

ISSN 1302-0099 / e-ISSN 2146-7153

KLİNİK psikiyatri

www.klinikpsikiyatri.org

DERGİSİ



Yıl / Year: 2018

Cilt / Volume: 21

Sayı
Number **2**

ANP
Yayınılık

Bölgemizin en geniş ruh sağlığı ekibine sahip
Özel Terapi Tıp Merkezi 11 yıldır hizmet
vermeye devam ediyor.



5 psikiyatri uzmanı

1 nöroloji uzmanı

2 klinikpsikolog-psikolog



1 beslenme uzmanı

toplam 28 kişilik ekibimiz

ile hizmetinizdeyiz.

Tel: 0242 2448883 www.terapitipmerkezi.com
Fabrikalar mah. 3024 sok. No:13 Kepez-Antalya



PSİKİYATRİ KIŞ OKULU

Şubat 2019-Antalya

Başta psikiyatri ve psikoloji olmak üzere farklı disiplinlerden bilim insanlarının katılımı ile Antalya'da Terapi Tıp Merkezi öncülüğünde düzenlenen psikiyatri kış okulunun amacı; önceliği bilimsel ve politik olarak kendini konumlandığı "eleştirel psikiyatri" penceresinden ruh sağlığı alanında çalışan tüm meslek alanlarının sosyoloji, siyaset, ekonomi, siyaset, sanat gibi çeşitli bilimsel disiplinler ile buluştuğu bir tartışma ortamı yaratmak, farklı bölge ve kurumlarda çalışan ruh sağlığı çalışanları arasındaki bilimsel ve eğitsel iletişimi ve mesleki dayanışmayı artırmak, psikiyatri ve psikiyatri dışı çeşitli disiplinlerde çalışan ve emek veren, üreten ve tartışan bilim insanlarının temas kurabilmesini sağlamaktır.

www.psikiyatrikisokulu.com

İçindekiler / Contents

- Editörden / Editorial** 111 **Editör'den**
Burhanettin Kaya
- Araştırma Yazıları** 113 **İstanbul'daki Mülteci Çocuklara Bakım Vermek Üzere Özelleşmiş Bir Çocuk Psikiyatri Ünitesinden Bulgular**
Findings From A Specialized Child Psychiatry Unit For Care of Refugee Children in Istanbul
Veysi Çeri, Can Beşer, Neşe Perdahlı Fiş, Ayşe Arman
- 122 **Küçük Yaşta Evlendirilmek İstenen Çocuklarda Psikiyatrik Bozukluklar ve Sosyodemografik Özellikler**
Psychiatric Disorders and Socio-demographic Characteristics in Children Intended to Get Married at a Young Age
Damla Eyüboğlu, Murat Eyüboğlu
- 130 **Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniklerinde Agresyonun ve Kısıtlama Yöntemlerinin İncelenmesi**
Investigation of Aggression and Restriction Methods in Psychiatric Settings of a Training and Research Hospital
Ayşegül Savaşan, Levent Mete
- 137 **Ergenlerde Ebeveyn Ayrılığının Dürtüsellik Üzerine Etkisi**
Effects of Parental Divorcement on Impulsivity in Adolescence
Soner Çakmak, Hasan Gedikli, Mehmet Emin Demirkol, Lut Tamam
- 148 **Bir psikiyatri kliniği yataklı birimi hastalarında psikotik bozukluk ve madde kullanım bozukluğu birlikteliği: Retrospektif bir çalışma**
Comorbidity of psychotic disorder and substance use disorder in a psychiatry inpatient unit: A retrospective study
Ebru Aldemir, Umut Baklacı, Ali Saffet Gönül
- 154 **Yazılı Duygusal Dışavurum Paradigması: Kansere Hastalarının Eşlerinde Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Gelişim Üzerindeki Etkileri**
Written Emotional Disclosure Paradigm: Effects on Posttraumatic Stress Symptoms and Posttraumatic Growth among Spouses of Cancer Patients
Didem Acar, Gülay Dirik
- 168 **Geleceğe Yönelik Öngörüler Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması**
Subjective Probability Task Validity and Reliability
Hasan Ergüler, Ayşegül Durak Batıgün
- Derleme** 177 **Psikoz tanılı hastalarda kritik dönem: "Tedavisiz Geçen Psikoz Süresi" ve sosyal belirleyicileri**
The critical period in patients with psychosis: "Duration of Untreated Psychosis" and social determinants
Gamze Akçay Oruç, Bülent Kadri Gültekin
- Review**
- 184 **Depresyonun duygu düzenleme süreçlerinin incelenmesi**
Evaluating emotion regulation processes of depression
Cansu Alsancak Akbulut
- Olgu Sunumları** 193 **'Deri Yolma Bozukluğu': Bir olgu sunumu**
'Skin Picking Disorder': A case report
Burak Okumuş, Çiçek Hocaoğlu
- Case Reports**
- 200 **Tek doz venlafaksin kullanımından sonra gelişen akatizi sonrası özkıyım girişimi olan nadir bir olgu sunumu**
A rare case with suicide due to akathisia after use of single dose venlafaxine
Nermin Gündüz, Fatma Eren, Hatice Turan, Zeynep Yıldız Akbey

YAZIM KURALLARI

Klinik Psikiyatri Dergisi, Psikiyatri, Klinik Psikoloji, Psikofarmakoloji ve Nörolojinin psikiyatridi 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 kurulunca 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 ihalleri 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 klinikpsikiyatri@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 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 orijinal 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

Onursal Editör

Nevzat Yüksel

Editör

Burhanettin Kaya

Yardımcı Editörler

Seher Akbaş

Ayşe Devrim Başterzi

Hamid Boztaş

Gamze Özçürümez

Meram Can Saka

Ejder Akgün Yıldırım

Mehmet Yumru

Dil Editörleri

Erkan Özcan

Tolga Binbay

Dış İlişkiler Editörleri

Halis Ulaş

Muzaffer Kaşer

İstatistik Editörü

Neşe Direk

Web Editörü

Mehmet Yumru

Danışma Kurulu/Advisory Board

Asena Akdemir

Aslıhan Dönmez

Aylin Uluşahin

Aylin Yazıcı

Ayşe Gül Yılmaz Özpolat

Bedriye Öncü

Bengi Semerci

Berna Uluğ

Can Cimilli

Cem Atbaşoğlu

Cem İncesu

Cem Kaptanoğlu

Cengiz Tuğlu

Çınar Yenilmez

Doğan Şahin

Doğan Yeşilbursa

Ertan Yurdakoş

Hakan Gürvit

Hakan Türkçapar

Haldun Soygür

Hasan Kandemir

Işıl Vahip

İnci Özgür İlhan

İsmet Kırpınar

Köksal Alptekin

Levent Küey

Mehmet Zihni Sungur

Mustafa Sercan

Nahit Özmenler

Naomi Fineberg

Nesim Kuğu

Okan Taycan

Orhan Murat Koçak

Paul Fletcher

Raşit Tükel

Runa Uslu

Salih Selek

Selçuk Candansayar

Serap Erdogan Taycan

Sevcan Karakoç Demirkaya

Simavi Vahip

Süheyla Ünal

Şahika Yüksel

Şeref Özer

Tamer Aker

Timuçin Oral

Tunç Alkın

Zeliha Tunca

Bu sayıda görüş ve önerileri ile yayın kalitemize katkıda bulunan danışmanlarımız

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

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

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

Klinik Psikiyatri Dergisi'nde yayınlanan yazılar, resim, şekil ve tablolar yayıncının izni olmadan kısmen veya tamamen çoğaltılamaz. Bilimsel amaçlarla kaynak gösterilmek şartı ile özetleme ve alıntı yapılabilir.

Editörden

Bilim özü gereği politiktir. Üretilen bilimsel bilginin egemen yapının gereksinimlerine hizmet eden bir nitelik edinmesi, ona politik bir işlev yükler. Buna rağmen sağlık bilimlerinde, tıp alanında ve özel olarak psikoloji ve psikiyatride üretilen bilimsel araştırmaların üretilme ve yayınlama süreci, güncel politik süreçlerden doğrudan pek etkilenmez, ya da güncel politik çalışmalara doğrudan dokunan çalışmalar bilimsel dergilerde kolaylıkla yer almaz.

Özellikle ülkemizde tıp ve psikiyatri alanında yapılan çalışmalarda çoğunlukla politik bir konuya değinmek, irdellemek ya da politik bir sorunun yanıtını aramak gibi bir motivasyon pek yoktur. Ne yazık ki ülkemizde daha çok akademik yükseltme gereksinimlerinin ışığında biçimlenen, uluslararası indekslerde yayınlama arzusunun biçimlediği bir makale yazım uğraşısı ve çoğunlukla da uzmanlık, yüksek lisans ya da doktora tezlerinin dinamiğiyle dönen bir makale üretim süreci vardır.

Belirli bir alanda bilimsel bir sorunun peşinden koşup, özgün bir kuramsal yanıt oluşturmaya olanak veren çalışmalardan öte, daha önce ve daha çok yurt dışında yapılan çalışmaları teyit eden, doğrulayan ya da onların kanıt gücüne katkı sağlayan "tekrar" araştırmalar yapılmaktadır. Halen biyolojik araştırmalar daha çok ilgi çekmekte ve rağbet görmektedir. Psikiyatri araştırmalarında "biyopsikososyal" in şişkin "biyo" sunun egemenliği sürmektedir.

Toplumsal ve siyasal arka planı olan bir sorunun peşinde koşsanız ve bunu özgün bir araştırma deseni ile hayata geçerseniz bile, bu araştırmaların sonuçlarını kongrelerde sunabilme, özellikle ödüle değer araştırmalar içinde ve dergilerde yer bulma şansı pek görülmemektedir. Yakın zamanlarda bazı kongrelerde yer alan ve eleştirel yaklaşımı olan, sistemi eleştiren akademisyenlerin konuşmaları iptal edilmiş ya da programlardan çıkarılmışlardır. Bu içselleştirilmiş sansür, bilimsel bilgi paylaşımının evrensel niteliğini ve düşünce üretme özgürlüğünü zedeleyen örnekler olarak ne yazık ki tarihe yazılmıştır.

Bu konu yanında, akademiye yöneten otoritenin bilimsel çalışma üretimine yönelik baskıları son günlerde politik bir sorun olarak gündeme gelmektedir. Siyasi otorite kimin hangi alanda bilimsel bir çalışma üreteceğine, bilimsel bir dergide kimin yazısının yer alıp kimin alamayacağına yüksek öğretimi yöneten kurumlar aracılığıyla müdahale etmektedir. Oysa bilimsel bir dergi, bilimsel bir araştırma ve makaleyi bilimsel özgürlük, evrensel etik değerler çerçevesinde değerlendirerek, yayımlanma sürecine sokma sorumluluğundadır. Bu, bilimsel bilgi üretiminin, düşünce özgürlüğünün bir gereğidir.

Bilimsel yayıncılık yapan tüm kurumların, dergilerin bu konuda duyarlı olmaları, etik bir duruş sergilemeleri gerekli ve önemlidir. Pragmatik bir yaklaşımla güncel siyasetin gereklerine göre yayın politikasını biçimleyen bir dergi değil; Türkiye Psikiyatri Derneği'nin de şiarı olan "Bilim, Etik, Dayanışma" ilkelerini gözeten, bilimsel ilkelere ve etik değerlere önem veren, bilimsel bilgi üretme sürecinde düşünce özgürlüğünü savunan ve ayırım yapmaksızın tüm insanlarla birlikte dünyada yaşayan tüm canlıların yaşamını sağlıklı kılacak bir bilgi üretimini destekleyen bir dergi, gücünü değerini ve saygınlığını koruyacaktır.

Saygılarımla

Doç. Dr. Burhanettin Kaya

Editör

Editörler Kurulu adına

İstanbul'daki Mülteci Çocuklara Bakım Vermek Üzere Özelleşmiş Bir Çocuk Psikiyatri Ünitesinden Bulgular

Findings From a Specialized Child Psychiatry Unit for Care of Refugee Children in Istanbul

Veysi Çeri¹, Can Beşer², Neşe Perdahlı Fiş³, Ayşe Arman⁴

¹Uzm. Dr., ²Dr., ³Doç. Dr., ⁴Prof.Dr., Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Bölümü, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Amaç: Günümüzde en fazla Suriyeli mülteciyi ağırlayan ülke olan Türkiye, 3,5 milyon sığınmacı/mülteciyi ağırlamakta, bu nüfusun neredeyse yarısını 18 yaş altındaki çocuklar oluşturmaktadır. Bu çalışmada, mülteci çocuklara psikiyatrik bakım vermek üzere özelleşmiş olan Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi 'Göçmen Çocuk Ayaktan Tedavi Ünitesi'ne başvuran çocuklarda gözlenen psikiyatrik bozuklukların gözden geçirilmesi amaçlanmaktadır. **Yöntem:** Mayıs 2017- Kasım 2017 döneminde 'Göçmen Çocuk Ayaktan Tedavi Ünitesi'ne başvurmuş olan 41 çocuğun takip dosyası geriye dönük olarak taranmış, vakaların sosyo demografik verileri ve DSM-5 sınıflama sistemine göreki tanıları analiz edilmiştir. **Bulgular:** Örneklemimizi oluşturan 41 çocuktan 16(% 30,3)'sı kız 25 (% 69,7)'i ise erkek idi. Çocukların ortalama yaşları ve Türkiye'de bulunma süreleri sırasıyla 9.4±4 yıl ve 30.2±15 aydı. Ebeveynlerin %75'i kendilerine yakın birinin öldüğünü, %87.9'u ise çocuklarının silahlı bir çatışmaya şahit olduğunu belirtmekteydi. Çocukların %45.5'i, Suriye'de ölmüş ya da yaralanmış birisini gördüklerini ifade etmekteydi. Çocuklardan 13 (%31.7)'ünde anksiyete bozuklukları, 13 (%31.7)'ünde dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, 10 (%24.4)'unda major depresif bozukluk, 9 (%22.0)'unda travma sonrası stress bozukluğu, 8 (%19.5)'inde konuşma bozuklukları, 7 (%17.1)'sinde enürezis ve 4 (%9.8)'ünde otizm spektrum bozukluğu tanısı konmuştu. **Sonuç:** Çalışmamızın bulguları, mülteci çocukların yeni yere yerleşmelerinden yıllar sonra bile sosyal ve akademik işlevsellikleri ile yeni kültüre uyumlarını bozabilecek geniş bir psikiyatrik bozukluk yelpazesinden muzdarip olduklarını göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Mülteci, Çocuk, TSSB, Depresyon, Savaş, Zorunlu Göç

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:113-121)

DOI: 10.5505/kpd.2018.57070

SUMMARY

Objective: Turkey is the leading refugee hosting country in the world by hosting more than 3,5 million people whom almost half of them are children under age 18. We aimed to investigate psychiatric disorders that seen among kids applied to 'Migrant Children Outpatient Treatment Unit' of Marmara University Pendik Training and Research Hospital which is spealized to provide psychiatric care for refugee children. **Method:** We investigated follow up files of 41 children applied to 'Migrant Child Outpatient Treatment Unit' between May 2017 to November 2017 retrospectively. Socio-demographical data and diagnoses of children according to DSM-5 classification system were analyzed. **Results:** Of the 41 children 16 (30,3 %) were girl and 25 (69,7 %) were boy. The average age and time after resettlement were 9.4±4 years and 30.2±15 months respectively. Seventy five percent of parents stated that a person close to them has died, while 87.9 % reported that their children have witnessed to clashes during war. 45 % children stated to have seen a dead or injured person in Syria. Of the children 13 (31.7 %) were diagnosed with anxiety disorders, 13 (31.7 %) with attention deficit/hyperactivity disorder, 10 (24.4 %) with major depressive disorder, 9 (22.0 %) with post-traumatic stress disorder, 8 with (19.5 %) speech disorders, 7 (17.1 %) with enuresis and 4 (9.8 %) with autism spectrum di-sorder. **Discussion:** Our findings indicating that refugee children suffer from a wide range of psychiatric disorders which may deteriorate their social and academical functionality and entegration to the new culture years after ressettlement.

Key Words: Refugee, Child, PTSD, Depression, War, Displacement

GİRİŞ

Neden olduğu yıkım nedeniyle 2. Dünya Savaşı'ndan sonraki en büyük insani kriz olarak adlandırılan ve yedi yıldır devam eden Suriye iç savaşının sonucunda, ülkedeki her iki kişiden biri evini terk etmek zorunda kalmıştır (1). Evini terk edenlerin çoğu ülke içinde yer değiştirmiş olmakla beraber (2), altı milyonu aşkın kişi ülke sınırları dışına sığınmak durumunda kalmıştır. Böylelikle savaştan önceki nüfusu 23 milyon dolaylarında olan Suriye nüfusunun yaklaşık % 30'u sığınmacı ya da mülteci konumuna düşmüştür (1).

Günümüzde en fazla Suriyeli mülteciyi ağırlayan ülke olan Türkiye 3,5 milyon sığınmacı/mülteciyi ağırlamakta, bu nüfusun nerdeyse yarısını (%44) 18 yaş altındaki çocuklar oluşturmaktadır (1,3). Çoğu, Suriye sınırındaki Kilis, Hatay, Şanlıurfa ve Gaziantep gibi şehirlerde yaşamakta olan Suriyeli sığınmacıların sadece %8'i sığınmacı kamplarında yaşamakta, bazı şehirlerdeki kayıtlı sığınmacı sayısının yerli halkın sayısına ulaştığı görülmektedir (3). Bununla beraber, en fazla Suriyeli sığınmacıyı barındıran şehrin, 550 bin kişiyi konuk eden İstanbul olduğu görülmektedir(4).

Türkiye'deki Suriyeli sığınmacıların %44'ü çocuk ve gençlerden oluşmakta, 850 bin dolayında olduğu belirtilen okul çağı çocuklarının yalnızca 310 bin'i okula gidebilmektedir. Böylelikle 500 bin'i aşkın okul çağı çocuğunun okula gidemediği, gidenlerin büyük çoğunluğunun ise 'Geçici Eğitim Merkezi' olarak adlandırılan ve Suriyeli öğretmenler tarafından Suriye müfredatına göre eğitim verilen merkezlere gittiği gözlenmektedir. Türkiye'deki örgün eğitim kurumlarına giden Suriyeli çocuk sayısının ise okul çağı çocuklarının %7'si (60 bin) dolaylarında olduğu belirtilmektedir (3). Bunun yanında, yedi yıllık savaş süresince 300 bin'i aşkın çocuğun Türkiye'de doğmuş olduğu tahmin edilmekte, bunların bir kısmının, bugün okul çağına ulaştığı düşünülmektedir.

Mülteci ve sığınmacıların tıbbi hastalıklara karşı daha duyarlı olmalarının yanında ruh sağlığı açısından da ciddi risk taşıdıkları belirtilmektedir (5). Gerek diğer ülkelerde(6-8), gerekse de Türkiye'de (9,10) yapılan çalışmalar sığınmacı çocuk ve ergen-

lerde başta travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), major depresif bozukluk (MDB) ve anksiyete bozuklukları olmak üzere çeşitli psikiyatrik hastalıkların sığınmacı olmayanlara oranla daha sık görüldüğünü göstermektedir. Ek olarak, sosyal çekilme, güven hissinde azalma, özgül olmayan korkular, yeme problemleri, enürezis, uyku sorunları ile psikosomatik yakınmaların sığınmacı çocuklarda sıklıkla gözlemlendiği belirtilmektedir(11-13).

Yazın bilgisinde, mülteci çocukların, diğer çocuklara oranla arkadaş ilişkilerinde daha sık problem yaşadığı, daha fazla hiperaktivite belirtileri sergiledikleri, benlik saygılarının daha düşük olduğu da belirtilmektedir (14). Ayrıca, depresyon, anksiyete bozukluğu ve TSSB dışındaki psikiyatrik bozuklukların da sığınmacı ve mültecilerde daha sık gözlemlendiği gösterilmiştir (9,15). Bunun yanında dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile otizm gibi nöropsikiyatrik bozuklukların da bu çocuklarda da gözlenebileceği akıld tutulmalıdır. Böylelikle mülteci çocuk ve ergenlere yönelik psikiyatrik destek olanaklarının sağlanması oldukça önem kazanmaktadır (5,11). Oysa bu çocuk ve ergenlerin dil ve iletişim sorunları, randevu alamama, sağlık çalışanlarının tutumları ile çeşitli kültürel ön yargılar gibi nedenlerden ötürü gerek tıbbi, gerekse de psikiyatrik destek mekanizmalarına yeterince ulaşamadıkları belirtilmektedir (5, 11,12,16). Her ne kadar bazı psikiyatrik bozukluklar savaş yaşantısının hemen ardından görülse de, bir çok psikiyatrik bozukluğun göç sonrasında ortaya çıktığı görülmektedir. Örneğin, 1993- 2010 yılları arasında Danimarka'da oturma izni almış mülteci çocukların değerlendirildiği bir çalışmada, bu kişilerdeki psikiyatrik bozukluk insidanslarının, mülteci olmayanlara oranla daha yüksek olduğu, bu çocukların refakatsiz olmaları halinde ise psikiyatrik bozukluk insidanslarının, daha da artmış olduğu belirlenmiş, bu çocukların ruh sağlığı alanındaki ihtiyaçlarını karşılamaya dönük strateji geliştirmenin gerekliliğine vurgu yapılmıştır (17).

Türkiye'deki sığınmacı çocuklarla yapılan çalışma sonuçlarına bakıldığında bu çocuklarda başta TSSB ve depresyon olmak üzere psikiyatrik bozukluk sıklıklarının artmış olduğu (10,18), çocukların çoğunda en az bir psikiyatrik bozukluk olduğu (15,18) ve her iki çocuktan birinde birden fazla psikiyatrik bozukluk gözlemlendiği (9) görülmektedir.

Suriye savaşının da etkisiyle, son yıllarda mülteci sayısının oldukça arttığı, bununla beraber mülteci çocuklarda gözlenen psikiyatrik hastalıklar ile bu çocukların psikiyatrik yardım arayışları ve sağlık sistemine dahil olup olmadıkları hakkında çok az bilgiye sahip olduğu belirtilmiş (19), bu konudaki eksikliğin giderilmesi için ulusal ve uluslararası düzeylerde girişimlerin acilen başlatılması gerektiği ifade edilmiştir (19).

Birçok psikiyatrik hastalık açısından ciddi risk altında olan (13,20) ve bu psikiyatrik bozuklukların neden olduğu sosyal, ailevi ve akademik alanlardaki işlev kayıpları nedeniyle çeşitli zorluklar yaşayan bu bireylere yönelik özelleşmiş psikiyatrik destek birimlerinin kurulması gerektiği belirtilmektedir(5, 19). Türkiye'deki sığınmacı çocuklarla yapılan çalışma sonuçlarına bakıldığında bu çocuklarda başta TSSB ve depresyon üzere psikiyatrik bozukluk sıklıklarının artmış olduğu(10, 18), çocukların çoğunda en az bir psikiyatrik bozukluk belirlendiği(15, 18) ve her iki çocuktan birinde birden fazla psikiyatrik bozukluk gözlendiği(9) bildirilmektedir. Çalışma sonuçları bu çocuklara psikiyatrik yardım sağlamanın gerekliliğine işaret etmekte, bununla beraber bu çocukların psikiyatrik servis kullanımına dair elimizde veri bulunmamaktadır. Bu bağlamda Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Ana Bilim Dalı Bünyesinde, Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi içinde açılmış olup, Mayıs 2017'den beridir hizmet vermekte olan 'Göçmen Çocuk Ayaktan Tedavi Ünitesi'ne yapılan başvurular geriye dönük olarak değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada, 'Göçmen Çocuk Ayaktan Tedavi Ünitesi' ne yapılmış olan 6 aylık başvuruların (Mayıs- Kasım 2017) geçmişe dönük dosya taraması ile değerlendirilmesi ve başvuran çocukların sosyodemografik özellikleri ile tanı ve tedavi dökümlerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır

YÖNTEM

Bu çalışmada, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pendik Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Anabilim Dalı bünyesindeki 'Göçmen Çocuk Ayaktan Tedavi Ünitesi'nde değerlendirilmiş olan çocukların takip dosyaları, geriye

dönük olarak incelenmiştir. Bu amaçla, Mayıs-Kasım 2017 arasında psikiyatrik değerlendirmesi yapılmış 57 çocuğun dosyası gözden geçirilmiştir. Bu süreçte, ünitemizde değerlendirilmiş olmakla beraber, birincil başvuru nedenleri özürle sağlık raporu alma (14 çocuk) ile organ nakli öncesi psikiyatrik değerlendirme olan (2 çocuk) 16 çocuk analiz dışında tutulmuş, geriye kalan 41 çocuğun dosya bilgileri ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Değerlendirilmeye alınan 41 vakadan 39'u Kızılay (30) ve Mülteciler Derneği'nin (9) psikolog ve sosyal hizmet uzmanları tarafından ünitemize yönlendirilen hastalar olurken, 2 vaka kendileri başvurmuştur. Dosya incelemesinde, çocuk ve ailenin sosyo-demografik özellikleri ile savaş, göç ve şiddete dair yaşantıları, Türkiye'de bulunduğu süre, Türkçe konuşma düzeyi, başvuru şikâyetleri, psikiyatrik değerlendirmede konulan DSM-5 tanıları ve psikotrop ilaç kullanımları değerlendirilmiştir. Toplanan veriler SPSS 20.0 programı ile analiz edilmiştir. Gruplar arası karşılaştırma yapılırken kategorik değişkenli faktörler için ki kare, sayısal değerler için ise t testi uygulanmıştır.

Araştırmacılar etik ilkelere uygun hareket etmeye azami özen göstermişlerdir.

BULGULAR

Kırk bir çocuk ve ergenden oluşan örneklemimizin % 61'i (n=25) erkek çocuklarından oluşmaktaydı. Yaş aralığı 15 ay -17 yaş arasında yer alan örneklemimizin yaş ortalaması 9.44 yıl olarak tespit edildi. Savaş ve çatışmalar nedeniyle 4 çocuk babasını, 2 çocuk ise annelerini kaybetmişti. Çocuklar ile ailelerine dair sosyodemografik veriler ve savaş yaşantılarının sıklıklarına Tablo 1'de değinilmiştir.

Başvuru şikâyetlerine bakıldığında, en sık başvuru şikâyetinin (%43.9) davranışsal problemler olduğu, bunu sırası ile konuşma (%31.7) ve öğrenme (%24.4) güçlükleri ile korkuların (%19.5) izlediği gözlemlendi. Aile bildirimlerine göre başvuru şikâyetlerinin dağılımlarına Tablo 2'den yer verilmiş, ailelerin daha çok davranışsal problemler nedeniyle başvurduğu gözlenmiştir.

Tablo 1: Sosyo-Demografik Özellikler ve Savaş Yaşantıları

Değişkenler	n	%
Yaş		M=9.4 ±4.1
Cinsiyet		
Kız	16	39
Erkek	25	61
Türkiye'deki ikamet Süresi (Ay)		M=30.2 ±15.1
Annenin eğitim durumu (n =22)		
Okur Yazar Değil	1	4.5
İlköğretim	14	63.6
Lise	4	9.8
Üniversite	3	7.3
Babanın eğitim durumu (n= 21)		
Okur Yazar Değil	2	9.5
İlköğretim	13	61.9
Lise	3	14.3
Üniversite	3	14.3
Kardeş Sayısı		M=3.5 ±1.7
Savaş nedeniyle ölen tanıdık biri (n= 32)		
Yok	8	25.0
Akraba	21	65.6
Arkadaş	3	9.4
Anne yaşı		M=35.0 ±6.1
Baba yaşı		M=41.4 ±6.3
Tıbbi hastalığı var mı (n= 24)		
Var	8	33.3
Yok	16	66.7
Ölü ya da yaralanmış birisini görme (n= 33)		
Evet	15	45.5
Hayır	18	54.5
Silahlı çatışmaya tanık olma (n= 33)		
Evet	29	87.9
Hayır	4	12.1
Türkçe konuşma becerisi (n= 39)		
Hiç konuşmıyor	32	82.1
Biraz	4	10.3
İyi düzeyde	3	7.7
Görüşme Sayısı		M=1.95 ±1.3
Akran zorbalığına maruz kalma (n= 23)		
Yok	10	43.5
Var	13	56.5
Okula gidiyor mu (n= 39):		
Gidiyor	16	41.0
Gitmiyor	23	59.0
Baba çalışıyor mu (n=33)		
Çalışmıyor	7	21.2
Çalışıyor	26	78.8
Suriye'de iç göç (n= 35)		
Var	17	48.6
Yok	18	51.4
Türkiye'de iç göç (n= 39)		
Var	9	23.1
Yok	30	76.9

M=Ortalama

DSM-5'e dayalı klinik görüşme ile yapılan psikiyatrik değerlendirmede çocuklarda en sık konulan tanı DEHB (%31.7) ve anksiyete bozuklukları (%31.7) olurken, bunları sırası ile MDB (%24.4), TSSB (%22.0) ve konuşma bozukluklarının (%19.5) izlediği belirlenmiştir. İki (%4.9) çocukta herhangi bir tanı saptanmazken, 11 (%26.8) çocukta bir, 28 (%68.3) çocukta ise en az iki eş tanının olduğu tespit edilmiştir. Muayeneler sonucunda tespit edilen tanı dağılımları ile cinsiyetler arası tanı dağılım farklılıklarına Tablo 3'te yer verilmiştir.

Cinsiyet arası farklılıklar

Kız ve erkek çocukları sosyo-demografik özellikleri ile savaş yaşantıları ve psikopatoloji sıklıkları açısından karşılaştırılmıştır. Yapılan analizler sonucunda kız ve erkek çocuklarının sosyo-demografik özellikleri ya da savaş yaşantıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Eş tanı oranları açısından da cinsiyetler arası anlamlı fark saptanmamış, ancak Tablo 3'te de gösterildiği üzere DEHB'nin erkek çocuklarında, kız çocuklarına oranla, anlamlı düzeyde daha sık gözlemlendiği belirlenmiştir.

Psikopatoloji ve ilişkili faktörler

Spesifik bir psikiyatrik bozukluğu olan çocuklar ile o psikiyatrik bozukluğu olmayan çocuklar kategorik değişkenler açısından ki kare, sayısal değişkenler için ise t test ile değerlendirilmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda anksiyete bozukluğu olan çocukların babalarının daha yaşlı olduğu (39.3;44.7, t=-2317,p=0.028) saptanmıştır. Ayrıca TSSB'si olan çocuklarda (%88.9) ölü ya da yaralı görmüş olma sıklığının, TSSB'si olmayanlara (%41.7) oranla daha yüksek olduğu ($\chi^2=5.887$, P=0.015), DEHB'si olan çocuklarda ise (%100) akran zorbalığına uğramış olma sıklığının, DEHB'si olmayanlara (%44.4) oranla daha yüksek seyrettiği ($\chi^2=4.915$,p=0.027) belirlenmiştir.

Psikofarmakolojik Tedavi Seçenekleri

Değerlendirilen çocuklardan 11 (%26.8)'inde herhangi bir psikofarmakolojik tedaviye başvurulmamıştır. Bu süreçte en sık reçete edilen psikofarmakolojik ajan antidepresanlar (%29.3) olmuş, 8 (%19.5) çocuğun tedavisinde ise birden fazla psikofarmakolojik ajan kullanımına gidilmiştir.

Tablo 1: Çocuklarda Gözlenen Tanılar ve Bu Tanıların Cinsiyetlere Göre Dağılımları

DSM-5 TANILARI	Kız (16) n (%)	Erkek (25) n (%)	Toplam (41) n (%)
TSSB (309.81)	4 (25.0)	5 (20.0)	9 (22.0)
Major Depresif Bozukluk (296.20)	4 (25.0)	6 (24.0)	10 (24.4)
Anksiyete Bozuklukları (300.00)	5 (31.2)	8 (32.0)	13 (31.7)
Enürezis (307.6)	4 (25.0)	3 (12.0)	7 (17.1)
DEHB (314.01)	2 (12.5)*	11 (44.0)*	13 (31.7)*
Tik Bozuklukları (307.20)	2 (12.5)	0 (0.0)	2 (4.9)
Otizm Spektrum Bozukluğu (299.00)	0 (0.0)	4 (16.0)	4 (9.8)
Uyku (İnsomni) bozukluğu (780.52)	1 (6.2)	2 (8.0)	3 (7.3)
KOKB (313.81)	2 (12.5)	2 (8.0)	4 (9.8)
Entelektüel Gelişimsel Bozukluk (319)	3 (18.8)	3 (12.0)	6 (14.6)
Uyum Bozuklukları (309.9)	2 (12.5)	0 (0.0)	2 (4.9)
Çocuk ihmali/uyaran eksikliği (995.52)	0 (0.0)	2 (8.0)	2 (4.9)
Şizofreni (295.90)	0 (0.0)	1 (4.0)	1 (2.4)
İletişim Bozuklukları (315.35 ve 315.39)	3 (18.8)	5 (20.0)	8 (19.5)

*Ki Kare =4.471, p=0.034, TSSB: Travma sonrası stres bozukluğu, DEHB: Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, KOKB: Karşıt olma karşı gelme bozukluğu

Tablo 3: Başvuru Şikayetlerinin Dağılımları

	N	%
Davranışsal problemler	18	43.9
Duygusal problemler	6	14.6
Konuşma Problemleri	13	31.7
Korkular	8	19.5
Alt ıslatma	5	12.2
Öğrenme güçlükleri	10	24.4
Dikkatsizlik	2	4.9

TARTIŞMA

Mülteci çocuk ve ergenlere yönelik ruh sağlığı hizmeti veren ve bu yönüyle Türkiye'deki yegane merkez olan 'Göçmen Çocuk Ayaktan Tedavi Ünitesi'ne başvuran çocuk ve ergenlerin değerlendirildiği çalışmamızın sonuçları, anksiyete bozuklukları, DEHB, MDB, TSSB, konuşma bozukluğu ve Enürezis'in başvuran kişilerde en sık gözlenen tanılar olduğunu göstermiştir. Ayrıca, değerlendirilen çocukların % 68'inde en az iki eş tanı olduğu ve bu çocuklarda silahlı çatışma, bombalama ve ölü ya da yaralanmış kimseleri görmek gibi çeşitli travmatik yaşantıların da oldukça yüksek oranlarda gözlemlendiğine işaret etmektedir.

Sığınmacı/mülteci ruh sağlığı literatürüne bakıldığında çalışmaların daha çok TSSB, anksiyete bozuklukları ve depresyon gibi duygusal problemlere odaklandığı görülmektedir (12). Bununla beraber kliniğimize getirilen çocuk ve ergenlerin büyük çoğunluğunda, aileleri tarafından dile getirilen temel başvuru şikayetlerinin sinirlilik, hareketlilik, saldırganlık, vurma, söz dinlememe gibi 'davranış problemleri' olduğu (% 43.9) ve bunu konuşma güçlüğü, konuşma geriliği, kekemelik, bazı sesleri çıkaramama ya da konuşamama gibi 'konuşma problemlerinin' (%31.7) izlediği, içe kapanma, keyifsizlik, sessizlik, dışarı çıkmama gibi 'duygusal problemlerin' ise ancak 5. en sık başvuru şikayeti olabildiğini göstermiştir. Bu durum ailelerin duygusal ya da içe yönelim problemlerinden çok davranışsal ya da dışa vurum problemleri için psikiyatrik yardım arayışında olduğunu ve ailelerin psikiyatrik belirtileri tanıyamıyor olabileceklerini düşündürmektedir.

Türkiye'de çocuk psikiyatri ayaktan tedavi ünitele-

rine yapılan başvurularının değerlendirildiği çalışmalara bakıldığında, başvuru oranlarının, erkek çocuklarının lehine artmış olduğu görülmektedir. Ayrıca batı toplumlarında da benzer bir yönelimin olduğu bildirilmiş, bu durumun kız çocuklarındaki psikiyatrik bozuklukların aileleri daha az yardım arayışına itiyor olabileceği ya da erkek çocuklarında gözlenen dışa vurum bozukluklarının, gürültülü doğaları gereği, daha çok dikkat çektiği ve böylelikle aileleri daha çok yardım arayışına ittiği şeklinde yorumlanmıştır (21,22). Çalışmamıza benzer şekilde diğer bir çok çalışmada en sık gözlenen bozuklukların, DEHB gibi davranışsal ya da dışa vurum bozuklukları olması da bu görüşü destekliyor gibi görünmektedir. Bir çok psikiyatrik bozukluğun erkek çocuklarında daha sık gözleniyor oluşunun(23,24) da başvurulardaki cinsiyet farklılığı üzerine etkisi olabilir. Bununla beraber bu sonuçlar, çocuk psikiyatri kliniklerine başvurularında, ebeveynlerin öncelikleri ile beklentilerinin belirleyici bir rol alıyor olmasından da kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca, TSSB'deki aşırı uyarılmışlık ile dikkat ve bellek sorunlarının DEHB semptomatolojisi ile benzerlik göstermesinin de DEHB'nin en sık gözlenen psikiyatrik bozukluk olmasında etkisi olabilir.

Sığınmacı çocuklarla yapılan bir çok çalışmada en sık gözlenen psikiyatrik bozukluğun TSSB olduğu (25,26), ancak TSSB oranlarının çalışmadan çalışmaya farklılık gösterdiği belirtilmiştir(12,20). Türkiye'deki mülteci çocuklarla yapılan çalışmalarda, çocukların %10'u (9) ile %36'sında TSSB gözlemlendiği rapor edilmiştir. Çalışmamızda da kliniğe başvuran çocukların %22'sinde TSSB olduğu görülmüştür. Bununla beraber, çalışmamızdaki TSSB sıklığının, bazı klinik dışı mülteci çalışmalarındaki TSSB oranlarından bile az gözlenmesi dikkat çekicidir. Bu konudaki bir diğer çarpıcı bulgu da TSSB ile ilişkili olabilecek semptomlar olan, irkilme, tetikte olma ve kaçınma gibi şikayetlerle başvuran kimse olmamış olmasıdır. TSSB tanısı alan çocukların muayene bulgularında bahsedilen bu semptomlara rastlanılmış olsa da ailelerin bunları psikiyatrik bir bozukluğun belirtisi olmaktan çok, önceki yaşantıların normal bir sonucuymuş gibi algılaması ve bunları bir sorun olarak görmemeleri ve bu tür sorunlar için psikiyatriye başvurularını gerektirmediğini bilmemelerinin TSSB'nin örneklemimizdeki oranının beklediğimizden daha

az gözlenmesinde etkisi olabileceğini düşünüyoruz. Buradan yola çıkarak, mülteci topluluklarında psikoeğitim ile, zorlu yaşantılar sonrası gözlenebilecek semptomların ebeveynlerle paylaşılması, ailelerin bu tür semptomları tanıyarak çocuklarının psikiyatrik yardım almalarını sağlama da faydalı olabileceği ileri sürülebilir.

Başvuru şikayetleri arasında, konuşma güçlüğü'nün oranlarının yüksek oluşu ve tanılardaki konuşma bozuklukları sıklığının fazlalığı şaşırtıcı bir sonuç olmuştur. Bununla beraber literatüre bakıldığında, Gil ve ark. (1990) TSSB'si olan kişilerde konuşma akıcılığında azalma tespit etmiş, bu durumun TSSB'nin kognitif işlevler üzerine olan olumsuz etkisinin bir sonucu olabileceğini ileri sürmüşlerdir (27). Aynı çalışmada TSSB'si olan kişilerde dikkat ve bellek sorunlarının da kontrol grubuna oranla daha fazla olduğu belirlenmiştir (27). Bir başka çalışmada da TSSB'li bireylerde sözel akıcılığın bozulduğu, bunun kognitif bozulmanın göstergesi olduğu belirtilmiştir.(28) Yeni yayınlanan bir gözden geçirmenin sonuçları da TSSB'nin hem bellek işlevlerini, hem de dikkat de dahil yürütücü işlevleri olumsuz etkilediğini bildirmekte, TSSB'deki iyileşmenin bu işlevlerde de düzelmeyi beraberinde getirdiğine işaret etmektedir (29). Ayrıca, TSSB kaynaklı bilişsel bozukluğun hem yaşam kalitesinde düşüşe, hem de ciddi işlev kaybına yol açarak kişilerin hayatını ciddi şekilde olumsuz etkileyebileceği ve TSSB'nin erken tedavisinin kişiyi bu olumsuzluklardan koruyabileceği belirtilmiştir (29). Böylelikle çalışmamızdaki ebeveynlerce sıklıkla dile getirilen öğrenme ve konuşma güçlükleri, TSSB'nin yürütücü işlevler üzerine olan olumsuz etkisinden kaynaklanıyor olabilir. Aynı şekilde en sık gözlenen tanının DEHB olmasında da TSSB'nin bellek ve yürütücü işlevler üzerine olan olumsuz etkileri rol almış olabilir. Mülteci çocuklarda en sık gözlenen hastalıkların TSSB, depresyon ve anksiyete bozuklukları olduğu ve bu üç bozukluğun yürütücü işlevler, böylelikle de dikkat, öğrenme ve hafıza üzerine olan etkileri ayrı ayrı düşünüldüğünde mülteci çocukların bu bozukluklardan dolayı ciddi bir işlevsellik kaybı ile karşı karşıya olduğu söylenebilir. Mülteci çocuklara yönelik tedavi imkanlarının artırılması, bu çocukların yeni topluma uyumlarını artırabilir, ayrıca öğrenmeleri ile psikososyal gelişimlerini destekleyebilir. Bunun da ötesinde, savaş ve ilişkili bir çok

travmatik olayı yaşamış olduğu bilinen, böylelikle de başta TSSB olmak üzere çeşitli psikiyatrik bozuklukların gelişimi açısından yüksek risk altında olan mülteci çocuklarda bu bozuklukların gelişimine karşı koruyucu/engelleyici olabilecek psikososyal girişimlerin geliştirilerek uygulanması, olası işlev kayıplarının önüne geçerek olumlu sonuçları beraberinde getirebilir (30).

Yerinden edilmiş kişilerde psikiyatrik hastalıkların daha sık gözlendiğine dair bir çok çalışma olmakla beraber, bu kişilerin dil bariyeri, ulaşım, etiketlenme kaygısı ve sağlık çalışanlarının olumsuz tutumları gibi nedenlerden dolayı psikiyatri tanı ve tedavi ünitelerine beklenenden daha az başvurdukları belirtilmektedir (5,12 31). Yürütmekte olduğumuz Göçmen Çocuk Ayaktan Tedavi Ünitesi'nde bahsi geçen bu bariyerleri olabildiğince azaltmak amacıyla, tercüman eşliğinde çalışmış olmamıza, başvuran kişilerin hastaneye gelip gidişlerinin de Kızılay ya da Mülteci-Der tarafından sağlanmış olmasına karşın 6 aylık süreçte polikliniğimize başvurmuş kişi sayısının sadece 41 olması, ayrıca ailelerin ilaç kullanma ya da ilaç tedavisini sürdürmedeki isteksizlikleri, kültürel farklılıkların da psikiyatrik yardım arayışını olumsuz etkileyebileceğine düşündürmektedir.

Polikliniğimizin ilk 6 aylık hizmet sürecinde değerlendirilen 4 çocukta Otizm spektrum bozukluğu tanısı konmuştur. Otizm spektrum bozukluğunun tedavisinde erken ve yoğunlaştırılmış bireysel sosyal beceri eğitiminin en önemli faktör olduğu belirtilmektedir (32). Bununla beraber bu çocukların sosyal beceri eğitimi almaları sağlanamamış, özel gereksinimi olan çocuklara özel eğitim desteğinin karşılanmadığı öğrenilmiştir. Bu çocuklarla çalışan bir merkeze de ulaşamamıştır. Türkiye'de halihazırda 0-4 yaş aralığındaki 470 bin mülteci çocuk olduğu göz önüne alındığında(4), Otizm Spektrum Bozukluğu'nda (OSB) yer alması olası olan binlerce çocuğun herhangi bir sosyal beceri eğitimi alamadığı görülmektedir. OSB'si olan çocukların bireysel eğitim almalarının oldukça önemli olduğu ve bu çocukların bireysel eğitime ulaşmalarının ivedilikle sağlanması gerektiğini belirtmek gerekir. OSB'si olan çocuklara yönelik bireysel sosyal beceri eğitiminin zaman kaybedilmeden başlatılması, bu çocuklarda sonraki yıllarda gözlenebilecek işlevsellik kaybını azaltarak

gerek bu çocuklarla aileleri gerekse de toplum için rahatlatıcı etkide bulunabilir.

Mülteci çocuklara yönelik psikiyatrik tanı ve tedavi hizmeti veren bir birime başvuruların değerlendirildiği çalışmamızın bulguları, bu konudaki yegane merkez olması açısından değerli olsa da çalışmanın barındırdığı bazı kısıtlılıklar sonuçlarımızın genellenebilirliğini azaltmaktadır. Öncelikle, örneklem sayısının azlığı ve kontrol grubunun olmayışı verilerin analizini ve yorumlanmasını güçleştirmektedir. Değerlendirme sürecinde çeşitli yardımcı ölçekler az sayıdaki kişiye uygulanabildiğinden ölçek verilerinin istatistiksel analizlerde kullanılamamış olması ve sosyodemografik verilerdeki kimi eksik bilgiler çalışmamızın diğer kısıtlılıkları olarak zikredilmelidir.

SONUÇ

Çalışmamızın sonuçları, mülteci çocuklara yönelik psikiyatrik destek hizmeti sağlayan ünitemize başvuran çocuklarda en sık rastlanan psikiyatrik bozuklukların DEHB ve anksiyete bozuklukları olmasına karşın, hemen her bozukluğun gözlemlendiğini ve yıllardır Türkiye'de yaşıyor olmalarına rağmen hala bu bozukluklar ile mücadele etmekte olduklarını göstermiştir. Ayrıca öğrenme ve bellek üzerine ciddi olumsuz etki-

lerinin olduğu gösterilmiş olan başta TSSB ve diğer bozuklukların uygun tedavisi ile OSB'si olan çocukların bireysel eğitim olanaklarına kavuşmalarının sağlanmasının uzun dönemde olumlu etkileri olduğunu ön görüyoruz.

Teşekkür

Gerek mülteci ailelerin ulaşmalarının sağlanması gerekse de verdikleri tercüman desteği ile 'Çocuk Psikiyatri Göçmen Polikliniği'nin işleyişinde büyük katkıları olan Sultanbeyli Mülteci-Der ve Kızılay Sultanbeyli Toplum Merkezi çalışanlarına teşekkürü bir borç biliyoruz.

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Veysi Çeri, Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Bölümü, İstanbul, Türkiye veysiceri@gmail.com

KAYNAKLAR

1. UNHCR. Forced Displacement in 2016. 19 June 2017. Available from: <http://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/5943e8a34/global-trends-forced-displacement-2016.html>
2. IDMC. On the grid: Global internal displacement in 2016. 22 May 2017. Available from: <http://www.internal-displacement.org/global-report/grid2017/>
3. Erdoğan M. Urban Refugees From Detachment To Harmonization Syrian Refugees And Process Management Of Municipalities: The Case Of Istanbul. Istanbul: 2017.
4. Göç İstatistikleri [Internet]. T.C. Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. 2018 [cited 08.03.2018]. Available from: http://www.goc.gov.tr/icerik3/gccici-koruma_363_378_4713.
5. Syed Q, Mobayed T. Who is responsible for the health care of refugees? The Lancet. 2017;389(10081):1793.
6. Sundelin-Wahlsten V, Ahmad A, Knorrning AL. Traumatic experiences and posttraumatic stress reactions in children from Kurdistan and Sweden. Acta Paediatrica. 2001;90:563-8.
7. Thabet AAM, Abed Y, Vostanis P. Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2004;45:533-42.
8. Javanbakht A, Rosenberg D, Haddad L, Arfken CL. Mental Health in Syrian Refugee Children Resettling in the United States: War Trauma, Migration, and the Role of Parental Stress. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2018;57:209-11. e2.
9. Ceri V, Özlü-Erkilic Z, Özer Ü, Yalcin M, Popov C, Akkaya-Kalayci T. Psychiatric symptoms and disorders among Yazidi children and adolescents immediately after forced migration following ISIS attacks. neuropsychiatric. 2016;30:145-50.
10. Yalın ŞS, Uzel BT, Öztürk M, Gözaçanlar Ö, Yörük GÜ, Özkan Y. Immigration-related mental health disorders in refugees 5-18 years old living in Turkey. Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2017;13:2813-21.
11. Anagnostopoulos DC, Heberbrand J, Eliez S, Doyle MB, Klasen H, Crommen S, et al. European Society of Child and Adolescent Psychiatry: position statement on mental health of child and adolescent refugees. European Child & Adolescent Psychiatry. 2016;25:673-6.
12. Fazal M, Reed R, Stein A. Refugee, asylum-seeking and internally displaced children and adolescents. In: Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor E, editors. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Sixth ed: John Wiley

& Sons, Ltd.; 2015. p. 573-85.

13. Kar N. Psychological impact of disasters on children: review of assessment and interventions. *World journal of pediatrics*. 2009;5:5-11.

14. Fazel M, Stein A. Mental health of refugee children: comparative study. *Bmj*. 2003;327:134.

15. Nasıroğlu S, Ceri V. Posttraumatic stress and depression in Yazidi refugees. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2016;12:2941.

16. Fazel M, Betancourt TS. Preventive mental health interventions for refugee children and adolescents in high-income settings. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2017.

17. Norredam M, Nellums L, Nielsen RS, Byberg S, Petersen JH. Incidence of psychiatric disorders among accompanied and unaccompanied asylum-seeking children in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *European child & adolescent psychiatry*. 2018;1-8.

18. Nasıroğlu S, Çeri V, Erkorkmaz Ü, Semerci B. Determinants of psychiatric disorders in children refugees in Turkey's Yazidi refugee camp. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2018;1-9.

19. Hodes M, Anagnostopoulos D, Skokauskas N. Challenges and opportunities in refugee mental health: clinical, service, and research considerations. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2018.

20. Lustig SL, Kia-Keating M, Knight WG, Geltman P, Ellis H, Kinzie JD, et al. Review of child and adolescent refugee mental health. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43:24-36.

21. Sarı BA. Batman'da Çocuk Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Belirti ve Tanı Dağılımları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*. 2013;7-17.

22. Halit Necmi U, Vural AP, Kocael Ö, Köle İH, Dağdelen F, Kırtıl İY. Bir Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastaların Yakınma, Tanı ve İlaç Uygulamaları Karakteristiklerinin Değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2014;75-83.

23. Robinson EB, Lichtenstein P, Anckarsäter H, Happé F, Ronald A. Examining and interpreting the female protective effect against autistic behavior. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2013;110:5258-62.

24. Taylor MJ, Lichtenstein P, Larsson H, Anckarsäter H, Greven CU, Ronald A. Is there a female protective effect against attention-deficit/hyperactivity disorder? Evidence from two representative twin samples. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016;55:504-12. e2.

25. Heptinstall E, Sethna V, Taylor E. PTSD and depression in refugee children. *European child & adolescent psychiatry*. 2004;13:373-80.

26. Ahmad A. Symptoms of posttraumatic stress disorder among displaced Kurdish children in Iraq-victims of a man-made disaster after the Gulf war. *Nordic Journal of Psychiatry*. 1992;46:315-9.

27. Gil T, Calev A, Greenberg D, Kugelmass S, Lerer B. Cognitive functioning in posttraumatic stress disorder. *Journal*

of Traumatic Stress. 1990;3:29-45.

28. Uddo M, Vasterling JJ, Brailey K, Sutker PB. Memory and attention in combat-related post-traumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 1993;15:43-52.

29. Koçak EE, Kılıç C. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Bilişsel Bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2017;28:124-31.

30. Ceri V, Ahmad A. Exploring Psychological Vaccination for Potentially Traumatized Children. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry* 2018;9:143-7.

31. Ceri V, Özlü-Erkilic Z, Özer Ü, Kadak T, Winkler D, Dogangün B, et al. Mental health problems of second generation children and adolescents with migration background. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2017:1-6.

32. Weisz JR, Ng MY, Lau N. Psychological interventions: overview and critical issues for the field. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry: John Wiley & Sons Limited, Oxford*; 2015. p. 461-82.

