

ISSN 1302-0099 / e-ISSN 2146-7153

KLİNİK psikiyatri

www.klinikpsikiyatri.org

DERGİSİ



Yıl / Year: 2018

Cilt / Volume: 21

Sayı
Number **4**

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.psikiyatrickisokulu.com

İçindekiler / Contents

Editörden / Editorial

324 Editör'den
Tolga Binbay

Araştırma Yazıları Research Articles

- 326 Yetişkin obez bireylerde psikiyatrik ek tanı ve bağlanma stilleri: Sağlıklı gönüllülerle karşılaştırmalı bir çalışma
Psychiatric co-morbidity and attachment styles in obese adults: A comparative study with healthy volunteers
Demet Guleç Öyekçin, Erkan Melih Şahin, Ebru Aldemir
- 334 Bir yaşlı genel toplum örnekleminde öznel bellek yakınması ve nesnel bilişsel bozulmanın ilişkisi
Relationship between subjective memory complaints and objective memory impairment in a community-dwelling elderly population
Elif Onur Aysevener, Neşe Direk, Ebru Onat Özsoydan, Meliha Diriöz
- 341 Büyüklemeçi narsisistik kişilik özellikleri ile kişiler arası tarz arasındaki ilişkide saldırganlığın aracı rolü: Türkiye'deki üniversite öğrencisi örnekleme
The role of aggression in the relationship between grandiose narcissistic traits and interpersonal style: University students in Turkey
Neslihan Arıcı Özcan, Ömer Erdem Koçak, Reyhan Arslan
- 351 Fibromiyalji sendromu tanılı hastalarda zihin kuramı ve üst biliş işlevleri
Theory of mind and metacognitive functions in patients with fibromyalgia syndrome
Filiz Özsoy, Sevil Okan
- 360 Lise öğrencilerinde umutsuzluk, bağlanma stili ve aile yapısının madde kullanma eğilimini yordama gücü
Hopelessness, attachment style and family structure's predictive power in substance abuse proclivity among high school students
Kenan Bülbül, Hatice Odacı
- 370 Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin aile işlevselliği
Family functioning of adolescents with nonsuicidal self-injury
Damla Eyüboğlu, Taner Güvenir, Canem Kavurma, Fatma Varol Taş
- 380 Acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının incelenmesi
Investigation of beliefs and attitudes of emergency service staff towards mental illnesses
Serap Yıldırım, Funda Ersoysal, Cansu Güler

Kısa bildiri

Brief Report

- 389 Duygudurum kliniğinde takip edilen bipolar bozukluk tanılı hastalarda ölüm nedenlerinin değerlendirilmesi
Evaluation of mortality causes among patients with bipolar disorder in a specialized mood clinic
Alparslan Cansız, Bahri İnce, Kürşat Altınbaş, Erhan Kurt

Derleme

Review

- 397 Gebelik ve doğum sonrasında cinsel işlevlerde gözlenen değişiklikler: Önyargı mı? Yoksa Gerçek mi?
Alterations in sexual functions during and after pregnancy: Prejudice? Or Real?
Fatma Beyazıt, Eren Pek, Başak Şahin

Olgu Sunumu

Case Report

- 407 Tedaviye dirençli obsesif kompulsif bozuklukta pozitif psikoterapi etkili olabilir mi? Bir olgu sunumu
May positive psychotherapy effective for treatment-resistant obsessive compulsive disorder?: A case report
Ebru Sinici, Sinan Aydın, Taner Öznur
- 414 Mizofonide Bilişsel Davranışçı Psikoterapinin etkinliği: Bir olgu sunumu
The effectiveness of Cognitive Behavioral Psychotherapy in Misophonia: A Case Report
Ali Ercan Altınöz, Nazlı Ece Ünal, Şengül Tosun Altınöz

YAZIM KURALLARI

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

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

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

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

Yazıların değerlendirme süreci ve etik konular

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

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

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

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

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

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

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

1. Çalışmanın konseptine/tasarımına; ya da çalışma için

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Yazım Kuralları

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

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

Yazılarınızı web anasayfamızda yer alan "online makale gönder" butonuna tıklayarak gönderebilirsiniz. Her türlü sorunuz için 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'ın üzerinde olmamalıdır. Derlemelerde, yazarlardan birinin konuyla ilgili 3 veya daha çok özgün araştırmasının yayımlanmış olması gereklidir. Derleme yazarlarının konu hakkındaki birikimi uluslararası literatüre yayın ve atıf sayısı olarak yansımış uzmanlar olması gerekir. Bu ölçütlere uyan yazarlar derleme yazısı yazmaları için Yayın Kurulunca davet edilebilir.

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

Kısa Bildiriler

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

Editöre Mektup

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

TABLO, ŞEKİL VE RESİMLER

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

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

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

KAYNAKLAR

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

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

Kaynak bir makale ise,

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

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

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

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

Kaynak bir kitap ise; Beahrs JO. The Cultural Impact of Psychiatry: The Question of Regressive Effects, in American Psychiatry After World War II: 1944-1994. Edited by Nemiah 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

Mehmet Yumru

Yardımcı Editörler

Ayşe Devrim Başterzi

Deniz Ceylan

Ejder Akgün Yıldırım

Hamid Boztaş

Gamze Özçürümez

Hasan Kandemir

Meram Can Saka

Sevcan Karakoç Demirkaya

Dil Editörleri

Tolga Binbay

Dış İlişkiler Editörleri

Halis Ulaş

Muzaffer Kaşer

İstatistik Editörü

Gülşah Seydaoğlu

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

Erkan Özcan

Ertan Yurdakoş

Hakan Gürvit

Hakan Türkçapar

Haldun Soygür

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

Sedat Batmaz

Seher Akbaş

Selçuk Candansayar

Serap Erdogan Taycan

Simavi Vahip

Süheyla Ünal

Şahika Yüksel

Şeref Özer

Tamer Aker

Timuçin Oral

Tunç Alkın

Bu sayıda görüş ve önerileri ile yayın kalitemize katkıda bulunan danışmanlarımız

Aslı Sürer Adanır	Koray Başar	Esra Demirci	Nermin Gürhan	Elif Mutlu	Oryal Taşkın
Mehmet Ak	Ömer Başay	Onur Okan Demirci	Mükerrem Güven	Demet Güleç Öyekçin	Atilla Tekin
Ömer Faruk Akça	Ayşegül Batıgün	Artuner Deveci	Selma Türel Hesapçıoğlu	Azize Atlı Özbaş	Ahmet Tiryaki
Hatice Aksu	Sedat Batmaz	Lale Gönenir Erbay	Çiçek Hocaoğlu	Özlem Özel Özcan	İbrahim Tuğrul
Evrin Aktepe	Öznur Bilaç	Ayten Erdoğan	Hale Kahyaoglu	Osman Özdel	Çisem Utku
Kürşat Altınbaş	Çilem Bilginer	Burcu Raşan Erim	Alp Karaosmanoğlu	Taner Öznur	Süheyla Ünal
Ercan Altınöz	Kadriye Buldukoğlu	Almila Erol	Önder Kavakçı	Ayşe Gül Yılmaz Özpolat	Pınar Vural
Vesile Altınayaz	Mahmut Bulut	Ali Eryılmaz	Arşalays Kayır	Didem Öztop	Ferhat Yaylacı
Nuray Atasoy	Can Cimilli	Altan Eşsizoglu	Kaan Kora	Burcu Akın Sarı	Esra Yazıcı
İnci Meltem Atay	Rugül Köse Çınar	Damla Eyüboğlu	Umut Kırli	Gökhan Sarısoy	Aynıl Yenal
Cumhur Ayvıl	Gonca Gül Çelik	Murat Eyüboğlu	Yüksel Kıvrak	Murat Semiz	Kerem Yelboğa
Hamza Ayaydın	Veysi Çeri	Cem Gökçen	Ferdi Köşger	Mustafa Sercan	Duygu Kaya Yertutanol
Fatih Bal	Ebru Çobanoğlu	Gülcan Güleç	Nesim Kuğu	Haldun Soygür	Abdullah Yıldırım
Özlem Devrim Balaban	Esra Yancar Demir	Esra Güney	Çağdaş Öykü Memiş	Okan Taycan	Münevver Hacıoğlu Yıldırım
					Şahika Yüksel

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: 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.

Tıp bilimine yön veren ne?

What is the driving force of medical science?

Tolga Binbay¹

¹Doç. Dr., Klinik Psikiyatri Dergisi Editör Yardımcısı
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Geçtiğimiz günlerde tıp dışı bir alanda faaliyet gösteren bir dergi tarafından bir liste yayımlandı. İnternet sayfasındaki bilgilere göre dergi "yatırımcılara" piyasalarla ilgili çarpıcı analizler sunmaya çalışan, "küresel" ve yerel piyasaların nabzını tutan bir yayın. Kendilerini "aylık ekonomi ve iş kültürü dergisi" ve "dijital teknolojilerden ihracata, yönetim ve liderlikten tüketici ekonomisine iş dünyasında yaşanan yeni gelişmeleri her ay okuyucularına" taşıyan bir dergi olarak tanımlamışlar (1).

İşte bu "iş dünyası" dergisi geçtiğimiz günlerde bir liste yayınladı: Tıp Bilimine Yön Veren 100 Türk. Liste ayrıca kitap olarak da basıldı. Bir holding sponsorluğunda hazırlanan kitap "yurtdışında Harvard, Yale, John Hopkins University, University of Chicago gibi dünyanın önde gelen bilim kurumlarında ve yurtiçinde de ülkemizin bu alanda en başarılı kurumlarında araştırma yapan başarılı Türk tıp insanlarının" bilimsel göstergelerini ve öykülerini bir araya getirmiş (2).

Özel bir firma sponsorluğunda, yine bir başka özel şirket tarafından hazırlanan liste geniş yankı uyandırdı ve arka planı çok da sorgulanmadan, basında ve tıp camiasında hızla kabul gördü (3). Hatta liste o kadar ciddiye alındı ki listede yer alan bilim insanları için ödül törenleri düzenlendi (4,5).

Listenin hazırlanışına dair Türkishtime yeterli bilgi vermese de liste temel olarak "h-indeksine" dayalı olarak hazırlanmış. Web of Science'da yer alan h-göstergelerinin sıralanması ile Türkiye kökenli "tıp insanları" listesi elde edilmiş. Listede yer alan isimlerin önemli bir kısmı listenin hazırlandığı Mayıs 2018 tarihi itibarıyla Türkiye dışındaki bir üniversitede çalışıyor. Yurtdışında çalışma, özellikle h-göstergesi arttıkça yoğunlaşıyor. Öte yandan Türkiye içindeki bir üniversitede görevli olanların yaklaşık yarısı ise özel üniversitelerde çalışıyorlar. Listede bu iki özellik dikkat çekiyor. Ancak listenin

(*Klinik Psikiyatri 2018;21:324-325*)

DOI: 10.5505/kpd.2018.08760

ayrıntlarına geçmeden önce dayandığı bilimselliğe ve yönteme göz atmakta fayda olabilir.

Kapitalist üretim ilişkileri her şeyin kategorize edilmesini, değer biçilmesini ve kullanım-değerine göre kıymetinin sıralanmasını da beraberinde getirir. Bu sınıflandırma ve sıralamanın dolaylı olsa da ilerletici bir yanı da bulunur. Yani üretim ilişkilerinin getirdiği bir zorunluluk bir yandan bilimin değerlendirilmesini sağlayabilir. Ancak bunu çok dolaylı, zahmetli ve birçok bedele rağmen sağlar. Yani bilimsel üretim ve çalışma da bu sınıflandırma ve sıralamadan muaf değildir. Bu nedenle bilimsel çalışmanın ve bilim insanının sürdürdüğü faaliyetlerin değerlendirmesi devlet için, piyasa için, şirketler için, üniversiteler için önemli bir ihtiyaçtır. Bu ihtiyaç özellikle 20. yüzyılın ikinci yarısında giderek önemli bir başlık haline gelmiştir ve çeşitli değerlendirme yöntemleri geliştirilmiştir (6).

Fizikçi Jorge E. Hirsch'in 2005 yılında geliştirdiği h-göstergesi de bu değerlendirme yöntemlerinden bir tanesi ve son 10 yıl içinde alanda neredeyse tartışmasız egemenlik kurmuş bir değerlendirme yolu (7,8). Gösterge, bilimsel niceliği, yani temel olarak yayın sayısını niteliksel bir özelliğe çevirmeye dayanıyor. Her bir makalenin aldığı atıf sayısı o makalenin h'nı belirliyor. Bir araştırmacının yayınladığı makale sayısına dayanıyor ve h-göstergesini kişinin yayınladığı toplam makale sayısını geçen sayıda atıf alan makaleleri belirliyor.

Bir örnek üzerinden açıklamak gerekirse, bir bilim insanının sırasıyla 13, 6, 3, 5, 3 kez atıf almış beş makalesi olduğunu varsayalım. Bu durumda bu kişinin h göstergesi 3 oluyor. Yani en az 5 kez kaynak gösterilen 3 makalesi vardır. H-göstergesini belirleyen bu üç makale örneğin 1000'er kez atıf almış olsun sonuç yine değişmeyecektir (9).

Bilim dünyasında bu tür göstergeler kişinin bilimsel üretiminin etkisi değerlendirmek için kullanılıyor (7). Ancak sorun da burada başlıyor. Çünkü niceliksel bir veri niteliksel bir değerlendirme kadar, hatta ondan daha çok sırlamalar yapılması için kullanılıyor. Çünkü bilimsel bilginin etkisini ölçmek için geliştirilmiş en karmaşık yöntemler bile başka birçok faktör tarafından belirlenen bir bilim ortamında gidişatı, etkiyi öngörmekte yetersiz kalabiliyor (10). Dahası bazı bilimsel "başarılar" ya da bir bilimsel bilginin etkisi tüm bu ölçümlerden bağımsız olabiliyor.

Ancak daha önemli bir sorun daha bulunuyor. Bilime yön veren temel dinamiklerin ne olduğu h-göstergesi gibi değerlendirme yöntemlerinin içinde kaybolup gidiyor. Ya da bu tür göstergeler bilimsel üretimin toplumsal etkisini çok dolaylı olarak ölçebiliyor. Bu nedenle bazı araştırmacılar bir bilim insanının değerlendirilmesinde birden çok gösterenin kullanılmasının (örneğin konu, bilim dalı, yayınlanan dergi, yayının yapıldığı araştırma merkezi, söz konusu araştırma merkezinin olduğu ülke) daha nesnel bir değerlendirme sunduğunu savunuyorlar (11).

Tüm bu tartışmalar göz önünde bulundurulduğunda "Tıp Bilimine Yön Veren 100 Türk" listesinin

neyi yansıttığını sormak kaçınılmaz oluyor. Bir kere bir listenin yapılması zaten en başta sorun teşkil ediyor (12). Bu listenin bir kamu kuruluşu tarafından değil de sponsorlar eşliğinde ve denetimsiz bir biçimde yapılmış olması ayrı bir sorun teşkil ediyor. Öte yandan listedeki görünüm de Türkiye'deki tıp bilimi hakkında oldukça farklı bir görüntü veriyor: Önemli bir kısmı Türkiye dışında ve yaklaşık yarısı da özel sektörde "bilimsel" çalışma yapan bir toplam var karşımızda. Türkiye'nin bilimde ki dışa bağımlılığını ve sağlıkta kamunun tasfiye edilmişliğini oldukça net gösteren bir liste aslında.

Yine de yayınlanan liste ve etrafında oluşan farklı tepkiler Türkiye'de tıp biliminin tarihsel ve güncel durumuna dair bir fikir verdiği düşünülebilir mi? Evet, düşünülebilir. Ve Türkiye'de tıp bilimine yön veren bilimsel başarılardan daha çok belirsizlikler, dünyanın egemen bölgelerindeki araştırma trendleri ve bireysel çıkışlar olduğu söylenebilir. Ne yazık ki durum budur.

Yazışma adresi: Doç. Dr. Tolga Binbay, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
tolga.binbay@deu.edu.tr

KAYNAKLAR

1. <http://www.turkishtimedergi.com/hakkinda/> (Erişim tarihi: 11.10.2018)
2. <http://www.turkishtimedergi.com/saglik/tip-bilimine-yon-veren-100-turk/> (Erişim tarihi: 11.10.2018)
3. <http://www.hurriyet.com.tr/kampus/tip-bilimine-yon-veren-100-turk-40946030> (Erişim tarihi: 11.10.2018)
4. <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/hacettepe-doktorlar-tip-dunyasina-adlarini-yazdirdi-1269425> (Erişim tarihi: 11.10.2018)
5. <http://www.ankahaber.com.tr/saglik/dunya-tip-bilimine-yon-veren-hacettepeliler-h46581.html>
6. <http://haber.sol.org.tr/bilim-teknoloji/karl-marxin-hayaletiyeniden-gorundu-haberi-82265>
7. Hirsch JE. An index to quantify an individual's scientific research output. Proc Natl Acad Sci USA. 2005;102:16569-7.
8. <https://www.researchtrends.com/issue14-december-2009/people-focus/>
9. <http://haber.sol.org.tr/bilim/bilim-kulturu/h-gostergesi-anlamsizligi-183903>
10. Mallapaty S. Predicting scientific success. Nature, 2018; 561, S32-S33.
11. Bornmann L, Daniel HD. The state of h index research. Is the h index the ideal way to measure research performance? EMBO Rep 2009;10:2-6.
12. <http://haber.sol.org.tr/yazarlar/tolga-binbay/tip-bilimine-yon-veren-100-248413>

Psychiatric co-morbidity and attachment styles in obese adults: A comparative study with healthy volunteers

Yetişkin obez bireylerde psikiyatrik ek tanı ve bağlanma stilleri: Sağlıklı gönüllülerle karşılaştırmalı bir çalışma

Demet Gulec Oyekcin¹, Erkan Melih Sahin², Ebru Aldemir³

¹Assoc. Prof., Onsekiz Mart University, Faculty of Medicine, Department of Psychiatry, Canakkale, Turkey

²Prof., Onsekiz Mart University, Faculty of Medicine, Department of Family Practice, Canakkale, Turkey

³M.D., Ege University, Institute on Drug Abuse, Toxicology and Pharmaceutical Science, İzmir, Turkey

SUMMARY

Objective: Psychiatric co-morbidity and attachment issues are prevalent in obese patients. A possible relationship between insecure attachment styles and eating disorder risk has been proposed. The aim of this study is to determine the psychiatric co-morbidity, attachment styles and related risk factors in obese patients. **Method:** Obese patients with body mass index of 30 kg/m² or higher and non-obese controls matched for age, sex and education were included with a total sample of 173 participants. Diagnostic assessment using Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders and the Adult Attachment Scale, Hamilton Depression and Hamilton Anxiety scales were carried out. Attachment styles were classified as-anxious/ambivalent, avoidant and secure. The anxious/ambivalent and avoidant groups were combined and compared with the secure group. **Results:** Fifty three (40.8%) obese patients had psychiatric disorders including major depression (n=44; 33.8%). Anxiety was found to be a risk factor with obesity and BMI in both patients with or without any psychiatric co-morbidity. Psychiatric co-morbidity was significantly higher in obese patients (40.8%) than controls (18.6%). 55.4% of the participants had insecure attachment styles, it was significantly higher in obese patients. Insecure attachment styles were higher with psychiatric co-morbidity. **Discussion:** Psychiatric co-morbidity and insecure attachment styles were prevalent in obese patients, and the symptom of anxiety was found to be a predictor of obesity and body mass index. Psychiatric examinations including attachment styles and anxiety will help to advance better treatment strategies for obese patients.

Key Words: Anxiety, depression, eating behavior, obesity

(*Turkish J Clinical Psychiatry* 2018;21:326-333)

DOI: 10.5505/kpd.2018.88700

ÖZET

Amaç: Obez hastalarda psikiyatrik ek tanı ve bağlanma sorunları yaygındır. Güvensiz bağlanma stilleri ile yeme bozukluğu arasında bağlantı olduğu ileri sürülmektedir. Bu çalışmanın amacı, obez bireylerdeki psikiyatrik ek tanı, bağlanma stilleri ve ilişkili risk faktörlerini belirlemektir. **Yöntem:** Beden kitle indeksi 30 kg/m² ve üstü olan obez bireyler ile; yaş, cinsiyet ve eğitim açısından eşleştirilmiş obez olmayan kontrollerden oluşan 173 olgu çalışmaya alındı. Bu olgulara, DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme, Erişkin Bağlanma Biçimi Ölçeği, Hamilton Depresyon ve Hamilton Anksiyete Derecelendirme Ölçekleri uygulandı. Bağlanma stilleri; anksiyöz/ambivalent, kaçınan ve güvenli olarak sınıflandırıldı. Anksiyöz/ambivalent ve kaçınan gruplar birleştirilerek güvenli bağlanma grubu ile karşılaştırıldı. **Bulgular:** Obez bireylerin %40.8'inde (n=53), başta major depresyon (n=44, %33.8) olmak üzere psikiyatrik ek tanı mevcuttu. Obez hastalarda psikiyatrik ek tanı (%40.8), sağlıklı kontrollerden (%18.6) anlamlı olarak daha fazlaydı. Psikiyatrik ektanisi olan veya olmayan bireylerde anksiyete, obezite ve beden kitle indeksi açısından bir risk faktörü olarak bulundu. Olguların %55.4'ünde güvenli olmayan bağlanma vardı ve bu, obez hastalarda anlamlı olarak daha sıktı. Psikiyatrik ek tanı varlığında güvensiz bağlanma stili daha yaygın görüldü. **Sonuç:** Obez hastalarda psikiyatrik ek tanı ve güvensiz bağlanma stilleri yaygındı ve anksiyete, obezite ve beden kitle indeksi açısından bir öngörücü faktör olarak saptandı. Obez hastalarda, bağlanma stilleri ve anksiyeteyi de içeren psikiyatrik değerlendirmeler, bu olgular için daha iyi tedavi stratejileri geliştirilmesinde yardımcı olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Anksiyete, depresyon, yeme davranışı, obezite

INTRODUCTION

Obesity is a complex and multifaceted problem that has been described as a major cause of mortality and morbidity (1). Psychological factors are believed to be crucial in the etiology of obesity. These factors include internal and external forces, social, cultural, developmental and psychopathological processes (2). Psychopathology is more prevalent in obese patients than the general population. Psychopathology mainly consists of depression, anxiety and impaired self-esteem (3). The prevalence of depression is higher in obese population (4).

A broad range of biological, behavioural, cognitive and social factors may underpin the relationship between obesity and depression. Various psychological variables are significantly associated with the relationship between obesity and depressive symptoms (5). However, the psychological risks of obesity are not entirely understood.

Attachment theory is only one of the theories which helps to explain the psychological causes of obesity (6). To understand the relationship between this psychological modality and obesity we have to review the attachment theory in brief.

Attachment style is a concept that derives from John Bowlby's attachment theory and refers to a person's characteristic ways of relating to intimate caregiving and receiving relationships with attachment figures (7). If an individual encounters a caregiver who gives a healthy response to a particular stress during infancy, she/he ultimately learns to seek appropriate ways and supports to cope with her/his stress. This allows her/him to develop secure attachment style. However, if the individual receives insusceptible or irregular responses to stress from caregiver, she/he will develop inappropriate coping strategies against stress, resulting in unsafe attachment. Attachment theory provides both theoretical and practical benefits for professionals who gives psychological support to people with medical and surgical illnesses (8). Relational experiences with attachment figures in childhood are important, and insecure attachment has been longitudinally linked with the development of dis-

turbed eating behaviors (9).

Research to date suggests a possible relationship between attachment insecurity and risk for eating disorders (10). Furthermore, attachment anxiety is also found to be related to the severity of eating disorder symptoms and body mass index (BMI) (11,12).

The aim of this study is to investigate the prevalence of psychiatric co-morbidity and attachment styles in obese population and psychological risk factors for obesity.

METHOD

This was a descriptive, cross-sectional controlled study with a sample of 173 participants. The study was conducted at the Canakkale Onsekiz Mart University's Medical Faculty, Psychiatry Department and Endocrinology Department between November 2011 and December 2012. Those who met the inclusion and exclusion criteria of the study were enrolled. This study was conducted following ethical guidelines with the administrative permission of the Canakkale Onsekiz Mart University Hospital and the consent of the participants.

Participants

Patients were recruited for this study who have been diagnosed as obese with BMI of 30 kg/m² or higher at the endocrinology department. Participants for a non-obese control sample were also recruited from accompanying people and hospital staff and matched by age, sex and education. Being 18 years of age or older and having sufficient education to appropriately fill out self-report scales were criteria for inclusion in the study. Patients with severe medical disorders (ie. cardiac, thyroid, neurological disorders, decompensated diabetes), pre-existing psychotic disorders, physical illness, current substance abuse and mental retardation according to the medical records were excluded. 130 obese patients and 43 controls matched by age and education met the inclusion criterias.

Assessment and Measures

Patients that matched the criteria for inclusion were invited to participate in the study. After receiving both verbal and written consent from participants, a diagnostic assessment was carried out by an experienced clinical psychiatrist using the Structured Clinical Interview for DSM-IV [SCID] Axis I Disorders (13) for all participants. Demographic data including age, sex, marital and educational status, living place were collected with a questionnaire. Participants' BMI was calculated based on self-reports of height and weight that were confirmed by the endocrinology department's records.

Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), a 17-item scale was administered to the patients, which was adapted to meet the reliability and validity of the Turkish version (14).

Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A), a 14-item scale was administered to the patients which was adapted to meet the reliability and validity of the Turkish version (15).

Adult Attachment Scale: Attachment is a trait that is difficult to measure, as it is based on the participant's statements. The participants' traits of attachment can be measured by interpretation of the participant's schemes about him/herself. Measurement of attachment has two parts. The first part was developed by Hazan and Shaver (16) and it contains three parts including descriptions of adulthood (secure, anxious/ambivalent and avoidant), childhood traits related to parents, and general behavioral features. The latter part was developed by Mikulincer and colleagues (17) and contains 15 parameters, which participants were asked to score from 1 to 7. Each of the three attachment formats were assessed by 5 parameters, and the format that had the highest score indicated the individual's attachment type. Kesebir and colleagues (18) confirmed the validity and reliability of the Turkish version of this scale which was used in the study.

Statistics

After the collected data were transferred to digital media, frequency distributions were expressed with absolute numbers and percentages; continuous variables were calculated by mean and standard deviation. Body Mass Index (BMI) was calculated with the formula as follows: $\text{weight(kg)/height}^2$ (m^2). Patients that had a $\text{BMI} \geq 30$ were considered obese. HAM-A vs HAM-D scale scores were used as continuous variables. As mentioned above, attachment formats were classified into 3 groups, with anxious/ambivalent and avoidant groups being combined and compared to the secure group. Continuous variables were tested for whether they fit to normal distribution before choosing statistical tests.

Based on the SCID interview results, participants were encoded as either with or without concurrent psychiatric disorders.

To determine differences in categorical data, Pearson's chi-square test was used. Kendall's tau b test was selected for correlation analysis. Logistic regression models were used for obesity and concurrent psychiatric disorder variables, while linear regressions were used for BMI and backward elimination was used after all possible independent variables were included. The significance level was set at $p < 0.05$.

RESULTS

One hundred seventy three (173) participants were recruited, 130 of them were obese (35 of them were Class I, 49 of them were Class II and 46 of them were Class III obese) and 43 of them were non-obese (2 of them were underweight, 24 of them were normal weight and 17 of them were overweight) healthy controls. One hundred thirty-nine (139) of the participants (80.3%) were women, 107 (61.8%) of them were married and 140 (80.9%) had moderate socioeconomic status. The sociodemographic features of the participants are presented in Table 1. The mean age for obese patients was 41.9 ± 13.7 (18-68) years, and the mean age of the control group was 36.3 ± 16.0 (18-68) years. BMI, HAM-A and HAM-D scale scores of the obese

Table 1. Sociodemographic Features

		Obese group	Control group	Statistical analysis
Sex	Female	100 (81.3%)	39 (78.0%)	$\chi^2=0.245$ $p=0.620$
	Male	23 (17.7%)	11 (22.0%)	
Age (years)		40.6±13.8	40.2±16.1	U=3034.5 $p=0.892$
Marital status	Single	31 (25.2%)	18 (36.0%)	$\chi^2=2.846$ $p=0.584$
	Married	78 (63.4%)	29 (58.0%)	
	Widowed	9 (7.3%)	2 (4.0%)	
	Divorced	4 (3.3%)	1 (2.0%)	
Years of education		7.9±4.4	9.3±4.8	U=2561.0 $p=0.071$
SES*	Poor	20 (16.3%)	6 (12.0%)	$\chi^2=3.154$ $p=0.207$
	Moderate	100 (81.3%)	40 (80.0%)	
	High	3 (2.4%)	4 (8.0%)	
Living place	Village	12 (9.8%)	7 (14.0%)	$\chi^2=3.023$ $p=0.221$
	Town	46 (37.4%)	12 (24.0%)	
	City	65 (52.8%)	31 (62.0%)	

*SES: Socioeconomic status

patients and control group are presented in Table 2.

Psychopathologic Properties of the Obese and Control Groups

SCID-I psychiatric disorders of both groups are summarized in Table 3. Fifty three (40.8%) obese patients had concurrent psychiatric disorders while 8 (18.6%) control group participants had concurrent psychiatric disorders.

Concurrent psychiatric disorders were significantly higher in obese groups (40.8%) when compared to control groups (18.6%) ($\chi^2 = 6.954$; $p=0.010$).

Attachment Styles

Overall, secure, anxious, and avoidant attachment types were observed in 86 (49.7%), 59 (34.1%) and 28 (16.2%) participants, respectively.

Table 2. BMI, HAM-A and HAM-D scale scores of the participants according to the study groups

	Obese (n=130)	Control (n=43)	Statistical analysis
BMI (kg/m ²)*	39.3±6.6 (30.1-61.7)	24.0±3.8 (17.3-29.9)	U=226.0 $p<0.001$
HAM-A**	20.8±11.7 (0-47)	12.7±10.4 (0-49)	U=1867.0 $p<0.001$
HAM-D***	9.9±6.6 (0-29)	6.6±4.6 (0-18)	U=2289.0 $p=0.008$

*BMI: Body mass index **HAM -A: Hamilton Anxiety Rating Scale score ***HAM -D: Hamilton Depression Rating Scale score

Fifty eight (44.6%) obese patients indicated secure attachment, 46 (35.4%) anxious attachment and 26 (20.0%) avoidant attachment. Twenty eight (65.1%) patients with normal weight indicated secure attachment, 13 (30.2%) anxious attachment and 2 (4.7%) avoidant attachment. When anxious/ambivalent and avoidant type groups were combined, patients with normal weight were more likely to have a secure attachment type than obese patients (65.1% to 44.6%) ($\chi^2=5.432$; $p=0.023$).

When anxious/ambivalent and avoidant groups were combined, insecure attachment was more common in women than men (56.1% to 26.5%) ($\chi^2=9.603$; $p=0.002$).

Patients with concurrent psychiatric disorders had a tendency to have insecure attachment ($\tau=0.275$, $p<0.001$).

Regression Analysis of Risk Factors Related to Obesity

Risk factors related to obesity were analyzed with the logistic regression model. The "backward" elimination method was performed with an accuracy rate of 75.1%. Independent variables including age, gender, years of education, level of income, Hamilton depression score, concurrent psychiatric disorder and attachment type were found to be ineffective so they were excluded from model. Only

Table 3. SCID-I Psychiatric Disorders

Psychiatric Diagnosis	Obese n (%)	Control n (%)
Major depression	44 (33.8%)	5 (11.6%)
Generalized anxiety disorder	5 (3.8%)	-
Panic disorder	2 (1.5%)	-
Bipolar disorder	1 (0.8%)	2 (4.6%)
Conversion disorder	1 (0.8%)	-
Somatization disorder	-	1 (2.3%)
(p=0.010)	53 (40.8%)	8 (18.6%)

the Hamilton anxiety score was included (Table 4).

Linear Regression Analysis of Factors Related to BMI

Factors related to BMI were analyzed with the linear regression model. After using the "backward" elimination method, gender, living environment, years of education, Hamilton depression score, psychiatric co-morbidity and attachment type were found to be ineffective independent variables and therefore were excluded from model. Age, level of income and Hamilton anxiety score were included (Table 5). The model was statistically significant (F=9.584, p<0.001) with a R2=0.130.

Regression Analysis of Obesity Related Factors in Patients without Concurrent Psychiatric Disorders

Obese patients without any psychiatric co-morbidity (n=112) were analyzed with regression analysis. The "backward" elimination method was performed with the accuracy rate of 72.3%. Gender, years of education, level of income, Hamilton depression score and attachment style were determined to be unassociated and excluded. Age, living environment and Hamilton anxiety score were included and found to be associated with obesity in patients without concurrent psychiatric

Table 5. Linear regression analysis of factors related to BMI

Factors Related to BMI*	Standardized $\hat{\alpha}$ value	p
Constant		<0.001
Age	0.146	0.048
Level of income	-0.155	0.035
Hamilton anxiety score	0.276	<0.001

*BMI: Body mass index

Table 4. Regression Analysis of Risk Factors Related to Obesity

	p	Odds Ratio	%95 Confidence Interval	
			Lower limit	Upper limit
Hamilton anxiety score	<0.001	1.072	1.033	1.112
Constant	0.915	0.966		

disorder (Table 6).

DISCUSSION

We aimed to determine the psychiatric co-morbidity and attachment styles in obese patients. The results showed that psychiatric co-morbidity and insecure attachment styles were prevalent.

40.3% of obese patients in our study did not indicate any psychiatric co-morbidity. The most prevalent psychiatric disorder was depression (33.8%) (Table 3).

The relationship between depression and obesity has been well documented in many researches. The association of mood disorders with the propensity to become obese might be a consequence of side effects of antidepressants; subjective fatigue often described by patients with depression that results in diminished calorie expenditure; environmental and psychological factors like social isolation, underemployment, low self-esteem that lead patients to self-medicate with large quantities of calorie-rich foods (19). Otherwise, it is stated that the dysfunctions in the hypothalamopituitary system observed in some obese and depressed individuals are the biological evidence of the causal relationship (20,21). On the other hand, studies showing a reduction of depressive symptoms following surgically induced weight loss in obese patients provide some data of reversibility of the effect of obesity. Moreover, there is some evidence of a dose-response effect of obesity severity on risk of depression (20). Researches examining the relationship between obesity and depression have largely consisted of large-scale, population based epidemiological studies (20). The highest 12-month prevalence rates of comorbid depression and obesity in individuals seeking bariatric surgery reported rates of preva-

Table 6: Regression analysis of obesity related factors in patients without co morbid psychiatric disorders

	p	Odds Ratio	%95 Confidence Interval	
			Lower limit	Upper limit
Age	0.034	1.037	1.003	1.073
Living environment *	0.021			
Living environment (1)**	0.029	0.174	0.036	0.833
Living environment (2)***	0.265	1.889	0.617	5.777
Hamilton anxiety score	0.001	1.098	1.037	1.163
Constant	0.016	0.170		

*Living environment: city, **Living environment (1): village, ***Living environment (2): town

lence ranging between 19-66% (5). This wide range in prevalence rates can be attributed to the differences of methodology of the studies. In this study the prevalence rate of depression was 33.8%. Although the prevalence rate coincided with rates found in the literature, there were slight differences (21). This may be due to the sample in this study consisting of mild and moderately obese patients rather than morbidly obese patients. We also investigated whether obesity was as a predictor of depression or if depression was a predictor of obesity. In a review, obesity was found to be prospectively associated with increased depression, or an onset of the disorder (22). However, we did not find depression as a predictive factor.

We also examined the relationship between attachment styles and psychiatric co-morbidity. 55.4% of obese patients had insecure attachment styles. Insecure attachment styles were more in obese patients than the control group and also higher in obese patients with psychiatric co-morbidity.

Researches indicate that attachment styles can be conceptualized as a foundation of emotional regulation or one's ability to monitor, evaluate, and modify the magnitude/experience of emotion-eliciting events. Parental attachment is also associated with unhealthy eating patterns in children and adults (23). Emotion regulation failure is a core mechanism through which attachment and maladaptive eating behaviors are related (24).

We investigated whether attachment insecurity was one of the core risk factors for obesity and high BMI. We found that attachment insecurity, comorbid psychiatric disorder and depression scores were correlated with BMI and obesity. However, they were not found as risk factors for high BMI or obesity.

Anxiety was found as a risk factor of obesity and BMI in both patients with or without any psychiatric co-morbidity (Table 4). Anxiety was found to be an independent predictor of obesity and BMI (Table 5,6). In the literature the relationship between anxiety and obesity has been well documented. Groez and colleagues (25) analyzed a large sample and found associations between stress exposure and increased drive to eat. Also, high levels of stress, anxiety and such other dysphoric mood states as anger and sadness might alter eating behaviors (19,26). In a population based study of 2579 adults who were followed longitudinally over 9 years to assess psychosocial factors, it was observed that psychosocial stress was associated with greater weight gain (27). If we contextualize our data with the literature findings we can consider that the initial sign of stress is anxiety, which is why we determine anxiety to be a risk factor for obesity and high BMI. The symptom of anxiety might be a precursor of attachment insecurity or any psychiatric co-morbidity especially depression.

According to the findings of this study, attachment insecurity was not found as a risk factor for obesity. But in the literature there are contrary findings. In two studies, insecure attachment styles were found to be a risk factor for being obese. Cooper and Warren (28) investigated the relationship between attachment and obesity in a population of young women and evaluated the attachment styles with the attachment history questionnaire. They found that higher BMI was associated with more negative parental discipline. Additionally, they also indicated that anxiety and depressive symptoms are related with attachment styles and BMI. D'Argenio and colleagues (29) investigated whether exposure to early-life events was associated with increased risk of adult obesity. They analyzed the role of anxious attachment as a potential mediator between early

trauma and adult obesity. Eventually, they found that anxious attachment was one of the predictors of adult obesity.

The literature shows that obesity, attachment styles and mental disorders have a substantial relationship (30). If we contextualize this data with the literature findings, the symptom of anxiety might be considered an initial sign of psychiatric comorbidity or attachment insecurity, which was also found as a risk factor for obesity and high BMI.

Limitations

First, the cross-sectional nature of the data limits any speculation about causality. Obviously, longitudinal studies and repeated measurements will better clarify the relationship between obesity and risk factors associated with obesity. Second, the evaluation of attachment styles was conducted with a self-report scale instead of the Adult Attachment Interview because the Turkish version of the Adult Attachment Interview was not validated.

Our control group contains a overweight and underweight individuals. The characteristics of overweight individuals, who may be regarded as a preliminary stage in terms of obesity and characteristics of underweight individuals are not well known and possible confounding effects on the results of their involvement in the control group should be considered.

Additionally, we have to emphasize that the findings of this study cannot be generalized to obese patients who seek different (surgical and nonsurgical) forms of treatment or to non-treatment-seeking community populations. The findings are preliminary and based on the population of a clinical sample of mild-moderate obese individuals.

CONCLUSION

Psychiatric co-morbidity and insecure attachment styles were found to be prevalent in obese patients. Depression was identified as the most prevalent psychiatric disorder. Attachment insecurity, comorbid psychiatric disorder and depression scores

were related to high BMI and obesity. However, they were not found to be risk factors. Anxiety was found to be an independent predictor of obesity and higher BMI.

Finally, we suggest that obese patients either referring to bariatric surgery or to clinical settings should have psychiatric examinations. If it is not possible, making simple self report evaluations for attachment styles and anxiety symptoms will be adequate. This may help clinicians to identify the risk factors for obesity and high BMI. Awareness of the associations between attachment, depression, anxiety and obesity may enable professionals to perform attachment-anxiety based interventions in the treatment programs.

Acknowledgement

We thank Dr. Deniz Kutluay and Dr. Savaş Gür for their support to data collection stage.

Correspondence address: M.D. Ebru Aldemir, Ege University Institute on Drug Abuse, Toxicology and Pharmaceutical Science, İzmir, Turkey ozturk.ebru2000@gmail.com

REFERENCES

1. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2013;309:71-82.
2. Swencionis C, Rendell SL. The psychology of obesity. *Abdom Imaging* 2012;37:733-737.
3. van HoutGC, van Oudheusden I, van Heck GL. Psychological profile of the morbidly obese. *Obes Surg* 2004;14:579-588.
4. Martin-Rodriguez E, Guillen-Grima F, Martí A, Brugos-Larumbe A. Comorbidity associated with obesity in a large population: The APNA study. *Obes Res Clin Pract* 2015;9:435-447.
5. Preiss K, Brennan L, Clarke D. Obesity Comorbidity A systematic review of variables associated with the relationship between obesity and depression. *Obesity Reviews* 2013;14:906-918.
6. Koskina N, Giovazolias T. The effect of attachment insecurity in the development of eating disturbances across gender: The role of body dissatisfaction. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied* 2010;144:449-471.
7. Levy KN, Ellison WD, Scott LN, Bernecker SL. Attachment style. *J Clin Psychol* 2011;67:193-203.
8. Hunter JJ, Maunder RG. Using attachment theory to understand illness behavior. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23:177-182.
9. van Vlierberghe L, Braet C, Goossens L. Dysfunctional schemas and eating pathology in overweight youth: a case-control study. *Int J Eat Disord* 2009;42: 437-442.
10. Tasca GA, Balfour L. Attachment and eating disorders: A review of current research. *Int J Eat Disord* 2014;47: 710-717.
11. Illing V, Tasca GA, Balfour L, Bissada H. Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198: 653-659.
12. Troisi A, Massaroni P, Cuzzolaro M. Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *Br J Clin Psychol* 2005; 44(Pt 1): 89-97.
13. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Gibbon W, Janet BW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I Disorders Clinical Version (SCID-I/CV). Washington DC: American Psychiatric Press; 1996
14. Akdemir A, Türkçapar MH, Orsel SD, Demirergi N, Dag I, Ozbay MH. Reliability and validity of the Turkish version of the Hamilton Depression Rating Scale. *Compr Psychiatry* 2001; 42:161-165.
15. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N, Karaağaoğlu E, Yolaç P. Hamilton Anxiety Rating Scale interrater reliability and validity study. *Turkish Journal of Psychiatry* 1998; 9:114-117.
16. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987;52:511-524.
17. Mikulincer M, Florian V, Weller A. Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: the impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology* 1993; 64:817-826.
18. Kesebir S, Kökçü F, Dereboy F. Adult Attachment Style Scale: Adaptation, Reliability and Validity Study. *New Symposium* 2012; 50: 99-104.
19. Wurtman J, Wurtman R. The Trajectory from Mood to Obesity. *Curr Obes Rep.* 2018;7:1-5.
20. Atlantis E, Baker M. Obesity effects on depression: systematic review of epidemiological studies. *Int J Obes (Lond).* 2008;32:881-891.
21. Stunkard AJ, Faith MS, Allison KC. Depression and obesity. *Biol Psychiatry* 2003;54:330-337.
22. Faith MS, Butryn M, Wadden TA, Fabricatore A, Nguyen AM, Heymsfield SB. Evidence for prospective associations among depression and obesity in population-based studies. *Obes Rev* 2011; 12: 438-453.
23. Faber A, Dubé L. Parental attachment insecurity predicts child and adult high-caloric food consumption. *J Health Psychol* 2015;20:511-524.
24. Goossens L, Braet C, Van Durme K, Decaluwe V, Bosmans G. The parent-child relationship as predictor of eating pathology and weight gain in preadolescents. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2012;41:445-457.
25. Groesz LM, McCoy S, Carl J, Saslow L, Stewart J, Adler N, Laraira B, Epel E. What is eating you? Stress and the drive to eat. *Appetite* 2011;58:717-721.
26. Sinha R, Jastreboff AM. Stress as a common risk factor for obesity and addiction. *Biol Psychiatry* 2013;73:827-835.
27. Block JP, He Y, Zaslavsky AM, Ding L, Ayanian JZ. Psychosocial stress and change in weight among US adults. *Am J Epidemiol* 2009;170:181-192.
28. Cooper MJ, Warren L. The relationship between body weight (body mass index) and attachment history in young women. *Eating Behaviours* 2011;12:94-96.
29. D'Argenio A, Mazzi C, Pecchioli L, Di Lorenzo G, Siracusano A, Troisi A. Early trauma and adult obesity: is psychological dysfunction the mediating mechanism? *Physiology Behaviour* 2009;98:543-546.
30. Malik S, Mitchell JE, Engel S, Crosby R, Wonderlich S. Psychopathology in bariatric surgery candidates: a review of studies using structured diagnostic interviews. *Compr Psychiatry* 2013;55:248-259.

Bir yaşlı genel toplum örnekleminde öznel bellek yakınması ve nesnel bilişsel bozulmanın ilişkisi

Relationship between subjective memory complaints and objective memory impairment in a community-dwelling elderly population

Elif Onur Aysevener¹, Neşe Direk², Ebru Onat Özsoydan³, Meliha Diriöz⁴

¹Prof. Dr., ²Doç. Dr., ⁴Uz.Psk., Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

³Uzm. Dr., Seferihisar Devlet Hastanesi, Psikiyatri Bölümü, İzmir, Türkiye

ÖZET

Amaç: Yaşlılarda öznel bellek yakınmaları demansın öncülü olabileceği için önemli sayılmaktadır. Bu çalışmada amacımız, genel toplum içinde bulunan yaşlı bireylerin öznel bellek yakınmaları ile nesnel olarak bellek kaybının varlığını değerlendirmektir. **Yöntem:** Bu kesitsel çalışmada genel toplumda yaşayan 65 yaş ve üzerinde 100 kişi sosyodemografik özellikler, öznel bellek yakınmaları ve kognitif işlevler açısından araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan sosyodemografik veri formu, Öznel Bellek Yakınmaları Anketi, Mini Mental Durum Muayenesi ve Kontrollü Kelime Çağırışım Testi kullanılarak değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Araştırmamızda, kendi bildirimine göre unutkanlık yakınması olan grupta öznel bellek yakınmaları puanı unutkanlık yakınması olmayan bireylere göre daha yüksek olarak saptanmıştır. Öznel Bellek Yakınmaları Anketine göre Hafif Kognitif Bozukluğu olanların olmayanlara göre Mini Mental Durum Muayenesi ve Kontrollü Kelime Çağırışım Testi puanları daha düşük olarak saptanmıştır. Öznel Bellek Yakınmaları Anketi puanıyla Mini Mental Durum Muayenesi ve Kontrollü Kelime Çağırışım Testi puanları arasında eğitim düzeyiyle açıklanabilecek bir ilişki olduğu saptanmıştır. **Sonuç:** Yaşlılarda öznel bellek yakınmalarının nesnel bellek problemleriyle ilişkili olduğu ve demans gelişimini öngördüğü düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda öznel bellek yakınmalarının tarama testi olarak kullanılması önerilmektedir. Öznel bellek yakınması olan bireyleri değerlendirirken, eğitim düzeyi gibi karıştırıcı faktörleri de hesaba katmak gerekli gibi görünmektedir.

Anahtar Sözcükler: Bellek, hafif bilişsel bozukluk, demans

SUMMARY

Objective: Subjective memory complaints are important as they are considered predictor of dementia. In this study, we aim to explore the association of subjective memory complaints that was measured with a questionnaire with objective memory impairment in community-dwelling elderly people. **Method:** In this cross-sectional study, we evaluated 100 people aged 65 or over from general population. All participants were assessed in terms of sociodemographic features, subjective memory complaints and cognitive functions. We used a sociodemographic data form that was prepared by researchers, Subjective Memory Complaints Questionnaire, Mini Mental State Examination and Controlled Oral Word Association Test. **Results:** We found that participants suffering from forgetfulness had higher scores of subjective memory complaints than those without forgetfulness. Participants with Mild Cognitive Impairment on the basis of Subjective Memory Complaints Questionnaire had lower scores of Mini Mental State Examination and Controlled Oral Word Association Test. As indicated by the linear regression analyses, there were associations between subjective memory complaints and Mini Mental State Examination and Controlled Oral Word Association Test. However, these associations were not significant when controlled for level of education. **Discussion:** Subjective memory complaints have been thought to be related with objective memory impairments and considered predictor of dementia in elderly. In previous studies, assessment of subjective memory complaints is suggested as a screener for dementia. However, third variables such as level of education should be considered when assessing people with subjective memory complaints.

Key Words: Memory, mild cognitive impairment, dementia

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:334-340)

DOI: 10.5505/kpd.2018.95967

GİRİŞ

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de yaşlı nüfus ve demans sıklığı giderek artmaktadır. Ülkemizde genel toplum örneğinde yapılan çalışmalarda, yaşlı nüfusta demans sıklığı % 7 ile % 22 arasında bulunmuştur (1,2,3,4). Sağlık Bakanlığının 2014 yılı sağlık kayıtlarını baz alarak yayınladığı bir raporda, 2014 senesinde yaklaşık 18,000 kişiye demans tanısı konduğu bildirilmiştir (5). Kognitif problemlerin daha hafif formlarının dahil edildiği çalışmalarda oranlar daha yüksek bulunmaktadır.

Günümüzde bilişsel problemlerin yaşlılığın doğal bir sonucu olduğuna dair düşünce yavaş yavaş terkedilmektedir. Yakın tarihli çalışmalarda, yaşlı popülasyonda öznel bellek yakınmalarının sık gözlendiği gösterilmiştir. Öznel bellek yakınması, genel olarak unutkanlık yakınmasını ifade etmekte ve nöropsikolojik testlerle değerlendirilen bellek performansının sağlam ya da bozuk olabileceği durumlara karşılık gelmektedir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalar toplumda öznel bellek yakınması sıklığının, yaşlılık döneminde %10-75 arasında olduğunu göstermektedir (6,7,8,9).

Öznel bellek yakınmalarının uzun vadede bilişsel bozulma için bir belirteç olabileceği düşünülmektedir (6,10,11,12). Çoğunlukla hafif kognitif bozukluk gibi nesnel bellek problemleri olan yaşlı bireylerde yapılmış olan kesitsel çalışmalarda öznel bellek yakınmaları ile nesnel bellek problemleri arasındaki ilişkinin kompleks olduğu, bu ilişkiyi etkileyen başta depresyon olmak üzere çok sayıda değişken olduğu saptanmıştır (13,14,15). Bu çalışmada amacımız, genel toplum içinde bulunan yaşlı bireylerin öznel bellek yakınmaları ile nesnel bellek kaybının ilişkisini değerlendirmektir.

YÖNTEM

Araştırma 1 Şubat 2016- 30 Mayıs 2016 tarihleri arasında, 65 yaş ve üzerinde olan, genel toplum içinde yaşayan, (araştırmacıların ikamet ettiği çevre içerisinde) ve araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 100 kişi ile yapılmıştır. Araştırmaya alınma ölçütleri 65 yaş ve üzerinde ve okur-yazar olmaktır. Dışlama ölçütleri ise demans, epilepsi, multipl skleroz, Parkinson hastalığı gibi bilişsel

işlevleri etkileyen nörolojik hastalıklarla mental retardasyon, şizofreni ve bipolar bozukluk gibi kognitif işlevler üzerine olumsuz etkileri olan ciddi psikiyatrik hastalıkların varlığıydı. Araştırmada tıbbi tanılarının varlığı kişilerin öznel bildirimine dayanarak değerlendirilmiştir. Araştırmacılar tarafından sosyodemografik veri formu, bellek kaybı yakınması ile ilgili öznel değerlendirmeyi içeren sorulardan oluşan araştırma veri formu doldurulmuştur.

Öznel Bellek Yakınmaları Anketi öznel bellek yakınmalarını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması hafif kognitif bozukluğu olan bireylerde yapılmıştır (14). Anket genel ve günlük bellek işlevlerini ölçen 14 sorudan oluşmaktadır. Kesme puanı 5, 5 olarak alındığında demans tanısı %77 doğrulukla yordamıştır.

