBÖ-YDF)" düzenlenmişlerdir. 100 maddelik ölçeğin 517 kişi üzerinden yapılan faktör analizi sonuçlarına göre, ölçeğin 6 faktörden oluştuğu saptanmıştır. Bu faktörler içe alma, yansıtma, kendine döndürme, iç içe geçme, saptırma ve duyarsızlaşma temas biçimleri olarak belirlenmiştir. GTBÖ-YDF'nun ülkemiz örnekleminde yürütülen çalışmasında (28) ölçeğin Türkçe formunun kendine döndürme, saptırma, temas, iç içe geçme ve duygusal duyarsızlaşma beş faktörden oluştuğu belirlenmiştir. Faktörlerde yer

alan maddelerin özellikleri, maddeler ve faktörlerin iç tutarlık katsayıları .53 ve .84 arasında değişmektedir. GTBÖ-YDF 61 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde "A: Bana oldukça uygun", "B: Bana uygun", "C: Kararsızım", "D: Bana uygun değil", "E: Bana hiç uygun değil" seçenekleri yer almaktadır. Ölçekteki maddeler 1-5 puan aralığında değerlendirilmektedir.

*Çok Boyutlu Öfke Ölçeği (ÇBÖÖ).* Çok Boyutlu Öfke Ölçeği (ÇBÖÖ) Balkaya ve Şahin (31) tarafından kültürümüze özgü bir ölçek oluşturmak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek öfkeyi "Öfke Belirtileri", "Öfkeye Yol Açan Durumlar -ciddiye alınmama, haksızlığa uğrama ve eleştirilme alt boyutları-", "Öfkeyle İlgili Düşünceler -dünyaya, kendisine ve öfkesine yönelik düşünceler alt boyutları-", "Öfkeyle İlişkili Davranışlar -saldırgan, sakin ve kaygılı davranışlar alt boyutları-" ve "Kişilerarası Öfke -intikama yönelik, pasif agresif, içe dönük ve umursamaz tepkiler alt boyutları-" olmak üzere 5 boyutta ele almaktadır. Bu boyutların 15 faktörlü bir yapı içerdiği ve bu faktörlerin güvenilirlik katsayılarının .64 ile .95 arasında değiştiği saptanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığına yönelik analizler, alt ölçekler arasındaki ilişkilerin  $r = -.11$  ( $p < .01$ ) ile  $r = .76$  ( $p < .001$ ) arasında değiştiğini göstermektedir. Ölçekte yer alan tüm maddeler "hiç", "nadiren", "arada sırada", "sıklıkla" ve "her zaman" şeklinde 5'li Likert tipindedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, öfke yaşantılarının yoğunlaştığı anlamına gelmektedir. Ölçeğin geçerliğini belirlemek için yapılan analizler, ÇBÖÖ ile Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve Suçluluk ve Utanç Ölçeği arasında anlamlı ilişkilerin olduğunu göstermektedir. KSE toplam puanıyla ÇBÖÖ faktörleri arasındaki Pearson momentler çarpımı ile hesaplanan korelasyon katsayıları .01 ile .67 arasında değişmektedir. Ölçeğin güvenilirliğine ilişkin analizler sonucunda, alt ölçekler için .64 ile .94 arasında değişen Cronbach alfa iç tutarlık katsayıları elde edilmiştir (31).

*Beck Anksiyete Envanteri (BAE).* Beck, Epstein, Brown ve Ster (32) tarafından geliştirilen ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. 4'lü Likert tipi puanlanan ölçekte seçenekler "hiç", "hafif derecede", "orta derecede" ve "ciddi derecede" şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçeğin 1 hafta sonra elde edilen tekrar test güvenilirlik katsayısı  $r = .75$  ve  $r = .67$ 'dir.



Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı ise .92 olarak belirtilmiştir. Klinik gruplarla yapılan çalışmalarda ölçeğin anksiyete tanısı alan grubu, depresyon tanısı alan gruptan anlamlı olarak ayırt edebildiği belirtilmektedir. Ölçeğin ülkemize uyarlama çalışması (33), psikiyatrik tanı alan 177 kişinin katılımıyla yapılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı .93 , madde-toplam korelasyon katsayıları ise  $r=.45$  ile  $r=.57$  olarak bildirilmiştir. Yapılan faktör analizi sonucunda, ölçeğin "Subjektif Anksiyete" ve "Somatik Belirtiler" olmak üzere iki faktörden oluştuğu belirlenmiştir.

## İşlem

Araştırmada öncelikli olarak Ankara Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan gerekli onay alınmıştır. Katılımcılara araştırma amacı açıklanmış ve bilgilendirilmiş onam formu aracılığı ile gönüllü katılımları sağlanmıştır. Uygulamada ilk olarak araştırmacı tarafından hazırlanan Kişisel Bilgi Formu kullanılmış ve yukarıda tanımlanan ölçekler, sıra etkisini kontrol edebilmek amacıyla değişik sıralarda uygulanmıştır. Uygulama yaklaşık olarak 30 ile 45 dakika arasında sürmüştür.

## BULGULAR

Bu çalışmada baş ağrısı olan grupların GTBÖ-YDF alt boyut puanlarının farklılık gösterip göstermediğine yönelik 2X5 tekrarlı anova analizi kullanılmıştır. Bağımsız değişken baş ağrısı olma ya da olmama (2), bağımlı değişken ise katılımcıların GTBÖ-YDF beş alt boyut puanlarıdır (5). Tekrarlı anova analizi sonuçları, hem Geşalt temas biçimleri hem de baş ağrısı grubu açısından anlamlı bir grup temel etkisi olduğunu göstermektedir

$F(4,285) = 1124,79, \eta^2 = .79, p = 0.00$ )  $F(4,285)=19.473, p=0.00$ ). Ayrıca analizler anlamlı bir ortak etkinin de bulunduğunu göstermiştir  $F(4,285)=25.99, p=0.00$ ). Bu anlamlı ortak etkinin diğer deyişle grupların alt boyut puanları açısından birbirinden nasıl farklılık gösterdiğinin daha iyi anlaşılması için Bağımsız t testi analizi uygulanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 1'de yer almaktadır. Bu sonuçlara göre baş ağrısı olan grubun kendine döndürme, saptırma ve duyarsızlaşma temas biçimi puanları baş ağrısı olmayan grubun puanından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

ÇBBÖÖ alt boyut puanlarının baş ağrısı olan ve olmayan grupta farklı olup olmadığının anlaşılması için yapılan Bağımsız t testi sonuçları ise öfke belirtileri  $t(283)=6.565, p=.000$ ; öfkesine yönelik düşünceler  $t(283)=4.875, p=.000$ ; diğerlerine yönelik öfke düşünceleri  $t(283)=2.667, p=.001$ ; kendisine yönelik öfke düşünceleri  $t(283)=3.500, p=.001$ ; dünyaya yönelik öfke düşünceleri  $t(283)=4.438, p=.000$ ; öfkeyle başa çıkma alt boyutunda yer alan saldırgan  $t(283)=2.162, p=.031$  ve kaygılı öfke davranışları  $t(283)=2.552, p=.011$  alt boyutlarından alınan puanların anlamlı olarak farklı olduğunu göstermektedir. Grupların ortalama, standart sapma ve p değerleri Tablo 2'de yer almaktadır.

BAE somatik ve subjektif alt boyut puanlarının (2) x baş ağrısı olan ve olmayan grup (2) açısından farklı olup olmadığını saptamak için yapılan 2x2 tekrarlı Anova Analizi anksiyete alt boyutlarına ilişkin anlamlı bir temel etki bulunduğunu göstermektedir  $F(1,285)=176,24, p=0.00$ . Benzer şekilde baş ağrısı olan ve olmayan gruplar açısından da anlamlı bir grup temel etkisi bulunmaktadır  $F(1,285)= 37,75, p=0.00$ ). Ayrıca bu analizler

**Tablo 1.** GTBÖ-YDF alt Boyut Puanlarının baş ağrısı olan ve olmayan gruplar açısından karşılaştırılması

GTBÖ-YDF	Baş ağrısı grubu (n= 161 )		Baş ağrısı olmayan g rup (n=126)		Özet ANOVA	
	X	SS	X	SS	F	p
Kendine Döndürme	56.65 <sup>a</sup>	10.69	47.38 <sup>b</sup>	10.82	52.572***	.000
Saptırma	31.93 <sup>a</sup>	7.53	29.57 <sup>b</sup>	7.74	6.744***	.010
İç içe geçme	46.76 <sup>a</sup>	6.67	46.57 <sup>a</sup>	6.46	.060	.806
Duyarsızlaşma	15.01 <sup>a</sup>	3.89	15.99 <sup>a</sup>	4.17	4.196*	.041
Temas	36.78 <sup>a</sup>	6.27	38.04 <sup>a</sup>	6.28	2.853	.092

\*\*\* $p < .001$  \* $p < .05$

**Tablo 1. ÇBÖÖ Alt Boyut Puanlarının Baş Ağrısı Olan ve Olmayan Gruplar Açısından Karşılaştırılması**

ÇBÖÖ	Baş ağrısı grubu (n= 161 )		Baş ağrısı olmayan grup (n=126)		p
	X	SS	X	SS	
Öfke belirtileri	38.17	10.57	30.3	9.42	.000**
Öfkeye yol açan durumlar					
Ciddiye alınmama	73.06	14.85	70,8	16,82	.228
Haksızlığa uğrama	73,06	14,85	68,11	9,91	.935
Eleştirilme	17.76	4.07	16.98	4.22	.114
Öfke düşünceleri					
Öfkesine yönelik düşünceler	21.34	8.26	16.96	6.57	.000**
Dünyaya yönelik öfke düşünceleri	20.33	6.93	18.27	5.94	.008*
Kendisine yönelik öfke düşünceleri	14.90	4.95	13.01	3.96	.001**
Dünyaya yönelik öfke düşünceleri	12.73	5.32	10.19	4.07	.000**
Kişilerarası öfke tepkileri					
İntikam	58.30	19.71	54.24	18.75	.078
Pasif	31.57	7.69	31.51	6.96	.952
İçedönük	31.62	7.2	30.65	7.21	.259
Umursamaz	6.82	2.88	7.15	2.7	.335
Öfkeyle ilişkili davranışlar					
Saldırgan	25.84	8.22	23.93	6.24	.031*
Sakin	31.51	7.74	32.69	7.27	.190
Kaygı	13.17	3.5	12.15	3.19	.011*

\*p&lt;.05, \*\*p&lt;.001

anlamli bir ortak etkinin de bulunduğunu göstermiştir  $F(1,285) = 4.09$ ,  $p=0.04$ ). Bu anlamli ortak etkinin daha iyi anlaşılması için yapılan Bağımsız t testi sonuçlarına göre baş ağrısı olan grubun subjektif ve somatik anksiyete puanları baş ağrısı olmayan grubun ortalama puanından anlamli olarak yüksek bulunmuştur.

Baş ağrısı grubunda Geşalt temas biçimlerini yordayan ÇBÖÖ ve BAE alt boyutlarını belirlemek amacıyla aşamalı regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon denkleminde sırasıyla ilk adımda ÇBÖÖ öfke belirtileri, öfkeye yol açan durumlar, öfkeyle ilişkili düşünceler, öfkeyle ilişkili davranışlar ve kişilerarası öfke tepkileri puanları; ikinci adımda ise BAE subjektif ve somatik anksiyete puanları ayrı bloklar halinde alınmıştır. Regresyon analizine ilişkin sonuçlar, Tablo 3'te yer almaktadır. Baş ağrısı grubunda kendine döndürme ve saptırma temas biçimlerini kişinin öfkesiyle ilişkili düşüncelerin ve subjektif anksiyetenin yordadığı;

duyarsızlaşma temas biçiminde kaygılı tepkilerin azaldığı ve sakin tepkilerin arttığı; iç içe geçme temas biçimi daha fazla kullanıldıkça saldırgan tepkilerin ve anksiyetenin azaldığı; kişi sakin ve pasif-agresif ya da daha dolaylı tepkiler vererek temasa geçtikçe temasın arttığı görülmektedir.

## TARTIŞMA

Bu çalışmada migren ve GTBA türü baş ağrısı olan ve olmayan kişilerin temas biçimleri, öfke ve anksiyete düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Geşalt temas biçimleri açısından incelendiğinde; baş ağrısı grubunun geşalt kendine döndürme, saptırma ve duyarsızlaşma temas biçimlerini, baş ağrılı olmayanlardan daha fazla kullandıkları görülmektedir. Geşalt yaklaşımına göre kendine döndürme temas biçiminin kronikleştiği durumlarda ağrı, kas gerginliği gibi psikosomatik yakınmaların daha sık olduğu belirtilmektedir

**Tablo 1.** Baş Ağrısı Grubunun ÇBÖÖ ve B AE Puanlarının GTBÖ -YDF'nun Alt Boyut Puanlarını Yordamasına İlişkin Regresyon Tablosu

Değişken (Regresyon denkleminde giriş sırasına göre)		R	Uyarlanmış R <sup>2</sup>	Beta	t	p
Yordanan	Yordayıcı					
Kendine Döndürme	Dünyaya yönelik öfke düşünceleri	.60	.35	.591	9.245	.000
	Kendisine Yönelik Öfke Düşünceleri	.63	.40	.469	6.692	.000
	Sübjektif anksiyete	.68	.46	.278	4.148	.000
Saptırma	Kendisine Yönelik Öfke Düşünceleri	.37	.13	.366	4.955	.000
	Sübjektif anksiyete	.39	.15	.157	1.503	.135
	Somatik anksiyete			0.046	-.452	.652
Duyarsızlaşma	Kaygılı tepkiler	.27	.07	-.268	-3.506	.001
	Sakin tepkiler	.34	.12	.21	2.786	.006
İç içe geçme	Sakin tepkiler	.26	.07	.260	3.393	.001
	Saldırgan tepkiler	.32	.10	-.244	3.153	.002
	İçedönük tepkiler	.37	.14	.215	2.453	.015
	Sübjektif anksiyete	.38	.14	.124	1.169	.244
	Somatik anksiyete			-.197	-1.915	.057

(14,15,18,19). Kronik olarak bu temas biçimini kullanmaya çalışmanın temelinde, ihtiyaç duyulduğunda çevrenin destek vermeyeceği, ulaşılamayacağı ve güvenilmeyeceği bilgisi yatmaktadır. Benzer şekilde migren tipi baş ağrısı olan kişilerin baş ağrısı olmayanlara göre stresli durumlarla etkili biçimde ve hızlı başa çıkamadıkları ve sosyal destek aramaya yönelmedikleri belirtilmektedir (34). Perls ve arkadaşları (19) kişinin sürekli olarak duygu, düşünce ve isteklerini içinde tutmasını stres verici bir durum olarak tanımlamış ve bu temas biçiminin kronikleşmesinin baş ağrısı gibi psikosomatik rahatsızlıklara yol açtığını belirtmişlerdir. Korb ve arkadaşları da (18) baş ağrıları gibi psikosomatik hastalıkların yanı sıra kendinden nefret etme gibi sorunların temelinde kendine döndürme temas biçiminin bulunduğunu ifade etmektedir. Kendine döndürmede duygular ve hisler temasın aracı olmak yerine, içeride tutulur. Bazı insanlar duygularını göstermenin bir zayıflık göstergesi olduğunu düşünürler (35). Örneğin öfkesini söylerse olumsuz tepkilerle karşılaşacağını bilen kişi, duygusunu ifade etmek yerine, boğazını sıkarak ya da nefesini tutarak sesinin çıkmasını engelleyebilir. Ya da dişlerini ve yumruklarını sıkma veya kollarını kavuşturma şeklinde duygusunu, öfkesini kendi içinde tutabilir. Bu durumun alışkanlık haline gelerek kronikleşmesi ve farkında olmadan yapılmaya

başlanması, iki farklı kas grubunda çatışmaya yol açar. Birinci kas grubu nefesi tutma, boğaz, diş ve yumrukları sıkma, kolları kavuşturma gibi hareketlerin yapılmasını sağlayan kas grupları iken, diğeri bu hareketlerin tam zıddının yapılmasını sağlayan kaslardır. Her iki kas grubunun hareketiyle yaşanan bu çatışma kişiyi hareketsiz kılmakta ve süreç içerisinde kişi bu tür bir çatışma yaşadığının farkına varmakta bile zorlanabilmektedir. Bu tür kendine döndürmelerin sıklaşması, kaslara aşırı ölçüde güç bindireceğinden, eklem ve kas ağrıları yaşanır (14,15). Kronik ve episodik GTBA olan kişilerle yapılan plasebo kontrollü bir çalışmada (36) 30 dakikalık diş sıkma ile GTBA'nın tetiklendiği gösterilmiştir. Bazı çalışmalar (37,38) kronik gerilim tipi baş ağrılarında perikranial gerginliğin elle muayenede artmış olduğunu belirtmektedir. Baş ağrılı kişilerde kas gerginliğinin araştırıldığı bir çalışmada ise (39) kas gerginliğinin baş ağrılı gruplarda daha fazla olduğu; bir başka çalışmada da (40), anksiyete ve depresyon düzeyi yüksek bulunan migren tipi ağrısı olan kişilerin baş ve boyun bölgelerindeki kas gerginliği skorlarının yüksek bulunduğunu ifade edilmiştir.

Gruplar arasındaki farklara yönelik bir diğer bulgu da, saptırma temas biçiminin baş ağrısı olan kişi-

lerde, baş ağrısı olmayan kişilere oranla daha fazla kullanımına ilişkindir. Bu temas biçiminin maddeleri incelendiğinde; baş ağrısı grubunun hissettiklerinin daha az farkına vardıkları, ne istediklerini daha az bildikleri, erteleme, kararsızlık, güler geçiştirme gibi dolaylı yollara daha sık başvurabildikleri görülmektedir. Kişi bu şekilde davranarak kendisine yöneltilen söz veya hareketin, kendisine ulaşmasını engellemektedir (40). Daş (14) saptırma yapan kişinin temelde kendini koruduğunu, ancak bu temas biçiminin farkında olunmadan ve sürekli kullanımında, kişinin kendinden ve başkalarından uzaklaşarak izole olmasına yol açtığını belirtmektedir. Clarkson ve Mackewn ise (17) saptırmanın kişinin yaşamdan elde etmek istediklerine ulaşmasını engelleyeceğini ifade etmiştir. Saptırma temas biçiminin özellikleri, baş ağrısı yazınında yer alan klinik gözlem ve araştırma bulgularıyla da örtüşmektedir. Keefe ve arkadaşları (3) stresli durumlarda ortaya çıkan duygusal tepkilerin engellenmesinin, sağlık sorunlarına yol açan bir faktör olduğunu belirtmektedir. Duyguların engellemeye çalışması kişiyi ilgisiz meşguliyetlere yöneltebileceği gibi, fizyolojik uyarılmayla uyumlu tepkiler verilmemesi otonomik ve bağışıklık sisteminin bozulmasıyla fiziksel belirti ya da hastalıklara yol açabilmektedir. Coen ve Sarno (42) stresli durumlarda yaşanan duyguları yok saymaya çalışmanın zaman zaman işlevsel olabileceğini ancak, kişinin sürekli olarak bu tarzı benimsemesinin kişinin olumsuz yaşantılarını gözden geçirmesini, bütünleşmesini ve çözümlenmesini önlediğini belirtmektedir. Lake (43), baş ağrılı kişilerin stresli anlarda, yaşadıkları durumla çelişen tepkiler vererek baş ettiklerini, ancak bu konunun ağrı yazınında yeterince ele alınmadığını vurgulamaktadır.

Duyarsızlaşma temas biçimi, gruplar arasında farkın ortaya çıktığı üçüncü temas biçimidir. Duyarsızlaşma temas biçiminin baş ağrılı grupta daha fazla kullanıldığı görülmektedir. Bu temas biçiminde kişi kendi duyularına ve kendi dünyasına kayıtsızlaşır ve ilgisiz kalır (14). Böylece içsel ya da dışsal uyarıyı yok saymaktadır. Duyarsızlaşma temas biçimine ilişkin bu bulgular, aleksitiminin psikosomatik hastalıklara eşlik eden bir özellik olarak gösterilmesine yönelik çalışmaları akla getirmektedir. Duyularını fark etme, tanıma, ayırt etme ve ifade etme güçlüğü olarak tanımlanan

aleksitimi hastalarının büyük çoğunluğunun duygularını tanıma ve sözel ifade etmede zorlandıkları gösterilmiştir (44). Dolayısıyla duyarsızlaşma ve aleksitimi duygusal duyarsızlaşma açısından yakın kavramlardır. Baş ağrısı gibi psikosomatik hastalıkların aleksitimiye eşlik ettiği (45); baş ağrısının kronikleşmesi durumunda aleksitimik özelliklerin arttığı (46); migren grubunda aleksitiminin depresyon ve anksiyeteyi yordayıcı bir değişken olduğu, kontrol grubunda ise böyle bir ilişkinin bulunmaması (47); baş ağrısında aşırı ilaç kullanımı olan kişilerin aleksitimik özelliklerinin bu tür bir kötüye kullanımı olmayan baş ağrılı hastalardan daha fazla olması (48), aleksitimi ve baş ağrısı arasında dikkat çekici bir bağlantı olduğunu düşündürmektedir.