Küçük Yaşta Evlendirilmek İstenen Çocuklarda Psikiyatrik Bozukluklar ve Sosyodemografik Özellikler

Psychiatric Disorders and Sociodemographic Characteristics in Children Intended to Get Married at a Young Age

Damla Eyüboğlu¹, Murat Eyüboğlu¹

¹Uzm. Dr., Mardin Devlet Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Bölümü, Mardin, Türkiye

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı; çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine adli değerlendirme amacıyla getirilen ve mahkemeler tarafından evlenmeye ruhi ve bedeni olarak hazır olup olmadıkları sorulan çocukları psikiyatrik açıdan değerlendirmektir. Ayrıca, bu çocukların erken yaşta evlendirilmek istenmeleri ile ilişkili olan faktörlerin belirlenmesi ve sosyodemografik özelliklerin incelenmesi diğer amaçlar arasındadır. **Yöntem:** Çalışmaya mahkemeler tarafından evlenmeye ruhi ve bedeni olarak hazır olup olmadıkları sorulan 54 çocuk alındı. Tüm çocuk ve aileleri ile yapılandırılmış bir görüşme olan Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu görüşmesi yapıldı. Ayrıca WISC-R zeka testi (Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised) uygulandı ve sosyodemografik veri formu dolduruldu. **Bulgular:** Evlendirilmek istenen çocukların % 98.1'ini (n=53) kızlar oluşturuyordu. Bu çocukların % 27.8'inde (n=15) en az bir psikiyatrik bozukluk vardı. Çocukların % 63'ü adli değerlendirmeye getirildiklerinde dini nikah ile evli olduklarını, % 18'inde nişanlı/sözlü olduklarını belirtmişlerdir. Dini nikah ile evli olanların % 44'ünün ya çocuğu vardı veya hamileydi. Çocukların hemen hemen hepsi okula devam etmiyordu (%98.1). Büyük çoğunluğunun sosyoekonomik düzeyinin düşük olduğu tespit edilen bu ailelerde ebeveynlerin eğitim seviyesi de oldukça düşüktü. **Sonuç:** Düşük eğitim ve sosyokültürel seviyenin çocukları erken yaşta evlendirme ile ilişkili önemli faktörlerden olduğu düşünülmüştür. Erken yaşta evlendirilen çocuklar başta eğitim olmak üzere birçok haktan mahrum kalmakta, hamilelik ve çocuk sahibi olmak gibi durumlarla henüz bilişsel ve psikososyal gelişimlerini tamamlamadan karşılaşabilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Çocuk, çocuk evliliği, adli değerlendirme, risk faktörleri, psikiyatrik değerlendirme

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:122-129)

DOI: 10.5505/kpd.2018.46320

SUMMARY

Objective: The aim of the study was to psychiatrically evaluate children who brought to a child and adolescent psychiatry clinic for a forensic evaluation and asked by the courts whether they were ready to marry mentally and physically. Moreover, the determination of factors related to the intention to get these children married at a early age and the examination of socio-demographic characteristics are among the other aims. **Method:** 54 children who were asked by the courts whether they were ready to marry mentally and physically were included in the study. The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version scale was applied. Additionally, WISC-R intelligence test was applied and a socio-demographic data form was filled. **Results:** 98.1 % (n=53) of the children intended to get married consisted of females. There was at least one psychiatric disorder in 27.8 % (n=15) of these children. When the children were brought to a forensic evaluation, 63% of them stated that they were married with religious marriage and 18% of them stated that they were engaged. 44% of those married with religious marriage had children or were pregnant. Almost all children did not attend school (98.1 %). The educational level of the parents in these families, most of which were determined to have a low socioeconomic level, was considerably low. **Discussion:** The low level of education and socio-cultural level are considered to be among important factors related to marrying children at a young age. Children got married at a young age are devoid of many rights with education being in the first place and they may face situations such as being pregnant and having children before completing their cognitive and psychosocial development.

Key Words: Child, child marriage, forensic evaluation, risk factors, psychiatric assessment

GİRİŞ

Küçük yaşta yapılan evlilikler önemli bir toplumsal sorun teşkil etmektedir. Uluslararası anlaşmalarla belirtilen standartlara bakıldığında on sekiz yaşının altında yapılan her evlilik erken evlilik, evlendirilen kız çocukları da çocuk gelinler olarak belirtilmektedir (1). Ayrıca çocuk haklarına dair sözleşmeye göre çocuğa uygulanabilecek aksi bir kanun olmadığı sürece 18 yaşının altındaki herkes çocuk kabul edilmektedir (2). Erken yaşta yapılan evliliklerin pek çok açıdan sorun ve risk barındırmasının önemli nedenlerinden biri bu dönemin ergenlik dönemine denk gelmesidir. Bilişsel, psikososyal ve fiziksel olarak hızlı büyüme ve gelişmenin olduğu 15-18 yaş arasında yapılan evliliklerde, çocukluğu yarıda kesilen, ev-aile hatta çocuk bakımı gibi sorumlulukları alan çocuk, yaşitlarından farklı olarak eğitim ve sosyal ihtiyaçlarından da yoksun kalmaktadır. Ek olarak, ülkemizde yapılan bir çalışmada gösterildiği gibi, erken yaşta evlendirilen kızların %14.6'sının evlendirildiği kişi tarafından fiziksel şiddete/istismara, %27.1'inin ise duygusal şiddet/istismara maruz kaldığı saptanmıştır (3). Tüm bu durumlar bu çocuklarda ruhsal sorunlara zemin hazırlama (4) ve daha fazla evlilik sorunları ve boşanma (5,6) gibi problemleri de beraberinde getirmektedir.

Erken yaşta evlendirilen çocukların büyük çoğunluğunu kız çocukları oluşturmaktadır. Kız çocuklarının erken evlendirilmesinin olası nedenleri arasında ise; maddi sıkıntılar, sosyokültürel özellikler, dini inanışlar, toplum içerisinde cinsiyet eşitsizliği, eğitim seviyesinde düşüklük gibi faktörler yer almaktadır. Ülkemizde bölgeler arasında farklılık olabileceği öngörülse de, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 yılı verilerine göre, 16-19 yaş aralığında evlenen kişilerin %90'ını kadınlar (n=100.233), %10'unu ise erkekler (n=11.008) oluşturmaktadır (7). Ayrıca tüm yaş gruplarında evlenen erkek ve kadınlar düşünüldüğünde; 16-19 yaş arasındaki erkekler, grubun yaklaşık %2'sini, kızlar ise % 17'sini oluşturmaktadır (7). 2016 yılında yapılan tüm evliliklerin % 9.3'ünde evlenenlerden en az birisi 16-19 yaş arasındadır. Çalışmanın yapıldığı Mardin ili için 2016 yılı verileri incelendiğinde, evlenen erkeklerin %3.7'si (n=231), kızların ise %27'si (n=1698) 16-19 yaş arasında olduğu görülmüştür (7). Bu resmi oranlar erken

yaşta evliliğin ülkemizde azımsanmayacak derecede olduğunu göstermektedir. Burada unutulmaması gereken bir diğer önemli nokta ise, 17 yaşından küçük çocukların resmi nikah olmadan dini nikah ile evlendirilmesidir. Bu konuda maalesef ülkemizde net rakamlar bulunmamaktadır. Küçük yaşta evliliklerin dünyada görüldüğü bölgelere bakıldığında ise, ülkelerin gelişmişlik düzeyleri arttıkça küçük yaşta evlendirilen çocukların oranlarında azalma olduğu görülmektedir. Örneğin; bu oran Kanada'da %0.6, Japonya'da %0.7, Almanya'da %1.2, İngiltere'de %1.7 ve Birleşik Devletlerde %3.9 iken; Arjantin'de %12, Azerbaycan'da %12, Afganistan'da %53.7 ve Nijer'de %61.9' dur (8).

Küçük yaşta yapılan evliliklerde kadınlarda ruhsal hastalık ve psikiyatrik destek arama oranının yetişkin yaşta evlenen kadınlara göre daha fazla oranda görüldüğü belirtilmiştir (9). Ülkemizde erken yaşta evlenen kızlarla yapılan çalışmada da bu çocukların %45.8'inde en az bir psikiyatrik bozukluk olduğu gösterilmiştir (3). En sık görülen psikiyatrik bozukluklar ise Major Depresif Bozukluk ve Uyum Bozukluğu olduğu belirtilmiştir (3). Aynı çalışmada erken yaşta evlenen kız çocuklarında intihar girişimi ve intihar düşüncesi sıklığının ergen popülasyonuna göre daha fazla olduğu belirtilmiştir (3). Erken yaşta evlilik beraberinde ergen gebeliği ve erken yaşta anne olmayı da getirebilmektedir. Psikiyatrik hastalık riskinin yanında ergen yaşta evlenmek ve hamile kalmak hem anne için hem de bebek için doğumda tıbbi komplikasyon başta olmak üzere fiziksel hastalıklar riskini beraberinde getirmektedir (10).

Türk hukuk sisteminde evlilik ile ilgili yaş sınırı bulunmaktadır. Türk Medeni Kanununun 124. maddesinde "Erkek ve kadın on yedi yaşını doldurmadıkça evlenemez. Ancak, hakim olağanüstü durumlarda ve pek önemli sebeple on altı yaşını doldurmuş olan erkek veya kadının evlenmesine izin verebilir" hükmü bulunmaktadır (11). Olağanüstü durumun genellikle hamile kalma olabileceği düşünülmüştür. Pratikte, 16 yaşını doldurmuş olan çocukların aileleri bu çocukların yasal olarak evlenebilmeleri için mahkemeye başvurduklarında, 16-17 yaş aralığındaki bu çocuklar için çocuk psikiyatrisi uzmanı ve kadın doğum uzmanı tarafından çocuğun "evlenmeye ruhi ve bedeni olarak hazır olup olmadığını" belirten rapor düzen-

lenmesi istenmektedir.

Çalışmamızda, 16-17 yaşları arasında olan ve aileleri tarafından evlendirilmek istenen çocuklar psikiyatrik açıdan değerlendirilmiştir. Yukarıdaki bilgiler ışığında çalışmamızın amacı; çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine adli değerlendirme kapsamında getirilen ve ruhi ve bedeni olarak evlenmeye engel bir durumunun olup olmadığı sorulan çocukların; varsa psikiyatrik bozukluklarını belirlemek ve sosyodemografik özelliklerini incelemektir. Ergenleri evlenmeye iten faktörlerin belirlenmesinin hem ruh sağlığını hem de toplumu ilgilendiren bu önemli konuda yazına katkısı olacağı düşünülmüştür.

YÖNTEM

Çalışmaya 2016-2018 yılları arasında Mardin Devlet Hastanesi Çocuk psikiyatrisi polikliniğine "evlenmeye ruhi ve bedeni olarak hazır olup olmadığı" hususunda adli rapor düzenlenmesi amacıyla getirilen 58 çocuk alındı. Dört çocuk ailelerinin yaşlarının büyük olduğunu beyan etmeleri ve kemik yaşı testinde yaşlarının 18 yaşından büyük tespit edilmesi nedeniyle çalışmadan çıkarıldı. 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) görüşmesi yapıldı. Çalışmaya alınan tüm çocukların zihinsel kapasitesini değerlendirmek için WISC-R zeka testi (Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised; WÇZÖ-R: Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu) (12) uygulandı. Sosyodemografik özellikler veri formuna her bir katılımcı için ayrı ayrı kaydedildi. Çalışma için Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onayı alındı.

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 geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (13). Form; sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı ilk bölüm, şimdi ve geçmiş psikiyatrik belirtilerin sorgulandığı ikinci bölüm ve çocuğun görüşme yapıldığı andaki genel işlevinin değerlendirildiği üçüncü bölümden oluşmaktadır. 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 (14).

WISC-R (Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised)

Çocuklarda zeka düzeyini değerlendirmek için Wechsler tarafından 1949 yılında geliştirilen ve 1974 yılında gözden geçirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Savaşır ve Şahin tarafından yapılmıştır (12). Ölçek sözel ve performans becerilerini değerlendiren 12 alt ölçekten oluşmaktadır.

Sosyodemografik Veri Formu

Bu form çocukların 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. Değerlendirme sırasında evli olan ve henüz evlenmemiş çocukların bazı sosyodemografik verilerinin karşılaştırılmasında, sayısal değişkenler için 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 çocukların yaş ortalaması 16.2 ± 0.3 , olarak saptanmıştır. Çalışmada 53 (%98,1) kız, 1 (% 1,9) erkek vardı. Çocukların 53'ü (%98,1) okula devam etmiyordu. Sadece bir kız olgu okula devam ediyordu. Çocukların ailelerinde belirlenen diğer önemli bir bulgu ise annelerinin % 74.1'inin okuma yazmasını olmamasıydı. Ailelerin ortalama aylık gelirleri 1308 ± 528 Türk Lirası olarak bulunmuştur. Çocuk ve aileler ile ilgili sosyodemografik özellikler Tablo 1'de yer almaktadır.

Çocuklarla yapılan yarı yapılandırılmış değerlendirme sonrasında çocukların 39'u (% 72,2) DSM IV-TR kriterlerine göre herhangi bir psikiyatrik tanıyı karşılamıyordu. Psikiyatrik tanı görüşmesi sonrasında tanı alan çocuklarda en sık görülen bozukluklar ise Major Depresyon, Uyum Bozukluğu ve Anksiyete Bozukluğu olarak bulunmuştur. (Tablo 2). Ayrıca çocuklara uygulanan zeka

Tablo 1: Sosyodemografik özellikler

	n (%)
Yaş (mean±SD)	16.2±0.3
Cinsiyet	
erkek	1 (% 1.9)
kız	53 (%98.1)
Kardeş sayısı	6.5 ± 2.6
Eğitim	
Lise	1 (%1,9)
İlköğretim terk	39 (%72.2)
Lise Terk	14 (%25.9)
Ebeveyn birlikteliği	
Birlikte	49 (%90.7)
Ayrı	5 (%9.3)
Anne eğitim	
Okuma-yazma yok	40 (%74.1)
İlköğretim	12 (% 22.2)
Lise	2 (%3.7)
Üniversite	0
Baba eğitim	
Okuma yazma yok	11 (%20.4)
İlköğretim	37 (%68.5)
Lise	3 (% 5.6)
Üniversite	3 (% 5.6)
Aile geliri	1308±528 TL

Tablo 2: Psikiyatrik Bozukluklar

Tanı	n (%)
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	1 (%1.9)
Depresyon	5 (%9.3)
Anksiyete Bozukluğu	3 (%5.6)
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	2 (%3.7)
Tik Bozukluğu	1 (%1.9)
Uyum Bozukluğu	3 (%5.6)
Psikiyatrik bozukluk Yok	39 (%72.2)

testi sonucunda hiçbir çocukta zihinsel kapasitede düşüklük saptanmadı. Çocukların %13'ünün (n=7) zihinsel kapasitesi donuk normal (total wisc-r test sonucu 80-90), %87'sinin (n=47) ise normal (total wisc-r test sonucu 90-110) arasındaydı. Ortalama total zeka puanları 97 ± 6 olarak bulunmuştur.

Çalışmaya alınan çocukların % 63'ü (n=34) daha önceden dini nikahlı olarak evlilik yapmış ve eşleriyle birlikte yaşamlarını sürdürüyorlardı. Bu çocuklardan %44'ünün (n=15) çocuğu vardı veya hamileydi. Ayrıca çocukların %19'u ise (n=10) nişanlı/sözlü olduklarını belirtmişlerdir. Olguların tümüne "evlilik için uygun bir yaşta olduğunuzu düşünüyor musunuz?" sorusu sorulmuş ve olguların yaklaşık %72'si bu soruya "evet" şeklinde cevap vermiş, %28'ü ise soruya "bilmiyorum" şeklinde cevaplamıştır. Çocuklardan 5'i (%9,3) sigara içiyordu, alkol-madde deneyimi olan ise yoktu. Sigara içenlerin ortalama sigara kullanma süreleri 6 ay olarak bulundu. Daha önce hiçbir katılımcı, çocuk ve ergen psikiyatri uzmanına başvurmamıştı.

Çalışmaya alınan çocuklardan değerlendirme sırasında imam nikahı ile evli olanlar ve henüz evlenmemiş olan çocuklar karşılaştırıldıklarında; psikiyatrik bozukluk sayısı imam nikahı ile evlenmiş olan grupta daha fazla olmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Ayrıca iki grup arasında ebeveyn eğitim durumu, kardeş sayısı, aile geliri gibi sosyodemografik özellikler açısından farklılık bulunmadı (Tablo 3).

TARTIŞMA

Çalışmamızda 16-17 yaş arasında evlendirilmek istenen 54 çocuğun klinik ve sosyodemografik özellikleri incelenmiştir. Psikiyatrik bozukluk oranlarının bu çocuklarda genel ergen popülasyonuna

Tablo 3: Dini nikah ile evlenen çocuklarla henüz evlenmeyen çocukların sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

		Dini nikahla evli olanlar n= 34	Henüz evlenmemiş çocuklar n= 20	p
Psikiyatrik Bozukluk	var	11	4	0.368*
	yok	23	16	
Yaş		16.3±0.4	16.1±0.7	0.22*
Kardeş sayısı		6.8±0.8	6.4±0.4	0.479*
Anne eğitim	Okuma yazma yok	25	15	0.525**
	İlköğretim	7	5	
	Lise	2	0	
Baba eğitim	Okuma yazma yok	4	7	0.08**
	İlköğretim	27	10	
	Lise	0	3	
	Üniversite	3	0	
Aile geliri		1339±546	1260±507	0.868**

* Ki-Kare testi, ** Mann Whitney -U testi

göre daha yüksek olduğu, düşük eğitim ve sosyokültürel seviyenin çocukları erken yaşta evlendirme ile ilişkili önemli faktörlerden olabileceği belirlenmiştir. Ayrıca çalışmaya alınan çocukların eğitim yaşamından mahrum kaldığı, birçoğunun da resmi evlilik olmadan dini nikah kıyılarak evlilik yaptıkları ve eşleriyle birlikte yaşadıkları hatta çocuk sahibi oldukları belirlenmiştir.

Erken yaşta evliliklerin birçok nedeni olsa da, sosyoekonomik düşüklüğün en önemli faktör olduğu bildirilmiştir (15). Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri ve refah seviyesi arttıkça evlilik yaşının da arttığı gözlenmektedir. Çalışmamızın yapıldığı il sosyoekonomik gelişmişlik sıralamasına göre ülkemizde altıncı kademe iller grubunda yer almaktadır (16). Sosyoekonomik olarak diğer birçok ile göre geri olan Mardin ilinde, 16-19 yaş arası evlilikler tüm evliliklerin %15.4'ünü oluştururken, Türkiye genelinde bu oran % 9.3'tür. Bu bulgu, sosyoekonomik düzey ile erken yaşta evlilik ilişkisini gösteren çalışmaları desteklemektedir. Ayrıca eğitim düzeyinin de erken yaş evliliklerinde etkili olduğu belirtilmiş ve hem ebeveyn hem de çocukların eğitim seviyelerinin düşüklüğünün erken yaş evliliklerle ilişkili olduğu gösterilmiştir (17). Bizim çalışmamızda neredeyse çocukların hemen hepsi okula devam etmiyordu. Çalışmaya alınan çocukların büyük bölümünün kız olduğu düşünüldüğünde, erken yaşta evliliğin kız çocuklarının eğitim hayatı için önemli bir engel olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızdaki bu bulguyla uyumlu olarak ülkemizde yapılan bir çalışmada, 2009 yılında 693 çocuğun evlilik veya nişanlanma nedeniyle okula gitmediği belirtilmiş bu çocukların 675'inin kız, 18'inin erkek olduğu belirtilmiştir (18).

Ayrıca çalışmamızda annelerin %74'ünün, babaların ise %21'inin okuma yazması yoktu. Ailelerin aylık ortalama gelirleri de 1308 TL olarak bulundu. Eğitim alan ebeveynler düşünüldüğünde ise, annelerden sadece 2 kişi lise eğitimini tamamlamış, üniversite mezunu anne ise olmadığı görülmüştür. Babalardan lise eğitimini 3 kişi, üniversite eğitimini ise 3 kişi tamamlamıştı. Yani ebeveynlerin büyük çoğunluğunun ya okuma yazması yok veya ilköğretim düzeyinde eğitim seviyesine sahipti. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 yılı verilerine göre Mardin ilinde 15 yaş üstü erkek bireylerde okuma yazma bilmeme oranı %4, kadınlarda ise %20'dir (7). Lise eğitimini tamamlama oranı kadınlarda %12 erkeklerde %22, aynı yaş grubunda yükseköğretim veya üniversite bitirme oranı kadınlarda %6.9, erkeklerde ise %12.6'dır (7). Ailelerin eğitim düzeyinin çalışmanın yapıldığı ildeki eğitim ile ilgili resmi rakamlara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir. Ayrıca ailelerin ortalama aylık gelirlerinin asgari ücretin altında olması ve çocuk sayılarının ortalamasının 6.5 olması da, küçük yaşta evlendirilen çocukların aileleri ile yapılan önceki çalışmalarla uyumlu olarak çalışmamızdaki ailelerin de sosyoekonomik düzeylerinin ve eğitim seviyesinin düşük ve kalabalık aile yapısına sahip olduğu ve bu bulgularında çocukların erken evlenmesinde önemli faktör olabileceği sonucuna ulaşılmasına neden olmuştur.

Çalışmamızda evlilik nedeniyle adli değerlendirilmeye alınan bu çocukların % 63'ünün görüşmeye geldiklerinde dini nikah ile evli olduğu, evli olanlardan da % 44'ünün hamile veya en az bir çocuğu olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu düşünüldüğünde, okula gitmeyen çocukların tespit edilmesi ve bu

çocukların eğitim hayatına devamının sağlanması, resmi nikah olmadan dini nikah yapılmasının önüne geçilmesi ve bu konudaki yasal mevzuatın etkin bir şekilde uygulanması ve denetlenmesi, özellikle sosyoekonomik olarak düşük bölgede yaşayan aileler olmak üzere erken yaşta evlilikler ile ilgili eğitimler planlanması koruyucu tedbirler açısından atılması gereken adımlar olarak düşünülmüştür. Erken yaşta evlenme, beraberinde erken yaşta anne olma durumunu da getirmektedir. Gebelikten korunma yöntemlerinin bilinmemesi, ailelerin resmi evliliğin olması için çocuk istemesi ve geleneksel toplumsal yapı vs. gibi etkenler ergen gebeliklerine neden olmaktadır, ancak bu durum beraberinde önemli riskleri getirmektedir. Erken yaşta gebeliklerde erken doğum, düşük doğum ağırlığı, eklampsi gibi anne ve bebeği ilgilendiren sorunların daha sık görüldüğü saptanmıştır (19, 20, 21,22). Ayrıca çocuk gelinlerin, erişkin yaşta evlenenlere göre gebeliklerinde daha az tıbbi bakım aldıkları bilinmektedir (23).

Erken yaşta evlenen bu çocuklarda psikiyatrik bozukluk oranlarının yüksek olduğu gösterilmiş (9) ve çocuk evliliklerinin ergenlerde artmış intihar riski ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (24). Ülkemizde erken evlendirilen çocuklarla yapılan çalışmalarda ruhsal bozukluk oranları %45.8 ve %46.2 olduğu belirtilmiştir (3, 25). Çalışmamızda psikiyatrik bozukluk oranı evlenen çocuklarda %32.4, henüz evlenmemiş olanlarda ise %20 olarak bulunmuştur. Örneklem sayısının düşük olmasının aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmamasına neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca özellikle dini nikah ile evlenen çocuklarda psikiyatrik bozukluk oranı %32.4, genel ergen popülasyonunda %9-21 olarak belirtilen (26) ruhsal hastalık oranlarından yüksek olduğu gözlenmiştir. Erken yaşta evliliklerin getirdiği bir diğer önemli risk ise bu çocukların fiziksel şiddete/istismara maruz kalmasıdır. Ülkemizde 18 yaş öncesinde evlenen çocuklarla yapılan çalışmada bu çocukların %14.6'sının evlendirildiği kişi tarafından fiziksel şiddet/istismara uğradığını belirtmiştir (3). Tüm bu nedenlerden dolayı evlenen çocukların hem fiziksel hem de ruhsal hastalıklar için risk altında oldukları düşünülmüştür. Ayrıca, çalışmamızda ruhsal hastalık oranının genel ergen popülasyonuna göre daha yüksek olması, erken yaşta evliliğin çocuklarda ruhsal hastalık açısından artmış riski beraberinde getirdiğini

belirten görüşü destekler niteliktedir. Ek olarak, henüz evlenmemiş olan çocuklarda genel popülasyona yakın psikiyatrik bozukluk oranı görülse de, bu durum erken yaşta evliliğin çocukların gelecek yıllardaki yaşamları için risk oluşturduğu gerçeğini değiştirmemektedir. Hem fiziksel hem de ruhsal gelişimlerini henüz tamamlamamış bu çocukların mevcut riskler açısından izlenmesi gerektiği düşünülmüştür. Henüz anneliğe hazır olmayan bu çocukların yetiştireceği çocukların da gelişimsel açıdan risk altında oldukları söylenebilir.

Ülkemizde Medeni Kanununun 124. maddesinde "Erkek ve kadın on yedi yaşını doldurmadıkça evlenemez. Ancak, hakim olağanüstü durumlarda ve pek önemli sebeple on altı yaşını doldurmuş olan erkek veya kadının evlenmesine izin verebilir" hükmü bulunmaktadır (11). Bu hüküm bazı durumlarda karar verme yetkisini hakime bırakmıştır. Çalışmamız yapılırken 5 vaka daha önce hakim kararıyla evlenmelerine izin verilmediğini, fakat hamile oldukları için tekrar mahkemeye başvurduklarını belirtmişlerdir. Başka bir deyişle, yasada önemli sebep olarak belirtilen durum, hamilelik olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durumun sonucu olarak, erken yaşta evlenen çocukların resmi nikah için eşleri veya aileleri tarafından hamile kalma baskısı altında olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamız değerlendirildiğinde kısıtlılıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Kısıtlılıklar arasında, ölçek kullanılmaması, değerlendirmenin adli süreçte yapılması, olgu sayısının az olması ve aynı yaş grubundaki çocukların kontrol grubu olarak alınmamış olması yer almaktadır.

Sonuç olarak; dünyada ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli bir toplumsal sorun olan erken yaşta evlilik konusunda gelişen bir ülke olarak Türkiye de çözüm arayışı içinde olmalıdır. Erken yaşta evlendirilen bu çocuklar başta eğitim olmak üzere birçok haktan mahrum kalmaktadırlar. Çok yönlü bir durum olan erken ve zorla evlilik konusunun hangi alanlarla ilişkisi olduğu belirlenmeli ve tespit edilen alanlar odağında müdahale programları geliştirilmelidir. Çalışmamızda adli değerlendirme amacıyla getirilmiş ve neredeyse tümünü kız çocuklarının oluşturduğu grupta, erken evlilik

ile ilişkili bulunan önemli alanlar; sosyoekonomik seviyede ve anne eğitimi başta olmak üzere ebeveyn eğitiminde düşüklük, okula devam etmeme ve kalabalık aile ortamında yaşamadır. Ek olarak belirtilmesi gereken diğer bir nokta ise, bu sorunun ortaya çıkmasında kültürel ve dini nedenleri de içinde barındıran birden fazla dinamiğin etkili olduğu bu nedenle de hassas bir şekilde değerlendirilme yapılması gerektiğidir. Ayrıca bu çocuklarda genel ergen popülasyonuna göre ruhsal hastalık oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hem çocuğun hem de doğacak bebeğin fiziksel ve mental olarak risk altında olabildiği bu durum için sosyoekonomik kalkınmanın sağlanması, eğitim seviyesinin artırılması, toplumun erken evlilik ve beraberinde getirdiği riskler ile ilgili eğitilmesi, resmi nikah olmadan dini nikah yapılmasının engellenmesine yönelik atılacak adımların ilk aşamada önemli ve gerekli olduğu düşünülmüştür. Yakın zamanda Türk Tabipler Birliği ve birçok mesleki grubun katkısıyla hazırlanan "Çocuğun Cinsel İstismarı Suçu ve Bu Suçun Yargılanması İle Çocuk Koruma Sistemine İlişkin Değişiklik Önerileri" isimli raporda belirtildiği gibi evlenme yaşının yasal olarak on sekiz olarak belirlenmesi gerektiği de (27) atılması gereken bir diğer önemli adım olarak düşünülmektedir. Ayrıca erken yaşta evlilikler ile ilgili gerekli hukuksal düzenlemelerin yapılması ve evlendirilmiş çocukların hem kendilerinin hem de doğan çocuklarının mevcut riskler açısından takip edilmesinin önemli olduğu düşünülmüştür.

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Damla Eyüboğlu, Mardin Devlet Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatri Bölümü, Mardin, Türkiye
damlakarakaslar@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Çakmak D. "Türkiye'de Çocuk Gelinler", Birinci Hukukun Gençleri Sempozyumu Hukuk Devletinde Kişisel Güvenlik, Bildiri Tam Metinler E-Kitabı
2. Çocuk haklarına dair sözleşme. Birleşmiş milletler genel kurulu 20 Kasım1989
3. Soylu N, Ayaz M. Adli değerlendirme için yönlendirilen küçük yaşta evlendirilmiş kız çocuklarının sosyodemografik özellikleri ve ruhsal değerlendirmesi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2013;14:136-144
4. Nour NM. Child marriage: a silent health and human rights issue. *Obstet Gynecol*. 2009;2:51-6.
5. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health*. 2007;10:103-9
6. Bumpass LL, Martin CT, Sweet AJ. The impact of family background and early marital factors on marital disruption. *J Fam Issues*. 1991;12:22-42
7. Türk İstatistik Kurumu. <https://biruni.tuik.gov.tr/bolgeselistatistik/sorguSayfa.do?target=degisken>. Erişim tarihi: Ocak 2018
8. Yüksel H, Yüksel M. Çocuk ihmali ve istismarı bağlamında Türkiye'de çocuk gelinler gerçeği. *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2014;5:1-24.
9. Le Strat Y, Dubertret C, Le Foll B. Child marriage in the United States and its association with mental health in women. *Pediatrics*. 2011;128:524-30.
10. Mehra S, Agrawal D. Adolescent health determinants for pregnancy and child health outcomes among the urban poor. *Indian Pediatr* 2004;41:137-45
11. Türk Medeni Kanunu. Kanun No:4721, T.C. Resmi Gazete, 08 Aralık 2001, sayı.24607
12. Savaşır I, Şahin N (1995) Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISC-R) El Kitabı. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara
13. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N. Schedule for affective disorders and schizophrenia for schoolage children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997; 36:980-988
14. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Çengel Kültür E, Akdemir D, Taner Y. Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-Türkçe uyarlaması'nın geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2004;11:109-116
15. Thornton A, Axinn WG, Teachman JD. The influence of school enrollment and accumulation on cohabitation and marriage in early adulthood. *Am Sociol Rev* 1995; 60:762-774.
16. Türkiye Cumhuriyeti Kalkınma Bakanlığı, İllerin ve Bölgelerin Sosyo-ekonomik Sıralaması Araştırması, <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Yayinlar/Attachments/548/SEG E-2011.pdf>. Erişim tarihi Ocak 2018.
17. McFarlane J, Nava A, Gilroy H, Maddoux J. Child brides, forced marriage, and partner violence in America: tip of an iceberg revealed. *Obstetrics & Gynecology* 2016;127:706-713.
18. Özcebe H, Biçer BK. Önemli bir kız çocuk ve kadın sorunu: Çocuk evlilikler. *Türk Pediatri Arşivi* 2013;48:86-93.
19. Şimsek Z, Kabalcıoğlu F, Kurcer MA. Risk factors related with the complications on woman and their babies who delivered at Sanlıurfa Maternity Hospital. *J Health Soc*. 2005;15:90-5.
20. Demir SC, Kadayıfci O, Ozgunen T, Evrücke C, Vardar MA, Karaca A, et al. Pregnancy outcomes in young Turkish women. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2000;13:177-181.
21. Kongnyuy EJ, Nana PN, Fomulu N, Wiysonge SC, Kouam L, Doh AS. Adverse perinatal outcomes of adolescent pregnancies in Cameroon. *Matern Child Health J*. 2008;12:149-54.
22. Raj A. When the mother is a child: the impact of child marriage on the health and human rights of girls. *Arch Dis Child*. 2010;95:931-5.
23. Öner S, Yapıcı G. Glance at adolescent pregnancies. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2010;8:30-9.
24. Gage AJ. Association of child marriage with suicidal thoughts and attempts among adolescent girls in Ethiopia. *J Adolesc Health* 2013;52:654-6.
25. Nasıroğlu S, Semerci B. Mental assessment of girls consulting for early marriage and identifying risk factors. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2017;18:460-7
26. 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;50:925-937.
27. Türk Tabipler Birliği "Çocuğun Cinsel İstismarı Suçu ve Bu Suçun Yargılanması İle Çocuk Koruma Sistemine İlişkin Değişiklik Önerileri". <http://www.ttb.org.tr/userfiles/files/cocugun-cinsel-istismari-ortak-rapor.pdf>. erişim tarihi Mart 2018

Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniklerinde Agresyonun ve Kısıtlama Yöntemlerinin İncelenmesi

Investigation of Aggression and Restriction Methods in Psychiatric Settings of a Training and Research Hospital

Ayşegül Savaşan¹, Levent Mete²

¹Dr., İzmir

²Doç.Dr., İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ÖZET

Amaç: Agresyon psikiyatri kliniklerinde görülen fiziksel ve psikolojik travmalara yol açabilen önemli bir sorundur. Bu araştırmanın amacı bir eğitim ve araştırma hastanesinin psikiyatri kliniklerinde görülen agresyonun ve kullanılan kısıtlama yöntemlerinin incelenmesidir. **Yöntem:** Tanımlayıcı bir araştırma olan bu çalışma Kapalı psikiyatri, Açık psikiyatri, Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM) kliniklerinde 1 Nisan 2014 - 31 Mart 2015 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veriler, klinik hemşireleri tarafından olayın hemen ardından doldurulan kayıt formlarının geriye dönük olarak incelenmesi ile toplanmıştır. **Bulgular:** Kliniklerde görülen agresyon olaylarının sayısı 554'tür. Olayların çoğunluğunun kapalı psikiyatri kliniğinde olduğu, en fazla kendine zarar verme niyeti ve girişiminin görüldüğü, olayların çoğunun yaz mevsiminde, ağustos ayında ve nöbet saatlerinde gerçekleştiği bulunmuştur. Kullanılan kontrol yöntemleri incelendiğinde olayların çoğunda kontrol yöntemi kullanılmadığı ve terapötik görüşme yapıldığı; en fazla kullanılan kontrol yönteminin mekanik tespit ve mekanik tespitle birlikte uygulanan intramüsküler hibernasyon olduğu bulunmuştur. **Sonuç:** Agresyon olaylarının çoğunda kısıtlama yönteminin kullanılmaması olumlu bir sonuçtur. Hasta ve çalışanlar arasındaki etkileşimi arttırmaya yönelik tedavi edici ortam aktiviteleri mesai saatleri dışında da düzenlenmelidir. Psikiyatri kliniklerinde hasta ve çalışan güvenliği açısından önemli bir sorun olan agresyonun tanınması, kayıt altına alınması ve kontrol edilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Agresyon, Psikiyatri, Kısıtlama

(Klinik Psikiyatri 2018;21:130-136)

DOI: 10.5505/kpd.2018.70783

SUMMARY

Objective: Aggression is a significant problem seen in psychiatric clinics, which can cause physical and psychological trauma. The aim of this study is to investigate aggression and restriction methods in psychiatric settings of a training and research hospital. **Method:** This descriptive study was conducted in psychiatry services and the Alcohol and Substance Addiction Research Treatment and Education Center between April 1, 2014 and March 31, 2015. The data were collected retrospectively reviewing the completed registration forms immediately after the incident by the clinical nurses. **Results:** The number of aggression events in the services was 554. It was found that the majority of the events were intended and actual self-harm and occurred in the general psychiatry service. The majority of the events were seen during shift hours in august and in summer. Examining restriction methods it was found that no restraining method was used and therapeutic interviews were conducted in the majority of events and that the most commonly used restriction methods were mechanical restraint and intramuscular medication used with mechanical restraint. **Discussion:** It is a positive result that restriction methods were not used in the majority of events. The treatment activities must be planned outside normal working hours and in the evening to increase the interaction between patients and staff. Studies regarding recognition, reporting, controlling of aggression that became an important problem for safety of patient and staff in psychiatry services should be done.

Key Words: Aggression, Psychiatry, Restraint

GİRİŞ

Hasta güvenliği sağlık hizmetlerinde kalite programlarının önemli konularından birisidir Nitelikli sağlık hizmetinin birincil ve vazgeçilmez koşulunu oluşturan hasta güvenliği, sağlık kuruluşları ve kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır. Hasta güvenliğinde amaç, hasta ve hasta yakınlarını, hastane çalışanlarını fiziki ve psikolojik olarak olumlu etkileyecek bir ortam yaratarak güvenliği sağlamaktır (1).

Psikiyatri kliniklerinde görülen önemli bir sorun olan agresyon fiziksel ve psikolojik travmalara, hatta ölümlerle sonuçlanabilecek olaylara neden olabilir. Agresyon, fiziksel veya psikolojik zarara neden olan ya da zarar verme niyetiyle yapılan, sesin yükseltilmesinden silahlı saldırıya bulunmaya kadar birçok formda meydana gelebilen bir davranıştır. Genellikle kişinin kendisine, diğer kişilere ve çevreye yönelik hasar ve yaralanmalara neden olur (2,3,4).

Literatürde psikiyatri kliniklerinde intihar yada kendine zarar verme girişimleri, agresyon epizotları ve çalışanlara yönelik agresif sözel ve fiziksel olaylar gibi kritik beklenmedik olayların değerlendirildiği çalışmalar görülmektedir (5,6,7). Ayrıca yapılan bir çalışmada, bütün ciddi beklenmedik olaylar gruplara ayrılmıştır. Bu olaylar şunlardır: kendine zarar verme niyeti yada girişimi, klinikten kaçma girişimi, fiziksel kısıtlama, personele yada diğer hastalara karşı fiziksel şiddet tehdidi, fiziksel saldırı, cinsel saldırı, sözlü saldırı, kargaşa, cinsel taciz ve ırka yönelik taciz (8). Psikiyatri kliniklerinde yapılan çalışmalarda, hastaların kendine zarar verme davranışları için %5.8-77 arasında değişen farklı oranlar verilmiştir (9,10,11,12).

Psikiyatri kliniklerinde agresyon olaylarını, tedavi reddi yada klinikten kaçma girişimlerini önlemek amacıyla kısıtlama yöntemleri kullanılmaktadır. Kullanılan yöntemler arasında fiziksel ve mekanik kısıtlama, izolasyon, oral yada intramüsküler ilaç tedavileri yer almaktadır (13). Kliniğe kabul sonrası birinci gün, en fazla mekanik kısıtlama yönteminin kullanıldığı belirtilmektedir (14). Türkiye'de en sık kullanılan yöntemlerin ise mekanik kısıtlama, izo-

lasyon ve intramüsküler sedasyon olduğu belirtilmektedir (15).

Bu araştırmanın amacı bir eğitim ve araştırma hastanesinin psikiyatri kliniklerinde görülen agresyonun ve kullanılan kısıtlama yöntemlerinin incelenmesidir. Bu amaçla, kliniklerde görülen agresyon ve beklenmedik olaylar, olayların özellikleri ve kullanılan kısıtlama yöntemleri araştırılmıştır.

YÖNTEM

Tanımlayıcı nitelikte bir araştırma olan bu çalışma, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri kliniklerinde, 1 Nisan 2014 - 31 Mart 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu tarihler arasında Kapalı psikiyatri, Açık psikiyatri, Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM) kliniklerinde görülen agresyon, beklenmedik olaylar ve kullanılan kısıtlama yöntemleri incelenmiştir.

Literatürden yararlanılarak oluşturulan bir kayıt formu kullanılmıştır (3,5,6,7,8). Veriler, klinik hemşireleri tarafından olayın hemen ardından doldurulan kayıt formlarının geriye dönük olarak incelenmesi ile toplanmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinden gerekli izinler alınmıştır.

Verilerin analizi sayı, yüzdeler, Pearson ki-kare ve Fisher's Exact test kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR

Kliniklerde toplam agresyon ve beklenmedik olay sayısı 554 olarak bulunmuştur. Olayların en fazla kapalı psikiyatri kliniğinde gerçekleştiği görülmektedir ($\chi^2=8.22$, $p<0.05$) (Tablo 1).

Kliniklerde gerçekleşen olaylar arasında en fazla %26'lık oranla kendine zarar verme niyeti ve girişiminin bulunduğu; bunu tehdit ve sözlü saldırının (%20.2), diğer hastalara (%11.9) ve personele

Tablo 1: Olayların Özelliklerine Göre Dağılımının İncelenmesi

Olayların özellikleri	n	%	χ^2/p
AMATEM	46	8.3	8.22
Kapalı psikiyatri	502	90.6	0.00
Açık psikiyatri	6	1.1	
Kendine zarar verme niyeti/girişimi	144	26.0	
Klinikten kaçma girişimi	31	5.6	
Personele fiziksel şiddet tehdidi	65	11.7	
Fiziksel saldırı	63	11.4	1.80
Cinsel saldırı/cinsel taciz	10	1.8	0.00
Eşyaya yönelik şiddet	63	11.4	
Tehdit/sözlü saldırı	112	20.2	
Diğer hastalara fiziksel şiddet tehdidi	66	11.9	
İlkbahar	157	28.3	
Yaz	208	37.5	66.89
Sonbahar	105	19.0	0.00
Kış	84	15.2	
Mesai	188	33.9	57.19
Nöbet	366	66.1	0.00
Gündüz	268	48.4	0.58
Gece	286	51.6	0.44

(%11.7) fiziksel şiddet tehdidinin izlediği bulunmuştur ($\chi^2=1.8$, $p<0.05$). Olayların en fazla yaz mevsiminde (%37.5) görüldüğü, bunu sırasıyla ilkbahar (%28.3), sonbahar (%19) ve kış mevsiminin (%15.2) izlediği ve olayların mevsimlere göre görülme oranı arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($\chi^2=66.89$, $p<0.05$) (Tablo 1). Olaylar en fazla Ağustos ayında (%21.8) görülmüştür. Olayların en fazla görüldüğü diğer aylar sırasıyla Mayıs (%13.2), Nisan (%12.1), Eylül (%10.1) ve Temmuz (%8.7) aylarıdır.

Olayların çoğu nöbet saatlerinde gerçekleşmiş olup, nöbet (%66.1) ve mesai (%33.9) saatleri arasındaki fark anlamlıdır ($\chi^2=57.19$, $p<0.05$).

Olayların çoğunun gece (%51.6) gerçekleştiği fakat gündüzle (%48.4) karşılaştırıldığında aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($\chi^2=$, $p>0.05$) (Tablo 1).

Tablo 2'de görüldüğü üzere, kapalı psikiyatri kliniğinde en fazla kendine zarar verme niyeti ve girişiminin (%26.5), AMATEM kliniğinde en fazla tehdit ve sözlü saldırının (%39.1), Açık psikiyatri kliniğinde ise en fazla kendine zarar verme niyeti ve girişiminin (%66.6) görüldüğü bulunmuştur.

Kullanılan kontrol yöntemleri incelendiğinde olayların çoğunda (%37.9) kontrol yöntemi kullanılmadığı ve terapötik görüşme yapıldığı; en fazla kullanılan kontrol yönteminin mekanik tespit (%29.1) ve mekanik tespitle birlikte uygulanan IM hibernasyon (%16.2) olduğu bulunmuştur ($\chi^2=610.24$, $p<0.05$) (Tablo 3).

Kliniklerde uygulanan kontrol yöntemleri incelendiğinde, açık psikiyatri kliniğinde kontrol yöntemi uygulanmadığı görülmüştür. Mekanik tespit uygulaması kapalı psikiyatri kliniğinde (%55.6) AMATEM kliniğine (%26.1) göre daha fazla olup, aradaki fark anlamlıdır ($\chi^2=14.71$, $p<0.05$). Oral hibernasyon uygulama oranı kapalı psikiyatri kliniğinde (%13.1) AMATEM kliniğine (%2.2) göre daha fazla olup, aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=4.72$, $p<0.05$) (Tablo 4).

Tablo 2: Kliniklerdeki Agresyon Olaylarının Dağılımı

Olay	Klinikler							
	AMATEM		Kapalı psikiyatri		Açık psikiyatri		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kendine zarar verme niyeti/girişimi	7	15.2	133	26.5	4	66.6	144	26.0
Klinikten kaçma girişimi	4	8.7	27	5.4	0	0	31	5.6
Personele fiziksel şiddet tehdidi	5	10.9	59	11.8	1	16.7	65	11.7
Fiziksel saldırı	4	8.7	59	11.8	0	0	63	11.4
Cinsel saldırı/cinsel taciz	1	2.2	9	1.8	0	0	10	1.8
Eşyaya yönelik şiddet	7	15.2	55	11.0	1	16.7	63	11.4
Tehdit/sözlü saldırı	18	39.1	94	18.7	0	0	112	20.2
Diğer hastalara fiziksel şiddet tehdidi	0	0	66	13.0	0	0	66	11.9
Toplam	46	100.0	502	100.0	6	100.0	554	100.0

Tablo 3: Uygulanan Kontrol Yöntemlerinin Dağılımı

Kontrol Yöntemi	n	%	χ^2/p
Kontrol Yöntemi Kullanılmamış	210	37.9	610.24 0.00
Mekanik Tespit	161	29.1	
IM* Hibernasyon	26	4.7	
Oral Hibernasyon	29	3.6	
Mekanik Tespit + IM* Hibernasyon	90	16.2	
Mekanik Tespit + Oral Hibernasyon	37	6.7	
IM* + Oral Hibernasyon	7	1.3	
Mekanik Tespit + IM* + Oral Hibernasyon	3	0.5	
Toplam	554	100.0	

*İntramüsküler

TARTIŞMA

Agresyonun ve beklenmedik olayların %90.6'lık oranla, en fazla kapalı psikiyatri kliniğinde görülmüş olması beklenen bir sonuçtur. Kapalı psikiyatri kliniği gerçeği değerlendirme yetisi bozulmuş, aktif psikotik semptomları olan, daha çok şizofreni hastalarının yatarak tedavi gördüğü bir klinikdir. Akut psikotik dönemdeki yatan hastaların daha çok saldırgan davranış gösterdiği literatürde belirtilmektedir (4,16,17,18,19,20).

Kliniklerde gerçekleşen olaylar arasında en fazla oranda görülen (%26) kendine zarar verme niyeti ve girişimi olup; bunu tehdit ve sözlü saldırı (%20.2), diğer hastalara (%11.9) ve personele (%11.7) fiziksel şiddet tehdidi izlemiştir. Diğer olaylar ve oranları ise şöyledir: Eşyaya yönelik şiddet (%11.4), fiziksel saldırı (%11.4), klinikten kaçma girişimi (%5.6), cinsel saldırı/cinsel taciz (%1.8). Gordon ve ark.(2005) tarafından yapılan psikiyatri kliniğinde gerçekleşen beklenmedik olayların değerlendirildiği çalışmada bulunan fiziksel şiddet tehdidi (%10.42) ve cinsel saldırı/cinsel taciz

(%0.83) oranının bu çalışmayla benzer olduğu söylenebilir. Şiddet oranının çoğunlukla hastanın kliniğe kabulü öncesi ve sırasında olduğu ve şizofreni hastalarının daha yüksek şiddet eğilimli olduğu belirtilmektedir (3).

Olaylar arasında kendine zarar verme niyeti ve girişimi (%26) ilk sırada yer almaktadır. Psikiyatri kliniklerinde yapılan çalışmalarda hastalarda görülen kendine zarar verme davranışı için farkı oranlar verilmektedir (%5.8-%77) (9,10,11,12). Yapılan bir çalışmada yatarak tedavi gören psikiyatri hastalarının %44'ünün öyküsünde kendine zarar verme davranışının bulunduğu belirtilmektedir (21).

Kliniklerde gerçekleşen olaylar arasında tehdit ve sözlü saldırı (%20.2) ikinci sıradadır. Yapılan bir çalışmada hemşirelerde bir veya daha fazla kez sözlü şiddete maruz kalma oranı %86 olarak saptanmış ve en fazla küfür, hakaret ve tehdidin görüldüğü belirtilmiştir (22). Başka bir çalışmada psikiyatri kliniğinde yatan 522 hastanın yarısında sözlü saldırganlık saptanmış olup, bu davranışların

Tablo 4: Kliniklerde Uygulanan Kontrol Yöntemlerinin Dağılımı *

Kısıtlama Yöntemi	Olay				χ^2	p
	AMATEM		Kapalı Psikiyatri			
	n	%	n	%		
Mekanik tespit					14.71	0.00
Evet	12	26.1	279	55.6		
Hayır	34	73.9	223	44.4		
Oral hibernasyon					4.72	0.03
Evet	1	2.2	66	13.1		
Hayır	45	97.8	436	86.9		
IM** hibernasyon					0.78	0.36
Evet	13	28.3	113	22.5		
Hayır	33	71.7	389	77.5		

* Açık Psikiyatri kliniğinde kısıtlama yöntemi kullanılmamıştır.

**İntramüsküler

daha fazla bağırma ve tehdit etme şeklinde görüldüğü belirtilmiştir (23).

İngiltere'de akut psikiyatri kliniklerinde yapılan bir çalışmada hemşirelerin bir yıl içinde 254 saldırganlık olayı saptadıkları ve bu olaylardan 101'inin fiziksel saldırganlık olduğu; bu davranışların çoğunlukla klinikte çalışan sağlık personeline yönelik (n=145) olduğu belirtilmektedir (24). Bu çalışmada fiziksel saldırı (n=63) ve personele fiziksel şiddet tehdidi (n=65) sözlü saldırı ve tehdide (n=112) göre daha az görülmüştür. Yapılan bir çalışmada en fazla psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin fiziksel şiddete maruz kaldığı (%63.2) bulunmuştur (22).

Bu çalışmada bulunan eşyaya yönelik şiddet oranı %11.4'dür. Yatan psikiyatri hastalarında saldırganlığı belirlemeye yönelik bir çalışmada çoğunlukla görülen saldırganlık türünün fiziksel saldırı olduğu belirtilmekte olup, fiziksel saldırı içinde en önemli grubu eşyalara yönelik saldırıların oluşturduğu bildirilmektedir (25).

Agresyon ve şiddet olayları ortamda bulunan herkesi etkileyebilmektedir. Psikiyatri hastalarının servis ortamlarında yaşadıkları travmalarla ilgili bir çalışmada hastaların %63'ü travmatik olaylara tanık olduğunu, %54'ü korkutucu ya da saldırgan hastalardan kaynaklanan olumsuz deneyimler yaşadıklarını ve %31'i fiziksel saldırıya uğradığını belirtmiştir (26). Bu çalışmada diğer hastalara fiziksel şiddet tehdidi değerlendirilmiş olup, klinikte görülen olaylar arasında diğer hastalara fiziksel şiddet tehdidi oranı %11.9'dur.

Foster ve arkadaşları (2007) tarafından akut psikiyatri kliniklerinde yapılan bir çalışmada yaklaşık 10 aylık bir sürede toplam 254 olayın %29.5'inde "fırlar etme" görüldüğü tespit edilmiştir (24). Bu çalışmada farklı olarak toplam 554 olayın %5.6'sı klinikten kaçma girişimidir.

Bu çalışmada cinsel taciz sözel yada fiziksel olarak ayrılmamış olup, daha ziyade fiziksel olan cinsel saldırı ve taciz değerlendirilmiş olup, görülme oranı %1.8'dir. Coşkun ve Öztürk (2010) tarafından yapılan çalışmada ise hemşirelerin karşılaştıkları sözel (%21.5) ve fiziksel (%6.6) cinsel taciz oranları

değerlendirilmiştir (22).

Olaylar en fazla yaz mevsiminde (%37.5) ve ağustos ayında (%21.8) görülmüştür. Yaz mevsimi ve ağustos ayında bakım ve tedavi ekibi üyelerinin yıllık izinlerini en fazla kullandıkları zaman olması nedeniyle ortamda bulunan kişi sayısı diğer zamanlara göre nispeten daha az olmaktadır. Nitekim ortamda bulunan ruh sağlığı profesyonellerinin sayısı ile şiddet riskinin negatif ilişkili olduğu (27) ve hastayla kurulan ilişkinin sıklığından ziyade kalitesinin de önemli bir etken olduğu belirtilmektedir (28). Hasta ve personel arasındaki etkileşimin düşük seviyede olması ve yapılandırılmış aktivite azlığı şiddet riskini arttıran çevresel risk faktörleri arasındadır (19,22).

Aynı şekilde olayların mesaiye (%33.9) göre nöbet (%66.1) saatlerinde daha fazla gerçekleştiği; anlamlı bir fark olmasa da olayların gece (%51.6) gündüze (%48.4) göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Hasta ve personel arasındaki etkileşimi arttırmak amacıyla tedavi edici ortam aktivitelerinin nöbet ve akşam saatlerinde de planlanması önerilebilir. Yapılan bir çalışmada yatan psikiyatri hastalarında saldırganlığın en fazla 19-20 saatleri arasında gerçekleştiği belirtilmektedir (25). Ayrıca akşam ve sabah saatleri ve nöbet devir teslim zamanlarında da şiddet olayları meydana gelmektedir (29).