Bilişsel performansın genel değerlendirilmesi amacıyla standardize Mini Mental Durum Muayenesi (MMDM) kullanılmıştır. Bu test bilişsel yetilerin global değerlendirmesi için kullanılır. Yönelim, bellek, dikkat, dil, görsel-uzamsal işlevler gibi bilişsel komponentlerin değerlendirildiği 21 soruluk bir ölçektir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Güngen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (16). Görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçek olup, toplam puanı 30'dur. Düşük puanlar bilişsel bozulmanın var olabileceğini göstermektedir.

Kontrollü Kelime Çağrışım Testinin (KKÇT) amacı verilen bir harfle başlayan sözcüklerin öngörülen zaman içinde üretilmesini değerlendirmektir. Orijinal testte F, A, S harfleri, ülkemizde yapılan standardizasyon çalışmasındaysa K, A, S harfleri kullanılmıştır (17). Test bir sözel akıcılık testi olmakla birlikte, uygun biçimde yapıldığında yürütücü işlevleri de yansıtmaktadır.

İstatiksel Analizler

Çalışma verilerinin istatistiksel analizi SSPS (Versiyon 22) programı ile yapılmıştır. Sayısal değişkenlerin dağılım özellikleri incelenmiş ve normal dağılım gösterdikleri saptanmıştır.

Bağımsız gruplarda kategorik değişkenler için ki-kare testi uygulanmıştır. İki grup arasında sayısal değişkenlerin karşılaştırılması için t-testi kullanılmıştır. Unutkanlık şikayeti bildiren kişiler hafif, orta ve ağır olarak 3 gruba ayrıldığında bu gruplar arasında Öznel Bellek Yakınmaları Anketi puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır.

Öznel Bellek Yakınmaları Anketi puanıyla MMDM ve KKÇT puanları arasındaki ilişki lineer regresyon analiziyle incelenmiştir. İlk modelde analiz yaş, cinsiyet ve psikiyatrik tanı varlığına göre, ikinci modeldeyse birinci modele ek olarak eğitim süresine göre kontrol edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi için eşik alfa değeri 0,05 olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Tüm araştırma grubunun (n= 100) %63'ü (n=63) kadındı, yaş ortalaması $71,6 \pm 6,2$ yıl, eğitim süresi $7,2 \pm 3,8$ yıldır. Grubun %87'si (n=87) sosyal güvenceye sahipti. Tüm grubun %72'si (n=72) evli, %23'ü (n=23) dul, %3'ü (n=3) boşanmıştı. Katılımcıların %22'si (n=22) yalnız yaşıyordu. Tüm grubun %96'sında (n=96) bir ya da birden çok kronik hastalık, %27'sinde (n=27) en az bir psikiyatrik hastalık mevcuttu.

Tüm grupta Öznel Bellek Yakınmaları Anketi puanının ortalaması 4,5'ti (Standart sapma=3,5). Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışmasındaki şekliyle hafif kognitif bozukluk (HKB) için kesme puanı 4,5 olarak alındığında tüm grubun %40'ında (n=40)

HKB mevcuttu. Tüm grup HKB olan ve olmayanlar olarak ikiye ayrılıp sosyodemografik veriler ve bazı tıbbi değişkenler açısından karşılaştırıldığında eğitim süresi dışında gruplar arasında sosyodemografik değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Ortalama eğitim süresi HKB olan grupta olmayanlara göre daha düşüktü. Karşılaştırma verileri Tablo 1'de sunulmuştur.

Tüm grupta kendi bildirimine göre unutkanlık yakınması olanların oranı %49 (n=49), olmayanların oranı %51 (n=51) idi. Öznel Bellek Yakınması Anketine göre HKB'si olanların %80'i (n=32), olmayanlarınsa %23,8'i (n=17) unutkanlık yakınması olduğunu bildirmişlerdir ($p < 0,001$). Unutkanlık yakınması olan 49 kişinin %34,7'si (n=17) unutkanlık yakınmasının hafif, %53,1'i (n=26) orta ve %12,2'si (n=6) şiddetli olarak nitelendiriyordu. Unutkanlık yakınmasını hafif olarak tanımlayanlarda Öznel Bellek Yakınmaları Anketi puanı ortalaması $4,6 \pm 0,7$, orta olarak nitelleyenlerde $6,8 \pm 0,6$ ve şiddetli olarak nitelleyenlerde $10,7 \pm 1,4$ 'tü (Şekil 1). 3 grubun Öznel Bellek Yakınmaları Anketi puanı açısından karşılaştırması yapıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Kruskal-Wallis test istatistiği 15,1, $df=2$, $p=0,001$).

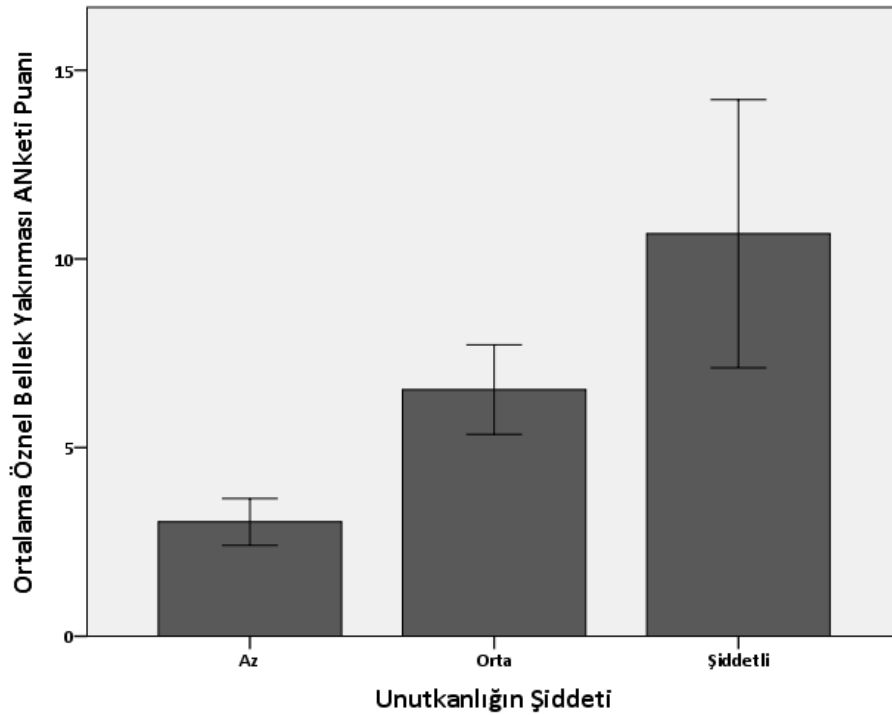
Tüm grubun ortalama standardize MMDM puanı $26 \pm 3,4$ 'tü. Tüm gruba ait KKÇT toplam puanı $23,5 \pm 12,2$ puandı. HKB' u olan grubun standardize MMDM puanı, HKB' u olmayan gruba göre daha düşüktü ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı. KKÇT puanı ortalamaları HKB olan grupta olmayan gruba göre daha düşüktü ve aradaki bu

Tablo 1. HKB Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Demografik Özellikler ve Nesnel Bellek İşlevlerinin Karşılaştırılması

	HKB var (n=40)	HKB yok (n=60)	İstatistik Katsayıları
Cinsiyet, n (% kadın)	28 (%70)	36 (%60)	$\chi^2(1)=1,04$, $p=0,31$
Yaş, ortalama \pm SS ^a , yıl	$71,8 \pm 6,8$	$71,4 \pm 5,9$	$t(98)=-0,35$, $p=0,73$
Eğitim, ortalama \pm SS, yıl	$5,5 \pm 3,3$	$8,4 \pm 3,8$	$t(91,9)=4,14$, $p < 0,001$
Medeni durum, n (% evli)	28 (%70)	44 (%73,3)	$\chi^2(1)=0,13$, $p=0,72$
Sosyal güvenlik, n (% var)	33 (%82,5)	54 (%90)	$\chi^2(1)=1,19$, $p=0,28$
Beraber yaşama durumu, n (% yalnız)	6 (%15)	12 (%20)	$\chi^2(1)=0,41$, $p=0,52$
Kronik hastalık, n (% var)	39 (%97,5)	57 (%95)	$p=0,65^b$
Psikiyatrik tanı, n (% var)	14 (%35)	13 (%21,7)	$\chi^2(1)=2,17$, $p=0,14$

^a SS=Standart sapma

^b Hücrelerin %50'sinden fazlasında sayı 5'in altında olduğundan Fisher's exact test kullanılmıştır.



Şekil 1. Unutkanlık yakınmasının öznel şiddetiyle Öznel Bellek Yakınması Anketi puanının ilişkisi

farklar istatistiksel olarak anlamlıydı. Analiz sonuçları Tablo 2'de verilmiştir.

Öznel Bellek Yakınmaları puanıyla MMDM ve KKÇT puanları arasındaki ilişki lineer regresyon analiziyle incelenmiştir. İlk modelde analiz yaş, cinsiyet, psikiyatrik tanı varlığına göre kontrol edildiğinde MMDM puanıyla Öznel Bellek Yakınmaları Anketi puanı arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($\beta=-0,32$, %95 GA=-0,51; -0,13, $p=0,001$). İkinci modelde, birinci modele ek olarak eğitim süresi analize kontrol amaçlı eklendiğinde bu ilişkinin zayıfladığı ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($\beta=-0,20$, %95 GA=-0,41; 0,01, $p=0,07$). Benzer biçimde yaş, cinsiyet, psikiyatrik tanı varlığına göre analizler kontrol edildiğinde KKÇT puanıyla Öznel Bellek

Yakınmaları Anketi puanı arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki varken ($\beta=-0,06$, %95 GA=-0,12; 0,001, $p=0,046$), analiz ek olarak eğitim süresi için kontrol edildiğinde bu ilişkinin zayıfladığı ve istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($\beta=-0,02$, %95 GA=-0,09; -0,04, $p=0,45$) (Tablo 3).

TARTIŞMA

Öznel Bellek Yakınmaları Anketi puanına göre hafif kognitif bozukluğu olan ve olmayanlar arasında unutkanlık yakınması sıklığı, MMDM, KKÇT puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Tüm grupta yapılan ve öznel bellek yakınmalarının şiddetiyle MMDM ve KKÇT puanları arasındaki ilişkinin eğitimle ilişkili olduğu gösterilmiştir.

Tablo 2. HKB Olan ve Olmayan Gruplar Arasında Nesnel ve Öznel Bellek İşlevlerinin Karşılaştırılması

	HKB var (n=40)	HKB yok (n=60)	İstatistik Katsayıları
Kendine göre unutkanlık yakınması, n (% var)	32 (%80)	17 (%23,8)	$\chi^2(1)=25,64$, $p<0,001$
MMDM puanı	24,5 ± 3,9	27,1 ± 2,6	$t(61,4)=3,7$, $p<0,001$
KKÇT puanı	19,5 ± 9,7	26,2 ± 13	$t(96,7)=3$, $p=0,004$

MMDM: Mini Mental Durum Muayenesi, KKÇT: Kontrollü Kelime Çağrışım Testi.

Tablo 3. Öznel Bellek Yakınmaları Anketi puanları ile n MMDD ve KKÇT puanlarının ilişkisi

	n MMDD			KKÇT		
	Beta	%95 GA	p	Beta	%95 GA	p
Model 1	-0,32	-0,51; -0,13	0,001	-0,06	-0,12; -0,001	0,046
Model 2	-0,20	-0,41; 0,01	0,07	-0,02	-0,09; -0,04	0,45

Beta: Regresyon katsayısı, GA: Güven Aralığı

MMDD: Mini Mental Durum Değerlendirmesi, KKÇT: Kontrollü Kelime Çağrışım Testi.

Model 1: Yaş, cinsiyet, psikiyatrik tanı varlığı için kontrol edilmiş analizler.

Model 2: Model 1'e ek olarak eğitim süresi için kontrol edilmiş analizler.

Öznel bellek yakınmalarının demansın erken dönemde saptanması için bir öngörücü olabileceğine dair çalışmaların sayısı giderek artmaktadır(12,18,19,20). Ancak çalışmaların azımsanmayacak kısmında öznel bellek yakınmaları tek soru ile değerlendirilmiştir. Son dönemde bu yakınmaları değerlendirmek amacıyla farklı ölçekler geliştirilmiştir. Bu çalışmada öznel bellek yakınmalarının varlığı hem bireylerde unutkanlık yakınması olup olmadığını saptamayı amaçlayan tek soruyla hem de Öznel Bellek Yakınmaları Anketi ile değerlendirilmiştir. Unutkanlık yakınması ile öznel bellek yakınmaları anketine göre tanımlanan HKB arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış, ek olarak unutkanlık yakınması şiddetiyle Öznel Bellek Yakınmaları Anketi puanları arasında pozitif yönde bir trend olduğu gösterilmiştir. Ülkemizde yapılan ve öznel bellek yakınmaları için farklı bir değerlendirme ölçeğinin kullanıldığı bir çalışmada, çalışmamızdakine benzer biçimde genel popülasyon örnekleminde bellek yakınması olanların oranı %42,5 olarak saptanmış ve bu bireylerde ölçekle saptanan öznel bellek yakınması şiddetinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir(21). Bu oran Viyana'da yapılmış toplum temelli bir çalışmada saptanmış olan %10,6'lık unutkanlık şikayeti bildirme oranının çok üstündedir (7). Bu konuda daha detaylı çalışmalara ihtiyaç olmakla birlikte, çalışmamızın sonuçları öznel bellek yakınmalarını değerlendirirken, unutkanlık yakınmasının tek soru şeklinde sorulmasının da hızlı bir tarama sağlayabileceğine işaret etmektedir.

Öznel Bellek Yakınmaları Anketinin nesnel olarak ölçülen bilişsel işlevlerle ilişkisi incelenmiştir. Öznel Bellek Yakınmaları Anketinin Türkçe geçerlik güvenilirliğinin incelendiği çalışmada Öznel Bellek Yakınmaları Anketi puanı ile MMDM puanları arasında negatif korelasyon olduğu gösterilmiştir.

Aynı çalışmada nörokognitif batarya olarak kullanılan ADAS-cog puanının özellikle kelime tanıma ve hatırlama alt puanlarıyla da Öznel Bellek Yakınmaları Anketi puanlarının arasında pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır (14). 55 yaş üstü, genel popülasyonda yapılan bir başka çalışmada öznel bellek yakınması olduğunu bildiren bireylerde MMDM puanlarının ve sözel akıcılık testi puanlarının, öznel bellek yakınması olmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (21).

Çalışmamızda öznel bellek yakınmaları ve nesnel bellek yakınmaları arasındaki ilişkinin eğitim seviyesi modele dahil edildiğinde ortadan kalktığını saptadık. Bu sonuç öznel bellek yakınmalarının eğitim düzeyi düşük bireylerde daha sık olduğunu gösteren çalışmalarla uyumludur (22). Yakın zamanlı bir demans riski çalışmasında, eğitim düzeyinin düşüklüğü ile öznel bellek yakınmasının şiddeti arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (23). Fritsch ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada, eğitim seviyesi yüksek olan bireylerde iyi global kognitif işlevlerin daha az öznel bellek yakınmasıyla ilişkili olduğu, öte yandan eğitim seviyesi düşük bireylerde iyi bilişsel işlevlerin öznel bellek yakınması üzerine etkisi olmadığı gösterilmiştir (24). Öte yandan bu yakınmaların eğitim seviyesiyle ilişkili olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (25). Düşük eğitim seviyesi genel olarak öznel sağlık yakınmalarıyla ve sağlığın olduğundan daha kötü olarak algılanmasıyla ilişkilidir (26,27). Bulunan sonuç bu durumun bir yansıması olabilir.

Öznel bellek yakınmalarının kognitif testlerle ilişkilendirildiği çalışmalarda başta majör depresif bozukluk olmak üzere bellek yakınmalarına yol açabilen yaygın psikiyatrik hastalıkların da etkili olduğu saptanmıştır (13,28,29,30,31). Çalışmamızda klinik olarak süregiden psikiyatrik bir tanının

varlığı da incelenmiştir. Gruplar arasında psikiyatrik tanı varlığı açısından bir fark olmadığı gibi, psikiyatrik tanı varlığı öznel bellek yakınmaları ve bilişsel işlevler arasındaki ilişkide etkili gibi görünmemektedir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur ve sonuçlar yorumlanırken bunların dikkate alınması gereklidir. Bu çalışmada bilişsel fonksiyonların nesnel değerlendirilmesi için kapsamlı bir kognisyon bataryası kullanılmamıştır. O nedenle yürütücü işlevler gibi bellek fonksiyonlarına dair yorum yapmak imkansızdır. Ancak çalışmaya dahil edilen test sayısının artması ile çoklu test yapmak gerekeceği için, daha büyük örneklem ihtiyacı gerekli olacaktır. Bu vaka sayısı ile optimal sayıda testi kullanmak yanıltıcı sonuçları önlemektedir. Çalışmamızda psikiyatrik bozuklukların tanınması açısından varlığı incelenmiştir. Depresyon ve anksiyete bozukluklarının şiddetinin değerlendirilmesi ve bu ilişkideki yerinin araştırılması bu nedenle mümkün olmamıştır. Son olarak, çalışmamız kesitsel bir çalışma olduğundan öznel bellek yakınmaları ile nesnel bilişsel işlevler arasındaki ilişkinin nedenselliği üzerine yorum yapmak mümkün değildir. Çalışmanın bazı güçlü yanları da mevcuttur. Öncelikle toplum temelli bir örneklemde yapıldığından sonuçlar genellenebilir (dış geçerlik). Öznel bellek yakınmaları ile nesnel

bilişsel fonksiyonların ilişkisi incelenirken birçok değişken karıştırıcı faktör olarak hesaba katılmış olduğundan bias riski azaltılmıştır.

SONUÇ

Öznel bellek yakınmalarının ölçek ya da tek soru olarak değerlendirilmesinin mümkün olduğu ve öznel bellek yakınmalarının nesnel bilişsel işlevlerle ilişkisinin eğitimle açıklandığı saptanmıştır. Öznel bellek yakınmaları değerlendirilirken, eğitim düzeyinin dikkate alınması demansın erken dönemde tespiti sürecinde yanlış pozitiflik olasılığını azaltacaktır.

Yazışma adresi: Doç. Dr. Neşe Direk, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri A.D. İzmir, Türkiye
nese.direk@deu.edu.tr

KAYNAKLAR

1. Gurvit H, Emre M, Tinaz S, Bilgic B, Hanagasi H, Sahin H, Gurol E, Kvaloy JT, Harmanci H. The prevalence of dementia in an urban Turkish population. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2008;23:67-76
2. Keskinoglu P, Yaka E, Uçku R, Yener G, Kurt P. Prevalence and Risk Factors of Dementia Among Community Dwelling Elderly People in Izmir, Turkey. *Turkish J Geriatr* 2013;16:135-41
3. Bulut S, Ekici I, Polat A, Berilgen MS, Gönen M, Dağ E, Demir CF. Elazığ İli Abdullahpaşa Bölgesinde Demans Prevalansı ve Demans Alt Grupları. *Demans Derg* 2002;2:105-10
4. TÜİK. Nüfus Projeksiyonları, 2018-2080. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567> . Erişim Tarihi: Temmuz 26, 2018.
5. T. C. Sağlık Bakanlığı İstatistik, Analiz ve Raporlama Daire Başkanlığı. Dünya Alzheimer Farkındalık Günü, 2015. <https://docplayer.biz.tr/4172332-Istatistik-analiz-ve-raporlama-daire-baskanligi.html> . Erişim Tarihi Temmuz 26, 2018.
6. Jonker C, Geerlings MI, Schmand B. Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000;15:983-91
7. Jungwirth S, Fischer P, Weissgram S, Kirchmeyer W, Bauer P, Tragl KH. Subjective Memory Complaints and Objective Memory Impairment in the Vienna-Transdanube Aging Community. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:263-8
8. Balash Y, Mordechovich M, Shabtai H, Merims D, Giladi N. Subjective memory decline in healthy community-dwelling elders. What does this complain mean? *Acta Neurol Scand* 2010;121:194-7
9. Begum A, Morgan C, Chiu C-C, Tylee A, Stewart R. Subjective memory impairment in older adults: aetiology, salience and help seeking. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012;27:612-20
10. Snitz BE, Small BJ, Wang T, Chang CCH, Hughes TF, Ganguli M. Do subjective memory complaints lead or follow objective cognitive change? A five-year population study of temporal influence. *J Int Neuropsychol Soc* 2015;21:732-42
11. Hohman TJ, Beason-Held LL, Lamar M, Resnick SM. Subjective Cognitive Complaints and Longitudinal Changes in Memory and Brain Function. *Neuropsychology* 2011;25(1):125-30
12. Geerlings MI, Jonker C, Bouter LM, Adèr HJ, Schmand B. Association between memory complaints and incident Alzheimer's disease in elderly people with normal baseline cognition. *Am J Psychiatry* 1999;156:531-7

13. Duman B, Özel Kızıl ET, Baran Z, Kırıcı S, Turan E. Discrepancy Between Subjective Memory Complaints and Objective Memory Deficits in Elderly Patients with Depression Compared to Mild Cognitive Impairment. *Türk Psikiyatr Derg* 2016;27:1-7
14. Özel Kızıl ET, Duman B, Altıntaş Ö, Kırıcı S, Baştuğ G, Baran Z, Altınöz U. Öznel Bellek Yakınmaları Anketi Türkçe Formunun Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Turkish J Geriatr* 2013;16:150-4
15. Açıkgöz M, Özen Barut B, Emre U, Taşçılar N, Atalay A, Köktürk F. Elli Beş Yaş Üstü Popülasyonda Subjektif Bellek Yakınması ile Objektif Kognitif Performans Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Noropsikiyatri Ars* 2014;51:57-62
16. Güngen C, Ertan T, Eker E. Standardize Mini Mental Test'in Geçerlik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatr Derg* 2002;13:273-81
17. Tümaç A. Normal Deneklerde Frontal Hasarlara Duyarlı Bazı Testlerde Performansa Yaş ve Eğitimin Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, 1997.
18. Gifford KA, Liu D, Lu Z, Tripodis Y, Cantwell NG, Palmisano J, Kowall N, Jefferson AL. The source of cognitive complaints predicts diagnostic conversion differentially among nondemented older adults. *Alzheimer's Dement* 2014;10:319-27
19. Studart Neto A, Nitrini R. Subjective cognitive decline: The first clinical manifestation of Alzheimer's disease? *Dement Neuropsychol* 2016;10:170-7
20. Abner EL, Kryscio RJ, Caban-Holt AM, Schmitt FA. Baseline subjective memory complaints associate with increased risk of incident dementia: the PREADVICE trial. *J Prev Alzheimer's Dis* 2015;2:11-6
21. Açıkgöz DG. Bellek ve Dikkat Fonksiyonlarını Ölçen Nöropsikolojik Testlerin Faktör Yapısının Görgül ve İstatistiksel Yollardan Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1995.
22. Harvan JR, Cotter V. An Evaluation of Dementia Screening in the Primary Care Setting. *J Am Acad Nurse Pract* 2006;18:351-60
23. Nicholas CR, Dowling NM, Racine AM, Clark LR, Berman SE, Kosciak RL, Asthana S, Hermann B, Sager MA, Johnson SC. Longitudinal Assessment of Self- and Informant-Subjective Cognitive Complaints in a Sample of Healthy Late-Middle Aged Adults Enriched with a Family History of Alzheimer's Disease. *J Int Neuropsychol Soc* 2017;23:617-26
24. Fritsch T, McClendon MJ, Wallendal MS, Hyde TF, Larsen JD. Prevalence and Cognitive Bases of Subjective Memory Complaints in Older Adults: Evidence from a Community Sample. *J Neurodegener Dis* 2014;2014:1-9
25. Bernardes FR, Machado CK, Souza MC, Machado MJ, Belaunde AMA. Queixa subjetiva de memória e a relação com a fluência verbal em idosos ativos. *CoDAS* 2017;29:e20160109
26. Van Lenthe FJ, Schrijvers CTM, Droomers M, Joung IMA, Louwman MJ, Mackenbach JP. Investigating explanations of socio-economic inequalities in health: The Dutch GLOBE study. *Eur J Public Health* 2004;14:63-70
27. Odéen M, Westerlund H, Theorell T, Leineweber C, Eriksen HR, Ursin H. Expectancies, socioeconomic status, and self-rated health: Use of the simplified TOMCATS questionnaire. *Int J Behav Med* 2013;20:242-51
28. Chin J, Oh KJ, Seo SW, Na DL. Are depressive symptomatology and self-focused attention associated with subjective memory impairment in older adults? *Int Psychogeriatrics* 2014;26:573-80
29. Lehrner J, Moser D, Klug S, Gleib A, Auff E, Dal-Bianco P, Pusswald G. Subjective memory complaints, depressive symptoms and cognition in patients attending a memory outpatient-clinic. *Int Psychogeriatrics* 2014;26:463-73
30. Lahr D, Beblo T, Hartje W. Cognitive performance and subjective complaints before and after remission of major depression. *Cogn Neuropsychiatry* 2007;12:25-45
31. Dux MC, Woodard JL, Calamari JE, Messina M, Arora S, Chik H, Pontarelli N. The moderating role of negative affect on objective verbal memory performance and subjective memory complaints in healthy older adults. *J Int Neuropsychol Soc* 2008;14:327-36

The role of aggression in the relationship between grandiose narcissistic traits and interpersonal style: University students in Turkey

Büyüklenmeci narsisistik kişilik özellikleri ile kişiler arası tarz arasındaki ilişkide saldırganlığın aracı rolü: Türkiye'deki üniversite öğrencisi örnekleme

Neslihan Arıcı Özcan¹, Ömer Erdem Kocak², Reyhan Arslan³

¹Assis. Prof., İstanbul Medeniyet University, Faculty of Health Sciences, Department of Social Work, İstanbul

²Assis. Prof., İstanbul Medipol University, Faculty of Business and Administration, Department of Business, İstanbul

³Res. Asis., İstanbul Medipol University, Faculty of Education, Department of Guidance and Psychological Counseling, İstanbul

SUMMARY

Objective: The aim of this study is to investigate the role of aggression in the relationship between grandiose narcissistic personality characteristics and negative interpersonal relationship style. Grandiose narcissistic features include overconfidence, high self-esteem, dominance and exploitative interpersonal style, expectation of attention and admiration from others, and aggressive attitudes and behaviors through the concept of threatened egotism. **Method:** In this study, 577 university students participated from different departments. Narcissistic Personality Inventory for measuring the grandiose narcissistic features, Buss-Perry Aggression Questionnaire for measuring the aggression, Interpersonal Style Scale and demographic form are used. Research model was tested with structural equation modeling using Amos 21 software. In this process sub-dimensions of interpersonal relationship style are used as manifest variable while five indicators for grandiose narcissistic features and 3 indicators for aggression are used as latent variables. **Results:** The primary analysis of the study indicated that goodness-of-fit statistics show that the data fit well to the model (χ^2 : 180.801, df: 54, CFI: .976, TLI: .959, GFI: .958, RMSEA: .064, SRMR: .051). According to the results, aggression mediates the relationship between grandiose narcissistic personality characteristics and negative interpersonal communication styles (χ^2 : 259.405, df: 65, CFI: .963, TLI: .948, GFI: .941, RMSEA: .072, SRMR: .055). **Discussion:** The significant mediation effect of aggression implies that narcissistic features bring with aggression toward other people that ultimately lead to getting in contact with people in a negative manner.

Key Words: Aggression, narcissism, grandiosity, interpersonal style, interpersonal relationships

(*Turkish J Clinical Psychiatry* 2018;21:341-350)

DOI: 10.5505/kpd.2018.85547

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, üniversite öğrencilerinde büyüklenmeci narsistik kişilik özellikleri ile olumsuz kişiler arası ilişki tarzı arasındaki ilişkide saldırganlığın aracı rolünü incelemektir. Büyüklenmeci narsistik kişilik özellikleri, kendine aşırı güven, baskınlık, sömürücü ilişki tarzı, beğenilme beklentisi ve benlik saygısı tehdit edildiğinde ortaya çıkan yoğun öfke ve düşmanca tutumları içermektedir. **Yöntem:** Araştırmaya 577 üniversite öğrencisi katılmıştır. Veri toplamak amacıyla Narsistik Kişilik Envanteri, Buss Perry Saldırganlık Ölçeği ve Kişiler Arası Tarz Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmada değişkenler arası ilişkiler ve saldırganlığın aracı değişken etkisi eş zamanlı olarak Amos 21 yazılımıyla yapısal eşitlik modellemesi kullanılarak test edilmiştir. Çalışmada Kişiler Arası Tarz ölçeğinin tüm alt boyutları gözlenen değişken olarak ele alınırken, Buss Perry Saldırganlık Ölçeğinin üç alt boyutu ile Narsistik Kişilik Envanterinin beş alt boyutu gizil değişken olarak değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Analizler sonucunda ölçüm modeli uyum değerleri, modelin değişkenler arası analiz yapmak için uygun olduğunu göstermiştir (χ^2 : 180.801, df: 54, CFI: .976, TLI: .959, GFI: .958, RMSEA: .064, SRMR: .051). Sonuçlar, saldırganlığın, büyüklenmeci narsistik kişilik özellikleri ile olumsuz kişiler arası tarz arasındaki ilişkide aracılık etkisi gösterdiğini ortaya koymaktadır (χ^2 : 259.405, df: 65, CFI: .963, TLI: .948, GFI: .941, RMSEA: .072, SRMR: .055). **Sonuç:** Aracılık etkisi, narsistik özelliklerin saldırgan davranışları beraberinde getirdiğine, bunun sonucunda da işlevsel olmayan ilişki kurma biçimlerinin ortaya çıktığına işaret etmektedir.

Anahtar Sözcükler: Saldırganlık, narsisizm, büyüklenme, kişilerarası tarz, kişiler arası ilişkiler

INTRODUCTION

Narcissism, a character defect recognized as far back as ancient times, has recently grown in popularity as a subject of clinical, social-personality, and industrial-organizational psychological study (1,2). This increasing interest in narcissism has brought a significant imbalance between theory construction and the production of empirical data to light (3).

Narcissism is defined as a relatively permanent character trait encompassing grandiosity, lack of empathy, and inflated self-appraisal (4). In terms of social-personality psychology and clinical psychology, narcissism is widely conceptualized as a trait or a personality disorder, respectively (5). Clinical psychologists view narcissism as taxon in clinical settings. They also use clinical ratings and interviews in order to assess narcissism. Contrarily, social-personality psychologists judge narcissism to represent a dimension of the non-clinical population and utilize self-report measures in their assessment of the phenomenon (6). However, much research conducted on both the clinical and non-clinical population indicates that both these conceptualizations share many similarities. For starters, both schools of thought use the same measures in their assessment of narcissism (5,7,8).

Moreover, a number of theories and explanations have been enlisted in order to account for narcissism. It is commonly postulated that narcissism is divided in two subtypes; grandiose and vulnerable (6,9,10,11). In this study, grandiose narcissism was taken into higher consideration due to fact that the literature accounts for a significant correlation with the variables (aggression and interpersonal style) which remain the focus of this study. Grandiose narcissism generally correlates with overconfidence, high self-esteem, dominance and exploitative interpersonal style, expectation of attention and admiration from others, and aggressive attitudes and behaviors through the concept of threatened egotism (12,13,14,15,16,17).

Furthermore, grandiose narcissism carries with it a number of interpersonal problems due to its egocentric nature (18). People with grandiose narcissism use self-enhancement strategies to manage

their self-esteem, and when these strategies are threatened by others, then the latter are instantly devalued (9,18). In other words, those who display grandiose narcissism necessarily engage in a domineering and exploitative interpersonal style.

In grandiose narcissism, aggression is triggered when the self is perceived as under threat (17). As literature on the subject largely concurs, grandiose narcissism correlates with reactive (provoked/impulsive) and proactive reaction (unprovoked/planned) (19,20). Bushman and Baumeister (21) have stated that people with grandiose narcissistic personality characteristics show significantly more physical aggression than others, even when unprovoked. Another study shows that grandiose narcissism is a strong predictor of aggressive behavior (22). Ronnigstam (23) indicates that people with grandiose narcissistic personality characteristics exhibit externalizing behaviors such as fighting, arguing, cursing, threatening, and bullying that bring about inappropriate communication styles in their relationships. Similarly, Campbell and Foster (24) state that people with grandiose narcissistic personality characteristics generally lack empathy for other people and are tend to exploit and blame them. Thus, it is agreed that there is a significant correlation between aggression and grandiose narcissism (13). In line with such conclusions, it can be said that explicit aggression is apparently seen in grandiose narcissism.

This study aims to investigate the role of aggression in the relationship between grandiose narcissism and interpersonal problems. To this end, the definition of aggression laid out in Buss Perry's aggression scale (25) will be utilized, thus incorporating physical aggression, verbal aggression, anger, and hostility.

Furthermore, aggression and interpersonal problems are dramatically increased in the adolescent phase (26,27). Aggression and interpersonal problems among youths can generally stem from the youth's identity formation process. Adolescents are more egocentric, exploitative, and attention seeking because they lack a fuller awareness of their thoughts, feelings, and behavior in both a social

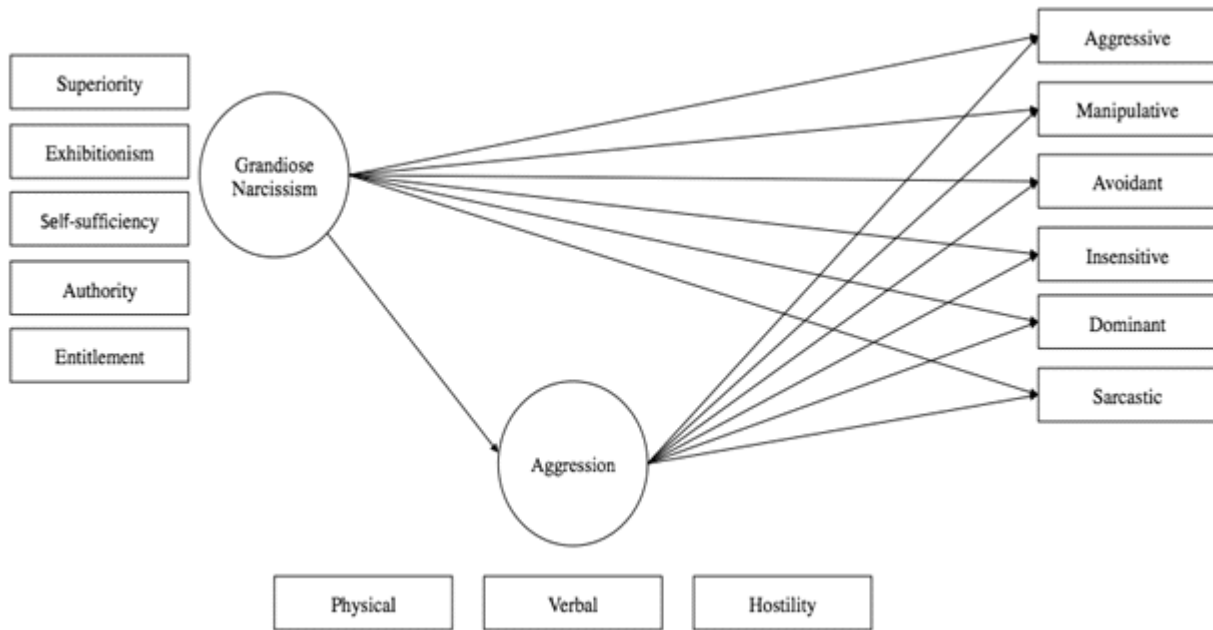


Figure 1. Research model

and interpersonal context (28). Evans, Heriot, and Friedman (29) note that adolescents having high level of aggression can show low level of empathy in interpersonal relationship, and this can be associated with narcissism. Some scholars (30,31) indicate that aggression in children and adolescents is a predictor of narcissism as a conduct problem. Furthermore, narcissism is more prevalent between young individuals, especially in 20-29 years old persons (32). Given that the trait appears to embed itself in individuals in this age group, university students have been chosen as the test subject to investigate the role of aggression in the relationship between grandiose narcissism and interpersonal problems that are operationally defined as negative interpersonal relationship styles.

Aims of the Study

The aim of study is to examine the role of aggression in the relationship between grandiose narcissism and interpersonal problems.

Hypothesis

H1: Aggression mediates the relationship between grandiose narcissism and anger communication style.

H2: Aggression mediates the relationship between grandiose narcissism and dominant communication style.

H3: Aggression mediates the relationship between grandiose narcissism and insensitive communication style.

H4: Aggression mediates the relationship between grandiose narcissism and avoidant communication style.

H5: Aggression mediates the relationship between grandiose narcissism and manipulative communication style.

H6: Aggression mediates the relationship between grandiose narcissism and sarcastic communication style.

METHOD

Participants

The study took data from 577 psychology students from the Psychology, Counseling, and Medical Science departments of Istanbul Medipol University. The mean of participants' age was 20,

with 30% representing males. The vast majority of participants were first-year and second-year students, 45% and 27%, respectively. 15% of participants had been diagnosed with at least one psychiatric disorder during their lifetime, and 20% of these had undergone some form of therapy, medication program, or both.

Measures

The study utilizes the Narcissistic Personality Inventory (NPI) as a means of measuring grandiose narcissism, the Buss-Perry Aggression Questionnaire (BAQ) for measuring aggression, as well as the Interpersonal Style Scale (ISS) and demographic form.

Narcissistic personality inventory (NPI) This scale developed by Ames, Rose, and Anderson (33) was adapted into Turkish by Atay (34), and measures narcissistic personality traits. The scale consists of 16-items of dichotomous type. The reliability and validity of the original scale has been proven by five separate studies. The Cronbach alpha among university student sample measured .72. The scale represents six factors (superiority, exhibitionism, self-sufficiency, authority, entitlement, exploitativeness). The first unrotated factor ranged from .13 to .66. The first factor explains 19.9 percent of variance. The mean of internal consistency of the original scale was found to be .67 (33). The reliability of the Turkish version of the scale is .62. The principal components of exploratory factor analysis show that items are fit in the original form, and that six factors have been observed. Upon analysis, a measuring device consisting of 16 items explaining 60,8 % of the total variance has been obtained. The exhibitionism factor explains 17,19 %, of the total variance; the superiority factor explains 10,10 %, of the total variance; the authority factor explains 9,23 % of the total variance; the entitlement factor explains 8,75 % of the total variance; the exploitativeness explains 7,97 % of the total variance; the self-sufficiency factor explains 7,59 % of the total variance. In this study, internal consistency of the scale is found .86 and AVE is .51. The exploitativeness scale factor loading was below .50. Thus, this factor was excluded from the study.

Buss-Perry aggression questionnaire This scale consists of 29 items with 5 Likert type options developed by Buss and Perry (25), and was adapted into Turkish by Demirtaş Madran (35). The Turkish version of the scale coincides with that of the original form. The minimum score is 29 and maximum score is 145. Two reverse items are included. The Turkish version also contains four factors (physical aggression, verbal aggression, anger and hostility) explaining 41.4% variance. The internal consistency of the original form Cronbach α is .89 for total, .85 for physical aggression, .72 for verbal aggression, .83 for anger and .77 for hostility. The internal consistency of the Turkish version of the scale Cronbach α is .85 for total, .78 for physical aggression, .48 for verbal aggression, .76 for anger and .71 for hostility. The test-retest reliability coefficient of the Turkish version of the scale with an interval of 4 weeks is .97 for total, .98 for physical aggression, .82 for verbal aggression, .85 for anger and .85 for hostility. The concurrent validity of the Turkish version of the scale with sub-dimension of anger behaviors of Multi-dimensional Anger Scale (36) is 0.49 ($p < .01$). In this study, internal consistency of the scale was found as .77 and average variance extracted (AVE) was .49. We excluded anger dimension in order to avoid interference with communication styles. Although the threshold for AVE is .50, .49 is close enough that we deemed it better to exclude this AVE score.

Interpersonal style scale This scale consists of 60 items with 5 Likert type options, is developed by Şahin et al. (37). The scale aims to measure interpersonal communication style. The maximum score shows negative interpersonal style. The factor analysis shows six factors; namely, dominance, avoidance, aggressiveness, insensitivity, manipulation, and sarcasm. The Cronbach alpha reliability coefficients for factors are varied between .88 and .67. The reliability coefficient of total items is .93. The significant correlation between the total score of the scale and the Brief Symptom Inventory (BSI) is .40 ($p < 0.01$). A significant correlation between the sub-dimensions of the scale (BSI) ranges from .49 to .17 ($p < 0.01$). In this study, internal consistencies of the six subscales ranges between .71 and .90. Also, the internal consistency of the total scale was found as .85 with an AVE of .51. Six negative communication styles were constructed as manifest

variables in the study.

Ethics Statement

Ethical permission to conduct the study was taken from the Social Sciences Ethics Committee of Istanbul Medipol University. After ethical approval was granted, the process of data collection was begun. Participants initially received a written informed consent form in which they were informed about the study and confidentiality was assured. The participants who acknowledged that they voluntarily participate in the study were given the scales. The participants were not required to give any personal information and were told that they could pass up the study if they no longer wished to continue or felt uncomfortable with the questions.

Procedure

Data was collected from students of Istanbul Medipol University in Istanbul, Turkey's largest city. The snowball method was used in the sampling process. After ethical permission was obtained, all instruments were presented to participants through paper-pen format. It took approximately 10-15 minutes to fill in all the questionnaires. Participation was on a voluntary basis. The process of data collection lasted for two months.

Statistical Analysis

Prior to statistical analyses, data was examined for accuracy of information and missing values. Then, outliers detected according to z scores exceeding ±3.29 were removed from the data. After that, normal distribution of data was tested and normality

was assured. The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 23 was utilized in order to analyze the associations between the variables of the study. Research models were tested using Structural Equation Modeling (38) on Amos 21 software. The model fit was assessed depending on several goodness-of-fit indices. These are Chi-Square statistics divided by the degree of freedom (χ^2/df); comparative fit index (CFI), Tucker-Lewis coefficient (TLI), goodness of fit index (GFI), root mean square error of approximation (RMSEA) and the standardized root mean square residual (SRMR) (39,40). In order to test the mediation effect, the bootstrap method suggested by Preacher and Hayes (41) was used.

In this study, an item-parceling process was utilized, as each of scale accounts for various questions and dimensions (42). In line with this process, the mean of each sub-dimensions were taken and evaluated as manifest variables of related latent variables. Finally, five indicators for grandiose narcissism were attained, along with four indicators for aggression latent variables.

RESULTS

The means, standard deviations and correlations for the research variables are shown in Table 1. Bivariate correlations indicate that all variables are inter-correlated around middle levels.

Measurement Model

Before hypothesis testing, we examined convergent validity (43,44) by examining the item loadings and their associated t-values. All of the indicators must be greater than 0.40 (45), indicating that convergent validity has been achieved. All t-values and

Table 1. The Means, Standard Deviations, and Correlations for the Variables

Variables	M	SD	Correlations						
			1	2	3	4	5	6	7
1 incs_aggressive	2.54	.948	1						
2 incs_manipulative	2.22	.776	.45*	1					
3 incs_avoidant	2.12	.738	.45*	.67*	1				
4 incs_insensitive	1.24	.578	.28*	.45*	.59*	1			
5 incs_dominant	1.95	.841	.54*	.53*	.63*	.60*	1		
6 incs_sarcastic	1.81	.718	.49*	.42*	.52*	.37*	.65*	1	
7 grandiose	1.37	.853	.31*	.24*	.30*	.26*	.45*	.42*	1
8 aggression	1.90	.454	.59*	.39*	.49*	.35*	.64*	.54*	.35*

* Correlation is significant at the 0.01 level (2 -tailed).

factor loadings are shown in Table 2.

Preliminary Analysis

The results of the Confirmatory Factor Analysis (CFA) and goodness-of-fit statistics show that the data fit the model well. The item loadings of latent variables range between .45 and .99. Results of the CFA indicate that each indicator variable and its respective variable are related. These results attest to a relationship between indicators and constructs, and thus validity is proven (46). Goodness-of-fit indices are shown in the Table 3.

Test of the Model

The structural model is evaluated using standardized path coefficients, their significance level (t-statistics) and R² estimates. The R² of negative communication style variables indicate that the exogenous variables explain significance variances of each (Table 4). R² values should be greater than value of .10 (47).

In order to test the hypothesis, the structural model through which we tested direct and indirect effects was examined. As the correlations among the variables were significant, a mediating test was deemed appropriate for use on all results. The indirect effect was tested using a bootstrap estimation approach with 2000 samples (48). The results support all hypotheses in attesting to aggression as a full mediator between grandiose narcissistic features and negative communication styles. Grandiose narcissistic features are not a significant predictor after controlling for the mediator, aggression, consistent with full mediation. The direct and indirect path coefficients are shown in the Table 5.

The values shown in the table assert that aggression plays a mediating role between grandiose narcissistic features and negative communication styles,

Table 3. Goodness-of-fit Indices

	χ^2	df	CFI	TLI	GFI	RMSEA	SRMR
Measurement Model	180.801	54	.976	.959	.958	.064	.051
Structural Model	259.405	65	.963	.948	.941	.072	.055
Reference Values*			>90	>90	>90	<.08	<.08

*Values are according to Hu and Bentler (1999)

Table 2. T-Values and Factor Loadings

Construct and Indicators	Factor loading	t-value
Grandiose Narcissism		
Superiority	0,830	
Exhibitionism,	0,752	21,300
Self-sufficiency	0,958	32,359
Authority	0,989	34,009
Entitlement	0,560	14,640
Aggression		
Hostility	0,452	9,729
Physical Aggression	0,712	14,306
Verbal Aggression	0,637	

leaving little doubt that narcissism indeed brings about aggression toward others, thereby transforming communication styles into a negative.

DISCUSSION

In this study, associations between narcissistic characteristics, aggression, and negative interpersonal communication styles were examined as a whole model from a sample of Turkish university students. The results showed that people with grandiose narcissism characteristics significantly predict negative communication styles. After controlling aggression, this is no longer a significant predictor of interpersonal style that means full mediation effect of aggression in this relationship. Thus, aggression mediates the relationship between grandiose narcissistic characteristics and negative interpersonal communication styles (dominant, avoidance, aggressiveness, insensitive, manipulative, and sarcastic). The significant mediation effect of aggression implies that narcissistic characteristics bring aggression toward other people that ultimately leads negative manners of contact with others.

The results of the current study follow in line with the relevant literature. Many previous studies have revealed that people with grandiose narcissistic character traits display more aggressive behavior than others (13,21,23,22,24). These aggressive traits, in turn, may relate to problems with inter-

Table 4. R² Values

Variables	R ²
Aggression	0,258
incs_aggressive	0,466
incs_manipulative	0,343
incs_avoidant	0,474
incs_insensitive	0,236
incs_dominant	0,727
incs_sarcastic	0,546

incs: interpersonal negative communication style

personal functioning. Grandiose narcissism includes intra-psyche processes such as suppressing negative sides of self and distorting disconfirming external information, leading to entitlement and an inflated self-image and prevailing sense of superiority. Such grandiosity is typically expressed through interpersonally exploitative acts, lack of empathy, intense envy, aggression, and exhibitionism (49). Some other researchers also agree that narcissism is associated with hostility toward others, dominance, and intrusiveness in relationships (9,21). Within the clinical literature, many researchers have tried to explain how narcissism impairs interpersonal relationships. For those with narcissistic features, interpersonal relationships are used to support a self that cannot maintain a sense of well-being internally (50). These people are inclined to build self-esteem through domination of others, intimidating demands, denigration of others for not meeting expectations, and devaluation of people that threaten their sense of superiority (51,52,53). Therefore, interpersonal exploitation and exhibitionism help to create an illusive sense of self-importance. Robbins and Dupont (54) point out that the relationship among narcissism, aggression, and interpersonal difficulties is a vicious cycle. Maladaptive interpersonal behavior by people with

narcissistic features results in a breakdown of social relations, which bolsters a fragile sense of self. This, in turn, causes them to regulate their self-esteem through building interpersonal relations of a domineering/vindictive nature. Thus, the findings of the present study that confirm the mediating role of aggression that causes grandiose narcissism to surface in negative interpersonal relationships are parallel with previous findings. That is to say, people with grandiose narcissistic character traits show more aggression, and thus display of aggressive behavior which affects their communication with others.

On the other hand, aggression and negative interpersonal communication styles held as indicators of narcissism may also relate to personality pathology (e.g. borderline, antisocial) and not narcissism per se. Since personality disorders are strongly associated with interpersonal difficulties (55), the unique predictive power of narcissism in predicting negative interpersonal functioning requires more clarification by examining personality pathology.

This study has a number of limitations. First of all, reliance on self-report measures may cause social desirability effects in participants' response. In other words, participants may not have given honest answers to the questions in the survey. Thus, socially desirable responding may have affected the reliability of the results adversely. Secondly, female participants vastly outnumbered their male counterparts. Inequality of the gender distribution in the sample could mislead the results in terms of a possible gender effect which might have been attainable had the number of the two groups been

Table 5. The Direct and Indirect Path Coefficients

Path	Direct Effect	Indirect Effect*	Total Effect
Grandiose Narcissism > Aggression	.51	-	.51
Aggression > Anger	.69	-	.69
Aggression > Dominant	.81	-	.81
Aggression > Insensitive	.47	-	.47
Aggression > Avoidant	.72	-	.72
Aggression > Manipulative	.62	-	.62
Aggression > Sarcastic	.68	-	.68
Grandiose Narcissism > Anger	-.02	.35	.33
Grandiose Narcissism > Dominant	.07	.41	.48
Grandiose Narcissism > Insensitive	.04	.24	.28
Grandiose Narcissism > Avoidant	-.06	.37	.31
Grandiose Narcissism > Manipulative	-.07	.31	.24
Grandiose Narcissism > Sarcastic	.10	.35	.45

*Indirect Effect is through aggression using bootstrap estimation, 95%

equal. Another limitation is related to the generalizability of the results. Because most of the participants in this study were undergraduate students at a private university in Istanbul, the generalizability of the results to all university students is relatively low. Lastly, although the participants were asked to notify whether they had been diagnosed with any psychiatric disorders, no rating scales screening for psychopathology were used. This can be seen as a limitation since the results observed in the study may be a part of the psychopathology of the participants. Similarly, personality traits of the participants themselves were not examined within the scope of this study, and thus the results that seem to represent an aspect of narcissism may overlap with other personality traits (e.g. trait anger). These limitations should be gleaned when considering the results.

Despite these limitations, the present study may enrich the narcissism literature in several ways. Firstly, despite the fact that narcissism is very common-especially among young individuals worldwide (32)-the number of Turkish studies investigating narcissistic remain limited, so the current study may shed light on the interpersonal relationship of those with grandiose narcissistic characteristics in a uniquely Turkish cultural context. Secondly, the present study promotes a greater understanding of the possible mechanisms that lie behind the relationship difficulties people with grandiose narcissistic characteristics face. Thus, the results of the present study may inspire the field to develop more targeted interventionist treatments for relationship problems of this nature. The results show that people with narcissistic characteristics are apt to show disruptive behaviors and these behaviors cause difficulties in establishing and sustaining interpersonal relationships. In therapy, therapist can help their clients gain greater insight into the links between narcissistic features and negative interpersonal functioning. By raising awareness about the cyclic nature of this relationship, the client may understand the underlying reasons of interpersonal problems that they have. Identifying relationship patterns may help them to accept their role in interpersonal relationships and take responsibility of their own behaviors. Furthermore, it can be assumed that the relationship style of person with narcissistic features also emerges in therapeutic

relationship. Thus, therapist should be aware of the communication style of both the client and themselves during sessions. Brandley and colleagues (56) found that many clinicians' accounts of counter-transference responses to patients with narcissistic personality disorder were typically characterized by the following responses: "I feel annoyed in sessions with him/her"; "I feel used or manipulated by him/her"; "I lose my temper with him/her"; "I feel mistreated or abused by him/her"; and "I feel resentful working with him/her". Being aware of the relationship style of the client and counter-transference responses may aid in attaining positive therapeutic progress. This awareness may also provide for useful material which would go some way towards identifying a patient's interpersonal style outside sessions in order to get on with the work of resolving these issues better during. In addition to gaining insight into the relationship patterns associated with narcissistic features, some cognitive and behavioral exercises such as anger management, effective communication and problem solving skills can be implemented in the intervention program since narcissistic features are associated with aggression and nonfunctional communication styles.