Yapılan tek yönlü varyans analizi gruplar arasında iç içe geçme ve temas alt boyutlarında fark bulunmadığına işaret etmektedir. Diğer deyişle migren ve GTBA grupları ile baş ağrısı olmayan kişiler, bu temas biçimlerini benzer oranda kullanmaktadırlar. Bu bulgular migren ve GTBA gruplarının kişilerarası ilişkilerde işlevsel olmayan yollar kadar işlevsel tarzları da kullandıklarını göstermektedir. Migren ve GTBA gruplarında psikiyatrik bozuklukların eş görülme sıklığının yüksek olduğu gösterilse de, bu gruplarda şiddetli psikopatolojilerin görülmediği belirtilmektedir (2). Dolayısıyla bu tür sağlık sorunlarında sağlıklı temasın önemli ölçüde kesintiye uğramadığı, ancak bazı temas biçimlerinin daha sık benimsenmesinin ruh ve beden sağlığı açısından risk yarattığı düşünülebilir.

Baş ağrısı grubundaki katılımcıların öfke ve anksiyete düzeylerinin temas biçimlerini nasıl yordadığı incelendiğinde; kendine döndürme temas biçiminin kullanımında dünyaya ve kendi öfkesine yönelik düşüncelerin rol oynadığı görülmektedir. Bu temas biçiminin maddeleri göz önüne alındığında bu kişilerin stresli durumlarla baş edemedikleri, haksızlığa uğradıkları durumlarda ya da kendi çabalarının yeterli gelmediği durumlarda kendilerini suçlayıp, kendilerine acıma türü düşüncelerle meşguliyetlerinin daha fazla olduğunu, harekete geçemediklerini, ihtiyaçları olan ilgi ve sevgiyi alamadıklarını, kişinin elinden gelebilecek hiçbir şey olmadığına inandığını göstermektedir. Bu bulgular, baş ağrısı olan kişilerde öz yeterlilik inancının ağrı üzerindeki etkisini araştıran çalışma bulgularını akla getirmektedir. Nicholson ve arkadaşları (2) öz

yeterlilik inancının baş ağrısı sıklığında önemli olan stres üzerinde aracı bir değişken olduğu göstermişlerdir. Davranışçı terapi ve ilaç tedavisinin bir arada yürütüldüğü bir çalışmada, bu inançtaki değişimlerin, baş ağrısı sıklığındaki değişikliklerle ilişkili olduğunu gösteren sonuçlar da elde edilmiştir (13). Benzer şekilde öz yeterlilik inancı yüksek olan kişilerin ağrıyla daha kolay baş ettiği, ağrıyı tetikleyen durumları daha kolay düzenleyebildiği, keyifsiz ve endişeli oldukları zamanların daha az olduğu belirtilmektedir (49). Baş ağrısını tetikleyen olumsuz uyarılarla baş edilebileceği inancı zayıf olan kişilerde otonomik uyarılmanın arttığı ve kişinin baş ağrısına daha duyarlı hale geldiği belirtilmektedir (50). Dolayısıyla kişinin kendisini ve kendi benliğini olumsuz değerlendirme biçimi, bedeniyle, çevresiyle ve içinde bulunduğu dünyaya karşı olumsuz düşüncelerini de belirleyebilmektedir.

Baş ağrısı grubunda saptırma temas biçimini yordayan değişkenlerin, kendine yönelik öfke düşünceleri ve anksiyete olduğu görülmektedir. Diğer deyişle kişinin kendisine karşı öfkeli olmasının, dolaylı davranışlarla teması engellemeye daha çok yönelmesinde açıklayıcı rolü olduğu ve bu durumun baş ağrısı açısından risk yarattığı düşünülebilir. Bu bulgular insanın kendisinden memnun olmadıkça başkalarıyla da ilişkisini daha yüzeysel yollarla kurduğu, erteleyerek, kararsız kalarak, geçiştirerek teması azaltmaya çalıştığını göstermektedir. Saptırma temas biçimini yordayan ikinci değişkenin anksiyete olması, baş ağrısı grubunda kişinin kendisini gergin ve korkulu hissetmesinin, saptırma açısından risk yarattığını göstermektedir. Migren ve GTBA gruplarında anksiyete düzeylerinin, baş ağrısı olmayanlara göre daha yüksek olduğu tutarlı olarak bildirilmektedir (2,5). Yapılan çalışmalarda baş ağrısında etkin olan beyin bölgelerinin, anksiyete gibi olumsuz duyguları tetikleyen mekanizmalardan da sorumlu olması (50,51,52) ve anksiyeteyi önleyici ilaçların baş ağrısında etkili olduğunun bildirilmesi (53,54), migren türü baş ağrılarında anksiyetenin rolünü göstermektedir. Bu bulgular, erteleyen, kararsız kalan, geçiştiren kişilerin anksiyeteli olabileceklerinin fark edilmesi ve terapide bu anksiyetenin anlaşılmasına çalışılmasına dikkat çekmektedir.

İç içe geçme temas biçimini yordayan değişkenler,

kişilerarası öfke durumlarında saldırgan tepkilerden kaçınıldığını ve içe dönük tepkiler verilme eğiliminde olduğunu göstermektedir. İç içe geçme temas biçimini sık kullanan kişilerin, diğerleriyle ilişkilerinde uysal, uyumlu ve itaatkâr özellikler gösterdikleri, farklılıklardan hoşlanmadıkları, kişinin öfkelenildiği bir durumda hayal kırıklığına uğrasa bile sakin olmaya eğilimli olduğunu göstermektedir. Testin uyarılma çalışmasında (28); farklılıklardan çok benzerliklerin ön planda tutulduğu kültürümüzde bu temas biçiminin sık kullanıldığını ve psikolojik sağlık açısından risk yaratan bir faktör olmayabileceği belirtilmektedir. Öte yandan kişilerarası durumlarda birbiriyle çatışan istek ve ihtiyaçlar kişilerarası farklılıkları doğurabilmektedir. Ancak iç içe geçmenin kronikleşmesi durumunda kişi ortaya çıkan bireysel farklılıkları ilişki açısından tehdit olarak görmesi kendi içinde bir çatışma yaşamasına yol açabilir. Dolayısıyla migren tipi baş ağrısı olan kişilerde de iç içe geçme temas biçiminin risk yaratan bir faktör olup olmadığının araştırılması için yapılacak çalışmalara ihtiyaç duyulduğu düşünülebilir. Bu çalışmalar özellikle ilaç tedavisine dirençli kronik migreni olan kişilerle yapılacak psikoteröpotik çalışmalara yön vermesi açısından önemli olacaktır.

Duyarsızlaşma temas biçiminde ise, öfke sırasında ortaya çıkan kaygılı davranışların ve anksiyetenin azaldığı, kişinin kaygılı davranmak yerine sakin kalmaya çalıştığını göstermektedir. Ancak kişilerin içinde buldukları olumsuz koşullara duygusal açıdan duyarsızlaşmaları baş ağrısı açısından bir risk yaratabilen bir koşulda olabilir. Lake (43) aleksitimi puanı yüksek olan kişilerin şiddetli ağrı yaşamaları durumunda bu durumu kısa cevaplarla geçiştirmelerinin, ağrıya bağlı yaşanan duygusal zorluğun anlaşılmasında güçlük yarattığını ve bunun da ağrının yönetilebilmesinde zorluğu artırdığını belirtmektedir.

Bu çalışmada ortaya çıkan bulgular göstermektedir ki kendine döndürme saptırma ve duyarsızlaşma temas biçimleri baş ağrısı açısından risk yaratabilecek temas biçimleridir. O nedenle baş ağrılı kişilerin bu temas biçimlerini daha sık kullanma eğiliminde olabilecekleri; baş ağrısı olan kişilerin çevreye ve kendilerine öfkeli olma olasılıklarının yüksek olabileceği, yaşadıkları anksiyete nedeniyle teması engellemeye çalışabilecekleri ya da içinde

buldukları duygusal zorluklara duyarsızlaşabileceklerinin akılda tutulması bu kişilere yönelik psikoteröpotik müdahalelerin planlanmasında yön verebilecektir.

Bu çalışma, baş ağrısı olan ve olmayan kişilerde, geştalt temas biçimlerinin, öfke ve anksiyete düzeylerinin incelenmesinin yanı sıra temas biçimlerini yordayan değişkenlerin belirlenmesini amaçlamaktadır. Bu anlamda konusunda yapılan ilk çalışma olması nedeniyle psikopatoloji alanına katkı sağlayabilir. Diğer yandan bulguların başka çalışmalardan elde edilen bulgularla karşılaştırılması, bu çalışmadan elde edilen bulguların geçerlik ve güvenilirliği sınırlamaktadır. O nedenle farklı örneklerle yapılacak çalışmalardan elde edilecek bulgu ve doğurgular, hem baş ağrısında ya da

bedensel hastalıklarda geştalt temas biçimlerinin ne oranda kullanıldığına yönelik daha geçerli ve güvenilir sağlaması hem de geştalt terapi kavramlarının görgül araştırmalarla geçerliliğinin sınırlanmasına olanak sağlayacaktır.

\*Bu çalışma, ilk yazarın ikinci yazar danışmanlığında yaptığı Doktora Tez çalışmasına dayanmaktadır.

Yazışma adresi: Kln.Psk. Çiğdem Kudiaki, Ankara, Türkiye  
ckudiaki@yahoo.com

#### KAYNAKLAR

1. Evans RW. Baş ağrısı tanısında tıbbi ve hukuki bakış. R.W.Evans, N.T. Mathew (Eds). Baş ağrısı el kitabı (2. baskı) (1-28). İstanbul: Sigma;2005.
2. Nicholson RA, Houle TT, Rhudy JL, Norton PJ. Psychological Risk Factors in Headache. *Headache* 2007;47(3):413-426.
3. Keefe FJ, Lumley M, Anderson T, Lynch T, Studts JL, Carson KL. Pain and emotion: new research directions. *J Clin Psychol* 2001; 57(4), 587-607.
4. Kikuchi H, Yoshiuchi K, Ando T, Yamamoto Y. Influence of psychological factors on acute exacerbation of tension-type headache: Investigation by ecological momentary assessment. *Journal of Psychosomatic Research* 2015; 79 (3): 239-242.
5. Song TJ, Cho SJ, Kim WJ, Yang KI, Yun CH, Chu MK. Anxiety and depression in probable migraine: A population-based study. *Cephalalgia*. 2017;37(9):845-854.
6. Göksan-Yavuz B, Aydınlar EI, Dikmen P, Incesu C. Association between somatic amplification, anxiety, depression, stress and migraine. *J Headache Pain* 2013;14:53
7. Reme SE. Anxiety could play a larger role than depression in migraine headache. *Scand J Pain*. 2016 Oct;13:127.
8. Tomé-Pires C, Solé E, Racine M, Galán S, Castarlenas E, Jensen MP, Miró J. The relative importance of anxiety and depression in pain impact in individuals with migraine headaches. *Scand J Pain* 2016;13:109-113.
9. Materazzo F, Cathcart S, Pritchard D. Anger, depression, and coping interactions in headache activity and adjustment: A controlled study. *J Psychosomatic Res*. 2000;49:69-75.
10. Nash JM, Park ER, Walker BB, Gordon N, Nicholson RA. Cognitive Behavioral Group Treatment for Disabling Headache. *Pain medicine (Malden, Mass)*. 2004;5(2):178-186.
11. Penzien DB, Holroyd KA. Psychosocial interventions in the management of recurrent headache disorders. 2: Description of treatment techniques..*Behav Med* 1994 20(2);64-73.
12. Holroyd KA, Penzien DB. Psychosocial interventions in the management of recurrent headache disorders 1: Overview and effectiveness. *Behav Med* 1994;20(2), 53-63.
13. Mackewn J. *Developing Gestalt Counseling* (2nd ed.). London: Sage Publications, 1999.
14. Daş C. *Bütünleşmek ve büyümek*. Ankara: HBY, 2006.
15. Kepner JI. *Body Process*. Gestalt Press, CA, 2008.
16. Sezgin N. Geştalt psikoterapisi: Temas işlevleri ve temasın engellenmesi. *Temas Geştalt Terapi Dergisi* 2002;1(1), 15-42.
17. Clarkson P, Mackewn M. *Fritz Perls*. London: Sage Publications,1993.
18. Korb MP, Gorrel J, Van De Riet V. *Gestalt Therapy: Practice and Theory* (2nd ed.). MA: Allyn and Bacon, 1989.
19. Perls FS, Hefferline RF, Goodman P. *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. Great Britain: The Guernsey Press Co, 2003.
20. Sills C, Fish S, Lapworth P. *Gestalt Counseling*. UK: Winslow, 2000.
21. Bond D, Dirge K, Rubingh C, Durrant L, Baggaley S. Impact of a self help intervention on performance of headache management behaviors: A self efficacy approach. *J Allied Health* 2004; 2 (1): 1-12.
22. Smith T, Nicholson R. Are changes in cognitive and emotional factors important in improving in headache impact and quality of life? *Headache* 2006;46:878.
23. Zwart J, Dyb G, Hagen K, et al. Depression and anxiety disorders associated with headache frequency. The Nord-Trøndelag Health Study. *Eur J Neurol*. 2003;10:147-152.
24. Duckro PN, Chibnall JT, Tomazic TJ. Anger, depression, and disability: A path analysis of relationships in a sample of chronic posttraumatic headache patients. *Headache* 1995;35:7-9.
25. Venable VL, Carlson CR, Wilson J. The role of anger and depression in recurrent headache. *Headache* 2001; 41: 21-30.

26. International Classification Headache. ICHD-II Full Version. [http://www.ihs-headache.org/binary\\_data/1477\\_ichd-ii1final.pdf](http://www.ihs-headache.org/binary_data/1477_ichd-ii1final.pdf). Erişim Tarihi: 11 Mart 2010.
27. Penzien D. Headache patient information form. <http://www.APA.org/pubs>. Erişim tarihi:11 Mart 2010,
28. Aktaş CG, Daş C. Geşalt temas biçimleri ölçeği yeniden düzenlenmiş formunun Türk örnekleminde faktör yapısı geçerliliği ve güvenilirliği. *Temas: Geşalt Terapi Dergisi* 2002;1 (1): 81 - 108.
29. Kepner JI. Questionnaire measurement of personality styles from the theory of Gestalt therapy. Unpublished doctoral dissertation, Kent State University, 1982.
30. Woldt AL, Kepner J. Gestalt contact styles questionnaire-revised. Unpublished test, 1986.
31. Balkaya F, Şahin NH. Çok Boyutlu Öfke Ölçeği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003;14(3):192-202.
32. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56, 893-897.
33. Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. Turkish version of the Beck anxiety inventory: Psychometric properties. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 1998; 12:163-172.
34. Sauro KM, Becker WJ. The stress and migraine interaction. *Headache* 2009;49(9):1378-86.
35. Harman R. Working at the contact boundary. *The Gestalt Journal* 1982;V(1), 39-48.
36. Jensen R, Olesen J. Initiating mechanisms of experimentally induced tension-type headache. *Cephalalgia* 1996;16 (3): 175-82.
37. Fernandez-de-Las Penas C, Ge HY, Arendt-Nielsen L, Cuadrado ML, Pareja JA. Referred pain from trapezius muscle trigger points shares similar characteristics with chronic tension type headache. *Eur J Pain* 2007;11 (4), 475-82.
38. Mongini F, Deragibus A, Rota E. Psychiatric disorders and muscle tenderness in episodic and chronic migraine. *Expert Rev Neurother* 2005;5(5):635-42.
39. Mongini F, Ciccone G, Deragibus A, Ferrero L, Mongini T. Muscle tenderness in different headache types and its relation to anxiety and depression. *Pain* 2004;112(1-2):59-64.
40. Mongini F, Ciccone G, Ceccarelli M, Baldi I, Ferrero L. Muscle tenderness in different types of facial pain and its relation to anxiety and depression: A cross-sectional study on 649 patients. *Pain* 2007;131(1-2):106-11.
41. Phillipson P. *Self in relation*. London:Karnac Books, 2002.
42. Coen SJ, Sarno JE. Psychosomatic avoidance of conflict in back pain. *J Amer Acad Psychoanal* 1989; 17:359-376.
43. Lake AE. Headache as a stressor: Dysfunctional versus adaptive coping styles. *Headache* 2009; 9(9):369-1377.
44. Nemiah JC, Sifneos PE. Psychosomatic illness. A problem in communication. *Psychother Psychosom* 1970;18: 154-160.
45. Wise, T. N., Mann, L. S., Jani, N. and Jani, S. (1994), *Illness Beliefs and Alexithymia in Headache Patients*. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 34: 362-365.
46. Yalug, I., Selekler, M., Erdogan, A., Kutlu, A., Dundar, G., Ankaralı, H. and Aker, T. (2010), *Correlations between alexithymia and pain severity, depression, and anxiety among patients with chronic and episodic migraine*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 64: 231-238.
47. Müftuoğlu MN, Herken H, Demirci H, Virit O, Neyal A. Alexithymic features in migraine patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2004;254(3):182-6.
48. Pini M, De Filippis S, Farinelli I, Martelletti P. Alexithymic features and emotional distress in patients with chronic tension-type headache (CTTH) and medication-overuse headache (MOH)]. *Clin Ter* 2008;159(6):397-403.
49. Martin NJ, Holroyd KA, Rokicki LA. Headache self-efficacy scale: Adaptation to recurrent headaches. *Headache* 1993; 33, 244-248.
50. Marlowe, N. Stressful events, appraisal, coping, and recurrent headache. *J Clin Psychol* 1998; 54, 247-256.
51. Bantick SJ, Wise RG, Ploghaus A, Clare S, Smith SM, Tracey I. Imaging how attention modulates pain in humans using functional MRI. *Brain* 2002;125(Pt 2):310-9.
52. Hsieh JC, Stone-Elander S, Ingvar M. Anticipatory coping of pain expressed in the human anterior cingulate cortex: a positron emission tomography study. *Neurosci Lett* 1999; 26;262(1):61-4.
53. Petrovic P, Dietrich T, Fransson P, Andersson J, Carlsson K, Ingvar M. Placebo in emotional processing-induced expectations of anxiety relief activate a generalized modulatory network. *Neuron* 2005 16;46(6):957-69.
54. Mulleners WM, Chronicle EP, Vredeveld JW, Koehler PJ. Visual cortex excitability in migraine before and after valproate prophylaxis: a pilot study using TMS. *Eur J Neurol* 2002;9(1):35-40.
55. Brigo F, Storti M, Tezzon F, Manganotti P, Nardone R. Primary visual cortex excitability in migraine: a systematic review with meta-analysis. *Neurol Sci* 2013;34(6):819-30.

# Grup Psikoterapisi Uygulamalarının Etik Kurallar Bağlamında İncelenmesi

## *Evaluating Group Psychotherapy Applications in the Context of Ethical Rules*

Cansu Alsancak Akbulut<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Arş.Gör., Ankara Üniversitesi Dil Tarih ve Coğrafya Fakültesi, Psikoloji Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

### ÖZET

Grup psikoterapisinde etik uygulamalar karmaşık ve öngörülemez bir yapı gösterebilmektedir. Grup psikoterapisi uygulamalarında grup üyelerinin kendilerini terapist dışında birçok kişiye açmalarının beklenmesi, hasta-terapist ilişkisinin birçok yeni etkileşimi barındıran bir boyut kazanması, terapistin kontrolünün dışındaki olayların bireysel terapiye göre daha fazla olması ve grup üyelerine yarar sağlamanın sekteye uğrayabileceği daha fazla ihtimalin doğması; grup psikoterapilerinin etik uygulamalar açısından kırılgan bir yapı göstermesine neden olabilmektedir. Bu nedenle, grup psikoterapi sürecinin etik bağlamda incelenmesi, bu süreçte etik ikilemlerin ortaya çıkabileceği durumların farkında olunması ve bu durumlarda atılacak adımların önceden belirlenmesi önem kazanmaktadır. Etik farkındalığın kazanılmasının temelini etik kuralları içselleştirme ve bu kuralları farklı bağlamlara hastaların yararına olacak şekilde uygulayabilme becerileri oluşturmaktadır. Bu bilgiler ışığında, bu derleme çalışmasında grup psikoterapi süreçlerine dikkat çekilerek, etik ikilemlerin ortaya çıkabileceği durumlardan terapistin yetkinliği, grubun oluşturulması süreci, bilgilendirilmiş onam, gizlilik, kayıt tutma, mali konular, çoklu ilişkiler ve psikoterapiyi sonlandırma konularına değinilmiş ve bu konular etik uygulamalar bağlamında incelenmiştir. Ayrıca, derlenen bilgilerin bir sentezine yer verilmiş, geçmiş çalışmalarda görülen sınırlılıklardan bahsedilmiş ve etik ilkelerin grup psikoterapilerinde incelenmesine yönelik olarak gelecek çalışmalara önerilerde bulunulmuştur.