Kapalı psikiyatri (%26.5) ve açık psikiyatri (%66.6) kliniğinde en fazla kendine zarar verme niyeti ve girişimi; AMATEM kliniğinde ise tehdit ve sözlü saldırı (%39.1) görülmüştür. Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda saldırganlık potansiyelinin değerlendirildiği bir çalışmada kişilik bozukluğu ve alkol bağımlılığının saldırganlık açısından birinci sırada yer aldığı bildirilmiştir (30). Akut psikotik hastalarda ve madde kötüye kullanım bozukluğu olanlarda saldırganlık potansiyelinin yüksek olduğu vurgulanmaktadır (2).

Bu çalışmada olayların çoğunda (%37.9) kontrol yöntemi uygulanmadığı, en fazla kullanılan kontrol yönteminin ise mekanik tespit (%29.1) ve mekanik tespitle birlikte uygulanan intramüsküler hibernasyon (%16.2) olduğu bulunmuştur. Psikiyatri kliniklerinde bağlamaları azaltma programı sonrası

hasta bağlama uygulamasının değerlendirildiği bir çalışmada bir ayda yatırılan 810 hastanın 194 (%23.9)'ünün bağlandığı, ilk üç bağlamada bağlamaların %35'ine ek ilaç tedavisi uygulandığı, tedavi uygulananların çoğunda tipik antipsikotik (haloperidol ve klorpromazin) kullanıldığı belirtilmektedir. Ayrıca nöroleptik malign sendrom ve bağlanmış hastanın ajitasyonu nedeniyle oluşabilecek başka sakıncaları önlemek amacıyla şiddeti ve saldırgan davranışı önlemede standart günlük tedavinin dışında ek ilaç tedavisinin önerilmemesi dolayısıyla hastalara uygulanan ek ilaç tedavisinin az olması olumlu olarak değerlendirilmiştir. Bağlamaların çoğunluğunun (%56) nöbet saatlerinde olduğu ve bağlanma nedenleri içinde insana dönük etkin şiddetin (%37.1) ilk sırada yer aldığı bildirilmektedir (31). Bir diğer çalışmada da mekanik tespitin agresif davranışı yönetmede, çoğunlukla yatışın ilk günlerinde ve gece uygulandığı belirtilmektedir (14). Bu çalışma açısından da olayların çoğunda kontrol yöntemi kullanılmaması ve mekanik tespitle birlikte uygulanan intramüsküler hibernasyonun daha az olması olumlu olarak değerlendirilebilir.

Açık psikiyatri kliniğinde kontrol yöntemi uygulanmadığı, mekanik tespit ve oral hibernasyon uygulamasının kapalı psikiyatri kliniğinde AMATEM kliniğine göre daha fazla olduğu görülmektedir. Sercan ve Bilici'nin (2009) çalışmasında bağlanan hastaların tanılarında psikotik bozuklukların çoğunlukta olduğu ve duygudurum bozukluklarının ikinci sırada yer aldığı, ancak başka türlü adlandırılmayan psikozlar ayrı tutulduğunda tanılarda ilk sırada iki uçlu bozukluk ve ikinci sırada şizofreninin yer aldığı bildirilmektedir (31).

SONUÇ

Hastaların tanılarının çalışmada yer almaması çalışmanın kısıtlılığını oluşturmaktadır. Hastaların tanılarının da değerlendirildiği çalışmaların yapılması önerilebilir.

Klinikte çalışan sayısının daha az olduğu zamanlarda agresyon ve beklenmedik olayların daha fazla görülüyor olması psikiyatri hizmetlerinin planlanması yapılırken dikkat edilmesi gereken önemli bir bulgudur. Kliniklerde sağlık hizmetlerinin planlan-

ması ve uygulanmasında hem ruh sağlığı profesyonellerinin sayısı hem de hasta ve çalışanlar arasındaki etkileşimin kalitesi göz önünde bulundurulmalıdır.

Psikiyatri kliniklerinde hasta ve çalışan güvenliği açısından önemli bir sorun olan agresyonun tanınması, kayıt altına alınması ve kontrol edilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Sağlık kurumlarında hasta güvenliğinin sağlanmasının bir davranış ve tutum değişimi ve ayrıca belli bir süreci gerektirdiği göz önünde bulundurularak, çalışanlara yönelik birey merkezli bakım ve işbirliğine dayalı disiplinler arası çalışmayı sağlayacak eğitim programları düzenlenmelidir.

Hastanın personele, diğer hastalara, kendisine ya da kuruma yönelik tehlike içeren davranışlarının kontrol altına alınması amacıyla daha az kısıtlayıcı yöntemlerin seçilmesine ve kısıtlayıcı kontrol yöntemlerinin kullanılmasının azaltılmasına yönelik programlar oluşturulmalı ve uygulanmalıdır.

Yazışma adresi: Dr. Ayşegül Savaşan, Ankara cad. No: 201 D: 11 Bornova, İzmir, Türkiye aysegulsavasan@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Behlül S, Bayraktar Ö. Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü algılarının değerlendirilmesi: üniversite hastanesi örneği. *Sağ Aka Derg* 2017;4:202-206.
2. Barlow K, Grenyer B, Ilkiw-Lavalle O. Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34:967-974.
3. Turgut T, Lagace D, Izmir M, Dursun S. Assessment of violence and aggression in psychiatric settings: Descriptive approaches. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2006;16:179-194.
4. Böke Ö, Sarısoy G, Çelik C, Aker S, Bahçe Z, Şahin AR. Physical aggression and neurologic soft signs in inpatients with schizophrenia. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2008;18:22-30.
5. Fletcher E, Stevenson C. Launching the Tidal Model in an adult mental health programme. *Nurs Stand* 2001;15:33-36.
6. Stevenson C, Barker P, Fletcher E. Judgement days: developing an evaluation for an innovative nursing model. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002;9:271-276.
7. Barker P, Buchanan-Barker P. The Tidal Model of mental health recovery and reclamation: Application in acute care settings. *Issues Ment Health Nurs* 2010;31:171-180.
8. Gordon W, Morton T, Brooks G. Launching the Tidal Model: Evaluating the evidence. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005;12: 703-712.
9. Aksoy A, Ögel K. Self-injurious behavior. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2003;4:226-236.
10. Bresin K, Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015; 38:55-64.
11. Shariatpanahi SMV, Shahverdi E, Atashani FN, Vakiloroya Y, Konjedi MA. Self-Mutilation among patients with psychiatric disorders referred to Lavasani Hospital, 2013-2014. *Jundishapur J Chronic Dis Care* 2016; 5: e35189. (inpress) <http://doi.org/10.17795/jjcdc-35189>
12. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Nonsuicidal self-injury: A systematic review. *Front. Psychol* 2017;8:1946.
13. Tekkaş K, Bilgin H. Psikiyatri servislerinde kullanılan profesyonel kontrol yöntemleri: Kullanım nedenleri, türleri, uluslararası uygulamalar ve algılamalar *Türk Psikiyatri Derg* 2010;21: 235-42.
14. Lorenzo RD, Miani F, Formicola V, Ferri P. Clinical and organizational factors related to the reduction of mechanical restraint application in an acute ward: An 8-year retrospective analysis. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2014;10:94-102.
15. Steinert T, Lepping P. Legal provisions and practice in the management of violent patients. A case vignette study in 16 European countries. *Eur Psychiatry* 2009;24:135-141.
16. Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA. Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57: 968-979.
17. Ehmann TS, Smith GN, Yamamoto A, McCarthy N, Ross D, Au T, Flynn SW, Altman S, Honer WG. Violence in treatment resistant psychotic inpatients. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 716-721.
18. Walsh E, Gilvarry C, Samele C, Harvey K, Manley C, Tyrer P, Creed F, Murray R, Fahy T. Reducing violence in severe mental illness: randomised trial of intensive case management compared with standard care. *BMJ* 2001;323:1093-1096.
19. Davison SE. The management of violence in general psychiatry. *BJPsych Advances* 2005;11:362-370.
20. Shah L, Annamalai J, Aye SN, Xie H, Pavada S, Ng W, Suppiah KS, Shah A, Manickam M. Key components and strategies utilized by nurses for de-escalation of aggression in psychiatric in-patients: a systematic review protocol. *JB Database System Rev Implement Rep* 2016;14:109-118.
21. Nijman HLI, Dautzenberg M, Merckelbach HLGJ, Jung P, Wessel I, Campo J. Self-mutilating behaviour of psychiatric inpatients. *Eur Psychiatry* 1999;17:1-7.
22. Coşkun S, Öztürk AT. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşirelerinde şiddete maruz kalma durumlarının incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010;3:16-23.
23. Stewart D, Bowers L. Inpatient verbal aggression: content, targets and patient characteristics. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2013;20:236-43.
24. Foster C, Bowers L, Nijman H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *J Adv Nurs* 2007;58:140-149.
25. Kırpınar İ, Özer H, Coşkun İ, Çayköylü A. Yatan psikiyatri hastalarında saldırganlık: Erzurum'da psikiyatri kliniklerinde görülen saldırgan davranışlar üzerine bir çalışma. *Türk Psikiyatri Derg* 1995;6:285-296.
26. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatr Serv* 2005;56:1123-33.
27. Monahan J, Steadman HJ, Appelbaum PS, Robbins, PC, Mulvey EP, Silver E, Appelbaum PS, Grisso T, Mulvey EP, Roth LH. Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *Br J Psychiatry* 2000;176:312-319.
28. Appelbaum PS, Dimieri RJ. Protecting staff from assaults by patients: OSHA steps in. *Psychiatr Serv* 1995;46:333-338.
29. Bilgin H, Özcan NK. Psikiyatri Kliniklerinde Agresyon. *J Psychiatric Nurs* 2012;3:42-47.
30. Ata EE, Kelleci M. Psikiyatri kliniğinde yatan bir grup hastada saldırganlık potansiyeli ve etkileyen bazı etkenler. *NPAKADEMİ* 2012;1:7-15.
31. Sercan M, Bilici R. Türkiye'de bir ruh sağlığı bölge hastanesindeki hasta bağlama uygulamalarının değişkenleri. *Türk Psikiyatri Derg* 2009;20:37-48.

Ergenlerde Ebeveyn Ayrılığının Dürtüsellik Üzerine Etkisi

Effects of Parental Divorcement on Impulsivity in Adolescence

Soner Çakmak¹, Hasan Gedikli², Mehmet Emin Demirkol³, Lut Tamam⁴

¹Dr. Öğr. Üyesi., ³Uz. Dr., ⁴Prof.Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Adana, Türkiye

²Psk., Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji AD, Adana, Türkiye

ÖZET

Amaç: Ergenlik döneminin sağlıklı bir şekilde atlatılmasında ebeveynlerin birlikteliğinin etkisi tartışılmaktadır. Bu çalışmanın amacı, evli ve boşanmış çiftlerin ergen yaşta çocukları arasında dürtü denetim düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olup olmadığını incelemesi ve boşanma sürecinin sosyodemografik özelliklerinin ergenlerin dürtüsellik üzerindeki etkisinin araştırılmasıdır. **Yöntem:** Çalışma 12-17 yaş aralığındaki ebeveynleri boşanmış 50 kız, 50 erkek ve ebeveynleri boşanmamış 50 kız, 50 erkek ergenin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma kesitsel bir çalışmadır. Evli ve boşanmış ebeveynlerin ergen çocuklarının dürtü kontrol düzeyleri Barrat Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ) ile değerlendirilerek karşılaştırılmış ve boşanmış ailelerde ebeveynlerin eğitim durumu, ergenin cinsiyeti, yaşı, ergenin hangi ebeveynde kaldığı, boşanma üzerinden geçen sürenin dürtü kontrol düzeyine etkisi incelenmiştir. p değerinin <0,05 olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. **Bulgular:** BDÖ toplam puanları ve alt ölçek puanları açısından evli ve boşanmış ailelerin çocuklarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,743). Boşanmış ailelerde ise anne ve babanın eğitim düzeyi, ergenin hangi ebeveynde kaldığı ve çocuğun cinsiyetine göre BDÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmazken, boşanma sürecinden sonra geçen süre ile BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,002). **Sonuç:** Bu çalışmanın veri analiz sonuçları boşanma olgusunun 12-17 yaş arasında ergenlerin dürtü kontrol düzeylerine etki etmediğini göstermiştir. Boşanma sürecinde 6 yaş ve daha küçük olan ergenlerin daha yüksek yaş grubunda olan ergenlere göre daha fazla dürtü denetim sorunu yaşayabileceği düşünülmüştür. Ergenlerde dürtüsellik çalışmalarının boşanma ile birlikte daha farklı etkenlerle incelenerek değerlendirilmesinin daha iyi sonuçlar vereceği değerlendirilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Dürtü denetim, Ergenlik, Evlilik, Boşanma

(*Klinik Psikiyatri 2018;21:137-147*)

DOI: 10.5505/kpd.2018.44127

SUMMARY

Objective: The impact of parental coexistence on overcoming the adolescence period is being discussed. The aim of this study is to examine if there is a statistically significant difference in the level of impulse control among the adolescent children of married and divorced couples and to investigate the effect of the socio-demographic characteristics of the divorce process on impulsivity of adolescents. **Method:** Fifty girls and 50 boys ages of 12-17 with divorced parents, 50 boys and 50 girls with undivorced parents were included in the study. This is a cross-sectional study. The impulse control levels of adolescents were compared with the Barrat Impulsiveness Scale (BIS). The effect of the educational status of the parents, the gender and the age of the adolescent, the parent with whom the adolescent live, time after divorce process on the level of impulse control were examined. The value of p<0.05 was considered as statistically significant. **Results:** There were no statistically significant differences between groups in total BIS scores and all subscale scores (p=0,743). In the divorced families, statistically significant difference was found between the time after the divorce and the BIS scores (P=0,002), while there was no statistically significant difference between the education levels of the parents, the parent with whom the adolescent live and the gender of adolescent. **Discussion:** According to this study, divorce did not effect the impulse control levels of adolescents between 12-17 years. Adolescents aged 6 years or younger in the divorce process were thought to have more impulse control problems than olders. It was thought that evaluation of divorcement and different factors would give better results in studies about impulsivity in adolescence.

Key Words: Impulse control, Adolescence, Marriage, Divorce

GİRİŞ

Ergenlik dönemi bireyin kendi kimliğini kazanma, kendi kendine kararlar alabilme, özgüven gibi duygularının ve daha birçok gelişimsel özelliklerinin tamamlanması açısından kritik bir dönemdir. Bu dönemin sağlıklı bir şekilde atlatılabilmesi için ebeveyn desteğinin ve kimlik arayışına ikincil gelişen arkadaş ilişkilerinin önemi göz ardı edilemez.

Ergenlik çocukluktan yetişkinliğe basit bir geçiş dönemi değil, yetişkin davranış ve duygularının oluştuğu bir olgunlaşma zamanıdır. Bu dönemde ayrıca bir "sağlık paradoksu" (health paradox) vardır, ergenlikteki bilişsel ve fiziksel kapasite artışına karşın, özellikle stresli ve duygu yüklü durumlardaki yargılama hataları sonucunda bu dönemde morbidite ve mortalite yüksektir (1).

Ergenlerin kendine zarar verme davranışları çoğunlukla dürtüseldir (2,3). Ergenlerde özkıyım davranışı için risk değerlendirirken öfke ve dürtüsellik faktörü göz ardı edilmemelidir (4).

Ergenlik bireyin her ne kadar bağımsız olma çabalarının görüldüğü bir dönem olsa da aynı zamanda kişinin ebeveyn desteğine ihtiyaç duyduğu bir dönemdir. Bu dönemde ebeveyn eksikliği ergende aşırı riskli davranışlar göstermesine, kendisini savunmasız hissetmesi sonucunda ya içine kapanma ya da öfke davranışlarına neden olabilmektedir.

Ergenler ebeveynlerinin boşanması sonrasında babaya özlem duyma, ekonomik anlamda sıkıntı, baba ile ilişkisinde bozulma, bulunduğu ortamı değiştirme, anne ve babanın bir arada olmasına özlem duyma ve psikolojik sıkıntılar yaşamaktadır (5).

Okul öncesi dönemin ve ergenliğin benmerkezci yapısı bu dönem çocuklarının boşanma gibi sosyal sorunlarda kendilerini suçlama eğilimine neden olabilmektedir. Boşanmayı kabul etmeyen ergenlerin okuldan kaçma, intihar etme, yasadışı işlere karışan kimselerle arkadaşlık etme gibi tehlikeli davranışlarının daha yüksek düzeyde olabileceği

düşünölmekle birlikte boşanmanın ergenler üzerinde uç rahatsızlıklara sebep olmadığı boşanmanın olumsuz etkilerinin cinsiyetler arasında fark yaratmadığı ve boşanmanın ve aile içi çatışmaların uzun dönem etkilerinin yaşa ve cinsiyete göre farklılık göstermediği Hansell tarafından yapılan bir araştırmada belirtilmektedir (6).

144 çocuk üzerinde uygulanan anket yoluyla yapılan bir çalışmada boşanmış aile çocuklarının geliştirdikleri tepkilerin görülme sıklıklarının yaşlara göre değiştiği, en çok beş-altı yaş grubu çocuklarının etkilendiği, tepkilerin görülme sıklığı açısından cinsiyet faktörünün önemli olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, okul çağı boşanmış aile çocukları ile normal aile başına sahip çocukların akademik davranış biçimleri arasında belirgin bir farkın olduğu görölmüştür. Çocukların geliştirdiği tepki biçimlerinden uyku bozukluğu, gece işemesi, iştahsızlık veya çok yemek yeme davranışı, konuşmada tutukluk, tırnak yeme ve ayrılığı inkar gibi uyumsuzluk belirtilerinin en çok beş-altı yaş grubunda; kusmalar, baş ve karın ağrıları gibi uyumsuzluk belirtilerinin ise en çok sekiz-on yaş grubunda ortaya çıktığı belirtilmiştir (7).

Öte yandan boşanma süreci, ergenler üzerinde sosyal ve duygusal etkilerin yanı sıra davranışsal sonuçlar da doğurabilir. Boşanmış ailelerin çocuklarına gerekli desteği sağlayamadıkları durumlarda; ergenlerde geç sosyalleşme, öfke, kurallara karşı gelme gibi tepkilerin yanı sıra depresyon endişe, güvensizlik, okula uyum sağlamada güçlük, benlik algısında zayıflama ve özgüven eksikliği gibi sorunlar yaşandığı ortaya konmuştur (8).

Ayrıca annesi babası boşanmış ergenlerin annesi babası birlikte yaşayan ergenlere kıyasla yaşam doyum düzeylerinin daha düşük; yalnızlık düzeylerinin ise daha yüksek olduğu bulunmuştur (9).

Boşanma ergenlerde okul başarısızlığı, içe kapanma, tepkisellik yaratabilir (10). Öte yandan boşanma sonrasındaki ilk iki yılın önemli olduğu ve boşanmanın çocuk üzerinde depresif duygulanıma ve içe çekilmeye yol açtığı (11), sinirli olma, sorunla başa çıkamama, dürtüsellik (12), şok, mutsuzluk, yalnızlık, şaşkınlık ve ebeveynlere öfke (13) gibi etkilere yol açtığı belirtilmiştir.

Bütün bu araştırma sonuçları dikkate alındığında boşanmanın çocuk ve ergenlerde yaşam doyumunu düşürdüğü, depresyon seviyelerini yükselttiği, içe kapanmaya yol açtığı, akademik başarısızlığı tetiklediği ve psikolojik uyum davranışını azalttığı söylenebilir.

Barratt ve Patton tarafından dürtüsellik; nörofizyolojik temele dayanan, davranışın bağlam ve sonuçlarına uymada yetersizlik olarak tanımlanmaktadır (14).

Moeller'e göre ise dürtüsellik;

- Davranışın olumsuz sonuçlarına duyarlılıkta azalma,
- Bilginin işlemlenmesi tamamlanmadan önce uyarana hızlı, plansız tepki verme
- Uzun dönem sonuçlara önem verme eksikliği olarak tanımlanabilir (15).

Dürtüsellik normal ve patolojik kişilik yapılarıyla, çeşitli psikiyatrik bozukluklarda anahtar role sahip bir özelliktir (16).

Barratt'a göre dürtüsellik tepki baskılama hatalarını, hızlı bilgi işleme sürecini, yenilik arayışını ve hazzı erteleme yetersizliğini de içeren çok boyutlu bir kavramdır (17). Dürtüselligi yüksek olanların en göze çarpan özellikleri davranışlarının olumsuz sonuçlarına aldirmamaları, çevresel-içsel uyarana bilgi işleme ve yargılama sürecini tamamlamadan plansız ve hızlı bir şekilde yanıt vermeleri ve uzun süreli sonuçlar için sabredememeleridir (15).

Tanı ölçütü olarak dürtüsellik; birçok hastalığın içerisinde yer almaktadır. Dürtüsellikle karakterize ruhsal bozukluklar çocuk ve erişkinlerde farklı gruplarda bulunmaktadır (18). Çocuklarda dürtüsellik daha çok dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve davranım bozukluğu ile ilişkilendirilirken; erişkinlerde kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları, başta bipolar bozukluk olmak üzere duygudurum bozuklukları, şizofreni ve madde kullanım bozuklukları gibi birçok farklı bozukluklarda görülebilmektedir (15).

Biz bu çalışmada, boşanmış ailelerde ergen çocukların dürtü kontrol sorunlarının boşanmamış ailelerde ki ergenlere göre anlamlı bir farklılığının olup olmadığını ve boşanmanın bu çocuklar üzerinde dürtü denetim sorunları bağlamında etkili olup olmadığını belirlemeye çalıştık.

YÖNTEM

Bu çalışma, evli ve boşanmış çiftlerin ergen yaştaki çocuklarında Barrat dürtüsellik ölçeği puanlarının karşılaştırılması amacıyla düzenlenmiş gözlemsel bir olgu kontrol çalışmasıdır.

Osmaniye ili, ilçe ve köylerinde yaşayan 12-17 yaş aralığındaki öğrencilerden anne babası evli olan 100 ergen kontrol, anne babası boşanmış olan 100 ergen ise olgu grubu olarak belirlenmiştir.

Kontrol ve olgu grubu cinsiyete göre eşleştirilmiştir. Her bir gruptaki ergenler 2015-2016 yılında Osmaniye ili Kadirli ilçesi ve köylerinde yaşayan ergenlerden seçilmiştir.

Araştırma verileri; "Barratt Dürtüsellik (İmpulsivite) Ölçeği" ve çalışma için geliştirilen "Sosyodemografi Bilgi Formu" ile elde edilmiştir. Ayrıca katılımcı ergenlerin ailesinden ve kendilerinden bilgilendirilmiş onam formu imzalatılarak onayları alınmıştır. Barrat dürtüsellik ölçeği özbildirim ölçeği olması sebebiyle araştırmaya katılan ergenlere ölçekle ilgili ön bilgi verilerek doldurmaları sağlanmıştır.

Araştırmada kullanılan ölçekler için ölçekleri geliştiren kişilerden yazılı izin alınmıştır. Katılımcıların araştırmaya gönüllü katılımı söz konusudur. Araştırmada bilimsel etik kurallarına uyulmuştur.

Örneklem grubunu oluşturan ergenlerin kullanılan ölçeğe ve demografik bilgi formuna içtenlikle cevap verdikleri kabul edilmiştir. Örneklem grubunun evreni temsil ettiği düşünülmektedir.

Barratt Dürtüsellik (İmpulsivite) Ölçeği 11 (BIS-11): BIS-11 dürtüsellik görünümünü değerlendiren 30 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir.

Maddeler 1=nadiren/hiçbir zaman; 2=bazen; 3=sıklıkla; 4=hemen her zaman/her zaman şeklinde 4'lü likert tiptedir. Plan Yapmama, Motor Dürtüsellik, Dikkatte Dürtüsellik şeklinde, güvenilirliği iyi olan birbiri ile örtüşmeyen 3 alt ölçeği bulunmaktadır. Bu her bir alt ölçeğin altında 2 ölçek daha yapılandırılmıştır. Dikkat ve Bilişsel düzensizlik, Motor ve İnatlaşma, Öz kontrol ve Bilişsel karışıklık. Yüksek BIS değerleri daha yüksek düzeyde dürtüsellik göstergesidir. Kesme puanı belirlenmemiştir. Bu nedenle karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılmaktadır. Patton JH, Stanford MS, Barrat ES tarafından geliştirilmiştir (19). Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Hüseyin Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (20). Türkiye'de ergenlerde değişik çalışmalarda kullanılmıştır (4).

Sosyodemografik Veri Formu; Demografik bilgilerin yer aldığı cinsiyet, yaş, anne-baba eğitim düzeyi, anne-baba ayrılığında sonra geçen süre sorularının yer aldığı kişisel bilgi formu hazırlanmıştır.

İstatistiksel Analiz

Çalışmamızda tüm istatistiksel değerlendirmeler IBM The Statistical Package for Social Sciences(SPSS) Statistics v22 (IBM Corporation, New York, United States) İngilizce paket programı yardımıyla yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu test edilmiş, normal dağılım gösteren

sürekli değişkenlerin analizinde sample-t testi veya tek yönlü varyans analizi, normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenlerin analizinde ise Mann whitney U veya Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin analizinde ise ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar ortalama±standart sapma, medyan (min-max), n ve yüzde olarak ifade edilmiştir. p değerinin <0,05 olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan ergenler ebeveyni boşanmış 50 erkek ve 50 kız ve ebeveyni boşanmamış 50 erkek ve 50 kız olarak tanımlanmıştır.

Ergenlerin yaşları 12-13, 14-15 ve 16-17 olarak gruplandırılmıştır. Araştırmaya katılan ergenlerin ebeveyni evli olanların 12-13 yaş grubundakilerin oranı %23, boşanmış olanların %41, 14-15 yaş gruplarının ise ebeveyni evli olanların %26, boşanmış olanların %29, 16-17 yaş grubundakilerin oranı ebeveyni olanlarda %51, boşanmış olanlarda %30 olarak bulunmuştur. Anne babası evli olan ergenlerin yaş ortalaması 15,2±1,9, boşanmış olan ergenlerin ise 14,2±1,9'dır (Tablo 1).

Ebeveyni evli olan ergenlerin anne eğitim düzeyi ilkökullü olanların oranı %48, ortaokul olanların %23, lise olanların %24 ve lisans olanların %5 olarak belirlenmiştir. Baba eğitim düzeyleri ise ilkökullü olanların %29, ortaokul olanların %22, lise

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Ergenlerin Yaş Grupları ve Ebeveyn Eğitim Düzeyleri

		EVLİ		BOŞANMIŞ		p
		n	%	n	%	
Ergenlerin yaş gruplaması						
Yaş grubu	12-13	23	(23,00)	41	(41,00)	
	14-15	26	(26,00)	29	(29,00)	
	16-17	51	(51,00)	30	(30,00)	
Yaş (Ort±SS)		(15,2±1,9)		(14,2±1,9)		
(Min-Max)		(12-17)		(12-17)		
Ebeveynlerin eğitim durumu						
Anne Eğitim Durumu	İlkokul	48	48,0	24	24,0	0,001
	Ortaokul	23	23,0	24	24,0	
	Lise	24	24,0	37	37,0	
	Lisans	5	5,0	15	15,0	
Baba Eğitim Durumu	İlkokul	29	29,0	28	28,0	0,725
	Ortaokul	22	22,0	17	17,0	
	Lise	36	36,0	43	43,0	
	Lisans	13	13,0	12	12,0	

Ort-Ss: Ortalama -Standard sapma, n: Olgu sayısı

Tablo 2. Boşanmaya Ait Tanımlayıcı Özellikler

	Boşanmış Aile (n=100)	
	n	%
Anne-Baba Ayrılığı Üzerinden Geçen Süre	1 yıl	10,0
	2 yıl	13,0
	3-9 yıl	59,0
	>10 yıl	18,0
Anne-Baba Ayrılığı Üzerinden Geçen Süre Ort±Ss (Min-Max)		5,9±3,9 (1-15)
Anne-Baba Ayrılığında Çocuğun Bakım Aldığı Kişi	Anne	85,0
	Baba	15,0

n: Olgu sayısı, Ort -Ss: Ortalama -Standart sapma

olanların %36 ve lisans olanların oranı ise %13 olarak belirlenmiştir. Ebeveyni boşanmış olanlar da ise annesi ilkököl olanların oranı %24, ortaokul olanların %24, lise olanların %37, lisans olanların %15 olarak belirlenmiştir. Baba eğitim düzeyleri ise ilkököl olanların %28, ortaokul olanların %17, lise olanların %43 ve lisans olanların %12 olarak belirlenmiştir. Ebeveyn eğitim durumlarına bakıldığında, Baba eğitim durumu gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Anne eğitim durumu lise düzeyinde olan ebeveynlerde boşanmanın diğer eğitim düzeylerine göre anlamlı olarak daha yüksek oranda görüldüğü belirlenmiştir (p=,001). (Tablo 1).

Boşanmış ailelerde anne baba ayrılığında çocuğun yaş ortalamasının 8,2±3,9 olduğu ve ayrılıktan sonra ergenlerin %85'inin anneden bakım aldığı belirlenmiştir. Anne baba ayrılığı sürecinde 1-5 yaş aralığında olan ergenlerin oranı %30, 6-10 yaş

aralığında olanların %39, 10 yaş ve üzeri olanların oranı ise %31 olarak belirlenmiştir. Anne baba ayrılığı üzerinden geçen süre ortalaması 5,9±3,9 olarak belirlenmiştir. Anne baba ayrılığının üzerinden geçen sürenin 2 yıl ve daha kısa olanların oranı toplamda %23 iken, bu oran 3-9 yıl olanlarda %59, 10 yıl ve üzeri olanlarda ise %18 olarak belirlenmiştir (Tablo 2).

BDÖ toplam puan ve alt ölçek puanlarının çalışma gruplarına göre dağılımı tablo 3'de izlenmektedir. BDÖ toplam puanı evli ailelerin çocuklarında 61,4±12,8 iken boşanmış ailelerin çocuklarında puan ortalaması 61,6±13,0 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=,743). (Tablo 3)

BDÖ toplam puan ve alt ölçek puanlarının anne babanın ayrılmasından sonra geçen süreye göre dağılımı tablo 4'de özetlenmiştir. Anne babanın

Tablo 3. Gruplara Göre Ölçek Toplam Puan ve Alt Ölçek Puan Dağılımları

	BDÖ	Grup		p
		Evli Ort±Ss	Boşanmış Ort±Ss	
1. sıra faktörler	Dikkat	10,2±3,0	10,0±3,0	,728
	Bilişsel düzensizlik	5,9±2,1	6,2±2,1	,346
	Motor	12,9±3,8	13,3±4,0	,366
	İnatlaşma	6,4±2,0	6,8±2,4	,325
	Öz kontrol	13,8±3,3	13,3±3,6	,278
	Bilişsel karışıklık	12,3±3,1	12,1±2,9	,653
2. sıra faktörler	Dikkatte Dürtüsellik	16,1±4,5	16,2±4,5	,829
	Motor Dürtüsellik	19,2±5,4	20,1±5,8	,218
	Plan Yapmama	26,1±5,8	25,4±6,0	,408
	Toplam puan	61,4±12,8	61,6±13,0	,743

BDÖ: Barrat Dürtüsellik Ölçeği, Ort -Ss: Ortalama -Standart sapma

Tablo 4. Ebeveyn Ayrılığından Sonra Geçen Süreye Göre BDÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puan Dağılımları

	BDÖ	Ayrılıktan sonra geçen süre				p
		1 yıl	2 yıl	3-9 yıl	10+yıl	
		Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss	
1. sıra faktörler	Dikkat	8,5±2,2	8,8±2,7	9,9±3,0	11,9±2,8	,008
	Bilişsel düzensizlik	4,5±1,4	6,8±2,2	6,1±2,1	7,1±2,1	,013
	Motor	11,0±2,9	12,9±4,2	13,3±4,0	14,8±3,8	,049
	İnatlaşma	5,4±1,2	7,0±2,6	6,9±2,4	7,2±2,3	,242
	Öz kontrol	11,3±2,6	13,3±4,4	12,7±3,2	16,1±3,5	,003
	Bilişsel karışıklık	11,4±3,8	11,7±3,4	11,6±2,5	14,4±2,3	,002
2. sıra faktörler	Dikkatte Dürtüsellik	13,0±3,1	15,6±4,1	16,0±4,5	18,9±4,1	,006
	Motor Dürtüsellik	16,4±3,1	19,9±6,7	20,2±5,9	22,0±5,3	,043
	Plan Yapmama	22,7±6,2	25,0±7,4	24,3±5,0	30,6±5,5	,002
	Toplam puan	52,1±10,5	60,5±14,8	60,5±12,2	71,5±10,0	,002

BDÖ: Barrat Dürtüsellik Ölçeği, Ort -Ss: Ortalama -Standart sapma

ayrılığından sonra geçen süre arttıkça "İnatlaşma" alt ölçeği hariç tüm ölçeklerdeki puan ortalamaları istatistiksel olarak artmaktadır. Ayrılığın birinci yılında olanların BDÖ toplam puan ortalaması; 52,1±10,5, ayrılığın üzerinden 2 yıl geçmiş olanlarda; 60,5±14,8, 3-9 yıl geçmiş olanlarda; 60,5±12,2, 10 yıl ve üzeri süre geçmiş olanlarda ise 71,5±10,0 olarak belirlenmiştir (p=0,002). Bu sonuçlar ebeveyn ayrılığından 10 yıl ve üzeri süre geçmiş olan yani 6 yaş öncesi ebeveynleri ayrılmış olan ergenlerde dürtü denetim sorunlarının, daha ileri yaşlarda ebeveyn ayrılığı ile karşılaşmış olan ergenlere göre daha fazla görüldüğü şeklinde yorumlanmıştır. (Tablo 4)

Toplam puan ve alt ölçek puanları Anne baba ayrıldığında çocuğun bakım aldığı kişiye göre anlamlı fark göstermemektedir (Tablo 5).

Yaş, cinsiyet, anne ve baba eğitim durumu alt grup analizleri tablo 6 ve 7'de sunulmuştur.

BDÖ toplam puan ortalamaları her bir yaş alt grubunda ailenin evli ve boşanmış olma durumuna göre fark göstermemektedir. Alt ölçeklerin değerlendirilmesinde; 16-17 yaş grubu boşanmış ebeveynlerin ergen çocuklarında motor dürtü alanında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir (p=0,032). Boşanmış ebeveynlerin 16-17 yaş ergen çocuklarında motor dürtüsellik düzeyi daha yüksek bulunmuştur.(Tablo 6)

Cinsiyet alt grup analizinde; evli ve boşanmış ebeveynlerin ergen çocuklarında BDÖ toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. (Tablo 6)

Tablo 5. Ebeveyn Ayrılığından Sonra Çocuğun Bakım Aldığı Kişiyi Göre Ölçek Toplam Puan ve Alt Ölçek Puan Dağılımları

	BDÖ	Anne baba ayrıldığında çocuğun bakım aldığı kişi		p
		Anne	Baba	
		Ort±Ss	Ort±Ss	
1. sıra faktörler	Dikkat	10.0±3.0	9.5±3.1	,583
	Bilişsel düzensizlik	6.2±2.2	6.2±2.0	,811
	Motor	13.4±4.0	12.7±3.4	,775
	İnatlaşma	6.9±2.4	6.0±2.0	,124
	Öz kontrol	13.3±3.7	13.1±3.0	,873
	Bilişsel karışıklık	12.2±2.9	11.7±2.8	,506
2. sıra faktörler	Dikkatte Dürtüsellik	16.3±4.5	15.7±4.3	,801
	Motor Dürtüsellik	20.4±6.0	18.7±4.6	,489
	Plan Yapmama	25.5±6.2	24.7±5.4	,572
	Toplam puan	62.1±13.3	59.2±11.6	,469

BDÖ: Barrat Dürtüsellik Ölçeği, Ort -Ss: Ortalama -Standart sapma

Tablo 6. Yaş ve Cinsiyet Alt Grupları İçinde Alt Ölçek ve Toplam Puanların Ailenin Evli ve Boşanmış Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması

		GRUPLAR		
		EVLİ	BOŞANMIŞ	
		Ort±Ss	Ort±Ss	p
Yaş grubu				
12-13	Dikkatte Dürtüsellik	15,9±5,0	14,9± 4,7	,435
	Motor Dürtüsellik	19,6±5,5	18,8±6,2	,423
	Plan Yapmama	24,0±5,8	23,5±5,7	,839
	Toplam BDÖ puanı	59,4±13,6	57,1±12,5	,585
14-15	Dikkatte Dürtüsellik	16,0±4,8	17,0±3,9	,290
	Motor Dürtüsellik	19,7±5,9	20,3±4,5	,192
	Plan Yapmama	25,0±6,6	26,2±5,6	,307
	Toplam BDÖ puanı	60,7±15,0	63,4±11,6	,197
16-17	Dikkatte Dürtüsellik	16,2±4,2	17,2±4,4	,224
	Motor Dürtüsellik	18,9±5,2	21,7±6,1	,032
	Plan Yapmama	27,6±5,1	27,1±6,3	,746
	Toplam BDÖ puanı	62,7±11,3	66,0±13,4	,160
Cinsiyet				
Kız	Dikkatte Dürtüsellik	16,0±4,5	16,6±4,7	,417
	Motor Dürtüsellik	18,8±6,0	20,4±6,6	,178
	Plan Yapmama	25,4±5,7	25,9±6,3	,639
	Toplam BDÖ puanı	60,2±13,5	62,9±13,7	,262
Erkek	Dikkatte Dürtüsellik	16,2±4,5	15,7±4,3	,656
	Motor Dürtüsellik	19,6±4,9	19,8±4,9	,830
	Plan Yapmama	26,8±5,9	24,8±5,8	,085
	Toplam BDÖ puanı	62,6±12,1	60,4±12,2	,368

BDÖ: Barrat Dürtüsellik Ölçeği, Ort -Ss: Ortalama -Standart sapma

Anne eğitim düzeyi alt grup analizlerinde; evli ve boşanmış ebeveynlerin ergen çocuklarında BDÖ toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. (Tablo 7)

Baba eğitim durumu alt grup analizinde; ebeveynleri evli olan ergenlerle, ebeveynleri boşanmış olan ergenler arasında BDÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Boşanmış ebeveynlerde baba eğitim durumu ortaokul düzeyinde olan ergenlerin Dikkatte dürtüsellik puanı evli ebeveynlerin ergen çocuklarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,028$). Baba eğitim durumu lise düzeyinde olan evli olan ebeveynlerin ergen çocuklarında boşanmış olanların ergen çocuklarına göre plan yapmama alt ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,043$). (Tablo 7)

TARTIŞMA

Çalışmamızda boşanmanın ve boşanma ile ilgili

sosyodemografik özelliklerin ergen yaş grubunda dürtü denetim sorunları ile ilişkisi değerlendirilmiştir. Boşanma olgusunun ergenler ve çocuklar üzerinde etkisinin incelendiği literatürde sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılabilmektedir. Bu çalışmaların çok az bir bölümünde dürtüsellik boyutu ile ilgili çalışmaya rastlanmıştır.

Bazı araştırmalar boşanmış ailelerin çocuklarının uzun sürede boşanmanın olumsuz sonuçlarının üstesinden gelebildiğini ve psikolojik uyum açısından evli ailelerin çocukları ile aralarında bir fark olmadığını belirtmektedir (21,22). Daha yeni tarihli araştırmalar ise boşanmanın ardından çocukların uzun süre boşanmanın olumsuz etkilerini yaşadıkları ile ilgili sonuçlar paylaşmaktadır (23,24,25).

Boşanmanın, potansiyel olarak çocuğu ciddi bir şekilde etkileyebilecek bir dizi değişikliği beraberinde getirdiği belirtilmektedir (23,26,27).

Hem anne hem de babanın ebeveynlik rolleri birbirinin tamamlayıcısıdır. Bu nedenle, anne ve babanın boşanmasının ardından birbirlerinin evde-

Tablo 7. Anne ve Babanın Eğitim Alt Grupları İçinde Alt Ölçek ve Toplam Puanların Ailenin Evli ve Boşanmış Olma Durumuna Göre Karşılaştırılması

		GRUPLAR		p
		EVLİ	BOŞANMIŞ	
		Ort±Ss	Ort±Ss	
Anne eğitim durumu				
İlkokul	Dikkatte Dürtüsellik	15,6±4,5	14,8±3,6	,760
	Motor Dürtüsellik	19,1±5,7	18,8±4,2	,732
	Plan Yapmama	25,0±5,8	25,2±5,5	,792
	Toplam BDÖ puanı	59,7±13,5	58,9±10,5	,924
Ortaokul	Dikkatte Dürtüsellik	16,8±4,2	17,2±5,0	,949
	Motor Dürtüsellik	18,4±4,3	21,4±5,7	,063
	Plan Yapmama	26,6±6,7	26,4±5,6	,907
	Toplam BDÖ puanı	61,8±12,3	65,0±12,3	,282
Lise ve üstü	Dikkatte Dürtüsellik	16,4±4,7	16,3±4,5	,980
	Motor Dürtüsellik	20,2±5,8	20,1±6,4	,759
	Plan Yapmama	27,4±4,9	24,9±6,5	,077
	Toplam BDÖ puanı	64,0±11,9	61,4±14,2	,408
Baba eğitim durumu				
İlkokul	Dikkatte Dürtüsellik	15,7±4,3	15,5±4,2	,994
	Motor Dürtüsellik	18,7±5,6	19,7±5,0	,223
	Plan Yapmama	26,1±5,6	26,6±6,6	,817
	Toplam BDÖ puanı	60,4±11,8	61,8±13,0	,592
Ortaokul	Dikkatte Dürtüsellik	15,7±5,1	18,6±3,1	,028
	Motor Dürtüsellik	18,7±4,7	20,1±4,0	,118
	Plan Yapmama	24,7±7,1	25,8±4,9	,386
	Toplam BDÖ puanı	59,1±14,4	64,6±10,6	,067
Lise ve üstü	Dikkatte Dürtüsellik	16,5±4,4	15,8±4,8	,244
	Motor Dürtüsellik	19,8±5,7	20,3±6,6	,832
	Plan Yapmama	26,7±5,4	24,6±6,1	,043
	Toplam BDÖ puanı	63,1±12,7	60,7±13,7	,275

BDÖ: Barrat Dürtüsellik Ölçeği, Ort -Ss: Ortalama -Standart sapma

ki yerlerini doldurmaya çalışmalarının ve çocuğu diğer ebeveyni ile görüşürmemelerinin çocuk üzerinde olumsuz etkileri olacağı belirtilmektedir. Boşanma sonrasında çocuğun bakımı için eski eşinden çok az destek alabilen ya da hiç destek alamayan ebeveynler hayatlarını dengede tutmakta zorlanmakta ve çocukları uyum problemleri yaşayabilmektedirler (26).

Amato'nun, 1986 yılında yaptığı 33 araştırmanın meta analiz çalışmasında, çocukluk dönemlerinde ebeveynlerinin boşanma sürecini yaşayan ergenlerin, daha az psikolojik uyuma, daha düşük bir sosyoekonomik düzeye ve kendi kurdukları aile içinde daha fazla sıkıntılara sahip olduğu bulunmuştur (13).

Bir başka çalışmada anne-babası boşanmış ergenlerin anne-babası birlikte yaşayan ergenlere göre; yüksek düzeyde depresyon ve stres düzeyine sahip oldukları sonucuna varılmıştır (28).

Önder'in 2011 yılında yaptığı bir çalışmada hem anne-babası boşanmış çocukların hem de annelerinin anksiyete düzeylerinin, anne-babası evli olan çocuklar ve onların annelerine göre daha yüksek düzeyde olduğu yönünde bulgular elde edilmiştir (29).

Anne-babası boşanmamış 91 ergen ve anne-babası boşanmış 76 ergenin psikolojik uyumlarının incelendiği bir çalışmada; anne-babası boşanmış ergenlerin, anne-babası birlikte yaşayan ergenlere göre; yaşam doyumlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (24).

12-14 yaşları arasında, boşanmış ebeveyne sahip 24 ve boşanmamış ebeveyne sahip 24 ergenlik dönemindeki birey üzerinde yapılan bir çalışmada, boşanmış ebeveyne sahip ergen bireylerin sürekli öfke düzeyleri, boşanmamış ebeveyne sahip ergen bireylerin sürekli öfke düzeylerine göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (30).

13-19 yaş arası, boşanmış ebeveyne sahip 1810 ve boşanmamış ebeveyne sahip 6784 ergen bireyle yapılan bir araştırmada, boşanmış ebeveyne sahip ergen bireylerin kaygı düzeylerinin, boşanmamış ebeveynlere sahip ergen bireylere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (31).

1990 yılında 10.sınıfta okuyan boşanmamış ebeveynlere sahip 8737 ergen bireyin benlik saygılarını, 1992 yılında ebeveynleri boşandıktan sonraki sonuçlar ile karşılaştıran bir çalışmada ergenlerin benlik saygılarının boşanmadan sonra düştüğü bulunmuştur (32).

Bizim araştırmamızda ailesi boşanmış ve boşanmamış 12-17 yaş aralığındaki ergen yaş grubunun, BDÖ toplam puanı ve alt ölçek puanları karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı sonucu bulunmuştur.

Block ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada, boşanmadan sonra erkek çocuklarda atılganlık ve saldırganlık davranışları görülmesine rağmen, kızlarda boşanmanın etkisinin daha az olduğu görülmüştür (33). Yine bu konuda yapılan araştırma bulgularına bakıldığında boşanmanın, kız ve erkek çocuklarını aynı şekilde etkilemediği; kız çocuklarının, boşanma sonrası bu duruma daha kolay uyum göstermelerine karşın, erkek çocukların, daha fazla davranış bozukluğu, saldırganlık ve kişiler arası ilişki problemleri gösterdikleri görülmüştür (34, 35). Benzer bir çalışmada erkek çocuklar yaşadıkları olumsuz duyguları doğrudan çevrelere yansıtırlarken; kız çocuklarının, öfke duygularını daha örtük biçimde yansıttıkları görülmüştür (36).

Ayrıca boşanma genellikle babanın evden ayrılmasıyla sonuçlandığı için, cinsiyete uygun model eksikliği yaratan bu olayın erkek çocukların uyumunu olumsuz yönde daha fazla etkilediği, depresyon, karşı koyma ve dürtüsel hareket etme gibi belirtileri içine alan olumsuz davranışları daha fazla gösterdikleri belirtilmektedir (34,37,38,39).

Fiyakalı (2008) tarafından yapılan anne-babası boşanmış ve boşanmamış lise öğrencilerinin sürekli öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzlarının cinsiyet, sınıf düzeyi, anne-baba öğrenim düzeyi ve algılanan

anne-baba tutumlarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını karşılaştırmalı olarak incelemiştir. 454 kız ve 382 erkek olmak üzere toplam 836 öğrenci dahil edilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, anne-babası boşanmış ve boşanmamış lise öğrencilerinin sürekli öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları arasında cinsiyete, sınıf düzeyine ve anne-baba öğrenim düzeyine göre anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Cinsiyet temel etkisinin ise öğrencilerin sürekli öfke düzeyi ve öfke ifade tarzları üzerinde bir fark yaratmadığı gözlenmiştir. Anne-babası boşanmış ve boşanmamış lise öğrencilerinin sınıf düzeylerine göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (40).

Bizim çalışmamızda evli ve boşanmış ebeveynlerin ergen çocuklarında dürtüsellikte erkek cinsiyette ve kadın cinsiyette anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Aynı zamanda boşanmış ebeveynlerde erkek çocuklar ve kız çocukları arasında BDÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

0-10 yaş arası çocuklarda yapılan bir araştırmanın analiz sonuçlarına göre, boşanma olayından en çok beş-altı yaş grubu çocukların diğer yaş gruplarına göre daha çok etkilendiği belirlenmiştir (7). Bizim araştırmamızın analiz sonuçları incelendiğinde boşanma olgusunu 0-6 yaş arasında gerçekleşmesi durumunda BDÖ puanlarının yüksek seviyelerde çıkması 0-6 yaş arasında gerçekleşen boşanma olgusunun ergenin dürtü denetimine olumsuz etki edebileceği düşündürmüştür. Ayrıca bu araştırmanın veri analiz sonuçlarına göre boşanmanın üzerinden geçen sürenin ergenlerin dürtü denetimine etki edebileceği gözlenmiştir.

Anne-babası boşanmış ve boşanmamış ergenlerin benlik imgelerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada annenin eğitim düzeyi ergenlerin benlik imgesi üzerinde etkili olurken, babanın eğitim düzeyinin ergenlerin benlik imgesi üzerinde etkili olmadığı bulunmuştur (41).

Anne-babası boşanmış ve boşanmamış lise öğrencilerinin annelerinin öğrenim düzeylerine göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Baba öğrenim düzeyi temel

etkisinin öfke içte ve öfke kontrol tarzlarının anlamlı bir farka neden olduğu bulunmuştur. Bu farka göre ise, babaları üniversite mezunu olan öğrencilerin daha fazla öfke içte ve öfke dışı tarzı gösterdikleri görülmüştür (40).

Bizim çalışmamızda anne ve baba eğitim düzeyi ile BDÖ puanları karşılaştırılmış ve anne eğitim düzeyinin boşanmış ve evli ebeveynlerin ergen çocuklarında dürtüsellik boyutunda istatistiksel bir farklılık yaratmamıştır. Ancak baba eğitim düzeyinin ortaokul seviyesinde olduğu boşanmış ebeveynlerin ergen çocuklarında "dikkatte dürtüsellik" alt ölçek puanında istatistiksel olarak anlamlı bir artış saptanmıştır. Yine baba eğitim düzeyinin lise ve üstü seviyede olduğu evli ebeveynlerin ergen çocuklarında "plan yapmama" alt ölçek puanında boşanmış ebeveynlerin ergen çocuklarına göre anlamlı bir artış saptanmıştır.

Çalışmamızdan ortaya çıkan önemli sonuçlardan biri boşanmanın demografik özelliklerine göre elde edilen sonuçlar olmuştur. Ayrılıktan sonra geçen sürenin 10 yıldan fazla olduğu ergenlerde BDÖ toplam puanı, 1.sıra faktörlerde inatlaşma dışında ve 2. sıra faktörlerin tümünde puanlar anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar ayrılığın ergenin 0-6 yaş aralığında olmasının dürtüsellikte inatlaşma dışında tüm alt alanlarda artışla ilişkili olabileceğini düşündürmüştür.

Bu çalışmada örneklem olarak belli bir coğrafik bölge olan Osmaniye il merkezi, ilçeleri ve köy-

lerinde yaşayan 12-17 yaş arasındaki ergenlerin alınması, zaman açısından 2015-2016 yılları arasında kapsamı, çalışmaya katılan grupta dürtüsellik üzerinde etkili olabilecek pek çok faktörün göz ardı edilmesi çalışmanın sınırlılıkları olarak kabul edilmiştir.

SONUÇ

Sonuç olarak bu çalışmanın veri analiz sonuçlarında; boşanma olgusunun BDÖ ölçek genel puanlarına göre ailesi boşanmış ve boşanmamış 12-17 yaş arasında ergenlerin dürtü kontrollerine etki etmediği görülmüştür. Ayrıca ergenin boşanmadan sonra kimde kaldığı da dürtü kontrolünde etki eden bir faktör olarak değerlendirilmemiştir. Ancak boşanma sürecinde çocuğun 6 yaş ve daha küçük olmasının bu çocukların ergenlik dönemlerinde dürtü denetim sorunları yaşamasında etken bir rol oynayabileceği düşünülmüştür. Bütün sonuçlar dikkate alındığında boşanma olgusunun ergenlerde dürtü kontrol bozukluğuna doğrudan etki eden bağımsız bir faktör olmadığı, dürtü kontrol bozukluğu çalışmalarının boşanma ve daha farklı etkenlerle birlikte incelenerek değerlendirilmesinin daha iyi sonuçlar vereceği değerlendirilmiştir.