In future studies, both grandiose narcissism and vulnerable narcissism ought to be investigated in an integrative model regardless of whether the paths that explain these two dimensions of narcissism differ or not. In other words, by including vulnerable narcissism in future studies, it can be ascertained as to whether grandiose and vulnerable narcissistic personality characteristics are related to different interpersonal relationship styles with the mediation of different constructs. Furthermore, by equating the number of men and women participants, two separate models may be tested for men and women to see whether different models may exist in future studies. Finally, there is a great need to investigate narcissistic personality characteristics using clinical samples. Thus, these results may be tested against the clinical population of various age groups.

Correspondence address: Res.Asis.. Reyhan Arslan, Istanbul Medeniyet University, Faculty of Education, Department of Guidance and Psychological Counseling, Istanbul, Turkey
reyhanarslan@medipol.edu.tr

REFERENCES

1. Gentile B, Miller JD, Hoffman BJ, Reidy DE, Zeichner A, Campbell K. A test of two brief measures of grandiose narcissism: The narcissistic personality inventory-13 and the narcissistic personality inventory-16. *Psychological Assessment* 2013; 25:1120-1136.
2. Samuel DB, Widiger TA. Convergence of narcissism measures from the perspective of general personality functioning. *Assessment* 2008; 15:364-374.
3. Miller JD, Campbell WK. The case for using research on trait narcissism as a building block for understanding narcissistic personality disorder. *Journal of Personality* 2010; 1:180-191.
4. Campbell WK, Brunell AB, Finkel EJ. Narcissism, Interpersonal Self-Regulation, and Romantic Relationships: An Agency Model Approach. Edited by Finkel EJ, Vohs KD. New York, Guilford Press, 2006, pp. 57-83.
5. Foster JD, Campbell WK. Are there such things as "narcissists" in social psychology? A taxometric analysis of the Narcissistic Personality Inventory. *Personality and Individual Differences* 2007; 43:1321-1332.
6. Miller JD, Dir A, Gentile B, Wilson L, Pryor LR, Campbell WK. Searching for a vulnerable dark triad: Comparing factor 2 psychopathy, vulnerable narcissism, and borderline personality disorder. *Journal of Personality* 2010; 78:1529-1564.
7. Campbell WK, Hoffman BJ, Campbell SM, Marchisio, G. Narcissism in organizational context. *Human Resource Management Review* 2011; 21:268-284.
8. Miller JD, Lynam DR, Campbell WK. Measures of narcissism and their relations to DSM-5 pathological traits: a critical reappraisal. *Assessment* 2016; 23:3-9.
9. Dickinson KA, Pincus AL. Interpersonal analysis of grandiose and vulnerable narcissism. *Journal of Personality Disorders* 2003; 17:188-207.
10. Pincus AL, Lukowitsky MR. Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology* 2010; 6:421-446.
11. Rose P. The happy and unhappy faces of narcissism. *Personality and Individual Differences* 2002; 33:379-391.
12. Besser A, Priel, B. Grandiose narcissism versus vulnerable narcissism in threatening situations: emotional reactions to achievement failure and interpersonal rejection. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2010; 29:874-902.
13. Bushman BJ, Baumeister RF, Thomaes S, Ryu E, Begeer S, West SG. Looking again, and harder, for a link between low self-esteem and aggression. *Journal of Personality* 2009; 77:427-446.
14. Given-Wilson Z, McIlwain D, Warburton W. Meta-cognitive and interpersonal difficulties in overt and covert narcissism. *Personality and Individual Differences* 2011; 50, 1000-1005.
15. Miller JD, Campbell WK. Comparing clinical and social-personality conceptualizations of narcissism. *Journal of Personality* 2008; 76:449-476.
16. Ronningstam E. *Identifying and Understanding Narcissistic Personality*. New York, Oxford University Press, 2005.
17. Schoenleber M, Sadeh N, Verona E. Parallel syndromes: Two dimensions of narcissism and the facets of psychopathic personality in criminally involved individuals. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 2011; 2:113-127.
18. Morf CC, Rhodewalt F. Unraveling the paradoxes of narcissism: A dynamic self-regulatory processing model. *Psychological Inquiry* 2001; 12:177-196.
19. Fossati A, Borroni S, Eisenberg N, Maffei C. Relations of proactive and reactive dimensions of aggression to grandiose and covert narcissism in nonclinical adolescents. *Aggressive Behavior* 2010; 36:21-27.
20. Lobbestael J, Baumeister RF, Fiebig T, Eckel LA. The role of grandiose and vulnerable narcissism in self-reported and laboratory aggression and testosterone reactivity. *Personality and Individual Differences* 2014; 69:22-27.
21. Bushman BJ, Baumeister RF. Threatened egotism, narcissism, self-esteem, and direct and displaced aggression: Does self-love or self-hate lead to violence? *Journal of Personality and Social Psychology* 1998; 75:219-229.
22. Twenge JM, Campbell WK. "Isn't it fun to get the respect that we're going to deserve?" Narcissism, social rejection, and aggression. *Personality and Social Psychology Bulletin* 2003; 29:261-272.
23. Ronningstam E. Narcissistic personality disorder: Facing DSM-V. *Psychiatric Annuals* 2009; 39:111-121.
24. Campbell WK, Foster CA. Narcissism and commitment in romantic relationships: an investment model analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin* 2002; 28:484-495.
25. Buss AH, Perry M. The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology* 1992; 63:452-459.
26. Hollister-Wagner GH, Foshee V, Jackson C. Adolescent aggression: Models of resiliency. *Journal of Applied Social Psychology* 2001; 31:445-466.
27. Steiner H, Saxena K, Chang K. Psychopharmacologic strategies for the treatment of aggression in juveniles. *CNS Spectrum* 2003; 8:298-308.
28. Washburn JJ, McMahon SD, King CA, Reinecke MA, Silver C. Narcissistic features in young adolescents: Relations to aggression and internalizing symptoms. *Journal of Youth and Adolescence* 2004; 33:247-260.
29. Evans M, Heriot SA, Friedman AG. A behavioral pattern of irritability, hostility and inhibited empathy in children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2002; 7:211-22.
30. Barry CT, Frick PJ, Killian AL. The relation of narcissism and self-esteem to conduct problems in children: A preliminary investigation. *Journal of Clinical Child Adolescent Psychology* 2003; 32:139-152.
31. Barry TD, Thompson A, Barry CT, Lochman JE, Adler K, Hill K. The importance of narcissism in predicting proactive and reactive aggression in moderately to highly aggressive children. *Aggressive Behavior* 2007; 33:185-197.
32. Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP, Huang B, Smith SM, Ruan WJ, Pulay AJ, Saha TD, Pickering RP, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-

- IV narcissistic personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry* 2008; 69:1033-45.
33. Ames DR, Rose P, Anderson CP. The NPI-16 as a short measure of narcissism. *Journal of Research in Personality* 2016; 40:440-450.
34. Atay S. Narsistik Kişilik Envanteri'nin Türkçe'ye Standardizasyonu. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2009; 11:181-196.
35. Demirtaş-Madran HA. Buss Perry Saldırganlık Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2012; 23:1-6.
36. Balkaya F, Şahin NH. Çok Boyutlu Öfke Ölçeği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14:192-202.
37. Şahin NH, Çeri Ö, Düzgün G, Ergün H, Karlı E, Koç V, Öflü P, Uzun C. (2007). *Kişilerarası Tarz Ölçeği*. Ankara: Yayınlanmamış Çalışma.
38. Bollen KA. A new incremental fit index for general structural equation models. *Sociological Methods & Research* 1989; 17:303-316.
39. Joreskog KG, Sörbom D. *New Features in LISREL 8*. Chicago, Scientific Software, 1993.
40. Kline RB. Software review: Software programs for structural equation modeling: Amos, EQS, and LISREL. *Journal of Psychoeducational Assessment* 1998; 16:343-364.
41. Preacher KJ, Hayes AF. SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers* 2004; 36:717-731.
42. Little TD, Cunningham WA, Shahar G, Widaman KF. To parcel or not to parcel: Exploring the question, weighing the merits. *Structural Equation Modeling* 2002; 9:151-173.
43. Chin WW, Gopal A, Salisbury, WD. Advancing the theory of adaptive structuration: The development of a scale to measure faithfulness of appropriation. *Information systems research* 1997; 8:342-367.
44. Fornell C, Larcker DF. Structural equation models with unobservable variables and measurement error: Algebra and statistics. *Journal of Marketing Research* 1981; 18:382-388.
45. Wixom BH, Watson HJ. An empirical investigation of the factors affecting data warehousing success. *MIS Quarterly* 2001; 25:17-41.
46. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Multivariate Data Analysis*. New Jersey, Englewood Cliff, 1998.
47. Falk RF, Miller NB. *A Primer for Soft Modeling*. United States, University of Akron Press, 1992.
48. Shrout PE, Bolger N. Mediation in experimental and nonexperimental studies: New procedures and recommendations. *Psychological Methods* 2002; 7:422-445.
49. Pincus AL, Ansell EB, Pimentel CA, Cain NM, Wright AGC, Levy KN. Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychological Assessment* 2009; 21:365-379.
50. Kohut H. *How Does Analysis Cure* Chicago, University of Chicago Press, 1984.
51. Campbell WK, Baumeister RF. Narcissistic personality disorder. In: Fisher JE, O'Donohue WT, editors. *Practitioner's Guide to Evidence-Based Psychotherapy*. New York: Springer, 2006, pp. 423-31.
52. Gabbard GO. Transference and countertransference in the treatment of narcissistic patients. In: Ronningstam E, editor. *Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications*. Washington (DC), American Psychiatric Press, 1998, pp. 125-46.
53. Millon T, Davis RD. *Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond*. New York, Wiley, 1996.
54. Robbins SB, Dupont P. Narcissistic needs of the self and perceptions of interpersonal behaviour. *Journal of Counseling Psychology* 1992; 39:462-7.
55. Johnson JG, First MB, Cohen P, Skodol AE, Kasen S, Brook JS. Adverse outcomes associated with personality disorder not otherwise specified in a community sample. *American Journal of Psychiatry* 2005; 162:1926-32.
56. Bradley R, Heim AK, Westen D. Transference patterns in the psychotherapy of personality disorders: empirical investigation. *British Journal of Psychiatry* 2005; 186:342-9.

Fibromiyalji sendromu tanılı hastalarda zihin kuramı ve üst biliş işlevleri

Theory of mind and metacognitive functions in patients with fibromyalgia syndrome

Filiz Özsoy¹, Sevil Okan²

¹Uzm. Dr., Tokat Devlet Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Tokat, Türkiye

²Uzm. Dr., Tokat Devlet Hastanesi, Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon, Tokat, Türkiye

ÖZET

Amaç: Fibromiyalji sendromu (FMS) tanılı hastaların üst biliş işlevleri ve zihin kuramlarını değerlendirmeyi amaçlıyoruz. **Yöntem:** Çalışmaya; Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniği'nde FMS tanısı konan 101 hasta ve 101 sağlıklı kontrol alınmıştır. Tüm katılımcılara; klinik veri değerlendirme formu, Fibromiyalji Etki Anketi, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Gözlerden Zihin Okuma Ölçeği (GZO) ve Üst biliş Ölçeği-30 (ÜBÖ) formları uygulandı. **Bulgular:** FMS tanılı hastaların GZO performansları sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde düşüktü. FMS tanılı hastaların, sağlıklı kontrollere göre daha fazla işlevsel olmayan üst bilişlere sahip olduğu, ve "kontrol edilemezlik ve tehlike" ve "bilişsel güven" üstbilişlerini daha fazla kullandığı saptandı. Hastaların BAÖ ve BDÖ puanları sağlıklı kontrollerden anlamlı düzeyde yüksekti. GZO skorları diğer ölçek skorları ile korelasyon göstermedi. BAÖ toplam puanı, ÜBÖ toplam puanı ve "kontrol edilmezlik ve tehlike" alt boyutu ile orta derecede korelasyon gösterdi. BDÖ ise ÜBÖ 'bilişsel güven', 'kontrol edilmezlik-tehlike' ve 'düşünceleri kontrol ihtiyacı' alt boyutları ile zayıf bir korelasyon gösterdi. **Sonuç:** FMS hastalarının daha fazla işlevsel olmayan üst bilişlere ve bazı parametrelerde farklı bir zihin kuramı işleyişine sahip oldukları görüldü. FMS tanılı hastaların, anksiyete ve depresyon düzeylerini ve bilişsel çarpıtmalarını ortaya koyabilmek için daha çok sayıda çalışmaya gereksinim vardır.

Anahtar Sözcükler: Fibromiyalji sendromu, üst biliş, gözlerden zihin okuma.

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:351-359)

DOI: 10.5505/kpd.2018.46036

SUMMARY

Objective: We aim to evaluate the metacognitive functions and theories of mind of patients with fibromyalgia syndrome (FMS). **Method:** One hundred one patients who had been diagnosed with FMS in the Physical Therapy and Rehabilitation Outpatient Clinic, and 101 healthy controls were included in this study. All clinical data form, Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), Beck Anxiety Scale (BAS), Beck Depression Scale (BDS), Reading the Mind in the Eyes Test (RMET) and Metacognitions Questionnaire Forms (MCI) were applied to all participants. **Results:** The RMET performance of patients with FMS was significantly lower than those of healthy controls. It was detected that the patients had more dysfunctional metacognitions. Patients with FMS used the 'uncontrollability and danger' metacognition and the 'cognitive trust' metacognition more frequently than healthy controls. The BAI and the BDI scores of the patients were significantly higher than those of the healthy controls. The RMET scores were not correlated with other scale scores. The BAO scores were moderately correlated with the MCI total scores and the "control inability and danger" subscale scores. The BDI correlated poorly with the 'cognitive trust', 'uncontrollability-danger' and the need for control of thinking' subscales of MCQ. **Discussion:** Dysfunctional metacognitions were higher in FMS patients and a different theory of mind functioning in some parameters. More studies are needed to reveal the levels of depression and anxiety, and the cognitive distortions in patients with FMS.

Key Words: Fibromyalgia syndrome, metacognition, reading of the mind.

GİRİŞ

Üst biliş; kişinin kendi zihnindeki olayların farkında olması ve bunları istemli olarak yönlendirebilmesini içeren bir üst sistemdir (1). Üst biliş sistemi, kişinin bilişsel süreçlerinin işlevsel ve uyuma yönelik çalışmasında önemli bir role sahiptir. Dolayısıyla bu sistemde meydana gelebilecek herhangi bir sapmanın, pek çok psikopatolojinin gelişmesi ve sürmesinde önemli bir faktör olabileceği düşünülmektedir (2). Bu yaklaşıma göre, psikiyatrik hastalıklardaki bazı işlevsel olmayan düşüncelere ve başa çıkma tarzlarına üst bilişsel işlevler yol açabilmektedir. (3).

"Zihin kuramı" (ZK) kavramı ise; ilk defa Premack ve Woodruff'ın şempanze türlerinin zihinsel durumlarını inceledikleri araştırmaları sonrasında ortaya konulmuştur ve tanımı şempanzelerin başkalarının zihinsel durumlarına ilişkin çıkarılma yapımları olarak yapılmıştır (4). Son çalışmalarda ZK; kişinin diğer insanların fikirleri, inançları, duygu ve niyetlerini anlayabilme ve bu zihinsel durumlar ve kişilerin davranışları arasında bağlantı kurma becerisi olarak tanımlanmıştır (5). Daha sonra bu tanım genişletilerek evrimsel bir yaklaşımla ele alınmıştır ve sosyal çevreye uyumu sağlayan uyumsal bir yeti olarak gelişimsel psikoloji alanında da kullanılmıştır (4). Literatüre bakıldığında ZK ile ilgili yapılan çalışmalarda kullanılan tek bir ölçek yoktur. Bu çalışmalarda; birinci ve ikinci düzey yanlış inanç testleri ve imayı kavrama testleri gibi testler kullanılmaktadır. Fakat bu testler, kişinin zihin kuramı becerilerinin yanı sıra dikkat, semantik ve görsel süreçleri ile de bağlantılı olduğu için, bu testlerdeki başarısızlığın tamamını zihin kuramı becerilerine atfetmek mümkün görünmemektedir (6). Bu nedenle; Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZÖ) geliştirilmiştir. Bu testte; kişinin zihinsel durumu yüz ifadelerine dayanarak çözümlenmektedir ve seçenekler kompleks emosyonlar veya niyetler üzerinden kurgulandığı için test; emosyon tanıma değil zihin kuramı yeteneğinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (7).

FMS yaygın vücut ağrısı, palpasyonla hassas noktaların olduğu, yorgunluk, uyku bozukluğu, baş ağrısı, kognitif disfonksiyon gibi multipl somatik ve bilişsel semptomlarla karakterize kas iskelet sistemi-

nin kronik ağrılı bir hastalığıdır (8). Etiyolojisi tam olarak belirlenmemiştir. Hastalıkta rol oynayabileceği düşünülen bazı biyokimyasal, nörohormonal, santral sinir sistemi, immünolojik, psikolojik ve çevresel faktörlere ait kanıtlar bulunmuştur. Psikolojik etmenlerin hastalığın başlamasında ve sürmesinde etkili olduğu düşünüldüğü için FMS birçok psikiyatrik araştırmanın konusu olmuştur (9).

FMS hastalarında üst biliş ve gözlerden zihin okuma testleri ile yapılan çok az çalışma vardır (10,11,12). Diğer yandan FMS hastalarında bu iki ölçeğin birlikte kullanıldığı başka çalışma yapılmamıştır. Bu araştırmada amaç; FMS hastalarının sahip oldukları işlevsel olmayan üst bilişleri ortaya koymaktır. İkincil olarak ise sosyal etkileşimin ve kişiler arası iletişimin temel ögesi olan yüz ifadesi ile duyguları değerlendirmenin FMS hastalarında bozulup bozulmadığını incelemektir. Çalışmanın birinci varsayımı, FMS hastalarının daha fazla işlevsel olmayan üst bilişlere sahip olduklarıdır. İkinci varsayım ise; hastaların incelenen parametrelerde farklı bir zihin kuramı işleyişine sahip olduklarıdır. İşlevsel olmayan üst bilişler ya da farklı bir zihin kuramı işleyişi psikiyatrik eş hastalanma oranlarını arttırabileceği bunun da hastalığı ve hastaların yaşam kalitelerini daha da bozabileceği düşünülmüştür. Bu açıdan bakıldığında FMS hastalarında psikiyatri ile fizik tedavi ve rehabilitasyon hekimi işbirliği ile değerlendirilme yapılmasının hem hastalığın birey üzerindeki etkilerini azaltmada hem de bireyin bu kapasitelerinin psikososyal tedaviler kapsamında arttırılarak topluma kazandırılmasında aracılık edebileceği düşünülmüştür.

YÖNTEM

Bu çalışma için Gaziosmanpaşa Üniversitesi Girişimsel Olmayan Yerel Etik Kurulu'ndan ve Tokat Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden gerekli onaylar alındı. Çalışma Helsinki Deklarasyonu'na uygun şekilde yürütüldü. 25/07/2017 ve 30/01/2018 tarihleri arasında; Tokat Devlet Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniği'ne başvuran Amerikan Collage of Rheumatology (ACR) 1990 kriterlerine göre yaklaşık 600 hastaya FMS tanısı konuldu. Bu hastalar-

dan araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan gönüllü yaklaşık 350 hasta psikiyatri polikliniğine yönlendirildi. Fakat sadece yaklaşık 200'ü psikiyatri polikliniğine geldi ve aynı psikiyatri hekimince değerlendirildi. Hastalara çalışma ile ilgili bilgi verildi ve katılmayı kabul eden 158 hastadan yazılı onam alındı. Bu hastalardan 14 kişide tanı almış bir psikiyatrik hastalık, düzenli tedavi almı ya da öncesinde intihar girişimi olduğu için çalışmaya alınmadı. Hastalardan yaklaşık 23 kişi formları doldurmadığı ve 20 kişi de formları bırakmadığı için çalışmaya alınmadı. Çalışmamıza; 101 FMS tanılı ve 101 kadın da sağlıklı kontrol grubu olarak dahil edildi.

Araştırmaya konjestif kalp yetmezliği ve/veya koroner kalp hastalığı gibi şiddetli kalp hastalığı olanlar, ankilozan spondilit ve/veya romatoid artrit gibi romatolojik hastalıkları olan hastalar, kronik karaciğer ya da böbrek hastalığı bulunanlar, zekâ geriliği ya da nörodejeneratif hastalığı olanlar ile yazılı onam veremeyecek FMS hastaları alınmadı. Tanı almış psikiyatrik hastalığı ya da alkol-madde bağımlılığı olmayan hastalar çalışmaya alındı. Sağlıklı kontrol grubu ise fizik tedavi hekimince sorgulanıp ağrı şikayeti bulunmayan, halen ve geçmişinde psikiyatri tedavi almı olmayan, hastalarla yaş, eğitim ve sosyokültürel seviyeleri eşleşebilecek hasta yakınları arasından seçildi ve aynı şekilde psikiyatri polikliniğine yönlendirildi.

Tüm katılımcılar; yaş, öğrenim durumu, sosyoekonomik durumu gibi bilgileri içeren klinik veri değerlendirme formunu doldurdu. Aynı zamanda tüm katılımcılara; Fibromiyalji Etki Anketi, Beck Anksiyete Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Gözlerden Zihin Okuma Ölçeği ve Üst Biliş Ölçeği-30 formları uygulandı.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik ve Klinik Veri Toplama Formu: Tüm katılımcılara klinik deneyim ve taranan kaynaklardan elde edilen bilgilere uygun olarak ve çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak tarafımızca hazırlanan Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu uygulandı. Bu form yaş, medeni durum, eğitim durumu, cinsiyet, yaşanan yer, ekonomik durum gibi sosyodemografik bilgileri ve

ne kadar zamandır FMS tanısı aldıkları, başka bir hastalıklarının ya da tanı almış bir psikiyatrik hastalıklarının olup olmadığı gibi klinik verileri içeren yarı yapılandırılmış bir formdur.

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): 1988 yılında Beck ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur (13). Hastanın yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını ölçmek için kullanılan ölçek, 21 sorudan oluşur. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır. Toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini gösterir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları (14) tarafından yapılmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ): Ölçek; hem depresyon belirtilerini hem de bilişsel içeriğin değerlendirilmesini sağlamaktadır (15). Toplam 21 sorudan oluşur. Her madde 0-3 arasında giderek artan puan alır ve toplam puan bunların toplanması ile elde edilir. Toplam 0-63 arasında değişebilir. Alınan puan ne kadar yüksekse depresyonun şiddeti o derece fazla olarak yorumlanır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından yapılmıştır (16).

Fibromiyalji Etki Anketi (FEA): FMS hastalarında; fiziksel fonksiyonu ve sağlık durumunu değerlendirmek amacıyla Burchardt ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (17). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sarmer ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. FEA, 10 madde içerir ve toplam skor maksimum 100'dür. Yüksek skorlar düşük fonksiyonellik düzeyini gösterir (18).

Üst Biliş Ölçeği-30 (ÜBÖ): Ölçek Wells ve Cartwright-Hatton tarafından geliştirilmiştir (2). ÜBÖ; (1) olumlu inanç, (2) bilişsel güven, (3) kontrol edilemezlik ve tehlike, (4) bilişsel farkındalık ve (5) düşünceleri kontrol ihtiyacı olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır (19). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tosun ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (20).

Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZO): Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (21). Katılımcıdan, verilen 4 seçenekten resimdeki kişinin zihinsel durumunu en iyi tarif eden seçeneği işaretlemesi istenmektedir. Seçenekler kompleks

emosyonlar ya da niyetler üzerinden kurgulanmaktadır. Bu nedenle test emosyon tanıma ile zihin kuramı yeteneğinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Testin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yıldırım ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (22). Türkçe form 32 maddeden oluşmaktadır. Puanlama her soru için doğru cevaba bir puan verilmesi ile yapılır. Ölçekten alınabilecek puan 0-32 aralığındadır.

İstatistiksel değerlendirme

Araştırmanın nitel değişkenleri; katılımcıların yaş, eğitim durumu, medeni durum, sosyoekonomik durum, meslek, suicid girişimi ve ek tıbbi hastalık olup olmamasıdır. Nicel değişkenler arasında ise; BDÖ, BAÖ, FEA, Üst Biliş Ölçeği, Gözlerden Zihin Okuma Ölçeği puanları yer almıştır. Verilerin değerlendirilmesinde "SPSS for Windows 19.0" bilgisayar programı, hazır istatistik yazılımı kullanılmıştır.

Çalışmada nicel değişkenler ortalama, standart sapma ile nitel değişkenler frekans ve yüzde kullanılarak sunulmaktadır. Nicel değişkenlerin gruplara göre ortalamaları arasında farklılıkların olması durumunda İki Ortalama Arasındaki farkın önemlilik testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi uygulandı. Tek Yönlü Varyans Analizinde anlamlı sonuç çıkması sonrası çoklu karşılaştırma için Tukey HSD testi kullanıldı. Parametrik varsayımlar sağlanmadığı durumda Mann Whitney U testi ya da Kruskal Wallis testi kullanıldı. Anlamlı Kruskal Wallis testi sonrası çoklu karşılaştırma için Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U testi kullanıldı. FMS hastalarının ölçek puanları ile ilişkinin ortaya konması için çoklu lojistik regresyon analizi uygulandı. p değerleri 0.05'in altında hesaplandığında istatistiksel olarak önemli kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmamıza yaşları 21 ile 56 arasında değişen 101 FMS tanılı kadın hasta ve yaşları 25-55 arasında değişen 101 sağlıklı kadın kontrol grubu olarak dahil edildi.

Hastalarının hastalık yılları 1 yıl ile 20 yıl arasında

değişmekle birlikte ortalaması $2,11 \pm 2,68$ idi. Yaş ortalamaları; FMS hastalarının $41,53 \pm 7,94$, kontrol grubunun $37,03 \pm 7,89$ idi. Medeni durum; FMS hastalarında 95 kişi (%94,06) evli, 1 kişi (%0,91) bekar, 5 kişi ise (%4,95) eşinden ayrılmıştı, kontrol grubunda 69 kişi (%68,31) evli, 22 kişi (%21,78) bekar, 10 kişi (%9,9) eşinden ayrılmıştı. Eğitim durumları; FMS hastalarında 14 kişi (%13,86) okur-yazar, 71 kişi (%70,29) ilkökul, 3 kişi (%6,93) lise, 9 kişi (%8,92) üniversite mezunuydu, kontrol grubunda ise 1 kişi (%0,99) okur-yazar, 2 kişi (%1,98) ilkökul, 35 kişi (%34,65) lise, 56 kişi (%55,44) üniversite mezunuydu. Çalışma durumları açısından bakıldığında; hastalardan 86 kişi (%85,14) ev hanımı, 7 kişi (%6,93) memur, 2 kişi (1,98) emekli, 6 kişi ise (%5,94) yarı zamanlı bir işte çalışıyordu. Kontrol grubunda ise; 15 kişi (%14,85) ev hanımı, 75 kişi (%74,25) memur, 9 kişi (%8,91) yarı zamanlı bir işte çalışıyordu, 2 kişi (%1,98) ise işsizdi. Çalışmamızda; aylık 1.500 TL ve altı gelire sahip olmak düşük, aylık 1.500-3.000 TL arası gelir durumuna sahip olmak orta ve aylık 3.000 TL ve üstü gelire sahip olmak ise yüksek sosyoekonomik durum olarak belirlenmiştir. FMS grubunun; 37 kişi (%36,63) düşük, 42 kişi (%41,58) orta, 22 kişi (%21,78) yüksek gelire sahipti, kontrol grubunda ise; 25 kişi (%24,75) düşük, 55 kişi (%54,45) orta, 21 kişi (%20,79) yüksek gelir düzeyine sahipti. Ailede psikiyatrik hastalık; FMS grubunda sadece bir kişide (annede kaygı bozukluğu), kontrol grubunda ise yine bir kişide (ablada panik bozukluğu) vardı. Ek tıbbi hastalık kontrol grubunda yoktu, FMS grubunda ise sadece bir kişide (hipertansiyon) vardı. Hasta ve kontrol grubunun sosyo-demografik verileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuyordu.

FMS hastalarının İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi ve Mann Whitney U testi kullanılarak incelenen sonuçlarında BAÖ ve BDÖ puanları kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksekti. FEA, FMS tanılı hastaların fiziksel fonksiyonu ve sağlık durumlarını değerlendirmek amacıyla uygulanır. Fakat biz çalışmamızda sağlıklı kontrol grubuna da, sabah tutukluğu, ağrı ve buna bağlı günlük işlev düzeylerinde bozukluk olmadığını göstermek için uyguladık. FMS hastalarında FEA puanları sağlıklı kontrollerden yüksek olarak saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Gruplara göre nicel değişkenlerin dağılımı -1

	Grup		p
	Kontrol Ort±SS	FMS Ort±SS	
Beck Anksiyete Ölçeği	8,95±9	23,08±14,31	<0,001*
Beck Depresyon Ölçeği	8,02±5,85	10,83±6,63	0,002
Fibromiyalji Etki Anketi	28,48±17,23	61,35±18,99	<0,001
Tetik nokta puanı	0	13,51±4,48	
Üst biliş Ölçeği - Olumlu inanç	11,16±4,21	12,3±4,12	0,054
Üst biliş Ölçeği - Bilişsel güven	12,51±4,23	14,91±4,77	<0,001*
Üst biliş Ölçeği - Kontrol edilmezlik ve tehlike	14,97±5,11	17,78±5,99	<0,001*
Üst biliş Ölçeği - Bilişsel farkındalık	17,03±11,77	16,03±4,35	0,424
Üst biliş Ölçeği - Düşünceleri kontrol ihtiyacı	10,45±3,74	11,35±3,64	0,084
Üst biliş Ölçeği - Toplam puan	64,33±16,46	72,41±16,59	0,001
Gözlerden Zihin Okuma Ölçeği - Doğru cevaplar	22,79±4,03	20,71±4,5	0,001

İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve *Mann Whitney U testi kullanıldı. $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

ÜBÖ açısından İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi ve Mann Whitney U testi ile yapılan sonuçlarda; ÜBÖ toplam puanı, 'bilişsel güven' ve 'kontrol edilmezlik-tehlike' alt boyutları ise kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı yüksek saptandı. Olumlu inanç alt boyutu ise sınırda olarak değerlendirildi ($p=0,054$). Buna karşın 'bilişsel farkındalık' ve 'düşünceleri kontrol ihtiyacı' alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı. GZO testi için ise; FMS hastalarının doğru cevapları kontrol grubundan az sayıda idi (Tablo 1). FMS üzerine nicel değişkenlerin etkisini görmek için çok değişkenli lojistik regresyon analizi uygulandı (Tablo 2).

Ölçeklerin Pearson korelasyon analizlerine bakıldığında ise; tetik nokta puanı ve FEA puanı ve diğer ölçekler arasında ilişki saptanmadı. GZO testi sadece üst bilişin 'bilişsel farkındalık' alt boyutu ile zayıf bir ilişki gösterdi ($r=0,244$). BAÖ; ÜBÖ 'kontrol edilmezlik ve tehlike' alt boyutu ($r=0,461$) ve toplam puanı ($r=0,435$) ile orta düzeyde diğer alt boyutlarla ise zayıf bir korelasyon gösterdi. BDÖ ise; ÜBÖ-'olumlu inanç' ve 'bilişsel farkındalık' alt boyutları arasında istatistiksel olarak

anlamlı bir korelasyon saptanmazken, 'bilişsel güven' ($r=0,304$), 'kontrol edilmezlik-tehlike' ($r=0,380$) ve 'düşünceleri kontrol ihtiyacı' ($r=0,206$) alt boyutları ile ise zayıf bir korelasyon gösterdi. Ölçeklerin Spearman analizi sonuçlarında ise; BAÖ ile ÜBÖ 'bilişsel güven' alt boyutu ($r=0,301$) ve 'kontrol edilmezlik-tehlike' alt boyutu arasında ($r=0,347$) zayıf bir korelasyon saptandı (Tablo 3).

TARTIŞMA

FMS'da psikiyatrik semptomlar ya da psikiyatrik bozukluklar sık rastlanmaktadır. Bu semptomların ya da psikiyatrik bozuklukların varlığı tedavi seçiminde ve hastalığın seyri üzerinde de önemli rol oynamaktadır (9).

Bu çalışmada FMS hastalarının üst biliş işlevleri ve zihin kuramları incelenmiştir. Hastaların ÜBÖ toplam puanları, 'bilişsel güven' ve 'kontrol edilmezlik-tehlike' alt boyutlarında kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı bir yükseklik saptanmıştır. Beraberinde GZO testinde ise hastaların

Tablo 2. Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modelinde FMS üzerinde değişkenlerin etkisi

	Beta	Sig.	Odds Oranı	Odds oranı için %95 güven aralığı	
				Alt	Üst
Beck Anksiyete Ölçeği	0,064	0,008	1,066	1,017	1,117
Beck Depresyon Ölçeği	-0,072	0,070	0,931	0,861	1,006
Gözlerden Zihin Okuma Ölçeği - Yanlış cevaplar	0,127	0,009	1,136	1,032	1,250
Fibromiyalji Etki Anketi	0,070	<0,001	1,073	1,048	1,098

Geriyeye dönük eleme yöntemi kullanıldı, $p < 0,05$ olanlar anlamlı kabul edildi.

Tablo 3. Hastaların ölçeklerinin Pearson ve Spearman korelasyon analizi sonuçları

	Üst biliş Ölçeği					
	Toplam Puan	Olumlu İnanç	Bilişsel Güven ^a	Kontrol edilmezlik ve tehlike ^a	Bilişsel farkındalık	Düşünceleri kontrol ihtiyacı
BDÖ (r değeri)	0,373*	0,075	0,305*	0,218*	0,170	0,206*
BAÖ ^a (r değeri)	0,457*	0,351*	0,301*	0,347*	0,213*	0,347*
GZO (r değeri)	0,149	-0,033	0,157	0,136	0,244*	0,063

* $p \leq 0.05$, BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği, GZO; Gözlerden Zihin Okuma Ölçeği, ^a Spearman korelasyon katsayısı kullanıldı, diğerleri için Pearson katsayısı kullanıldı.
performansının daha düşük olduğu görülmüştür. (26).

Literatürde bu iki ölçeğin birlikte kullanılarak FMS hastalarının değerlendirildiği başka çalışmaya rastlanmamıştır. Gözlerden Zihin Okuma ölçeği ile FMS hastalarında yapılan tek çalışmanın sonuçlarında kontrol grubu ile FMS hasta grubunda gözler testi performansı açısından bir farklılık saptanmamıştır. Bu çalışmada 40 FMS tanılı hasta, 41 sağlıklı kontrolle kıyaslanmıştır (11). Bizim çalışmamızın sonuçlarında GZO performansı hasta grubunda anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Yani hastalar GZO testinde daha fazla yanlış cevap işaretlemişlerdir. GZO ölçeğinin anksiyete ve depresyon ölçekleri ile de korelasyon göstermemesi ile bu sonuç FMS hastalığına sahip olmanın bir stres faktörü olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Benzer şekilde; şizofreni hastalarının, annelerinde yapılan çalışmada; hasta annelerinin GZO testi performansı, kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede daha düşük olduğu bulunmuştur ve şizofreni tanılı bir çocuğa sahip olmanın stres faktörü oluşturduğu şeklinde yorumlanmıştır (23). Başka bir çalışmada şizofreni hastaları sağlıklı kontroller ve hasta yakınları ile GZO testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonucunda; şizofreni hastalarında ve akrabalarında GZO testi performansının düşük olduğu görülmüştür (24). Şizofreni hastalarında GZO testi, İmayı anlama testi ve Stroop Testi kullanılarak yapılan başka bir çalışmada; yine hasta grubunun GZO testi performansı sağlıklı kontrollerden düşük olarak bulunmuştur (25). Obsesif kompulsif bozukluk hastalarında yapılan tez çalışmasında ise; hastaların GZO performansı sağlıklı kontrol grubundan düşük olduğu ve erken başlangıçlı (<19 yaş) olan grupta daha fazla düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum da hastalardaki nörokognitif bozulmaya bağlanmıştır

FMS hastalarının üst biliş ölçeği ile değerlendirildiği bir çalışmada hastaların ÜBÖ toplam ve tüm alt boyut puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur (12). Bizim sonuçlarımızda ÜBÖ toplam puanı ve alt boyutlardan da 'bilişsel güven' ve 'kontrol edilmezlik-tehlike' alt boyutları sağlıklılarından yüksek olarak bulundu. Hasta grubunda yüksek olarak saptadığımız 'bilişsel güven' alt boyutu ile kişinin kendi hafızası ve dikkat yeteneklerine güven duymaması sorgulanmaktadır (14). Bu alt boyut aynı zamanda depresyon ölçeği ile de zayıf bir korelasyon göstermiştir. Bu sonuç; hastaların hafızalarına güvenmedikleri ya da yaşadıkları unutkanlıkları gösterdiği şeklinde yorumlanmıştır. Literatürde FMS hastalarında dikkat dağınıklığına yol açan konsantrasyon ve hafıza bozuklukları çalışmalarda yer bulmuştur (27,28,29). Yapılan bir çalışmada; dikkat, uzun ve kısa süreli hafıza ve karar verme fonksiyonlarında FMS hastalarında sağlıklı kontrollere göre defisitler saptanmıştır (30).

'Kontrol edilmezlik ve tehlike' alt boyutu ise; iki şekilde yorumlanır. Birincisi, 'kişinin işlevlerini yerine getirebilmesi ve güvende kalabilmesi için endişelerini kontrol etmesi gerekir' şeklinde inancıdır. Diğerisi ise; 'endişe kontrol edilemez' inancıdır (14). Bu alt boyut hasta grubunda yüksek olarak saptanmıştır ve anksiyete ölçeği ile orta düzeyde depresyon ölçeği ile ise zayıf bir korelasyon göstermiştir. Benzer şekilde depresif bozukluk ve panik bozukluk hastalarında yapılan bir çalışmada; depresif bozukluk hastalarında 'bilişsel güven' ve 'kontrol edilmezlik-tehlike' alt boyutları, panik bozukluk hastalarında ise 'kontrol edilmezlik-tehlike' ve 'düşünceleri kontrol ihtiyacı' alt boyutları kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulunmuştur.

Bu sonuç depresif bozukluk hastaları için; geleceğe ilişkin karamsar düşünceleri, kendileri, diğer insanlar ve gelecekleri hakkındaki olumsuz düşüncelerine ters düşen kanıtları görmezden gelme ve ufak aksilikleri abartma gibi bulgularla ilişkilendirilmiştir. Panik bozukluk hastaları için ise, katastrofik durumu (ölmek veya kontrolünü kaybetmek) önlemek için bilişsel süreçlerini kontrol etmeleri gerektiğine inanmaları şeklinde yorumlanmıştır (31). Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) hastalarının depresif bozukluk hastaları ve sağlıklı kontrollerle kıyaslandığı başka bir çalışmada, OKB hastalarında üst bilişin 'kontrol edilemezlik ve tehlike' ile 'düşünceleri kontrol ihtiyacı' alt boyutu, depresif bozukluk hastalarında ise 'bilişsel güven' alt boyutu kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (32).

'Olumlu inanç' alt boyutu ise, endişelenmenin problem çözmeye yardımcı olduğuna dair, endişelenmeye yönelik olumlu inançları içerir (14). Çalışmamızda 'olumlu inanç' alt boyutu sınırdan bir değer aldı fakat sonuç istatistiksel olarak anlamlı çıkmadı. Panik bozukluk hastaları ile yapılan bir çalışmada da, 'kontrol edilemezlik-tehlike' ve 'düşünceleri kontrol ihtiyacı' alt boyutlarının anlamlı oluşunun yanında bizim sonuçlarımıza benzer şekilde 'olumlu inanç' alt boyutu sınırdan bir değer almıştır (33). Endişe kontrol edilemez ya da endişenin kontrol edilmesi gerektiği inancı şeklinde yorumlanan 'kontrol edilemezlik ve tehlike' alt boyutunun yüksek, endişe ile ilgili 'olumlu inanç' alt boyutunun sınırdan oluşu hastaların günlük işlevselliklerini sınırlayan ağrı ve buna bağlı oluşan kaygı ile ilişkilendirilmiştir.

'Bilişsel farkındalık', kişinin kendi düşünce süreçleri ile sürekli uğraşmasını ifade eder. 'Düşünceleri kontrol etme ihtiyacı' ise; batıl inanç, cezalandırılma temalarını içeren olumsuz inançları kontrol altına alma ihtiyacı ve kişi bu inançları kontrol edemediği takdirde ortaya çıkacak zarar verici sonuçlardan kendisinin sorumlu olacağına ve cezalandırılacağına ilişkin inancı olarak yorumlanır (14). 'Bilişsel farkındalık' ve 'düşünceleri kontrol ihtiyacı' alt boyutlarında FMS hastaları ve kontrol grubu arasında fark bulunmadı. Panik bozukluk hastalarında ÜBÖ ile yapılan bir çalışmada; hasta grubunda kontrol edilemezlik-tehlike ve düşünceleri kontrol ihtiyacı alt boyutlarının kontrol

grubuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır. Bu durum; endişelenme ile ilgili olumsuz bilişlere sahip olan panik bozukluk hastalarının katastrofik durumu (ölmek veya kontrolünü kaybetmek) önlemek için bilişsel süreçlerini kontrol etmeleri gerektiğine inanmaları şeklinde yorumlanmıştır (33).

Çalışmamızda literatürdeki pek çok çalışmanın sonuçları ile benzer şekilde FMS hastalarının BAÖ puanları daha belirgin olmakla birlikte BDÖ puanları da kontrol grubundan yüksek saptanmıştır. Literatüre bakıldığında; 94 FMS tanılı hastada çocukluk travmaları ve depresyon ilişkisinin incelendiği bir çalışmada; hastaların 60'ının (%63,8) yaşam boyu majör depresif bozukluk tanısı aldığı görülmüştür ve çocukluk çağı travmaları ile depresyon arasında ilişki saptanmamıştır (34). Başka bir çalışmada; FMS tanılı hastalardaki depresyon ve anksiyetenin yorgunluk, ağrıyı felaketleştirme, uyku bozukluğu, hareket korkusu ve ağrı şiddeti ilişkili olup olmadığı incelenmiştir. 191 katılımcının %50'si yüksek kaygı ve/veya depresyon bildirmiştir ve yorgunluk ve uyku bozukluğu yüksek depresyon ile ilişkili bulunmuştur. Ağrı şiddeti, ağrıyı felaketleştirme ve hareket korkusu ise; yüksek anksiyete ve yüksek depresyon ile ilişkili olarak bulunmuştur (35). Fibromiyalji hastalarının yaşam kalitelerinin ve psikiyatrik semptomlarının incelendiği başka bir çalışmada; 86 hastadan 58'inde (%67,4) anksiyete, 75'inde (%87,2) depresif semptomlar saptanmıştır ve hasta grubunun her açıdan düşük yaşam kalitesine ve yetersiz sosyal desteğe sahip olduğu görülmüştür (36).

Araştırmanın sonuçları bazı kısıtlılıklar göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. Öncelikle çalışmanın kesitsel olması, örneklem sayımızın görece yeterli sayıda olmaması, katılımcıların sadece kadın cinsiyette olması, değerlendirmelerin hastaların kendilerinin doldurdukları ölçeklerle yapılıyor olması, katılımcılara SCID-5-CV (DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme) yapılmaması, hasta ve kontrol grubunun eğitim düzeylerinin bire bir denk olmamasının kısıtlılık oluşturduğu söylenebilir. Bu durum elde ettiğimiz sonuçları yorumlamayı ve genellemeyi sınırlamaktadır. Bulgularımızın önem kazanabilmesi için daha büyük örneklem gruplarında, farklı cinsiyetlerde, nörokognitif testlerle verilerin doğrulandığı daha

leri araştırmaların yapılması gerekmektedir.

SONUÇ

Kronik ağırlı bir hastalık olan FMS; hastaların işlevselliklerinde, hem hastalığın doğası gereği olan ağrı ile hem de beraberinde olan psikiyatrik semptomlarla, bozulma olmaktadır. Bizim sonuçlarımızda da, FMS hastalarının daha fazla işlevsel olmayan üst bilişlere sahip oldukları, sosyal etkileşimin ve kişiler arası iletişimin temel ögesi olan yüz ifadesi ile duyguları değerlendirmenin FMS hastalarında bozuk olduğu ve beraberinde hastaların anksiyetelerinin de yüksek olduğu görüldü. Bu farklardan yola çıkarak bu hastaları daha iyi anlayabilmek ve hastalara daha fazla yardımcı olabilmek için Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon hekimleri ile Ruh Sağlığı ve Hastalıkları hekimleri işbirliği ile hastaların tedavilerinin düzenlenebileceği düşünüldü.

Toplumumuzda oldukça sık görülen FMS hastalığının tedavisi, hastaların yaşam kalitelerinin artırılması ve topluma kazandırılmaları oldukça önemlidir. Bu hastalara Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon hekimlerinin başladığı tedavilerin yanında; Ruh Sağlığı ve Hastalıkları hekimlerinin hastaların kaygılarını azaltmak, sosyal etkileşimlerini-kişilerarası iletişimlerini düzeltebilmek amacıyla uygun tedavi programını başlamları önemli olabilir. Gerek görülen hastalara medikal tedavi ve uygun terapi programları uygulanabilir.

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Filiz Özsoy, Tokat Devlet Hastanesi,
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Tokat, Türkiye
flzkoseoglu82@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Crick F. Şaşırta Varsayım. S Say (Çev.), 12. Baskı, Ankara: Tübitak Yayınları, 2000, pp. 151.
2. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ 30. *Behav Res Ther* 2004;42:385-396.
3. Corcoran KM, Segal ZV. Metacognition in Depressive and Anxiety Disorders: Current Directions. *Int J Cog Ther* 2008; 1:33-44.
4. Brüne M. "Theory of mind" in schizophrenia: A review of the literature. *Schizophr Bull* 2005;13:21-42.
5. Harrington L, Siegert RJ, McClure J. Theory of mind in schizophrenia: A critical review. *Cogn Neuropsychiatry* 2005; 10:249-86.
6. Kelemen O, Erdélyi R, Pataki I, Benedek G, Janka Z, Keri S. Theory of mind and motion perception in schizophrenia. *Neuropsychol* 2005;19:494-500.
7. Baron-Cohen S, Jolliffe T, Mortimore C, Robertson M. Another advanced test of theory of mind: evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *J Child Psychiatry* 1997;38:813-822.
8. Kurtaiş YA. Fibromiyalji Sendromu. Yalçın S (editör). Ankara: Medikal Nobel Tıp Kitabevi, 2012:755-776.
9. Özçetin A. Fibromiyalji; Bir Psikiyatrik Bozukluk mu, Yoksa Birliktelik mi? Derleme. *DUSBED* 2014;4:34-44.
10. Kollmann J, Gollwitzer M, Spada MM, Fernie BA. The association between metacognitions and the impact of Fibromyalgia in a German sample. *J Psychosom Res* 2016;83:1-9.
11. Tella MD, Castelli L, Colonna F, Fusaro E, Torta R, Ardito RB, Adenzato M. Theory of Mind and Emotional Functioning in Fibromyalgia Syndrome: An Investigation of the Relationship between Social Cognition and Executive Function. *PloS One* 2015;10:1.
12. İnanır S, Taycan O, Erdoğan S, İnanır A, Çelikel Cam F, Etikan İ. Metacognitive evaluation in patients with fibromyalgia syndrome. *Bull Clinical Psychopharmacology* 2015;1:175-175.
13. Beck AT, Epstein N, Brown G, Ster RA. An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893.
14. Ulusoy M, Şahin NH, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *J Cognit Psychother* 1988;12:163-172.
15. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erboğuş J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4:561-571.
16. Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin Üniversite Öğrencileri için Geçerliliği, Güvenirliliği. *Psikoloji Derg* 1989;7:3-13.
17. Burekhardt CS, Clark Sr, Bennet RM. The fibromyalgia impact questionnaire: development and validation. *J Rheumatol* 1991;18:728-733.
18. Sarmer S, Ergin S, Yavuzer G. The validity and reliability of the Turkish version of the Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Rheumatol Int* 2000;20: 9-12.
19. Corcoran KM, Segal ZV. Metacognition in Depressive and Anxiety Disorders: Current Directions. *Int J Cog Ther* 2008; 1:33-44.
20. Tosun A, Irak M. Üst-Biliş Ölçeği-30 Türkçe uyarlaması. *Türk Psikiyatri Derg* 2008;19:67-80.
21. Baron-Cohen S, Jolliffe T, Mortimore C, Robertson M.

- Another advanced test of theory of mind: evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *J Child Psychiatry* 1997;38:813-822.
22. Yıldırım EA, Kasar M, Guduk M. Gözlerden Zihin Okuma Testi'nin Türkçe Güvenirlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Derg* 2011;22:177-186.
23. Birdal S, Yıldırım EA, Delice MA, Yavuz KF, Kurt E. Şizofreni Annelerinin Gözler Testi Performanslarının Değerlendirilmesi. *Türk Psikiyatri Derg* 2015;26:33-9.
24. Ay R, Böke Ö, Pazvantoğlu O, Şahin AR, Sarısoy G, Arık AC, Güz H. Şizofreni Hastaları ve Birinci Derece Yakınlarında Zihin Kuramı ve Duygu Tanımının Değerlendirilmesi. *Arch Neuropsychiatry* 2016;53:338-343.
25. Eşsizoğlu A, Köşger F, Akarsu FÖ, Özaydın Ö, Güleç G. Şizofreni Hastalarında Seçici Dikkat, Yanıt İnhibisyonu, Bilişsel Esneklik ve Zihin Kuramı. *Arch Neuropsychiatry* 2017;54:162-167.
26. Mısır E. Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda zihin kuramı: Bilişsel işlevler, aşırı değerlendirilmiş düşünce, içgörü, şizotipal kişilik özellikleri ve diğer klinik özelliklerle ilişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, 2017.
27. Tulacı RG, Cankurtaran EŞ, Özdel K, Öztürk N, Kuru E, Özdemir İ. The relationship between theory of mind and insight in obsessive-compulsive disorder. *Nord J Psychiatry* 2018;9:1-8.
28. Schmidt-Wilcke T, Wood P, Lürding R. Cognitive impairment in patients suffering from fibromyalgia. An underestimated problem. *Schmerz* 2010;24:46-53.
29. Dick BD, Verrier MJ, Harker KT, Rashiq S. Disruption of cognitive function in fibromyalgia syndrome. *Pain* 2008; 139:610-6.
30. Tesio V, Torta DME, Colonna F, Leombruni P, Ghiggia A, Fusaro E, Geminiani GC, Torta R, Castelli L. Are fibromyalgia patients cognitively impaired? Objective and subjective neuropsychological evidence. *Arthritis Care & Research* 2015;67: 143-150.
31. Özsoy F, Kuloğlu MM. Major Depresif Bozukluk ve Panik Bozukluk Hastalarında Üstbiliş İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *J Contemp med* 2017;7:42-49.
32. Yılmaz S, İzci F, Mermi, O, Atmaca M. Majör depresif bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk hastalarında üst biliş işlevleri: Kontrollü bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2016; 17:451-458.
33. Böke Ö, Pazvantoğlu O, Babadağı Z, Ünverdi E, Ay R, Çetin E, Şahin AR. Metacognitions in panic disorder. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2015;16: 1-6.
34. Alciati A, Atzeni F, Grassi M, Caldirola D, Riva A, Sarzi-Puttini P, Perna G. Childhood adversities in patients with fibromyalgia: are they related to comorbid lifetime major depression? *Clin Exp Rheumatol* 2017;35:112-118.
35. Hadlandsmyth K, Dailey DL, Rakel BA, Zimmerman MB, Vance CG, Merriwether EN, Chimenti RL, Geasland KM, Crofford LJ, Sluka KA. Somatic symptom presentations in women with fibromyalgia are differentially associated with elevated depression and anxiety. *J Health Psychol* 2017;1:1359105317736577.
36. Zhang Y, Liang D, Jiang R, Ji X, Wang Y, Zhu J, Zhang J, Huang F. Clinical, psychological features and quality of life of fibromyalgia patients: a cross-sectional study of Chinese sample. *Clin Rheumatol* 2018;37:527-537.