**Anahtar Sözcükler:** Grup psikoterapisi, etik/etik kurallar, gizlilik, bilgilendirilmiş onam, kayıt tutma, mali konular, çoklu ilişkiler

*(Klinik Psikiyatri 2018;21:79-88)*

DOI: 10.5505/kpd.2017.36035

### SUMMARY

Ethical applications in group psychotherapy are known as complex and unpredictable processes. Group psychotherapy is fragile in ethical applications for several reasons. First, group members disclose themselves not only to therapist but also other group members. Second, therapist-patient relationship includes several different interactions, which include other group members. Third, there are much more situations that therapist may not take control in group psychotherapy. Finally, there are much more possibilities in group psychotherapy that interrupt the effectiveness of the psychotherapy process. Therefore, the processes of examining group psychotherapy in terms of ethical dilemmas, becoming aware of the situations that create ethical dilemmas, and specifying the actions to be taken in these situations become prominent. Internalization of the ethical rules and applying these rules to different situations for the sake of patients constitute the basis of ethical awareness. Therefore, educating professionals regarding ethical issues in group psychotherapy and developing an ethically-sensitive atmosphere in the psychotherapy applications are important. In light of these information, the present review focuses on the group psychotherapy processes. Specifically, the situations that may create ethical dilemmas (therapist's competence, forming the group, informed consent, confidentiality, note taking, financial issues, multiple relationships, and termination process) were reviewed. In addition, a general synthesis was made, the limitations of the previous studies were declared and suggestions for future studies were added.

**Key Words:** Group psychotherapy, ethics/ethical rules, confidentiality, informed consent, note taking, financial issues, multiple relationships



## GİRİŞ

Psikologların, psikiyatristlerin, psikolojik danışmanların ve psikoterapistlerin temel görevlerinden biri kişilere ruhsal problemlerini çözmeleri konusunda yardımcı olmaktır. Ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerin, temel görevlerini yerine getirirken çizilmiş sınırlar içinde ve belirli kurallara göre davranmaları gerekmektedir. Mesleki etik kurallar profesyonellerin çalışma sınırlarını ve kurallarını ortaya koymaktadır (1). Genel olarak mesleki etik yaklaşımlar; uygun müdahalelerin yapılmasını mümkün kılacak bilgi, beceri ve yargılama gücüne sahip olmak, psikoterapi hizmeti alanların saygınlığına ve bağımsızlığına saygı duymak, uygulamalarda sorumluluğun farkında olmak ve halkın mesleğe ve profesyonellere olan güvenini artıran uygulamalarda bulunmak üzere dört genel kuralı içermektedir (2).

Psikoterapilerde etik uygulamaların temeli etik farkındalığın kazanılmasına dayanmaktadır. Mesleki çalışmalarda etik ilkelere uygun olmayan davranışların ya da etik kuralların uygulanmasını zora sokan durumların farkına varılıp keşfedilmesi, çalışmaların hizmet alanların yararına yürütülebilmesi açısından önemli ve gereklidir (3). Etik farkındalığın kazanılması sürekli bir sorgulamayı ve kişisel sorumluluğun farkındalığını gerektirmektedir. Etik farkındalık bir kereye mahsus olmayıp; aksine, süregelen ve aktif bir süreçtir (4). Bu bağlamda, ruh sağlığı çalışmalarında profesyoneller yaptıklarının yanında yapmadıklarından da sorumludur. Bir davranışı ya da kuralı yapıp yapmamanın seçilmesi zihinsel ve psikolojik farkındalığı ve sürekli bir uyanıklığı gerektirmektedir (5).

Etik farkındalığın geliştirilebilmesi ve doğru şekilde uygulanabilmesi için yönetmeliklerle belirlenen etik kuralların bilinmesi gerekmektedir. Etik kurallarının genel geçer tanımları bulunmamakla birlikte, bu kurallar herhangi bir kurama bağlı değildir. Farklı yaklaşımlar, etik kuralları farklı biçimlerde yorumlamakta ve uygulamaktadır. Bu nedenle, kuralların birden fazla uygulanma şekli etik olarak kabul edilebilmektedir (1). Etik karar verme süreci klinik karar verme süreciyle ilişkili olup, aynı zamanda bu süreçten bağımsız olarak işlenmektedir (5). Bu nedenle, profesyoneller,

psikoterapilerde genel konuları açıklayan etik yönetmeliklerin kişiye özel bağlamlar içinde yeniden yapılandırılması gerektiğinin bilincinde olmalıdır (6).

Etik düşünme ve karar verme karmaşık bir süreçtir. Her müdahale kendine özel etik süreçleri ve ikilemleri barındırmaktadır (7). Amerikan Psikiyatri Birliği, psikoterapi uygulamalarına özgü etik kuralları belirlemiştir. Bu kurallar psikoterapi ilişkisinin yapılandırılmasını, bilgilendirilmiş onam sürecinin yürütülmesini ve danışanlarla çoklu ilişkilerde ya da cinsel ilişkilerde bulunmanın psikoterapinin sonlandırılmasını gerektirdiğini içermektedir (8). Grup psikoterapileri ve psikodrama alanında ulusal ölçekte geçerli olan etik kuralları Abdülkadir Özbek Psikodrama Enstitüsü (AÖPE) belirlemiştir. Belirlenen bu etik kurallar grup psikoterapistinin niteliklerini, moral, etik ve yasal standartları, grup üyelerinin ve eğitim alanların yararını ve araştırma etiğini kapsamaktadır (9).

Grup psikoterapilerinde bireysel psikoterapilerde ortaya çıkan etik ikilemlere benzer ikilemler ortaya çıkmakla birlikte, bu ikilemlerin daha karmaşık bir boyut kazandığı görülmektedir. Grup psikoterapilerde etik uygulamalar bireysel psikoterapilerdeki uygulamalardan dört özellik bakımından farklılaşmaktadır (2). Bunlardan ilki grup psikoterapilerinde gruptaki üyelerin kişisel bilgilerini bir profesyonelin yanında gruptaki diğer üyelerle de paylaşması yönünde teşvik edilmesidir. İkinci olarak, grup psikoterapilerinde kişilerdeki değişimin psikoterapist ve bir grup üyesi arasındaki etkileşimin yanında diğer üyelerle olan karşılıklı etkileşimlerle de şekillenmesidir. Üçüncüsü ise, bu süreçte grup liderinin grupta ortaya çıkabilecek durumlarla ilgili daha az kontrole sahip olmasıdır. Son olarak, grup psikoterapisinin üyelerine yarar sağlama imkânı çalışmalarda desteklenmişken, aynı zamanda zarar verme olasılığının yaratabilecek durumların artmasıdır. Bu bağlamda, grup psikoterapisinde psikoterapist etik kararları verirken sadece bireyleri tek başına düşünmekle kalmayıp, grup üyeleri arasındaki etkileşimi bir bütün olarak göz önünde bulundurmaya zorundadır (7).

Grup psikoterapisi sürecinin bireysel psikoterapilere göre farklılıklar göstermesi etik kuralların uygulanmasını karmaşık bir hale getirmektedir. Grup psikoterapisinin bu karmaşık yapısı psikoterapi sürecinin etik olarak değerlendirilmesi ihtiyacını doğurmuştur. Bu değerlendirme yazısında grup psikoterapisinde ortaya çıkabilecek etik problemlere ilişkin bilgi aktarılması amaçlanmıştır. Etik problemler sırasıyla; yetkinlik, grubun oluşturulması süreci, bilgilendirilmiş onam, gizlilik, kayıt tutma, mali konular, çoklu ilişkiler ve psikoterapiyi sonlandırma bağlamında incelenecektir.

### Yetkinlik

Grup psikoterapistlerinin gerekli eğitimleri ve süpervizyon sürecini tamamlayarak hem zihinsel hem de duygusal yetkinliğini kanıtlaması gerekmektedir. Zihinsel yetkinlik çalışılan konularda bilgi sahibi olmak ve bu bilgilerin nasıl elde edilebileceğini bilmeyi içermektedir. Duygusal yetkinlik ise psikoterapistlerin hata yapabilen insanlar olduklarının farkında olmaları ve bu hataları önlemek için kendilerini sürekli izleyebilmeleridir (5). Amerikan Psikologlar Birliği'ne (10) göre, "Psikologlar eğitimlerinin, öğrenimlerinin, süpervizyon ve uygun profesyonel deneyimlerinin temelinde, sadece yetkinlik sınırlarının içerisindeki gruplarla araştırma yürütür, eğitim verir ve hizmet sağlar" (Etik Standart 2.01). Buna göre, bireysel psikoterapi uygulamaları konusunda eğitimi ve süpervizyonunu tamamlayan psikoterapistlerin grup psikoterapilerini yürütme yetkileri bulunmaktadır. Ayrıca, grup psikoterapistinin çalışma alanıyla ilgili kuramlara yeterli ölçüde hâkim olması gerekmektedir (9). Geçmiş çalışmalar incelendiğinde, grup psikoterapilerinde etik uygulamalara ilişkin yürütülen çalışmalarda psikoterapistin yetkinliğinin incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Grup psikoterapi çalışmalarının psikoterapistin yetkinliği ile ilgili değerlendirmelere yer vermesi alan yazına katkı sağlayacaktır.

### Grubun Oluşturulma Süreci

Grup psikoterapilerinin etkili olabilmesi ve grup üyelerinin bu süreçten yarar sağlayabilmesi bakımından grubun oluşturulması ve grup

üyelerinin seçilmesi süreci önemli bir rol oynamaktadır (11). Amerikan Psikolojik Danışmanlar Birliği (12) psikoterapist tarafından seçilen üyelerin amaçlarının psikoterapide hedeflenen amaçlara uyumlu olması gerektiğini belirtmektedir (A.9.a.). Bu nedenle, grup psikoterapisi uygulamalarında psikoterapi süreciyle ve birbiriyle uyumlu olan kişilerin seçilmesi psikoterapistin etik yükümlülüğüdür.

Grup üyelerinin psikoterapi sürecinden faydalanmasında grup üyelerinin özellikleri önemli rol oynamaktadır. Örneğin, grup üyeleri ve psikoterapi arasındaki uyum (13) ile grup üyelerinin kendini anlama ve içgörü becerileri psikoterapiden fayda sağlamada önemli ölçütlerdir (14). Benzer şekilde, gruptan en fazla fayda sağlayan üyelerin kendilerini grubun bir parçası olarak hissedenler ve gruba kendilerini açabilenler olduğu ortaya konmuştur (15). Bu nedenlerle, psikoterapistlerin grup üyelerini seçerken bu bulguları göz önünde bulundurması gerekmektedir.

Sonuç olarak, grup psikoterapi sürecine dâhil edilen kişilerin uygulanan psikoterapi yönelimine, psikoterapistin yaklaşımına ve grubun diğer üyelerine uyumlu olup olmadığının incelenmesi gerekmektedir. Grubun oluşturulması sürecinin etik kurallara göre yürütülmesi psikoterapistin yükümlüklerindedir.

### Bilgilendirilmiş Onam

Bilgilendirilmiş onam, hem psikoterapistin hem de psikoterapiye gelenlerin aktif olarak rol aldığı bir süreçtir. Bu süreçte psikoterapi hizmeti alanlara psikoterapi sürecinin nasıl ilerleyeceğine dair temel bilgiler sunulmaktadır (5). Amerikan Grup Psikoterapisi Birliği (16) etik kodlarında bilgilendirilmiş onam "Psikoterapist hastaları grup psikoterapisinin doğası konusunda bilgilendirmeli ve hastalara riskler, haklar ve görevler konularını bildirmelidir" şeklinde ifade edilmektedir. Benzer şekilde, Türk Psikologlar Derneği Etik Yönetmeliği (17), "Psikolog, grup ortamında birden çok kişiye hizmet sunduğunda; kendisinin ve katılımcıların birbirlerine olan sorumluluklarını, rollerini ve gizliliğin sınırlarını, psikoterapi sürecinin başlangıcında açıklar" maddesini içer-

mektedir. Grup üyelerinin, hem psikoterapiye başlamaya karar verme sürecinde hem de psikoterapinin ilerleyen aşamalarında süreç hakkında bilgilendirilmesi önemlidir, çünkü grup üyeleri bilgilendirilmiş onamda verilen bilgilere göre grupta yer almayı kabul etmektedir. Bu nedenle, psikoterapistlerin bilgilendirilmiş onamı katılımcılar grup üyesi olmayı onaylamadan önce tanıtması ve grup üyelerinin psikoterapi sürecindeki haklarını süreç içinde aktarması gerekmektedir (18). Buna göre, psikoterapist grup psikoterapisinin amacını, sürecini, kurallarını, süresini, ücretini, gizlilik ilkesini, grup üyelerinin sorumluluklarını ve haklarını potansiyel grup üyelerine aktarmalıdır. Bunların yanında, psikoterapist aldığı eğitim ve vasıflarıyla ilgili bilgilendirme yapmalı ve grup üyelerinin kültürel inanç ve değerlerinin grup sürecine uygun olup olmadığını incelemelidir.

Psikoterapist bilgilendirilmiş onamı grup üyelerine tanıtırken üyelere karşı dürüst ve saygılı olmalı ve böylece grup üyelerinin açık ve aktif etkileşiminin ilk örneklerini oluşturmalıdır (19). Ancak, psikoterapistlerin grup üyelerine bilgilendirmiş onamı tanıtmış olması, her bir grup üyesinin bu bilgileri tam anlamıyla anlamış olduğu anlamına gelmeyebilmektedir (20). Bu nedenle, bilgilendirilmiş onam bir defaya özgü olarak yapılan bir bilgilendirme süreci olarak kabul edilmeyip, psikoterapi sürecinde ihtiyaç duyulduğu zamanlarda yenilenen süreçten bir durum olarak ele alınmalıdır (21). Ayrıca, bilgilendirilmiş onamın süreçten olma özelliği yazılı etik kurallar kapsamına alınarak psikoterapistlerin bu konuda yetkinlik kazanmalarına katkı sağlanmalıdır.

Sonuç olarak, bilgilendirilmiş onam dâhilinde psikoterapi süreci hakkında bilgi almanın grup üyelerinin hakkı olduğu, bunun psikoterapi sürecinin grup üyeleri ile birlikte yürütülmesi için ilk adım olduğu ve grup üyelerinin psikoterapide aktif bir şekilde rol almalarının ilk örneğini oluşturduğu çalışmalar tarafından vurgulanmıştır.

### **Gizlilik**

Gizlilik, psikoterapistlerin psikoterapi hizmeti alanlara ait olan özel bilgileri saklamalarını ve korumalarını ifade etmektedir (1). Gizliliğin

sağlanması psikoterapi sürecinin sağlıklı bir şekilde yönetilmesinde etkili olsa da bu ilkenin uygulanması bazı durumlarda sınırlandırılabilir. Bu durumlar arasında psikoterapi hizmeti alanların kendisine ya da başkalarına zarar vereceklerine ilişkin bir bilgi alınması, bilgilerin paylaşımı konusunda yasal bir zorunluluk olması ve grup üyesinin bilgilerinin içeriğini ve kiminle paylaşabileceğini belirten yazılı bir onay vermesi bulunmaktadır (9). Bunun dışında, bu kişilere ait bilgilerin kişinin bilgisi dışında diğer kişi ya da kurumlarla paylaşılması etik kurallar açısından uygun değildir (8).

Gizlilik ilkesinin grup psikoterapilerindeki uygulamaları bireysel psikoterapilerdeki uygulamalarından daha karmaşık bir süreçtir, çünkü grup psikoterapisi doğası gereği birçok üyeyi barındırır ve kendini açma bu sürecin en temel özelliklerinden biridir (22). Grup psikoterapisinde kişiler kendilerini sadece psikoterapiste açmakla kalmaz. Aynı zamanda, kişiler paylaştıkları bilgileri başkalarına açması mümkün olan bir grup insanla da paylaşmış olur (2). Grup üyeleri arasında ortak paylaşımların rahat ve güvenli bir ortamda olduğu psikoterapi grupları bireylerin gelişimini hızlandırmaktadır (23,24). Bu nedenle, gizliliğin korunması psikoterapideki temel etik konulardan biridir.

Psikologların Etik Prensipleri ve Uygulama Kodları'nda (9) gizlilik ilkesi "Psikologlar grup olarak birçok insana hizmet verdikleri durumlarda bütün tarafların görev ve sorumluluklarını ve gizliliğin sınırlarını öncelikli olarak açıklar" ibaresini kullanılarak açıklanmıştır (Standart, 10.03). Benzer şekilde, Amerikan Psikolojik Danışmanlık Birliği (25), "Grup çalışmalarında psikolojik danışmanlar gizliliği açık bir şekilde tanımlar, önemini açıklar ve grup çalışmalarında gizlilikle ilgili zorlukları tartışır" kuralıyla birlikte gizlilik ilkesini açıklamaktadır (Bölüm B.2.a).

Grup psikoterapilerinde gizliliğin korunması ile ilgili konular psikoterapistin birçok etik ikilem ile karşı karşıya kalmasına neden olabilmektedir (26). Bu ikilemlerin çözümlenmesinde grup üyeleriyle yazılı bir kontrat hazırlamak (27), grubu gizlilik konusunda eğitmek, gizliliğin korunmasına dair bir saygı çerçevesi oluşturmak ve gizliliği açık bir şe-

kilde konuşulması gereken bir grup normu olarak ele almak etkili olacaktır (22). Ayrıca, grup üyelerinin psikoterapi sürecinde kendilerini açtıkları noktaların gizlilik çerçevesinde korunmasının grup üyelerinin bir hakkı olarak ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır (26). Bunlara ek olarak, gizliliğin bozulmasında grup üyelerinin kendi sorumluluklarının neler olduğunun, gizliliğin kasıtlı olmadan nasıl delinebildiğinin (28) ve gizliliğin bozulmasının olası sonuçlarının neler olduğunun grup üyeleriyle tartışılması önerilmektedir (22). Gizliliğin bozulmasının sonuçları arasında gizliliği bozan kişinin psikoterapideki kişisel sürecinin de sekteye uğraması, pişmanlık ve suçluluk duygularıyla birlikte gruba uyum sağlamasının zorlaşması ve kendisiyle ilgili yaptığı paylaşımların başkalarıyla paylaşılabilmesi ihtimalini düşünerek gruba gizlilik konusundaki güvenini yitirmesi yer alabilir.

Sonuç olarak, grup psikoterapisi sürecinde gizlilik ilkesine sadık kalınması ve bu ilkenin grup üyelerine açık ve anlaşılır bir şekilde aktarılması, psikoterapi sürecinin sağlıklı bir şekilde ilerleyebilmesi açısından önemlidir.

### Kayıt Tutma

Kayıt tutma; hafızaya tam olarak güvenmenin güç olması, meslek grubundan diğer insanlarla bilgi alışverişi sırasında kolaylık sağlaması ve verilen hizmetin belgelendirilmiş bir şekilde saklanmasına olanak sağlaması bakımından önem taşımaktadır (26). Amerikan Psikologlar Birliği (9), kayıt tutmanın psikoterapi hizmeti alan kişinin yarar sağlaması için yapılması gereken bir eylem olduğunu belirtmiştir. Etik açıdan uygun bir kayıt hizmet alan kişiyi tanıtıcı bilgileri, ilk görüşme tarihini, şikâyet öyküsünü, tıbbi öyküyü, konulan tanılarla ilgili bilgileri, tedavi planını ve ilerleme notlarını, süreç içinde yapılan ölçümleri, ücret ve ödeme bilgilerini ve bitiş sürecini içermelidir (29). Buna ek olarak, intihar düşünceleri ya da başkalarına zarar verme fikir ve davranışlarının özel bir duyarlılıkla kaydedilmesi gerekmektedir. Tutulan kayıtların hizmet alan kişinin öyküsünün ve şikâyetlerinin hem biricikliğini hem de karmaşık doğasını yansıtması gerekmektedir (30).

Grup psikoterapisinde kayıt tutmayla ilgili yapılan

çalışmalar sınırlı sayıdadır. AÖPE etik kurallarında son oturumdan sonra 5 yıl süresince tam kayıtların ve 10 yıl süresince anlamlı özetlerin saklanması gerektiği belirtilmektedir (9). Amerikan Grup Psikoterapisi Birliği (16) tarafından yazılan etik kodlarda ise grup psikoterapilerinde kayıt tutmayla ilgili bir kurala rastlanmamıştır. Grup psikoterapilerinde kayıt tutmanın temel ikilemi, kayıtların her bir grup üyesi için mi yoksa grubun geneli için mi tutulacağıdır (31). Grup sürecine ilişkin kayıt tutulduğunda; grup üyelerinden biri için kayıtlar yoluyla edinilmesi gereken bilgiler, diğer grup üyelerinin bilgilerini de ifşa etmeyi gerektirebilir. Öte yandan, grup süreci içerisinde bireysel olarak tutulan kayıtlar grup üyesinin bağlam içindeki davranışlarını ve psikolojik sürecini açıklamakta yetersiz kalabilir ya da psikoterapist grubun genel işleyişini takip etmekte güçlük çekebilir (31). Gizlilik ilkesinin önemi göz önünde bulundurulduğunda grup üyelerine dair bireysel notların alınması gerektiği görülmektedir (31), ancak psikoterapistin grup üyelerinin bağlam içindeki süreçlerinin kimlik bilgilerinin yer almadığı bağlam notları olarak kaydedilmesinin grubun genel işleyişini takip etmek açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

Grup psikoterapistlerinin kayıt tutma ve kayıtların saklanması sürecinde dikkat edilmesi gereken birçok nokta bulunmaktadır. Bunlar arasında kişisel notların güvenli bir şekilde saklanması ve bilgileri üçüncü kişi ya da kurumlarla paylaşırken bu konunun ayrıntılı bir şekilde grup üyesine aktarılması bulunmaktadır (31).