Yazışma adresi: Dr. Öğr. Üyesi Soner Çakmak, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri A.D., Adana, Türkiye
drsoncak@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Dahl RE. Adolescent Brain Development: A Period of Vulnerabilities And Opportunities. *Ann N Y Acad Sci* 2004; 1021:1-22.
2. Hoberman HM, Garfinkel BD. Completed suicide in youth. *Can J Psychiatry* 1988;33:494-504.
3. Fox C, Hawton K (editors). *Deliberate self harm in adolescence*. London: Jessica Kingsley Publishers. 2004:17-24.
4. Akın E, Berkem M. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde öfke ve dürtüsellik. *Marmara Medical Journal* 2012;25:148-52.
5. Sancaklı D. Boşanmış Annelerin ve Çocuklarının Boşanma Sürecine İlişkin Yaşantıları. *Maltepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*. 2014.
6. Hansell, P. Divorce, family conflict and adolescents' well being. *Journal of Health and Social Behavior* 1989;30:105-116.
7. Bilir Ş, Dabanlı D. Ailelerde boşanma vakaları sonucu çocuk-
- ların geliştirdikleri tepkiler ve bu tepkileri doğuran faktörler. *Aile Yazıları* 3. Birey, Toplum ve Kişilik, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayınları, Ankara 1990. pp.143-155
8. Meriç B. Boşanmış Ailelerdeki Ergenlerin Uyum Düzeylerini ve Sosyal Becerilerini Geliştirmeye Yönelik Bir Grup Rehberliği Çalışmasının Sınanması Marmara Üniversitesi/ Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. 2007.
9. Çivitçi N, Çivitçi A, Fiyakalı C. Anne-babası boşanmış ve boşanmamış olan ergenlerde yalnızlık ve yaşam doyumu. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri* 2009;9: 493-525.
10. Lap F. Boşanma sürecinde çocuk. *Popüler Psikiyatri Dergisi*, 2014;78:14-17.
11. Lampel AK. Children's Alignment With Parents In Highly Conflicted Custody Cases. *Family Court Review* 1996;34:229-239.
12. Tein JY, Sandler IN, Zautra AJ. Stressful Life Events,

- Psychological Distress, Coping And Parental of Divorced Mothers: A Longitudinal Study. *J Fam Psychol* 2000;14:27-41.
13. Amato PR. Marital Conflict, The Parent-Child Relationship And Child Self Esteem. *National Council on Family Relations* 1986;35:403-410.
14. Barratt ES, Patton JH. Biological Basis of Sensation-Seeking, Impulsivity and Anxiety: Impulsivity: Cognitive, Behavioral, And Psychophysiological Correlates: Edited Zuckerman M, Lawrence Erlbaum Associates: Hillsdale NJ 1983,pp.77-116.
15. Moeller FG., Barratt SE., Dougherty DM., Schmitz JM. Psychiatric Aspects of Impulsivity. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1783-1793.
16. Yargıç İ, Ersoy E, Batmaz OS. UPPS Dürtüsel Davranış Ölçeği ile Psikiyatri Hastalarında Dürtüsellik Ölçümü, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2011;21:139-146.
17. Barratt ES. Advances in personality assessment: Impulsiveness Defined Within A Systems Model of Personality. Edited by Spielberger EP, Butcher JN, Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Sociates, 1985,pp.113-132.
18. Garland MR, Hallahan B. Essential Fatty Acids And Their Role In Conditions Characterised By Impulsivity. *Int Rev Psychiatry* 2006;18:99-105.
19. Patton JH, Stanford MS, Barrat ES. Factor Structure of the Barrat Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol* 1995;51:768-774.
20. Güleç H, Tamam L, Yazıcı Güleç M, Turhan M, Karakuş G, Zengin M, Stanford MS. Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11 (BIS-11)'nin Türkçe Uyarlamasının Psikometrik Özellikleri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2008;18:251-258.
21. Morrison DR, Cherlin AJ. The divorce process and young children's well-being: a prospective analysis. *J Marriage Fam* 1995;57:800-812.
22. Emery RE. Changing the rules for determining child custody in divorce cases. *Clin Psychol Sci Pract* 1999;6:323-327.
23. Amato PR. Research on Divorce: Continuing Trends and New Developments. *J Marriage Fam* 2010;72:650-666.
24. Stacey R, McCabe MP. Parental Divorce During Adolescence and Adjustment in Early Adulthood. *Adolescence* 2001;36:467-489.
25. Huurre T, Junkkari H, Aro H. Long-term Psychosocial Effects of Parental Divorce a Follow-up Study From Adolescence to Adulthood. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006;256:256-263.
26. Kelly JB. Risk and Protective Factors Associated with Child Adolescent Adjustment Following Separation and Divorce. In *Parenting Plan Evaluations: Applied Research for the Family Court*. Edited by Kuehnle K, Drozd L. New York, Oxford University Press, 2012, pp.49-84.
27. Amato PR, Meyers C, Emery R. Changes in Nonresident Father Contact Between 1976 and 2002. *Fam Relat* 2009;58:41-53.
28. Richardson S, McCabe MP. Parental Divorce During Adolescence And Adjustment In Early Adulthood. *Adolescence*. 2001;36:467-489.
29. Nilgün Öngider Boşanmış ve Evli Ailelerden Gelen Anneler ile Çocuklarının Anksiyete Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Arch of Neuropsych* 2011;48:66-70.
30. Mahon NE., Yarcheski A, Yarcheski TJ. Anger, Anxiety, and Depression in Early Adolescents From Intact and Divorced Families. *Journal of Pediatric Nursing* 2003;18:267-273.
31. Storksen I, Roysamb E, Holmen TI, Tambs K. Adolescent Adjustment and Well-Being: Effects of Parental Divorce and Distress. *Scandinavian Journal of Psychology* 2006;47:75-84.
32. Sun Y. Family Environment and Adolescents' Well-Being Before and After Parents' Marital Disruption: A Longitudinal Analysis. *Journal of Marriage and Family* 2001;63:697-713.
33. Black DW. Compulsive Buying: A Review. *J Clin Psychiatry*, 1996; 57(Suppl: 8):50-55.
34. Atkeson B. M, Forehand R.L, Rickard K.M. Part of the Advances in Child Psychology book series. Newyork 1982;5: 255-259.
35. Amato PR. The Consequences of Divorce for Adults and Children. *Journal of Marriage and Family*. Nov. 2000;62:1269-1287.
36. Gabriella Spigelman, Ami Spigelman, Irmelin Egnlesson. *Journal of Personality Assessment*. Hostility, Aggression and Anxiety Levels of Divorce and Nondivorce Children As Manifested In Their Responses to Projective Tests. 2010;56: 438-452.
37. Harold Gordon T, Rand d conger. Marital Conflict and Adolescent Distress: The Role of Adolescent Awareness. *Child Development* 1997;68:333-350
38. Emery RE. Inter-parental Conflict and the Children of Discord and Divorce, *Psychological Bulletin* 1982;92:310-330.
39. Reid WJ, Crissafulli A. Marital Discord and Child Behavior Problems: A Meta-analysis. *J Abnorm Child Psychol* 1990; 18:105-117.
40. Fiyakalı, N.C. Anne-babası boşanmış ve boşanmamış lise öğrencilerinin sürekli öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzlarının bazı değişkenler açısından karşılaştırılması. Pamukkale Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi. 2008.
41. Sönmez F. Anne-Babası Boşanmış Ergenlerle Anne-Babası Boşanmamış Ergenlerin Benlik İmgelerinin Karşılaştırılması İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2001.

Bir psikiyatri kliniği yataklı birimi hastalarında psikotik bozukluk ve madde kullanım bozukluğu birlikteliği: Retrospektif bir çalışma

Comorbidity of psychotic disorder and substance use disorder in a psychiatry inpatient unit: A retrospective study

Ebru Aldemir¹, Umut Baklacı², Ali Saffet Gönül³

¹Uz. Dr., Ege Üniversitesi Madde Bağımlılığı, Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü

²Dr., ³Prof..Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

ÖZET

Amaç: Psikotik bozukluk ve madde kullanım bozukluğu birlikteliği sık görülmektedir. Araştırmalar bu birlikteliğin, büyük bir ruhsal sağlık sorunu olduğunu ortaya koymaktadır. Bu çalışmanın amacı, yatarak tedavi gören psikotik bozukluk tanılı erkek hastalarda, yasa dışı madde kullanımı olan ile olmayan olgular arasındaki sosyodemografik ve klinik farklılıkları incelemektir. **Yöntem:** Bu retrospektif çalışmada, Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Erkek Servisi'nde Ocak 2013 ile Aralık 2016 tarihleri arasında yatarak tedavi gören, DSM-5'e göre "Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar" kategorisi altında yer alan tanılar karşılıyan 237 hastanın dosyası incelendi. **Bulgular:** 237 olgunun %16'sının hayatının herhangi bir döneminde madde kullanımının olduğu saptandı. Madde kullanım bozukluğu olan olguların madde kullanım bozukluğu olmayan olgulara göre yaş ortalaması daha küçük, eğitim süresi daha kısaydı. Madde kullanım öyküsü olan olguların %76.3'ünde ilk psikotik dönemde madde kullanımı öyküsü mevcuttu. İlk psikotik dönemde madde kullanımı olan olguların %72.4'ünde, madde kullanımı olan tüm olguların %68.4'ünde en çok tercih edilen madde esrardı. Madde kullanımı olan olgularda tedaviye uyum daha kötüydü. **Sonuç:** Bulgularımız, psikotik bozukluğa madde kullanım bozukluğu eşlik ettiğinde; psikotik belirtilerin başlangıç yaşının düştüğünü, eğitim süresinin kısalacağını ve tedaviye uyumun bozulduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, nicel analiz yöntemlerinin kullanıldığı uzunlamasına çalışmalarla desteklenmelidir.

Anahtar Sözcükler: Eştanı, madde kullanımı, psikotik bozukluk, yatan hastalar

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:148-153)

DOI: 10.5505/kpd.2018.29491

SUMMARY

Objective: Comorbidity of psychotic disorder and substance use disorder is common. Studies demonstrate that this comorbidity constitutes a major mental health problem. The aim of this study is to investigate sociodemographic and clinical differences between illicit drug users and non-users in hospitalised male patients diagnosed with psychotic disorder. **Method:** This was a retrospective study evaluating files of 237 inpatients treated between January 2013 and December 2016 in Ege University Department of Psychiatry Male Inpatient Unit with diagnosis of Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders according to DSM-5. **Results:** Of 237 participants, 16% had a lifetime use of an illicit drug. Participants with substance use disorder had a smaller mean age and shorter duration of education than participants without substance use disorder. Of all the participants with a history of substance use, 76.3% had a history of substance use in the first episode of psychosis. The most preferred substance in 72.4% of the participants with substance use during the first psychotic episode and in 68.4% of all the participants with substance use was cannabis. Treatment compliance was worse in the participants with substance use. **Discussion:** Our findings show that, when psychotic disorder is comorbid with substance use disorder, age of onset of psychotic symptoms decreases, duration of education shortens and treatment compliance deteriorates. These results should be supported by longitudinal studies using quantitative analysis methods.

Key Words: Comorbidity, inpatients, psychotic disorder, substance use

GİRİŞ

Psikoz spektrumu bozukluklarında, madde kullanım bozukluğu yaygın görülür. Genel toplumda, madde kullanım bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı %15 iken, psikotik bozukluk tanılı olguların %50'sinde hayatlarının herhangi bir döneminde alkol veya madde kullanım bozukluğu gelişir (1). Ayrıca, ilk atak psikoz olgularında madde kötüye kullanımının, bir tetikleyici olabileceği ve bu olguların %20-35'inde madde kötüye kullanımı öyküsünün mevcut olduğu bildirilmektedir (2).

Psikotik bozukluklar ve madde kullanım bozukluklarının tanısallı birlikteliğiyle ilgili üç model üzerinde durulmaktadır (3,4):

1) Eşzamanlı tanılar modeli: Kendine özgü, bağımsız etiyolojik nedenleri olan (biyolojik veya çevresel) ya da genetikten sosyokültürel öğelere kadar benzer yatkınlık veya risk faktörlerini paylaşan iki ayrı bozukluk bir aradadır.

2) Etiyolojik model: Bu model, kendi içinde ikiye ayrılmaktadır. İkincil madde kullanım bozukluğu modeli ve ikincil psikotik bozukluk modeli. İkincil madde kullanım bozukluğu modelinde; var olan psikiyatrik hastalık, bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımını açısından bir risk faktörüdür. Bu modelde, üzerinde en çok çalışılan hipotez self-medikasyon hipotezidir. Bu hipoteze göre hastalar, belirtilerini veya belirtilerin tedavisi için verilen ilaçların yan etkilerini tedavi etmek için, bağımlılık yapıcı ajanları kullanmaktadır. İkincil psikotik bozukluk modelinde ise; kullanılan madde, psikotik bozukluğun ortaya çıkması açısından bir risk faktörüdür. Maddenin farmakolojik etkilerinin bir sonucu olarak hastada psikotik bozukluk ortaya çıkar.

3) Karma model: Bir ikincil bozukluk ortaya çıktığında, tedavi edilmesi gereken tek bir ana problem varken (indeks bozukluk), durum zamanla eş zamanlı veya çoklu sorunlara ilerler. Bu modelde, ikincil bozukluk, birincil bozukluğun etkisiyle ortaya çıkmasına rağmen, artık ayrı bir seyri vardır ve birincil bozukluk tedavi edilse veya hafiflese bile, ikincil bozukluk devam edebilir.

Bu iki bozukluk bir arada olduğunda, ortaya çıkış şekliinden bağımsız olarak, çoğunlukla yetersiz tanınır ve etkin şekilde tedavi edilmez. Her iki bozukluğa ayrı ayrı sahip olan hastalara kıyasla, bu bozuklukları bir arada taşıyan hastalarda prognoz genellikle daha olumsuzdur ve hastalık daha şiddetli seyretme eğilimindedir (4). Ayrıca bu birliktelik varlığında; hastalıkların tekrarlama olasılığı, psikososyal işlevsellik, tedaviye uyum, hastaneye yatış, şiddet, özkıyım, yasal sorunlar, tıbbi hastalıklar, acil servis ve yataklı birimlerin kullanımı gibi pek çok alanda uzunlamasına seyir daha kötü olabilir (4,5). Buna ek olarak, bu bozukluklardan birinin tedavisindeki başarısızlık, diğer hastalığın uzunlamasına seyir ve şiddetini de olumsuz etkileyebilir (6).

İki hastalığın birlikteliği sonucunda ortaya çıkabilen bu olası olumsuz görünüm, fenomenolojik açıdan tanımlanmasını gerektirmekte, konuyla ilgili yapılacak çalışmaların önemini artırmaktadır. Bu çalışmanın amacı, yatarak tedavi gören psikotik bozukluk tanılı erkek hastalarda, yasa dışı madde kullanım bozukluğu olan ile yasa dışı madde kullanım bozukluğu olmayan olgular arasındaki sosyodemografik ve klinik özellikler açısından farkları retrospektif olarak incelemektir.

YÖNTEM

Retrospektif desendeki bu çalışmaya, Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Erkek Servisi'nde Ocak 2013 ile Aralık 2016 tarihleri arasında yatarak tedavi gören olgular dahil edildi. Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Erkek Servisi, hastalar için yatış kararının ağırlıklı olarak acil servis ve poliklinikten alındığı, kapalı psikiyatri servisi koşullarını taşıyan bir birimdir. Bu birimde, yaygınlıkla, psikotik bozukluk, bipolar bozukluk ve intihara eğilim gibi özellikler taşıyan olgular tedavi görülür. Olguların bu hastalık özelliklerine yasa dışı madde kullanımını eşlik edebilmektedir.

2013 yılı Ocak ayının ilk gününden 2016 Aralık ayı son gününe kadar yatışı yapılan toplam 754 olgunun dosyasına ulaşıldı. Yapılan klinik değerlendirme sonucunda DSM-5'e göre (7) "Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar" kategorisi altında yer alan tanılar ve

varsa ek olarak Madde Kullanım Bozukluğu tanısını karşılayan olgular çalışmaya alındı. Bu olguların dosyalarından, sosyodemografik özellikler (yaş, eğitim, evlilik ve mesleki durum), hastalık (tanı, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, ailede psikoz öyküsü, hastalık öyküsünde belirtilen tedaviye uyum özellikleri, taburculuk sırasındaki tedavi) ve madde kullanım özellikleri (kullanılan maddenin cinsi, madde kullanım süresi) ile ilgili veriler temin edildi. Analizler, bu veriler üzerinden gerçekleştirildi.

İstatistiksel Analiz

Tanımlanan yöntem ile toplanan tüm veriler SPSS 21.0 bilgisayar programı ile değerlendirildi. Niceliksel veriler ortalama ve standart sapma olarak verildi. Kategorik verileri değerlendirmek ve gruplar arası farkları belirlemek için ki-kare testi uygulandı. Normal dağılım gösteren niceliksel veriler student-t testi ile analiz edildi. Psikoz süresi ile madde kullanımı arasındaki ilişki, ortak değişken olan yaş kontrol edilerek, ANCOVA ile değerlendirildi. Çalışmada istatistiksel anlamlılık derecesi olarak $p < 0.05$ seçildi.

BULGULAR

Sosyodemografik Özellikler

Geriye dönük tarama ile "Şizofreni Açılımı

Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar" kategorisi altındaki tanıları karşılayan toplam 237 erkek hastanın dosya bilgileri incelendi. Olguların yaş, eğitim, evlilik ve mesleki durumunu gösteren sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Madde kullanım bozukluğu olan olgularda yaş, madde kullanım bozukluğu olmayan olgulara göre anlamlı olarak daha düşüktü ($t=3.738$, $p < 0.001$). Madde kullanım bozukluğu olmayan olguların eğitim süresi daha uzundu ($t=2.333$, $p=0.02$).

Hastalık Özellikleri

2013 yılında 61 olgu (%25.7), 2014 yılında 63 olgu (%26.6), 2015 yılında 54 olgu (%22.8), 2016 yılında ise 59 olgu (%24.9) psikoz tanısıyla erkek servisinde yatarak tedavi görmüştü. Tüm olguların %38'inde ($n=90$) şizofreni, %31.6'sında ($n=75$) tanımlanmış diğer psikotik bozukluk, %12.2'sinde ($n=29$) şizoaffektif bozukluk, %8.9'unda ($n=21$) madde kullanım bozukluğu ve tanımlanmış diğer psikotik bozukluk, %4.6'sında ($n=11$) madde kullanım bozukluğu ve şizofreni, %2.5'inde ($n=6$) madde kullanım bozukluğu ve şizoaffektif bozukluk, %2.1'inde ($n=5$) sanrısız bozukluk tanısı mevcuttu. 25 olgu (%10.5) ilk psikotik dönemindeydi. İlk psikotik döneminde olan olguların 4'ünde (%16) madde kullanım öyküsü vardı. Madde kullanım öyküsü olan olguların ilk psikotik dönemi değerlendirildiğinde, madde kullanımının %76.3'ünde ($n=29$) ilk psikotik dönemde mevcut olduğu saptandı. İlk psikotik döneminde madde

Tablo 1. Sosyodemografik Özellikler

	Madde Kullanımı v ar $n=38$ (%16)		Madde Kullanımı y ok $n=199$ (%84)		Toplam $n=237$		İstatistiksel Analiz
Yaş (ort.±SS)	26.6±5.8		34.8±13.3		33.5±12.8		$t=3.738$ $p<0.001$
Eğitim süresi (yıl)(ort.±SS)	9.7±3.8		11.2±3.6		10.9±3.6		$t=2.333$ $p=0.02$
Evlilik durumu	n	%	n	%	n	%	
Bekâr	31	81.6	138	69.3	169	71.3	$\chi^2_{(2)}=2.522$ $p=0.283$
Evli	6	15.8	47	23.6	53	22.3	
Ayrı/Boşanmış	1	2.6	14	7	15	6.3	
Bekar/ayrı/boşanmış olma	n	%	n	%	n	%	$\chi^2_{(1)}=1.126$ $p=0.289$
Evet	32	84.2	152	76.4	184	77.6	
Hayır	6	18.8	47	23.6	53	22.4	
Mesleki Durumu	n	%	n	%	n	%	
Çalışmıyor	20	52.6	79	39.7	99	41.7	$\chi^2_{(3)}=4.990$ $p=0.173$
Çalışıyor	13	34.2	62	31.2	75	31.6	
Öğrenci	4	10.5	33	16.6	37	15.6	
Emekli	1	2.6	25	12.6	26	10.9	

Tablo 2. Hastalık Özellikleri

	Madde Kullanımı v ar n=38		Madde Kullanımı y ok n=199		Toplam n=237		İstatistiksel Analiz
Yatış süresi (ay) (ort.±SS)	1.06±1.6		1.02±0.6		1±0.8		t=-0.230 p=0.818
Psikoz başlangıç yaşı (ort.±SS)	21.3±3.2		25.6±10.4		24.9±9.7		t=2.543 p=0.012
Psikoz süresi (yıl) (ort.±SS)	5.5±5.7		9.2±8.7		8.6±8.4		t=2.520 p=0.012*
Ailede psikoz öyküsü	n	%	n	%	n	%	
Var	8	21.1	50	25.1	58	24.5	x ² ₍₁₎ =0.286 p=0.593
Yok	30	78.9	149	74.9	179	75.5	
Gördüğü tedavi	n	%	n	%	n	%	
Bir antipsikotik	28	73.7	44	22.1	72	30.4	x ² ₍₁₎ =0.321 p=0.571
Çoklu antipsikotik	10	26.3	155	77.9	165	69.6	
Tedavide uyum sorunu	n	%	n	%	n	%	
Var	32	84.2	126	63.3	158	66.7	x ² ₍₂₎ =8.398 p=0.004
Yok	2	5.3	53	26.6	55	23.2	
**İlk atak hemen yatış	4	10.5	20	10.1	24	10.1	

*ANCOVA (ortak değişken=yaş) analizi sonucunda anlamlı farklılaşma ortadan kalkmıştır. **Analize dahil edilmedi.

kullanımı olan olguların ise 16'sında (%55.2) ek tanı tanımlanmış diğer psikotik bozukluk, 8'inde (%27.6) şizofreni, 5'inde (%17.2) şizoaffektif bozukluktu. Olguların hastalık özellikleri Tablo 2'de verilmiştir.

Hastalık başlangıç yaşı madde kullanım bozukluğu olan olgularda anlamlı olarak daha düşüktü (t=2.543, p=0.012). Psikoz süresi, madde kullanım bozukluğu olmayan olgularda daha uzundu (t=2.520, p=0.012). Ancak bu grupta yaş ortalaması da daha yüksekti. Yaşın etkisi ANCOVA analizi ile kontrol edildikten sonra, psikoz süresinin madde kullanım bozukluğu olan hastalarla olmayan hastalar arasında anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görüldü (F=0.029, p=0.866).

Taburculuğu sırasında 22 olgu (%9.3) tek antipsikotik (AP), 34 olgu (%14.3) ikili AP, 20 olgu (%8.4) üçlü AP, 101 olgu (%42.6) AP ve antidepressan (AD), 41 olgu (%17.3) AP ve duygudurum dengeleyici (DDD), 19 olgu ise AP, AD ve DDD kullanmakta idi. Madde kullanım bozukluğu olan olgularla olmayan olgular arasında monoterapi veya kombine tedavi (ikili AP; üçlü AP; AP ve AD; AP ve DDD; AP, AD ve DDD) almak açısından anlamlı farklılaşma saptanmadı (x²₍₁₎=2.275, p=0.131). Madde kullanım bozukluğu olan olgularda tedaviye uyum sorunu daha fazla idi (x²₍₂₎=8.398, p=0.004) (Analiz, ilk psikotik döneminde hemen yatışı yapılan olgular dışlanarak

yapıldı).

Madde Kullanım Özellikleri

2013 yılında 61 olgunun 14'ünde (%22.9), 2014 yılında 63 olgunun 6'sında (%9.5), 2015 yılında 54 olgunun 8'inde (%14.8), 2016 yılında ise 59 olgunun 10'unda (%16.9), toplamda ise 237 olgunun 38'inde (%16), şizofreni tanıli hastaların ise 11'inde (%10.9) madde kullanım bozukluğu mevcuttu. Yıllar arasında madde kullanım bozukluğu yaygınlığı açısından anlamlı farklılaşma saptanmadı (x²₍₃₎=4.247, p=0.24).

Olguların madde kullanım süresi ortalama 68.1 (±54.4) aydı. Ağırlıklı olarak kullanılan maddelere bakıldığında; 26 kişi (%68.4) esrar, 5 kişi sentetik kannabinoid (%13.1), 3 kişi (%7.9) benzodiyazepin, 2 kişi ekstazi (%5.3), 1 kişi (%2.6) uçucu madde ve 1 kişi (%2.6) çoğul madde kullanmakta idi. Olguların 21'i (%55.3) yatışın hemen öncesinde madde kullanmakta olduğunu belirtti. İlk psikotik döneminde madde kullanımı olan olguların 21'inde (%72.4) kullanılan madde esrar, 5'inde (%17.2) sentetik kannabinoid, 2'sinde (%6.9) benzodiyazepin, 1'inde (%3.4) ise ekstazi idi.

TARTIŞMA

Bu çalışmada amacımız, yatarak tedavi gören psikotik bozukluk tanılı erkek hastalarda, yasa dışı madde kullanım bozukluğu olan ile yasa dışı madde kullanım bozukluğu olmayan olgular arasındaki sosyodemografik ve klinik özellikler açısından farkları retrospektif olarak incelemektir.

Çalışmamızda, 1 Ocak 2013 ile 31 Aralık 2016 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Erkek Servisi'nde yatarak tedavi gören ve "Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar" kategorisi altında yer alan tanılarını karşılayan 237 olgunun dosyaları geriye dönük olarak değerlendirildi. Olguların %16'sında madde kullanım bozukluğu öyküsü, şizofreni tanılı hastaların ise %10.9'unda madde kullanım bozukluğu mevcuttu. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, yatarak tedavi gören şizofreni tanılı erkek hastaların %30'unda (%26'sında esrar, %4'ünde biperiden kullanımı öyküsü) madde kötüye kullanım öyküsü saptanmıştır (8). Yine ülkemizde yatan erkek hastalarla yapılan bir başka şizofreni çalışmasında ise esrar kullanım bozukluğu ek tanısı %12.2 olarak tespit edilmiştir (9). İsveç'te ise, retrospektif olarak değerlendirilen, aynı şekilde yatarak tedavi gören şizofreni tanılı erkek hastalarda yaşam boyu madde kötüye kullanım yaygınlığı %63 olarak saptanmıştır (10). Çalışmamızdaki oranların, diğer çalışmalarda ki oranlara kıyasla düşük olmasının nedeni kliniğimizde ayrıca bir yataklı Bağımlılık Tedavi Birimi'nin olması ve ek tanılı olguların bir bölümünün de Bağımlılık Tedavi Birimi'nde yatarak tedavi gördüğü olması ile ilişkisi olabilir.

Örnekleminiz yaş ve eğitim açısından değerlendirildiğinde, madde kullanım bozukluğu olan olguların madde kullanım bozukluğu olmayan olgulara göre yaş ortalamasının daha küçük, eğitim süresinin daha kısa olduğu belirlenmiştir. Bu bulgularımız, mevcut yazınla uyumludur. Psikotik bozukluk ve madde kullanım bozukluğu birlikteliği genç yaş, erkek olmak ve eğitim düzeyinin düşüklüğü ile ilişkilidir (11). Ayrıca yapılan meta-analizler, madde kullanımının psikotik bozukluğun ortaya çıkışını 2 yıl öne çektiğini göstermektedir (12). Bu tablo, ilişkinin genç yaş ve madde kul-

lanımından bağımsız olduğunu gösterecek şekilde, 45 yaş üstü olgularla yapılan çalışmalarda da benzerdir (13).

Bu çalışmada, madde kullanım bozukluğu olan olguların %76.3'ünde ilk psikotik dönemde madde kullanımı öyküsü olduğu görülmüştür. Olguların dörtte üçünde psikotik bozukluk ortaya çıkmadan önce madde kullanımının olması, etiyolojik model hipotezini desteklemekle birlikte, ikincil madde kullanım bozukluğu veya ikincil psikotik bozukluk ayırımının yapılabilmesi için riskli gruplarda yapılacak izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda, ilk psikotik döneminde madde kullanımını olan olguların %72.4'ünde, madde kullanım bozukluğu olan tüm olguların ise %68.4'ünde en çok tercih edilen maddenin esrar olduğu tespit edilmiştir. Yurt dışında yapılan benzer çalışmalarda, ilk atak psikoz hastalarının yaklaşık yarısında esrar kötüye kullanımı veya bağımlılığı öyküsünün olduğu, üçte birinde ise hâlihazırda esrar kullanım bozukluğunun olduğu belirtilmiştir. Daha düşük ancak önemli oranlarda da kokain ve amfetamin kullanımının mevcut olduğu bildirilmiştir (14). Çalışmamızda esrar kullanımının daha yüksek çıkmasının, kullanımının ülkemizde diğer maddelere kıyasla daha yaygın olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Esrar kullanımı, psikoz riskini 1.6-3.1 kat artırmakta, yoğun ve uzun süreli kullanımlarda ise bu risk 6 kata kadar çıkmaktadır (15).

Bu çalışmada, madde kullanım bozukluğu olan ile olmayan gruplar arasında tedavi modaliteleri açısından fark olmamakla birlikte, madde kullanım bozukluğu olan olgularda tedavi uyumunun daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Olfson ve ark. yaptıkları çalışmada (16) şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı, antipsikotik verilen 213 hastayı taburcu edildikten sonra üçüncü ayda değerlendirmişler ve tedaviye uyumu daha kötü olan grupta, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığının daha fazla olduğunu saptamışlardır. Madde kullanımı, çoğu zaman uzmanlaşmış erken psikoz programlarında tedavinin sonlandırılmasının en güçlü yordayıcılarından biri olarak gösterilmektedir (17). Tedavinin sonlandırılması sıklıkla madde kullanımının yeniden başlamasına, madde kullanımının yeniden başlaması da psikotik belirti-

lerde alevlenmeye neden olur (18). Antipsikotik tedavilerle psikotik belirtiler kontrol altına alındığında bile, olgular eğer madde kullanımına devam ederse süreçte psikotik belirtilerde alevlenme görülebilir (17). Ayrıca yapılan izlem çalışmaları, madde ile tetiklenmiş psikotik bozukluk tanısı olan olgular, madde kullanımını bıraktığında hastalığın olumlu seyrettiğini ancak madde kullanımına devam ederse tanının, %25-50 oranında şizofreni veya şizofreniyle ilişkili bir bozukluğa döneceğini göstermektedir (19). Bu bulgular, her iki hastalığın aynı anda tedavi edilmesinin gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Bu çalışmanın kısıtlılıkları, retrospektif desende olması sebebiyle tanılarının yapılandırılmış görüşmelerle konulmamış olması, klinik özelliklerin objektif ölçeklerle değerlendirilememiş olması, sadece yatarak tedavi gören erkek popülasyonunda yapılmış olması nedeniyle bulgu-

ların genel popülasyona genellenemeyecek olması ve madde kullanımı varlığının olguların özbidirimine dayalı olarak belirlenmiş olmasıdır. Özbidirimden kaynaklanacak sorunlar, olgularla yakın temasta olan aile ve sağlık çalışanlarından alınan bilgilerle en aza indirilmeye çalışılmıştır. Bu yöntemin doğru bilgi almada etkili olduğu belirtilmiş olsa da (20), psikotik bozukluk ile madde kullanımı arasındaki ilişkinin daha iyi anlaşılabilmesi için kantitatif madde analiz yöntemleriyle desteklenmiş uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

*Bu çalışma 22. TPD Yıllık Toplantı ve Klinik Eğitim Sempozyumunda (11-14 Nisan 2018) poster bildiri olarak sunulmuştur.

Yazışma adresi: Uz. Dr. Ebru Aldemir, Ege Üniversitesi Madde Bağımlılığı, Toksikoloji ve İlaç Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye ozturk.ebru2000@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Mueser KT, Gingerich S. Treatment of co-occurring psychotic and substance use disorders. *Soc Work Public Health*. 2013; 28:424-39.
2. Bourget D. Forensic considerations of substance-induced psychosis. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2013;41:168-73.
3. Dilbaz N, Enez Darçın A. Şizofreni ve Madde Kullanım Bozukluğu Eş Tanılı Hastalarda Tedavi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2011;21:80-90
4. Ross S, Peselow E. Co-occurring psychotic and addictive disorders: neurobiology and diagnosis. *Clin Neuropharmacol*. 2012;35:235-43.
5. Rebgetz S, Kavanagh DJ, Hides L. Can exploring natural recovery from substance misuse in psychosis assist with treatment? A review of current research. *Addict Behav*. 2015; 46:106-12.
6. Hser H, Grella C, Evans E, Huang YC. Utilization and outcomes of mental health services among patients in drug treatment. *J Addict Dis* 2006;25:73-85.
7. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
8. Depçe AA. Erkek şizofreni hastalarında bakım veren yükü açısından alkol ve madde kullanımı varlığının etkisi (Uzmanlık tezi). İstanbul, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 2010.
9. Aras Hİ. Erkek şizofreni hastalarında alkol ve/veya madde kullanımının yaşam kalite-sine etkisi (Uzmanlık tezi). İstanbul, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 2011.
10. Cantor-Graae E, Nordström LG, McNeil TF. Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden. *Schizophr Res*. 2001;48:69-82.
11. Aras Hİ. Şizofrenide Alkol Madde Kullanım Bozuklukları Eş Tanısı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2013;5:260-75.
12. Large M, Sharma S, Compton MT, Slade T, Nielsen O. Cannabis use and earlier onset of psychosis: a systematic meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:555-61.
13. Andrade C. Cannabis and Neuropsychiatry, 2: The Longitudinal Risk of Psychosis as an Adverse Outcome. *J Clin Psychiatry*. 2016;77:739-42.
14. Wisdom JP, Manuel JI, Drake RE. Substance use disorder among people with first-episode psychosis: a systematic review of course and treatment. *Psychiatr Serv*. 2011;62:1007-12.
15. Gururajan A, Manning EE, Klug M, van den Buuse M. Drugs of abuse and increased risk of psychosis development. *Aust N Z J Psychiatry*. 2012;46:1120-35.
16. Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2000;51:216-22.
17. Goerke D, Kumra S. Substance abuse and psychosis. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2013;22:643-54.
18. Levy E, Pawliuk N, Joobor R, Abadi S, Malla A. Medication-adherent first-episode psychosis patients also relapse: why? *Can J Psychiatry*. 2012;57:78-84.
19. Lawrie SM, O'Donovan MC, Saks E, Burns T, Lieberman JA. Towards diagnostic markers for the psychoses. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:375-85.
20. Mueser KT, Yarnold PR, Levinson DF, Singh H, Bellack AS, Kee K, Morrison RL, Yadamam KG. Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophr Bull*. 1990;16:31-56.

Yazılı Duygusal Dışavurum Paradigması: Kanser Hastalarının Eşlerinde Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Travma Sonrası Gelişim Üzerindeki Etkileri

*Written Emotional Disclosure Paradigm: Effects on Posttraumatic Stress
Symptoms and Posttraumatic Growth among Spouses of Cancer Patients*

Didem Acar¹, Gülay Dirik¹

¹Araş. Gör., İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Prof.Dr.,Dokuz Eylül Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada travmatik durumlara uygun bir müdahale yöntemi olan yazılı duygusal dışavurum paradigmasının travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası gelişime etkisinin kanser hastalarının eşlerinde test edilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Araştırmanın örneklem grubunu Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Anabilim Dalına başvuran ve en az 6 aydır kanser teşhisi olan 50 hastanın eşi (35 kadın, 15 erkek) oluşturmuştur. Katılımcıların yaşları 37-70 (Ort.=53.66, S=7.69) arasında değişmektedir. Katılımcılar birbirini takip eden 4 günde 15 dakika yazmak üzere üç koşuldan birine seçilsiz atanmıştır: olumlu, olumsuz ve olumsuz+olumlu (karma) yazılı duygusal dışavurum. Tüm katılımcılara sosyodemografik bilgi formu; ilk yazma seansından önce, 4. yazma seansından sonra ve 1 ay sonra da Olay Etkisi Ölçeği-Gözden Geçirilmiş ve Travma Sonrası Gelişim Ölçeği uygulanmıştır. **Bulgular:** Araştırma sonuçları yazılı duygusal dışavurumun travmatik belirtiler ve travma sonrası gelişim üzerinde anlamlı etkisinin olmadığını göstermekle birlikte katılımcıların travma sonrası gelişim toplam puanı, 'diğerleri ile ilişkilerde değişim' ve 'yaşam felsefesinde değişim' alt boyutlarının düzeylerinde yazma öncesinden sonrasına zamana bağlı bir artış olduğunu göstermiştir. **Sonuç:** Travma sonrası gelişim için yazma öncesinden yazma sonrasına gözlenen artış bu müdahalenin koruyucu sağlık hizmetleri için önemli olabileceğini düşündürmüştür.

Anahtar Sözcükler: Yazılı duygusal dışavurum, travma sonrası stres, travma sonrası gelişim, kanser, kanser hastalarının eşleri

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:154-167)

DOI: 10.5505/kpd.2018.48343

SUMMARY

Objective: The aim of this study was to test the effects of written emotional disclosure paradigm which is a pro-per intervention method for traumatic situations on posttraumatic stress symptoms and posttraumatic growth among spouses of cancer patients. **Method:** A total of 50 spouses (35 women, 15 men) of patients who are within more than 6 months of cancer diagnosis and admitted Uludağ University Faculty of Medicine Medical Oncology Department were included in this study. Participants age ranged from 37 to 70 (M=53.66, SD=7.69). Participants were randomly assigned to one of the three conditions to write during 15-min sessions in 4 consecutive days: positive, negative and negative + positive (mixed) written emotional disclosure. Sociodemographic Information Form; before the first writing session, after the fourth writing session and 1 month later Impact of Event Scale-Revised and Posttraumatic Growth Inventory were administered to all participants. **Results:** Results of the study showed that written emotional disclosure had no significant effect on traumatic symptoms and posttraumatic growth. However, there was a time-dependent increase on posttraumatic growth total score and 'changes in relationship with others' and 'changes in philosophy of life' subscales from pre-writing to post-writing. **Discussion:** The increase observed in posttraumatic growth from pre-writing to post-writing suggests that this intervention may be important for preventive health services.

Key Words: Written emotional disclosure, posttraumatic stress, posttraumatic growth, cancer, spouses of cancer patients

GİRİŞ

Dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olan kanser (1) ölümlerine sonuçlanmasının yanı sıra, hastalık ve tedavi etkilerine bağlı organ kaybını, sakatlıkları, maddi zorlukları ve çok uzun süren tedavi süreçlerini içerdiğinden sadece hastanın kendisini değil bakımverenlerini de etkileyen travmatik bir deneyimdir (2). Kanser hastalarına en sık temel bakım veren kişilerin eşler olduğu (3) ve eşlerin hastalık sürecinde yaşadıkları ile ilgili duygu ve düşüncelerini açığa vurmaktan kaçınabildikleri bilinmektedir (4). Çalışmalar ise travmatik ya da stres verici olayların açığa vurulmasının yararlı olduğunu, stresli bir olaydan sonra duyguların ifade edilmesi ve paylaşılmasının doğuştan ve insani bir ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır (5). Ancak, özellikle Batılı olmayan kültürlerde stres verici/travmatik deneyimlerle baş etmede; anlam bulma, iletişim, destek aramanın daha fazla kullanılıyor oluşu (6,7,8) ve dışavurumun sözel olmayan ifade türlerinin ya da sessizliğin açık formlarının uyum sağlamada daha etkili oluşu (9) yaşananların sözel ifadesinin kültürel bir tercih de olabileceğine işaret etmektedir.

Birçok psikoterapi türü (bilişsel-davranışçı, psiko-dinamik, vb.) ile benzer şekilde, travmatik olayların dışa vurulmasında ağırlıklı olarak sözel ifadelerle odaklanılıyor olsa da güncel çalışmalar travmatik olayları yazarak dışa vurmanın önemine işaret etmektedir (10). Bu doğrultuda Pennebaker ve Beall travmatik deneyimleri yazarak ifade etmenin etkisini inceleyebilmek için yazılı duygusal dışavurum (YDD) paradigmasını geliştirmişlerdir (10). Bu paradigmanın kullanıldığı çalışmalarda, katılımcılardan ya travmatik/stres verici deneyimleri hakkında en derin duygu ve düşüncelerini (deneyimsel koşul) ya da kendileri için önemsiz bir konuyu duygu ve düşüncelerini belirtmeksizin (kontrol koşulu) tekrar eden 3-4 günde ve her bir gün yaklaşık 15-20 dakika olacak şekilde yazmaları istenmektedir. Paradigmanın sağlık üzerindeki etkisi ise yazma öncesi, sonrası ve uzun süreli (1-6 ay arası) takip ölçümleri ile değerlendirilmektedir (11,12,13). En az diğer psikolojik müdahaleler kadar etkili olduğu belirtilen (14) YDD'nin etki mekanizmasına dair açıklamalar duyguların inhibisyonu, maruz bırakma ve bilişsel işleme üzerine yoğunlaşmakta ve YDD'nin karmaşık yapısından dolayı tek

bir kuram açıklamasının sınırlılık yaratacağı belirtilmektedir (15).

YDD, sağlıklı örneklemelerin (16,17) yanı sıra psikolojik problemleri (18,19,20) ya da fibromiyalji (21) romatoid artirit (22), amiyotropik lateral sklerosis (23), kanser (24,25) gibi kronik fiziksel hastalıkları içeren örneklemelerde de test edilmiş ve hem fiziksel hem psikolojik sağlığı olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (26). Fiziksel sağlık açısından çalışmalar, YDD'nin hastalığa bağlı doktor ziyaretlerinde azalma başta olmak üzere (10,27,28), akciğer işlevlerinde (29), bağışıklık sisteminde gelişmeye (16,30,31), ağrı ifadesinde (32,33) ve yorgunluk düzeyinde azalmaya (21) yol açtığını göstermektedir. Araştırmalar YDD'nin tıbbi hastalığı olan bireylerde, psikolojik sağlık ölçümlerine (örn. depresyon) kıyasla fiziksel sağlığın özeldirimi ölçümlerinde (örn. bağışıklık işlevi) daha olumlu sonuçlara yol açabildiğine işaret etmekte; bu durum YDD'nin sıkıntı düzeyini azaltmasa da, sıkıntılarla sağlıklı baş etmeyi artırması ile açıklanmaktadır (26,34). Farklı popülasyonlarda yürütülen çok sayıda çalışmada, YDD'nin olumsuz duygu durumunu (35,36), depresyonu (37,38,39) ve travma sonrası stres belirtilerini (TSSB) azaltarak (40,41,42) psikolojik sağlığı geliştirdiği de görülmektedir. Ancak bazı çalışmalar YDD'nin klinik örneklem için yetersiz kalabileceğine, bu gruplarda daha yoğun psikolojik müdahalelere ihtiyaç duyulabileceğine de dikkati çekmektedir (4,43,44,45,46).

Ülkemizde ise YDD çerçevesinde yürütülmüş olan tek çalışmada, YDD yönerge setinin (maruz bırakma, yeniden değerlendirme-değer düşürme ve fayda bulma) aşamalı olarak değiştirilmesinin psikolojik sağlık, bilişsel işleme, bireysel yatkınlık ve sosyal faktörlere etkisi üniversite öğrencilerinde test edilmiştir (47). Bu çalışmada sonuçlar, yönlendirilmiş YDD ve standart YDD koşullarının kontrol koşuluna kıyasla olumsuz olayların ciddiyeti, üzücü olayın değerlendirilmesi, baş etme stilleri, sürekli kaygı ve algılanan sosyal destek üzerinde yazmaya bağlı bir değişim yaratmadığını göstermiştir. Bakım verenler ile yürütülen az sayıdaki çalışma ise, bakım verme stresi ile ilgili duygu ve düşüncelerin açığa vurulmasının algılanan travma şiddetinde azalmaya yol açarken (48) depresif belirtiler ve kaygı için değişiklik yaratmadığını

göstererek (49) paradigma için sınırlı destek sunmaktadır.

Alan yazın incelendiğinde, gelişen pozitif psikolojinin (50) YDD çalışmalarını da etkilediği ve çalışmalarda özellikle travma sonrası gelişime (TSG) odaklanıldığı görülmektedir. TSG, özetle bireylerin stres verici ya da travmatik olaylar ile baş etmelerine bağlı deneyimledikleri olumlu psikolojik değişimler olarak tanımlanabilir (51). YDD'nin bilişsel işlemeye olanak sağlaması (52, 53) ve bilişsel işlemenin TSG için önemi (51) göz önünde bulundurulduğunda travmatik deneyimleri yazarak dışavurmanın, TSG bildirimleri ile ilişkili olması beklenmektedir. Sağlıklı bireyler (53, 54, 55) ve travma sonrası stres bozukluğu olan bireylerle (56) yürütülen çalışmalar, standart YDD koşulunun TSG'yi artırdığına işaret ederken; meme kanseri hastaları (57), HIV pozitif olan kadın ve erkekler (58), öğrenciler (42) ile yürütülen bazı çalışmalar ise YDD'nin TSG ile ilişkili olmadığını göstermektedir. Elde edilen bu tutarsız bulgular hem ülkemizde hem dünyada YDD'nin TSG'ye etkisinin daha fazla araştırılması gerektiğini düşündürmektedir. Bu nedenle bu çalışmanın amaçlarından biri YDD'nin TSG'ye etkisini kanser hastalarının eşlerinde test etmektir.

Pozitif psikoloji alan yazınına destekleyici şekilde, YDD uygulamalarında daha fazla olumlu duygu ve içgörü kelimeleri kullananlarda paradigmanın daha olumlu etkilere yol açması (32,59) dışavurumda olumsuz duyguların zorunlu olmayabileceğini düşündürmeye başlamıştır. Bu sebeple güncel çalışmalarda (27,53,60) orijinal YDD yönergesinden farklı olarak, katılımcılardan yaşadıkları olayların olumlu yanları (fayda bulma) ya da kendileri için anlamına (anlam bulma, içgörü) odaklanarak yazmaları istenmektedir. Çalışmalar olumlu YDD'nin yorgunluğu ve hastaneye başvurma sıklığını azalttığını bildiriyor olsa da (61,62) travmatik olayla ilgili sadece olumlu ya da olumsuz duyguların mı, yoksa her ikisinin dışı vurumunun mu daha terapötik olacağı net değildir (63). Olumsuz ve olumlu konular hakkında yazmayı birleştiren ilk çalışmalar, iki yaklaşımın birleşiminden meydana gelen faydaları göstermekte başarısız olsa da (27,64) sonraki çalışmalar, iki gün olumsuz, iki gün olumlu duygular hakkında 20 dakika yazan katılımcıların mutluluk düzeyleri ve olumlu duygularında artış,

olumsuz duygularında ise azalma yaşadıklarını göstermiştir (65).

Bu çalışmada da YDD'nin kanser hastalarının eşlerinde TSSB ve TSG'ye etkisinin incelenmesi ve travmatik olayların olumlu yanları hakkında yazmanın, olumsuz ve hem olumsuz hem de olumlu yanları hakkında yazma ile karşılaştırılarak hangi koşulun daha fazla faydaya yol açtığının araştırılması amaçlanmıştır. Uluslararası alanyazında, YDD'nin fiziksel ve psikolojik sağlığa etkilerini kanser hastalarının eşlerinde test eden sınırlı sayıda çalışma (4,43) olmasına rağmen, TSG'ye etkisini test eden araştırma bulunmamaktadır. Ayrıca, travmatik deneyimlerin olumlu yanları hakkında yazmanın TSG'ye etkisini inceleyen de sınırlı çalışma (57,66) bulunmaktadır. Bu nedenle mevcut çalışmadan elde edilecek bulguların YDD alan yazınının yanı sıra bakımveren ve TSG alan yazına katkı sunması ve konu ile ilgili ülkemizde gerçekleştirilecek çalışmalara da öncülük etmesi beklenmektedir.

YÖNTEM

Örnekleme

Çalışma için eşi en az 6 aydır kanser teşhisine sahip 96 kişiye ulaşılmış ancak toplam 50 kişi ile çalışma tamamlanabilmiştir. Katılımcıların (35 kadın, 15 erkek) yaşları 37-70 (Ort.=53.66, S=7.69), evlilik süreleri ise 2-50 yıl arasında (Ort.=30.36, S=10.59) değişmektedir. Katılımcıların %31'i ilkökul, %5'i ortaokul, %11'i lise, %3'ü yüksekokul mezunudur. Farklı sosyo-ekonomik düzeye sahip olan katılımcıların tamamı hastalık sürecinde eşlerinin bakımını kendilerinin sağladıklarını ve şu anda duygu ya da düşünceleri için günlük tutmadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların 42'si (%84) eşlerinin hastalıklarını çevreleri ile paylaştıklarını yüzde 8'i (%16) ise paylaşmadıklarını bildirmiştir. Katılımcıların eşleri ise, farklı kanser türlerine (akciğer, meme, prostat, böbrek kanseri vb.) sahip olup, teşhis zamanları 6 ay -168 ay (14 yıl) arasında (Ort.=21.64, S=30.90) değişmektedir.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Bilgi Formu: Bu formun birinci bölümünde yaş, cinsiyet, eğitim, meslek gibi sosyodemografik bilgileri, ikinci bölümünde ise eşin hastalığını (kanser teşhis zamanı, kanser türü vb.) ve buna bağlı katılımcının psikolojik durumunu değerlendiren 20 soru bulunmaktadır. Ayrıca bu formda katılımcılara günlük tutup tutmadıkları (evet/hayır) da sorulmuştur.

Olay Etkisi Ölçeği-Gözden Geçirilmiş (OEÖ-GG): Orijinal olay etkisi ölçeği Horowitz ve arkadaşları tarafından travmatik stres belirtilerini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir (67). Travma sonrası stres belirtilerini 'kaçınma' ve 'yeniden yaşama' olmak üzere iki boyutta değerlendiren ölçeğin ilk hali Weiss ve Marmar tarafından revize edilerek, aşırı uyarılma semptomlarını değerlendiren 7 madde eklenmiştir (68). Gözden geçirilmiş hal olan Olay Etkisi Ölçeği-Gözden Geçirilmiş (OEÖ-GG) son yedi gün içindeki belirtilerin şiddetini 22 madde ile değerlendiren likert tipi bir ölçektir. OEÖ-GG'den toplam puanın (0-88) yanı sıra 'kaçınma', 'yeniden yaşama' ve 'aşırı uyarılma' için alt ölçek puanları hesaplanabilmektedir. Türkçe formunun güvenilirlik-geçerlik çalışması Çorapçıoğlu ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen ölçeğin ve alt ölçeklerinin, CAPS (Clinician Administered Post Traumatic Stress Disorder Scale) ve alt ölçekleri ile korelasyonu toplam puan için $r=.71$, yeniden yaşama için $r=.69$, aşırı uyarılma için $r=.64$, kaçınma için ise $r=.49$ olarak bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ise tüm gruplar için $.94$ 'tür (69).

Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (TSGÖ): Travma sonrası gelişim ölçeği (TSGÖ) travmatik olayların sonrasında bireylerde görülebilecek olumlu gelişim/dönüşümleri değerlendirmek üzere Tedeschi ve Calhoun tarafından geliştirilmiştir (70). Ölçek travmatik olaylar sonrası görülebilecek değişimleri 'yeni olasılıkların algılanması', 'diğerleri ile ilişkiler', 'bireysel güçlülük', 'manevi değişim' ve 'yaşamın kıymetini anlama' olmak üzere 5 alanda değerlendiren toplam 21 maddeden oluşur. Likert tipi olan bu ölçekten 0-105 arasında puan alınabilmekte ve yüksek puan bireyin travmatik olaya bağlı yüksek düzeyde gelişim yaşadığına işaret

etmektedir. Orijinal ölçeğin iç tutarlılığı $.90$ düzeyindedir, faktörlerinin iç tutarlılık katsayıları ise $.67$ - $.85$ arasında değişmektedir. Ölçeğin iki ay arayla hesaplanan test tekrar test güvenilirlik değerleri faktörler için $.65$ ile $.74$ arasında değişirken toplam ölçek için ise $.71$ 'dir (70). Türkçe çevirisi ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi Dirik ve Karancı tarafından romatoid artrit hastalarında gerçekleştirilen ölçeğin Türkçe formunda, orijinal ölçekten farklı olarak 'diğerleri ile olan ilişkilerde değişim' ($\alpha=.86$), 'hayat felsefesinde değişim' ($\alpha=.87$) ve 'kendilik algısında değişim' ($\alpha=.88$) olmak üzere 3 faktör yapısı elde edilmiştir. Ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı $.94$ olarak belirlenmiştir (71).

Deney Sonrası Değerlendirme Anketi (DDA): Bu değerlendirme anketi Schoutrop ve arkadaşları ile Cantekin'in çalışmalarından uyarlanmıştır (47, 72). Anket, yazma seanslarına katılımı, yazma seanslarına bağlı meydana gelebilecek bilişsel ve duygusal değişimleri değerlendiren soruları içermektedir. Ankette hem 7'li derecelendirme türünde hem de kategorik olarak cevaplandırılabilir toplam 7 madde bulunmaktadır.

Manipülasyon Kontrolü: Çalışmada katılımcıların, verilen yönergelerle uygun yazıp yazmadıklarını değerlendirmek için iki klinik psikoloji yüksek lisans öğrencisi bağımsız değerlendirici olarak belirlenmiştir. Katılımcıların her bir seansta yazdıkları seçkisiz sırada ve koşulu belirtilmeksizin değerlendiricilere sunulmuş, yazı içeriğinin hangi koşulu yansıttığını belirlemeleri istenmiştir. Ek olarak, katılımcılar tarafından her yazma seansının ardından işaretlenen ve yazılarında duygu, düşünce ve gerçeklere ne kadar odaklandıklarını derecelendirmeleri istenen DDA'nın 3., 4., 5. maddeleri kullanılmıştır.