Lise öğrencilerinde umutsuzluk, bağlanma stili ve aile yapısının madde kullanma eğilimini yordama gücü

Hopelessness, attachment style and family structure's predictive power in substance abuse proclivity among high school students

Kenan Bülbül¹, Hatice Odacı²

¹Psk. Dan., Milli Eğitim Bakanlığı, İMKB İlkokulu, Hayrat, Trabzon, Türkiye

²Prof. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Fakültesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışma Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

ÖZET

Amaç: Bu araştırma kapsamında lise öğrencilerinde umutsuzluk, bağlanma stilleri ve aile yapısı ile madde kullanma eğilimleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir. **Yöntem:** Örneklem 2015-2016 eğitim öğretim yılında Karadeniz Bölgesi'nde büyük şehir statüsünde olan bir il genelinde öğrenimlerine devam eden 513 kız, 390 erkek olmak üzere toplam 903 lise öğrencisinden oluşmuştur. Örneklemde yer alan öğrencilerin yaşları 14 ile 20 arasında değişmekte olup yaşları ortalaması 16.33'tür ($SS=1.14$). Demografik Bilgi Formu (DBF), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA), Aile Yapısı Değerlendirme Aracı (AYDA) ve Madde Kullanma Eğilimi Ölçeği (MKEÖ) katılımcılara sınıf ortamında gruplar halinde uygulanmıştır. Veriler Spearman Brown Sıra Farkları Testi ve çoklu regresyon analizi kullanılarak analiz edilmiştir. **Bulgular:** Yapılan analizler sonucunda lise öğrencilerinin madde kullanma eğilimi ile umutsuzluk, bağlanma stillerinden saplantılı bağlanma stili ve aile yapısı alt boyutlarından birlik, yönetim ve yetkinlik boyutlarıyla pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu; umutsuzluğun, bağlanma stillerinin ve aile yapısının madde kullanma eğiliminin yüzde 11'ini açıkladığı bulgusuna ulaşılmıştır. **Sonuç:** Çalışmanın sonuçları madde kullanma eğilimi ile umutsuzluk, bağlanma stili ve aile yapısı arasında ilişki olduğunu göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Madde Kullanma Eğilimi, Aile Yapısı, Bağlanma Stilleri, Umutsuzluk, Lise Öğrencileri

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:360-369)

DOI: 10.5505/kpd.2018.06977

SUMMARY

Objective: This study aimed to examine the relationships on hopelessness, attachment styles, family structure and substance abuse proclivity of high school students. **Method:** Sampling of the study consisted of totally 903 high school students (513 female, 390 male) studying a province that has a big city status in Black Sea Region in 2015-2016 educational year. The age of the students in the sample, ranged from 14 to 20 mean of their age was 16.33 ($SD=1.14$). So, demographical information form (DIF), Beck Hopelessness Scale (BHS), Relationship Scale Questionnaire (RSQ), Family Structure Evaluation Scale and Substance Abuse Proclivity Scale (SAP) was applied to participants as groups in a class. The data were analysed using Spearman's Brown Rank Test and multiple regression. **Results:** As a results of the analysis, it was found that there were positive relationships between the high school students' substance abuse proclivity and hopelessness, preoccupied attachment style among all the attachment styles and unity, management and competence dimensions of family structure; that the hopelessness, attachment styles and family structure explained the 11% of the substance abuse proclivity. **Discussion:** The results of the study have showed that there is a relationship among the substance abuse proclivity, hopelessness, attachment styles and family structure.

Key Words: Substance Abuse Proclivity, Family Structure, Attachment Styles, Hopelessness, High School Students

GİRİŞ

Ruhsal ve fiziksel anlamda önemli değişikliklerin yaşandığı, hızlı olgunlaşma ve büyüme dönemi olan ergenlikte meydana gelen bazı fiziksel ve psikolojik değişimler, psikososyal düzeyde problem olabilecek davranışlara yol açabilmektedir. Bu amaçla ergenler bireysel bağımsızlık elde etmek ve yeni statüler kazanmak için ailelerinden duygusal olarak uzaklaşıp kendilerine farklı ortamlar aramaktadırlar. Ergenlerin içine girdikleri bu farklı ortamlarda kendilerini ispatlamaya çalışmaları, yeni deneyimlerle birlikte yeni sorunları da beraberinde getirebilmektedir. Madde kullanımı, antisosyal davranışlar, sağlıksız beslenme, emniyet kemeri kullanmama, okuldan kaçma, okulu asma, bu dönemde görülen sorun davranışlar arasında gösterilebilir (1). Birleşmiş Milletler Dünya Yasadışı Madde Raporu'na göre toplamda 246 milyon insanın, bir başka deyişle 15 ile 64 yaş arasındaki her 20 kişiden birinin yasadışı madde kullandığı, bu durumun bir önceki yıla göre 3 milyon artışa denk geldiği belirtilmektedir (2). Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi'nin 2014 yılında hazırladığı Türkiye Uyuşturucu Raporu verilerine göre; 25 ilde 8145 hane halkı ile görüşülmüş ve yaşam boyu madde kullanım sıklığı %2.7 olarak tespit edilmiştir. 32 ilde genel ve teknik lise dağılımına göre 11812 öğrenciye ulaşılmış olup, okul çağı çocuklarının yaşam boyu madde kullanım sıklığı %1.5 olarak belirlenmiştir. Kullanılan maddelere ilişkin verilere bakıldığında ise tüm kullandığı maddeyi belirtenler arasında esrar ve türevleri %84.1 ile ilk sırada yer alırken, %32.9 ile uçucular ve %22.7 ile de uyarıcıların yer aldığı görülmektedir. Son 12 ay içerisinde kullanma durumlarına göre; tütün %5.1, alkol %5.7, ilaçlar %38.5 oranındayken; son 30 gün içerisinde kullanma durumuna göre ise tütün %8.3, alkol %9.7 ve ilaçlar %36.4 oranıyla dikkat çekmektedir (3). Yapılan çalışmalar incelendiğinde, madde kullanımının gelişmiş ülkeler başta olmak üzere, en başta gelen sağlık problemlerinden biri olduğu görülmektedir (4,5,6,7,8). Özellikle ergenlikte, madde bağımlılığı problemi ülkemizde ve dünyada karşılaşılan yeni bir problem olmamakla beraber biyolojik, psikolojik, davranışsal ve sosyal etkilerin beraber etki ettiği bir durum olarak önem taşımaktadır (9).

Ergenlik döneminde başlayan madde kullanımı ilerleyen yaşlarda bağımlılığa dönüşerek, bireylerin hayatını tehdit eden seviyelere ulaşabilmektedir. Her bağımlılığın başlaması gibi madde bağımlılığının da oluşma ihtimalini belirleyen, kısacası madde (kötüye) kullanımı veya kullanma olasılığı durumu olarak değerlendirilen madde kullanma eğilimi (10), birtakım ailesel faktörlerden etkilenmektedir. Çünkü aile aynı vücutta bulunan organlar gibidir. Birinde meydana gelen bir rahatsızlık diğerlerini de etkileyebilmekte ve aile üyeleri arasındaki etkileşimleri organize eden, görünmez işlevsel talepler olarak tanımlanan aile yapısı da (11) bu durumdan olumsuz etkilenmektedir. Aile yapısında meydana gelen birtakım değişimler örneğin, aile bütünlüğünün bozulması, ailede madde kullanım öyküsünün bulunması, aile üyeleri arasındaki olumsuz iletişim tarzları, aile içi ittifaklar gibi faktörler ergenin ailesiyle olan ilişkileri başta olmak üzere giriştiği riskli davranışlarının da artmasına neden olabilmektedir (12). Örneğin, Coombs ve Landsverg ebeveyn ergen ilişkisinin madde kullanımında etkili olduğunu ve madde kullanan ergenlerin ebeveynleri ile iletişimlerinin açık olmadığını vurgulamışlardır (13). Bu da aile içi ilişkilerin bireylerin gelişimlerinde ve davranışlarında ne kadar önemli olduğunu göstermektedir.

Özellikle ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde yerine getirilmesi gereken önemli görevlerden biri olarak derin ve anlamlı ilişkiler kurmanın önem taşıdığı söylenebilir. Bu ilişkiler bireyler için büyük mutluluk kaynağı olabileceği gibi büyük stres kaynağı da olabilirler (14). Çünkü insanlar sosyal varlıklardır ve diğer insanları sadece temel ihtiyaçlarını karşılayacak araçlar olarak görmekten ziyade onlarla anlamlı ilişkiler kurma çabası içerisinde. Bu durumu Bowlby bağlanma kuramı olarak nitelendirerek, insanların kendileri için önemli olan diğer insanlarla güçlü duygusal bağ kurma eğilimleri olarak açıklamaktadır (15,16,17). Bağlanma kuramına göre ebeveynleri ile sevgi dolu, güvene dayalı ilişkiler yaşayan çocuklar yetişkin oldukları zaman güvenli ilişkiler kurmalarına yardımcı olacak örnekler edinirler (14). Bu süreçte bakıcı ile çocuk arasında kurulan ilişkiler sonucunda, çocuğun bakıcısına ve kendisine ilişkin oluşturduğu zihinsel işleyen modeller hayat boyu sürerek kişiler arası ilişkilerin temelini oluştururlar

(17). Erken yaşlardaki gelişimlerine sıcak, destekleyici ve ulaşılabilir bir aile ortamıyla başlayamamış kişiler bazen çoğunluktan ayrılarak riskli ve farklı bir yola sapabilirler. Bu da onların güvensiz bağlanma stili geliştirmelerine neden olabilir. Bağlanma kuramına göre, aileleriyle erken yaşantılarında olumsuz yaşantıları sonucunda güvensiz bağlanma stili geliştiren bireyler, sadece yakın ilişkilerde değil aynı zamanda stres altında işlevsel olmayan tepkiler göstererek psikopatolojiye yatkınlık göstermektedirler (18). Bu bağlamda bağlanma stilleri ile klinik depresyon, panik bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk (19,20) gibi psikopatolojilerin yanında madde kullanımı ile de arasında ilişkinin irdelendiği araştırmalar bulunmaktadır (21,22,23, 24). Yapılan çalışmalar dikkate alındığında madde kullanımı ile genellikle güvensiz bağlanma stiline ilişkili olduğunu ve bu bireylerde problemler madde kullanımının da anlamlı derecede yüksek olduğunu vurgulamaktadır (21,23,43).

Diğer yandan, madde kullanımının belirlenmesinde kişilik özellikleri de etkili bir faktör olarak dikkat çekmektedir (25). Araştırmacılar, kişilik özellikleri ve madde kullanımı arasındaki bağlantının ilk çocukluk yıllarındaki uyuşturucu kullanımının psikolojik öncülleri olarak izlenebileceğini düşünmektedirler (26). Kişiliğin bir boyutu olarak umutsuzluk ise, kişinin kendisi ve gelecek yaşantısı hakkında olumsuz beklentilerini ifade etmektedir (27). Bir amacı gerçekleştirme beklenti durumunun neredeyse yok denecek kadar az olması duygusu bireyin gelecekle, kendisiyle ve çevresiyle ilgili olarak olumsuz tutumlar geliştirmesine neden olabilir. Kendisi, çevresi ve geleceği hakkında olumsuz duygular içerisinde bulunan umutsuz bireylerin ruh sağlığı olumsuz etkilenecek, bu bireylerde depresyon ve intihar gibi ruhsal sorunlar da görülebilmektedir (28, 29). Bununla ilgili olarak, belirsiz gelecekte umudunu kesen/kaybeden ergenlerde madde kullanımı olduğu; bu ergenlerin aynı zamanda şiddet, cinsel davranışlar ve saldırgan davranışlar göstermeye de yatkın oldukları (30) vurgulanmaktadır. Bu kapsamda yapılan çalışmalarda umutsuzluğun sigara ve alkol kullanımının yordayıcısı olduğu (41) alkol veya eroin kullananların ise umutsuzluklarının daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır (64).

Özetle, ilgili alan yazından aktarılan bilgiler göz

önüne alındığında, temelde bireylerin tüm yaşamlarını kötü etkilemesiyle kendini gösteren madde kullanma eğiliminin gençler arasında her geçen gün artan bir şekilde sorun haline geldiği ve yaygınlaştığı görülmektedir. Buradan hareketle özellikle liseli ergenlerde madde kullanma eğiliminin değerlendirildiği yeni çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Mevcut çalışma bu bağlamda alan yazına katkıda bulunmak amaçlanmıştır. Diğer yandan madde kullanma eğilimi ile ilişkili olabileceği düşünülen umutsuzluk, bağlanma stili ve aile yapısı gibi değişkenlerin madde kullanma eğilimi üzerindeki rolünü ortaya koyan çalışmaların bu konuda önleyici çalışmalar yapacak profesyonellere yol gösterici ve katkı sağlayıcı olacağı düşünülmektedir. Bu çalışmada lise öğrencilerinde umutsuzluk, bağlanma stilleri ve aile yapısı ile madde kullanma eğilimi arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Korelasyonel modele uygun olarak tasarlanan bu çalışma Karadeniz Bölgesi'nde büyük şehir statüsünde olan bir il merkezinde gerçekleştirilmiştir. Örnekleme, 2015-2016 eğitim-öğretim yılında farklı lise türlerinde öğrenim görmekte olan ve seçkisiz örnekleme yöntemlerinden basit seçkisiz örnekleme yöntemi ile belirlenen toplam 903 öğrenci dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ): Beck ve arkadaşları gözlemlerinden yola çıkarak ve yapmış oldukları bir dizi çalışma sonucunda umutsuzluk derecesini objektif olarak sayılara dökerek belirlemek amacıyla Beck Umutsuzluk Ölçeği'ni geliştirmişlerdir (27). Bu ölçek literatürde oldukça sık rastlanan, geçerlik ve güvenilirliğinin yüksek olduğu belirtilen, 20 maddelik kendini değerlendirme (self report) türü bir ölçektir. Bireyin geleceğe yönelik karamsarlık derecesini belirlemek amaçlanmaktadır Sorulara doğru-yanlış şeklinde cevap verilmekte ve negatif beklentileri yansıtmaktadır. Ölçek "Gelecek ile İlgili Duygular", "Motivasyon Kaybı", "Gelecek ile İlgili Beklentiler" olmak üzere üç faktörden oluşmaktadır. Yapılan geçerlik çalışmalarında Beck Depresyon Ölçeği ile

Beck umutsuzluk ölçeği arasındaki korelasyon katsayıları bulunmuştur. İki ölçek arasındaki korelasyon katsayısı tüm örneklem için .69, depresyon tanısı almış hastalar için .71, intihar girişiminde bulunan hastalar için .68, karşılaştırma grubu için .69 olarak tespit edilmiştir (31). Tüm tanı grupları göz önüne alındığında Beck Umutsuzluk Ölçeği kanser hastalarının %47.8'ini, diyaliz hastalarının %40.9'unu, epilepsi hastalarının %80'ini, depresyonlu hastaların %32.5'ini, depresyon dışında nevroitik belirtilen olan hastaların %46.3'ünü, alkol bağımlılarının %37.5'ini ve intihar girişimi grubunun ise %58'ini ait oldukları gruplara doğru olarak sınıflandırmaktadır (31). Ayrıca her bir faktörün güvenilirlik katsayıları hesaplanmış, "Gelecek ile İlgili Duygular ve Beklentiler" faktörü için coefficient alpha güvenilirlik katsayısı .78, "Motivasyon Kaybı" faktörü için .72 ve "Umut" faktörü için .72 olarak bulunmuştur. Bu üç faktör arasındaki korelasyonlar ise .48 ile .59 ($p < .001$) arasında değişmektedir (31).

İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA): Griffin ve Bartholomew'un geliştirdiği ilişki ölçekleri anketi, 30 maddeden oluşmaktadır ve farklı maddeler toplanarak dört bağlanma prototipini ölçmek amaçlanmaktadır (32). Sümer ve Güngör tarafından Türkçe'ye uyarlanan, bağlanma stilini ölçmek için kullanılan bir ankettir (33). İlişki Ölçekleri Anketi toplam 30 maddeden oluşmaktadır. İÖA; kişilerin "güvenli", "saplantılı", "korkulu", "kayıtsız" bağlanma stillerinden hangisine sahip olduklarını belirlemektedir. İlişki Ölçekleri Anketi'nin alt ölçeklerine ait iç tutarlılık katsayıları .27 ve .61 arasında değişmektedir. Ölçeğin test tekrar test güvenilirliği 92 kişilik bir grupta değerlendirilmiştir. İki testte aynı bağlanma stilleri arasındaki korelasyonlar .54 ile .78 arasında değişmektedir. Ölçeğin faktör yapısı incelendiğinde, birinci faktörün varyansın %43'ünü, ikinci faktörün ise %33'ünü açıkladığı görülmektedir (33).

Aile Yapısı Değerlendirme Aracı (AYDA): Aile Yapısı Değerlendirme Aracı (AYDA), dönüşümsel modeldeki yapısal/sistemik değişkenleri nicelleştirebilmek amacıyla geliştirilmiştir. AYDA, okuması yazması olan ve 12 yaşından büyük kişilerin kendi kendilerine doldurabileceği 36 maddeli bir ölçüm aracıdır. Ölçeğin bazı maddeleri ailedeki (yaşları ne olursa olsun) çocuk ve ana baba konum-

ları için ayrı ayrı yazılmıştır. Yanıtlar ayrı bir form üzerinde ve "tıpkı bizimki gibi" den "bizimkinin tam tersi" ucuna giden 10 basamaklı ölçekler üzerinde derecelenmektedir. Aracın test-tekrar test güvenilirlik katsayısı Pearson Momentler Çarpımı korelasyonu ile .79 bulunmuştur. Ölçeğin güvenilirliğine iki yarım yöntem ile de bakılmıştır. Bu amaçla "tek" ve "çift" maddeleri esas almak yerine alt ölçekleri paylaşma yoluna gidilmiştir. İki yarım arasındaki Stanley korelasyon katsayısı .85 olarak hesaplanmıştır. Daha dakik olmak ve sağdama yapmak amacıyla bulunan Pearson katsayısı .72 ile ise tüm ölçeğin güvenilirliği .83 olarak kestirilmiştir. AYDA'nın iç tutarlılığı Kuder Richardson 20 ile toplam puanlar için .70 bulunmuştur (34).

Madde Kullanma Eğilimi Ölçeği (MKEÖ): Madde Kullanma Eğilimi Ölçeği MacAndrew tarafından MMPI'dan yaralanılarak geliştirilmiştir (10). Orijinal adı Substance Abuse Proclivity Scale (SAP) olan ölçek 36 sorudan oluşmaktadır. 16 ve üzeri puan alan kişinin madde kullanma eğilimi taşıdığı bildirilmiştir. Ceyhun ve arkadaşları yaptıkları geçerlik çalışmasında eş zamanlı geçerlik kriteri olarak Mac Andrew Alkolizm Ölçeği ve Madde Kullanma Eğilimi Ölçeği arasında .49 korelasyon katsayısını bulmuşlardır (35). Ayırt edici geçerlik bulguları olarak Madde Kullanma Eğilimi Ölçeği madde bağımlılarının %84'ünü, alkol bağımlılarının %65'ini, psikiyatrilere %40.5'ini ve normalin %41.5'ini doğru olarak sınıflandırdığı görülmüştür. Ölçek 60 deneye 5 hafta arayla 2 kez uygulanmıştır ve test tekrar test güvenilirliği Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon tekniği ile analiz edilmiştir. Buna göre ölçeğin toplam puan korelasyonu .63 olarak bulunmuştur.

İşlem: Katılımcılara ölçekler uygulanmadan önce Trabzon Valiliği'nden gerekli izinler alınmış ve çalışmaya dahil olan okullarda öğrencilere kendi sınıf ortamlarında yüz yüze görüşülerek araştırmanın amacı açıklanarak gruplar halinde gönüllülük esasına uygun olarak veriler toplanmıştır. Analizler SPSS Statistics 22.0 kullanılarak yapılmıştır. Ölçekleri yanıtlayan gönüllü 1000 öğrencinin anketleri araştırmacılar tarafından kontrol edilmiş ve boş, eksik veya yanlış doldurulanlar ve kayıp değer veri analizi sonucunda 97 ölçek değerlendirme dışı bırakılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu

Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Çalışmada kullanılan ölçek puanları normal dağılım göstermediği için değişkenler arası ilişkiler için korelasyon katsayıları Spearman Brown Sıra Farkları testi ile hesaplanmıştır. Farklı değişkenlerin madde kullanma eğilimini yordama güçleri ise çoklu doğrusal regresyon analizi ile belirlenmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < .05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

Katılımcıların 513'ü kız (%56.8), 390'ı erkek (%43.2) öğrenciden oluşmaktadır. Araştırma kapsamında yer alan öğrencilerin yaşları 14 ile 20 arasında değişmekte olup yaşları ortalaması 16.33 ± 1.14 'dir. Araştırmada yer alan katılımcıların çeşitli değişkenler ve kullanılan ölçeklerden elde ettikleri puanların ortalaması, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri Tablo 1'de gösterilmektedir.

Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman Brown Sıra Farkları testi ile incelenmiştir. Lise öğrencilerinin madde kullanma eğilimleri ile umutsuzlukları arasında ($r = .28, p < .01$), bağlanma stillerinden saplantılı bağlanma stili arasında ($r = .13, p < .01$) ve aile yapısı alt boyutlarından birlik ($r = .06, p < .05$), yönetim ($r = .11, p < .01$) ve yetkinlik ($r = .22, p < .01$) arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu

belirlenmiştir (Tablo 2).

Lise öğrencilerinin madde kullanma eğilimlerinin umutsuzluk, bağlanma stilleri ve aile yapısı özellikleri tarafından yordanabilirliğini belirlemek amacıyla çoklu doğrusal regresyon analizinden yararlanılmıştır. Regresyon analizine başlamadan önce bir takım ön koşulların sağlanması gerekmektedir. Öncelikle değişkenler arasındaki ilişkiler incelenerek çoklu eş doğrusallığın olmamasına dikkat edilmiştir. Bu amaçla oto korelasyon durumu Durbin-Watson değeri ile incelenmiş ve elde edilen değer (1.86) normal sınırlar arasında olduğu görülmüştür. Bu doğrultuda bağımsız değişkenlerin açıklayamadıkları varyans oranı olan tolerans değeri ($1 - R^2$) ile varyans büyütme faktörü (VIF) incelenmiştir. Tolerans değerleri ($1 - R^2$) .20 ölçütünden daha büyük ve .42 ile .93 arasında; varyans büyütme faktörleri ise (VIF) 10 değerinden daha düşük ve 1.07 ile 2.35 arasında olduğu için çoklu bağıntı probleminin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (36).

Yapılan çoklu doğrusal regresyon analizine göre aile yapısı, bağlanma stilleri ve umutsuzluk madde kullanma eğiliminin %11'ini açıklamaktadır ($F(10,851) = 12.10, p < .01$) (Tablo 3).

Modele dahil edilen değişkenlerden umutsuzluğun ($\beta = .25, p < .05$), bağlanma stillerinden saplantılı

Tablo 1.

Çeşitli Değişkenler ve Ölçeklerden Elde Edilen Puan, Ortalama, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Değerleri

Değişkenler	Ort.	Ss	Min-Maks.
Yaş	16.33	1.14	14-21
UM	5.62	4.12	0-20
GBS	3.85	.94	1-7
KOBS	3.92	1.37	1-7
KABS	4.14	1.28	1-7
SBS	3.67	1.12	1-7
AYİLTŞ	23.47	6.35	9-45
AYBİR	23.64	6.63	9-45
AYYÖN	21.07	6.14	8-40
AYYET	10.72	5.39	5-25
AYDUYBAĞ	13.50	3.97	5-25
MKE	16.50	3.91	7-28

Ort.: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min -Maks: Minimum ve Maksimum Değerler; MKE: Madde Kullanma Eğilimi; UM: Umutsuzluk; GBS: Güvenli Bağlanma Stili; KOBS: Korkulu Bağlanma Stili; SBS: Saplantılı Bağlanma Stili; KABS: Kayıtsız Bağlanma Stili; AYİLTŞ: Aile Yapısı İletişim Boyutu; AYBİR: Aile Yapısı Birlik Boyutu; AYYÖN: Aile Yapısı Yönetim Boyutu; AYYET: Aile Yapısı Yetkinlik Boyutu; AYDUYBAĞ: Aile Yapısı Duygusal Bağlam Boyutu

Tablo 2. Değişkenler Arası Korelasyon Katsayıları

Değişken	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. MKE	1										
2. UM	.28**	1									
3. GBS	.01	-.01	1								
4. KOBŞ	.02	.04	-.09**	1							
5. KABS	.04	-.01	.00	.51**	1						
6. SBS	.13**	.14**	.01	.21**	.14	1					
7. AYİLTŞ	.03	.13**	.10**	.19**	.26**	.15**	1				
8. AYBİR	.06*	.19**	.03	.16**	.19**	.15**	.59**	1			
9. AYYÖN	.11**	.19**	.06	.18**	.22**	.11**	.53**	.63**	1		
10. AYYET	.22**	.27**	-.00	.13**	.10**	.11**	.35**	.50**	.47**	1	
11. AYDUYBAĞ	.00	-.03	.05	.15**	.17**	.07*	.35**	.32**	.33**	.22**	1

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

MKE: Madde Kullanım Eğilimi, UM: Umutsuzluk; GBS: Güvenli Bağlanma Stili; KOBŞ: Korkulu Bağlanma Stili; SBS: Saplantılı Bağlanma Stili; KABS: Kayıtsız Bağlanma Stili; AYİLTŞ: Aile Yapısı İletişim Boyutu; AYBİR: Aile Yapısı Birlik Boyutu; AYYÖN: Aile Yapısı Yönetim Boyutu; AYYET: Aile Yapısı Yetkinlik Boyutu; AYDUYBAĞ: Aile Yapısı Duygusal Bağlam Boyutu

bağlanma stiline ($\beta=.11$, $p<.05$), aile yapısı boyutlarından yetkinlik boyutunun ($\beta=.17$, $p<.05$) mole özgün katkısı anlamlı bulunmuştur (Tablo 4).

TARTIŞMA

Bu çalışmada lise öğrencilerinde umutsuzluk, bağlanma stilleri ve aile yapısı ile madde kullanma eğilimi arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Elde edilen bulgular incelendiğinde ergenlerdeki umutsuzluk, bağlanma stili ve aile yapılarının madde kullanma eğilimleri ile ilişkili olduğu ve %11'ini açıkladığı bulgulanmıştır. Araştırmanın sonucunda madde kullanma eğiliminin umutsuzluk ile pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu ve umutsuzluğun madde kullanma eğilimi düzeyini açıkladığı yönündedir. Çalışmaya katılan lise öğrencilerinin umutsuzluk puanları arttıkça madde kullanma eğilimi puanları da artmaktadır. Umutsuzluk ile madde kullanımı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu ortaya koyan ve bir bakıma çalışmamızdan elde edilen veriler ile uyumlu çalışmalar bulunmaktadır (5,37,38,39,40). Örneğin, Jalilian ve arkadaşları alkol, psikoaktif madde, sigara kullanımı ile umutsuzluk arasındaki

ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında umutsuzluğun sigara ve alkol kullanımının yordayıcısı olduğu belirtilerek; umutsuzluğun sigara ve alkol için bağımsız bir risk faktörü olduğunu vurgulamışlardır (41). Bolland da umutsuzluk ile artan madde kullanımı ve yüksek riskli davranışlar arasında ilişkinin olduğunu vurgulamaktadır (30).

Umutsuzluk içerisinde olan bireyler günlük olaylar karşısında olumsuz beklentilere sahip olabilirler ve bilişsel yapıları geleceğe dair hiçbir iyi olasılığı barındırmadığını tekrarladığından bilişsel olarak güçsüz durumda olan bu bireyler olumsuz yaşam olaylarıyla karşılaştıklarında büyük oranda umutsuzluğa düşebilirler ve madde kullanımı gibi riskli davranışlara daha kolay yönelebilirler. Çünkü bu bireylerin gerginlik oluşturan durumları geçiştirmek ve yatıştırmak, üzüntülü durumları hafifletmek için kendi kendilerini tedavi amacıyla maddeye sığındıkları bilinmektedir (42).

Araştırma kapsamında elde edilen bulguların diğeri bağlanma stillerinden saplantılı bağlanma stili ile madde kullanma eğilimi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu ve saplantılı bağlan-

Tablo 3. Madde Kullanma Eğilimini Açıklanamaya Dayalı Çoklu Regresyon Modeli Özeti

Model	R	R ²	ΔR^2	TSH	Değişim İstatistikleri				
					ΔR^2	ΔF	df1	df2	p
1	.35	.12	.11	3.67	.12	12.10	10	851	.000

p<.001 TSH=Tahmini Standart Hata

Tablo 4. Çoklu Regresyon Modeline İlişkin Katsayılar

Model	Sabit	Standardize Edilmemiş Katsayılar		Standart Katsayılar	T	p
		B	Standart Hata	â		
	Sabit	13.34	.86		15.42	.000
	UM	.23	.03	.25	7.47	.000
	GBS	.09	.13	.02	.69	.488
	KOBS	-.13	.11	-.04	-1.20	.230
	KABS	.22	.11	.07	1.87	.061
	SBS	.38	.11	.11	3.35	.001
	AYİLTŞ	-.03	.02	-.04	-1.06	.285
	AYBİR	-.05	.02	-.09	-1.93	.053
	AYYÖN	.02	.02	.04	.89	.371
	AYYET	.12	.02	.17	4.52	.000
	AYDUYBAĞ	-.02	.03	-.02	-.67	.499

UM: Umutsuzluk; GBS: Güvenli Bağlanma Stili; KOBS: Korkulu Bağlanma Stili; SBS: Saplantılı Bağlanma Stili; KABS: Kayıtsız Bağlanma Stili; AYİLTŞ: Aile Yapısı İletişim Boyutu; AYBİR: Aile Yapısı Birlik Boyutu; AYYÖN: Aile Yapısı Yönetim Boyutu; AYYET: Aile Yapısı Yetkinlik Boyutu; AYDUYBAĞ: Aile Yapısı Duygusal Bağlam Boyutu

ma stiline sahip olan ergenlerin bu riskli davranışları daha fazla göstermeleri beklenmektedir (43).

Diğer taraftan güvensiz bağlanma, olumsuz anne-baba tutumları ve yetersiz sosyal desteğin ergenlik döneminde madde kullanımı açısından risk oluşturduğu bilinmektedir (13,23,44,45,46). Madde kullanım bozukluğu olan ve olmayan ergenlerin bağlanma stilleri, anne baba tutumları ve sosyal destek algılarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, madde kullanma bozukluğu olmayan ergenlerin güvenli bağlanma puanlarının, madde kullanma bozukluğu olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (21). Bununla beraber saplantılı bağlanma puanları ise madde kullanma bozukluğu olan bireylerde daha yüksek olarak bulgulanmıştır. Araştırma bulguları mevcut araştırmanın bulgularını destekler niteliktedir. Cömert ve Ögel ise 1095 erkek, 1045 kız öğrenci üzerinde yürüttükleri çalışmalarında, saplantılı bağlanma stili olanlarda olmayanlara göre herhangi bir madde denemiş olmak ve birden fazla madde kullanım oranlarını anlamlı düzeyde yüksek bulmuş olmaları çalışmamızda elde edilen veriler ile paralellik göstermektedir (47). Kendilerini değersiz hisseden saplantılı bağlanma stiline sahip bireyler, diğerlerini olumlu ve değerli algıladıklarından dolayı, başka

insanların onayını ve desteğini aldıkları süreçte kendilerini saygın hissediyor olabilirler. Eksik olan güven duygusunu başkalarına bağlı kalarak ve onlara hizmet ederek tamamlamaya çalıştıklarından hem reddedilmekten hem de terk edilmekten korktuklarından özellikle arkadaş çevresinde kabul görme gayreti içerisinde olan saplantılı bağlanma stiline sahip ergenlerin madde kullanma eğilimlerinin daha yüksek olarak çıkması muhtemel bir sonuç olarak yorumlanabilir.

Çalışma kapsamında madde kullanma eğilimi ile aile yapısı arasındaki ilişki de incelenmiştir. Aile yapısı olarak Gülerce'nin geliştirmiş olduğu dönüşümsel aile modeli esas alınmıştır (34). Buna göre aile kendi sosyal bağlamı içerisinde kendi içinden veya dışından gelen taleplere maruz kalarak sürekli bir değişim içindedir. Bu nedenle aileyi bir sistem olarak ele alan bu kurama göre aile yapısı farklı boyutlardan meydana gelmektedir. Bu boyutlar: iletişim, birlik, yönetim, yetkinlik ve duygusal bağlamdır. Bu çalışmada madde kullanma eğilimi ile aile yapısının bu boyutları arasındaki ilişki incelenmiştir. Madde kullanma eğilimi ile aile yapısı boyutlarından birlik, yönetim ve yetkinlik boyutlarıyla pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu ayrıca; yetkinlik boyutunun madde kullanma eğilimini açıkladığı bulgulanmıştır. İlgili literatürde madde kullanma eğilimi ile aile yapısının bu boyutlarını birlikte ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat aile yapısının farklı boyutlarının madde kullanımıyla ilişkisinin araştırıldığı birçok çalışma bulunmaktadır (13,32,44,48,49,50,51,52,

53,54,55,56,57,58). Örneğin, Griesbach ve arkadaşları araştırmalarına dahil olan tüm ülkelerde (Danimarka, Avusturya, Finlandiya, Almanya, Norveç, İskoçya ve Galler) 15 yaş ve üzeri ergenler arasında sigara içme davranışı ile aile yapısının önemli ölçüde ilişkili olduğunu bulgulamışlardır (59). Diğer taraftan sigara kullanan gençlerin daha düşük aile yakınlığı algıladıkları (60), marihuana kullananların ise düşük yakınlıkla beraber daha çok kuşaklararası koalisyon ve zayıf hiyerarşik ilişki bildirdikleri tespit edilmiştir (61). Kopak ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ise aile bireyleri arasındaki yakınlığın hem Meksika kökenli hem de Avrupa kökenli Amerikalı gençler için, bağlanmanın ise Avrupa kökenli yaşlıları için alkol kullanımının getirdiği sorunlara karşı koruyucu bir rol üstlendiğini vurgulamışlardır (62). Bu çalışmadan elde edilen veriler ile uyumlu olan bir çalışma da Akfert ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (63). Araştırmacılar üniversite öğrencilerinde sigara ve alkol kullanımı ve bunun ailedeki sorunlar ile ilişkisini inceledikleri araştırmalarında, sigara deneyen öğrencilerin denemeyen öğrencilere göre aile ortamlarını birlik, yönetim, yetkinlik ve duygusal bağlam açısından düşük algıladıkları; alkol deneyen öğrencilerin ise denemeyenlere göre aile ortamlarında duygusal bağlam boyutunun anlamlı olarak daha düşük olduğunu bulguladıklarını bildirmişlerdir. Ailede birlik boyutu aile üyeleri arasındaki yakınlık, bağlılık ve kaynaşma ile ilgilidir. Döngüsel olarak aile üyelerinin aşırı kaynaşması kadar birbirinden aşırı kopuk olması da aile sistemine olumsuz etki yapabilmektedir. Yönetim boyutu, aile içerisindeki karar alma, davranış kontrolü ve disiplin kuralları gibi normlarla ilgilidir. Aşırı katılık kadar aşırı esneklik de aile sistemi içerisinde genel uyuma olumsuz yönde etkide bulunabilir. Yetkinlik boyutu ise karşılaşılan problemleri çözme, amaçların gerçekleştirilmesi ile ilgili olup, yetkinlik arttıkça aile sisteminin uyumu da artmaktadır. Bu bakımdan madde kullanma eğilimi ile birlik, yönetim ve yetkinlik boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında madde kullanma eğilimi olan öğrencilerin aile ortamlarını daha olumsuz algıladıkları söylenebilir.

Çalışmamızın örneklem olarak belli bir coğrafi bölge olan Trabzon il merkezinde öğrenimlerine devam eden 14-20 yaş arasındaki liseli ergenlerin alınması, zaman açısından 2015-2016 yılları arasında

kapsıyor olması ve madde kullanma eğilimi üzerinde etki edebilecek pek çok değişkenin çalışmaya dahil edilmemiş olması çalışmanın sınırlılıkları olarak kabul edilmiştir. Bu araştırma madde kullanma eğilimi ile umutsuzluk, bağlanma stilleri ve aile yapısı arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Madde kullanma eğiliminin başka değişkenlerle (kişilik özellikleri, depresyon, intihar davranışı, sürekli kaygı, arkadaş özellikleri, yalnızlık, dindarlık, kişilik bozuklukları gibi özellikler) ele alınarak değerlendirilmesinin daha iyi sonuçlar verebileceği düşünülmektedir. Ayrıca madde kullanma eğilimi olan ve olmayan grupların umutsuzluk düzeyleri, aile yapıları ve bağlanma stillerinin ortaya konulduğu, farklılıkların belirlendiği karşılaştırmalı çalışmalar da yapılabilir. Ruh sağlığı hizmetleri çerçevesinde öğrencilere girişkenlik eğitimleri verilmesi, öğrencilerin sportif faaliyetlere yönlendirilmesi, onların iletişim becerilerini geliştirmek ve aile, arkadaş ve öğretmenlerinden aldıkları sosyal destek düzeylerinin yükselmesine yardım edecek müdahale programlarının hazırlanması madde kullanımının ve eğiliminin azaltılması açısından pozitif etki yapabilir.

Yazışma adresi: Psk. Dan. Kenan Bülbül, Milli Eğitim Bakanlığı, İMKB İlkokulu, Hayrat, Trabzon k_bulbul@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Jessor R. *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*. USA: Cambridge University Press, 1998.
2. United Nation Office on Drug and Crime [UNODC]. *World drug report 2015*. New York: United Nations Publication, 2015.
3. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi [TUBİM]. *EMCDDA 2014 ulusal raporu (2013 verileri)*. Ankara: EGM Yay. 2014.
4. Currie D, Small G, Currie C. *Prevalence and profiles of substance and multi-substance use by dolescents:UK and international perspectives.: Report for the Advisory Council On The Misuse Of Drugs Prevention Working Group (PWG): Pathways to Substance Misuse by Young People in the UK in the Early 21st Century and their Implications for Policy and practice*. Home Office, London. Edinburgh: Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU) 2005.
5. Du H, Li X, Lin D, Tam CC. *Hopelessness, individualism, collectivism, and substance use among young rural-to-urban migrants in China*. *Health Psychology and Behavioural Medicine* 2014; 2:211-220.
6. Murray CJ, Lopez AD. *Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global burden of disease study*. *The Lancet* 1997; 349:1436-1442.
7. United Nation Office on Drug and Crime [UNODC]. *World drug report 2015*. New York: United Nations Publication, 2015.
8. World Health Organization [WHO] (2004) *Global health observatory (GHO) data: Prevalence of drug use disorders*. http://www.who.int/gho/substance_abuse/burden/drug_prevalence_text/en/ Erişim tarihi: Şubat 17, 2016.
9. Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları II*. Ankara: Nobel, 2011.
10. MacAndrew C. *Toward the psychometric detection of substance misuse in young men: The SAP Scale*. *J Stud Alcohol* 1986; 47:161-166.
11. Minuchin S. *Families and Family Therapy*. United States of America: Harvard College, 1974.
12. Avcı, M. *Ergenlikte toplumsal uyum sorunları*. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2006; 7, 39-64.
13. Coombs R, Landsverg J. *Parenting style and substance use during childhood and adolescence*. *Journal of Marriage and Family* 1988; 50:473-482.
14. Burger JM. *Kişilik*. İnan Deniz ES (Çeviri Ed.) 1. Baskı, İstanbul: Kaknüs Yayınları, 2006.
15. Bowlby J. *Attachment and loss: Vol: I. Attachment*. New York: Basic Books, 1969.
16. Bowlby J. *Attachment and loss: Vol: II. Separation, anxiety and anger*. New York: Basic Books, 1973.
17. Bowlby J. *Attachment and loss: Vol. III. Loss sadness and depression*. New York: Basic Books, 1980.
18. Mikulincer M, Shaver PR. *An attachment perspective on psychopathology*. *Word Psychiatry* 2012; 11:11-15.
19. Bifulco A, Moran PM, Ball C, Bernazzani O. *Adult attachment style. I: Its relationship to clinical depression*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002; 37:50-59.
20. Sümer N, Ünal S, Selçuk E, Kaya B, Polat R, Çekem B. *Bağlanma ve Psikopatoloji: Bağlanma Boyutlarının Depresyon, Panik Bozukluk ve Obsesif-Kompulsif Bozuklukla İlişkisi*. *Türk Psikoloji Dergisi* 2009; 24:38-45.
21. Aydoğdu H, Çam MO. *Madde kullanım bozukluğu olan ve olmayan ergenlerin bağlanma stilleri, anne baba tutumları ve sosyal destek algıları yönünden karşılaştırılması*. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013; 4:137-144.
22. Kelley ML, Schroeder VM, Cooke CG, Gumienny L, Platter AJ, Fals-Stewart W. *Mothers' versus fathers' alcohol abuse and attachment in adult daughters of alcoholics*. *Journal of Family Issues* 2010; 31:1555-1570.
23. Massey SH, Compton MT, Kaslow NJ. *Attachment security and problematic substance use in low?income, suicidal, African American women*. *Am J Addict* 2014; 23:294-299.
24. Scullin MB, Jacobs JR. *Personality traits, attachment styles, and the irassociation with alcohol and nicotine use in college under graduates*. *United States: Annual Conference of the American Psychological Association*. (ERIC Document Reproduction Service no: ED457423) 2001.
25. Sher KJ, Bartholow BD, Wood MD. *Personality and substance use disorders: A prospective study*. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68:818-829.
26. Shedler J, Block J. *Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry*. *Am Psychol* 1990; 45:612-630.
27. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. *The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale*. *J Consult Clin Psychol* 1974; 42:861-865.
28. Kuo W, Gallo JJ, Eaton WW. *Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality a 13-year community-based study*. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39:497-501.
29. Thompson EA, Mazza JJ, Herting JR, Randell BP, Eqqert LL. *The mediating roles of anxiety, depression and hopelessness on adolescent suicidal behaviors*. *Suicide Life Threat Behav* 2005; 35:14-34.
30. Bolland JM. *Hopelessness and risk behaviour among adolescents living in high-poverty inner-city neighbourhoods*. *J Adolesc* 2003; 26:145-158.
31. Durak A, Palabıyıkoglu R. *Beck Umutsuzluk Ölçeği geçerlilik çalışması*. *Kriz Dergisi* 1994; 2:311-319.
32. Griffin DW, Bartholomew K. *The metaphysics of measurement: The case of adult attachment*. In K. Bartholomew and D. Perlman (Eds.), *Attachment processes in adulthood: Advances in personal relationships* (vol. 5, pp. 17-52). London: Jessica Kingsley Publishers, 1994.
33. Sümer N, Güngör D. *Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örnekleme üzerinde psikometrik değerlendirilmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma*. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14:71-106.
34. Gülerce A. *Türkiye'de ailelerin psikolojik örüntüleri*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1996.
35. Ceyhun C, Oğuztürk Ö, Ceyhun AG. *Madde Kullanma*

- Eğilimi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. *J Clin Psychiatry* 2001; 4:87-93.
36. Field A. *Discovering statistics using spss* (3th ed.). London: Sage Publications, 2009.
37. Dost MT, Keklik İ. Sürekli kaygı, umutsuzluk ve benlik saygısının ergenlerin riskli davranışlarını yordama gücü. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* 2014; 13:195-208.
38. Gümüş AB. Üniversite öğrencilerinde sigara ve alkol kullanımı: Depresif belirtiler ve umutsuzluk yönünden bir değerlendirme. *Bağımlılık Dergisi* 2015; 16:9-17.
39. Lemos VA, Antunes HKM, Baptista MN, Tufik S, Mello MT, Formigoni MLOS. Low family support perception: A 'social marker' of substance dependence? *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2012; 34:52-59.
40. Stewart SH, Sheey SB, Comeau MN, Mushquash CJ, Collins P, Wilgenburg HV. Hopelessness and excessive drinking among aboriginal adolescents: The mediating roles of depressive symptoms and drinking to cope. *Depression Research and Treatment* 2011; 2011:1-11.
41. Jalilian F, Matin BK, Ahmadpanah M. Substance abuse among college students: Investigation the role of hopelessness. *Life Science Journal* 2014; 11:396-399.
42. Gönüllü OG, Hacıoğlu M, Tarlacı N. Ego psikolojisi ve madde bağımlılığı. *Düşünen Adam* 2002; 15:104-107.
43. Cooper ML, Shaver PR, Collins NL. Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *J Pers Soc Psychol* 1998; 74:1380-1397.
44. Bircan S, Erden G. Madde bağımlılığı: Aile ile ilgili olası risk faktörleri, algılanan ebeveyn kabul-reddi ve çocuk yetiştirme stilleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2011; 18:211-222
45. Ledoux S, Miller P, Choquet M, Plant M. Family structure, parent-child relationships, and alcohol and other drug use among teenagers in France and the United Kingdom. *Alcohol Alcohol* 2002; 37, 52-60.
46. Savi F, Akboy R. Ön ergenlik dönemi davranış sorunları ile aile işlevleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *IJRTE* 2008; 1:28-41.
47. Cömert IT, Ögel K. Madde kullanan ergenlerin bağlanma stilleri. *The Turkish Journal on Addictions* 2014; 1:9-40.
48. Aslan N. Tedavi ve Denetimli Serbestlik Tedbiri Altında Bulunan Bireylerin Aile Yapıları ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki. Hacettepe Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2012.
49. Ateş FB, Akbaş T. Ergenlerde görülen kural dışı davranışların aile işlevselliği ve yaşam kalitesi açısından incelenmesi. *ÇÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2012; 21:337-352.
50. Bjarnason T, Davidaviciene AG, Miller P, Nociar A, Pavlakis A, Stergar E. Family structure and adolescent cigarette smoking in eleven European countries. *Addiction* 2003; 98:815-824.
51. Borawski EA, Ievers-Landis CE, Lovegreen LD Trapl ES. Parental monitoring, negotiated unsupervised time, and parental trust: The role of perceived practices in adolescent health risk behaviors. *J Adolesc Health* 2003; 33:60-70.
52. Brody GH, Forehand R. Prospective associations among family form, family processes, and adolescents' alcohol and drug use. *Behav Res Ther* 1993; 31:587-593.
53. Diamond GM, Farhat A, Al-Amor M, Elbedour S, Shelef K, Bar-Hamburger R. Drug and alcohol use among the bedouin of the negev: Prevalence and psychosocial correlates. *Addict Behav* 2008; 33:143-151.
54. Doherty EE, Green KM, Reisinger HS, Ensminger ME. Long-Term patterns of drug use among an urban African-American cohort: The role of gender and family. *J Urban Health-Bull N Y Acad Med* 2007; 85:250-267.
55. Dunn MG, Tarter RE, Mezzich AC, Vanyukov M, Kirisci L, Kirillova G. Origins and consequences of child neglect in substance abuse families. *Clin Psychol Rev* 2002; 22:1063-1090.
56. Hoffman JP. The community context of family structure and adolescent drug use. *Journal of Marriage and Family* 2002; 64:314-330.
57. McArdle P, Wiegiersma A, Gilvarry E, Kolte B, McCarthy S, Fitzgerald M, Brinkley A, Blom M, Stoeckel I, PPierolini A, Michels I, Johnson R, Quensel S. European adolescent substance use: The role of family structure function and gender. *Addiction* 2002; 97:329-336.
58. Şen M. Türkiye'de ergen profili. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi* 2011; 7:89-102.
59. Griesbach D, Amos A, Currie C. Adolescent smoking and family structure in Europa. *Soc Sci Med* 2003; 56:41-52.
60. Gau SS, Lai M, Chiu Y, Liu CT, Lee MB, Hwu HG. Individual and family correlates for cigarette smoking among Taiwanese college students. *Compr Psychiatry* 2009; 50:276-285.
61. Chedid M, Romo L, Chagnard E. Adolescents and marijuana: Links between the consumption level and family structure, cohesion and power. *Annales Medico-Psychologiques* 2009; 167: 541-543.
62. Kopak AM, Chen AC, Haas SA, Gillmore MR. The importance of family factors to protect against substance use related problems among Mexican heritage and white youth. *Drug Alcohol Depend* 2012; 124:34-41.
63. Akfert SK, Çakıcı E, Çakıcı M. Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10: 40-47.
64. Beck, AT., Steer, RA. Shaw, BF. Hopelessness in an alcohol and heroin dependent women. *Journal of Clinical Psychology*, 1984; 40, 602-606.

Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin aile işlevselliği

Family functioning of adolescents with nonsuicidal self-injury

Damla Eyüboğlu¹, Taner Güvenir², Canem Kavrurma³, Fatma Varol Taş⁴

¹Dr. Öğr. Üyesi, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Eskisehir, Türkiye

²Doç. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, İzmir, Türkiye

³Uzm. Dr., Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Manisa, Türkiye

⁴Doç. Dr., Özel Muayenehane, Alsancak, İzmir, Türkiye

ÖZET

Amaç: : Bu çalışmada çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine kendine zarar verme davranışı (KZVD) ile başvuran ergenlerde KZVD özellikleri, aile işlevselliği, ebeveynlerinin ruhsal iyilik hallerinin araştırılması ve ergenlerdeki kendine zarar verme davranışı arasında ilişki olup olmadığının saptanması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kliniği'ne başvuran, son 1 yıl içerisinde KZVD olan 37 olgu ve 51 ebeveyni ile aynı kliniğe herhangi bir psikopatoloji ile başvuran 31 kontrol ve 47 ebeveyni alındı. Çalışmaya katılan ergenlere Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) ve Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), ebeveynlerine ADÖ ve Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12) uygulanmıştır. **Bulgular:** Kesme en sık KZVD yöntemi idi. KZVD olan gruptaki ergen ve ebeveynlerinin, işlevsellikte kısıtlılıklara işaret edecek şekilde, ADÖ alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu gruptaki ebeveynlerin GSA-12 ölçeğinden daha yüksek oranda 2 ve üstü puan aldıkları gözlemlenmiştir. **Sonuç:** KZVD olan ergenlerin aile işlevselliğinin daha bozuk olduğu, KZVD ile aile işlevselliği arasında anlamlı bir ilişki olduğu, ebeveynlerinin daha yüksek oranda psikopatoloji riski taşıdıkları bulunmuştur. KZVD'si olan ergenlerin ebeveynleri ile aile işlevselliğindeki sorunlara yönelik görüşmeler yapılması ve ruhsal iyilik hallerinin desteklenmesi önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Kendine zarar verme davranışı, ergen, aile işlevselliği

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:370-379)

DOI: 10.5505/kpd.2018.77598

SUMMARY

Objective: The aim of this study was to investigate the features of nonsuicidal self-injury (NSSI) behaviors, family functioning and parental well-being in adolescents with NSSI referred to child and adolescent psychiatry department and also in order to detect if there is an association between the act of NSSI and the issues above mentioned. **Method:** Thirty seven cases with NSSI in the last year and their 51 parents and 31 controls with any psychopathology and their 47 parents referred to child and adolescents psychiatry clinic were included. The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) and Mc Master Family Assessment Device (FAD) were applied to all adolescents who admitted to the study, and FAD and General Health Questionnaire (GHQ) were applied to their parents. **Results:** Cutting was the most common self harm method. The adolescents with NSSI and their parents had greater scores in Mc Master Family Assessment Device subscales by pointing the limitations in functioning. The parents of adolescents with NSSI had greater ratio 2 and upper scores in GHQ-12. **Discussion:** It was found that family functioning of adolescents with NSSI was poorer, there was a significant association between NSSI and family functioning and parents of adolescents with NSSI had more risks in mental health disorders. It is important to interview with parents of adolescents with NSSI about family functioning problems and to support parental well-being.