Sonuç olarak, grup psikoterapi süreci kayıt tutmanın etik yükümlülükleri konusunda psikoterapistleri birçok etik ikilem ile karşı karşıya bırakmaktadır. Kayıt tutma sürecinin grup üyelerinin bireysel süreçlerini ve grubun sürecini olumsuz yönde etkilemeyecek şekilde uygulanması gerekmektedir.

### Mali Konular

Psikoterapistlerin ücret konusunun etik gereklilikleri ve yasal süreçleri bağlamında rahat hareket edemedikleri gözlemlenmektedir (32). Grup psikoterapilerinde psikoterapistin mali düzenlemelerle ilgili yaşadığı zorluklar grubun yapısını ve

dinamiğini yansıtıyor olabileceği gibi, psikoterapistin kendi özgeciliğini ya da hırsını da yansıtabilmektedir. Bu nedenle, psikoterapistin paranın kendisi ve grup üyelerince ne anlama geldiğini anlayabilmesi, bu konuyu grup üyeleriyle açık ve net bir şekilde konuşabilmesi ve grup üyelerinin bu konudaki görüşlerine karşı duyarlı olması gerekmektedir (33). Psikoterapistlerin ücret alma ve mali meselelerin onlar ve grup üyeleri için hangi anlamları ifade ettiği konusunda farkındalık kazanmaları ve bu konuları grup üyeleriyle işbirliği içinde düzenlemeleri hem psikoterapistlerin hem de grup üyelerinin etik kurallara uygun olarak davranabilmeleri açısından belirleyici olabilir.

Grup psikoterapilerinde mali konuların düzenlenmesinde birçok zorlukla karşılaşmaktadır. Ücretin üyeler arasında farklılaşması, sigorta primlerinin belirlenmesi ve sigorta şirketlerinin mali düzenlemeleri mali konularda karşılaşılan zorluklardan bazılarıdır (21). Psikoterapi ücretinin grup üyeleri arasında farklılaşmasının avantajları ve dezavantajları bulunmaktadır. Ücretin herkes için standart olması grup sürecinde bir avantaja dönüşebilmektedir. Ancak, bir grup üyesi tarafından pahalı olarak algılanan bir miktar başka bir grup üyesi için rahatsız edici derecede düşük olabilmektedir. Bu nedenle, psikoterapistler mali düzenlemeleri kişiye özel olarak yapmayı tercih edebilmektedir (19). Bu düzenlemeler, grup üyelerini seçme ve sürecin devamını sağlamada psikoterapiste kolaylık ve esneklik sağlayabilmektedir. Ancak, grup üyeleri arasında bu düzenlemelerin algılanış ve yorumlanış şekli dikkatli bir şekilde incelenmelidir.

Psikoterapideki mali konular bilgilendirilmiş onamda mümkün olan en kısa zamanda belirgin bir şekilde grup üyelerine aktarılmalıdır (8). Ayrıca, bilgilendirilmiş onam formu gelecekte yapılacak ücret düzenlemelerine dair bilgileri (örn. ücret zammı, hangi tarihlerde ödeneceği) de içermelidir (34). Bunların yanında, 24 saat öncesinden haber verilmeksizin katılım gösterilmeyen seansların ücretlendirileceği bilgisi, eğer psikoterapistin bu şekilde bir uygulaması varsa, bilgilendirilmiş onam formunda belirtilmelidir (33). Bilgilendirilmiş onam dahilinde yapılan bu düzenlemeler, psikoterapi hizmeti alanların mali konuların grup seanslarının doğal bir parçası olduğunun ve her türlü grup iletişiminin ve normunun para konu-

larını da kapsadığının farkına varmalarına yardımcı olmaktadır (35).

Ücretlerin ödenmeden birikmesini ve bu durumda ortaya çıkabilecek utanç ve suçluluğu önlemek de psikoterapistlerin etik sorumluluğudur. Psikoterapistlerin seansların toplu olarak ödenmesi ya da belirlenen miktarın üzerinde yapılan ödemeler karşısında dikkatli olması gerekmektedir (33). Ayrıca, biriken ücretin yasal yolları kullanarak talep edildiği durumlarda psikoterapistin kişiyi önceden bilgilendirmesi etik bir yükümlülüktür (8).

Sonuç olarak, mali konularda uyulması gereken etik kurallar psikoterapistler için de uyulması zor bir hale gelebilmektedir. Ancak, mali konuların grubun genel bir normu olarak sürece katılması psikoterapi sürecinin daha sağlıklı bir şekilde devam edebilmesine katkı sağlayacaktır.

### Çoklu İlişkiler

Çoklu ilişkiler birçok farklı şekilde ortaya çıkabilmektedir. Bunlar arasında profesyonelin bir kişiyle hem mesleki hem de meslek dışı bir ilişki içinde olması, kişinin profesyonelin mesleki ya da yakın bir ilişki içinde olduğu biriyle ilişkisinin olması ve profesyonelin kişi ile ya da kişiye yakın başka biriyle gelecekte ilişki içine girmeye söz vermesi bulunmaktadır (10). Çoklu ilişkilerin bir etik problem olarak ortaya çıkması bireysel psikoterapistlerde önemli bir sınır ihlali olarak tartışılmaktadır; ancak grup psikoterapisi süreci birçok insanı barındırdığından çoklu ilişkiler kuralının etik uygulaması daha öngörülemeyen ve karmaşık bir hale gelmektedir (1).

Çoklu ilişkilerden kaçınılması grup psikoterapisi sürecinin sağlıklı bir şekilde ilerleyebilmesi açısından önemli olmakla birlikte; çoklu ilişkiler bazı durumlarda kaçınılmaz olabilmektedir. Örneğin, kıdemli grup psikoterapistleri ve grup psikoterapisi eğitimi alan öğrenciler; grup psikoterapisi süreci yürüttükleri kişilerle iş arkadaşı, eğitmen ve süpervizör gibi birçok farklı rolde bir araya gelebilmekte ve psikoterapi dışında sosyal etkileşimler görülebilmektedir. Bu nedenle, belirgin durumlarda çoklu ilişkilerin psikoterapi sürecinin karmaşık bir doğası olarak algılanması gerektiği savunulmak-

tadır (36). Çoklu ilişkilerin kaçınılmaz olduğu durumlarda hem profesyonellerin hem de birden fazla rolde iletişim kurulan kişilerin çoklu ilişkilerin süreci ve olası olumsuz sonuçlarıyla ilgili farkındalıklarının olması gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca, çoklu ilişkiler nedeniyle ortaya çıkabilecek sorunları çözebilmek için önceden geliştirilmiş düşünce ve başa çıkma stratejilerinin kişilerin repertuarında yer alması olası sorunların etkili bir şekilde çözülebilmesine katkı sağlayacaktır.

Grup psikoterapisinde çoklu ilişkilerin bulunması gizlilik ilkesinin ihmal edilmesine (34) ve böylece grup içi etkileşimin zarar görmesine ve psikoteröpatik sağaltım gücünün azalmasına neden olabilmektedir (34,36). Bu nedenle, grup psikoterapistlerinin grup üyelerinin çoklu ilişki kurma olasılıkları konusunda duyarlı olması gerektiği düşünülmektedir. Ayrıca, grup psikoterapistlerinin çoklu ilişkilerin ne şekillerde ortaya çıkabileceğini, bireysel süreçleri ve grup sürecini nasıl etkileyebileceğini, avantajlarını ve dezavantajlarını ve çoklu ilişkilerin kaçınılmaz olduğu durumlarda verilen tepkilerin nasıl şekillendirilmesi gerektiğini grup üyeleriyle ayrıntılı bir şekilde konuşması çoklu ilişkilerin olası zararlarının en aza indirilmesine katkı sağlayacaktır.

Sonuç olarak, çoklu ilişkiler grup psikoterapisi sürecinde kaçınılmaz bir durum olabilmekle birlikte, psikoterapi sürecine zarar verebilecek bir durum olarak değerlendirilmektedir. Psikoterapistlerin grup üyelerini çoklu ilişkilerin doğası, oluşumu ve olası sonuçlarıyla ilgili eğitmesi ve ortaya çıkabilecek çoklu ilişkilere karşı duyarlı olması gerekmektedir.

### **Psikoterapiyi sonlandırma**

Psikoterapiyi sonlandırmak genellikle psikoterapi sürecinde konulan hedeflerin gerçekleştirildiği ya da psikoterapinin başka nedenlerle bitmesi gerektiğini ifade etmektedir (5). Psikoterapi süreci devam ederken grup üyelerinden biri ya da birkaçı nedenini belirtmeden gruptan ayrılabilir ya da yaşamına bilinçli bir şekilde son verebilir. Bunların yanında, psikoterapist gruba uyum sağlayamayan ya da grubun uyumunu bozan bir grup üyesinden psikoterapiyi sonlandırmasını isteyebilir. Ayrıca,

psikoterapistin kendisi de hastalık, emeklilik ve taşınma gibi nedenlerle psikoterapiye son vermek isteyebilir. Psikoterapist bu gibi durumlarla başa çıkmak için önceden hazırlıklı olmalı ve bu gibi durumların yol açabileceği etik ikilemlerin farkında olmalıdır (37).

Amerikan Psikologlar Birliği etik kodları Madde 10.10a (10), "Psikologlar hastanın verilen hizmete daha fazla ihtiyacı olmadığını, verilen hizmetin yararı olmadığını ya da devam eden hizmetin hastaya zarar verdiğini açık bir şekilde gördüğü zaman psikoterapiyi sonlandırır" ibaresini içermektedir. Madde 10.10c'ye göre, "Hastaların hareketleri ya da üçüncü şahıslar tarafından yapılan engellemelerin dışında, psikoterapi sonlandırılmadan önce psikologlar danışmanlık verir ve hastaya uygun olan alternatif hizmet sağlayıcılarını önerir." Benzer şekilde, AÖPE etik kuralları kapsamında uygulanan psikoterapi hizmetinin grup üyesine yarar sağlamadığı durumlarda sürecin sonlandırılması ve grup üyesinin başka yardım kaynaklarına yönlendirilmesi gerektiği bulunmaktadır (9). Psikoterapistlerin psikoterapi sürecinin bittiği durumlarda bu etik kuralları göz önünde bulundurması gerekmektedir. Etik kurallar çerçevesinde ilerlemeye ek olarak, psikoterapiyi sonlandırma sürecinin bilgilendirilmiş onam dâhilinde tartışılması ve grup üyelerinin psikoterapinin sonlandırılması hususunda aktif bir şekilde ve zaman kısıtlaması olmadan hazırlanması psikoterapistin etik yükümlülüklerindedir. Ayrıca, bir grup üyesinin psikoterapi sürecini yarıda kesmesinin grubun diğer üyeleri üzerinde yarattığı etkinin incelenmesi ve ortaya çıkan belirsizlikle başa çıkılması psikoterapistin görevlerindedir. Psikoterapist, gruptan ayrılan üyenin gizlilik hakkına saygı duyulması ve kalan üyelerin bu durumu anlamlandırabilmesi için gerekli bilginin verilmesi hususundaki dengeyi korumalıdır (38).

Sonuç olarak, psikoterapistler grup psikoterapisi sürecinin bireysel ya da bir bütün olarak sonlandırılması durumlarında yerine getirmeleri gereken etik yükümlülüklerin farkında olmalıdır. Psikoterapiyi sonlandırma sürecinde grup üyeleri zaman kısıtlaması olmadan hazırlanmalı, bu sürecin üyeler üzerindeki etkileri anlaşılmalı ve gizlilik ilkesinin uygulanmasına devam edilmelidir.

## SONUÇ

Grup psikoterapileri alanında yapılan çalışmalar grup psikoterapisi uygulamalarının faydalı, etkili ve uygun maliyetli olduğunu göstermektedir (39). Grup psikoterapilerinin etkili bir şekilde yürütülebilmesi ve olası zarar verici durumların ortaya çıkmasının önlenmesi bakımından etik ilkelere uygun uygulamaların yapılması öncelikli önem arz etmektedir. Bu nedenle, grup psikoterapi uygulamalarında içselleştirilmesi gereken etik kuralların incelenmesi, geliştirilmesi ve uygulanması grup psikoterapi uygulayıcıları, grup üyeleri ve psikoterapi uygulamalarının toplumdaki yeri bakımından önemlidir. Bu değerlendirme yazısında grup psikoterapilerinde etik ikilemlerin ortaya çıkabileceği alanlar olan psikoterapistin yetkinliği, grubun oluşturulma süreci, bilgilendirilmiş onam, gizlilik, mali konular, kayıt tutma, çoklu ilişkiler ve psikoterapinin sonlandırılması konularının incelenmesi amaçlanmıştır. Genel anlamda, bu konulara değinen etik kuralların ve uygulamaların kapsamı ve uygulanışı tartışılmaktadır. Bu sayede grup psikoterapi uygulamalarındaki etik konulara dikkat çekmek ve bu konudaki eksiklikleri belirleyerek uygulayıcılara ve araştırmacılara faydalı bir kaynak sağlamak hedeflenmiştir.

Grup psikoterapilerine dair etik kurallar içeren en güncel etik kodlar Amerikan Grup Psikoterapi Birliği ve AÖPE tarafından belirlenmiştir (9,16). Grup psikoterapilerinde etik kuralların genel hatlarının belirlenmesi, hem psikoterapistlerin grup sürecini yönetirken ihtiyaç duydukları rehberliğe ulaşmalarında hem de grup üyelerinin psikoterapi sürecinden sağladıkları faydaların artmasında önemli roller oynamaktadır. Etik kurallar bağlamına özgü ayrıntıları yakalamakta yetersiz kalabilmektedir, çünkü her psikoterapistin uygulaması kendine özgü özellikler taşımakta ve bu özelliklerin genel kurallar bütününe kapsamadığı durumlara rastlanabilmektedir. Örneğin, grup psikoterapi uygulamalarında çoklu ilişkiler, mali düzenlemeler ya da psikoterapinin sonlandırılması süreçleri psikoterapi sürecinin biricikliğini ve içinde bulunulan kültürün özelliklerini yansıtacak örnekleri içerebilmektedir. Bu kapsamda, profesyonellerin etik konularda her zaman dikkatli olmalarının ve çoklu etik problemleri çözmek için hatırı sayılır ölçüde bilgiye sahip olmalarının yanında, bu kural-

ların uygunluğunu farklı bağlamlar içinde tekrar tekrar değerlendirmeleri gerekmektedir (21). Etik yükümlülüklerin farklı bağlamlarda değerlendirilmesi sırasında alandaki diğer profesyonellerden görüş alınması ve süpervizyon görüşmelerinin yapılması uygulamaların etik yönden uygunluğuna katkı sağlayacaktır.

Psikoterapi uygulamalarında grup psikoterapistlerinin zihinsel ve duygusal yetkinliğin önemini göz önünde bulundurarak uygulanan teknik ve stratejilerin ne düzeyde etkili olduğunu ya da olmadığını bilmeleri gerekmektedir. Ayrıca, uygulayıcıların kendilerinin de hata yapabilecek kişiler olduklarının farkında olmaları, kendilerini gözlemlemeleri ve kendi kişisel güçlükleri ile zayıflıkları hakkında içgörüyeye sahip olmaları gerekmektedir. Grup psikoterapilerinde temel alınan yazılı etik ilkelerin de hem zihinsel hem de duygusal yetkinliği barındıran öğeler içermesi bu alanda çalışan profesyonellere yol gösterecektir. Bu kapsamda yazılan etik ilkelerin profesyonellerin duygusal yetkinliğini tehdit edebilecek duygusal güçlüklerin ve ihtiyaçların farkında olmasını ve bu tehditlerin engellenebilmesi için gerekli önlemleri (örn. süpervizyon) almasını içermesi psikoterapide duygusal yetkinliğin önemini ortaya koyacaktır. Bunun yanında, grup psikoterapi uygulamaları gerçekleştirmek üzere eğitilen öğrencilerin ve profesyonellerin grup psikoterapi uygulamalarını hem zihinsel hem de duygusal yetkinlik ile yürüt-bilmeleri için gerekli niteliklerle donatılmış programlara ulaşmaları sağlanmalıdır.

Grup psikoterapisi sürecinde ortaya çıkan ya da çıkabilecek olan etik problemlerin grup üyeleriyle işbirliği içinde çözümlenmesi grup üyelerinin süreçte aktif olarak rol almaları ve olası suçluluk/utanç duygularının belirlenmesi açısından önemlidir. Etik açıdan uygun olmayan durumların grup üyeleriyle açık ve anlaşılır bir şekilde konuşulması, grup sürecinin bu durumlardan ne şekillerde etkilenebileceğinin değerlendirilmesi ve uygulamaların etik kurallar çerçevesinde nasıl düzenleneceğinin belirlenmesi, etik problemlerin olumsuz sonuçlarıyla başa çıkmada etkili olacaktır.

Grup psikoterapilerinde ortaya çıkabilecek olan etik problemlerin incelenmesi ve bu konuda hem

çalışanlara hem de psikoterapist adaylarına farkındalık kazandırılması amacıyla yürütülen çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Ayrıca, grup psikoterapileri alanında psikolojideki son gelişmelere paralel olarak yeni çalışmaların yürütülmesi gerekmektedir. Örneğin, son dönemlerde sanal psikoterapi grupları yaygınlık kazanmaya başlamıştır (40). Alan yazın incelendiğinde, bu grup psikoterapisi uygulamalarının etik bileşenleri konusunda herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak, sanal ortamda yapılan grup psikoterapilerinin de gizlilik, bilgilerin saklanması, bilgilendirilmiş onamın sağlıklı bir şekilde üyelerle paylaşılması ve çoklu ilişkilerin önlenmesi gibi konularda birçok etik ikilem ortaya çıkarabileceği aşikârdır. Bu nedenle, bu alanda öncü çalışmaların yapılıp, hem uygulayıcılar hem de araştırmacıların bu konuda farkındalık kazanmasının önü açılmalıdır.

Sonuç olarak, grup psikoterapilerinde etik kuralların incelenmesi, araştırılması, tartışılması ve etik kodların grup psikoterapiler bağlamında detaylandırılması gerekmektedir. Ayrıca, grup psikoterapilerinde ortaya çıkan etik problemlerin grup üyelerinin aktif katılımlarıyla değerlendirilmesi ve çözümlenmesi psikoterapi sürecinin etkili bir şekilde yürütülmesine katkı sağlayacaktır.

Yazışma adresi: Arş. Gör. Cansu Alsancak Akbulut, Ankara Üniversitesi Dil Tarih ve Coğrafya Fakültesi, Psikoloji A.D., Ankara cansualsancakk@gmail.com

#### KAYNAKLAR

- Knapp SJ, VandeCreek LD. Practical ethics for psychologists: A positive approach. American Psychological Association, 2000.
- Welfel ER. Ethics in counseling and psychotherapy: Standards, research, and emerging issues. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 2006.
- Whiteley JS. Ethical issues in the therapeutic community. *Isr Ann Psychiatr Relat Discip* 1997; 34:18-25.
- Eberlein L. Introducing ethics to beginning psychologists: A problem-solving approach. *Prof Psychol Res Pr* 1987; 18:353-359.
- Pope KS, Vasquez MJ. Ethics in psychotherapy and counseling: A practical guide. John Wiley & Sons, 2010.
- Seitz J, O'Neill P. Ethical decision-making and the code of ethics of the Canadian Psychological Association. *Canadian Psychology* 1996; 37:23-30.
- Brabender V, Fallon A. Group development in practice: Guidance for clinicians and researchers on stages and dynamics of change. American Psychological Association, 2009.
- Canter MB, Bennett BE, Jones SE, Nagy TF. Ethics for psychologists: A commentary on the APA ethics code. Washington, DC: American Psychological Association, 1994.
- Abdulkadir Ozbek Psikodrama Enstitüsü Etik Kuralları, kişisel iletişim, Ekim 23, 2017.
- American Psychological Association. Ethical principles of psychologists and code of conduct. <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>. Erişim tarihi: Mayıs 9, 2015.
- Jacobs E, Masson R, Harvill R. Group counseling: Strategies and skills. Pacific Grove, CA Brooks/Cole, 1998.
- American Counseling Association. Code of ethics and standards of practice. *Counseling Today* 1995; 37:33-40.
- Whalley B, Hyland ME. One size does not fit all: Motivational predictors of contextual benefits of therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2009; 82:291-303.
- Vlastelica M, Pavlovi S, Urli I. Patients' ranking of therapeutic factors in group analysis. *Coll Antropol* 2003; 27:779-788.
- Kroegel J, Beecher ME, Presnell J, Burlingame G, Simonsen C. The Group Selection Questionnaire: A qualitative analysis of potential group members. *Int J Group Psychother* 2009; 59:529-542.
- American Group Psychotherapy Association. AGPA and NRCCG Guidelines for ethics. <http://www.agpa.org/group/ethicalguide.html>. Erişim tarihi: Mayıs 9, 2015.
- Türk Psikologlar Derneği. Türk Psikologlar Derneği Etik Yönetmeliği. [http://www.psikolog.org.tr/upload/content/files/file\\_3\\_7.pdf](http://www.psikolog.org.tr/upload/content/files/file_3_7.pdf). Erişim tarihi: Mayıs 10, 2015.
- Brabender VM, Smolar AI, Fallon AE. Essentials of group Therapy. John Wiley & Sons, 2004.
- Fallon A. Informed consent in the practice of group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 2006; 56:431-454.
- Roback HB, Moore RF. On the ethical group psychotherapist. *Int J Group Psychother* 2007; 57:49-60.
- Fisher MA. Replacing "who is the client?" with a different ethical question. *Prof Psychol Res Pr* 2009; 40:1-7.
- Corey G, Williams GT, Moline ME. Ethical and legal issues in group counseling. *Ethics Behav* 1995; 5:161-183.
- Lakin M. Morality in group and family therapies: Multiperson therapies and the 1992 ethics code. *Prof Psychol Res Pr* 1994; 25:344-348.
- Hough G. When confidentiality mandates a secret be kept: A case report. *Int J Group Psychother* 1992; 42:105-115.