İşlem

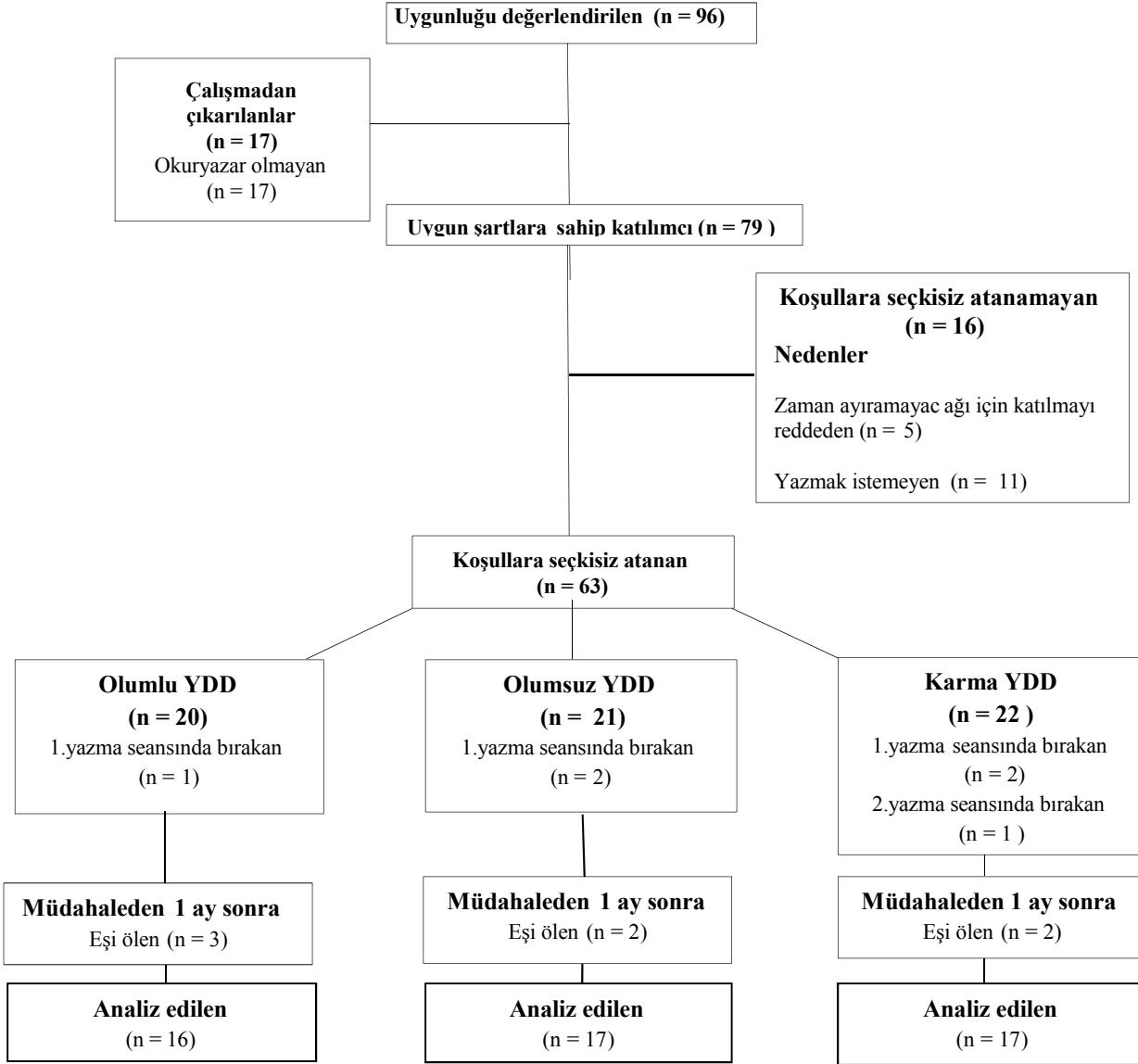
Veri toplama sürecine başlamadan önce, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı alınmıştır. Çalışma için Aralık 2014- Haziran 2015 ayları arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Anabilim Dalına başvuran toplam 96 kanser hastasının eşleri ile görüşülmüş, uygunluk ve gönüllük değer-

lendirmeleri sonrasında toplam 63 kişi koşullara seçkisiz olarak yerleştirilmiştir. Çalışma koşullarına seçkisiz olarak yerleştirilen 63 kişiden 6'sı yazma seanslarını tamamlamadığından, 7'si ise 1 aylık takip sürecinde eşini kaybettiği ve takip ölçümü alınmadığından toplamda 50 katılımcı için veri analizi gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların çalışmayı tamamlama süreçleri Şekil 1'de özetlenmiştir.

Katılımcılara çalışmanın farklı koşullarından bah-

setmeksizin çalışmanın amacı, yapılacak işlemler hakkında açık şekilde bilgi verilmiş ve her bir katılımcının onamı alınmıştır. Katılımcılar yazma koşullarına atanmadan önce, Sosyodemografik Bilgi Formu, OEÖ-GG ve TSGÖ'yü araştırmacı ile birlikte doldurmuşlardır. Ölçeklerin doldurulmasının ardından katılımcılar birbirini takip eden 4 gün yazmak üzere 15 dakikalık üç deneysel koşuldandan birine seçkisiz olarak atanmıştır. Koşullara uygun yazma yönergeleri verilen her bir katılımcıya yönergeyi anlamadıkları yerde açıklamalar

Şekil 1. Katılımcıların Çalışmayı Tamamlama Süreçleri



yapılmıştır. Katılımcılar her bir yazma seansını, eşlerinin tedavisi için hastanede buldukları zamanın kendilerine uyan diliminde ve boş bir odada tamamlamıştır. Yazma seansları araştırmanın kontrolü altında başlatılıp sonlandırılmıştır. Katılımcılardan her bir seansın sonunda, yazılarında gerçeklere, duygu ve düşüncelerine ne kadar odaklandıklarını 7'li derecelendirme ile değerlendirmeleri; dördüncü yazma seansını tamamlamalarının ardından ise, çalışmanın başında verilen ölçekleri tekrar doldurmaları istenmiştir. Katılımcılardan yaklaşık 1 ay sonra da aynı ölçekler ile ölçüm alınmıştır.

Katılımcılar 3 YDD koşulundan birine atanmıştır: olumlu YDD, olumsuz YDD ve olumsuz+olumlu (karma) YDD. Her bir koşula uygun yönergeler önceki çalışmalardan (28,65) uyarlanmıştır. Oluumlu YDD koşulunda, katılımcılardan birbirini takip eden dört gün boyunca eşlerinin hastalığı ile ilişkili olumsuz duygu ve düşüncelerine yer vermeksizin sadece olumlu duygu ve düşünceleri hakkında, olumsuz YDD koşulunda eşlerinin hastalığı ile ilişkili olumlu duygu ve düşüncelerine yer vermeksizin sadece olumsuz duygu ve düşünceleri hakkında yazmaları istenmiştir. Karma koşulda ise katılımcılardan yazma seanslarının ilk iki günü olumsuz YDD koşulu, takip eden diğer iki günü ise olumlu YDD koşulunun yönergelerine uygun şekilde yazmaları istenmiştir. Tüm yönergelerde diğerleri ile ayrıntılı olarak paylaşılmayan duygu ve düşüncelerin yanı sıra, eşlerin tanısından önce, sonra, tedavi boyunca ve şimdi deneyimlenen tüm duygu ve değişimlerin açığa vurulması vurgulanmıştır.

İstatistiksel Analiz

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 17.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcıların yazma koşullarına uygunluğunu değerlendirmede Cohen'in kappa istatistiğinden faydalanılmış, manipülasyon kontrolü ise deney sonrası değerlendirme anketinde bulunan sürekli değişkenler için MANOVA ile test edilmiştir. Ön analizlerde, katılımcıların yerleştirildikleri koşullar arasında alınan ilk ölçümler açısından farklılık olup olmadığını test etmek için sürekli değişkenlerin toplam puanları için ANOVA, sürekli değişken-

lerin alt boyutları için MANOVA, kategorik değişkenler için ise ki kare analizi kullanılmıştır. Bu analizlerde koşul bağımsız değişken olarak alınmış ve demografik değişkenler ile bağımlı değişkenlerin ilk ölçümleri üzerinde test edilmiştir. Yazmanın uzun süreli etkisi ise 3 (Koşul: olumlu YDD, olumsuz YDD, karma YDD) x 3 (Zaman: yazma öncesi, sonrası, 1 aylık takip) son faktörde tekrar ölçümlü karma ANOVA'lar ile test edilmiştir.

BULGULAR

Manipülasyon Kontrolü ve Yazıların Değerlendirilmesi

Seans ya da koşuluna bakılmaksızın bir araya getirilen toplam 200 yazı içeriğinin koşula uygunluğu iki bağımsız değerlendirici tarafından belirlenmiştir. Değerlendiriciler için doğru sınıflama oranları sırasıyla % 95.5 (191 yazı) ve % 91.0 (182 yazı) olarak bulunmuştur. Bu oranlar katılımcıların yazma yönergelerine uyumlarının oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. İki değerlendirici arası uyum ise % 94.8'dir. Katılımcıların her bir yazma seansında duygu, düşünce ve gerçeklere odaklanma düzeylerinin koşullara göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek için gerçekleştirilen MANOVA sonuçları ise, katılımcıların yazılarında gerçeklere, duygulara ve düşüncelere odaklanma düzeylerinin birinci yazma seansı (Wilks' Lambda=.84, F(6,90)=1.40, p=.21), ikinci yazma seansı (Wilks' Lambda=.86, F(6,90)=1.14, p=.35), üçüncü yazma seansı (Wilks' Lambda=.96, F(6,90)=0.31, p=.93) ve dördüncü yazma seansında (Wilks' Lambda=.88, F(6,90)=0.96, p=.46) koşullara göre farklılaşmadığını göstermiştir. Bu sonuçlar yazma seanslarına odaklanmada deneysel koşuldan kaynaklanan bir engelin olmadığını göstermektedir.

Yazma Koşullarına İlişkin Betimsel Bilgiler

Oluumlu YDD, olumsuz YDD ve karma YDD için yazma öncesi, sonrası, 1 aylık takipte alınan ölçümlerin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 1'de verilmiştir.

Bağımlı Değişkenlerin İlk Ölçümlerine İlişkin Ön Analizler

Tablo 1. Bağımlı Değişkenlerin Üç Koşul ve Üç Zaman Dilimi için Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

Bağımlı Değişkenler	Olumlu YDD			Olumsuz YDD			Karma YDD		
	Yazma öncesi	Yazma sonrası	Takip	Yazma öncesi	Yazma sonrası	Takip	Yazma öncesi	Yazma sonrası	Takip
	Ort. (S)	Ort. (S)	Ort. (S)	Ort. (S)	Ort. (S)	Ort. (S)	Ort. (S)	Ort. (S)	Ort. (S)
Travma sonrası stres toplam	25.06 (17.07)	21.20 (17.37)	19.50 (14.36)	38.29 (18.97)	38.28 (20.63)	40.25 (23.80)	37.12 (18.75)	35.86 (20.49)	34.21 (16.17)
Yeniden yaşama	9.25 (6.80)	8.12 (7.72)	7.50 (6.11)	13.92 (7.31)	14.22 (9.00)	15.49 (10.47)	13.94 (7.55)	13.70 (8.21)	12.92 (5.73)
Aşırı uyarılma	6.56 (4.87)	4.95 (5.04)	4.25 (3.73)	10.65 (5.79)	10.47 (4.85)	10.29 (7.31)	8.29 (6.05)	8.06 (6.00)	7.84 (5.04)
Kaçınma	9.25 (6.50)	8.12 (5.96)	7.75 (5.51)	13.72 (7.53)	13.59 (8.04)	14.47 (8.15)	14.88 (6.40)	14.09 (7.94)	13.46 (6.25)
Travma sonrası gelişim toplam	49.12 (19.20)	58.18 (18.89)	53.69 (20.01)	55.06 (24.90)	56.82 (22.15)	60.50 (20.89)	67.52 (13.27)	73.12 (17.90)	69.09 (13.66)
Diğerleri ile ilişkilerde değişim	12.75 (7.36)	17.27 (7.23)	15.94 (7.09)	17.18 (9.94)	18.47 (7.52)	19.70 (8.09)	22.32 (5.35)	23.94 (6.91)	21.43 (5.21)
Yaşam felsefesinde değişim	7.62 (5.00)	9.31 (5.55)	8.50 (6.00)	8.18 (7.58)	9.76 (5.77)	11.15 (6.65)	12.18 (5.39)	14.07 (5.93)	12.99 (4.34)
Kendilik algısında değişim	28.75 (8.53)	31.60 (8.26)	29.25 (9.74)	29.70 (9.85)	28.59 (10.62)	29.65 (7.87)	33.03 (5.62)	35.10 (6.39)	34.67 (5.94)

Çalışmada katılımcıların yazma öncesindeki TSSB ve TSG düzeylerinin koşullara göre farklılık gösterip göstermediğine dair gerçekleştirilen ANOVA sonuçları, TSSB toplam puanları için koşullar arasında anlamlı fark bulunmadığına ($F(2, 47) = 2.61, p = .08$) işaret ederken TSG toplam puanları için koşullar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($F(2, 47) = 3.77, p = .03$). Bonferroni testi ile yapılan ikili karşılaştırmalar karma YDD koşulunun TSG düzeylerinin olumlu YDD koşulundan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bulgular Tablo 2A'da sunulmuştur.

TSSB ve TSG'nin alt boyutlarının koşullara göre farklılaşıp farklılaşmadığını test eden MANOVA sonuçları ise, koşul temel etkisinin yeniden yaşama, aşırı uyarılma ve kaçınma için anlamlı olmadığını (Wilks' Lambda = .77, $F(6,90) = 2.08, p = .06$), TSG'nin alt boyutları için ise anlamlı olduğunu (Wilks' Lambda = .75, $F(6,90) = 2.36, p = .04$) göstermiştir. Tek değişkenli analiz sonuçları koşul farklılığının sadece diğerleri ile ilişkilerde değişim için gözlendiğini ($F(2,47) = 6.25, p = .004, \eta^2 = .21$); Bonferroni ikili karşılaştırmaları ise, karma YDD

koşulunun diğerleri ile ilişkiler puanının olumlu YDD koşulundan anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bulgular Tablo 2B'de sunulmuştur. Ayrıca ki kare analizi sonuçları, katılımcıların eşlerinin hastalıklarını çevreleri ile paylaşımlarının koşullara göre farklılaşmadığını göstermiştir ($\chi^2(2, N=50) = 5.36, p = .07$).

Yazmanın Travma Sonrası Stres Belirtileri Üzerindeki Kısa ve Uzun Süreli Etkileri

Yazılı dışavurumun uzun süreli etkisini test eden ANOVA sonuçları TSSB toplam puanı için zaman temel etkisinin ve koşul* zaman etkileşiminin anlamlı olmadığını göstermiştir. Ancak, koşul temel etkisinin TSSB için anlamlı olduğu görülmüştür. Bonferroni karşılaştırmaları olumsuz YDD koşulunun (Ort. = 38.94, SH = 4.20) olumlu YDD koşulundan (Ort. = 21.92, SH = 4.33) daha fazla TSSB'ye sahip olduğunu göstermiştir.

TSSB'nin alt boyutlarından yeniden yaşama için gerçekleştirilen analiz sonucu da, zaman temel et-

Tablo 2. Bağımlı Değişkenlerin İlk Ölçümündeki Koşul Farklılıklarına İlişkin ANOVA ve MANOVA Sonuçları

	Olumlu YDD Ort. (S.S)	Olumsuz YDD Ort. (S.S)	Karma YDD Ort. (S.S)	F(2,47)	P			
A.								
TSSB	25.06	38.29	37.12	2.61	.08			
Toplam	(17.07)	(18.97)	(18.75)					
TSG	49.12	55.06	67.52	3.77*	.03			
Toplam	(19.20) _a	(24.90) _{ab}	(13.27) _b					
B.								
				Çok değişkenli df	Çok değişkenli F	Tek değişkenli df	Tek değişkenli F	P
TSSB Alt Boyutları				6, 90	2.08			.06
Yeniden yaşama	9.25 (6.80)	13.92 (7.31)	13.94 (7.55)					
Aşırı uyarılma	6.56 (4.87)	10.65 (5.78)	8.29 (6.05)					
Kaçınma	9.25 (6.50)	13.72 (7.53)	14.88 (6.40)					
TSG Alt Boyutları				6, 90	2.36*			.04
Diğerleri ile ilişkilerde değişim	12.75 (7.36) _a	17.18 (9.94) _{ab}	22.32 (5.35) _b			2, 47	6.25**	.004
Yaşam felsefesinde değişim	7.62 (5.00)	8.18 (7.58)	12.18 (5.39)			2, 47	2.76	.07
Kendilik algısında değişim	28.75 (8.53)	29.70 (9.85)	33.03 (5.62)			2, 47	1.25	.29

* $p < .05$, ** $p < .01$

kisinin ve koşul* zaman etkileşiminin anlamlı olmadığını göstermiştir. Ancak, koşul temel etkisinin yeniden yaşama için anlamlı olduğu görülmüştür. Bonferroni karşılaştırmaları, olumsuz YDD koşulunun (Ort.=14.54, SH=1.72) olumlu YDD koşulundan (Ort.=8.29, SH=1.78) anlamlı olarak daha fazla yeniden yaşama belirtisine sahip olduğunu göstermiştir.

Aşırı uyarılma alt boyutu için de zaman temel etkisi ve koşul zaman etkileşimi bulunmazken, anlamlı koşul temel etkisi bulunmuştur. Bonferroni ile yapılan ikili karşılaştırmalar olumsuz YDD koşulunun (Ort.=10.47, SH=1.16) olumlu YDD koşulu (Ort.=5.26, SH=1.20) ile karşılaştırıldığında, travmatik olaydan uyarılma düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Kaçınma alt boyutu için de sonuçlar, anlamlı zaman temel etkisi ve koşul zaman etkileşiminin bulunmadığını ancak anlamlı koşul temel etkisinin bulunduğunu göstermiştir. Bonferroni karşılaştırmaları ise, olumsuz YDD (Ort.=13.93, SH=1.52) ve karma YDD koşulunun (Ort.=14.14, SH=1.52) olumlu YDD koşulu (Ort.=8.37, SH=1.57) ile karşılaştırıldığında travmatik olaydan daha fazla kaçındıklarını göstermiştir. Bulgular Tablo 3'te özetlenmiştir.

Yazmanın Travma Sonrası Gelişim Üzerindeki Kısa ve Uzun Süreli Etkileri

Yazmanın Travma Sonrası Gelişim Üzerindeki Kısa ve Uzun Süreli Etkileri

TSG toplam için gerçekleştirilen ANOVA sonuçları zaman temel etkisinin ve koşul temel etkisinin anlamlı olduğunu göstermiştir. Bonferroni karşılaştırmaları, katılımcıların TSG düzeylerinin yazma öncesine (Ort.=57.24, SH=2.79) kıyasla yazma sonrasında (Ort.=62.71, SH=2.79) daha yüksek olduğunu göstermiştir. Ancak bu iki zaman diliminde alınan ölçüm, takip değerlendirmesinden (Ort.=61.09, SH=2.61) anlamlı şekilde farklılaşmamaktadır. Koşul farklılığına ilişkin Bonferroni karşılaştırmaları ise, karma YDD koşulunun (Ort.=69.91, SH=4.12) TSG düzeyinin olumlu YDD

Tablo 3. Travma Sonrası Stres Belirtileri ve Alt Boyut Ölçümlerine İlişkin ANOVA Sonuçları

	Değişim Kaynağı	Kareler Ortalaması	df, df hata	F	p	n ²
IES-R Toplam	Koşul	4007.96	2, 47	4.45*	.02	.15
	Zaman	77.85	1.68, 78.89	0.79	.44	.02
	Koşul x Zaman	75.30	3.36, 78.89	0.76	.53	.03
Yeniden yaşama	Koşul	551.13	2, 47	3.62*	.03	.13
	Zaman	2.90	1.68, 78.85	0.16	.81	.00
	Koşul x Zaman	16.12	3.35, 78.85	0.90	.46	.04
Aşırı uyarılma	Koşul	336.44	2, 47	4.87**	.01	.17
	Zaman	16.69	1.67, 78.39	1.26	.28	.03
	Koşul x Zaman	6.38	3.34, 78.39	0.48	.71	.02
Kaçınma	Koşul	523.50	2, 47	4.44*	.02	.16
	Zaman	8.26	2, 94	0.56	.57	.01
	Koşul x Zaman	7.14	4, 94	0.49	.75	.02

* $p < .05$, ** $p < .01$

koşulundan (Ort.=53.66, SH=4.25) daha yüksek olduğunu göstermiştir. Analiz sonucuna göre, TSG toplam puanı için, anlamlı koşul*zaman etkileşimi bulunamamıştır.

Diğerleri ile ilişkilerde değişim alt boyutu için yapılan analiz sonucu, anlamlı zaman temel etkisinin ve koşul temel etkisinin olduğunu göstermiştir. Zaman farklılığına ilişkin Bonferroni ile yapılan ikili karşılaştırmalar, katılımcıların diğerleri ile ilişkilerde değişim düzeyinin yazma öncesine (Ort.=17.42, SH=1.10) kıyasla, yazma sonrasında (Ort.=19.89, SH=1.02) daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu iki zaman diliminde alınan ölçüm ise takip değerlendirmesinden (Ort.=19.02, SH=0.98) anlamlı şekilde farklılaşmamaktadır. Koşul farklılığına ilişkin Bonferroni karşılaştırmaları ise, karma YDD koşulunun diğerleri ile ilişkilerde değişim düzeyinin (Ort.=22.56, SH=1.55) olumlu YDD koşulundan (Ort.=15.32, SH=1.60) daha yüksek olduğunu göstermiştir. Diğerleri ile ilişkilerde değişim alt boyutu için koşul*zaman etkileşimi ise bulunamamıştır.

Yaşam felsefesinde değişim alt boyutu için sonuçlar benzer şekilde zaman temel etkisinin ve koşul temel etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir. Zamana ilişkin Bonferroni karşılaştırmaları, katılımcıların yaşam felsefesinde değişim düzeylerinin yazma öncesine (Ort.=9.33, SH=0.87) kıyasla yazma sonrasında (Ort.=11.05, SH=0.81) daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu iki zaman diliminde alınan ölçüm ise takip değerlendirmesinden (Ort.=10.88, SH=0.81) farklılaşmamaktadır. Koşul farklılığı için yapılan Bonferroni karşılaştırmaları ise, karma YDD koşu-

lunun yaşam felsefesinde değişim düzeyinin (Ort.=13.08, SH=1.24) olumlu YDD koşulundan (Ort.=8.48, SH=1.28) daha yüksek olduğunu göstermiştir. Yaşam felsefesinde değişim alt boyutu için koşul zaman etkileşimi ise istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır.

Kendilik algısında değişim alt boyutu için ise sonuçlar koşul temel etkisinin, zaman temel etkisinin ve koşul*zaman etkileşiminin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığını göstermiştir. Bulgular Tablo 4'te özetlenmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, YDD paradigmasının kanser hastalarının eşlerinin TSSB ve TSG düzeyleri üzerindeki etkisinin incelenmesi hedeflenmiştir. Ayrıca travmatik olayın olumlu yanları hakkında yazmanın, olumsuz ve hem olumsuz hem de olumlu yanları hakkında yazma ile karşılaştırılarak hangi koşulun daha faydalı olabileceği belirlenmeye çalışılmıştır.

Çalışmada, bilişsel işleme kuramı ile tutarlı olarak, YDD koşullarının yazma öncesinden sonrasına TSSB ile TSSB'nin yeniden yaşama ve kaçınma puanlarında anlamlı azalma bildirmeleri beklenmiş ancak yazma öncesinden sonrasına bu değişkenler için azalma gözlenmemiştir. Ayrıca karma YDD koşulunda, katılımcıların yaşadıkları ile ilgili irrasyonel düşüncelerini daha fazla gözden geçirerek uyumlu hale getirmeleri ve buna bağlı olarak, TSSB ve bilişsel işlemenin işareti olan yeniden yaşama ve kaçınma puanlarında daha fazla azalma bildirmeleri beklenmiştir. Elde edilen bulgular ise,

Tablo 4. Travma Sonrası Gelişim Ölçeği ve Alt Boyut Ölçümlerine İlişkin ANOVA Sonuçları

	Değişim Kaynağı	Kareler Ortalaması	df	F	p	n ²
TSGÖ Toplam	Koşul	3616.31	2, 47	4.18*	.02	.15
	Zaman	395.09	2, 94	3.13*	.049	.06
	Koşul x Zaman	107.35	4, 94	0.85	.50	.03
Diğerleri ile ilişkilerde değişim	Koşul	655.06	2, 47	5.31**	.01	.18
	Zaman	78.88	2, 94	4.24*	.02	.08
	Koşul x Zaman	32.34	4, 94	1.74	.15	.07
Yaşam felsefesinde değişim	Koşul	284.51	2, 47	3.64*	.03	.13
	Zaman	45.22	2, 94	3.57*	.03	.07
	Koşul x Zaman	9.49	4, 94	0.75	.56	.03
Kendilik algısında değişim	Koşul	373.03	2, 47	2.58	.09	.10
	Zaman	20.22	2, 94	0.68	.51	.01
	Koşul x Zaman	22.47	4, 94	0.75	.56	.03

* $p < .05$, ** $p < .01$

bu hipotezi desteklemeyerek zamana bağlı koşullar arasında da anlamlı fark olmadığını göstermiştir. Bu bulgular bakımverenler ile yürütülen ve TSSB açısından anlamlı gelişimin olmadığına işaret eden çalışmalar (48,73) ile tutarlılık göstermektedir. Bakımverenlerde pozitif, iyimser ve gelecek odaklı olmak YDD sonuçlarını etkilediğinden (74) TSSB için elde edilen bulguların bireysel farklılıklardan etkilenmiş olabileceği ve gelecek çalışmalarda bireysel farklılıkları değerlendiren ölçümlerin alınmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca çalışmanın betimsel istatistik tablosu incelendiğinde (Bknz. Tablo 1), TSSB'de özellikle olumlu ve karma YDD koşullarında yazma öncesinden takip değerlendirmesine azalma eğilimi olduğu görülmektedir. Bu durum, örneklem küçüklüğünün I. Tip hatayı artırarak istatistiksel açıdan anlamsız çıkan bu azalma eğiliminin daha büyük örneklemde anlamlı sonuçlara dönüşebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmada beklenen bir diğer sonuç, YDD koşullarının yazma öncesinden yazma sonrasına TSG düzeylerinin anlamlı olarak artması ve bu artışın olumsuz YDD koşulu ile karşılaştırıldığında olumlu ve karma YDD koşulları için daha fazla meydana gelmesidir. Elde edilen bulgular bu hipotezi ise kısmen desteklemektedir. Sonuçlara göre, YDD koşulları yazma öncesinden yazma sonrasına TSG düzeylerinde artış bildirmişlerdir ancak bu artış 1 aylık takip değerlendirmesinde devam etmemiştir. Gerçekleşen bu değişim TSG'nin alt boyutlarından 'diğerleri ile ilişkilerde değişim' ve 'yaşam felsefesinde değişim' için de gözlenmiştir. Zamana bağlı gözlenen bu değişiklik için YDD koşulları arasında anlamlı bir fark ise bulunmamıştır. Elde edilen bu bulgular, yazılı dışavuru-

mun TSG düzeyinde artışa yol açtığını gösteren çalışmalar (53,54,55,56) ile kısmen paralellik göstermektedir. Çünkü bu çalışmalarda yazılı dışavuruma bağlı TSG düzeyindeki artışa ek olarak yazma koşulları arasında da anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu çalışmaların bulgularına göre, önemsiz konu hakkında yazan kontrol koşulu ya da varoluşsal koşul ile karşılaştırıldığında duygu ve düşüncelerin açığa vurulmasını sağlayan standart YDD koşulu, TSG düzeyinde daha fazla artışa yol açmıştır. Çalışmada yazma koşulları arasında fark bulunmayışı; hem bilişsel işleme hem de zaman gerektiren TSG için ard arda 4 gün 15 dakikalık yazma seanslarının yetersiz kalmış olabileceğini düşündürmüştür. Bu doğrultuda, bakımverenlerde hem seans sayısının hem de seans süresinin artırıldığı yoğun yazma müdahalelerinin test edilmesine ihtiyaç vardır. Ayrıca, daha uzun süreler sonra alınacak takip ölçümlerinin YDD'nin TSG'ye etkisini değerlendirmede önemli olabileceği düşünülmektedir.

Daha önce sunulduğu üzere, çalışmada hastaların kanser türüne göre bir sınırlandırma yapılmamış ve farklı türde kanser tanısı (akciğer, meme, prostat, böbrek kanseri vb.) olan hastaların eşleri çalışmaya dahil edilmiştir. Ancak kanser hastalarının yaşadıkları işlev bozuklukları kanser türüne göre farklılaşmakla birlikte, hem hastanın hem de bakım verenin psikolojik sağlığı da bu faktörden etkilenmektedir (75). Benzer şekilde, hastaların aldıkları tedavi türü de bakım verenlerin sıkıntı düzeylerini etkileyen faktörler arasındadır (76). Bu bağlamda düşünüldüğünde, hastaların kanser ve tedavi türlerinin değerlendirilmemiş olması çalışma sonuçlarını etkilemiş olabilir.

Kanser hastalarının semptomlarındaki artış, artan hastalık süresi, ağır gidişat bakım verenlerin psikolojik sıkıntılarını artırmaktadır (77,78,79). Bununla paralel olarak, kanserin erken evrelerine kıyasla son evrelerinde olan hastaların bakım verenlerinin daha depresif ve gergin oldukları, uyum sorunları yaşamaya yatkın oldukları belirlenmiştir (80, 81). Çalışmada da kanserin seyri kontrol edilemediğinden, eşlerin sağlıklarındaki kötüye gidişe bağlı olarak katılımcıların sıkıntı düzeylerinin beklenmedik yükselişi YDD'nin sonuçlarında karıştırıcı bir rol oynamış olabilir. YDD bu bireylere o anda yaşadıkları streslerle nasıl baş edeceklerini öğretmediğinden (43) gelecek çalışmalarda, hastalık gidişatının sabit olabileceği düşünülen erken evre kanser ya da kontrol hastalarının eşlerinde paradigma test edilmelidir.

Dışavurumun kültürel bir seçim olabileceği göz önünde bulundurulduğunda, YDD'nin evrensel olarak faydalı olması söz konusu değildir. Hatta araştırmalar Batılı kültürlerin YDD'den daha fazla fayda sağlayabileceğine işaret etmektedir (82). Mevcut çalışmanın başlangıcında gerçekleştirilen görüşmelerde, çok sayıda katılımcının travmatik deneyimlerini yazmak yerine anlatmak istediklerini söylemeleri ya da çalışmaya katılmak için uygunluk kriterlerini karşılamalarına rağmen yazmak istemedikleri için çalışmayı bırakmaları (n=11) dışavurumun kültürel bir seçim olabileceğini destekler görünmektedir. Batılı olmayan kültürlerde travmatik deneyimlerin üstesinden gelmede anlam bulmanın sık kullanılması ile paralel olarak, çalışmamızda TSG ve TSG'nin "yaşam felsefesinde değişim" alt boyutunda yazma öncesinden sonrasına artış gözlenmesi, YDD'nin anlam bulma aracılığı ile toplumumuzda sağlık faydalarına yol açabileceğini de düşündürmektedir. Buna göre, YDD'yi etkileyen kültürel faktörlerin belirlenmesi ve bu konuda kültürlerarası araştırmaların yürütülmesi önem arz etmektedir.

Sonuçlar psikolojik uygulamalar açısından değerlendirildiğinde; eşi kanser olan bireylerin psikolojik sağlıklarının korunması ve gerektiğinde bu gruba psikolojik destek sağlanması kadar, yaşananların olumlu yanlarının olabileceğinin gösterilmesi de önemlidir. Mevcut çalışmada, koşul fark etmeksizin kanser ile ilgili duygu ve düşüncelerin yazılı olarak ifade edilmesinin yazma öncesinden sonrasına

TSG'yi artırması, YDD'nin koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında kullanılabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, YDD'nin psikoterapilerde ev ödevi olarak verilmesi terapötik süreci hızlandırdığından (38), kanser hastalarının eşleri ile yürütülen psikoterapilerle birlikte kullanıldığında YDD'nin de etkililiğinin artması mümkün görünmektedir. Ayrıca bazı araştırmalar açığa vuruların evde gerçekleştirilmesinin sağlığı daha fazla geliştirebileceğine dikkat çekmektedir (26). Bu nedenle gelecek çalışmalarda evde yürütülen ya da internet ortamında gerçekleştirilen yazma seanslarının (40,55,62) test edilmesinin önemli olacağı söylenebilir.

Bu çalışmanın katkılarının yanı sıra bir takım sınırlılıkları da mevcuttur. Çalışmanın sınırlılıklarından biri örneklemin küçüklüğüdür. Ek olarak, YDD paradigmasında katılımcıların duygu ve düşüncelerini en iyi nasıl ifade edecekleri konusunda yönlendirilmeyişlerinin, paradigmayı sınırlandırdığı belirtilmektedir (83). Mevcut çalışmada da katılımcıların ifadelerinde yönlendirilmeyiş, duygu ve düşünceler ile tekrarlı şekilde yüzleşmeye bağlı duygusal uyarılmanın azalması ve olumlu sağlık sonuçlarının gözlenmesinde sınırlı etkiye yol açmış olabilir. Çalışmanın sınırlılıklarından bir diğeri, kontrol koşulunun bulunmayışıdır. Güncel bir çalışma, otizmli çocukların bakım verenlerinde kontrol koşulu ile karşılaştırıldığında, bakım verenin faydaları hakkında yazmanın psikolojik sağlık üzerinde koruyucu bir işlevinin olabileceğine işaret etmiştir (84). Buna göre kontrol koşulu dahil edilerek yürütülecek araştırmaların YDD bulgularının daha geniş düzlemde ele alınmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir. Sonuç olarak; alanyazında olumlu, olumsuz ve karma YDD koşullarını kanser hastalarının eşlerinde TSG için test eden ilk boylamsal çalışma olan mevcut çalışmanın bulgularının incelenen koşullar ile sınırlı kaldığı gözden kaçırılmamalı, yazma koşullarının manipüle edilerek farklı örneklemlerde ve kültürlerde de test edildiği araştırmalar yürütülmelidir.

Yazışma adresi: Araş. Gör. Didem Acar, İstanbul Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye didemacar90@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer Statistics, 2018. *CA Cancer J Clin* 2018;68:7-30.
2. Li QP, Mak YW, Loke AY. Spouses' experience of caregiving for cancer patients: A literature review. *Int Nurs Rev* 2013; 60: 178-187.
3. Porter LS, Keefe FJ, Hurwitz H, Faber, M. Disclosure between patients with gastrointestinal cancer and their spouses. *Psychooncology* 2005;14:1030-1042.
4. Dickinson PE. Written emotional expression in spousal caregivers of cancer patients. San Diego:California School, Doktora Tezi. 2005.
5. Rimé B. Mental rumination, social sharing and the recovery from emotional exposure. Emotion, disclosure, and health. Edited by Pennebaker JW. Washington, DC, American Psychological Association, 1995, pp.271-291.
6. Kim HS. We talk, therefore we think? A cultural analysis of the effect of talking on thinking. *J Pers Soc Psychol* 2002;83: 828-842.
7. Taylor SE, Sherman DK, Kim HS, Jarcho J, Takagi, K., Dunagan MS. Culture and social support: Who seeks it and why? *J Pers Soc Psychol* 2004;87:354-362.
8. Kim HS, Sherman DK, Taylor SE. Culture and social support. *Am Psychol* 2008;63:518-526.
9. Bagilishya D. Mourning and Recovery From Trauma: In Rwanda, Tears Flow Within. *Transcult Psychiatry* 2000;37:337-35
10. Pennebaker JW, Beall SK. Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *J Abnorm Psychol* 1986;95:274-281.
11. Bornstein R. Gender schemas, gender roles, and expressive writing: Toward a process-focused model. *Sex Roles* 2010;63: 173-177.
12. Manier D, Olivares A. Who benefits from expressive writing? Moderator variables affecting outcomes of emotional disclosure interventions. *CCPJ* 2005;21545-4452.
13. Pennebaker JW. Theories, therapies, and taxpayers: On the complexities of the expressive writing paradigm. *Clin Psychol Sci Pract* 2004;11:138-142.
14. Smyth J. Written emotional expression: Effect sizes, outcome types, unique suicidal bereavement. *Suicide Life Threat Behav* 1998;30:50-60.
15. Sloan DM, Marx BP. Taking pen to hand: Evaluating theories underlying the written disclosure paradigm. *Clin Psychol Sci Pract* 2004;11:121-137.
16. Pennebaker JW, Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:239-245.
17. Sloan DM, Marx BP. A closer examination of the structured written disclosure procedure. *J Consult Clin Psychol* 2004;72: 165-175.
18. Harvey A, Farel C. The efficacy of a Pennebaker-like writing intervention for poor sleepers. *Behav Sleep Med* 2003;2: 115-124.
19. Krpan KM, Kross E, Berman MG, Deldin, P J, Askren, MK, Jonides, J. An everyday activity as a treatment for depression: The benefits of expressive writing for people diagnosed with major depressive disorder. *J Affect Disord* 2013;150:1148-1151.
20. Mooney P, Espie CA, Broomfield NM. An experimental assessment of a Pennebaker writing intervention in primary insomnia. *Behav Sleep Med* 2009;7:99-105.
21. Broderick JE, Junghaenel DU, Schwartz, JE. Written emotional expression produces health benefits in fibromyalgia patients. *Psychosom Med* 2005;67:326-334.
22. Keefe FJ, Anderson T, Lumley M, Caldwell D, Stainbrook D, Mckee D, Waters SJ, Connelly M, Affleck G, Pope MS, Weiss M, Riordan PA, Uhlin, BD. A randomized, controlled trial of emotional disclosure in rheumatoid arthritis: Can clinician assistance enhance the effects? *Pain* 2008;137:164-172.
23. Averill AJ, Kasarskis EJ, Segerstrom SC. Expressive disclosure to improve well-being in patients with amyotrophic lateral sclerosis: A Randomised, controlled trial. *Psychol Health* 2013; 28:701-713.
24. Jensen-Johansen MB, Christensen S, Valdimarsdottir H, Zakowski S, Jensen AB, Bovbjerg DH. Effects of an expressive writing intervention on cancer-related distress in Danish breast cancer survivors - Results from a nationwide randomized clinical trial. *Psychooncology* 2013;22:1492-1500.
25. Zakowski SG, Ramati A, Morton C, Johnson P, Flanigan R. Written emotional disclosure buffers the effects of social constraints on distress among cancer patients. *Health Psychol* 2004; 23:555-563.
26. Frattaroli J. Experimental disclosure and its moderators: A meta-analysis. *Psychol Bull* 2006;132:823-865.
27. King LA, Miner KN. Writing about the perceived benefits of traumatic events: Implications for physical health. *Pers Soc Psychol* 2000;26:220-230.
28. Stanton A, Danoff-Burg S, Sworowski LA, Collins, CA, Branstetter AD, Rodriguez-Hanley A, Kirk SB, Austenfeld JL. Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer. *J Clin Oncol* 2002;20:4160-4168.
29. Smyth JM, Stone AA, Hurewitz AN, Kaell AT. Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis. A randomized trial. *JAMA* 1999;281:1304-1309.
30. Cohen S, Williamson GM. Stress and infectious disease in humans. *Psychol Bull* 1991;109:5-24.
31. Esterling BA, Antoni MH, Fletcher MA, Margulies S, Schneiderman N. Emotional disclosure through writing or speaking modulates latent Epstein-Barr virus antibody titers. *J Consult Clin Psychol* 1994;62:130-140.
32. Pennebaker JW, Seagal JD. Forming a story: The health benefits of narrative. *J Clin Psychol* 1999;55:1243-1254.
33. Rosenberg HJ, Rosenberg SD, Ernstoff MS, Wolford GL, Amdur RJ, Elshamy MR, Bauer-Wu SM, Ahles TA, Pennebaker

- JW. Expressive disclosure and health outcomes in a prostate cancer population. *Int J Psychiatry Med* 2002;32:37-53.
34. Lepore SJ. Expressive writing moderates the relation between intrusive thoughts and depressive symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1997;73:1030-1037.
35. Soliday E, Garofalo JP, Rogers D. Expressive writing intervention for adolescents' somatic symptoms and mood. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2004;33:792-801.
36. Kearns MC, Edwards K, Calhoun KS, Gidycz C. Disclosure of sexual victimization: The effects of Pennebaker's emotional disclosure paradigm on physical and psychological distress. *J Trauma Dissociation* 2010;11:193-209.
37. Gortner EM, Rude SS, Pennebaker JW. Benefits of expressive writing in lowering rumination and depressive symptoms. *Behav Ther* 2006;37:292-303.
38. Graf MC, Gaudiano BA, Geller PA. Written emotional disclosure: A controlled study of the benefits of expressive writing homework in outpatient psychotherapy. *Psychother Res* 2008;18:389-399.
39. Krpan KM, Kross E, Berman MG, Deldin PJ, Askren MK, Jonides J. An everyday activity as a treatment for depression: The benefits of expressive writing for people diagnosed with major depressive disorder. *J Affect Disord* 2013;150:1148-1151.
40. Hirai M, Skidmore ST, Clum GA, Dolma S. An investigation of the efficacy of online expressive writing for trauma-related psychological distress in Hispanic individuals. *Behav Ther* 2012;43:812-824.
41. Hoyt T, Yeater EA. The effects of negative emotion and expressive writing on posttraumatic stress symptoms. *J Soc Clin Psychol* 2011;30: 549-569.
42. Park CL, Blumberg CJ. Disclosing trauma through writing: Testing the meaning-making hypothesis. *Cognit Ther Res* 2002;26:597-616.
43. Arden-Close E, Gidron Y, Bayne L, Moss-Morris R. Written emotional disclosure for women with ovarian cancer and their partners: Randomised controlled trial. *Psychooncology* 2013;22: 2262-2269.
44. Kovac S, Range L. Writing projects: Lessening undergraduates. *Suicide Life Threat Behav* 2000;30:50-60.
45. Stroebe M, Stroebe W, Zech E, Schut H, Bout JVD. Does disclosure of emotions facilitate recovery from bereavement? Evidence from two prospective studies. *J Consult Clin Psychol* 2002;70:169-178.
46. Brown E, Heimberg R. Effects of writing about rape: Evaluating Pennebaker's paradigm with a severe trauma. *J Trauma Stress* 2001;14:781-790.
47. Cantekin D. Yazılı dışavurum paradigmasının yinelenmesi ve genişletilmesi: boylamasına araştırma. ODTÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. 2008.
48. Barton K, Jackson C. Reducing symptoms of trauma among carers of people with psychosis: Pilot study examining the impact of writing about caregiving experiences. *Aust N Z J Psychiatry* 2008;42:693-701.
49. Schwartz L, Drotar D. Effects of written emotional disclosure on caregivers of children and adolescents with chronic illness. *J Pediatr Psychol* 2004;29:105-118.
50. Seligman MEP. *Authentic Happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York, Atria Paperback, 2002.
51. Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychol Inq* 2004;15:1-18.
52. Margola D, Facchin F, Molgora S, Revenson TA. Cognitive and emotional processing through writing among adolescents who experienced the death of a classmate. *Psychol Trauma* 2010;2:250-260.
53. Ulrich PM, Lutgendorf SK. Journaling about stressful events: Effects of cognitive processing and emotional expression. *Ann Behav Med* 2002;24:244-250.
54. Gebler FA, Maercker A. Expressive writing and existential writing as coping with traumatic experiences - A randomized controlled pilot study. *Trauma & Gewalt* 2007;5:1-8.
55. Stockton H, Joseph S, Hunt N. Expressive writing and post-traumatic growth: An internet-based study. *Traumatology: An International Journal* 2014;20:75-83.
56. Smyth JM, Hockemeyer JR, Tulloch H. Expressive writing and post-traumatic stress disorder: Effects on trauma symptoms, mood states, and cortisol reactivity. *Br J Health Psychol* 2008;13:85-93.
57. Lu Q, Zheng D, Young L, Kagawa-Singer M, Loh A. A pilot study of expressive writing intervention among Chinese-speaking breast cancer survivors. *Health Psychol* 2012;31:548-551.
58. Rivkin I, Gustafson J, Weingarten I, Chin D. The effects of expressive writing on adjustment to HIV. *AIDS Behav* 2006;10: 13-26.
59. Pennebaker JW, Graybeal A. Patterns of natural language use: Disclosure, personality and social integration. *Curr Dir in Psychol Sci* 2001;10:90-93.
60. Sloan DM, Marx BP, Epstein EM, Lexington, JM. Does altering the writing instructions influence outcome associated with written disclosure? *Behav Ther* 2007;38:155-168.
61. Danoff-Burg S, Agee JD, Romanoff NR, Kremer JM, Strosberg JM. Benefit finding and expressive writing in adults with lupus or rheumatoid arthritis. *Psychol Health* 2006;21:651-665.
62. Baiki KA, Geerlings L, Wilhelm K. Expressive writing and positive writing for participants with mood disorders: An online randomized controlled trial. *J Affect Disord* 2012;136:310-319.
63. Segal DL, Tucker HC, Coolidge FL. A comparison of positive versus negative emotional expression in a written disclosure study among distressed students. *J Aggress Maltreat Trauma* 2009;18:367-381.
64. King L. The health benefits of writing about life goals. *Pers Soc Psychol Bull* 2001;27:798-805.
65. North RJ, Pai AV, Hixon G, Holahan CJ. Finding happiness in negative emotions: An experimental test of a novel expressive writing paradigm. *J Posit Psychol* 2011;6:192-203.
66. Guastella AJ, Dadds MR. Cognitive-behavioural emotion

- writing tasks: A controlled trial of multiple processes. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008;39:558-566.
67. Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosom Med* 1979;41:209-218.
68. Weiss D, Marmar C. The impact of event scale - Revised in *Assessing Psychological Trauma and Ptsd*. New York, Guilford, 1997, pp.399-411.
69. Çorapçioğlu A, Yargıç İ, Geyran P, Kocabaşoğlu N. Olayların etkisi ölçeği (IES-R) Türkçe versiyonunun geçerliği ve güvenirligi. *New Symposium Journal* 2006;1:14-22.
70. Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress* 1996;9:455-471.
71. Dirik G, Karancı N. Variables related to posttraumatic growth in Turkish rheumatoid arthritis patients. *J Clin Psychol Med Settings* 2008;15:193-203.
72. Schoutrop M, Lange A, Hanewald G, Duurland C, Bermond B. The effects of structured writing assignments on overcoming major stressful events: An uncontrolled study. *Clin Psychol Psychother* 1997;4:179-185.
73. Mackenzie CS, Wiprzycka UJ, Hasher L, Goldstein D. Does expressive writing reduce stress and improve health for family caregivers of older adults? *Gerontologist* 2007;47:296-306.
74. Mackenzie CS, Wiprzycka UJ, Hasher L, Goldstein D. Seeing the glass half full: optimistic expressive writing improves mental health among chronically stressed caregivers. *Br J Health Psychol* 2008;13:73-76.
75. Northouse L, Williams A, Given B, McCorkle R. Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer. *J Clin Oncol* 2012; 30:1227-1234.
76. Weitzner MA, McMillan SC, Jacobsen PB. Family caregiver quality of life: differences between curative and palliative cancer treatment settings. *J Pain Symptom Manage* 1999;17:418-428.
77. Sales E, Schulz R, Biegel D. Predictors of strain in families of cancer patients: A review of the literature. *J Psychosoc Oncol* 1992;10:1-26.
78. Blanchard CG, Albrecht TL, Ruckdeschel JC. The crisis of cancer: Psychological impact of family caregivers. *Oncology* 1997;11:189-194.
79. Pitceathly C, Maguire P. The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. *Eur J Cancer* 2003;39:1517-1524.
80. Morse SR, Fife B. Coping with a partner's cancer: adjustment at four stages of the illness trajectory. *Oncol Nurs Forum* 1998;25:751-760.
81. Given B, Wyatt G, Given C, Gift A, Sherwood P, DeVoss D, Rahbar M. Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end-of-life. *Oncol Nurs Forum* 2005;31:1105-1117.
82. Knowles ED, Wearing JR, Campos B. Culture and the health benefits of expressive writing. *Soc Psychol Personal Sci* 2011;2:408-415.
83. Guastella A, Dadds MR. Cognitive-behavioral models of emotional writing: A validation study. *Cogn Ther Res* 2006;30:397-414.
84. Lovell B, Moss M, Wetherell MA. Assessing the feasibility and efficacy of written benefit-finding for caregivers of children with autism: A pilot study. *J Fam Stud* 2016;22:32-42.

Geleceğe Yönelik Öngörüler Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Subjective Probability Task: Validity and Reliability

Hasan Ergüler 1, Ayşegül Durak Batıgün²

¹Psk, ²Prof..Dr., Ankara Üniversitesi Dil Tarih ve Coğrafya Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye

ÖZET

Amaç: Son yıllarda yapılan çalışmalarda, bilişsel-davranışçı terapi esnasında gelecekle ilgili öngörüler üzerinde çalışılmasının, bireyin başa çıkma stratejileri ve sağlıklı düşünme yetileri elde etmesine olanak sağlayabileceği üzerinde durulmaktadır. Bu noktada, bireylerin geleceğe yönelik öngörülerinin belirlenmesinde kullanılacak ölçme araçları önem kazanmaktadır. Türkiye’de konuya ilişkin alanyazın incelendiğinde, bilişsel kuram çerçevesinde geliştirilen ve Türkçe’ye uyarlanan ölçekler arasında geleceğe yönelik öngörülere odaklanan bir ölçeğin bulunmadığı göze çarpmaktadır. Bu nedenle çalışmanın amacı, Geleceğe Yönelik Öngörüler Ölçeği’ni Türkçe’ye çevirerek psikometrik özelliklerini belirlemektir. **Yöntem:** Çalışmaya Ankara Üniversitesi’nde öğrenim gören 198 öğrenci katılmıştır. Geleceğe Yönelik Öngörüler Ölçeği’nin yanı sıra, Beck Depresyon Envanteri, Otomatik Düşünceler Ölçeği ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısa Formu kullanılmıştır. Ölçeğin doğrulayıcı faktör analizleri ikinci bir örneklem üzerinde yapılmıştır. **Bulgular:** Yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda, olumlu öngörüler (alfa=.86) ve olumsuz öngörüler (alfa=.90) olmak üzere iki faktör bulunmuş; bu yapı doğrulayıcı faktör analizi ile desteklenmiştir. Diğer istatistik analiz sonuçları da ölçeğin geçerliğine ilişkin kanıtlar sunmuştur. **Sonuç:** Geçerli ve güvenilir olduğu saptanan Geleceğe Yönelik Öngörüler Ölçeği’nin depresyon belirtilerinin şiddeti ve yapısının belirlenmesi bağlamında, hem kuramsal hem de önleme, tanı ve tedavi amaçlı çalışmalarda kullanılabileceği görülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Geleceğe Yönelik Öngörüler Ölçeği, Geçerlik, Güvenirlik

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:168-176)

DOI: 10.5505/kpd.2017.76376

SUMMARY

Objective: Recent studies highlighted the importance of future prospections in cognitive-behavioural therapy for the promotion of healthy coping strategies and thinking patterns. This means a concomitant line of research on developing appropriate psychometric measures for the assessment of future prospections assumes significant importance. Literature review of published research in Turkish revealed a lack of empirically grounded scales on future prospections based on cognitive-behavioural theories. Therefore, this study aimed at translating the Subjective Probability Task into Turkish and identifying its relevant psychometric properties. **Method:** Study sample consisted of 198 voluntary university students studying in Ankara University, Turkey. In addition to the Subjective Probability Task, we also used Beck Depression Inventory, Automatic Thoughts Questionnaire, and Dysfunctional Attitudes Scale– Short Form. Confirmatory factor analysis was done with a separate sample of university students. **Results:** The results of exploratory factor analysis conducted revealed a two-factor model: positive prospections (alfa=.86) and negative prospections (alfa=.90). This model was supported by a confirmatory factor analysis conducted, and other statistical tests that followed gave further insights on the validity of the scale in Turkish. **Discussion:** Subjective Probability Task was found to be a valid and a reliable test for use in the study of depression symptom structures and severity. The test is seen as a valuable instrument for theoretical conceptualizations as well as preventative measures, and can be used in studies focusing on the diagnosis and treatment of the debilitating disease.