Key Words: Nonsuicidal self-injury, adolescent, family functioning

GİRİŞ

Kasıtlı olarak kendine zarar verme davranışı; kişinin kendi vücut dokularına özkıyım niyeti olmaksızın kasıtlı olarak ve doğrudan zarar vermesi olarak tanımlanmaktadır (1,2). Kendine zarar verme davranışı (KZVD) için en büyük risk ergenlik döneminde ve sıklıkla dürtüsel biçimde ortaya çıkar (3). Bazı risk faktörlerinin (örn: istismar, travma vb.) ve psikopatoloji durumlarının (ör: duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları vb.) KZVD ile ilişkili olduğu bilinmektedir (4,5,6).

KZVD literatürde "self injury", "self mutilation", "self harm", "parasuicide" vb. şekillerde adlandırılmıştır. Son yıllarda ise "intihar niyeti taşımayan kendine zarar verme" (Nonsuicidal self-injury) araştırmacılar tarafından kabul gören bir terim olmaya başlamış (7,8) ve aynı terimle DSM-5'te ayrı bir klinik durum olarak yerini almıştır (7).

Toplum tabanlı yapılan prevelans çalışmalarında KZVD ergenlerde %23, genç eriőkinlerde %13.4, eriőkinlerde ise %5.5 oranlarında saptanmıştır (3,9). Jacobson ve Gould (2007)'un, kendine zarar verme davranışı olan ergenlerle yapılmış araştırmaları gözden geçirdikleri çalışmalarında; KZVD'nın hayat boyu yaygınlığı %13.0-23.2; bir yıllık yaygınlığı da %2.5-12.5 olarak bildirilmiştir (4).

KZVD, genellikle 10-24 yaş arasında başlamaktadır ve ortalama başlangıç yaşı 13-14 yaş olarak bildirilmektedir (10,11). KZVD'nın ne kadar süre devam ettiği konusunda bilgiler sınırlı olmakla birlikte; yapılan bir çalışma, ergenlerin %40'ının 1 yıl içinde, %80'inin de 5 yıl içinde kendine zarar verme davranıőını bıraktığını göstermiştir (12).

Yazında KZVD'nın kızlar ve erkekler arasında dağılımı konusunda farklı sonuçlar mevcuttur. Bazı çalışmalar KZVD'yi, kızlarda ve erkeklerde eşit oranlarda raporlamıő (13,14); diğerleri de kızlarda, erkeklere göre daha sık bildirmiştir (15,16). Ergenlerde yapılan çalışmalarda en sık kullanılan KZVD yöntemleri, kendini kesme ve kendine vurma olarak belirtilmiştir (15).

Kendine zarar verme davranıőını etkileyen etmenler arasında geçmiőte yaőanmıő fiziksel, duygusal ve cinsel istismarın, nörobiyolojik ve genetik faktörlerin, olumsuz kendilik algısı, olumsuz duygulanım, impulsivite, düşük stres toleransı ve disosiyatif yaőantılar gibi kişisel psikolojik etkenlerin yer aldığı bildirilmiştir (11, 17, 18, 19).

Aile özellikleriyle ilgili olarak yapılan izlem çalışmalarına göre ailesinden ayrı olan, çocukluğunda bir süre de olsa ailesinden ayrı kalan veya anne-babası boşanmış ergenlerin kendine zarar verme riski daha yüksekken; olumlu ailesel ilişkilere sahip olan ergenlerin kendine zarar verme riski düşük bulunmuştur (20). Rubenstein ve ark. (1998), aile içi bağların sağlamlığının ve aile bütünlüğünün KZVD için koruyucu faktör olduğunu; aile içi çatışmaların KZVD için risk faktörü olduğunu belirtmiştir (21). Ayrıca literatürde, ebeveyn-çocuk iletişimindeki ve aile işlevlerindeki yetersizliklerle birlikte zayıf aile bağlarının KZVD risk oluőturduđunun vurgulandığı çalışmalar mevcuttur (22,23). Aile bireylerinden birinde fiziksel bir hastalık veya psikopatoloji olmasının, alkol ve madde kullanım bozukluğunun bulunmasının da, ergenlerin kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (6, 24,25).

Bu çalışmada çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran ve kasıtlı kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin aile işlevselliğinin ve ebeveynlerinin genel ruhsal durumlarının değerlendirilmesi, bu etmenler ile kasıtlı kendine zarar verme davranışı arasında ilişki olup olmadığının araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın örneklemi, Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne başvuran ve kendine zarar verme davranışı olan ya da olmayan ergen ve ebeveynlerinden oluşmuştur.

Çalışmanın olgu grubuna; 12-18 yaş aralığında olan, klinik olarak normal düzeyde zeka düzeyine sahip ve son 1 yıl içerisinde en az bir defa intihar amacı olmadan kendine zarar verme davranışı bulunan ergenler alınmıştır. Kontrol grubu ise aynı

kliniğe başvuran, yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey açısından eşleştirilmiş, kendine zarar verme davranışı olmayan ancak psikiyatrik yakınması bulunan ergenlerden rastgele olarak seçilmiştir. Ayrıca her iki grup için de en az bir ebeveynin ulaşılabilir olması kriteri göz önüne alınmıştır. Tıbbi duruma ya da madde kullanımına bağlı psikoz ve mani, alkol ve madde bağımlılığı, mental retardasyon (klinik olarak), otistik bozukluk, şizofreni ve bipolar bozukluk gibi klinik durumlara sahip ergenler çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışma kriterlerine uyan ergenlerden ve ailelerinden yazılı onam alınmıştır. Çalışmaya başlamadan önce Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 782-GOA protokol numarası ile etik onay alınmıştır.

Uygulama

Her ergen ve ailesine yarı yapılandırılmış bir görüşme olan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) uygulanmış, ayrıca görüşmede sosyodemografik veri formu araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Ayrıca her ergene ve ulaşılabilen ebeveynlere Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) ve sadece ebeveynlere Genel Sağlık Anketi-12 doldurtulmuştur.

Veri toplama araçları

Sosyodemografik veri formu; ergenlerin yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik düzeyi ve ailelerine yönelik özellikleri(aile yapısı, ebeveyn geçimsizliği, aile içi şiddet) ile olgu grubu için KZVD yöntemleri hakkında bilgi toplama amacıyla literatür temel alınarak yazarlar tarafından oluşturulmuştur.

Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi- Şimdi ve yaşam boyu versiyonu (ÇDŞG-ŞY); K-SADS-PL Kauffman ve ark. (1997) tarafından 6-18 yaşlar arasındaki çocuk ve ergenlerde şimdiki ve yaşam-boyu psikopatolojiyi taramak amacıyla geliştirilmiş, yarı-yapılandırılmış bir görüşmedir (26). ÇDŞG-ŞY, DSM-IV (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) tanı ölçütleri doğrultusunda uygulanmıştır. Form; sosyodemografik özelliklerin sorgulandığı ilk bölüm,

şimdi ve geçmiş psikiyatrik belirtilerin sorgulandığı ikinci bölüm ve çocuğun değerlendirme yapıldığı andaki genel işlevinin değerlendirildiği üçüncü bölümden oluşmaktadır. Görüşmede duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir. ÇDŞG-ŞY'nin Türkçe çevirisi ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve ark (2004) tarafından yapılmıştır (27).

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) (Mc Master Family Assessment Device); Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), ABD'de Brown Üniversitesi ve Butler Hastanesi tarafından Aile Araştırma Programı çerçevesinde aile işlevlerini çeşitli boyutlarda ölçmek üzere geliştirilmiştir. Problem Çözme (PRÇ), İletişim (İLT), Roller (ROL), Duygusal Tepki Verebilme (DTV), Gereken İlgii Gösterme (GİG), Davranış Kontrolü (DVK) ve Genel Fonksiyonlar (GNF) adı altında yedi alt ölçekten oluşan ADÖ, 60 maddedir. Ölçek 'aynen katılıyorum' cevabı için bir puan ile 'hiç katılmıyorum' cevabı için dört puan arasında değişen dört seçenek üzerinden puanlanmaktadır. On iki yaş üzerindeki tüm aile üyelerine aile işlevlerini değerlendirmek amacıyla uygulanabilmektedir. Ölçeğin her alt ölçeği ayrıca puanlanmaktadır. Alt ölçek puanı iki ya da üzeri olan durumlarda o aile işlevlerinin sorunlu olduğu düşünülmektedir. Ölçeğin ülkemize uyarlama çalışması Bulut (1990) tarafından yapılmıştır (28).

Genel Sağlık Anketi-12 (GSA-12)(General Health Questionnaire); Ölçek 12 sorudan oluşmaktadır ve her soru dört seçeneklidir (örn; "hiç olmuyor", "her zamanki kadar", "her zamankinden sık", "çok sık"). Puanlamada GSA'nın değerlendirilmesinde, GHQ tipi puanlama yöntemi kullanılmaktadır. Buna göre ilk iki kolon 0, son iki kolon 1 olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak en düşük puan 0, en yüksek puan ise 12'dir. Puandaki artma ruhsal hastalık riskine işaret etmektedir. Genel sağlık anketinin 12 maddelik formunda 2 puan ve üzerinde alan kişilerde psikiyatrik bir rahatsızlık bulunma olasılığının yüksek olduğu açıklanmaktadır. Kılıç (1996) tarafından Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (29).

İstatistiksel Değerlendirme

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Ölçümle elde edilen değişkenler ortalama \pm standart sapma, kategorik değişkenler yüzde ve sayı şeklinde ifade edilmiştir. Sayısal değişkenlerden normal dağılım gösteren iki grup arasındaki ortalama karşılaştırılmasında Student t testi, normal dağılım göstermeyenlerde nonparametrik test olan Mann Whitney U testi kullanılmış olup, kategorik değişkenler Pearson ki-kare testi ve Fishers's Exact testi ile değerlendirilmiştir. $p < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edilmiştir.

Sayısal değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve düzeyini belirlemek için normal dağılım gösterenlerde Pearson, normal dağılım göstermeyenlerde Spearman korelasyon testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmada, KZVD olan grup 37, kontrol grubu ise 31 ergenden oluşmuştur. Ayrıca olgu grubundaki 51 ebeveyne, kontrol grubundaki ise 47 ebeveyne ulaşılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda, olgu grubunun yaş ortalaması 15.3 ± 1.3 , kontrol grubunun yaş ortalaması 15.6 ± 1.1 olarak saptanmıştır. Cinsiyet açısından olgu grubunun %73'ünü ($n=27$), kontrol grubunun %67.7'sini ($n=21$) kız

cinsiyet oluşturmaktadır. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > .05$).

Olgu grubunun %10.8'i ($n=4$) yüksek, %62.2'si ($n=23$) orta, %27'si ($n=10$) düşük; kontrol grubunun %19.4'ü ($n=6$) yüksek, %64.5'i ($n=20$) orta, %16.1'i ($n=5$) düşük sosyoekonomik düzeyde yer almaktadır. Sosyoekonomik düzey açısından gruplar birbiri ile benzer bulunmuştur ($\chi^2=1.76$, $p > .05$). (Sosyoekonomik düzey ailelerin kendi algıları doğrultusunda değerlendirilmiştir.)

Olgu grubunun %70.3'ü ($n=26$) ebeveynlerinin birlikte olduğunu, %29.7'si ($n=11$) ebeveynlerinin boşanmış/ayrı veya birinin vefat etmiş olduğunu; kontrol grubunun ise %74.2'si ($n=23$) ebeveynlerinin birlikte olduğunu, %25.8'i ($n=8$) ebeveynlerinin boşanmış/ayrı veya birinin vefat etmiş olduğunu belirtmiştir. Olgu grubu ve kontrol grubu aile yapısı açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($\chi^2=0.13$, $p > .05$).

Ergen ve ailelerinden alınan bilgilere göre; ebeveyn geçimsizliğinin olgu grubunun %56.8'inde ($n=21$), kontrol grubunun %32.3'ünde ($n=10$) bulunduğu bildirilmiştir. Gruplar arasında ebeveyn geçimsizliği istatistiksel açıdan anlamlı olarak farklı bulunmuştur ($\chi^2=4.08$, $p=0.043$). Aile içi şiddet sorgulandığında ise olgu grubunun %40.5'inde ($n=15$),

Tablo 1: Olgu ve kontrol gruplarının DSM -IV'e göre mevcut psikiyatrik tanıları

DSM-IV Eksen I tanıları	Olgu grubu N (%)	Kontrol grubu N (%)
Depresif Bozukluk	19 (51.3)	11 (35.5)
Davranım Bozukluğu	12 (32.4)	-
KOKGB*	10 (27.0)	2 (6.5)
DEHB**	7 (18.9)	8 (25.8)
Anksiyete Bozukluğu	-	8 (25.8)
PTSB***	-	3 (9.7)
Trikotillomani	-	2 (6.5)
Tik Bozukluğu	-	1 (3.2)
OKB****	-	1 (3.2)
Tanısı olmayan	2 (5.4)	2 (6.5)

*KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, **DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu,

PTSB: Post Travmatik Stres Bozukluğu, *OKB: Obsesif -Kompulsif Bozukluk

Tablo 2: Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin Aile Değerlendirme Ölçeği alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Olgu grubu (n=37)			Kontrol grubu (n=31)			P
	Ort	Median	Min-max	Ort	Median	Min-max	
Gereken ilgiyi gösterme	2.4	2.43	1.4-3.3	2.1	2.0	1.3-3.6	0.002*
Davranış kontrolü	2.1	2.11	1.3-3.2	1.9	2.11	1.2-2.8	0.022*
İletişim	2.5	2.44	1.1-4.0	2.1	2.11	1.0-3.3	0.026**
Genel fonksiyonlar	2.5	2.50	1.2-4.0	2.1	2.5	1.1-3.9	0.015*
Problem çözme	2.6	2.67	1.0-3.8	2.3	2.17	1.0-3.8	0.16*
Roller	2.4	2.36	1.0-3.6	2.1	2.0	1.1-3.3	0.098**
Duygusal tepki verebilme	2.5	2.50	1.0-4.0	2.2	2.0	1.2-3.5	0.106*

*Mann-Whitney U Testi, **Student T testi

kontrol grubunun %25.8'inde (n=8) var olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında aile içi şiddet açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($\chi^2=1.64$, $p>.05$).

KZVD olan ergenlerde kendini kesme davranışı en sık görülen kendine zarar verme yöntemi olarak saptanmıştır ve olguların %89.2'sinde (n=33) görülmüştür. Sıklık sırasına göre görülen diğer yöntemler; yara iyileşmesine engel olma, cilde harf veya şekil kazıma, kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma, tırnaklama, tehlikeli veya zararlı madde içme veya yutma şeklindeki kendine zarar verme davranışlarıdır.

Çalışma kapsamında, ergenlerle yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme (ÇDGŞG-ŞY) yapılarak mevcut eksen I psikiyatrik tanıları değerlendirilmiştir. Buna göre; olgu grubunun % 94.6'sında (n=35), kontrol grubunun % 93.5'inde (n=29) en az bir psikiyatrik tanı saptanmıştır (Tablo 1).

Aile işlevselliğini değerlendirmek amacıyla uygulanmış olan ergenlerin doldurduğu ADÖ alt ölçek puanlarına bakıldığında; olgu grubundaki ergenlerin kontrol grubundakilere göre tüm alt ölçek puanları daha yüksek olarak saptanmıştır. Ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık, sadece gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, iletişim ve genel

Tablo 3: Olgu ve kontrol grubundaki ergenlerin ebeveynlerinin Aile Değerlendirme Ölçeği alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Olgu grubu (n=51)			Kontrol grubu (n=47)			P
	Ort	Median	Min-max	Ort	Median	Min-max	
Gereken ilgiyi gösterme	2.42	2.29	1.43 - 3.71	2.13	2.0	1.43 - 3.71	0.011*
Davranış kontrolü	2.07	2.11	1.22 - 3.0	1.81	1.67	1.0 - 3.44	0.009*
İletişim	2.11	2.11	1.33 - 3.56	1.78	1.89	1.11 - 3.44	0.027**
Genel fonksiyonlar	2.24	2.33	1.25 - 3.75	1.86	1.83	1.08 - 3.42	0.002**
Problem çözme	2.27	2.33	1.0 - 4.0	1.89	1.83	1.17 - 3.0	0.007*
Roller	2.31	2.36	1.27 - 3.45	2.18	2.09	1.27 - 3.18	0.205**
Duygusal tepki verebilme	1.93	2.17	1.0 - 3.3	1.93	2.0	1.0 - 3.17	0.108*

*Mann-Whitney U Testi,**Student T testi

fonksiyonlar alt ölçek puanları arasındadır (Tablo 2).

Ailelerin doldurduğu ADÖ alt ölçek puanları değerlendirildiğinde; olgu grubundaki ergenlerin ebeveynlerinin kontrol grubundakilere göre tüm alt ölçek puanları daha yüksek olarak belirlenmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı farklılık, problem çözme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, iletişim ve genel fonksiyonlar alt ölçeklerinde saptanmıştır (Tablo 3).

Olgu grubundaki ergenlerin KZVD yöntemi olarak "kendini kesme" sıklığı ile ADÖ problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve genel fonksiyonlar alt ölçek puanları arasında orta düzeyde pozitif korelasyon saptanmıştır, ayrıca bu korelasyon istatistiksel açıdan anlamlıdır (Tablo 4).

Çalışmaya katılan tüm ergenlerin ebeveynlerinin ruhsal iyilik hallerini değerlendirmek amacıyla uygulanan GSA sonuçlarına göre olgu grubundaki ebeveynlerin %70.6'sı, kontrol grubundaki ebeveynlerin %50.0'ı 2 ve üzeri puan almışlardır. Gruplar arasında GSA açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 5).

TARTIŞMA

Kendine zarar verme davranışı olan ve olmayan ergenlerin ailesel özelliklerinin değerlendirildiği bu çalışmada; ebeveyn geçimsizliği, aile işlevselliği ve

Tablo 4: Olgu grubundaki ergenlerin kendini kesme sayıları ile ADÖ alt ölçek puanlarının ilişkisi

	r	p*
<i>Problem Çözme</i>	.33	0.046
<i>İletişim</i>	.35	0.03
<i>Roller</i>	.42	0.009
<i>Duygusal tepki verebilme</i>	.33	0.047
<i>Gereken ilgiyi gösterme</i>	.44	0.006
<i>Genel fonksiyonlar</i>	.38	0.02
<i>Davranış kontrolü</i>	.24	0.154

*Spearman Korelasyon Analizi

Tablo 5: Olgu ve kontrol grubundaki ebeveynlerin Genel Sağlık Anketi açısından karşılaştırılması

	Olgu grubu (n=51)		Kontrol grubu (n=47)		x ²	P
	N	%	N	%		
≥2	36	70.6	23	50	4.3	0.038
2>	15	29.4	23	50		

ebeveynlerin ruhsal durumları alanlarında farklılık olduğunu gösteren bulgulara ulaşılmıştır. Ayrıca KZVD bulunan ergenlerin kullandıkları yöntemler ve psikopatolojilerine ilişkin de değerlendirme yapılmıştır.

Yapılan çalışmalarda klinik örnekleme en sık görülen kendine zarar verme yöntemi kendini kesmedir (5,13). Kendini kesme diğer kendine zarar verme yöntemlerine göre psikopatoloji ile en ilişkili olan yöntem olarak değerlendirilmektedir (30). Bu literatür bilgisiyle uyumlu olarak bizim çalışmamızda da olgu grubunda kendine zarar verme yöntemi olarak en sık kendini kesme saptanmıştır.

Klinik ve toplum örneklemleri çalışmaları, kendine zarar veren ergen ve yetişkinlerde depresyon, anksiyete, yeme bozuklukları ve madde kullanım bozukluklarının en sık bulunan psikiyatrik eştanılar olduğunu göstermiştir (31). Klinik örnekleme kendine zarar veren ergenlerle yapılan çalışmalarda en sık görülen tanı major depresyondur ve ergenlerin %42-68'inde saptanmıştır. Diğer depresif bozukluklar eklendiğinde bu oran yaklaşık %89'a çıkmaktadır (4). Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak olgu grubundaki ergenlerin %51.3'ü major depresyon tanısı almıştır. Yapılan çalışmalar depresif belirtilerin kendine zarar verme davranışı ile ilişkili olduğunu göstermektedir (32,33,34). Klonsky (2007) kendine zarar vermenin işlevlerini sınıflandıran çalışmasında özellikle affekt regülasyonu işlevini vurgulamış, olumsuz ve yoğun duygularla başa çıkmak için kendine zarar vermenin bir çözüm olarak kullanıldığını belirtmiştir (11). Bu bilgi depresyon ile KZVD arasındaki ilişkiyi anlamamıza yol göstermektedir.

Klinik örneklemleri çalışmalarda yıkıcı davranış bozuklukları, kendine zarar veren ergenlerin %24-63'ünde saptanmıştır (5,24). Bizim çalışmamızda

olgular grubundaki ergenlerin %59.4'ünde en az bir yıkıcı davranış bozukluğu (%32.4 davranım bozukluğu, %27 karşıt olma karşı gelme bozukluğu) olduğu gözlenmiştir. Toplum örneklemleri çalışmalarda, çeşitli ölçeklerle değerlendirilen dikkat, impulsivite ve davranış problemlerinin KZVD ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (35,36,37). İmpulsivite (dürtüsellik), KZVD ve yıkıcı davranış bozukluklarında merkezi bir rol oynamaktadır (38,39). Bu durum çalışma bulgularındaki kendine zarar verme davranışı ile yıkıcı davranış bozuklukları birlikteliğini açıklayıcı olabilir. Literatür incelendiğinde; KZVD ile suç işleme arasında önemli bir ilişki olduğunu saptayan çalışmalar olduğu görülmektedir (35,40). Suça sürüklenen çocuklarda başta DEHB ve davranış bozukluğu olmak üzere psikiyatrik bozukluklar sık görülmektedir (41,42). Hem KZVD olan, hem de suç işleyen ergenlerde dışavurum bozuklukları sık görülmektedir. Bu durum da KZVD ve suç işleme arasındaki ilişkiyi anlamamıza yardımcı olmaktadır. Bu nedenle KZVD klinik ve bireysel bir problem olmanın yanı sıra, yüksek prevalansı nedeniyle toplumsal sonuçları olan önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir.

Çalışmamızda KZVD olan ve olmayan ergenler arasında aile yapısı açısından fark bulunmadığı saptanmıştır. Yazında ise, ailesinden ayrı kalan ya da anne-babası boşanmış ergenlerde KZVD'nin daha sık görüldüğünü bildiren çalışmaların yanı sıra farklılık bildirmeyen çalışmalar da vardır (6,43).

Çalışma bulgularına göre, ebeveyn geçimsizliği olgu grubunda daha yüksek oranda bulunmuştur. Ebeveyn geçimsizliği olan ergenler, olmayan ergenlere göre daha sık özkıyım girişimini de içeren şekilde kendine zarar vermektedir (44). Çalışmamızda aile içi şiddet açısından iki grup arasında fark bulunmamıştır. Buna karşın; Finlandiya'da yapılan bir çalışmada, aile içi şiddetin ergenlerin kendine zarar vermesi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (45). Aile ortamında tartışma, şiddet, uygun duygusal iklimin sağlanamamasının ve istismar gibi sorunların doğrudan ya da dolaylı yoldan emosyonel regülasyonda bozulma sonucu KZVD gelişimine yol açabileceği belirtilmektedir (46).

Kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin ve ebeveynlerinin, kontrol grubundaki ergenlere ve

ebeveynlerine kıyasla ADÖ'nün tüm alt işlev puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmada elde edilen bulgularla; kendine zarar verme davranışı olan ergenlerin anne ve babalarının problem çözme becerilerinin zayıf olduğu, güçlüklerle baş etmede esneklik gösteremedikleri, aile içi iletişimde daha fazla sorun yaşadıkları, kural koyma ve disiplin sağlanması açısından aile içinde daha fazla sorunların olduğu, duygularını ifade etmekte güçlükler yaşadıkları belirlenmiştir. Ayrıca ailenin, kaynaklarının kullanımı, bakıp büyütme, destekleme ve kişisel gelişim sağlama, aile sistemini idare etme, aile üyelerinin birbirine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgi alanlarında daha fazla zorlukları olduğu düşünülmüştür.

Rubenstein ve ark. (1998), aile içi bağların sağlamlığının ve aile bütünlüğünün KZVD için koruyucu faktör olduğunu; aile içi çatışmaların KZVD için risk faktörü olduğunu belirtmiştir (21). Tulloch ve ark. (1997) da, ebeveyn-çocuk iletişimindeki yetersizlikler ve zayıf aile bağları ile KZVD arasında güçlü bir ilişki bulmuştur (22). Martin ve ark. (1995) ile Kerfoot ve ark (1996), aile içi iletişimde ve aile işlevlerindeki yetersizlik ile KZVD arasındaki ilişkiyi rapor etmişlerdir (23,47). Çalışmalarda ailelerin problem çözme işlevlerindeki yetersizliğin KZVD ile ilişkisi gösterilmiştir. Ailenin bu konudaki zorlukları gençlere, zor durumlarda mücadele etme ve stresle baş etme konusunda uygun model olamamasına ve gençlerin kendine zarar verme şeklinde uygunsuz bir çözüm yoluna başvurmasına yol açtığını düşündürmektedir (48).

McLaughlin ve ark (1996), KZVD'si olan ergenlerin aile ile daha fazla oranda problem yaşadığını belirtmiş ve bu sorunları; en önemli güçlükler arasında tanımlamıştır (49). Davranış kontrolü açısından bakıldığında, ailelerin bu konuda daha çok sorun yaşamaları gençler üzerinde bir otorite eksikliğini akla getirmektedir. Davranışları uygun şekilde kontrol edilmeyen gençler daha kuralsız ve dürtüsel davranışlar sergileyebilir (48). Çalışmamızda kendine zarar verenlerde ADÖ genel işlevler alt ölçeğinin puanlarının daha yüksek olması da gencin uygun bir rol modelden eksik kaldığını işaret edebilir ve böylelikle gencin riskli davranışlar sergilemesine yol açabilir (48).

Webb (2002); psikososyal risk faktörleri ile KZVD ilişkisini değerlendirdikleri gözden geçirme çalışmasında; aile problemlerinin varlığından daha çok; aile ile ilişkili koruyucu faktörlerin eksikliğinin KZVD grubunu ayırt ettiğini belirtmektedir (50). Nitekim çalışmamızda ADÖ alt ölçek puanları ile KZVD sayısı arasındaki anlamlı ilişki, aile işlevselliğinde yetersizlik arttıkça KZVD de artışı neden olduğu literatür bilgisini destekler niteliktedir. Sonuç olarak çalışmamızda elde edilen bulgular KZVD ile aile işlevselliği arasında önemli bir ilişki olduğunu göstermiştir.

Aynı zamanda çalışmaya katılan ergenlerin ebeveynlerinin ruhsal iyilik hallerini değerlendirmek amacıyla Genel Sağlık Anketi (GSA)-12 uygulanmıştır. GSA-12 sonuçlarını değerlendirirken 2 puan ve üzerinde alan kişilerin bir ruhsal bozukluğa sahip olma açısından risk altında olabileceği belirtilmektedir (29). Çalışmamızda olgu grubunun ebeveynlerinin, kontrol grubununkilere göre ruhsal iyilik hallerinin daha kötü olduğu belirlenmiştir. Yapılan bir kohort çalışmasında; ergenin 12 yaşında olduğu dönemde var olan annenin ruhsal problemlerinin ve anne-babanın yetersiz iyilik hallerinin, ergen 15 yaşına geldiğinde kendine zarar verme davranışı için önemli bir risk faktörü olduğu saptanmıştır (51). Morgan ve ark. (2013), ebeveynlerin olumsuz ruhsal durumlarının ergenlerde görülen kendine zarar verme davranışı için önemli bir risk faktörü olduğunu, ancak ebeveynlerin de ruhsal durumlarının ergenlerin kendine zarar verme davranışından olumsuz etkilenebildiğini, bu nedenle hangisinin daha önce başladığının net bir biçimde bilinemeyeceğini belirtmişlerdir (52).

Çalışma bulgularının değerlendirilmesi sırasında çalışmanın kısıtlılıkları da dikkate alınmalıdır. Çalışmamızın örneklemini yalnızca kliniğe başvuran ergenler oluşturmuştur. Bu nedenle kliniğe başvurmamış ergenler örnekleme temsil edilememiştir. Bu ergenlerde KZVD doğası ve aileye ilişkin özellikler daha farklı olabilir. Ayrıca örneklem sayısı da azdır. Bu nedenlerle bulgular tüm KZVD olan ergenlere genellenemez. Ayrıca çalışma kapsamında her ergenin hem anne hem de babası değerlendirmeye katılmak ve formları doldurmak üzere davet edilmiştir, ancak sadece bir kısmının her iki ebeveyni davete yanıt vermiştir.

Bazı anne veya babalara ulaşılamamıştır. Bu durum, her iki ebeveynin de değerlendirilebilmesini engellemiştir. Çalışmada anne ve babaların ruhsal iyilik halleri yalnızca ölçek ile değerlendirilmiş, tanısal görüşme yapılamamıştır, bu da bir başka kısıtlılıktır.

Sonuç olarak; kendine zarar verme davranışı ergenlikte sık görülen önemli bir sağlık sorunudur. Çalışmada kendine zarar verme davranışı olan ergen ve ailelerine yönelik özelliklerin araştırılması amaçlanmıştır. Literatür verileri ile birlikte bu çalışmanın sonuçları, KZVD'nin değerlendirilmesi ve tedavi başarısını arttırmak için; aile işlevselliğinin ve ebeveyn psikopatolojisinin dikkatle ele alınmasının ve bu alanda gerekli müdahalelerin yapılmasının gerekli olduğunu göstermektedir.

Yazışma adresi: Dr. Öğr. Üyesi Damla Eyüboğlu, Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri A.D. Eskişehir, Türkiye damlakarakaslar@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Herpertz S. Self-injurious behaviour. Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatr Scand* 1995;91:57-68.
2. Muehlenkamp JJ, Kerr PL, Bradley AR, Adams Larsen M. Self-objectification, risk taking, and self-harm in college women. *Psychol. Women Q.* 2005;29:24-32.
3. Rodríguez-Blanco L, Carballo- Belloso JJ, Baca-García E. Use of Ecological Momentary Assessment (EMA) in Non-Suicidal SelfInjury (NSSI): A Systematic Review. *Psychiatry Res.* 2018;27:212-219.
4. Jacobson CM and Gould M. The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Arch Suicide Res.* 2007; 11:129-47.
5. Nock MK, Joiner TE Jr, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res.* 2006; 144:65-72.
6. Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp BF. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review. *J Psychosom Res.* 2009;66:477-93.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-V), Washington, DC, American Psychiatric Association, 2013.
8. Ernst C, Morton, CC, and Gusella JF. Self-injurious behaviours in people with and without intellectual delay: implications for the genetics of suicide. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2010; 13: 527-8.
9. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav.* 2014; 44:273-303.
10. Klonsky ED, Oltmanns TF, and Turkheimer E. Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *Am J Psychiatry.* 2003; 160:1501-8.
11. Klonsky ED, and Muehlenkamp JJ. Self-injury: a research review for the practitioner. *J Clin Psychol.* 2007; 63:1045-56.
12. Whitlock J, Eckenrode J, and Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics.* 2006; 117:1939-48.
13. Briere J, and Gil E. Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *Am J Orthopsychiatry.* 1998; 68:609-20.
14. Muehlenkamp JJ, and Gutierrez PM. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide Life Threat Behav.* 2004; 34:12-23.
15. Laye-Gindhu A, Schonert-Reichl K. Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the "Whats" and "Whys" of Self-Harm. *J Youth Adolesc.* 2005; 34: 447-457.
16. Bresin K, and Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2015; 38: 55-64.
17. Favazza AR. Repetitive self-mutilation. *Psychiatric Annals.* 1992; 22:60-63.
18. Glenn CR, and Klonsky ED. A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personal Disord.* 2010; 1: 67-75.
19. Nock MK, and Mendes WB. Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *J Consult Clin Psychol.* 2008; 76: 28-38.
20. Toprak S, Cetin I, Guven T, Can G, Demircan C. Self-harm, suicidal ideation and suicide attempts among college students. *Psychiatry Res.* 2011; 187:140-4.
21. Rubenstein JL, Halton A, Kasten L, Rubin C, Stechler G. Suicidal behavior in adolescents: stress and protection in different family contexts. *Am J Orthopsychiatry.* 1998; 68:274-84.
22. Tulloch AL, Blizzard L, and Pinkus Z. Adolescent-parent communication in self-harm. *J Adolesc Health.* 1997; 21:267-75.
23. Kerfoot M, Dyer E, Harrington V, Woodham A, Harrington R. Correlates and short-term course of self-poisoning in adolescents. *Br J Psychiatry.* 1996; 168:38-42.
24. Skegg K. Self-harm. *Lancet.* 2005; 366:1471-83.
25. Cassels M, van Harmelen AL, Neufeld S, Goodyer I, Jones PB, Wilkinson P. Poor family functioning mediates the link between childhood adversity and adolescent nonsuicidal self-injury. *J Child Psychol Psychiatry.* 2018.
26. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997; 36:980-8.
27. Gokler B, Unal F, Pehlivanurk B, Kultur EC, Akdemir D, Taner Y. Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T). *Turk J Child Adolesc Ment Health.* 2004; 11:109-116.
28. Bulut I. Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı. Özgül Zeliş Matbaası, Ankara, 1990.
29. Kılıç C. Genel Sağlık Anketi: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Turk Psikiyatri Derg.* 1996; 7: 3-11.
30. Klonsky ED. The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Res.* 2009; 166: 260-268.
31. Favazza AR. *Bodies Under Siege: Self Mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry.* Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press. 1996
32. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB. Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008; 37: 363-75.
33. Martin G, Swannell SV, Hazell PL, Harrison JE, Taylor AW. Self-injury in Australia: a community survey. *Med J Aust.* 2010; 193: 506-10.
34. Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M, Lachal J,

- Moro MR. Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review. *PLoS One*. 2016; 11: e0153760.
35. Bjärehed J, and Lundh LG. Deliberate Self Harm in 14 Year Old Adolescents: How Frequent Is It, and How Is It Associated with Psychopathology, Relationship Variables, and Styles of Emotional Regulation? *Cogn Behav Ther*. 2008; 37:26-37.
36. Nixon MK, Cloutier P, and Jansson SM. Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *Can Med Assoc J*. 2008; 178:306-312.
37. Cerutti R, Manca M, Presaghi F, Gratz KL. Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *J Adolesc*. 2011; 34:337-347.
38. Kutcher S, Aman M, Brooks SJ, Buitelaar J, van Daalen E, Fegert J, Findling RL, Fisman S, Greenhill LL, Huss M, Kusumakar V, Pine D, Taylor E, Tyano S. International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2004; 14:11-28.
39. Herpertz S, Sass H, and Favazza A. Impulsivity in self-mutilative behavior: Psychometric and biological findings. *J Psychiatr Res*. 31:451-465.
40. Brunner R, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M, Resch F. Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007; 161:641-9.
41. Ruchkin V, Kuposov R, Vermeiren R, Schwab-Stone M. Psychopathology and age at onset of conduct problems in juvenile delinquents. *J Clin Psychiatry*. 2003; 64:913-20.
42. Eyuboglu M, and Eyuboglu D. Suça Sürüklenen Çocuklarda Psikiyatrik Bozukluklar, Sosyodemografik Özellikler ve Risk Faktörleri. *Klinik Psikiyatri*. 2018; 21:7-14.
43. Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med*. 2007; 37:1183-92.
44. Beautrais AL. Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000; 34: 420-436.
45. Rissanen M-L, Kylmä J, and Laukkanen E. Self-mutilation among Finnish adolescents: Nurses' conceptions. *Int J Nurs Pract*. 2011; 17:158-165.
46. Adrian M, Zeman J, Erdley C, Lisa L, and Sim L. Emotional Dysregulation and Interpersonal Difficulties as Risk Factors for Nonsuicidal Self-Injury in Adolescent Girls. *J Abnorm Child Psychol*. 2011; 39: 389-400
47. Martin G, Rozanes P, Pearce C, and Allison S. Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatr Scand*. 1995; 92:336-344.
48. Cimen ID, Coskun A, Nasıroğlu S, and Etiler N. İzmit'te yaşayan ergenlerde kendine zarar verme davranışı ve aile özellikleri ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2017; 18: 257-264.
49. McLaughlin J-A, Miller P, and Warwick H. Deliberate self-harm in adolescents: hopelessness, depression, problems and problem-solving. *J Adolesc*. 1996; 19:523-532.
50. Webb L. Deliberate self-harm in adolescence: a systematic review of psychological and psychosocial factors. *J Adv Nurs*. 2002; 38: 235-44.
51. Sourander A, Aromaa M, Pihlakoski L, Haavisto A, Rautava P, Helenius H, Sillanpää M. Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15. *J Affect Disord*. 2006; 93: 87-96.
52. Morgan S, Rickard E, Noone M, Boylan C, Caarthy A, Crowley S, Butler J, Guerin S, and Fitzpatrick C. Parents of young people with self-harm or suicidal behaviour who seek help - a psychosocial profile. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013; 7:13.

Acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının incelenmesi

Investigation of beliefs and attitudes of emergency service staff towards mental illnesses

Serap Yıldırım¹, Funda Ersoysal², Cansu Güler³

¹Dr. Öğr. Üyesi, ³Araş. Gör., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir

²Hemş., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir

ÖZET

Amaç: Araştırma, acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı araştırma, Mart-Haziran 2017 tarihleri arasında, bir üniversite hastanesinin acil servisinde çalışan, araştırmaya katılmaya gönüllü 57 sağlık çalışanıyla yürütülmüştür. Veriler, Tanıtıcı Bilgi Formu ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'yle (RHYİÖ) toplanmıştır. Verilerin analizinde, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Acil servis çalışanlarının RHYİÖ alt ölçek puan ortalamaları sırasıyla "Tehlikelilik" 22.54 ± 5.58 , "Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma" 27.81 ± 7.65 , "Utanma" 2.07 ± 2.08 olup, toplam puan ortalaması 52.42 ± 11.74 'tür. Acil servis çalışanlarının "Utanma" alt ölçek puan ortalamasının dağılımı cinsiyet değişkenine göre anlamlı bulunmuştur (U: 267.0, $p < 0.05$). **Sonuç:** Araştırmaya katılan acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik orta düzeyde olumlu inanca sahip oldukları, cinsiyet dışındaki değişkenlerin bu tutumları etkilemediği sonucuna varılmıştır. Acil servis çalışanlarıyla bu araştırmanın benzerinin daha büyük bir örneklem grubuyla yapılması önerilmiştir.

SUMMARY

Objective: The aim of this study was to investigate the beliefs and attitudes of emergency service staff towards mental illnesses. **Method:** The descriptive study was conducted between March and June 2017 with 57 volunteer health staff working in the emergency room of a university hospital. The data were collected through the Introductory Information Form and the Beliefs Toward Mental Illness Scale (BMI). In the analysis of the data, Mann-Whitney U test and Kruskal Wallis test were used. **Results:** The mean scores of BMI subscale scores of emergency workers were 22.54 ± 5.58 for "Dangerousness", 27.81 ± 7.65 for "Poor social and interpersonal skills and incurability", 2.07 ± 2.08 for "Shame", and 52.42 ± 11.74 for total scale score. It is found that emergency service staff distribution of "Shame" subscale score was statistically significant only gender variable (U: 267.0, $p < 0.05$). **Discussion:** It was concluded that emergency service staff participating in the study had moderate positive attitudes toward mental illnesses, whereas variables other than education status did not affect these attitudes. It is recommended to conduct a study with a larger sample group of emergency staff.

Anahtar Sözcükler: Acil servis, ruhsal hastalık, inanç, tutum

Key Words: Emergency departments, mental illness, belief, attitude

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:380-388)

DOI: 10.5505/kpd.2018.65477

GİRİŞ

Acil servise başvuran hasta popülasyonunda, ruhsal hastalıklara ilişkin acillerde önemli bir yer tutmaktadır (1,2). Genel hastanelerin acil servislerine yapılan başvuruların %3- 12'sinin psikiyatrik başvurular olduğu bildirilmektedir (3,4). Psikiyatrik aciller, bireyin duygu, düşünce ve davranış alanlarından herhangi biri veya birkaçında ortaya çıkan, kişinin kendisi veya çevresindekiler için tehlikeli olabilen ve bu nedenle acil yardım gerektiren durumları tarif etmek için kullanılmaktadır (5). Psikiyatrik aciller, kronik bir ruhsal hastalıktan, olumsuz yaşam olayları ve stres etkenlerinden kaynaklanabileceği gibi, madde kullanımı, ilaç yan etkileri, ilaç etkileşimleri, kendine ve başkalarına zarar verme ve suisid girişimi sonrasında da gelişebilmektedir (6,7).

Bu gibi durumlarda, hastaya ilk müdahale ve bakım genellikle psikiyatri dışı sağlık çalışanları tarafından yapılmaktadır. Acil serviste çalışan sağlık çalışanlarının hastayı değerlendirme, hastanın muayenesini yapma, doğru tanı koyma, tedavisini planlama ve bakımını vermedeki bilgi ve becerisi kadar, hastaya karşı geliştirdiği inanç ve tutumda oldukça önemlidir (2). Çünkü ruhsal hastalıklar diğer hastalıklara oranla en fazla damgalamaya maruz kalan hastalık gruplarından biridir (8,9,10,11). Gelişmiş ya da gelişmekte olan her ülkede, toplumun normal olarak kabul ettiği düşünce ve davranış kalıplarının dışında kalan ruhsal hastalığa sahip birey, olumsuz olarak yargılanmakta ve toplum tarafından soyutlanarak uzaklaştırılmaktadır (12,13,14).

Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerle yakın temasta bulunan kişilerin başında sağlık çalışanları gelmektedir. Sağlık çalışanlarının da toplumun bir üyesi olduğu düşünüldüğünde, toplumla benzer inanç ve tutum özellikleri göstermeleri kaçınılmazdır (15,16). Hem ulusal hem de uluslararası literatürde, bu konuda sağlık çalışanlarıyla yapılan araştırma sonuçları incelendiğinde, sağlık profesyonellerinin ruhsal hastalıklara ilişkin toplumla benzer inanç ve tutum gösterdiği saptanmıştır (17,18,19,20).

Özellikle acil servis gibi aşırı hasta sirkülas-

yonunun, uzun çalışma saatlerinin, hızlı tanılama ve tedavi gerektiren yaşam riski yüksek olan hastaların bulunduğu ortamlarda çalışan sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara ilişkin geliştirdikleri olumsuz inançlarının, hastalara sunulan tedavi ve bakımın kalitesini etkileyebileceği düşünülmektedir. Yapılan araştırmalarda, acil servise ruhsal hastalığı nedeniyle başvuran bireyler ve ailelerinin sıklıkla triyajda buldukları sırada kuyruğun arkasına gönderildiklerini hissettikleri, fiziksel şikayetlerinin ve endişelerinin daha az ciddiye alındığını belirttikleri bulunmuştur (21,22).

Araştırmanın planlandığı süreçte mevcut ulaşılabilen ulusal ve uluslararası literatür incelendiğinde, genel olarak hemşirelerin (17,23), hekimlerin (24,25,26) sağlık çalışanlarının (27,28,29), ruh sağlığı çalışanlarının (27,30,31,32) ve öğrencilerin (33,34,35,36,37) ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının incelendiği araştırmalara rastlanmıştır, acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının incelendiği araştırmaya rastlanmamıştır. Acil servis gibi iş yükünün ve hasta sirkülasyonunun yoğun olduğu kliniklerde, ruhsal hastalıklara yönelik gösterilen inanç ve tutumlar, sağlık çalışanlarının verdikleri sağlık hizmetinin kalitesi açısından önemli bir konudur. Bu gerekçelerden hareketle bu çalışmanın amacı, acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının saptanması, bu inanç ve tutumları etkileyen etmenlerin incelenmesidir.

YÖNTEM

Tanımlayıcı tipteki araştırma, Mart- Haziran 2017 tarihleri arasında, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Serviste çalışan sağlık çalışanlarıyla yapılmıştır (N=85). Araştırmada örneklem seçim yöntemine gidilmeyip evrenin tamamına ulaşmaya çalışılmıştır. Ancak araştırmaya katılmayı kabul etmeyen (19 kişi), araştırmanın yapıldığı tarihte acil serviste olmayan (raporlu 3 kişi, izinli 2 kişi) ve veri toplama formlarını eksik dolduran (4 kişi) 28 sağlık çalışanı araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırma 57 sağlık çalışanı ile tamamlanmış olup, bu sayı aynı zamanda araştırmanın örneklemine oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri, araştırma için acil servisten

izin alınan tarihler arasında, araştırmacılar tarafından acil servis çalışanlarının uygun olduğu bir aralıkta yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır.

Veri toplama aracı olarak; Tanıtıcı Bilgi Formu ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği (RHYİÖ) kullanılmıştır.

Sağlık Çalışanı Tanıtıcı Bilgi Formu; Araştırmacılar tarafından geliştirilen, açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşan form, toplam 14 soru ve iki bölümden oluşmaktadır. Formun ilk altı sorusu sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim durumu) ve mesleki bilgilerini (meslek, meslekte ve acil serviste çalışma yılı) içermektedir. Formun diğer sekiz sorusu ise sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığı olan bireyle ilgili bilgi ve deneyimlerini (acil servise başlamadan önce ruhsal hastalığı olan bireyle karşılaşma durumu, günde ortalama karşılaşılan hasta sayısı, ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi düzeyi algısı, ruhsal hastalığı olan bireyle çalışırken güçlük yaşama durumu, ruhsal hastalığı olan bireyle çalışırken hissedilen duygu, düşünce ve davranışları, yakın çevresinde ruhsal hastalığı olan bireyin varlığı) içermektedir.

Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği (RHYİÖ); Toplamda 21 maddeden oluşan ölçek Hirai ve Clum (2000) tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bilge ve Çam (2008) tarafından yapılmıştır (14,38). Ölçek,6'lı likert tipte olup 0 ile 5 puan aralığında puanlanmaktadır. Ölçeğin alt ölçekleri; "Tehlikelilik", "Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma" ve "Utanma" şeklinde olup, hem toplam puan hem de alt ölçek puan ortalamalarına göre yorumlanmaktadır ve ölçekten elde edilen yüksek puan ruhsal hastalığa ilişkin olumsuz inancı göstermektedir (14). Hira ve Clum (2000) ölçeğin Cronbach Alfa değerini 0.89, Bilge ve Çam (2008) 0.82 bulmuştur. Bu araştırma için ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.71 bulunmuştur.

Tehlikelilik Alt Ölçeği: Bu alt ölçek, ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduklarına yönelik inançları sorgulamaktadır. RHYİÖ'ne ait sekiz maddeyi kapsar ve bu alt ölçekten alınabilecek puan 0-40 arasındadır (14). Hira ve Clum (2000) alt ölçeğin Cronbach Alfa değerini 0.75, Bilge ve Çam

(2008) 0.71 bulmuştur. Alt ölçeğin bu araştırma için Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.65 bulunmuştur.

Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği: Bu alt ölçek, ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkiyi etkileme ve buna bağlı çaresizlik yaşamaya ilişkin inançları değerlendirmektedir. Bireyin özellikle duygusal etkilenmesinden dolayı, ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişki sürecinde kendini engellemesini ve çaresizlik yaşandığını ifade eder. Bu alt ölçek 11 maddeden oluşmaktadır ve alınabilecek puan 0-55 arasındadır (14). Hira ve Clum (2000) alt ölçeğin Cronbach Alfa değerini 0.82, Bilge ve Çam (2008) 0.80 bulmuştur. Alt ölçeğin bu araştırma için Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.56 bulunmuştur.

Utanma Alt Ölçeği: Bu alt ölçek, ruhsal hastalığa yönelik bireylerin utanma duygusu yaşadığını ifade eder. İki maddeden oluşan bu alt ölçekten alınabilecek puan 0-10 arasındadır (14). Hira ve Clum (2000) alt ölçeğin Cronbach Alfa değerini 0.84, Bilge ve Çam (2008) 0.69 bulmuştur. Alt ölçeğin bu araştırma için Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0.73 bulunmuştur.

İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizi SPSS (Statistical Package For Social Science) paket programında yapılmıştır. Normal dağılıma uymayan örneklem verilerinin değerlendirilmesinde non-parametrik testler kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin çeşitli faktörlerle karşılaştırmalarını yapmak için, bağımsız iki grup için Mann-Whitney U testi ve bağımsız ikiden çok grubun karşılaştırması için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Sonuçlar ortalama ± standart sapma, min- max, sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. p değerinin <0.05 olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. G*Power 3.1.9.2 programında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi temel alınarak yapılan güç analizinde çalışmanın gücü % 75 olarak saptanmıştır.

Tablo 1: Sağlık Çalışanlarının RHYİÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=57)

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	Ort±SS	Min-Max	Puan Aralığı
Tehlikelilik Alt Ölçeği	22.54±5.58	7- 34	0-40
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği	27.81±7.65	9- 49	0-55
Utanma Alt Ölçeği	2.07±2.08	0- 6	0-10
Toplam Ölçek	52.42±11.74	16- 81	0-105

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma; Min: Minimum; Max: Maksimum

Araştırmanın Etiği

Araştırmanın yapılabilmesi için, Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan (EGEBAYEK) etik kurul izni ve Ege Üniversitesi Acil Tıp Anabilim Dalı'ndan kurum izni alınmıştır. Buna ek olarak, veri toplama formlarının toplanması sırasında sağlık çalışanlarından sözlü onam alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 28.79±4.00 (min-max: 24-45) olup, sağlık çalışanlarının %52.6'sı kadın, %68.4'ü hemşire, %68.4'ü lisans mezunu, %66.7'si meslekte 1-5 yıl, %84.2'si acil serviste 1-5 yıldır çalışmaktadır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığı olan bireyle ilgili bilgi düzeyi algısı ve deneyimleri incelendiğinde, sağlık çalışanlarının %77.2'sinin acil servise başlamadan önce ruhsal hastalığı olan bireyle karşılaştığı, %43.9'unun acil serviste günde ortalama 1-3 psikiyatrik acille karşılaştığı, %68.4' ünün ruhsal hastalıklar konusundaki bilgi düzeyini kısmen yeterli algıladığı, %75.4' ünün ruhsal hastalığı olan bireyle çalışırken güçlük yaşadığı, %35.1' inin ruhsal hastalık tanısı alan bireyle karşılaştığında üzüntü hissettiği, %28.1' inin ruhsal hastalık tanısı alan bireyle karşılaştığındaki düşüncelerinin karışık olduğu, %31.6'sının ruhsal hastalık tanısı alan bireyle karşılaştığında sakin davrandığı ve %22.8'inin yakın çevresinde ruhsal hastalığı olan bireyin olduğu bulunmuştur.