25. American Counseling Association. Code of ethics and standards of practice. Alexandria, VA: Author, 1997.
26. Koocher GP, Keith-Spiegel P. Ethics in psychology: Professional standards and cases. Oxford University Press, 1998.
27. Lasky GB, Riva MT. Confidentiality and privileged communication in group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 2006; 56:455-476.
28. Forester-Miller H, Rubenstein RL. Group counseling: Ethics and professional issues. Introduction to Group Counseling. Denver, CO: Love Publishing, 1992.
29. Bernstein BE, Hartsell TL. The portable ethicist for mental health professionals: An A-Z guide to responsible practice. New York: John Wiley & Sons, 2000.
30. Gutheil TG, Appelbaum PS. The clinical handbook of psychiatry and the law. New York: Mc-Graw Hill, 1982.
31. Knauss LK. Ethical issues in recordkeeping in group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 2006; 56:415-430.
32. Parvin R, Anderson G. What are we worth? Fee decisions of psychologists in private practice. *Women Ther* 2000; 22:15-25.
33. Shapiro EL, Ginzberg R. Buried treasure: Money, ethics, and countertransference in group therapy. *Int J Group Psychother* 2006; 56:477-494.
34. Pepper R. Confidentiality and dual relationships in group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 2004; 57:25-40.
35. Gans JS. Money and psychodynamic group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 1992; 42:133-152.
36. Pepper R. Emotional incest in group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 2002; 52:285-294.
37. Pope KS, Vetter VA. Ethical dilemmas encountered by members of the American Psychological Association: A national survey. *Am Psychol* 1992; 47:397-411.
38. Mangione L, Forti R, Iacuzzi CM. Ethics and endings in group psychotherapy: Saying good-bye and saying it well. *Int J Group Psychother* 2007; 57:25-40.
39. Burlingame GM, MacKenzie KR, Strauss B. Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In: *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley New York, NY, 2004, pp. 647-696.
40. Humphreys K, Winzelberg A, Klaw E. Psychologists' ethical responsibilities in the internet-based groups: Issues, strategies, and a call for dialogue. *Prof Psychol Res Pr* 2000; 31:493-496.

# Batı Ortaçağından Günümüze Uzanan Bir Kurum: Bethlem/Bedlam Akıl Hastanesi

*An Institution from the Western Middle Ages to the Present:  
Bethlem/Bedlam Mental Hospital*

Abdullah Yıldız<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Arş.Gör., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

## ÖZET

Bethlem Akıl Hastanesi, Batı Ortaçağından günümüze kadar varlığını kesintisiz sürdürmüş bir kurumdur. Dolayısıyla Batı tıp düşüncesinin evrimsel gelişimini göstermesi bakımından bilgi sunacağı düşünülmüştür. Geçmiş 1247 tarihine kadar uzanan bu kurum, bir manastır olarak kurulmuştur. Bu özelliği ile ortaçağ ve erken modern dönem tıp kavrayışı ile dinsel öğelerin iç içe geçişinin örneğini oluşturmaktadır. Zaman içinde daha seküler bir yöne evrilmiş olsa da, yardım kuruluğu olma ve kutsal hizmet verme fonksiyonunu sürdürmesi ile yeni kurumlardan farklılaştığını söylemek mümkündür. Zaman içinde mekan değişiklikleri ile eş zamanlı olarak fonksiyonel dönüşümler de yaşamıştır. Kesintisiz olarak uzun süre varlığını sürdüren bu kurum, sanat ve edebiyat gibi alanlarda da ilgi çekmiş, fakat hakkında sıklıkla olumsuz mitler ortaya çıkmıştır. Özellikle XIX. yüzyılın ortalarından itibaren tıbbi otoritesi artmış, buna paralel olarak saygınlığı da artmıştır. Makalede, kurumun tarihsel gelişimi, fonksiyonel dönüşümü, sanat ve edebiyat gibi alanlarda gördüğü ilgi genel hatları ile aktarılmaya çalışılmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Behtlem Akıl Hastanesi, Tıp Tarihi, Batı Tıp Düşüncesi

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:89-97)

DOI: 10.5505/kpd.2017.52724

## SUMMARY

The Bethlem Mental Hospital is an institution that has continued its existence from the Western Middle Ages to today. Therefore, it is thought that it will provide information about the evolutionary development of the Western medicine thought. This institution dates back to 1247 and was established as a monastery. It is an example of intertwining the Middle Age and early modern medicine and religious items. Although it evolved in a more secular direction over time, it is possible to say that it differs from new organizations as it's a charitable organization and continues the function of public service. The institution, which undergone locality changes over time, was also functionally transformed at the same time. This institution, which sustained its uninterrupted and prolonged existence, attracted interest in areas such as art and literature but negative myths often arose about it. Especially since the middle of the 19th century, it's medical authority increased, and accordingly, its prestige increased. In the article, historical development of the institution, it's functional transformation, interests in fields such as art and literature have been tried to be expressed in general terms.

**Key Words:** Bethlem Mental Hospital, History of Medicine, Western Medicine Thought

## GİRİŞ

Bedlam akıl hastanesi bir manastır formasyonu halinde teşekkül eden bir yapıdan, zaman içerisinde akıl hastalıkları konusunda özelleşen bir yapıya dönüşmüş bir kurumdur. Tarihsel olarak akıldan yoksunlar başta olmak üzere meczupları da içeren her kesime hizmet vermekteyken, zaman içerisinde yapısı ve fonksiyonu dönüşüme uğramıştır. Kurulduğu dönemden itibaren kesintisiz olarak hizmet sunmaya devam etmesi nedeniyle, batı tıp düşüncesinin evrimsel sürecini erken modern dönemden modern döneme uzanan dönemde bir kurum özelinde değerlendirebilmek bakımından önemli bir örnek sayılabilir. Kurum sanat ve edebiyat gibi alanlarda da ilgi çekmesiyle de dikkat çekicidir. Bu çalışmada İngiltere başta olmak üzere gerek İngiliz hakimiyetinin olduğu ülkeleri gerekse de diğer ülkeleri etkilemiş olan Bethlem ya da Bedlam akıl hastanesi tarihsel perspektiften konu edilmiştir. Makalenin oluşturulmasında yerli ve yabancı literatürden faydalanılmaya çalışılmıştır.

Bedlam Akıl Hastanesi'nin tarihsel kökeni XIII. yüzyıla dayanmaktadır. Hastanenin temeli 1247 tarihinde Londra'da kurulmuş olan Bethlehem'li Aziz Mary Manastırı'na dayanmaktadır ve ilk dönemde birincil görevi sadece hastalara hizmet vermek olmamıştır (1). Kurum, dönemin diğer dini kurumları gibi hastaları da içeren akıl yoksunu ve düşkün kimselere hizmet sunmaya başlamıştır (2). Manastır olarak kurulmuş olan bu kurum sonraki yüzyıllar içerisinde daha spesifik bir kurum haline gelmiştir (3). Kral VIII. Henry döneminde (1509-1547) gerçekleştirilen ve manastırların da etkilendiği reformasyon döneminde dini içerikli işlevi azalmaya başlamıştır (4). 1676 yılında ilk kurulduğu yer olan Bishopsgate'den Moonsfield'a görece ihtişamlı yeni binasına taşınmıştır (3). Bu önemli yer değişikliğinden sonra da zaman zaman yer değişiklikleri yaşamaya devam etmiştir. 1856 yılında yönetici pozisyonuna ilk defa bir hekimin atanması ile ciddi bir fonksiyonel dönüşüm yaşamıştır (4). Kurum son büyük değişikliği 1948 yılında İngiltere'de sağlık alanında önemli bir kurum olan National Health Service'in kurulmasıyla yaşamıştır. Bu tarihten sonra Maudsley Hastanesi ile birlikte ruh sağlığı alanında hizmet vermeye devam etmektedir (5). Giriş niteliğinde sunulan bu genel çerçeveden sonra kurumun tarihi daha ayrıntılı

olarak ele alınmaya çalışılmıştır.

## I. Bethlem Hastanesi'nin Tarihsel Gelişimine Genel Bakış

Hastanelerin, Avrupa'ya Müslümanlardan aktarılan yenilik ya da gelişmelerden birisi olduğu düşünülür. Bu gelişme muhtemelen askeri karşılaşmaların bir sonucudur. Böylece zaman içinde benzer kurumlar Avrupa'da doğmaya başlamıştır. Ancak bu tür kurumlar manastırlar bünyesinde yer alıp dini içerikli vazifelere ev sahipliği yapmışlardır. Tarihsel süreç içerisinde tıbbi kimlikleri ağırlık kazanmaya başlamıştır (1). Bethlem ya da zaman içinde Bedlam olarak adlandırılan Hastane de bu özelliklere sahiptir.

Bethlem Hastanesi'nin en azından XIV. yüzyıldan beri akıl hastalarına hizmet verdiği bilinmektedir. Akıl hastalarına gerek hizmet sunmak gerekse barınma sağlamak konusunda kesintisiz bir tarihi olmasıyla özgün bir yere sahiptir (6,7). Aslında Avrupa'da bilinen en eski akıl hastanesinin İslam dönemi İspanya'sında kurulduğu bilinmektedir (8). Ancak bu hastanenin çok uzun ömürlü olmadığı ifade edilmiş ve XIV. yüzyılda İspanya'da benzer hastane örneklerinin varlığından bahsedilmiştir (6). Diğer Avrupa bölgelerinde ise ancak XV. yüzyıl sonrasında Bethlem Hastanesi'ne benzer kurumların kurulduğundan bahsedilmektedir. Elbette Ortaçağ boyunca zaman zaman akıl hastalarına hizmet vermiş kurumlara rastlamak mümkündür ancak, özelleşme ve süreklilik konusunda Bethlem/Bedlam ayrı bir yere sahiptir (7). Bethlem genel olarak delilik tarihiyle yakından irtibatlandırılmıştır. Bunun nedeni benzer özelliklere sahip çok sayıda kurumun olmayışıdır. Aslında tüm ününe rağmen, uzunca bir süre çok büyük sayılmayacak bir kurum olarak kalmış ve çok da iyi koşullara sahip olmamıştır. Örneğin; XVI. yüzyılda yaklaşık 20 hastaya barınma ve hizmet verebilme kapasitesine sahip olduğu belirtilmiştir (6).

Bethlem ve benzeri hastane örneklerinin aslında ilk anda tıbbi hizmetten çok, yardım amaçlı ve dini içerikli bir yapıya sahip oldukları bilinmelidir. Bu bağlamda hastane kelimesinin de İngilizce "hospitality"den evrilmiş olması ilginçtir (6). Hospital kelimesi, etimolojik olarak; konuk evi, ihtiyaç

sahipleri için barınak, anlamlarıyla latince orijindir. İngilizce'de ise XVI. yüzyıl başlarında "yardım amaçlı barınma hizmeti" anlamlarıyla ortaya çıkıp, XVI. yüzyıl ortalarındaki kaynaklarda "hasta ve yaralı bakımı kuruluşu" anlamlarını kazandığı görülmektedir (9). Bu anlamsal dönüşümün, tıp tarihi ve sağlık hizmeti sunumunun değişiminin kavranılması açısından önemli olduğu düşünüldüğünden metne eklenmiştir.

Bethlem Hastanesi oldukça değişken bir tarihe sahiptir. İlk kurulduğunda, zaman içerisinde bir akıl hastanesi olacağı düşünülmemiştir. Kurum 1247 tarihinde, belediye meclis üyesi Simon FitzMary'nin maddi katkılarıyla kurulmuştur. FitzMary'in katkılarının ardında dini gerekçeler ve piskoposluğun teşvikinin olduğu belirtilmiştir. Bethlem/Bethlehem isminin kaynağı da Bethlehem Katolik Kilisesi'nin İngiltere'deki teşviklerine dayanmaktadır ki (7), Bethlehem Hz. İsa'nın doğum yeri kabul edilen Beytullahim kasabasının İngilizce adıdır (10). Bethlem Hastanesi'nin kurulduğu ilk yerde, günümüzde Liverpool İstasyonu yer almaktadır. Daha önce vurgulandığı gibi manastır içinde yer alan bu hastanenin ilk fonksiyonu dini içerikli yardım faaliyetleri olmuştur. Daha çok yolcular ve düşkünlere hizmet sunan dini içerikli fonksiyonlarına zaman içinde ikincisi eklenmiştir. Bu da akıldan yoksunların barındırılmasıdır. Kayıtlarda 1404 tarihinde mente capri olarak adlandırılan, yani akıl ve mantıklarını kaybetmiş 6 kişinin bu kurumda yer aldığı belirtilmiştir (4). Bu tarihten itibaren Bethlem Hastanesi kesintisiz bir şekilde akıl hastalarına hizmet vermiş görünmektedir.

Daha önce bahsedilen ve özellikle Kral VIII. Henry döneminde gerçekleştirilen dini reform hareketleri dini kurumları etkilemiş ve bundan Bethlem de payını almıştır. Bu süreçte Bethlem Hastanesi'nin daha seküler bir biçime evrilmeye başladığı ifade edilmektedir (2). Bu süreç 1553 yılında kent yönetiminin hastaneyi devralmasıyla sonuçlanmıştır. Bethlem, 1556 yılından itibaren şehir yönetiminin emriyle kentte bulunan diğer hastanelerin yöneticileri tarafından yönetilmiştir. Bu hastaneler Christ's Hospital ve Bridewell'dir. Bu yönetim anlayışı 1948'de National Health Service kurulana kadar devam etmiştir (4,5).

Bethlem Hastanesi tarihindeki önemli değişimlerden birisi de XVII. yüzyılın son çeyreğinde yaşanmıştır. Bishopsgate'deki eski binanın yetersiz ve yıpranmış olduğu, aynı zamanda kapasitesinin de sınırlı olduğu ifade edilerek yeni bir bina yapılması düşünülmüştür. Bu dönemde 60-70 hastadan fazlası barındırılmamaktaydı. Moorfields'te inşa edilen yeni hastane binası 1676 yılında tamamlanmıştır. İlk aşamada 120 hasta kapasiteli olarak inşa edilen bu yapının kapasitesi zaman içinde eklemelerle 250'yi aşmıştır (4). Bethlem'in yeni binasının yapılmasında Robert Hooke etkin rol oynamıştır. Hooke'un tasarımının ana hatlarını, hastalar ya da kapatılanlar için havadar ve aydınlık bir ortam sağlamak oluşturmuştur (3).

Bu dönem, hastanelerin deli ve kötü ahlaklılar için bir kapatılma alanı olarak görüldüğü bir zaman aralığıdır (1). Hastanenin isminin Bethlem'den Bedlam'a bu dönemde dönüştüğü düşünülmektedir (4). Bu dönemde hastanenin kapıları turistlere ve gezmek isteyenlere açılmış ve uzunca bir süre devam etmiştir (3).

Bethlem ya da artık Bedlam'ın ikinci yerleşim yeri olan Moonsfield'de inşa edildiği alanın uygun-suzluğu ve kullanılan malzemelerin kalitesiz oluşu binanın yıpranmasına neden olmuş ve Bedlam yeniden taşınmak zorunda kalmıştır (4). Yeni bina 1815 yılında hizmete girmiştir. Yeni binanın farklı bir özelliği "suçlu akıl hastaları" için ayrılmış bölümler içeriyor olmasıdır. Burada yatan hastalar cezalarını çekmekteydiler ve diğer hastalarla temas kurmaları yasaktı (11). Suçlu akıl hastalarının hastaneye kabulü ve ayrı bir yer ayrılması kararında, Kral III. George'un saldırıya uğraması olayı önemli bir katalizör olmuş gibi görünmektedir. Bu kısmın giderleri devletçe karşılanmış ayrıca yönetimde asıl söz sahibi konumunda da İçişleri Bakanlığı yer almıştır. XIX. yüzyılın sonlarında Broadmar'ın açılmasını takiben suçlu hastalar oraya taşınmıştır (4).

Bethlem ya da nam-ı diğer Bedlam'ın tarihinde en önemli reform 1852 yılında yaşanmıştır. Bu tarihte bir hekim olan Charles Hood yönetici olarak atanmıştır. Bu dönemde hastane daha iyi dizayn edilmeye çalışılmış, hastalar önemsenmiş, geziler ve eğlenceler düzenlenmiş, hastaların örselenmelerinden çok anlaşılmasına çalışılmıştır. Yine

Charles Hood, Bedlam hastanesinin bir öğretim merkezi olarak çalışmasına da ön ayak olmuştur. Bu tutum Bedlam'ın saygınlığının artmasını da beraberinde getirmiştir. Bu gelişmeler hastaneye kabul edilen hasta profilinde de bir değişime neden olmuştur. Geçmişte hastaneye daha çok yoksullar başvuruyorken artık olumsuz koşullardan etkilenen orta sınıftan bireyler de hastaneye başvurmaya başlamıştır (4).

Zamanla mekan gereksinimi artmış ve hastane Beckenham'a taşınmıştır. Süreç içinde yeni birimler de hastaneye eklenmiştir. Örneğin, 1919 yılında ayaktan hastalar için de hizmet sunumu başlamıştır. Hastane 1924 yılında Londra Üniversitesi Tıp Fakültesi olarak hizmet vermeye başlamış ve bu konumunu 1946 yılına kadar sürdürmüştür (4).

1948 yılında National Health Service'nin kurulmasıyla Bedlam için son büyük dönüşüm yaşanmıştır. Maudsley Hastanesiyle bir bağlantı kurulmuştur. Bu tarihten itibaren iki hastane tek bir yönetici kurul tarafından idare edilmeye başlanmıştır (4).

Bethlem Hastanesi günümüzde Maudsley Hastanesi ile birlikte National Health Service'in Güney Londra ve Maudsley kurumları bünyesinde varlığını sürdürmektedir (12). Bu kurumlar bünyesinde Bethlem Müzesi ve Galerisini bulundurmakta ayrıca Bethlem Hastanesinin tarihsel gelişim ve dönüşümü "Bedlam: the asylum and beyond" adlı sergide sunulmaktadır (13).

## II. Bethlem Hastanesi'nin Yapısal ve Fonksiyonel Değişim Tarihi

Bethlem'in kurucu unsuru olan kilisenin desteği XIV. yüzyıl ortalarında azalmaya başlamıştır. XVI. yüzyılda Bethlem, dini reform hareketlerinden etkilenmiş ve Evanjelistler ile Muhafazakarlar arasında önemli bir tartışma sahası olmuştur. XVI. yüzyılın ortalarından itibaren şehir adına hastane yönetimini belediye meclisi heyeti üstlenmiştir. Yönetici heyeti zaman içinde kişileri yönetici olarak tayin etmiş ya da seçim yapılmıştır (7). 1852'de Dr. Charles Hood'un atanmasıyla Bethlem'de yönetici pozisyonlara tıp mensupları

gelmeye başlamıştır (4). Böylece Bethlem'in XIX. yüzyılın ortalarından itibaren gerçek anlamıyla psikiyatri dünyasına eklenildiği söylenebilir. Dönem, tıp otoritelerinin dünyada genel olarak güç kazanıp kurumlarda ana belirleyici pozisyonlara geldikleri bir zaman dilimidir. XIX. yüzyılın başlarından itibaren kentleşme, göçler ve endüstrileşmenin getirdiği sorunlarla birlikte psikiyatrik tedavi kurumlarının sayıca artmış olduğu düşünülmektedir (7). Ancak Bethlem'in hem oldukça uzun sayılabilecek bir geçmişe sahip olması, hem de XVIII. ve XIX. yüzyıl boyunca diğer kurumlardan ayırt edici ve bağımsız özellikler taşıması nedeniyle XIX. yüzyılda sayıca artan kurumlardan farklılaştığı düşünülmektedir (7). Öncelikle Bethlem Hastanesi, İngiltere'de XVIII. yüzyıla kadar akıl hastanesi hizmeti veren yegane kuruluş olmuştur. Ayrıca sayıları artan ve "Mad House" olarak adlandırılan deli evlerinin Bedlam'dan daha iyi hizmet vermedikleri ve ücrete tabi oldukları bilinmektedir. Bedlam ise hayır kurumu özelliğini de devam ettirebildiği için yakını ya da imkanı olmayan hastaları geri çevirmeyip kabul etmiştir. Hastane için, zaman zaman olumsuzluklar, şiddet ve kötüye kullanma vakalarından bahsedilmiş olsa da genel olarak yöneticilerin iyi bir yönetim sergilemeye çabaladıkları düşünülmektedir (4).