Key Words: Subjective Probability Task, Validity, Reliability

GİRİŞ

Depresyon, hem nörofizyolojik hem de psikolojik etmenlerin bir arada etkin rol aldığı karmaşık bir sorundur. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) verilerine göre depresyon tüm dünyada 300 milyondan fazla insanı etkilemektedir ve 2005 ile 2015 yılları arasındaki artış oranı %18'den fazladır (1). Sorunun bu denli yaygın olması, depresyonun nedenlerini açıklamaya çalışan çeşitli kuramların geliştirilmesini sağlamıştır. Bunlar arasında en yaygın olarak kabul gören Aaron Beck'in bilişsel kuramıdır (2,3). Bu kurama göre duygusal bozukluklar, yaşam olaylarının gerçekçi olmayan bir şekilde değerlendirilmesi veya düşünce tarzındaki bozuklukların sonucunda oluşur. Beck, modelinde depresyonu tanımlarken üç kavram kullanmıştır: 1- Bilişsel üçlü, 2- Şemalar, 3- Bilişsel hatalar (4).

Bilişsel üçlü adı verilen yapı, kişinin kendisini, çevresini ve geleceğini olumsuz/karamsar değerlendirmelerinden oluşur ve bu üçlü depresyon belirtilerinin oluşmasından sorumludur (4). Alanyazında, klinik depresyonu olan bireylerin gelecekte olumlu olayların yaşanması olasılığını belirgin olarak daha düşük gördükleri sıklıkla bildirilmektedir (5-8). Bu karamsar öngörülerin gerçeklik zemininden yoksun olması ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemesinin depresyon belirtilerinin artışına zemin hazırladığı iddia edilmekte; olumsuz bilişsel üçlemedeki en etkin faktör olduğu düşünülmektedir. Hatta, gelecekle ilgili öngörülerin depresyonun temel nedeni olduğu ileri sürülmektedir (9). Bunlar, işlevsel olmayan, yetersiz öngörülerdir. Çoğunlukla "eğer/o zaman" (if/then assumptions) tarzı varsayımlar olarak betimlenmiştir ve gelecekte yaşanması muhtemel bir olayın, bize şimdiden nasıl hissettirebileceğini tahmin etme süreçlerini içerir. Gelecekle ilgili olumsuz öngörülerin, içerisinde bulunulan andaki düşünce yapılarını etkileyebilmesinden ötürü depresyon belirtilerinin gelişimine katkı sağlayabilecekleri üzerinde durulmaktadır. Örneğin, "Eğer eşimle bu durumu konuşmaya kalkışırsam, hemen ardından her şey kötüye gidecek", "Bu gece iyi uyuyamazsam yarın berbat geçecek" veya "Bu sonuçlar böyle devam ederse hiçbir zaman mutlu olamayacağım" gibi düşünceler, bireyin içerisinde yaşadığı ana da yönelik karamsar düşüncelere odaklanmasına neden olmaktadır (9).

Özetle, bu olumsuz öngörülerin kişiyi karamsarlığa sürükleyerek karamsarlığın aşırı ucu olan umutsuzluğa yol açabileceği belirtilmektedir (6,10). Nitekim, umutsuzluk duygusunun da tek başına depresyon belirtilerine neden olacak kadar güçlü olabildiği bilinmektedir (11,12). Ayrıca, kişi ne kadar az olumlu öngörüde bulunursa o derece yoğun bir umutsuzluk yaşamaktadır (13).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, bireyin geleceği hakkındaki karamsar görüşlerinin bilişsel üçlüdeki diğer iki etmene kıyasla daha arka planda tutulduğu ve bunun da depresyonun tedavisinde bazı yetersizliklere neden olduğu vurgulanmaktadır (9). Terapi esnasında bireyin geçmişindeki nedensel etkenler ve şu anki işlevselliğine odaklanılmasının, depresyonun belki de en önemli boyutu olan kişinin geleceğe ilişkin duygu ve beklentilerinin göz ardı edilmesine yol açtığı düşüncesi şekillenmeye başlamıştır (14,15). Terapinin yapılandırılmasında, gelecekle ilgili öngörüler üzerinde çalışılmasının, bireyin başa çıkma stratejileri ve sağlıklı düşünme yetileri elde etmesine olanak sağlayabileceği üzerinde durulmaktadır (15).

Bu noktada, bireylerin geleceğe yönelik öngörülerinin belirlenmesinde kullanılabilecek ölçme araçları önem kazanmaktadır. Türkiye'de konuya ilişkin literatür incelendiğinde, bilişsel kuram çerçevesinde geliştirilen ve Türkçe'ye uyarlanan ölçekler (16,17,18) arasında Beck Umutsuzluk Ölçeği (19) ve Umutsuzluk, Çaresizlik ve Talihsizlik Ölçeği (20) dikkati çekmektedir. Daha önce de belirtildiği üzere geleceğe yönelik öngörüler, umutsuzluk ve çaresizlik duygularının öncülü olarak değerlendirilmekte (6,10), bir kişinin ne kadar az olumlu öngörülerde bulunursa o derece yoğun bir umutsuzluk yaşayacağı belirtilmektedir (13). Dolayısıyla söz konusu bu iki ölçek, adlarından da anlaşılacağı üzere umutsuzluk, çaresizlik ve talihsizlik duygularını ölçmekte, bu duygulara neden olan geleceğe yönelik öngörülere odaklanan bir ölçek bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışmanın amacı, Geleceğe Yönelik Öngörüler Ölçeği'ni (Subjective Probability Task) (21) Türkçe'ye çevirerek psikometrik özelliklerini belirlemektir.

YÖNTEM

Örneklem-I

Örneklem grubu, Ankara Üniversitesi'nde eğitim gören öğrenciler arasından kolaylıkla bulunabileni örnekleme tekniği (convenience sampling) (Erkuş, 2013) ile oluşturulmuştur. Gönüllülük esasına dayanarak yürütülen çalışmaya 88 kadın (%44.5), 108 erkek (%54.5) ve cinsiyetini belirtmeyen 2 (%1) katılımcıyla birlikte toplamda 198 öğrenci katılmıştır. Yaş aralığı 19-39, yaş ortalaması ise 23.49 (ss= 2.96) olarak belirlenmiştir.

Örneklem-II

Ankara Üniversitesi'nde eğitim gören 18-31 yaş arası ($x = 21.44$, $ss = 2.33$) 401 öğrenci ikinci örneklem grubunu oluşturmaktadır. Katılımcıların 235'i kadın (%58.6), 166'sı erkektir (%41.4). Örneklem, gönüllülük esasını çerçevesinde kolaylıkla bulunabileni örnekleme tekniği ile oluşturulmuştur. Bu örneklem yalnızca DFA için kullanılmıştır.

Kullanılan Ölçme Araçları

Geleceğe Yönelik Öngörüler Ölçeği (GYÖÖ). Kişinin kendi geleceğiyle ilişkili (test günü dahil) durum ve olaylara yönelik 30 adet tek cümlelik ifadelerden oluşan, 1 (hiçbir şekilde olası değil) - 7 (Çok fazla olası) arası Likert tipi puanlanan bir ölçektir. Bu ifadelerin 20'si olumsuz, 10'u olumludur. Yapılan güvenilirlik analizleri sonucunda Cronbach alfa değeri olumlu ifadeler için .86, olumsuz ifadeler için .90 olarak belirtilmektedir. Madde-toplam korelasyonları ise, olumlu ifadeler için .57 ile .76, olumsuz ifadeler için .48 ile .72 arasında değişmektedir. Olumlu ve olumsuz ifadelerin Beck Umutsuzluk Ölçeği ile korelasyon katsayıları sırasıyla, -.41 ($p < .01$) ile .43 ($p < .01$), Anksiyete ve Depresyon Ölçeği'nin anksiyete alt boyutu ile -.44 ($p < .01$) ve .45 ($p < .01$), depresyon boyutuyla -.51 ($p < .01$) ile .45'dir ($p < .01$). Ölçekte 2., 6., 7., 9., 14., 16., 17., 19., 26. ve 29. maddeler olumlu ifadeler, diğer maddeler ise olumsuz ifadelerdir (21).

Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısa Formu (FOTÖ-17). Depresyonla ilişkili fonksiyonel

olmayan tutumların ortaya çıkma sıklığını belirlemek amacıyla, Weissman ve Beck tarafından geliştirilmiş olan 40 maddelik ölçeğin (22), Graaf ve arkadaşları tarafından yapılan çalışma ile kısaltılmış olan formudur. Toplam 17 maddeden oluşan ölçek 1-7 arası Likert tipi puanlanmaktadır. Alınan yüksek puanlar bireylerin fonksiyonel olmayan tutumlarının fazlalığına işaret etmektedir. Ölçek, "Mükemmeliyetçilik/performansa odaklanma" ve "bağımlılık" olmak üzere iki alt boyuttan oluşmakta, geçerli ve güvenilir olduğu bildirilmektedir (23). Türkiye uyarlaması klinik örneklem (24) ve normal örneklem (25) ile gerçekleştirilmiştir. Psikiyatri kliniğine başvuran hastalar ile yapılan çalışmada ölçeğin depresif hastaların fonksiyonel olmayan tutumlarını değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu bildirilmektedir. Toplam 472 kişi (18-60 yaş arası) ile gerçekleştirilmiş olan diğer çalışmada "mükemmeliyetçilik" ve "bağımlılık" olmak üzere iki faktör saptanmıştır. Ölçeğin toplam puanı ile Kısa Semptom Envanteri arasındaki korelasyon katsayısı .15 ($p < .001$), Otomatik Düşünceler Ölçeği ile .20 ($p < .001$), Sosyal Karşılaştırma Ölçeği ile -.13 ($p < .001$) olarak bildirilmektedir. Ayrıca, ölçeğin Kısa Semptom Envanteri'nden alınan düşük ve yüksek puanları da anlamlı olarak ayırt edebildiği gözlenmektedir (25).

Otomatik Düşünceler Ölçeği (ODÖ) Depresyonda sıklıkla görülen düşünce kalıplarını ve kişinin kendine yönelik olumsuz değerlendirmelerini ölçmek amacıyla geliştirilmiş, 1-5 arası Likert tipi puanlanan 30 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin bu versiyonu yalnızca olumsuz otomatik düşünceleri içermektedir. Alınan yüksek puanlar kişinin olumsuz otomatik düşüncelerinin sıklığını ifade eder (26). Türkçe'ye uyarlama çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .93, yarıya bölme güvenilirliği .91 ($p < .001$) olarak belirlenmiştir. Beck Depresyon Envanteri ile korelasyonu .75 ($p < .001$), Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği ile .27'dir ($p < .001$) (27).

Beck Depresyon Envanteri (BDE) Depresyondaki duygusal, bilişsel ve motivasyona yönelik alanları ve depresyonun şiddetini (yoğunluğunu) değerlendirmeyi amaçlayan, 0-3 arası Likert tipi puanlanan 21 maddelik bir ölçektir (28). Türkçe uyarlaması iki ayrı çalışma ile gerçekleştirilmiştir (29, 30). Üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada iki

yarım test güvenilirlik katsayısı .74, MMPI-D skalası ile korelasyonu ise .50 ($p < .001$) olarak bulunmuştur (30). Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar ile yapılan çalışmada ise, MMPI-D skalası ile korelasyonu .63'dür ($p < .001$). Bu çalışmada 17 ve üstündeki BDE puanlarının, tedavi gerektirebilecek depresyonu %90 üzerinde bir doğrulukla ayırt edebildiği görülmüştür (29).

İşlem

Ölçekler katılımcılara grup halinde dersliklerde ya da bireysel olarak uygulanmıştır. Çalışma için ilgili üniversitenin etik kurulundan onay alınmıştır. Her bir katılımcıya, istedikleri zaman neden göstermesizin çalışmadan çekilebilecekleri açık bir şekilde belirtilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Sıra etkisini kontrol etmek amacıyla; başta demografik form sabit kalmak üzere diğer ölçekler farklı sıralarda dizilerek bireylere uygulanmıştır. Uygulama yaklaşık olarak 20-25 dk. sürmüştür. İstatistik analizler öncesinde verilerin normal dağılımı sağlayıp sağlamadığı kontrol edilmiş ve uç gruplarda bulunan 7 kişi araştırma dışında tutulmuştur.

Çeviri Çalışması

Ölçek ilk olarak araştırmacılar tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, çeviri formu psikoloji alanında çalışan iki akademisyen tarafından kontrol edilmiş ve geri bildirimler doğrultusunda düzenlenmiştir. Daha sonra bir kez de her iki dili iyi bilen psikoloji alanından bir uzmana verilerek geri çeviri çalışması yapılmıştır. Bu çeviri orijinal ölçek ile karşılaştırılmış, ifade ve içerik uyumlarına göre her maddeyi en iyi temsil eden çeviri ile son form oluşturulmuştur.

BULGULAR

I. Geçerlik Bulguları

a) Açımlayıcı Faktör Analizi

Ölçeğin yapı geçerliğini belirlemek amacıyla açım-layıcı (exploratory) faktör analizi uygulanmıştır. Analiz öncesinde bazı gerekli şartların yerine getir-ilip getirilmediğinin test edilmesi gerektiğinden,

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri ve Bartlett Sphericity (Küresellik) ölçütü incelenmiştir. Buna göre, KMO değeri .86 olarak belirlenmiştir. Literatürde bu değer .60'dan büyük olması gerektiği belirtilmektedir (31). Buna ek olarak Bartlett Sphericity testi de yapılmış ve verilerin anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($\chi^2 = 2494.81$, $sd = 435$, $p < .001$).

Kovaryans matrisi uygunluğu ve varyansların homojenliği ön koşullarının yerine getirilmesinin ardından ana bileşenler (principal components) yöntemi ve varimax dönüştürmesine göre yapılan faktör analizinde özdeğeri 1 ve üzeri olan ve toplam varyansın %58.35'ini açıklayan altı faktör bulunmuştur. Ancak dağılım grafiği (scree plot) incelendiğinde bu faktör sayısının ikiye indirilebileceği görülmüştür. Ölçeğin orijinalinin de iki faktör-lü yapıdan oluştuğu göz önünde bulundurularak analiz tekrarlanmıştır. Bu analiz sırasında yüklem-e değeri .30'un üzerinde olan maddeler ilgili faktör-lere yerleştirilmiştir. Her bir faktör içerisine giren maddeler, faktörlerin açıkladıkları varyans, özdeğerleri ve Cronbach alfa güvenilirlik katsayıları Tablo 1'de verilmektedir.

Tablo'da görüldüğü üzere 20 maddeden oluşan ilk faktör "olumsuz öngörüler", 10 maddeden oluşan ikinci faktör ise "olumlu öngörüler" olarak isimlendirilmiştir. Açıkladıkları varyans sırasıyla %22.27 ve %16.75'tir.

b) Doğrulayıcı Faktör Analizi

Yukarıda sunulmuş olan açım-layıcı faktör anal-izinde elde edilen iki faktörlü modelin doğrulanıp doğrulanmadığını belirlemek amacıyla 2. örneklem üzerinden Doğrulayıcı (confirmatory) Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. Bu süreç esnasında yol şemasına, uyum iyiliği ölçütlerine ve düzeltme önerilerine başvurulmuştur. Önerilen düzeltme indeksleri doğrultusunda 12-13, 18-20, 24-25 ve 6-26. maddelerin hata varyansları ilişkilendirilmiştir. Her bir hata ilişkilendirmesinin sonrasında ki-kare fark testi (χ^2 difference test) yapılmıştır (32). Test sonuçları, bu hata ilişkilendirmelerinin modeli daha uyumlu hale getirdiğini göstermektedir ($\Delta\chi^2$ için $p < .05$). Hata ilişkilendirmeleri öncesi ve son-rasındaki modellere ilişkin uyum indeksleri Tablo

Tablo 1. GYÖ faktör yapısı

Ölçek Maddeleri	I. Faktör	II. Faktör	Madde Toplam r
1. İyi bir arkadaşınızla ciddi bir anlaşmazlık yaşayacaksınız	.43		.42***
2. İnsanlar sizi takdir edecekler		.71	.69***
3. Sağlık sorunları yaşayacaksınız	.36		.34***
4. Sonrasında pişman olacağınız bir karar alacaksınız	.64		.62***
5. Yanlış anlaşılmiş olduğunuzu hissedeceksiniz	.65		.62***
6. Oldukça fazla enerjiniz ve coşkunuz olacak		.67	.70***
7. Dersinizde başarılı olacaksınız		.58	.60***
8. Yanlış giden şeyler için siz suçlanacaksınız	.67		.65***
9. Bitirmek üzere başladığınız şeylerin üstesinden geleceksiniz		.64	.64***
10. Bir suçtan dolayı mağdur olacaksınız	.56		.56***
11. Size yakın birisi sizi reddedecek	.50		.52***
12. İşler ümit ettiğiniz gibi gelişmeyecek	.62		.63***
13. İnsanlar sizden hoşlanmayacaklar	.59		.64***
14. Oldukça zinde ve sağlıklı olacaksınız		.42	.54***
15. İnsanlar sizi donuk ve sıkıcı bulacaklar	.49		.56***
16. Arkadaşlarınızla oldukça iyi vakit geçireceksiniz		.71	.71***
17. Üzerinizdeki baskılarla kolay bir şekilde başa çıkabileceksiniz		.74	.72***
18. İnsanlar sizin başarısız bir kimse olduğunuzu düşünecekler	.55		.60***
19. Zihniniz oldukça canlı ve uyanık olacak		.71	.73***
20. Arkadaşlarınız tarafından dışlanacaksınız	.60		.65***
21. Bir kaza olayına karışacaksınız	.58		.55***
22. Birçok hata yapacaksınız	.68		.64***
23. İşinizden kötü bir şekilde geri kalacaksınız	.71		.73***
24. Herhangi bir kimseye güvenemeyeceksiniz	.52		.53***
25. Yorgun ve halsiz olacaksınız	.53		.53***
26. İyi ve uzun süreli arkadaşlıklar kuracaksınız		.70	.70***
27. İnsanlar sizinle dalga geçecekler	.62		.66***
28. Size yakın bir insanı hayal kırıklığına uğratacaksınız	.51		.55***
29. Görüştüğünüz insanlar sizi sevecekler		.58	.59***
30. Sorumluluklarınızla başa çıkamayacaksınız	.55		.61***
Açıklanan varyans	22.27	16.75	
Özdeğer (Eigenvalue)	6.68	5.02	
Cronbach á güvenirlik katsayısı	.90	.86	

I. Faktör: Olumsuz Öngörüler, II. Faktör: Olumlu Öngörüler
***p< .001

2'de verilmektedir. Tabloda görüldüğü üzere, ilk model ile hataların ilişkilendirildiği model arasında uyum indeksleri açısından önemli farklılıklar bulunmamakla birlikte, bir miktar iyileştikleri gözlenmektedir. CFI dışındaki tüm değerler kabul edilebilir düzeylerde.

c) Ölçüt Bağımlı Geçerlik

GYÖÖ faktörlerinden oluşturulan alt ölçekler ile diğer ölçekler arasındaki korelasyon katsayıları Tablo 3'te verilmektedir. Tablo'da görüldüğü gibi, diğer ölçekler ile olumsuz öngörüler arasındaki korelasyon katsayıları .30 (p< .001) ile .48 (p<

.001) arasında, olumlu öngörüler arasındaki katsayılar ise -.19 (p< .01) ile -.38 (p< .001) arasında değişmektedir.

d) Ayırt Edici Geçerlik

Ölçeğin geçerliğine ait daha fazla bilgi elde edebilmek amacıyla, BDE'den düşük ve yüksek puan alan bireylerin GYÖÖ alt ölçek puanlarının karşılaştırıldığı uç grup analizi yapılmıştır. Bu amaçla, BDÖ puan ortalamasından (14.33) bir standart sapma (8.05) yüksek puan alanlar "depresyon puanları yüksek" (22.38); bir standart sapma düşük puan alanlar ise "depresyon puanları

Tablo 2. Uyum İndeksi Değerleri

	X ²	Sd	X ² /sd	CFI	GFI	RMSEA	AGFI	ECVI
İlk Model	807.50	404	2.00	.35	.87	.05	.85	2.32 < 2.79
Dört hata İlişkilendirilmiş Model	747.69	400	1.87	.44	.88	.04	.86	2.19 < 2.79

düşük" (6.28) olarak adlandırılmıştır. Yapılan t-testi analizi sonuçları Tablo 4'te görülmektedir. Tablodan anlaşılacağı gibi, depresyon puanları düşük bireylerin depresyon puanları yüksek bireylere göre olumlu öngörü puanları yüksek, olumsuz öngörü puanları ise düşüktür. Benzer sonuçlar depresyon puanları yüksek bireyler için de gözlenmektedir. Depresyon puanları yüksek bireylerin depresyon puanları düşük bireylere göre olumlu öngörü puanları düşük, olumsuz öngörü puanları ise yüksektir.

II. Güvenirlik Bulguları

GYÖÖ'nün Cronbach alfa güvenirlik katsayıları hesaplanmıştır. Bu katsayılar olumlu beklentiler alt ölçeği için .86, olumsuz beklentiler alt ölçeği içinse .90 olarak bulunmuştur. Ayrıca bu iki faktör arasındaki korelasyon katsayısı da -.29 ($p < .001$) olarak belirlenmiştir.

Ölçeğin madde-toplam korelasyon değerleri ise Tablo 1'de verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi her iki alt ölçeğin toplam puanları ile o alt ölçek içerisinde yer alan maddeler arasında beklenen yönde ve anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Bu ilişkiler olumsuz beklentiler için .34 ($p < .001$) ile .73 ($p < .001$), olumlu ilişkiler için .54 ($p < .001$) ile .73 ($p < .001$) arasında değişmektedir.

Tablo 3. Değişkenler Arası Korelasyon Katsayıları

	Olumsuz Öngörüler	Olumlu Öngörüler
BDE (Toplam Puan)	.42***	-.29***
FOTÖ-17 (Toplam Puan)	.30***	-.19**
ODÖ (Toplam Puan)	.48***	-.38***

** $p < .01$ *** $p < .001$

GYÖÖ'nin iki alt ölçeği için aynı zamanda yarıya bölme güvenirlik değerleri de hesaplanmıştır. Alt ölçeklerin tek ve çift maddelerinden oluşturulan iki yarım test arasındaki korelasyon katsayıları olumsuz öngörüler için .79 ($p < .01$), olumlu öngörüler için .81 ($p < .001$) olarak belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Öncelikle ölçeğin yapısını belirleyebilmek amacıyla açılımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri yapılmıştır. DFA'da verilerin uyumunu sınamak için kullanılan en önemli değer χ^2 olduğu belirtilmektedir (33). Bu değer örneklem sayısının artışından etkilenmesi nedeniyle χ^2 'nin serbestlik derecesine oranına da (χ^2/df) bakılmaktadır. Bu oranın 3'ün altında olması mükemmel, 5'in altında olması ise kabul edilebilir düzeyde uyumun göstergesi olarak değerlendirilmektedir (34). Ölçekte de bu değer hem ilk model için hem de hata ilişkilendirmelerinin yapıldığı model için mükemmel düzeydedir (2.00 ve 1.87). Verilerin uyumunu değerlendirmek için kullanılan diğer kriterler CFI (Comparative Fit Index), GFI (Goodness of Fit Index), AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index), RMSEA (Root Mean Square of Approximation) ve ECVI'dır (Expected Cross Validation Index). RMSEA için .08 ve altı (34,35), CFI için .90 ve üzeri, GFI ve AGFI için .85 ve üzeri (36) kabul edilebilir değerler olarak gösterilmektedir. ECVI ise, analiz edilmiş örnekteki uyumlu kovaryans matris ile eş büyüklükteki başka bir örnekte elde edilecek beklenen kovaryans arasındaki çelişkiyi ölçer. ECVI değerinin, karşılaştırılan modelin ECVI değerinden küçük olması beklenir (37, 38). Mevcut çalışmada da CFI dışındaki diğer tüm indeks değerlerinin kabul edilebilir sınırlar içerisinde yer aldığı gözlenmektedir.

Faktör analizleri sonucunda elde edilen ve ayrı bir

Tablo 4. Uç grup karşılaştırmaları

	Depresyon Puanı Düşük (BDE < 6.28) n= 33		Depresyon Puanı Yüksek (BDE > 22.38) n= 33		t
	X	SS	X	SS	
Olumsuz Öngörüler	57.97	18.82	82.78	15.76	5.81***
Olumlu Öngörüler	56.42	9.13	47.86	9.83	3.67***

***p<.001

örneklem üzerinde DFA ile doğrulanan bu iki faktörlü yapı orijinal çalışmada (21) elde edilen yapı ile bire bir örtüşmektedir.

Elde edilen iki faktörün Cronbach alfa güvenirlilik katsayıları .90 (olumsuz öngörüler) ve .86'dır (olumlu öngörüler). Psikoloji araştırmalarında genellikle .70 ve üzerinin tatmin edici değerler olduğu bildirilmektedir (39). Dolayısıyla, ölçeğin yüksek iç tutarlılık katsayılarına sahip olduğu söylenebilir. Bu değerlerin orijinal çalışmada elde edilmiş olan değerler ile tamamen aynı olması da (.90 ve .86) dikkati çekmektedir (21).

Ölçeğin madde-toplam korelasyon katsayıları da yüksektir. Bu katsayıların bazı kaynaklarda en az .20 (40), bazılarında ise .30 (41) olması gerektiği belirtilmektedir. Görüldüğü gibi GYÖÖ'nün her iki alt ölçeği için elde edilen katsayılar bu değerlerin oldukça üzerindedir. MacLeod'da bu değerlerin .48 ile .76 arasında değiştiğini bildirmektedir (21).

İki yarım test arasındaki korelasyon katsayıları da ölçeğin güvenilirliğine ilişkin ek bilgi sağlamıştır.

Ölçeğin ölçüt bağımlı geçerliğini belirlemek için yapılan korelasyon analizleri sonucunda olumlu öngörüler ile olumsuz öngörüler ve diğer ölçekler (BDE, FOTÖ-17, ODÖ) arasında beklenen yönde ve anlamlı ilişkiler belirlenmiştir. İlgili alanyazın incelendiğinde, beklentilerle tutarlı olarak benzer bulguların elde edildiği gözlenmektedir (21,41,42,43,44). Ancak, burada üzerinde durulması gereken önemli bir nokta, mevcut çalışmada ele alınmamış olan eş zamanlı (comorbid) anksiyete belirtileridir. Depresyon belirtileri ile birlikte seyreden anksiyete belirtilerinin geleceğe yönelik olumsuz öngörü puanlarında örtük bir artışa, olumlu öngörü puanlarında ise düşüşe neden olabileceği söylenmekte; GYÖÖ ile elde

edilen sonuçların yalnızca depresyon belirtileri üzerinden yorumunu zorlaştırabileceğine dikkat çekilmektedir (7,41,45,46). Buradan hareketle, daha sonra yapılacak olan çalışmalarda bu durumun göz önünde bulundurularak anksiyete belirtilerinin de ölçümüne yönelik ölçeklerin kullanılması önerilebilir.

Tüm bunlara ek olarak ölçeğin ayırt edici geçerliğine de bakılmış ve bu amaçla depresyon puanları düşük ve yüksek olan grupların olumlu ve olumsuz öngörü puanları karşılaştırılmıştır. Elde edilen bulgular ölçeğin geçerliğine ilişkin kanıtlardan biri olarak değerlendirilebilir.

Daha önce de belirtildiği gibi, gelecekle ilgili öngörülerin depresyonun temel sebebi olduğu ileri sürülmektedir (9). Depresyon tanısı alan hastaların terapisi esnasında hastanın geçmişi ve şu anki işlevselliği yerine, geleceğe ilişkin duygu ve beklentileri üzerine yoğunlaşmanın daha işlevsel ve yararlı olabileceği görüşü yaygınlaşmaktadır. Başka bir deyişle, terapide gelecekle ilgili öngörüler üzerinde çalışılmasının, bireyin başa çıkma stratejileri ve sağlıklı düşünme yetileri elde etmesine olanak sağlayabileceği üzerinde durulmaktadır (15). Buradan hareketle, geçerli ve güvenilir olduğu saptanan GYÖÖ'nün, depresyon belirtilerinin şiddeti ve özelliklerinin belirlenmesi bağlamında, hem kuramsal hem de önleme, tanı ve tedavi amaçlı çalışmalarda kullanılabileceği görülmektedir. Ayrıca ölçeğin çok uzun olmaması (30 madde), uygulama, puanlama ve yorumlamasının kolay olması gibi özellikleri nedeniyle de klinik psikoloji ve sağlık psikolojisi alanlarında yapılacak olan çalışmalara katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Çalışmanın güçlü yönlerinden biri, iki farklı örneklem üzerinde çalışılmış olmasıdır. İlk örneklemde açılımlı faktör analizi ile elde edilen yapı, ikinci

bir örneklem üzerinde sınınmış ve doğrulanmıştır. Ayrıca, geleceğe yönelik öngörülerin belirlenmesi konusunda, bilindiği kadarıyla, Türkiye'de üzerinde çalışılan ilk ölçek olma özelliği de taşımaktadır.

Çalışmanın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Örneğin, açımlayıcı faktör analizinde faktör sayısını belirleyebilmek amacıyla K1 Yöntemi (47) ve Yamaç-Birikinti Grafiği Yöntemi (ScreePlot) (48) kullanılmış; bu yöntemlere ek olarak Paralel Analiz (49) yapılmamıştır. Karşılaştırmalı çalışmalar, söz konusu ilk iki yöntemin olması gerekenden fazla sayıda faktör sayısı belirlenmesine neden olduğunu ortaya koymakta (50,51,52); Paralel Analiz'in ise faktör sayısı belirlemede daha uygun sonuçlar ürettiğini göstermektedir (52,53). GYÖÖ ile yapılacak olan bundan sonraki çalışmalarda, faktör yapısının Paralel Analiz ile de test edilmesi önerilebilir. Ayrıca, çalışmanın her iki örnekleme de Ankara ilindeki bir üniversitede okuyan öğrencilerden

oluşturmuştur. Daha sonra yapılacak çalışmalarda farklı illerden veri toplanması ve ölçeğin klinik örneklemelerde de sınınması yararlı olacaktır.

Tüm bu aktarılanlardan anlaşılacağı üzere, GYÖÖ'nün üniversite öğrencileri için ülkemizde kullanılabilir, geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu söylenebilir. Ancak, söz konusu ölçeğin öz değerlendirmeye dayalı bir ölçüm aracı olduğu unutulmamalı, toplanan veriler gözlem ve görüşme sonucu elde edilen veriler ile birleştirilerek kullanılmalıdır.

Yazışma adresi: Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün, Ankara Üniversitesi Dil Tarih ve Coğrafya Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Ankara batıgun@ankara.edu.tr

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Depression. http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/. Erisim tarihi: Ekim 5, 2017.
2. Beck AT. Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Arch Gen Psychiatry* 1963;9:324-333.
3. Beck AT. Thinking and depression: Theory and therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1964;10:561-571.
4. Sacco WP, Beck AT. Cognitive theory and therapy. E. Edward Beckham and William R. Leber (Eds.), *Handbook of Depression: Treatment, Assessment and Research* (Second Ed.). New York, Guilford Press, 1995
5. MacLeod AK, Byrne A. Anxiety, depression, and the anticipation of future positive and negative experiences. *J Abnorm Psychol* 1996;105: 286-289.
6. MacLeod AK, Salaminiou E. Reduced future-thinking in depression: Cognitive and affective factors. *Cognition and Emotion* 2001;15: 99-107.
7. Morina, N, Deeprose C, Pusowski C, Schmid M, Holmes E. Prospective mental imagery in patients with major depressive disorder or anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2011;25:1032-1037.
8. Szollosi A, Pajkossy P, Racsmany M. Depressive symptoms are associated with the phenomenal characteristics of imagined positive and negative future events. *Applied Cognitive Psychology* 2015;29:762-767.
9. Roepke AM, Seligman ME. Depression and prospection. *Br J Clin Psychol* 2015;55:23-48.
10. Andersen SM, Limpert C. Future-event schemas: Automaticity and rumination in major depression. *Cognitive Therapy and Research* 2001;25:311-333.
11. Abramson LY, Metalsky GI, Alloy LB. Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychol Rev* 1989; 96: 358-372.
12. MacLeod AK, Tata P, Kentish J, Jacobsen H. Retrospective and prospective cognitions in anxiety and depression. *Cognition and Emotion* 1997;11:467-479.
13. MacLeod AK, Tata P, Tyrer P, Schmidt U, Davidson K, Thompson S. Hopelessness and positive and negative future thinking in parasuicide. *Br J Clin Psychol* 2005;44:495-504.
14. Miloyan B, Pachana NA, Suddendorf T. The future is here: A review of foresight systems in anxiety and depression. *Cognition and Emotion* 2014;28:795-810.
15. Seligman ME, Railton P, Baumeister RF, Sripada C. Navigating into the future or driven by the past. *Perspectives on Psychological Science* 2013;8:119-141.
16. Savaşır I, Şahin N. Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler. Ankara: Türk Psikologlar Deneği Yayınları No:9, 1997 s.23-38.
17. Kılınc S, Torun F. Türkiye'de klinikte kullanılan depresyon değerlendirme ölçekleri. *Dirim Tıp Gazetesi* 2011;86:39-47.
18. Aydemir Ö, Köroğlu E. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Hekimler Yayın Birliği, 2012.
19. Durak A. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 1994;9:1-11.
20. Gençöz F, Vatan S, Lester D (2006). Umutsuzluk, Çaresizlik ve Talihsizlik Ölçeği'nin Türk örnekleminde güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Kriz Dergisi* 2006;14:21-29.
21. MacLeod AK. Affect, emotional disorder, and future-directed thinking. *Cognition and Emotion* 1996;10:69-86.

22. Weissmann AN, Beck AT. Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association 1978, Toronto.
23. Graaf LE, Roelofs J, Huibers MJH. Measuring Dysfunctional Attitude Scale (Form A) revised. *Cogn Ther Res* 2009;33:345-355.
24. Batmaz S, Ozdel K. Psychometric Properties of the Revised and Abbreviated form of the Turkish Version of the Dysfunctional Attitude Scale. *Psychological Reports* 2016;118: 180-198.
25. Şahin NH, Batıgün AD. Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği Kısa Formu (FOTÖ-17) uyarlama çalışması. *Türk Psikoloji Yazıları* 2016;19:91-99.
26. Hollon SD, Kendall PC. Cognitive self-statements in depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research* 1980;4:383-395.
27. Şahin NH, Şahin N. Reliability and validity of the Turkish version of the Automatic Thoughts Questionnaire. *J Clin Psychol* 1992;48:334-340.
28. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.
29. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji Dergisi* 1988;6:118-122.
30. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliliği ve güvenirliliği. *Psikoloji Dergisi* 1989;7:3-13.
31. Worthington R L, Whittaker TA. Scale development research: A content analysis and recommendations for best practices. *The Counseling Psychologist* 2006;34:806-838.
32. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics* (4th Ed.), 2001; Needham Heights, MA, Allyn & Bacon.
33. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları* 2012, Pegem, Ankara.
34. Sümer N. Yapısal eşitlik modelleri. *Türk Psikoloji Yazıları* 2000;3:49-74.
35. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling* 1999;6:1-55.
36. Ingles CJ, Hidalgo MD, Mendez FX. Interpersonal difficulties in adolescence: A new self-report measure. *European Journal of Psychological Assessment* 2005;21:11-22.
37. Loehlin JC. *Path models in factor, path, and structural equation analysis. Latent Variable Models (Fourth Ed.)* Lawrence Erlbaum Associates, 2004, pp.1-32, 251-252.
38. Byrne BM. *Testing for the factorial validity of a theoretical construct. Structural Equation Modeling With AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming (Second Ed.)*. Routledge, New York, 2010, pp.74-82.
39. Erkuş A. *Davranış Bilimleri İçin Bilimsel Araştırma Süreci. Kağıt Kaleme Dayanan Veri Toplama Araçları*. Ankara, Seçkin Yayınevi, 2013, s.149-168
40. Field A. *Discovering Statistics Using SPSS (Third Ed.)*. SAGE, London, 2009, pp. 673-685
41. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric Theory*. New York, McGraw Hill Inc, 1994.
42. Sargalska J, Miranda R, Marroquín B. Being certain about an absence of the positive: Specificity in relation to hopelessness and suicidal ideation. *International J Cognit Ther* 2011; 4:104-116.
43. Stöber J. Prospective cognitions in anxiety and depression: Replication and methodological extension. *Cognition and Emotion* 2000;14:725-729.
44. Strunk DR, Lopez H, DeRubeis RJ. Depressive symptoms are associated with unrealistic negative predictions of future life events. *Behav Res Ther* 2006;44:861-882.
45. Bjärehed J, Sarkohi A, Andersson G. Less positive or more negative? Future-directed thinking in mild to moderate depression. *Cognit Behav Ther* 2010;39:37-45.
46. Clark LA, Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *J Abnorm Psychol* 1991;100:316-336.
47. Kaiser HF. The applications of electronic computer to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement* 1960;20: 141-151.
48. Gorsuch RL. Exploratory factor analysis: Its role in item analysis. *J Pers Assess* 1997;68:532-560.
49. Horn JL. A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika* 1965;30:179-185.
50. Hayton JC, Allen DG, Scarpello V. Factor retention decisions in exploratory factor analysis: A tutorial on parallel analysis. *Organizational Research Methods* 2004;7:191-205.
51. Zwick WR, Velicer WF. Comparison of five rules for determining the number of components to retain. *Psychol Bull* 1986; 99:432-442.
52. Koçak D, Çokluk Ö, Kayri M. Faktör sayısının belirlenmesinde MAP Testi, Paralel Analiz, K1 ve Yamaç Birikinti Grafiği yöntemlerinin karşılaştırılması. *YYÜ Eğitim Fakültesi Dergisi* 2016;13:330-359
53. Dinno A. Exploring the sensitivity of Horn's parallel analysis to the distributional form of random data. *Multivariate Behavioral Research* 2009;44:362-388.

Psikoz tanılı hastalarda kritik dönem: "Tedavisiz Geçen Psikoz Süresi" ve sosyal belirleyicileri

The critical period in patients with psychosis: "Duration of Untreated Psychosis" and social determinants

Gamze Akçay Oruç¹, Bülent Kadri Gültekin²

¹Dr., ²Doç. Dr., Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Psikoz tipik bir başlangıç şekli olmayan, farklı biçimlerde karşımıza çıkabilen psikiyatrik bir hastalıktır. Psikotik bozukluklar en fazla yeti yitimine yol açan hastalıklar arasındadır. Psikozun esas yıkıcı etkisi özellikle hastalığın başladığı ilk yıllarda görülmektedir. Dolayısıyla bu süreç müdahale için en kritik dönem olmasına rağmen hastaların çoğunun bu dönemi uzun süre tedavisiz geçirdiği saptanmıştır. Pek çok çalışma tedavisiz geçen psikoz süresinin hastalığın şiddetini, antipsikotik tedavi yanıtını, prognozu, sosyal işlevsellik düzeyini belirgin derecede etkilediğini göstermiştir. Hastalık için oldukça belirleyici olan tedavisiz geçen psikoz süresinin önemli bir diğer yönü ise etkin bir müdahalenin yapılabileceği, değiştirilebilir ve önlenilebilir bir faktör olmasıdır. Tedavisiz geçen psikoz süresini uzatarak tedavide gecikmeye yol açan etkenlerin saptanması ve bu etkenlere yönelik müdahale yöntemlerinin geliştirilmesi, psikotik bozuklukların seyri- ni olumlu yönde değiştirebilecek bir alan olarak umut vadetmektedir. Yapılan çalışmalar tedavisiz geçen psikoz süresinin hastanın ve ailenin hastalıkla ilgili bilgi ve tutumları, eğitim seviyeleri, sosyoekonomik düzeyleri ile damgala(n)ma, sağlık hizmetine erişim, ailede psikoz öyküsü gibi çok sayıda psikososyal belirleyicisinin olduğunu göstermiştir. Bu çalışmada tedavisiz geçen psikoz süresinin önemi ve belirleyicileri üzerine yapılan çalışmaların değerlendirilmesi amaçlandı.

Anahtar Sözcükler: Psikoz, tedavisiz geçen psikoz süresi, sosyal belirleyiciler

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:177-183)

DOI: 10.5505/kpd.2018.38258

SUMMARY

Psychosis is a psychiatric disorder that can occur in different forms does not have a typical beginning. Psychotic disorders are amongst the mental illnesses which cause disability mostly. The main destructive effect of psychosis is seen especially in the first years of illness. Although this period was the most critical period for intervention, found that most of the patients have been without treatment for a long time. Many studies have indicated that the duration of untreated psychosis impacts significantly the severity of the disease, response to antipsychotic treatment, prognosis and social functioning. The another important aspect of duration of untreated psychosis, which is quite determinant on the disease, is the malleable and preventable factor with an effective intervention. The identification of the factors that cause delay in treatment which extends the duration of untreated psychosis and the development of interventional methods for these factors are promising as a scope that can positively change the course of psychotic disorders. Studies indicated that, duration of untreated psychosis has many psychosocial determiners such as the knowledge and attitude with respect to disease, the education level and the socioeconomical status of patient and family, stigmatization, access to healthcare service and family history of psychosis. In this study, it was aimed to assess the studies on the importance and determinants of duration of untreated psychosis.

Key Words: Psychosis, duration of untreated psychosis, social determinants

GİRİŞ

Psikotik bozuklukların önemli bir kısmını oluşturan şizofreni, bireyin düşünce, duygu ve davranışlarında, kişilerarası ilişkilerinde, işe ve topluma uyumunda ağır bozukluk yaratan, her yüz kişiden birinin yaşamı boyunca yakalanma riski taşıdığı kronik bir hastalıktır (1). Şizofreni, genellikle geç ergenlik ve erken erişkinlikte başlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1990 yılındaki Global Hastalık Yüklü çalışmasında 15-44 yaş grubunda en fazla yeti yitimine yol açan on hastalık arasındadır. Aynı çalışmanın 2010 yılındaki güncel tekrarında da en fazla yeti yitimine yol açan ruhsal bozukluklar ve madde kullanım bozuklukları grubundaki hastalıklar arasında şizofreni yeti yitimi ağırlığı açısından ilk sıradadır (2).

Psikoz nasıl başlar, nasıl seyredir?

Psikozun tipik bir başlangıcı yoktur; renkli belirtilerle ortaya çıkabileceği gibi çok sinsi olarak da gelişebilir (1). İzlem çalışmaları, ilk psikotik ataktan önce olguların yaklaşık %75'inde yıllarca süren negatif ve özgün olmayan belirtilerle belirgin bir prodromal evre olduğunu göstermektedir (3).

Maurer ve arkadaşlarının ilk başvuru şizofreni tanılı hastalarla yaptıkları çalışma, şizofreni ne zaman, nasıl ve hangi belirtilerle başlar ve ilk başvuruya kadar nasıl seyredir gibi soruların önemine işaret etmiştir. İlk hastane yatışı öncesinde hastaların %95,7'sinde hezeyanların, %68,5'inde halüsinasyonların ve %61,6'sında düşünce yapısında bozukluğun varlığı saptanmış olup, hastaların %50'sinden fazlasında ise en az iki pozitif belirtinin birlikte başladığı görülmüştür (4).

Kritik dönem -Tedavisiz Geçen Psikoz Süresi (TGPS)

Kritik dönem hipotezi, psikozun ilk yıllarında bozulmanın agresif bir şekilde gerçekleştiğini ve daha sonra göreceli olarak stabil seyrettiğini belirtmektedir (5). İlk psikotik ataktan sonraki 5-10 yıl içinde hastalık genellikle pozitif psikotik belirtilerin görüldüğü alevlenmeler ve aralarda yatışmalarla gider; bu yatışma dönemlerinde negatif belirtiler

şiddetlenerek sürer. Sonraki dönemde çoğu hastada, "plato etkisi"(6) ile hastalığın stabilize olması, artık alevlenmelerin çok fazla görülmemesi ve işlevsellik düzeyinin fazla değişmemesi nedeniyle, bu ilk 5-10 yıllık dönem "kritik dönem"dir (1,7). Ayrıca erken prodromal evrede de hastalık sürecinin çok yıkıcı olabildiği görülmüştür (8,9). Yeni çalışmalar erken müdahalenin hastalığın gidişatını ve sonucunu önemli ölçüde iyileştirebileceğine dair kanıtlar sunmaktadır (8,10,11); ancak şizofreni tanısı ve tedavisi sıklıkla gecikebilmektedir. Psikotik belirtiler başladıktan sonra ilk kez tanı konup tedavi edilene kadar geçen süre olarak tanımlanan Tedavisiz Geçen Psikoz Süresi (TGPS) (Duration of Untreated Psychosis; DUP) ortalama 1-3 yıla kadar, hastalığa spesifik olmayan prodromal belirtilerin başlangıcından tedaviye kadar geçen süre olarak tanımlanan Tedavisiz Geçen Hastalık Süresi (TGHS) (Duration of Untreated Illness; DUI) ise ortalama 2-5 yıla kadar uzayabilmektedir (8, 10). Bazı çalışmalarda ise bu süreler çok daha uzun bulunmuştur (12).

TGPS'nin prognoza etkisi

Pek çok çalışma uzun TGPS'nin kötü prognoza yol açtığı konusunda benzer sonuçlar bulmuşlardır. İlk atak şizofreni tanılı hastalarla yapılan çalışmaların meta-analizleri TGPS'nin önemini desteklemiştir. Marshall ve arkadaşlarının ilk atak psikozlarla yapılmış 26 çalışmayı değerlendiren meta-analizinde, TGPS ile 6-12 aylık izlemde bakılan toplam semptomatoloji, depresyon/kaygı belirtileri, negatif ve pozitif belirtiler, genel işlevsellik, sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi arasında -premorbid işlevsellikten bağımsız olarak- anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir. Daha kısa TGPS, daha iyi antipsikotik tedavi yanıtı ve daha iyi işlevsellik düzeyi ile ilişkili bulunmuş, uzamış TGPS ise azalmış iyileşme olasılığı ile ilişkilendirilmiştir. Aynı zamanda TGPS'nin şizofrenide belirtilerin şiddeti üzerine de etkisi saptanmıştır (13,14). TGPS ile şizofreninin erken dönemdeki gidişi arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların çoğunda, TGPS uzadıkça tedavi yanıtının daha sınırlı, alevlenmelerin daha sık olduğu bildirilmiştir (15). İzlem çalışmaları, TGPS'si daha uzun olan hastaların remisyona girme olasılığının daha düşük olduğunu göstermiştir (13,16). İlk atak psikoz hastalarıyla yapılan uzunlamasına bir izlem çalışmasında, TGHS kısa

olanlarda ilk tedavi ile sağlanan düzelmenin 4. ve 8. yıllarda devam ettiği bulunmuştur (5). Bottlender ve arkadaşlarının 15 yıllık izlem çalışmaları sonucunda uzun TGPS, hastalığın uzun vadeli sonuçlarıyla ilişkili olabilecek muhtemel diğer faktörlerin etkileri kontrol edildikten sonra bile daha belirgin negatif, pozitif ve genel psikopatolojik semptomlarla ve ilk psikiyatrik başvurudan 15 yıl sonra daha düşük işlevsellikle ilişkilendirilmiştir (17).

TGPS ve özkıyım

Ruh sağlığı alanındaki en ciddi sorunlardan biri olan özkıyım, toplum ortalamasının yirmi katı oranla, şizofreni hastalarının en sık ikinci ölüm nedenidir (1). Hastalığın başlangıç dönemi özkıyım riskinin en yüksek olduğu dönemdir (18). Hastaların bir bölümü henüz hekime/tedaviye başvurmadan özkıyım ile kaybedilmektedir. Bir bölümünde ise tedaviye ilk başvuru sebebi, özkıyım girişimi olabilmektedir (19). Yapılan bir çalışmaya göre ilk tedavi başvurusundan önce, ilk atak psikoz hastalarının % 14-28'inde (20), bir başka çalışmaya göre ilk hastane yatışı öncesinde erkeklerin %7'sinde, kadınların ise %10'unda özkıyım girişimi öyküsü bulunmaktadır (21). Bazı çalışmalarda ise şizofrenide en önemli ölüm nedenlerinden biri olan özkıyım riski uzamış TGPS ile ilişkili bulunmuştur (22, 23). Dolayısıyla psikoz hastalarında özkıyım riski, özellikle en sık görüldüğü dönem olan hastalığın ilk yıllarında dikkatle ele alınmalıdır.

Koruyucu hekimlik bakışıyla TGPS'nin önemi

Ruhsal sorunların risk faktörlerinin bir kısmı değiştirilebilir bir kısmı ise değiştirilemez faktörlerdir. Koruyucu müdahalelerde ele alınan faktörlerin değiştirilebilir olması, hastalığa özel ya da genel risk faktörlerini ve koruyucu faktörleri kapsamaması zorunludur. TGPS'yi koruyucu hekimlik açısından önemli kılan faktörler, belirleyicilerinin saptanmış olması ve bunların değiştirilebilir olmasıdır. TGPS'yi uzatan her faktör uygun ve etkin müdahaleler yapılabilecek niteliktedir. Klasik halk sağlığı sınıflamasına göre TGPS'ye müdahale ikincil önleme çerçevesinde ele alınmaktadır (24). Bu çerçevede erken tanı ve tedaviyle hastalığın prognozuna ve sosyal işlevselliğe önemli katkılar

yapılarak ciddi bir halk sağlığı sorunu olan psikotik hastalıkların toplumsal yükü hafifletilebilir.

TGPS'nin belirleyicileri

TGPS'nin prognostik önemi üzerinde son 20 yılda oldukça fazla durulmuş olup, tedaviden yararlanma şansının en yüksek olduğu bu dönem, aynı zamanda paradoks olarak hastanın ve hasta yakınlarının tanıyı kabullenme ve tedavi işbirliği konusunda en isteksiz olduğu dönem olarak tariflenmiştir (21). Şizofreni sağaltımı hastanın kendisinin, ailesinin ve toplumun tutumlarına, inançlarına ve ön yargılarına da bağlıdır. Hastaların önemli bir kısmı damgalanma korkusu ve bilim dışı inançlar ya da ekonomik nedenlerle evlerinde saklı tutulmakta tedaviye bile götürülmemektedir (1).

2016 yılında yapılan güncel bir meta-analizde hastanın ve ailesinin hastalığı inkarı, ruh sağlığı tedavi hizmetlerine şüpheli yaklaşımı, sosyal izolasyon gibi negatif belirtilerin baskınlığı veya tanı hataları gibi birden fazla faktöre bağlı olarak TGPS'nin uzayabileceği öne sürülmektedir (25).

Birçok sosyokültürel (örneğin; hasta ve aile üyelerinin eğitim düzeyi, sosyoekonomik düzey, sağlık hizmetine erişim, ruhsal hastalık hakkında inanç ve bilgi, sosyal destek ağı) ve psikopatolojik (örneğin; hastalığın sinsi başlangıcı, tuhaf ve yıkıcı davranışlar, iç görü ve tedavi ihtiyacı) faktör tedavi arama davranışlarını dolayısıyla TGPS'yi birlikte etkileyebilir (26).

Uzun TGPS ile hastalığın sonuçları arasındaki ilişkiyi araştıran hatırı sayılır derecede araştırma olmasına rağmen, TGPS'nin belirleyicilerine odaklanan çalışma sayısı oldukça sınırlıdır.

TGPS'nin psikososyal belirleyicileri

Morgan ve arkadaşlarının geniş hasta örneğinde yaptıkları ilk atak psikoz çalışmasında, TGPS'nin klinik ve sosyal belirleyicileri araştırılmış, sinsi başlangıç, işsizlik ve yardım arayışında aile desteğinin olmayışı uzun TGPS ile ilişkili bulunmuştur (27). Japon popülasyonunda TGPS'nin klinik ve sosyal belirleyicilerini araştıran bir çalış-

mada, çalışan ya da öğrenci olan hastaların anlamlı olarak daha kısa TGPS'ye sahip olduğu görülmüştür (28). Bir başka çalışmada bekar, işsiz ve tedaviye polis tarafından getirilmiş olan hastaların TGPS'yi önemli ölçüde daha uzun, işlevselliği daha iyi olanların ise daha kısa bir TGPS'ye sahip olduğu bulunmuştur (29). 2014 yılında yapılan bir çalışmada da uzun TGPS, işsizlik, iç görü azlığı ve istemsiz tedavi ile ilişkilendirilmiştir (12).

Ağırlıklı olarak siyahi Amerikalı, düşük geliri ve sosyal olarak dezavantajlı olan, ilk atak psikoz hastalarında TGPS ile ilgili değişkenleri değerlendiren bir çalışmada psikozun başlama şekli, cezaevi öyküsü ve çocuklukta/ergenlikte kötü muamele düzeyi TGPS'nin bağımsız ön gördürücüleri arasında anlamlı bulunmuş, premorbid madde kullanımı ile ilgili olarak esrar kullanımı ve alkol kullanım miktarı TGPS ile anlamlı derecede ilişkili olduğu görülmüştür (30). Araştırmalar, etnisitenin psikiyatrik semptom etiolojisinin yorumlanmasını ve profesyonel ruh sağlığı tedavisine yönelik tutumları etkileyebileceğini göstermiştir (31). Gallo ve arkadaşlarının çalışmasında olduğu gibi çeşitli araştırmalarda, siyahi Amerikalıların beyazlara göre daha az ruh sağlığı hizmeti arayışına girdikleri gösterilmiştir (32).