Tablo 2: Sağlık Çalışanlarının RHYİÖ Puan Ortalamalarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=57)

Tanıtıcı Özellikler	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği			
	<u>Tehlikelilik</u> Ort.±SS	<u>Çaresizlik ve Kişilerarası</u> <u>İlişkilerde Bozulma</u> Ort.±SS	<u>Utanma</u> Ort.±SS	<u>Toplam</u> Ort.±SS
Cinsiyet				
Kadın (n=30)	22.87±4.78	27.70±7.22	1.47±1.76	52.03±11.13
Erkek (n=27)	22.19±6.43	27.93±8.24	2.74±2.23	52.85±12.59
U**/p	367.5/0.55	398.5/0.92	267.0/0.02 *	383.5/0.73
Yaş Grubu				
24-31 Yaş (n=46)	22.61±5.70	28.22±7.90	2.02±2.04	52.85±11.91
32 yaş ve üzeri(n=9)	22.27±5.29	26.09±6.52	2.27±2.33	50.64±11.39
U**/p	236.0/0.73	203.5/0.32	240/0.79	227.0/0.60
Meslek				
Doktor (n=18)	22.28±5.34	27.51±8.46	2.33±2.35	53.89±9.68
Hemşire (n=39)	23.11±6.20	28.44±5.68	1.95±1.96	51.74±12.64
U**/p	314.5/0.53	326.5/0.67	-0.442/0.66	-0.628/0.53
Eğitim Durumu				
Lisans (n=39)	22.23±5.41	27.49±8.46	1.85±1.84	51.56±12.75
Yüksek Lisans (n=18)	23.22±6.04	28.50±5.68	2.56±2.50	54.28±9.27
U**/p	311.0/0.49	324.5/0.65	304.00/0.41	302.5/0.40
Meslekte Çalışma Yılı				
1-5 yıl (n=38)	22.24±5.89	28.89±8.24	2.03±2.02	53.16±12.64
6 ve üzeri yıl (n=19)	23.16±5.00	25.63±5.92	2.16±2.24	50.95±9.85
U**/p	307.0/0.36	254.5/0.07	357.0/0.94	316.0/0.45
Acil Serviste Çalışma Yılı				
1-5 yıl (n=48)	22.40±5.64	27.90±7.99	2.19±2.10	52.48±12.11
6 ve üzeri yıl (n=9)	23.33±5.50	27.33±5.83	1.44±1.94	52.11±10.18
U**/p	192.0/0.60	198.5/0.70	170.5/0.31	201.5/0.75

* p<0.05, ** Mann-Whitney U testi

Sağlık çalışanlarının RHYİÖ alt ölçek puan ortalamaları sırası ile Tehlikelilik 22.54 ± 5.58 , Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma 27.81 ± 7.65 , Utanma 2.07 ± 2.08 olup, toplam puan ortalaması 52.42 ± 11.74 'dür (Tablo 1).

Sağlık çalışanlarının RHYİÖ puan ortalamalarının, sağlık çalışanlarının tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; sağlık çalışanlarının yaşlarına, mesleklerine, eğitim durumlarına, meslekte ve acil serviste çalışma yıllarına göre anlamlı bir fark saptanmazken ($p > 0.05$), cinsiyetlerine göre "Utanma" alt ölçek puan ortalamasının dağılımında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (U: 267.0, $p < 0.05$) (Tablo 2).

Acil servis çalışanlarının RHYİÖ puan ortalamalarının, ruhsal hastalığı olan bireyle ilgili bilgi düzeyi algısı ve deneyimlerine göre dağılımı incelendiğinde; sağlık çalışanlarının acil servise başlamadan önce ruhsal hastalığı olan bireyle karşılaşma durumuna, acil serviste bir günde karşılaştığı ruhsal hasta sayısına, ruhsal hastalıklar konusundaki bilgi düzeyi algısına, ruhsal hastalığı olan bireyle çalışırken güçlük yaşama durumuna, ruhsal hastalığı olan bireyle karşılaştığında hissettiği duygu, düşünce ve davranışına ve yakın çevresinde ruhsal hastalığı olan bireyin varlığına göre anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 3).

TARTIŞMA

Ruhsal hastalık tanısı alan bireylere yönelik sağlık çalışanlarının tutumlarının ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi ve buna uygun önlemlerin alınması, bu hasta grubuna yönelik verilen sağlık hizmetinin kalitesini etkilemesi nedeniyle oldukça değerlidir (39). Bu gerekçeden hareketle yapılan bu araştırmada acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları ve bu inançları etkileyen etmenler incelenmiştir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaş ortalaması 28.79 ± 4.00 olup, sağlık çalışanlarının yarısı kadın, yarıdan fazlası hemşire, tümü lisans mezunudur ve yarıdan fazlası meslekte, çoğu ise acil serviste 1-5 yıldır çalışmaktadır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yarıdan fazlası acil serviste günde ortalama 1-3 psikiyatrik acille

karşılaşmakta ve yarıdan fazlası ruhsal hastalıklar konusundaki bilgi düzeyini kısmen yeterli olarak algılamakta, yarıdan fazlası psikiyatrik acille çalışırken güçlük yaşamaktadır.

Araştırmada sağlık çalışanlarının RHYİÖ puan ortalamaları, ölçeğin puan aralıkları kapsamında değerlendirildiğinde, acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik orta düzeyde olumlu inanca sahip oldukları görülmektedir. Ulusal ve uluslararası mevcut ulaşılabilen literatürde, acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının incelendiği çalışmalara rastlanmamıştır. Özer ve arkadaşlarının (2017) bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinde çalışan sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumunu belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmada, sağlık çalışanlarının RHYİÖ toplam puan ortalaması 47.29 ± 19.40 , Günay ve arkadaşlarının (2016) hemşirelik fakültesi öğrencileriyle yaptığı çalışmada 50.55 ± 12.64 , Chauhan ve Parmar'ın (2017) tıp fakültesi öğrencileriyle yaptığı çalışmada özel üniversitedeki 50.59 ± 15.48 , devlet üniversitesindeki 49.91 ± 16.96 olarak saptanmıştır (31,33,36). Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarını belirlemeye yönelik farklı ölçüm araçlarıyla yapılan çalışmalarda da, araştırma bulgusuna benzer bulgular saptanmış olup, sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik orta düzeyde olumlu tutumlar gösterdikleri bulunmuştur (23,40). Sağlık çalışanlarıyla yapılan araştırma bulguları bu araştırmayla paralellik göstermektedir.

Acil servis çalışanlarının RHYİÖ puan ortalamalarının sağlık çalışanlarının tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 2' de incelenmiş, cinsiyet dışında hiçbir tanıtıcı özelliğin sağlık çalışanlarının inanç ve tutumları üzerinde anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Literatürde sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarının incelendiği çalışmalarda da bu konuda birbirleriyle tutarlı olmayan sonuçlar çıkmıştır. Yapılan çalışmaların bir kısmında yaş ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumları etkilerken (17,29,30) diğer çalışmalarda etkilemediği saptanmıştır (27,33). Ruhsal hastalıklara yönelik inançların meslek gruplarına göre incelendiği çalışmalarda da benzer bulgulara rastlanmıştır. Çalışmaların bazılarında hekimler daha olumlu tutum gös-

Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının RHYİÖ Puan Ortalamalarının Ruhsal Hastalığı Olan Bireyle İlgili Bilgi Düzeyi Algısı ve Deneyimlerine Göre Dağılımı (n=57)

Ruhsal Hastalık Öyküsü	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği			
	Tehlikelilik Ort.±SS	Caresizlik ve Kısilerarası İlişkilerde Bozulma Ort.±SS	Utandırma Ort.±SS	Toplam Ort.±SS
Acil Servise Başlamadan Önce Ruhsal Hastalığı Olan Bireyle Karşılaşma				
Evet (n=44)	22.31±5.94	27.64±7.59	2.16±2.18	52.11±12.34
Hayır (n=13)	23.31±4.25	28.38±8.14	1.77±1.74	53.46±9.83
U**/p	268.5/0.74	280.0/0.91	266.0/0.70	282.0/0.94
Acil Servis te Bir Günde Karşılaşılan Psikiyatrik Hasta Sayısı				
Çok (n=11)	23.73±3.10	29.45±8.64	2.00±2.49	55.18±9.88
1-3 (n=25)	21.20±5.97	26.76±6.26	2.44±2.10	50.40±10.12
4-6(n=20)	23.75±6.03	28.40±8.92	1.75±1.83	53.90±14.46
KW***/p	3.446/0.18	0.705/0.70	1.404/0.50	2.942/0.23
Ruhsal Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeyi Değerlendirmesi				
Yetersiz (n=11)	21.45±4.93	30.17±7.46	2.91±2.47	54.64±8.51
Kısmen Yeterli (n=39)	23.59±5.07	27.59±7.26	1.72±1.81	52.90±11.224
Yeterli (n=7)	18.43±7.66	25.14±9.99	2.71±2.62	6.29±17.76
KW***/p	3.698/0.15	1.794/0.41	2.456/0.29	1.389/0.50
Ruhsal Hastalığı Olan Bireyle Çalışırken Güçlük Yaşama				
Evet (n=43)	23.35±5.32	27.77±6.90	2.16±2.16	53.28±10.55
Hayır (n=14)	20.07±5.84	27.93±9.91	1.79±1.85	49.79±15.00
U**/p	204.0/0.07	298.5/0.96	281.5/0.71	265.0/0.50
Ruhsal Hastalığı Olan Bireyle Karşılaşıldığında Hissedilen Duygu				
Kaygı (n=12)	25.42±5.25	30.67±8.11	2.67±2.35	51.80±10.28
Karışık (n=11)	21.46±6.77	24.36±7.57	2.36±2.34	58.75±12.23
Üzüntü (n=20)	22.65±4.60	27.60±8.00	1.05±1.28	48.18±14.20
Korku (n=4)	21.25±5.19	28.25±6.18	2.75±2.06	51.30±10.75
Yanıt Yok (n=10)	20.60±6.17	28.40±6.82	2.07±2.08	52.25±8.26
KW***/p	4.713/0.32	3.865/0.43	6.933/0.14	4.464/0.35
Ruhsal Hastalığı Olan Bireyle Karşılaşıldığında Düşünce				
Nasıl bir durumla karşı karşıyayım (n=7)	23.86±5.01	31.57±6.02	1.00±1.41	56.43±10.15
Sakin Olmalıyım (n=2)	26.00±9.90	30.50±13.44	2.00±0.00	58.50±23.33
Herhangi bir farkı olmaz (9)	20.22±6.16	22.56±6.97	1.56±2.19	44.33±13.29
Karışık (n=16)	23.88±4.53	28.44±7.29	2.19±2.17	54.50±9.11
Bana saldırabilir (8)	22.50±5.73	27.00±7.73	3.63±2.20	53.13±12.86
Yanıt yok (n=15)	21.47±6.12	28.60±7.99	1.93±2.01	52.00±11.63
KW***/p	3.546/0.62	5.407/0.37	6.834/0.23	2.988/0.70
Ruhsal Hastalığı Olan Bireyle Karşılaşıldığındaki Davranış				
Daha Temkinli ve Kontrollü (n=15)	24.00±6.76	30.60±10.62	2.20±1.62	56.80±14.54
Empati (n=4)	24.75±0.95	30.00±7.07	1.50±0.58	56.25±6.85
Sakin (n=18)	23.67±4.30	28.33±4.24	1.67±2.17	53.67±7.57
Kötü (n=3)	22.67±5.68	26.00±9.54	4.33±1.53	53.00±15.52
Yanıt yok (n=17)	19.53±6.15	24.59±6.76	2.17±2.50	46.24±11.57
KW***/p	7.784/0.17	7.590/0.180	3.215/0.67	9.067/0.11
Yakın Çevrede Ruhsal Hastalığı Olan Bireyin Olması				
Evet (n=13)	3.00±3.54	26.92±6.14	2.69±2.46	52.62±8.51
Hayır (n=44)	22.41±6.08	28.06±8.08	1.89±1.94	52.36±12.63
U**/p	283.0/0.95	250.5/0.50	235.5/0.32	283.0/0.95

* p<0.05, **Mann - Whitney U testi, ***Kruskal Wallis testi

terirken (29,31) değerlerinde hemşireler daha olumlu tutum göstermiştir (27,30,41).

Araştırmada erkek sağlık çalışanlarının "Utanma" alt ölçek puan ortalaması kadınlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 2). Diğer bağımsız değişkenlerde olduğu gibi, bu konuda yapılan çalışmalarda cinsiyet değişkeni için de birbiriyle tutarlı olmayan sonuçlar bulunmuştur (17,28,29,30,33). Yapılan bazı çalışmalarda kadınların erkeklere göre ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu, hastalığın tedavi edilebilirliğine ilişkin daha olumlu görüşlere sahip olduğu ve daha az sosyal mesafe koydukları belirtilmesine karşın (24,33), diğer çalışmalarda cinsiyetin bu tutumları etkilemediği belirtilmiştir (20,34,36).

Bireylerin kronik hastalıklara karşı olan tutumlarını etkileyen en önemli etmenlerden bir diğeri de içinde yaşadığı kültür olsa da, literatürde bireylerin kendi özellikleri dışındaki etmenlerin de tutumları etkilediği belirtilmektedir. Kronik hastalık konusundaki bilgi (40,42,43) ve bu hasta grubuyla olan deneyimlerde hastalara ve hastalıklara yönelik inanç ve tutumlar üzerinde etkili olabilmektedir (17,29,32,42,44). Araştırmada, acil servis çalışanlarının RHYİÖ puan ortalamalarının, sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik bilgi düzeyi algısı ve deneyimlerine göre dağılımı incelenmiş, literatür bulgusuna benzer bulgular saptanmış olsa da gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3). Araştırmada acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklar konusundaki bilgi düzeyi algısı ve deneyimleri, bu hastalara karşı gösterdikleri inanç ve tutumları etkilememiş olmasına rağmen, sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğunun psikiyatrik acille çalışırken güçlük yaşadığı, bu hastalarla karşılaştıklarında üzüntü ve kaygı hissettikleri, karışık düşüncelerinin olduğu, sakin, daha temkinli ve kontrollü davrandığı belirlenmiştir (Tablo 3). Acil servis çalışanları her ne kadar profesyonel bireyler olsalar da, bu hastalıklar konusunda eğitim alsalar da, onlarda toplumun bir üyesidirler ve ruhsal hastalıklara karşı güçlü bir takım duygu ve düşüncelere maruz kalabilmektedirler (18,45,46). Araştırmadan elde edilen bulgular bize, insan yaşamında inanç ve tutum gibi subjektif kavramların değişkenlik gösterebileceğini, bu nedenle de

özellikle göstermektedir.

SONUÇ

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda, araştırmaya katılan acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik orta düzeyde olumlu inanca sahip oldukları sonucuna varılmıştır. Sağlık çalışanlarının cinsiyet dışında hiçbir tanıtıcı özelliği ve ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi düzeyi algısı ve deneyimi, ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarını etkilememiştir. Bu sonuçlar sadece araştırmanın yapıldığı acil servis çalışanlarına genellenebilir. Mevcut ulusal ve uluslararası literatürde bu konuda yapılan benzer çalışmaların olmaması nedeniyle yapılan araştırmanın, acil servis çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve tutumlarıyla ilgili mevcut durumun öngörülmesi ve yeni çalışmalara ışık tutması adına değerli sonuçlarının olduğu düşünülmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda, acil servis çalışanlarıyla bu araştırmanın benzerinin daha büyük bir örneklem grubuyla yapılması, inanç ve tutum gibi subjektif kavramların değişkenlik göstermesinden dolayı aralıklı olarak tekrar değerlendirilmesi önerilmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sadece bir üniversite hastanesinin acil servisinde çalışan sağlık çalışanlarıyla yapılması ve araştırmaya sadece 57 sağlık çalışanının katılması örneklem sayısının sınırlılığını göstermektedir. Acil servis çalışanlarıyla yapılan ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği'ni kullanan mevcut ulaşılabilen araştırmanın olmaması araştırma bulgularının tartışmasını ve sonuçlarını sınırlamaktadır.

Yazışma adresi: Dr. Öğr. Üyesi Serap Yıldırım, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir camserap@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Pekdemir M, Ergene Ü, Bola Ç, Fowler J. Acil servise başvuran psikiyatrik hastaların ve psikiyatrik yardım alma durumlarının araştırılması. *Türkiye Ekopatoloji Derg.* 2001;7:16-20.
2. Büyükbayram A, Engin E. Acil psikiyatrik bakım ve ruh sağlığı triyajı. *Psikiyatri Hemşireliği Derg.* 2018;9:61-7.
3. Kerrison SA, Chapman R. What general emergency nurses want to know about mental health patients presenting to their emergency department. *Accid Emerg Nurs.* 2007;15:48-55.
4. Şahingöz M, Kendirli K, Yılmaz E, Sönmez EÖ, Satan Y, Aksoy F, Dağistan A, Kaya N. Bir Üniversite Hastanesindeki Psikiyatrik Aciller. *Selçuk Tıp Derg.* 2014;30:153-4.
5. Kocaman N. Acil Psikiyatri Hemşireliği. *Türkiye Klin Cerrahi Tıp Bilim Derg.* 2007;3:61-74.
6. Mavrogriou P, Brüne M, Juckel G. The Management of Psychiatric Emergencies. *Dtsch Arztebl Int.* 2011;108:222-30.
7. Bullard MJ, Unger B, Spence J, Grafstein E. Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines. 2008;10:136-142.
8. Ahmedani BK. Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. *J Soc Work Values Ethics.* 2011;8:4-16.
9. Parcesepe AM, Cabassa LJ. Public Stigma of Mental Illness in the United States: A Systematic Literature Review. *Adm Policy Ment Health.* 2013;52:384-99.
10. Rössler W. The Stigma of Mental Disorders A Millennia-Long History of Social Exclusion and Prejudices. *EMBO Rep.* 2016;17:1250-1253.
11. Hansson L, Jormfeldt H, Svedberg P, Svensson B. Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *Int J Soc Psychiatry.* 2013;59:48-54.
12. Corrigan P, Markowitz FE, Watson A, Rowan D, Kubiak MA. An Attribution Model of Public Discrimination Towards Persons with Mental Illness. *J Health Soc Behav.* 2003;44:162-179.
13. Bostancı N. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Stigma ve Bunun Azaltılmasına Yönelik Uygulamalar. *Düşünen Adan.* 2005;18:32-38.
14. Bilge A, Çam O. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatr Derg.* 2008;9:91-96.
15. Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull.* 2006;32:709-14.
16. Antai-Otong D. Psychosocial Recovery and Rehabilitation. *Nurs Clin North Am.* 2016;51:287-97.
17. Björkman T, Angelman T, Jönsson M. Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scand J Caring Sci.* 2008;22:170-177.
18. Ross CA, Goldner EM. Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: A review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2009;16:558-567.
19. Stuber JP, Rocha A, Christian A, Link BG. Conceptions of Mental Illness: Attitudes of Mental Health Professionals and the General Public. *Psychiatr Serv.* 2014;65:490-497.
20. Al-Alawi M, Al-Sinawi H, Al-Adawi S, Jeyaseelan L, Murthi S. Public perception of mental illness in Oman: a cross sectional study. *Int J Cult Ment Health.* 2017;10:389-399.
21. Wand T, Happell B. The mental health nurse: contributing to improved outcomes for patients in the emergency department. *Accid Emerg Nurs.* 2001;9:166-176.
22. Clarke DE, Dusome D, Hughes L. Emergency department from the mental health client's perspective: Feature article. *Int J Ment Health Nurs.* 2007;16:126-131.
23. Ebrahimi H, Jafarabadi MA, Areshtanab HN, Pourabbas M, Dehghan A, Vahidi M. Comparing mental illness stigma among nurses in psychiatric & non-psychiatric wards in Tabriz University of medical sciences. *Acta Fac Medicae Naissensis.* 2017;34:13-22.
24. Gürlek Yüksel E, Taşkın EO. Türkiye'de hekimler ve tip fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. *Anadolu Psikiyatr Derg.* 2005;6:113-121.
25. Özmen E, Ögel K, Sağduyu A, Tamar D, Boratav C, Aker T. Psikiyatri dışı uzman hekimlerin ruhsal bozukluklar konusunda bilgi ve tutumları The knowledge and attitudes of the specialists about mental disorders. *Anadolu Psikiyatr Derg.* 2003;4:5-12.
26. Kuş Saillard E. Ruhsal Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin Psikiyatrist Görüşleri ve Öneriler. *Türk Psikiyatri Derg.* 2010;21:14-24.
27. Bağ B, Mine E. Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Tutumlarının Araştırılması. *Elektron Sos Bilim Derg.* 2005;3:107-127.
28. Arı F, Öz F. Temel Sağlık Hizmetlerinin Birinci Basamağında Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ruh Sağlığı Sorunu Olan Bireye Karşı Tutumları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg.* 2005;14:16-28.
29. Arvaniti A, Samakouri M, Kalamara E, Bochtsou V, Bikos C, Livaditis M. Health service staff's attitudes towards patients with mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009;44:658-665.
30. Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rössler W. Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2006;429:51-59.
31. Ozer U, Varlık C, Ceri V, Ince B, Arslan Delice M. Change starts with us: stigmatizing attitudes towards mental illnesses and the use of stigmatizing language among mental health professionals. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci.* 2017;30:224-232.
32. Büyükbayram A, Baysan Arabacı L, Arabacıoğlu İ, Ayyıldız C, Acar K. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan X ve Y Kuşağındaki Hemşirelerin Alkol - Madde Bağımlılığı ve Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Tutumları. *J Depend.* 2017;18:122-134.
33. Günay S, Bekitkol T, Beycan Ekitli G, Yıldırım S. The determining

of a faculty of nursing students' beliefs toward mental disorders. *J Psychiatr Nurs*. 2016;7:129-134.

34. Akgün Çıtak E, Budak E, Kaya Ö, Öz Ş, Şahin S, Taran N, Türker E. Başkent Üniversitesi'nde Öğrenim Gören Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Karşı İnançlarının Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Hemşirelik Derg*. 2010;164:68-73.

35. Ünal S, Hisar F, Çelik B, Özgüven Z. Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurol Sci*. 2010;23:145-150.

36. Chauhan S, Parmar SS. Attitudes and Beliefs of Medical Students towards Individuals with Mental Illness- a Multicentric, Cross Sectional Study. *Acta Psychopathol*. 2017;03:1-8.

37. Yanık M, Şimşek Z, Katı M, Nebioğlu M. Tıp fakültesi öğrencilerinin şizofreniye karşı tutumları ve psikiyatri eğitiminin etkisi. *Yeni Symp*. 2003;41:194-199.

38. Hirai M, Clum GA. Development, reliability and validity of the belief toward mental illness scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 2000;22:221-236.

39. Çam O, Bilge A. Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatr Derg*. 2007;8:215-223.

40. Mårtensson G, Jacobsson JW, Engström M. Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: An analysis of related factors. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21:782-788.

41. Reed F, Fitzgerald L. The mixed attitudes of nurse 's to caring for people with mental illness in a rural general hospital. 2005;249-257.

42. Çam Yıldırım S, Gürkan A. Ruhsal hastalıklarda damga ve hemşirelik. *Hemşirelik Forumu*. 2006;20-26.

43. Mavundla TR. Professional nurses' perception of nursing mentally ill people in a general hospital. *J Adv Nurs*. 2000;32:1569-1578.

44. Taşkın EO, Özmen E. Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları Etkileyen Etmenler: Bilgi, Temas, Etiket, Psikopatoloji Tipi, Medya. *3P Derg*. 2004;12:25-40.

45. Croskerry P. The cognitive imperative: Thinking about how we think. *Acad Emerg Med*. 2000;7:1223-1231.

46. Clarke D, Usick R, Sanderson A, Giles-Smith L, Baker J. Emergency department staff attitudes towards mental health consumers: A literature review and thematic content analysis. *Int J Ment Health Nurs*. 2014;23:273-284.

Duygudurum kliniğinde takip edilen bipolar bozukluk tanılı hastalarda ölüm nedenlerinin değerlendirilmesi

Evaluation of mortality causes among patients with bipolar disorder in a specialized mood clinic

Alparıslan Cansız¹, Bahri İnce², Kürşat Altınbaş³, Erhan Kurt⁴

¹Dr. Öğr. Üyesi, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

²Uzm. Dr., ⁴Doç. Dr., Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Raşit Tahsin Duygudurum Merkezi, İstanbul

³Doç. Dr., Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

ÖZET

Amaç: Artan yeni tedavi seçeneklerine rağmen bipolar bozukluk halen önemli bir yeti yitimi ve ölüm nedenidir. Gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalar genel tıbbi nedenlerin ve intiharın bipolar bozukluk tanılı hastaların erken ölümünde önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Ülkemizde bipolar bozukluk tanılı hastaların ölüm nedenlerini ortaya koyan bir araştırmaya rastlanmamış olup bu çalışmada ülkemizdeki bir duygudurum kliniğinde takip edilmekte olan bipolar bozukluk tanılı hastaların ölüm nedenlerinin ortaya konulması hedeflenmiştir. **Yöntem:** Bu çalışmada, Raşit Tahsin Duygudurum Merkezi'nde ayaktan takip ve tedavi edilen bipolar bozukluk tanısı mevcut 1300 hasta alınmıştır. On dört yıllık süre zarfında ölen 23 hastanın sosyodemografik ve klinik özellikleri Duygudurum Bozuklukları Hasta Kayıt Formu(SKIP-TURK) ile kaydedildi. Hastalarının ölüm nedenleri hastane kayıtları ve yakınlarından elde edilen tıbbi kayıtlar ile belirlendi. **Bulgular:** Ölen hastaların %56,5'i kadın, %43,4'ü erkek idi. Hastaların ortalama yaşam süresi 51,1 ± 12,5 yıl (min=27 max=68) bulundu. Hastaların en sık ölüm nedeni kardiyovasküler sebepler (%34,7) olarak saptanmıştır. Daha sonra ise solunum sistemi hastalıkları(%21,7) ve intihar(%13,4) gelmektedir. **Sonuç:** Çalışmamız sonucunda ülkemizde bipolar bozukluğu olan hastaların ölüm nedenlerinin daha önce diğer toplumlarda yapılmış çalışmalarla benzerlik arz ettiği gözlenmiştir. Bu çalışma ülkemizde bipolar bozukluk tanılı hastaların ölüm nedenlerinin belirlenmesi açısından ileride yapılacak olan geniş kapsamlı çalışmalara yol gösterebilir.

Anahtar Sözcükler: Bipolar Bozukluk, Ölüm Oranları, Eşitani, Kardiyovasküler Sistem, İntihar

(Klinik Psikiyatri 2018;21:389-396)

DOI: 10.5505/kpd.2018.75547

SUMMARY

Objective: Despite the increase in new treatment options, bipolar disorder is still a leading cause of morbidity and mortality. Researches in developed countries have shown that general medical causes and suicide play an important role in premature death of patients with bipolar disorder. In the current study, we aimed to assess the causes of death in patients with bipolar disorder in our country. **Method:** One thousand and three hundred patients with bipolar disorder who were followed up and treated at Raşit Tahsin Duygudurum Center were included in this study. Sociodemographic and clinical characteristics of 23 patients who lost their lives during 14 years were recorded with Mood Disorders Patient Registration Form (SKIP-TURK). The causes of death of the patients were obtained from hospital medical records and medical records obtained from their relatives. **Results:** Fifty six point five percent of the patients who lost their lives were female and 43.4% of them were male. The mean life span of the patients was 51.1 ± 12.5 years (min=27 max=68). The most common cause of death in patients was cardiovascular causes (34.7%). This was followed by respiratory system diseases (21.7%) and suicide (13.4%). **Discussion:** We have concluded that the causes of death in patients with bipolar disorder in our country are similar to those of previous studies in other societies. This article may guide the comprehensive studies that will be designed in the future to determine the causes of death in patients with bipolar disorder in our country.

Key Words: Bipolar Disorder, Mortality, Comorbidity, Cardiovascular Disease, Suicide

GİRİŞ

Bipolar bozukluk (BB), mani ve depresyon dönemleri ile karakterize yaşam boyu süren, ciddi ve sürekli tedavi gerektiren bir hastalıktır. Genel toplumun %1 ila %5'ini etkilemektedir (1). Hastaların öznel yaşantılarını, sosyal ve mesleki işlevselliklerini ciddi anlamda etkilemesinin yanı sıra artmış erken ölümlere neden olduğu da uzun yıllardır bilinmektedir (2,3). BB tanılı hastalar, genel topluma kıyasla 2-3 kat artmış ölüm hızına sahiptirler ve yine genel topluma kıyasla yaşam sürelerinin 9-20 yıl arası kısaldığı anlaşılmıştır (4,5). Bipolar bozukluk ve erken ölümler arasındaki ilişkiyi irdeleyen araştırmalara bakıldığında; erken verilerin hastaların ölüm nedeni olarak intihar, kaza ve homisid gibi hastalık ile ilişkili nedenleri işaret ettiğini (6,7) daha sonraki çalışmalarda ise başta kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere diğer tıbbi nedenlere bağlı ölümlerin bir hayli fazla olduğu belirtilmektedir (8). Bununla birlikte, intihar BB tanılı hastalar için halen ciddi bir ölüm nedenidir. İntihara bağlı ölüm, BB tanılı hastalarda genel topluma nazaran 15 kat daha fazla izlenmektedir (9). Ayrıca BB tanılı hastalarda alkol/psikoaktif madde kullanımı gibi intihar ve diğer tıbbi hastalıkların riskini artıran ve yine sigara kullanımı gibi başlıca kardiyovasküler hastalıkları artıran faktörlerinin varlığı genel topluma göre daha fazla görülmektedir (10,11).

Beklendiği üzere, BB tanılı hastaların ölüm nedenleri ile ilgili çalışmalar daha ziyade sağlık kayıt sisteminin yeterince gelişmiş olduğu ülkelerde yürütülmektedir. Elde edilen ulusal verilere ek olarak, daha sonraki meta-analizler, bipolar bozukluğu olan hastalarda ölüm nedenlerine ışık tutmaktadır. İsveç'te yapılan 20 yıllık kayıtların incelendiği bir çalışmada, 17101 BB tanılı hasta içerisinde ölen hastaların %38'inin kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle öldüğünü, tüm ölüm oranları içerisinde ise intiharların %19 oranında kaldığı gösterilmiştir (12). Norveç örneğinde yapılan bir araştırmada ise 33 yıllık sürede ölen BB tanılı hastaların %33'ü kalp hastalıklarına bağlı ölürken, intihar nedeniyle ölüm oranı ise %15 olarak saptanmıştır. Eş tanılı hastalıklar nedeniyle ölüm ise tüm ölüm vakalarının %77'ini oluşturmaktadır (13). Roshanaei-Moghaddam tarafından BB tanılı hastalarda ölüm nedenlerini araştırmak amacıyla yapılan

derlemede 17 çalışma incelenmiş ve sonuçta BB tanılı hastalarda tüm ölüm nedenleri içerisinde kardiyovasküler hastalıklar, solunum sistemi hastalıkları, serebrovasküler olaylar ve endokrin sistem patolojilerine bağlı ölümlerin ön planda olduğu vurgulanmıştır (8).

Farklı ülkelerden elde edilen verilere rağmen ülkemizde bipolar bozukluk tanılı hastaların ölüm nedenlerini ortaya koyan bir çalışma bulunmamaktadır. Her ne kadar bipolar bozukluk ve bedensel hastalıkların sık birlikteliğinin nedeni tam olarak bilinmese de olası risk etmenleri düşünüldüğünde toplumların kültürel farklılıkları bu risk etmenlerini değiştirebilir. Bu çalışmada ülkemizdeki bir duygudurum kliniğinden takip edilmekte olan bipolar bozukluk tanılı hastaların ölüm nedenlerinin ortaya konulması hedeflenmiştir.

YÖNTEM

Örneklem Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi(BRSHH) Raşit Tahsin Duygudurum Merkezi'nden seçilmiştir. Bu merkezde 2003-2012 yılları arasında BRSHH genel psikiyatri polikliniklerinden duygudurum bozukluğu takibi açısından yönlendirilen hastalar takip edilmektedir. 2012 yılından itibaren yeni hasta kabulü sonlandırılmış olup ve bu yıla kadar kayıt yapılmış hastaların ta-kibine devam edilmektedir. Burada Duygudurum Bozuklukları Hasta Kayıt Formu ile kaydedilerek izlenmekte olan 1300 bipolar bozukluk I ve II tanılı hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Duygudurum Bozuklukları Hasta Kayıt Formu (SKIP-TURK) Özerdem ve Yazıcı tarafından geliştirilen, 4 mo-dülden oluşan, yarı yapılandırılmış bir kılavuzdur (14). Bu kılavuzda hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, tedaviye başlama yaşı, sosyal ve mesleki işlevsellik, ilk hastalık dönemi tipi, dönem şiddeti ve süresi, doğum sonrası başlangıç, mevsimsellik, psikotik bulgulu dönem, özkiyım girişimi, hastaneye yatış, dönem süresi, dönem sayıları, baskın gidiş örüntüsü, sürengelik ve hızlı döngülülük, sigara, alkol ve madde kullanımını, eş tanılar, koruyucu tedavi öyküsünü ve önceki hastalık döneminden şimdiki hastalık dönemine kadar olan süre için tedavi uyumu sorgulamaktadır. Bu çalışmada hastaların

sosyodemografik ve klinik bilgileri SKIP-TURK üzerinden geriye dönük incelenme ile alınmıştır. Hastaların tanıları DSM-4-TR tanı kriterleri göz önüne alınarak en az iki psikiyatri uzmanının değerlendirmesi sonucunda netleştirilmiştir.

Raşit Tahsin Duygudurum Merkezi'nden takipli remisyon halindeki bipolar bozukluk tanılı hastalara kullandığı ilaçlar ve hastalık durumlarına göre en az bir aylık en fazla 6 aylık periyotlarla randevu verilmektedir. Hastaların randevularını aksatmaları halinde hasta veya yakınlarının kayıtlı telefonlarından aranarak bilgi alınmaktadır. Bu telefon görüşmeleri esnasında veya hasta yakınlarının bizzat kendi bilgilendirmeleri neticesinde kayıtlı hasta grubundan 23 kişinin öldüğü anlaşılmıştır. Hastaların ölüm nedenleri; öncelikli olarak ölümün kesinleştiği hastanelerden temin edilmiş ölüm belgelerinden, temin edilemeyenlerde ise aile bireyleri ve onların yardımıyla edinilen tıbbi belgelerden öğrenilmiştir.

Çalışmamız Nisan 2017- Eylül 2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup en son vaka Eylül 2017 tarihinde çalışmamıza dahil edilmiştir. Bu süre zarfında ölen hastaların takip dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların ölüm anındaki duygudurum dönemi en son muayene tarihindeki muayene notlarından, yakın tarihli muayenesi olmayan hastalarda ise ailelerden alınan bilgiler ile geriye dönük belirti taraması yapılarak öğrenilmiştir. Araştırmaya başlandığı tarihte ölmüş olan hastaların retrospektif olarak tıbbi arşiv kayıtları incelendiği için etik kurul başvurusu yapılmamıştır.

İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken istatistiksel analizler için SPSS(Statistical Package for Social Sciences) 20.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel analizler için ortalama, medyan, standart sapma ve frekans metotları kullanılmıştır. Sürekli veriler için ortalama±standart sapma, sürekli olmayan veriler ise yüzde (%) olarak verilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamızda 14 yıllık süre zarfında 23 (%1,8) hastanın öldüğü saptandı. Bu hastaların 12'si (%52,1) erkek, 11'i (%47,8) kadın idi. Ölen hastaların ortalama yaşları $51,1 \pm 12$ (min=27 max=68) idi. Hastalara ait sosyodemografik ve klinik özellikler Tablo 1 de verilmiştir.

Hastaların ölüm nedenlerine bakıldığında kardiyovasküler nedenler en sık (%34,8 n=8) ölüm nedenini oluşturmaktadır. Bunu takiben solunum sistemi hastalıkları 5 hastanın (%21,7) ölüm nedenini oluşturmaktadır. İntihar nedeniyle ölüm ise 3 hastada(%13.1) izlenmiştir. Kanseller, kazalar ve lityum entoksikasyonuna bağlı ölümler ikişer hastada (%8.7) gözlenmiştir. Ölüm nedenlerinin dağılımı Şekil 1 de, cinsiyetlere göre dağılımı ise Tablo 2'de gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışma sonucunda; son 5 yılda yeni hasta alımı yapılmayan çalışma merkezinde 1300 hastadan 14 yıllık süre zarfında 23(%1,8) hastanın öldüğü saptanmıştır. Çalışma örnekleminizde de diğer ülkelere benzer olarak bipolar bozukluk tanılı hastaların sıklıkla diğer tıbbi nedenlerden ötürü öldüğünü ve bu nedenler arasında kardiyovasküler ve solunum sistemi bozukluklarının önemli bir yer teşkil ettiği gözlenmektedir.

Çalışmamızda ölen bipolar bozukluk tanılı hastaların yaşam sürelerinin toplumumuz için beklenen tahmini yaşam sürelerine göre önemli miktarda kısalmış olduğunu gördük. Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre 30 yaş üstü bireylerde erkekler için tahmini yaşam süresi 77,1 yıl kadınlar da ise 82,1 yıl olarak belirlenmiştir (15). Bizim örnekleminizde ölen erkek hastaların ortalama yaşam süresi 53,6 yıl olup toplumumuzda beklenen tahmini yaşam süresine göre 23 yıl daha kısa bulunmuştur, ölen kadın hastaların ortalama yaşam süresi 55,6 yıl olup beklenen tahmini yaşam süresine göre 26 yıl daha kısa olduğu anlaşılmaktadır. Diğer ülkelerde yapılan benzer çalışmalarda bipolar bozukluğu olan kişilerin yaşam sürelerinde erkekler için 20 yıl kısaldığı kadınlar için ise 15 yıl kısaldığı bildirilmektedir(16). Ölen hastaların hem

Tablo 1 : Ölen Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Hasta sayısı	Toplam	23
	Erkek	12(%52,1)
	Kadın	11(%47,8)
Yaş(yıl)	Toplam	51.08±12.05 (min:27 max:68)
	Erkek	53,6±11,21 (min: 33 max:68)
	Kadın	48,27±13,74 (min: 27 max:65)
Medeni Durum	Bekar	6 (%26,1)
	Evli	15 (%65,2)
	Boşanmış	2(%8,6)
Hastalığın Ortalama Başlangıç Yaşı(yıl)	Toplam	26,9±12,8
	Erkek	31,5±14,44
	Kadın	22±8,82
18 Yaş Altında Hastalığı Başlayan Hasta Sayısı	Toplam	7(%30,4)
	Erkek	2(%8,6)
	Kadın	5(%21,7)
Ortalama Hastalık Süresi(yıl)	Toplam	24 ±13,1
	Erkek	31,5±14,4
	Kadın	22±8,8
Toplam Duygudurum Dönemi Sayısı		12,7 ± 8,93
Ailede Duygudurum Bozukluğu	Var	8 (%34,7)
	Yok	15(%65,3)
Ek Tanılı Bedensel Hastalık	Yok	8(%34,8)
	Var (Ölüm Nedeni ile İlişkili)	11(%47,8)
	Var (Ölüm Nedeni ile İlişkisiz)	4(%17,4)
Sigara	Var	14(%60,8)
	Yok	9(%39,2)
Tedavi	Monoterapi (Lityum)	4(%17,3)
	Monoterapi (Diğer)	4(%17,3)
	Polifarmasi	15(%65,4)
Ölüm Anındaki Duygudurum Dönemi	Ötimik	15(%65,4)
	Manik	2(%8,7)
	Hipomanik	3(%13)
	Depresif	3(%13)

yaşam sürelerindeki kısalma hem de cinsiyetler arasındaki fark literatür ile kısmen uyumlu bulunmuştur. Kadın hastaların ortalama yaşam sürelerindeki kısalmanın erkeklere göre daha fazla oluşu örneklemdaki 3 intihar eden hastanın da kadın olmasından (medyan yaş=29 yıl) kaynaklanmış olabilir.

Özelleşmiş duygudurum kliniklerinde yapılan uzun süreli izlem çalışmalarına bakıldığında ölen hasta oranımızın belirgin derecede düşük olduğu dikkati çekmektedir. Önceki çalışmalarda aynı hasta havuzunun uzun süreli korunması, görece hastalık süresi uzun hastaların araştırmaya dahil edilmesi, son yıllarda geliştirilen etkin tedavi yöntemlerinin o hasta grubunda kullanılmamış olması ve bedensel ek tanı yönetiminin son yıllarda ön planda olması bu farkın nedenlerinden olabilir (17). Bu konu ile ilgili olarak Norveç örnekleminde yapılan bir çalış-

mada 2002-2012 yıllarında merkeze kabul edilen hastaların, 1981-2002 arasında kabul edilen hastalara göre ölüm oranları belirgin derecede düşük bulunmuştur (13).

Türk toplumunda kardiyovasküler hastalıklar en sık ölüm nedeni olmakla birlikte, güncel veriler kalp hastalıkları nedenlerinden dolayı ölümün her yaş grubunda olabileceği, 45 yaşından sonra görülme oranının artarak toplumumuzda en sık 75-80 yaş aralığında izlendiği bildirilmektedir(15). Bizim örnekleminizde de kardiyovasküler hastalıklardan ölümler ilk sıradayken bu hastaların öldüğü yaşın genel topluma kıyasla görece erken olduğu gözükmemektedir (n=8; ortanca=55.5 (min=48 max:67)). Saptanan bu farkın bipolar bozukluk tanılı hastaların beklenen yaşam süresindeki kısalmaya olan etkisi açısından önemi olabilir. Bipolar bozukluk hastalarında ölüm nedenlerini

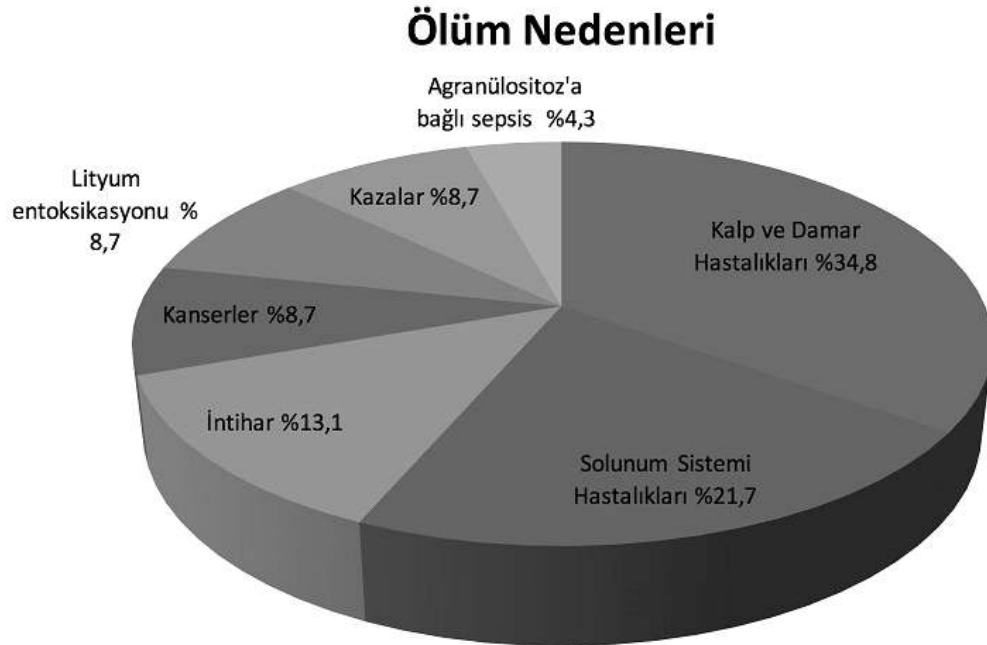
Tablo 2. Ölüm nedenlerine göre hastaların ortalama yaşam süreleri

Ölüm Nedeni	Erkek	Kadın	Toplam	Ortanca(Min -max)
Kalp hastalıkları	5	3	8	55.5(48-67)
Solunum sistemi hastalıkları	4	1	5	52(46-68)
İntihar	-	3	3	29(27-65)
Kanserler	1	1	2	(51-63)
Lityum entoksikasyonu	1	1	2	(34-54)
Kazalar (Trafik, İş)	1	1	2	(30-33)
Agranülositoz'a bağlı sepsis	-	1	1	63

araştıran çalışmalar tüm ölümler içerisinde %30-40'nın kardiyovasküler sebepler nedeniyle olduğunu göstermektedir(18). Bizim hasta grubumuzda elde ettiğimiz oran da (%34,8) bu verilerle uyumludur. Yeni sınıf ilaçların görece fazla olan metabolik yan etkileri kardiyovasküler hastalık eş tanısı öne sürülen hipotezlerin başında gelmektedir (19). Aynı zamanda tütün kullanımı, fiziksel inaktivite, sağlıksız beslenme, psikoaktif madde kullanımı, sağlık merkezlerini etkin kullanamama gibi faktörler bipolar bozukluk tanılı hastalarda kardiyovasküler nedenlere bağlı ölümler açısından risk oluşturmaktadır (20,21,22). Bu bilgilere ek olarak kardiyovasküler hastalıklar ile ruhsal hastalıklar arasında ortak patofizyolojik süreçlerin etkin olabileceği ve bilinen ilaç yan etkilerinden bağımsız olarak bipolar bozukluğun kardiyovasküler hastalık gelişimi için tek başına risk faktörü olduğu da dile

getirilmiştir. Bu patofizyolojik süreçlere örnek olarak otonom sinir sistemi ve hipotalamo-hipofiz-adrenal aks bozulmaları, inflamasyon, oksidatif stres, artmış trombosit reaktivitesi gibi kardiyovasküler hastalık sıklığını artıran etkenler gösterilmektedir (23).

Ülkemizde kardiyovasküler hastalıklardan sonra en sık ölüm nedeni olarak kanserler gelmesine rağmen örneklemimizde solunum sistemi hastalıkları 2. sıklıkta ölüm nedeni olarak bulunmuştur (24). Diğer toplumlarda yapılan çalışmalar, solunum sistemine ait nedenlerin bipolar bozukluk tanılı hastaların ölüm nedenleri arasında önemli bir yer teşkil ettiğini göstermektedir (25). Bizim çalışmamız da bu anlamda literatür ile uyumludur. Hayes tarafından yapılan güncel bir meta-analizde 31 çalışma değerlendirilmiş ve genel topluma kıyasla hastaların so-

**Şekil 1.** Bipolar bozukluk hastalarının ölüm nedenleri

lunum sistemi hastalıkları nedeniyle 3 kat daha fazla ölüm riski taşıdığı ortaya konmuştur (26). Solunum sistemine bağlı ölümlerin fazla oranda gözlenmesi bipolar bozukluk hastalarında bazı risk faktörlerinin kümelenmesine bağlanmaktadır. İlaçlara veya hastalığa bağlı hareket azlığı, hiperkoagülabilité, obezite, yasa dışı madde kullanımı ve sigara bu faktörlerden bazılarıdır (27,28). Özellikle bipolar bozukluğu olan hastaların %70'a varan oranda sigara tüketimi bu riskin artışında esas sorumlu olarak izlenmektedir (29). Sigara tüketimi aynı zamanda kalp hastalıkları içinde önemli bir etiyolojidir. Ülkemizde son yıllarda sigara tüketimi ile yasal düzenlemeler hızla artmış olup, ulaşımı ve kullanımı kısıtlanmaya çalışılmaktadır. Bununla birlikte, sigaraya bağlı akciğer hastalığı gelişen sigara bağımlılarının, sağlıklı bağımlılara göre sigara bırakma oranlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (30). Buradan anlaşıldığı üzere sigaraya bağlı akciğer hastalığı gelişen hastalarda sigara kullanımı ve buna bağlı sigaranın zararlı et-kilerine maruziyet devam etmektedir. Ek olarak bipolar bozukluk tedavisinde kullanılan ilaçların solunum sistem işlevini ölümcül derecede etkileyebildiği literatürde vaka bildirimleri ile gösterilmiştir (31,32). Tüm bu faktörler bipolar bozukluğu olan hastalarda solunum sistem hastalıklarını ölüm nedeni olarak ön sıralara taşımış olabilir.

Çalışmamızda tamamlanmış intiharların tüm ölümlere oranı %13.1 olup, farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda saptanan oranlar (%13.4-%19.4) ile uyumlu olduğu söylenebilir (13,17,33). Kliniğimize son yıllarda hasta kabul edilmiyor oluşu, hasta grubumuzun yaş ortalamasını yükseltmektedir. İntiharın genç hastalarda daha yüksek oranda olması nedeniyle bizim örneklemimizde intihar oranı beklenenden düşük çıkmış olabilir. Ayrıca hastaların bu merkezde takip edilmeden önce BB tanısı aldığı ve tedavilerinin düzenli olarak kontrol edilebilecekleri bir merkeze yönlendirilmelerini kabul etmeleri bu hastaların tedaviye uyumlarının yüksek olabileceğini göstermektedir. Bu durumda intihar oranının beklenenden düşük çıkmasına bir neden olabilir. Ek bir neden de ülkemizde tüm sebeplere bağlı intihar oranlarının gelişmiş ülkelere göre daha düşük olması, bipolar bozukluk hastalarının intihara bağlı ölüm oranlarına da yansımış olabilir(34). İntihar girişimi, bipolar bozukluk tanılı

hastaların yönetiminde istenmeyen tabloların başında geldiğinden, hastayı intihar girişimine yatkınlaştıran faktörlerin bilinmesi elzemdir. Yapılan çalışmalara göre hastalarda intihar düşüncesinin bulunması, artmış anksiyete ve anhedoni varlığı intihar girişimini öngörmede önemli parametrelerdir (35). Ayrıca tamamlanmış intihar, tedavinin ilk yılında ve genç hastalarda daha fazladır (34).

Geri kalan ölüm sebepleri arasında; lityum entoksikasyonu, kanserler, agranülositoz'a bağlı sepsis ve kazalar bulunmaktadır. Literatürde uzun süreli takip edilen bipolar bozukluk hastalarında lityum entoksikasyonuna bağlı ölümlerin ne kadar gözlemlendiğine dair bir veri bulunmamaktadır. Lityumun terapötik indeksinin dar olması ve bu hastaların ilaç kullanımındaki düzensizlikler entoksikasyon için başlıca risk faktörleridir. Diğer ilaçların da lityumun kan seviyesini ve böbrekten atılımı etkilemesi ve hastaların yeterli su tüketiminin olmaması entoksikasyona yatkınlık oluşturan önemli diğer etkenlerdir (36). Hastaların lityum tedavisi konusunda bilgilendirilmesi sayılan risk faktörlerinin önemli bir kısmından koruyabilir (37). Şaşırtıcı bir şekilde bizim araştırmamızdaki hastalar gibi uzun süre ayaktan izlenen bipolar bozukluk hastalarında lityum ile ilgili bilgilerinin az olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (38).

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda yapılan araştırmalar kanser sıklığının hem arttığını hem de değişmediğini bildirmekle beraber bu konudaki sonuçlar çelişkilidir (39). Örneklemimizde toplamda 2 hasta akciğer ve beyin kaynaklı kanser nedeniyle ölmüştür. Ülkemizde kanserler ikinci sırada ölüm nedeni olmasına rağmen (24) örneklemimizde yoğun tütün ürünü kullanımı ve bırakmadaki başarısızlık hem kardiyovasküler hem de solunum sistemi hastalıklarından dolayı erken ölüme neden olmuş ve örneklemde kansere bağlı olabilecek ölüm oranını düşürmüş olabilir.