Bethlem'de hizmet sunumu ilk dönemler din ile iç içe geçmiştir; yolculara ve ihtiyaç sahiplerine barınma gibi hizmetler verilmiştir. Bethlem'in zaman içinde akıl hastalıkları konusunda uzmanlaşmış olmasının özel bir nedeni olmadığı ve tesadüfi bir gelişimin ürünü olduğu belirtilmektedir (6). İlk dönem için, akıl hastanesinin fonksiyonu daha çok bir sınırlandırma ve alıkoymadan oluşmuştur. Bu dönem için bugünkü anlamıyla tıbbi yardım sağlandığına dair yeterince kanıt yoktur (6). Dolayısıyla akıl hastanelerinin yaptığı, hastalara yönelik bir özel değerlendirme gözetmeksizin, barınma koşullarının iyileştirilmesi olmuştur. XVIII. yüzyılda akıl hastalarına özel ve onları yola getirip hastalıktan kurtarabileceği düşünülen hastaneler kurulması fikri gündeme gelmiştir. Böylece tedavi ve deliliğe ilişkin ciddi bir değişikliğin başladığı söylenebilir (1). Psikanalizin gelişimi, psikofarmakoloji ve biyolojik yaklaşımlardaki gelişmeler özellikle XX. yüzyılın ortalarından itibaren ciddi değişiklikler yaratmıştır ve Victoria

döneminden beri sürdürülen yaklaşımlar (kişileri izole etmek, toplumdan ayırmak vs) güç kaybetmiştir (6). Ancak bu iyileştirme çabalarının İngiltere'de akıl hastanelerine yönelik reform hareketleriyle başladığını söylemek mümkündür. Bu alanda atılan önemli adımlardan birisi mekanik kısıtlamaların daha insani koşullara evrilmesine çaba gösterilmesidir (14). Dolayısıyla iyileştirme çabaları daha uzak geçmişe dayanmaktadır denebilir.

### III. Bethlem Hastanesi'nin Denetlenmesi

Disiplin uygulamalarının bir tedavi yöntemi olarak düşünülmesiyle birlikte hastanelerde hastalara yönelik eziyet ve şiddetin arttığı ifade edilmektedir. Bu sebeple zaman içinde akıl hastanelerine yönelik eleştiri ve soruşturmalar da olmuştur. Raporlarda Bedlam ile ilgili görgü tanıkları oldukça olumsuz ifadeler vermiş ve zincirlenmiş çıplak kadın ve erkeklerden bahsetmişlerdir (1). Avam Kamarası tarafından akıl hastaneleriyle ilgili iyileştirme amaçlı yasal düzenleme için yürütülen soruşturmalarda Bethlem ile ilgili şahit ifadelerinin yer aldığı da görülmektedir (15). Genellikle Bethlem hakkında efsaneler, olumsuz bir izlenim ve algı oluştursa da, hastaneyle ilgili şikayetlerin yönetim heyetleri tarafından değerlendirildiği ifade edilmiştir (7). Ancak genel olarak Bethlem/Bedlam Hastanesinin uzun tarihi geçmişi düşünüldüğünde efsanelerin varlığını sürdürmesi kaçınılmaz görünmektedir. Nitekim bu hastane sanat, edebiyat ve sinema gibi alanları derinden etkilemiştir.

### IV. Diğer Kurumlara Kısa Bir Bakış

Bethlem Hastanesi XVIII. yüzyıla kadar neredeyse deliller için mevcut olan tek kurum olarak varlığını sürdürmeye devam etmiştir (3). XVIII. yüzyıldan itibaren çok sayıda yeni akıl hastanesi kurulmaya başlanmıştır. Bu dönemin bir diğer önemli özelliği de özel ve kâr amaçlı kurumların da açılmasının hız kazanmasıdır. Bunlar sıklıkla deli evleri " Mad House" olarak adlandırılan küçük ölçekli aile teşebbüsleri konumundaydılar (3). Bu yapılar özellikle üst gelir gruplarından ailelere hizmet vermektedir. Ancak buna rağmen iyi bir hizmet sunup sunmadıkları konusu net değildir (4).

### V. Bethlem Hastanesinin Etkileri (Toplum, Kültür ve Sanat)

Bethlem Hastanesi Moonsfield'a taşınca oldukça ihtişamlı bir yapıya kavuşmuş hatta güzelliğinin evi olarak tanımlanmıştır (Resim-1) (16). Bu yapısı ile barındırdığı hastaların durumu arasındaki ironi dönemin yazarlarınca sıkça ele alınmıştır. Örneğin; Thomas Browne bu hastaneden "Güzelliğini anlamak ve kullanmaktan yoksun kişiler için bir kumaş" olarak bahsetmiştir . Tam da bu dönem meşhur "Bedlam" adlandırmasının başladığı dönemdir. Bethlem sözcüğünün zaman içinde "Bedlam"a dönmesinin, içinde barındırdığı kaotik anlamı ifade ettiğine değinilmektedir (3). Bu dönüşümde önemli bir etken olarak yöneticilerin hastaneyi ziyarete açmaları gösterilmiştir (7). Bu dönemden itibaren Bedlam isimlendirmesi sıkça kullanılmaya başlanmış, edebiyat da bunda pay sahibi olmuştur. Bedlam, dünya edebiyatının önde gelen isimlerinden Shakespeare'in Kral Lear adlı eserinde de kendisine yer bulmuştur (17).

Hastanenin delileri görmek için dışardan ziyaretçilere açılması, adeta bir eğlence unsuruna dönüşmesine sebep olmuştur. Bu durumun XVIII. yüzyılın son çeyreğine kadar sürdüğü ifade edilmiştir. Bu durum Londra'da ihtişam ve saygınlık ile insan aşağılamanın aynı anda nasıl var olabileceğiyle ilgili çarpıcı bir örnek sunmuştur (3). Bethlem'den sonra açılan hastanelerde temkinli davranılmış, turistik amaçlı geziler yasaklandığı gibi daha mütevazı yapılar tercih edilmeye başlanmıştır (3).

Bethlem/Bedlam ismi aynı zamanda kültürel yaşam içinde de gündelik dilin bir parçası haline gelmiştir ve daha çok karmaşa, karışıklık gibi anlamlar taşımaya başlamıştır. Bethlem/Bedlam, sadece normal turistlerin akınına uğramamıştır. Genel olarak Bethlem/Bedlam ile ilgili efsaneler gerçek tarihinin önüne geçmiştir. Bedlam'ın hastaları dikkate almayan bir cehennem olduğu ya da dikkate alsa bile zulüm ettiği şeklinde bir inanç gelişmiştir. Bedlam'ın kötülüğünü vurgulayan tüm bu mitlere rağmen, oldukça çok sayıda kişi Bedlam'ı ziyaret etmiş, yönetim de bunu gelire çevirmiştir (7). XVIII. yüzyılda Bedlam delilikle ilişkili birçok durumun simgesi haline gelmiş olduğundan, birçok

alandaki kendisinden söz edilmiştir. Bu sebeple Bedlam'a ait olan gerçeklerle ilgili gerçek olmayanın sınırı net değildir denebilir.

Bedlam kendisinden söz ettirdiği alanların başında sanat gelmektedir. Örneğin; "Bedlam" Willam Hogarth'ın (1697-1764) A Rake's Progress adında 8 resimden oluşan çalışma serisinde final sahnesi olarak yer almıştır (Resim-2). XIX. yüzyıl öncesinde Bedlam'ın içerisine dair fikir verdiği için özgün bir eser olarak kabul edilmiştir (18).

Bedlam Hastanesi oldukça çok sayıda sanatçı ve sanat eserine ilham vermiştir. Ayrıca XVIII. yüzyılda suç işlemiş delilerin de hastaneye kabul edilmeye başlandığı ve zaman zaman ünlü şahısların da hastaneye yatırıldığı bilinmektedir. Bu türden olaylar da çeşitli alanlardan Bedlam'a olan ilgiyi arttırmaya devam etmiştir (6). Önemli sanat dallarından biri olan sinemada da Bedlam sıkça konu edilmeye devam etmektedir (19).

XVIII. ve XIX. yüzyıllarda diğer ülkelerden psikiyatristlerin de dikkatini çekmiş, buraları ziyaret edenler kendi ülkelerinde de benzer kurumların açılmasını önermişlerdir (7).

## VI. Tarihsel Arka Plana İlişkin

Buraya kadar anlatılan tüm süreç ve ilişkili değişiklikler, şüphesiz bu kuruma özel ve izole bir varlık alanı içinde cereyan etmemiştir. Kurumun oldukça uzun bir sürece yayılan tarihsel gelişiminin toplumsal yapıdan, tarihsel kırılma anlarından ve buna bağlı düşünsel dönüşümlerden etkilenmesi kaçınılmazdır. Ancak uzun tarihsel geçmişi göz önünde bulundurulduğunda kurumun, tüm bu durumlardan etkilenişinin ayrıntılı değerlendirmesini yapmak bu yazının sınırlarını aşacaktır. Bu sebeple özet niteliğinde bir çerçevenin sunulmasının uygun olacağı düşünülmüştür. XIII. yüzyıldan XXI. yüzyıla uzanan bir yapının dünya tarihine ve yerel tarihe tanıklık etmemesi ve bundan etkilenmemesi düşünülemez. Bu tarihsel geçmiş içerisinde, daha önce bahsedildiği gibi Reform hareketleri, Rönesans, Aydınlanma, Sanayi Devrimi gibi önemli tarihsel olaylar yer alır. Ayrıca bunlara paralel olarak kırsal ile kentler arasında nüfus dengesi değişiklikleri, işçi sınıfının ortaya çıkışı, alışılmış

çalışma koşullarındaki değişiklikler de ilk bakışta göze çarpan önemli sosyolojik gelişmelerdir. Bilim ve düşünce dünyasında da bu süreç önemli değişiklikleri beraberinde getirmiştir. Rönesans ve Aydınlanma ile birlikte akıllı insanın etkin bir özne haline geldiği söylenebilir. Descartes'in düşünerek varlığını kanıtlayan insanı özne konumuna yükseltmesiyle akıl ve akıl eden insanın doğaya karşı önemli ölçüde güç kazandığını söylemek mümkündür. Bu durumun aynı zamanda "akıl" ile "akılsızlık" arasındaki makası açtığı da düşünülebilir. Bu durumda akıl, özne olmaya ve toplumsallığa eşdeğer ise, akıl ile ilişkili sorunlar ve delilik toplum dışı ve dolayısıyla normal dışı bir kavram olarak değerlendirilmesi dönemin paradigması ile uyumlu görülebilir (20). Ancak bu tek uygun değerlendirme değildir ve deliliğin daha önce var olmadığı anlamına gelmez, şüphesiz daha önce de delilik vardı ancak deliler daha çok ailelerin ya da manastır gibi kurumların bakımına ihtiyaç duyarlardı, tehlikeli görüldükleri taktirde de yine kilit altına alınıyorlardı (2). Yine de daha önce bahsedildiği üzere kayıtlarda 6 hastaya ev sahipliği yaparak hizmet veren bir kurumun zaman içerisinde yer sorunu yaşayacak hale gelmesinde olası nedenlerden biri olduğu düşünülebilir. Ancak bu değişimlere rağmen akıl hastalarının toplumdan tecrit edilmişlerinin daha yakın tarihli olduğu da ifade edilmiştir. Bu bağlamda önemli bir değerlendirme de akıl hastanelerinin ortaçağ ya da erken modern dönemde yaygın olmadıklarıdır. XVIII. yüzyıldan itibaren delilerin modern anlamda tedavi edilebilir oldukları fikrinin gündeme gelmesiyle birlikte hastanelerin sayısında bir artışın başladığı ve özel hastanelerin sayılarında da artış görüldüğü ifade edilmektedir. Kişisel amaçlı hayır kurumları şeklinde kurulan hastane sayıları da artmıştır. Bu türden hastaneler açmak bir toplumsal statü göstergesi olarak da değerlendirilmiştir (2) Sonuç olarak XVIII. yüzyılın sonuna gelindiğinde ruhsal tedavi fikri ve hastaneler iyice yaygınlaşmıştır. Kuşkusuz bu süreçte sanayi devriminin etkisi de yadsınamaz. Sanayi devrimi ve işçi sınıfının ortaya çıkışı ile birlikte ortaya çıkacak bir diğer sorun şüphesiz akıl sorunu yaşayanların ne olacaklarıdır. Bu bağlamda bazı düşünsel yaklaşımlar, hastanelerin sanayileşmiş toplumda yer alan orta sınıfı, toplumsal yarara katkı sağlama ve tıbbi bilgi üretimi amacıyla yatırıp tedavi etmeye çalıştıkları iddiasıdır (21). Bu türden değerlendirmelerin haklı

yönleri olduğunu akılda tutmakla birlikte, bir tıp pratiği olarak psikiyatrinin hastalara yardım sağlamak ve koşullarını iyileştirmek konusunda ana işlevi üstlendiği ve önemli başarılar sağladığı ifade edilmelidir.

Bedlam dışında; tıbbi tedaviler yanında ikna, iyi muamele ve hastalarla konuşmanın birleştirilmeye çalışıldığı Floransa Banifacio Hastanesi, "delilerin zincirlerinden kurtarıldığı" Salpêtriere Hastanesi ve Cenevre Akıl Hastanesi dönemin önemli tedavi merkezleridir (2). Bedlam gibi tarihi öneme sahip bir kurum da Fransa'daki Hôtel Dieu olmuştur. Özellikle Fransız ihtilalinden önce din merkezli bir yönetim anlayışına sahip olan bu kurum, akıl hastaları dışında dilenciler, hırsızlar ve serserileri barındırabilecek bir yer olması amacıyla tesis edilmiş, tıbbi bakım da bu barınmaya eşlik eden bir hizmet olmuştur. Özellikle XVIII. yüzyıldan itibaren bu yapının değiştiğini ve günümüz hastanelerine benzemeye başladığını söylemek mümkündür (22). XVIII. yüzyılda elde edilen bilimsel başarılar akıl hastalıkları alanında da bir umut yaratarak kurumlaşmayı hızlandırmıştır. Ancak ortaya çıkan hastanelerin zaman içinde büyüdüğü, insanlar için bir alıkonulma merkezine dönüştüğü düşünülmüş ve XX. yüzyılın ortalarından itibaren yeni bir hareket olarak kurum-suzlaştırma gündeme gelmiştir (22).

Hastane ve hastanelerin yatak sayıları XX. yüzyılın ortalarına gelindiğinde oldukça yüksek sayılara ulaşmıştır. Zamanla hastanelerdeki kötü koşullar kamu gündeminde yer almaya başlamış, Klorpromazin gibi ilaçların kullanıma girmesiyle ilaçla tedavi imkanları doğmuş, akıl hastalarının konumu insan hakları hareketlerinin de gündeminde yer almaya başlamıştır. Tüm bu değişimler psikiyatrik tedavi kurumlarının da değişmesini beraberinde getirmiştir. 1960-1970'lerden itibaren amaçlanan; geçmişi Tımarhane ya da topluma yük olanların yerleştiği akıl hastanelerine dayanan kurumları dönüştürmek, küçültmek ve hastaları toplumda yer alan bireylere dönüştürmek olmuştur. Bunun ise tam olarak başarılı olduğunu söylemek güçtür (22,23). Bu dönüşüm sürecinde Michel Foucault, Erwing Goffman gibi kişilerin çalışmalarının da etkili olduğunu ifade etmek gerekir.

Sonuç olarak Bedlam'ın geçirdiği değişikliklerin, kısaca özetlenmeye çalışılan bu arka plan işlerken gerçekleştiği akılda tutulmalıdır. Hastanede ilk dönemde meydana gelen değişimin dinin belirleyiciliğinden insan ve toplumun belirleyiciliğine geçişin yaşandığı bir evrilmeye örnek sunduğu, son 150 yıllık sürecin ise toplumu merkeze alan ve kısıtlamaları önplanda tutan bir yaklaşımdan bireyin hak ve özgürlüklerinin önemsendiği bir yapıya dönüşümü örneklediğini söylemek mümkündür.



**Resim 1.** 1676 yılında yeni kurulan Bethlem Hastanesi, Edward Geoffrey O'Donoghue'un "The Story of Bethlehem Hospital: From Its Foundation in 1247" adlı kitabından



## Değerlendirme ve Sonuç

Bethlem ya da meşhur adıyla Bedlam Hastanesi, uzun ve kesintisiz kurumsal geçmişiyle gerek tıp tarihi gerekse de kültür tarihi açısından önemli bir örnek oluşturmaktadır. Bir kurumun kuruluş gayeleriyle zaman içinde kazandığı işlevlerin evrimini göstermek bakımından oldukça değerli veriler sunmaktadır. Ortaçağ ve Erken Modern Dönem Avrupa'sında aslında tedavi ve yardım, tıp ile din gibi kavramların ne ölçüde iç içe geçtiklerinin bir örneği olarak karşımızda durmaktadır. Modern döneme yaklaştıkça kurumsal ve kavramsal dönüşümün izleri de bu örnek aracılığıyla sürülebilmektedir. Yine bir hastane isminin zaman içinde gündelik hayatta farklı anlam dünyalarına gönderme yapacak şekilde kullanımının örneğini

"Bedlam" bizlere sunmaktadır. Benzer bir kullanımı kültürümüzde "Bakırköy" için görmek de mümkündür. Zira "Bakırköy" kelimesi de gündelik hayatımızda Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden farklı bir anlam dünyasına gönderme yapmaktadır. Bethlem ya da Bedlam Hastanesi, bir kurum özelinde tıp tarihi ve sanat ilişkisinin, zaman zaman ne ölçüde geniş bir alana yayılabildiğini göstermesi açısından da önemli bir kurum olarak tarihteki yerini almıştır.