TGPS'yi etkileyen aile ile ilişkili belirleyiciler

Şizofreni genellikle henüz aile içinde yaşamakta olan genç kişide ortaya çıkar. Hastalığın başlangıç belirtilerini, bu kişideki değişimleri en çok aile fark eder; ancak maalesef hastalık aile yaşamı içinde uzun yıllar sürebilir. Aileler suçluluk ve utanç duyabilir, bu nedenle hastalarını gizlemeye çalışabilirler; damgalanmayla ilgili kaygılar ve tedaviyle ilgili olumsuz atıflar nedeniyle, hastalarını tedaviye götürmekten çekinebilir (1).

-Psikiyatrik yardım arama davranışına ailenin katkısı: TGPS'nin önemi arttıkça psikiyatrik yardım arama tutumu da önemli bir belirleyici olarak karşımıza çıkmaktadır. Erken psikotik belirtileri yaşayan insanlar nadiren kendi başlarına tedavi arayışındadırlar. Aile üyelerinin genellikle ilk atak psikozu olan bireylerin tedavisine başlanmasında önemli bir rol oynadıkları düşünülmektedir (27,33,34).

-Ailenin bilgi ve tutumu: Sosyal desteği daha iyi olan hastalarda TGPS daha kısa bulunmuştur (35). Destekleyici ve pozitif aile ortamının daha eleştirel, düşmanca veya aşırı müdahaleci tutum seviyeleri olan aile ortamlarının aksine, şizofreni hastalığının klinik sonuçlarını ve prognozunu iyileştirdiği gösterilmiştir. Aileleri bu yönde yaklaşıma teşvik etmek ve ailelerde ifade edilen olumsuz duyguları azaltmak için tasarlanan psikososyal müdahale biçimleri önerilmiştir (36).

Kognitif fonksiyonlarda bozulma prodromal dönemde başlar, sosyal ve mesleki işlevsellikte azalmaya neden olur (9). Ancak bu olumsuz etkilerine karşın prodromal belirtiler, psikoz kadar dramatik olmadığı için çoğunlukla tanınmaz ya da görmezden gelinirler (37). Erken psikotik semptomlar da hasta yakınları tarafından sıklıkla depresyon, motivasyon kaybı ve benzeri durumlarla açıklanmaktadır. Aile üyelerinin yardım aramaya karar vermeleri, genellikle dayanılmaz psikotik belirtilerin veya sosyal yıkıcı davranışların ya da özkıyım davranışının ortaya çıkmasından sonra pekişmektedir (38,39). Bergner ve arkadaşlarının aile bireylerinin bakış açısını inceleyen çalışmasında, ailelerin tedavi arayışını olumsuz yönde en sık etkileyen faktörler: 1) belirtilerin veya davranış problemlerinin hatalı olarak depresyon, madde kullanımı veya ergenliğe bağlanması, 2) tedavinin ancak pozitif belirtilerin (sıklıkla olağandışı ve tehlikeli olabilen) görülmesi ile başlatılması, 3) ergen veya yetişkin olan hastanın özerkliği ile ilgili ikilem, 4) sağlık hizmetine erişememe veya tedavi ekibinin yetersizliği algısı gibi tedavi arayışını geciktirebilecek sağlık sistemiyle ilgili faktörler olarak belirlenmiştir (40).

Corcoran ve arkadaşlarının çalışmasında da, aile bireylerinin psikotik süreçte ortaya çıkan davranış değişiklikleri ve çeşitli hastalık belirtilerini, psikoz tanısı yerine stres, madde, ergenlik gibi çok çeşitli nedenlerle açıkladıkları görülmüştür. Aynı çalışmada ailelerin öncelikle akrabalar, arkadaşlar ve din adamlarına danıştıkları, ancak son çare olarak psikiyatrik yardım için başvurdukları ortaya çıkmıştır (41).

De Haan ve arkadaşlarının çalışmasında annelerin yaklaşık %57'si psikotik belirtiler ilk ortaya çık-

tığında çocuklarının psikotik bir hastalığı olabileceğini düşünmediğini göstermiştir. Çocuklarının psikotik bozukluğu olduğunu düşünen annelerin çoğu ise bunu madde kullanımına bağlamıştır. Ancak annelerin çoğu tedavi gecikmesinin sağlık hizmet sunumundan kaynaklandığını söylemiş ve kendi rollerini görmezden gelmişlerdir (37).

Singapur'da yapılan bir çalışmada; hastaların %24'ünün bir psikiyatriste danışmadan önce geleneksel bir şifacıya başvurduğu bulunmuştur. Bu çalışmaya alınan hastaların TGPS Avrupa'da yapılan çalışmalara göre daha uzun bulunmuş ve Asya toplumundaki ailelerin tutum ve inançlarının hastaların tedavi almasındaki önemi belirtilmiştir (42).

Compton ve arkadaşları da tedavisiz geçen süreçte, ailenin bilgi ve tutumunun önemli bir belirleyici olduğu üzerinde durmuş; aileye ilişkin etkenler arasında ailenin yetersiz desteğini, hastalık ve tedavisi konusunda yetersiz bilgiyi, olumsuz inanç ve tutumlara sahip olmasını ve hastalıkla etiketlenme korkusunu sıralamış, kapsamlı ileri çalışmalar önermiştir (38).

-Aile öyküsü ile TGPS ilişkisi: Aile öyküsü de tedavi arayışını ve dolayısıyla TGPS'yi etkileyen önemli faktörlerdendir. Ailede diğer psikotik hastaların bulunmasının, kullanılan ilaçların benzerliğinin ve yan etkilerinin gözlenmesinin, hastada tedavi ile ilgili olumsuz düşüncelere yol açtığı ve uyumsuzluğu arttırdığı gözlenmiştir (43). Ancak aile öyküsü ile TGPS ilişkisini araştıran çalışmalarda gelişmiş sonuçlar elde edilmiştir. Bir çalışmada aile öyküsünün varlığı ile TGPS arasında ilişki saptanmazken (34), başka bir çalışmada daha uzun TGPS ile (44), bir başkasında ise tam tersine daha kısa TGPS ile ilişkili saptanmıştır (45). Esterberg ve Compton, aile öyküsünün hastalık başlangıcı, semptomatoloji ve TGPS üzerine etkisine dair ilk atak psikozlarla yaptıkları çalışmada, prodromal dönem ve psikozun daha erken yaşta başlamasının ve sadece erkek hastalarda daha uzun TGPS'nin aile öyküsü ile ilişkili olduğunu bulmuştur (46).

TGPS'yi uzatan bir etken olarak 'damgalanma'

Ruhsal hastalıkların tedavisinde en büyük engeller-

den biri damgalanmadır. Damgalanma, bireyler ruhsal hastalık tanısı ya da tedavisi ile ilgili etiketlenmekten kaçındıklarından yardım arama davranışını engelleyebilir (47).

Birinci basamak tedavi kurumundan psikiyatrye yönlendirilen ve %80 gibi bir oranla hastaların büyük çoğunluğunun bir psikiyatriste gitmeyi reddettiği bir çalışmada, bunun en sık sebebi olarak ruhsal hastalığa bağlı damgalanma korkusu olduğu ifade edilmiştir (48).

Henderson ve arkadaşlarının damgalama karşıtı kampanyaların psikiyatrik yardım arama davranışını artırıp artırmayacağını araştırdıkları çalışmada, tedaviden kaçınma veya tedaviye gecikme ile ilgili olduğu gösterilen kanıtlar: 1) ruhsal hastalıkların özelliklerini belirlemede bilgi eksikliği, 2) tedaviye nasıl erişileceği ile ilgili bilgi eksikliği, 3) ruhsal hastalığı olanlara karşı önyargı ve 4) ruhsal hastalık tanısı konan kişilerin ayrımcılığa uğrayacağı beklentisidir (49).

Link ve arkadaşları da damgalamanın tedavi gecikmesini etkileyebileceğini belirtmiştir (50). Damgalamanın TGPS'yi uzatan belirleyicilerden biri olduğunu söyleyen bir diğer çalışmada Franz ve arkadaşları 1) toplumun ruhsal hastalıklarla ilgili inançları, 2) ailenin ruhsal hastalıklarla ilgili inançları, 3) 'akıl hastalığı' etiketinden korkma, 4) tedavinin başlatılması için yüksek eşik (örneğin; ancak polis zoruyla, özkıym ya da şiddet davranışı nedeniyle tedaviye getirilme) olarak damgalamayla ilgili dört ana tema belirlenmiştir (33). Damgalanma korkusu aile bireylerinin bazı işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri geliştirmelerine ve hastalığın uzun yıllar göz ardı edilmesine yol açabilir.

Araştırmalarda TGPS'nin saptanmasının zorluğu

Literatüre bakıldığında TGPS'nin çalışmalar arasında oldukça değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Psikozun başlangıcından tedaviye kadar geçen bu süre, araştırmacılar tarafından farklı şekillerde tanımlanmış, başlangıç ve bitiş noktası olarak farklı kriterler kullanılmıştır. TGPS'yi tespit etmek için halihazırda farklı gruplarca oluşturulmuş standardize yaklaşım sağlayan birkaç gereç

mevcut olsa da, evrensel olarak geçerli kabul edilen bir ölçüm aracı henüz geliştirilmemiştir (10).

TGPS'nin saptanması, geriye dönük bir sorgulama sonucu elde edilen bilgilere dayandığı için hatalı hatırlama olasılığı nedeniyle, ilk atağın üzerinden geçen zaman uzadıkça elde edilen bilgilerin güvenilirliği azalmaktadır. Perkins ve arkadaşlarının çalışmasında, ilk atağın üzerinden uzun zaman geçtiğinde hastanın, ailenin ve araştırmacının hastalık başlangıcı olarak gördüğü tarihler arasındaki farkın büyüdüğü saptanmıştır (39).
SONUÇ

TGPS hastalığın şiddetini, tedaviye yanıtı, prognozu ve işlevsellik düzeyini belirleyen en önemli

faktörlerden biridir. TGPS'yi daha önemli kılan bir diğer unsur ise müdahale edilebilir ve önlenebilir olmasıdır. Bu çalışmada TGPS'yi etkileyen psikososyal belirleyicilerden hastanın ve ailenin bilgi ve tutumu, damgalanma, hastanın ve ailenin eğitim seviyesi, sağlık hizmetine ulaşım, ekonomik seviye, ailede psikoz öyküsü gibi çok sayıda faktörün olduğu görüldü. TGPS'yi tüm boyutlarıyla ele alan klinik düzeyde ve toplum temelli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Yazışma adresi: Dr. Gamze Akçay Oruç, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, İstanbul, Türkiye
gamzeakcay1@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları: Nobel Tıp Kitapları; 2015.
2. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2013;382:1575-86.
3. Hafner H, Löffler W, Maurer K, Hambrecht M. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1999;100:105-18.
4. Maurer K, Häfner H. Methodological aspects of onset assessment in schizophrenia. *Schizophrenia research*. 1995;15:265-76.
5. Crumlish N, Whitty P, Clarke M, Browne S, Kamali M, Gervin M, McTigue O, Kinsella A, Waddington JL, Larkin C. Beyond the critical period: longitudinal study of 8-year outcome in first-episode non-affective psychosis. *The British Journal of Psychiatry*. 2009;194:18-24.
6. Bleuler M. *The schizophrenic disorders: Long-term patient and family studies*: Yale University Press; 1978.
7. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis: the critical-period hypothesis. *International Clinical Psychopharmacology*. 1998;13:31-40.
8. Riecher Rösslner A, Gschwandtner U, Borgwardt S, Aston J, Pflüger M, Rössler W. Early detection and treatment of schizophrenia: how early? *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2006;113:73-80.
9. Fusar-Poli P, Deste G, Smieskova R, Barlati S, Yung AR, Howes O, Stieglitz RD, Vita A, McGuire P, Borgwardt S. Cognitive functioning in prodromal psychosis: a meta-analysis. *Archives of general psychiatry*. 2012;69:562-71.
10. Norman RM, Malla AK. Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. *Psychological medicine*. 2001;31:381-400.
11. McGorry PD. The recognition and optimal management of early psychosis. *World Psychiatry*. 2002;1:76-83.
12. O'donoghue B, Lyne J, Kinsella A, Turner N, O'callaghan E, Clarke M. Detection and characteristics of individuals with a very long duration of untreated psychosis in an early intervention for psychosis service. *Early intervention in psychiatry*. 2014;8:332-9.
13. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Archives of general psychiatry*. 2005;62:975-83.
14. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*. 2005;162:1785-804.
15. Drake RJ, Haley CJ, Akhtar S, Lewis SW. Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;177:511-5.
16. Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2014;205:88-94.
17. Bottlender R, Sato T, Jäger M, Wegener U, Wittmann J, Strauß A, Möller HJ. The impact of the duration of untreated psychosis prior to first psychiatric admission on the 15-year outcome in schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2003;62:37-44.
18. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Lester D, Shrivastava A, Girardi P, Nordentoft M. Suicide risk in first episode psychosis: a selective review of the current literature. *Schizophrenia research*. 2011;129:1-11.
19. Melle I, Johannesen JO, Friis S, Haahr U, Joa I, Larsen TK, Opjordsmoen S, Rund BR, Simonsen E, Vaglum P. Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*. 2006;163:800-4.
20. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Øhlenschlaeger J, Le Quach P, Christensen TØ, Krarup G, Jørgensen PER, Nordentoft M. Suicidal behaviour and mortality

- ty in first-episode psychosis: the OPUS trial. *The British journal of psychiatry*. 2007;191:140-6.
21. Üçok A. Şizofreninin Erken Döneminde Klinik Özellikler ve Tedavi İlkeleri. *Klinik Psikiyatri*. 2008;11:3-8.
22. Melle I, Ann Barrett E. Insight and suicidal behavior in first-episode schizophrenia. *Expert review of neurotherapeutics*. 2012;12:353-9.
23. Clarke M, Whitty P, Browne S, Mc Tighe O, Kinsella A, Waddington JL, Larkin C, O'Callaghan, E. Suicidality in first episode psychosis. *Schizophrenia research*. 2006;86:221-5.
24. Gültekin BK. Ruhsal bozuklukların önlenmesi: Kavramsal çerçeve ve sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2010;2:583-594.
25. Souaiby L, Gaillard R, Krebs M. Duration of untreated psychosis: A state-of-the-art review and critical analysis. *L'Encephale*. 2016;42:361-6.
26. Ho B-C, Andreasen NC, Flaum M, Nopoulos P, Miller D. Untreated initial psychosis: its relation to quality of life and symptom remission in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 2000;157:808-15.
27. Morgan C, Abdul-Al R, Lappin JM, Jones P, Fearon P, Leese M, Croudace T, Morgan K, Dazzan P, Craig T. Clinical and social determinants of duration of untreated psychosis in the AESOP first-episode psychosis study. *The British Journal of Psychiatry*. 2006;189:446-52.
28. Nishii H, Yamazawa R, Shimodera S, Suzuki M, Hasegawa T, Mizuno M. Clinical and social determinants of a longer duration of untreated psychosis of schizophrenia in a Japanese population. *Early intervention in psychiatry*. 2010;4:182-8.
29. Pek E, Mythily S, Chong S. Clinical and social correlates of duration of untreated psychosis in first-episode psychosis patients. *ANNALS-ACADEMY OF MEDICINE SINGAPORE*. 2006;35:24.
30. Broussard B, Kelley ME, Wan CR, Cristofaro SL, Crisafio A, Haggard PJ, Myers NL, Reed T, Compton MT. Demographic, socio-environmental, and substance-related predictors of duration of untreated psychosis (DUP). *Schizophrenia research*. 2013;148:93-8.
31. Alvidrez J. Ethnic variations in mental health attitudes and service use among low-income African American, Latina, and European American young women. *Community mental health journal*. 1999;35:515-30.
32. Gallo JJ, Marino S, Ford D, Anthony JC. Filters on the pathway to mental health care, II. Sociodemographic factors. *Psychological medicine*. 1995;25:1149-60.
33. Franz L, Carter T, Leiner AS, Bergner E, Thompson NJ, Compton MT. Stigma and treatment delay in first episode psychosis: a grounded theory study. *Early intervention in psychiatry*. 2010;4:47-56.
34. De Haan L, Peters B, Dingemans P, Wouters L, Linszen D. Attitudes of patients toward the first psychotic episode and the start of treatment. *Schizophrenia Bulletin*. 2002;28:431-42.
35. Ruiz-Veguilla M, Barrigón ML, Diaz FJ, Ferrin M, Moreno-Granados J, Salcedo MD, Cervilla J, Gurpegui M. The duration of untreated psychosis is associated with social support and temperament. *Psychiatry research*. 2012;200:687-92.
36. Okpokoro U, Adams CE, Sampson S. Family intervention (brief) for schizophrenia. *The Cochrane Library*. 2014.
37. De Haan L, Welborn K, Krikke M, Linszen D. Opinions of mothers on the first psychotic episode and the start of treatment of their child. *European Psychiatry*. 2004;19:226-9.
38. Compton MT, Kaslow NJ, Walker EF. Observations on parent/family factors that may influence the duration of untreated psychosis among African American first-episode schizophrenia-spectrum patients. *Schizophrenia Research*. 2004;68:373-85.
39. Perkins DO, Leserman J, Jarskog LF, Graham K, Kazmer J, Lieberman JA. Characterizing and dating the onset of symptoms in psychotic illness: the Symptom Onset in Schizophrenia (SOS) inventory. *Schizophrenia research*. 2000;44:1-10.
40. Bergner E, Leiner AS, Carter T, Franz L, Thompson NJ, Compton MT. The period of untreated psychosis before treatment initiation: A qualitative study of family members' perspectives. *Comprehensive psychiatry*. 2008;49:530-6.
41. Corcoran C, Gerson R, Sills Shahar R, Nickou C, McGlashan T, Malaspina D, Davidson L. Trajectory to a first episode of psychosis: a qualitative research study with families. *Early intervention in psychiatry*. 2007;1:308-15.
42. Chong S-A, Mythily, Lum A, Chan YH, McGorry P. Determinants of duration of untreated psychosis and the pathway to care in Singapore. *International Journal of Social Psychiatry*. 2005;51:55-62.
43. Çobanoğlu ZSÜ, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam*. 2003;16:211-8.
44. Norman RM, Malla AK, Manchanda R. Delay in treatment for psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2007;42:507-12.
45. Chen EY-H, Dunn EL-W, Miao MY-K, Yeung W-S, Wong C-K, Chan W-F, Chen RY-L, Chung K-F, Tang W-N. The impact of family experience on the duration of untreated psychosis (DUP) in Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2005;40:350-6.
46. Esterberg M, Compton M. Family history of psychosis negatively impacts age at onset, negative symptoms, and duration of untreated illness and psychosis in first-episode psychosis patients. *Psychiatry research*. 2012;197:23-8.
47. Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *American psychologist*. 2004;59:614.
48. Ben-Noun L. Characterization of patients refusing professional psychiatric treatment in a primary care clinic. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 1996.
49. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *American journal of public health*. 2013;103:777-80.
50. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*. 2001;27:363-85.

Depresyonun duygu düzenleme süreçlerinin incelenmesi

Evaluating emotion regulation processes of depression

Cansu Alsancak Akbulut¹

¹Araş. Gör., Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye

ÖZET

Duygu düzenleme hangi duygulara sahip olduğunu, bu duyguların hangi zamanlarda ne şekilde yaşanıp ifade edildiğini belirleyen süreçler olarak tanımlanmaktadır. Duygu düzenleme becerilerindeki aksaklıklar; birçok psikopatolojinin ortaya çıkmasında ve devam etmesinde rol oynamaktadır. Kişilerin günlük hayatta bilişsel, bedensel ve davranışsal alanlarda işlevselliğini bozan depresif belirtilerin ortaya çıkmasında ve devam etmesinde de duygu düzenleme süreçlerindeki güçlükler rol oynamaktadır. Depresif bireylerdeki olumsuz duygudurum, içerikten bağımsız olarak hem olumlu hem de olumsuz uyaranlar karşısında süreklilik göstermektedir. Duygu düzenleme stratejilerinden ruminasyon ve bastırma depresif duygudurumu sürdürücü bir rol oynarken; yeniden değerlendirme, kabullenme ve bakış açısı değiştirme olumlu etkiler göstermektedir. Ancak, duygu düzenleme stratejilerinin işlevselliği kişilerin özelliklerine, sosyal bağlama ve duygusal bağlama göre farklılaşabilmektedir. Yapılan araştırmaların bulguları doğrultusunda, depresyona öncülük eden ve devam etmesine katkı sağlayan mekanizmalar duygu düzenleme süreçleri bağlamında incelenecektir. Ayrıca, depresyonun duygu düzenleme ile ilişkisinde ortaya çıkan kişisel farklılıklara ilişkin bilgiler aktarılacaktır. Son olarak, alan yazında yer alan çalışmalar özetlenecek ve gelecekte yapılacak çalışmalar için önerilerde bulunulacaktır.

Anahtar Sözcükler: Duygu Düzenleme, Depresyon, Duygu Düzenleme Stratejileri, Süreç Modeli

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:184-192)

DOI: 10.5505/kpd.2018.24855

SUMMARY

Emotion regulation defined as which emotional processes that people have and how these processes are experienced and expressed. Difficulties in emotion regulation abilities are one possible mechanisms that play role in several psychopathologies. Depressive symptoms, which create difficulties in individuals' cognitive, somatic, and behavioral domains in everyday life can be explained by difficulties in emotion regulation abilities. Negative mood that depressive people have do not dependent on context and maintains when facing both positive and negative stimuli. The negative and long term effects of depressive mood are related with the use of maladaptive emotion regulation strategies and deficiency in the usage of adaptive emotion regulation strategies. Depressive mood usually maintains while using rumination and expressive suppression. On the other hand, depressive mood usually decreases while using reevaluation, acceptance, and changing the viewpoint regarding the situation. Nevertheless, functionality of emotion regulation strategies may differ based on features of individuals, social context, and emotional context. In the light of previous studies, the relation between depression and emotion regulation processes will be examined and the information regarding individual differences will be explained, as well. Finally, the studies in the literature will be summarized and suggestions were included for future studies.

Key Words: Emotion Regulation, Depression, Emotion Regulation Strategies, Process Model

GİRİŞ

Depresyon günümüzde yaygın olarak görülmekte ve kişilerin bedensel, davranışsal ve bilişsel alanlardaki işlevselliğini bozucu etkileri olabilmektedir (1). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5) depresyonu olumsuz duygudurum ve ilginin azalması olarak tanımlanmaktadır. Bunlara ek olarak; depresyon, iştah ve uykuda azalma ya da artmalar, psikodevinsel kıskırma ya da yavaşlama, enerjinin düşüklüğü, değersizlik ya da aşırı ve uygunsuz suçluluk duyguları, odaklanma problemleri ve ölüm düşünceleriyle kendini göstermektedir (2).

ABD'de 18 yaşının üzerindeki bireylerle yürütülen bir epidemiyolojik çalışmada, depresyonun bir aylık görülme sıklığı %2.2 ve yaşam boyu görülme sıklığı %5.8 olarak bulunmuştur (3). Ayrıca, depresyon birçok farklı örnekleme (kanser hastaları gibi) ve psikiyatrik bozukluklarla eş tanımlı olarak gözlemlenmektedir (4,5).

Psikolojik, sosyal ve biyolojik etmenlerin etkileşimiyle şekillenen depresif belirtilerin (6) ortaya çıkmasında ve devam etmesinde etkili olan faktörlerden birinin kişilerin duygu düzenlemedeki zorlukları olduğu belirtilmektedir (7). Bu nedenle, değişen duygusal tepkilerin ve duygu düzenleme stratejilerinin incelenmesi, depresyonun etiyolojisi ve tedavisi ile ilgili bilgiler vermektedir. Duygu düzenlemenin depresyon ile ilişkisini inceleyen bu çalışma bir derleme niteliğindedir. Mevcut çalışmada duygu düzenleme süreci ile ilgili bilgi verilmiş, duygu düzenleme stratejileri incelenmiş, duygu düzenleme süreçlerinin depresyon gelişme ve sürmesindeki etkileri değerlendirilmiştir.

YÖNTEM

Bu derleme çalışmasında duygu düzenleme süreçleri ile depresyon arasındaki ilişkileri inceleyen çalışmalara ulaşabilmek amacıyla kapsamlı bir alan yazın taraması yapılmıştır. Arama dili hem Türkçe hem de İngilizcedir. Arama motorlarından Web of Science, PsychINFO, Google Scholar ve YÖK Ulusal Tez Merkezi kullanılmıştır. Anahtar kelimeler olarak "depresyon", "duygu düzenleme", "süreç modeli", "duygu düzenleme stratejileri" ve

"bilişsel duygu düzenleme stratejileri" kullanılmıştır. Çocuklarla yürütülen ve postpartum depresyon ile ilgili olan çalışmalar mevcut derleme çalışmasına dahil edilmemiştir.

Duygu Düzenleme

Duygular, kişilerin günlük yaşamda ortaya koydukları tepkilerin şekillenmesinde önemli bir role sahiptir. Duygu düzenlemedeki esneklik ve kontrol (8), kişilerin farklı durumlarda amaçlarına göre duygularının şiddetini azaltabilmesine, artırılabilmesine ya da sadece devam ettirilebilmesine olanak sağlamaktadır. Duyguların içinde bulunulan bağlama uygun olarak düzenlenebilmesi günlük hayattaki işlevselliğin sürdürülebilmesi için önkoşul olarak kabul edilebilmektedir (9). Bu nedenle, hayatımızda edindiğimiz en değerli yetkinliklerden biri duygu düzenleme stratejilerinin etkili bir şekilde kullanılmasıdır.

Duygu düzenleme kişilerin tecrübelerini ve ifade ettikleri olumlu ve olumsuz duygularını düzenlemek için geliştirilen fizyolojik, davranışsal ve bilişsel süreçler olarak tanımlanmaktadır (10). Gross'a (10) göre, duygu düzenleme kişilerin belirli duygulara ne zaman sahip olduğunu ve bu duyguları ne şekilde yaşayarak ifade ettiğini belirleyen süreçlerdir.

Duygu düzenleme çalışmalarında araştırmacıların ilgisini en çok çeken konulardan biri duygu düzenleme stratejilerinin sınıflandırılmasıdır. Geçmiş çalışmalar birçok farklı duygu düzenleme stratejisi tanımlamış ve bu stratejileri sonuçlarına göre uyumlu ya da uyumsuz olarak kavramsallaştırmıştır. Gross'a (11,12) göre duygular organizmayla çevrenin etkileşimi sırasında ortaya çıkan düzenli tepkiler olduğundan, duygu düzenleme stratejilerinin ne zaman uygulandığı verilen tepkilerin çeşitliliği açısından önemlidir. Bu görüşten yola çıkarak Gross (10), ortaya çıkan duygusal tepkilerin duygu düzenleme stratejilerinin kullanıldığı zamana uygun olarak ne şekilde farklılaştığını gösteren süreç modelini (process model) önermiştir. Süreç modeline göre, duygu düzenleme süreci kişinin duygularını harekete geçirecek davranışsal, fizyolojik ya da deneysel bir tetikleyiciyle karşılaşmasıyla başlar (11). Duyguları

tetiklendikten sonra kişi, duyguların işlendiği zamanın kendine has özelliklerini yansıtan duyu düzenleme stratejilerinden birini ya da birkaçını kullanır. Duygu düzenleme stratejileri kişi tarafından kullanıldığı zamana göre öncül odaklı ve sonuç odaklı stratejiler olmak üzere iki genel kategoriye ayrılmıştır. Öncül odaklı stratejiler, duygusal tepkiler tamamen ortaya çıkmadan ve davranışlar ya da fizyolojik tepkiler değiştirilmeden önce kullanılan stratejilerdir. Öte yandan, sonuç odaklı stratejiler duygular seyir halindeyken ve olası davranışsal ve fizyolojik tepkiler ortaya çıktıktan sonra görülmektedir (11).

Duygu düzenleme stratejilerinden bilişsel yeniden değerlendirme ve ifade edici bastırma süreç modeli kapsamında incelenmiştir. Bilişsel yeniden değerlendirme, öncül odaklı stratejilerden biridir ve duyguları ortaya çıkaran olayların durumun duygusal etkisini değiştirecek şekilde yeniden yapılandırılmasıdır. İfade edici bastırma ise sonuç odaklı stratejilerden biri olup süregiden duyu ifade edici durumları engellemek olarak tanımlanmaktadır (11). Bilişsel yeniden değerlendirme, olumsuz duyguları ve bu duygulara bağlı olarak ortaya çıkabilecek işlevsel olmayan davranışları azaltmada etkilidir. Ayrıca, bu stratejiyi kullanmanın kişilere kayda değer bir bilişsel, fizyolojik, ya da kişiler arası yükü olmadığı ortaya konmuştur (11,12). Öte yandan; ifade edici bastırma olumsuz duyguları ifade eden davranışları baskılamada etkilidir, ancak olumsuz duygulara yönelik öznel bir rahatlama yaratma konusunda yeterli değildir. Bu stratejinin kullanımı önemli fizyolojik ve bilişsel yükleri beraberinde getirmektedir (12). Bu bulgulardan yola çıkarak bilişsel yeniden değerlendirmenin ifade edici bastırmaya göre daha uyumlu bir duyu düzenleme stratejisi olabileceği anlaşılmaktadır (11).

Duygu düzenlemenin süreç modeline ilişkin stratejilere ek olarak, alan yazında bilişsel duyu düzenleme stratejilerine ilişkin değerlendirmeler yapılmaktadır (13). Bu stratejiler, kişilerin olumsuz duygular açığa çıkaran durumlarla bilişsel olarak başa çıkma yöntemlerini ifade etmektedir. Kişilerin günlük hayatlarında sıklıkla kullandıkları dokuz bilişsel duyu düzenleme stratejisi tanımlanmıştır. Bunlar kendini suçlama, başkalarını suçlama, ruminasyon (olumsuz durum ile ilgili düşünce ve duygular

hakkında tekrar tekrar düşünme), felaketleştirme (diğer olasılıkları hesaba katmadan geleceği olumsuz olarak öngörme), bakış açısına koyma (durumunun önemini azaltma), olumlu yeniden odaklanma (gerçek olayı düşünmek yerine olumlu deneyimleri düşünme), olumlu yeniden değerlendirme (olayı kişisel büyüme açısından olumlu bir deneyim olarak düşünme), kabullenme ve planlama (olumsuz olayla ne şekilde başa çıkılabileceğine ilişkin adımları düşünme) olarak isimlendirilmiştir (13).

Bilişsel duyu düzenleme stratejileri uyumlu ya da uyumsuz stratejiler olarak değerlendirilmektedir. Aldoe ve diğerleri (14) yaptıkları metaanaliz çalışmasında problem çözme, yeniden değerlendirme ve bilinçli farkındalık (mindfulness) stratejilerini uyumlu duyu düzenleme stratejileri olarak tanımlamıştır. Öte yandan, bastırma ve kaçınma davranışları uyumsuz stratejiler olarak değerlendirilmiştir. Ancak, uyumlu duyu düzenleme stratejilerinin olumlu sonuçları bağlama göre şekillenebilmektedir (14). Bu stratejilerin uyumsuz bir şekilde kullanılması birey üzerinde işlenmesi zor olan bilişsel ya da duygusal yükler oluşturabilmekte ve çeşitli psikopatolojilere öncülük edebilmektedir (15). Örneğin, problem çözme stratejisi ancak çözülebilir bir problem ile karşılaşıldığında işlevsel olarak uygulanabilmektedir (7).

Şimdiye kadar bahsedilen duyu düzenleme stratejileri kişilerin olumsuz durumlar karşısında bilişsel düzeyde ortaya koydukları başa çıkma biçimlerini ifade etmektedir. Bu stratejilere ek olarak alan yazın, duyguları düzenlemek amacıyla davranışsal düzeyde ortaya konan açık davranışları da incelemiştir. Örneğin, Totterdell ve Parkinson (16), bilişsel (örn. hiçbir şey düşünmemeye çalışmak) ve davranışsal (örn. egzersiz yapmak, uyumak, güven arama davranışlarında bulunmak) duyu düzenleme stratejilerini birbirinden ayırmıştır. Ayrıca; Koole (17), strese bağlı yeme ve nefesi kontrol etme davranışlarını duyu düzenleme stratejileri olarak ele almıştır. Davranışsal ve bilişsel duyu düzenleme stratejilerinin psikopatolojiler üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada davranışsal olan duyu düzenleme stratejilerinin bilişsel duyu düzenleme stratejilerinden bağımsız olarak psikopatolojileri etkilediği bulunmuştur (18).

Duygu Düzenleme ve Psikopatoloji

Son dönemlerde, stabil olmayan duygudurumun ve duygu düzenlemedeki aksaklıkların birçok psikolojik bozukluğun oluşmasında ve süreklilik göstermesinde rol oynadığı düşünülmektedir (19). Olumsuz duyguların işlevsel olmayan stratejilerden bastırma ya da kaçınma yoluyla aşırı bir şekilde azaltılmaya çalışılarak düzenlenmeye çalışılması ya da ruminasyonlar yoluyla abartılarak sürdürülmesi de psikopatolojilerin öncülleri olabilmektedir (14). Buna ek olarak, uyumlu duygu düzenleme stratejileri olarak nitelenen yeniden değerlendirme, kabullenme ya da problem çözme stratejilerinin olumsuz duygularla başa çıkarken kullanılmasındaki güçlükler psikopatolojilerin ortaya çıkmasında rol oynayabilmektedir (20). Ayrıca, alkol tüketme davranışının sosyal kaygıyı, yeme bozukluklarını ve sınırdaki kişilik bozukluğunu yordarken, akıl danışma davranışının depresyon seviyesiyle ters orantılı bir ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur (18).

Duygu düzenleme stratejilerinin uyumlu ya da uyumsuz olarak değerlendirilmesi ve çeşitli psikopatolojiler ile ilişkileri bağlama göre farklılaşabilmektedir. Aldao ve Nolen-Hoeksema (20) uyumlu ve uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin kullanıldığı bağlamı (duygu yoğunluğu, duygu tipi, sosyal ya da akademik durumlar) incelemişlerdir. Katılımcılardan duygu ortaya çıkaran durumlar tarif etmeleri istenmiş ve bu durumlarla başa çıkmak için hangi yöntemleri kullandıkları sorulmuştur. Çalışmanın sonuçlarına göre, uyumlu olmayan duygu düzenleme stratejilerinin zararlı etkileri kullanıldığı birçok bağlamda ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle, uyumsuz olan duygu düzenleme stratejilerinin psikopatolojilerle güçlü ilişkileri bulunmaktadır (20).

Duygu düzenleme becerilerindeki aksaklıkların çeşitli psikopatolojilerle (örn. duygudurum bozuklukları, kaygı bozuklukları ve yabancı madde kullanımı) ilişkili olduğu belirtilmiştir (21,22,23). Ancak, duygu düzenlemenin psikopatolojilerin ortaya çıkması ve devam etmesindeki etkilerinin ne şekilde olduğuyla ilgili bilgiler sınırlıdır (24). Bu nedenle, duygu düzenleme süreçlerinin çeşitli psikopatolojilerle ilişkilerini inceleyen çalışmalarda kaydedilecek olan gelişmelerin bu psikopatoloji-

lerin anlaşılması konusunda fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Duygu düzenlemedeki aksaklıklar ve bağlantılarının en sık incelendiği ruhsal bozukluk depresyondur (14).

Duygu Düzenleme ve Depresyon

Duygu düzenlemedeki aksaklıklar; üzgün duygudurumun süreklilik göstermesinde ve depresyonun devam etmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu sava ilişkin görüşler, duyguduruma uyum hipotezleriyle açıklanmaya çalışılmıştır (25). Buna göre, depresif duygudurum olumsuz duygusal tepkiselliğin yoğunluğunu artırmaktadır. Ayrıca, depresyondaki olumlu duyguların azlığı olumlu duygusal tepkiselliğin yoğunluğunu azaltmaktadır (26). Olumlu azalması hipotezi ve olumsuz artması hipotezi bu görüş doğrultusunda geliştirilmiş ve ampirik olarak sınanmıştır.

Olumsuz artması hipotezine göre, olumsuz duygusal ipuçlarına olan duygusal tepkilerin yoğunluğunun artması majör depresif bozuklukta yaygın olarak görülen olumsuz duygulanıma katkı sağlamaktadır (26). Depresyonun bilişsel-davranışçı modele göre, bu süreçte çarpık bilişsel yapılanmalar rol oynamaktadır. Bireylerin olumsuz bilişsel değerlendirmeleri ve bilişsel çarpıtmaları olumsuz duyguların oluşmasına neden olmaktadır (6). Olumlu azalması hipotezine göre, majör depresif bozukluğa sahip olan bireylerin olumlu duygusal uyarılara olan tepkilerinde azalma görülmektedir. Depresif bireylerin olumlu duygulanımı düşük seviyelerde yaşamaları bu hipotezin çıkış noktası olmuştur. Depresif bireylerin olumlu duygular uyandıran etkinliklerden haz alma yetisini kaybetme (anhedonya) belirtileri ve olumsuz bilişlere erişimin kontrol edilmesinde yaşadıkları güçlükler bu hipotezi desteklemektedir (26,27). Sloan ve diğerleri (28) katılımcılara yemek ya da erotik resimler gibi haz verici uyarılar göstermişler ve depresif bireylerin duygusal tepkilerinde azalma olduğunu ortaya koymuşlardır. Buna benzer olarak, depresif bireylerin tatlı içeceklere ve hoş uyarılar içeren kısa filmlere karşı olan tepkilerinde azalma gözlenmiştir (29). Yapılan çalışmalar, olumsuz düşüncelerin işleyen belleğe girmesinin ve burada kalmasının kişilerin ruminasyon eğilimini artırdığını ve böylece depresif

duygudurumun varlığını sürdürdüğünü ortaya koymuştur (30).

Duyguduruma uyum hipotezleri duygusal tepkilerdeki değişimlerin bireylerin depresif ruh haliyle ilişkili olabileceğini ortaya koymuştur. Fakat yapılan çalışmalar, depresif bireylerin duygusal tepkilerindeki azalmanın sadece zevk veren uyaranlar için değil, aynı zamanda hoş olmayan uyaranlar için de geçerli olduğunu ortaya koymuştur (31). Bu çalışmaların ışığında duygu bağlam duyarsızlığı hipotezi ortaya atılmıştır. Depresif bireylerin duygusal tepkileri bağlamdan bağlama değişiklik göstermemektedir (25). Bu kişilerin hem olumlu hem de olumsuz duygusal ipuçlarına karşı olan tepkilerinde düşüş görülmektedir (32). Buna göre, depresif bireylerin olumlu uyaranların yanında olumsuz uyaranlara gösterdikleri tepkilerde de azalma olduğu dikkati çekmektedir. Depresif bireylerin genel görünümüne hakim olan donukluk bütün depresif bireylerde görülmekle birlikte bu durumun şiddeti kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Duygu bağlam duyarsızlığının daha şiddetli görüldüğü hastalar daha ağır bir hastalık süreci geçirmektedir (32).

Son dönemdeki çalışmalar duygu bağlam duyarsızlığı hipotezini destekleyici bulgular ortaya koymaktadır. Örneğin, Ellis ve diğerleri (25) disforik olan ve olmayan bireylerin olumlu ve olumsuz geribildirimlere olan tepkilerini incelemiştir. Disforik bireylerin olumsuz geri bildirimlere karşı duygusal tepkiselliğinde artış olduğu görülürken; bu kişilerin olumlu ve olumsuz geri bildirimler karşısındaki tepkilerinde fark bulunmamıştır. Depresif ve depresif olmayan bireylerin kısa film kliplerine olan tepkilerinin incelendiği bir çalışmada depresif bireylerin nötr olan kısa filmlere olan tepkilerinin normal gruptan daha fazla olduğu, fakat üzgün uyaranlar içeren kısa filme daha az tepki gösterdikleri ortaya konmuştur (33).

Bağlamdan bağımsız olarak varlığını sürdürebilen depresif duygudurumun sürerliğini duygu düzenleme stratejilerinin kullanımındaki aksaklıklar açıklayabilmektedir (30). Uyumlu olmayan duygu düzenleme stratejileri depresif duygudurumun süresini uzatmakta ve belirtilerin şiddetini artırmaktadır (27). Depresyonda en sık görülen uyum-

suz duygu düzenleme stratejisi ruminasyondur. Kişilerin bir düşünceyi tekrar tekrar akla getirerek düşünme eğilimini ifade eden ruminasyonu, depresif bireyler klinik dışı örnekleme göre daha fazla kullanmakta (34) ve genellikle daha olumlu olarak değerlendirmektedir (35). Duyguların bastırılmaya çalışılması da olumsuz affekt, zayıf sosyal uyum ve öznel iyi oluşta düşüşle bağlantılıdır (15). Duyguları bastırma dışsal uyaranlara ilişkin içsel (fizyolojik) ve dışsal (örn. duyguların ifade edilmesi) tepkilerin baskılanma çabası olarak tanımlanmaktadır.

Öte yandan, bilişsel yeniden değerlendirme duyguların düzenlenmesinde etkili bir stratejidir. Bilişsel yeniden değerlendirme kişilerin duruma verdiği duygusal tepkiyi değiştirmek için duruma yüklediği anlamı değiştirmesidir. Yeniden değerlendirme olumsuz durum karşısında daha düşük seviyede fizyolojik, duygusal ve davranışsal cevaplar verilmesiyle ilişkilidir (12). Yeniden değerlendirme depresif duygudurumun azalması ve depresyon seviyesinin düşmesi ile ilişkilidir (14).

Yeniden değerlendirme genellikle bastırma ile birlikte çalışılmış ve bastırmanın aksine yeniden değerlendirmenin kişiye daha az bilişsel, davranışsal ve duygusal yükünün olduğu ortaya konmuştur (12). Örneğin; Eftekhari ve diğerleri (36) travmatik olay yaşamış ve daha önce hiç benzer bir olay yaşamamış olan kadınlarla yaptıkları çalışmalarında; yüksek düzenleyiciler, yüksek yeniden yorumlayıcı/düşük bastıranlar, orta seviyede yeniden yorumlayıcılar/düşük bastıranlar ve düşük düzenleyiciler olarak dört grup belirlemiştir. Bu dört gruptan düşük düzenleyiciler daha fazla ruhsal problem yaşarken, yüksek yeniden yorumlayıcı/düşük bastıranların uyumlu bir duygu düzenleme süreci yürütebildikleri ortaya konmuştur. Öte yandan, yeniden yorumlamanın uyumsuz stratejilere oranla (örn. ruminasyon ve bastırma) depresyon ve kaygı belirtileriyle ilişkisi bağlama göre farklılık gösterebilmektedir. Aldao ve Nolen-Hoeksema (20), sadece uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin fazla kullanıldığı durumlarda yeniden değerlendirmenin depresif duygudurumu iyileştirmede etkili olduğunu ortaya koymuştur.

Yeniden değerlendirmeye ek olarak, kabullenme duygu düzenleme stratejisi de duygudurum ve kaygı bozukluğuna sahip kişilerde öznel ve fizyolojik etkilere ilişkin avantajlara sahiptir. Campbell-Sills ve diğerleri (37) yürüttükleri çalışmalarında, katılımcılar duyguları harekete geçiren bir film izlerken bir grup katılımcıya duygularını bastırması diğer gruptaki katılımcılara da duygularını kabul etmesi yönünde bir yönerge vermiştir. Katılımcıların sıkıntı seviyesi ölçülmüştür. Duygularını bastıran gruptaki katılımcıların daha fazla olumsuz duygu deneyimlerken; duygularını kabullenen gruptakilerin daha az olumsuz duygu yaşadıkları bulunmuştur.

Dikkatin başka yöne çevrilmesinin de depresif duygudurum üzerinde azaltıcı etkisi bulunmaktadır. Dikkatin başka yöne çevrilmesi bireylerin üzüntü verici uyaranlar karşısında dikkatlerini başka yöne odaklamaları için yapılan bilişler ve davranışlar olarak tanımlanmaktadır (38). Depresif bireyler, depresif olmayan bireyler ve geçmişte depresif olup iyileşme gösteren hastalarla yürütülen bir çalışmada, katılımcılara üzüntü verici filmler gösterilmiştir. Katılımcılardan ya dikkatlerini başka yöne çevirmeleri ya da akıllarına olumlu bir anı getirmeleri istenmiştir. Çalışmanın bulguları, dikkati başka yöne yönlendirmenin depresif duygudurum üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Ancak, olumlu anılarını hatırlayan gruptaki depresif bireylerin duygudurumunda olumlu yönde bir artış gözlenmemiştir (39).

Duygu düzenleme stratejileri birbirlerinden etkilenecek ortaya çıkmakta ve aynı durumda birden fazla duygu düzenleme stratejisi gözlenebilmektedir. Örneğin, bastırma ve ruminasyon sıklıkla birbiriyle ilişkili olarak ortaya çıkmaktadır (40). Benzer şekilde, Martin ve Dahlen (41) tarafından yürütülen çalışmanın bulguları cinsiyetten bağımsız olarak; kendini suçlama, ruminasyon, felaketleştirme ve olumlu yeniden değerlendirme olumsuz duyguları yordayıcı etkisi olduğunu göstermiştir. Aldoe ve diğerleri (14) tarafından yürütülen meta-analiz çalışmasında ise depresyonun etki büyüklüğünün ruminasyon ve kaçınma stratejileriyle yüksek, bastırma ve problem çözme stratejileriyle orta düzeyde ve kabullenme ve yeniden değerlendirme stratejileriyle düşük düzeyde olduğu görülmüştür.

Uyumlu duygu düzenleme stratejilerinin depresyonla ilişkisi tutarlı bir şekilde ortaya konya da, bu ilişkinin uyumsuz olan stratejilere göre daha düşük olduğu belirtilmektedir. Örneğin; yeniden değerlendirme, problem çözme, kabullenme ve duygusal destek alma stratejilerinin depresyon ve kaygı bozukluklarıyla olan bağlantıları uyumsuz duygu düzenleme stratejilerine göre daha düşük düzeydedir. Buna göre, uyumlu olan duygu düzenleme stratejilerinin kullanılmasına göre uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin yaygın olarak kullanılmasının sonuçlarının daha olumsuz olabileceği ifade edilmektedir (14).

Duygu düzenleme stratejileri ortaya çıktıkları sosyal bağlamın özelliklerine göre şekillenmektedir. Depresif belirtilerin duygu düzenleme süreçleri kişilerin diğer insanlarla ilişkilerinden etkilenmektedir. Özellikle, sosyal olarak bağlılığı yüksek olan insanlarda sosyal olarak izole olanlara göre depresif belirtiler ile uyumsuz duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişki daha zayıftır. Benzer ilişki örüntüsü yalnız olanlara göre yakın ilişkisi olanlarda da gözlenmektedir. Buna ek olarak, sosyal bağlam duygu düzenleme stratejilerinin kullanımını ve dolayısıyla depresif belirtileri etkilemektedir. Sosyal bağlılık ve ilişki durumu ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiler uyumsuz duygu düzenleme stratejileri kısmı aracılığıyla şekillenmektedir (42).

Kişilerin sosyal bağlamına ek olarak, duygu düzenlemenin depresif belirtiler ile ilişkisi belirgin duygular bağlamında ve bu duyguların günlük hayatta deneyimlenme sıklığıyla ilişkili olarak da değişmektedir. Kişiler kızgınlıklarını seyrek olarak ifade ettiklerinde, kızgınlığın sosyal ifadesine olan güvenin depresif belirtilerdeki azalmayı yordadığı bulunmuştur. Ancak, kişiler kızgınlıklarını sıklıkla ifade ettiklerinde bu depresif belirtilerdeki artışı yordamaktadır. Ayrıca, bu etkileşim yalnızca kızgınlık için gözlenmiş olup üzüntü ve kaygı için geçerli değildir (43).

SONUÇ

Yapılan çalışmalar, duygu düzenleme süreçlerinin depresyonun anlaşılmasında ve süreklilik göstermesinde rol oynadığını ortaya koymaktadır. Verilen

duygusal tepkilerin depresif duygudurumu arttırmasının yanında, depresif kişilerin hem olumlu uyarılara hem de olumsuz uyarılara olan tepkilerinde azalma olduğu görülmüştür. Depresif duygudurumun bu özellikleri depresyon sürecine ilişkin önemli bilgiler ortaya koymaktadır. Örneğin, değişik bağlamlara olan duygusal tepkisellikteki azalmanın şiddeti daha olumsuz bir depresyon sürecinin belirleyicisi olarak karşımıza çıkabilmektedir (32). Bu bilgilerin göz önünde bulundurulması, bu konuda yapılan çalışmalar depresyona yönelik müdahale ve tedaviler için faydalı olabilir.

Uyumsuz duygu düzenleme stratejileri depresif belirtiler ile ilişkilidir. Ayrıca, uyumlu duygu düzenleme stratejilerinin yetersiz kullanımı da depresif belirtilerdeki artışı açıklamaktadır. Olumsuz duygular düzenlenirken ruminasyonun ve bastırmanın aşırı kullanımı depresif belirtilerin ortaya çıkması için risk faktörüken; kabullenme, yeniden değerlendirme ve dikkati başka yöne yönlendirme uyumlu duygu düzenleme stratejileri depresyon seviyesinin düşmesiyle ilişkilidir. Birbirlerine ve içinde bulunulan bağlama göre şekillenen duygu düzenleme stratejileri, çoğunlukla çoklu olarak kullanılmaktadır. Ayrıca, uyumlu olan duygu düzenleme stratejilerine oranla, uyumsuz duygu düzenleme stratejileri depresyonla daha yüksek ilişkiler göstermiştir. Buna göre, uyumlu olan duygu düzenleme stratejilerinin geliştirilmesinin yanında, uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin yaygınlığının azaltılmasının depresif belirtilerdeki düşüşe katkı sağlayacaktır.

Son olarak, duygu düzenleme çalışmaları ruhsal rahatsızlıkların tedavisiyle ilgili önemli bilgiler ortaya koyabilir. Bilişsel-Davranışçı Terapi uygulamaları işlevsel olmayan bilişlerin fark edilmesi ve uyumlu olanlarla değiştirilmesine ilişkin müdahaleler içermektedir (6). Ayrıca, bu yaklaşımda kişilerin yeniden değerlendirme becerilerinin geliştirilmesine yönelik teknikler de uygulanmaktadır (6). Uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin kullanımının azaltılmasına yönelik olarak yapılan müdahaleler depresif belirtilerin şiddetinin azaltılmasında etkili olabilir.

Bilişsel ve davranışsal duygu düzenleme stratejilerinin depresyon ile ilişkileri incelenmekle birlikte,

bazı duygu düzenleme stratejileri alan yazında sınırlı olarak incelenmiştir. Örneğin; durumu seçme, durumu değiştirme, dikkati yönlendirme, bilişi değiştirme ve tepkiyi değiştirme stratejilerinin depresyon ile ilişkisinin Gross'un (44) süreç modeli dahilinde değerlendirilmesi alan yazına katkı sağlayacaktır. Buna ek olarak, çoklu stratejilerin kullanımının depresyonla ilişkisini inceleyen çalışmaların sayıca sınırlı olduğu görülmektedir. Çoklu stratejilerin bağlam içerisinde incelenerek hangi stratejilerin bir arada kullanıldığı, bu stratejilerin birbiriyle olan etkileşimleri ve hangi ruhsal bozukluklarla ilişkili oldukları incelenmelidir.

Duygunun davranışsal, fizyolojik ya da deneyimsel bileşenleri kişiden kişiye değişmektedir (45). Bu kişisel farklılıklar, duyguların psikopatolojilerle ilişkisi incelenirken çoklu ölçme yöntemlerinin kullanılmasını gerekli kılmaktadır (24). Bir diğer deyişle, duygu düzenleme süreçlerinin depresyon ile ilişkisini inceleyen çalışmalarda özbildirim ölçekleri, fizyolojik ölçümler ve objektif davranışsal ölçüm yöntemleri (örn. jest/mimik kodlama) bir arada kullanılmalıdır. Bunlara ek olarak, duygu düzenleme stratejilerinin kullanımının depresyonun oluşumu ve gelişimi üzerindeki etkisi boyutsal olarak da incelenmelidir.