Bipolar bozuklukta kullanılan duygudurum düzenleyici ilaçların ve özellikle klozapin olmak üzere antipsikotiklerin nötrojeni geliştirme riski bilinmektedir. Nötrofil sayısı 0.5×10^9 un ve beyaz küre sayısı da 1×10^9 un altına düştüğünde agranülositoz olarak adlandırılmaktadır. Başta sepsis kaynaklı

olarak ilaçlara bağlı agranülositozda ölüm oranlarının %5-10 olduğu bildirilmektedir(40). İlaç kaynaklı agranülositoz tablolarının seyrine ait bilgiler genellikle şizofreni hastalarıyla yapılan çalışmalardan elde edilmektedir. Bipolar bozukluk ile ilgili çalışmalar az sayıda olmakla birlikte, ilaca bağlı agranülositozun bipolar bozukluk hastalarında şizofreni hastalarına göre daha az izlendiğini bildirmektedir (41). Bizim araştırmamızda izlenen 2 ölüm vakası genellikle dirençli seyrin izlendiği hastalardan oluşan bir hasta grubunun çalışmaya alınmasından kaynaklanmış olabilir.

Kazalar dünya genelinde yeti yitimi ve ölümün en önde gelen sebeplerindedir. Her ne kadar psikiyatri hastalarında da yatınlık oluşturabilecek risk faktörlerinin varlığı nedeniyle kazaların sık görüldüğü bilinse de intiharlar kadar araştırma konusu olmamıştır(42). Özellikle ilaç yan etkileri, eşlik eden alkol ve madde kullanımı, dikkat eksikliği, halsizlik-güçsüzlük, ve riskli davranışlarda artış psikiyatrik hastalıklarda kaza sıklığını artıran faktörlerin başında gelmektedir. Bipolar bozukluk hastalarında yapılan çalışmalar topluma göre kaza geçirme sıklığının 2- 3.5 kat artırdığını göstermektedir (43). Bizim çalışmamızda da kaza nedeniyle ölümlerin iki hasta ile tüm ölüm nedenleri arasında yer bulmuş olması bipolar bozukluk hastalarında kazaların ve ilişkili risk etmenlerinin önemini

göstermektedir.

SONUÇ

Bipolar bozuklukta ölüm nedenlerine yönelik ülkemizde yapılan çalışma bulunmamaktadır. Son 5 yılında yeni hasta alımı yapılmayan çalışma merkezinde 1300 hastadan 14 yıllık süre zarfında 23(%1,8) hastanın öldüğünü saptadık. Bizim yapmış olduğumuz çalışma pilot çalışma niteliği taşımakta olup Türkiye için bipolar bozukluk tanılı hastalardaki yaşam süresi ve ölüm nedenlerine ışık tutabilmek için çok merkezli daha geniş örneklemli araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Her ne kadar büyük bir merkezin verileri burada sunulmuş olsa da, yalnız bir merkeze ait verilerin değerlendirilmesi genellenebilirliğini güçleştirmektedir. Yine de, tüm bu veriler tedavi sürecinde ölüm nedenlerinin göz önünde bulundurulmasının önemini göstermektedir. Bu sayede hastaların ölüm nedenleri belirlenerek gerekli sağlık politikaları geliştirilebilir.

Yazışma adresi: Dr. Öğr. Üyesi Alparslan Cansız, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Şanlıurfa alpcan2861@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Morgan VA, Mitchell PB, Jablensky AV. The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Bipolar Disord* 2005;7:326-327.
2. Ferrari AJ, Stockings E, Khoo J-P, Erskine HE, Degenhardt L, Vos T, Whiteford HA. The prevalence and burden of bipolar disorder: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Bipolar Disord* 2016; 18:440-450.
3. Laursen TM, Munk-Olsen T, Nordentoft M, Mortensen PB. Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2007; 68:899-907.
4. Laursen TM. Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *Schizophr Res* 2011; 131:101-104.
5. Kessing LV, Vradi E, McIntyre RS, Andersen PK. Causes of decreased life expectancy over the life span in bipolar disorder. *J Affect Disord* 2015;180:142-147.
6. Eastwood MR, Stiasny S, Rosemary Meier HM, Woogh CM. Mental illness and mortality. *Compr Psychiatry*1982; 23:377-385.
7. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *J Affect Disord* 2002; 68:167-181.
8. Roshanaei-Moghaddam B, Katon W. Premature Mortality From General Medical Illnesses Among Persons With Bipolar Disorder: A Review. *Psychiatr Serv* 2009; 60:147-156.
9. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170:205-228.
10. Bellivier F, Yon L, Luquiens A, Azorin J-M, Bertsch J, Gerard S, Reed C, Lukasiewicz M. Suicidal attempts in bipolar disorder: results from an observational study (EMBLEM). *Bipolar Disord* 2011;13:377-386.
11. Goodwin RD, Zvolensky MJ, Keyes KM, Hasin DS. Mental Disorders and Cigarette Use among Adults in the United States. *Am J Addict* 2012;21:416-423.
12. Westman J, Hällgren J, Wahlbeck K, Erlinge D, Alfredsson L, Ösby U. Cardiovascular mortality in bipolar disorder: a population-based cohort study in Sweden. *BMJ Open* 2013; 3:e002373.

13. Høye A, Nesvåg R, Reichborn-Kjennerud T, Jacobsen BK. Sex differences in mortality among patients admitted with affective disorders in North Norway: a 33-year prospective register study. *Bipolar Disord* 2016; 18:272-281.
14. Özerdem A, Yazıcı O, Oral ET and the Mood Disorders Study Group Psychiatric Association of Turkey. Establishment of a registry program for bipolar illness in Turkey. International Society of Affective Disorders 2nd Biennial Conference-Cancun, Mexico. *J Affective Disord* 2004;78 (suppl 1): 86.
15. Türkiye İstatistik Kurumu Hayat Tabloları 2014-2016. <http://www.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id=24640> Erişim Tarihi: Eylül 30, 2017.
16. Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Ösby U, Alinaghizadeh H, Gissler M, Laursen TM. Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden. Burne T, editor. *PLoS One* 2013; 8:e55176.
17. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, Angst J. Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *J Affect Disord*. 2002; 68:167-181
18. Miller C, Bauer MS. Excess mortality in bipolar disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2014;16:499.
19. Weiner M, Warren L, Fiedorowicz JG. Cardiovascular morbidity and mortality in bipolar disorder. *Ann Clin Psychiatry NIH Public Access*, 2011; 23:40-47.
20. Druss BG, Walker ER. Mental disorders and medical comorbidity. *Synth Proj Res Synth Rep* 2011;1-26.
21. Gonzalez-Pinto A, Gutierrez M, Ezcurrea J, Aizpuru F, Mosquera F, Lopez P, de Leon J. Tobacco Smoking and Bipolar Disorder. *J Clin Psychiatry Physicians Postgraduate Press*, 1998; 59:225-228.
22. Lawrence D, Coghlan R. Health inequalities and the health needs of people with mental illness. *N S W Public Health Bull* 2002; 13:155-158.
23. De Hert M, Detraux J, Vancampfort D. The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders. *Dialogues Clin Neurosci* 2018;20:31-40
24. Türkiye İstatistik Kurumu Basın Odası Haberleri http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2015_21_20150416.pdf. Erişim Tarihi: Eylül 30, 2017.
25. Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Comorbidities and Mortality in Bipolar Disorder. *JAMA Psychiatry* 2013;70:931-939.
26. Hayes JF, Miles J, Walters K, King M, Osborn DPJ. A systematic review and meta-analysis of premature mortality in bipolar affective disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2015; 131:417-425.
27. Strudsholm U, Johannessen L, Foldager L, Munk-Jørgensen P. Increased risk for pulmonary embolism in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2005;7:77-81
28. McIntyre RS, Nguyen HT, Soczynska JK, Lourenco MT, Woldeyohannes HO, Konarski JZ. Medical and substance-related comorbidity in bipolar disorder: translational research and treatment opportunities. *Dialogues Clin Neurosci*. 2008;10:203-213
29. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA* 2000; 284:2606-2610.
30. Solak AZ, Başoğlu KÖ, Erdiç E. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olgularında sigarayı bırakma başarısı. *Tüberküloz ve Toraks Derg* 2006;54:43-50.
31. Jabeen S, Polli SI, Gerber DR. Acute Respiratory Failure with a Single Dose of Quetiapine Fumarate. *Ann Pharmacother* 2006;40:559-562.
32. Kansagra AJ, Yang E, Nambiar S, Patel PS, Karetzky MS. A Rare Case of Acute Respiratory Distress Syndrome Secondary to Acute Lithium Intoxication. *Am J Ther* 2014;21:31-34.
33. Osby U, Brandt L, Correia N, Ekblom A, Sparén P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:844-850.
34. WHO. Annex A: SDG target 3.4.2 Suicide Mortality Rate. 2016. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/whs2016_AnnexA_Suicide.pdf.
35. Ballard ED, Vande Voort JL, Luckenbaugh DA, Machado-Vieira R, Tohen M, Zarate CA. Acute risk factors for suicide attempts and death: prospective findings from the STEP-BD study. *Bipolar Disord* 2016;18:363-372.
36. Ott M, Stegmayr B, Salander Renberg E, Werneke U. Lithium intoxication: Incidence, clinical course and renal function - a population-based retrospective cohort study. *J Psychopharmacol* 2016;30:1008-1019.
37. Haussmann R, Bauer M, von Bonin S, Grof P, Lewitzka U. Treatment of lithium intoxication: facing the need for evidence. *Int J Bipolar Disord* 2015;3:23
38. Schaub RT, Berghoefter A, Müller-Oerlinghausen B. What do patients in a lithium outpatient clinic know about lithium therapy? *J Psychiatry Neurosci*. 2001;26:319-324
39. Martinsson L, Westman J, Hällgren J, Ösby U, Backlund L. Lithium treatment and cancer incidence in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2016;18:33-40.
40. Flanagan RJ, Dunk L. Haematological toxicity of drugs used in psychiatry. *Hum Psychopharmacol*. 2008;23 Suppl 1:27-41
41. Li XB, Tang YL, Wang CY, de Leon J. Clozapine for treatment-resistant bipolar disorder: a systematic review. *Bipolar Disord*. 2015;17:235-47
42. Gau SS, Cheng AT. Mental illness and accidental death. Case-control psychological autopsy study. *Br J Psychiatry*. 2004 Nov;185:422-428
43. Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Mental disorders and risk of accidental death. *Br J Psychiatry*. 2013;203:297-302

Gebelik ve doğum sonrasında cinsel işlevlerde gözlenen değişiklikler: Önyargı mı? yoksa Gerçek mi?

Alterations in sexual functions during and after pregnancy: Prejudice? Or Real?

Fatma Beyazıt¹, Eren Pek², Başak Şahin³

¹Dr. Öğr. Üyesi, ²Uzm. Dr., Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Çanakkale, Türkiye

³Dr. Öğr. Üyesi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Çanakkale, Türkiye

ÖZET

Kadındaki cinsel işlevler fiziksel, duygusal, sosyal ve psikolojik durumları içeren birçok değişkenin kompleks ve dinamik etkileşiminin bir sonucudur. Bununla birlikte cinsel işlevler her bireyin kişiliğinin önemli bir parçasıdır ve kişinin hayat kalitesini etkileyerek çiftlerin birbirleri ile olan etkileşimlerinde anahtar bir rol oynamaktadır. Kadın cinsel döngüsündeki işlev bozuklukları cinsel ilişki isteğinde, uyarılmada ve orgazmda azalmaya sebep olmaktadır. Gebeliğin insan fizyolojisi üzerinde birçok değişikliğe sebep olarak cinsel işlevler üzerinde belirgin etkileri olduğu bilinmektedir. Gebelikteki endokrin, biyolojik, psikosomatik ve sosyal faktörlerle birlikte anatomik değişiklikler ve değişik doğum şekilleri kadın cinsel işlevlerinde bozukluklara sebep olabilmektedir. Bu literatür derlemesi kadın cinsel işlevi ve işlev bozuklukları ile gebelikteki cinsel işlevleri inceleyen makalelerin bir özetini yaparak, bu parametrelerin kadının cinsellikle ilişkili hayat kalitesini nasıl etkilediğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Anahtar Sözcükler: Cinsel sağlık, cinsel işlev bozuklukları, gebelik, doğum

SUMMARY

Sexual function in women is a complex and dynamic interaction of multiple variables including physical, emotional, social, and physiological states. Moreover, sexual function is a key part of each human being's personality and a cornerstone in the overall couple relationship with an obvious affect on health related quality of life. A dysfunction in female sexual cycle can result in lack of desire for sexual contact, arousal and an inability to have an orgasm. Pregnancy is a period with many alterations in human physiology leading to challenges in sexual function. Endocrine, biologic, psychosomatic and social factors as well as anatomical alterations during pregnancy and the different mode of delivery may aggravate female sexual dysfunction. This literature review examines research articles that investigated female sexual function, sexual dysfunction, and sexual functioning in pregnancy in order to obtain how these parameters affect a woman's sexual related quality of life.

Key Words: Sexual health, sexual dysfunction, pregnancy, delivery

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:397-406)

DOI: 10.5505/kpd.2018.73644

GİRİŞ

Cinsel sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bireyde sadece cinsel işlev bozukluğu olmaması olarak değil, aynı zamanda cinsel açıdan fiziksel, psikososyal ve sosyokültürel açıdan tam iyi olma hali olarak tanımlanmaktadır (1). Cinsel sağlık aynı zamanda biyolojik, sosyal ve kültürel etkileşimleri olan, gerek kadın gerek erkekte fiziksel, ruhsal ve ailesel iyilik halinin devamını sağlayan önemli bir parametredir. Toplumsal açıdan değerlendirildiğinde ise cinsel sağlık; genel sağlık değerlendirmelerinin en önemli bileşenlerinden bir tanesidir ve cinsel sorunlar insanları en fazla mutsuz eden sağlık sorunlarının başında gelmektedir.

Gebelik dönemi kadın hayatını kökten etkileyen çok yönlü bir süreçtir. Bu süreçte, fiziksel değişikliklerle birlikte birçok psikolojik değişiklik de söz konusudur. Özellikle ilk gebelik, kadın yaşamının en önemli olaylarından bir tanesidir çünkü bireysel anlamda tek başına kadını değil, çiftin yaşamında yeni bir dönem ve yeni bir ilişki biçiminin başlamasına neden olarak farklı ruhsal değişikliklerin yaşanmasına sebep olur. İşte bu noktada kadın bedeninde ortaya çıkan anatomik, fizyolojik ve ruhsal değişimler kadının cinsel yaşamını belirgin bir şekilde etkilemeye başlar (2). Perine ve pelvik taban kasları bu dönemde cinsellik açısından olumsuz etkilere maruz kalır ve emzirme dönemindeki artmış prolaktin salınımı libidoyu baskılayarak östrojen sekresyonunu artırır. Perine ve pelvis kaslarının cinsel ilişkideki rolleri dikkate alındığında zayıflamış bir pelvis tabanı orgazm ve cinsel ilişki esnasındaki ağrı oluşumunda etkili bir faktör olarak değerlendirilebilir. Bu karmaşık etkileşimlerden dolayı gebelikte ortaya çıkan cinsel bozuklukların tanımlanması ve tedavi çabaları giderek önem kazanan bir sorun olmaya başlamakta, sorunun çözümünde çok disiplinli bir yaklaşımın gerekliliği daha iyi anlaşılmaktadır.

Son yarım yüzyılda gebelikte ortaya çıkan cinsel işlev bozukluklarına artmış bir ilgi vardır. Bundan dolayı literatürde bu konu ile ilgili giderek artan sayıda çalışma görmek çok şaşırtıcı değildir. Ancak konu ile ilgili yapılan çalışmaların en büyük kısıtlılıkları bu çalışmaların çoğunun geriye dönük yapılmış olmaları, cinsel işlev değerlendirmelerinin

geçerliliği kanıtlanmamış materyaller kullanılarak ve cinselliğin farklı algılandığı zaman dilimlerinde yapılmış olmalarıdır (3,4). Bu nedenle bu çalışmaları kendi içlerinde karşılaştırmak hem çok zordur hem de sonuçlar çoğu zaman çelişkili olduğundan doğru bir yargıya varmak neredeyse imkânsızdır. Bu derlemenin amacı gebelik esnasında ve doğum sonrasında kadın cinsel işlevlerindeki farklılıkların ve değişikliklerin saptanarak güncel literatür bilgileri eşliğinde aktarılmasıdır. Bununla birlikte bu derlemede gebelikteki cinsel işlev bozukluklarının tam olarak anlaşılması açısından kadın cinselliği ve cinsel işlev bozuklukları hakkında bir takım bilgilerin de verilmesi planlanmıştır.

Kadında Cinsel Sağlık ve İşlev Tanımı

Kadın cinselliği; hem toplumsal olanı etkileyen hem de ondan etkilenen bir kavram olarak değerlendirildiğinde, kadının bireysel ve toplumsal yaşamında belirleyici bir rol oynar. Bu açıdan bakıldığında kadın cinsel sağlığı, genel sağlığın ayrılmaz bir parçasıdır ve tamamen kişinin içinde bulunduğu duygusal ve psikolojik etkenlere göre değişen bir niteliktedir.

Modern anlamda kadın cinselliğini anlamaya yönelik ilk çalışmalar 1950'li yıllarda Kinsey ve arkadaşları tarafından yapılmış (5), buradan temel alınarak geliştirilen 4 basamaklı fizyolojik modeller Masters ve Johnson tarafından 1966'da yayınlanmıştır (6). Bu modele göre cinsel yanıtın ilk basamağı uyarılmadır. Uyarılma fiziksel olabileceği gibi psikolojik de olabilir. Bu basamakta kadında vajinal ıslanma ve klitoral ereksiyon, erkekte ise penis ereksiyonu gerçekleşir. Bir sonraki aşama "plato"dur. Bu dönemde uyarılma en üst seviyeye çıkar ve kadında vajinal duvarın dış dörtte üçünde orgazmik platform adı verilen tipik kasılmalar oluşur ve meme boyutu bir miktar artar. Erkekte ise testisler büyüyerek skrotum içinde bir miktar yükselir. Boşalma ve orgazm aşamasında ise kadında vajinanın alt bölümünde istemsiz kasılma ile uterusu güçlü ve sürekliliği olan kasılmalar olur. Dış ve iç anal sfinkterde de kasılmalar oluşur. Erkekte ise bu dönemde semen güçlü bir şekilde dışarı atılır ve boşalma gerçekleşir. Son evre olan çözülme aşamasında ise cinsel organlardan kanın çekilmesiyle bedenin uyarılma öncesi durumuna

dönüşü gerçekleşir ve buna göreceli bir rahatlama duygusu eşlik eder (6). Bundan bir dekad sonra, Kaplan üç basamaklı cinsel yanıt modeli ile kadın cinselliğinin evrelerinin daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır (7). Son olarak Basson 2000 yılında cinsel yakınlık temelli döngüsel model tanımlamasını yapmıştır (8). Bu döngüsel modelde Basson, kadının cinsel uyarıyı başlatmasının ya da cinsel uyarıya cevap vermesinin sonuçta cinsel ilişki olsun ya da olmasın birçok değişik etkenle ilişkili olduğunu belirtmiştir. Bu modele göre kadın, cinsel yanıt döngüsüne cinsel açıdan nötr olarak başlamakta ve sonrasında cinsel olmayan ihtiyaçlarının cinsel olduğunun farkına varıp cinsel uyarıyı değerlendirmeye almakta ve cinsel yanıt oluşturmaktadır. Cinsel olarak uyarılma da bunun sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Kadın artık cinsel isteğinin farkındadır ve bu cinsel istek sayesinde bir uyarıya cevap verme isteği sonuçta orgazm olsun ya da olmasın fiziksel iyilik haline sebep olmaktadır (8).

Biyolojik, sosyal, kişisel, kültürel ve psikolojik etkenler kadın cinsel sağlığı üzerinde baskın bir şekilde rol almaktadır. Biyolojik etkenlerden vasküler, nörolojik ve yapısal bileşenlerin kadın cinselliği üzerinde etkili olduğu günümüzde artık kesin olarak kabul edilmektedir (9). Kültürel açıdan ise cinsellik yargıları ve cinsiyet rolleri kadın ve erkekte son derece farklı olmaktadır. Kültür, toplumun gelenekleri ve inancı hem kadının hem de erkeğin cinsel sağlığının oluşmasında ve sağlıklı bir şekilde devam ettirilmesinde önemli rol oynarlar. Gelenekler kadının tüm yaşam döngüsü boyunca (puberte, evlilik, gebelik, menopoza ve yaşlılık dönemi) cinselliğini nasıl yaşaması gerektiğini belirlemektedir. Örnek verilmesi gerekirse menstruasyon ve gebelik döneminde cinsel aktivite bazı toplumlarda ayıp karşılanmakta veya yasaklanmaktadır.

Kadın cinselliği hakkındaki çalışmaların temel amacı kadındaki normal cinsel işlev aşamalarının tanımlanmasıdır. Özellikle Kinsey'le başlayan erken dönem çalışmaları daha çok cinsel işlevler ile fizyolojik etkenler arası ilişkilere odaklanmış iken yakın zamanlı çalışmalar emosyonel, mental ve sosyal değişkenlerin cinsel işlevler üzerinde olan etkilerini incelemiştir. Bunun sonucunda kadın cinselliği tanımlaması fiziksel, ruhsal ve sosyal

boyutları olan, kişiye göre değişiklik gösteren çok etkenli bir durum olarak cinsel istek, cinsel uyarı, orgazm ve tatmin olmak üzere 4 fazda tanımlanmaya başlanmıştır (10).

Kadında cinsel işlev bozuklukları

Kadın cinsel işlev bozukluğu cinsel yanıt döngüsünün evrelerindeki fizyolojik süreçlerden bir veya birkaç aşamasının (cinsel istek, cinsel uyarı, orgazm ve tatmin) bozulması olarak tanımlanmakla birlikte, kadınların genel yaşam kalitesini düşüren hormonal, vasküler, farmakolojik, nörojenik ve müsküler bileşenleri de olan çok yönlü bir problemdir (11). Bu bozuklukların net bir şekilde tanımlanması çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Çünkü bir kadın için anormal olan bir durum bir başka kadın için normal olabilmektedir (12). Bununla birlikte cinsel işlev bozukluğunun mutlaka kadının kendisi tarafından tarif edilmiş olması gereklidir; sadece cinsel partner tarafından ifade edilen cinsel işlev bozukluğu belirtileri, kadın cinsel işlev bozukluğu olarak tanımlanamaz (13). Kültürel ve ailesel etmenlerin kadın cinsel işlevler üzerinde etkisinin yüksek olduğu bilinen ülkemizde, kadın cinsel işlev bozukluğu ile alakalı en geniş örneklemli çalışma Öksüz ve Malhan tarafından yapılmıştır (14). Kadın cinsel işlev bozukluğu ve risk etkenlerinin araştırıldığı 518 sağlıklı kadın üzerinde yapılan bu çalışmanın sonuçlarına göre 18-30 yaş aralığındaki kadınların %41'inde, 31-45 yaş grubu aralığındaki kadınların %53,1'inde ve 46-55 yaş grubu aralığındaki kadınların %67,9'unda cinsel işlev bozukluğu saptanmıştır. Kadınların %48,3'ü yaşadığı cinsel işlev bozukluğunu isteksizlik olarak tarif etmiş, %35,9'u uyarılma sorunu olduğunu, %40,9'u lubrikasyonda ve %42,7'si orgazmda sorun yaşadığını ifade etmiştir. En önemli risk etkeninin ise kadının yaşı olduğu belirtilmiş ve bunu sigara içimi, diyet temelli yaşam tarzı değişiklikleri ve menopoza takip etmiştir (14).

Gebelik fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklere bağlı olarak cinsel yaşamın etkilendiği ve buna bağlı olarak cinsel işlev bozukluklarının görülebildiği bir dönemdir (15). Özellikle bu dönemdeki kadının cinsellik algısı; kültürel normlar, anne babalık düşüncesi, ekonomik etkenler, bilgi yetersizliği, cinsel yaşama yönelik olumsuz

düşünceler ve bebeğe zarar verme düşüncesi gibi nedenlerden dolayı kadında cinsel işlev bozukluğu sıklıkla görülmektedir. Bu cinsel işlev bozukluklarından en dikkat çekici olanı gebelik dönemi ilerledikçe azalan vajinal ilişki sıklığıdır. Gebelikte vajinal ilişkinin azalmasındaki bir diğer etken de gebenin ilerlemiş yaşı ve daha önce doğum yapmamış olmasıdır (16).

Gebelik döneminde kadın cinsel işlevleri

Gebe bir kadında cinsel işlev üzerine etkili birçok değişik etken mevcuttur. Bu etkenlerden en önemlisi hormonal etkenler olmakla birlikte emosyonel, sosyo-ekonomik, kültürel ve dini inançlar gibi hormonal olmayan etkenler de gebe kadındaki cinsel işlevler üzerine etkilidir. Hormonal etkenler içerisinde en dikkat çeken bu dönemde yaklaşık 10 kat artan progesteron düzeyleridir. Bununla birlikte gebe kadında gebelik boyunca üretilen östrojen hormonu gebe olmayan bir kadının 3 yılda ürettiği miktara eşittir. Yüksek miktarda üretilen bu hormonlar gebenin kendini daha iyi hissetmesini sağlamakta memeler ve cinsel organlarda bazı değişikliklere yol açarak gebe kadını cinsel ilişkiye daha duyarlı ve istekli hale getirmektedir (17). Gebelik ilerledikçe kadın cinsel organları ileri derecede kanlanma artışı gösterir ve kanla dolmaya başlar ve vajina morumsu bir renk tonu alır (Chadwick işareti). Artmış vaskülarite vajinal sensitiviteyi ve cinsel performansı artırabilir hatta bazı kadınlar orgazmı ilk defa gebe olduklarında deneyimlerler. Gebeliğin erken dönemlerinde memeler hormonal ve vasküler nedenlere bağlı olarak duyarlılaşmıştır ve cinsel yakınlaşmada olumsuz bir etken olarak algılanmaya başlanmıştır. Buna ek olarak ilerleyen gebelik haftalarında orgazmı birlikte memelerden süt salınımının ortaya çıkması gebe ve eşi için rahatsız edici bir durum olarak algılanabilmektedir. Vulvar ağrı ve üriner inkontinans da gebelik döneminde cinsel işlevler üzerinde negatif bir etki yaratmaktadır. Gebelik döneminde gerçekleşen tüm bu fizyolojik değişiklikler cinsellik üzerinde hem olumlu hem olumsuz etkiye sahip olabilmektedir (18).

Sosyal ve kültürel etkenler de gebelik döneminde çiftlerin cinsel hayatını etkileyebilmektedir. Özellikle çiftlerin eğitimi, meslek sahibi olup olmadıkları, evlilik süreleri hatta etnik kimlikleri gebelik-

teki cinsel işlevleri etkileyebilmektedir. Bu konuda en kapsamlı çalışmalardan biri Güleroğlu ve Gördeles Beşer tarafından yaklaşık 1811 gebe kadın üzerinde yapılmıştır (19). Yazarlar gebe kadınlardaki cinsel hayat üzerindeki en önemli etkenlerin ilerlemiş gebe yaşı, düşük eğitim düzeyi, 10 yıldan uzun evlilik süresi, istenmeyen gebelik ve gestasyonel hafta olduğunu belirtmişlerdir. Bununla birlikte sırt ağrısı, kabızlık, solunum sıkıntısı ve kramp gibi yapısal problemlerin de gebelikte cinsel hayat üzerinde negatif etkide bulunduğu bu çalışma ile gösterilmiştir (19).

Gebelik döneminde yaşanan bulantı ve kusmalar, halsizlik ve yorgunluk hissi gibi durumlar gebede cinselliği etkileyen etkenlerdendir. Çoğu gebe kadın gebelikte bu nedenlerden dolayı cinsel işlevlerinin etkilendiğini ve buna bağlı olarak azaldığını düşünmektedirler. Bunlara ek olarak gebelikte birlikte kadın bedeninde yaşanan değişiklikler gebe kadın tarafından bir olumsuzluk olarak algılanmakta ve cinsel işlevlerde azalmaya sebep olmaktadır (20,21). Gebeliğe bağlı olarak büyüyen karın ilişki pozisyonlarında sıkıntılara sebep olabilmektedir. Bu durumun aşılmasındaki en önemli yöntem ilişkinin değişik pozisyonlarda yapılmasıdır. Yan yana, kadın üstte, kadının dizleri ve elleri üzerinde durduğu pozisyonlar gebelik boyunca rahatlıkla ilişki kurulabilecek pozisyonlardır (22). Vajinal ilişki dışında gebelikte cinsel aktivite olarak masturbasyon, masaj uygulaması, oral seks, fantazi ve seks oyuncakları kullanımı çiftlerin cinsel yaşamları üzerinde olumlu etkilerde bulunabilir (23).

Gebeliğin 1. trimesterinde her ne kadar gebelerde cinsel istek ve arzulamada farklılıklar rapor edilmiş ise de genel kanaat libidonun azalmasına bağlı olarak cinsel işlevlerde azalma olduğu yönündedir. Yapılan çalışmalar da bunu destekler mahiyettedir (24). Bununla birlikte gebeliğin ilk 3 ayında yaşanacak cinselliğin düşük riski ile ilişkili olabileceğine dair yaygın kanaatin mevcut olması bu dönemde cinsel ilişkiden kaçınılması sonucunu doğurmaktadır. Ancak yapılan çalışmalar birinci trimesterde yaşanan cinsellik ile erken doğum veya düşük riski arasında bir ilişki olmadığını göstermiştir (25). İkinci trimesterde gebeler pelvik konjesyonunun artmasına bağlı olarak daha erotik ve enerji dolu olduklarını ifade etmektedirler. Bu dönemde vajinal kayganlık artar, endişeler azalır ve

gebe kadında cinsel ilişkiye girme istek ve arzusu ortaya çıkabilir (20). Gebe kadın birinci trimesterdeki endişe ve yakınmalarından kurtulur, gebe olmanın hayatına getireceği değişiklikleri benimser ve cinsel ilişki fikrine daha sıcak bakmaya başlar. Üçüncü trimesterde ise fiziksel engeller ve ağrılar uterusun büyümesine paralel bir şekilde artar ve cinsel ilişki eskisine göre daha zor ve daha nadir bir hal alır (26). Halsizlik, gastrointestinal sistem problemleri, solunum sıkıntısı, sık idrara çıkma, fiziksel kapasitenin azalması, memelerden süt gelmesi, cinsel ilişki ve orgazm esnasında ortaya çıkan güçlü uterus kasılmaları libidonun azalmasına ve gebenin cinselliği ikinci plana atmasına neden olabilir. Libidonun bu dönemde azalmasının bir başka nedeni gebeliğin başlarında en yüksek seviyelerinde olan androjen düzeyinin gebelik ilerledikçe azalmış olmasıdır (17). Bununla birlikte gebeliğin ilerleyen döneminde yapılacak cinsel ilişkinin erken doğuma neden olacağı inancı gebenin ve partnerinin gebeliğin sonuna doğru cinsel ilişkiden tamamen kaçınmalarına sebep olmaktadır. Bu yaygın inanışın aksine güncel literatür verileri cinsel ilişki ile erken doğum arasında herhangi bir ilişkiyi desteklememektedir. Sayle ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada geç gebelik döneminde yapılan cinsel ilişkinin azalmış preterm doğum riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (27). Benzer şekilde Yost ve arkadaşları 165 gebe kadın üzerinde yaptıkları çalışmalarında, gebeliğin erken dönemlerinde nadir seks yapan veya hiç seks yapmayan gebelerin %28'inde erken doğum saptamışlar, erken dönemlerde seks yaptıklarını belirten kadınların ise %38'inde erken doğum hikâyesi rapor etmişlerdir (28). Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış ve yazarlar erken doğumu önlemede cinsel ilişkiden kaçınmanın yeterli deliller ile desteklenmediğini belirtmişlerdir.

Gebelik döneminde cinsel aktivite değişikliklerinin araştırıldığı çok sayıda çalışma mevcuttur (28-32). Bartellas ve arkadaşları 141 sağlıklı gebe üzerinde yaptıkları çalışmalarında, vajinal ilişki dışındaki diğer cinsel aktivitelerin (öpüşme, mastürbasyon, anal ilişki, oral seks vb.) gebeliğin erken ve ilerleyen evrelerinde sıklık açısından farklı olmadığını belirtmişler ancak vajinal ilişkide gebelik ilerledikçe belirgin azalma olduğunu saptamışlardır (4). Bu çalışmada gebelerin birinci

trimesterde %96'sının vajinal ilişkiye devam ettikleri, %89'unun ikinci trimesterde ve %67'sinin üçüncü trimesterde de ilişkiye devam ettikleri belirtilmiştir. Gebelerin vajinal ilişkiden çekinmelerinin temel nedeni olarak kanama ve doğum korkusu, infeksiyon kapma riski, membran rüptürü veya fetüse zarar verme ihtimali olduğu rapor edilmiştir (32,33). Çalışmada değerlendirilen gebelerin %58'inin gebelikle birlikte cinsel isteklerinin azaldığı, sevişme esnasında alınan zevkin ise gebelerin nerdeyse yarısında azaldığı rapor edilmiştir (4). Orgazm sıklığı da gebelerin üçte birinde azalmış olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan ve gebelik döneminde cinsel işlevlerin değerlendirildiği bir çalışmada gebeliğin değişik dönemlerinde 589 sağlıklı gebenin cinsel işlev değerlendirilmesi yapılmıştır (20). Gebelik döneminde en sık saptanan cinsel işlev bozuklukları, klitoral duyarlılıkta (%94,2) ve libidoda (%92,6) azalma ile orgazm olamama (%81) olarak rapor edilmiştir. Yine bu çalışmada gebelik ilerledikçe cinsel ilişki sıklığının da azaldığı saptanmıştır. Özellikle üçüncü trimesterde gebelerin %41'i cinsel ilişki yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Adınma'nın yaptığı bir başka çalışmada ise gebelik dönemindeki cinsel ilişki sıklığı (1,5/hafta), gebelik öncesi dönem ile kıyaslandığında (2,3/hafta) belirgin olarak düşük saptanmıştır (34). Bununla birlikte gebelerin %11'i ilk trimester boyunca hiç cinsel ilişkiye girmediklerini ve %63'ü gebelik döneminde cinsel ilişki sıklığının azalması gerektiğini belirtmişlerdir. Gebelik dönemindeki cinsel ilişkinin vajinayı genişlettiği ve doğumu hızlandırdığı, cinsel ilişkinin erken gebelikte ise düşüğe neden olabileceği en yaygın kanaatler olarak rapor edilmiştir. Gebelikte cinsel işlevler üzerine yapılan çalışmaların özeti Tablo 1'de belirtilmiştir.

Doğum sonrası kadın cinsel işlevleri

Doğum sonrası dönem çiftlerin artık yavaş yavaş ebeveynlik rollerine alışmaya başladıkları ve bununla birlikte doğum öncesi cinsel aktivitelerine dönme şansı yakaladıkları bir dönem olarak değerlendirilmektedir. Bu dönemde kadın cinsel işlevleri psikolojik, anatomik, hormonal ve kültürel etkenler ile yakından ilişkili ise de aile yapısı ve çiftlerin kendi içlerindeki ilişkileri de cinsel yaşam üzerinde belirgin bir etkiye sahiptir (35). Her ne kadar bu etkenlerin kendi içlerindeki önem sıralamasını yap-

Tablo 1. Gebelik süresince cinsel işlevlerdeki değişiklikleri inceleyen çalışmaların özeti

Yazar	Yıl	Sayı	Çalışma Tipi	Ölçüt	Sonuç
Adinma [34]	1995	440	Prospektif	Kadınların gebelik sürecindeki CA ile alakalı endişeleri	-Gebelik boyunca CA sayısında azalma -İlk trimesterde CA'den kaçınma -CA'nin doğumu hızlandırdığı ve düşüşü sebep olduğu korkusu -Ağrılı cinsel ilişki sıklığında gebelik boyunca artma -Gebelik ilerledikçe CA ve orgazma ulaşmada azalma
Oruc ve ark. [30]	1999	158	Prospektif	Gebelikte Cİ	-Gebelik ilerledikçe CA ve orgazma ulaşmada azalma -Özellikle 3. trimesterde CA ve cinsel istekte azalma -CA'nin gebelikte istenmeyen sonuçlara yol açabileceği korkusu
Bartelas ve ark [4]	2000	141	Retrospektif	Gebelikte cinsellik ve CA	-CA'de gebelik boyunca azalma -Gebelik süresince ve postpartum dönemde azalmış cinsellik -Gebelikte depresyon cinsel arzu ve tatmin üzerine etkili -Depresyon postpartum 3. aya kadar azalmış CA ile ilişkili
Naim and Bhutto [3]	2000	150	Retrospektif	Gebelikte cinsellik ve CA	-CA'nin gebelikte istenmeyen sonuçlara yol açabileceği korkusu
DeJudibus ve McCabe [36]	2002	138	Prospektif	Gebelik ve postpartum dönemde cinselliği etkileyen psikolojik faktörler	-Gebelik ilerledikçe Cİ parametrelerinde azalma -Gebelik ilerledikçe Cİ parametrelerinde azalma
Aslan ve ark. [28]	2005	40	Prospektif	Gebelikte Cİ	-Gebelik boyunca Çin'i kadınlarda azalmış CA ve istek -Anksiyete azalmış cinsellik ile ilişkili
Fok ve ark. [16]	2005	298	Prospektif	Gebelikte cinsel davranış ve CA	-Gebelik boyunca cinsellikte azalma -CA'nin gebelikte istenmeyen olayalara sebep olabileceği korkusu
Senkumwong ve ark. [21]	2006	360	Prospektif	Gebelikte Cİ	-Gebelik son trimesterinde azalmış Cİ -Cinsel işlev bozukluğu androjen seviyeleri ile alakalı değil
Erol ve ark. [20]	2007	589	Prospektif	Gebelikte Cİ ve cinsel işlev bozukluğu	-Vulvar yanma, kaşıntı, ağrı artma
Kennedy ve ark. [18]	2009	103	Prospektif	Gebelikte vulvar ve vajinal semptomlar	-Üçüncü trimesterde CA'de azalma -Cinsel tatmin gebelikten etkilenmemekte
Pauleta ve ark. [15]	2010	188	Prospektif	Gebelikte CA, cinsel algı ve cinsel tatmin	-Gebelikte CA'de azalma -Vajinal doğum ve epizyotomi'nin Doğum sonrası CA etkisi yok
Bello ve ark. [40]	2011	375	Prospektif	Gebelik ve doğumun kadın cinselliği üzerine etkisi	-Gebeliğin fark edilmesi kadın Cİ'ler üzerinde negative etkili -Obstetrik ve sosyodemografik faktörler Cİ üzerinde etkisiz
Corbacioğlu [29]	2012	130	Prospektif	Gebelik farkındalığının erken gestasyonda Cİ üzerine etkisi	-Gebelik süresince Cİ ve CA'de azalma
Galazka ve ark. [31]	2015	520	Prospektif	Gebelikte Cİ	

CA: Cinsel aktivite; Cİ: Cinsel işlev

mak mümkün değil ise de anatomik açıdan değerlendirildiğinde perineal travma ağırlı cinsel ilişkiye yol açarak doğum sonrası erken dönemde cinsel ilişkiden kaçınılmasına veya cinsel ilişkiden zevk alınamamasına sebep olmaktadır (36,37). Hormonal açıdan ise doğum sonrası dönemde artan prolaktin seviyelerinin etkisiyle gerçekleşen androjen hormonlarındaki azalma cinsel istek ve uyarılmadaki azalmayla bağlantılı kabul edilmektedir (38). Doğum sonrası düşük östrojen seviyeleri ise vajinada kuruluk, atrofi ve konjesyonda azalmaya yol açarak ağırlı cinsel ilişki ve bununla bağlantılı olarak cinsel istekte ve uyarılmada azalma sebebi olabilmektedir (4,10).

Doğum sonrası dönemde görülen cinsel işlev bozukluklarının bir diğer nedeni ise annenin doğum sonrası dönemde yaşadığı uykusuzluk, yorgunluk ve cinsel ilişki için vakit bulamaması gibi etkenlerdir. Özellikle doğum sonrası dönemde görülen anksiyete ve depresyon gibi psikolojik etkenler cinsel istekte azalmaya veya kayba, uyarılma sorunlarına ve antidepresan kullanımına bağlı orgazma ulaşmada güçlüğüne sebep olabilmektedir. Kültürel ve sosyal özellikler çiftlerin doğum sonrası dönemde cinsel aktiviteye başlama sürelerini etkileyen bir diğer etkidir. Özellikle lohusalık olarak adlandırılan doğum sonrası ilk 6 haftada cinsel ilişkinin yasak olduğuna dair sosyal ve dini inanışlar bu dönemde cinsel aktivitede bulunulmaması sonucunu doğurmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalar da bu gözlemi desteklemekte, cinsel aktiviteye doğum sonrası başlama süresi yaklaşık ortalama 30 gün ve üzeri olarak bildirilmektedir (29,30). Lohusalık döneminde cinsel ilişkiden kaçınmanın bir diğer nedeni ise kanama ve akıntı devam ediyorken cinsel ilişki yaşamının enfeksiyon riskini artıracak kuşkusudur. Bu kuşkuğdaki gerçeklik payı yapılan çalışmalar tarafından da desteklenmektedir (39). Özellikle doğum şekli, epizyotomi uygulanıp uygulanmadığı ve doğum esnasında perine yaralanması hikayesi bu dönemde yaşanacak cinsel ilişkiye bağlı enfeksiyon riski ile ilişkili bulunmuştur (40).

Emzirme döneminin kadın cinsel işlevleri üzerinde etkisi olduğu aşikardır. Yapılan çalışmalar, emzirmenin doğum sonrası dönemdeki kadının cinsel işlevleri üzerinde değişik etkileri olabileceğini ortaya koymaktadır. Göğüslerdeki hassasiyet, cin-

sel ilişki sırasında göğüslerden süt gelmesi, kadının kendisini cinsel olarak çekici hissetmemesi ve yeni bir gebelik endişesi cinsel işlevler üzerinde negatif etkili etkenler olarak görülmektedir (41). Bu bulgulara tamamen zıt olarak emzirmenin kadın cinselliği üzerinde olumlu etkileri olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur. Masters ve Johnson emziren ve emzirmeyen anneleri doğum sonrası 6-8. haftalarda cinsel işlevler açısından karşılaştırmışlar ve emziren kadınların cinsel ilişkiye daha erken başladıklarını ve cinsel istek düzeylerinin emzirmeyen kadınlar ile kıyaslandığında daha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Doğum sonrası 2. ayda bebeğini hala emzirmeye devam eden annelerde de aynı durum olduğunu belirtmişlerdir (8). Falicov da benzer şekilde emzirme döneminin cinsel işlevler üzerinde olumlu etkileri olduğunu 1973 yılında yaptığı bir çalışmada belirtmiştir (42). Ancak belirtilen her iki çalışmanın da sosyal ve kültürel olarak doğum ve cinselliğin farklı algılandığı dönemlerde yapılmış olması sonuçların günümüz için de uyarlanıp uyarlanamayacağı kaygısını beraberinde getirmektedir. Emzirmenin kadın cinselliği üzerinde etkisinin olmadığını belirten çalışmalar da mevcuttur. Heidari ve arkadaşları 2009 yılında yayınladıkları bir çalışmada, emzirme dönemindeki kadınlarda cinsel aktiviteyi değerlendirmişler ve emzirmenin cinsel işlevler üzerinde etkili olmadığını rapor etmişlerdir (43).

Doğum sonrası dönemde cinsel işlevlerin normale gelmesi için gereken süre konusunda literatürde çelişkili veriler mevcuttur. Connolly ve arkadaşları doğum sonrası 2, 6, 12 ve 24. haftalarda cinsel işlev değerlendirmesi yaptıkları kadınların yaklaşık %80'inde cinsel aktivitenin 3. ayın sonunda normale döndüğünü belirtmişlerdir (44). Ağırlı cinsel ilişki şikâyetleri ise 3. ayda kadınların %30'unda devam etmekte iken 6. ayın sonu itibarıyla kadınların sadece %17'si ağırlı cinsel ilişki yaşadığını belirtmiştir. Benzer şekilde Barrett ve arkadaşları 484 doğum sonrası kadını inceledikleri çalışmalarında, doğum sonrası 6. ayda kadınların %89'unun eski cinsel aktivitelerine kavuştuklarını belirtmişlerdir (45). Ancak bu kadınlarda ilk 3 aylık dönemde ağırlı cinsel ilişki, vajinal lubrikasyonda azalma, vajinal gevşeklik, kanama ve cinsel isteksizlik gibi cinsel işlev bozukluk sıklığı artmıştır. Altıncı ayın sonunda halen cinsel işlev bozukluğu

tarifleyen kadınlarda emzirmenin devam ediyor olması ve ağırlı cinsel ilişki hikâyesi, en önemli risk etkenleri olarak belirtilmiştir.

Doğum şeklinin kadında cinsel işlev bozukluğu üzerine etkisi

Doğum şeklinin cinsel işlevler üzerine olan etkisi çok sayıda çalışmanın konusu olmaya devam etmektedir. Bu çalışmaların büyük bir kısmında, cinsel sağlığın doğumun şekli ile değişebildiği gösterilmiştir. Çünkü klitoris, vulva ve perineyi inerve eden pudendal sinir vajinal doğum esnasında bebeğin başının basısıyla ve/veya forsepsle zarar görebilmekte ve buna ek olarak vajinal prolapsusa bağlı hipotonik olan vajinal kaslar orgazm kabiliyetinde azalmaya yol açabilmektedir (46).

Her ne kadar literatür verileri çelişkili de olsa genel kanı müdahaleli doğumların cinsel işlevler üzerinde olumsuz etkilerinin bulunduğu yönündedir. Normal vajinal doğum yapmış ve mediolateral epizyotomisi olan gebelerde doğumdan 6 ay sonra cinsel ilişki sırasında anlamlı şekilde daha fazla ağrı tespit edilmiş, buna karşın sezaryen grubunda gebelik öncesi ve doğum sonrası 6. ay değerlendirmelerinde cinsel işlevler açısından anlamlı fark saptanmamıştır (47). Shirvani ve arkadaşları vajinal doğum yapan primiparların doğumdan 6 aylık bir süre boyunca cinsel hazlarında ve cinsel doyumlarında azalma olduğunu rapor etmişlerdir (48). Bu bulgulara rağmen epizyotominin cinsel işlevler üzerine olumsuz etkisi halen net değildir. Epizyotominin cinsel işlevler üzerine etkisini inceleyen prospektif bir çalışmada doğum şeklinin ve epizyotominin cinsel ilişkiye başlama veya orgazm ile bir ilişkisinin olmadığı gösterilmiştir (44). Çoğu kadın doğum sonrası 6. haftadan itibaren ağrısız ilişki ve 12. haftadan itibaren de orgazma ulaştıklarını belirtmişlerdir.

Doğum sonrası dönemde cinsel işlevlerin etkilendiği bir diğer durum da doğum esnasında meydana gelebilecek perine yırtıkları gibi obstetrik komplikasyonlardır (35,37). Doğum esnasında oluşan perine yırtıkları doğum sonrası azalmış libido, orgazm ve cinsel tatmin ile ilişkilidir. Bununla birlikte cinsel ilişki esnasında ağrı da bu dönemde kadınların cinsel isteksizliklerinin bir

diğer nedenidir (35). Signorello ve arkadaşları doğum esnasında gelişen perineal hasarın doğum sonrası cinsel işlevler üzerindeki etkilerini incelemişler ve perineal hasar derecesinin doğum sonrası cinsel aktiviteye başlama süresi ile ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır (49). Perine yırtığı olmayan doğum sonrası kadınların %54'ü doğum sonrası 6. haftada cinsel aktiviteye başladıklarını belirtmişlerken 2. derece perineal yırtığı olan kadınlarda bu oran %39, üçüncü ve dördüncü derece yırtığı olan kadınlarda bu oran yaklaşık %25'ler civarındadır. Benzer şekilde Rathfish ve arkadaşları epizyotomisi ve ikinci derece perineal yırtıkları olan kadınlarda, cinsel ilişki sırasında ağrı ve azalmış libido ve orgazm oranları bildirmişlerdir (37). Her ne kadar çalışmaların büyük kısmı perineal hasar ile cinsel aktiviteye başlama süresi arasında bir ilişki olduğunu gösterse de Buhling ve arkadaşları epizyotomili ve perine yırtıklı kadınlarda cinsel ilişkiye 6-8 hafta içinde başlama oranını %31, 8 hafta geçtikten sonra başlama oranını ise %50 olarak rapor etmişlerdir (50). Perine hasarı olmayan kadınlarda ise bu oran sırasıyla %30 ve %50'dir ve gruplar arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır.

SONUÇ

Tüm bu tartışmaların ışığında, literatür kanıtları göstermektedir ki gebelik ve doğum sonrası dönem cinsellik üzerinde belirgin ve negatif etkilere sahip olabilmektedir. Burada asıl önemli olan gebelik ve doğum sonrası dönemdeki normal cinsel işlev kavramının tanımlanmasıdır. Çalışmalardaki çelişkili sonuçların temel nedeni de işte bu "normal" kavramının coğrafi, sosyal, kültürel ve etnik etkenlerden belirgin bir şekilde etkilenmesidir. Ancak özellikle üçüncü trimesterde kesin bir şekilde azaldığı gösterilen cinsel ilişki sıklığı, cinsel istek ve orgazm gibi cinsel işlevler hakkında çiftlere uygun danışmanlık hizmetinin verilmesi son derece önemlidir. Bununla birlikte doğum şeklinin cinsel işlevler üzerinde etkili olduğunu net olarak gösteren kanıtlar olmadığından doğum şeklinin seçiminde cinsel işlev kaygıları en son gözetilecek etken olmalıdır. Vajinal doğumlarda cinsel işlev üzerine etkili olduğu gösterilen en önemli parametre perineal yaralanmalardır. Unutulmamalıdır ki gebelik ve doğum sadece genel hayat kalitesi üzerinde değil aynı zamanda cinsel yaşam kalitesi

üzerinde de önemli bir etkiye sahiptir.