Yazışma adresi: Arş. Gör. Abdullah Yıldız, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik A.D., Ankara dr.abdullahyildiz@hotmail.com



**Resim-2.** William Hogarth'ın Bedlam Hastanesi'nin içerisini gösteren, A Rake's Progress resim serisinin son sahnesi, Andrew Scull'un Uygarlık ve Dellilik adlı kitabından

#### KAYNAKLAR

1. Scull A. Uygurluk ve Delilik. Elhüseyni N (Çev.) 1. Baskı, İstanbul: Yapı Kredi Yayınları, 2016, pp 78-79, 116, 131, 175.
2. Lindemann M. Erken Modern Avrupa'da Tıp ve Toplum. Doğan M (Çev.) 1. Baskı, İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 2013. pp. 193-234 .
3. Scull A. The insanity of place. *Hist Psychiatry*. 2004;15(4):417-36.
4. Allderidge PH. Historical Notes on the Bethlem Royal Hospital and the Maudsley Hospital. *Bull N Y Acad Med*. 1971;47(12):1537-46.
5. The Bethlem Royal Hospital, Beckenham. <http://www.nationalarchives.gov.uk/hospitalrecords/details.asp?id=149&page=6&hospital=royal>. Erişim tarihi: Haziran 30, 2017.
6. Scull A. *Madness: A very short introduction*. 1st ed, Oxford, Oxford University Press, 2011, pp 18-48.
7. Andrews J, Briggs A, Porter R, Tucker P, Keir W. *The History of Bethlem*. 1st ed, New York, Routledge, 1997, pp 1-124.
8. Olsen LD. Asylums, in *Cultural Sociology of Mental Illness: An A-to-Z Guide*. Edited by Scull A. 1st ed. SAGE Publications, 2014. pp. 53-57.
9. Hospital (n) [http://www.etymonline.com/index.php?allowed\\_in\\_frame=0&search=Hospital](http://www.etymonline.com/index.php?allowed_in_frame=0&search=Hospital). Erişim tarihi: Haziran 14, 2017.
10. Meaning of 'Bethlehem' in the English Dictionary <http://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/bethlehem?fallbackFrom=turkish&q=Bethlehem>. Erişim tarihi: Haziran 14, 2017.
11. Sarteschi CM. Hospitals for Criminally Insane, in *Cultural Sociology of Mental Illness: An A-to-Z Guide*. Edited by Scull A. 1st ed. SAGE Publications, 2014. pp. 356-358.
12. NHS: South London and Maudsley NHS Foundation Trust. Our Hospitals. <http://www.slam.nhs.uk/our-services/hospital-care/bethlem-royal-hospital>. Erişim tarihi: Haziran 16, 2017.
13. NHS: South London and Maudsley NHS Foundation Trust. Art and History. <http://www.slam.nhs.uk/about-us/art-and-history>. Erişim tarihi: Haziran 16, 2017.
14. Suzuki A. Mechanical Restraint, *Cultural Sociology of Mental Illness: An A-to-Z Guide*. Edited by Scull A. 1st ed. SAGE Publications, 2014. p. 496-489.
15. First report: Minutes of evidence taken before the Select Committee appointed to consider of Provision being made for the better Regulation of Madhouse in England. Ordered by The House of Commons, 1815. <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=umn.31951002359938c;view=1up;seq=9>. Erişim tarihi: Temmuz 1, 2017.
16. O'Donoghue EG. *The Story of Bethlehem Hospital: From Its Foundation in 1247*. New York, E. P. Dutton & Company, 1915.
17. Mason DP. Tom of Bedlam. *Am J Psychiatry*. 2014;171(12):1257-1258.
18. Harris JC. A Rake's Progress: 'Bedlam'. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(4):338-339.
19. Displaying 143 results for 'bedlam'. [http://www.imdb.com/find?q=bedlam&s=tt&ref\\_=fn\\_al\\_tt\\_mr](http://www.imdb.com/find?q=bedlam&s=tt&ref_=fn_al_tt_mr). Erişim tarihi: Haziran 17, 2017.
20. Foucault M. *Deliliğin Tarihi*. Kılıçbay MA (Çev) 4. Baskı, Ankara, İmge Kitabevi, 2006, p 14.
21. Weiner DB. The Madman in the Light of Reason. Enlightenment Psychiatry, in *History of Psychiatry and Medical Psychology: With an epilogue on psychiatry and the mind-body relation*. Edited by Wallace ER, Gach J. New York, Springer, 2008, p. 282.
22. Porter R. Kan revan İçinde: Tıbbın kısa tarihi. Koca G (Çev.) 1. Baskı, İstanbul: Metis, 2016, pp 137-154.
23. Dvoskin JA, Bopp J, Dvoskin JL. Institutionalization and Deinstitutionalization, in *Encyclopedia of Psychology & Law*. Edited by Cutler BL. 1st ed. SAGE Publications, 2008. pp. 374-376

# Charles Bonnet Sendromu: Bir Olgu Sunumu

## Charles Bonnet Syndrome: A Case Report

Ayşe Çakır<sup>1</sup>, Demet Sağlam Aykut<sup>2</sup>, Filiz Civil Arslan<sup>2</sup>, Ahmet Taner Uysal<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dr., <sup>2</sup>Yard. Doç.Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Trabzon

<sup>3</sup>Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göz Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Trabzon

### ÖZET

Charles Bonnet Sendromu; bilişsel yetileri sağlam olan ve psikiyatrik bozukluk veya nörolojik lezyon/anormallik bulgusu olmayan görme engelli bireylerde gelişen görme varsanıları olarak tanımlanmıştır. Bu sunumda; bilateral primer optik atrofiye ikincil gelişmiş görme varsanıları olan ve Charles Bonnet Sendromu olarak değerlendirilen bir olgu tartışılmıştır. 74 yaşında erkek, okur-yazar, evli, emekli. Otuz yıl önce geçirdiği araç dışı trafik kazasına bağlı olarak hastada bilateral optik sinir hasarı gelişmiş. Yıllar içerisinde hastanın görme kaybı artmış. 5 yıl önce glokom tanısı alan hasta, son 2 yıldır gündelik gereksinimlerini karşılayamaz hale gelmiş. Hasta son 3 aydır, özellikle akşamları artan, diğer insanların görmediği farklı boyutlarda fareler görmeye başlamış. Bu şikayetler ile kliniğimize başvuran hastanın gerekli psikiyatrik, nörolojik ve oftalmik değerlendirilmeleri yapıldı. Oftalmik muayenede "her iki gözde ışık hissinin negatif olduğu" tespit edildi. Hasta Charles Bonnet Sendromu olarak değerlendirilip tedavisi düzenlendi. Daha önceki çalışmalarda, Charles Bonnet Sendromuna sahip çoğu hastanın, psikiyatrik hastalık ile damgalanmamak için, belirtilerini aile bireylerine veya hekimlerine bildirmedikleri belirtilmiştir. Bu olgu sunumu ile özellikle hekimler arasında bilgi eksikliği olabilen ve yanlış tanı alabilme ihtimali yüksek olan bu gibi olgulara uygun yaklaşımlarda bulunabilmenin önemi vurgulanmaya çalışılmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Charles Bonnet Sendromu, görme kaybı, ileri yaş

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:98-101)

DOI: 10.5505/kpd.2018.02986

### SUMMARY

Charles Bonnet Syndrome is defined as visual hallucination in visually impaired individuals who have intact cognitive skills and who have no psychiatric disorder or neurological lesion/abnormality finding. In this presentation; a case with bilateral primary optic atrophy secondary visual hallucination has been evaluated as Charles Bonnet Syndrome and has been discussed this case. A 74-year-old male, literate, married, retired. Bilateral optic nerve damage has developed in the patient due to a car accident that occurred 30 years ago. The patient who has been diagnosed with glaucoma 5 years ago has been unable to meet his daily needs for the last 2 years. The patient has begun to see mice that other people have not seen in the last 3 months. Necessary psychiatric, neurological and ophthalmic evaluations of the patient who applied to our clinic with these complaints were performed. In the ophthalmic examination performed; light sensation was reported as negative in both eyes. The patient was treated as Charles Bonnet Syndrome and the out patient clinic was treated. Previous studies have indicated that most patients with Charles Bonnet Syndrome didn't report their symptoms to family members or physicians in order not to be stigmatized by psychiatric illness. This case report emphasizes the importance of being able to find appropriate approaches to such cases, which may be lack of information between physicians and which are likely to be misdiagnosed.

**Key Words:** Charles Bonnet Syndrome, vision loss, advanced age

## GİRİŞ

Görme varsanıları; psikiyatrik hastalıklar, deliryum, nörodejeneratif hastalıklar, serebrovaskülopatiler, epilepsi, madde kullanımı, metabolik ve endokrin bozukluklar gibi çeşitli durumlarda görülebilmektedir (1,2). Ayrıca oftalmik hastalıklar duyu sisteminde yetersiz uyarıma neden olarak, özellikle yaşlı hastalarda görme varsanıları oluşturabilirler (3). Charles Bonnet Sendromu (CBS); bilişsel yetileri sağlam olan ve psikiyatrik bozukluk veya nörolojik lezyon/anormallik bulgusu olmayan görme engelli bireylerde görme varsanıları tespit edilmesi ile ilk kez 1769 yılında tanımlanmıştır. CBS prevalansı literatürde% 0.4-15 arasında değişmektedir (4,5,6,). Yayınlanmış olgu sunumları, sendromun klinisyenler tarafından iyi tanınmadığını ve sıklıkla psikoz veya erken başlangıçlı demans olarak yanlış tanı aldığını düşündürmektedir (7,8).

Daha önceki çalışmalarda, CBS'ye sahip çoğu hastaların, psikiyatrik hastalık ile damgalanmamak için, belirtilerini aile bireylerine veya hekimlerine bildirmedikleri belirtilmiştir. Bu sunumda bilateral primer optik atrofiye ikincil gelişmiş görme varsanıları olan ve CBS olarak değerlendirilen bir olgu tartışılarak; özellikle hekimler arasında bilgi eksikliği olabilen ve yanlış tanı alabilme ihtimali yüksek olan bu gibi olgulara uygun yaklaşımlarda bulunabilmenin önemi vurgulanmaya çalışılmıştır.

**Olgu Sunumu:** 74 yaşında erkek hasta, okur-yazar, evli, emekli. Otuz yıl önce geçirdiği araç dışı trafik kazası nedeniyle hastada bilateral optik atrofi gelişmiş, 5 yıl önce glokom tanısı alan hastanın son 2 yıl içerisinde görme kaybı giderek artmış.

Hasta son 3 aydır diğer insanların görmediği farklı boyutlarda fareler görmeye başlamış. Fareleri özellikle akşam saatlerinde daha çok görüyor, farelerin hareket ettiğini ve kendisini ısırabileceklerine ilişkin korku yaşıyor ve bu nedenle gece uykuya dalmakta güçlük çekiyormuş. Çocuklarına kızıyor ve onlara evi ilaçlatmaları gerektiğini söylüyormuş. Hastaya yapılan oftalmik muayenede "her iki gözde total görme kaybı olduğu, sağ ve sol gözde ışık hissinin negatif olduğu" tespit edildi. Nörolojik muayene, standardize minimental test değer-

lendirmesi, beyin manyetik rezonans görüntüleme ve çekilen elektroensafalografide organik patoloji tespit edilmedi. Yapılan ruhsal durum muayenesinde; kendine bakımı iyi, yaşında gösteren, görme engeli olan erkek hasta, konuşma açık, anlaşılır, amaca yönelik, duygulanım; bunaltı yönünde artmış, duygudurumu disforik, bilinç açık, oryante, koopere, algıda görme varsanıları tarif ediyor. Çağrışımlarının amaca uygun ve olağan düzeyde, düşünce içeriğinde varsanılara ikincil kaygılı düşünceler hakimdi.

CBS olarak değerlendirilen hastaya risperidon 1mg/gün tedavisi ve poliklinik takibi önerildi. 1 ay sonraki poliklinik kontrolünde hastanın görme varsanılarının kaybolduğu, bu varsanılarla ilişkili kaygı belirtilerinin gerilediği, uykusunun düzeldiği gözlemlendi.

**Tartışma:** Görme varsanılarının; görme bozukluğu olan yaşlı hastalarda %11-15 oranında görülmekte olduğu belirtilmiş olmakla birlikte, psikiyatrik hastalığı simgelemesinden korkulduğu için, hastalar tarafından çoğu kez bildirilmediği düşünülmektedir (4,9,10). Psikiyatrik bozukluk veya nörolojik lezyon/anormallik bulgusu olmayan görme engelli bireylerde sürekli veya periyodik kompleks görme varsanıları; CBS olarak tanımlanmıştır (11). CBS'li hastalar tarafından tariflenen görme varsanıları; basit veya karmaşık olabilir veya basit başlayıp karmaşık hale dönebilir (12). Bu olguda da görüldüğü gibi CBS'de varsanılar iyi organizeledir, net olarak ayırt edilebilirler. Bu varsanılar hastanın bilinci açık iken ve kontrolü dışında gelişir. Klinik tablo genellikle edinsel olarak oluşan görme bozukluklarında ortaya çıkar. Varsanılar renkli, sabit, hareketli veya görme alanı içinde hareket ediyor olabilir; bazı hastalarda her zaman aynı varsanı görülebilir (13).

**Yazarlar;** demans veya görme varsanılarına neden olduğu bilinen diğer koşulların varlığında CBS tanısının konulmaması konusunda hemfikirdir (11). Nitekim bu olguda da, görme varsanılarını açıklayacak herhangi bir nörobilişsel ya da psikiyatrik bozukluk tespit edilememiştir. 1996 yılında Teunisse tarafından tanımlanan tanı ölçütleri arasında "kısmi ya da tam" içgörünün varlığı da belirtilmiştir. CBS hastalarının bilişsel yetilerini

nöropsikolojik batarya ile değerlendiren bir çalışmada; sağlıklı kontrollere kıyasla, CBS hastalarında erken evre demans ile ilişkili yaygın nöropsikolojik değişiklikler tespit edilmiştir (20). Dahası aynı çalışmada, varsanılara karşı içgörüsü olmayan CBS hastalarında, içgörüyü koruyan CBS hastalarına göre daha fazla bilişsel bozukluk gösterdiği saptanmıştır (20). Literatürde CBS ile takip edilen bir hastada Lewy cisimcikli demans tablosu geliştiği bildirilmiştir (14). CBS'nin demans açısından risk faktörü olup olamayacağı sorusuna cevap aranmaya çalışılmış ancak net bir kanaate varılamamıştır. Bu olgudaki hastanın şu anki mevcut klinik tablosunda demans bulguları saptanmamıştır ancak hastanın varsanılarına karşı içgörüsü bulunmamaktadır. Literatürde bu konu ile ilgili daha fazla çalışmaya gereksinim olduğu aşikardır. Yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde varsanılarına içgörüsü olmayan CBS hastalarının takiplerinde demans gelişimi açısından dikkatli olunmalıdır.

Varsanılarına karşı içgörü, tanı ölçütlerinden biri gibi düşünülse de; özellikle varsanıların gerçeklikle uyumsuz olmadığı durumlarda, hastaların varsanılarına yönelik hareket ettikleri de bildirilmiştir (21). CBS hastalarının %80'i, görme varsanısını ilk yaşadıklarında, gerçek olmadıklarının farkına varırlar (21). Gerçek olduğunu düşünen %20'nin bir kısmı ise zamanla gerçek olmadıklarını fark edebilir (21). Ayrıca, bir varsanı ilk kez ortaya çıktığında, hastaların çoğunluğu varsanılardan korkmaz. Olumsuz yanıt gösterenlerde ise zamanla varsanılarına alışabilir ve olumsuz yanıtları gerileyebilir. Olgumuz açısından bakacak olursak; hastanın varsanıları, günlük hayatta karşılaşılabileceği, gerçeklikle uyumlu varsanılardır ve hasta bunlardan korkmaktadır.

CBS'de görme varsanılarını açıklayan nörofizyoloji aydınlatılamamıştır (15). Güncel olarak kabul edilen teori: görme kaybının, görme assosiasyon korteksinde görsel duyuşal deafferentasyonuna yol açtığını ve bunun da disinhibisyon ve daha sonra da görsel kortikal bölgelerin spontan ateşlemesine neden olduğudur (15). Görsel bilgi (input) yokluğundaki beyin aktivitesi, hayali uzuv veya hayali ağrı (phantom) sendromlarına benzetilmiştir (15).

CBS için tanımlanan en önemli risk faktörleri; görme bozukluğu, serebral hasar, sosyal izolasyon ve ileri yaş olup (15) CBS'li hastaların çoğunluğunun yaş ortalaması 70-85 olarak bildirilmiştir (15). Sosyal veya fiziksel izolasyon, loş ışıklı ortamlar, akşam saatleri, uyku veya gevşeme hali; CBS'li hastalarda halüsinasyonların yüksek oranlarda tekrarlaması ile ilişkilendirilmiş olup bu olgudaki hasta da özellikle akşam dinlenme saatlerinde artan varsanılara ikincil olarak ortaya çıkan uyku sorunları tariflemektedir. Literatürde ani gelişen görme kayıplarında görme varsanılarının saatler, günler içerisinde görülebildiği gibi, kronik görme kayıplarında 1 yıl içerisinde de gelişebildiği bildirilmiştir. Kronik görme kaybı olan bu olguda görme kaybı ilerlediği ve total körlük oluştuktan sonra varsanılar ortaya çıkmıştır.

Varsanıların spontan olarak düzelebileceği ve hastalarda rahatsızlık yaratmadığı durumda tedavi gerekmebileceği (16) önerilmiş olmakla birlikte; bu olgudaki gibi hastanın yaşam kalitesini bozan ve kaygıya yol açan durumlarda; farmakolojik tedavi olarak nöroleptikler, antikonvülzanlar, antidepresanlar, benzodiazepinler ve kognitif iyileştirici ajanlar (kolinesteraz inhibitörleri gibi) kullanılabilirliği belirtilmiştir (4,5,17,18).

Özetle; CBS'nin bildirilen sıklıktan daha yaygın görülebileceği ve çoğu hastanın belirtilerini aile bireyleri veya hekimlere bildirmediği ifade edilmiştir. Bu sunumda görme kaybına ikincil ortaya çıkan izole varsanılar ile seyreden CBS'li bir olgu ve uygun tedavi yaklaşımı tartışılmıştır. Hastalar psikiyatrik hastalıklarla damgalanmaktan korktukları için görme varsanılarını belirtmemekte, belirtildiği takdirde ise özellikle hekimlerin bilgi eksikliği nedeniyle demans ve psikoz gibi yanlış tanıları alabilmektedir. Ayrıntılı anamnez ve inceleme yöntemleri ile değerlendirildiğinde ve uygun tedavi düzenlendiğinde semptomlar gerilemekte ve hastaların yaşam kalitesi düzelmektedir.

Yazışma adresi: Dr. Ayşe Çakır, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D., Trabzon  
cakiraysece@gmail.com

### KAYNAKLAR

1. Barodawala S, Mulley GP, Visual hallucinations, J R Coll Physicians Lond, 1997; 31:42-48
2. Manford M, Andermann F, Complex visual hallucinations, Brain J Neurol, 1998; 121(Pt 10):1819-40.
3. Vukicevic M, Fitzmaurice K, Butterflies and black lacy patterns: the prevalence and characteristics of Charles Bonnet hallucinations in an Australian population, Clin Exp Ophthalmol, 2008;36(7):659-65
4. Teunisse RJ, Cruysberg JR, Hoefnagels WH, Verbeek AL, Zitman FG, Visual hallucinations in psychologically normal people: Charles Bonnet's syndrome, Lancet, 1996;347:794-797
5. Schadlu AP, Schadlu R, Shepherd JB, Charles Bonnet syndrome: a review, Curr Opin Ophthalmol 2009;20:219-222.
6. Crane WG, Fletcher DC, Schuchard RA, Prevalence of photopsias and Charles Bonnet syndrome in a low vision population. Ophthalmol Clin North Am, 1994;7:143-149.
7. Jacob A, Prasad S, Boggild M, Chandratre S. Charles Bonnet syndrome: elderly people and visual hallucinations, BMJ 2004; 328(7455):1552-4
8. Siatkowski RM, Zimmer B, Rosenberg PR, The Charles Bonnet syndrome. Visual perceptive dysfunction in sensory deprivation, J Clin Neuroophthalmol 1990; 10:215-8
9. Scott IU, Schein OD, Feuer WJ, Folstein MF, Visual hallucinations in patients with retinal disease, Am J Ophthalmol, 2001; 131:590
10. Neshet R, Neshet G, Epstein E, Assia E. Charles Bonnet syndrome in glaucoma patients with low vision, J Glaucoma 2001; 10:396
11. Russell G, Burns A, Charles Bonnet syndrome and cognitive impairment: a systematic review, International Psychogeriatrics, 2014; 26:9, 1431-1443
12. Pang L, Hallucinations Experienced by Visually Impaired: Charles Bonnet Syndrome, Optometry and Vision Science, 2016; 93(12):1466-1478.
13. Özşahin A, Diler Z.Ç.Çelik S, Kenangil G, Domaç F, Charles Bonnet Syndrome: Three Cases, Turk J Neurol, 2016;22: 184-187
14. Walker JD, Keys MA, Dementia with lewy bodies and Charles Bonnet syndrome, Retin Cases Brief Reports, 2008; 2:27-30
15. Vale TC, Fernandes LC, Caramelli P, Charles Bonnet syndrome: characteristics of its visual hallucinations and differential diagnosis, Arq Neuropsiquiatr, 2014; 72(5):333-6.
16. Ozcan H , Yucel A , Ates O, Visual Hallucinations in an Old Patient after Cataract Surgery and Treatment, Eurasian J Med, 2016; 48: 62-4
17. Brucki SMD, Takada LT, Nitrini R, Charles Bonnet syndrome: case series, Demen Neuropsychol, 2009; 3: 61-7
18. Santos-Bueso E, Serrador-García M, Saenz-Frances F, Treatment of Charles Bonnet syndrome, Arch Soc Esp Oftalmol 2013; 88: 244-5
19. Teunisse RJ, Cruysberg JR, Hoefnagels WH, van 't Hof MA, Verbeek AL, Zitman FG., Risk indicators for the Charles Bonnet syndrome, J Nervous Mental Disease, 1998; 186:190-2
20. Pliskin NH, Kiolbasa TA, Towle VL, Pankow L, Ernest T, Noronha A, Luchins DJ, Charles Bonnet Syndrome: An Early Marker for Dementia?, J Am Geriatr Soc. 1996 Sep;44(9):1055-61.
21. Yacoub R, Ferrucci S, Charles Bonnet syndrome, Optometry 2011; 82: 421-427

# Valproik Asit Kullanımına Bağlı Gelişen Hiperamonyemik Ensefalopati: Olgu Sunumu

*Valproic acid induced hyperammonemic encephalopathy: A case report*

Ferda Apa<sup>1</sup>, Figen Çulha Ateşci<sup>2</sup>, Gülfizar Sözeri Varma<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dr., <sup>2</sup>Prof.Dr., <sup>3</sup>Doç.Dr. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Denizli

## ÖZET

Valproik asit (VPA), çeşitli psikiyatrik ve nörolojik durumlarda yaygın olarak kullanılan antikonvülzan ve duygudurum düzenleyicisidir. Geniş terapötik penceresiyle güvenli bir ilaç olduğu düşünülmektedir. Nadiren valproat kullanımına bağlı hiperamonyemi gelişebilmekte ve VPA ile indüklenen ve karaciğer dışı nedenlerden kaynaklanan hiperamonyemi deliryum oluşturabilmektedir. Bu durumun zamanında fark edilmemesi ensefalopati ve hatta ölümlü sonuçlanabilmektedir. Amonyak seviyesinin ölçülmesi, ölümcül olabilecek ama geri döndürülebilir bir durumu ortaya koyması bakımından önemlidir. Bu olgu sunumunda, geçmişte bipolar bozukluk dışında tıbbi bir hastalığı olmayan, VPA ve antipsikotik kullanımı sırasında hiperamonyemi gelişen bir olgunun sunulması ve psikotrop ilaç kullanımı ile ilişkili hiperamonyeminin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Valproik asit, non-hepatik ensefalopati, hiperamonyemi

## SUMMARY

Valproic acid (VPA) is commonly used drug to treat variety of anticonvulsant and mood stabilizer in psychiatric and neurologic cases. It is thought to be a safe drug with a large therapeutic aspect. Uncommonly, hyperammonemia can be progressed by the usage of valproate and VPA induced hyperammonemia delirium-like condition by extrahepatic origin can be constituted. Being unrecognized of this situation in a timely manner can result in encephalopathy and even death. The measurement of the level of ammonia is important to establish a potentially lethal but reversible situation. In this case study, it is aimed that to present hyperammonemia related to the use of psychotropic drugs and to present a patient with hyperammonemia during VPA and antipsychotic use without a medical disease except bipolar disorder in the past.