Sonuç olarak, duygu düzenlemenin depresyonla ilişkisini açıklamak için önemli adımlar atılmış olsa da, bu noktada hala yanıtlanmayı bekleyen birçok soru bulunmaktadır. Bağlam duyarsızlığı hipotezinde belirtildiği gibi depresif bireylerin duygudurumunun her ortamda ya da geribildirimde farklılık göstermemesi, duygusal olarak yüklü bağlamlar için de geçerli midir? Duygu düzenleme stratejilerinin uyumlu ya da uyumsuz olarak kullanılması kültürden kültüre farklılık göstermekte midir? Depresif bireylerdeki duygu düzenleme sürecinin işleyişi hastalığın seyrini hangi alanlarda ve nasıl etkilemektedir? Birden fazla uyumlu ya da uyumsuz duygu düzenleme stratejisinin aynı anda kullanımı depresyonun seyri üzerinde nasıl bir etki yaratır? Bu soruların yanıtlanması amacıyla oluşturulan araştırmalar duygu düzenlemenin depresyonla olan ilişkisinin mekanizmalarının anlaşılabilmesine katkı sağlayacaktır.

Yazışma adresi: Araş. Gör. Cansu Alsancak Akbulut, Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi, Psikoloji Bölümü, Ankara, Türkiye cansu.alsancak@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:593-602.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu, E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
3. Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ. One-month prevalence of mental disorders in the United States: Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:977-986.
4. Adams GC, Balbuena L, Meng X, Asmundson GJ. When social anxiety and depression go together: A population study of comorbidity and associated consequences. *J Affect Disord* 2016; 206:48-54.
5. Capuron L, Ravaud A, Dantzer R. Early depressive symptoms in cancer patients receiving interleukin 2 and/or interferon alfa-2b therapy. *J Clin Oncol* 2000;18:2143-2151.
6. Türkçapar H. Klinik Uygulamada Bilişsel Davranışçı Terapi Depresyon, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2009.
7. Nolen-Hoeksema S, Aldao A. Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Pers Individ Dif* 2011;51:704-708.
8. Bonanno GA, Burton CL. Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Psychol Sci* 2013;8:591-612.
9. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations: *Handbook of Emotion Regulation*. Edited by Gross JJ, Guilford Publications, 2007;pp.3-24.
10. Gross JJ. Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *J Pers Soc Psychol* 1998;74:224-237.
11. Gross JJ. Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Curr Dir Psychol Sci* 2001;10:214-219.
12. Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiol* 2002;39:281-291.
13. Garnefski N, Kraaij V. The cognitive emotion regulation questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *Eur J Psychol Assess* 2007;23:141-149.
14. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion regulation strategies across psychopathology: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2010; 30:217-237.
15. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003;85:348-362.
16. Totterdell P, Parkinson B. Use and effectiveness of self-regulation strategies for improving mood in a group of trainee teachers. *J Occup Health Psychol* 1999;4:219-232.
17. Koole SL. The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cogn Emot* 2009;23:4-41.
18. Aldao A, Dixon-Gordon KL. Broadening the scope of research on emotion regulation strategies and psychopathology. *Cogn Behav Ther* 2014;43: 22-33.
19. Gross JJ, Munoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clin psychol: Sci Pract* 1995;2:151-164.
20. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *J Abnorm Psychol* 2012; 121:276-281.
21. Campbell-Sills L, Ellard KK, Barlow DH. Emotion regulation in anxiety disorders. In J. J. Gross, *Handbook of emotion regulation* (2nd ed.). Guilford Press, New York, London, 2013.
22. Joorman J, Siemer M, Emotion regulation in mood disorders. In J. J. Gross, *Handbook of emotion regulation* (2nd ed.). Guilford Press, New York, London, 2014.
23. Kober H, Bolling D. Emotion regulation in substance use disorders. In J. J. Gross, *Handbook of emotion regulation* (2nd ed.). Guilford Press, New York, London, 2014.
24. Calkins SD. Commentary: Conceptual and methodological challenges to the study of emotion regulation and psychopathology. *J Psychopathol Behav Assess* 2010;32:92-95.
25. Ellis AJ, Beevers CG, Wells TT. (2009). Emotional dysregulation in dysphoria: Support for emotion context insensitivity in response to performance based feedback. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2009;40:443-454.
26. Bylsma LM, Morris BH, Rottenberg J. A meta-analysis of emotional reactivity in major depressive disorder. *Clin Psychol Rev* 2008;28:676-691.
27. Joorman J, Gotlib IH. Emotion regulation in depression: relation to cognitive inhibition. *Cogn Emot* 2010;24:281-298.
28. Sloan DM, Strauss ME, Quirk SW, Sajatovic M. Subjective and expressive emotional responses in depression. *J Affect Disord* 1997;46:135-141.
29. Berenbaum H, Oltmanns TF. Emotional experience and expression in schizophrenia and depression. *J Abnorm Psychol* 1992;101:37-44.
30. Joorman J. Cognitive inhibition and emotion regulation in depression. *Curr Dir Psychol Sci* 2010;19:161-166.
31. Rottenberg J, Gross JJ, Gotlib IH. Emotion context insensitivity in major depressive disorder. *J Abnorm Psychol* 2005; 114:627-639.

32. Rottenberg J. Mood and emotion in major depression. *Curr Dir Psychol Sci* 2005;14:167-170.
33. Rottenberg J, Kasch KL, Gross JJ, Gotlib IH. Sadness and amusement reactivity differentially predict concurrent and prospective functioning in major depressive disorder. *Emot* 2002;2:135-146.
34. D'Avanzato C, Joormann J, Siemer M, Gotlib IH. Emotion regulation in depression and anxiety: examining diagnostic specificity and stability of strategy use. *Cognit Ther Res* 2013; 37:968-980.
35. Papageorgiou C, Wells A. Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cogn Behav Pract* 2001; 8:160-164.
36. Eftekhari A, Zoellner LA, Virgil SA. Patterns of emotion regulation and psychopathology. *Anxiety, Stress and Coping* 2009;22:571-586.
37. Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA, Hofmann SG. Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behav Res Ther* 2006;44:1251-1263.
38. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspect Psychol Sci* 2008; 3:400-424.
39. Joormann J, Siemer M, Gotlib IH. Mood regulation in depression: Differential effects of distraction and recall of happy memories on sad mood. *J Abnorm Psychol* 2007;116:484-490.
40. Liverant GI, Kamholz BW, Sloan DM, Brown TA. Rumination in clinical depression: A type of emotional suppression?. *Cognit Ther Res* 2011;35:253-265.
41. Martin RC, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Pers Individ Dif* 2005;39:1249-1260.
42. Marroquin B, Nolen-Hoeksema S. Emotion regulation and depressive symptoms: Close relationships as social context and influence. *J Pers Soc Psychol* 2015;109:836-855.
43. Chue AE, Gunthert KC, Ahrens AH, Skalina LM. How Does Social Anger Expression Predict Later Depression Symptoms? It Depends on How Often One Is Angry. *Emot* 2016;17:6-10.
44. Gross JJ. Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross, *Handbook of emotion regulation* (2nd ed.). Guilford Press, Newyork, London, 2013.
45. Davidson RJ. Anterior electrophysiological asymmetries, emotion, and depression: Conceptual and methodological conundrums. *Psychophysiol* 1998;5:607-614.

'Deri Yolma Bozukluğu': Bir olgu sunumu

'Skin Picking Disorder': A case report

Burak Okumuş¹, Çiçek Hoccoğlu²

¹Dr.,²Prof.Dr., Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize, Türkiye

ÖZET

Deri yolma bozukluğu, dermatolojik bir problem olmaksızın, deri dokusunda hasara neden olan, cildin aşırı ve yineleyici şekilde yolunması ile karakterize bir tablodur. Normal yolma davranışından farklı olarak psikojenik deri yolma yineleyicidir ve deride ciddi biçimde hasara hatta hayati tehlike oluşturacak sonuçlara neden olabilir. Bazı hastalar sık ancak kısa süren yolma atakları tanımlarken, bazıları da daha seyrek olan ama birkaç saat süren ataklar tanımlamaktadır. Ruhsal bozuklukların tanınması ve istatistiksel el kitabı (DSM) 5'e kadar sınıflandırma sistemlerinde ayrı bir tanı kategorisi olarak yer almayan deri yolma bozukluğu DSM-5'de Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar kategorisinde bağımsız bir tanı olarak yer almıştır. Bu çalışmada psikiyatri polikliniğimize yüz, her iki kol ve bacakta belirgin açık yaraları olan deri yolma yakınmasıyla başvuran 35 yaşındaki kadın hastanın fluoksetin 40 mg/gün, olanzapin 10 mg/gün olarak düzenlenen tedavisi literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Deri yolma bozukluğu, tanı, tedavi

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:193-199)

DOI: 10.5505/kpd.2018.48403

SUMMARY

Skin picking disorder is not a dermatological disorder and it is a table characterized with picking skin excessively and repetitively, leading to damage in skin tissue. Unlike normal picking behaviour, psychogenic skin picking is repetitive and it can lead to severe damage in the skin and even complications which constitute vital danger. While some patients define frequent but short lasting picking attacks, others define rarer attacks which last a few hours. Skin picking disorder, which is not included in the classification systems up to DSM-5 as a separate diagnosis category, is included as an independent diagnosis in Obsessive Compulsive Disorder and Associated Disorders category in DSM-5. In this study, the treatment of fluoxetine 40 mg/ day and olanzapine 10 mg/day in a 35-year-old female patient who admitted to our psychiatry outpatient clinic with obvious open sores on both arms and legs will be presented in the light of literature information.

Key Words: Skin picking disorder, diagnosis, treatment

GİRİŞ

Deri yolma bozukluğu, dermatolojik bir problem olmaksızın, deri dokusunda hasara neden olan, cildin aşırı ve yineleyici şekilde yolunması ile karakterize bir tablodur (1). Normal yolma davranışından farklı olarak yineleyicidir ve deride ciddi biçimde hasara, hatta hayati tehlike oluşturabilecek sonuçlara neden olabilir (2,3). Nevrotik hastalardaki kontrol edilemeyen yolma davranışı, ilk kez Erasmus Wilson tarafından, 1875'te "nevrotik ekskoriasyon" adı altında tanımlanmıştır (4). Deri yolma bozukluğu, farklı kaynaklarda kompulsif deri yolma, psikojenik ekskoriasyon, nevrotik ekskoriasyon, deri yolma, acne excoriée ve dermatotillomani olarak da adlandırılmıştır (3). Çalışmacıların bir bölümü, deri yolma bozukluğunun ve trikotillomaninin obsesif kompulsif bozukluğa (OKB) benzerlik göstermelerinden dolayı, OKB spektrum bozukluğu olarak kavramsallaştırılabileceğini önermişlerdir (5). OKB ektanı oranının yüksek olması, OKB tanılı hastaların birinci derece akrabalarında deri yolma bozukluğunun yüksek oranlarda bulunması, hem OKB'deki kompulsiyonların hem de yolma dürtüsünün kontrol edilmesinin güçlüğü ve eylemin ardından geçici bir rahatlanmanın olması bu varsayımı desteklemektedir (6-8). Bu nedenle günümüze kadar sınıflandırma sistemlerinde ayrı bir tanı kategorisi olarak yer almayan deri yolma bozukluğu 2013 yılında yayınlanan DSM-5'te Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar kategorisinde bağımsız bir tanı olarak yer almıştır (9). Bunlarla birlikte OKB her iki cinsiyeti eşit oranda etkilerken deri yolma bozukluğunun kadın cinsiyette daha yüksek oranda görülmesi, kompulsiyonların girici düşünceleri takiben başlaması, deri yolma bozukluğunun ise nadiren girici düşünceleri izlemesi obsesif kompulsif bozukluktan ayrılan yanlarıdır (1,7,8). Konu ile ilgili çalışmalarda deri yolma bozukluğu ile obsesif kompulsif bozukluğun ortak bir etiolojiye sahip olduğu, eşanlı klinik görünüm ve her iki ruhsal bozukluğun tedavisinin benzer özellikler sergilediği belirtilmiştir (10-12). Olgu bildirimleri, açık-etiketli çalışmalar ve çift-kör çalışmalarda deri yolma bozukluğunun tedavisinde OKB tedavisine benzer ilaç dozlarında seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSGI) deri yolma bozukluğunun tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir (13-16). Ayrıca, deri yolmanın azaltılmasında atipik ve tipik

antipsikotik ilaçlarla güçlendirme için bir dizi vaka çalışması da yazında yer almaktadır (17,18). Deri yolma bozukluğu tedavisinde son 20 yıldır SSGI'lerin dışında, lamotrijin, N-asetilsistein ve riluzol gibi glutamaterjik ajanlar ve naltrekson gibi opioid antagonistleri de dahil olmak üzere birçok farmakolojik ajan denenmiştir (1,10,19). Deri yolma bozukluğunun tedavisinin etkinliğini artırma stratejilerine yönelik randomize kontrollü çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle son yıllarda halen araştırmacıların ilgi odağı olan deri yolma bozukluğunun tanı, eştanı, oluş nedenleri ile tedavi yöntemlerinin daha iyi anlaşılmasına gereksinim vardır. Bu çalışmada psikiyatri polikliniğimize deri yolma bozukluğu ve OKB yakınmaları ile başvuran kadın hasta literatür bilgileri ışığında tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

35 yaşında, kadın hasta, ilkökul mezunu, bekar, ev hanımı, halen ailesi ile birlikte Rize'de yaşıyor. Son iki yıldır içe kapanma, iştahsızlık, kilo kaybı, uykusuzluk, hayattan zevk alamama, ilgi-istek kaybı, sosyal iletişimde azalma, sık sık el yıkama, uzun süre banyoda kalma şikayetleri olan hasta son 3 aydır her iki üst, alt ekstremit ve gövde de deri yolma şikayetleri sebebiyle psikiyatri polikliniğe başvurdu. Hastanın ilk yakınmaları 12 yıl önce çay bahçesinde oturduğu sırada birden karşısına çıkan köpeklerden korkması sonrası başlamış. O dönem başlayan hayattan zevk alamama, hiçbir iş yapmak istememe, durgunluk, sıkıntılı olduğu dönemlerde vücudunun farklı yerlerindeki deriyi yolma, içe kapanma şikayetleri temizlik uğraşlarında artış şeklinde devam etmiş. Hasta cildini yolduktan sonra ellerinin kirlendiğini düşünerek sık sık ellerini yıkayıp, geceleri uzun süre banyoda zaman geçiriyormuş. Özellikle hastalığının şiddetlendiği dönemlerde elinin kirlenip uzun süre el yıkama işi ile meşgul olacağını düşündüğünden ötürü günde bir öğün yemek yemekte ve kilo kaybetmekteymiş. Evden dışarı çıktığında kıyafetlerinin kirlenebileceği ihtimali onda büyük sıkıntıya yol açması nedeni ile zamanının büyük bölümünü evde geçirmekteymiş. Evde tuvalete girip çıktıktan sonra giysilerini çamaşır makinesinde yıkamak için çıkardığında soluğu tekrar banyoda almaktaymış ve sonrasında giysilerin temizlenmediğinden şüphelenirse onları soba içerisine atıp yakıyormuş. Bazen geceleri kalkıp bulaşık yıkamaya başlayan

hasta, bir tabağı bir saate yakın sürede yıkıyor ve geceleri bulaşık yıkayıp evi temizlemekle geçirmekten ötürü uykusuz kaldığı için gündüzleri uyuyarak geçiriyormuş. Son 5 yıldır temizlik ile ilgili aşırı uğraşlarına deri yolma şikayetlerinin eklendiğini ifade eden hasta, bu durumun ilk kez denize girdikten sonra cildinde oluşan içi sıvı dolu yaraları yolmasıyla başladığını belirtti. O dönemlerde tırnak yemesi olduğunu da ekledi. Her iki alt-üst ekstremitte ve gövdesinde cilt yolmaya bağlı yaralar mevcut olan hasta yolma eylemini gerçekleştirmediği takdirde büyük sıkıntı yaşadığını, eylemi gerçekleştirdikten sonra ise büyük pişmanlık duyduğunu dile getirmekteydi. İki yıl önce bu şikayetlerden ötürü psikiyatri servisine yatırılarak bir ay boyunca takip edilen hasta fluoksetin 40 mg/gün ve olanzapin 2,5 mg/gün tedavisinden kısmen fayda görerek kendi isteği ile taburcu olmuş. Taburculuk sonrası poliklinik kontrollerine düzenli gelmeyen hasta tedavisini de düzenli kullanmamış. Deri yolma davranışları nükseden hastanın kollarında ve vücudunda oluşturduğu yaraları nedeniyle sık dermatoloji polikliniği başvuruları olmuş; fakat dermatoloji bölümünce önerilen antialerjik ilaç tedavilerinden fayda görmemiş. Aile bireyleri hastanın son üç aydır saatlerce el yıkamalarının ve banyoda uzun süre kalmalarının olduğunu bildirdiler. Hastanın bu davranışlarını kısıtlamaya çalıştıklarını ancak hastanın aşırı öfkelenildiğini ve ciddi tartışmalar yaşadıklarını ifade ettiler. Hastanın annesi

kızının banyoya girmesini engellemek ya da banyodan çıkmasını sağlamak için evin suyunu kestiğini belirtti. Deri yolma davranışlarını ise ev halkının göremeyeceği yerlerde özellikle yalnız kaldığında yaptığını ve yolma davranışıyla cildini kanattığını aktardılar. Sonrasında sabun aracılığıyla yaptığı yaraları saatlerce yıkamalarının başladığını ifade ettiler. Hasta ise, cildinin pürüzsüz olması ve temiz olması için yolma ve yıkama davranışlarını kontrolsüz, istemsiz şekilde yaptığını ve yaparken acı hissetmediğini sonrasında yanma ve acı hissini olduğunu ifade etti. Ablasının geçmiş olumlu psikiyatri yatış öyküsünü göz önünde bulundurarak ısrar etmesi üzerine psikiyatri polikliniğine geldiğini ifade etti. Annesi ve ablası eşliğinde psikiyatri polikliniğine başvuran hasta ileri tetkik ve tedavi amacı ile servisimize ikinci kez kabul edildi.

Öz ve soygeçmiş: Hasta üç çocuklu bir ailenin üçüncü çocuğu olarak Rize'de normal doğum ile hastanede doğmuş. Büyüme ve gelişmesinde herhangi bir sorun yaşanmamış. Annesi 60 yaşında sağ, okur-yazar değil, ev hanımı; babası 65 yaşında, sağ, okur-yazar, Çay-kur'dan emekli olmuş. Anne-baba 3.dereceden akrabaymış, ailelerinin isteği ile 40 yıl önce evlenmişler. Evliliklerinin ilk yıllarından bu yana babasının sürekli anneye kıskanması, çevre ile ilgili şüpheleri, anneye yönelik şiddet içeren davranışları nedeni ile ev içinde sürekli sert tartış-

Resim1. Olgunun tedavi öncesi deri yolma bozukluğuna ilişkin lezyonlarının görünümü



maların yaşandığı belirtildi. Babanın sert, kısıtlayıcı tutumları nedeniyle hasta ve kardeşleri halen radyo ve televizyonu olmayan bir evde büyümüşler. Özgeçmişinde; herhangi bir ameliyat, kaza geçirme öyküsü ve fiziksel hastalığı düşündürülen özellik yoktu. Soygeçmişinde; ablasının depresyon nedeniyle üç aydır tedavi aldığı öğrenildi.

Fizik muayene ve laboratuvar bulguları:

Vital bulgular: Normal, nörolojik muayene ve diğer sistem muayeneleri: Normal olarak saptandı. Dermatolojik muayenesinde her iki alt- üst ekstremitede ve gövde de farklı iyileşme dönemlerinde olan yolmaya bağlı yaralar mevcuttu. Boy: 155 cm, Ağırlık: 32 kg, Beden Kitle İndeksi (BKİ): 13.3 kg/m², son 3 ay içerisinde 11 kg kaybetmiş.

Laboratuvar bulguları: Hemogram, biyokimyasında anormallik tespit edilmeyen hastanın hormon tahlillerinde vitamin B12 ve ferritin değerlerinin normalin alt sınırlarında olduğu gözlemlendi. (tiroid fonksiyon testleri, folik asit, prolaktin normal sınırlarda)

Kranial BT-MR// Total Abdomen BT-USG: Normal

Ruhsal Durum Muayenesi: Yaşından küçük gösteren hastanın giyimi sosyokültürel seviyesi ile uyumluydu. Sandalyede oturan hastanın öz bakımı azalmıştı ve görüşme esnasında kısıtlı göz teması kuruyordu. Görüşmeciye karşı saygılı bir tutum sergileyen hastanın görüşmeye isteksiz olduğu izlendi. Konuşmanın içeriği fakirleşmiş, sorulan sorulara verdiği yanıtlar probleme dönük ve amaca yönelikti, düşük volümlü konuşuyordu, reaksiyon süresi hafif uzamıştı. Duygudurum çökkün, duygulanımı duygudurumla uyumlu, düşünce içeriği fakirleşmiş, düşünce içeriğinde bulaş, şüphe obsesyonları ve istemeyerek yaptığı deri yolma davranışının kontrolünü sağlamaya çalışan yakınlarının müdahalelerinin cilt yolmasını arttırdığına dair referans fikirleri mevcuttu. Bilinç açık, koopere, oryante, algılamada patolojik bulgu saptanmadı. Bellek muayenesi olağan, sınırdaki zeka olarak değerlendirildi. Soyut düşünce, gerçeği değerlendirme, yargılama kısmen bozulmuştu, benlik saygısı azalmıştı, kısmi psiko-motor retardasyon tabloya eşlik ediyordu.

Psikometrik Değerlendirme: Yale Brown Obsesyon ve Kompulsiyon Derecelendirme Ölçeği (Y-BOCS) kirlenme obsesyonları ve temizleme, kontrol etme kompulsiyonları başta olmak üzere 34 puan, Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11) 57 puan, Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) 30 puan ve klinik psikolog tarafından yapılan Kent Egy Zeka Testi ile sınırdaki zeka (IQ 70-90) olarak değerlendirilmiştir. Psikiyatrik değerlendirme sonrası DSM-5'e göre içgörüsü kötü OKB, majör depresyon ve deri yolma bozukluğu tanıları konuldu. BKİ'si oldukça düşük olan hastanın kilo alma endişesinin olmaması, beden imgesi ile ilgili sorun yaşamaması hatta kendisinin son dönemde çok zayıfladığını belirtmesi nedeni ile olgumuzda yeme bozuklukları tanısı düşünülmemiştir. Dermatoloji ve dahiliye konsültasyonu istendi ve branş hekimlerinin görüşleri alındı. Dermatolojik değerlendirmesi sonucu sekonder enfeksiyon riski açısından antibiyotikli pomad önerilirken, dahiliye bölümü diyet önerilerinde bulundu. Hastanın servis takibi sırasında literatür bilgileri de gözden geçirilerek fluoksetin 20 mg/gün ve olanzapin 2.5 mg/gün şeklinde tedavisi düzenlendi. Eş zamanlı bilişsel ve davranışçı tedavi (BDT) uygulanan hastanın aile görüşmeleri ile ailesi hastanın durumu ve tedavisi konusunda bilgilendirildi. İlk terapi seansında, terapinin yapısı ve gündem oluşturma hakkında bilgi verme, sorunların kısaca gözden geçirilmesi, tedavi amaçlarının belirlenmesi, beklentilerin öğrenilmesi, hastanın rahatsızlığı ve bilişsel model hakkında eğitilmesi (psikoeğitim), özetleme ve geri bildirim olarak belirlendi. Servis içinde banyoda kalış süresinin kısaltılması, gün içinde el yıkama sayısı azaltılması üzerinde duruldu. Servisteki ilk günlerinde aile yakınları ve servis çalışanları ile sosyal iletişimde içine kapanıklık ve tedavisine isteksiz uyumu mevcuttu. İlaç dozları fluoksetin 40 mg/gün ve olanzapin 10 mg/gün olarak tekrar düzenlenen hastanın mevcut tedavisine devam edildi. Yolma davranışı ile ilgili ayrıntılı öykü alınarak yolunan bölgenin lokalizasyonu yolma davranışının zamanlaması (seyri, atakların sıklığı ve süresi, daha çok günün hangi saatlerinde olduğu vb.) deri yolma yöntemi, yolma davranışının şiddeti, yolma davranışını kolaylaştıran durumlar, etkileyen etkenler, yolma eyleminden önce, eylem sırasında ve sonrasında ortaya çıkan düşünceler, duygular üzerinde duruldu. Alışkanlığın tersine döndürülmesi yöntemini

uygulaması ile hastanın deri yolma davranışı kayboldu. Temizlik uğraşlarında ve depresif yakınmalarında öncesine nazaran azalma tarifleyen ve ölçeklerden alınan puanlar (Y-BOCS 23 puan, BIS-11 32 puan, HDDÖ 12 puan) da bu durumu destekler nitelikte olan hasta yatışının 30. gününde ileri salah hali ile taburcu edildi. İki hafta sonra poliklinik kontrolünde tekrar değerlendirilen hastanın deri yolma davranışının olmadığı, şüphe ve temizlik obsesyonlarının şiddetinde ise önemli derecede azalma olduğu öğrenildi. Kontrollerinde deri lezyonları tekrar değerlendirilen hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde her iki alt-üst ekstremitede ve gövdede mevcut olan eski yaralarında deri yolma davranışına bağlı skar izleri saptandı. Lezyonların ortadan kalkması ve küçülmesi hastanın kendilik imajını da olumlu yönde etkilediği gözlemlendi. Hastadan izin alınarak bir sonraki poliklinik kontrolünde karşılaştırma maksatlı deri yolma bozukluğuna bağlı skarlar kayıt altına alındı. Hastanın babası psikiyatri polikliniğine davet edilerek psikiyatrik muayene sonrası şizofreni tanısı ile tedavisi düzenlendi, poliklinik kontrolü planlandı.

TARTIŞMA

Çok eski yıllardan bu yana bilinmesine karşın tanı sınıflandırmasına yeni kabul edilen deri yolma

bozukluğunda farklı klinik görünümlem mevcuttur (3). Bazı hastalar sık ancak kısa süren deri yolma atakları tanımlarken, bazıları da daha seyrek olan ama birkaç saat süren ataklar tanımlamaktadır (1,4). Çalışmamızda olgumuzun uzun süreli deri yolma davranışının olması dikkat çekicidir. Deri yolma bozukluğunun başlangıç yaşı geniş bir aralıkta değişkenlik gösterir. Çocukluk çağında (10 yaş altı), ergen (13-15 yaş) veya daha ileri yaşta (30-45 yaş arası) ortaya çıkabilir (20,21). Olgumuzda ise deri yolma davranışının 23 yaşında başladığı saptanmıştır. Deri yolma bozukluğu, kadınlarda daha yaygın görülmektedir (22). Çalışmamızdaki olgunun da kadın olması bu bulgularla uyumludur. Bu bireylerde tıbbi yardım arayışı yaygın değildir. Hastaların %20'sinden azı tedavi başvurusunda bulunur (23). Çalışmamızda olgumuzun da benzer şekilde az sayıdaki tedavi başvurularının ailesinin isteği ile gerçekleştiği, önerilen tedavi programına uymaması dikkat çekicidir. Deri yolma bozukluğu sıklıkla akne gibi dermatolojik bir lezyonun yolunması ya da koparılmasıyla başlar. Çalışmamızda sunulan olgunun deri yolma bozukluğu ile ilgili ilk yakınmaları cilt üzerindeki lezyonların kabuklarının kopartılıp kanatılması ile başlaması bu sonuçlarla uyumludur. Birçok hasta kronik deri yolmaya bağlı gelişen lezyonları makyaj, bandaj gibi yöntemlerle ve giysileriyle kapatmaya çalışır (2). Olgumuzun da özellikle kollarında ve yüzündeki yaraları kapatıcı giysi ve başörtüleri tercih etmesi



Resim 2. Olgunun tedavi sonrası deri yolma bozukluğuna ilişkin lezyonlarının görünümü

dikkat çekicidir. Birçok olgu, bir başka kişinin dikkatini çekene kadar ya da cildi kanayana kadar yolma davranışının farkında değildir (4). Çalışmamızda sunulan olgunun saatler süren deri yolma bozukluğunun olması bu sonuçlarla uyumludur. Bazı yolma davranışları, OKB'dekine benzer biçimde, ritüel tarzındadır, direnç gösterilir ve ego distoniktir (3). Olgumuzdaki deri yolma bozukluğu ise ego ile uyumlu olması nedeni ile farklılık göstermiştir. Bazı hastalar derilerinde bir takım düzensizlikler olduğuna ilişkin obsesyonlar ya da derilerini pürüzsüzleştirmeye ilgili düşünce uğraşları tanımlar ve deri yolma, bu düşüncelere yanıt olarak ortaya çıkar (3). Çalışmamızda olgunun deri yolma davranışı sonucu yara yerlerini saatlerce yıkayarak derisini düzeltmeye çalışması bu bulgularla uyumludur. Deri yolma bozukluğu olan hastalarda, deri yolmanın yanı sıra, sallanma, kafa vurma, dudakları ısırma ve vakamızda olduğu gibi tırnak yeme şeklinde stereotipik davranışlar da görülebilir (2). Deri yolma bozukluğu ile duygudurum bozuklukları, OKB, dürtü denetim bozuklukları ve kişilik bozuklukları birlikte bulunabilir (1,2,24). Çalışmalarda deri yolma bozukluğu ile özellikle OKB birlikteliğine dikkat çekilmiştir (25). Bu sonuçlar deri yolma bozukluğu ile OKB'nin ortak belircilerinin varlığını öngörebilir. Deri yolma bozukluğu olan olgularda gözlenen deri yolma dürtüleri ve eylemleri ile OKB'nun belirtileri ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca deri yolma bozukluğu tanısı konan olgulardaki yüksek oranda OKB görülmesi bu ilişkiyi desteklemektedir. Olgumuzda da benzer şekilde deri yolma bozukluğu, majör depresyon ve OKB tanılarının bulunması bu sonuçlarla uyumludur. Çalışmamızda olgunun depresif belirtilerinin arttığı son üç aydır deri yolma davranışında da artış olması dikkat çekicidir. Ayrıca ayrıntılı öyküsü ve yapılan psikometrik değerlendirmeler sonrasında olgunun, temizlik ve şüphe içerikli obsesyonları ile yıkama/yıkanma gibi kompulsif davranışlarının olduğu da saptanmıştır. Olgumuzun özellikle deri yolma davranışı sonrası saatlerce uzun süreli banyo yapması, günün önemli bir kısmını banyoda geçirmesi ilgi çekici bir durumdur. Deri yolma bozukluğunun tedavisine yönelik çalışmalar kısıtlıdır (10,11). Literatürde deri yolmanın azaltılması için kullanılan OKB tedavi dozlarında SSGİ'lerine eklenen atipik ve tipik antipsikotiklerle yapılan olgu sunumları mevcuttur. Örneğin, serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörü olan venlafaksine aripiprazol eklenmesi tedaviye dirençli

bir olguda deri yolma bozukluğunun tedavisinde etkin olduğu gözlenmiştir (26). İki olguda, fluoksetin, olanzapin ve fluoksetin paliperidon kombinasyonu denenmiş ve deri yolma bozukluğu tedavisinde belirgin iyileşme olduğu rapor edilmiştir (27,28). Olanzapinin tek başına ya da antidepresanlarla kombine kullanımı sonunda belirtilerin şiddetinde azalma olmuştur. Çalışmamızda da fluoksetin ve olanzapin kombinasyonu tedavisi uygulanmış ve hastanın yakınmalarında belirgin düzelme izlenmiştir. Olanzapinin tek başına kullanımında dürtüsel davranışı azaltması sadece ilacın antihistaminik yan etkilerine değil aynı zamanda serotonin ve dopamin reseptörleri blokajına da atfedilebilir. Bu sonuç, olanzapinin antihistaminik ve antidürtüsel özellikleriyle ilgili olabilir (18,29). Psikoterapi olarak en çok bilişsel-davranışçı tedavi yaklaşımları yararlı olmaktadır ve alışkanlığın tersine döndürülmesi de iyi sonuçlar alınan tekniklerden biridir (30,31). Olgumuzun tedavisinde de psikofarmakolojik tedavi ile eşzamanlı olarak BDT süreci değerlendirme ve vaka formülasyonu ile başlamış, daha sonra öncelikle OKB tanısına yönelik BDT modelini içeren psikoeğitim yapılmış, hastanın belirti ve bulguları bu bağlamda değerlendirilmiştir. Bunu takiben alışkanlığın tersine döndürülmesi yöntemi ile deri yolma davranışına yönelik girişimde bulunulmuştur.

Sonuç olarak, deri yolma bozukluğunun etiyolojisi, tedavisi ve diğer ruhsal bozukluklarla birlikteliğine ilişkin bilgiler yetersizdir. DSM-5 ile Obsesif Kompulsif Bozukluk ve İlişkili Bozukluklar kategorisinde ayrı bir tanı olarak belirlenen deri yolma bozukluğunun çalışmamızla uyumlu olarak özellikle OKB ile eşanlı olduğuna ilişkin çalışma ve görüşler dikkat çekicidir. Çalışmamızın sonuçları deri yolma bozukluğu ile OKB'nin ortak etiyolojik etmenlere sahip olabileceği ve benzer tedavi yaklaşımları ile belirtilerin düzeldiğine ilişkin bulguları destekler niteliktedir. Çalışmamızın bu yönü ile literatüre katkı sağlayacağı düşüncesindeyiz.

Yazışma adresi: Dr. Burak Okumuş, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Rizeokumusband@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Aydın PÇ, Gülseren L . Deri yolma bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches Psychiatry*. 2014; 6:401-28.
2. Wilhelm S, Keuthen NJ, Deckersbach T, Engelhard IM, Forker AE, Baer L, et al. Self-injurious skin picking: Clinical characteristics and comorbidity. *J Clin Psychiatry*. 1999; 60:454-9.
3. Arnold LM, Auchenbach MB, McElroy SL. Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs*. 2001;15:351-9.
4. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Keuthen NJ, Lochner C, Stein DJ. Skin picking disorder. *Am J Psychiatry*. 2012;169:1143-49.
5. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BAM, et al. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: Results from a family study. *Biol Psychiatry*. 2000;48:287-93.
6. Çalıküsu C, Yücel B, Polat A, Baykal C. Psikojenik deri yolmanın psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi: karşılaştırmalı bir çalışma. *Türkiye Psikiyatr Derg*. 2002;13:282-89.
7. Hajcak G, Franklin ME, Simons RF, Keuthen NJ. Hairpulling and skin picking in relation to affective distress and obsessive-compulsive symptoms. *J Psychopathol Behav Assess*. 2006;28:179-87.
8. Cullen BA, Samuels JF, Bienvenu OJ, Grados M, Hoehn-Saric R, Hahn J, et al. The relationship of pathologic skin picking to obsessive-compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189:193-95.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5)*. Diagnostic Stat Man Ment Disord 4th Ed TR. 2013;280.
10. Lochner C, Roos A, Stein DJ. Excoriation (skin-picking) disorder: a systematic review of treatment options. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2017; 14: 1867-72.
11. Selles RR, McGuire JF, Small BJ, Storch EA. A systematic review and meta-analysis of psychiatric treatments for excoriation (skin-picking) disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016;41:29-37.
12. Schumer MC1, Bartley CA, Bloch MH. Systematic review of pharmacological and behavioral treatments for skin picking disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2016 ;36:147-52.
13. Simeon D, Stein DJ, Gross S, Islam N, Schmeidler J, Hollander E. A double-blind trial of fluoxetine in pathologic skin picking. *J Clin Psychiatry*. 1997;58:341-7.
14. Keuthen NJ, Jameson M, Loh R, Deckersbach T, Wilhelm S, Dougherty DD. Open-label escitalopram treatment for pathological skin picking. *Int Clin Psychopharmacol*. 2007;22:268-74.
15. Arnold LM, Mutasim DF, Dwight MM, Lamerson CL, Morris EM, McElroy SL. An open clinical trial of fluvoxamine treatment of psychogenic excoriation. *J Clin Psychopharmacol*. 1999;19:15-18.
16. Kalivas J, Kalivas L, Gilman D, Hayden CT. Sertraline in the treatment of neurotic excoriation and related disorders. *Arch Dermatol*. 1996;132:589-590.
17. Luca M, Vecchio C, Luca A, Calandra C. Haloperidol augmentation of fluvoxamine in skin picking disorder: a case report. *J Med Case Rep* 2012;6:219.
18. Gupta MA, Gupta AK. Olanzapine is effective in the management of some self-induced dermatoses: three case reports. *Cutis*.2000;66:143-46.
19. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Kim SW. A double-blind, placebo-controlled trial of lamotrigine for pathological skin picking: treatment efficacy and neurocognitive predictors of response. *J Clin Psychopharmacol*. 2010;30:396-403.
20. Bohne A, Wilhelm S, Keuthen NJ, Baer L, Jenike MA. Skin picking in German students: Prevalence, phenomenology, and associated characteristics. *Behav Modif*. 2002;26:320-39.
21. Keuthen NJ, Koran LM, Aboujaoude E, Large MD, Serpe RT. The prevalence of pathologic skin picking in US adults. *Compr Psychiatry*. 2010;51:183-6.
22. Teng EJ, Woods DW, Twohig MP, Marcks BA. Body-focused repetitive behavior problems: Prevalence in a nonreferred population and differences in perceived somatic activity. *Behav Modif*. 2002;26:340-60.
23. Flessner CA, Mouton-Odum S, Stocker AJ, Keuthen NJ. StopPicking.com: Internet-based treatment for self-injurious skin picking. *Dermatol Online J*. 2007;13:3.
24. Cumurcu BE, Kaya B. A case with trichotillomania, psychogenic excoriation and pathological internet use. *J Clin Psy*. 2004;7: 127-31.
25. Lovato L, Ferrao YA, Stein DJ, Shavitt RG, Fontenelle LF, Vivan A, et al. Skin picking and trichotillomania in adults with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry*. 2012;53:562-68.
26. Turner GA, Sutton S, Sharma A. Augmentation of Venlafaxine with Aripiprazole in a case of treatment-resistant excoriation disorder. *Innov Clin Neurosci*. 2014;11:29-31.
27. Christensen RC. Olanzapine augmentation of fluoxetine in the treatment of pathological skin picking. *Can J Psychiatry*. 2004;49:788-89.
28. Spiegel DR, Finklea L. The recognition and treatment of pathological skin picking: a potential neurobiological underpinning of the efficacy of pharmacotherapy in impulse control disorders. *Psychiatry (Edgmont)*. 2009;6:38-42.
29. Gupta MA, Gupta AK. Olanzapine may be an effective adjunctive therapy in the management of acne excoriee: a case report. *J CutanMed Surg*. 2001;5:25-7.
30. McKay D, Sookman D, Neziroglu F, Wilhelm S, Stein DJ, Kyrios M, Matthews K, Veale D. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2015;225:236-46.
31. Teng EJ, Woods DW, Twohig MP. Habit reversal as a treatment for chronic skin picking: a pilot investigation. *Behav Modif*. 2006;30:411-22.

Tek doz venlafaksin kullanımından sonra gelişen akatizi sonrası özkıyım girişimi olan nadir bir olgu sunumu

A rare case with suicide due to akathisia after use of single dose

venlafaxine

Nermin Gündüz¹, Fatma Eren², Hatice Turan³, Zeynep Yıldız Akbey⁴

¹Yard.Doç.Dr., Dumlupınar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Kütahya, Türkiye

²Uzm.Dr., Araklı Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Trabzon, Türkiye

³Uzm.Dr., İstanbul FSM Tıp Merkezi, İstanbul, Türkiye

⁴Uzm.Dr., Hendek Devlet Hastanesi, Adapazarı, Türkiye

ÖZET

Akatizi öznel bir huzursuzluk hissi ve baskılanamayan hareket isteği ile karakterizedir. Hastalarda akatizi ile bağlantılı olarak görülebilen özkıyım davranışı ise ciddi zarar verici davranışlardan biridir ve hızlı müdahale gerektirir. Venlafaksine bağlı akatizi olguları yazına bakıldığında birkaç olgu olarak bildirilmiş olmakla birlikte gerçek görülme oranının ne olduğu henüz tam bilinmemektedir. Antidepresanlara bağlı yan etkilerin çok yakından takip edilmesi ve geri dönüşümsüz durum ortaya çıkmadan hızlı müdahale edilmesi gerektiği unutulmamalıdır Biz bu yazımızda psikiyatri dışı bir endikasyonla başlanan venlafaksin tedavisini takiben, hızlı gelişen akatizi ve özkıyım girişimi ortaya çıkan bir olguyu tartışmayı amaçladık.

Anahtar Sözcükler: Venlafaksin, akatizi, özkıyım, SNGÖ

(Klinik Psikiyatri 2018;21:200-203)

DOI: 10.5505/kpd.2018.82905

SUMMARY

Akathisia is a movement disorder characterized by an inner sense of unease, unrest and dysphoria. Suicidal behavior related with akathisia in patients is one of serious harmful behaviors and requires rapid intervention. There is limited number of cases about venlafaxine-associated akathisia in the literature, but it is not still yet known exactly what the actual incidence is. Side effects associated with antidepressants should be closely monitored and should be kept in mind without irreversible conditions. In this case report we will conclude about a case in which rapid development of akathisia and suicidal behavior occurs following venlafaxine treatment initiated with a non-psychiatric indication.

Key Words: Venlafaxine, akathisia, suicide, SNRI

GİRİŞ

Akatizi, öznel bir huzursuzluk hissi ve baskılanamayan hareket isteği ile karakterizedir. Hastalarda saldırganlık ve özkıyım davranışı riskinde artışa neden olabildiğinden dikkatle izlenmesi gereken bir yan etkidir (1). İlaça bağlı akatizi tanısı klinik olarak akatizi yaptığı bilinen ilacın başlanması sonrası öznel ve objektif olarak gözlenmesi ile konur (2).

Akatizi sıklıkla antipsikotik tedavilerin yan etkileri olarak görülse de zaman zaman seçici serotonin geri alım önleyicilerine (SSGÖ) ve nefazodon gibi diğer antidepressanlara bağlı olarak da görülebilen bir yan etkidir (3, 4). Yazında, seçici noradrenalin geri alım önleyicisi (SNGÖ) olan venlafaksine bağlı gelişen akatizi olguları da bildirilmiştir (5, 6, 7, 8, 9, 10).

İlaça bağlı akatizi patolojisini açıklamak için SSGÖ ventral tegmental bölgedeki dopaminerjik nöronların bazal ateşlenme hızlarını inhibe ederek ve mezolimbik dopaminerjik aktiviteyi azaltarak akatizi oluşturduğu (11) ve benzer şekilde SNGÖ mezolimbik dopaminerjik yol hipofonksiyonuna (5, 11) neden olduğu hipotezi ileri sürülmüştür. Ayrıca kullanılan ilacın dozu, ilaç dozunun hızlı arttırılması ve ilaç direnci, akatizinin ortaya çıkmasında önemli faktörlerdir (12).

Bu yazıda, tek doz venlafaksin kullanımına bağlı akatizi sonrası özkıyım girişimi nedeni ile acil servise başvuran bir olgu sunumunun tartışılması hedeflenmiştir.

OLGU SUNUMU

25 yaşında, evli, 1 çocuklu, üniversite mezunu, kadın hasta özkıyım girişimi olması nedeni ile acil serviste değerlendirilmek amacı ile tarafımıza konsülte edildi. Daha önce psikiyatrik başvurusu olmayan hastanın ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olmadığı öğrenildi. Yaklaşık 2 yıldır hemen hemen her gün olan, zaman zaman hastayı uykudan uyandıran nitelikte baş ağrısı şikayeti olması nedeni ile 2 gün önce nöroloji başvurusu olduğu öğrenildi. Nöroloji tarafından baş ağrısına yönelik kranial

MRG, EEG, hemogram ve biyokimya tetkiklerinin yapıldığı öğrenildi. Yapılan tıbbi tetkikler neticesinde hastaya gerilim tipi baş ağrısı tanısı konularak venlafaksin 75 mg/gün tedavisini başlandığı öğrenildi. Hastanın venlafaksin 75 mg alımından yaklaşık 4 saat sonra başlayan ve şiddeti giderek artan sıkıntı, içsel huzursuzluk hissi, yerinde duramama, ayaklarda sürekli hareketlilik hissi, oturamama, sürekli gezinme şikayetleri olmuş. Gün boyu sıkıntı hissi, yerinde duramama şikayetlerine eklenen baş ağrısı, uykuya dalmama şikayetleri ile başedemeyen hasta, ilaç (yarım kutu parasetamol) olarak özkıyım girişiminde bulunmuş. Sonrasında durumu eşi ile paylaşan hasta, eşi tarafından acil servise getirilmiş. İntoksikasyona bağlı genel tıbbi durumunun düzeltilmesi sonrası tarafımızca değerlendirilen hastanın yapılan ruhsal durum muayenesi sonrasında psikiyatrik hastalık düşünülmedi. Klinik tablonun özkıyım girişimi öncesinde başlaması, özkıyım amaçlı aldığı ilacın yan etkileri arasında akatizi olmaması nedeniyle durumun venlafaksine bağlı akatizi olabileceği düşünüldü. Barnes akatizi ölçek (BAÖ) puanı 10 olarak değerlendirilip venlafaksin kullanımı sonlandırılarak, alprazolam 0,5 mg 3x1/2 tedavisi başlanan hastanın akatizi tablosu ve BAÖ puanı 2 gün sonra dramatik şekilde geriledi ve sıfır olarak saptandı.

TARTIŞMA

Akatizi sıklıkla antipsikotik kullanımına bağlı olarak gözlenen motor rahatsızlık hissidir. Öznel disfori ve anksiyete belirtilerine, objektif olarak gözlenen bacaklarda sallanma ve kıvrılma hareketleri, oturamama ve hareketsiz durmakta zorlanma gibi belirti ve bulgular eşlik edebilmektedir (12). Yazını incelediğimizde venlafaksin kullanımı ile ilişkilendirilen altı tane akatizi olgu sunumuna rastladık (5,6,7,8,9,10). Tüm olgularda ruhsal bozukluk tanısıyla venlafaksin kullanımına başlanmıştı. Bu olguların ortak özelliğine bakıldığında 6 olgunun dördünde bizim olgumuzdan farklı olarak ek bedensel hastalık varlığı ve ek ilaç kullanımı dikkati çekmekteydi. Dört olguda venlafaksin 150 mg/gün dozunda, bir olguda ise 225 mg dozunda, bir olguda ise vakamıza benzer şekilde 75 mg dozunda akatizi ortaya çıktığı görüldü (5,6,7,8,9,10). Sunduğumuz olguda akatizi, diğer olgulardan farklı olarak psikiyatri dışı bir endikasyonla tek doz ve 75 mg venlafaksin kullanımı sonrası gelişmişti. Bu

nedenle olgumuz, venlafaksin düşük dozda ve tek sefer alınmasıyla bile akatizi ortaya çıkabileceğine dikkat çekmesi açısından önemlidir. Ayrıca aynı gün içinde gittikçe artan akatizi sonrasında hastada çok hızlı bir şekilde gelişen özkıyım girişiminin mevcut olması riskli sonuçların karşımıza çıkabileceği konusunda da dikkat çekiciydi.

Venlafaksine bağlı akatiziye ilişkin bildirilen olguların yaşının 30 ile 69 yaş grubu arasında değişken olduğu gözlenirken (5,6,7,8,9,10) bizim olgumuzun daha genç yaş grupta yer aldığı görüldü. Kadın/erkek oranının bizim olgumuzu da göz önüne aldığımızda göreceli olarak birbirine eşit olduğu gözlemlendi (5,6,7,8,9,10).

Antidepresan ile ilişkili akatizi mekanizması halen tam olarak anlaşılamamıştır, fakat kortikal ve bazal ganglion düzeyinde çeşitli monoamin transmitterlerinin etkileşiminin bu durumdan sorumlu olabileceği hipotezi mevcuttur. Venlafaksin kullanımı sonucu serotonin düzeylerinde artış, olasılıkla akatiziden sorumlu olabileceği düşünülen dopaminerjik yolakta inhibisyona neden oluyor olabilir (13). Ayrıca ventral tegmental bölgede bilateral görülen lezyonların ve dopaminerjik yolakta postsinaptik blokajın akatizi benzeri bir sendroma neden olduğu ileri sürülmüştür. Seçici serotonin geri alım önleyicilerinin (SSGÖ) neden olduğu akatizinin, dopaminerjik sistemde bir inhibitör etkiye yol açan serotonerjik geri alımla ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (14). İlaç kaynaklı akatizi ile ilgili öne sürülen bir başka görüş ise mezokortikal yolakta dopaminerjik transmisyon üzerine noradrenerjik ve serotonerjik inhibitör etkiler ile açıklanmaktadır (14).

Akatizinin, şiddet ve özkıyım davranışı riskini artırabildiği bilinmektedir (15). FDA (Food and Drug Administration) klinisyenleri, 18-24 yaş arası genç erişkinlerde antidepresanların, özkıyım davranışına sebep olabileceği konusunda uyarmaktadır. Bununla birlikte antidepresan tedavi alan tüm yaş gruplarındaki hastaların klinik kötüleşme, davranışlarda alışık olmadık değişiklikler ve özkıyım davranışı açısından yakından gözlenmesini önermektedir (16). Bazı kaynaklar ise antidepresan kullanımı ile akatizi ve özkıyım gibi ciddi zararlar için gerçek riskin hala belirsiz olduğunun ve bu

alandaki doğru veri için çalışmalara ihtiyaç olduğunun altını çizmektedirler (17).

SNGÖ'lere bağlı akatizinin zaman zaman doz bağımsız şekilde ortaya çıkışı klinik olarak önemlidir. Konu ile ilgili olgu bildirimleri ve prospektif klinik araştırmalar SNGÖ kaynaklı akatizinin patofizyolojisi ve akatizinin dozla ilişkisinin anlaşılmasında yol gösterici olacaktır.

Sonuç olarak psikiyatri dışı tıp disiplinleri tarafından da tedavi amaçlı olarak kullanılan venlafaksinle ilgili olarak tedaviyi ve hasta uyumunu bozacak yan etkiler açısından daha fazla klinik çalışmaya ihtiyacın olduğu açıktır.

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Hatice Turan, Özel FSM Tıp Merkezi, İstanbul haticesodan@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Sachdev P. The development of the concept of akathisia: A historical overview. *Schizophr Res* 1995;16:33-45.
2. Sachdev P. Acute and tardive drug-induced akathisia. *Drug-Induced Movement Disorders*. Edited by Sethi KD. New York, Marcel Dekker Inc, 2004, pp.129-164.
3. Basu B, Gangopadhyay T, Dutta N, Mzndall B, De S, Mondal S. A case of akathisia induced by escitalopram: Case report and review of literature. *Curr Drug Saf* 2014;9:56-59.
4. Eberstein S, Adler LA, Angrist B. Nefazodone and akathisia. *BiolPsychiatry* 1996;40:798-799.
5. Ng J, Sansone RA, McDonald S. Akathisia and abnormal movements of the upper extremities with venlafaxine and methimazole. *Gen Hosp Psychiatry* 2009;31:388-390.
6. Lai CH. Venlafaxine-related akathisia side-effects and management in a depressed patient. *Psychiatry Clin Neurosci* 2013; 67:127-128.
7. George M, Campbell JJ. 3rd Venlafaxine causing akathisia: A case report. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2012;24:3-4.
8. Grover S, Valaparla VL. Venlafaxine induced akathisia: A case report. *Indian J Pharmacol* 2014; 46:660-661.
9. Ceylan ME, Evrensel A. Venlafaxine induced akathisia: A case report. *Trends Psychiatry Psychother* 2016; 38:117.
10. İzci F, Zincir SB, Acar G, Semiz UB. Duloxetine and venlafaxine induced akathisia: Two case reports. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2013;23:357-360.
11. DiMascio M, DiGiovanni G, DiMatteo V, Prsico S, Esposito E. Selective serotonin reuptake inhibitors reduce the spontaneous activity of dopaminergic neurons in the ventral tegmental area. *Brain Res Bull* 1998;46:547-554.
12. Sachdev P. The epidemiology of drug-induced akathisia: Part I acute akathisia. *Schizophr Bull* 1995;21:431-449.
13. Gill HS, DeVane CL, Risch SC. Extrapyramidal symptoms associated with cyclic antidepressant treatment: A review of the literature and consolidating hypotheses. *J Clin Psychopharmacol* 1997;17:377-389.
14. Lane RM. SSRI- induced extrapyramidal side-effects and akathisia: Implications for treatment. *J Psychopharmacol* 1998; 12:192-214.
15. Miller M, Swanson SA, Azrael D, Pate V, Stürmer T. Antidepressant dose, age, and the risk of deliberate self-harm. *JAMA Intern Med* 2014;174:899-909.
16. FDA (2014) Antidepressant use in children, adolescents, and adults. 12 Kasım 2017'de www.fda.gov/downloads/Drugs/DrugSafety/nformationbyDrugClass/UCM173233.pdf adresinden indirildi.
17. Sharma T, Guski LS, Freund N, Gotzsche PC. Suicidality and aggression during antidepressant treatment: Systemic review and meta-analyses based on clinical study reports. *BMJ* 2016; 352:1-10.