Yazışma adresi: Dr. Eren Pek ,Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Çanakkale, Türkiye drerenpek@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010; p1-13. (whqlibdoc.who.int/hq/2010/who_rhr_10.12_eng.pdf)
2. Uncu Y. Gebelik ve Cinsel Yaşam. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2014;5:134-7.
3. Naim M, Bhutto E. Sexuality during pregnancy in Pakistani women. *J Pak Med Assoc* 2000;50:38-44.
4. Bartellas E, Crane JMG, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG* 2000;107:964-8.
5. Kinsey AC, Pomeroy W, Martin C, Gebhard P. *Sexual Behavior in the Human Female*, Philadelphia: W.B. Saunders 1953:p18-33.
6. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual response*. Boston:Little, Brown, 1966:p132.
7. Kaplan HS. Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy. New York: Brunner/Hazel Publications,1979:p52-145.
8. Basson R. The female sexual response: a different model. *J Sex Marital Ther* 2000;26:51-65.
9. Munarriz R, Kim NN, Goldstein I, Traish AM. Biology of female sexual function. *Urol Clin North Am* 2002;29:685-93.
10. Korğalı EÜ. Emzirme ve kadın cinsel sağlığı. *Androloji Bülteni* 2016;18:198-201.
11. Akarsu RH, Beji NK. Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları sınıflandırılmasında DSM-V kapsamında yapılan değişiklikler. *Androloji Bülteni* 2016;18:134-37.
12. Basson R. Women's sexual function and dysfunction: Current uncertainties, future directions. *Int J Impot Res* 2008;20:466-78.
13. Chen CH, Lin YC, Chiu LH, Chu YH, Ruan FF, Liu WM, Wang PH. Female sexual dysfunction: definition, classification, and debates. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2013;52:3-7.
14. Oksuz E, Malhan S. Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in Turkish women. *J Urol* 2006;175:654-58.
15. Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med* 2010;7:136-42.
16. Fok WY, Chan LY, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84:934-38.
17. Regan PC, Lyle JL, Otto AL, Joshi A. Pregnancy and changes in female sexual desire: A review. *Social Behavior and Personality: An international journal* 2003;31:603-12.
18. Kennedy CM, Turcea AM, Bradley CS. Prevalence of vulvar and vaginal symptoms during pregnancy and the puerperium. *Int J Gynaecol Obstet* 2009;105:236-9.
19. Tosun Güleröglü F, Gördeles Beşer N. Evaluation of sexual functions of the pregnant women. *J Sex Med* 2014;11:146-53.
20. Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kardioğlu A. A cross-sectional study of female sexual function and function during pregnancy. *J Sex Med* 2007;4:1381-7.
21. Senkumwong N, Chaovitsaree S, Rugsao S, Chandrawongse W, Yanunto S. The changes of sexuality in Thai women during pregnancy. *J Med Assoc Thai*. 2006;89 Suppl 4:S124-9.
22. Lee JT, Lin CL, Wan GH, Liang CC. Sexual positions and sexual satisfaction of pregnant women. *J Sex Marital Ther*. 2010;36:408-20.
23. Murtagh J. Female sexual function, dysfunction, and pregnancy: implications for practice. *J Midwifery Womens Health*. 2010;55:438-46
24. Alder EM. Sexual behaviour in pregnancy, after childbirth and during breast-feeding. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1989;3:805-21.
25. Moscrop A. Can sex during pregnancy cause a miscarriage? A concise history of not knowing. *Br J Gen Pract*. 2012;62:e308-10.
26. Jawed-Wessel S, Sevic E. The Impact of Pregnancy and Childbirth on Sexual Behaviors: A Systematic Review. *J Sex Res*. 2017;54:411-423.
27. Sayle AE, Savitz DA, Thorp JM Jr, Hertz-Picciotto I, Wilcox AJ. Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2001;97:283-9.
28. Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi C, Esen A. A prospective analysis of sexual function during pregnancy. *Int J Impot Res* 2005;17:154-7.
29. Corbacioglu A, Bakir VL, Akbayir O, Cilesiz Goksedef BP, Akca A. The role of pregnancy awareness on female sexual function in early gestation. *J Sex Med* 2012;9:1897-903.
30. Oruc S, Esen A, Selman L, Adiguzel H, Uyar Y, Koyuncu F. Sexual behaviour during pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1999;39:48-50.
31. Gazka I, Drosdzol-Cop A, Naworska B, Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V. Changes in the sexual function during pregnancy. *J Sex Med* 2015;12:445-54.

32. Robson K, Brant HA, Robson KM, Kumar R. Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth. *Br J Obstet Gynaecol* 1981;88:882-9.
33. Moscrop A. Can sex during pregnancy cause a miscarriage? A concise history of not knowing. *Br J Gen Pract* 2012;62:e308-10
34. Adinma JI. Sexuality in Nigerian pregnant women: perceptions and practice. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1995;35:290-3.
35. Fodstad K, Staff AC, Laine K. Sexual activity and dyspareunia the first year postpartum in relation to degree of perineal trauma. *Int Urogynecol J.* 2016;27:1513-23.
36. DeJudicibus MA, McCabe MP. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. *J Sex Res* 2002;39:94-103.
37. Rathfisch G, Dikencik BK, Kizilkaya Beji N, Comert N, Tekirdag AI, Kadioglu A. Effects of perineal trauma on postpartum sexual function. *J Adv Nurs.* 2010;66:2640-9.
38. LaMarre AK, Paterson LQ, Gorzalka BB. Breastfeeding and postpartum maternal sexual functioning: A review. *The Can J Hum Sexual.* 2003;12:151-68.
39. Anzaku AS, Mikah S. Postpartum Resumption of Sexual Activity, Sexual Morbidity and Use of Modern Contraceptives Among Nigerian Women in Jos. *Ann Med Health Sci Res.* 2014;4: 210-6.
40. Bello FA, Olayemi O, Aimakhu CO, Adekunle AO. Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in ibadan, Nigeria. *ISRN Obstet Gynecol* 2011;2011:856586.
41. Avery MD, Duckett L, Frantzich CR. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *J Midwifery Womens Health.* 2000;45:227-37.
42. Falicov CJ. Sexual adjustment during first pregnancy and post partum. *Am J Obstet Gynecol.* 1973;117:991-1000.
43. Heidari M, Merghati KE, Kiani A, Mohammadi TS. A study of the relationship between sexual activity and breastfeeding. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2009;19:54-60.
44. Connolly A, Thorp J, Pahel L. Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2005;16:263-7.
45. Barrett G, Pendry E, Peacock J, Victor C, Thakar R, Manyonda I. Women's sexual health after childbirth. *BJOG* 2000;107:186-95.
46. Kasap E, Aksu EE, Sahin N, Güçlü S, Gür EB. Does Delivery Method Have Any Effect On Sexual Function? *Tepecik Eğitim. ve Araştır. Hast. Dergisi* 2016;26:201-206.
47. Baksu B, Davas I, Agar E, Akyol A, Varolan A. The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18:401-6.
48. Shirvani MA, Nesami MB, Bavand M. Maternal sexuality after child birth among Iranian women. *Pak J Biol Sci* 2010;13:385-9.
49. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: A retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:881-90.
50. Buhling KJ, Schmidt S, Robinson JN, Klapp C, Siebert G, Dudenhausen JW. Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;124:42-6.

Tedaviye dirençli obsesif kompulsif bozuklukta pozitif psikoterapi etkili olabilir mi? Bir olgu sunumu

May positive psychotherapy effective for treatment-resistant obsessive compulsive disorder?: A case report

Ebru Sinici¹, Sinan Aydın², Taner Öznur³

¹Uzm. Psk., ²Dr., ³Dr. Öğr. Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ÖZET

Obsesif Kompulsif Bozukluğunun (OKB) tedavisinde en sık kullanılan psikoterapötik müdahale, maruz bırakma ve tepki önleme üzerine kuruludur. Bununla beraber hastaların önemli bir kısmında bu müdahaleyi uygulamak zordur. Bu yazıda tedaviye dirençli obsesif kompulsif bozukluğu olan bir hastanın tedavisinde kullanılan eklektik bir yaklaşım olan Pozitif Psikoterapi tartışılacaktır. Yirmi yıldır OKB tanısıyla takipli hasta, biri ateşli silahla olmak üzere toplam altı defa intihar girişiminde bulunmuştu. Psikofarmakolojik müdahaleler, EKT, anterior kapsülotomi da dâhil çeşitli tedaviler almış, tedavilere rağmen yakınmalarında gerileme olmaması ve intihar düşüncesi olması sebebiyle kliniğimize yatırılmıştır. Pozitif psikoterapi uygulaması sırasında iki defa tecavüze uğradığını paylaşan hastaya Pozitif Psikoterapi aşamalarında zamanı geldiğinde EMDR tekniği uygulanmıştır. Aşamalar tamamlandıktan sonra yakınmalarında azalma olmuş, sonrasında da davranışsal ödevlerle iyilik halinin devamlılığı kontrol edilmiştir. Hasta şifa ile taburcu olmuştur. Bu yazı ile tedaviye dirençli OKB tedavisinde Pozitif Psikoterapinin (PPT) etkinliğini göstermek amaçlanmıştır.

SUMMARY

The most frequently used psychotherapeutic interventions in OCD treatment are based on exposure and response prevention. However, it is difficult to apply this intervention to a significant part of the patients. In this article, Positive Psychotherapy, an eclectic approach used in the treatment of a patient with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder, will be discussed. The patient had OCD for twenty years had attempted suicide a total of six times, including gunshot. The patient had received psychopharmacological interventions, ECT, anterior capsulotomy. She admitted to the clinic because of the there was no regression in the complaints and thought of suicide. During the positive psychotherapy sessions, EMDR technique was applied to the patient who shared that she was raped twice.

After completing the steps, there was a decrease in complaints, and then the continuity of rehabilitation checked via behavioral tasks. The patient was discharged with wellbeing. In this article, it is aimed to show the effectiveness of Positive Psychotherapy in the treatment of OCD which is resistant to treatment.

Key Words: OCD, Positive Psychotherapy, EMDR

Anahtar Sözcükler: OKB, Pozitif Psikoterapi, EMDR

(*Klinik Psikiyatri* 2018;21:407-413)

DOI: 10.5505/kpd.2018.93723

GİRİŞ

Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), obsesyon adı verilen takıntılı düşünce, imaj ve dürtülerle kompulsiyon adı verilen yineleyici davranışlar ve zihinsel eylemlerden oluşan günlük işlevleri etkileyecek, kısıtlayacak bozacak düzeyde şiddetli, kronik bir psikiyatrik hastalıktır. OKB yaygınlığı genel popülasyonda %2-3 oranında görülen bir hastalıktır (1). Kadınlarda daha sık ya da kadın erkek eşit oranda görüldüğünü bildiren çalışmalar vardır (2). Tipik olarak geç ergenlikte ya da erken erişkinlikte başlamaktadır. Başlangıç yaşının 20'li yaşların başları olduğu bildirilmiştir (3,4). OKB'nin etiyojisi çok iyi anlaşılammış olsa da bu hastalığın gelişimini ve sürdürülmesini açıklamada bilişsel modeller büyük ölçüde kabul görmüştür. OKB'nin bilişsel teorileri, OKB'ye yakınlıkta kişisel farklılıkları anlamak için bazı işlevsiz inançların kritik olduğunu öne sürmüşlerdir. Örneğin, obsesyonlarla bağlantılı birincil tehdit değerlendirmeleri ve bu tehdidi ortadan kaldırmaya yönelik ikincil başa çıkma ritüel ve ruminasyonlarının, bu tür inançlara dayandığı düşünülmektedir (5).

OKB'nin tedavisinde en yaygın kullanılan yöntemler psikotrop ilaçlar (özellikle selektif serotonin geri alım inhibitörleri -SSRI) ve psikoterapinin birlikte uygulanmasıdır (5). Buna rağmen hastaların %30-40'ı tedaviye yanıt vermemektedir (6,7). Değişik tedavi kombinasyonlarının yeterli süre ve dozda kullanılmasına rağmen tedaviye yanıt alınmayan hastalarda tedaviye dirençten bahsedilebilir.

Yapılan karşılaştırmalarda davranış tedavisi, OKB'de en az farmakoterapi kadar etkin bulunmuştur (8). Bazı verilere göre, davranış terapisinin geç sonuçlarına bakıldığında daha etkin olduğu görülmüştür (9).

Maruz Bırakma ve Tepki Önleme (ERP) yönteminin kullanıldığı Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), OKB'nin tedavisi için en sık kullanılan psikoterapötik müdahaledir. Bir çalışmada, tedavisini tamamlayan hastaların yaklaşık %60'ında OKB semptomlarını azaltmada ERP'nin etkili olduğu gösterilmiş; fakat bazı hastaların tedavi sırasında verilen ev ödevlerini ve korktukları şeylerle yüzleşmeyi zor buldukları için tedaviyi tamamlaya-

madığı görülmüştür (10). Bu durumda akıllara şu soru gelir: Etkin olduğu aşıkâr olmasına rağmen ERP tedavisini tamamlayamayan hastalara nasıl yardımcı olabiliriz?

Pozitif Psikoterapi (PPT), dört ana yaklaşımdan doğan eklettik bir yaklaşımdır. Bunlar; psikodinamik yaklaşım, varoluşçu-hümanistik yaklaşım, davranışçı yaklaşım ve kültürlerarası terapi yaklaşımıdır. 1960'ların sonlarında Prof. Nossrat Peseschkian ve çalışma arkadaşları tarafından Almanya'da geliştirilmiştir. Peseschkian'a göre PPT, içinde diğer terapi kuramlarına ait özelliklerle beraber aynı zamanda kendine özgü müdahale yöntemleri olan, insancıl, psikodinamik, kaynak-yönelimli, çatışma çözme odaklı, bütüncül ve trans kültürel bir yaklaşımdır (11).

Bu terapi kuramı da diğer terapi kuramları gibi rahatsızlıklar ve hastalıkları tedavi etmeyi amaçlamakla beraber kişinin yeteneklerine ve gelişim olasılıklarına özel bir önem atfetmektedir. PPT'ye göre bu yetenekler her insanda vardır ancak yoğunlukları farklıdır. Bu anlamda PPT'de sorunları ve rahatsızlıkları olduğu şekliyle kabul etmek önemliyse de sadece buna odaklanmamak, ek olarak her insanda var olan yetenekleri de dikkate almak ve danışarın da bu yetenek ve kapasitelerini fark etmelerine yardımcı ayrı bir önem arz etmektedir. Bu, hemen hemen tüm danışma yaklaşımlarının önem verdiği bir durum olabilir. Ancak PPT'nin farkı, bu konuya merkezi bir önem vermesi ve tedavi planı içinde bu durumu bir meta-teori içinde uygulamaya geçirmesidir (12).

Pozitif psikoterapinin üç önemli ilkesi bulunmaktadır. Bu ilkeler; denge, konsültasyon ve umuttur. Danışarın, beden, başarı, ilişki ve gelecek/fantezi/maneviyat gibi boyutlarda dengeli bir yaşam sürdürmesi denge modelini oluşturmaktadır. Konsültasyon ilkesi, danışarın sorunlarını çözmesinde çevresindeki bireylerle iş birliği kurulması anlamına gelmektedir. Umut, ise danışarın sorunlarını çözülmesinde yetenekli bireyler oldukları ve sorunların çözülebileceğine yönelik inançlarının olması anlamına gelmektedir (12).

Pozitif psikoterapi, insanların sevme ve bilme olmak üzere iki önemli kapasiteyle dünyaya geldik-

lerini savunur. Bilme kapasitesi, kendisini ikincil yeteneklerle gösterir. Düzen, temizlik, dakiklik, kibarlık, dürüstlük, güvenilirlik, tutumluluk, itaat, adalet ve sadakat gibi yetenekler ikincil yetenekler kapsamında değerlendirilmektedir. Sabır, zaman, sevgi, güven, inanç, umut, ilişki ve yumuşaklık/cinsellik ise birincil yetenekler kapsamında değerlendirilmektedir. Bu terapi anlayışı, ruhsal bozukluklarının nedenlerini yeteneklerinin gelişmemişliğinde ya da çok fazla geliştiğinde aramaktadır. Psikoterapi, yeteneklerin optimal düzeyde kullanılmasına odaklanmaktadır. (13,14)

Pozitif Psikoterapinin beş aşamalı model üzerine inşa edilmiştir ve bu aşamalar terapiyi şekillendirmek için yönlendirici bir rehberdir:

1. Gözlem/Mesafe Devresi: Bu devrenin temel amacı, danışanın durumunun analizini yapmaktır. Bu devrede terapist, ilk önce danışanı yorum yapmadan, objektif bir şekilde dinler. Danışanın problem olarak getirdiklerini ve neye ihtiyaç duyduğunu anlamaya çalışır. Bunu yaparken davranış analizi, etkileşim analizi ve psikoanalitik aktarım tekniklerinden yararlanır. Böylece semptomlar ve onlara eşlik eden davranışlar hakkında gerek durumsal gerekse geçmişe ait tüm bilgi kaynaklarını incelemeye çalışır. Danışanların yaşadıkları belirtiler ve bu belirtilerin işlevleri üzerinde durulmaktadır (15).

2. Envanter Devresi: Bu evrede, denge modeli kullanılarak danışandan dört yaşam boyutunda son beş yılda neler yaşadığı bilgisi alınır. Danışanın karşılaştığı sorunları nasıl çözdüğü ve denge modelinin hangi boyutunu daha çok kullandığı anlaşılmasına çalışılır. Envanter aşamasında, danışanın benlik ve kişilik yapılanması ve yetenekleri incelenmektedir. Bununla birlikte temel yeteneklerini hangi düzeyde kullandığı araştırılır. Bunu yaparken Farklılaşma Analiz Envanteri (FAE) kullanılmaktadır. Bu evrede terapist danışanın aktüel ve temel çatışmasına ilişkin hipotezler oluşturmaya başlar (16).

3. Durumsal Cesaretlendirme: Durumsal cesaretlendirme, Pozitif Psikoterapide merkezi bir öneme sahiptir. Danışan yalnızca problemlerine odaklandığından, var olan pozitif yönlerini ve

yeteneklerini fark edememektedir. Bu evrede, danışan gerçekçi bir bakış açısına dayanarak durumun pozitif yönleri konusunda cesaretlendirilir. Durumsal cesaretlendirme aşamasında danışanların yaşadıklarının belirtilerin pozitif yorumlanması yapılmaktadır. Danışanın ufkunu genişletmek için yeni alternatif fikirleri bulmasına yardımcı olmaya çalışılır. Danışan kendi değerini görmeyi öğrenir (15).

4. Sözcükleştirme: Önceki evrelerde, gereken terapötik ortam yaratıldıktan sonra, bu devrede danışanla temel çatışması üzerinde çalışılmaya başlanır. Danışanın, aktüel ve temel çatışmasını, denge modelini ve dörtlü model boyutlarını kullanarak çözmesine yardımcı olmaya çalışılır. Sözcükleştirme aşamasında müdahale planı hazırlanıp uygulanmaktadır. Bu devrede temel amaç danışanın, yaşamının dört boyutunda denge sağlanması için yapabilecekleri üzerinde durmaktır. Bu devre danışma sürecinde en uzun süren evredir ve temel çatışma çözülünceye kadar devam eder (16).

5. Hedefleri Genişletme Devresi: Bu devrede danışanın başvurma amaçlarına ulaştıktan sonra gelecekte (kısa-orta-uzun vadede) yaşamını nasıl geçirmek istediği üzerinde durulmaktadır. Bu devrede psikoterapi ilişkisinin temel amacı, danışana kendi kendine yardım konusunda bilgi sağlamaktır. Amaçların genişletilmesi aşamasında ise danışanın dengeli bir yaşam ve gelecek oluşturması için amaçlar belirlemesi ve bunlar için planlar yapması ve planlarını uygulaması üzerinde çalışılmaktadır (15,16). Böylelikle kişi terapiyi bıraktıktan sonra yaşamı boyunca kendisine eşlik edecek bir kendi kendine yardım yöntemiyle donanabilir. Bu devrede danışan, yaşamını yeniden nevrotik kısıtlamalar başlamadan önce kovaladığı hedefleri yeniden göz önünde tutmayı öğrenir. Bunu yaparken de denge modelindeki yaşamın dört boyutunu ele alır ve yaşamındaki dengeyi nasıl devam ettireceğini planlar. Yeni çatışmalar ortaya çıktığında onlarla hangi yöntemlerle başa çıkacağını irdeler.

Pozitif Psikoterapi odaklı araştırmaların özellikle son yıllarda uluslararası ve ulusal literatürde artarak devam etmektedir. Pozitif Psikoterapinin gerek bireysel terapi (17,15,18) gerekse grupla

yapılan çalışmalarda (19,20,21,22,23) ve süpervizyon çalışmalarında (24) kullanılmaya başlandığı görülmektedir. Pozitif Psikoterapinin ölçme aracı olarak geliştirilen WIPPF'in de ilk uyarılma çalışmalarının (25) yapılmasından sonra araştırmacılar tarafından Türkiye'de kullanılmaya başlandığı görülmektedir (13,14,26,27,28).

Bu olgu sunumunun amacı; etkin bir psikoterapi yöntemi olduğu kanıtlanmış pozitif psikoterapinin, tedaviye dirençli bir obsesif kompulsif bozukluk hastasındaki etkinliğini ortaya koymaktır. Literatürde pozitif psikoterapinin etkinliğini gösteren olgu sunumları ve çalışmalar olmakla birlikte; biyolojik tüm tedavi yöntemlerinin denendiği ancak yanıt alınamayan olgularda kullanımına rastlanılmamıştır. Bu yönüyle özgün olduğu değerlendirilen olgunun öyküsü ve uygulanan tedavi protokolü sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

K.Ç. 38 yaşında kadın, ev hanımı, evli, bir kız çocuk sahibi, eşi ile birlikte yaşıyor. Yaklaşık 20 yıldır OKB tanısı ile tedavi ve takipleri vardı. Hasta, yakınmalarının ilk olarak hamileliği sırasında kapı ve muslukları kontrol etme ve aşırı temizlik yapma şeklinde başladığını, şikâyetlerinin giderek artış gösterdiğini, günlük yaşam aktivitelerini yaparken aşırı zorlandığını, süreçte çok sayıda ayaktan ve yatarak takiplerinin olduğunu, antidepresan, anti-psikotik, anksiyolitik ilaç kombinasyonlarına rağmen tedaviden hiç fayda görmediği için dirençli OKB tanısı konulduğu hasta ile klinik görüşme ve tıbbi dosyasından anlaşıldı.

Hastalığıyla baş edemeyeceğini değerlendirdiği için altı defa intihar girişiminde bulunduğu bunlardan birinin ateşli silahla olduğu, cerrahi tedavi sonrası elektrokonvulsif terapi (EKT) aldığı öğrenildi. Öyküsünden, tedaviye direnç protokolüne alınan hastaya farmakolojik ajanlara cevap alınmadığı için iki defa anterior kapsülotomi (gama kufe yöntemi ile) operasyonu gerçekleştirildiği belirlendi. Beraberinde ilaç tedavisi, EMDR ve davranışçı psikoterapi (DT) de gören hastada kirlenme obsesyonları ortadan kalkmamış olmasına rağmen temizlik kompulsiyonları kısmen azalmış. Ancak hasta şikâyetlerinin son 3 yıldır giderek artış göster-

mesi üzerine farklı merkezlerde tedavi görmeye devam etmiş. Tedaviden fayda görmemesi üzerine yeniden kliniğimize başvuran hasta tedavi protokolünün yeniden gözden geçirilmesi için kliniğe yatırıldı. Hastadan bilgilendirilmiş onam formu alındı.

Hastanın almakta olduğu ilaçlar; Klomipramin 300 mg/gün, aririprazol 30mg/gün, fluoksetin 60mg/gün, klonazepam 1mg/gün şeklindeydi. Psikometrik değerlendirme olarak; Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), Maudsley Obsesif Kompulsif Soru Listesi (MOKSL), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) uygulandı (Tablo 1). Hasta Pozitif Psikoterapi sürecine alındı. Görüşmeler yaklaşık 3 ay sürmüştür.

Beş Aşamalı Pozitif Psikoterapi Uygulaması

1. Gözlem/Mesafe Devresi (2 Oturum): İlk olarak hastanın problem olarak getirdiklerini ve neye ihtiyaç duyduğu anlaşıldı. Obsesif düşünceleri ve kompulsif davranışları gözlemlendi. Hastanın şikâyetlerine mesafe koyabilmesi için 'Ziyaretçiler ve Fil' hikayesi (29) okunarak öykü, atasözü ve başka kültürlerde bu sorunun nasıl yaşandığına ilişkin farklı bakış açıları ortaya kondu. Hiç kimseye dokunamıyordu. Eve ilk zamanlar misafir gelip gitğinde 3 gün boyunca (halı silmek, perde yıkamak, koltuk yıkamak dahil) temizlik yapıyordu. Banyo yapma süresi 9 saate çıkınca eşi kendisini yıkamaya başlamış ancak bu süre de 7 saate kadar inebilmişti. Evden dışarı çıktığında ise kullan-at eldivenleri giyiyordu. Yanında dışarda oturması için çarşaf taşıyordu. Kızı doğduktan 9 yaşına kadar dokunamıyordu. Çok güvendiği bir kişi (abla dediği) eşi yokken yardımcı olmuştu. Eve giren eşi ve kızı ise kapının önünde soyunup kıyafet değiştirmiş. Çıkardıkları kıyafetler çamaşır makinesinde 3 defa yıkanmış. Bu arada makineyi sürekli kontrol altında tutuyordu. Artık bu şekilde yaşamaya dayanamadığı için 3 kere intihar girişiminde bulunmuş. Beyin ameliyatından sonra kızına sadece dokunabilmişti. (Sarılma değil) Hiçbir konuda kendine güvenmiyordu. Kendini sürekli aşağılıyordu. Ailesine layık olmadığını düşünüyordu. Değersizlik, suçluluk, çaresizlik duyguları mevcuttu.

2. Envanter Devresi (1 oturum): Burada devrede denge modeli kullanıldı ve hastadan dört yaşam boyutunda son beş yılda neler yaşadığı bilgisi alındı. Pozitif Psikoterapide kurama özgü geliştirilen WIPPH envanteri kullanıldı. Bu envanterle, hastanın karşılaştığı sorunları nasıl çözdüğü ve denge modelinin hangi boyutuna önem verdiği, gerçek ve temel yetenekleri hangi düzeyde kullandığı anlaşıldı. Bu aşamada hasta, daha önceki hiçbir hekim ile paylaşmadığı çocukluk çağı cinsel travmalarını paylaştı.

3. Durumsal Cesaretlendirme (3 Oturum): Güven oluşturma açısından kişinin düşüncelerini ortaya koyması için hastaya cesaret verildi. Aile kaynakları ki hastanın eşi bu konuda çok destek oluyordu, becerileri, gücü, olumlu ilişki kalıpları, değerler fark edilip ortaya çıkarıldı, desteklendi. Bu devrede "Karga ile Tavus Kuşu" hikayesi okundu (29). Bununla danışan kendi değerinin doğasını görmeyi öğrendi. 'Neler çözdünüz ve ne öğrendiğiniz' üzerinde çalışıldı. En önemli pozitif yönü, evlenmesi, çocuğunu doğurabilmiş olmasıydı. İhtiyacı olan kişilere tüm benliği ile yardım ediyordu. Birincil yetenekler normal sınırlar içinde gelişmiş. Adalet, düzen, temizlik ve güvenilirlik konusunda kendine tam puan verdi.

4. Sözeleştirme (8 Oturum): Hastanın kirlenme obsesyonlarının yoğunlaştığı dönemlerde cinsel travmaya ilişkin imajlarının zihninde yoğunlaştığı öğrenilen hastaya OKB ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanısı konuldu. Temel çatışması, 'Kirlili olursam sevilmem, sevilmem için temiz olmam gerekiyor.' Olarak ortaya çıkarıldı. Dolayısıyla bu aşamada, müdahale planı hazırlanıp uygulandı. Önceki devrelerde, gereken terapötik ortam yaratıldıktan sonra, bu devrede danışanla temel çatışmaları üzerinde durulmaya başlandı. Bu çatışmaları denge modelini kullanarak çözmesine yardımcı olmaya çalışıldı. Danışanın aktüel çatışması, içsel çatışması ve temel çatışmaları üzerinde çalışıldı. Anahtar çatışması daha çok kibarlık yeteneğinin fazla gelişmesi üzerinde yoğunlaşıyor. Çocukluk çağı travmaları üzerinde konuşuldu.

Pozitif Psikoterapi, eklektik bir yaklaşım olması nedeniyle hastaya uygun her türlü teknik ve yöntemin kullanılmasına izin vermektedir. Bu noktada

da travma konusunda etkinliği kanıtlanmış olan Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (EMDR) tekniği kullanıldı.

EMDR tekniği hakkında bilgi verildi. Hastanın onayı alındı. Travmatik yaşantısına yönelik üç seans EMDR uygulandı. EMDR seansları sırasındaki hastanın öznel sıkıntı düzeyleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Üç seans EMDR Tekniği kullanıldı. Danışanın her oturumunda kendini daha değerli ve güvenli hissettiği gözlemlendi. Görsel olarak travmatik anılarının artık kendini rahatsız etmediğini bildiren hastaya, bu süreç içinde kaçınmalarına yönelik (kirlili olduğunu düşündüğü objelere dokunamama vb.) davranışsal ödevler verilerek tedavisi sürdürüldü. Denge modelinin boyutları üzerinde sırayla çalışıldı. Danışan düzenli yürüyüşe başladı. Klinikte yattığı süre boyunca sadece yoğurt ve ekmek yerken görüşmelerden sonra salona çıkıp diğer hastalarla beraber yemek yemeğe başladı. Bu arada sabah yıkanmaları yarım saate kadar düştü. Çarşaf kullanmamaya başladı. Eldiven kullanmamaya başladı. Arkadaşlık ilişkileri gelişti. Kendine güveni arttıkça sohbetlere katıldı ve olumlu geri bildirimler almaya başladı. Örgü örüp hediye etmeye başladı. 'Bana hayatımı geri verdiniz' dedi. Yaşam değerleri ve amaçları üzerinde duruldu. "Yardım Etmek" ve "Üretmek" en önemli değerler olarak ortaya çıktı.

5. Hedefleri Genişletme Devresi (2 Oturum): Bu aşamada EMDR tekniğinin gelecek şablonu üçüncü seans olarak uygulandı. SUD: 10 iken seans sonunda 0'a indi. Kontrol uygulamasında ise SUD: 7 iken seans sonunda 0'a indi. Taburcu olduktan sonraki dönemde (kısa-orta-uzun vadede) yaşam amaçları üzerinde konuşuldu. Amaçlarının ilk üçüne ulaştığını, sonuncusunda ise eve gitmesi gerektiğini belirtti. 1.Takıntılarından kurtulmak, 2.İnsanlarla iletişim kurabilmek, 3.Kendine güven artışı sağlamak. Yaşamını, değerlerine dayalı olarak yeniden düzenlemek amacına ise eve döndüğü zaman ulaşabileceğini bildirdi. Klinik olarak belirgin düzelme gösteren, kompulsiyonları ve kaçınmaları ortadan kalkan hastanın psikometrik değerlendirmesi yapıldı. Hasta ayaktan takipleri devam etmek üzere klomipramin 300mg/gün, ketiyapin

100mg/gün tedavisiyle taburcu edildi.

TARTIŞMA

Dirençli OKB tanısı alan bu hastada, çok farklı tedavi denemelerine karşın beklenen düzelmenin gerçekleşmemesi, klinisyenleri olası ek tanıları araştırma konusunda uyarılmıştır. Hastanın gizlemiş olduğu travmatik anısı pozitif psikoterapinin dinamik sürecinde ortaya çıkmasıyla buna yönelik uygun zamanda, uygun tekniğin (EMDR) kullanılmasıyla devam eden tedaviyi baltaladığı düşünülen ve tedaviye direncin esas sebebi olarak değerlendirilebilecek travmatik anıların etkisinin ortadan kalkması sağlanmıştır. Böylece OKB'ye yönelik farmakolojik ve davranışsal ödevlerin, beklenen faydayı gösterdiği görülmüştür.

Pozitif Psikoterapide terapist hasta arasındaki etkileşim de çok önemli bir yere sahiptir. Bu olgunun da bağlanma, farklılaşma ve ayrılma aşamalarından başarıyla geçtiği görülmektedir. Özellikle evine dönmeyi, klinik koşullarında bu kadar yol aldıktan ve bunun farkına vardıldıktan sonra orada neler yapabileceğini kendisinin farkına varmak istemesi de ayrılma aşamasının en güzel örneğidir.

Pozitif Psikoterapinin hastalıklara ve bozukluklara yönelik kendine ait bir kavrayışı vardır, iyi bilinen yaklaşımlardan pek çok açıdan farklı bir yönelimdir ve iyi bilinen ifadelerle dair yeni ifadeleri ve farklı anlamları yeniden düşünmeyi gerektirir. Bu yeniden düşünme bilinen olgulara ışık tutar, böylece çözümleri için yeni olasılıkların keşfine izin verir. Tedavi yöntemleri sadece olumsuz davranışla ilgilenirse istenilen hedefe yaklaşma sağlanamaz. Deneyimlerin sadece olumsuz şekilde vurgulanan ve pesimistik şekilde bakılan içerikle ele alınması, hastanın nevrotik yönelimini tekrarlar (30).

Pozitif psikoterapi her şeye olumlu prognoz sağlamaya çalışmaz, kritik davranışın ayırt edilmesine uğraşır. Böylece pozitif davranışın bileşenlerinin, belirtinin kendisinden ayrılmasına olanak sağlar ve hastanın sorunuyla daha iyi baş edebilmesi için temel oluşturur. Bu hastada kendi kapasitelerinin farkına vardıldıktan sonra başarabileceğine, sorununu çözebilecek kaynaklarının olduğuna inancı ve güveni oluştuğundan sonra travmasına yönelik yapılan

uygulamanın etkisi gerçekten gözle görülmüştür.

Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-5'te travma ve ilişkili ruhsal bozukluklar ana başlığında sınıflandırılmıştır (31). Travmatik olayı anımsatan en küçük bir uyarana dahi hastanın travmatik olayı yeniden yaşantılamasına sebep olur ve buna bağlı olarak anksiyete ve kaçınma davranışları gözlenir (32). Yapılan çalışmalarda çocukluk dönemlerinde cinsel travma yaşamış kadınlarda travmatik yaşantıya yönelik uygulanan EMDR terapisinin travma ile ilişkili belirtilerde iyileşme sağladığı gösterilmiştir. (33,34). Bu çalışma da bunu bir kez daha kanıtlamıştır.

Sonuç olarak bu vaka, klinisyenlerin tedaviye dirençli vakalarla karşılaştıklarında daha farklı bakış açıları geliştirmelerini ve hastanın sahip olduğu kapasitesi ve yetenekleriyle de değerlendirilmesinin önemi konusunda da uyarıcıdır.

Bu çalışmanın sınırlılığı olarak olgudaki semptomların neredeyse bitme düzeyine gelme nedeni olarak Pozitif Psikoterapide, uygun zamanda uygun tekniğin (EMDR) kullanılması mı yoksa EMDR tekniğinin tek başına yeterli olup olmadığı görüşü tartışmaya açık bir durumdur. Bununla birlikte hastaya daha önce de bu tekniğin uygulanması ancak anlamlı bir sonuç alınamaması, PPT'nin yapılandırılmış görüşme tekniği ile uygun zaman (hastayla terapist arasında karşılıklı güven ortamının oluşması, yeteneklerinin farkına varması, umut prensibinin ortaya çıkması vb.) geldiğinde EMDR kullanılması, anlamlı sonuç alınmasında PPT'nin bu vakada etkili olduğu açık bir şekilde değerlendirilmiştir.

PPT'nin eklektik bir yaklaşım olması nedeniyle EMDR'ın kullanılması ile, olgunun travmalarına yönelik kaçınma, aşırı uyarılma ve yeniden yaşantılama belirtileri ortadan kaldırılmıştır. Dolayısıyla da tekniğin uygulamasından önceki ve sonraki psikoterapi sürecinde olgunun denge modelini, yaşamsal farkındalıklarını oluşturmada etkili olduğu değerlendirilmektedir.

Yazışma adresi: Uzm. Psk. Ebru Sinici, SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye esinici@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Sadock B, Sadock VA. Comprehensive textbook of psychiatry 8th. Ed. vol:2, Lippincott Williams & Wilkins New York. 2007;1768-80.
2. Degonda M, Wyss M, Angst J. The Zurich Study XVIII. Obsessive-compulsive disorders and syndromes in the general population. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 1993; 243:16-22.
3. Lensi P, Cassano GB, Correddu G, Ravagli S, Kunovac JL, Akiskal HS. Obsessive compulsive disorder: familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. Br J Psychiatry. 1996; 169:101-7.
4. Tükel R, Ertekin E, Batmaz S, Alyanak F, Sözen A, Aslantaş B et al. Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety*. 2005; 21:112-7.
5. Clark DA. Cognitive-Behavioral Therapy For OCD. New York, 2007. Guilford Press
6. Rasmussen SA, Eisen JL. Treatment strategies for chronic and refractory obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*.1997;58:9-13.
7. Husted DS, Shapira NA. A review of the treatment for refractory obsessive-compulsive disorder: from medicine to deep brain stimulation. *CNS Spectr*.2004;9:833-47.
8. Marks IM, Hodgson R, Rachman S. Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in-vivo exposure. A two-year follow-up and issues in treatment. *Br J Psychiatry*. 1975; 127:349-64.
9. Salkovskis PM, Westbrook D. Behaviour therapy and obsessional ruminations: can failure be turned into success? *Behav Res Ther*. 1989;27:149-60.
10. Fisher PL, Wells A. Experimental modification of beliefs in obsessive compulsive disorder: a test of the metacognitive model. *Behav Res Ther*, 2005;43:821-829
11. Peseschkian N. Pozitif Psikoterapiye Giriş, Kuram ve Uygulama. Sarı T. çev. ed. 1. Baskı. Ankara. Anı Yayıncılık. 2015.
12. Sarı T. Pozitif psikoterapi: gelişimi, temel ilke ve yöntemleri ve Türk kültürüne uygulanabilirliği. *The Journal of Happiness Well-Being*. 2015. 3:182-203.
13. Sinici E. Primary and Secondary Capacities of First Grade Nursing Students in the Context of Positive Psychotherapy. *International Journal of Psychotherapy*. 2017. January 21:1.
14. Sinici, E., Sarı, T., & Maden, Ö. Primary and secondary capacities of post-traumatic stress disorder patients in terms of positive psychotherapy. *International Journal of Psychotherapy*, 2014;18; 22-34.
15. Sarı, T. Pozitif Psikoterapiye dayalı bir psikolojik danışma süreci. I Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Uygulamaları Kongresi, Mersin Üniversitesi, Mersin.2006.
16. Peseschkian N. Positive Psychotherapy in Psychosomatic Medicine. *International Academy for Positive and Transcultural Psychotherapy*. Printed and bound by Print City Europe. 2013; pp: 85-92.
17. Česko, E. ve Sarı, T. "Drawing as a Treatment Technique in Positive Psychotherapy-Transcultural Approach in Treatment of Different Psychological Diseases". IV. World Congress for Positive Psychotherapy, Famagusta, Cyprus.2007.
18. Sarı, T. "Using five stages of positive psychotherapy to deal with anger among children." 35. European Congress of School Psychology Association, Porto, Portugal. 2013.
19. Sarı, T. "Dealing with emotional breakdowns in five stages of self-help of positive psychotherapy" 2. Regional Conference on Positive Psychotherapy, Ohrid, Macedonia.2013.
20. Sarı, T. Pozitif psikoterapi yaklaşımına dayalı zaman yönetimi programı. X. Ulusal Psikolojik Danışma Kongresi, Çukurova Üniversitesi, Adana. 2009.
21. Eryılmaz, A. Pozitif psikoterapi bağlamında psikolojik danışma ve rehberlik programlarında öykü kullanımı: Örnek bir uygulama. I Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Uygulamaları Kongresi, Mersin Üniversitesi, Mersin. 2006.
22. Eryılmaz, A. Yetişkin öznel iyi oluşu ile pozitif psikoterapi bağlamında birincil ve ikincil yetenekler arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2011;14:17-28.
23. Eryılmaz, A. Pozitif psikoterapi bağlamında yaşam amaçları belirleme ölçeğinin üniversite öğrencileri üzerinde psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri* 2012;15:166-174.
24. Ersever, O. G. Pozitif psikoterapi yaklaşımına göre beş basamakta supervizyon çalışması. III. PDR Uygulamaları Kongresi, Ankara, Türkiye.2012.
25. Sarı, T., Eryılmaz A, & Varlıkl-Öztürk, G. Adaption of Wiesbaden Inventory of Positive Psychotherapy to Turkish culture. Oral Presentation, 5th World Congress on Positive Psychotherapy,2010. 9-12 Oct, İstanbul/Turkey.
26. Eryılmaz, A. Yeniden gözden geçirme: pozitif psikoterapi ve gelişimsel rehberlik bağlamında ergenler için amaçları genişletme programı. *Aile ve Toplum Dergisi*, 2010.20, 53-65.
27. Sinici E. A Balance Model for Patients with Post-Traumatic Stress Disorder. *International Journal of Psychotherapy*. 2015. November 19:3.
28. Baran, C. Yoga yapan ve yapmayan kişilerin pozitif psikoterapi bağlamında birincil ve ikincil yeteneklerinin karşılaştırılması. VI. World Congress of Positive Psychotherapy, Kemer, Türkiye.2014.
29. Peseschkian N. Doğu Hikayeleriyle Psikoterapi. Fışloğlu H. çev. ed. 1. Baskı. İstanbul: Beyaz Yayınları, 1998, pp:105,166.
30. Peseschkian N. Pozitif Aile Terapisi. Fışloğlu H. çev. ed. 1. Baskı. İstanbul: Beyaz Yayınları, 1996, pp:121.
31. American Psychiatric Association-APA Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı (DSMV) (Çev. Ed.: E. Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013; pp.210.
32. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları-2. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2008, pp: 598.
33. Edmond T, Rubin A, Wambach KG. The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Soc Work Res*, 1999;23:103-116.
34. Edmond T, Rubin A. Assessing the long-term effects of EMDR: results from an 18-month follow-up study with adult female survivors of CSA. *J Child Sex Abus*, 2004;13:69-86.

The effectiveness of Cognitive Behavioral Psychotherapy in misophonia: A case report

Mizofonide Bilişsel Davranışçı Psikoterapinin etkinliği: Bir olgu sunumu

Ali Ercan Altınöz¹, Nazlı Ece Ünal², Şengül Tosun Altınöz³

¹Assist. Prof., Department of Psychiatry, Eskişehir Osmangazi University, Eskişehir, Turkey

²M.D., Department of Child and Adolescent Psychiatry, Eskişehir Osmangazi University, Eskişehir, Turkey

³M.D., Psychiatry Clinic, Eskişehir Yunus Emre State Hospital, Eskişehir, Turkey

SUMMARY

Misophonia is a condition that is triggered by certain sounds, which leads to unpleasant feelings such as anger, disgust, fear. Misophonia can severely affect patients' daily activities, social life, and interpersonal relationships. For these reasons, lately, misophonia is being recommended to be defined as a psychiatric disorder lately. Here we represent a case with misophonia and discuss the application of the cognitive behavioral psychotherapy as a treatment in an individual with misophonia. Although not being defined as a psychiatric diagnosis, many individuals are suffering from misophonia, and for these individuals, cognitive behavioral psychotherapy seems to be beneficial as a treatment option.

Key Words: Misophonia, cognitive behavioral psychotherapy, psychotherapy,

ÖZET

Mizofoni, bazı sesler tarafından tetiklenen; öfke, korku, iğrenme gibi hoş olmayan duygulara yol açan bir durumdur. Mizofoni hastaların günlük aktivitelerini, sosyal hayatını ve kişilerarası ilişkileri ciddi biçimde etkileyebilir. Bu gerekçelerle mizofoninin bir psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanması son zamanlarda önerilmektedir. Bu makalede mizofonisi olan bir olgunun ve bilişsel davranışsal psikoterapi ile tedavisi tartışılmaktadır. Psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanmamakla birlikte, birçok birey mizofoniden mustarıptir ve bu bireyler için bilişsel davranışçı psikoterapi bir tedavi seçeneği olarak yararlı görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mizofoni, bilişsel davranışçı psikoterapi, psikoterapi,

(Turkish J Clinical Psychiatry 2018;21:414-417)

DOI: 10.5505/kpd.2018.18480

INTRODUCTION

Misophonia is a condition that is triggered by certain sounds, which leads to unpleasant feelings such as anger, disgust, fear. Examples of triggering voices include voices such as eating and smacking sounds, swallowing sounds, breathing sounds in the mouth and the burr, gum chewing, the sound of eating sunflowers seed, pen snappers, clock ticks and door gratings (1,2). In those with, misophonia fMRI studies have shown that the triggering sounds lead to reactions due to an excessively increased blood-oxygen level in the anterior insular cortex (3). Misophonia can severely affect patients' daily activities, social life, and interpersonal relationships. Individuals with misophonia may not enter specific environments to avoid exposure to triggering sounds or may leave the environment or argue with the people making the noise. Symptoms and their dangerous consequences can negatively affect or restrict their life (1,2,4). For all these reasons, publications are recommending the definition of misophonia as a psychiatric disorder (5).

It is stated that about 6 % of the university students showed functional impairment associated with clinically significant symptoms of misophonia in China (6). In a thesis study conducted in our country, 79.9 % of the sample was found to be disturbed by at least one of the voices mentioned above (1). In this case report, we try to discuss the application of the cognitive behavioral psychotherapy as a treatment in an individual with misophonia.

CASE

18 years old, female patient, medical faculty student. In the past, while living with his family, the patient had suffered any difficulties because her family could provide the optimum conditions for studying. However, after starting the medical school, she left his family and started to stay in a student hostel, and her complaints began. In this period, she noticed that she was not able to study in some specific settings due to some disturbing sounds.

Although she was a very successful student before, she applied to the psychiatric outpatient clinic for

failing her first examination because she could not find a suitable place to study without disturbing the voices during her first term. She was complaining about the sound of the air conditioner. She was unable to study in the library because of that disturbing sound. Besides, she could not be able to concentrate on her studies when someone sits near to her with a drink. When she heard someone sipping, she felt extremely disturbed. She did not have any psychiatric disorder history. She did not mention any psychiatric disorders related to her family. No medical issues were reported as well.

In her mental status exam, she was oriented, cooperated. Her speech was goal-directed and fluent. She did not have any suicidal thought or delusions. Her mood was depressed. There seemed to be no psychiatric disorder according to DSM 5 in the patient.

As her academic functioning was affected negatively due to that sounds, she was considered to have misophonia. To measure the severity of misophonia, we used Misophonia Activation Scale (MAS), Misophonia Psychological Response Scale (MPRS), and Amsterdam Misophonia Scale (AMISOS). She had 6, 6, 11 points consequently.

We briefly informed the patient about misophonia, and suggested Cognitive Behavioral Psychotherapy (CBT) as a treatment option. General information on CBT was also mentioned. After patient's approval, six sessions of CBT were administered. The treatment plan was consisted of three part (2). The cognitive part was to challenge dysfunctional automatic thoughts, the behavioral part was to replace the maladaptive coping strategies with effective ones, and the physiological part was to support her coordinating her autonomic reactivity (2). The main lines of CBT sessions were as follows:

Session 1: Misophonia psychoeducation

The patient was informed about misophonia. We used the only informative brochure in Turkish which was created by Öz and Kılıç. The patient was asked to describe the prevalence of the misophonia symptoms, the sort of symptoms that present, the

hierarchy of disturbing sounds, the security-seeking behavior, and the areas she avoided to be in.

Session 2: ABC model

In this session, we informed the patient about the thought-belief-emotion-behavior cycle. We defined automatic thoughts, and also we discussed the consequences of the automatic thoughts in her life. The patient was asked to record automatic thoughts that trigger her emotions due to the sounds.

Session 3: Syndrome formulation

We formulated the symptoms of the patients and drew the vicious cycle suitable to her complaints in this session. This session was crucial for her treatment as she figured out that it was entirely not the voices, but mostly the automatic thoughts that disturbed her.

Session 4: Autonomic Nervous System

We informed the patient regarding the autonomic nervous system, besides we discussed the role of the parasympathetic nervous system in developing the soothing response. Now the patient seemed to be ready for the first behavioral test for a symptom that was in the middle of the patient's symptom hierarchy.

Session 5: Behavioral Experiments

We discussed the consequences of the behavioral experiments. The patient mentioned that she felt fine. She mentioned that she became aware of getting calm when she continued to study instead of leaving the environment immediately after hearing the disturbing sounds. She also mentioned that, after being aware of getting calm immediately, she executed some the behavioral experiments listed in her symptom list.

Session 6: Cognitive remodeling

At the beginning of this session, the patient stated

that she had almost no complaints, that she could efficiently study in places where she could not study before, and that she could enter many places without security-seeking behaviors. She did all the experiments on the list all week long and did not encounter any difficulties. That was why she offered to end the CBT sessions. Then we conducted a session on cognitive remodeling. Besides, the interventions made during the six sessions were reviewed together.

At the end of the six sessions, the patient was invited to an evaluation interview. Her MAS, MPRS, and AMISOS scores were 2,2,4 consequently

DISCUSSION

This case represents the effectiveness of CBT on misophonia. The CBT techniques such as exposure and generating alternative thoughts were the key interventions for the patient (7,8).

Misophonia is quite common in society although it is not recognized as a disorder. In our case, it appears that misophonia has limited the academic functioning of a medical student. Many individuals with misophonia report psychological distress and avoidance behaviors at the level of disrupting their occupational and social functioning (1,2).

The literature related to misophonia treatment is lacking. The only research for misophonia treatment is an open trial reporting the effectiveness of CBT in misophonia (9). In this trial Schroder et al. combined some CBT techniques and converted them in a group CBT format and following treatment, nearly half of the patients showed a significant reduction of misophonia symptoms (9). There are also some case reports reporting effectiveness of CBT in misophonia (10). In these case reports, it is discussed that misophonia is a disorder that can be located in the OCD spectrum. Besides, in a recent study, misophonia was found to be strongly related to obsessive than to compulsive components of OCD (11). Consistent with the literature, our patient's maladaptive beliefs on the triggering sounds could be categorized as "overestimation of severity or probability of danger" and "perfectionism" which are mostly seen in OCD patients as

well (12). So, cognitive interventions played a vital role for patient's treatment course.

Although misophonia has not yet been defined as an effective treatment modality, cognitive behavioral psychotherapy, which is effectively used in the treatment of many psychiatric disorders, has also been applied to this misophonia case and the patient's complaints have declined. In addition to an inherent predisposition to the emergence of misophonia, the role of inaccurate learning experiences also supports the view that cognitive-behavioral psychotherapy is useful in the treatment of misophonia (1, 4, 13). Although a large part of the population may have indicated the intolerance of that kind of sounds, there are very few case reports in the literature that apply for treatment.

CONCLUSION

Although not being defined as a psychiatric disorder, many individuals are suffering from misopho-

nia, and for these individuals, CBT seems to be beneficial as a treatment option.

Acknowledgement

We obtained written consent from the patient for submission of the report. We would like to thank to Gökhan Öz for providing the materials.

Correspondence Adress: Assist. Prof. Ali Ercan Altinoz, Department of Psychiatry, Eskişehir Osmangazi University, Eskişehir, Turkey ercanaltinoz@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. Öz G. Ankara'da Mizofoni Belirtilerinin Yaygınlığı, Sosyodemografik Özellikler ve Ruhsal Belirtilerle İlişkisi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2015.
2. Bernstein RE, Angell KL, Dehle CM. A brief course of cognitive behavioural therapy for the treatment of misophonia: a case example. *The Cognitive Behaviour Therapist*. 2013;6.
3. Kumar S, Tansley-Hancock O, Sedley W, Winston JS, Callaghan MF, Allen M, et al. The Brain Basis for Misophonia. *Curr Biol*. 2017;27:527-33.
4. Schneider RL, Arch JJ. Letter to the editor: Potential treatment targets for misophonia. *General Hospital Psychiatry, New York*. 2015;37:370-1.
5. Taylor S. Misophonia: A new mental disorder? *Med Hypotheses*. 2017;103:109-17.
6. Zhou X, Wu MS, Storch EA. Misophonia symptoms among Chinese university students: Incidence, associated impairment, and clinical correlates. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2017;14:7-12.
7. Akkoyunlu S, Türkçapar MH. A Technique: Generating Alternative Thoughts. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*. 2013;2:53-9.
8. Akkoyunlu S, Türkçapar MH. A Technique: Exposure Therapy. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*. 2013;2:121-8.
9. Schroder AE, Vulink NC, van Loon AJ, Denys DA. Cognitive behavioral therapy is effective in misophonia: An open trial. *J Affect Disord*. 2017;217:289-94.
10. McGuire JF, Wu MS, Storch EA. Cognitive-behavioral therapy for 2 youths with misophonia. *The Journal of clinical psychiatry*. 2015;76:573-4.
11. Cusack SE, Cash TV, Vrana SR. An examination of the relationship between misophonia, anxiety sensitivity, and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2018;18:67-72.
12. Group OCCW. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 1997;35:667-81.
13. Dozier TH. Etiology, composition, development and maintenance of misophonia: A conditioned aversive reflex disorder. *Psychological Thought*. 2015;8:114-29.