**Key Words:** Valproic acid, non-hepatic encephalopathy, hyperammonemia

*(Klinik Psikiyatri 2018;21:102-106)*

DOI: 10.5505/kpd.2018.19970

## GİRİŞ

Valproik asit (VPA), farklı psikiyatrik ve nörolojik durumlarda yaygın kullanılan antikonvülsan ve duygudurum düzenleyici bir ilaçtır. Nörolojide epilepsi, nöropatik ağrı, tremor ve migren profilaksisinde kullanılmaktadır. Akut mani tedavisinde ve maninin önlenmesinde kullanımı T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından; akut mani tedavisinde kullanımı Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmıştır. Bipolar bozukluk yanı sıra dürtü kontrol bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, tedaviye dirençli depresyon ve tedaviye dirençli şizofreni tedavisinde kullanılabilir (1). Diğer antikonvülzan ilaçlarda olduğu gibi VPA'nın temel etki mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Yaygın olarak kabul edilen etki mekanizması VPA'nın voltaja duyarlı sodyum kanalları üzerinden gama amino bütirik asidin (GABA) etkilerini arttırmasıdır. Ayrıca sinyal transdüksiyon sistemi ara kademeleri üzerinde düzenleyici etkileri bulunmakta ve voltaj kapılı sodyum kanallarından iyonların geçişini yavaşlatarak abartılı nöronal iletiyi hafifletmektedir. VPA'nın sodyumun nöronlara geçişini azaltarak glutamat salınımını azalttığı ve eksitator nöronların inhibe olmasını sağladığı; GABA'nın saliverilmesini arttırarak, geri alımını azaltarak ve/veya yıkımını yavaşlatarak inhibitör etkiyi arttırdığı bilinmektedir. Bu etkilerden hangilerinin terapötik etkilere aracılık ettiği tam olarak bilinmemektedir (1,2)

VPA geniş terapötik penceresiyle oldukça güvenli bir ilaçtır. Bununla birlikte, bulantı, kusma, ishal, iştah ve kilo artışı gibi gastrointestinal; trombosit ve lökosit sayısının azalması gibi hematolojik; menstrüel düzensizlik, polikistik over, hiperandrogenizm, obezite ve insülin direnci gibi hormonal yan etkiler görülebilmektedir (1). VPA nadiren hiperamonyemi ve buna bağlı deliryuma yol açabilmektedir. Amonyak yüksekliğinin farkedilmemesi, belirtilerin mani ya da psikozun kötüleştiği şeklinde yorumlanması ölümcül olabilen bu tabloda müdahaleyi geciktirebilmektedir (3). Hiperamonyemi asemptomatik olabileceği gibi yol açtığı ensefalopati, fokal nörolojik defisit, epileptik nöbet, belirgin sedasyon ve komaya neden olabilmektedir (4). Bu çalışmada, VPA kullanımına bağlı hiperamonyemi olduğu düşünülen bir olgunun sunulması

ve VPA'ya bağlı amonyak yüksekliğinin olası nedenlerinin tartışılması amaçlanmıştır.

## OLGU SUNUMU

Yirmi altı yaşındaki erkek hasta yaklaşık 9 yıldır bipolar bozukluk tanısı ile psikiyatri polikliniğinde izlenmekte olup VPA 1000 mg/g, haloperidol dekanat 50mg/1ml/ay tedavisi ile remisyonda idi. Geçmişte 3 manik dönemi olan hastanın başka tıbbi bir hastalığı yoktu. Acil servise başvuran hastanın yaklaşık 1 aydır sinirlilik, uykusuzluk, hareketlilik yakınmalarının olduğu; 6-7 aydır anti-psikotik ilacını, 2 aydır duygudurum düzenleyicisini kullanmadığı öğrenildi. Bipolar bozukluk manik dönem tanısıyla VPA 1000mg/g ve ziklopentiksol acuphase uygulanan hasta, ajitasyonunun devam etmesi üzerine psikiyatri servisine yatırıldı, depo ilacının ziklopentiksol dekanat olarak değiştirilerek devam edilmesi planlandı.

Hastanın servisteki izleminde vital bulguları ve fizik muayenesi olağandı. Tedavisi VPA 1000 mg/g, olanzapin 20 mg/g olarak düzenlendi. Birinci haftanın sonunda VPA düzeyi 96.8 mEq/l (normal düzeyi: 50-100) olarak belirlendi. Duygudurum belirtilerinde gerileme izlenen hastada yatışının 11. gününde bilinçte ve yönelimde bozulma, psikomotor ajitasyon ve dezorganize davranışlar gelişti. Deliryum ön tanısıyla yapılan ilk tetkiklerinde karaciğer fonksiyon testleri normal gelen hastanın tekrarlanan tetkiklerinde kan amonyak (NH<sub>3</sub>) düzeyi 301.1 mcg/dl (normal düzeyi 27.2-102 mcg/dl), VPA düzeyi: 99.5 mEq/l bulundu. Hastanın tüm ilaçları kesildi. Nöroloji konsültasyonu istendi. Hastanın nörolojik muayenesinde, bilinç letarjik, kooperasyon yoktu, oryantasyon bozulmuştu. Bilateral ışık refleksi vardı, anizokori yoktu, hasta emirlere uyamıyordu, sözel uyarana göz açması mevcuttu. Bilateral üst ve alt ekstremitede ağırlı uyarana çekme yanıtı ve bilateral şüpheli babinski pozitifliği vardı. Kranial BT normaldi. EEG'de serebral biyoelektrik aktivitede lateralizasyon ve lokalizasyon göstermeyen diffüz olarak ağır düzeyde etkilenim saptandı. Metabolik ensefalopati düşünülen hastanın gastroenteroloji konsültasyonunda amonyak yüksekliği dışında hepatik ensefalopati düşündürülecek bulgusu olmadığı belirlendi.



Hasta anestezi yoğun bakım ünitesinde yatırıldı, ek ilaç kullanılmadan sadece destekleyici tedavi ile izlendi. İlaçlarının kesilmesini takiben bilinç bozukluğu dramatik şekilde düzelen hasta 3 gün sonra tekrar servisimize yatırıldı. Yapılan tetkiklerinde NH3 düzeyi 53.1 mcg/dl olarak saptandı. Hastada hiperamonyemi ile ilişkili ensefalopatinin VPA'ya bağlı olduğu kanaatine varıldı. Belirgin yararlanım görmesinden dolayı olanzapin tekrar başlandı, kademeli arttırılarak 30mg/g olarak düzenlendi. İlaç uyumu kötü olan hastanın antipsikotik ilacının depo olarak devam edilmesi ve süreçte olanzapinin kademeli azaltılarak kesilmesi planlandı. Duygudurum belirtileri düzelen hasta taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Bu olguda, bipolar bozukluk manik dönem tanısıyla izlenen, VPA ve antipsikotik kullanan hastada deliryum gelişmiştir. Yapılan fizik ve nörolojik muayene, labotaruvar tetkikleri sonucunda amonyak yüksekliği ile ilişkili ensefalopati düşünülmüştür. Hasta VPA yanı sıra züklopentiksol acuphase, züklopentiksol dekanolat ve olanzapin kullanmıştır. Depo antipsikotik uygulanmış olan hastanın oral ilaçlarının kesilmesini takiben deliryum tablosunun düzelmesi bu durumun VPA kullanımına bağlı olduğunu düşündürmüştür. VPA'ya bağlı hiperamonyemik ensefalopati (VIHE) bilgilerimizin çoğunluğu nöroloji veya farmakoloji çalışmalarından gelmektedir (5). Twilla ve Pierce (2014), VPA ve topiramamat birlikte kullanımı sırasında gelişen amonyak yüksekliği belirlenen bir olguyu sunmuşlar ve çoklu ilaç kullanımının bu riski arttırdığına dikkat çekmişlerdir. Bu yayında psikiyatri alanından bildirilmiş yaklaşık 36 olgu olduğu belirtilmiştir (6). Olgu sunumlarında, psikotik özellikli bipolar bozukluk tanısı ile VPA kullanılan bir hastada 3 kez hiperamonyemiye bağlanan hipoaktif deliryum (7); 11 yıldır VPA tedavisi alan bir hastada akut hiperamonyemi ve deliryum (8) ve serum VPA düzeyi normal sınırlardayken hiperamonyemik ensefalopati geliştiği (9) bildirilmiştir. Hiperamonyemi durumunda sıklıkla bilinçte bozulma, letarji, koma görülmekte ve bu durum ölümle sonuçlanabilmektedir. Bazı çalışmalarda VPA plazma konsantrasyonu ile plazma amonyak seviyesi arasında pozitif ilişki bildirilirken (10,11); diğerlerinde ilaç düzeyi ile hiperamonyemi

arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir (12,13).

Valproik asit ve türevlerinin hiperamonyemi oluşturmalarının altında olası birçok mekanizma bulunmaktadır. Topiramamat, fenobarbital, fenitoin ve karbamazapin gibi diğer anti epileptik ilaçların birlikte kullanılması, üre siklüs bozuklukları, düşük plazma karnitin seviyeleri, zengin proteinli diyet ve açlık bilinen risk etmenleridir. Hiperamonyemi, genel olarak VPA tedavisinde asemptomatik seyir gösterirken, risk etmenlerinin birlikteliği semptomatik hiperamonyemi oluşmasına zemin hazırlamaktadır (10,14). VPA'nın indüklediği hiperamonyemik ensefalopati patogenezinde üre siklüs bozuklukları, amonyak kullanımının azalması ve ardından hiperamonyemik durumun oluşması bulunmaktadır. VPA, karaciğerde glukuronidasyon yolu ile metabolize olmakta ve aktif metabolitine dönüşmektedir. Bu metabolitleri, karaciğerde üre metabolizmasında yer alan karbamoil fosfat sentetaz ve ornitin karbamoil transferaz enzimlerini engellemektedir. Bu enzimlerin engellenmesi karaciğerde üre sentezini aksatmakta ve kanda toksik bir madde olan amonyak yükselmektedir (15,16,17).

VPA, mitokondriyal zardan glutamin taşınmasını sağlamakta, glutaminaz aktivitesini arttırmaktadır. Glutaminin glutamata dönüşmesinin bir sonucu olarak amonyak serbest bırakılmaktadır (18). VPA ile tedavinin, karnitinin sekonder eksikliğine neden olabileceği gösterilmiştir. Karnitin yağ asitlerinin ve VPA'nın beta oksidasyonunda rol alan bir kofaktördür. Karnitin biyosentezinde azalma, VPA'nın beta oksidasyonla mitokondride yıkılmasını azaltmakta ve bazı toksik maddelerin oluşma riskini arttırmaktadır (10,19). Hiperamonyemi, astrositlere glutamat alımını önleyerek, nöronal hasar ve serebral ödem oluşturabilmektedir. Glutamin üretimi artmasına rağmen, amonyağa maruz kalan astrositlerden glutamin salınımı önlenmektedir. Artan glutamin, intraselüler osmolariteyi artırabilir, sonuçta oluşan astrositik şişme, astrosit enerji metabolizmasında bozulmaya neden olabilir ve serebral ödemle sonuçlanabilir. Bunun sonucu olarak hiperamonyemik ensefalopati gelişebilmektedir (10).

Çoklu ilaç kullanımının hiperamonyemi oluşumunda risk oluşturduğu bilinmektedir (6). Bizim olgu-

muзда hasta VPA yanı sıra zuklopentiksol ve olanzapin kullanmıştır. 2017 yılında, olanzapin kullanımı ile hiperamonyemi gelişen bir şizofreni olgusu bildirilmiştir (20). VPA ile ketiapin, aripirazol ve risperidon birlikte kullanımı sırasında görülen hiperamonyemi olguları bulunmaktadır (21,22,23). Olanzapinin hiperamonyemiye yol açmasının nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte olasılıkla VPA ile benzer süreçleri etkilemektedir (20). Olanzapinin yaygın olarak önerilen dozu 5-20 mg/g olup (24), olgumuzda yüksek dozlarda kullanılmıştır. Bu konuda farklı görüşler bulunmaktadır. Amerikan mutabakat kılavuzunda (consensus guideline) tavsiye edilen en yüksek doz olan 40 mg/g'dır (25). Bu aynı zamanda şu anda Danimarka'daki klinik uygulamadır (26). Danimarka'da yapılan bir çalışmada, olanzapinin 40 mg/g'nin üzerindeki dozlarında hastaların çoğunluğunda oldukça iyi tolere edildiği ancak yine de yan etki riskinin arttığı gösterilmiştir (26). Olgumuzda olduğu gibi, klinik pratikte hastayı iyileştirmek için yüksek dozlar ve çoklu ilaç kullanımı tercih edilebilmektedir. Psikotrop ilaçların yüksek dozlarda ve birlikte kullanımı yan etki riskini arttırmaktadır (25,27). Hastaya müdahale edilirken "önce zarar verme" ilkesi bağlamında hareket edilmesi her zaman hatırlanmalıdır.

İlaç kullanımına bağlı hiperamonyemi tedavisinde düşük proteinli diyet ve laktuloz kullanımı önerildiği gibi (20), olgumuzda olduğu gibi sadece ilişkili olduğu düşünülen ilaçların kesilmesi ve destek tedavisi ile iyileşmenin sağlanabileceği bildirilmektedir (28,29).

Valproik asitin yalnız ya da antipsikotiklerle birlikte kullanımı sırasında hiperamonyemi ve buna bağlı deliryum gelişebilmektedir. İlaç kullanımı sırasında deliryum geliştiğinde hem altta yatan diğer organik nedenler hem de ilaçların yan etkileri kapsamlı bir şekilde değerlendirilmelidir.

---

Yazışma adresi: Doç. Dr. Gülfizar Sözeri Varma, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D., Denizli gulfizar@gmail.com

---

## KAYNAKLAR

1. Tunca Z, Özerdem A. Duygudurum Dengeleyici İlaçlar. Temel Psikofarmakoloji, Editör: N. Yüksel, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları Ankara, 2010, pp. 729-732.
2. Stahl SM. Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi, Duygudurum Dengeleyici Olarak Antikonvülzanlar. Dördüncü Baskı, (Çev.ed: Alkın T.) İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2015, pp. 373-375.
3. Pradeep RJ. Valproate monotherapy induced-delirium due to hyperammonemia: A report of three adult cases with different types of presentation. *Indian J Psychiatry* 2008; 50:121-23.
4. Dixit S, Namdeo M, Azad S. Valproate induced delirium due to hyperammonemia in a case of acute mania: A diagnostic dilemma. *J Clin Diagn Res.* 2015; 9:1-2.
5. Settle EC Jr. Valproic acid-associated encephalopathy with coma. *Am J Psychiatry* 1995; 152:1236-37.
6. Twilla J, Pierce A. Hyperammonemic encephalopathy due to valproic acid and topiramate interaction. *Case Reports in Psychiatry* 2014;2014:1-3.
7. Özen S, Bülbül I, Soyuçuk E. Valproate induced hypoactive delirium in a bipolar disorder patient with psychotic features. *Türk Psikiyatri Derg.* 2010; 21:79-84.
8. Stewart JT. A case of hyperammonemic encephalopathy after 11 years of valproate therapy. (Letters to editör) *J Clin Psychopharmacol.* 2008; 3:361-362.
9. Bega D, Vaitkevicius H, Boland TA, Murray M, Chou SHY. Fatal hyperammonemic brain injury from valproic acid exposure. *Case Reports in Neurology* 2012; 4:224-230.
10. Verrotti A, Trotta D, Morgese D, Chiarelli F. Valproate-induced hyperammonemic encephalopathy. *Metab Brain Dis.* 2002; 17:367-73.
11. Kugoh T, Yamamoto M, Hosokawa K. Blood ammonia level during valproic acid therapy. *Jpn J Psychiatry Neurol.* 1986; 40:663-8.
12. Williams CA, Tiefenbach S, McReynolds JW. Valproic acid-induced hyperammonemia in mentally retarded adults. *Neurology* 1984; 34:550-3.
13. Murphy JV, Marquardt K. Asymptomatic hyperammonemia in patients receiving valproic acid. *Arch. Neurol.* 1982; 39:591-2.
14. Carr RB, Shrewsbury K. Hyperammonemia due to valproic acid in the psychiatric setting. *Am J Psychiatry* 2007; 164:1020-27.
15. Laub MC. Nutritional influence on serum ammonia in young patients receiving sodium valproate. *Epilepsia* 1986; 27:55-9.
16. Oechsner M, Steen C, Sturenburg HJ, Kohlschütter A. Hyperammonemic encephalopathy after initiation of valproate therapy in unrecognised ornithine transcarbamylase deficiency. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998; 64:680-2.
17. Segura-Bruna N, Rodríguez-Campello A, Puente V, Roquer J. Valproate-induced hyperammonemic encephalopathy. *Acta Neurol Scand.* 2006; 114:1-7.
18. Lheureux PE, Penaloza A, Zahir S, Gris M. Science review: Carnitine in the treatment of valproic acid-induced toxicity. *What is the evidence? Crit Care.* 2005; 9:431-44.
19. Wadzinski J, Franks R, Roane D, Bayard M. Valproate-associated hyperammonemic encephalopathy. *J Am Board Fam Med.* 2007; 20:499-502.
20. Wu YF. Recurrent Hyperammonemia Associated With Olanzapine. *J Clin Psychopharmacol.* 2017; 37:366-367.
21. Halaby A, Haddad R, Naja WJ. Hyperammonemia induced by interaction of valproate and quetiapine. *Curr Drug Saf.* 2013; 8:284-286.
22. Lin MW, Chang C, Yeh CB, Tai YM, Chang HA, Kao YC, Tzeng NS. Aripiprazole-related hyponatremia and consequent valproic acid-related hyperammonemia in one patient. *Aust N Z J Psychiatry* 2017; 51:296-297.
23. Carlson T, Reynolds CA, Caplan R. Case report: valproic acid and risperidone treatment leading to development of hyperammonemia and mania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46:356-361. 9.
24. Tohen M, Sanger T, McElroy S, Tollefson G, Chengappa R, Daniel D, Petty F, Centorrino F, Grundy S, Greaney M, Jacobs T, David S, Toma V and The Olanzapine HGEH Study Group. Olanzapine versus placebo in the treatment of acute mania. *Am J Psychiatry* 1999; 156:702-709.
25. Kane JM, Leucht S, Carpenter D, Docherty JP; Expert Consensus Panel for Optimizing Pharmacologic Treatment of Psychotic Disorders. The expert consensus guideline series. Optimizing pharmacologic treatment of psychotic disorders. Introduction: methods, commentary, and summary. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:5-19.
26. Petersen AB, Andersen SE, Christensen M, Larsen HL. Adverse effects associated with high-dose olanzapine therapy in patients admitted to inpatient psychiatric care. *Clin Toxicol (Phila).* 2014; 52:39-43.
27. Tseng YL, Huang CR, Lin CH, Lu YT, Lu CH, Chen NC, Chang CC, Chang WN, Chuang YC. Risk factors of hyperammonemia in patients with epilepsy under valproic acid therapy. *Medicine (Baltimore).* 2014; 93:1-7.
28. Chopra A, Kolla BP, Mansukhani MP, Netzel P, Frye MA. Valproate-induced hyperammonemic encephalopathy: An update on risk factors, clinical correlates and management. *Gen Hosp Psychiatry* 2012; 34:290-98.
29. Mittal V, Muralee S, Tampi R. Valproic acid-induced hyperammonemia in the elderly: A review of the literature. *Case Reports in Medicine.* 2009; 2009:1-5.